

Effectiveness of mindfulness therapy in reducing rumination, perceived stress and feelings of loneliness in women with Multiple Sclerosis (MS)

Shirin Soltani¹, Shahram Mami², Vahid Ahmadi³, Jahanshah Mohammadzadeh⁴

1- PhD Student, Department of Psychology, Ilam Branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran.

2- Assistant Professor, Department of Psychology, Ilam Branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran (Corresponding Author). E-mail: Shahram.mami@yahoo.com

3- Assistant Professor, Department of Psychology, Ilam Branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran.

4- Associate Professor, Department of Management, Ilam University, Ilam, Iran.

Received: 13/08/2022

Accepted: 08/12/2022

Abstract

Introduction: Multiple sclerosis is a disorder of the nervous system that causes many physical and mental changes in a person.

Aim: The present study investigated the effectiveness of mindfulness therapy in improving rumination, perceived stress, and loneliness in women with multiple sclerosis.

Method: This was a clinical trial with pre-tests, post-tests, and follow-ups with a control group. All women aged 20 to 40 who referred to the MS Association of Sanandaj in the spring and summer of 2019 were included in the study. We randomly divided 40 women with MS into two experimental and control groups based on available sampling. Based on available sampling, we randomly divided 40 women with MS into two experimental and control groups. Research tools included Nolen Hoeksma and Maro (1991) Rumination Response Scales, Cohen's (1983) Perceived Stress Questionnaire, and Russell et al.'s (1978) California Loneliness Questionnaire. The data were analyzed using analysis of covariance with the help of SPSS version 24 software.

Results: The findings showed that mindfulness-based therapy was effective in improving the amount of rumination, perceived stress, and loneliness in both the post-test and follow-up phases in the experimental group ($P < 0.05$).

Conclusion: Mindfulness-based therapy is an effective method in improving rumination, perceived stress, and feelings of loneliness in people with MS. It was MS, so it is suggested to be used in the treatment of people with MS.

Keywords: Mindfulness, Rumination, Stress, Feelings of loneliness, Multiple Sclerosis (MS)

How to cite this article: Soltani Sh, Mami Sh, Ahmadi V, Mohammadzadeh J. Effectiveness of mindfulness therapy in reducing rumination, perceived stress and feelings of loneliness in women with Multiple Sclerosis (MS). *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*. 2023; 9 (6): 146-161. URL: <https://shenakht.muk.ac.ir/article-1-1464-en.pdf>

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and build upon the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش نشخوار فکری، استرس ادراک شده و احساس تنهایی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

شیرین سلطانی^۱، شهرام مامی^۲، وحید احمدی^۳، جهانشاه محمدزاده^۴

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

۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران (مؤلف مسئول). ایمیل: Shahram.mami@yahoo.com

۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران.

۴. دانشیار، گروه مدیریت، دانشگاه ایلام، ایلام، ایران.

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۰۹/۱۷

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۰۵/۲۲

چکیده

مقدمه: بیماری مولتیپل اسکلروزیس یکی از اختلال‌های سیستم عصبی است که بسیار شایع بوده و باعث تغییرات جسمانی و روانی فراوانی در فرد می‌گردد.

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود نشخوار فکری، استرس ادراک شده و احساس تنهایی در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس انجام شد.

روش: پژوهش از نوع کارآزمایی بالینی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش شامل کلیه زنان ۲۰ تا ۴۰ سال مراجعه کننده به انجمن ام.اس شهر سنندج در بهار و تابستان سال ۱۳۹۹ بود. نمونه پژوهش شامل ۴۰ زن مبتلا به ام.اس بودند که از طریق نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایدهی شدند. ابزارهای پژوهش شامل مقیاس پاسخ‌های نشخوار فکری نولن هوکسما و مارو (۱۹۹۱)، پرسشنامه استرس ادراک شده کوهن (۱۹۸۳) و پرسشنامه احساس تنهایی کالیفرنیا راسل و همکاران (۱۹۷۸) بود. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس و به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ تحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی توانسته در بهبود میزان نشخوار فکری، استرس ادراک شده و احساس تنهایی هم در مرحله پس‌آزمون و هم در مرحله پیگیری در گروه آزمایش مؤثر عمل کند ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: درمان مبتنی بر ذهن آگاهی روشی مؤثر در بهبود میزان نشخوار فکری، استرس ادراک شده و احساس تنهایی افراد مبتلا به ام.اس بود، بنابراین پیشنهاد می‌شود در درمان افراد مبتلا به ام.اس مورد استفاده قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: ذهن آگاهی، نشخوار فکری، استرس، احساس تنهایی، مولتیپل اسکلروزیس

مقدمه

همچنین هو آنگ، چین، چونگ، چانگ، کاو و همکاران^۸ (۲۰۲۱) طی پژوهشی با عنوان وجود بیماری‌های روانپزشکی در این بیماران نشان دادند که بیماری مولتیپل اسکلروزیس با اختلالات روانشناختی مانند افسردگی، اضطراب، اختلال دوقطبی، اختلالات خواب و سایر اختلالات روان‌پریشی همبستگی دارد.

یکی از مشکلات این بیماران استرس ادراک شده^۹ است. به‌عنوان مثال مطالعه‌ای در دوران کرونا نشان داده است که بیماران مبتلا به ام‌اس سطوح بالایی از استرس ادراک شده را تجربه می‌کنند (بوناویتا، اسپارکو، روسو، بوریلو و لاورگنا^{۱۰}، ۲۰۲۱). در این رابطه یاموت، ایتانی، هورانی، سیبای و یاگی^{۱۱} (۲۰۱۰) طی پژوهشی نشان دادند که استرس ادراک شده و تجربه مواجهه گسترده با استرس و اتفاقات استرس‌زا می‌تواند منجر به بدتر شدن وضعیت بیماری و نقص‌های شناختی عمده در بیماران مبتلا به ام‌اس گردد؛ لذا بالینگران باید به تعدیل این استرس‌ها توجه داشته باشند. یکی از دیگر از این مشکلات احساس تنهایی^{۱۲} می‌باشد که در برخی از پژوهش‌ها یافته‌ها حاکی از آن است که بیش از نیمی از زنان مبتلا به ام‌اس احساس تنهایی را تجربه می‌کنند (شاهین، اسکندری، مقدسی، رزازیان، باغبانین و همکاران، ۲۰۱۹).

احساس تنهایی تجربه‌ای ناخوشایند مانند تفکر مبنی بر متمایز بودن از دیگران است که با مشکلات رفتاری قابل مشاهده مانند اندوه، عصبانیت و افسردگی همراه بوده و ناهمخوانی بین انتظارات و آرزوها را در روابط اجتماعی نشان می‌دهد و در رفتارهایی نظیر اجتناب از تماس با دیگران نمود می‌یابد (حسین‌آبادی، فروغان، قائد امینی

مولتیپل اسکلروزیس^۱ یکی از شایع‌ترین بیماری‌های خود ایمنی^۲ سیستم اعصاب مرکزی است. این بیماری معمولاً در سنینی بروز می‌کند که افراد در حال برنامه‌ریزی برای تشکیل خانواده و یا شروع شغل هستند به همین دلیل این بیماری می‌تواند تأثیرات قابل توجهی بر افراد مبتلا، خانواده و جامعه داشته باشد (والتن، کینگ، راجمن، کای، لرای و همکاران^۳، ۲۰۲۰). این بیماری مزمن و پیش‌رونده با آسیب به بافت میلین مغز و نخاع منجر به بروز طیف وسیعی از علائم عصبی همچون تاری دید، ضعف عضلانی و اختلالات حسی می‌گردد (تبریزی، اعتمادی‌فر، شریفی و میرمهدی، ۱۳۹۱). در حال حاضر بیش از دو میلیون نفر در سراسر جهان به این بیماری مبتلا هستند (ریچ، لوچیتی و کالابرسی^۴، ۲۰۱۸).

