

مقایسه اثربخشی گروه درمانی های مبتنی بر ذهن آگاهی و مصاحبه انگیزشی بر خودکارآمدی درد و تحمل پریشانی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

شهلا فرهاد بروجنی^۱، رضا احمدی^۲، احمد غضنفری^۳، طیبه شریفی^۴

The effectiveness of mindfulness-based and motivational interviewing group therapy on pain self-efficacy and distress tolerance in patients with multiple sclerosis

Shahla Farahzad Bourojeni¹, Reza Ahmadi², Ahmad Ghazanfari³, Tayebeh Sharifi⁴

چکیده

زمینه: کیفیت زندگی افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس تحت تأثیر بیماری آنها قرار می گیرد زیرا با مشکلات عصبی بی شماری همراه است، حالی که در بررسی اثربخشی آموزش این نوع از برنامه ها بر خودکارآمدی درد و تحمل پریشانی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شکاف تحقیقاتی وجود دارد. **هدف:** پژوهش حاضر با هدف بررسی مقایسه اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه درمانی مصاحبه انگیزشی بر خودکارآمدی درد و تحمل پریشانی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس انجام شد. **روش:** پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون - پیگیری با گروه گواه بود. جامعه پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شهرستان بروجن بود که به مرکز شهید وفایی تا سال ۱۳۹۸ مراجعه کرده بودند. از بین ۱۳۸ نفر بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، ۳۶ بیمار با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه های آزمایش و گواه قرار گرفتند. مداخله گروه درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (کابات زین و همکاران، ۱۹۹۲) در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه ای و گروه درمانی مصاحبه انگیزشی (دیوید روزن گرین، ۲۰۰۵) در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه ای در گروه آزمایش اجرا شد. ابزارهای پژوهش، شامل پرسشنامه های خودکارآمدی درد (نیکولاس، ۲۰۰۷) و تحمل پریشانی (سیمونز و گهر، ۲۰۰۵) بود. تحلیل داده ها با روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر با استفاده از نرم افزار SPSS-22 انجام شد. **یافته ها:** نتایج نشان داد، گروه درمانی ذهن آگاهی و مصاحبه انگیزشی بر افزایش خودکارآمدی درد ($p=0/002$) تأثیر معناداری داشت، همچنین، گروه درمانی ذهن آگاهی و مصاحبه انگیزشی نیز بر افزایش تحمل پریشانی ($p=0/001$) تأثیر معناداری داشت، اما بین اثربخشی گروه درمانی ذهن آگاهی و مصاحبه انگیزشی بر خودکارآمدی درد و تحمل پریشانی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس تفاوت معناداری وجود نداشت. پژوهش حاضر نشان داد گروه درمانی ذهن آگاهی و مصاحبه انگیزشی، میزان خودکارآمدی درد و تحمل پریشانی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس را بهبود می بخشد. بر این اساس، بیماران در فرآیند گروه درمانی ذهن آگاهی و مصاحبه انگیزشی، یاد می گیرند به فرآیند ذهنی از طریق آموزش راهبردهای رفتاری، شناختی و فراشناختی آگاهی یابند، و در این مسیر، میزان تحمل پریشانی و خودکارآمدی درد را بهبود می دهند. **نتیجه گیری:** اثربخشی گروه درمانی ذهن آگاهی و مصاحبه انگیزشی بر خودکارآمدی درد، تاب آوری، تحمل پریشانی و اجتناب تجربه ای بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مؤثر است. **واژه کلیدی:** بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، تحمل پریشانی، خودکارآمدی درد، گروه درمانی ذهن آگاهی، گروه درمانی مصاحبه انگیزشی.

Background: Multiple sclerosis (MS) can affect the quality of life in individuals with this illness by posing numerous nervous disorders. Clearly, there is a gap in studying the efficacy of educational programs about pain self-efficacy and distresses tolerance in patients with MS. **Aims:** In this study, the aim was to investigate the difference between the efficiency of mindfulness-based group therapy and motivational interviewing efficiency regarding pain self-efficacy and distresses tolerance in patients with MS. **Methods:** This quasi-experimental study was conducted using a control group pre-test, post-test, and follow up design. The population included all patients with MS who were referred to Shahid Vafaei center in Boroujen, Iran, by 2019. Among the 138 patients with MS, a total of 36 were selected through convenience sampling and placed in the experimental and control group via using the random assignment method. An intervention program (Kabat-Zinn et al., 1992) associated with mindfulness-based group therapy was held for 12 sessions, each session lasted 90 min. For the experimental group, the researcher held 12 sessions of 90 minutes using motivational interviewing group therapy (David Rosengren, 2005). The instruments used in this study were the pain self-efficacy questionnaire (Nikolas, 2007) and the distress tolerance questionnaire (Simons and Gaher, 2005). To perform data analysis, an analysis of variance on repeated measure design was used via SPSS software version 22. **Results:** It was found that both the mindfulness-based group therapy and the motivational interviewing group therapy were significantly correlated with the pain self-efficacy variable ($p=0.002$). Another significant association was also found between the distresses tolerance variable and both mindfulness-based group therapy and the motivational interviewing group therapy ($p=0.001$). Yet, there was seen no significant difference between the efficiency of mindfulness-based group therapy and that of the motivational interviewing group therapy in the pain self-efficacy and distresses tolerance of patients with MS. The present study showed that both mindfulness-based group therapy and motivational interviewing group therapy improve the rate of pain self-efficacy and distress tolerance in MS patients. Throughout the process of mindfulness- and motivational interviewing group therapy, patients learn to become aware of their mental processes through behavioral, cognitive, and metacognitive strategies. Such a process also helps them improve their pain self-efficacy and distresses tolerance. **Conclusions:** the mindfulness-based group therapy and the motivational interviewing group therapy can effectively influence the pain self-efficacy, tolerance, distresses tolerance, and experiential avoidance of patients with MS. **Key Words:** Patients multiple sclerosis (ms); distresses tolerance; pain self-efficacy; mindfulness-based group therapy; motivational interviewing group.

Corresponding Autho: rozgarden28@yahoo.com

^۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران

^۱. Ph.D Student Psychology, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran

^۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران (نویسنده مسئول)

^۲. Assistant Professor, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran (Corresponding Author)

^۳. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران

^۳. Associate Professor, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran

^۴. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران

^۴. Associate Professor, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran

مقدمه

در سال‌های اخیر بیماری مولتیپل اسکلروزیس^۱، شیوع بسیاری در کشورمان داشته است، به گونه‌ای که انجمن ام.اس در سال ۱۳۹۶ اعلام کرده است که در ایران ۷۴۴۳۲ نفر مبتلا به این بیماری هستند (تقی‌لو، مکوندحسینی، صداقت، ۱۳۹۶). این بیماری می‌تواند در توانایی قسمت‌هایی از سیستم عصبی که مسئول ارتباط هستند، اختلال ایجاد کند و باعث به وجود آمدن علائم و نشانه‌های زیاد جسمانی شود. این بیماری به اشکال مختلف ظاهر می‌شود و علائم جدید آن یا به صورت عود مرحله‌ای (به شکل برگشتی) یا در طول زمان (به شکل متناوب) اتفاق می‌افتد. ممکن است در بین عود، نشانه بیماری به کلی از بین برود؛ با این وجود مشکلات عصبی دائمی به ویژه با پیشرفت بیماری در مراحل بعدی به‌طور مداوم اتفاق می‌افتد (مورگانت، فراسر، هادیمیشل و ولمر، ۲۰۰۴). این بیماری مزمن به دلیل آنکه با مشکلات بیشمار عصب شناختی همراه است، کیفیت زندگی مبتلایان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. به گونه‌ای که این بیماری می‌تواند منجر به از دست دادن کار و کاهش مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی شود و به طور کلی، تأثیر منفی بر زندگی حرفه‌ای و اجتماعی افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس داشته باشد (میودوسکوسکی، مک لین، پولین، اسمیت و ولکر، ۲۰۱۸). علاوه بر کیفیت زندگی پایین، عملکرد اجتماعی ضعیف (آکاس و دیارا، ۲۰۱۱)، مشکلات عاطفی، افزایش اضطراب (بلوجیواس و همکاران، ۲۰۰۳) در افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس دیده شده است. چند جنبه‌ای روانشناختی که در این بیماران وجود دارد و در ایران کمتر بدان‌ها اشاره شده است خودکارآمدی درد^۲ و تحمل پریشانی^۳ است و این امر در تحقیقات اخیر نشان داده شده است که هدف از درمان علاوه بر برطرف کردن نشانه‌های فیزیکی بیمار، بهبود کلی بهزیستی روانشناختی و سلامت روان این بیماران است (حسین‌زاده فیروزآباد و همکاران، ۱۳۹۵؛ به نقل از پورنقاش تهرانی، مرتضوی‌فر، مرتضوی‌فر، ۱۳۹۹). ازاین‌رو، پرداختن به جنبه‌های روانشناختی این بیماران لازم و مهم به نظر می‌رسد.

آنچه که در بیماران مبتلا به درد مزمن دیده می‌شود، آن است که آنان به دلیل شکست در رهایی از درد، دچار افکار منفی،

ناامیدی، افسرده‌کننده، و گاه افکار خودکشی می‌شوند (برآدن و سالیوان، ۲۰۰۸) در بیماران مولتیپل اسکلروزیس نیز می‌تواند این امر صادق باشد، زیرا آنان نیز با دردی مداوم، ناتوان‌کننده و چندجنبه‌ای روبه‌رو هستند که در کنترل آن شکست می‌خورند. عوامل روانشناختی می‌تواند نقش مهمی در کاهش میزان شدت درد در این بیماران داشته باشد. یکی از عوامل روانشناختی که می‌تواند بر میزان دردی که فرد تجربه می‌کند، اثر بگذارد، خودکارآمدی درد است (کارپینو، ۲۰۱۴). افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، به دلیل کاهش عملکرد و توانمندی خود، شروع به کناره‌گیری از جمع دوستان می‌کنند و به دلیل بازخوردهای منفی، از روابط بین‌فردی آنها کاسته می‌شود. در بررسی ادبیات پژوهشی عوامل فشارزای زیست روانشناختی مربوط به درد، خودکارآمدی درد به عنوان یکی از عوامل شناختی مهم و مرتبط توصیف شده است (کارپینو، ۲۰۱۴). نیکولاس (۲۰۰۷) مفهوم خودکارآمدی درد را معرفی کرد و آن را باورهایی اتخاذ شده در افراد با درد مزمن تعریف کرد که می‌توانند منجر به فعالیت‌های خاصی حتی در زمان تجربه درد شوند و به طور بالقوه بر توانایی برای دستیابی به اهدافی که در اثر بیماری یا ناتوانی مانع می‌شوند، تأثیر می‌گذارد (کارکولا، سینیکجو، فلینک، هونکالامپی و کوتینن، ۲۰۱۸) و نقش عمده‌ای در سازگاری با درد مزمن از جمله بیماری مولتیپل اسکلروزیس ایفا می‌کند (نیکولاس، مک گیر و اصغری، ۲۰۱۵). توانایی ادراک شده برای انجام فعالیت‌های خاص با وجود درد، به سطح بیماری بستگی دارد (چیاروتو، فلا، پولی و مونتی‌کونه، ۲۰۱۸). با این وجود، خودکارآمدی درد به عنوان یک منبع روانشناختی محافظت‌کننده یا عامل تاب‌آوری مرتبط با درد کمتر و کارکرد جسمانی بهتر توصیف شده است (کارپینو، ۲۰۱۴). با توجه به این ناتوانی‌های که رخ می‌دهد مفهوم خودکارآمدی درد با تغییر نگرش افراد نسبت به خود و درد، ممکن است این اطمینان را به افراد دهد که آنان می‌توانند رفتارهای خاصی از خود نشان دهند، هیجانات خود را مدیریت کنند، با موقعیت‌های دشوار زندگی روبه‌رو شوند و حمایت‌های اجتماعی به دست بیاورند (بندورا، ۲۰۰۶). بنابراین، شخص کمتر دچار نشانه‌های افسردگی، ناامیدی و رفتارهای خودکشی می‌شود.

