

بررسی اثربخشی (تأثیر) طرحواره درمانی هیجانی بر بهزیستی ذهنی و خستگی در بیماران مبتلا به بیماری ام اس

آذرمیدخت شهاب^{۱*}، حسن احدی^۲، فرهاد جمهری^۳، آدیس موجمباری کراسکیان^۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۰/۱۸ صص: ۷۷-۹۶ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۳/۲۶

چکیده

مولتیپل اسکلروزیس یکی از اختلالات ناتوان کننده عصبی است که اختلالات جسمی و روانی متعددی را ایجاد می کند. هدف: هدف این مطالعه بررسی اثربخشی درمان گروهی طرحواره های هیجانی بر میزان بهزیستی ذهنی، خستگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بوده است. روش: پژوهش حاضر نیمه آزمایشی، و طرح پژوهش بصورت پیش آزمون- پس آزمون- پیگیری با گروه گواه گسترش یافته میباشد. جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مراجعه کننده به درمانگاهها و بخش های مغز و اعصاب بیمارستانهای شهر شیراز بود. ۴۰ بیمار مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، بصورت تصادفی در ۲ گروه آزمایشی و کنترل قرار گرفتند. پرسشنامه های بهزیستی ذهنی مولوی و خستگی کرمپ قبل از اجرای مداخله گروهی طرحواره های هیجانی بر روی گروه آزمایش، پس از اجرای مداخله درمانی و ۳ ماه پس از آن توسط هر دو گروه شرکت کنندگان تکمیل گردید. برای تجزیه و تحلیل داده ها از تحلیل کوواریانس و واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده گردید. یافته ها: نتایج نشان داد که درمان گروهی طرحواره های هیجانی بر میزان بهزیستی ذهنی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس اثر معناداری داشت و موجب افزایش بهزیستی ذهنی آنها گردید و این اثر پس از پیگیری ۳ ماهه ماندگاری داشت ($p < 0/01$). همچنین این درمان بر روی خستگی نیز تاثیر معناداری داشت و این نتایج در مرحله پیگیری ۳ ماهه نیز وجود داشت ($p < 0/01$). با استناد به یافته ها میتوان نتیجه گرفت که درمان گروهی طرحواره های هیجانی جهت کاهش خستگی و افزایش بهزیستی ذهنی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس موثر میباشد.

^۱ گروه روانشناسی سلامت، واحد بین المللی کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران

^۲ استاد و مدیر گروه روانشناسی سلامت دانشگاه آزاد اسلامی کرج، البرز، ایران

^۳ استادیار، گروه روان شناسی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

^۴ استادیار گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی کرج، البرز، ایران

* نویسنده مسول مقاله: azar_shahab692@yahoo.com

واژه های کلیدی: مولتیپل اسکلروزیس، درمان طرحواره های هیجانی، بهزیستی ذهنی، خستگی.

مقدمه

مولتیپل اسکلروزیس یک بیماری مزمن التهابی سیستم عصبی مرکزی است که با دمیلینه شدن نورون های عصبی همراه است و باعث آسیب به آکسون ها و میلین ها می شود و عملکرد حسی و حرکتی و شناختی را تحت تاثیر قرار می دهد (Chalah, Ayache, 2018). شایع ترین سن ابتلا به این بیماری ناتوان کننده بین ۲۰ تا ۴۰ سالگی است و میزان این بیماری در جهان در زنان دو برابر مردان است (Fanciullacci, Straudi, Basaglia, et al, 2017) و سومین علت ناتوانی در میان بزرگسالان محسوب می شود (Zamani, Rahmati, azilatpoor, 2014).

طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۰، تعداد افراد مبتلا به ام اس در جهان برابر با ۲ تا ۲.۵ میلیون نفر می باشد شیوع ام اس در مقیاس جهانی حدود ۲ تا ۱۵۰ در هر صد هزار نفر می باشد که البته این میزان بسته به هر منطقه متفاوت می باشد (Dehghan, Ghaedi, Heidari, 2018, Chalah, Ayache, 2018, Van den Akker, Beckerman, Collette, et al, 2018).

یکی از علائم ناتوان کننده مهم این بیماری خستگی است که می تواند ۷۵٪ تا ۹۰٪ بیماران را تحت تاثیر قرار دهد. خستگی می تواند به شدت بر کیفیت زندگی بیماران اثر گذارد و منجر به مشکلات جدی اجتماعی و اقتصادی و هزینه های قابل توجه شود و حتی در برخی موارد با از دست دادن اشتغال همراه است (Chalah, Ayache, 2018). خستگی به عنوان فقدان ذهنی انرژی فیزیکی و یا ذهنی تعریف می شود (Phyo, Demaneuf, Alysha, 2018).

خستگی می تواند اثرات گسترده ای را بر روی بسیاری از حوزه های زندگی یک فرد داشته باشد و می تواند منجر به مشکلات مشارکت اجتماعی شود مثل تماس با خانواده و دوستان و حفظ اشتغال و مانع فعالیت های فیزیکی و مسئولیت پذیری و نارضایتی از کیفیت زندگی شود (Van den Akker, Beckerman, Collette, et al, 2018). همچنین بیماران ام اس سطح خستگی بالاتر، ناتوانی بیشتر و کیفیت زندگی پایین تری را گزارش داده اند (Salehpoor, Kafi, Rezaei, et al, 2012). بهزیستی ذهنی یکی از مولفه های کیفیت زندگی است (Lambert, Neber, Diener, 2004).

بهزیستی ذهنی را تلاش برای کمال در جهت تحقق توانایی بالقوه ی واقعی فرد می دانند (Heidari, 2015). به چگونگی ارزیابی افراد از زندگی شان اشاره دارد و دارای دو جزء شناختی و عاطفی است. بعد شناختی یعنی ارزیابی شناختی افراد از میزان رضایت از زندگی و بعد عاطفی، یعنی داشتن حداکثر عاطفه مثبت و حداقل عاطفه منفی (Diener, Lucas, Oishi, 2002). امروزه پژوهشگران معتقدند که ایجاد بهزیستی ذهنی و

رضایت از زندگی، انسان را به سمت موفقیت بیشتر، سلامت بهتر، ارتباط اجتماعی حمایت‌گرانه سالم تر و در نهایت سلامت روانی و جسمی بالاتر رهنمون می‌سازد (Diener, Lucas, Oishi, 2002, Jani, Mowlaei, Changi, et al). همچنین عاطفه مثبت و منفی، مکانیسم‌های فکری متفاوتی را که بر سلامت روان، تاثیر دارند به راه می‌اندازند (Ostir, Smith, Smith, 2005). لیبومیرسکی^۱ مشخص کرد که همبستگی قوی بین بهزیستی ذهنی با طول عمر بالاتر، سلامت جسمی بیشتر و سبک زندگی سالم تر وجود دارد (Lyubomirski, Tkach, Dimmateo, 2007). با توجه به اینکه امروزه معلوم گردیده که استرس‌های روانشناختی باعث فعال شدن بیماری ام اس می‌شود (Bulijevac, Hop, Reedeker, et al, 2003)، بنابراین در این راستا درمان‌های روانشناختی علاوه بر افزایش بهزیستی ذهنی، برای بیماران مبتلا به ام اس باعث کاهش استرس آنها می‌شود که خود این عامل میزان عود را در این بیماران کاهش می‌دهد (Schwartz, Gulliford, Stier, et al, 2005).