شیوع جهانی این بیماری از ۵ تا ۳۰۰ در هر صد هزار نفر برآورد می‌شود و فقط آمار مبتلایان در ایالات متحده بیش از ۹۰۰ هزار نفر است (مک گینلی، گلداسمیت و گرانت^۵، ۲۰۲۱). نسبت این بیماری در میان زنان به نسبت مردان سه به یک است (کریسکو، گراوز، دابسون، آلتینتاس، آماتو و همکاران^۶، ۲۰۲۰). می‌توان گفت که دشواری‌های روانشناختی بیماران مبتلا به ام‌اس کمتر از مشکلات فیزیولوژیکی آن‌ها مورد توجه قرار گرفته است. این در حالی است که مطالعه ماریک، پکمزویک، مساروس، تاماس، ایوانوویک و همکاران^۷ (۲۰۲۱) نشان داد که اختلالات روانپزشکی و بیماری‌های قلبی عروقی بیشترین همبودی را با بیماری مولتیپل اسکلروزیس دارند.

¹- Multiple Sclerosis (MS)

²- Autoimmune disease

³- Walton, King, Rechtman, Kaye, Leray & et al

⁴- Reich, Lucchinetti & Calabresi

⁵- McGinley, Goldschmidt & Rae-Grant

⁶- Krysko, Graves, Dobson, Altintas, Amato & et al

⁷- Maric, Pekmezovic, Mesaros, Tamas, Ivanovic & et al

⁸- Huang, Chien, Chung, Chang, Kao & et al

⁹- Perceived stress

¹⁰- Bonavita, Sparaco, Russo, Borriello & Lavorgna

¹¹- Yamout, Itani, Hourany, Sibai & Yaghi

¹²- Feelings of Loneliness

این فاکتورها متناسب‌تر به نظر می‌رسد. یکی از این مداخلات درمان مبتنی بر ذهن آگاهی^۸ است (سیمپسون، سیمپسون، واسیلوسکی، مرسر و لاورنس^۹، ۲۰۲۲). یکی از دلایل افزایش پژوهش‌های روانشناختی و پزشکی پیرامون ذهن آگاهی، این است که می‌تواند ابعاد جدیدی از رابطه ذهن و بدن را مشخص سازد. نتایج نشان داده است که این نوع مداخله برای درمان هر دو دسته علائم روانشناختی و جسمانی مؤثر بوده است (سیمپسون، بیرن، وود، مایر و مرسر^{۱۰}، ۲۰۱۸) ذهن آگاهی به‌عنوان حالت توجه برانگیخته و آگاهی از آنچه که در لحظه کنونی اتفاق می‌افتد تعریف شده است (صادقی بهمنی، اسماعیلی، مختاری، صادقی بهمنی، افشارزاده و همکاران، ۲۰۲۲). این توجه، توجهی است هدفمند، به همراه پذیرش بدون داوری در مورد تجربه‌های در حال وقوع در لحظه کنونی (هوگرورف، بول، لابستیل، هوپرت و ون هوگتن^{۱۱}، ۲۰۱۷). در واقع ذهن آگاهی، احساس بدون قضاوت و متعادلی از آگاهی است که به واضح دیدن و پذیرش هیجان‌ها و پدیده‌های فیزیکی، همانطور که اتفاق می‌افتند، کمک می‌کند (عیدی‌بیگی، افلاک‌سیر، ایمانی، گودرزی و حریرچیان، ۲۰۲۲).

ذهن آگاهی مستلزم راهبردهای رفتاری، شناختی و فراشناختی ویژه برای متمرکز کردن فرایند توجه است که به نوبه خود به جلوگیری از ماریپچ فرو کاهنده خلق منفی - فکر منفی گرایش به پاسخ‌های نگران‌کننده و رشد دیدگاه جدید و پدید آیی افکار و هیجان‌های خوشایند منجر می‌شود (سیمپسون و همکاران، ۲۰۲۲). در واقع هدف اصلی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی آن است که

هارونی، زیدعلی بیرانوند و پورنیا، ۱۳۹۹). حسینی، فرولیچر^۱، شریف‌نیا و فراهانی (۲۰۲۱) در پژوهش خود عنوان کردند که احساس تنهایی شدید با کارکرد شناختی ضعیف‌تر افراد مرتبط است. همچنین یافته‌های فریمن، گارست، گان و روبنز^۲ (۲۰۲۰) که از طریق مصاحبه با بیماران مبتلا به ام‌اس انجام شد نشان داد که احساس تنهایی می‌تواند بخشی از فرآیند شکل‌گیری انزوای اجتماعی^۳ در میان این بیماران باشد که پیامد آن کاهش کارکرد اجتماعی و احساس کنترل بر زندگی است. آمارها نشان می‌دهد که در هر ۴ نفر، ۱ نفر از احساس تنهایی رنج می‌برد (امرسون، فرتون، لویلین و استنکلیف^۴، ۲۰۲۱) و این رقم در کسانی که به بیماری‌های مزمن نظیر ام‌اس دچار هستند بیشتر است، بنابراین شناخت و ارزیابی کارآمد احساس تنهایی و بررسی مداخلات مؤثر در این جمعیت حائز اهمیت است (بالتو، پیلوتی و موتل^۵، ۲۰۱۹).

نشخوار فکری^۶ می‌تواند زیربنای شناختی بیماران باشد و شامل افکاری است که به‌طور پایان‌ناپذیری مرور شده و به ناامیدی درباره آینده و ارزیابی‌های منفی درباره خود دامن می‌زنند (مالیور، هار و هارت^۷، ۲۰۱۸) و یکی از اهداف اصلی درمانی در بیماران جسمی مزمن کشف و شناسایی نشخوارهایی است که فرآیند سازگاری با بیماری را تحت تأثیر قرار داده است؛ لذا توجه بالینی به این مفهوم در بیماران مبتلا به ام‌اس واجد اهمیت است. با توجه به ویژگی‌های استرس ادراک شده و نشخوار فکری در ادبیات پژوهش چند مداخله بالینی برای بهبود

¹- Froelicher

²- Freeman, Gorst, Gunn & Robens

³- Social isolation

⁴- Emerson, Fortune, Llewellyn & Stancliffe

⁵- Balto, Pilutti & Motl

⁶- Rumination

⁷- Malivoire, Hare & Hart

⁸- Mindfulness-based therapy

⁹- Simpson, Simpson, Wasilewski, Mercer & Lawrence

¹⁰- Simpson, Byrne, Wood, Mair & Mercer

¹¹- Hoogerwerf, Bol, Lobbestael, Hupperts & van Heugten

فوق به نظر می‌رسد که به دلیل فلسفه حاکم بر این درمان بر بهبود استرس ادراک شده و نشخوار فکری زنان و نهایتاً احساس تنهایی بیماران مبتلا به ام.اس مؤثر باشد و از آنجا که تاکنون پژوهشی مستقیماً به این مسئله پرداخته در پژوهش حاضر مورد بررسی قرار می‌گیرد. بر این اساس هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش نشخوار فکری، استرس ادراک شده و احساس تنهایی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بود.

