Original Article

The effectiveness of mindfulness-based therapy and short-term solution-focused therapy on the resilience and happiness of women with Multiple Sclerosis

Nasirnejhad F[1], Pouyamanes J[2], FathiAgdam Gh[2], Jafari A[2]

1- Ph.D. Student, Department of Counseling, Abhar Branch, Islamic Azad University, Abhar, I.R. Iran.
2- Department of Psychology, Abhar Branch, Islamic Azad University, Abhar, I.R. Iran.

Received: 2020/05/19 | Accepted: 2020/10/4

Abstract:

Background: This study aimed to investigate the efficacy of mindfulness-based therapy (MBT) and short-term solution-focused therapy (STSFT) on resilience and happiness in MS patients.

Materials and Methods: This study used a randomized clinical trial with pre-test, post-test, follow up, and the control group. The population under study consisted of all women with MS in Tabriz who were members of MS Society in Tabriz in 2019. In total, 30 women were selected by purposive sampling as the participants and randomly divided into three groups. The members of both experimental groups received their own treatment respectively in 8 and 7 sessions each lasting 1.5 hours.

Results: The mean and standard deviation of resilience and happiness MBT group in pretest (44.70±3.44 & 35.30±3.19), STSFT group (45.50±2.87 & 36.00±3.45), and the control group was (45.40±2.75 & 37.20±2.57). The results showed that the MBT (52.00±3.12 & 43.80±2.54) and STSFT (54.00±2.90 & 42.50±5.01) compared to the control group (44.60±2.27 & 36.90±3.24) increased the resilience and happiness in MS patients on the posttest (P=0.001). Besides, the effect of MBT (52.00±3.16 & 44.00±2.58) and STSFT (53.70±2.66 & 42.60±4.94) on the resilience and happiness (44.60±2.27 & 36.70±4.83) persisted in the follow-up phase (P<0.001). It was also shown that the MBT and STSFT did not show any significant differences in terms of their effects on the resilience and happiness at posttest and follow-up phases (P>0.05).

Conclusion: It was found that the MBT and STSFT can reduce the patients' stress and thus enabling them to better cope with their illness, this in turn can increase the resilience and happiness in patients with MS.

Keywords: Mindfulness-based therapy, Short-term solution-focused therapy, Resilience, Happiness, Multiple Sclerosis, Women

***Corresponding Author**
Email: jaffar_pouyamanesh@yahoo.com
Tel: 0098 242 522 6080
Fax: 0098 242 522 6080

Conflict of Interests: ***No***

Feyz, Journal of Kashan University of Medical Sciences, December, 2020; Vol. 24, No 5, Pages 536-544

Please cite this article as: Nasirnejhad F, Pouyamanes J, FathiAgdam Gh, Jafari A. The effectiveness of mindfulness-based therapy and short-term solution-focused therapy on the resilience and happiness of women with Multiple Sclerosis. ***Feyz*** 2020; 24(5): 536-44.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-19]

بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت بر تاب‌آوری و شادکامی زنان مبتلا به مولتیپل‌اسکلروزیس

فریبا نصیرنژاد [۱]، جعفر پویامنش [۲*]، قربان فتحی‌اقدم [۲]، علیرضا جعفری [۲]

خلاصه:

سابقه و هدف: هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت بر تاب‌آوری و شادکامی بیماران مبتلا به MS بود.

مواد و روش‌ها: روش این پژوهش، کارآزمایی بالینی تصادفی‌شده با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و دوره پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را زنان مبتلا به MS شهر تبریز تشکیل دادند که در سال ۱۳۹۸ عضو انجمن MS بودند. ۳۰ نفر با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند، انتخاب شدند و به صورت تصادفی در سه گروه قرار گرفتند. گروه‌های آزمایشی، درمان را به‌ترتیب در ۸ جلسه (درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی) و ۶ جلسه (درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت) ۱/۵ ساعته دریافت کردند.

نتایج: میانگین و انحراف معیار تاب‌آوری و شادکامی گروه درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی در پیش‌آزمون به‌ترتیب (۳/۴۴±۴۴/۷۰ و ۳/۱۹±۳۵/۳۰)، گروه درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت (۲/۸۷±۴۵/۵۰ و ۳/۶۵±۳۶/۰۰) و گروه کنترل (۲/۷۵±۴۵/۴۰ و ۲/۵۷±۳۷/۲۰) بود. درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی (۳/۱۲±۵۲/۰۰ و ۲/۵۴±۴۳/۸۰) و راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت (۲/۹۰±۵۴/۰۰ و ۵/۰۱±۴۲/۵۰) در مقایسه با گروه کنترل (۲/۲۷±۴۴/۶۰ و ۳/۲۴±۳۶/۹۰)، تاب‌آوری ($P<۰/۰۰۱$) و شادکامی بیماران را در پس‌آزمون افزایش دادند ($P<۰/۰۰۱$). در مرحله پیگیری، اثر درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی (۳/۱۶±۵۲/۰۰ و ۲/۵۸±۴۴/۰۰) و درمان راه‌حل‌محور کوتاه مدت (۲/۶۶±۵۳/۷۰ و ۴/۹۴±۴۲/۶۰) بر تاب‌آوری و شادکامی (۲/۲۷±۴۴/۶۰ و ۴/۸۳±۳۶/۷۰؛ $P<۰/۰۰۱$؛ $P<۰/۰۰۱$). تأثیر درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت بر تاب‌آوری و شادکامی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری یکسان بود ($P>۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت می‌توانند سبب کاهش استرس و درنتیجه مقابله بهتر با بیماری MS شوند و تاب‌آوری و شادکامی بیماران مبتلا به MS را افزایش دهند.

