

## Comparison of the Effectiveness of Mindfulness-based-Cognitive-Therapy and Solution-Focused Group Therapy on the Perception of Social Support and Interpersonal Relationships among Patients with Multiple Sclerosis

Masoud Navidi-Moghadam<sup>1</sup>, Majid Saffarinia<sup>2\*</sup>, Ahmad Alipour<sup>2</sup>, Mohammad-Ali Sahraian<sup>3</sup>

1. PH.D Candidate of Psychology, Payam-e-Noor University, Tehran, Iran.
2. Professor, Department of Psychology, Payam-e-Noor University, Tehran, Iran.
3. Professor of Neurology, School of Medicine, Multiple Sclerosis Research Center, Sina Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

\***Corresponding Author:** Majid Saffarinia, Department of Psychology, Payam-e-Noor University, Tehran, Iran.

**Email:** m.saffarinia@pnu.ac.ir

**Received:** 14 February 2019

**Accepted:** 2 May 2019

**Published:** 2 June 2019

### How to cite this article:

Navidi-Moghadam M, Saffarinia M, Alipour A, Sahraian MA. Comparison of the Effectiveness of Mindfulness-based-Cognitive-Therapy and Solution-Focused Group Therapy on the Perception of Social Support and Interpersonal Relationships among Patients with Multiple Sclerosis. *Salamat Ijtimai (Community Health)*. 2019; 6(3):342-56.  
DOI: <http://doi.org/10.22037/ch.v6i3.24306>.

### Abstract

**Background and Objective:** Control impairment, reduced functional autonomy, and motor disability caused by multiple sclerosis may lead to a reduction in the psychological well-being of these patients. The purpose of this study was to compare the effectiveness of mindfulness-based-cognitive-therapy and solution-focused group therapy on the perception of social support and interpersonal relationships among patients with multiple sclerosis in Tehran in 2018.

**Materials and Methods:** This study was of semi-experimental design with pre-test and post-test and two experimental and one control groups. The statistical population of the study included multiple sclerosis multiple sclerosis patients in Tehran, among whom 45 were selected by convenience sampling method and randomly assigned to two groups (15 participants each) and one control group (including 15 participants). Mental awareness-based-cognitive-behavioral therapy group and solution-focused group therapy were trained for 8 sessions of 90 minutes each and the control group remained on the list. Data were collected using Zimet social protection perception questionnaire and Griffin and Bartholomew interpersonal relationships. Data were analyzed using SPSS software version 19 and covariance analysis tests.

**Results:** Among participants, 21 (46.7%) were male and 24 (53.3%) were female. The mean (SD) score of family support in the treatment of mind awareness increased from 12.8 (3.1) to 19.1 (4.5), the friends support from 13.7 (2.8) to 18.6 (8.2) and others support from 14.7 (4.2) to 16.9 (3.1) after the intervention ( $P=0.001$ ). In addition, in solution-focused group therapy, the family support increased from 12.5 (3.6) to 16 (3.2), the friends support from 11.9 (2.8) to 14.8 (2.4) and others support from 15.1 (2.5) to 15.7 (3.1); however, the difference was not significant. However, this reduction was greater in the treatment of the orbital solution. The mean (SD) score of anxiety in the treatment of mind awareness decreased from 34.8 (7.6) to 30.9(9.3), the affinity decreased from 35.2(6.1) to 32 (5.9) and dependency from 32.4(6.3) to 27.4 (6.7) after the intervention ( $P<0.05$ ). Also, in solution-focused group therapy, the anxiety decreased from 36.4 (8.5) to 26.4 (8.7), the affinity from 35 (5.5) to 29.8(5.7) and dependency from 32.4 (4.1) to 25.6 (6.4) after the intervention ( $P<0.05$ ).

**Conclusion:** The study showed that both interventions used in this study improved the perception of social protection and interpersonal relationships among patients with multiple sclerosis, with the difference that intervention based on mindfulness based cognitive therapy had a greater impact on family and friends support and treatment of the solution group-based circuits also had a greater impact on the improvement of dependency among patients with multiple sclerosis.

**Keywords:** Mindfulness-based-cognitive-therapy; Solution-focused-group-therapy; Perceptions of social support; Interpersonal relationships; multiple sclerosis.

**Conflict of Interest:** None of the authors has any conflict of interest to disclose.

**Ethical publication statement:** We confirm that we have read the Journal's position on issues involved in ethical publication and affirm that this report is consistent with those guidelines.

Ethical code: IR.PNU.REC.1397.051

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

## مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان راه حل مدار به شیوه گروهی بر ادراک حمایت اجتماعی و روابط بین فردی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

مسعود نویدی مقدم<sup>۱</sup>، مجید صفاری نیا<sup>۲\*</sup>، احمد علی پور<sup>۲</sup>، محمدعلی صحرائیان<sup>۳</sup>

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، مرکز تحصیلات تکمیلی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

۲. استاد گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

۳. استاد بیماری‌های مغز و اعصاب، مرکز تحقیقات مولتیپل اسکلروزیس، بیمارستان سینا، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران

\* نویسنده مسئول: مجید صفاری نیا، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

Email: m.saffarinia@pnu.ac.ir

تاریخ پذیرش: اردیبهشت ۱۳۹۸

تاریخ دریافت: بهمن ۱۳۹۷

### چکیده

**زمینه و هدف:** اختلال در کنترل، کاهش استقلال عملکردی و ناتوانی حرکتی ناشی از بیماری مولتیپل اسکلروزیس ممکن است منجر به کاهش بهزیستی روانی این بیماران شود. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و اثربخشی درمان راه حل مدار به شیوه گروهی بر ادراک حمایت اجتماعی و روابط بین فردی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شهر تهران در سال ۱۳۹۶ انجام شد.

**روش و مواد:** این مطالعه به صورت نیمه تجربی و با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه شاهد انجام شد. جامعه آماری، بیماران عضو جامعه مولتیپل اسکلروزیس شهر تهران بودند که از بین آن‌ها، ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (هر گروه ۱۵ نفر) و یک گروه شاهد (۱۵ نفر) گمارده شدند. گروه آزمایش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه آزمایش درمان راه حل مدار به شیوه گروهی، هر کدام به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت آموزش قرار گرفتند و گروه شاهد مداخله‌ای دریافت نکردند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های ادراک حمایت اجتماعی Zimet و روابط بین فردی Griffin و Bartholomew جمع‌آوری شدند و با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-19 و آزمون‌های تحلیل کوواریانس تجزیه و تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** از شرکت‌کنندگان در مطالعه ۲۱ (۴۶/۷٪) مرد و ۲۴ (۵۳/۳٪) زن بودند. میانگین (انحراف معیار) ادراک حمایت خانواده در گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی از (۳/۱) ۱۲/۸ به (۴/۵) ۱۹/۱، ادراک حمایت دوستان از (۲/۸) ۱۳/۷ به (۲/۸) ۱۸/۶ و ادراک حمایت دیگران از (۲/۴) ۱۴/۷ به (۳/۱) ۱۶/۹ بعد از مداخله افزایش یافت ( $P=0/001$ ). همچنین در گروه درمان راه حل مدار به شیوه گروهی، ادراک حمایت خانواده به ترتیب از (۳/۶) ۱۲/۵ به (۳/۲) ۱۶ و ادراک حمایت دوستان از (۲/۸) ۱۱/۹ به (۲/۴) ۱۴/۸ افزایش یافت ( $P=0/001$ ). میانگین (انحراف معیار) اضطراب در شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به ترتیب از (۷/۶) ۳۴/۸ به (۹/۳) ۳۰/۲، تمایل به نزدیکی به دیگران از (۶/۱) ۳۵/۲ به (۵/۹) ۳۲، وابستگی به تایید دیگران از (۶/۳) ۳۲/۴ به (۶/۷) ۲۷/۴ بعد از مداخله کاهش یافت ( $P<0/05$ ). در درمان راه حل مدار به ترتیب اضطراب از (۸/۵) ۳۶/۴ به (۸/۷) ۲۶/۴، تمایل به نزدیکی به دیگران از (۵/۵) ۳۵ به (۵/۷) ۲۹/۸ و وابستگی به تایید دیگران از (۴/۱) ۳۲/۴ به (۶/۴) ۲۵/۶ کاهش یافت ( $P<0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** مطالعه نشان داد که هر دو مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان راه حل مدار به شیوه گروهی، میزان ادراک حمایت اجتماعی و روابط بین فردی را در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بهبود بخشیدند، با این تفاوت که مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی دارای تأثیر بیشتری بر ادراک حمایت خانواده و دوستان بود و درمان راه حل مدار به شیوه گروهی نیز دارای تأثیر بیشتری در بهبود مؤلفه وابستگی به تایید دیگران در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بود.

**واژگان کلیدی:** شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، درمان راه حل مدار، ادراک حمایت اجتماعی، روابط بین فردی، مولتیپل اسکلروزیس.