روش

پژوهش حاضر یک مطالعه از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش حاضر شامل کلیه زنان ۲۰ تا ۴۰ سال مراجعه‌کننده به انجمن ام.اس شهر سنندج در بهار و تابستان ۱۳۹۹ بود. با توجه به اینکه حداقل حجم نمونه آماری در پژوهش‌های نیمه‌آزمایشی برای هر زیرگروه ۱۵ نفر است (بهوندی، خیاطان و گل‌پرور، ۱۴۰۱) نمونه پژوهش شامل ۴۰ زن مبتلا به بیماری ام.اس بود که به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به شیوه تصادفی (قرعه‌کشی) در ۲ گروه ۲۰ نفری قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: جنسیت زن، سن بین ۲۰ تا ۴۰ سال، عضویت در انجمن ام.اس و داشتن تحصیلات دیپلم بود؛ و ملاک‌های خروج نیز شامل: مرد بودن، عدم عضویت در انجمن ام.اس، ابتلا به سایر اختلالات روانشناختی مانند افسردگی، اضطراب و استرس، مصرف فعلی داروهای روانگردان، الکل و مواد و عدم توانایی شرکت در جلسات بود.

بیمار از طریق پایش خود آیند، از اثرات فعالیت مجدد ذهنی، آگاهی یابد و از طریق ایجاد و به‌کارگیری حالت حضور ذهن در ذهنیت بماند و از طریق انجام تمرین‌های مکرر با جهت‌دهی قصدمندانه توجه به یک شی خنثی (مثلاً جریان تنفس) به مشاهده افکار و احساسات یا حس‌های بدنی خود بنشیند. افراد ذهن آگاه واقعیات درونی و بیرونی را آزادانه و بدون تحریف ادراک می‌کنند؛ و توانایی زیادی در مواجهه با دامنه گسترده‌ای از تفکرات، هیجانات و تجربه‌ها (اعم از خوشایند و ناخوشایند) دارند (دلانوره، ماتو، دووال، اسپینوزا، مویا و همکاران^۱، ۲۰۲۲). نتایج مطالعات نشان داده که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی در درمان اختلالاتی نظیر دردهای مزمن (عهد، آلسچولر، دی، کیول، کایلور و همکاران^۲، ۲۰۱۹)، افسردگی (کلدر- میکوس، اسپیکنز، وریجنس، دوندرز، بکر و همکاران^۳، ۲۰۱۸)، اختلالات وسواسی (دیدونا، لانفردی، خودو، فراری، روسی و همکاران^۴، ۲۰۱۹) و همانند آن‌ها مؤثر است.

همچنین هوگ، بو، مته، دوتن، باکر و همکاران^۵ (۲۰۲۳) طی پژوهشی نشان دادند که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش نشانه‌های استرس زنان مؤثر است. در پژوهشی ساکریستان- مارتین، سانتد، گارسیا، کمپایو، دونکن و همکاران^۶ (۲۰۱۹) به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود افسردگی و پریشانی روانشناختی^۷ زنان باردار و همسرانشان پرداختند و نشان دادند درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش افسردگی و پریشانی روانشناختی مادران باردار مؤثر است. با توجه به یافته‌های

¹- De la Torre, Mato, Doval, Espinosa, Moya & et al

²- Ehde, Alschuler, Day, Ciol, Kaylor & et al

³- Cladder-Micus, Speckens, Vrijnsen, Donders, Becker & et al

⁴- Didonna, Lanfredi, Xodo, Ferrari, Rossi & et al

⁵- Hoge, Bui, Mete, Dutton, Baker & et al

⁶- Sacristan-Martin, Santed, Garcia-Campayo, Duncan & et al

⁷- Psychological distress

استرس ادراک شده و پرسشنامه احساس تنهایی ارزیابی گردیدند. شایان ذکر است ارزیابی توسط همکاری انجام شد که در جریان پژوهش نبود و اطلاعاتی از گروه‌های آزمایش و کنترل نداشت. همچنین با همکار پژوهشگر درباره نحوه و شیوهی اجرا هماهنگی‌های لازم انجام و اگر آموزشی در مورد اجرای ابزارهای مورد نظر نیاز بود به ایشان ارائه شد. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی در پژوهش، داوطلبانه و اختیاری بودن شرکت افراد در پژوهش، تشریح حقوق و وظایف طرفین و محرمانه نگه داشتن اطلاعات بدست آمده در طی اجرای پژوهش و خروج آزادانه از پژوهش مدنظر قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس و آزمون تعقیبی یونفرونی به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ تحلیل شد.

افراد گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون مقیاس پاسخ‌های نشخوار فکری، پرسشنامه استرس ادراک شده و پرسشنامه احساس تنهایی را تکمیل نمودند. پس از نمونه‌گیری در ۱ گروه آزمایش و ۱ گروه کنترل، بسته درمان مبتنی بر ذهن آگاهی سانتارولی، کابات زین، بلکر، مؤمیر و کوربل (۲۰۱۷) در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای یک‌بار) برای گروه آزمایش اجرا و گروه کنترل نیز هیچگونه درمانی دریافت نکرد. پس از خاتمه جلسات هفتگی، در مرحله پس‌آزمون مجدداً گروه آزمایش و کنترل مقیاس پاسخ‌های نشخوار فکری، پرسشنامه استرس ادراک شده و پرسشنامه احساس تنهایی را تکمیل نمودند و بار دیگر در پایان دوره ۹۰ روزه، در مرحله پیگیری یک‌بار دیگر افراد شرکت‌کننده در هر ۲ گروه توسط مقیاس پاسخ‌های نشخوار فکری، پرسشنامه

جدول ۱ خلاصه جلسات درمان مبتنی بر ذهن آگاهی (سانتارولی و همکاران، ۲۰۱۷)

جلسه	محتوای جلسه
اول	تعیین اهداف جلسه، تنظیم خط مشی کلی با در نظر گرفتن جنبه‌ی محرمانه بودن و زندگی شخصی افراد، دعوت شرکت‌کنندگان به تشکیل گروه‌های دو نفری و معرفی خود به یکدیگر و سپس به اعضای گروه به عنوان یک واحد، تمرین خوردن کشمش، تمرین واریسی بدنی، تکلیف خانگی، بحث و تعیین جلسات هفتگی توزیع جزوات جلسه اول.
دوم	تمرین واریسی بدنی، بازنگری تمرین، بازنگری تکلیف خانگی، تمرین افکار و احساسات، ثبت وقایع خوشایند، مراقبه نشسته ۱۰ تا ۱۵ دقیقه.
سوم	تمرین "دیدن" یا "شنیدن"، ۳۰ تا ۴۰ دقیقه درحالت مراقبه‌ی بازنگری تکلیف، تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای و بازنگری قدم زدن با ذهن آگاهی.
چهارم	تمرین پنج دقیقه‌ای "دیدن یا شنیدن"، ۴۰ دقیقه مراقبه، آگاهی از تنفس، بدن، صدا و افکار بازنگری، تمرین بازنگری، تکلیف خانگی، تعیین تکلیف خانگی.
پنجم	چهل دقیقه مراقبه نشسته بازنگری، تمرین بازنگری، تکلیف خانگی، فضای تنفس و بازنگری آن.
ششم	مراقبه نشسته ۴۰ دقیقه‌ای، آگاهی از تنفس بدن، اصوات و سپس افکار بازنگری، تمرین بازنگری، تکلیف خانگی، آماده شدن برای اتمام دوره.
هفتم	۴۰ دقیقه مراقبه نشسته - آگاهی از تنفس بدن، صداها و سپس افکار بازنگری تمرین‌ها، بازنگری تکلیف خانگی، تمرین مشاهده ارتباط بین فعالیت و خلق.
هشتم	استفاده از آموخته‌ها (بازنگری مطالب گذشته و جمع‌بندی)