واژگان کلیدی: ذهن‌آگاهی، درمان راه‌حل‌محور، تاب‌آوری، شادکامی، مولتیپل‌اسکلروزیس، زنان

دو ماه‌نامه علمی - پژوهشی فیض، دوره بیست و چهارم، شماره ۵، آذر - دی ۱۳۹۹، صفحات ۵۴۴-۵۳۶

مقدمه

مولتیپل‌اسکلروزیس (Multiple Sclerosis) بیماری مزمن ناتوان‌کننده است که میلین سیستم اعصاب مرکزی و نخاع را تخریب می‌کند [۱] و علائمی همچون تاری دید و اختلالات حسی و حرکتی را پدیدار می‌سازد [۲]. افراد مبتلا به MS به دلیل اختلال سیستم ایمنی، در برابر عفونت‌ها آسیب‌پذیرند [۳]. زنان سه برابر مردان به این بیماری مبتلا می‌شوند [۴]. کیفیت زندگی پایین [۵]، تاب‌آوری کم [۶] و شادکامی پایین [۷]، از شایع‌ترین علائم بیماران مبتلا به MS می‌باشد. این علائم، تأثیر منفی قابل‌توجهی بر کیفیت زندگی این افراد دارد، عملکردهای آن‌ها را محدود کرده، هزینه‌های سنگینی را به آن‌ها و خانواده‌شان تحمیل می‌نماید [۸].

تاب‌آوری (resilience)، یکی از سازه‌های شخصیت، برای فهم انگیزش، هیجان، رفتار و نیز ظرفیتی برای مقاومت در برابر استرس و فاجعه است. تاب‌آوری، به‌عنوان قدرت یا توانایی برگشتن به زندگی اوّلیه و شروع وضعیت جدید از طریق کاهش فشار عصبی یا تحریف آن و جایگزینی نشاط نیز تعریف می‌شود [۹]. تاب‌آوری چون سدی در برابر استرس، نشانه‌های افسردگی را کاهش می‌دهد [۱۰]. مطالعات، حاکی از این است که افراد با تاب‌آوری زیاد، سطح کمتری از اجتناب را نشان می‌دهند و با درد ناشی از بیماری‌شان بهتر کنار می‌آیند و نگرش فاجعه‌آمیزی درباره درد ندارند یا کمتر به فاجعه‌سازی روی می‌آورند [۱۱]. شادکامی (happiness)، مجموعه لذت‌ها منهای دردها و ترکیبی حداکثری از عاطفه مثبت به‌علاوه کمترین عاطفه منفی است [۱۲]. شادکامی، موجب نگرش مثبت به زندگی، خودپنداری مثبت، برخورداری از سلامت روان و تعادل عاطفی، امیدواری به آینده، نگرش مطلوب و رضایت‌مندانه به خود و دیگران، روابط اجتماعی متعادل، دوری از کینه و نفرت، انتخاب آگاهانه اهداف زندگی، تلاش برای تحقق اهداف، دوری از اتلاف وقت و اهمال‌کاری، افزایش موفقیت‌های زندگی، برخورداری از شاخص‌های بالای زندگی، عملکرد بهتر

۱. دانشجوی دکتری، گروه مشاوره، واحد ابهر، دانشگاه آزاد اسلامی، ابهر، ایران
۲. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد ابهر، دانشگاه آزاد اسلامی، ابهر، ایران
* نشانی نویسنده مسؤول:
ابهر، دانشگاه آزاد اسلامی، دانشکده علوم انسانی، گروه روان‌شناسی
تلفن: ۶۰۸۰ (۰۲۴۲۵۲۲) دورنویس: ۶۰۸۰ (۰۲۴۲۵۲۲)
پست الکترونیک: jaffar_pouyamanesh@yahoo.com
تاریخ دریافت: ۹۹/۲/۳۰ تاریخ پذیرش نهایی: ۹۹/۷/۱۳

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-19]

سیستم ایمنی در مقابل استرس‌ها و بیماری‌ها، خواب بهتر، تمایل بیشتر در کمک به دیگران، عملکرد بهتر شغلی - تحصیلی و تصمیم‌گیری بهتر می‌گردد [۱۳]. اگر چه شاد کامی، قادر به بازگرداندن سلامتی به بیماران دارای مشکل جدی نیست، ولی تا حد زیادی می‌تواند باعث ارتقای طول عمر و بهبودی بیماری‌ها شود [۱۴]. چون MS جسم و روان را درگیر می‌نماید، برای درمان و پرداختن به مشکلات آن‌ها، هم مداخلات دارویی و فیزیولوژیکی، و هم مداخلات روان‌شناختی [۱۵] باید مورد توجه قرار گیرد. در مورد مداخلات روان‌شناختی، می‌توان به انواع رویکردهای مشاوره (counseling) و روان‌درمانی (psychotherapy)، از جمله درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی (mindfulness-based therapy) و درمان راه حل محور کوتاه مدت (short-term solution-focused therapy) اشاره کرد [۱۶]. چون درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی جزو درمان‌های مدرن، و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت جزو درمان‌های پُست‌مدرن است، در این پژوهش بنا شد تا آن‌ها را از منظر میزان اثربخشی‌شان مورد مقایسه قرار دهیم. درمان ذهن‌آگاهی جزو درمان‌های موج سوم درمان‌های شناختی- رفتاری محسوب می شود [۱۷]. تمرین‌های این درمان طوری طراحی شده است که توجه به بدن را افزایش می‌دهد. نقش مهم بدن در حیطه‌های بین رشته‌ای جدید، همچون پزشکی ذهن - بدن هم به اثبات رسیده است [۱۸]. پژوهش‌ها نشان دادند که این درمان بر جنبه‌های روان‌شناختی کیفیت زندگی، افسردگی، اضطراب و استرس [۱۹] بیماران مبتلا به MS؛ و نیز بر تاب‌آوری زنان یائسه [۲۰] و شادکامی بیماران دیابتی [۲۱] مؤثر است. درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت اعتقاد دارد که واقعیت‌ها از نظر اجتماعی ساخته می‌شوند و به‌جای این‌که یک واقعیت بیرونی محسوس وجود داشته باشد، چندین راه‌حل و واقعیت وجود دارد [۲۲]. همچنین این مدل مددجویان را افراد شایسته و متبحری می‌داند که قادرند مشکلات خود را با حداقل دریافت کمک از طرف دیگران حل نمایند [۲۲]. فرض اساسی و زیربنایی این درمان این است که مشکل یا مسأله موجود که فرد را به سوی درمان می‌کشاند، برای تعیین جهت ادامه بحث نیاز نیست. زیرا عامل هر مشکلی لزوماً با راه‌حل آن مرتبط نبوده، درمان‌جویان خودشان منابعی را دارند که برای ایجاد تغییر، آن‌ها را به کار خواهند گرفت [۲۳]. مطالعات نشان می‌دهند که درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت بر تاب‌آوری، احساس انسجام [۲۴]، شادکامی و کیفیت زندگی [۲۵] بیماران مبتلا به MS مؤثر است. بنابراین به‌نظر می‌رسد که درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت می‌توانند بر تاب‌آوری و شادکامی بیماران مبتلا به MS تأثیر بگذارند. با این‌حال، در خصوص مقایسه میزان اثربخشی این دو درمان بر تاب‌آوری و شادکامی، پژوهشی صورت نگرفته است. از این‌رو، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت بر تاب‌آوری و شادکامی زنان مبتلا به مولتیپل‌اسکلروزیس انجام شده است.

