

# The Effectiveness of Mindfulness-Based Schema Therapy on Anxiety , Quality of life and Frustration Tolerance of Patients with Multiple Sclerosis

Authors

Niloofer Jafarian<sup>1</sup> , Ali Rezaie<sup>2\*</sup>, Fatemeh Izadi<sup>3</sup>

1. MSc in clinical Psychology, Department of Psychology, Khomeinishahr Branch, Islamic Azad University, Khomeinishahr/Isfahan, Iran  
[jafariannilofar07@gmail.com](mailto:jafariannilofar07@gmail.com)
2. MSc in clinical Psychology, Department of Psychology, Khomeinishahr Branch, Islamic Azad University, Khomeinishahr/Isfahan, Iran (Corresponding Author)  
[ali.rezaie.112psy@gmail.com](mailto:ali.rezaie.112psy@gmail.com)
3. Assistant Professor, PhD in clinical psychology, Department of Psychology, Khomeinishahr Branch, Islamic Azad University, Khomeinishahr/Isfahan, Iran  
[izadi@iaukhsh.ac.ir](mailto:izadi@iaukhsh.ac.ir)

Abstract

Receive Date:  
00/00/0000

Accept Date:  
00/00/0000



**Introduction:** Multiple sclerosis is a progressive neurological disease and the cause of many disabilities in people with this disease. Set of symptoms and the chronic nature of this disease, together enhance the mental state of the person and cause wider psychological symptoms worsening disease. So, the aim of this study was to evaluate the effectiveness of mindfulness-based schema therapy on anxiety, quality of life and frustration tolerance of patients with multiple sclerosis.

**Method:** The method of this study was semi-experimental with pretest-posttest and control group. From the statistical population that included all people with multiple sclerosis in Shahrekord, 30 people were purposefully selected and randomly assigned to experimental and control groups. The group-based intervention was performed in the experimental group in 8 sessions. The instruments used in the study included the Young maladaptive schemas questionnaire, Beck Anxiety Inventory (BAI), MS Quality of Life Scale (MSQOL) and Herrington Frustration Tolerance Questionnaire that people answered the questions in the pre-test and post-test stages. Analysis of covariance was used to analyze the data.

**Findings:** The results showed that 97.3% of the changes related to the reduction of anxiety, 96.8% of the changes related to the failure tolerance variable, and 98.5% of the changes related to the increase in the quality of life in the post-test stage are due to the effect of schema therapy based on mindfulness. Schema therapy based on mindfulness has resulted in reducing anxiety, increasing quality of life and tolerance of failure ( $p < 0.001$ ).

**Conclusions:** According to the results, mindfulness-based schema therapy reduces anxiety, increases quality of life and increases Frustration tolerance in the experimental group compared to the control group

Keywords

Mindfulness-based schema therapy, Anxiety, Quality of life, Frustration tolerance, Multiple Sclerosis

Corresponding Author's E-mail

[ali.rezaie.112psy@gmail.com](mailto:ali.rezaie.112psy@gmail.com)

## اثر بخشی طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب، کیفیت زندگی و تحمل ناکامی در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس

نویسندگان

نیلوفر جعفریان<sup>۱</sup>، علی رضائی<sup>۲\*</sup>، فاطمه ایزدی<sup>۳</sup>

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی شهر، ایران  
[jafariannilofar07@gmail.com](mailto:jafariannilofar07@gmail.com)

۲. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی شهر، ایران  
(نویسنده مسئول)

[ali.rezaie.112psy@gmail.com](mailto:ali.rezaie.112psy@gmail.com)

۳. استادیار، دکتری روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی شهر، ایران  
[izadi@iaukhsh.ac.ir](mailto:izadi@iaukhsh.ac.ir)

چکیده

**مقدمه:** مالتیپل اسکلروزیس یک بیماری پیشرونده عصبی و عامل بسیاری از ناتوانی‌ها در افراد مبتلا به این بیماری است. مجموعه علائم و ماهیت مزمن بودن این بیماری در کنار یکدیگر، باعث تشدید وضعیت روانی فرد و ایجاد علائم روانشناختی گسترده‌تری در خصوص وخیم شدن بیماری می‌شود. از این رو، هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب، کیفیت زندگی و تحمل ناکامی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس بود.

**روش:** روش این پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. از بین جامعه آماری که کلیه افراد مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس در شهر کرد بودند، تعداد ۳۰ نفر به‌طور هدفمند انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. مداخله به شیوه گروهی، طی ۸ جلسه بر روی گروه آزمایش اجرا شد. ابزارهای مورد استفاده در پژوهش شامل پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ، پرسشنامه اضطراب بک (BAI)، مقیاس کیفیت زندگی بیماران ام‌اس (MSQOL) و پرسشنامه تحمل ناکامی هرینگتون، بود که افراد در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون به سؤالات پاسخ دادند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کواریانس استفاده شد.

**نتایج:** نتایج نشان داد که ۹۷/۳ درصد تغییرات مربوط به کاهش اضطراب، ۹۶/۸ درصد تغییرات مربوط به متغیر تحمل ناکامی و ۹۸/۵ درصد تغییرات مربوط به افزایش کیفیت زندگی در مرحله پس‌آزمون ناشی از تأثیر طرحواره‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی است و طرحواره‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به کاهش اضطراب، افزایش کیفیت زندگی و تحمل ناکامی شده است ( $p < 0.001$ ).

**بحث و نتیجه‌گیری:** بر اساس نتایج، طرحواره‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش اضطراب، بهبود کیفیت زندگی و افزایش تحمل ناکامی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است.

تاریخ دریافت:  
..../../..

تاریخ پذیرش:  
..../../..



## مقدمه

مالتیپل اسکروزیس (MS) نوعی بیماری پیشرونده و تحلیل‌برنده غلاف میلین سلول‌های عصبی در سیستم عصبی مرکزی است [۱]. این بیماری یکی از شایع‌ترین بیماری‌های نورولوژیک در انسان بوده و ناتوان‌کننده‌ترین بیماری سنین جوانی است. در این بیماری پوشش میلین سیستم عصبی مرکزی از قبیل مغز، عصب بینایی و نخاع شوکی دچار آسیب می‌شود [۲]. اگرچه نشانه‌های این بیماری وجود دارند اما علت آن هنوز ناشناخته است [۳]. میلین زدایی فیبرهای عصبی نه تنها بر کارکرد سیستم‌های حسی و حرکتی اثر می‌گذارد، بلکه ممکن است موجب نشانه‌ها و علائم آسیب‌شناختی روانی شود [۴].

مشکلات روانشناختی بیماران مبتلا به ام‌اس کمتر از مشکلات فیزیولوژیک آن‌ها مورد توجه قرار گرفته است. یکی از مشکلات روانشناختی این بیماران، اضطراب است. علت دقیق میزان بالای اضطراب در این بیماران ناشناخته است و ترکیبی از فاکتورهای روانی، اجتماعی، نورولوژیک و مرتبط با بیماری، احتمالاً دخیل هستند [۵]. علت بروز علائم اضطراب در بیماران مبتلا به ام‌اس، شاید به این دلیل باشد که بیماران اغلب مجبورند یادگیرند که با ماهیت غیرقابل

پیش‌بینی علائم، زندگی کنند [۶]. هم‌چنین به دلیل مزمن بودن ماهیت بیماری ام‌اس، نداشتن پیش‌آگهی، درمان قطعی و درگیر ساختن فرد در سنین جوانی، اضطراب و استرس نیز در این بیماران شیوع بالایی دارد [۷]. اضطراب باعث تشدید علائم بیماری و در نتیجه عود حملات می‌شود [۸].

در مطالعه‌ی تورنتون و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۰۶)، میزان نگرانی در بیماران ام‌اس و ارتباط بین نگرانی با اضطراب و افسردگی در این بیماران بصورت شاهد\_موردی بررسی گردید [۹] که نشان داد نمره اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به ام‌اس از گروه کنترل بالاتر بوده و نگرانی بیماران ام‌اس، شامل دو بخش نگرانی بیماران از تاثیر بیماری بر فعالیت فیزیکی و نگرانی آن‌ها از تاثیر شدت بیماری بر فعل و انفعالات اجتماعی، ارتباط فامیلی و فعالیت روزانه در خانه یا محل کار می‌گردد [۹].