ابزار

پرسشنامه پاسخ‌های نشخوار فکری^۱: اولین بار توسط نولن هوکسما و مارو^۲ در سال ۱۹۹۱ طراحی شده است. این ابزار تمایل به پاسخ به خلق منفی و رویدادهای منفی زندگی با یک سبک مقابله‌ای نشخواری را اندازه‌گیری می‌کند و ۲۲ آیتم دارد که براساس مقیاس درجه‌ای لیکرت از ۱ تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود (تقریباً هرگز=۱، به‌ندرت=۲، گاهی=۳ و تقریباً همیشه=۴). دامنه نمرات برای هر آزمودنی بین ۲۲-۸۸ بوده و نمرات بالاتر نشان دهنده استفاده بیشتر از سبک مقابله‌ای نشخواری است. این پرسشنامه سه مولفه بروز دادن (بازتاب) (۷، ۱۱، ۱۲، ۲۰ و ۲۱)، در فکر فرو رفتن (۵، ۱۰، ۱۳، ۱۵ و ۱۶) و افسردگی (۱ تا ۴، ۶، ۸، ۹، ۱۴، ۱۷، ۱۸، ۱۹ و ۲۲) را اندازه‌گیری می‌کند. در پژوهش اهرینگ، فرانک و اهلرز^۳ (۲۰۰۸) ضریب آلفای کرونباخ برای این ابزار طی دو مطالعه ۰/۹۲ و ۰/۸۹ گزارش شده است. باقری نژاد، صالحی و طباطبایی (۱۳۸۹) در نمونه‌ای از دانشجویان ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۸۸ بدست آوردند. همچنین آلفای کرونباخ برای این مقیاس در مطالعه تنهای رشوانلو، ترکمنی، میرشاهی، حاجی‌بکلو و کارشکی (۱۴۰۰) ۰/۸۶ بدست آمد. در پژوهش حاضر پایایی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ بدست آمد.

پرسشنامه استرس ادراک شده^۴: این پرسشنامه توسط کوهن، کامارک و مرملستین^۵ در سال ۱۹۸۳ تهیه و دارای ۳ نسخه ۴، ۱۰ و ۱۴ ماده‌ای است که برای سنجش استرس عمومی درک شده در یک ماه گذشته بکار می‌رود. افکار و احساسات درباره حوادث استرس‌زا،

کنترل، غلبه، کنار آمدن با فشار روانی و استرس تجربه شده را مورد سنجش قرار می‌دهد. همچنین این مقیاس، عوامل خطرزا در اختلالات رفتاری را بررسی کرده و فرایند روابط تنش‌زا را نشان می‌دهد. در این مطالعه نسخه ۱۴ ماده‌ای آن استفاده شد. نحوه نمره‌گذاری پرسشنامه براساس طیف ۵ درجه‌ای لیکرت از ۰ تا ۴ می‌باشد (هرگز=۰، تقریباً هرگز=۱، گاهی اوقات=۲، اغلب اوقات=۳ و بسیاری اوقات=۴). آیتم‌های ۱۰، ۹، ۷، ۶، ۵، ۴ و ۱۳ به طور معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. کمترین امتیاز کسب شده صفر و بیشترین نمره ۵۶ است. نمره بالاتر نشان دهنده استرس ادراک شده بیشتر است.

آلفای کرونباخ برای این مقیاس در سه مطالعه ۰/۸۴، ۰/۸۵، ۰/۸۶ بدست آمده است (کوهن و همکاران، ۱۹۸۳). در مطالعه صفایی و شکری (۱۳۹۳) ضرایب آلفای کرونباخ برای عامل‌های خودکارآمدی ادراک شده و درماندگی ادراک شده و نمره کلی استرس ادراک شده به ترتیب برابر با ۰/۸۰، ۰/۶۰ و ۰/۷۶ گزارش شد. در پژوهش حاضر پایایی این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ بدست آمد.

پرسشنامه احساس تنهایی کالیفرنیا^۶: این پرسشنامه به‌عنوان اولین آزمون احساس تنهایی توسط راسل، پیلا و فرگوسن^۷ در سال ۱۹۸۷ ساخته شد که شامل ۲۰ سؤال متشکل از ۹ عبارت مثبت و ۱۱ عبارت منفی است. شیوه نمره‌گذاری آن در یک لیکرت ۴ گزینه‌ای با حداقل نمره ۲۰ و حداکثر نمره ۸۰ در نظر گرفته شده است. نمرات عبارات مثبت به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌گردد. این پرسشنامه در سال ۱۹۸۷ توسط راسل و همکاران مورد تجدیدنظر و اعتبار آن توسط وی در سال ۱۹۹۶

^۱- Ruminative Responses Scale (RSQ)

^۲- Nolen-Hoeksema & Morrow

^۳- Ehling, Frank & Ehlers

^۴- The Perceived Stress Scale

^۵- Cohen, Kamarck & Mermelstein

^۶- University of California, Los Angeles Loneliness Scale (UCLA)

^۷- Russell, Peplau & Ferguson

آزمودنی‌ها در گروه درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی از نظر تأهل ۸ نفر مجرد (۴۰٪) و ۱۲ نفر متأهل (۶۰٪)؛ همچنین از نظر تحصیلات ۵ نفر دیپلم (۲۵٪)، ۱۰ نفر لیسانس (۵۰٪) و ۵ نفر تحصیلات بالاتر از لیسانس (۲۵٪) بودند؛ و در گروه کنترل از نظر تأهل ۶ نفر مجرد (۳۰٪) و ۱۴ نفر متأهل (۷۰٪)؛ همچنین از نظر تحصیلات ۷ نفر دیپلم (۳۵٪)، ۹ نفر لیسانس (۴۵٪) و ۴ نفر تحصیلات بالاتر از لیسانس (۲۰٪) بودند. در ادامه میانگین و انحراف معیار نمره‌های نشخوار فکری، استرس ادراک شده و احساس تنهایی در گروه درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه کنترل در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۲ آمده است.

مورد بررسی قرار گرفت (راسل، ۱۹۹۶). راسل برای این نسخه ضریب آلفای برابر با ۰/۹۴ گزارش نمود. در پژوهش حاتمی و همکاران (۲۰۱۵) ضریب همبستگی میان این مقیاس و تعریف ارائه شده از احساس تنهایی در جمعیت بیماران مبتلا به اختلال ام‌اس نیز ۰/۶۵ بدست آمد که بیانگر روایی سازه مناسب ابزار است. همچنین در پژوهش مروتی و یادگاری (۱۳۹۸) پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ بدست آمد. در پژوهش حاضر نیز پایایی این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۲ بدست آمد.

یافته‌ها

طبق یافته‌های جمعیت‌شناختی پژوهش میانگین سن گروه درمان مبتنی بر ذهن آگاهی ۳۱ و گروه کنترل ۳۲/۶۷ بود.