مواد و روش‌ها

کد اخلاق پژوهش (IR.IAU.Z.REC.1397.132) بود. روش پژوهش حاضر، کارآزمایی بالینی تصادفی‌شده و طرح آن از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل کلیه زنان مبتلا به MS شهر تبریز بود که در سال ۱۳۹۸ عضو انجمن MS این شهر بودند. جهت نمونه‌گیری، از روش نمونه‌گیری غیراحتمالی در دسترس مبتنی بر هدف استفاده شد. پس از کسب رضایت مسؤولان انجمن و بیماران، پرسشنامه‌های تاب‌آوری davidson و connor و شادکامی oxford در بین ۹۸ بیمار توزیع شد که ۶۰ نفر در پرسشنامه تاب‌آوری نمره ۴۰ تا ۵۰، و در پرسشنامه شادکامی نمره ۳۰ تا ۴۰ کسب کردند (حداکثر نمره‌ای که فرد می‌تواند در پرسشنامه تاب‌آوری کسب کند، ۱۰۰ و حداکثر نمره‌ای که می‌تواند در پرسشنامه شادکامی کسب کند، ۸۷ است که نمره متوسط در نظر گرفته شد). از این بین، ۳۰ نفر با در نظر گرفتن معیارهای ورود (سن ۲۵ تا ۴۰ سال، متأهل بودن، ابتلا به بیماری MS بیش از ۲ سال، شرکت کامل در جلسات درمانی) و معیارهای خروج از مطالعه (ابتلا به بیماری جدی دیگر به غیر از MS، استفاده از داروهای روان‌پزشکی، شرکت در جلسات مشاوره و روان‌درمانی فردی و گروهی) انتخاب و به‌صورت تصادفی (به‌شیوه قرعه‌کشی) به دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل تقسیم شدند. همه اصول اخلاقی در این مقاله رعایت شده است. شرکت‌کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند، از پژوهش خارج شوند. اطلاعات آن‌ها محرمانه نگه داشته شد و در پایان درمان، گروه کنترل نیز تحت مداخله قرار گرفت. مقیاس connor & davidson [۲۶] را با مرور منابع پژوهشی ۱۹۹۷-۱۹۷۹ در حوزه تاب‌آوری، طراحی کرده‌اند. این مقیاس ۲۵ گویه دارد که در یک دامنه لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا چهار (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود [۲۶]. حداقل نمره تاب‌آوری آزمودنی در این مقیاس، صفر و حداکثر ۱۰۰ است [۲۶]. روایی و پایایی این مقیاس، بر روی ۲۰۰ نفر از نوجوانان مبتلا به سرطان تهران، ارومیه و اصفهان بررسی شد که روایی محتوایی این مقیاس با استفاده از روش تعیین شاخص روایی محتوا ۰/۹۸ و پایایی کل ابزار با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-19]

گزارش شد [۲۷]. در پژوهشی [۲۸]، پایایی این مقیاس با روش آلفای کرونباخ بر روی ۲۸۷ نفر از دانشجویان دانشگاه شیراز محاسبه گردید که میزان آن ۰/۸۷ گزارش شد. پرسشنامه شادکامی oxford: ابزار مورد استفاده در این پژوهش جهت سنجش میزان شادکامی، پرسشنامه شادکامی oxford بود. این مقیاس توسط Argyle, Martin & Crossland [۲۹] تهیه شده است. این مقیاس دارای ۲۹ ماده می‌با شد. هر یک از سؤال‌های این آزمون ۴ گزینه دارد که از صفر تا ۳ نمره را به خود اختصاص می‌دهند [۲۹]. بنابراین حداکثر نمره کل آزمون ۸۷ می‌باشد [۲۹]. روایی و پایایی این پرسشنامه در تحقیقات متعددی مورد بررسی قرار گرفته است. به‌عنوان مثال، Argyle و همکاران [۲۹] پایایی این پرسشنامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ در مورد ۳۴۷ آزمودنی مورد بررسی قرار دادند و ضریب آلفای ۰/۹۰ را به‌دست آوردند. همچنین علیپور و نوربالا [۳۰] نیز ضریب پایایی آن را با استفاده از روش آلفای کرونباخ بر روی ۱۳۲ نفر، ۰/۹۳ به‌د ست آوردند. پس از اجرای پیش‌آزمون، اعضای گروه آزمایش اوّل، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (۲ ماه، هفته‌ای یک جلسه) درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی را به‌صورت گروهی، طبق برنامه درمانی Segal، Williams و Teasdale [۳۱] دریافت کردند (جدول ۱). اعضای گروه آزمایش دوم نیز، طی ۶ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (۱/۵ ماه، هفته‌ای یک جلسه) از درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت به صورت گروهی، طبق برنامه درمانی De Shazer [۳۲] برخوردار شدند (جدول شماره ۲). برای جلوگیری از تبادل اطلاعات بین افراد گروه‌های آزمایش، از آن‌ها خواسته شد که تا ۴ ماه پس از اتمام درمان، درباره محتوای جلسات با یکدیگر گفتگویی نداشته باشند. جلسات درمانی، توسط یک متخصص مشاوره با درجه دانشیاری و یک دانشجوی دکتری تخصصی مشاوره در یک مرکز مشاوره خصوصی در شهر تبریز برگزار شدند. بعد از اتمام جلسات (پس‌آزمون) و ۴ ماه پس از اتمام درمان (پیگیری)، اعضای هر سه گروه با استفاده از ابزار اندازه‌گیری ارزیابی شدند. برای تجزیه و تحلیل آماری از نسخه ۲۴ نرم‌افزار SPSS استفاده شد. جهت بررسی فرضیه پژوهش، از آزمون تحلیل واریانس سنجش مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد.

