

اثربخشی آموزش گروه درمانی مبتنی بر حضور ذهن بر عاطفه مثبت، انعطاف پذیری و شادکامی در بیماران مبتلا به ام اس شهر اهواز

زینب کریمی^۱

^۱ کارشناس ارشد مدیریت آموزشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز

چکیده

هدف از این پژوهش، بررسی اثربخشی آموزش گروه درمانی مبتنی بر حضور ذهن بر عاطفه مثبت، انعطاف پذیری و شادکامی در بیماران مبتلا به ام اس بود. مدل پژوهش، نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری در این پژوهش کلیه بیماران مالتیپل اسکلروزیس هستند که به انجمن ام اس شهر اهواز در سال ۱۳۹۸ مراجعه کرده اند، می باشد. حجم نمونه ۳۰ نفر بود که از جامعه مذکور، به روش نمونه گیری دردسترس انتخاب شدند. ۱۵ نفر به گروه آزمایش و ۱۵ نفر به گروه کنترل تخصیص یافتند. ابزارهای پژوهشی مورد استفاده عاطفه مثبت دینرو همکاران (۱۹۸۵)، انعطاف پذیری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) و شادکامی آکسفورد (۱۹۸۹) بود. گروه آزمایش در طول هفت جلسه، هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه آموزش گروه درمانی مبتنی بر حضور ذهن دریافت کردند. برای تحلیل داده ها از تحلیل کواریانس چند متغیره و یک متغیره استفاده شد. یافته ها نشان داد آموزش گروه درمانی مبتنی بر حضور ذهن بر افزایش عاطفه مثبت، انعطاف پذیری و شادکامی در بیماران مبتلا به ام اس موثر بود.

واژه های کلیدی: آموزش گروه درمانی مبتنی بر حضور ذهن، عاطفه مثبت، انعطاف پذیری، شادکامی، بیماران مبتلا به ام اس

مقدمه

فلج چندگانه یا اسکروز چندگانه که با نام اختصاری ام‌اس یا MS نیز شناخته می‌شود، یک بیماری التهابی است که در آن غلاف‌های میلین سلول‌های عصبی در مغز و نخاع آسیب می‌بینند. این آسیب دیدگی در توانایی بخش‌هایی از سیستم عصبی که مسئول ارتباط هستند اختلال ایجاد می‌کند و باعث به وجود آمدن علائم و نشانه‌های زیادی، از جمله مشکلات فیزیکی، روانی و در برخی موارد مشکلات روانپزشکی شود. برخی شواهد دال بر پیوست این بیماری با درجه زیبایی دارد (مارای، ۲۰۱۲). معمولاً ام‌اس بر اساس نشانه‌ها و علائم و نتایج آزمایش‌های پزشکی تشخیص داده می‌شود. درمان مشخصی برای ام‌اس وجود ندارد. درمان‌های موجود به منظور بهبود عملکرد بدن پس از هر حمله و جلوگیری از حملات جدید صورت می‌گیرد. اگرچه داروهایی که برای درمان ام‌اس تجویز می‌شود اندکی موثرند اما دارای اثرات جانبی هستند و تحمل آن دشوار است. با وجود اینکه شواهدی در مورد اثربخشی درمان‌های جایگزین ام‌اس وجود ندارد، بسیاری از مردم به دنبال آن درمان‌ها هستند. پیش بینی نتیجه دراز مدت درمان بسیار دشوار است، اما نتیجه قابل قبول بیشتر در زنان، افرادی که در سنین پایین تر به این بیماری مبتلا شده‌اند، افرادی که در آن‌ها دوره‌های عود مشاهده می‌شود و افرادی که آن‌ها در مراحل اولیه حمله‌های کمی را تجربه کرده‌اند مشاهده می‌شود (کامرانی، دهقان و بشیری، ۱۳۹۴). ام‌اس اغلب جوانان را درگیر خود می‌کند و با علائم متنوعی از جمله خستگی، ضعف حسی و حرکتی، خارش بدون علت، اختلال تکلم، تاری دید، بی‌اختیاری ادرار و عدم تعادل ظاهر می‌شود با این حال در صورت تداوم بیش از ۲۴ ساعت است که این نشانه‌ها را می‌توان علائم ابتلا به این بیماری دانست (وینتر، ۲۰۱۲). یکی از مفاهیم مهم در زندگی بشری، مفهوم بهزیستی ذهنی می‌باشد. برای اولین بار، دینر^۱ (۱۹۸۰) اصطلاح بهزیستی ذهنی و ساختارهای مرتبط با آن را به صورت روش‌مند در حوزه روان شناسی بررسی کرد و آن را جایگزین و مترادف شادمانی قرار داد. پاره‌ای از بررسی‌ها، بهزیستی ذهنی را ارزیابی فرد از زندگی خویش، در دوره‌های زمانی حال و گذشته می‌دانند. این ارزشیابی شامل واکنش هیجانی فرد به حوادث و قضاوت‌هایی است که وی درباره‌ی رضایت از زندگی خود ارائه می‌دهد. بنابراین، بهزیستی ذهنی، درک فرد از زندگی در حیطه‌های رفتارهای هیجانی، عملکردهای روانی و ابعاد سلامت روانی است. پژوهش‌ها درباره‌ی بهزیستی ذهنی قلمروهایی از شخصیت، انگیزش و عامل‌های شناختی (ادراک، اعتماد به نفس، خوش بینی) را نشان داده‌اند که تمامی این عوامل در رضایت افراد در زندگی مشارکت دارند (تقریبی و شریفی، ۱۳۸۹).