بیماری ام‌اس روی کیفیت زندگی افراد نیز تاثیرگذار است. بنا به تعریف سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی، درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان است. پس موضوعی کاملاً ذهنی بوده و توسط

<sup>1</sup> Thornton E et al

دیگران قابل مشاهده نیست و بر درک افراد از جنبه های مختلف زندگی استوار است [۱۰]. کیفیت زندگی، شرایطی است که خوب زیستن را امکان پذیر می سازد، به نحوی که فرد در یک وضعیت مناسب جسمی، روانی و اجتماعی قادر به انجام فعالیت های روزمره باشد و بیمار نیز از کارایی درمان، کنترل بیماری و یا بازتوانی احساس رضایت نماید [۱۱]. کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به ام اس به طور معناداری نسبت به جمعیت سالم و افراد مبتلا به سایر بیماری های مزمن مثل دیابت، پایین تر و ضعیف تر است و بسیاری از نشانه های این بیماری از جمله اختلال کارکرد و ناتوانی، با کاهش سطح کیفیت زندگی مرتبط است [۱۲].

تحقیقات چیاراوالوتی و دلاکو<sup>۱</sup> (۲۰۰۸) [۱۳] حاکی از آن است که در مبتلایان به ام اس، مشکلات و علائم روانشناختی، منبع اصلی ناتوانی ها، آسیب های اجتماعی و پایین آمدن کیفیت زندگی این افراد می شود.

تحمل ناکامی به قابلیت فرد در نشان دادن مقاومت در کوشش با وجود شکست مکرر و محیط خصومت آمیز اشاره می کند [۱۴]. تحمل ناکامی قابلیت فرد برای مقاومت در برابر ناکامی است، بدون این که در سازگاری روانشناختی اشکالی ایجاد شود؛ یعنی بدون این که به شیوه های ناپسند رفتاری دست بزند [۱۵].

تاکنون در رابطه با مشکلات روانشناختی بیماران ام اس درمان های زیادی انجام شده است. اما با وجود درمان های ارائه شده، باز هم نیاز به راهکارهایی برای مشکلات روانشناختی این بیماران حس می شود و از آنجا که تاکنون تأثیر طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی روی این بیماران مورد مطالعه قرار نگرفته است، در این پژوهش از این درمان استفاده شده است. طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، برنامه مفصلی است که هدفش، کمک به کسب آگاهی

از کارکرد طرحواره ها و یادگیری تشخیص فرایندهایی است که به پاسخ های خودکار ما شکل می دهند. در این درمان، به تدریج تکنیک های توجه آگاهی به طرحواره درمانی اضافه می شود و با شکل دهی و تقویت مهارت های توجه، بیماران ترغیب می شوند تا نحوه عملکرد طرحواره هایشان را مشاهده کنند و به اثرات خود آیند آن ها بر رفتارشان پی ببرند. در حقیقت، آموزش توجه آگاهی به جای تلاش برای تغییر در نحوه عمل طرحواره ها، بر کسب آگاهی از آن ها تمرکز می کند. در این درمان، طرحواره ها در خلال آموزش در حکم موضوع برای توجه آگاهی به کار گرفته می شوند [۱۶].

با توجه به مطالب فوق الذکر، انجام مداخلاتی در راستای ارتقاء سطح تحمل ناکامی، بهبود اضطراب و کیفیت زندگی بیماران ام اس ضروری به نظر می رسد. هدف این شیوه درمانی کمک به مراجع برای دست یابی به یک زندگی ارزشمندتر و رضایت بخش تر از طریق افزایش انعطاف پذیری روانشناختی و نه تمرکز صرف بر بازسازی های شناختی است [۱۷].

از آن جا که تعداد مبتلایان به ام اس در دنیا رو به افزایش است و نیز با توجه به مزمن و طولانی بودن سیر بیماری و عوارض شدید جسمی، روانی و اجتماعی آن [۱۸] از یک سو، و با در نظر گرفتن ضعف این بیماران در تحمل ناکامی، شیوع خلق منفی (افسردگی و اضطراب) و به تبع آن کاهش کیفیت زندگی در آنان از سوی دیگر و با توجه به اثر این عوامل بر روند درمان و بهبود آنان و با ملاحظه این که اثربخشی طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی تاکنون بر مشکلات روانشناختی بیماران ام اس بررسی نشده است، این پژوهش در صدد پاسخ گویی به این سؤال خواهد بود که آیا طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب، تحمل ناکامی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس

<sup>1</sup> Chiaravalloti N, DeLuca J

تأثیرگذار خواهد بود یا خیر؟

## روش

روش پژوهش بر مبنای هدف، کاربردی و از منظر گردآوری داده‌ها، جزء تحقیقات کمی و از نوع نیمه آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌ی آماری این پژوهش شامل کلیه‌ی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس در شهر شهرکرد در سال ۱۴۰۱ بوده است. در پژوهش حاضر برای انتخاب گروه نمونه از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. بدین منظور به صورت هدفمند به انجمن ام‌اس شهرکرد مراجعه شد و تعدادی پرسش‌نامه در اختیار افراد قرار گرفت و از آنجا که برای طرح‌های نیمه‌آزمایشی نیاز به ۳۰ نفر شرکت‌کننده جهت بررسی اثربخشی می‌باشد [۱۹] از بین این افراد ۳۰ نفر که نمره‌ی بالا در اضطراب و تحمل ناکامی و نمره‌ی پایین در کیفیت‌زندگی داشتند، انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش جایگزین شدند.

گذشت حداقل یک سال از تشخیص بیماری ام‌اس، داشتن نمرات بالا در اضطراب و تحمل ناکامی و نمرات پایین در کیفیت‌زندگی، قرار داشتن فرد در بازه سنی ۲۰-۵۰ سال، تحصیلات دیپلم تا دکتری، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی و عدم دریافت همزمان درمان‌های روان‌شناختی دیگر از ملاک‌های ورود بودند. غیبت بیش از دو جلسه و عدم تمایل به شرکت در پژوهش از ملاک‌های خروج از پژوهش بود. این پژوهش برخی اصول اخلاقی از جمله توضیح اهداف پژوهش، کسب رضایت آگاهانه از آنها، اختیاری بودن پژوهش، بدون ضرر بودن مداخله درمانی و حفظ حریم خصوصی را رعایت نمود. روش تجزیه و تحلیل در این پژوهش بدین صورت بود که در ابتدا داده‌ها جمع‌آوری و در سطح توصیفی انحراف‌معیار و میانگین محاسبه شد و در سطح آمار استنباطی نیز

از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. برای بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کولموگورف-اسمیرنف و برای بررسی یکسان‌سازی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد و پس از آن با استفاده از نرم‌افزار SPSS23 مورد تفسیر قرار گرفت. ابزار پژوهش در ذیل مطرح شده‌اند.

پرسشنامه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه یانگ: پرسشنامه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه یانگ (YSQ) در سال ۱۹۹۰ توسط یانگ تدوین شد [۲۰]. به منظور سهولت کاربرد، یانگ و برون در سال ۱۹۹۴ [۲۱] فرم کوتاه این پرسشنامه را تدوین کردند [۲۲]. این پرسشنامه ۷۵ سؤال دارد و برای سنجش ۱۵ طرح‌واره ناسازگار اولیه شناختی طراحی شده است. در نمره‌گذاری این پرسشنامه، هر یک از ۷۵ سؤال این پرسشنامه در مقیاس لیکرت ۶ نقطه‌ای از کاملاً غلط تا کاملاً درست، نمره‌گذاری می‌شود. اگر فرد در دو جمله مربوط به طرح‌واره نمره ۵ یا ۶ بگیرد، به احتمال زیاد آن طرح‌واره در ذهنش نقش بسته است. پژوهش‌های بسیاری از پایایی پرسشنامه YSQ-SF حمایت می‌کنند. در مطالعه یالسین، لی و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۲۰) [۲۳]، کلیه خرده مقیاس‌های ۱۵ گانه فرم کوتاه پرسشنامه، از همسانی درونی کافی تا بسیار خوبی برخوردار بودند. آلفای کرونباخ همه طرح‌واره‌ها از ۰/۷۶ تا ۰/۹۳ محاسبه شد. همچنین در نتایج تحلیل عاملی از ساختار درونی پرسشنامه قویا حمایت می‌کند. یالسین، مارایس و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۲۳) [۲۴]، همسانی درونی و تحلیل عاملی این پرسشنامه را در کره و استرالیا مورد بررسی قرار داد و نتیجه گرفت که ۱۳ طرح‌واره دارای نمرات خوبی بودند [۲۵]. در ایران نیز پایایی پرسشنامه YSQ-SF با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۴ محاسبه شده که معنادار بوده است. صدوقی و همکاران (۱۳۸۷) [۲۶] نیز،

<sup>1</sup> Yalcin O, Lee C et al

<sup>2</sup> Yalcin O, Marais I et al

سنجیده شده است که همگی نشان‌دهنده‌ی کارایی بالای این ابزار در اندازه‌گیری شدت اضطراب می‌باشد [۳۰]. در مطالعه‌ی سالاری مقدم و همکاران (۱۳۹۶) با استفاده از روش تحلیل عاملی اعتبار سازه ۰/۸۶ به دست آمد [۳۱].

پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران ام‌اس (MSQOL): یکی از ابزارهایی که به‌طور ویژه برای سنجش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام‌اس طراحی شده، مقیاس MSQOL با ۵۴ سؤال (۳۶ سؤال عمومی و ۱۸ سؤال ویژه بیماران ام‌اس) است که توسط ویکری در سال ۱۹۹۵ طراحی شده است [۳۲]. این مقیاس مختص بیماران مبتلا به ام‌اس، بر پایه مقیاس ۳۶ سؤالی کیفیت زندگی (SF-36) تنظیم گردیده است. این پرسشنامه دارای ۱۴ حیطه است و در نهایت نمره کیفیت زندگی بیمار به وسیله نمراتی که برای دو حیطه ترکیبی منظور می‌گردند، تعیین خواهد شد. این دو حیطه ترکیبی شامل سلامت جسمانی و سلامت روانی است. نمرات هر ۱۴ حیطه و هم چنین دو حیطه ترکیبی از ۰ تا ۱۰۰ است. نمرات بالاتر نشان‌دهنده وضعیت بهتر است. این پرسشنامه شامل سؤالات ۲ تا ۷ گزینه‌ای و لیکرت است [۳۳].

روایی و پایایی این مقیاس در مطالعات مختلف مورد بررسی قرار گرفته و نتایج آلفای کرونباخ بین ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ و نشان‌دهنده روایی و پایایی مطلوب این مقیاس است [۳۴]. برهانی‌حقیقی و قائم (۱۳۸۴) در پژوهش خود روایی‌صوری و محتوایی این ابزار را سنجیدند و پایایی آن را به روش آلفای کرونباخ بالاتر از ۰/۷۰ اعلام کردند [۳۵].

پرسشنامه تحمل ناکامی هرینگتون: این مقیاس توسط هرینگتون در سال ۲۰۰۵ [۳۶] با هدف سنجش میزان تحمل ناکامی فرد نسبت به رسیدن به اهداف، تدوین شد. این پرسشنامه شامل ۳۵ سؤال و ۴ خرده مقیاس عدم تحمل عاطفی، عدم تحمل ناراحتی، پیشرفت، شایستگی یا استحقاق می‌باشد که به

خصوصیات روان‌سنجی پرسشنامه یانگ را با حجم نمونه ۳۷۰ نفر بررسی کردند. آن‌ها به این نتیجه رسیدند که هر ۱۵ طرحواره یانگ در ایران دارای ثبات خوبی می‌باشند. در این تحقیق ثبات درونی برای هفده عامل به وسیله ضریب آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۶۲ تا ۰/۹۰ به دست آمد. آلفای کرونباخ برای مقیاس کلی ۰/۹۴ بود [۲۷] همچنین طبق نتایج خسروی نیا و همکاران (۲۰۱۸) [۲۸] فرم کوتاه پرسشنامه که در بین نمونه بزرگی از بیماران روانپزشکی انجام شد دارای پایایی و روایی پیش بین و افتراقی قابل قبولی برخوردار است.

پرسشنامه اضطراب بک (BAI): بک و همکارانش در سال ۱۹۹۰ [۲۹] این پرسشنامه را که به‌طور اختصاصی شدت علائم اضطراب بالینی را می‌سنجد، معرفی کردند. این پرسشنامه یک مقیاس ۲۱ ماده‌ای است که آزمودنی در هر ماده یکی از چهار گزینه‌ای که نشان‌دهنده شدت اضطراب است را انتخاب می‌کند. چهار گزینه‌ی هر سؤال در یک طیف چهاربخشی از صفر تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. هر یک از ماده‌های آزمون یکی از علائم شایع اضطراب (علائم ذهنی، بدنی و هراس) را توصیف می‌کند. بنابراین، نمره کل این پرسشنامه در دامنه‌ای از صفر تا ۶۳ قرار می‌گیرد. نقاط برش پیشنهاد شده برای این پرسشنامه به شرح زیر است: نمره ۷\_۰ درجه اضطراب هیچ یا در کمترین حد، نمره ۸\_۱۵ درجه اضطراب خفیف، نمره ۱۶\_۲۵ درجه اضطراب متوسط و نمره ۲۶\_۶۳ درجه اضطراب شدید. مطالعات انجام شده نشان می‌دهند که این پرسشنامه از اعتبار و روایی بالایی برخوردار است. ضریب همسانی درونی آن (ضریب آلفا) ۰/۸۲، اعتبار آن با روش بازآزمایی به فاصله‌ی یک هفته ۰/۷۵ و همبستگی ماده‌های آن از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ متغیر است. فتی آشتیانی (۱۳۹۲) پنج نوع روایی محتوا، هم‌زمان، سازه، تشخیصی و عاملی برای این آزمون



## جمع بندی و اختتام جلسه

صورت طیف لیکرت ۵ امتیازی نمره‌گذاری می‌شود. مجموع نمرات پایین نشان‌دهنده تحمل ناکامی بالا و مجموع نمرات بالا نشان‌دهنده تحمل ناکامی کم آزمودنی است [۳۷]. در این پرسشنامه حد نمرات به صورت زیر است:

نمره بین ۳۵ تا ۵۸: میزان تحمل ناکامی افراد در حد بالایی می‌باشد.

نمره بین ۵۸ تا ۱۱۶: میزان تحمل ناکامی افراد در حد متوسطی می‌باشد.

نمره بالاتر از ۱۱۶: میزان تحمل ناکامی افراد در حد پایینی می‌باشد.

مطالعات انجام شده نشان می‌دهند که این پرسشنامه از اعتبار و روایی بالایی برخوردار است. نتایج ضریب آلفای کرونباخ نشان می‌دهد که پایایی برای کل آزمودنی‌ها ۰/۸۴ است. [۳۶] ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده در پژوهش رحیمی و همکاران (۱۳۹۶) [۳۷] برای این پرسشنامه بالای ۰/۷۰ برآورد شد.

جلسات آموزش طرحواره‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی [۱۶]:

جدول ۱: خلاصه جلسات طرحواره‌درمانی مبتنی بر

## ذهن آگاهی

جلسه	محتوا
۱	معرفی و آشنایی افراد با یکدیگر و آموزش توجه آگاهی و طرحواره‌درمانی، توضیح درباره طرحواره‌ها و ذهنیت‌ها، معرفی هدایت خودکار و چگونگی تأثیر آن بر زندگی فرد، آموزش تمرین واریسی بدنی، آموزش تمرین مراقبه با استفاده از تکنیک‌های آرام‌سازی و یوگا به فاصله ۱۵ دقیقه، جمع بندی و اختتام جلسه
۲	مرور مطالب، تمرینات و تکالیف خانگی جلسه اول دفتر یادداشت طرحواره و ذهنیت‌ها: با توجه به آزمون طرحواره‌های ناسازگار به شرکت‌کنندگان آموزش می‌دهیم که سه مورد از طرحواره‌هایی را که بالاترین امتیاز را گرفته‌اند یادداشت کنند و هر هفته میزان توجه آگاهی را که به هنگام مشاهده هر یک از طرحواره‌هایشان داشته‌اند، درجه بندی کنند (۰ = طرحواره به طور توجه آگاهانه مشاهده نشده ۱۰ = طرحواره با توجه آگاهی کامل بررسی شده)
	آموزش تمرین حضور ذهن و واریسی بدنی، آموزش تمرین توجه آگاهانه به امور روزمره، آموزش تمرین توجه آگاهانه به محیط پیرامون

۳ مرور مطالب جلسه قبل

آموزش تمرین تنفس سه دقیقه‌ای، آموزش تمرین توجه آگاهانه به خاطرات دردناک، آموزش تمرین قدم زدن همراه با حضور ذهن  
جمع بندی و اختتام جلسه با تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای

۴ مرور مطالب جلسه قبل

آموزش تمرین ششیرین کاری توجه آگاهانه، آموزش تمرین توجه آگاهانه به طرحواره، جمع بندی و اختتام جلسه با تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای

۵ مرور مطالب جلسه قبل

آموزش تعامل توجه آگاهانه با عزیزانمان، آموزش پذیرش توجه آگاهانه‌ی خود و دیگران، تمرین توجه آگاهانه سه دقیقه‌ای به طرحواره  
جمع بندی و اختتام جلسه با تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای

۶ مرور مطالب جلسه قبل

کاهش اتحاد مراجع با افکار، آموزش ایجاد آگاهی از قصد‌ها، تمرین رها کردن طرحواره‌ها به حال خود جمع بندی و اختتام جلسه با تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای

۷ مرور مطالب جلسه قبل

تمرین توجه آگاهانه به بزرگسال سالم و کودک خوشحال، بزرگسال سالم و کودک خوشحال به چه چیزهایی نیاز دارد؟ توجه آگاهانه به طرحواره‌ها در حکم افکار محض، تمرین آماده شدن برای آینده، جمع بندی و اختتام جلسه با تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای

۸ مرور مطالب جلسات قبل

توجه آگاهانه به خویشتن به عنوان کودک و بزرگسال، بازنگری و مرور کل برنامه، ارزیابی برنامه توسط شرکت‌کنندگان  
اجرای مجدد آزمون‌ها جهت مقایسه نتیجه‌ی آن با خط پایه، جمع بندی و اختتام جلسات

## نتایج

در این بخش نتایج تجزیه و تحلیل داده‌ها مطرح

می‌شود. مشخصات جمعیت شناختی آزمودنی‌ها در

جدول ۲، ۳ و ۴ نشان داده شده است.