بیماری مالتیپل اسکلروزیس یا M.S. یک بیماری التهابی، مزمن و خودایمن است که با از بین رفتن غلاف میلین دستگاه عصبی مرکزی همراه است. علت این بیماری ترکیبی از عوامل ژنتیکی و محیطی است (۱). معمولاً اولین تظاهرات این بیماری در سنین ۲۰ تا ۴۰ سالگی با علائمی چون اضطراب، ضعف، اختلال در تعادل، اختلال بینایی و افسردگی بروز می‌یابد (۲). فصل تولد در آن تأثیرگذار است به‌گونه‌ای که بیشترین آمار مربوط به متولدین فصل بهار و کمترین مربوط به متولدین فصل پاییز می‌باشد (۳). اپیدمیولوژی M.S. در دهه‌های اخیر تغییر نموده است تا آنجا که روزانه گزارشات متعددی مبنی بر افزایش میزان شیوع این بیماری در سراسر جهان منتشر می‌شود. طبق برآورد مطالعات انجام شده، در سراسر جهان ۲/۵ میلیون نفر از بیماری ام.اس رنج می‌برند (۴). انجمن ملی M.S. در سال ۲۰۱۱ اعلام کرده است که بیشتر از ۱/۲ میلیون نفر در سراسر جهان به آن مبتلا هستند. کشور ما، ایران یکی از مناطق نسبتاً شایع M.S. است. میزان ابتلا به این بیماری در ایران، به‌رغم آمار کمتر گزارش شده در بین آسیایی‌ها (۵-۳ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر)، در حدود ۱۵ تا ۳۰ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر است. طبق گزارش انجمن M.S. ایران در حدود ۴۰ هزار نفر بیمار در کشور وجود دارد که ۹۰۰۰ نفر آن‌ها ثبت شده‌اند، این رقم رو به افزایش است (۵).

عوامل روانی اجتماعی متعددی می‌توانند، بهزیستی روانی افراد را تحت تأثیر خود قرار دهند. یکی از این موارد، حمایت اجتماعی ادراک شده است. حمایت اجتماعی به‌عنوان یکی از مکانیسم‌های مقابله‌ای عاطفه نگر دارای قدرت بالقوه تأثیر بر بهزیستی روانی است. حمایت اجتماعی میزان برخورداری از محبت، توجه و مساعدت اعضای خانواده و دوستان و سایر افرادی می‌باشد که فرد از آن‌ها برخوردار است (۶). وجود حمایت اجتماعی به اطمینان و خود شایستگی‌ها برای آزمودن تجارب جدید می‌افزاید و رضایت از زندگی افراد تأثیرگذار می‌باشد. همچنین باعث افزایش میزان بقا و بهبود بهزیستی روانی افراد می‌شود. اما درک حمایت از دریافت آن بسیار مهم‌تر است. به‌عبارت دیگر درک و نگرش بیمار نسبت به حمایت دریافت شده مهم‌تر از میزان حمایت ارائه شده به وی می‌باشد (۷). مفهوم حمایت اجتماعی ادراک شده به حمایت از منظر شناختی فرد از محیط و روابطش با دیگران می‌نگرد. نظریه پردازان حمایت اجتماعی ادراک شده بر این امر اذعان دارند که تمام روابطی که فرد با دیگران دارد حمایت اجتماعی محسوب نمی‌شوند. به بیان دیگر روابط، منبع حمایت اجتماعی نیستند مگر آنکه فرد آن‌ها را به‌عنوان منبعی در دسترس یا مناسب برای رفع نیاز خود ادراک کند (۸). نشان داده شده است که درک حمایت اجتماعی می‌تواند از بروز عوارض نامطلوب فیزیولوژیکی بیماری در فرد جلوگیری نموده، میزان مراقبت از خود و اعتماد به نفس فرد را افزایش دهد و تأثیر مثبتی بر وضعیت جسمی، روانی و اجتماعی فرد بر جای گذارد و به‌طور واضح باعث افزایش عملکرد و بهبود روابط بین فردی در افراد شود (۹).

بیماران مبتلا به M.S. در تطابق با بیماری خود دچار تنش عمومی و روزافزون می‌شوند. لذا یکی از دشوارترین جنبه‌های بیماری در روابط بین فردی این بیماران اثر می‌گذارد. این بیماران در مواردی بیماری خود را از دیگران پنهان می‌کنند. به این دلیل که رقت‌انگیز جلوه‌گر شده یا مورد ترک قرار می‌گیرند، از این رو این بیماران خود را از روابط اجتماعی کنار می‌کشند. در مواردی خود افشاگری می‌تواند به سوءاستفاده از طرف اطرافیان، دوستان منجر شود. در مواردی دیگران به دلیل عدم قدرت تحمل دیدن مشکلات بیماران و وجود عقاید غیرمنطقی همچون: افرادی درمانده افسرده، از این بیماران پرهیز کرده و درست در زمان نیاز این بیماران فقدان حمایت اجتماعی را تجربه می‌کنند (۱۰). روابط صحیح و متعادل بین خانواده و فرد بیمار یکی از عوامل مؤثر در سلامت و بهداشت روانی آنان است. در بین عوامل مختلفی که در پرورش شخصیت سالم در این افراد مؤثرند، تأثیر متقابل بین فرد و خانواده و نحوه برخورد و ارتباط با آنان، از مهم‌ترین بنیادی‌ترین عوامل محسوب می‌شود. از این رو، خانواده زمان بسیار طولانی را برای انتخاب بهترین، صحیح‌ترین و مؤثرترین الگوهای ارتباطی صرف می‌کنند. در واقع نحوه ارتباط افراد با یکدیگر، در میزان حمایت و کمکی که از سوی دیگران دریافت می‌دارند، به‌طور مستقیم اثر می‌گذارد و راهی می‌گشاید تا افکارشان به سهولت تجلی‌یافته و پس از پذیرش، تحقق یابد (۱۱).

بنابراین با توجه به این که بیماری مولتیپل اسکروز اثرات همه جانبه‌ای در ابعاد مختلف زندگی فرد علی‌الخصوص مسائل مربوط به وضعیت روان‌شناختی برجای می‌گذارد، به نظر ضروری می‌رسد که با استفاده از مداخلات روانشناسی، برای بهبود وضعیت روانی این بیماران، اقدام شود. از جمله این مداخلات، می‌توان به درمان‌های شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان راه‌حل مدار اشاره کرد. درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی یک رویکرد غیر دارویی است که می‌تواند به‌عنوان یک گزینه درمانی در کمک به افزایش سلامت جسمانی، بهزیستی روانی، حمایت اجتماعی و روابط بین فردی در این بیماران مورد توجه قرار گیرد (۱۲). ذهن آگاهی به علت سازوکارهای نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت‌زدایی، حضور در لحظه و مشاهده گری بدون داوری می‌تواند ضمن کاهش علائم و پیامدهای پس از بیماری اثربخشی درمان را افزایش داده و به پیشگیری از عود بیماری کمک کند. با استفاده از تمرین‌های مبتنی بر ذهن آگاهی فرد یاد می‌گیرد که پاسخ‌هایی جایگزین ناراحتی‌های هیجانی بدهد و پاسخ‌های شرطی شده را کاهش می‌یابد. در ذهن آگاهی افراد یاد می‌گیرند که تجربیات را به‌عنوان تجربیات مجزا از خود و به‌عنوان یک حالت گذرا و موضوعی برای تغییر بپذیرند (۱۳). شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مهارت‌های پیشگیری از عود شناختی رفتاری (به‌عنوان مثال شناسایی کردن موقعیت‌های پرخطر و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای) و مراقبه ذهن آگاهانه محوریت پیدا کرده است. تمرینات ذهن آگاهی به دنبال افزایش پذیرش آگاهی متمایز از طریق تمرکز خاص بر ناراحتی‌های جسمی و هیجانی است و به مراجعین می‌آموزد که وضعیت‌های هیجانی، جسمانی و شناختی را بدون واکنش غیرارادی مورد مشاهده قرار دهند (۱۴). مطالعات نشان می‌دهد که درمان ذهن آگاهی با انواع پیامدهای سلامتی نظیر کاهش درد، اضطراب و افسردگی (۱۵) و استرس (۱۶) و بهبود توانبخشی (۱۷) ارتباط دارد. همچنین ذهن آگاهی، خلق را بهبود می‌بخشد و آموزش کوتاه‌مدت آن، افسردگی را کاهش می‌دهد و باعث افزایش بهزیستی روانی بیماران M.S. می‌شود و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی به بهبود نشانه‌های استرس، اضطراب و افزایش اعتمادبه‌نفس و بهبود کیفیت زندگی منجر می‌شود (۱۸).

از سوی دیگر درمان کوتاه‌مدت راه‌حل محور نیز یک رویکرد آینده محور و هدف محور است که بر راه‌حل‌ها و ساخت مقیاس‌هایی برای اندازه‌گیری پیشرفت مراجع تمرکز می‌کند. در درمان راه‌حل محور، یک مسئله به‌عنوان استثنای مسئله مفهوم‌سازی می‌شود. اگر موارد استثناء تقویت و مشخص شوند، سپس راه‌حل مسئله می‌تواند در حالتی مؤثر و کارآمد آورده شود (۱۹). در این درمان فرض بر این است که مراجعین قادر به شناسایی بهترین اهداف شخصی خود هستند. نتایج تحقیقات نشان می‌دهد، این رویکرد حتی در موارد اورژانس نیز می‌تواند نتایج مطلوبی را به همراه داشته باشد. رویکرد کوتاه‌مدت راه‌حل محور مراجعین را آسیب‌شناسی نمی‌کند، بلکه آنان را به‌عنوان یک فرد گرفتار در پرداختن به مشکلات می‌پندارد (۲۰).