جدول شماره ۱- محتوای جلسات و پروتکل درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی

جلسه	هدف و محتوا
اوّل	هدف: آگاهی بیشتر از احساسات، افکار و حس‌های بدنی لحظه به لحظه و تجربه بودن در لحظه. موضوع: توضیح درباره اهمیت حضور در لحظه حال و بودن در این‌جا و اکنون، و بازکردن مفهوم ذهن‌آگاهی برای اعضا با استفاده از چند فن، و یاد گرفتن انجام امور روزمره، همراه با توجه کردن به آن‌ها؛
دوم	هدف: توجه به احساسات و افکار، گسترش و پذیرش افکار و احساسات ناخوشایند. موضوع: پی‌بردن به ذهن سرگردان و تمرین توجه به بدن، احساس جسمی و فیزیکی و توجه به تنفس؛
سوم	هدف: مهارت‌های پاسخگویی به فکر یا احساس ناخوشایند. موضوع: آرام گرفتن ذهن سرگردان با تمرین تنفس و مرور بدن، مراقبه نشسته و انجام تمرین‌هایی که توجه را به لحظه حال می‌آورند؛
چهارم	هدف: جلوگیری از ایجاد تثبیت افکار منفی. موضوع: یاد گرفتن این‌که بدون فرار و دوری کردن از افراد، در لحظه اکنون باقی بمانیم و تلاطم افکار را نظاره کنیم؛
پنجم	هدف: تغییر عادت‌های قدیمی فکر کردن مانند شناخت امور روزمره خودکار، بی‌انگیزه بودن در کارها، بی‌نتیجه دانستن فعالیت‌ها، فرار یا اجتناب از موقعیت‌های سخت زندگی، آرزوهای بزرگ داشتن، مقایسه همیشگی وضع موجود خود با وضعیت دلخواه. موضوع: آگاهی کامل از افکار و احساسات و پذیرفتن آن‌ها بدون قضاوت و دخالت مستقیم؛
ششم	هدف: آگاه شدن از علائم هشداردهنده کاهش تاب‌آوری و شادکامی. موضوع: تغییر خلق و افکار از طریق تلقی افکار به‌عنوان فقط فکر و نه واقعیت؛
هفتم و هشتم	هدف: آگاهی از تغییرات جزئی خلق. موضوع: هشیار بودن از نشانه‌های کاهش تاب‌آوری و شادکامی، و تنظیم برنامه برای روبه‌رو شدن احتمالی با نشانه‌های کاهش تاب‌آوری و شادکامی؛ برنامه‌ریزی برای آینده و استفاده از فنون حضور در لحظه برای ادامه زندگی و تعمیم آن‌ها به کل جریان زندگی.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-19]

جدول شماره ۲- محتوای جلسات و پروتکل درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت

جلسه	هدف و محتوا
اوّل	تعریف مشکل؛ دعوت از مراجع تا مشکل را در یک کلمه بگوید و آن را به یک جمله تبدیل کند؛ تبدیل مشکل به اهداف قابل دسترس؛ بحث و مناظره درباره مشکل؛
دوم	بررسی تکالیف هفته گذشته؛ تعیین هدف؛ بررسی راه‌حل‌های برطرف‌کننده شکایات؛ فرمول‌بندی حلقه‌های راه‌حل- مشکلات؛
سوم	ارائه خلاصه‌ای از جلسه قبل و بررسی مشکل؛ حرف‌زدن درباره آینده؛ استفاده از فن استثنائات و سؤالات معجزه‌آسا؛ پیدا کردن یک داستان مثبت؛
چهارم	بررسی تکالیف و خلاصه‌ای از جلسه قبل؛ توضیح فن شاه‌کلید و استفاده از آن؛ استفاده از فن سؤالات درجه‌بندی؛
پنجم	بررسی تکالیف هفته گذشته؛ ادامه فن شاه‌کلید هفته گذشته؛ استفاده از فن تکالیف وانمودی؛ استفاده از سؤالات راه‌حل‌مدار؛ استفاده از برهان خلف و شرط‌بندی متناقض؛
ششم	خلاصه‌ای از جلسات قبل و بررسی تکالیف انجام‌شده؛ استفاده از سؤالات درجه‌دار؛ تعیین این‌که آیا مراجعان به اهداف درمان دست یافته‌اند؟

نتایج

میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان در مطالعه ۵/۰۹±۳۱/۸۷ سال و میانگین و انحراف معیار مدت‌زمان ابتلا به بیماری ۰/۷۲±۳/۵۷ سال بود. در جدول شماره ۳، میانگین و انحراف معیار سن و مدت زمان ابتلا به بیماری آزمودنی‌ها مقایسه شده است. نتایج نشان می‌دهد که بین سه گروه از نظر سن و مدت‌زمان ابتلا به بیماری MS تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

جدول شماره ۳- میانگین و انحراف معیار سن و مدت‌زمان ابتلا به بیماری MS زنان ساکن تبریز در سال ۱۳۹۸ (تعداد در هر گروه ۱۰ نفر)

متغیر	گروه	انحراف معیار ± میانگین	P
سن	درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی	۳۱/۵±۰۰/۳۱	۰/۶۸۱
	درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت	۳۳/۴±۰۰/۹۹	
	کنترل	۳۱/۵±۶۰/۳۳	
	کل	۳۱/۵±۸۷/۰۹	
مدت‌زمان ابتلا به بیماری	درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی	۳/۰±۳۰/۶۷	۰/۱۷۴
	درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت	۳/۰±۹۰/۷۳	
	کنترل	۳/۰±۵۰/۷۰	
	کل	۳/۰±۵۷/۷۲	