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نشخوار فکری، استرس ادراک شده و احساس تنهایی در دو گروه پژوهش در سه مرحله زمانی

متغیر	مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار
نشخوار فکری	پیش‌آزمون	درمان مبتنی بر ذهن آگاهی	۷۵/۳۲	۱۲/۳۱
		کنترل	۷۷/۵	۱۳/۶۵
	پس‌آزمون	درمان مبتنی بر ذهن آگاهی	۳۸/۶۱	۱۷/۳۴
		کنترل	۷۸/۵۸	۱۴/۲۱
	پیگیری	درمان مبتنی بر ذهن آگاهی	۴۱/۱۵	۱۴/۵۱
		کنترل	۷۶/۹۴	۱۶/۲۴
استرس ادراک شده	پیش‌آزمون	درمان مبتنی بر ذهن آگاهی	۲۶/۸۹	۹/۱۸
		کنترل	۲۷/۹۵	۹/۷۸
	پس‌آزمون	درمان مبتنی بر ذهن آگاهی	۱۸/۹۶	۵/۵۴
		کنترل	۲۶/۱۳	۵/۲۱
	پیگیری	درمان مبتنی بر ذهن آگاهی	۱۹/۶۸	۶/۵۸
		کنترل	۲۷/۳۱	۸/۰۳
احساس تنهایی	پیش‌آزمون	درمان مبتنی بر ذهن آگاهی	۵۰/۳۲	۹/۱۸
		کنترل	۴۹/۹۲	۸/۱۳
	پس‌آزمون	درمان مبتنی بر ذهن آگاهی	۳۸/۱۹	۱۳/۵۴
		کنترل	۵۳/۴۸	۸/۱۳

۱۰/۹۹	۴۱/۷	درمان مبتنی بر ذهن آگاهی	پیگیری
۱۲/۱۸	۵۲/۴۸	کنترل	

تحلیل کوواریانس جهت بررسی تاثیر درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشخوار فکری، استرس ادراک شده و احساس تنهایی آزمودنی‌ها در مرحله پس‌آزمون ارائه شده است.

براساس جدول ۲، گروه درمان مبتنی بر ذهن آگاهی نسبت به گروه کنترل در پس‌آزمون و پیگیری نشخوار فکری، استرس ادراک شده و احساس تنهایی تغییرات بیشتری را نشان داده است. در جدول ۳، نتایج حاصل از

جدول ۳ نتایج تحلیل کوواریانس متغیرهای نشخوار فکری، استرس ادراک شده و احساس تنهایی در مرحله پس‌آزمون

متغیر	منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
نشخوار فکری	پیش‌آزمون	۴۴۲۱/۱۹	۱	۴۴۲۱/۱۹	۳۲/۵۲۹	۰/۰۰۹
	عضویت در گروه	۵۴۸۱/۷۹	۱	۵۴۸۱/۷۹	۲۱/۸۷۱	۰/۰۱۳
	خطا	۲۹۳/۱۸	۵۷	۳۹/۱۶	-	-
	کل	۱۸۱۹/۱۵	۶۰	-	-	-
استرس ادراک شده	پیش‌آزمون	۷۷۴۹/۴۱	۱	۷۷۴۹/۴۱	۴۸/۸۹	۰/۰۰۳
	عضویت در گروه	۵۵۱۶/۸۶	۱	۵۵۱۶/۸۶	۳۹/۴۲	۰/۰۰۱
	خطا	۹۸۶/۳۸	۵۷	۴۲/۱۴	-	-
	کل	۷۶۴۸/۴۲	۶۰	-	-	-
احساس تنهایی	پیش‌آزمون	۱۳۷۳/۵۲	۱	۱۳۷۳/۵۲	۳۹/۱۶	۰/۰۰۵
	عضویت در گروه	۸۳۱۲/۶۳	۱	۸۳۱۲/۶۳	۴۱/۳۸	۰/۰۰۹
	خطا	۹۸۵/۶۲	۵۷	۷۶/۹۴	-	-
	کل	۸۹۲۲/۵۲	۶۰	-	-	-

نشخوار فکری، استرس ادراک شده و احساس تنهایی تفاوت معناداری وجود دارد. در جدول ۴، نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس جهت بررسی تاثیر درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشخوار فکری، استرس ادراک شده و احساس تنهایی آزمودنی‌ها در مرحله پیگیری ارائه شده است.

همانگونه که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، در مرحله پس‌آزمون در متغیرهای نشخوار فکری ($F=21/87$ ؛ $P<0/013$)، استرس ادراک شده ($F=39/42$ ؛ $P<0/001$) و احساس تنهایی ($F=41/38$ ؛ $P<0/009$) پس از کنترل پیش‌آزمون، عامل عضویت گروه در مرحله پس‌آزمون معنادار است. این نتیجه نشان می‌دهد که حداقل بین گروه آزمایش و گروه کنترل در متغیرهای

جدول ۴ نتایج تحلیل کوواریانس متغیرهای نشخوار فکری، استرس ادراک شده و احساس تنهایی در مرحله پیگیری

متغیر	منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
نشخوار فکری	پیش آزمون	۴۸۱۵/۸۶	۱	۴۸۱۵/۸۶	۳۱/۸۳۲	۰/۰۰۰
	عضویت در گروه	۵۲۱۸/۲۸	۱	۵۲۱۸/۲۸	۳۹/۳۱۰	۰/۰۰۰
	خطا	۳۷۲/۶۳	۵۷	۲۷/۴۲	-	-
	کل	۲۹۵۱/۳۳	۶۰	-	-	-
استرس ادراک شده	پیش آزمون	۶۹۸۳/۴۱	۱	۷۷۴۹/۴۱	۲۰/۱۵	۰/۰۱۲
	عضویت در گروه	۵۴۲۷/۹۲	۱	۵۵۱۶/۸۶	۱۹/۸۷	۰/۰۱۷
	خطا	۸۲۱۵/۱۴	۵۷	۳۹/۵۳	-	-
	کل	۸۲۴۹/۱۷	۶۰	-	-	-
احساس تنهایی	پیش آزمون	۱۴۵۳/۸۴	۱	۱۴۵۳/۸۴	۲۴/۸۳	۰/۰۲۱
	عضویت در گروه	۱۶۸۳/۳۰	۱	۱۶۸۳/۳۰	۲۱/۷۹	۰/۰۲۴
	خطا	۸۷۳/۹۵	۵۷	۶۳/۴۱	-	-
	کل	۸۳۲۱/۹۷	۶۰	-	-	-

بحث

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش نشخوار فکری، استرس ادراک شده و احساس تنهایی زنان مبتلا به ام.اس شهر سنج انجام شد. یافته‌های حاصل از این پژوهش به شکل کلی نشان داد که روش درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی توانسته بر کاهش مؤلفه‌های (نشخوار فکری، احساس تنهایی و استرس ادراک شده) در میان زنان مبتلا به ام.اس اثربخشی معناداری داشته باشد. به علاوه، مشخص شد که تأثیر این روش مداخله‌ای تا ۹۰ روز پس از پایان جلسات آموزشی نیز، دوام داشته است. یافته‌های این فرضیات با یافته‌های تحقیقات هوک و همکاران (۲۰۲۳)؛ دلاتوره و همکاران (۲۰۲۲)؛ چاین، لیندسی، گرکو، براون، اسمیت و همکاران^۱ (۲۰۱۹)؛ عهد و همکاران (۲۰۱۹)؛ سیمپسون و همکاران (۲۰۱۸)؛ هوگوروف و همکاران (۲۰۱۷)؛ ساندرز، بوردت، هانس، یاداو و شینتو^۲ (۲۰۱۴)؛ صادقی

همانگونه که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود، در مرحله پیگیری در متغیرهای نشخوار فکری ($F=۳۹/۳۱$ ؛ $P<۰/۰۰۰$)، استرس ادراک شده ($F=۱۹/۸۷$ ؛ $P<۰/۰۱۷$) و احساس تنهایی ($F=۲۱/۷۹$ ؛ $P<۰/۰۲۴$) پس از کنترل پیش‌آزمون، عامل عضویت گروه معنادار است. این نتیجه نشان می‌دهد که حداقل بین گروه آزمایش و گروه کنترل در متغیرهای نشخوار فکری، استرس ادراک شده و احساس تنهایی تفاوت معناداری وجود دارد. با مراجعه به مقادیر سطح معناداری در ردیف پیش‌آزمون و گروه مشاهده می‌شود که این مقادیر کمتر از ۰/۰۵ است که نشان‌دهنده پایداری اثر روش ذهن-آگاهی بر سه اختلال مورد مطالعه در مرحله پیگیری است. لذا با اطمینان ۹۵٪ می‌توان پایداری میانگین میزان نشخوار فکری، استرس ادراک شده و احساس تنهایی در مرحله پیگیری سه‌ماهه را ناشی از این روش درمانی دانست.