یکی از عواملی که می‌تواند کارکردهای روانی اعضای خانواده در قالب تفکر، خلق و رفتار را بهبود دهد و توان مقابله با مشکلات هیجانی، جسمانی و روانشناختی را افزایش دهد انعطاف پذیری می‌باشد. گارمزی و ماستن^۲ (۱۹۹۱) انعطاف پذیری را یک فرآیند توانایی یا پیامد سازگاری موفقیت آمیز با شرایط تهدیدکننده تعریف نموده‌اند. والر^۳ (۲۰۰۱) انعطاف پذیری را سازگاری مثبت فرد در واکنش به شرایط ناگوار (آسیب‌ها و تهدیدات) می‌داند. البته انعطاف پذیری تنها پایداری در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدید کننده نیست و حالتی انفعالی در رویارویی با شرایط خطرناک نمی‌باشد، بلکه شرکت فعال و سازنده در محیط پیرامونی خود است. می‌توان گفت تاب آوری، توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی-روانی در شرایط خطرناک است. افزون بر

^۱ Diener^۲ Garmezy & Masten^۳ Waller

این اکثر پژوهشگران بر این باورند که انعطاف پذیری نوعی ترمیم خود با پیامدهای مثبت هیجانی، عاطفی و شناختی می باشد (حسن زاده، فاطمه؛ نیکنامی و شکروی، ۱۳۹۳).

از جمله عوامل مؤثر بر شرایط بیماران، شادکامی^۴ است. بالندگی، سرزندگی و نشاط روانی انسان به دلیل تأثیر قابل ملاحظه ای که تمامی جنبه های شخصیتی انسان و چگونگی بروز و ظهور رفتارهای مختلف او دارد، همواره مورد توجه پژوهشگران بوده است. از عهد باستان به احساسات مثبت انسان از جمله شادکامی^۵ توجه شده است (قراملکی و پارسامنش، ۱۳۹۰). تعریف های مختلفی از مفهوم شادکامی از سوی روان شناسان ارائه شده است. پژوهشگرانی چون لوبومیرسکی، شلدون و اسکاد^۶ (۲۰۰۵)، مارتین^۷ (۲۰۰۵) و آرگیل (۲۰۱۱)، شادکامی را حالت روانی مثبتی، سطح بالای رضایتمندی کلی از زندگی، عاطفه مثبت و سطح پایین عاطفه منفی تعریف میکنند. سلیگمن^۸ (۲۰۰۶) معتقد است بر اساس پژوهش های چند سال اخیر، تأیید شده است که شادکامی عامل پدیدآورنده منفاعی به مراتب بیشتر از صرفاً احساس خوبی داشتن است؛ افراد شادکام، سالم تر و بسیار موفق ترند و درگیری و تعهد اجتماعی بیشتری دارند. اصطلاح شادکامی، گاهی اوقات به معنای عاطفه مثبت منهای عاطفه منفی به کار برده می شود. احساس شادی تنها با عدم حضور هیجانات و حالات منفی به دست نمی آید، بلکه لازمه وجود احساس شادکامی، شرایط و حالات مثبت و رضایتمندی از زندگی با خود و دیگران است (چنگ و فارنام^۹، ۲۰۱۷).