همچنین، بروز بیماری بالاخص بیماری مزمن همان‌گونه که خودکارآمدی درد افراد را کاهش می‌دهد، سبب پریشانی در افراد نیز می‌گردد. هنگامی که فرد نسبت به کارآمدی، توانایی و استعداد

1. Multiple Sclerosis

2. pain self-efficacy

3. Distress Tolerance

خود در هر شرایط و یا در موقعیت هایی که در آنها مورد ارزشیابی قرار می گیرد، به خصوص در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس دچار نگرانی، تشویش و تردید شود و می توان گفت که دچار پریشانی شده اند. پریشانی ممکن است نتیجه ی فرآیندهای شناختی و جسمانی باشد (سیمونز و گهر، ۲۰۰۵). از این رو، تحمل پریشانی به عنوان توانایی برای تحمل حالت های فیزیولوژیکی آزارنده (مک کیلوپ و دویت، ۲۰۱۳) و توانایی فرد برای ادامه درگیر شدن در رفتار هدایت شده در مقابل اختلال احساسی، شناختی یا فیزیکی تعریف می شود (دوگرتز و همکاران، ۲۰۱۷). به بیان بهتر، به عنوان ظرفیت و توانایی تجربه و ایستادگی در برابر حالات روانشناختی منفی تعریف می شود. تحمل پریشانی سازه ای فوق هیجانی است که ارزیابی ها، انتظارات و پیش بینی های فرد را از تجربه حالات هیجانی منفی در رابطه با قابلیت پذیرش داشتن و آزارندگی، ارزیابی و مقبولیت، توانایی جلب توجه و اختلال عملکرد و تنظیم هیجانی، درگیر می کند (سیمونز و گهر، ۲۰۰۵).

در سال های اخیر تلاش هایی در جهت بهبود پیامدهای نامطلوب بیماران مولتیپل اسکلروزیس صورت گرفته است. اما با توجه به این که، تحمل پریشانی به صورت ضمنی اشاره به فردیت شخص دارد، زیرا بر ویژگی های همچون توانایی تجربه، ایستادگی در برابر حالات روانشناختی و تنظیم هیجان که توسط شخص انجام می شود، اشاره دارد (سیمونز و گهر، ۲۰۰۵) و همچنین، در کنار تحمل پریشانی، خودکارآمدی درد قرار دارد که به باور به توانایی فردی جهت غلبه بر درد اشاره دارد (کارپینو، ۲۰۱۴)، یعنی تمامی این موارد به نوعی انگیزه درونی و حس خودمختاری برای تغییر نیازمند هستند، از این رو، یکی از روش هایی که در افزایش انگیزش بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس برای تبعیت از توصیه های درمانی مؤثر است، ذهن آگاهی^۱ است. در آموزش ذهن آگاهی سه سطح کارکرد رفتاری، عصب - روانشناختی و مغزی بهبود پیدا می کند؛ در سطح رفتاری، مراقبه ذهن آگاهی بر افزایش توانایی کنترل توجه و کاهش واکنش های خودکار تمرکز دارد. در سطح عصب - روانشناختی، تحقیقات نشان می دهد که مراقبه ذهن آگاهی کارکرد اجرایی را بهبود می بخشد (هیرن و همکاران، ۲۰۱۱) و در سطح مغزی شواهد نشان دهنده تغییرات در فعالیت های مدارهای پیشانی - جسم معطط

بعد از آموزش مراقبه ذهن آگاهی بوده است (چیاروتو و همکاران، ۲۰۱۸؛ هیرن و همکاران، ۲۰۱۱).

با توجه به سه سطح کارکرد ذهن آگاهی در رفتار، عصب - روانشناختی و مغزی تکنیک های ذهن آگاهی فعال شدن ناحیه ای از مغز را در پی دارند که بر متغیرهایی از جمله تحمل پریشانی، مدیریت زندگی، مقابله ی مسئله مدار، تغییر باورها در افراد تمرکز می کند (استین و همکاران، ۲۰۰۹). به عبارت دیگر، زمانی که فرد می تواند توجه خود را کنترل کند، واکنش های خودکار را کاهش دهد، کارکرد اجرایی مطلوبی داشته باشد و بهبود در فعالیت مدارهای پیشانی مغز را تجربه کند و در نهایت کیفیت زندگی مطلوبی را به دست می آورد؛ زیرا تمامی این کارکردها با زندگی روزمره انسان در ارتباط نزدیک هستند. توجه، تمرکز، حافظه، حل مسئله، تصمیم گیری و سایر اعمال ارادی کارکردهای اجرایی را شامل و در قسمت پیشانی مغز فعال می شوند. از این رو، مکانیزم اثر ذهن آگاهی بر مؤلفه های روانشناختی از طریق فعال کردن و بهبود دادن عملکرد ناحیه پیشانی مغز می تواند باشد و انتظار می رود درمان مبتنی بر ذهن آگاهی قادر باشد میزان تحمل پریشانی را افزایش دهد. همچنین، در زمینه ی تأثیرپذیری خودکارآمدی درد از مداخله ذهن آگاهی می توان متذکر شد که در ذهن آگاهی فرد توانایی تنظیم هیجان را یاد می گیرد و همچنین با بهبود کارکردهای عالی شناختی (کیل پاتریک و همکاران، ۲۰۱۱)، شخص می تواند باورهای خود را در مورد خود اصلاح کند، بهتر به حل مسئله پردازد و به عبارت بهتر خودکارآمدی درد را تجربه کند. در بستر نظری نیز به دلیل آنکه مفاهیم خود همگی در نظریه شناختی - اجتماعی ریشه دارند و این نظریه با کارکردهای عالی ذهن در ارتباط است، مداخلات ذهن آگاهی می تواند باعث بهبود این مؤلفه ها شوند. همچنین، میودوسوسکی و همکاران (۲۰۱۸) در پژوهش خود نشان داد مولتیپل اسکلروز (MS) یک بیماری مزمن، پیشرفته، خود ایمنی و اختلال نوروزنیک است که می تواند با عملکرد فیزیکی - روانی و تأثیر منفی بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را تحت تأثیر قرار دهد. پرورش ذهنیت ممکن است پیامدهای منفی مولتیپل اسکلروزیس را کاهش دهد و مداخلات ذهن آگاهی بر افزایش سلامتی در افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بود. اورکی و سامی (۱۳۹۵) در پژوهش خود با عنوان بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی یکپارچه بر میزان

^۱. Mindfulness

به جای ارائه استدلال، اطلاعات، توصیه، ترغیب و اجبار از طریق فرآیند تعاملی و طی دو مرحله ایجاد انگیزه درونی برای تغییر و تقویت تعهد نسبت به تغییر باعث تسهیل تغییرات رفتاری می‌شود (رولینگ، میلر و باتلر، ۲۰۰۸). هدف این تکنیک، برقراری ارتباط بین بیمار و مراقبان بهداشتی و ترغیب بیماران برای تغییر رفتارشان است (ما، زو، و هوانگ، ۲۰۱۴).

نظر به استفاده روزافزون از رویکرد مصاحبه انگیزشی در سایر کشورها و گزارشات متعدد مبنی بر تأثیر مثبت آن در درمان، مراقبت و پیشگیری از انواع اختلالات جسمی، روانشناختی و ارتقاء رفتارهای بهداشتی، لازم است تا این رویکرد درمانی در حیطه‌های مختلف در کشور ما نیز مورد بررسی قرار گیرد، از آنجایی که راهبردهای مصاحبه انگیزشی بیشتر ترغیب‌کننده و حمایتی هستند تا اجباری، مشاور سعی می‌کند فضای مثبتی برای تغییر مراجع ایجاد کند. برای مثال نظری کمال و همکاران (۱۳۹۶) در پژوهش خود با عنوان اثربخشی مصاحبه انگیزشی بر افزایش میزان مشارکت بیماران مولتیپل اسکلروزیس در فعالیت ورزشی نشان داد، میزان سلامت روانی و احساسات بیماران نسبت به ورزش در گروه آزمایشی تفاوت معناداری داشت. مصاحبه انگیزشی میزان مشاکت بیماران در فعالیت‌های ورزشی را افزایش می‌دهد و می‌تواند به بیماران مولتیپل اسکلروزیس در بهبود روند بیماری کمک می‌کند. همچنین، در مطالعه‌ای که توسط بومباردیر و همکاران (۲۰۰۸) با هدف بررسی تأثیر مصاحبه انگیزشی به صورت مشاوره تلفنی بر بهبودی رفتارهای ارتقاءدهنده سلامتی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس انجام گرفت، بهبودی معناداری را در رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی و حیطه‌های آن و سلامت روانی در نتیجه مداخله مذکور در گروه آزمون نشان داد. در واقع، هدف اصلی، افزایش انگیزه درونی مراجع است، تا جایی که تغییر از درون فرد به وجود آید نه این که به طور سطحی از بیرون به او تحمیل شود. لذا این مراجع است که از حق خود برای تغییر دفاع می‌کند نه این که درمانگر او را به این کار وادار کند. به نظر می‌رسد با افزایش انگیزه درونی افراد، میزان تحمل پریشانی افراد (توانمندی‌های هیجانی، ارزیابی ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش‌ها در راستای کاهش پریشانی) و باور به توانمندی‌های شخصی در زمینه‌ی مدیریت و برخورد با انواع درد بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس افزایش می‌یابد.

ادراک بیماری و شدت بیماری در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس نشان داد که آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی یکپارچه بر میزان ادراک بیماری تأثیر معنادار داشته و باعث ارتقای سطح ادراک صحیح و واقع‌بینانه از بیماری شده است. علاوه بر آن، ساندروز، هانس و بوردت (۲۰۱۸) در پژوهش با عنوان تأثیر کاهش استرس مبتنی بر ذهنی یا ذهن آگاهی برای افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس در ۸ هفته و ۱۲ ماه با یک تست بالینی تصادفی به بررسی استرس ادراک شده، اضطراب، افسردگی، خستگی، درد و انعطاف‌پذیری پرداخت، نتایج بهبود را در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه نشان داد. براون، رایان و کرسول (۲۰۰۷) در مطالعه‌ای نشان دادند که ذهن آگاهی با بهزیستی رابطه‌ای مثبت و با پریشانی عمومی رابطه‌ای منفی دارد؛ یعنی ذهن آگاهی منجر به کاهش پریشانی می‌گردد و عبارتی تحمل پریشانی آنها را بالا می‌برد. همچنین تعدیل‌کننده بین خود گواهی و علایم روانشناختی می‌باشد. برای آنکه بتوان اثر مداخله ذهن آگاهی در این مؤلفه‌های روانشناختی مشخص گردد؛ لازم است در کنار این مداخله از مداخله‌ی دیگری استفاده کرد تا بتوان به صورت دقیق‌تر در زمینه‌ی مؤثر بودن مداخله ذهن آگاهی قضاوت کرد. بنابراین، لازم بود از مداخله دیگر در این پژوهش استفاده کرد. مداخله منتخب می‌بایست بتواند با سازه‌های خودکارآمدی درد و تحمل پریشانی در ارتباط باشد. زمانی که به ساختار این مؤلفه‌ها توجه می‌شود خودکارآمدی درد دارای مفهوم خود است که فردیت افراد در توانایی روبه‌رو شدن با موقعیت‌های چالش برانگیز را شامل می‌شود (کارکولا، همکاران، ۲۰۱۸). همچنین، تحمل پریشانی نیز به صورت ضمنی اشاره به فردیت شخص دارد زیرا بر ویژگی‌های همچون توانایی تجربه، ایستادگی در برابر حالات روانشناختی و تنظیم هیجان که توسط شخص انجام می‌شود، اشاره دارد (سیمونز و گهر، ۲۰۰۵). از این رو، یکی از روش‌هایی که در افزایش انگیزش بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس برای تبعیت از توصیه‌های درمانی مؤثر است، مصاحبه انگیزشی^۱ است. مصاحبه انگیزشی روشی رهنمودی و در عین حال مراجع محور است که مبانی آن بر مشارکت بیمار، فراخوانی انگیزه درونی وی و احترام به حس خودمختاری مراجعین پایه‌گذاری شده است. این رویکرد انگیزشی

^۱. motivational interviews

تا سال ۱۳۹۸ مراجعه کرده بودند. از بین ۱۳۸ نفر بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، ۳۶ بیمار با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و با گمارش تصادفی در گروه های آزمایش و گواه قرار گرفتند. در مرحله پیش آزمون برای هر سه گروه پرسشنامه های خودکارآمدی درد و تحمل پریشانی اجرا شد، سپس در یک گروه آزمایش، مداخله به مدت ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه ای، بسته گروه درمانی ذهن آگاهی (کابات زین و همکاران، ۱۹۹۰) اجرا شد و در گروه آزمایش دیگر، مداخله به مدت ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه ای، بسته گروه درمانی مصاحبه انگیزشی (دیوید روزن گرین ۲۰۰۵؛ به نقل از علی دوست و کیان ارثی، ۱۳۹۲) اجرا شد، اما گروه گواه مداخله ای دریافت نکرد و پس از مداخلات شرکت کنندگان هر سه گروه به پرسشنامه های خودکارآمدی درد و تحمل پریشانی پاسخ دادند (پس آزمون). در نهایت پس از گذشت دو ماه، از شرکت کنندگان در پژوهش پرسشنامه های خودکارآمدی درد و تحمل پریشانی گرفته شد.