مطالعات زیادی بر روی عوامل روان‌شناختی مؤثر بر این بیماری در سراسر جهان انجام شده است، اما به نظر می‌رسد در ایران تعداد این مطالعات چندان زیاد نیست. پژوهش حاضر در نظر دارد وضعیت برخی از این متغیرها را در بیماران ایرانی مبتلا به مولتیپل اسکروزیس مطالعه کرده و با استفاده از آن‌ها میزان سازگاری در بیماران را پیش‌بینی نماید. با توجه به این که کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس، علاوه بر ناتوانی فیزیکی از عوامل روان‌شناختی و محیطی غیر مرتبط با بیماری، نیز تأثیر می‌پذیرد و در حال حاضر روش‌های درمانی غیر دارویی متعددی، از قبیل روش‌های مختلف روان‌درمانی، برای افزایش سازگاری وجود دارد و به این وسیله می‌توان به ارتقای بهزیستی روانی این افراد کمک کرد، توجه به این عوامل و اصلاح به‌موقع آن‌ها امری ضروری است که کارآمدی و استقلال افراد مبتلا را افزایش می‌دهد. در ضمن، هیچ‌یک از مطالعات بررسی شده، ترکیبی از عوامل شخصی و محیطی را در پیش‌بینی سازگاری افراد مبتلا به بیماری مولتیپل اسکروزیس بررسی نکرده‌اند و مشخص نیست کدام دسته از این عوامل بیشتر است. بنابراین این مطالعه با هدف مقایسه اثربخشی دو روش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان راه‌حل مدار به شیوه گروهی بر ادراک حمایت اجتماعی و روابط بین فردی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس M.S. انجام شد.

## روش و مواد

این مطالعه به صورت نیمه تجربی با طرح پیش آزمون-پس آزمون سه گروهی، دو گروه آزمایش و یک گروه شاهد انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس M.S. در سال ۹۵-۱۳۹۴ که به انجمن M.S. ایران در شهر تهران مراجعه کرده بودند، تشکیل دادند. تعداد نمونه پژوهش بر اساس اندازه اثر ۰/۲۵، آلفای ۰/۰۵ و توان ۰/۸۰ در سه گروه، ۴۵ نفر برآورد گردید که برای هر گروه ۱۵ نفر تعیین گردید. معیارهای ورود به پژوهش شامل: محدوده سن ۲۰-۴۰ سال، حداقل سابقه شش ماهه بیماری مولتیپل اسکلروزیس، حداقل تحصیلات سوم راهنمایی و توانایی جسمانی و روانی کافی برای نوشتن و مبتلا به نوع متوسط مولتیپل اسکلروزیس از لحاظ شدت ناتوانی و علائم بیماری، گرفتن دو نمره انحراف معیار پایین‌تر از میانگین در پرسشنامه‌های حمایت اجتماعی و روابط بین فردی، داشتن بصیرت کافی و توانایی لازم برای همکاری در مطالعه در نظر گرفته شد. معیارهای خروج شامل عود بیماری و شدید شدن شدت ناتوانی از حالت ناتوانی متوسط به ناتوانی شدید بود. از شرکت کنندگان در مطالعه رضایت نامه کتبی اخذ شد و شرکت در مطالعه داوطلبانه بود و شرکت کنندگان هر زمان که تمایل داشتند می‌توانستند از مطالعه خارج شوند. این اطمینان به شرکت کنندگان داده شد که اطلاعات به صورت محرمانه باقی خواهد ماند. در این پژوهش بیماران با توجه به معیارهای ورود به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند، بدین طریق که محقق به مدت یک هفته در انجمن M.S. حضور یافت و با بیماران مراجعه کننده مذاکره و در صورت تمایل آن‌ها، از نظر معیارهای ورود مورد بررسی قرار می‌گرفتند و در صورت واجد شرایط بودن وارد پژوهش می‌گردیدند، و سپس به صورت تخصیص تصادفی با استفاده از قرعه‌کشی در دو گروه آزمایش و یک گروه شاهد قرار می‌گرفتند، پس از انتخاب ۴۵ نفر به شکل فوق نمونه‌گیری متوقف گردید. اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه ای ادراک حمایت اجتماعی و روابط بین فردی قبل از ورود به مطالعه برای هر یک از شرکت کنندگان تکمیل گردید. گروه آزمایش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی شامل ۱۵ نفر بودند که به مدت هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و گروه آزمایش درمان راه حل مدار به شیوه گروهی نیز شامل ۱۵ نفر که به مدت هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای یک بار در هفته آموزش دیدند و گروه شاهد (۱۵ نفر) نیز در لیست انتظار باقی ماندند. یک هفته پس از اتمام آموزش در گروه آزمایش، پرسشنامه های مذکور مجدداً برای هر دو گروه آزمایش و گروه شاهد اجرا گردید. در ضمن جهت رعایت موازین اخلاقی برای گروه شاهد نیز سه جلسه آموزش گذاشته شد. برنامه‌های درمان شامل اهداف زیر بودند: درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی: ۱. آشنایی با هدایت خودکار و نحوه معطوف ساختن توجه به قسمت‌های مختلف بدن، ۲. تمرکز بیشتر بر بدن و کنترل بیشتر واکنش نسبت به وقایع روزانه، ۳. تمرکز عمدانه آگاهی بر تنفس، تمرکز و یکپارچه بودن بیشتر، ۴. آموزش حضور ذهن و اجتناب از حواس‌پرتی، ۵. آموزش اجازه حضور به تجربه همان‌طور که هست، بدون قضاوت یا تغییر در آن، ۶. آشنایی شرکت کنندگان با نحوه‌ای که خلق و افکار تجربه را محدود می‌کند، ۷. مرور نشانیان عود و بیماری، ۸. آموزش نحوه تمرین منظم ذهن آگاهی.

درمان راه حل مدار: ۱. تعیین چارچوب‌ها و بیان اصول کلی مشاوره راه حل مدار، ۲. تدوین اهداف به صورت مثبت، معین، ملموس و قابل اندازه‌گیری، ۳. حذف الگوهای مخل رفتاری با استفاده از پرسش معجزه‌آسا، ۴. پی بردن به وجود استثنائات مثبت در زندگی و افزایش سطح امیدواری آنان و کاهش حوزه مشکلات، ۵. پی بردن به توانمندی‌های خود و توانایی تحسین یکدیگر در زمان‌های لازم، ۶. شرکت کنندگان راه و روش دیگری را برای طرز تفکر، احساس و عملکرد و رفتار خود در پیش گیرند و با به کار بردن واژه بسیار مهم (بجای) احساسات جدیدی را تجربه نمایند، ۷. دست پیدا کردن درک روشنی از تغییرات ایجاد شده در زندگی توسط خودشان و پی بردن به مهارت‌های فردی که برای ایجاد تغییرات به کار بسته‌اند، ۸. جمع‌بندی مطالب گذشته، نتیجه‌گیری و اجرای پس‌آزمون.

داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های ادراک حمایت اجتماعی و روابط بین فردی جمع‌آوری گردید:

**ادراک حمایت اجتماعی:** مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده چندبعدی یک ابزار ۱۲ گویه‌ای است که به منظور ارزیابی حمایت اجتماعی ادراک شده از سه منبع خانواده، دوستان و افراد مهم در زندگی توسط Zimet و همکاران (۱۹۸۸) تهیه شده



است. این مقیاس میزان حمایت اجتماعی ادراک‌شده‌ی فرد را در هر یک از سه حیطة مذکور در طیف ۷ گزینه‌ای کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم می‌سنجد. برای به دست آوردن نمره کل این مقیاس، نمره همه گویه‌ها با هم جمع شده و بر تعداد آن‌ها (۱۲) تقسیم می‌شود. نمره هر زیر مقیاس نیز از حاصل جمع نمرات گویه‌های مربوط به آن تقسیم بر تعداد گویه‌های آن زیرمقیاس (۴) به دست می‌آید. روایی و پایایی این مقیاس توسط زیمت و همکاران در حد مطلوب گزارش شده است. رستمی و همکاران ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های حمایت اجتماعی را بین ۰/۷۶ تا ۰/۸۹. به دست آورده‌اند (۲۸). سلیمی و همکاران پایایی مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای سه بعد حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۶ و ۰/۸۲. گزارش کرده‌اند (۲۱). ضریب آلفای کرونباخ در مطالعه حاضر بین ۰/۸۱ تا ۰/۸۶ به دست آمد.

**پرسشنامه مقیاس‌های رابطه:** این پرسشنامه که توسط Griffin و Bartholomew (۱۹۹۴) طراحی شده دارای ۳۰ ماده برای سنجش احساسات درباره روابط نزدیک است (۲۲). ماده‌های این پرسشنامه بر اساس مقیاس Hazan & Shaver، پرسشنامه رابطه Bartholomew و Horowitz و مقیاس بازنگری شده سبک دلبستگی بزرگسال Collins & Read ساخته شده است. این پرسشنامه حاوی ۳۰ سؤال، مشتمل بر ۱۰ سؤال در هر حیطة اضطراب، تمایل به نزدیکی به دیگران و وابستگی به تایید دیگران است. در مواقعی که تمایل به نزدیکی با دیگران بالا باشد منجر به افزایش وابستگی به دیگران می‌گردد. پاسخ به هر ماده بر روی یک طیف لیکرت از اصلاً (نمره ۱) تا خیلی زیاد (نمره ۵) قرار می‌گیرد. با محاسبه میانگین ماده‌های مربوط به هر سبک، نمره آن سبک به دست می‌آید که بین ۱۰ تا ۵۰ می‌باشد. البته با توجه به دیدگاه ابعادی Bartholomew، در صورت ضرورت به منظور تعیین سبک دلبستگی افراد باید بالاترین نمره، مدنظر قرار گیرد. در پژوهش‌هایی که در خارج از ایران صورت گرفته، همسانی درونی دو بعد اضطراب و اجتناب در دامنه بین ۰/۹۰ و ۰/۸۵ به دست آمده است. اعتبار بازآزمایی این پرسشنامه نیز بین ۰/۷۸ و ۰/۵۴ متغیر بوده و ضرایب همبستگی پرسشنامه مقیاس‌های رابطه‌ای پرسشنامه رابطه از ۰/۶۱ تا ۰/۴۱ متفاوت است (۲۳). ضریب آلفای کرونباخ در مطالعه حاضر ۰/۸۳ به دست آمد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-19 و آزمون‌های توصیفی و تحلیل کوواریانس تجزیه و تحلیل شدند.