یکی از روشهای جدید که می تواند در این زمینه مفید باشد روش آموزش ذهن آگاهی یا حضور ذهن است که از جمله شیوه های رویکرد شناختی تلقی می شود. مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی به عنوان یکی از درمان های شناختی نسل سوم یا موج سوم قلمداد می شود. ذهن آگاهی شکلی از مراقبه است که ریشه در تعالیم و آئینهای مذهبی شرقی دارد. یکی از ویژگی های انسان موفق کسب مهارت های لازم برای مدیریت بر خود (رفتار، هیجان، ذهن و ...) است. با توجه به مشغله های مختلف روزمره، نشخوارهای فکری مداوم و شرایط پر استرسی که پیرامون اکثریت ما وجود دارد، اهمیت مدیریت کردن بر ذهن بیش از پیش نمایان می شود. برای مدیریت ذهن لازم است قوانین ذهن را به درستی شناخته و با مدیریت بر آن، از حداکثر توانمندیش بهره برد. ذهن آگاهی راهکاری مؤثر برای دستیابی به حداکثر توانمندی ذهن و مدیریت بر آن است. اوست^{۱۰} (۲۰۰۸) ذهن آگاهی را توجه کردن به شیوه ای خاص، هدفمند، در زمان کنونی و بدون قضاوت و پیشداوری تعریف کرده است. ذهن آگاهی یا حضور ذهن به معنای آگاهی از افکار، رفتار، هیجانات و انگیزه ها است به طوری که بهتر بتوانیم آنها را مدیریت و تنظیم کنیم. به عبارت دیگر ذهن آگاهی به معنای توجه کردن به شیوه ای خاص است. یعنی توجه و تمرکزی که سه عنصر در آن دخالت دارد: ۱- بودن در حال حاضر ۲- هدفمند ۳- بدون قضاوت. این نوع توجه موجب افزایش آگاهی، شفافیت و وضوح و پذیرش واقعیت حال حاضر می شود. بدین ترتیب متوجه می شویم که زندگی ما فقط در حال

^۴ welfare

^۵ happiness

^۶ Lyubomirsky, Sheldon & Schkade

^۷ Martin

^۸ Seligman

^۹ Cheng and Farnam

^{۱۰} Eveste

حاضر رخ داده و گره گشایی می شود. اگر کاملاً حضور نداشته باشیم نمی توانیم تشخیص دهیم که دقیقاً چه امکاناتی وجود دارد؟ چطور می توانیم به امکانات دسترسی داشته باشیم؟ و چگونه تغییر شکل و رشد ایجاد کنیم؟

ذهن آگاهی می تواند در رها سازی افراد از افکار اتوماتیک، عادت ها و الگوهای رفتاری ناسالم کمک کند و از این رو نقش مهمی را در تنظیم رفتاری ایفا کند. به علاوه با افزودن وضوح و حیات به تجربیات می تواند سلامتی و شادمانی را به همراه داشته باشد. نکته مهم دیگر این است که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی می تواند باعث بازنمایی ذهنی اشیاء موجود در زندگی شود که از کنترل انسان خارج است و این امر از طریق تنفس عمیق و فکر کردن آموزش داده میشود. تحقیقات نشان دادهاند که مراقبه ذهن آگاهی خلق را بهبود بخشیده و آموزش کوتاه مدت آن خستگی و اضطراب را کاهش میدهد (زایدن^{۱۱}، ۲۰۱۰).