جدول ۲: توزیع جنسیتی اعضای نمونه.

همچنین مقایسه میانگین سنی نشان می دهد که در هر دو گروه آزمایش و کنترل، میانگین سنی مردان از میانگین سنی زنان بیشتر است که در گروه آزمایش، این اختلاف بیشتر مشاهده می شود.

توزیع میزان تحصیلات شرکت کنندگان در این تحقیق، طبق جدول ۴ نشان می دهد که اکثریت افراد لیسانس بودند و پس از آن فوق لیسانس، دیپلم و در نهایت دو گروه فوق دیپلم و دکتری که فقط یک نفر از هر کدام در این مطالعه شرکت داشته‌اند. توزیع فراوانی میزان تحصیلات اعضای نمونه به تفکیک گروه آزمایش و کنترل نشان می دهد که در گروه آزمایش، هیچ نمونه‌ای تحصیلات فوق دیپلم ندارد. به همین ترتیب، در گروه کنترل، عضوی با تحصیلات دکتری مشاهده نمی‌شود. اما برای بقیه مقاطع تحصیلی، ترتیب فراوانی ثابت است؛ یعنی اکثریت نمونه را در هر دو گروه کنترل و آزمایش، تحصیلات لیسانس و سپس تحصیلات کارشناسی ارشد و دیپلم شامل می شوند.

**جدول ۵: شاخص‌های توصیفی مربوط به اضطراب، کیفیت زندگی و تحمل ناکامی**

پرسشنامه	تعداد میانگین انحراف معیار	
	پیش‌آزمون	۱۵
پس‌آزمون	۱۵	۴۰/۲۸
تفاوت میانگین	۰/۲۷ واحد کاهش یافته است.	
پیش‌آزمون	۱۵	۴۱/۲۰
پس‌آزمون	۱۵	۴۱/۲۳
تفاوت میانگین	۳۰/۴۷ واحد کاهش یافته است.	
پیش‌آزمون	۱۵	۱۳۳/۹۳
پس‌آزمون	۱۵	۱۳۵/۱۳
تفاوت میانگین	۱/۲ واحد افزایش یافته است.	

	زن		مرد	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
کنترل	۱۳	۸۷٪	۲	۱۳٪
آزمایش	۱۲	۸۰٪	۳	۲۰٪

**جدول ۳: خلاصه توصیفی سن افراد به تفکیک جنسیت و گروه کنترل و آزمایش.**

	زن		مرد		کل
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
کنترل	۳۵	۶/۱۵	۴۲	۴/۸۳	۳۵/۹۳
آزمایش	۳۳/۳۳	۵/۸۸	۴۷/۳۳	۵/۶۹	۳۵/۳۳

**جدول ۴: توزیع فراوانی میزان تحصیلات اعضای نمونه به تفکیک گروه آزمایش و کنترل.**

	دیپلم		فوق دیپلم		لیسانس		فوق لیسانس		دکتری	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
کنترل	۲	۱۳٪	۰	۰٪	۸	۵۳٪	۴	۲۷٪	۱	۷٪
آزمایش	۳	۲۰٪	۱	۷٪	۶	۴۰٪	۵	۳۳٪	۰	۰٪

همان‌طور که از جدول ۲ مشاهده می‌شود تقریباً تعداد هر جنسیت در دو گروه یکسان است که با توجه به تعداد کم نمونه، این تفاوت یک نفر در توزیع و یا به عبارتی در ۷٪ افراد نشان داده شده است.

با توجه به جدول ۳ میانگین سن خانم‌ها در گروه کنترل ۳۵ و در گروه آزمایش ۳۳/۳۳ و میانگین سن آقایان در گروه کنترل ۴۲ و در گروه آزمایش ۴۷/۳۳ می‌باشد. در حالت کلی میانگین سن دو گروه کنترل و آزمایش به ترتیب ۳۵/۹۳ و ۳۵/۳۳ می‌باشند که می‌توان گفت میانگین سنی گروه‌ها تقریباً برابر است.



پرسش‌نامه	آماره آزمون	Sig	آزمون
اضطراب	کنترل	۰/۹۶۹	شاپیرو ویلک نرمال
۱	آزمایش	۰/۹۸۴	۰/۹۸۹
تحمل‌ناکامی	کنترل	۰/۹۴۵	۰/۴۵۱
۲	آزمایش	۰/۹۶۸	۰/۸۳۵
کیفیت‌زندگی	کنترل	۰/۹۲۹	۰/۲۵۹
۳	آزمایش	۰/۹۶۶	۰/۷۹۹

جدول ۷: نتایج آزمون برابری واریانس و میانگین پیش‌آزمون.

پرسش‌نامه	آماره	Sig	آماره	Sig	آزمون
اضطراب	۰/۱۱۴	۰/۷۳۸	۰/۳۷۱	۰/۷۱۳	برابری
۲	۰/۳۷۹	۰/۵۴۳	۰/۱۱۱	۰/۹۱۳	میانگین
کیفیت	۱/۱۳۹	۰/۲۹۵	۱/۰۷۲	۰/۲۹۳	میانگین

همان‌طور که از جدول ۷ مشاهده می‌شود، هر سه مقدار ستون Sig مربوط به آزمون برابری واریانس بزرگتر از عدد ۰/۰۵ می‌باشد. بنابراین فرض برابری واریانس نمرات پرسشنامه‌های پیش‌آزمون در دو گروه کنترل و آزمایش با اطمینان ۹۵٪ تایید می‌شود. علاوه بر آن بر اساس مقادیر ستون Sig آزمون برابری میانگین در جدول ۷ که همگی بزرگتر از ۰/۰۵ هستند، نتیجه می‌شود که میانگین نمرات پرسشنامه‌های پیش‌آزمون در دو گروه کنترل و آزمایش با اطمینان ۹۵ درصد برابری میانگین و واریانس نمرات پیش‌آزمون‌ها، همگنی گروه‌های کنترل و آزمایش در پیش‌آزمون را نشان می‌دهد.

بر اساس پراکنش نمرات پرسشنامه‌ها و همچنین خط رگرسیون برآورد شده در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون که مشاهده می‌شود این خطوط یکدیگر را در محدوده‌ی داده‌ها قطع نمی‌کنند، می‌توان گفت فرض برابری شیب رگرسیون برای هر سه پرسشنامه برقرار است.

باتوجه به این که پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس برای هر سه پرسشنامه تایید شد، می‌توان فرضیه‌ها را

پیش‌آزمون	۱۵	۱۳۴/۴۰	۱۲/۰۸۸
پس‌آزمون	۱۵	۷۹/۸	۵/۱۵۸
تفاوت میانگین	۵۴/۲	واحد کاهش یافته است.	
پیش‌آزمون	۱۵	۳۲/۴۸	۳/۰۴
پس‌آزمون	۱۵	۳۱/۳۴	۲/۸۲
تفاوت میانگین	۱/۱۴	واحد کاهش یافته است.	
پیش‌آزمون	۱۵	۳۱/۰۵	۴/۱۶
پس‌آزمون	۱۵	۷۲/۱۵	۳/۴۵
تفاوت میانگین	۴۱/۱	واحد افزایش داشته است.	