ابزار

پرسشنامه خودکارآمدی درد^۱: جهت سنجش خودکارآمدی درد از پرسشنامه خودکارآمدی درد (نیکولاس، ۲۰۰۷) بر پایه مفهومی که بندورا از خودکارآمدی مطرح کرده است، استفاده شد. پرسشنامه خودکارآمدی درد، ارزیابی بیمار از توانایی اش در انجام فعالیت های گوناگون علیرغم وجود درد را می سنجد و دارای ۱۰ عبارت است و هر عبارت، میزان ارزیابی بیمار از توانایی وی را برای انجام گروهی از فعالیت ها، با وجود درد بر اساس یک مقیاس لیکرت هفت درجه ای (صفر تا شش (مورد پرسش قرار می دهد. بنابراین نمرات این مقیاس بین صفر تا ۶۰ متغیر است و نمرات بالاتر مبین احساس خودکارآمدی بالاتر در مواجهه با درد مزمن خواهد بود. از آنجایی که پرسشنامه خودکارآمدی درد یک مقیاس تک عاملی است، برای به دست آوردن نمره آن کافی است، امتیاز همه ۱۰ عبارت با هم جمع شود. نیکولاس (۲۰۰۷) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ را به عنوان شاخصی از همسانی درونی این آزمون و همبستگی مثبت این آزمون را با خرده مقیاس راهبردهای مقابله ای فعال به عنوان شاخصی از روایی همگرا و همبستگی منفی این آزمون را با درجه بندی درد، پرسشنامه های افسردگی بک، اضطراب

با توجه به این که ذهن آگاهی و مصاحبه انگیزشی مستلزم راهبردهای رفتاری، شناختی و فراشناختی ویژه برای متمرکز کردن فرآیند توجه است که به نوبه خود به جلوگیری از ماریپیج فروکاهنده خلق منفی - فکر منفی - گرایش به پاسخ های نگران کننده، رشد دیدگاه های جدید و پدید آبی افکار و هیجان های خوشایند منجر می شود و مواجهه با تمام جنبه های زندگی، حتی جنبه های دردناک را میسر می سازد و به فرد این توانایی را می دهد که به جای پاسخ خودکار پاسخی از روی آگاهی بدهد (کامپوس و همکاران، ۲۰۱۶)، این انتظار ایجاد می شود که گروه درمانی ذهن آگاهی و مصاحبه انگیزشی قادر خواهند بود در بهبود توانمندی های هیجانی و رفتاری از جمله تحمل پریشانی و خودکارآمدی درد اثرگذار باشد. با توجه به این که جنبش گروه درمانی ذهن آگاهی و مصاحبه انگیزشی از سال ها پیش در جوامع پیشرفته آغاز بکار کرده است و پژوهش های بسیار زیادی را نیز برانگیخته است، به گونه ای که گروه درمانی ذهن آگاهی و مصاحبه انگیزشی و مطالعه تأثیر آن بر حوزه های مختلف شناختی، هیجانی و اخلاقی افراد یکی از حوزه های بسیار وسیع در پژوهش های جوامع پیشرفته است، و همچنین، با وجود این گستردگی، متأسفانه تاکنون در کشور ما توجه کافی به این مقوله نشده است و تعداد پژوهش های انجام شده در این زمینه، نسبت به جوامع دیگر ناچیز است، به ویژه کمتر پژوهشی در حوزه روانشناسی بالینی به این موضوع پرداخته است، این در حالی است که بسیاری از متخصصان حوزه ی بالینی اذعان دارند که میزان تحمل پریشانی و خودکارآمدی درد بیماران مولتیپل اسکلروزیس در سطح مطلوبی نمی باشد (دوگترز و همکاران، ۲۰۱۷)، بنابراین پژوهش حاضر به دنبال پرکردن این خلاء پژوهشی است که آیا آموزش «گروه درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه درمانی مبتنی بر مصاحبه انگیزشی» بر خودکارآمدی درد و تحمل پریشانی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شهرستان بروجن تأثیر دارد؟

روش

بر اساس اهداف طراحی شده، این پژوهش از نوع تحقیقات کاربردی و به لحاظ روش، شبه آزمایشی و با بهره گیری از طرح پیش آزمون - پس آزمون- پیگیری با گروه گواه بود. جامعه پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شهرستان بروجن در استان چهارمحال و بختیاری بود که به مرکز شهید وفایی

^۱. Pain Self-Efficacy Questionnaire

مبنای گروه درمانی ذهن آگاهی، بسته گروه درمانی ذهن آگاهی (کابات زین، ۱۹۹۰) بود که جلسات آموزشی به صورت خلاصه در جدول ۱ ارائه شده است.

همچنین، مبنای گروه درمانی مصاحبه انگیزشی، بسته گروه درمانی مصاحبه انگیزشی (دیوید روزن گرین ۲۰۰۵؛ به نقل از علی دوست و کیان ارثی، ۱۳۹۲) بود که جلسات آموزشی به صورت خلاصه در جدول ۲ ارائه شده است.

پرسشنامه‌های تحمل پریشانی و خودکارآمدی درد در اختیار افراد گروه نمونه قرار گرفت و به آنها اطمینان داده شد که اطلاعاتشان محرمانه خواهد ماند و تنها فقط جهت کار پژوهشی جمع‌آوری می‌شود و تأکید شد که صادقانه به سؤالات پاسخ دهند. همچنین، در پایان پژوهش به لحاظ رعایت اخلاق برای گروه گواه کارگاه مشابه اجرا گردید. لازم به ذکر است در این پژوهش، پژوهشگر بعد از کسب تأییدیه از کمیته اخلاق، با شماره IR.IAU.SHK.REC.1399.013 فرآیند تحقیق را انجام داد. در نهایت، پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، اطلاعات توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ تحلیل شدند. برای آزمون فرضیه پژوهش از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

حالت - صفت اسپیلبرگر، خرده مقیاس راهبردهای مقابله‌ای نافع و خرده مقیاس فاجعه‌سازی به عنوان شاخصی از روای واگرا گزارش کرد. در ایران برای بررسی اعتبار پرسشنامه اصغری و نیکولاس (۲۰۰۹) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ را به عنوان شاخصی از همسانی درونی و همبستگی منفی بین خودکارآمدی درد با افسردگی ($r = -0/48$) و ناتوانی جسمانی ($r = -0/40$) به عنوان شاخصی از روای واگرا و همبستگی مثبت بین سلامت روانشناختی و عمومی ($r = -0/42$)، سرزندگی ($r = -0/51$) و عملکرد اجتماعی ($r = -0/43$) به عنوان شاخصی از روای همگرا گزارش کردند. در این پژوهش، برای تعیین پایایی پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که ضریب ۰/۸۶ به دست آمد.

پرسشنامه تحمل پریشانی^۱: این مقیاس یک پرسشنامه خودسنجی تحمل پریشانی هیجانی است که در سال ۲۰۰۵ تهیه شده است (سیمونز و گهر، ۲۰۰۵). گویه‌های این مقیاس تحمل پریشانی را بر اساس توانمندی‌های فرد برای تحمل پریشانی هیجانی، ارزیابی ذهنی پریشانی، میزان توجه به هیجان‌های منفی در صورت وقوع و اقدام‌های تنظیم‌کننده برای تحمل پریشانی ارزیابی می‌کنند. این مقیاس شامل ۱۵ پرسش و چهار خرده مقیاس توانمندی‌های فرد برای تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجان‌های منفی، ارزیابی ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش‌ها در راستای کاهش پریشانی می‌شود. گویه‌های این مقیاس بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شوند. نمره‌های بالا در این مقیاس نشان دهنده تحمل پریشانی بالا است. ضرایب آلفا برای این خرده مقیاس‌ها ۰/۷۹، ۰/۷۸، ۰/۷۶ و ۰/۸۲ برای کل مقیاس‌ها ۰/۸۲ برآورد شده است (سیمونز و گهر، ۲۰۰۵). در ایران پژوهشگران مقدار آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۶۷ و اعتبار بازآزمایی این پرسشنامه را نیز ۰/۷۹ گزارش کردند (شمس، عزیزی و میرزایی، ۱۳۸۹). در پژوهش حاضر، برای تعیین پایایی پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های توانمندی‌های فرد برای تحمل پریشانی هیجانی، ارزیابی ذهنی پریشانی، میزان توجه به هیجان‌های منفی در صورت وقوع و اقدام‌های تنظیم‌کننده برای تحمل پریشانی ارزیابی و کل پرسشنامه به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۹۱، ۰/۸۹، ۰/۸۷، ۰/۹۰ به دست آمد.

^۱. Distress tolerance scale

جدول ۱. ساختار و محتوای گروه‌درمانی ذهن آگاهی (کابات زین و همکاران، ۱۹۹۰)			
جلسات	عنوان جلسات	اهداف جلسات	محتوای جلسات و تکالیف
جلسه اول	معارفه و آشنایی	اجرای پیش‌آزمون - آماده‌سازی مراجعان برای گروه‌درمانی ذهن آگاهی	در این راستا مراجعان نخست با قوانین، هنجارها و فرآیندهای گروه آشنا می‌شوند. در ادامه به معرفی رویکرد درمانی پرداخته می‌شود و مراجعان چشم‌اندازی از فرآیند گروه پیدا می‌کنند که شامل زمان‌بندی، مواد و کاربرگ‌ها، تمرین‌های هفتگی است.
جلسه دوم	آموزش اصول و تکنیک‌های اولیه ذهن آگاهی	مرور جلسات گذشته و گرفتن بازخورد و آموزش هدایت خودکار	خوردن یک کشمش با آگاهی، مراقبه واریسی جسمانی، تمرین افکار و احساسات، بودن در زمان حال، پنج دقیقه حضور ذهن دیداری یا شنیداری، مراقبه نشسته، راه رفتن با حالت حضور ذهن. تکلیف خانگی: انجام و تمرین آموزش‌ها در خانه
جلسه سوم	ادامه آموزش اصول و تکنیک‌های اولیه ذهن آگاهی	مرور جلسه گذشته، بررسی تکالیف و گرفتن بازخورد از جلسه گذشته	پذیرش، آگاهی از تنفس و بدن، تأکید بر آگاهی‌یابی از چگونگی واکنش‌دهی در برابر افکار، احساسات و حس‌های جسمانی، افکار نه حقایق، مراقبه نشسته، آگاهی از تنفس و بدن، تمرین خلق‌ها، افکار و دیدگاه‌های جایگزین، آگاهی از تنفس، بدن، اصوات، افکار و احساسات، پی بردن به روابط بین فعالیت و خلق. تکلیف خانگی: انجام و تمرین آموزش‌ها در خانه
جلسه چهارم	آشنایی با مفهوم اجتناب تجربه‌ای و تحمل پریشانی استفاده از اصول و تکنیک‌های درمان ذهن آگاهی در راستای آن	مرور جلسه گذشته، بررسی تکالیف و گرفتن بازخورد از جلسه گذشته	آشنایی با مفهوم اجتناب تجربه‌ای (انعطاف‌ناپذیری روانشناختی، بویژه در ارتباط با اجتناب تجربی و تمایل به درگیری در عمل با وجود افکار و احساس‌های ناخواسته)، آشنایی با مفهوم تحمل پریشانی (تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجان‌های منفی، ارزیابی ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش‌ها در راستای کاهش پریشانی) و استفاده از اصول و تکنیک‌های درمان ذهن آگاهی هدایت خودکار، مراقبه واریسی جسمانی، آگاهی‌یابی از واکنش‌دهی در برابر افکار، احساسات و حس‌های جسمانی، افکار نه حقایق، تمرین خلق‌ها، افکار و دیدگاه‌های جایگزین و پی بردن به روابط بین فعالیت و خلق در جهت تمایل نداشتن به تجربه افکار و احساسات ناخواسته، ناتوانی در بودن در زمان حال و حرکت در راستای مفهوم اجتناب تجربه‌ای و افزایش تحمل پریشانی در بیماران. تکلیف خانگی: تن آرامی، ذهن آگاهی خوردن، ذهن آگاهی تنفس قبل از خواب، تمرین مشاهده ارتباط بین فعالیت و خلق در راستای مفهوم اجتناب تجربه‌ای و تحمل پریشانی
جلسه پنجم	آشنایی با مفهوم خودکارآمدی درد و تاب‌آوری استفاده از اصول و تکنیک‌های درمان ذهن آگاهی در راستای آن	مرور جلسه گذشته، بررسی تکالیف و گرفتن بازخورد از جلسه گذشته	آشنایی با مفهوم خودکارآمدی درد، آشنایی با مفهوم تاب‌آوری (تصور از شایستگی فردی: اعتماد به غرایز فردی تحمل عاطفه منفی: پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن: کنترل: تأثیرات معنوی) و استفاده از اصول و تکنیک‌های درمان ذهن آگاهی هدایت خودکار، مراقبه واریسی جسمانی، آگاهی‌یابی از واکنش‌دهی در برابر افکار، احساسات و حس‌های جسمانی، افکار نه حقایق، تمرین خلق‌ها، افکار و دیدگاه‌های جایگزین و پی بردن به روابط بین فعالیت و خلق در جهت تمایل نداشتن به تجربه افکار و احساسات ناخواسته، ناتوانی در بودن در زمان حال و حرکت در جهت افزایش خودکارآمدی درد و تاب‌آوری تکلیف خانگی: تن آرامی، ذهن آگاهی خوردن، ذهن آگاهی تنفس قبل از خواب، تمرین مشاهده ارتباط بین فعالیت و خلق در راستای مفهوم خودکارآمدی درد و تاب‌آوری
جلسه ششم	ادامه، تکرار و تمرین جلسه چهارم	مرور جلسه گذشته، بررسی تکالیف و گرفتن بازخورد از جلسه گذشته	تمرین مفهوم اجتناب تجربه‌ای (انعطاف‌ناپذیری روانشناختی، بویژه در ارتباط با اجتناب تجربی و تمایل به درگیری در عمل با وجود افکار و احساس‌های ناخواسته)، تحمل پریشانی (تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجان‌های منفی، ارزیابی ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش‌ها در راستای کاهش پریشانی) و استفاده از اصول و تکنیک‌های درمان ذهن آگاهی هدایت خودکار، مراقبه واریسی جسمانی، آگاهی‌یابی از واکنش‌دهی در برابر افکار، احساسات و حس‌های جسمانی، افکار نه حقایق، تمرین خلق‌ها، افکار و دیدگاه‌های جایگزین و پی بردن به روابط بین فعالیت و خلق در جهت تمایل نداشتن به تجربه افکار و احساسات ناخواسته، ناتوانی در بودن در زمان حال و حرکت در راستای مفهوم اجتناب تجربه‌ای و افزایش تحمل پریشانی در بیماران. تکلیف خانگی: تن آرامی، ذهن آگاهی خوردن، ذهن آگاهی تنفس قبل از خواب، تمرین مشاهده ارتباط بین فعالیت و خلق در راستای مفهوم اجتناب تجربه‌ای و تحمل پریشانی
جلسه هفتم	ادامه، تکرار و تمرین جلسه پنجم	مرور جلسه گذشته، بررسی تکالیف و گرفتن بازخورد از جلسه گذشته	تمرین مفهوم خودکارآمدی درد، مفهوم تاب‌آوری (تصور از شایستگی فردی: اعتماد به غرایز فردی تحمل عاطفه منفی: پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن: کنترل: تأثیرات معنوی) و استفاده از اصول و تکنیک‌های درمان ذهن آگاهی هدایت خودکار، مراقبه واریسی جسمانی، آگاهی‌یابی از واکنش‌دهی در برابر افکار، احساسات و حس‌های جسمانی، افکار نه حقایق، تمرین خلق‌ها، افکار و دیدگاه‌های جایگزین و پی بردن به روابط بین فعالیت و خلق در جهت تمایل نداشتن به تجربه افکار