### یافته‌ها

از شرکت کنندگان در مطالعه ۲۱ (۴۶/۷٪) مرد و ۲۴ (۵۳/۳٪) زن بودند. میانگین (انحراف معیار) سن مردان (۶/۱) ۳۵/۷ و زنان (۳/۹) ۳۵/۸ سال بود. به منظور بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد که در همه موارد فرض تساوی واریانس‌ها برقرار بود. جدول شماره ۱ مقایسه مؤلفه‌های ادراک حمایت اجتماعی را قبل و بعد از مداخله نشان می‌دهد.

جدول شماره ۱- مقایسه ادراک حمایت اجتماعی قبل و بعد از مداخله و پیگیری در افراد شرکت کننده در مطالعه

P	پیگیری (انحراف معیار) میانگین	مداخله		گروه	متغیر
		بعد از مداخله (انحراف معیار) میانگین	قبل از مداخله (انحراف معیار) میانگین		
۰/۰۰۱	۱۹/۵ (۴)	۱۹/۱ (۴/۵)	۱۲/۸ (۳/۱)	درمان ذهن آگاهی	ادراک حمایت
۰/۰۰۱	۱۵/۸ (۳/۹)	۱۶ (۳/۲)	۱۲/۵ (۳/۶)	درمان راه حل مدار	خانواده شاهد
۰/۰۹	۱۲/۷ (۳/۴)	۱۲/۹ (۳/۲)	۱۳/۷ (۳/۴)	شاهد	
۰/۰۰۱	۱۸/۹ (۲/۸)	۱۸/۶ (۲/۸)	۱۳/۷ (۲/۸)	درمان ذهن آگاهی	ادراک حمایت
۰/۰۰۱	۱۶/۱ (۲/۹)	۱۴/۸ (۲/۴)	۱۱/۹ (۲/۸)	درمان راه حل مدار	دوستان شاهد
۰/۱۲	۱۳/۷ (۲/۵)	۱۳/۳ (۲/۳)	۱۲/۹ (۲/۴)	شاهد	
۰/۰۰۱	۱۷/۷ (۳/۵)	۱۶/۹ (۳/۱)	۱۴/۷ (۲/۴)	درمان ذهن آگاهی	ادراک حمایت
۰/۱۴	۱۵/۵ (۳/۱)	۱۵/۷ (۳/۱)	۱۵/۱ (۲/۵)	درمان راه حل مدار	دیگران شاهد
۰/۱۷	۱۴/۲ (۲/۳)	۱۴/۱ (۲/۳)	۱۴/۲ (۳/۱)	شاهد	

جدول شماره ۲- آزمون تحلیل واریانس مختلط نمرات ادراک حمایت اجتماعی

شاخص آماری						منبع تغییر	متغیر
ضریب اینتا	P	F	MS	df	SS		
۰/۳۸	۰/۰۰۱	۱۳/۳۷	۲۱۱/۹۱	۲	۴۲۳/۸۴	گروه	ادراک حمایت
۰/۴۲	۰/۰۰۱	۳۱/۲۷	۱۶۴/۱۶	۱/۹۶	۳۲۲/۳۲	تکرار اندازه‌گیری	خانواده
۰/۳۹	۰/۰۰۱	۱۳/۶۶	۱۷۴/۶۰	۲	۳۴۹/۲۰	گروه	ادراک حمایت
۰/۵۵	۰/۰۰۱	۵۲/۸۳	۱۸۹/۶۹	۱/۵۷	۲۹۳/۵۱	تکرار اندازه‌گیری	دوستان
۰/۰۹	۰/۱۴	۲/۲۹	۳۸/۷۱	۲	۷۹/۴۳	گروه	ادراک حمایت
۰/۰۴	۰/۱۷	۱/۸۵	۹/۶۲	۱/۴۸	۱۴/۲۳	تکرار اندازه‌گیری	دیگران

نتایج جدول شماره ۲ نشان می‌دهد، اثرات اصلی گروه و همچنین اثر درون آزمودنی در متغیرهای ادراک حمایت خانواده و حمایت دوستان معنادار می‌باشد. با توجه به ضریب F محاسبه‌شده، مشاهده می‌شود که میانگین‌های ادراک حمایت خانواده و حمایت دوستان در سه مرحله اندازه‌گیری افزایش مشاهده می‌شود ( $P < 0.05$ ). همچنین بین میانگین‌های ادراک حمایت خانواده و حمایت دوستان شرکت‌کنندگان برحسب عضویت گروهی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و شاهد تفاوت معناداری مشاهده می‌شود ( $P < 0.05$ ). به طوری که ادراک حمایت خانواده در هر دو گروه درمان بیشتر افزایش یافته است. بنابراین هر دو درمان ذهن آگاهی و راه حل مدار موجب افزایش ادراک حمایت خانواده و حمایت دوستان در بیماران مبتلابه مولتیپل اسکلروزیس شده اند.

با توجه اینکه در اثر بین گروهی، سه گروه مقایسه شدند، و در اثر درون گروهی سه مرحله اندازه‌گیری مقایسه شد در جدول زیر به‌منظور مقایسه دوده‌دوی مراحل اندازه‌گیری و گروه‌ها در متغیرهای حمایت خانواده و حمایت دوستان، از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد.

جدول شماره ۳- نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه میانگین‌های مؤلفه‌های معنادار شده در سه مرحله

اندازه‌گیری و سه گروه مورد مقایسه

متغیر	مقایسه	گروه‌های مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	سطح معنی‌داری
ادراک حمایت خانواده	بین گروهی	ذهن آگاهی - شاهد	۴/۳۳	۰/۰۰۱
		ذهن آگاهی - راه‌حل مدار	۲/۳۷	۰/۰۲
		راه‌حل مدار - شاهد	۱/۹۵	۰/۰۳
ادراک حمایت دوستان	بین گروهی	ذهن آگاهی - شاهد	۳/۸۰	۰/۰۰۱
		ذهن آگاهی - راه‌حل مدار	۲/۸۱	۰/۰۰۲
		راه‌حل مدار - شاهد	۱/۰۱	۰/۰۴
ادراک حمایت خانواده	درون گروهی	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۳/۲۶	۰/۰۰۱
		پیش‌آزمون - پیگیری	۳/۲۸	۰/۰۰۱
		پس‌آزمون - پیگیری	۰/۰۲	۰/۹۹
ادراک حمایت دوستان	درون گروهی	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۲/۷۱	۰/۰۰۱
		پیش‌آزمون - پیگیری	۳/۴۲	۰/۰۰۱
		پس‌آزمون - پیگیری	۰/۷۱	۰/۰۶

همان‌گونه که در جدول شماره ۳ دیده می‌شود، تفاوت بین گروهی از نظر ادراک حمایت دوستان و حمایت خانواده در بین گروه‌های آزمایش و گروه شاهد معنادار می‌باشد یعنی مداخله‌های ذهن آگاهی و راه حل مدار باعث افزایش ادراک حمایت دوستان و حمایت خانواده شده اند ( $P < 0.05$ ) اما در گروه شاهد، تفاوتی مشاهده نشد. همچنین تفاوت بین دو گروه آزمایش

ذهن آگاهی - راه حل مدار در متغیرهای ادراک حمایت خانواده و حمایت دوستان معنادار است. بر اساس میانگین‌ها می‌توان گفت اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر ادراک حمایت خانواده و دوستان بیشتر از اثربخشی درمان راه حل مدار بوده است ( $P < 0.05$ ). همچنین نتیجه مقایسه‌های دوبه‌دوی درون‌گروهی نشان می‌دهد، در هر دو گروه ذهن آگاهی و راه حل مدار، میزان ادراک حمایت خانواده و دوستان در پس‌آزمون و مرحله پیگیری افزایش داشته است ( $P < 0.05$ ).

#### جدول شماره ۴ - مقایسه روابط بین فردی قبل و بعد از مداخله و پیگیری در افراد شرکت‌کننده در مطالعه

متغیر	گروه	قبل از مداخله (انحراف معیار) میانگین	بعد از مداخله (انحراف معیار) میانگین	پیگیری (انحراف معیار) میانگین	P
اضطراب	درمان ذهن آگاهی	۳۴/۸ (۷/۶)	۳۰/۲ (۹/۳)	۳۲/۴ (۹/۳)	۰/۰۰۲
	درمان راه حل مدار	۳۶/۴ (۸/۵)	۲۶/۴ (۸/۷)	۲۷/۶ (۸/۲)	۰/۰۰۱
	شاهد	۳۴ (۹/۳)	۳۳/۶ (۸/۸)	۳۳/۸ (۹)	۰/۲۶
تمایل به نزدیکی به دیگران	درمان ذهن آگاهی	۳۵/۲ (۶/۱)	۳۲ (۵/۹)	۳۲/۴ (۶/۳)	۰/۰۰۴
	درمان راه حل مدار	۳۵ (۵/۵)	۲۹/۸ (۵/۷)	۳۰ (۵/۱)	۰/۰۰۱
	شاهد	۳۵ (۵/۳)	۳۶/۸ (۵/۵)	۳۶/۶ (۵/۳)	۰/۳
وابستگی به تایید دیگران	درمان ذهن آگاهی	۳۲/۴ (۲۶/۳)	۲۷/۴ (۶/۷)	۲۸/۲ (۷/۴)	۰/۰۰۴
	درمان راه حل مدار	۳۲/۴ (۴/۱)	۲۵/۶ (۶/۴)	۲۶/۸ (۵/۳)	۰/۰۰۵
	شاهد	۳۲/۸ (۶/۱)	۳۲/۴ (۵/۵)	۳۲/۴ (۵/۶)	۰/۱۷