با توجه به اینکه این بیماری در سالهایی رخ می‌دهد که فرد در آن سال‌ها انتظار سلامتی دارد و با این بیماری اطمینان فرد از بدن و سلامتیش مخدوش می‌شود (Soleymani, Tajeddini, 2016). بنابراین با کاهش توان و ظرفیت فیزیکی و بهزیستی ذهنی که یکی از مؤلفه‌های کیفیت زندگی می‌باشد همراه است (Omrani, Mirzaeian, Aghabagheri, et al, 2012).

در حالیکه مداخلات پزشکی نقش مهمی را در کمک به بیماران مولتیپل اسکلروزیس دارد، اما با اثرات مضر و عوارض متعددی همراه است و این یک چالش واقعی برای ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی مسئول این جمعیت در مواجهه با این واقعیت است (Chalah, Ayache, 2018)، لذا مداخلات روانشناختی در جهت کمک به کاهش خستگی و افزایش بهزیستی ذهنی در نظر گرفته شده است.

درمان طرحواره‌های هیجانی، شکل جدیدی از درمان شناختی رفتاری است که لیهی با اقتباس از نظریه شناختی بک، طرحواره درمانی یانگ، مدل فراشناختی و رویکردهای مبتنی بر پذیرش (Leyhi, 2002). برای درمان مشکلات هیجانی تدوین نمود. طبق این مدل درمانی، همه افراد هیجانات منفی و دردناک را تجربه می‌کنند اما آنچه که افراد را از یکدیگر متمایز می‌کند، چگونگی تفسیر و واکنش به هیجانات و یا همان طرحواره‌های هیجانی آنهاست (Leyhi, 2007).

درمان طرحواره‌های هیجانی در این زمینه با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مشترک است چرا که در هر دو درمان به گسترش انعطاف‌پذیری روانشناختی و پاسخهای انطباقی و انعطاف‌پذیر به تجارب هیجانی آشفته ساز توجه ویژه‌ای شده است (Leyhi, Tirch, Napolitano, 2011). اما ارزش اختصاصی درمان طرحواره‌های هیجانی در آن است که مفهوم سازی و راهبردهای افراد را در

¹ Lyubomirski

مقابل هیجانات دشوار مستقیماً مورد هدف قرار می دهد و از این طریق مداخله درمانی را اثربختر خواهد کرد (Leyhi, 2007). این درمان مدل جامعی از مداخلات مبتنی بر تنظیم هیجانی از جمله اعتباربخشی هیجانی توسط خود و دیگران، مداخلات مبتنی بر اصلاح طرحواره های هیجانی، آزمایش و اصلاح باورهای منفی پیرامون هیجانات، ذهن آگاهی، تعدیل پردازش هیجانی، کاهش استرس، بازسازی شناختی، پذیرش و اشتیاق و مهربانی با خود را ارائه داده است (Leyhi, Tirch, Napolitano, 2011). از طرف دیگر بسیاری از عوامل درمانی در گروه درمانی از قبیل همگانی بودن، امید نودوستی، همزیان داشتن، شجاعت دادن و ... با بیماران دچار بیماری جسمی کارایی دارند (Hossaini, Ahadi, 2018). (Jomehri, et al, 2018).

در این تحقیق نیز به بررسی تاثیر درمان گروهی طرحواره های هیجانی بر بهزیستی ذهنی و خستگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس پرداخته شده است.

با توجه به اینکه در زمینه بررسی اثربخشی درمان طرحواره های هیجانی بر بهزیستی ذهنی و خستگی در بیماران مبتلا به ام اس تحقیقات اندکی صورت پذیرفته است، و از آنجا که این روش درمانی از روشهای مبتنی بر پذیرش بوده و از تکنیکهای متفاوت درمان شناختی رفتاری از قبیل مقابله با افکار ناکارآمد و تکنیکهای مبتنی بر ذهن آگاهی و شفقت و ... استفاده مینماید، به پژوهشهای مرتبط بانواع این درمانها پرداخته شده است.

نتایج پژوهش Rahmani, Zeynali, Aghaei, et al, 1397 نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و یوگای هوشیارانه به صورت گروهی بر کاهش شدت خستگی و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام اس موثر است.

در تحقیق Taheri, Sajadeian, 1397 نتایج نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر علائم خستگی، شفقت خود و ذهن آگاهی کارکنان دارای سندرم خستگی مزمن موثر است.

پژوهش های بسیاری نشان داده اند که درمان شناختی - رفتاری (CBT) بر افزایش بهزیستی روانشناختی و کاهش تحریفات شناختی موثر است و موجب تغییر و اصلاح رفتار و به درمان هیجانات ناکارآمد کمک می کند (Sharifinejad Roodani, Shanbazi, 2017).

در تحقیق Rakhshan, Ganjalivand, Zarshenas, et al, 2018 نشان داده شد که گروه شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در ارتقاء بهزیستی ذهنی و امید در بیماران ام اس نقش مؤثر دارد.

در مطالعه Farhadi, Pasandide, 1396، به اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش استرس، اضطراب و افسردگی و افزایش خودکارآمدی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس پرداخته شده است. نتایج نشان داده که روش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش

استرس، اضطراب و افسردگی تاثیر مثبت معناداری داشته است و در مورد افزایش خودکارآمدی با وجود اینکه خودکارآمدی گروه آزمایش، افزایشی را نشان داد ولی این افزایش معنادار نبود.

در تحقیق Seifollahi, Monfaredi, Mohtashami, Mohammadi, 1395 به بررسی اثر بخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب، افسردگی و افزایش کیفیت زندگی و خودکارآمدی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروز پرداختند، نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش معنادار افسردگی و اضطراب و افزایش معنادار کیفیت زندگی و خودکارآمدی در این بیماران گردید.

تحقیق Karimi, Kakabraei, Yazdanbakhsh, et al, 1393 نشان داد که درمان شناختی رفتاری باعث افزایش بهزیستی ذهنی در بیماران قلبی عروقی می شود. همچنین بر اساس نتایج به دست آمده از تحلیل یافته های پژوهش، می توان گفت که درمان شناختی رفتاری باعث افزایش عاطفه مثبت و کاهش عاطفه منفی در بیماران قلبی عروقی می شود. از دلایلی که برای این استنباط می توان آورد این است که آگاهی بیماران از تاثیرات عواطف منفی بر سلامت روان آنها و مزایای داشتن زندگی شاد، باعث می شود که برای کاهش عواطف منفی و در نتیجه افزایش عواطف مثبت در خود، انگیزه پیدا کرده و تلاش کنند. همچنین همین آگاهی باعث بالا رفتن تمایل آنها برای انجام تکالیف خانگی و تمرین فنون فراگرفته در جلسات درمانی شود.

در تحقیق Case, Jackson, Kinkel, et al, 2018 نشان داده شد که تصویر ذهنی هدایت شده به عنوان یک روش مدرن آرام سازی منجر به کاهش استرس و افزایش بهزیستی ذهنی و کیفیت زندگی در بیماران ام اس می شود.