آزمون: تحلیل واریانس یک‌طرفه، # اختلاف معنی‌دار P <۰/۵۰

در بررسی پیش‌فرض های آزمون تحلیل وار یانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر، آزمون شاپیروویلک نشان داد که پیش‌فرض نرمال‌بودن توزیع متغیرهای مورد مطالعه در نمونه موردنظر محقق شده است، چرا که مقادیر z محاسبه شده در سطح (P<۰/۰۵) معنی‌دار نیست. در آزمون ام باکس، چون F متغیرهای تاب‌آوری (F=۲/۲۹۰) و شادکامی (F=۲/۲۴۵) به‌ترتیب در سطح (۰/۳۴۲ و ۰/۱۷۶) معنی‌دار نبودند، بنابراین می‌توان گفت که مفروضه همسانی ماتریس واریانس - کوواریانس برای متغیرها برقرار شده است. در آخر، آزمون کرویت موخلی نشان داد که چون مقدار کرویت موخلی (۰/۵۷۰) متغیر تاب‌آوری در سطح خطای داده‌شده (۰/۲۵۴) و مقدار کرویت موخلی (۰/۶۲۰) متغیر شادکامی در سطح خطای داده شده (۰/۴۸۰) معنی‌دار نیست، بنابراین می‌توان کرویت ماتریس واریانس - کوواریانس متغیرهای وابسته را پذیرفت. پس، این پیش‌فرض نیز برقرار است. جدول شماره ۴ نشان می‌دهد که بین نمرات متغیر تاب‌آوری و شادکامی در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معنی‌داری وجود دارد (P<۰/۰۰۱). همچنین نتایج نشان می‌دهد که نمرات تاب‌آوری و شادکامی گروه‌های آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری دارد (P<۰/۰۰۱). علاوه بر آن، تأثیر درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت بر تاب‌آوری و شادکامی زنان مبتلا به MS، بعد از چهار ماه پیگیری نیز ماندگار بوده است (P<۰/۰۰۱). نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته نشان داد که اختلاف میانگین نمره تاب‌آوری و شادکامی گروه‌های درمانی با گروه کنترل معنی‌دار می‌باشد (P<۰/۰۰۱)؛ نتایج مقایسه‌های زوجی برای مرحله پیگیری نیز نشان داد که اختلاف میانگین نمرات تاب‌آوری و شادکامی در گروه‌های درمانی

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-19]

با گروه کنترل معنی‌دار می باشـــد ($P<۰/۰۰۱$). آزمون تعقیبی بونفرونی هم نشـــان داد که معنی‌داری تغییرات بین گروهی به‌دلیل تفاوت تغییرات گروه‌های درمانی با گروه کنترل اســت؛ به‌طوری‌که هم در پس‌آزمون و هم پیگیری، نمرات تاب‌آوری و شـــادکامی گروه‌های درمانی، بیشـــتر از نمره گروه کنترل اســـت، ولی نمره تاب‌آوری و شـــادکامی گروه درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت متفاوت از هم نیســـت. بنابراین، درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آ گاهی و راه حل‌محور کو تاه مدت در افزایش تاب‌آوری و شادکامی نسبت به هم برتری ندارند.

جدول شماره ۴- میانگین و انحراف معیار متغیر تاب‌آوری و شادکامی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری زنان مبتلا به MS تبریز در سال ۱۳۹۸

متغیر	گروه	پیش‌آزمون انحراف معیار ± میانگین	پس‌آزمون انحراف معیار ± میانگین	پیگیری انحراف معیار ± میانگین	سطح معنی‌داری تغییرات درون‌گروهی	سطح معنی‌داری تغییرات بین گروهی
تاب‌آوری	درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی	۴۴/۳±۷۰/۴۴	۵۲/۳±۰۰/۱۲	۵۲/۳±۰۰/۱۶	$P<۰/۰۰۱$*	$P<۰/۰۰۱$*
	درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت	۴۵/۲±۵۰/۸۷	۵۴/۲±۰۰/۹۰	۵۳/۲±۷۰/۶۶	$P<۰/۰۰۱$*	
	کنترل	۴۵/۲±۴۰/۷۵	۴۴/۲±۹۰/۳۳	۴۴/۲±۶۰/۲۷	$P>۰/۸$	
	سطح معنی‌داری در هر مقطع اندازه‌گیری بین گروه‌ها	$P>۰/۸۱۶$	$P<۰/۰۰۱$*	$P<۰/۰۰۱$*	-	-
شادکامی	درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی	۳۵/۳±۳۰/۱۹	۴۳/۲±۸۰/۵۴	۴۴/۲±۰۰/۵۸	$P<۰/۰۰۱$*	$P<۰/۰۰۱$*
	درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت	۳۶/۳±۰۰/۶۵	۴۲/۵±۵۰/۰۱	۴۲/۴±۶۰/۹۴	$P<۰/۰۰۱$*	
	کنترل	۳۷/۲±۲۰/۵۷	۳۶/۳±۹۰/۲۴	۳۶/۴±۷۰/۸۳	$P>۰/۹$	
	سطح معنی‌داری در هر مقطع اندازه‌گیری بین گروه‌ها	$P>۰/۴۱۲$	$P<۰/۰۰۱$*	$P<۰/۰۰۱$*	-	-

نوع آزمون: تحلیل واریانس آمیخته $P<۰/۰۵$* اختلاف معنی‌دار

اطلاعات بخش اوّل جدول شـــماره ۵، برای متغیر تاب‌آوری بیان می‌کند که بین نمرات متغیر تاب‌آوری در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین بخش دوم نتایج این جدول نشـــان می‌دهد که بین نمرات متغیر تاب‌آوری در ســـه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های آز مایش (در مان مبتنی بر ذهن‌آ گاهی و در مان راه حل‌محور کو تاه‌مدت) و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به‌عبارتی بین زمان و مداخله تعامل وجود دارد و نیز، اطلاعات بخش اوّل جدول شماره ۵، برای متغیر شادکامی بیان می‌کند که بین نمرات این متغیر در ســـه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین بخش دوم نتایج این جدول نشـــان می‌دهد که بین نمرات متغیر شادکامی در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه های آز مایش (در مان مبتنی بر ذهن‌آ گاهی و در مان راه حل‌محور کو تاه مدت) و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به‌عبارتی بین زمان و مداخله تعامل وجود دارد. جهت مقای سه اثربخ شی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت بر تاب‌آوری و شـــادکامی بیماران مبتلا به MS از آزمون تعقیبی بونفرونی ا ستفاده شد و نتایج ن شان داد که تأثیر درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت بر تاب‌آوری و شـــادکامی، در مراحل پس‌آزمون و پیگیری متفاوت از هم نیست، و تأثیر هر دو درمان بر تاب‌آوری و شادکامی بیماران مبتلا به MS یکسان است.