^۱- Chin, Lindsay, Greco, Brown, Smyth & et al

^۲- Senders, Bourdette, Hanes, Yadav & Shinto

ادراک قرار دهند، بلکه به جای آن وقایع ذهنی را به عنوان اموری گذرا و در حال گذر در نظر بگیرند (ویلا و هیل^۵، ۲۰۱۴). به همین دلیل است که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی در زمینه پیشگیری از عود افسردگی و همچنین رنج‌های تنی^۶ مزمن مورد استفاده قرار می‌گیرد و مؤثر گزارش شده است (هولزل، کارمودی، ونگل، کونگلتون، گارد و همکاران^۷، ۲۰۱۱). در زمینه مکانیسم اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشخوار فکری پژوهشگران معتقدند که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی از طریق معطوف نمودن توجه فرد به لحظه حال باعث می‌شود تا افراد کمتر خود را در حالت تنش و فشار ناشی از مقابله با افکار قرار دهند و در نتیجه نشخوار فکری کاهش می‌یابد (مالیور و همکاران، ۲۰۱۸). این مسئله به‌ویژه از این جهت اهمیت می‌یابد که این نشخوار فکری در زمینه طیف وسیعی از مشکلات روانشناختی وجود دارد. هوگک و همکاران (۲۰۲۳) در پژوهش خود نشان دادند که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی نه تنها می‌تواند باعث کاهش نشخوار فکری در افراد مبتلا به افسردگی و اختلالات افسردگی شود بلکه در زمینه سایر اختلالات خلقی و همچنین افراد با سطوح بالای استرس نیز مؤثر است و می‌تواند سبب کاهش نشخوار شود به همین دلیل به نظر می‌رسد نشخوار فکری یک ساختار کلی و مشابه در بین اختلالات روانشناختی است و تفاوت‌های فاحشی در مکانیسم عمل آن وجود ندارد (ویلا و هیل^۵، ۲۰۱۴). از سوی دیگر در خصوص اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش احساس تنهایی می‌توان گفت که براساس رویکرد تکاملی^۸ انزوای اجتماعی بقا را تهدید

بهمنی و همکاران (۲۰۲۲) و عیدی بیگی و همکاران (۲۰۲۲) همسو است.

در تبیین این یافته‌ها نیز می‌توان گفت همانگونه که پیشینه پژوهش نشان داد درمان مبتنی بر ذهن آگاهی اصولاً درمان انتخابی کاهش استرس و ارتقای ذهن آگاهی است. در همین راستا یافته‌های هو و وان^۱ (۲۰۱۵) نشان داد که ذهن آگاهی نه تنها به شکل معناداری سبب کاهش استرس در افراد می‌شود بلکه سطوح فیزیولوژیکال (کاهش کورتیزول^۲) و روانشناختی استرس و اضطراب را هم‌زمان با هم کاهش می‌دهد. این مسئله سبب شده تا درمان مبتنی بر ذهن آگاهی به عنوان یکی از درمان‌های شواهد محور در حوزه کاهش استرس مورد توجه قرار گیرد. همچنین برخی تحقیقات نیز به شکل ویژه ارتباط ذهن آگاهی را با مؤلفه‌هایی از قبیل استرس ادراک شده، فشارخون و مؤلفه‌های فیزیولوژیکی نشان داده‌اند (تریل، جیرد و گاروفالو^۳، ۲۰۱۵). در نتیجه پژوهش حاضر نیز همسو با این تحقیقات نشان داد که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش استرس ادراک شده افراد مؤثر است و این اثربخشی در پژوهش حاضر در کار با بیماران ام.اس نیز مورد تأیید قرار گرفت.

در ارتباط با اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش نشخوار فکری نیز می‌توان گفت درمان مبتنی بر ذهن آگاهی تمرکز اصلی خود را بر وقایع ذهنی در لحظه حال معطوف می‌کند و این توجه را در وضعیتی غیر قضاوتی انجام می‌دهد و به افراد کمک می‌کند تا هیجانات منفی‌شان را بدون اجتناب و تنبیه آن‌ها و همچنین بدون غرق شدن^۴ در هیجانات مورد شناسایی و

⁵- Villa & Hilt

⁶- Somatic suffering

⁷- Hölzel, Carmody, Vangel, Congleton, Gard & et al

⁸- Evolutionary perspective

¹- Hou, Ng & Wan

²- Cortisol

³- Terrill, Gjerde & Garofalo

⁴- Becoming overwhelmed

این تغییرات با تقویت منابع بین فردی^۷ که پویایی‌های روابط بین فردی را تحت تأثیر قرار می‌دهد در بهبود تعاملات اجتماعی مؤثر عمل کند (چاین و همکاران، ۲۰۱۹). از سوی دیگر درمان مبتنی بر ذهن آگاهی وجوه عینی و ذهنی خطرات در روابط اجتماعی را در افراد کاهش داده و به همین دلیل با بهبود تعاملات اجتماعی در کاهش احساس تنهایی مؤثر عمل می‌کند (چاین و همکاران، ۲۰۱۹). پژوهش حاضر نیز همسو با این یافته‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش احساس تنهایی بیماران ام.اس مؤثر عمل می‌کند.

نتیجه‌گیری

از یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که روش درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش مؤلفه‌های نشخوار فکری، استرس ادراک شده و احساس تنهایی زنان مبتلا به ام.اس سودمند و اثرات این درمان نسبتاً پایدار بود. با توجه به تایید درمان گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشخوار فکری، استرس ادراک شده و احساس تنهایی زنان مبتلا به ام.اس پیشنهاد می‌شود که درمانگران، این درمان را در کاهش نشخوار فکری، استرس ادراک شده و احساس تنهایی افراد مبتلا به ام.اس مدنظر قرار دهند. محدود شدن مطالعه به یک جنس (زن) و یک شهر (شهر سنندج) و استفاده از ابزار خودگزارشی از محدودیت‌های این تحقیق بود که توصیه می‌شود تعمیم نتایج بدست آمده روی سایر افراد مبتلا به ام.اس با احتیاط انجام شود. بر این اساس پیشنهاد می‌شود جهت تعمیم‌پذیری و مقایسه نتایج، پژوهش حاضر برای مردان مبتلا به ام.اس و در