در پژوهش van den Akker, Beckerman, Collette, et al, 2018 نشان داده شد که رفتار درمانی شناختی منجر به کاهش خستگی، خواب آلودگی و همچنین بهبود فعالیت های بدنی و تمرکز در بیماران ام اس می شود.

در مطالعه Nathan, Poulin, Wozny, et al, 2017 نشان داده شد که مداخلات کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی باعث بهبود کیفیت زندگی در ارتباط با سلامت و عملکرد و کاهش درد، فاجه سازی درد و افسردگی در بیماران مبتلا به نوروپاتی محیطی دردناک دیابتیک گردید.

در مطالعه Hill, McKernan, Wang, Coronado, 2017 که به بررسی تغییرات بهزیستی روانشناختی پس از مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در بیماران دارای وضعیتهای مزمن پزشکی پرداختند، مشخص گردید که مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، کاهش معناداری در دیسترسهای هیجانی از قبیل افسردگی در این بیماران ایجاد می کند. همچنین نتایج بیانگر افزایش

خود شفقتی گردید و بیان گردید که مدل رگرسیون خطی بیانگر ارتباط تغییرات خود شفقتی با تغییرات دیسترسهای هیجانی بود.

در پژوهش صورت گرفته توسط van den Akker, Beckerman, Collette, 2016 نشان داده شد که استفاده از رفتار درمانی شناختی برای درمان خستگی در بیماران مبتلا به ام اس دارای تاثیر کوتاه مدت است و این اثر با پایان دادن به درمان کاهش می یابد.

در واقع این پژوهش در صدد است که به سوالهای زیر پاسخ دهد:

۱- آیا اثربخشی درمان گروهی طرحواره های هیجانی بر بهزیستی ذهنی در بیماران مبتلا به ام اس در گروه های آزمایش و کنترل به لحاظ آماری متفاوت است؟ ۲- آیا اثربخشی درمان گروهی طرحواره های هیجانی بر خستگی در بیماران مبتلا به ام اس در گروه های آزمایش و کنترل به لحاظ آماری متفاوت است؟

روش، جامعه و نمونه‌ی آماری پژوهش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی، و طرح پژوهش بصورت پیش آزمون- پس آزمون- پیگیری با گروه گواه گسترش یافته میباشد. جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مراجعه کننده به درمانگاههای مغز و اعصاب و بخش های مغز و اعصاب بیمارستانهای شهر شیراز بود. از میان بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس که به درمانگاه های مغز و اعصاب و بخش های مغز و اعصاب بیمارستانهای شهر شیراز مراجعه کرده بودند، ۴۰ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در ۲ گروه ۲۰ نفره جای گرفته شدند که با توجه به افت آزمودنیها به ۲ گروه ۱۵ نفره تقسیم شدند. به نحوی که طرحواره درمانی هیجانی بر روی گروه آزمایشی اعمال شد و گروه کنترل هیچ مداخله ای دریافت نکردند. ابزار گردآوری اطلاعات: جهت گردآوری اطلاعات از پرسشنامه های ذیل قبل از اجرای درمان گروهی طرحواره های هیجانی، پس از اجرای آن و ۳ ماه پس از اتمام درمان گروهی طرحواره های هیجانی استفاده گردید. - پرسشنامه شدت خستگی: ابزار سنجش شدت خستگی^۱ در بیماران ام اس به وسیله یک نورولوژیست به نام کرمپ طراحی شده است. این مقیاس یک پرسشنامه مشتمل بر ۹ سوال است که امتیاز مربوط به هر سوال ۱-۷ می باشد که نمره ۱ به معنای مخالفت قوی با سوال و نمره ۷ نشان دهنده موافقت کامل فرد با سوال می باشد. نمره کل از تقسیم جمع نمرات بر ۹ محاسبه می شود که این نمره بین (۱-۷) می باشد و امتیاز ۷ نشان دهنده بالاترین میزان خستگی و امتیاز ۱ بیانگر فقدان خستگی است. در تکمیل این پرسشنامه بیماران بایستی با توجه به وضعیت دو هفته اخیر خود سوالات را

^۱ Fatigue Severity Scale (FSS)

جواب دهند. برای محاسبه و تعیین پایایی پرسشنامه شدت خستگی از آزمون آماری آلفای کرونباخ استفاده گردید که مقدار $0/83$ به دست آمد (مولوی، ترکان، سلطانی و دیگران، ۲۰۱۰). پرسشنامه بهزیستی ذهنی: به منظور سنجش بهزیستی ذهنی آزمودنی ها از پرسشنامه بهزیستی ذهنی، استفاده شد. ساخت و هنجاریابی این پرسشنامه، توسط مولوی و همکاران صورت گرفته است. این پرسشنامه ۳۹ سوال دارد و بر اساس طیف ۵ درجه ای لیکرت (کاملاً درست = ۵ تا حدودی درسا = ۴ متوسط = ۳ تا حدودی نادرست = ۲ کاملاً نادرست = ۱) صورت می گیرد. این پرسشنامه دارای چهار زیرمقیاس می باشد که عبارتند از: ۱- سرزندگی (جمع نمرات این مقیاس بر ۱۳ تقسیم می شود تا نمره در یک مقیاس ۵ درجه ای به دست آید). ۲- اراده (جمع نمرات این مقیاس بر ۱۰ تقسیم می شود تا نمره در یک مقیاس ۵ درجه ای به دست آید) ۳- نوروژ (جمع نمرات این مقیاس بر ۱۰ تقسیم می شود تا نمره در یک مقیاس ۵ درجه ای به دست آید) ۴- استرس - افسردگی (جمع نمرات این مقیاس بر ۶ تقسیم می شود تا نمره در یک مقیاس ۵ درجه ای بدست آید). همچنین علاوه بر نمره کل (عواطف مثبت - عواطف منفی)، عواطف مثبت (سرزندگی + اراده) و منفی (نوروژ - استرس - افسردگی) با توجه به چهار زیر مقیاس، به دست می آید. ضریب اعتبار کل این پرسشنامه، $0/92$ و برای زیر مقیاس ها، بین $0/80$ تا $0/90$ می باشد. همچنین میزان همسانی درونی این آزمون برای نوجوانان ($n=33$) $0/84$ به دست آمد. نتایج تحلیل عوامل سوالات پرسشنامه با تقسیم بندی عواطف مثبت و منفی هماهنگ است (دینر^۱، ۲۰۰۸).

در گروه طرحواره درمانی هیجانی برنامه درمان به مدت ۱۶ جلسه دو ساعت و نیم بصورت هفتگی برگزار گردید که بر اساس مدل درمانی طرحواره هیجانی (لیهی ۲۰۱۱) تدوین گردید و به شرح زیر اجرا گردید.

جلسه اول: آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، توضیح مدل طرحواره درمانی هیجانی به زبان ساده و بیان اهداف درمانی، ارائه تکلیف پرکردن تست طرحواره های هیجانی.

جلسه دوم: بررسی انواع طرحواره های هیجانی اعضا گروه، ارائه الگویی از هیجان به شرکت کننده ها، ارائه تکلیف نوشتن مثالهایی از افکار، هیجانات و رفتارهایی از خودشان.

جلسه سوم: آموزش شناسایی انواع هیجانها، افتراق و برجسب زنی هیجانها، ارائه تکلیف برجسب زنی هیجانها و شناسایی انواع افکار همراه با هیجانها.