جدول ۱. ساختار و محتوای گروه درمانی ذهن آگاهی (کابات زین و همکاران، ۱۹۹۰)			
جلسات	عنوان جلسات	اهداف جلسات	محتوای جلسات و تکالیف
جلسه هشتم	ادامه، تکرار و تمرین جلسه ۴ و ۶	مرور جلسه گذشته، بررسی تکالیف و گرفتن بازخورد از جلسه گذشته	و احساسات ناخواسته، ناتوانی در بودن در زمان حال و حرکت در جهت افزایش خودکارآمدی درد و افزایش تاب آوری تکلیف خانگی: تن آرامی، ذهن آگاهی خوردن، ذهن آگاهی تنفس قبل از خواب، تمرین مشاهده ارتباط بین فعالیت و خلق در راستای مفهوم خودکارآمدی درد و تاب آوری تمرین مفهوم اجتناب تجربه ای (انعطاف ناپذیری روانشناختی، بویژه در ارتباط با اجتناب تجربی و تمایل به درگیری در عمل با وجود افکار و احساس های ناخواسته)، تحمل پریشانی (تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجان های منفی، ارزیابی ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش ها در راستای کاهش پریشانی) و استفاده از اصول و تکنیک های درمان ذهن آگاهی هدایت خودکار، مراقبه واریسی جسمانی، آگاهی یابی از واکنش دهی در برابر افکار، احساسات و حس های جسمانی، افکار نه حقایق، تمرین خلق ها، افکار و دیدگاه های جایگزین و پی بردن به روابط بین فعالیت و خلق در جهت تمایل نداشتن به تجربه افکار و احساسات ناخواسته، ناتوانی در بودن در زمان حال و حرکت در راستای مفهوم اجتناب تجربه ای و افزایش تحمل پریشانی در بیماران. تکلیف خانگی: تن آرامی، ذهن آگاهی خوردن، ذهن آگاهی تنفس قبل از خواب، تمرین مشاهده ارتباط بین فعالیت و خلق در راستای مفهوم اجتناب تجربه ای و تحمل پریشانی
جلسه نهم	ادامه، تکرار و تمرین جلسه ۵ و ۷	مرور جلسه گذشته، بررسی تکالیف و گرفتن بازخورد از جلسه گذشته	تمرین مفهوم خودکارآمدی درد، تاب آوری (تصور از شایستگی فردی: اعتماد به غرایز فردی تحمل عاطفه منفی: پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن: کنترل: تأثیرات معنوی) و استفاده از اصول و تکنیک های درمان ذهن آگاهی هدایت خودکار، مراقبه واریسی جسمانی، آگاهی یابی از واکنش دهی در برابر افکار، احساسات و حس های جسمانی، افکار نه حقایق، تمرین خلق ها، افکار و دیدگاه های جایگزین و پی بردن به روابط بین فعالیت و خلق در جهت تمایل نداشتن به تجربه افکار و احساسات ناخواسته، ناتوانی در بودن در زمان حال و حرکت در جهت افزایش خودکارآمدی درد و افزایش تاب آوری تکلیف خانگی: تن آرامی، ذهن آگاهی خوردن، ذهن آگاهی تنفس قبل از خواب، تمرین مشاهده ارتباط بین فعالیت و خلق در راستای مفهوم خودکارآمدی درد و تاب آوری تمرین مفاهیم اجتناب تجربه ای (انعطاف ناپذیری روانشناختی، بویژه در ارتباط با اجتناب تجربی و تمایل به درگیری در عمل با وجود افکار و احساس های ناخواسته)، تحمل پریشانی (تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجان های منفی، ارزیابی ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش ها در راستای کاهش پریشانی)، خودکارآمدی درد و مفهوم تاب آوری (تصور از شایستگی فردی: اعتماد به غرایز فردی تحمل عاطفه منفی: پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن: کنترل: تأثیرات معنوی) و استفاده از اصول و تکنیک های درمان ذهن آگاهی در راستای این مفاهیم. تکلیف خانگی: تن آرامی، ذهن آگاهی خوردن، ذهن آگاهی تنفس قبل از خواب، تمرین مشاهده ارتباط بین فعالیت و خلق در راستای مفهوم اجتناب تجربه ای، تحمل پریشانی، خودکارآمدی درد و تاب آوری
جلسه دهم	ادامه، تکرار و تمرین و ادغام جلسات گذشته (یعنی تمرین چهار متغیر بر اساس تکنیک ها و اصول ذهن آگاهی)	مرور جلسه گذشته، بررسی تکالیف و گرفتن بازخورد از جلسه گذشته	تمرین مفاهیم اجتناب تجربه ای (انعطاف ناپذیری روانشناختی، بویژه در ارتباط با اجتناب تجربی و تمایل به درگیری در عمل با وجود افکار و احساس های ناخواسته)، تحمل پریشانی (تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجان های منفی، ارزیابی ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش ها در راستای کاهش پریشانی)، خودکارآمدی درد و مفهوم تاب آوری (تصور از شایستگی فردی: اعتماد به غرایز فردی تحمل عاطفه منفی: پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن: کنترل: تأثیرات معنوی) و استفاده از اصول و تکنیک های درمان ذهن آگاهی در راستای این مفاهیم. تکلیف خانگی: تن آرامی، ذهن آگاهی خوردن، ذهن آگاهی تنفس قبل از خواب، تمرین مشاهده ارتباط بین فعالیت و خلق در راستای مفهوم اجتناب تجربه ای، تحمل پریشانی، خودکارآمدی درد و تاب آوری
جلسه یازدهم	ادامه، تکرار و تمرین و ادغام جلسات گذشته (یعنی تمرین چهار متغیر بر اساس تکنیک ها و اصول ذهن آگاهی)	مرور جلسه گذشته، بررسی تکالیف و گرفتن بازخورد از جلسه گذشته	تمرین مفاهیم اجتناب تجربه ای (انعطاف ناپذیری روانشناختی، بویژه در ارتباط با اجتناب تجربی و تمایل به درگیری در عمل با وجود افکار و احساس های ناخواسته)، تحمل پریشانی (تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجان های منفی، ارزیابی ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش ها در راستای کاهش پریشانی)، خودکارآمدی درد و مفهوم تاب آوری (تصور از شایستگی فردی: اعتماد به غرایز فردی تحمل عاطفه منفی: پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن: کنترل: تأثیرات معنوی) و استفاده از اصول و تکنیک های درمان ذهن آگاهی در راستای این مفاهیم. تکلیف خانگی: تن آرامی، ذهن آگاهی خوردن، ذهن آگاهی تنفس قبل از خواب، تمرین مشاهده ارتباط بین فعالیت و خلق در راستای مفهوم اجتناب تجربه ای، تحمل پریشانی، خودکارآمدی درد و تاب آوری
جلسه دوازدهم	مرور و تمرین، پس آزمون	مرور جلسات گذشته، بررسی تکالیف و گرفتن بازخورد از جلسات گذشته	در این جلسه فرد می آموزد از آموخته هایش برای کنار آمدن با وضعیت های مربوط به متغیرهای وابسته و دیگر مسائل در آینده استفاده نماید. اجرای پس آزمون، تعیین ملاقات های دوره ای با گروه آزمایش به منظور ارائه نتایج پس آزمون