آموزش ذهن آگاهی بر افسردگی، اضطراب و سازگاری روانشناختی تأثیر دارد و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی به بهبود نشانه های استرس، اضطراب و عزت نفس منجر می شود (گلدین و گروس^{۱۲}، ۲۰۱۰). همچنین مطالعات نشان دادند که برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در بهبود سلامت روانی، جسمانی، هیجانی (فلوگل^{۱۳}، ۲۰۱۰)، بهبود کیفیت خواب (شاپیرو^{۱۴}، ۲۰۱۲)، لذت بردن از زندگی و تنش و نشانه های فیزیکی پایین (کیویت^{۱۵}، ۲۰۰۸) مؤثر بوده است. درمان مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش فشار روانی، درد مزمن، اضطراب، پیش گیری از عود افسردگی، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال پس از استرس ضربه ای، سوء مصرف مواد و سایر اختلالات مؤثر می باشد. لذا در این پژوهش سعی شده است که بررسی شود که آیا آموزش گروه درمانی مبتنی بر حضور ذهن بر عاطفه مثبت، انعطاف پذیری و شادکامی در بیماران مبتلا به ام اس شهر اهواز تأثیر دارد؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر با توجه به هدف کاربردی و روش اجرا، نیمه آزمایشی و از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری در این پژوهش کلیه بیماران مالیپیل اسکروزیس هستند که به انجمن ام اس شهر اهواز در سال ۱۳۹۸ مراجعه کرده اند، می باشد. از بین جامعه آماری، ۳۰ نفر با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و در دو گروه آزمایشی و کنترل (در هر گروه ۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) تقسیم شدند.

ابزار گردآوری داده ها

۱) پرسشنامه عاطفه مثبت دینرو همکاران (۱۹۸۵) به منظور اندازه گیری بُعد شناختی عاطفه مثبت افراد، نسخه پنج سؤالی مقیاس رضایت از زندگی را توسعه دادند. در این مقیاس، مشارکت کنندگان به هر سؤال بر روی یک طیف هشت درجه ای لیکرت (از ۰ کاملاً مخالف تا ۷ کاملاً موافق) پاسخ میدهند. با افزایش نمره افراد در این مقیاس، نمره آنها در عامل کلی رضایت از زندگی، افزایش نشان میدهد. در این مقیاس، دامنه نمره افراد بین کمترین (۰) و بیشترین (۳۵) به دست می آید. نتایج مطالعه شگری (۱۳۸۸)، نشان داد که در بین دانشجویان ایرانی و سوئدی، نتایج تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی

^{۱۱} Zaydn

^{۱۲} Glden and Gross

^{۱۳} Flugel

^{۱۴} Shapiro

^{۱۵} Kiuviet

رضایت از زندگی از ساختار تک عاملی رضایت از زندگی حمایت کرد. در نمونه ایرانی ضریب آلفای کرونباخ مقیاس رضایت از زندگی برابر با ۰/۸۴، در نمونه سوئدی برابر با ۰/۸۵ و در هردو نمونه به طور کلی برابر با ۰/۸۳ به دست آمد.