می‌کند و احساس تنهایی به‌عنوان یک فاکتور انگیزشی برای مشارکت در ارتباطات و رفتارهای اجتماعی عمل می‌کند (کاسیو، کاسیو و بومسما^۱، ۲۰۱۴) به عبارتی اگر احساس تنهایی نبود شاید تمایل زیادی برای مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی وجود نداشت اما در عین اهمیت تکاملی احساس تنهایی برای بقای انسان این حالت تهدیدآمیز ممکن است سبب راه‌اندازی و ایجاد سوگیری‌های اجتماعی و رفتارهای مخالف و ورزانه‌ای^۲ شود که هم انزوای اجتماعی و احساس تنهایی را تقویت کند و هم سیکل معیوبی را شکل دهد که در آن سوگیری‌های اجتماعی سبب انزوای بیشتر می‌شود و بالعکس (کاسیو و همکاران، ۲۰۱۴). در نتیجه مداخلاتی که درصدد کاهش ریسک‌های اجتماعی در روابط بین فردی هستند باید هم به ابعاد ذهنی و عینی تجربه‌ی احساس تنهایی توجه کنند و هم ابعاد عینی تعاملات اجتماعی^۳ را مورد هدف قرار دهند (هالت لانستاد، اسمیت، بیکر، هاریس و استفسون^۴، ۲۰۱۵).

به نظر می‌رسد مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی توانسته چنین شرایطی را به وجود بیاورد چرا که براساس رویکرد بین فردی سوگیری‌های اجتماعی^۵؛ هیجان‌ها و رفتارها سیکل‌های بین فردی را تشکیل می‌دهند که می‌تواند سلامتی را تحت تأثیر قرار دهد (اسمیت، گالازر، ویز و آلو^۶، ۲۰۰۴) در این میان درمان مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند با یکپارچه کردن مهارت‌های بین فردی و گسترش ادراک و رفتار سازگارانه‌تر در بافت بین فردی اثربخشی خود را بر کاهش احساس تنهایی اعمال کند و

^۱- Cacioppo, Cacioppo & Boomsma

^۲- Antagonistic behaviors

^۳- Objective social-interaction

^۴- Holt-Lunstad, Smith, Baker, Harris & Stephenson

^۵- Social biases

^۶- Smith, Glazer, Ruiz & Gallo

^۷- Intrapersonal resources

- Cacioppo JT, Cacioppo S, Boomsma DI. (2014). Evolutionary mechanisms for loneliness. *Cognition & emotion*, 28(1), 3-21.
- Chin B, Lindsay EK, Greco CM, Brown KW, Smyth JM, Wright A, Creswell JD. (2019). Psychological mechanisms driving stress resilience in mindfulness training: A randomized controlled trial. *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 38(8), 759-768.
- Cladder-Micus MB, Speckens AEM, Vrijzen JN, T Donders AR, Becker ES, Spijker J. (2018). Mindfulness-based cognitive therapy for patients with chronic, treatment-resistant depression: A pragmatic randomized controlled trial. *Depression and anxiety*, 35(10), 914-924.
- Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385-396.
- De la Torre GG, Mato I, Doval S, Espinosa R, Moya M, Cantero R, Gonzalez M, Gonzalez C, Garcia MA, Hermans G, González-Torre S, Mestre JM, Hidalgo V. (2022). Neurocognitive and emotional status after one-year of mindfulness-based intervention in patients with relapsing-remitting multiple sclerosis. *Applied neuropsychology. Adult*, 29(2), 183-192.
- Didonna F, Lanfredi M, Xodo E, Ferrari C, Rossi R, Pedrini L. (2019). Mindfulness-based Cognitive Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder: A Pilot Study. *Journal of psychiatric practice*, 25(2), 156-170.
- Ende DM, Alschuler KN, Day MA, Ciol MA, Kaylor ML, Altman JK, Jensen MP. (2019). Mindfulness-based cognitive therapy and cognitive behavioral therapy for chronic pain in multiple sclerosis: a randomized controlled trial protocol. *Trials*, 20(1), 774.
- Ehring T, Frank S, Ehlers A. (2008). The Role of Rumination and Reduced Concreteness in the Maintenance of Posttraumatic Stress Disorder and Depression Following Trauma. *Cognitive therapy and research*, 32(4), 488-506.

سایر شهرها نیز تکرار شود. همچنین توصیه می‌شود نتایج این پژوهش با سایر درمان‌ها نیز مقایسه شود.

سپاسگزاری

این مطالعه بخشی از رساله دکترای روانشناسی دانشگاه علوم پزشکی ایلام بود و بدون دریافت هیچگونه کمک مالی از موسسه یا سازمانی انجام شد. همچنین پژوهش حاضر دارای کد اخلاق به شماره IR.MEDILAM.REC.1400.165 می‌باشد. هیچکدام از نویسندگان این مطالعه و یا دستگاه‌ها تعارض منافع برای انتشار این مقاله ندارند. بدینوسیله از تمامی شرکت‌کنندگان محترم در این مطالعه نهایت تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

References

- Bagherinezhad M, Salehi Fadardi J, Tabatabayi SM. (2010). The relationship between rumination and depression in a sample of Iranian student. *Research in Clinical Psychology and Counseling*, 11(1), 21-38. (In Persian)
- Balto JM, Pilutti LA, Motl RW. (2019). Loneliness in Multiple Sclerosis: Possible Antecedents and Correlates. *Rehabilitation nursing: the official journal of the Association of Rehabilitation Nurses*, 44(1), 52-59.
- Behvandi N, Khayatan F, Golparvar M. (2022). Comparing of Compassion-Based Emotion Focused Therapy with Compassion-Focused Treatment on Quality of Life of Primary Headache Patients. *IJPCP*, 28(2), 210-221. (In Persian)
- Bonavita S, Sparaco M, Russo A, Borriello G, Lavorgna L. (2021). Perceived stress and social support in a large population of people with multiple sclerosis recruited online through the COVID-19 pandemic. *Eur J Neurol*, 28, 3396-3402.