#### جدول شماره ۵ - آزمون تحلیل واریانس مختلط نمرات روابط بین فردی

متغیر	منبع تغییر	شاخص آماری عوامل	SS	df	MS	F	P	ضریب ایتا
اضطراب	بین گروهی	گروه	۳۱۰/۰	۲	۱۵۵/۰۱	۱/۳۹	۰/۲۶	۰/۰۶
	درون گروهی	تکرار اندازه‌گیری	۶۱۳/۲	۱/۳۷	۴۴۵/۹۲	۸/۵۶	۰/۰۰۲	۰/۱۷
تمایل به نزدیکی به دیگران	بین گروهی	گروه	۴۸۱/۷	۲	۲۴۰/۸۰	۶/۴۳	۰/۰۰۴	۰/۲۳
	درون گروهی	تکرار اندازه‌گیری	۱۴۵/۲	۱/۸۷	۷۷/۴۶	۹/۴۴	۰/۰۰۱	۰/۱۸
وابستگی به تایید دیگران	بین گروهی	گروه	۴۲۲/۹	۲	۲۱۱/۴۶	۳/۲۱	۰/۰۴	۰/۱۵
	درون گروهی	تکرار اندازه‌گیری	۴۸۵/۵	۱/۲۱	۳۷۹/۲۱	۷/۶۲	۰/۰۰۵	۰/۱۵

نتایج جدول شماره ۵ نشان می‌دهد، اثرات اصلی گروه و همچنین اثر درون آزمودنی در متغیرهای وابستگی به تایید دیگران و تمایل به نزدیکی به دیگران معنادار می‌باشد. با توجه به ضریب F محاسبه‌شده، مشاهده می‌شود که بین میانگین‌های اضطراب، وابستگی به تایید دیگران و تمایل به نزدیکی به دیگران در سه مرحله اندازه‌گیری تفاوت معناداری وجود داشت ( $P < 0.05$ ). همچنین بین میانگین‌های وابستگی به تایید دیگران و تمایل به نزدیکی به دیگران شرکت‌کنندگان برحسب عضویت گروهی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و شاهد تفاوت معناداری مشاهده می‌شود ( $P < 0.05$ ). به این معنی که دو مؤلفه تمایل به نزدیکی به دیگران و وابستگی به تایید دیگران با هر دو روش درمانی کاهش یافته‌اند.

با توجه اینکه در اثر بین گروهی، سه گروه مقایسه شدند، و در اثر درون گروهی سه مرحله اندازه‌گیری مقایسه شد در جدول ۵ به منظور مقایسه دوبه‌دوی مراحل اندازه‌گیری و گروه‌ها در متغیرهای وابستگی به تایید دیگران و تمایل به نزدیکی به دیگران، از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد.

همان‌گونه که در جدول شماره ۶ دیده می‌شود، تفاوت بین گروهی از نظر تمایل به نزدیکی به دیگران و وابستگی به تایید دیگران در بین گروه‌های آزمایش و گروه شاهد معنادار می‌باشد یعنی مداخله‌های ذهن آگاهی و راه حل مدار باعث کاهش تمایل به نزدیکی به دیگران و وابستگی به تایید دیگران شده‌اند ( $P < 0.05$ ) اما در گروه شاهد، تفاوتی مشاهده نشد. همچنین تفاوت بین دو گروه آزمایش ذهن آگاهی - راه حل مدار در متغیر وابستگی به تایید دیگران معنادار است. بر اساس



میانگین‌ها می‌توان گفت اثربخشی درمان راه حل مدار بر وابستگی به تایید دیگران بیشتر از اثربخشی درمان ذهن آگاهی بوده است ( $P < 0/05$ ). همچنین نتیجه‌ی مقایسه‌های دوبه‌دوی درون‌گروهی نشان می‌دهد مراحل پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیش‌آزمون - پیگیری تفاوت معنی‌دار می‌باشد ( $P < 0/05$ ). اما، تفاوت بین مراحل پس‌آزمون - پیگیری نمی‌باشد که بیانگر ماندگاری اثر درمان در هر دو گروه در مرحله‌ی پیگیری می‌باشد.

#### جدول شماره ۶- نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه میانگین‌های مؤلفه‌های معنادار شده در سه مرحله اندازه‌گیری و سه گروه مورد مقایسه

متغیر	مقایسه	گروه‌های مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	سطح معنی‌داری
		ذهن آگاهی - شاهد	۳/۰۶	۰/۰۲
وابستگی به تایید دیگران	بین گروهی	ذهن آگاهی - راه‌حل مدار	۱/۴۶	۰/۰۴
		راه‌حل مدار - شاهد	۴/۵۳	۰/۰۰۳
		ذهن آگاهی - شاهد	۳/۲۰	۰/۰۱
تمایل به نزدیکی به دیگران	بین گروهی	ذهن آگاهی - راه‌حل مدار	۰/۹۳	۰/۲۶
		راه‌حل مدار - شاهد	۴/۱۳	۰/۰۰۴
		پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۲/۲۰	۰/۰۰۵
وابستگی به تایید دیگران	درون گروهی	پیش‌آزمون - پیگیری	۲/۲۱	۰/۰۰۱
		پس‌آزمون - پیگیری	۰/۰۱	۰/۹۹
		پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۴/۲۰	۰/۰۱
تمایل به نزدیکی به دیگران	درون گروهی	پیش‌آزمون - پیگیری	۳/۵۳	۰/۰۱
		پس‌آزمون - پیگیری	۰/۶۶	۰/۵۹

#### بحث

مطالعه نشان داد میانگین (انحراف معیار) ادراک حمایت خانواده در شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی از (۳/۱) ۱۲/۸ قبل از مداخله به (۴/۵) ۱۹/۱ بعد از مداخله و (۴) ۱۹/۵ در پیگیری افزایش یافت و در درمان راه حل مدار به شیوه گروهی از (۳/۶) ۱۲/۵ قبل از مداخله به (۳/۲) ۱۶ بعد از مداخله افزایش یافت ولی در مرحله پیگیری به (۳/۹) ۱۵/۸ کاهش یافت. همچنین میانگین (انحراف معیار) ادراک حمایت دوستان در شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی از (۲/۸) ۱۳/۷ قبل از مداخله به (۲/۸) ۱۸/۶ بعد از مداخله و (۲/۸) ۱۸/۹ در پیگیری و در درمان راه حل مدار از (۲/۸) ۱۱/۹ قبل از مداخله به (۲/۴) ۱۴/۸ بعد از مداخله و (۲/۹) ۱۶/۱ در مرحله پیگیری افزایش یافت. میانگین (انحراف معیار) ادراک حمایت دیگران در شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی از (۲/۴) ۱۴/۷ قبل از مداخله به (۳/۱) ۱۶/۹ بعد از مداخله و (۳/۵) ۱۷/۷ در پیگیری افزایش یافت، ولی تغییرات در گروه درمان راه حل مدار معنی‌دار نبود. تفاوت بین گروهی از نظر ادراک حمایت دوستان و ادراک حمایت خانواده در بین گروه‌های آزمایش و گروه شاهد معنادار می‌باشد، یعنی مداخله‌های شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان راه حل مدار به شیوه گروهی باعث افزایش ادراک حمایت دوستان و ادراک حمایت خانواده شده‌اند، اما در گروه شاهد، تفاوتی مشاهده نشد. همچنین تفاوت بین دو گروه آزمایش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان راه‌حل مدار به شیوه گروهی در متغیرهای ادراک حمایت خانواده و ادراک حمایت دوستان معنادار است. بر اساس میانگین‌ها می‌توان گفت اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر حمایت خانواده و دوستان بیشتر از اثربخشی درمان راه حل مدار بوده است.

درمان راه حل مدار معتقد است که مراجعان شایستگی‌ها و خلاقیت‌های لازم برای تغییر را در درون خود دارند. بر اساس دیدگاه راه حل محور تغییر و دگرگونی امری اجتناب‌ناپذیر بوده و مخصوصاً تغییرات سازنده امکان‌پذیر است. لذا در این نوع درمان تمرکز به جای زمینه‌های سخت و غیر قابل تغییر بر روی مسائلی است که احتمال تغییر در آن‌ها وجود دارد. به همین علت است که درمان راه حل محور به مشاوره امیدواری شهرت پیدا کرده است (۲۴). در مطالعه خانیکی و همکاران که با مشارکت کودکان کار انجام شد، نشان داده شد که درمان راه حل مدار بر ادراک حمایت اجتماعی تأثیر اندکی دارد

(۲۵). می توان به این نکته اشاره کرد که برای دستیابی به اثر مطلوب درمان راه حل مدار بر ادراک حمایت اجتماعی شاید نیاز به جلسات مشاوره بیشتری باشد. در این مطالعه سعی بر آن بود که در گروه درمان راه حل مدار فضایی مناسب فراهم شود تا اعضاء بتوانند در جوی آرام، بدون قضاوت و داوری، با مطرح کردن احساسات، افکار، عقاید و مشکلات خود و دریافت همدلی و بازخورد مناسب از سوی اعضاء و رهبر گروه، خودپنداره مثبت در آنها تشکیل شود و این تصور در آنها ایجاد شود که از سوی اعضاء گروه درک و پذیرفته شده اند، در نتیجه به درون ریزی عواطف و هیجانات خود خاتمه دهند، همچنین آنها برای کمک به دوستان خود احساس مسئولیت کنند و در پی حل مشکلات یکدیگر برآیند، که این امر در ایجاد انسجام گروهی، افزایش خودباوری و عزت نفس، کاهش احساس تنهایی و در نتیجه تقویت حمایت اجتماعی اعضا موثر بود. بسیاری از مشکلات بیماران از مسائل بین فردی نشات می گیرد و به برقراری یا حفظ رابطه صمیمانه با دیگران مربوط می شود آنها ممکن است ندانند چگونه با افرادی زندگی کنند که دوستشان دارند و احساسات درونی خود را با آنها در میان بگذارند. گروه نوعی آزمایشگاه طبیعی است، که با ارائه اطلاعات لازم درباره بیماری و نحوه مقابله با مشکلات گوناگون، نحوه تعامل های اجتماعی مناسب، مبارزه با توقعات غیرواقعی گرایانه و نگرش های نامعقول و نحوه ابراز صحیح احساسات و عواطف، فرصتی مناسب برای رشد فکری، عاطفی و روانی اعضاء فراهم می آورد. همچنین، زمانی که افراد در گروه قرار می گیرند بر رفتار دیگران تأثیر می گذارند و همچنین از رهبر گروه و سایر اعضا تأثیر می پذیرند، آنها همدلی، توجه و احترام متقابل را از یکدیگر دریافت می کنند و احساس می کنند، در داشتن مشکلات تنها نیستند و می توانند مشکلات خود را به راحتی بیان کنند و راه حل هایی برای مشکلات یکدیگر ارائه دهند و از این طریق حس ارزشمندی و خودکارآمدی در آنها تقویت می شود (۲۶).