۲) پرسشنامه تاب آوری: برای سنجش میزان انعطاف پذیری از مقیاس انعطاف پذیری کانر و دیویدسون استفاده گردید مقیاس انعطاف پذیری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) یک ابزار ۲۵ گویه ای است که کانر و دیویدسون آن را با باز بینی منبع پژوهشی ۱۹۹۱ - ۱۹۷۹ در زمینه انعطاف پذیری تهیه نمودند. بررسی ویژگی های روانسنجی این مقیاس در گروه هایی مثل جمعیت های عمومی، مراجعه کنندگان به بخش مراقبت های اولیه، بیماران سرپایی پزشکی، بیماران با مشکل اختلال اضطراب فراگیر و بیماران مبتلا به اختلال پس از ضربه انجام شده است سازندگان این مقیاس معتقدند که این پرسشنامه افراد تاب آور را از افراد غیر تاب آور در گروه های بالینی و غیر بالینی جدا می کند و می تواند در موقعیت های پژوهشی و بالینی به کار رود. این پرسشنامه در یک مقیاس پنج درجه ای از کاملاً نادرست تا همیشه درست ساخته شده است. به نحوی که کاملاً درست نمره یک، به ندرت درست نمره دو، گاهی درست نمره سه، اغلب درست نمره چهار و همیشه درست نمره پنج را به خود اختصاص می دهند. دامنه نمره گذاری این مقیاس بین ۱۲۵-۲۵ است. کانرو و دیویدسون ضریب آلفای کرونباخ مقیاس انعطاف پذیری را ۰/۸۹ گزارش کرده اند همچنین ضریب پایایی حاصل از روش باز آزمایی در یک فاصله ۴ هفته ای ۰/۸۷ بوده است. نمرات مقیاس انعطاف پذیری کانر و دیویدسون با نمرات مقیاس سرسختی کوباسا همبستگی مثبت معنا دار و با نمرات مقیاس استرس ادراک شده و مقیاس آسیب پذیری نسبت به استرس شیپان همبستگی منفی معنا داری داشتند. که این نتایج حاکی از اعتبار همزمان این مقیاس است. این مقیاس در ایران توسط محمدی در سال ۱۳۸۴ هنجاریابی شده است. برای سنجش روایی این مقیاس ابتدا همبستگی هر گویه با نمره کل مقوله محاسبه شده و همبستگی هر نمره با نمره کل به جز گویه ۳ ضریب های بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ را نشان داد و سپس از روش تحلیل عاملی استفاده شده است، قبل از سنجش تحلیل عاملی، دو شاخی KMO و آزمون کروییت بارتلت هم محاسبه شد و مقدار KMO برای ۰/۸۷ و مقدار تی دو در آزمون بارتلت ۲۸/۵۵۵۶ به دست آمد که هر دو این موارد نشان دهنده شرایط مناسب برای انجام تحلیل عاملی است. برای پایایی این مقیاس هم از روش آلفای کرونباخ استفاده شده است. و میزان آن هم ۰/۸۹ گزارش شده است (محمدی، ۱۳۸۴). در پژوهش دیگری که توسط سامانی و همکاران (۱۳۸۶) برای بررسی پایایی این مقیاس در دانشجویان صورت گرفت، پایایی این مقیاس را ۰/۹۳ گزارش کردند. میزان شاخص KMO هم برابر ۰/۹۱ و ضریب کروییت بارتلت برای ۲/۴۷ گزارش شده است. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی وجود پنج عامل شایستگی / استحکام شخصی، اعتماد به غرایز شخصی، تحمل عواطف منفی، پذیرش مثبت عواطف / روابط ایمن، مهار / معنویت را برای مقیاس تاب آور یاد کرده است. چون روایی و پایایی زیر مقیاس ها هنوز به طور قطع تأیید نشده اند در حال حاضر نمره کل انعطاف پذیری برای هدف های پژوهشی معتبر محسوی می شود (کانر و دیویدسون ۲۰۰۳). در تحقیق حاضر برای تعیین پایایی پرسشنامه انعطاف پذیری از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برای کل پرسشنامه برابر با ۰/۸۷، که بیانگر ضرایب پایایی مطلوب پرسشنامه یاد شده می باشد.