بحث

هدف از پژوهش حا ضر، مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن‌آ گاهی و در مان راه حل‌محور کو تاه مدت بر تاب‌آوری و شـــادکامی بیماران مبتلا به MS بود. تحلیل داده‌ها نشـــان داد که در مان مبتنی بر ذهن‌آ گاهی و در مان راه حل‌محور کو تاه مدت بر افزایش تاب‌آوری و شـــادکامی زنان مبتلا به MS تأثیر دارند، اما تأثیر این دو درمان در پس‌آزمون و پیگیری با هم متفاوت نیســـت. همچنین، یافته‌ها ن شان داد که تغییرات نمره تاب‌آوری و شادکامی در زمان‌های مورد بررســـی در گروه‌ها متفاوت بوده و اثر زمان معنی‌دار است؛ یعنی اثر متقابلی بین زمان و مداخله وجود دارد و با گذ شت زمان از شروع مداخله، نمرات تاب‌آوری و شادکامی ارتقا یافتند و تأثیرات نا شی از ح ضور در گروه‌های آزمای شی با نزدیک شـدن به پایان مداخله بر روی نمرات تاب‌آوری و شـادکامی افراد در هر دو گروه آزمایشـی مثبت بود. در راسـتای اثربخشـی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تاب‌آوری و شـــادکامی زنان مبتلا به MS

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-19]

می‌توان به نتایج پژوهش‌های قدس‌پور و همکاران [۱۹]، افشاری [۲۰] و فخری و همکاران [۲۱] اشاره کرد که نشان دادند درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تاب‌آوری و شادکامی زنان بیمار اثربخش است که نتیجه پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های مذکور همسو می‌باشد. ذهن‌آگاهی ضمن این‌که به فرد کمک می‌کند تا بفهمد چگونه آرامش و رضایت را دوباره از عمق وجودش کشف کرده، آن را با زندگی روزمره خود بیامیزد و آن را جزوی از سبک زندگی خویش قرار دهد، به او کمک می‌کند تا به‌تدریج خود را از نگرانی، اضطراب، خستگی و افسردگی نجات دهد. این رویکرد معتقد است که هر کسی دوره‌هایی از درد و رنج را تجربه می‌کند؛ این درد و رنج به‌وسیله آگاهی ذهن، تبدیل به رنجی همدلانه و در نتیجه احساس شفقت نسبت به خود و دیگران می‌شود، در حالی‌که بدون ذهن‌آگاهی، به‌صورت هیجان فرسوده‌کننده‌ای در می‌آید که با تلخی و خشم آمیخته و با احساس درماندگی شدید همراه می‌شود [۳۳]. درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی با تقویت فرآیندهای مقابله شناختی، نظیر ارزیابی مجدد مثبت و تقویت مهارت‌های تنظیم هیجان، مانند تاب‌آوری و تحمل پریشانی، آموزش حل مسأله و آموزش فنون نادیده گرفتن، در زمان شروع حملات استرس‌زا از بیماران در مقابل بدعملکردی خُلقی ناشی از استرس و نشخوار محافظت می‌کند که این امر بر بالا رفتن تاب‌آوری آنان در مقابل بیماری شان کمک فزاینده‌ای می‌کند [۱۸]. درمان ذهن‌آگاهی، منجر به تغییر شناختی در طرز تفکر و اعمال بیماران مبتلا به اماس می‌شود و از اصول تقویت شرطی سود می‌برد. بدین ترتیب که فرد مبتلا برای رفتن به گام بعدی تلاش می‌کند تا خود را در گامی بالاتر مجسم کند و این تمایل به‌طور مستمر، باعث بهبود تدریجی مرحله به مرحله بیمار می‌شود و در عین آرامش و آگاهی، به درمان فردی خود ادامه می‌دهد و نواقص و اشکالات خود را در جلسات حضوری حل می‌نماید که این امر باعث تقویت اعتماد به نفس و افزایش شادکامی آنان می‌شود [۳۳]. چون ذهن‌آگاهی باعث تعدیل احساسات بدون قضاوت و نیز موجب افزایش آگاهی نسبت به احساسات روانی و جسمانی می‌شود، و به واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده‌های فیزیکی، همان‌طور که اتفاق می‌افتند، کمک می‌کند [۱۷]؛ از این‌رو، می‌تواند در تعدیل نمرات سلامت روان و افزایش شادکامی بیماران مبتلا به اماس نقش مهمی داشته باشد و این امر از این نظر که در پژوهش‌ها مشخص شده است که درمان ذهن‌آگاهی در تعدیل رفتارها و افکار منفی کمک می‌نماید و موجب رفتارهای مثبت مرتبط با سلامتی می‌شود، قابل توجیه است. به‌عبارت دیگر، می‌توان گفت که درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی، توجه و آگاهی فرد را نسبت به احساسات جسمانی و روانی بیشتر می‌کند و احساس اعتماد در زندگی، دلسوزی عمیق، پذیرش واقعی رخدادهای زندگی و شادکامی را به‌دنبال دارد [۳۱]، زیرا یکی از جنبه‌های مهم درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی این است که افراد یاد می‌گیرند با هیجانات و افکار منفی مقابله نمایند و حوادث ذهنی را به‌صورت مثبت تجربه کنند [۳۱]. درباره اثربخشی درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت هم می‌توان نتیجه گرفت که این درمان بر تاب‌آوری و شادکامی زنان مبتلا به MS اثربخش است. پژوهش‌های میرها شمی و نجفی [۲۴] و نیز اکبری و همکاران [۲۵] نشان دادند که این درمان بر تاب‌آوری و شادکامی بیماران مبتلا به MS تأثیر دارد. نتیجه پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های مذکور همسو می‌باشد. هیچ پژوهشی مبنی بر ناهمسو بودن با نتیجه پژوهش حاضر پیدا نشد تا بتوان دلیل شباهت و تفاوت نتایج مطالعات را بحث و بررسی نمود. رویکرد راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت به بیماران کمک می‌کند تا به‌درستی خطرات، موانع و بحران‌های زندگی خود را شناسایی کنند و نیز به آن‌ها یک بینش بسیار مناسب از توانمندی‌ها و منابع حمایتی ارائه می‌دهد [۳۴]. درمان راه‌حل‌مدار، مبتنی بر یک فعالیت مشترک بین درمانگر و مراجعان برای یافتن و تمرکز بر راه حل‌های مواجهه با مشکلات و بحران‌هاست و نه تمرکز بر خود این بحران‌ها. اسکلار رویکرد راه‌حل‌مدار را به‌عنوان رویکردی معرفی می‌کند که بر موفقیت‌ها و توانمندی‌های مراجع تأکید می‌کند و مراجعان را به‌عنوان کارشناسان زندگی خود در نظر می‌گیرد و معتقد است که اکثر مشکلات و بحران‌ها راه‌حل‌هایی دارند که قابلیت شناسایی و کشف آن‌ها وجود دارد. درواقع رویکرد راه‌حل‌مدار به بیماران کمک می‌کند تا برای تصمیم‌گیری مناسب با دسترسی به دانش و مهارت‌های لازم، توانمندی‌های موردنیاز را داشته باشند [۳۲]. از آن‌جا که یکی از ابعاد تاب‌آوری به‌عوامل محافظتی اختصاص دارد و عواملی همچون توانایی‌های حل‌مسأله، احساس خودکارآمدی، تطابق‌پذیری، جهت‌گیری مبتنی بر هدف، امید و خوش‌بینی به‌عنوان اجزای تاب‌آوری محسوب شده، به‌شکل محافظی در برابر استرس‌ها و بحران‌ها عمل می‌کنند، بنابراین با توجه به فلسفه حاکم بر این مداخله به‌نظر می‌رسد که مداخله راه‌حل‌مدار با ویژگی‌های عملیاتی خود توانسته در افزایش این مؤلفه‌ها و به‌طور کلی تاب‌آوری بیماران مبتلا به اماس مؤثر باشد، به این دلیل که درمانگران از نقاط قوت مراجعان و منابع، کلمات و عقاید آن‌ها استفاده می‌کنند [۲۲]. این دو رویکرد با نگرش‌های خاص خود توانسته‌اند به این دسته از بیماران کمک کنند تا با مشکلات خود مقابله نمایند و آن‌ها را کاهش دهند. در نتیجه، این رویکردها هر کدام با روش‌های منحصر به فرد خود در افزایش تاب‌آوری و