جدول ۲. ساختار و محتوای گروه‌درمانی مصاحبه انگیزشی (دیوید روزن گرین ۲۰۰۵؛ به نقل از علی‌دوست و کیان‌ارثی، ۱۳۹۲).			
جلسات	عنوان جلسات	اهداف جلسات	محتوای جلسات و تکالیف
جلسه اول	معارفه و آشنایی	اجرای پیش‌آزمون - آماده‌سازی مراجعان برای گروه درمانی مصاحبه انگیزشی	در این راستا مراجعان نخست با قوانین، هنجارها و فرآیندهای گروه آشنا می‌شوند. در ادامه به معرفی رویکرد درمانی پرداخته می‌شود و مراجعان چشم‌اندازی از فرآیند گروه پیدا می‌کنند که شامل زمان‌بندی، مواد و کاربرگ‌ها، تمرین‌های هفتگی است.
جلسه دوم	بررسی احساسات، سود و زیان‌ها و بررسی دو سوگرایی	مرور جلسه گذشته، گرفتن بازخورد از جلسه گذشته	تمرین شناسایی احساسات، تمرکز و شناخت دو سوگرایی و توازن در تصمیم‌گیری و ارتباط آن با مشکلات اعضای گروه؛ تمرین بارش فکری سود و زیان‌های کوتاه و بلندمدت. تکلیف خانگی تمرین برای یافتن تناقض‌ها و دوسوگرایی‌ها و بررسی احساسات در فرد که به این نتیجه برسد در درون خود جمع اضداد وجود دارد و بررسی گزینه‌های اصلاحی و جایگزین در خانه
جلسه سوم	بازشناسی ارزش‌ها و آشنایی با تفاوت رفتار و ارزش‌ها؛ ارزیابی پایبندی و انگیزه مراجع و تقویت حس خودکارآمدی	مرور جلسه گذشته، بررسی تکالیف و گرفتن بازخورد از جلسه گذشته	تعریف ارزش‌ها، انجام تمرین شناسایی و اولویت‌بندی ارزش‌های درجه یک، تمرین تطابق ارزش و رفتار، ارزیابی مجدد خود و ارزیابی مجدد محیط و چگونگی تأثیر بیماری بر نقش‌های آنها و استفاده از سؤالات باز؛ خط کش اعتماد؛ مرور موفقیت‌های قبلی؛ بررسی نقاط قوت و توانمندی‌های خود جهت تقویت حس خودکارآمدی. تکلیف خانگی: تهیه لیستی از موفقیت‌ها در جهت حس تقویت خودکارآمدی، مشخص کردن ارزش‌های شخصی مراجعین و تعیین کردن مغایرت ارزش‌های شخصی آنها با رفتارشان و الویت‌بندی رفتار در خانه
جلسه چهارم	آشنایی با مفهوم اجتناب تجربه‌ای و تحمل پریشانی استفاده از اصول و تکنیک‌های مصاحبه انگیزشی در راستای آن	مرور جلسه گذشته، بررسی تکالیف و گرفتن بازخورد از جلسه گذشته	آشنایی با مفهوم اجتناب تجربه‌ای (انعطاف‌ناپذیری روانشناختی، بویژه در ارتباط با اجتناب تجربی و تمایل به درگیری در عمل با وجود افکار و احساس‌های ناخواسته)، آشنایی با مفهوم تحمل پریشانی (تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجان‌های منفی، ارزیابی ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش‌ها در راستای کاهش پریشانی و استفاده از اصول و تکنیک‌های مصاحبه انگیزشی مانند، سؤالات باز، همدلی، برجسته‌سازی تناقض‌ها، خلاصه‌سازی، لغزیدن بر مقاومت‌ها، تقویت حس خودکارآمدی، تأیید بیمار در جهت تغییر، گوش دادن انعکاسی، و کلام تغییر و تکنیک‌های مربوط به آن و همچنین تقویت تعهد بر تغییر، تکلیف خانگی: افزایش حس خودکارآمدی، پی بردن به تناقض‌ها و تصمیم‌گیری منطقی در راستای درک و شناخت احساسات خود و الویت‌بندی ارزش‌ها در رابطه با خودکارآمدی درد و تحمل پریشانی
جلسه پنجم	آشنایی با مفهوم خودکارآمدی درد و تاب‌آوری استفاده از اصول و تکنیک‌های مصاحبه انگیزشی در راستای آن	مرور جلسه گذشته، بررسی تکالیف و گرفتن بازخورد از جلسه گذشته	آشنایی با مفهوم خودکارآمدی درد، آشنایی با مفهوم تاب‌آوری (تصور از شایستگی فردی: اعتماد به غرایز فردی تحمل عاطفه منفی: پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن: کنترل: تأثیرات معنوی) و استفاده از اصول و تکنیک‌های مصاحبه انگیزشی مانند، سؤالات باز، همدلی، برجسته‌سازی تناقض‌ها، خلاصه‌سازی، لغزیدن بر مقاومت‌ها، تقویت حس خودکارآمدی، تأیید بیمار در جهت تغییر، گوش دادن انعکاسی، و کلام تغییر و تکنیک‌های مربوط به آن و همچنین تقویت تعهد بر تغییر، تکلیف خانگی: افزایش حس خودکارآمدی، پی بردن به تناقض‌ها و تصمیم‌گیری منطقی در راستای خودکارآمدی درد، درک و شناخت احساسات خود و الویت‌بندی ارزش‌ها در رابطه با خودکارآمدی درد و تاب‌آوری
جلسه ششم	ادامه، تکرار و تمرین جلسه چهارم	مرور جلسه گذشته، بررسی تکالیف و گرفتن بازخورد از جلسه گذشته	تمرین مفهوم اجتناب تجربه‌ای (انعطاف‌ناپذیری روانشناختی، بویژه در ارتباط با اجتناب تجربی و تمایل به درگیری در عمل با وجود افکار و احساس‌های ناخواسته)، مفهوم تحمل پریشانی (تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجان‌های منفی، ارزیابی ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش‌ها در راستای کاهش پریشانی) و استفاده از اصول و تکنیک‌های مصاحبه انگیزشی مانند، سؤالات باز، همدلی، برجسته‌سازی تناقض‌ها، خلاصه‌سازی، لغزیدن بر مقاومت‌ها، تقویت حس خودکارآمدی، تأیید بیمار در جهت تغییر، گوش دادن انعکاسی، و کلام تغییر و تکنیک‌های مربوط به آن و همچنین تقویت تعهد بر تغییر، تکلیف خانگی: افزایش حس خودکارآمدی، پی بردن به تناقض‌ها و تصمیم‌گیری منطقی در راستای خودکارآمدی درد، درک و شناخت احساسات خود و الویت‌بندی ارزش‌ها در رابطه با خودکارآمدی درد و تاب‌آوری
جلسه هفتم	ادامه، تکرار و تمرین جلسه پنجم	مرور جلسه گذشته، بررسی تکالیف و گرفتن بازخورد از جلسه گذشته	تمرین مفهوم خودکارآمدی درد، تاب‌آوری (تصور از شایستگی فردی: اعتماد به غرایز فردی تحمل عاطفه منفی: پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن: کنترل: تأثیرات معنوی) و استفاده از اصول و تکنیک‌های مصاحبه انگیزشی مانند، سؤالات باز، همدلی، برجسته‌سازی تناقض‌ها، خلاصه‌سازی، لغزیدن بر مقاومت‌ها، تقویت حس خودکارآمدی، تأیید بیمار در جهت تغییر، گوش دادن انعکاسی، و کلام تغییر و تکنیک‌های مربوط به آن و همچنین تقویت تعهد بر تغییر، تکلیف خانگی: افزایش حس خودکارآمدی، پی بردن به تناقض‌ها و تصمیم‌گیری منطقی در راستای خودکارآمدی درد، درک و شناخت احساسات خود و الویت‌بندی ارزش‌ها در رابطه با خودکارآمدی درد و تاب‌آوری

جدول ۲. ساختار و محتوای گروه درمانی مصاحبه انگیزشی (دیوید روزن گرین ۲۰۰۵؛ به نقل از علی دوست و کیان ارثی، ۱۳۹۲).

جلسات	عنوان جلسات	اهداف جلسات	محتوای جلسات و تکالیف
جلسه هشتم	ادامه، تکرار و تمرین جلسه ۴ و ۶	مرور جلسه گذشته، بررسی تکالیف و گرفتن بازخورد از جلسه گذشته	تمرین مفهوم اجتناب تجربه‌ای (انعطاف‌ناپذیری روانشناختی، بویژه در ارتباط با اجتناب تجربی و تمایل به درگیری در عمل با وجود افکار و احساس‌های ناخواسته)، تحمل پریشانی (تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجان‌های منفی، ارزیابی ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش‌ها در راستای کاهش پریشانی) و استفاده از اصول و تکنیک‌های مصاحبه انگیزشی مانند، سؤالات باز، همدلی، برجسته‌سازی تناقض‌ها، خلاصه‌سازی، لغزیدن بر مقاومت‌ها، تقویت حس خودکارآمدی، تأیید بیمار در جهت تغییر، گوش دادن انعکاسی، و کلام تغییر و تکلیف خانگی: افزایش حس خودکارآمدی، پی بردن به تناقض‌ها و تصمیم‌گیری منطقی در راستای درک و شناخت احساسات خود و الویت‌بندی ارزش‌ها در رابطه با اجتناب تجربه‌ای و تحمل پریشانی
جلسه نهم	ادامه، تکرار و تمرین جلسه تکرار ۵ و ۷	مرور جلسه گذشته، بررسی تکالیف و گرفتن بازخورد از جلسه گذشته	تمرین مفهوم خودکارآمدی درد، تاب‌آوری (تصور از شایستگی فردی: اعتماد به غرایز فردی تحمل عاطفه منفی: پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن: کنترل: تأثیرات معنوی) و استفاده از اصول و تکنیک‌های مصاحبه انگیزشی مانند، سؤالات باز، همدلی، برجسته‌سازی لغزیدن بر مقاومت‌ها، تقویت حس خودکارآمدی، تأیید بیمار در جهت تغییر، گوش دادن انعکاسی، و کلام تغییر و تکنیک‌های مربوط به آن و همچنین تقویت تعهد بر تغییر، تکلیف خانگی: افزایش حس خودکارآمدی، پی بردن به تناقض‌ها و تصمیم‌گیری منطقی در راستای خودکارآمدی درد، درک و شناخت احساسات خود و الویت‌بندی ارزش‌ها در رابطه با خودکارآمدی درد و تاب‌آوری
جلسه دهم	ادامه، تکرار و تمرین و ادغام جلسات گذشته یعنی تمرین چهار متغیر بر اساس تکنیک‌ها و اصول مصاحبه انگیزشی)	مرور جلسه گذشته، بررسی تکالیف و گرفتن بازخورد از جلسه گذشته	تمرین مفهوم اجتناب تجربه‌ای (انعطاف‌ناپذیری روانشناختی، بویژه در ارتباط با اجتناب تجربی و تمایل به درگیری در عمل با وجود افکار و احساس‌های ناخواسته)، تحمل پریشانی (تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجان‌های منفی، ارزیابی ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش‌ها در راستای کاهش پریشانی)، مفهوم خودکارآمدی درد و تاب‌آوری (تصور از شایستگی فردی: اعتماد به غرایز فردی تحمل عاطفه منفی: پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن: کنترل: تأثیرات معنوی) و استفاده از اصول و تکنیک‌های مصاحبه انگیزشی مانند، سؤالات باز، همدلی، برجسته‌سازی تناقض‌ها، خلاصه‌سازی، لغزیدن بر مقاومت‌ها، تقویت حس خودکارآمدی، تأیید بیمار در جهت تغییر، گوش دادن انعکاسی، و کلام تغییر و تکنیک‌های مربوط به آن و همچنین تقویت تعهد بر تغییر در راستای این تغییر در راستای این مفاهیم. تکلیف خانگی: افزایش حس خودکارآمدی، پی بردن به تناقض‌ها و تصمیم‌گیری منطقی در راستای درک و شناخت احساسات خود و الویت‌بندی ارزش‌ها در رابطه با اجتناب تجربه‌ای، تحمل پریشانی، خودکارآمدی درد و تاب‌آوری
جلسه یازدهم	ادامه، تکرار و تمرین و ادغام جلسات گذشته یعنی تمرین چهار متغیر بر اساس تکنیک‌ها و اصول مصاحبه انگیزشی	مرور جلسه گذشته، بررسی تکالیف و گرفتن بازخورد از جلسه گذشته	تمرین مفهوم خودکارآمدی درد و تاب‌آوری (تصور از شایستگی فردی: اعتماد به غرایز فردی تحمل عاطفه منفی: پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن: کنترل: تأثیرات معنوی) و استفاده از اصول و تکنیک‌های مصاحبه انگیزشی مانند، سؤالات باز، همدلی، برجسته‌سازی تناقض‌ها، خلاصه‌سازی، لغزیدن بر مقاومت‌ها، تقویت حس خودکارآمدی، تأیید بیمار در جهت تغییر، گوش دادن انعکاسی، و کلام تغییر و تکنیک‌های مربوط به آن و همچنین تقویت تعهد بر تغییر در راستای این مفاهیم. تکلیف خانگی: افزایش حس خودکارآمدی، پی بردن به تناقض‌ها و تصمیم‌گیری منطقی در راستای درک و شناخت احساسات خود و الویت‌بندی ارزش‌ها در رابطه با اجتناب تجربه‌ای، تحمل پریشانی، خودکارآمدی درد و تاب‌آوری
جلسه دوازدهم	مرور و تمرین، پس آزمون	مرور جلسات گذشته، جمع بندی و گرفتن بازخورد از جلسات گذشته	در این جلسه فرد می‌آموزد از آموخته‌هایش برای کار آمدن با وضعیت‌های مربوط به متغیرهای وابسته و دیگر مسائل در آینده استفاده نماید. اجرای پس‌آزمون / تعیین ملاقات‌های دوره‌ای با گروه آزمایش به منظور ارائه نتایج پس‌آزمون

یافته ها

در این پژوهش، تعداد ۳۶ بیمار مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (۱۲ نفر در گروه آزمایشی ذهن آگاهی، ۱۲ نفر در گروه آزمایش مصاحبه انگیزشی و ۱۲ نفر در گروه گواه) مورد پژوهش قرار گرفتند. همچنین، میانگین و انحراف استاندارد سن بیماران شرکت