۳) پرسشنامه شادکامی آکسفورد: آزمون شادکامی آکسفورد در سال ۱۹۸۹ توسط آرگایل و لوتیهیپه شده ۲۹ ماده چهار گزینه ای دارد که از ۰ تا ۳ نمره گذاری می شود. بدین ترتیب بالاترین نمره ۸۷ که بیانگر بالاترین حد شادکامی بوده و کمترین نمره این مقیاس صفر است که موید ناراضی بودن از زندگی و افسردگی فرد است. فرم اصلی این آزمون تک مقیاس است اما نتایج بررسی علی پور و آگاه هریس (۱۳۸۶) مبنی بر وجود پنج عامل در این پرسشنامه است که شامل: رضایت از

زندگی، حرمت خود، بهزیستی فاعلی، رضایت خاطر، خلق مثبت. این پرسشنامه توسط هیلز^{۱۶} و آرجیل (۲۰۰۱) تجدید نظر شده و سازه های روان شناختی مربوط به علاقه ای اجتماعی، برون گرایی، مهربانی، موافقت، شوخ طبعی احساس هدف مندی، خود بسندگی، حرمت خود، پذیرش خود، سلامت جسمی، خود مختاری، مکان کنترل و احساس زیبای شناختی را ارزیابی می کند. هیلز و آرجیل (۲۰۰۱) اعتبار پرسشنامه را ۰/۹۱ و همبستگی درونی آن را بین ۰/۴ تا ۰/۶۵ گزارش کرده اند. همبستگی مثبت و بالای این پرسشنامه با آزمونهای دیگر نشان دهنده اعتبار این پرسشنامه است. پژوهش های گوناگونی حاکی از اعتبار باز آزمایی پرسش نامه در سطح قابل پذیرش هستند برای مثال در برخی از بررسی ها اعتبار باز آزمایی ۰/۸۱ پس از چهار ماه، ۰/۶۷ پس از پنج ماه و ۰/۵۳ پس از شش ماه گزارش شده اند (علی پور و نور بالا، ۱۳۸۷). همچنین در تحقیق علی پور و آگاه (۱۳۸۶) اعتبار ۰/۹۱ را گزارش کردند. آرجیل و همکاران (۲۰۰۳) ضریب آلفای ۰/۹۰ را با ۳۴۷ آزمودنی و فارنهام و برونیک (۲۰۰۲) آلفای ۰/۸۷ را با ۱۱۰ آزمودنی به دست آوردند. فرانیس (۲۰۰۱) آلفای کرونباخ این پرسشنامه را در کشورهای انگلیس آمریکا استرالیا و کانادا مناسب گزارش کرده است. در تحقیق حاضر برای تعیین پایایی پرسشنامه شادکامی از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برای کل پرسشنامه برابر با ۰/۸۲، که بیانگر ضرایب پایایی مطلوب پرسشنامه یاد شده می باشد.

جلسات ذهن آموزش گروه درمانی مبتنی بر حضور ذهن به شرح زیر بود: (بوئن، چاولا و مارلات، ۲۰۱۱)

جلسه اول: در مرحله اول از شرکت کنندگان خواسته شد خود را معرفی کنند. در مرحله دوم مختصری از جلسه برای آنها شرح داده و در مورد ارتباط بین عاطفه مثبت، انعطاف پذیری و شادکامی مربوط به آن، توضیحاتی ارائه شد. پس از آن از شرکت کنندگان خواسته شد خوردن یک عدد کشمش را با تمام وجود احساس و در ادامه درباره این احساسشان بحث کنند. سپس به مدت ۳۰ دقیقه مراقبه اسکن بدن انجام شد (همزمان با نف کشیدن توجه خود را به قسمتی از بدنشان جلب می کردند).

برای تکلیف خانگی از شرکت کنندگان خواسته شد آنچه را در خوردن یک دانه کشمش آموخته اند در مورد مسواک زدن یا شستن ظروف هم پیاده کنند.