شاخص‌های توصیفی مربوط به دو گروه آزمایش و کنترل در جدول ۵ آورده شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود تغییر میانگین داده‌ها در گروه آزمایش پس از انجام مداخله و عدم تغییر آن در گروه کنترل کاملاً مشهود است که اثربخشی مداخله را در گروه آزمایش به صورت توصیفی نشان می‌دهد. برای تحلیل کوواریانس لازم است که پیش‌فرض‌هایی بررسی شوند. این پیش‌فرض‌ها شامل نرمال بودن اطلاعات در پیش‌آزمون، برابری واریانس‌های پیش‌آزمون و برابری شیب خطرگرسیون بین مقادیر پس‌آزمون و پیش‌آزمون می‌باشد. در ادامه این بخش همیشه از این قانون استفاده می‌شود: اگر مقدار Sig بزرگتر از عدد ۰/۰۵ باشد، فرض پژوهش با اطمینان ۹۵ درصد پذیرفته می‌شود.

جدول ۶: نتایج آزمون نرمال بودن داده‌های پیش‌آزمون.

از آنجا که کلیه مقادیر Sig بزرگتر از عدد ۰/۰۵ می‌باشد، فرض نرمال بودن داده‌ها با اطمینان ۹۵ درصد تایید می‌شود.

۹۶	۰۰	/۰۷۰	۲/۴۹۱	۱	۲/۴۹۱
۰/۸	۰/۰	۸۱۴	۳۱۶۲		۳۱۶۲
گروه					
			۲/۴۵۳	۲	۷/۲۲۳
			۸	۷	۶۸
میزان خطا					

بحث و نتیجه گیری.

با توجه به نتایج به دست آمده، طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به کاهش اضطراب بیماران ام اس گردیده است. در زمینه اثر بخشی طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش اضطراب، پژوهش حاضر با پژوهش های رفتار علی آبادی و همکاران (۱۳۹۹) [۳۸]، محمدی و همکاران (۱۳۹۸) [۳۹] و پژوهش سیمپسون و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۱۴) [۴۰] همسو است.

طرحواره ها با بسیاری از اختلالات روانی از جمله اضطراب در ارتباط هستند [۴۰]. به نظر می رسد کاهش طرحواره های ناسازگار می تواند شرایط را برای بهبود علائم اضطرابی افراد فراهم سازد. یکی از طرحواره هایی که به نظر می رسد به ویژه در افراد مضطرب می تواند بر علائم آن ها تأثیرگذار باشد و در راستای فعالیت در گروه آزمایش کاهش یافته است، طرحواره رها شدگی می باشد. این انتظار که نزدیکان باید بیشتر به ملاقات بیایند و باید همه در دسترس فرد باشند، در گروه به بحث گذاشته شد و سعی شد به آن ها توضیح داده شود که می توانند با ایجاد روابط جدید و با ثبات، اعتماد دیگران را جلب کنند و به نگرش واقع بینانه تری نسبت به ثبات روابط بین فردی دست یابند. سعی شد تصویر ذهنی بیمار نیز به سمت تصویر ذهنی یک بزرگسال سالم سوق داده شود.

انزوای اجتماعی یکی دیگر از طرحواره هایی است که کاهش آن می تواند بر علائم اضطرابی افراد تأثیرگذار باشد. یکی از اهداف عمده درمان افراد دارای این

با تحلیل کوواریانس بررسی کرد. نتایج به دست آمده در جدول ۸ نشان می دهد که تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش و کنترل در میزان اضطراب، کیفیت زندگی و تحمل ناکامی وجود دارد و می توان گفت که مداخله درمانی اثر بخش بوده است.

جدول ۸: نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به آزمودنی های گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای اضطراب، کیفیت زندگی و تحمل ناکامی

متغیر	منبع	مجموع	مختورات	درجه آزادی	میانگین	مختورات	F	سطح	مختورات
اضطراب	قبل از آموزش	۴/۴۰۸	۸۲	۱	۴/۴۰۸	۸۲	۷/۴۹۶	۰۰	۷۳
	گروه	۶/۸۱۰	۲۰۲	۱	۶/۸۱۰	۲۰۲	۷/۳۱	۰/۰	۹۷
	میزان خطا	۱/۵۲۶	۷۲	۲	۶/۳۹۰	۷		۰/۰	۰/۳
کیفیت زندگی	قبل از آموزش	۹/۲۷۱	۰	۱	۹/۲۷۱	۰	۱/۹۷۰	۰۰	۳۲
	گروه	۱/۸۷۰	۲۴۱۶	۱	۱/۸۷۰	۲۴۱۶	۱/۹۷۱	۰/۰	۹۸
	میزان خطا	۱/۹۲۶	۸۷	۲	۶/۹۶۰	۷		۰/۰	۰/۴
تحمل ناکامی	قبل از آموزش	۱/۹۱۰	۰۸۵	۱	۱/۹۱۰	۰۸۵	۳/۱۶۵	۰۰	۵۸
	گروه	۲۴۱۶	۰۸۵	۱	۲۴۱۶	۰۸۵	۱۷۸۳	۰/۰	۰/۵
	میزان خطا	۱/۹۲۶	۸۷	۲	۶/۹۶۰	۷		۰/۰	۰/۶

<sup>1</sup> Simpson R et al

قرار می‌گیرند، سیستم عصبی و به خصوص سیستم سمپاتیک واکنش نشان می‌دهند و به همین دلیل تغییراتی در بدن رخ می‌دهد؛ برای مثال ضربان قلب تسریع می‌شود و شرایط تنفس از حالت منظم و هماهنگ خارج می‌شود. یکی از اثرات تمرینات ذهن آگاهی هم این است که فرد بتواند واکنش‌هایی را که هنگام اضطراب در بدن رخ می‌دهد، کنترل کند تا از عواقب بعدی آن جلوگیری شود و هنگامی که نمود علائم بدنی اضطراب کم شود به مرور زمان حملات اضطراب نیز کاهش می‌یابد. هم چنین تحقیقات نشان دادند که یک برنامه ۸ هفته‌ای آموزش ذهن آگاهی، انتقالات راست و چپ را در قشر جلوی پیشانی ایجاد می‌کند که این امر مربوط به حرکت از پاسخ‌گویی اجتناب‌ناپذیر همراه با اضطراب، به پاسخ‌گویی ارادی و کاهش کلی اضطراب است [۴۳].

تبیین دیگر برای تأیید فرضیه فوق عبارت است از این که طبق تعریف، ذهن آگاهی فرد را از طریق آگاهی لحظه به لحظه و جهت‌گیری رفتاری مبتنی بر مسئولیت عاقلانه (به جای واکنش‌پذیری خودکار)، به ایجاد رابطه‌ای متفاوت با احساس‌های درونی و حوادث بیرونی، قادر می‌سازد. ذهن آگاهی می‌تواند با به کارگیری هدفمند کارکردهای عالی ذهن از جمله توجه، آگاهی، نگرش مهربانانه، کنجکاوی و دلسوزی، به طور مؤثر بر واکنش‌های هیجانی (از طریق بازداری قشری سیستم لیمبیک)، اعمال کنترل نماید [۴۴]. به نظر می‌رسد در گروه آزمایش به سبب تمرین‌های ذهن آگاهی و تأثیر بر فرآیندهای عالی مغز، اضطراب کمتری ادراک می‌شود.

نتایج نشان می‌دهد که طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی اثر بخشی معناداری بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام‌اس دارد و می‌تواند به عنوان یک روش مؤثر در این زمینه به کار گرفته شود. نتایج این تحقیق با پژوهش‌هایی از جمله پژوهش سیمپسون و همکاران

طرحواره، بهبود روابط فعلی بیمار با همسالان و گروه‌های اجتماعی است. بنابراین احتمالاً علت اصلی کاهش نمرات انزوای اجتماعی افراد در این مطالعه، تشکیل گروه و درمان به شیوه گروهی بوده است. مطالعات نشان داده است که گروه درمانی برای بهبود روابط بین فردی بهتر از درمان انفرادی عمل می‌کند [۲۷]. در این مطالعه تشکیل گروه در طول درمان، شرایطی را فراهم کرد که افراد بتوانند روابط خوبی با دیگر افراد و درمانگر برقرار کنند. در حین درمان نیز افراد آموختند که آنقدر هم که فکر می‌کنند با دیگران متفاوت نیستند، و بسیاری از ویژگی‌هایی را که فکر می‌کنند آن‌ها را از دیگران متمایز کرده، در دیگران نیز وجود دارد.

به گفته باتلر و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۱۹) [۴۱]، افراد مبتلا به اختلال اضطراب از موقعیت‌های اضطراب‌ناپذیر اجتناب می‌کنند، بدین معنی که به جای این که برای افزایش رضایتمندی خود از زندگی کاری انجام دهند، خود را درگیر رفتارهایی می‌سازند که هدفشان کاهش اضطراب است و هنگام انجام فعالیت‌های مهم به دلیل نگرانی، تمرکز خود را از دست می‌دهند. در این زمینه درگیری آگاهانه در فعالیت‌های مبتنی بر ذهن آگاهی ممکن است مفید واقع گردد.