در تبیین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود حمایت اجتماعی بیماران مبتلابه M.S. می توان به چند نکته اشاره نمود. در این مدل درمانی، مشارکت کنندگان با مشاهده دقیق واقعیت درونی خود درمی یابند که هیجانات مثبت از قبیل شادی، حمایت اجتماعی از سوی دیگران، کیفیتی نیستند که وابسته به عناصر بیرونی و تغییرات دنیای بیرون باشند. هیجانات خوشایند، زمانی تجربه می شوند که فرد وابستگی به افکار، موضع گرفتن و برنامه های ذهنی از پیش تعیین شده را رها کند و در نتیجه رفتارهای خودکاری را که برای رسیدن به موقعیت های لذت آور یا فرار از موقعیت های دردناک انجام می دهد، کنار بگذارد و به یک نوع رهایی برسد. تمرینات ذهن آگاهی موجب شد تا بیماران مبتلابه M.S. نسبت به افکار و احساساتشان هوشیارتر شوند و آنها را صرفاً به صورت رویدادهای ذهنی در نظر بگیرند و نه جنبه هایی از «خود». در نتیجه، نحوه ارتباط آنها با افکارشان تغییر کرد و باعث شد به مسائل منفی و رویدادهای ناخوشایند که موجب اثرات منفی بر کلیت حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی آنها می شد، واقع بینانه تر و با حالتی از پذیرش و به دور از قضاوت پاسخ دهند. همچنین، بیماران مبتلا به M.S. در طی تمرینات ذهن آگاهی آموختند که افکار واقعیت خارجی ندارد و ساخته و پرداخته ذهن آنها است. در نتیجه در مواجهه با موقعیت های تنش زا این تغییر را پیدا کردند که با اتخاذ موضع غیر قضاوتی و مشاهده گرانه از کنار افکار خود رد شوند و صرفاً به تماشای آنها بپردازند، بدون این که الزاماً طبق آنچه افکارشان دستور می دهد، رفتار کنند (۲۷).

حال سؤال مهم این است که سازوکار تأثیر روان درمانی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود حمایت اجتماعی در بیماران مبتلا به M.S. چیست؟ بیماری M.S. مسئله بغرنجی است که می تواند پیامدهای روان شناختی بسیاری به همراه داشته باشد. احساس ناتوانی در زندگی و واکنش های اجتماعی رایج در جامعه نسبت به این دسته از بیماران زمینه ساز بسیاری از فشارهای روانی برای این گروه است و موجب کاهش کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی در آنان می شود. بر اساس مداخلات روان شناختی بر حمایت اجتماعی بیماران مبتلا به M.S. مؤثر است و همچنین در این افراد میزان حمایت اجتماعی دوستان و خانواده نیز افزایش می یابد (۲۸). با توجه به اهمیت ارتباط ذهن و بدن در پدیده بیماری M.S.، در سال های اخیر توجه قابل ملاحظه ای به نقش عوامل روان شناختی در زمینه این بیماری شده است و دانش پزشکی ارتباط بین بیماری M.S. و عوامل روان شناختی را مطرح می کند (۲۹). Zinn Kabat (۱۵)، معتقد است فنون ذهن آگاهی با فراهم آوردن فرصتی برای

مراقبه، در افزایش آرام بخشی عضلانی و کاهش نگرانی، استرس و اضطراب مؤثر می‌باشد. تمرینات ذهن آگاهی با حذف یا کاهش احساسات ملال‌انگیز ناشی از بیماری M.S. می‌تواند کمک قابل توجهی به این گروه از بیماران و بهبود حمایت اجتماعی بنماید. همچنین با توجه به پیشینه پژوهشی که حاکی از کاهش نشانه‌های افسردگی و اضطراب در اثر تمرینات ذهن آگاهی می‌باشد، نیز می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که تمرینات ذهن آگاهی به‌صورت غیرمستقیم بر بهبود حمایت اجتماعی مؤثر واقع می‌شود.

همچنین مطالعه نشان داد میانگین (انحراف معیار) اضطراب در شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی از (۷/۶) ۳۴/۸ قبل از مداخله به (۹/۳) ۳۰/۲ بعد از مداخله کاهش یافت و در درمان راه حل مدار از (۸/۵) ۳۶/۴ قبل از مداخله به (۸/۷) ۲۶/۴ بعد از مداخله کاهش یافت. میانگین (انحراف معیار) تمایل به نزدیکی به دیگران در شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی از (۶/۱) ۳۵/۲ قبل از مداخله به (۵/۹) ۳۲ بعد از مداخله و در درمان راه حل مدار از (۵/۵) ۳۵ قبل از مداخله به (۵/۷) ۲۹/۸ بعد از مداخله کاهش یافت. میانگین (انحراف معیار) وابستگی به تایید دیگران در درمان ذهن آگاهی از (۲۶/۳) ۳۲/۴ قبل از مداخله به (۶/۷) ۲۷/۴ بعد از مداخله و در گروه درمان راه حل مدار از (۴/۱) ۳۲/۴ قبل از مداخله به (۶/۴) ۲۵/۶ کاهش یافت. همه مؤلفه‌های روابط بین فردی در هر دو گروه درمان در دوره پیگیری افزایش یافت. تفاوت بین گروهی از نظر تمایل به نزدیکی به دیگران و وابستگی به تایید دیگران در بین گروه‌های آزمایش و گروه شاهد معنادار می‌باشد یعنی مداخله‌های ذهن آگاهی و راه حل مدار باعث کاهش نزدیکی و وابستگی به تایید دیگران شده اند، اما در گروه شاهد، تفاوتی مشاهده نشد. همچنین تفاوت بین دو گروه آزمایش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و راه حل مدار در متغیر وابستگی به تایید دیگران معنادار است، بر اساس میانگین‌ها می‌توان گفت اثربخشی درمان راه حل مدار بر وابستگی به تایید دیگران بیشتر از اثربخشی درمان ذهن آگاهی بوده است. در مطالعه میرهاشمی و همکاران درمان راه حل مدار موجب کاهش مشکلات بین فردی مبتلایان به مالتیپل اسکلروزیس گردید (۳۰). هنگام مواجهه با استرس و بحران، اگر فرد حمایت بین فردی کافی نداشته باشد، توانایی کمی برای رو به رو شدن با بحران دارد و این افراد مستعد پدیدآیی نشانه‌ها هستند. از طرفی درمان راه حل مدار می‌تواند فرد را در هنگام مواجهه با این بحران‌ها و شرایط استرس‌زا با تصمیم‌سازی‌ها و عوامل ارتباطی صحیح یاری‌سازد تا کمتر به احساس حمایت و تایید دیگران نیازمند باشد و به واسطه این درمان بتواند در مشکلات بین فردی موفق باشد همانگونه که این درمان در حل مسائل روانشناختی متعدد مانند برقراری ارتباط مؤثر، کاهش تعارضات والد-فرزندی، سازگاری اجتماعی، بر تاب‌آوری و احساس انسجام و افسردگی به اثبات رسیده است (۳۱).

در تبیین نتایج به‌دست‌آمده می‌توان چنین گفت درمان راه حل مدار به شیوه گروهی از بسیاری از درمان‌های دیگر متفاوت است. این‌یک روش متفاوت فکر کردن درباره فرایند کمک است (۳۲). درمانگران راه حل محور فرض می‌کنند که تغییر پایدار است و مراجعان ابتکار خاص خود را برای غلبه کردن بر مشکلات دارند. برتری اصلی درمان راه حل مدار از روش‌های روان‌درمانی سنتی این است که به‌جای تحلیل مسئله بر کشف راه‌حل‌ها تمرکز دارد (۳۳). در این رویکرد این اعتقاد وجود دارد که صحبت کردن درباره علل مسائل، مدت آن‌ها و اشاره به سختی تغییر دادن آن‌ها، اغلب باعث ایجاد احساس درماندگی بیشتری در مراجع می‌شود؛ بنابراین ایجاد تغییر اگر غیرممکن نشود، مشکل‌تر می‌شود. به‌عبارت‌دیگر، صحبت کردن درباره این‌که چگونه مراجع می‌خواهد مسائل، متفاوت شوند و او چه کاری می‌تواند انجام دهد تا این اتفاق نیفتد، به وی کمک می‌کند تا باور کند که تغییر ممکن است، حس خودکارآمدی را بالا می‌برد و به او کمک می‌کند تا بر روی آنچه برای ایجاد تغییر نیاز دارد، تمرکز کند (۳۲). درمانگران راه حل مدار از فنون درجه‌بندی برای بیماران استفاده می‌کنند. اغلب سؤالات درجه‌بندی برای اندازه‌گیری پیشرفت در طول جلسات درمانی استفاده می‌شوند. سؤالات درجه‌بندی از مراجعان می‌خواهند که وضعیت یا هدف خود را با مقیاس‌های ۱ تا ۱۰ رتبه‌بندی کنند. مثلاً در آغاز درمان از مراجع خواسته می‌شود که شدت افسردگی و اضطراب خود را بر روی مقیاس درجه‌بندی مشخص کند. پس از چند جلسه درمان دوباره مراجع وضعیت مشکل خود را بر روی مقیاس درجه‌بندی مشخص می‌کند و بدین‌وسیله مراجع در هر بار درجه‌بندی، میزان کاهش

شدت مشکلات خود را نظاره می‌کند. این تکنیک به مراجع کمک می‌کند، متوجه میزان پیشرفت و بهبود وضعیت خود در جلسات درمان گردد (۳۴).