جلسه چهارم: آموزش جایگزینی هیجانها احتمالی دیگر با هیجانها در دوساز و افکار احتمالی دیگر همراه با آن هیجانها، آموزش زنجیره رویداد - فکر - هیجان - رفتار، ارائه تکلیف پر کردن فرم هیجان در دوساز - هیجان جایگزین، فکر - فکر جایگزین.

¹ Diener

- جلسه پنجم:** بررسی تکلیف منزل، آموزش انواع خطاهای شناختی و نحوه به چالش کشیدن افکار و جایگزینی هیجانات، آموزش فن وکیل مدافع و بررسی شواهد افکار منفی، ادامه تکلیف پر کردن فرم هیجان دردسرساز- هیجان جایگزین، فکر- فکر جایگزین.
- جلسه ششم:** آموزش نحوه بهنجارسازی تجربه های هیجانی. ارائه تکلیف بررسی بهنجار بودن هیجانات با بررسی وجود این هیجانات در دیگران و ثبت مزایا و معایب بهنجار دانستن هیجاناتی که غیر طبیعی می پندارند.
- جلسه هفتم:** بررسی تکلیف بهنجارسازی هیجانات، آموزش اینکه هیجانات گذرا هستند. ارائه تکلیف ثبت فعالیتها و افکار و هیجانات همراه با آن فعالیتها و شدت هیجانات همراه با آنها در زمانهای متفاوت شبانه روز.
- جلسه هشتم:** بررسی تکلیف ثبت هیجانات، آموزش پذیرش هیجانات، تمایز گذاشتن بین هیجان و اقدام، تجربه کردن هیجان به صورت موج و آموزش تمرین ذهن آگاهی، ارائه تکلیف انجام تمرین ذهن آگاهی اسکن بدن.
- جلسه نهم:** ادامه توضیحات مربوط به ذهن آگاهی، مشاهده هیجانات و اتخاذ موضعی به دور از قضاوت برای هیجانات، آموزش تمرین ذهن آگاهی فضا سازی برای هیجانات. ارائه تکلیف انجام ذهن آگاهی فضا سازی.
- جلسه دهم:** آموزش تحمل هیجانات مختلط، تکلیف ثبت و بررسی هیجانات مختلط و بررسی مزایا و معایب پذیرش هیجانات مختلط.
- جلسه یازدهم:** آموزش بررسی هیجان به عنوان هدف ، تکلیف پر کردن فرم در جستجوی هیجانات مثبت و فرم پرسشنامه هدف هیجانی.
- جلسه دوازدهم:** آموزش مهارت های مدیریت استرس، آموزش مراقبه مهر و محبت، تکلیف انجام مراقبه مهر و محبت ، تمرینات آرام سازی و برنامه ریزی فعالیت.
- جلسه سیزدهم:** بررسی تکلیف انجام تمرینات آرام سازی و مراقبه مهر و محبت و برنامه ریزی فعالیت، آموزش مهارت حل مساله، ارائه تکلیف بررسی راه حل های یکی از مشکلات شرکت کنندگان از طریق روش حل مساله.
- جلسه چهاردهم:** توضیح مفاهیم متفاوتی که افراد در زندگیشان دارند ، آموزش مهارت های جستجوی حمایت اجتماعی و جرات ورزی، آموزش تصویرسازی خود دلسوز ارائه تکلیف پر کردن فرم مفاهیم دیگر در زندگی، انجام تصویرسازی خود دلسوز و تمرینات رفتاری مربوط به کسب حمایت اجتماعی و جرات ورزی.
- جلسه پانزدهم:** آموزش بالا رفتن از نردبان مفاهیم برتر

جلسه شانزدهم: مرور و جمع بندی مطالب آموزشی جلسات

یافته های تحقیق

میانگین و انحراف معیار متغیرهای بهزیستی ذهنی (و زیرمقیاس های آن) و خستگی در دو گروه آزمایش و گواه در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱- میانگین و انحراف استاندارد داده های پژوهش (n=۱۵)

متغیر	مولفه	نوبت اجرا	درمان طرحواره های هیجانی (EST)		گواه (control)	
			میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
بهزیستی ذهنی	سرزندگی	پیش آزمون	۴۴/۷۳	۴/۷۱	۴۴/۴۷	۵/۳۴
		پس آزمون	۵۰/۴۰	۳/۵۸	۴۵/۲۰	۵/۳۹
		پیگیری	۵۰/۲۰	۳/۲۸	۴۵/۸۰	۵/۸۵
	اراده	پیش آزمون	۳۱/۸۷	۵/۳۳	۳۳/۰۰	۴/۵۷
		پس آزمون	۳۶/۹۳	۳/۷۹	۳۲/۸۰	۴/۷۲
		پیگیری	۳۶/۸۷	۳/۶۶	۳۲/۷۳	۴/۴۳
	روان رنجوری	پیش آزمون	۲۸/۸۰	۴/۱۳	۲۶/۲۷	۴/۱۳
		پس آزمون	۲۴/۴۰	۳/۲۹	۲۶/۰۰	۳/۹۳
		پیگیری	۲۴/۰۷	۳/۴۱	۲۵/۹۳	۴/۰۱
استرس- افسردگی	پیش آزمون	۱۷/۸۷	۳/۳۱	۱۷/۰۷	۲/۹۶	
	پس آزمون	۱۴/۰۷	۲/۵۲	۱۶/۶۷	۳/۲۰	
	پیگیری	۱۴/۵۳	۲/۷۷	۱۶/۸۰	۳/۱۲	
عواطف مثبت	پیش آزمون	۷۶/۶۰	۸/۱۰	۷۷/۴۷	۸/۱۳	
	پس آزمون	۸۷/۳۳	۶/۱۰	۷۸/۰۰	۸/۹۶	
	پیگیری	۸۷/۰۷	۵/۷۱	۷۸/۵۳	۹/۰۵	
عواطف منفی	پیش آزمون	۴۶/۶۷	۵/۴۲	۴۳/۳۳	۵/۷۹	
	پس آزمون	۳۸/۴۷	۳/۶۴	۴۲/۶۷	۵/۶۴	
	پیگیری	۳۸/۶۰	۳/۲۷	۴۲/۷۳	۵/۸۷	
خستگی	پیش آزمون	۳۸/۰۷	۱۳/۶۲	۴۱/۸۷	۹/۶۱	
	پس آزمون	۳۲/۶۷	۱۲/۶۶	۴۳/۲۰	۹/۲۲	
	پیگیری	۳۰/۴۷	۱۰/۰۳	۴۲/۹۳	۸/۹۲	

برای آزمون فرضیه های پژوهش و پاسخ به پرسش های پژوهش از تحلیل واریانس دو عاملی با اندازه گیری های مکرر روی یک عامل (تحلیل واریانس آمیخته)، تحلیل کوواریانس یک راهه تک متغیری و آزمون میانگین دو گروه وابسته (با استفاده از تفاوت زوج نمره ها) استفاده شده است.