ذهن آگاهی، از دیگر تکنیک‌های مهم در این درمان است که به ویژه در پروتکل درمانی این پژوهش نیز تأکید بسیاری بر آن شد و در اغلب جلسات درمان و خارج از جلسات، یعنی در دنیای واقعی نیز، تمرین ذهن آگاهی انجام شد. در همین رابطه، رستمی و همکاران (۲۰۱۳)، با بررسی نقش ذهن آگاهی بر رنج و ناتوانی مرتبط با درد مزمن، به این نتیجه رسیدند که پس از کنترل متغیرها، ذهن آگاهی می‌تواند واریانس نمرات اضطراب و دیگر عوامل مرتبط با درد را تبیین کند [۴۲].

در تبیین اثربخشی ذهن آگاهی بر اضطراب بیماران ام‌اس باید گفت که هنگامی که افراد در موقعیت اضطراب

<sup>1</sup> Butler E et al

(۲۰۱۴) [۴۰]، گراسمن و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۱۰) [۴۵] و مطالعه صمدی کاری و جهانگیر (۱۳۹۷) [۴۶] همسو است. در تبیین این فرضیه باید گفت کاری که ذهن آگاهی انجام می دهد این است که از همه افکار چه مثبت و چه منفی یک قدم فاصله می گیرد و به بیمار آموزش داده می شود که افکار، تنها افکار هستند و واقعیت ندارند (برای مثال فکر اینکه اطرافیان مرا طرد کرده اند و زیاد به ملاقات من نمی آیند). فرد نمی تواند افکار را به طور کامل کنترل کند، بلکه همه کاری که از دستش برمی آید این است که افکار را نگاه کند و از آن ها فاصله بگیرد و واکنش خود به خودی نسبت به افکارش را متوقف کند. هرچه بتواند این کار را بیشتر انجام دهد احساس تحت کنترل بودن بیشتری پیدا می کند؛ بنابراین، وقتی فرد احساس آرامش عمیق حاصل از ذهن آگاهی را در عمق وجود خویش درک کند دیگر از خود نمی پرسد که هدف زندگی چیست؟ به وضوح خواهد فهمید که آرامش، عشق و لذت همگی در درون خودش است. فرد در خواهد یافت که همه دردها و رنج ها و اندوه موجود در دنیا به خاطر آن است که بشر خود را در درک و استفاده از این منبع درونی آرامش و عشق و شادی محروم ساخته است. وی خواهد فهمید که احساسات بد و ناخوشایندی که وجودش را فرا می گیرند به خاطر دیدن دنیا از پنجره های اشتباه است. همچنین در این روش، با استفاده از مهارت های ذهن آگاهی، انعطاف پذیری روانشناختی نیز افزایش می یابد. در این درمان، انعطاف پذیری روانشناختی عبارت است از توانایی برای ارتباط با زمان حال به طور کامل و به عنوان یک انسان هوشیار و آگاه و تغییر یا تداوم رفتار در خدمت اهداف ارزشمند فرد. ارزش هایی چون ارزش سلامتی و بهداشت، روابط خانوادگی، روابط با اطرافیان، تحصیلات، تفریح، شغل و ... با طریق هدف گذاری ها و بعد از آن تعیین تکالیف، ادراک فرد از وضعیتی که در آن زندگی می کند، ارتقاء می یابد که این همان تعریف بهبود کیفیت زندگی است [۴۷].

از جمله علل اثربخشی طرحواره درمانی بر بهبود حالات عاطفی و افزایش کیفیت زندگی افراد مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس نیز این است که مطالعات نشان داده اند برخی طرحواره های ناسازگارانه در این بیماران شایع تر از گروه افراد سالم است و به نوعی با این بیماری و علائم آن نیز در ارتباط است، این طرحواره های ناسازگار عبارتند از: اطاعت، از خودگذشتگی / ایثار و معیارهای سخت گیرانه. در این پژوهش نیز طرحواره معیارهای سخت گیرانه که با کمال گرایی در ارتباط است در اعضای گروه بیشتر مشاهده شد و به علاوه طرحواره نقص / شرم نیز بین شرکت کنندگان دیده شد. از طرفی طرحواره معیارهای سخت گیرانه با احساس استرس زیاد، فرسودگی، تحت فشار بودن و بسیاری از بیماری های عصبی در ارتباط است [۴۸]. به عبارتی داشتن این طرحواره می تواند به عنوان یکی از عوامل مؤثر تشدید علائم این بیماری باشد. از طرفی این موضوع می تواند هشدار برای افرادی باشد که چنین طرحواره های ناسازگارانه ای دارند تا تعدیل آن از ابتلا به بیماری های عصبی همچون ام اس جلوگیری نمایند.

بنابراین طرحواره درمانی از طریق تعدیل طرحواره های ناسازگار در افراد مبتلا به ام اس و آموزش راهبردهای مقابله ای سازگارانه در کاهش افسردگی، استرس و اضطراب و به دنبال آن بهبود کیفیت زندگی معناداری دارد؛ زیرا بین حالات عاطفی و کیفیت زندگی ارتباط نزدیکی وجود دارد. در نتیجه می توان از این درمان به عنوان یک مداخله مؤثر در زمینه افزایش کیفیت زندگی و بهبود حالات عاطفی منفی افراد مبتلا به ام اس بهره گرفت.

همچنین طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به افزایش تحمل ناکامی بیماران ام اس شده است. تاکنون فقط پژوهش علیزاده اصلی و جعفرنژاد لنگرودی (۱۳۹۷) [۴۹] به بررسی اثربخشی طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر روی تحمل ناکامی

<sup>1</sup> Grossman P et al

روانشناختی مانند کاهش استرس و کنترل هیجان ایجاد می‌شود که منجر به کسب مهارت‌های خودگردانی و انعطاف‌پذیری در برخورد با رویدادهای استرس‌زا و کسب مهارت‌های جسمی می‌گردد و اخذ مهارت‌های لازم برای تغییر چالش‌ها بر اساس ذهن آگاهی، باعث افزایش تحمل ناکامی در بیماران مبتلا به ام‌اس می‌گردد. از طرفی همان‌طور که قبلاً ذکر شد، ذهن آگاهی می‌تواند فرآیندهای عالی مغز مانند توجه و تمرکز را بهبود ببخشد و از این طریق می‌تواند روی کنترل میزان اضطراب و استرس تأثیر گذار باشد که این فرآیند به نوبه خود می‌تواند باعث افزایش میزان تحمل ناکامی شود.

ازجمله طرحواره‌هایی که به نظر می‌رسد با تحمل ناکامی بیماران ارتباط داشته باشد، می‌توان به طرحواره معیارهای سرسختانه و طرحواره استحقاق / بزرگ منشی و طرحواره خویشتن‌داری / خودانضباطی ناکافی اشاره کرد که می‌توان گفت این درمان، از طریق کاهش هیجانات منفی سبب کاهش این طرحواره‌ها می‌شود و از این طریق می‌تواند شرایط تحمل ناکامی بیماران را بهبود ببخشد. افرادی که دارای طرحواره استحقاق / بزرگ منشی هستند به بیان ساده نیازهای خود را در الویت قرار می‌دهند و به نیازهای دیگران توجه نمی‌کنند و حتی برای رسیدن به نیازهای خود از دیگران استفاده می‌کنند. در این مداخله به این افراد آموزش داده می‌شود که تلاش کنند خودشان را جای دیگران قرار دهند، با دیگران همدلی کنند، سعی کنند هیجانات خود را تنظیم کنند و کارهایشان را بدون کمک دیگران انجام دهند. در نتیجه، این آموزش‌ها باعث کاهش این طرحواره و در آخر کاهش میزان تحمل ناکامی می‌شود. افرادی که دارای طرحواره معیارهای سرسختانه هستند، خودشان را افرادی تلاشگر و بی‌نقص نشان می‌دهند و باور دارند که برای رسیدن به معیارهای بلند پروازانه، باید به طور مداوم تلاش کنند. در نتیجه، این افراد در راه رسیدن به اهدافشان تحمل رویارویی با ناکامی را ندارند. در این

پرداخته که نتایج این پژوهش با پژوهش حاضر، همسو است. هم‌چنین شهاب و همکاران (۱۳۹۸) [۵۰] در پژوهش خود، اثر بخشی طرحواره درمانی بر بهزیستی روانی بیماران ام‌اس را بررسی کردند که با نتایج پژوهش حاضر، همسو است.