کننده در پژوهش حاضر در گروه آزمایش ذهن آگاهی به ترتیب ۴۱/۵ و ۹/۵، در گروه آزمایش مصاحبه انگیزشی به ترتیب ۴۳/۵ و ۱۲/۵ و در گروه گواه ۳۸/۵ و ۸/۵ بود. در جدول ۳ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری و به تفکیک گروه آزمایش و کنترل گزارش شده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمرات متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و کنترل							
مؤلفه ها	گروه ها	تعداد	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
خودکارآمدی درد	گروه آزمایش ذهن آگاهی	۱۲	۲۴/۶۷	۴/۵۱	۳۶/۴۲	۴/۹۶	۳۴/۴۲
	گروه مصاحبه انگیزشی	۱۲	۲۶/۰۸	۵/۳۳	۳۵/۱۷	۴/۸۷	۳۵/۸۳
	گروه گواه	۱۲	۲۳/۸۳	۴/۷۸	۲۵/۵۸	۴/۳۴	۲۴/۳۳
تحمل پریشانی	گروه آزمایش ذهن آگاهی	۱۲	۳۹/۰۱	۲/۷۳	۵۶/۰۳	۵/۸۱	۵۴/۹۲
	گروه مصاحبه انگیزشی	۱۲	۴۰/۵۲	۴/۵۶	۵۴/۳۳	۴/۳۵	۵۵/۶۷
	گروه گواه	۱۲	۳۹/۶۷	۲/۸۳	۳۷/۷۵	۵/۶۱	۳۹/۲۵

به منظور بررسی فرضیه ی «بین اثربخشی گروه درمانی ذهن آگاهی و مصاحبه انگیزشی بر خودکارآمدی درد و تحمل پریشانی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شهرستان بروجن تفاوت وجود دارد»، از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد. قبل از به کارگیری تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر کلیه مفروضات اعم آن مورد بررسی قرار گرفت. بدین منظور آزمون کالموگروف - اسمیرنف جهت بررسی نرمال بودن متغیرهای پژوهش اجرا شد و نتایج نشان داد داده های پژوهش نرمال است ($p > 0/05$). همچنین، با استفاده از نمودار جعبه ای که مبنای آن داشتن فاصله ای به اندازه حداقل $3 \pm$ واحد انحراف استاندارد و بیشتر با میانگین است، داده ای پرت مورد بررسی قرار گرفت و نتایج این نمودار نشان داد که داده ی پرتی در نمونه های پژوهش وجود ندارد. همچنین، آزمون ام باکس جهت بررسی همگنی ماتریس های واریانس کوواریانس اجرا شد که نتایج معنی دار نبود ($F = 1/07$ ، $p = 0/49$) و نشان داد که ماتریس های کوواریانس متغیر وابسته برای سطوح مختلف متغیر مستقل برابر هستند. همچنین، آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس ها اجرا شد که نتایج معنی دار نبود و نشان داد که همگنی واریانس ها نیز برقرار است ($p > 0/05$). در نهایت مفروضه کرویت با استفاده از آزمون موچلی برای همه متغیرهای پژوهش مورد بررسی اجرا شد و نتایج این آزمون نشان داد که این مفروضه برای کلیه متغیرها برقرار است ($p > 0/05$).

نتایج آزمون های چندمتغیری نشان داد که ارائه مداخلات گروه درمانی ذهن آگاهی و مصاحبه انگیزشی در عامل گروه ($F = 0/76$ ، $p < 0/001$ ، $\eta^2 = 93/84$ ، $F = 0/76$) و در عامل زمان ($F = 0/74$ ، $p < 0/001$ ، $\eta^2 = 89/69$) و اثر تعاملی زمان و گروه ($F = 0/68$ ، $p < 0/001$ ، $\eta^2 = 86/01$) معنی دار می باشد. نتایج آزمون های چندمتغیری به صورت کامل در جدول ۴ ارائه شده است. سپس جهت بررسی فرضیه پژوهش، ابتدا اثربخشی متغیرهای مستقل (گروه درمانی ذهن آگاهی و مصاحبه انگیزشی) بر خودکارآمدی درد و تحمل پریشانی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شهرستان بروجن مورد آزمون قرار گرفته است.

نتایج جدول تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در جدول ۵ نشان می دهد که میانگین نمرات متغیر خودکارآمدی درد و تحمل پریشانی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس فارغ از تأثیر گروه بندی در طی مراحل پس آزمون و پیگیری دچار تغییر معنادار شده که این تغییر با مقایسه با پیش آزمون یک تفاوت معنادار به شمار می رود. از طرفی نتایج گروه بندی جدول فوق بیانگر آن است که متغیرهای گروه بندی (گروه درمانی ذهن آگاهی و مصاحبه انگیزشی) فارغ از مراحل (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) بر متغیرهای خودکارآمدی درد و تحمل پریشانی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس تأثیر معنادار داشته است.

جدول ۴. نتایج آزمون‌های چندمتغیری جهت بررسی اثربخشی برنامه‌های گروه‌درمانی ذهن آگاهی و مصاحبه انگیزشی بر خودکارآمدی درد و تحمل پریشانی					
منبع تغییرات	آزمون	مقدار	F	Sig	مجدورات
گروه	اثر پیلای	۰/۷۶۰	۹۳/۸۴	۰/۰۰۱	۰/۷۶
	لامبدای ویلکز	۰/۲۴۰	۹۳/۸۴	۰/۰۰۱	۰/۷۶
	اثر هاتلینگ	۲/۸۴۴	۹۳/۸۴	۰/۰۰۱	۰/۷۶
	بزرگترین ریشه روی	۲/۸۴۴	۹۳/۸۴	۰/۰۰۱	۰/۷۶
	اثر پیلای	۰/۷۴۰	۸۹/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۷۴
زمان	لامبدای ویلکز	۰/۲۶۰	۸۹/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۷۴
	اثر هاتلینگ	۲/۳۴	۸۹/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۷۴
	بزرگترین ریشه روی	۲/۳۴	۸۹/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۷۴
	اثر پیلای	۰/۶۸۱	۸۶/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۶۸
	لامبدای ویلکز	۰/۳۱۹	۸۶/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۶۸
زمان * گروه	اثر هاتلینگ	۲/۱۴	۸۶/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۶۸
	بزرگترین ریشه روی	۲/۱۴	۸۶/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۶۸

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر جهت بررسی تأثیرات درون گروهی و بین گروهی تأثیر گروه درمانی ذهن آگاهی بر خودکارآمدی درد و تحمل پریشانی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس							
متغیرها	مجموع مجدورات	درجه آزادی	درجه	میانگین مجدورات	مقدار f	سطح معناداری	اندازه اثر
خودکارآمدی درد	۱۲۲۲/۲۴	۲	۶۱۱/۱۲	۲۵/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۴۳	۱
	۱۳۶۰/۰۱	۲	۶۸۰/۰۱	۳۶/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۶۸	۱
	۴۵۷/۸۱	۴	۱۱۴/۴۵	۴/۷۵	۰/۰۰۲	۰/۲۲	۰/۹۴
	۱۵۸۹/۹۴	۶۶	۲۴/۰۹				
تحمل پریشانی	۲۰۶۵/۷۹	۲	۱۰۳۲/۸۹	۵۰/۷۱	۰/۰۰۱	۰/۶۱	۱
	۳۱۸۵/۶۸	۲	۱۵۹۲/۸۴	۱۵۹/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۷۲	۱
	۱۳۳۰/۶۴	۴	۳۳۲/۶۶	۱۶/۳۳	۰/۰۰۱	۰/۴۹	۱
	۱۳۴۴/۲۲	۶۶	۲۰/۳۶				

نتایج نشان داد که ۲۲ درصد از تغییرات خودکارآمدی درد ($\eta^2 = 0.22$, $p = 0.002$, $F = 4.75$) و ۴۹ درصد از تحمل پریشانی ($\eta^2 = 0.49$, $p = 0.001$, $F = 16.33$) بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس توسط تعامل متغیر مراحل و گروه‌بندی تبیین می‌شود. حال در ادامه ابتدا به مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیرهای وابسته پژوهش با همدیگر پرداخته می‌شود.

بدین معنا که گروه درمانی ذهن آگاهی و مصاحبه انگیزشی در مقایسه با گروه گواه یک اثر معنادار بوده است. در نهایت اما سطر مربوط به تعامل مراحل و گروه‌بندی به عنوان مهمترین یافته جدول فوق حاکی از آن است که گروه‌درمانی ذهن آگاهی و مصاحبه انگیزشی با تعامل مراحل نیز تأثیر معناداری بر مراحل آزمون (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) متغیر خودکارآمدی درد و تحمل پریشانی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس داشته است. همچنین،

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی جهت بررسی تفاوت‌های دو به دو جهت مقایسه اثر گروه آزمایش و گروه گواه				
متغیرهای پژوهش	مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل	تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف معیار	مقدار معناداری
خودکارآمدی درد	گروه درمانی ذهن آگاهی با گروه گواه	۷/۲۵	۱/۰۳	۰/۰۰۱
	گروه درمانی مصاحبه انگیزشی با گروه گواه	۷/۷۸	۱/۰۲	۰/۰۰۱
	گروه درمانی ذهن آگاهی با مصاحبه انگیزشی	-۰/۵۳	۱/۰۱	۰/۹۹
تحمل پریشانی	گروه درمانی ذهن آگاهی با گروه گواه	۱۱/۷۵	۰/۸۷	۰/۰۰۱
	گروه درمانی مصاحبه انگیزشی با گروه گواه	۱۱/۲۷	۰/۷۹	۰/۰۰۱
	گروه درمانی ذهن آگاهی با مصاحبه انگیزشی	۰/۴۷	۰/۷۴	۰/۹۹

همانگونه که نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد تفاوت میانگین نمرات خودکارآمدی درد و تحمل پریشانی در بین گروه‌درمانی ذهن آگاهی، مصاحبه انگیزشی و گروه گواه معنادار بوده و این یافته بدین معناست که میزان اثربخشی گروه‌درمانی ذهن آگاهی و مصاحبه انگیزشی بر خودکارآمدی درد و تحمل پریشانی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس معنادار بوده است و گروه‌درمانی ذهن آگاهی و مصاحبه انگیزشی باعث افزایش خودکارآمدی درد و تحمل پریشانی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شده است. اما بین اثربخشی گروه درمانی ذهن آگاهی و مصاحبه انگیزشی بر میزان خودکارآمدی درد و تحمل پریشانی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس تفاوت وجود ندارد.

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر، بررسی مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه‌درمانی مبتنی بر مصاحبه انگیزشی بر خودکارآمدی درد و تحمل پریشانی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که «گروه درمانی ذهن آگاهی و مصاحبه انگیزشی» بر میزان خودکارآمدی درد و تحمل پریشانی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مؤثر بوده است. اما بین اثربخشی گروه درمانی ذهن آگاهی و مصاحبه انگیزشی بر میزان خودکارآمدی درد و تحمل پریشانی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس تفاوت وجود ندارد.

در زمینه‌ی اثربخشی «گروه‌درمانی ذهن آگاهی» بر افزایش تحمل پریشانی، این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشین (ساندرز، هانس و بوردت، ۲۰۱۸؛ اورکی و سامی، ۱۳۹۵؛ میودوسوسکی و همکاران، ۲۰۱۸؛ براون، ریان و کرسول، ۲۰۰۷) همسو است. در یک جمع‌بندی می‌توان چنین گفت که برنامه‌های مداخله‌ای (گروه‌درمانی ذهن آگاهی) بر متغیر تحمل پریشانی هیجانی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مؤثر بوده است و همچنین، این اثر پایدار بوده است. در تبیین یافته این پژوهش مبنی بر اثربخشی مداخله گروه‌درمانی ذهن آگاهی در تحمل پریشانی هیجانی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، می‌توان چنین گفت که تحمل پریشانی را توانایی فرد برای مقابله با هیجانات منفی تعریف می‌کنند (کابات‌زین، ۱۹۹۰). به عبارت دیگر، تحمل پریشانی، یک سازه فراهیجانی است که انتظارات یک فرد را در مورد توانایی تحمل هیجان منفی، ارزیابی موقعیت هیجانی از لحاظ قابل پذیرش بودن،