جدول ۲ - مقایسه میانگین نمره های تعدیل شده پس از آزمون ها، در دو گروه آزمایشی و گواه (بهزیستی ذهنی)

پس از آزمون تعدیل شده		پس از آزمون		متغیر / مولفه
گواه	آزمایشی	گواه	آزمایشی	
۴۵/۲۸	۵۰/۳۲	۴۵/۲۰	۵۰/۴۰	سرزندگی
۳۲/۴۴	۳۷/۳۰	۳۲/۸۰	۳۶/۹۳	اراده
۲۶/۷۳	۲۳/۶۷	۲۶/۰۰	۲۴/۴۰	روان رنجوری
۱۶/۹۴	۱۳/۸۰	۱۶/۶۷	۱۴/۰۷	استرس - افسردگی
۷۷/۶۷	۸۷/۶۶	۷۸/۰۰	۳۳/۸۷	عواطف مثبت
۴۳/۶۰	۳۷/۵۴	۴۲/۶۷	۳۸/۴۷	عواطف منفی

نتایج جدول ۲ که به مقایسه میانگین پس از آزمون های تعدیل شده در دو گروه پژوهشی متغیر بهزیستی ذهنی پرداخته است نشان می دهد که درمان طرحواره های هیجانی بر میزان بهزیستی ذهنی (مولفه های سرزندگی، اراده، روان رنجوری، استرس، افسردگی) در بیماران ام اس موثر است و بر اساس داده های پژوهش موجب افزایش عواطف مثبت و کاهش عواطف منفی می شود.

جدول ۳ - نتایج آزمون میانگین دو گروه وابسته برای مقایسه نمره های پس از آزمون و پیگیری (n=۱۵) [بهزیستی ذهنی]

آزمون میانگین دو گروه وابسته				انحراف استاندارد	میانگین	نوبت اجرا	مولفه / متغیر
t(df=14)	خطای استاندارد	انحراف استاندارد تفاوت ها	میانگین تفاوت ها				
۰/۸۹۹	۰/۲۲۳	۰/۸۶۲	۰/۲۰	۳/۵۸	۵۰/۴۰	پس از آزمون	سرزندگی
				۳/۲۸	۵۰/۲۰	پیگیری	
۰/۱۳۵	۰/۴۹۲	۱/۹۰۷	۰/۰۷	۳/۷۹	۳۶/۹۳	پس از آزمون	اراده
				۳/۶۶	۳۶/۸۷	پیگیری	
۱/۳۲۳	۰/۲۵۲	۰/۹۷۶	۰/۳۳	۳/۲۹	۲۴/۴۰	پس از آزمون	روان رنجوری
				۳/۴۱	۲۴/۰۷	پیگیری	
۱/۴۵۱	۰/۳۲۲	۱/۲۴۶	۰/۴۷	۲/۵۲	۱۴/۰۷	پس از آزمون	استرس - افسردگی
				۲/۷۷	۱۴/۵۳	پیگیری	
۰/۵۴۱	۰/۴۹۲	۱/۹۰۷	۰/۲۷	۶/۱۰	۸۷/۳۳	پس از آزمون	عواطف مثبت
				۵/۷۱	۸۷/۰۷	پیگیری	
۰/۳۳۳	۰/۴۰۱	۱/۵۵۲	۰/۱۳	۳/۶۴	۳۸/۴۷	پس از آزمون	عواطف منفی
				۳/۲۷	۳۸/۶۰	پیگیری	

جدول ۳ که نتایج آزمون میانگین دو گروه وابسته برای مقایسه نمره های پس آزمون و پیگیری متغیر بهزیستی ذهنی است نیز نشان می دهد که اثربخشی درمان طرحواره های هیجانی بر بهزیستی ذهنی (مولفه های سرزندگی، اراده، روان رنجوری، استرس و افسردگی) در بیماران مبتلا به ام اس در طول زمان دارای ماندگاری اثر (پایداری) است. یعنی موجب افزایش عواطف مثبت (سرزندگی و اراده) و موجب کاهش عواطف منفی (روان رنجوری، استرس- افسردگی) است.

جدول ۴- مقایسه میانگین نمره های تعدیل شده پس آزمون ها در دو گروه آزمایشی و گواه

متغیر/ مولفه		پس آزمون		ججپس آزمون تعدیل شده	
		گواه	آزمایشی	گواه	آزمایشی
خستگی		۴۳/۲۰	۳۴/۲۷	۴۱/۶۰	۳۴/۲۷

جدول شماره ۴ که به مقایسه میانگین پس آزمون های تعدیل شده در دو گروه پژوهشی در متغیر خستگی پرداخته است نشان می دهد که درمان طرحواره های هیجانی بر میزان خستگی در بیماران مبتلا به ام اس موثر است و بر اساس داده های پژوهش موجی کاهش آن می شود.

جدول ۵- نتایج آزمون میانگین دو گروه وابسته برای مقایسه نمره های پس آزمون و پیگیری

(n=15) [خستگی]

مولفه / متغیر	نوبت اجرا	میانگین	انحراف استاندارد	آزمون میانگین دو گروه وابسته			
				میانگین تفاوت ها	انحراف استاندارد تفاوت ها	خطای استاندارد	t (df=14)
خستگی	پس آزمون	۳۲/۶۷	۱۲/۶۶	۲/۲۰	۸/۳۰۸	۲/۱۴۵	۱/۰۲۶
	پیگیری	۳۰/۴۷	۱۰/۰۳				

جدول ۵ که نتایج آزمون میانگین دو گروه وابسته برای مقایسه نمره های پس آزمون و پیگیری متغیر خستگی است نشان می دهد که اثربخشی درمان طرحواره های هیجانی در کاهش خستگی در بیماران ام اس در طول زمان دارای ماندگاری اثر است.

بحث و نتیجه گیری

در تحقیق حاضر به بررسی اثربخشی درمان گروهی درمان طرحواره های هیجانی بر افزایش بهزیستی ذهنی (عواطف مثبت: سرزندگی و اراده، عواطف منفی: روان رنجوری، افسردگی، استرس) و کاهش خستگی در بیماران مبتلا به ام اس پرداخته شد. نتایج بیانگر اثربخشی درمان گروهی

طرحواره های هیجانی ببر بهزیستی ذهنی، زیر مقیاس های سرزندگی و اراده و روانرنجوری، استرس و افسردگی و نمره کل در بیماران مبتلا به ام اس بود و موجب کاهش عواطف منفی و افزایش عواطف مثبت و در نهایت افزایش بهزیستی ذهنی بود. همچنین نتایج نشان داد که این اثر پس از پیگیری سه ماهه نیز ماندگاری داشت.

از طرف دیگر درمان گروهی طرحواره های هیجانی بر خستگی در بیماران مبتلا به ام اس موثر بود.

از آنجا که تاکنون تحقیقات اندکی در خصوص تأثیر درمان طرحواره های هیجانی بر بهزیستی ذهنی و خستگی در بیماران مبتلا به ام اس انجام پذیرفته است و از طرفی درمان طرحواره های هیجانی شکل هیجان محور درمان شناختی- رفتاری است و همانند سایر درمانهای موج سوم درمان شناختی- رفتاری، بر مبنای تأکید بر اعتبار بخشی، پذیرش و پردازش هیجانی است و از تکنیکهای مختلف ذهن آگاهی، درمان مبتنی بر شفقت درمانی، بازسازی شناختی و مدیریت استرس و... استفاده می کند (Leyhi, 2012) و به مقایسه این مطالعه با سایر پژوهشهای مبتنی بر درمان شناختی- رفتاری و درمانهای مبتنی بر پذیرش و درمانهای مبتنی بر مدیریت هیجان پرداخته ایم.