میزان تحمل ناکامی در انسان‌ها تا حد زیادی به ظرفیت افراد در مقابله با مشکلات بستگی دارد. برای مثال، به این دلیل که اکثر بیماران ام‌اس، در سن ازدواج و تشکیل خانواده هستند و به علت بیماری خود دچار شکست‌های عاطفی و گاهی متارکه می‌شوند، بسیاری از انگیزه‌های خود را از دست می‌دهند و نسبت به آینده بدبین می‌شوند و به تبع آن سلامت روانی آن‌ها به خطر می‌افتد و در نتیجه این روند می‌تواند میزان تحمل ناکامی را در این افراد بیش از پیش کاهش دهد، اما در مقابل افرادی هستند که با وجود بیماری خود، دچار ناامیدی نشده، ازدواج‌های موفق داشته و از نظر عاطفی محیط امنی را تجربه کرده‌اند و این روند می‌تواند میزان تحمل ناکامی را در این افراد بالاتر برد.

از طرفی مبتلایان به ام‌اس نسبت به دیگران، از نرخ بالای مشکلات روانی رنج می‌برند. بنابراین، کاهش میزان هیجانات منفی و هم‌چنین کاهش میزان درد در این بیماران منجر به افزایش تحمل ناکامی در این افراد خواهد شد. بنابراین می‌توان گفت، این درمان از طریق اثرگذاری بر روی هیجانات منفی مانند اضطراب می‌تواند در افزایش میزان تحمل ناکامی بیماران ام‌اس، مؤثر باشد [۵۱].

در تبیین یافته‌های پژوهش باید بیان نمود، کاهش درد و رنج ناشی از بیماری یکی از دغدغه‌های اصلی جامعه در ارتباط با بیماران مبتلا به ام‌اس است. افزایش تحمل ناکامی در این بیماران می‌تواند بخش مهمی از زندگی آنان را تغییر دهد، به نحوی که بیماران با تحمل ناکامی بالا خواهند توانست در مقابله با مسائل زندگی خود دقیق‌تر عمل کنند. با انجام تمرین‌های منظم ذهن آگاهی، تغییراتی مثبت در برخی از کارکردهای



- زندگی زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس. حیات  
۱۳۹۱؛ ۱۹: ۱-۱۳.
- [2] Halper J, APN-C MS, Holland NJ. Multiple sclerosis: a self-care guide to wellness, Demos medical publishing. 2005.
- [3] میرهاشمی م، نجفی ف. اثر بخشی درمان راه حل مدار بر تاب آوری و احساس انسجام بیماران مولتیپل اسکلروزیس (ام اس). (فصلنامه علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران ۱۳۹۲؛ ۲۴: ۱۷۵-۱۸۱).
- [4] Alavi MS, Jabal Ameli S. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Emotional Control of MS Patients in the City of Isfahan. *Jorjani Biomedicine Journal* 2018;6:44-54.  
<https://doi.org/10.29252/jorjanibiomedj.6.1.44>.
- [5] Chwastiak LA, Ehde DM. Psychiatric Issues in Multiple Sclerosis. *Psychiatric Clinics of North America* 2007;30:803-17.  
<https://doi.org/10.1016/j.psc.2007.07.003>.
- [6] Kirchner T, Lara S. Stress and depression symptoms in patients with multiple sclerosis: the mediating role of the loss of social functioning. *Acta Neurol Scand* 2011;123:407-13.  
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0404.2010.01422.x>.
- [7] Smeltzer SC, Bare BG. Text book of medical-surgical nursing. Philadelphia: W.B. Saunders Co; 2008.  
<https://doi.org/10.4236/jbm.2018.61008>.
- [8] دهقانی علی، محمدخان کرمانشاهی، سیما، معماریان ربابه. بررسی شیوع فراوانی استرس، اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس. نشریه دانشگاه علوم پزشکی البرز ۱۳۹۱؛ ۲: ۸۲-۸.
- <https://doi.org/10.18869/acadpub.au.ms.2.2.82>.

درمان سعی می شود با کمک به افراد در جهت شناخت معیار های غیر معقول خود، مزایا و معایب تلاش برای رسیدن به این معیارها و ... ، از شدت این طرحواره کاسته شود و در نتیجه میزان تحمل ناکامی در فرد افزایش یابد. در طرحواره خویشتن داری / خود انضباطی ناکافی، افراد قادر به کنترل هیجانات و تکانه های خود نیستند در نتیجه تحمل ناکامی پایینی دارند. در این راستا به افراد کمک می شود تا به استقلال و نظم کافی برسند به طوری که نه به نحوی وسواس گونه عمل کنند و اهداف کمال گرایانه داشته باشند و نه بیش از حد به حمایتگری افراد دیگر نیاز داشته باشد تا بتوانند به صورتی سالم و کنترل شده به هیجانات و تکانه هایشان پاسخ دهند و در نتیجه میزان تحمل ناکامی افزایش یابد.

در نهایت می توان گفت که طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می تواند منجر به کاهش اضطراب، بهبود کیفیت زندگی و افزایش تحمل ناکامی در بیماران ام اس شود.

از جمله محدودیت های پژوهش حاضر می توان به نابرابر بودن تعداد زن و مرد و محدود بودن نمونه آماری اشاره کرد. پیشنهاد می شود پژوهش های آینده با نمونه های بزرگتر و وجود دوره های پیگیری جهت بررسی ماندگاری اثر درمان، استفاده شود. از آن جایی که طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، درمانی جدید با آینده ای رو به رشد است، بنابراین برگزاری کارگاه های آموزشی در این زمینه پیشنهاد میشود. همچنین انجام مداخلات روانشناختی در کنار درمان های دارویی می تواند به روند درمان بیماران سرعت ببخشد، بدین جهت همکاری روان شناس و سایر پزشکان پیشنهاد می گردد.

منابع.

- [1] عظیم زاده ا، حسینی م، نوروزی تبریزی ک. بررسی تاثیر ورزش تای چی چوان بر کیفیت



- [16] Van Vreeswijk M, Broersen J, Schurink G. Mindfulness and schema therapy: A practical guide. John Wiley & Sons; 2014.
- [17] Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy* 2006;44:1–25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>.
- [18] محمودی عالمی ق، نصیری ا، نیازآذری ک. بررسی سلامت روان در بیماران مبتلا به ام.اس در استان مازندران در سال ۱۳۸۶. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران* ۱۳۸۷؛ ۱۸: ۷۰–۳.
- [19] هومن، حیدرعلی. شناخت روش علمی در علوم رفتاری. تهران: انتشارات سمت؛ ۱۳۹۲.
- [20] Young JE. Young Schema Questionnaire--Short Form. *Cognit Ther Res* 1998.
- [21] Young JE, Brown G. Young schema questionnaire. *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-Focused Approach* 1994;2:63–76.
- [22] Kirchner T, Lara S. Stress and depression symptoms in patients with multiple sclerosis: the mediating role of the loss of social functioning. *Acta Neurol Scand* 2011;123:407–13. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0404.2010.01422.x>.
- [23] Yalcin O, Lee C, Correia H. Factor Structure of the Young Schema Questionnaire (Long Form-3). *Aust Psychol* 2020;55:546–58. <https://doi.org/10.1111/ap.12458>.
- [24] Yalcin O, Marais I, Lee CW, Correia H. The YSQ-R: Predictive Validity and Comparison to the Short and Long Form Young Schema Questionnaire. *Int J Environ Res Public Health* 2023;20:1778. <https://doi.org/10.3390/ijerph20031778>.
- [25] Li L, Young D, Xiao S, Zhou X, Zhou L. Psychometric properties of the WHO Quality of Life questionnaire
- [9] Thornton EW, Tedman S, Rigby S, Bashforth H, Young C. Worries and concerns of patients with multiple sclerosis: development of an assessment scale. *Multiple Sclerosis Journal* 2006;12:196–203. <https://doi.org/10.1191/135248506ms12730a>.
- [10] Weiner MF, Martin-Cook K, Svetlik DA, Saine K, Foster B, Fontaine CS. The quality of life in late-stage dementia (QUALID) scale. *J Am Med Dir Assoc* 2000;1:114–6.
- [11] همایونی ع. عوامل تسهیل کننده و بازدارنده کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس یک مطالعه کیفی. *طلوع بهداشت* ۱۴۰۱؛ ۴۳: ۲۱–۶۲. <https://doi.org/10.18502/tbj.v21i6.12294>.
- [12] Hart S, Fonareva I, Merluzzi N, Mohr DC. Treatment for depression and its relationship to improvement in quality of life and psychological well-being in multiple sclerosis patients. *Quality of Life Research* 2005;14:695–703. <https://doi.org/10.1007/s11136-004-1364-z>.
- [13] Chiaravalloti ND, DeLuca J. Cognitive impairment in multiple sclerosis. *Lancet Neurol* 2008;7:1139–51. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(08\)70259-X](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(08)70259-X).
- [14] Rosenbaum JL, Lasley JR. School, community context, and delinquency: Rethinking the gender gap. *Justice Quarterly* 1990;7:493–513. <https://doi.org/10.1080/0741882900090701>.
- [15] عرفانیان رزعی م، کشاورزی ارشدی ف، گلشنی ف، حسنی ف، رولت‌شاهی ب. اثربخشی درمان هیجان مدار بر تحمل ناکامی و کیفیت زندگی زناشویی زنان با سقط‌های مکرر. *مدیریت بهداشت و درمان* ۱۴۰۲؛ ۱۴: ۲۱–۳۴. <https://doi.org/10.30495/JHM.2023.75414.11166>.