پرسش‌های معجزه‌ای نیز مداخله‌ای مؤثر در درمان بیماران هستند، زیرا بیمار را وادار می‌کند تمرکزش را از روی آنچه عملی و سودمند نیست، به آنچه شدنی و عملی است، تغییر دهد. در درمان راه‌حل مدار وقتی که درمانگر با استفاده از سؤال معجزه‌آسا از مراجع می‌پرسد اگر امشب معجزه‌ای رخ دهد و مشکل تو کاملاً برطرف شود چه کار متفاوتی انجام خواهی داد؟ چگونه تشخیص می‌دهی که مشکل برطرف شده است؟ این‌گونه سؤالات به مراجعان امیدواری می‌دهد که مشکلاتشان برطرف خواهد شد و دید آن‌ها را نسبت به این‌که مشکل غیرقابل حل شدن است، تغییر می‌دهد (۳۵).

در حالی که در درمان ذهن آگاهی بازنمایی ذهنی اشیاء موجود در زندگی که از کنترل بلافاصله انسان خارج است از طریق تنفس و فکر کردن به افراد آموزش داده می‌شود و در واقع این روش درمانی تلفیقی از تن آرامی و ذهن آگاهی است. آموزش ذهن آگاهی به افراد در تعدیل الگوهای رفتاری منفی و افکار خودکار و تنظیم رفتارهای مثبت مرتبط با سلامتی کمک می‌کند (۳۶). همچنین آموزش ذهن آگاهی، باعث تعدیل احساسات بدون قضاوت و افزایش آگاهی نسبت به احساسات روانی و جسمانی می‌شود و به واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده‌های فیزیکی همان‌گونه که اتفاق می‌افتند، کمک می‌کند، بنابراین می‌تواند در تعدیل رفتارهای منفی و افکار منفی کمک نماید و موجب رفتارهای مثبت مرتبط با سلامتی می‌شود (۳۷). به عبارت دیگر می‌توان گفت که آموزش ذهن آگاهی، توجه و آگاهی فرد را نسبت به احساس‌های جسمانی و روانی بیشتر می‌کند و احساس اعتماد در زندگی، دلسوزی عمیق و پذیرش واقعی رخدادهای زندگی را به دنبال دارد. زیرا یکی از جنبه‌های مهم آموزش ذهن آگاهی این است که افراد یاد می‌گیرند با هیجان‌ها و افکار منفی مقابله نموده و حوادث منفی را به صورت مثبت تجربه کنند (۳۸). با این تفاسیر به نظر می‌رسد تمرین‌های آموزش ذهن آگاهی با افزایش آگاهی افراد نسبت به لحظه حال، از طریق فونونی مثل توجه به تنفس و بدن، و معطوف کردن آگاهی به این‌جا و اکنون بر نظام شناختی و پردازش اطلاعات تاثیر دارد. لذا به نظر می‌رسد در روابط بین فردی کارکرد درمان راه حل محور مؤثرتر باشد.

نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که درمان راه‌حل مدار بهبودی رضایت بخشی را در بیماران مبتلا به M.S ایجاد کرده است. باید گفت از آنجا که این درمان به درمان امیدواری شهرت پیدا کرده، امید به زندگی بهتر و سالم‌تر را در مراجعان ایجاد می‌کند. امروزه درمان‌های روان‌شناختی کوتاه‌مدت با استقبال بیشتری از سوی مراجعان روبرو می‌شوند. درمان راه‌حل محور نیز به دلیل کوتاه‌مدت بودن فرایند درمان و پاسخگویی به نیازهای مراجعان در زمان کمتر و اثبات کارایی و سودمندی آن در پژوهش‌های مختلف به جایگاه برتری نسبت به انواع مختلف درمان‌های روان‌شناختی دست یافته است.

در صورتی که پژوهش روی شمار گسترده‌تری از بیماران و در شهرهای مختلف انجام پذیرد که یافته‌های آن قابل تعمیم به سایر بیماران باشد پیشنهاد می‌شود. روش‌های مداخله‌ای که برای بیماران M.S امید به آینده و افزایش تحمل آن‌ها در مقابل نگاه و رفتار دیگران و ارتباط بیشتر با جامعه و اطرافیان را به دنبال داشته باشد می‌تواند پیشنهاد خوبی برای بررسی‌های بعدی باشد. با توجه به این‌که ۶۰-۷۰٪ بیماران ام‌اس جزء بیمارانی هستند که حملات مکرری را تجربه می‌کنند و از نوع بیماران عودکننده-بهبودپذیر هستند بهتر است مهارت‌هایی را به‌عنوان مداخله در پژوهش‌های دیگر به آن‌ها آموزش داد که بتوانند در آن شرایط بحرانی و پس‌از آن به کمک آن‌ها بیایند. بنابراین، پژوهش حاضر، ضرورت وجود روان‌شناسان و مشاوران متبحر در فنون روان‌درمانی، به‌خصوص ذهن آگاهی را در مراکز درمانی تأکید می‌نماید.

### نتیجه‌گیری

مطالعه نشان داد که هر دو مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان راه‌حل مدار، میزان ادراک حمایت اجتماعی و روابط بین فردی را در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروز بهبود بخشیدند، با این تفاوت که مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، دارای تأثیر بیشتری بر ادراک حمایت خانواده و دوستان بود و درمان راه‌حل مدار به شیوه گروهی نیز دارای تأثیر بیشتری در بهبود مؤلفه وابستگی به تایید دیگران در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بود.

## تشکر و قدردانی

از کلیه افرادی که با مشارکت خود در این مطالعه ما را یاری نمودند تشکر و قدردانی می گردد. این مقاله منتج از پایان نامه دوره دکتری نویسنده اول بوده و دارای کد کمیته اخلاق به شماره IR.PNU.REC.1397.051 از دانشگاه پیام نور تهران می باشد.

## تعارض در منافع

نویسندگان اظهار می دارند هیچ گونه تعارض منافی در مورد این مقاله وجود ندارد.

## REFERENCES

1. Moses Rodriguez M. Multiple Sclerosis Mechanisms of Disease and Strategies for Myelin and Axonal Repair. Multiple Sclerosis, An Issue of Neurologic Clinics, E-Book. 2017;36(1): 1-11.
2. Lemus H. N., Warrington A. E., & Rodriguez M. Multiple Sclerosis: Mechanisms of Disease and Strategies for Myelin and Axonal Repair. Neurologic clinics. 2018;36(1): 1-11.
3. Becker J., Callegaro D., Lana-Peixoto M. A., Ferreira M. L. B., Melo A., da Gama P. D., Matta A. P. Season of birth as a risk factor for multiple sclerosis in Brazil. Journal of the neurological sciences. 2013;329(1): 6-10.
4. Wang C. X., Greenberg B. M. Pediatric Multiple Sclerosis: From Recognition to Practical Clinical Management. Neurologic clinics. 2018; 36(1):135-149.
5. Abedini E, Ghanbari-Hashem-Abadi B.A, Talebian-Sharif J. Effectiveness of Group Therapy Based on Hope Approach on Hope and Depression in Women with Multiple Sclerosis. Journal of Clinical Psychology. 2017;8(2):1-11. (Full Text in Persian)
6. Shin S. H., Lee S. Caregiver social support for children involved with child welfare: correlates and racial/ethnic variations. Journal of Public Child Welfare. 2011; 5(4): 349-368.
7. Xie H, Peng W, Yang Y, Zhang D, Sun Y, Wu M, Su Y. Social Support as a Mediator of Physical Disability and Depressive Symptoms in Chinese Elderly. Archives of psychiatric nursing. 2018; 32(2): 256-262.
8. Rad P, Akbari A.A, Sadeghniai K, Alavi Majd H. Relationship Between Sleep Disorder and Pregnancy Depression in Primigravidae Referring to Health- Treatment Centers of Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences in 2010. JSSU. 2011; 19 (4):454-462. (Full Text in Persian)
9. Wongpakaran T, Wongpakaran N, Ruktrakul R. Reliability and validity of the multidimensional scale of perceived social support (MSPSS): Thai Version. Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health. 2011; 7(1):161-166.
10. Michaeli Manee F. The Study of Undergraduate Students' Psychological Well-being Status in Urmia University . Horizon Med Sci . 2011; 16 (4). (Full Text in Persian)
11. Simyarian K, Ghasem Simyarian Gh, Tadriz Tabrizi M. The Effect of Communication Skills Training on Reducing Social Anxiety and Improving Interpersonal Relationships of Third grads Girl Students in Mathematics/Physics Field of High Schools in Tehran. Applied Research in Educational Psychology. 2016;1(2):25-32. (Full Text in Persian)
12. Petter M, McGrath PJ, Chambers CT, Dick BD. The effects of mindful attention and state mindfulness on acute experimental pain among adolescents. J Pediatr Psychol. 2014;39(5):521-31.
13. Witkiewitz K, Bowen S. (2010). Depression, craving, and substance use following a randomized trial of mindfulness-based relapse prevention. Journal of consulting and clinical psychology. 2010; 78(3): 362-374.
14. Bohlmeijer E, Prenger R, Taal E, Cuijpers P. The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: a meta-analysis. Journal of psychosomatic research 2010;68(6): 539-544
15. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. Clinical psychology: Science and practice. 2003; 10(2): 144-156.
16. Specia M, Carlson L. E, Goodey E, Angen M. A randomized, wait-list controlled clinical trial: the effect of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients. Psychosomatic medicine. 2000; 62(5): 613-622.