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-19]

شـــادکامی بیماران مبتلا به MS اثربخش بوده‌اند. درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی با تأکید بر بودن در زمان حال و توجه به احســاســات بدنی، و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت نیز با تأکید بر موارد اســتثنا و تعمیم و افزایش دادن آن‌ها، سبب بهبود این بیماران شده‌اند. پس هر دو رویکرد توان حل مشـــکلات این بیماران را دارند. نمونه پژوهش حاضر را زنان متأهل ۴۰-۲۵ ساله مبتلا به MS شهر تبریز تشکیل دادند که این مورد یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر اســت و تعمیم دادن به زنان مبتلا به MS جوان‌تر و مســن‌تر و زنان غیرمتأهل را که از حمایت همسر و خانواده برخوردار نیستند، دشوار می‌سازد. همچنین، در این پژوهش جمع‌آوری داده‌ها توسط پرسشنامه انجام شد که به‌دلیل خودگزارشی‌بودن ابزارها، سوگیری در پاسخ‌دهی محتمل اســت. پیشــنهاد می‌شــود پژوهش حاضــر در جوامع آماری مختلف و در سایر شهرها اجرا گردد و از دیگر روش‌های گردآوری اطلاعات، نظیر مشاهده و مصاحبه نیز استفاده شود.

نتیجه‌گیری

نتایج نشـــان داد که بین دو شـــیوه مداخله از نظر میزان اثربخشـــی تفاوتی وجود نداشـــته اســـت. با توجه به نتایج پژوهش می‌توان گفت که درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی و راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت، با کاربرد فرآیندهای خود، ســـبب افزایش تاب‌آوری و شادکامی بیماران مبتلا به MS شده‌اند. با توجه به نقش مهم زنان در خانواده و جامعه و از طرفی، لزوم توجه به سلامت جسمانی و روان‌شناختی آن‌ها پیشنهاد می‌شود در انجمن‌های MS، کلینیک‌های روان شناسی بیمارستان‌ها و کلینیک‌های دولتی و خصوصی، از درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت فردی و گروهی در زمینه افزایش تاب‌آوری و شـــادکامی زنان مبتلا به MS استفاده شود.

تشکر و قدردانی

نویســـندگان بر خود لازم می‌دانند از شـــرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر تقدیر و تشکر نمایند.

References:

[1] National Multiple Sclerosis Society. WHAT IS MS? [Cited 2019 Oct 22]. Available at: https://www.nationalmssociety.org/

[2] Huang WJ, Chen WW, Zhang X. Multiple sclerosis: pathology, diagnosis and treatments. ***JETM*** 2017; 13(6): 3163-6.

[3] Mahdizadeh A, Lokzadeh S, Riyahi A, Hosseini S A, Jalili N. The Investigation of Factors Affecting the Gait of the Patients Suffering From Multiple Sclerosis. ***jrehab*** 2019; 20(1): 64-73. [in Persian] [4] Tsang BK, Macdonell R. Multiple sclerosis: Diagnosis, management and prognosis. ***AFP*** 2011; 40(12): 948-55.