همچنین تحقیق Frank, Reibel, Broderick, 2015 با یافته های تحقیق حاضر همسو بود که نشان دادند که مدیریت استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر ارتقاء بهزیستی ذهنی و روانشناختی در بیماران مبتلا به سرطان موثر است.

نتایج پژوهش (Nykliček, Dijkstra, Lenders (2014 و Hollis-Walker, Colosimo (2011) نشان داده شد که ذهن آگاهی در افزایش بهزیستی ذهنی موثر است.

برای تبیین این یافته ها Leyli, 2002 معتقد است که طرحواره های هیجانی باعث اجتناب هیجانی می گردد و اغلب اجتناب از هیجانات دردناک باعث استقرار آن می گردد. اجتناب یک تلاش فعال برای کنترل یا از بین بردن تجربه یک رویداد منفی درونی مانند تفکر منفی، احساسات، حافظه و یا حسهای فیزیکی است. هنگامی که بیمار عقاید غلطی در مورد نحوه برخورد با رویدادهای درونی ناخوشایند مانند افکار، احساسات، خاطرات و حسهای فیزیکی دارد، این باعث نگرانی در مورد تغییر الگوی رفتاری می شود. بنابراین بیمار می تواند از طریق مداخلات مرتبط با پذیرش بوسیله درمانگر، با رویدادهای درونی ناخوشایند مواجه شود.

درمان طرحواره های هیجانی کمک می کند تا فرد هیجانات خود را درک کند، هیجانات خود را به نحو صحیحی بیان یا تجربه کند، هیجانات مختلف خود را بدون صرف انرژی زیاد، جهت اجتناب، تجربه کند، و هیجانات پیچیده و غیر قابل قبول را با روشهای مبتنی بر پذیرش، بپذیرد. ذهن آگاهی، تکنیک دیگری از درمان طرحواره های هیجانی است که یک نقش زیربنایی در ایجاد و نگهداری

آگاهی انطباقی و انعطاف پذیر در برابر تجارب هیجانی دارد. مهمترین هدف از ذهن آگاهی توانایی کنترل توجه است. ناتوانی در کنترل توجه باعث مشکلات مختلفی شامل ناتوانی در متوقف کردن تفکر درباره مسائل گذشته، حال و آینده، و عدم توانایی تمرکز بر وظایف مهم است، می‌شود. مهارتهای ذهن آگاهی می‌تواند علاوه بر افزایش بهزیستی ذهنی برای بیماران مبتلا به ام اس باعث کاهش استرس آنها شود. خود این عامل میزان عود را در این بیماران کاهش می‌دهد. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش Schwartz, Gulliford, Stier, 2005 همسو است و سیچدایک و همکاران (۲۰۰۹) دریافتند که بالا بودن مشکلات روانی (افسردگی، اضطراب، استرس، خستگی) در بیماران مبتلا به ام اس نحوه کنار آمدن آنها را تحت تاثیر قرار داده و کانون توجه آنها را متمرکز بر مشکلات آینده می‌سازد.

ذهن آگاهی، پذیرش را آسان می‌کند و بیان شده که از نشخوار فکری درباره چرایی داشتن بیماری و نگرانی‌های مرتبط با آینده جلوگیری می‌کند. (Jain, Shapiro, swanick, et al, 2007) و (Nyklíček, Dijkstra, Lenders, 2015)

در جمعیت‌های مختلف مشخص شده که ذهن آگاهی با کاهش سطوح دیسترس‌های روانشناختی و افزایش انعطاف پذیری روانشناختی ارتباط دارد (McCracken, Gauntlett-Gilbert, Vowles, 2007) ، (Nyklíček, Dijkstra, Lenders, 2015).

دو مکانیسم در ذهن آگاهی مهم هستند (الف) شناسایی و رها کردن افکار پایدار نشخوار شونده درباره گذشته یا آینده و (ب) آزادسازی ذهن و بدن (Black ledge, Hayes, Nyklíček, Dijkstra, Lenders, 2015). (Brown, Ryan, 2003) به این نتیجه رسیدند که ذهن آگاهی سبب بالا رفتن بهزیستی افراد می‌شود.

مشخص گردیده که ذهن آگاهی می‌تواند از بهزیستی ذهنی، وقتی که با شرایط نامطلوب مواجه می‌شوید مانند یک وضعیت مزمن غیرقابل پیش بینی، محافظت نماید. در واقع، ذهن آگاهی مانند سپری در مقابل اثرات استرس تجربه شده بر خلق منفی، مشخص گردیده است (Branstrom, Duncan, Moskowitz, 2011).

در تبیین یافته‌های فوق می‌توان مطرح ساخت آسیب‌های روانی، اغلب به وسیله تفکر سوگیرانه و افراطی، تداوم و از راه تحریف در پردازش داده‌ها، شدت می‌یابند که این امر میتواند منجر به کاهش سلامت روان و بهزیستی ذهنی شود (Frank, Reibel, Broderick, 2015). استرس‌های هیجانی و عاطفی ممکن است بر رفتار فرد تأثیر گذاشته به نحوی که فرد قادر به کنترل خود نشود. شناخت این مشکلات، رفع یا کاهش آنها، به همراه آرایه آموزشی نظیر مداخلات ذهن آگاهی، برای بهبود بهزیستی روانشناختی به عنوان بخش مهمی از درمان می‌باشد (Nyklíček, Dijkstra, Lenders, 2015).

(Lenders, 2015). در درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، بیمار از طریق انجام تمرینهای مکرر با جهت دهی قصدمندانه توجه به یک شیء خنثی (مثلاً جریان تنفس) به مشاهده افکار و احساسات یا حسهای بدنی خود می نشیند. افراد ذهن آگاه واقعیات درونی و بیرونی را آزادانه و بدون تحریف ادراک میکنند و توانایی زیادی در مواجهه با دامنه گسترده ای از تفکرات، هیجانها و تجربه ها (اعم از خوشایند و ناخوشایند) دارند (چیسا، سرنی، ۲۰۰۹). این مشاهده گری عاری از قضاوت میتواند پاسخهای هیجانی را که به وسیله اضطراب فراخوانی میشود و درازمدت موجب کاهش بهزیستی ذهنی میشود را کاهش دهد. بر این اساس میتوان استدلال نمود که تمرینهای ذهن آگاهانه، توانایی افراد مبتلا به ام اس را برای تحمل حالات هیجانی منفی افزایش می دهد و آنها را به مقابله مؤثر تجهیز می نماید.

همچنین براساس نتایج به دست آمده از تحلیل یافته های پژوهش، می توان گفت که طرحواره درمانی هیجانی باعث افزایش عاطفه مثبت و کاهش عاطفه منفی در بیماران ام اس می شود. نتایج پژوهش Van den Akker, Beckerman, Collette, et al, 2016 نیز با مطالعه حاضر همسو بود که نشان داد که رفتار درمان شناختی بر خستگی ر بیماران مبتلا به ام اس موثر است اما دارای اثر کوتاه مدت است و این اثر با پایان دادن به درمان کاهش می یابد، همچنین در فرا تحلیل Chalah, Ayache, 2018 نیز همسو با این تحقیق نشان داد که رفتار درمانی شناختی اثرات مثبت بر خستگی بیماران مبتلا به ام اس دارد اما طول مدت اثر در تمام مطالعات متفاوت بود.