- psychometric analysis of inventories. *Multiple Sclerosis Journal* 2005;11:450-8.  
<https://doi.org/10.1191/1352458505ms1169oa>.
- [34] Davidson RJ, Kabat-Zinn J, Schumacher J, Rosenkranz M, Muller D, Santorelli SF, et al. Alterations in Brain and Immune Function Produced by Mindfulness Meditation. *Psychosom Med* 2003;65:564-70.  
<https://doi.org/10.1097/01.PSY.0000077505.67574.E3>.
- [35] برهانی حقیقی دا، قائم ه. کیفیت زندگی در بیماران مالتیپل اسکلروزیس (MS): ترجمه و تطبیق فرهنگی پرسشنامه 54 MS-QoL علوم مغز و اعصاب ایران ۱۳۸۴؛ سال چهارم: ۴۰.
- [36] Harrington N. The Frustration Discomfort Scale: development and psychometric properties. *Clin Psychol Psychother* 2005;12:374-87.  
<https://doi.org/10.1002/cpp.465>.
- [37] رحیمی ن، افشاری نیا ک. پیش بینی سرسختی روان شناختی بر اساس میزان تمایز یافتگی و تحمل ناکامی در سالمندان. روان شناسی پیری ۲۰۱۷؛ ۳: ۱۲۷-۱۳۶.
- [38] رفتار علی آبادی م، شاره ح، جانی حت. اثربخشی طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی، اضطراب و ناامیدی زنان خیانت دیده: یک کار آزمایی بالینی تصادفی شده. مجله دانشکده علوم پزشکی نیشابور ۱۳۹۹؛ ۸: ۱۴۰-۵۵.
- [39] محمدی ف، میرزائی م، سلطانی ن، فدایی م. اثربخشی طرحواره درمانی بر نشخوارهای ذهنی و اضطراب بیماران وسواسی. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد ۱۳۹۸؛ ۶۲: ۱۹۴۵-۱۹۵۹.  
<https://doi.org/10.22038/MJMS.2020.15842>.
- [40] Simpson R, Booth J, Lawrence M, Byrne S, Mair F, Mercer S. Mindfulness based interventions in multiple sclerosis - a systematic review. *BMC Neurol* 2014;14:15.
- (WHOQOL-100) in patients with chronic diseases and their caregivers in China. *Bull World Health Organ* 2004;82:493-502.
- [26] صدوقی ز، آگیلار م، وفایی، طباطبایی سکرز، اصفهانیان ن. تحلیل عاملی نسخه کوتاه پرسش نامه طرحواره یانگ در نمونه غیر بالینی ایرانی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران ۱۳۸۷؛ ۱۴: ۲۱۴.
- [27] صباغ کرمانی، ل. اثربخشی مداخله شناختی-رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی و طرحواره درمانی بر حالات هیجانی و کیفیت زندگی افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. دانشکده ادبیات و علوم انسانی، گروه روانشناسی، دانشگاه شهید باهنر کرمان ۱۳۹۶.
- [28] Khosravani V, Najafi M, Mohammadzadeh A. The Young Schema Questionnaire-Short Form: a Persian Version Among a Large Sample of Psychiatric Patients. *Int J Ment Health Addict* 2020;18:949-67.  
<https://doi.org/10.1007/s11469-018-9997-2>.
- [29] Beck AT, Steer RA. Manual for the Beck anxiety inventory. San Antonio, TX: Psychological Corporation 1990.
- [30] فتحی آشتیانی ع، داستانی م. آزمونهای روان شناختی: ارزشیابی شخصیت و سلامت روان. تهران: بعثت؛ ۱۳۹۲.
- [31] سالاری س، رنجبر ع، فتحی آشتیانی ع. اعتباریابی و پایایی سنجی نسخه فارسی پرسشنامه کنترل اضطراب. روان شناسی بالینی ۱۳۹۶؛ ۹: ۳۳-۴۳.  
<https://doi.org/10.22075/JCP.2018.11010.1073>.
- [32] Vickrey BG, Hays RD, Harooni R, Myers LW, Ellison GW. A health-related quality of life measure for multiple sclerosis. *Quality of Life Research* 1995;4:187-206.  
<https://doi.org/10.1007/BF02260859>.
- [33] Miller A, Dishon S. Health-related quality of life in multiple sclerosis:

- علمی رویش روان‌شناسی ۱۳۹۷؛ ۲۰۷:۷-۱۸.
- [47] مقدس تبریزی ی، رجبی ر، سبزی دیزج یکان ک، نبوی م، رستمی ر. تأثیر تمرین‌های نوروفیدبک بر تعادل، خستگی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس. فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی ۱۳۹۵؛ ۷:۸۹-۱۰۰.
- <https://doi.org/10.22059/japr.2017.61082>.
- [48] Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: A practitioner's guide. New York: guilford publications; 2003.
- [49] علیزاده اصلی ا، جعفر نژاد لنگرودی ز. اثربخشی طرح‌واره درمانی مبتنی بر برنامه غنی سازی ارتباطی پذیرش و ذهن‌آگاهی در صمیمیت، سازگاری و تاب‌آوری در زنان با تعارضات زناشویی شهرستان کرج. نشریه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی البرز ۱۳۹۷؛ ۷:۲۴۸-۵۶.
- <https://doi.org/10.29252/aums.7.3.248>.
- [50] شهاب آ، احدی ح، جمهری ف، کراسکیان مومجاری آ. بررسی اثربخشی (تأثیر) طرح‌واره درمانی هیجانی بر بهزیستی ذهنی و خستگی در بیماران مبتلا به بیماری ام اس. فصل‌نامه علمی روشها و مدل‌های روانشناختی ۱۳۹۸؛ ۱۰:۷۷-۹۶.
- [51] قنبری س. اثربخشی مشاوره گروهی بر اساس الگوی خودتنظیمی زیمرمن بر تحمل شکست و غربت دانشجویان دختر خوابگاهی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه رفاه؛ ۱۳۹۶.
- <https://doi.org/10.1186/1471-2377-14-15>.
- [41] Butler E, Thomas R, Carolan A, Silber E, Chalder T. 'It's the unknown' – understanding anxiety: from the perspective of people with multiple sclerosis. Psychol Health 2019;34:368–83. <https://doi.org/10.1080/08870446.2018.1541989>.
- [42] رستمی، م. تأثیر ورزش بر سیگنال‌های مغزی: زنان افسرده و مضطرب مبتنی بر ذهن‌آگاهی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه فردوسی مشهد ۲۰۱۳.
- [43] Hölzel BK, Lazar SW, Gard T, Schuman-Olivier Z, Vago DR, Ott U. How Does Mindfulness Meditation Work? Proposing Mechanisms of Action From a Conceptual and Neural Perspective. Perspectives on Psychological Science 2011;6:537–59. <https://doi.org/10.1177/1745691611419671>.
- [44] Lee CSC, Ma M-T, Ho H-Y, Tsang K-K, Zheng Y-Y, Wu Z-Y. The Effectiveness of Mindfulness-Based Intervention in Attention on Individuals with ADHD: A Systematic Review. Hong Kong Journal of Occupational Therapy 2017;30:33–41. <https://doi.org/10.1016/j.hkjot.2017.05.001>.
- [45] Grossman P, Kappos L, Gensicke H, D'Souza M, Mohr DC, Penner IK, et al. MS quality of life, depression, and fatigue improve after mindfulness training: a randomized trial. Neurology 2010;75:1141–9. <https://doi.org/10.1212/WNL.0b013e3181f4d80d>.
- [46] صمدی طاری م، جهانگیر پآ. پیش‌بینی کیفیت زندگی براساس طرح‌واره‌های ناسازگار و راهبردهای مقابله‌ای در بیماران مبتلا به بیماری ام اس مراجعه‌کننده به انجمن ام اس تهران. نشریه