جلسه دوم: در ابتدای جلسه دوم، شرکت کنندگان تشویق به انجام مدیتیشن اسکن بدن شدند و پس از آن در مورد این تجربه و تجربه انجام تکلیف خانگی شان بحث کردند. بعد از آن در مورد موانع انجام تمرین (مثل بی قراری و پرسه زدن ذهن) و راه حل های برنامه ذهن آگاهی برای این مسئله (غیر قضاوتی بودن و رها کردن افکار مزاحم) بحث شد. سپس در مورد تفاوت بین افکار و احساسات بحث شد با این مضمون که رویدادها به طور مستقیم حالت هیجانی خاصی در ما ایجاد نمی کنند، این افکار و ادراک ما در مورد آن رویداد است که هیجانانگیز را ایجاد می کند. پس از آن، از شرکت کنندگان خواسته شد مدیتیشن در حالت نشسته را انجام دهند. برای هفته آینده نیز این تکالیف داده شد: ذهن آگاهی یک رویداد خوشایند، انجام مدیتیشن نشسته و اسکن بدن و ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره جدید.

جلسه سوم: سومین جلسه با تمرین دیدن و شنیدن آغاز شد. در این تمرین از شرکت کنندگان خواسته می شود به نحوی غیر قضاوتی و به مدت ۲ دقیقه نگاه کنند و گوش دهند. این تمرین با مراقبه نشسته و نف کشیدن همراه با توجه به حواس

^{۱۶}. Hills & Argyle

بدنی دنبال می شود. بعد از بحث در مورد تکالیف خانگی تمرین سه دقیقه ای فضای تنفسی انجام شد؛ این مدیتیشن سه مرحله دارد: توجه به تمرین در لحظه انجام، توجه به تنفس و توجه به بدن. پس از این تمرین، یکی از تمرین های حرکات ذهن آگاه بدن انجام شد. تکالیف منزل عبارت بودند از: مدیتیشن نشسته، اسکن بدن یا یک حرکت بدنی ذهن آگاه، تمرین ۳ دقیقه ای فضای تنفسی، ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره جدید و ذهن آگاهی یک رویداد ناخوشایند.

جلسه چهارم: جلسه چهارم با مدیتیشن نشسته همراه با توجه به تنفس، صداهای بدن و افکار (که مدیتیشن نشسته چهاربعدی نیز نامیده می شود) آغاز شد. در ادامه در مورد پاسخ های استرس و واکنش یک فرد به موقعیت های دشوار و نگرش ها و رفتارهای جایگزین بحث و در انتهای جلسه، قدم زدن ذهن آگاه تمرین شد. تکالیف منزل عبارت بودند از: مدیتیشن نشسته، اسکن بدن یا یکی از حرکات بدنی ذهن آگاه و تمرین فضای تنفسی دقیقه ای (در یک رویداد ناخوشایند).

جلسه پنجم: در ابتدای جلسه پنجم، از شرکت کنندگان خواسته شد مدیتیشن نشسته را انجام دهند. در ادامه سری دوم حرکات ذهن آگاه بدن ارائه و اجرا شد. تکالیف جلسات بعد عبارت بودند از: مدیتیشن نشسته، فضای تنفسی سه دقیقه ای در یک رویداد ناخوشایند و ذهن آگاهی یک فعالیت جدید روزمره.

جلسه ششم: در این جلسه، در مورد آگاهی از افکار و ارتباط آگاهی با افکار با تمرکز بر تجربه کردن افکار به صورت صرفاً افکار (حتی در مواقعی که صحیح به نظر می رسند) مطالبی می آموزیم. به نقش افکار در چرخه عود، افکاری که به نحوی خاص مشکل ساز به نظر می رسد و کار کردن ماهرانه با آنها، نگاهی خواهیم انداخت.

جلسه هفتم: جلسه هفتم با مدیتیشن چهاربعدی و آگاهی نسبت به هرآنچه در لحظه به هشیاری وارد می شود، آغاز می گردد. مضمون این جلسه این است: بهترین راه مراقبت از خودم چیست. در ادامه تمرینی ارائه می شود که در آن شرکت کنندگان مشخص می کنند کدامیک از رویدادهای زندگی شان خوشایند و کدامیک ناخوشایند است و علاوه بر آن چگونه می توان برنامه ای چید که به اندازه کافی رویدادهای خوشایند در آن باشد. پس از آن فضای تنفسی سه دقیقه ای انجام شد. تمرین خانگی عبارت بود از: انجام ترکیبی از مدیتیشن که برای فرد مرجح است، انجام تمرین فضای تمرین تنفسی سه دقیقه ای در یک رویداد ناخوشایند. ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره جدید.