تنظیم شخصی هیجان و مقدار توجه جذب شده به‌وسیله هیجان منفی را می‌سنجد. افراد دارای تحمل پریشانی پایین، هیجان را غیرقابل تحمل می‌دانند و وجود آن‌را نمی‌پذیرند، زیرا توانایی خود را دست‌کم می‌گیرند و تمام تلاش خود را برای جلوگیری از هیجان منفی و تسکین فوری به‌کار می‌بندند (زینر، هرلبن - کرتز و والچ، ۲۰۱۴). پژوهش‌ها نشان می‌دهند میزان تحمل پریشانی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس پایین‌تر از هنجار قرار دارند و دیدگاهی منفی نسبت به هیجانات دارند و وجود آن‌را نمی‌پذیرند. از مهارت‌های ذهن آگاهی، توانایی آگاه شدن از هیجانات و تفسیر درست احساسات بدنی مربوط به آنهاست. مواجهه با هیجان منفی به‌جای اجتناب از آن در شرایط پریشانی از اهداف مهم گروه‌درمانی ذهن آگاهی است (شمس، عزیزی و میرزایی، ۱۳۸۹). در واقع، در روش‌های مبتنی بر گروه‌درمانی ذهن آگاهی با به‌کارگیری تکنیک‌های مراقبه‌ای مانند ذهن آگاه شدن تنفس، برای افزایش آگاهی از موقعیت خود جهت کنار آمدن و بقاء در زمان بحران استفاده می‌کند و باعث می‌شود فرد در بلندمدت و کوتاه مدت درد جسمی و عاطفی خود را تحمل کند. گروه‌درمانی ذهن آگاهی برای تشخیص این نکته است که هر اتفاقی در زمان حال روی می‌دهد و این باعث می‌شود بیماران در زمان حال حوادث را کمتر از آن میزان که ناراحت‌کننده هستند دریافت کنند. این مطلب گویای این است که مهم است که فرد با گروه‌درمانی ذهن آگاهی یک سازه فراهیجانی به‌نام تحمل پریشانی را درخود افزایش می‌دهد. بدین ترتیب که نسبت به آن جذب توجه می‌کند، آن را ارزیابی می‌کند و وقتی نمی‌تواند شرایط را تغییر دهد آن را پذیرفته و تحمل می‌کند و هیجانات به ویژه نیروی حاصل از تمایلات عمل در جهت اجتناب یا تضعیف فوری تجربه را تنظیم می‌کند و دچار از هم‌گسیختگی عملکرد نمی‌شود. به عبارت دیگر، تحمل پریشانی توانایی فرد برای مقاومت و تجربه حالات روانی منفی است، افرادی که تحمل کمی دارند پریشانی را به عنوان یک ساختار غیرقابل تحمل توصیف می‌کنند (سیمونز و گهر، ۲۰۰۵). افراد با تحمل پریشانی بالا می‌توانند با استفاده از تکنیک بارش به مشاهده درون خود بپردازند و بعد روی تجربه درونی با پذیرش متمرکز شوند. این تکنیک یک روش ذهن آگاهانه برای کار با هیجانات شدید و مشکل است که به یافتن پناهگاهی درست در هنگام بروز پریشانی می‌پردازد.

افزایش می‌دهد. از سوی دیگر، مشخص است که دوسوگرایی و تعارض یکی از منابع تحمل پریشانی است (قیلن و همکاران، ۲۰۱۹). یعنی بخشی از مشکلات تحمل پریشانی افرادی که درگیر اختلالات مزمن سلامتی هستند، به دوسوگرایی آنان نسبت به تغییر رفتار برمی‌گردد. پس می‌توان نتیجه گرفت که مصاحبه انگیزشی، با حرکت به سوی حل دوسوگرایی و تعارض افراد، میزان تحمل پریشانی آنان را افزایش می‌دهد. عامل دیگری که در اثرگذاری مصاحبه انگیزشی در افزایش میزان تحمل پریشانی مؤثر است، سبک همدلانه و انسان‌گرایانه همراه با پذیرش مراجع، در مصاحبه انگیزشی است. در نتیجه، فردی که در یک ارتباط انسانی همراه با همدلی و پذیرش قرار گیرد، می‌تواند در افزایش تحمل پریشانی وی مؤثر باشد.

در زمینه‌ی اثربخشی «مصاحبه انگیزشی» بر افزایش خودکارآمدی درد، می‌توان چنین گفت که برنامه‌های مداخله‌ای (مصاحبه انگیزشی) بر متغیر خودکارآمدی درد در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مؤثر بوده است و همچنین، این اثر پایدار بوده است. در تبیین یافته‌ی این پژوهش مبنی بر اثربخشی مداخله مصاحبه انگیزشی در خودکارآمدی درد در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، می‌توان چنین گفت که بندروا که مبدع نظریه خودکارآمدی است، اعتقاد دارد باور توانایی رفتار و انتظارات پیامد ناشی از انجام یک عمل خاص، می‌تواند منجر به رفتار مطلوب گردد. همچنین، وی منابع خودکارآمدی را چهار عامل موفقیت در عملکرد، تجارب جانشینی، ترغیب و تشویق کلامی و برانگیختگی فیزیولوژیکی و هیجانی ناشی از انجام رفتار بیان می‌نماید (بندورا، ۲۰۰۶). این منابع، بخشی مهمی از مصاحبه انگیزشی به شمار می‌روند که در افزایش خودکارآمدی درد بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس اثرگذار بوده‌اند. علاوه‌براین در زمینه چگونگی اثرگذاری مصاحبه انگیزشی بر خودکارآمدی درد بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس می‌توان گفت اصول اساسی مصاحبه انگیزشی، تقویت احساس خودکارآمدی بیماران در همه تغییرات رفتاری است. بسیاری از تکنیک‌های مصاحبه انگیزشی گروهی به کار گرفته شده در این پژوهش مانند کنترل رفتار در موقعیت‌های وسوسه برانگیز، مشارکت در تصمیم‌گیری، حمایت از خودمختاری، برطرف کردن دوسوگرایی، بیرون کشیدن صحبت معطوف به تغییر، مستقیماً به افزایش خودکارآمدی درد بیماران مبتلا به مولتیپل

در زمینه‌ی اثربخشی «گروه درمانی ذهن‌آگاهی» بر افزایش خودکارآمدی درد، این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشین (جنآبادی و همکاران، ۱۳۹۲؛ ریچل و همکاران، ۲۰۱۶)، همسو است. در یک جمع‌بندی می‌توان چنین گفت که برنامه‌های مداخله‌ای (گروه درمانی ذهن‌آگاهی) بر متغیر خودکارآمدی درد در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مؤثر بوده است و همچنین، این اثر پایدار بوده است. در تبیین یافته‌ی این پژوهش مبنی بر اثربخشی مداخله گروه درمانی ذهن‌آگاهی در خودکارآمدی درد در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، می‌توان چنین گفت که با توجه به این که معمولاً باورهای اتخاذ شده در افراد با درد مزمن که می‌توانند منجر به فعالیت‌های خاصی حتی در زمان تجربه درد شوند و به طور بالقوه بر توانایی برای دستیابی به اهدافی که در اثر بیماری یا ناتوانی مانع می‌شوند، تأثیر می‌گذارد دچار مشکل می‌شوند (کارکولا و همکاران، ۲۰۱۸)، بنابراین بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس که تحت گروه درمانی ذهن‌آگاهی می‌شوند این امکان برای آنها فراهم می‌شود که در شرایط سخت و دشوار زندگی، تصورات و راه‌حل‌های قالبی، خودمحور، مبتنی بر تجربه‌های شخصی، محدود و واقعیت‌های محسوس را کنار گذاشته و با طرح سؤالات منطقی و بازبینی مداوم راه‌حل‌های ممکن به تصمیم‌های هوشمندانه و منطقی دست یابند. از طرف دیگر می‌توان گفت عقاید و نگرش‌های منفی در مورد خود، بخشی اصلی تغییرات به‌شمار می‌رود و از طریق گروه درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی، افراد یاد می‌گیرند تا تجربه‌های جدیدی را به کار بگیرند که این امر موجب منظم‌تر شدن عقایدی از قبیل باورهای جایگزین و سازگارانه‌تر می‌شود و نهایتاً با بهبود باورهای غیرمنطقی نسبت به مشکلات و محدودهای جسمانی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس میزان خودکارآمدی آنان افزایش می‌یابد.

در زمینه‌ی اثربخشی «مصاحبه انگیزشی» بر افزایش تحمل پریشانی، می‌توان چنین گفت که برنامه‌های مداخله‌ای (مصاحبه انگیزشی) بر متغیر تحمل پریشانی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مؤثر بوده است و همچنین، این اثر پایدار بوده است. در تبیین یافته‌ی این پژوهش مبنی بر اثربخشی مداخله مصاحبه انگیزشی در تحمل پریشانی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، می‌توان چنین گفت که مصاحبه انگیزشی، اساساً با حل دوسوگرایی مراجع درباره‌ی تغییر، انگیزه‌ی تغییر را در وی

اسکلروزیس منجر می‌شود. روح مصاحبه انگیزشی بیشترین تأکید را بر حمایت از خودکارآمدی، مشارکت و فراخوانی نقطه‌نظرات دیگران دارد. همچنین، با توجه به این که یکی از منابع مهم افزایش خودکارآمدی درد، تجربیات جانشینی و ترغیب‌های کلامی است و در جلسات گروهی مصاحبه انگیزشی در پژوهش حاضر به کرات این تجربیات و ترغیب‌ها شکل گرفت، ممکن است یکی از دلایل مهم و اثرگذار در افزایش میزان خود خودکارآمدی درد بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس در پژوهش حاضر بوده باشد.

همچنین، نتایج این پژوهش نشان داد که تفاوت معناداری در میزان اثربخشی گروه‌درمانی ذهن آگاهی و مصاحبه انگیزشی در متغیرهای تحمل پریشانی و خودکارآمدی درد در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس به دست نیامد. به عبارت دیگر، اثربخشی گروه درمانی ذهن آگاهی و مصاحبه انگیزشی به طور جداگانه بر متغیرهای وابسته پژوهش معنادار و اثرات آنان در طول زمان پایدار بود، و همچنین پایداری این اثرات بین گروه‌درمانی ذهن آگاهی و مصاحبه انگیزشی بر روی متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود نداشت. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که هرکدام از متغیرهای مستقل پژوهش (گروه درمانی ذهن آگاهی و مصاحبه انگیزشی) با استفاده از راهبردهای منحصربه‌فرد خود اثرات پایداری بر روی متغیرهای تحمل پریشانی و خودکارآمدی درد در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس داشته است. برخی از پژوهشگران بر این باورند که در گروه درمانی ذهن آگاهی، بیماران با مشاهده دقیق واقعیت درونی خود درمی‌یابند که هیجانات مثبت از قبیل شادی، کیفیتی نیستند که وابسته به عناصر بیرونی و تغییرات دنیای بیرون باشند. هیجانات خوشایند، زمانی تجربه می‌شوند که فرد وابستگی به افکار، موضع گرفتن و برنامه‌های ذهنی از پیش تعیین‌شده را رها کند و در نتیجه رفتارهای خودکار را که برای رسیدن به موقعیت‌های لذت‌آور و یا فرار از موقعیت‌های درناک انجام می‌دهد، کنار بگذارد و به یک نوع رهایی برسد (کامپوس و همکاران، ۲۰۱۶؛ بولین و بیر، ۲۰۱۲؛ هولیس - والکر و کولوسیمو، ۲۰۱۱). از طرف دیگر، برخی دیگر از پژوهشگران بر این باورند که راهبردهای مصاحبه انگیزشی بیشتر ترغیب‌کننده هستند تا اجباری؛ بیشتر حمایتی هستند تا جنجالی و پرسدا. در راهبردهای مصاحبه انگیزشی مشاور سعی می‌کند فضای مثبتی برای تغییر مراجع ایجاد کند. در واقع، هدف اصلی، افزایش انگیزه درونی مراجع است، تا جایی که تغییر از درون

فرد به وجود آید نه این که به طور سطحی از بیرون به او تحمیل شود. بنابراین، می‌توان گفت که این رویکرد به معنی دقیق کلمه کاربردی است، چرا که در مصاحبه انگیزشی، این مراجع است که از حق خود برای تغییر دفاع می‌کند نه این که درمانگر او را به کار وادار کند (بروجنی و همکاران، ۲۰۱۸؛ چن و همکاران، ۲۰۱۲؛ ما و همکاران، ۲۰۱۴). پس می‌توان گفت انجام تمرین‌های ذهن آگاهی و مصاحبه انگیزشی باعث آگاهی فرد از نحوه کنترل افکار خوشایند و ناخوشایند خود می‌گردد، در نتیجه این امکان را به بیمار می‌دهد که تحمل پریشانی و خودکارآمدی خود را افزایش دهد. بنابراین می‌توان گفت هر دو رویکرد (گروهی‌درمانی ذهن آگاهی و مصاحبه انگیزشی) به شیوه خاص خود باعث پایداری اثرات خود بر روی متغیرهای وابسته (تحمل پریشانی و خودکارآمدی درد) شده اند و تفاوتی بین آنها به لحاظ پایداری وجود ندارد.