- Emerson E, Fortune N, Llewellyn G, Stancliffe R. (2021). Loneliness, social support, social isolation and wellbeing among working age adults with and without disability: Cross-sectional study. *Disability and health journal*, 14(1), 100965.
- Eydi-Baygi M, Aflakseir A, Imani M, Goodarzi MA, Harirchian MH. (2022). Mindfulness-based cognitive therapy combined with repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) on information processing and working memory of patients with multiple sclerosis. *Caspian journal of internal medicine*, 13(3), 607-616.
- Freeman J, Gorst T, Gunn H, Robens S. (2020). "A non-person to the rest of the world": experiences of social isolation amongst severely impaired people with multiple sclerosis. *Disability and rehabilitation*, 42(16), 2295-2303.
- Hatami M, Farmani F, Safavi S, Najafizadeh A, Asadi Qale Shidi M. (2015). The effectiveness group therapy based on choice theory on loneliness feeling in patients with multiple sclerosis (MS). *Quarterly Journal of Health Psychology*, 4(16), 109-120. (In Persian)
- Hoge EA, Bui E, Mete M, Dutton MA, Baker AW, Simon NM. (2023). Mindfulness-Based Stress Reduction vs Escitalopram for the Treatment of Adults with Anxiety Disorders: A Randomized Clinical Trial. *JAMA psychiatry*, 80(1), 13-21.
- Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T, Stephenson D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspectives on psychological science: a journal of the Association for Psychological Science*, 10(2), 227-237.
- Hölzel BK, Carmody J, Vangel M, Congleton C, Yerramsetti SM, Gard T, Lazar SW. (2011). Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry research*, 191(1), 36-43.
- Hoogerwerf AEW, Bol Y, Lobbestael J, Hupperts R, van Heugten CM. (2017). Mindfulness-based cognitive therapy for severely fatigued multiple sclerosis patients: A waiting list controlled study. *Journal of rehabilitation medicine*, 49(6), 497-504.
- Hosseinabadi R, Foroughan M, Ghaed Amini Harouni GR, Zeidali Beiranvand R, Pourmia Y. (2020). Psychometric Properties of the Persian Version of the 6-item De Jong Gierveld Loneliness Scale in Iranian Community-dwelling Older Persons. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*, 15(3), 338-349. (In Persian)
- Hosseini L, Froelicher ES, Sharif Nia H, Ashghali Farahani M. (2021). Psychometrics of Persian version of the 11 items De Jong Gierveld loneliness scale among an Iranian older adults population. *BMC public health*, 21(1), 2056.
- Hou WK, Ng SM, Wan JH. (2015). Changes in positive affect and mindfulness predict changes in cortisol response and psychiatric symptoms: a latent change score modelling approach. *Psychology & health*, 30(5), 551-567.
- Huang YC, Chien WC, Chung CH, Chang HA, Kao YC, Wan FJ, Huang SH, Chung RJ, Wang RS, Wang BL, Tzeng NS, Sun CA. (2021). Risk of Psychiatric Disorders in Multiple Sclerosis: A Nationwide Cohort Study in an Asian Population. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 17, 587-604.
- Krysko KM, Graves JS, Dobson R, Altintas A, Amato MP, Bernard J, Bonavita S, Bove R, Cavalla P, Clerico M, Corona T, Doshi A, Fragoso Y, Jacobs D, Jokubaitis V, Landi D, Llamasa G, Longbrake EE, Maillat E, Marta M, Hellwig K. (2020). Sex effects across the lifespan in women with multiple sclerosis. *Therapeutic advances in neurological disorders*, 13, 1756286420936166.
- Malivoire BL, Hare CJ, Hart TL. (2018). Psychological symptoms and perceived cognitive impairment in multiple sclerosis: The role of rumination. *Rehabilitation psychology*, 63(2), 286-294.
- Maric GD, Pekmezovic TD, Mesaros ST, Tamas OS, Ivanovic JB, Martinovic VN, Andabaka MM, Jovanovic AL, Veselinovic ND, Kistic-Tepavcevic DB, Drulovic JS. (2021). The prevalence of comorbidities in patients with

- multiple sclerosis: population-based registry data. *Neurological sciences: official journal of the Italian Neurological Society and of the Italian Society of Clinical Neurophysiology*, 42(5), 1887-1893.
- McGinley MP, Goldschmidt CH, Rae-Grant AD. (2021). Diagnosis and Treatment of Multiple Sclerosis: A Review. *JAMA*, 325(8), 765-779.
- Morovati Z, Yadegari R. (2019). Comparison of loneliness and coping self-efficacy in cell phone addicted and normal female college students. *Psychological Achievements*, 26(2), 243-262. (In Persian)
- Nolen-Hoeksema S, Morrow J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(1), 115-121.
- Reich DS, Lucchinetti CF, Calabresi PA. (2018). Multiple Sclerosis. *The New England journal of medicine*, 378(2), 169-180.
- Russell D, Peplau LA, Ferguson ML. (1978). Developing a measure of loneliness. *Journal of Personality Assessment*, 42, 290-294.
- Russell D. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 66, 20-40.
- Sacristan-Martin O, Santed MA, Garcia-Campayo J, Duncan LG, Bardacke N, Fernandez-Alonso C, Garcia-Sacristan G, Garcia-Sacristan D, Barcelo-Soler A, Montero-Marin J. (2019). A mindfulness and compassion-based program applied to pregnant women and their partners to decrease depression symptoms during pregnancy and postpartum: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 20(1), 654.
- Sadeghi-Bahmani D, Esmaili L, Mokhtari F, Sadeghi Bahmani L, Afsharzadeh M, Shaygannejad V, Mirmosayyeb O, Goldstein-Piekarski AN, Gross JJ. (2022). Effects of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) on symptoms and emotional competencies in individuals with multiple sclerosis. *Multiple sclerosis and related disorders*, 67, 104029.
- Safaei M, Shokri O. (2014). Assessing Stress in Cancer Patients: Factorial Validity of the Perceived Stress Scale in Iran. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*, 2(1), 13-22. (In Persian)
- Santorelli SF, Kabat-Zinn J, Blacker M, Meleo-Meyer F, Koerbel L. (2017). Mindfulness-based stress reduction (MBSR) authorized curriculum guide. Center for Mindfulness in Medicine, Health Care, and Society (CFM). University of Massachusetts Medical School.
- Senders A, Bourdette D, Hanes D, Yadav V, Shinto L. (2014). Perceived stress in multiple sclerosis: the potential role of mindfulness in health and well-being. *J Evid Based Complementary Altern Med*, 19(2), 104-111.
- Shahin S, Eskandarieh S, Moghadasi AN, Razazian N, Baghbanian SM, Ashtari F, Bayati A, Manouchehrinia A, Beiki O, Mohebi F, Dezfuli MM, Sahraian MA. (2019). Multiple sclerosis national registry system in Iran: Validity and reliability of a minimum data set. *Multiple sclerosis and related disorders*, 33, 158-161.
- Simpson R, Byrne S, Wood K, Mair FS, Mercer SW. (2018). Optimising mindfulness-based stress reduction for people with multiple sclerosis. *Chronic illness*, 14(2), 154-166.
- Simpson R, Simpson S, Wasilewski M, Mercer S, Lawrence M. (2022). Mindfulness-based interventions for people with multiple sclerosis: a systematic review and meta-aggregation of qualitative research studies. *Disability and rehabilitation*, 44(21), 6179-6193.
- Smith TW, Glazer K, Ruiz JM, Gallo LC. (2004). Hostility, anger, aggressiveness, and coronary heart disease: An interpersonal perspective on personality, emotion, and health. *J Pers*, 72, 1217-1270.
- Tabrizi N, Etemadifar M, Sharifi A, Mirmahdi R. (2012). Multiple Sclerosis (MS). Tehran: Ghaed. (In Persian)
- Tanhaye Reshvanloo F, Torkamani M, Mirshahi S, Hajibakloo N, Kareshki H. (2021). Validity

- and Reliability Assessment of the Persian Version of the Co-Rumination Questionnaire. *Journal of Clinical Psychology*, 13(1), 79-87. (In Persian)
- Terrill AL, Gjerde JM, Garofalo JP. (2015). Background Stress Inventory: Developing a measure of understudied stress. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 31(4), 290-298.
- Villa CD, Hilt LM. (2014). Brief instruction in mindfulness and relaxation reduce rumination differently for men and women. *International Journal of Cognitive Therapy*, 7(4), 320-333.
- Walton C, King R, Rechtman L, Kaye W, Leray E, Marrie RA, Robertson N, La Rocca N, Uitdehaag B, van der Mei I, Wallin M, Helme A, Angood Napier C, Rijke N, Baneke P. (2020). Rising prevalence of multiple sclerosis worldwide: Insights from the Atlas of MS, third edition. *Multiple sclerosis (Houndmills, Basingstoke, England)*, 26(14), 1816-1821.
- Yamout B, Itani S, Hourany R, Sibaii AM, Yaghi S. (2010). The effect of war stress on multiple sclerosis exacerbations and radiological disease activity. *Journal of the neurological sciences*, 288(1-2), 42-44.