برای تبیین این یافته ها می توان گفت درمان طرحواره های هیجانی شکل هیجان محور درمان شناختی رفتاری ست، بر این اصل استوار است که پاسخ های فیزیولوژیک، رفتاری، شناختی و عاطفی با یکدیگر در تعامل بوده و یکدیگر را تحت تاثیر قرار میدهند. تغییر در یکی از سیستم های واکنشی می تواند منجر به ایجاد تغییراتی در دیگر سیستم های واکنشی گردد (Gielissen, Verhagen, Witjes, et al, 2006). به عبارت دیگر، از آنجایی که مقابله، یک تلاش رفتاری و شناختی برای حل مشکل و اداره نیازهاست؛ نیاز به مهارت هایی نظیر تفکر سازنده، انعطاف در رفتار، شناختن توانمندی ها و موقعیت دارد. بعضی از افکار منفی نظیر (همه یا هیچ) ممکن است توسط بیماران ام اس این طور درک شود که چون نمی توانند به طور کامل از خستگی اجتناب کنند این عارضه را تشدید می کند و نیاز به استراحت و بهبودی را افزایش می دهد، رفتار دیگر به این علت است که فرد دارای ام اس دچار خستگی شدید می شود و همین عامل باعث چرت زدن در طول روز می شود که این می تواند ریتم شبانه روزی خواب را خراب کند و پس از آن خستگی را بدتر کند، دیگر آنکه در زمینه خستگی مفرط ممکن است برخی از شناخت ها یا باورها مانند فاجعه آمیز شدن خستگی در بیماران

ام اس، شدت خستگی را افزایش دهد. لذا این درمان با منطقی کردن افکار و پذیرش هیجانات توانسته باعث کاهش خستگی در بیماران ام اس شود.

محدودیتها و پیشنهادات

به لحاظ روش شناختی، محدودیت اصلی این پژوهش، محدودیت در تعمیم نتایج به دلیل تعداد محدود نمونه می باشد. از آنجا که نمونه در دسترس بوده است، نتوانستیم متغیرهای دموگرافیک نظیر سن، میزان تحصیلات، وضعیت اجتماعی اقتصادی، میزان بهره هوشی و ... را کنترل کنیم، در حالیکه این متغیرها در نتایج تاثیر گذار بوده اند. به دلیل محدودیت زمانی پژوهش، ارزیابی اثربخشی رویکردهای درمانی در یک دوره زمانی مشخص ۳ ماهه صورت گرفت. اگر امکان پیگیری در مدت طولانی تر فراهم بود احتمالاً نتایج روشن تر و قاطع تری حاصل می شد. بیماران ام اس به دلیل شرایط خاص و تعداد زیاد سوالات پرسشنامه ها، به سختی همکاری می کردند که این موضوع باعث کند پیش رفتن رون پژوهش شد. پیشنهاد می شود مقایسه درمان طرحواره های هیجانی با درمانهای دیگر موج سوم و تأثیر آن بر روی بیماران مبتلا به ام اس. اجرای پژوهش با کنترل متغیرهای ویژگیهای شخصیتی و راهکارهای مقابله ای در بیماران مبتلا به ام اس. از آنجا که تحقیقات اندکی در زمینه اثربخشی درمان طرحواره های هیجانی در بیماران مبتلا به ام اس صورت پذیرفته است، پیشنهاد میشود در زمینه اثر بخشی این درمان بر دیگر متغیرهای جسمانی و روانشناختی در این بیماران مطالعات بیشتری صورت پذیرد. با توجه به اینکه در این تحقیق از تمامی انواع بیماران مبتلا به ام اس استفاده شد، بهتر است در تحقیقات آینده بیماران از نظر نوع بیماری ام اس طبقه بندی شوند. پیشنهاد می شود در پژوهش آتی از طرحواره درمانی هیجانی برای کاهش مشکلات روان شناختی بیماران مبتلا به ام اس استفاده شود تا به بهبود بهزیستی ذهنی آن ها کمک شود. از آنجا که این پژوهش در شهر شیراز انجام شده است، با توجه به ویژگی های فرهنگی و اجتماعی خاص این شهر قابلیت تعمیم نتایج به دیگر بخش های کشور پایین می باشد. بهتر است پژوهش های آتی با حجم نمونه بیشتری انجام پذیرد تا قابلیت تعمیم بیشتری داشته باشد.

پیشنهادات میگردد در پژوهش های آتی با توجه به اینکه نتایج این پژوهش بیانگر سودمندی درمان گروهی طرحواره های هیجانی بر افزایش بهزیستی ذهنی و امید و کاهش خستگی در بیماران مبتلا به ام اس می باشد، توصیه می شود اطلاعات لازم در خصوص این درمان در اختیار درمانگران بالینی مربوط به بیماران مبتلا به ام اس قرار گیرد. با توجه به تعامل شرایط بیماری ام اس با مسایل روانشناختی، توصیه میشود درمانهای روانشناختی بطور مستمر در اختیار این بیماران قرار گیرد.

References:

- Bränström R, Duncan LG, Moskowitz JT. (2011). The association between dispositional mindfulness, psychological well-being, and perceived health in a Swedish population-based sample. *Br J Health Psychol.* 16(Pt 2):300-16.
- Brown KW, Ryan RM. (2003). The Benefits of Being Present: Mindfulness and Its Role in Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology.* Vol. 84, No. 4, 822-848.
- Bulijevac D, Hop WCJ, Reedeker W, Janssens ACJW, Vander-Meche FGA, Vandoorn PA, Hintzen RQ (2003). Self reported stressful life events and exacerbations in multiple sclerosis: prospective study. *J Br Med,* 646(4): 327.
- Case LK, Jackson P, Kinkel R, Mills PJ (2018). Guided Imagery Improves Mood, Fatigue, and Quality of Life in Individuals With Multiple Sclerosis: An Exploratory Efficacy Trial of Healing Light Guided Imagery. *J Evid Based Integr Med,* 23: 2515690X17748744.
- Chalah MA, Ayache SS (2018). Cognitive behavioral therapies and multiple sclerosis fatigue: A review of literature. *J Clin Neurosci,* 52:1-4.
- Chalah MA, Ayache SS (2018). Cognitive behavioral therapies and multiple sclerosis fatigue: A review of literature. *J Clin Neurosci,* 52:1-4.
- Dehghan M, Gheaeidi-heidari F (2018). Environmental Risk Factors for Multiple Sclerosis: A Case-control Study in Kerman, Iran. *Iranian journal of nursing and midwifery research,* 23(6):431.
- Diener E, Lucas RE, Oishi S (2002). Subjective wellbeing. *J Clin Psychol,* 24: 25-41.
- Diener E. Biswas-Diener R (2008). *Rethinking happiness: The science of psychological wealth.* Malden MA: Blackwell Publishing.
- Fanciullacci C, Straudi S, Basaglia N, Chisari C (2017). The role of psychological well-being in multiple sclerosis rehabilitation. *Eur J Phys Rehabil Med,* 53(1):105-113.
- Farhadi M, Pasandide M. (2017). The Effect of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBSR) in Reducing Stress, Anxiety and Depression and Increasing Self-efficacy in Multiple Sclerosis Patients. *CPAP.* 15(2); 29:7-15.
- Frank JL, Reibel D, Broderick P. (2013). The Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction on Educator Stress and Well-Being: Results from a Pilot Study. *Mindfulness.* 4(3): DOI 10.1007/s12671-013-0246-2.
- Heidari A, Koroshnia M, Hoseini M. (2014). The Relationship between Spiritual Intelligence and Happiness through Psychological Well-Being. *Journal Management System.* 6(21): 73-85.
- Hill RJ, McKernan LC, Wang L, Coronado RA. Changes in psychosocial well-being after mindfulness-based stress reduction: a prospective cohort study. *J Man Manip Ther.* 2017 Jul;25(3): 128-136.