به لحاظ نظری، پژوهش حاضر تلویحات متعددی را به دنبال دارد. اول آن که این پژوهش شواهدی را در خصوص اثربخشی گروه‌درمانی ذهن آگاهی (کابات زین، ۱۹۹۰) و مصاحبه انگیزشی (دیوید روزن گرین ۲۰۰۵؛ به نقل از علی‌دوست و کیان‌ارثی، ۱۳۹۲) که همچنان از مدل‌های مطرح در زمینه ذهن آگاهی و مصاحبه انگیزشی هستند را فراهم نمود. دوم آنکه با نشان دادن نقش گروه‌درمانی ذهن آگاهی و مصاحبه انگیزشی در خودکارآمدی درد و تحمل پریشانی، شکاف موجود در زمینه استفاده از این درمان‌های گروهی را در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مورد توجه قرار داده و با فراهم آوردن شواهد تجربی، به برطرف‌سازی این شکاف کمک نموده‌اند. به لحاظ کاربردی نیز، بر مبنای نتایج پژوهش حاضر، با فراهم کردن درمان‌های لازم در زمینه ذهن آگاهی و مصاحبه انگیزشی و فراگیری اصول اساسی این مدل‌ها، افراد قادر خواهند شد به درجه خودارزیابی و خود اصلاحی برسند و بدین ترتیب خود را نه تنها مسئول افکار و اندیشه‌ها بلکه مسئول رفتار خویش ببینند. با گسترش تفکر مراقبتی و مسئولانه در کنار سایر ابعاد تفکر در این رویکردها، می‌توان انتظار داشت با اجرای صحیح این برنامه‌ها در نظام درمانی، باور به توانایی‌های فراوان بیماران افزایش یابد، در نتیجه تحمل بیمار در برابر سختی‌های بیماری و درمان آن افزایش می‌یابد و باور به قابلیت‌های خودشان افزایش خواهد یافت. بر این اساس توصیه می‌شود با برگزاری کارگاه‌های آموزشی جهت آشنایی بیشتر روانشناسان و مربیان در زمینه اصول اساسی گروه

علی دوست، فرشته و کیان ارثی، فرحناز (۱۳۹۲). اثربخشی مصاحبه انگیزشی بر افسردگی و امیدواری بیماران همودیالیزی بیمارستان هاجر شهر کرد. *مجله روانشناسی بالینی*، ۴(۳۲)، ۸۵-۹۴.

قاسم بروجردی، فاطمه؛ صفا، میترا؛ کرملو، سمیرا و مسجدی، محمدرضا (۱۳۹۳). اثربخشی ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی بر تحمل پریشانی و نگرش های ناکارآمد در بیماران مبتلا به بیماری های مزمن ریوی. *فصلنامه پژوهش در سلامت روانشناختی*، ۸(۴) ۶-۷.

پورنقاش تهرانی، سید سعید؛ مرتضوی فر، سمیرا و مرتضوی فر، سمیه (۱۳۹۹). تأثیر حمایت اجتماعی و راهبردهای تنظیم هیجان در پیش بینی سلامت روانی افراد مبتلا به اسکروزیس چند گانه. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۹(۸۹)، ۵۳۹-۵۲۵.

نظری کمال، مینا؛ صراف زاده، شیدا؛ سموعی، راحله؛ تمنایی فر، شیما و بهروزی، رضا (۱۳۹۶). اثربخشی مصاحبه انگیزشی بر افزایش میزان مشارکت بیماران ام.اس در فعالیت های ورزشی. *فصلنامه پژوهش های نوین روانشناختی*، ۱۲(۴۷)، ۲۲۲-۲۰۵.

Akkuş, Y., & Duru, G. (2011). Problems and factors affecting the sexual lives of patients with multiple sclerosis living in Turkey. *Sexuality and Disability*, 29(1), 55-63.

Asghari, A., & Nicholas, M. K. (2009). An investigation of pain self-efficacy beliefs in Iranian chronic pain patients: a preliminary validation of a translated English-language scale. *Pain medicine*, 10(4), 619-632.

Bandura, A. (2006). Guide for constructing self-efficacy scales. *Self-efficacy beliefs of adolescents*, 5(1), 307-337.

Bombardier, C. H., Cunniffe, M., Wadhwani, R., Gibbons, L. E., Blake, K. D., & Kraft, G. H. (2008). The efficacy of telephone counseling for health promotion in people with multiple sclerosis: a randomized controlled trial. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 89(10), 1849-1856.

Borji, M., Taghinejad, H., & Salimi, A. H. (2018). The effect of motivational interviewing on fatigue in patients with multiple sclerosis. *Archives of Neuroscience*, 5(3).

Brown, K. W., Ryan, R. M., & Creswell, J. D. (2007). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological inquiry*, 18(4), 211-237.

Bowlin, S. L., & Baer, R. A. (2012). Relationships between mindfulness, self-control, and psychological functioning. *Personality and Individual Differences*, 52(3), 411-415.

Buljevac, D., Hop, W. C. J., Reedeker, W., Janssens, A. C. J. W., Van der Meche, F. G. A., Van Doorn, P. A., & Hintzen, R. Q. (2003). Self reported stressful life events and exacerbations in multiple sclerosis: prospective study. *Bmj*, 327(7416), 646.

درمانی ذهن آگاهی و مصاحبه انگیزشی و اینکه چگونه می توانند با به کارگیری اصول مطرح شده در این مدل بر رشد و پرورش افراد تأثیر بگذارند، به توانمند شدن فراگیران کمک نمایند. از محدودیت های این پژوهش می توان به محدود بودن افراد مورد مطالعه به بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شهرستان بروجرد در استان چهارمحال و بختیاری اشاره نمود که تعمیم پذیری یافته ها را با احتیاط مواجه می سازد.

همچنین، پژوهش حاضر تلویحات نظری و کاربردی متعددی را به دنبال دارد. با توجه به آنکه در پژوهش حاضر تفاوت های جنسیتی مورد مطالعه قرار نگرفته است، پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی به مقایسه اثرگذاری گروه درمانی ذهن آگاهی و مصاحبه انگیزشی در بین بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (زن و مرد) پرداخته شود. همچنین آگاهی بخشی به بیماران، روانشناسان و مشاوران و خانواده های بیماران در مورد کارآیی این مداخلات (گروه درمانی ذهن آگاهی و مصاحبه انگیزشی) و تدوین برنامه هایی جهت آشنایی بیشتر بیماران، روانشناسان و مشاوران و خانواده ها با این مداخلات (گروه درمانی ذهن آگاهی و مصاحبه انگیزشی) را می توان مد نظر قرار داد. علاوه بر آن می توان مداخلات «گروه درمانی ذهن آگاهی و مصاحبه انگیزشی» را در برنامه آموزشی و درمانی انجمن های مختلف بیماران مزمن جسمانی و روانی گنجاند.

منابع

اورکی، محمد و سامی، پوران (۱۳۹۵). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی یکپارچه بر میزان ادراک بیماری و شدت بیماری در بیماران مبتلا به ام.اس. *فصلنامه پژوهشی شناخت اجتماعی*، ۵(۲)، ۱۱۹-۱۰۷.

تقی لو، لیلیا؛ مکوند حسینی، شاهرخ و صداقت، مستوره (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش استرس ادراک شده در بیماران مبتلا به ام.اس. *فصلنامه پرستار و پزشک در رزم*، ۱۵(۵)، ۱۰-۵.

جنابادی، حسین؛ عیسی زادگان، علی و نعمتی، محمد (۱۳۹۲). اثربخشی مصاحبه انگیزشی بر افزایش خودکارآمدی و بهبود خودپنداره دانش آموزان کم پیشرفت مدارس متوسطه. *مجله مطالعات روانشناسی تربیتی*، ۲۱(۳)، ۲۹-۱۵.

شمس، جمال؛ عزیزی، علیرضا و میرزایی، آزاده (۱۳۸۹). بررسی رابطه تحمل آشفتگی و تنظیم هیجانی با میزان وابستگی دانشجویان به سیگار. *مجله تحقیقات نظام سلامت حکیم*، ۱۳(۱)، ۱۱-۱۸.

- Ma, C., Zhou, Y., Zhou, W., & Huang, C. (2014). Evaluation of the effect of motivational interviewing counselling on hypertension care. *Patient education and counseling*, 95(2), 231-237.
- MacKillop, J., & De Wit, H. (Eds.). (2013). *The Wiley-Blackwell handbook of addiction psychopharmacology*. John Wiley & Sons.
- Mioduszeowski, O., MacLean, H., Poulin, P. A., Smith, A. M., & Walker, L. A. (2018). Trait Mindfulness and Wellness in Multiple Sclerosis. *Canadian Journal of Neurological Sciences*, 45(5), 580-582.
- Fraser, C., Morgante, L., Hadjimichael, O., & Vollmer, T. (2004). A prospective study of adherence to glatiramer acetate in individuals with multiple sclerosis. *Journal of Neuroscience Nursing*, 36(3), 120.
- Nicholas, M. K. (2007). The pain self-efficacy questionnaire: taking pain into account. *European journal of pain*, 11(2), 153-163.
- Nicholas, M. K., McGuire, B. E., & Asghari, A. (2015). A 2-item short form of the Pain Self-efficacy Questionnaire: development and psychometric evaluation of PSEQ-2. *The Journal of Pain*, 16(2), 153-163.
- Riegel, B., Masterson Creber, R., Hill, J., Chittams, J., & Hoke, L. (2016). Effectiveness of motivational interviewing in decreasing hospital readmission in adults with heart failure and multimorbidity. *Clinical nursing research*, 25(4), 362-377.
- Rollnick, S., Miller, W. R., Butler, C. C. (2008). *Motivational interviewing in health care: Helping patients change behavior*. New York: The Guilford Press. p: 17-19
- Senders, A., Hanes, D., Bourdette, D., Carson, K., Marshall, L. M., & Shinto, L. (2019). Impact of mindfulness-based stress reduction for people with multiple sclerosis at 8 weeks and 12 months: A randomized clinical trial. *Multiple sclerosis journal*, 25(8), 1178-1188.
- Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*, 29(2), 83-102.
- Stein, D. J., Denys, D., Gloster, A. T., Hollander, E., Leckman, J. F., Rauch, S. L., & Phillips, K. A. (2009). Obsessive-compulsive disorder: diagnostic and treatment issues. *Psychiatric Clinics*, 32(3), 665-685.
- Zenner, C., Herrnleben-Kurz, S., & Walach, H. (2014). Mindfulness-based interventions in schools-a systematic review and meta-analysis. *Front Psychology*, 5, 603.
- Campos, D., Cebolla, A., Quero, S., Bretón-López, J., Botella, C., Soler, J. ... & Baños, R. M. (2016). Meditation and happiness: Mindfulness and self-compassion may mediate the meditation-happiness relationship. *Personality and individual differences*, 93, 80-85.
- Carpino, E., Segal, S., Logan, D., Lebel, A., & Simons, L. E. (2014). The interplay of pain-related self-efficacy and fear on functional outcomes among youth with headache. *The Journal of Pain*, 15(5), 527-534.
- Chen, S. M., Creedy, D., Lin, H. S., & Wollin, J. (2012). Effects of motivational interviewing intervention on self-management, psychological and glycemic outcomes in type 2 diabetes: a randomized controlled trial. *International journal of nursing studies*, 49(6), 637-644.
- Chiarotto, A., Falla, D., Polli, A., & Monticone, M. (2018). Validity and responsiveness of the pain self-efficacy questionnaire in patients with neck pain disorders. *Journal of orthopaedic & sports physical therapy*, 48(3), 204-216.
- Daughters, S. B., Ross, T. J., Bell, R. P., Yi, J. Y., Ryan, J., & Stein, E. A. (2017). Distress tolerance among substance users is associated with functional connectivity between prefrontal regions during a distress tolerance task. *Addiction biology*, 22(5), 1378-1390.
- Ghielen, I., Ruten, S., Boeschoten, R. E., Houniet-de Gier, M., van Wegen, E. E., van den Heuvel, O. A., & Cuijpers, P. (2019). The effects of cognitive behavioral and mindfulness-based therapies on psychological distress in patients with multiple sclerosis, Parkinson's disease and Huntington's disease: Two meta-analyses. *Journal of psychosomatic research*, 122, 43-51.
- Heeren, A., Douilliez, C., Peschard, V., Debrauwere, L., & Philippot, P. (2011). Cross-cultural validity of the Five Facets Mindfulness Questionnaire: Adaptation and validation in a French-speaking sample. *European Review of Applied Psychology*, 61(3), 147-151.
- Hollis-Walker, L., & Colosimo, K. (2011). Mindfulness, self-compassion, and happiness in non-meditators: A theoretical and empirical examination. *Personality and Individual differences*, 50(2), 222-227.
- Kabat-Zinn, J. (1990). Full catastrophe living: The program of the stress reduction clinic at the University Massachusetts Medical Center.
- Karkkola, P., Sinikallio, S., Flink, N., Honkalampi, K., & Kuittinen, M. (2018). Pain self-efficacy moderates the association between pain and somatization in a community sample. *Scandinavian Journal of Pain*, 19(1), 101-108.
- Kilpatrick, L. A., Suyenobu, B. Y., Smith, S. R., Bueller, J. A., Goodman, T., Creswell, J. D., ... & Naliboff, B. D. (2011). Impact of mindfulness-based stress reduction training on intrinsic brain connectivity. *Neuroimage*, 56(1), 290-298.