[5] Ysrraelit MC, Fiol MP, Gaitán MI, Correale J. Quality of life assessment in multiple sclerosis: different perception between patients and neurologists. ***JFN*** 2018; 8: 729.

[6] Ziaian T, De Anstiss H, Georgia A, Baghurst P, Sawyer M. Resilience and its association with depression, emotional and behavioral problems, and mental health service utilization among refugee adolescents living in South Australia. ***IJPR*** 2012; 22:9-17.

[7] Brown FL, Whittingham K, Boyd RN, McKinlay L, Sofronoff K. Does Stepping Stones Triple P plus Acceptance and Commitment Therapy improve parent, couple, and family adjustment following paediatric acquired brain injury? A randomised controlled trial. ***Behav Res Ther*** 2015; 73:58-66.

[8] Oraki M, Sami P. The Effect of Mindfulness Integrated Behavior- Cognitive Therapy on psychological well-being and quality of life among multiple sclerosis patients. ***JHP*** 2017; 5(20): 34-47. [in Persian]

[9] Sarbandi Farahani M, MohammadKhani S, Moradi A. The Effect of Maternal Education Program on Mental Awareness on Pregnancy Existence and Marital Satisfaction in Pregnant Women***. J Behav Sci*** 2014; 4: 375-81. [in Persian]

[10] Catalano D, Chan F, Wilson L. The buffering effect of resilience on depression among individuals with spinal cord injury. ***JPRMH*** 2011; 56(3): 200-11.

[11] Toby R O, Newton-John C M, Mick H. The Role of Resilience in Adjustment and Coping with Chronic Pain Rehabilitation. ***Psycho*** 2014; 59(3): 360-5.

[12] Andresson P. Happiness and health, Wellbeing among the self-employes. ***JS-E*** 2008; 37(1): 213-36.

[13] Luhmann M, Necka EA, Schönbrodt FD, Hawkley LC. Is valuing happiness associated with lower well-being? A factor-level analysis using the Valuing Happiness Scale. ***JRP*** 2016; 1(60):46-50.

[14] Cohn MA, Fredrickson BL, Brown SL, Mikels JA, Conway AM. Happiness unpacked: positive emotions increase life satisfaction by building resilience. ***Emotion*** 2009; 9(3):361-8.

[15] Schapiro RT. Managing the symptoms of multiple sclerosis. 1nd ed. New York: Demos; 2007:71-2.

[16] Prochaska JA, Norkras JC. Psychotherapy systems. Translated by Yahya Seyed Mohammadi. 8nd ed. Tehran: Ravan Publishing; 2019:154-309. [in Persian]

[17] Tickell A, Ball S, Bernard P, Kuyken W, Marx R, Pack S, et al. The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) in real-world healthcare services. ***Mindfulness*** 2020; 11: 279–90.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-19]

[18] Michalak J, Burg J, Heidenreich T. Don't forget your body: Mindfulness, embodiment, and the treatment of depression. ***Mindfulness*** 2012; 3(3): 190-9.
[19] Ghodspour Z, Najafi M, Rahimian Boogar I. Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Psychological Aspects of Quality of Life, Depression, Anxiety, and Stress Among Patients with Multiple Sclerosis. ***JPCP*** 2018; 6(4): 215-22. [in Persian]
[20] Afshari A. Comparison of the Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy and Mind-Fullness Therapy on Women's Resilience in repeated Abortions. ***IJPN*** 2018; 6(4): 11-8. [in Persian]
[21] Fakhri MK, Bahar A, Amini F. Effectiveness of Mindfulness on Happiness and Blood Sugar Level in Diabetic Patients. ***JMUMS*** 2017; 27(151): 94-104. [in Persian]
[22] Kim H. (dissertation). Client growth and alliance development in solution-focused brief family therapy. New York: Buffalo; 2006: 44-5.
[23] Wand T. Mental health nursing from a solution focused perspective. ***IJMHN*** 2010; 19(3): 210-9.
[24] Mirhashemi M, Najafi F. Efficacy of solution-centered therapy on resiliency and sense of coherence among patients with multiple sclerosis. ***MSJIAUTMB*** 2014; 24(3): 175-81. [in Persian]
[25] Akbari S. The Effectiveness of Group-Based Solution Therapy on Happiness and Quality of Life in Women with Multiple Sclerosis. M.Sc., Shahid Chamran University of Ahvaz, Faculty of Education and Psychology; 2014: 1. [in Persian]
[26] Conner KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Conner–Davidson Resilience Scale (CD-RISC). ***JDA*** 2003; 18(2): 76-82.
[27] Ahangarzadeh Rezaei S. Rasoli M. Psychometric Properties of the Perstan Version of "Conner-Davidson Resilience Scale" in adolescents with cancer. ***JUNMF*** 2015; 13(9): 739-47. [in Persian]
[28] Samani S, Jokar B, Sahragard N. Effects of Resilience on Mental Health and Life Satisfaction. ***IJPCP*** 2007; 13(3): 290-5. [in Persian]
[29] Argyle M, Martin M, Crossland J. Happiness as a function of personality and social encounters, In J, P, Forgas, J, M, Innes (Eds), Recent advances in social psychology: An international perspective, North Holland: Elsevier; 1989: 87-9.
[30] Alipoor A, Noorbala A A. A Preliminary Evaluation of the Validity and Reliability of the Oxford Happiness Questionnaire in Students in the Universities of Tehran. ***IJPCP*** 1999; 5(1 and 2):55-66.
[31] Segal Z V, Williams J M, Teasdale J D. Mindfulness Based cognitive therapy for depression. 3nd ed. New York: The Guilford Press; 2013:86.
[32] De Shazer S. Words were originally magic. 1nd ed. New York: Norton; 1994:30.
[33] Williams M, Penman D. Mindfulness: A practical guide to finding peace in a frantic world. Piatkus Books; 2012: 54-5.
[34] Kuehl BP. The Solutio-Oriented Genogram: A Collaborative Approach. ***JMFT*** 1995; 21(3): 239-50.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-19]