- Hollis-Walker, L. H., Colosimo, K. (2011). Mindfulness, Self-Compassion, and Happiness in Non-Meditators: A Theoretical and Empirical Examination. *Personality and Individual Differences*, 50, 222-227.
- Hossaini M, Ahadi H, Jomehri F, Kraskian A, Ahadi M (2019). The Effectiveness of Emotional Schema Group Therapy on Pain and Depression in Patients with Rheumatoid Arthritis. *Journal Management System*. 7(10): 35: 119-135.
- Karimi S, Kakabaraei K, Yazdan bakhsh K, Moradi GH. (2014). The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Mental Well-being of Cardiovascular Patients. *JKUMS*.18(3):76;147-156.
- Lambert M, Neber D (2004). Current issues in schizophrenia: Over review of patient acceptability, functioning capacity and quality of life. *J Cns drug*,18: 5-17.
- Leahy RL (2007). American Institute for Cognitive Therapy, New York. Emotional Schemas and Self-Help: Homework Compliance and Obsessive-Compulsive Disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*,14:297-302.
- Leahy RL, Tirsch D, Napolitano LA. Emotion regulation in psychotherapy. New York: The Guilford Press; 2011.
- Leahy RL. A model of emotional schemas. *Cognitive and Behavioral Practice* 2002; 9: 177-90
- Leahy RL. Emotion and Psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2007; 14(4): 353-57.
- Leahy RL. Emotional Schema Therapy: A Bridge Over Troubled Waters. In book: *Acceptance and Mindfulness in Cognitive Behavior Therapy: Understanding and Applying the New Therapies*, pp.109 – 131.
- Leahy, R.L., Tirsch, D.D., Melwani, p.s. (2012). Processes underlying depression: Risk aversion, emotional schemas, and psychological flexibility. *International journal of Cognitive Therapy*, 5(4),362-379.
- Lyubomirsky S, Tkach C, Dimmateo MR (2007). What are the differences between happiness and self-esteem? *J Soc Indic Res*.78: 363-404.
- McCracken LM, Gauntlett-Gilbert J, Vowles KE.(2007). The role of mindfulness in a contextual cognitive-behavioral analysis of chronic pain-related suffering and disability. *Pain*. 131(1-2):63-9
- Molavi H, Torkan H, Soltani I, Palahang H (2010). Structure Standardization, Validity and Reliability of Subjective Well-being Questionnaire. *J Psychiatry and Clinical Psychology*.16(3): 231-238.
- Nathan HJ, Poulin P, Wozny D, Taljaard M, Smyth C, Gilron I. Et al. Randomized Trial of the Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction on Pain-Related Disability, Pain Intensity, Health-Related Quality of Life, and A1C in Patients with Painful Diabetic Peripheral Neuropathy. *Clin Diabetes*. 2017 Dec;35(5): 294-304.

- Nyklíček I, Dijkman SC, Lenders PJ, Fonteijn WA, Koolen JJ (2014). A brief mindfulness based intervention for increase in emotional well-being and quality of life in percutaneous coronary intervention (PCI) patients: The MindfulHeart randomized controlled trial. *J Behav Med.* 37(1):135-44.
- Omrani S, Mirzaeian B, Aghabagheri H, Hassanzadeh R, Abedini M (2012). Effectuality of Cognitive-Behavioral Therapy on the Life Expectancy of Patients with Multiple Sclerosis. *J Mazandaran Univ Med Sci*, 22(93): 58-65.
- Ostir GV, Smith MP, Smith D (2005). Reliability of the positive and negative affect schedule (PANAS) in medical rehabilitation. *J Clin Rehabil.* 19: 767-769.
- Phyo AZZ, Demaneuf T, De Livera AM, Jelinek GA, Brown CR, Marck CH, et al (2018). The Efficacy of Psychological Interventions for Managing Fatigue in People with Multiple Sclerosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Neurol*, 4; 9:149.
- Rahmani S, Zeinali M, Gozal S, Doroodian N. (In Press). The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Mindfulness-Based Yoga on Group Fatigue and Quality of Life in Patients with M.S. *Two Quarterly Journal of Psychology and Personality*.
- Schwartz, J. M., Gulliford, E. Z., Stier, J., and Thienemann, M. (2005). Mindful Awareness and Self-Directed Neuroplasticity: Integrating psychospiritual and biological approaches to mental health with a focus on obsessive compulsive disorder, in Mijares, S. G., and Khalsa, G. S. (Eds.). *The Psychospiritual Clinician's Handbook: Alternative methods for understanding and treating mental disorders*, Binghamton, NY: Haworth Reference Press, chapter 13.
- Seifollahi M, Monfaredi A, Mohtashami A, Mohammafi H. (2016). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy on Reducing Anxiety, Depression, and Increasing Quality of Life and Self-efficacy in Patients with Multiple Sclerosis. *Journal of Fundamentals of Mental Health.* 40(18):596-605.
- Sharifinejad roodani R, Shahbazi M. (2017). The effectiveness of cognitive behavioral therapy on psychological well-being and distortions Cognition of adolescents in Ahwaz. . *Journal Management System.* 9(33): 107-123.
- Soleimani S, Tajjodini E (2016). Effectiveness of cognitive behavioral therapy based on fatigue on dimensions of mental fatigue in patients with multiple sclerosis: a case study. *J Clin Psychol*, 8(2):30.
- Taheri S, Sajadian I. (2017). The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Symptoms of Fatigue, Self Compassion, and Mindfulness of Persons with Chronic Fatigue Syndrome. *Journal of Occupational and Organizational Counseling.* 30(27): 145-171.

- van den Akker LE, Beckerman H, Collette EH, Eijssen IC, Dekker J, de Groot V (2016). Effectiveness of cognitive behavioral therapy for the treatment of fatigue in patients with multiple sclerosis: A systematic review and meta-analysis. *J Psychosom Res*, 90:33-42.
- van den Akker LE, Beckerman H, Collette EH, Eijssen IC, Dekker J, de Groot V (2016). Effectiveness of cognitive behavioral therapy for the treatment of fatigue in patients with multiple sclerosis: A systematic review and meta-analysis. *J Psychosom Res*, 90:33-42.
- Zamani N, Rahmati A, Fazilatpour M (2014). The effect of cognitive – behavioral stress management training on anxiety, depression and cognitive disorder of individuals with multiple sclerosis. *Journal of Clinical Psychology*. 5:4(20); 43-5.