17. Witkiewitz K, Marlatt G. A, Walker D. Mindfulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2005; 19(3): 211-228.
18. Goldin P. R, Gross J. J. Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion*. 2010;10(1): 83-91.
19. De Castro S, Guterman J. T. Solution-Focused Therapy for Families Coping with Suicide. *Journal of Marital and Family therapy*. 2008; 34(1): 93-106.
20. Ng K. M, Parikh S, Guo L. Integrative solution-focused brief therapy with a Chinese female college student dealing with relationship loss. *International Journal for the Advancement of Counselling*. 2012; 34(3): 211-230.
21. Zimet G. D, Dahlem N. W, Zimet S. G, Farley G. K. The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*. 1988; 52(1): 30-41.
22. Griffin D, Bartholomew K. Models of self and other: Fundamental dimensions underlying measures of adult attachment. *Journal of Personality and social psychology*. 1994; 67: 430-445.
23. Bartholomew K, Horowitz L. M, Attachment styles among young adults: A test of a four category model. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1991; 61: 226-244.
24. Shakarami M, davarniya R, zahrakar K. A study of effectiveness of solution-focused brief therapy (SFBT) on reducing marital stress in women. *sjimu*. 2014; 22 (4) :18-26
25. Khaniki E, Motamedi A. The Impact of Solution-Focused Group Counseling on Self-Efficacy and Social Support of Labor Children. *JCMH*. 2017; 4 (1) :109-118. (Full Text in Persian)
26. Gleeson J. P, Hsieh C. M, Cryer-Coupet Q. Social support, family competence, and informal kinship caregiver parenting stress: The mediating and moderating effects of family resources. *Children and Youth Services Review*. 2016; 67: 32-42
27. Blumgart E, Tran Y, Craig A. Social support and its association with negative affect in adults who stutter. *Journal of fluency disorders*. 2014; 40: 83-92
28. Kurdyak P, Newman A, Segal Z. Impact of mindfulness-based cognitive therapy on health care utilization: a population-based controlled comparison. *Journal of psychosomatic research*. 2014; 77(2): 85-89.
29. melyani M, Alahyari A A, azadfallah P, Fathi Ashtiani A, tavoli A. Miulness based Cognitive therapy versus Cognitive Behavioral therapy on predictors of relapse in recurrent Depression. *CPAP*. 2014; 2 (10) :75-86 .(Full Text in Persian)
30. Mirhashemi M, Najafi F. Efficacy of solution-centered therapy on resiliency and sense of coherence among patients with multiple sclerosis. *MEDICAL SCIENCES*. 2014; 24 (3) :175-181. (Full Text in Persian)
31. Sanai B, Davarniya R, Bakhtiari Said B, Shakarami M. The effectiveness of solution-focused brief therapy (SFBT) on reducing couple burnout and improvement of the quality of life of married women. *Armaghane danesh*. 2015; 20(5): 416-432.
32. Chaudhry S, Li CH. Solution-focused brief therapy culturally appropriate for Muslim American counselees? *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 2011; 41(2): 109-13.
33. Cepukiene V, Pakrosnis R. The outcome of solution-focused brief therapy among foster care adolescents: The changes of behavior and perceived somatic and cognitive difficulties. *Children and Youth Services Review*. 2011; 33(6): 791-7.
34. De Jong P, Hopwood LE. Outcome research on treatment conducted at the brief family therapy center, 1992-1993. In: Miller SD, Hubble MA, Duncan BL, eds. *Handbook of solution-focused brief therapy*. San Francisco: Jossey-Bass Inc; 1996: 272-98.
35. Kuyken W, Warren FC, Taylor RS, Whalley B, Crane C, Bondolfi G, Hayes R, Huijbers M, Ma H, Schweizer S, Segal Z. Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in prevention of depressive relapse: an individual patient data meta-analysis from randomized trials. *JAMA psychiatry*. 2016;73(6):565-574.
36. Shulman B, Dueck R, Ryan D, Breau G, Sadowski I, Misri S. Feasibility of a mindfulness-based cognitive therapy group intervention as an adjunctive treatment for postpartum depression and anxiety. *Journal of affective disorders*. 2018;235:61-67.



37. Felver JC, Frank JL, McEachern AD. Effectiveness, acceptability, and feasibility of the soles of the feet mindfulness-based intervention with elementary school students. *Mindfulness*. 2014;5(5):589-597.
38. Guterman JT. *Mastering the art of solution-focused counseling*. Alexandria, VA: American Counseling Association; 2006: 142-46.

## پرسشنامه ادراک حمایت اجتماعی

سوال	به شدت مخالفم	به شدت موافقم	مخالقم ندارم	نظری ندارم	موافقم	به شدت موافقم
۱						فرد خاصی وجود دارد که در هنگام نیاز به او دسترسی داشته باشم.
۲						فرد خاصی وجود دارد که می توانم شادی ها و غم هایم را با او در میان بگذارم.
۳						خانواده ام واقعاً سعی می کند که به من کمک کند.
۴						وقتی که به کمک و حمایت احساسی اعضای خانواده ام نیاز دارم، آن را از آنها دریافت می کنم.
۵						فرد خاصی در زندگی ام وجود دارد که باعث تسلی خاطر من می شود.
۶						دوستانم واقعاً سعی دارند که به من کمک کنند.
۷						در هنگام بروز مشکل می توانم روی دوستانم حساب کنم.
۸						می توانم در مورد مشکلاتم با خانواده ام صحبت کنم.
۹						دوستانی دارم که می توانم با آنها شادی ها و غم هایم را در میان بگذارم.
۱۰						فرد خاصی در زندگی ام وجود دارد که برای احساساتم ارزش قائل است.
۱۱						خانواده ام مایلند که در مواقع تصمیم گیری به من کمک کنند.
۱۲						در مورد مشکلاتم می توانم با دوستانم صحبت کنم.

## پرسشنامه روابط بین فردی

خیلی زیاد	زیاد	تا اندازه ای	کمی	اصلا	سوالات	
					تکیه کردن به دیگران برای من مشکل است.	۱
					احساس استقلال برای من خیلی مهم است.	۲
					نزدیک شدن به دیگران از لحاظ عاطفی براین من کار راحتی است.	۳
					من می خواهم با شخص دیگری کاملا یکی شوم.	۴
					نگرانم که نزدیک شدن بیش از حد به دیگران باعث ضربه خوردن من شود.	۵
					من بدون داشتن روابط عاطفی نزدیک نیز احساس راحتی می کنم.	۶
					مطمئن نیستم که بتوانم همیشه در مواقع نیاز به دیگران تکیه کنم.	۷
					می خواهم کاملا از لحاظ عاطفی با دیگران احساس نزدیکی کنم.	۸
					تنها ماندن باعث نگرانی من می شود.	۹
					تکیه کردن به دیگران برای من راحت است.	۱۰
					اغلب نگران آن هستم که افراد نزدیکم واقعا عاشق من نباشند.	۱۱
					اعتماد کامل به دیگران برای من کار مشکلی است.	۱۲
					نزدیک شدن بیش از حد دیگران به من باعث نگرانیم می شود.	۱۳
					من خواستار روابط عاطفی نزدیک هستم.	۱۴
					من مشکلی با تکیه کردن دیگران به خود ندارم.	۱۵
					اگر دیگران به همان اندازه که من برای آنها ارزش قائلم برای من ارزش قائل نباشند، احساس نگرانی می کنم.	۱۶
					افراد هیچ گاه در مواقع نیاز در دسترس نیستند.	۱۷
					تمایل من به کاملا یکی شدن با شخص دیگر بعضی مواقع باعث ترسیدن و کناره گیری افراد از من می شود.	۱۸
					احساس استغنا (بی نیازی از دیگران) برای من بسیار مهم است.	۱۹
					هر وقت کسی بیش از حد به من نزدیک می شود، عصبی می شوم.	۲۰
					این که افراد نزدیکم نخواهند با من باشند غالبا باعث نگرانیم می شود.	۲۱
					ترجیح می دهم دیگران به من تکیه نکنند.	۲۲
					نگرانم که ترکم کنند.	۲۳
					نزدیک بودن به دیگران به نوعی باعث ناراحتی من می شود.	۲۴
					راحساس می کنم دیگران راغب نیستند به آن اندازه ای که من دوست دارم به من نزدیک شوند.	۲۵
					ترجیح می دهم به دیگران تکیه نکنم.	۲۶
					می دانم که در مواقع نیاز، دیگران به من کمک می کنند.	۲۷
					نگرانم که مورد قبول دیگران واقع نشوم.	۲۸
					افراد نزدیکم اغلب از من می خواهند بیش از آنچه احساس راحتی می کنم به آنها نزدیک شوم.	۲۹
					نزدیک شدن به دیگران برای من نسبتا کار ساده ای است.	۳۰