جلسه هشتم: این جلسه با مدیتیشن اسکن بدن آغاز شد. مضمون این جلسه این است: استفاده از آنچه تا کنون یاد گرفته اید. پس از آن تمرین فضای تنفسی ۳ دقیقه ای انجام شد. پس از آن در مورد روش های کنارآمدن با موانع انجام مدیتیشن بحث شد. پس از آن در مورد کل جلسه سؤالاتی مطرح شد از این قبیل که آیا شرکت کنندگان به انتظارات خود دست یافته اند؟ آیا احساس می کنند شخصیتشان رشد کرده؟ آیا احساس می کنند مهارت های مقابله شان افزایش یافته و آیا دوست دارند تمرین های مدیتیشنشان را ادامه دهند.

یافته ها

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمره شادکامی، انعطاف پذیری و عاطفه مثبت بیماران مبتلا به ام اس گروه های آزمایش و گواه در مراحل پیش آزمون، پس آزمون

متغیر	مرحله	شاخص آماری گروه	میانگین	انحراف معیار	تعداد
شادکامی	پیش آزمون	آزمایش	۶۰/۹۲	۴/۸۷	۱۵
		گواه	۶۰/۵۳	۶/۴۶	۱۵
	پس آزمون	آزمایش	۶۳/۸۴	۳/۲۸	۱۵
		گواه	۵۶/۶۱	۸/۹۲	۱۵
انعطاف پذیری	پیش آزمون	آزمایش	۴۲/۵۰	۶/۹۲	۱۵
		گواه	۴۱/۱۷	۶/۱۰	۱۵
	پس آزمون	آزمایش	۴۴/۸۳	۷/۳۲	۱۵
		گواه	۳۹/۱۷	۵/۵۴	۱۵
عاطفه مثبت	پیش آزمون	آزمایش	۲۵/۰۸	۵/۶۸	۱۵
		گواه	۲۴/۱۶	۵/۲۷	۱۵
	پس آزمون	آزمایش	۲۸/۵۸	۶/۵۵	۱۵
		گواه	۲۵/۸۸	۵/۱۴	۱۵

همان طوری در جدول ۱ ارائه شده است در مرحله پیش آزمون میانگین و انحراف معیار شادکامی هر یک از گروه ها به ترتیب گروه کنترل ۶۰/۵۳ و ۶/۴۶، گروه آزمایش ۶۰/۹۲ و ۴/۸۷، در مرحله پس آزمون میانگین و انحراف معیار، گروه کنترل ۵۶/۶۱ و ۸/۹۲، گروه آزمایش ۶۳/۸۴ و ۳/۲۸، در مرحله پیش آزمون میانگین و انحراف معیار انعطاف پذیری هر یک از گروه ها به ترتیب گروه آزمایش ۴۲/۵۰ و ۶/۹۲، گروه گواه ۴۱/۱۷ و ۶/۱۰، در مرحله پس آزمون میانگین و انحراف معیار، گروه آزمایش ۴۴/۸۳ و ۷/۳۲، گروه گواه ۳۹/۱۷ و ۵/۵۴، در مرحله پیش آزمون میانگین و انحراف معیار عاطفه مثبت هر یک از گروه ها به ترتیب گروه آزمایش ۲۵/۰۸ و ۵/۶۸، گروه گواه ۲۴/۱۶ و ۵/۲۷، در مرحله پس آزمون میانگین و انحراف معیار، گروه آزمایش ۲۸/۵۸ و ۶/۵۵، گروه گواه ۲۵/۸۸ و ۵/۱۴ می باشد.

جدول ۲: نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا) بر روی میانگین نمرات پس آزمون عاطفه مثبت، انعطاف پذیری و شادکامی به زندگی مبتلا به ام اس گروه های آزمایش و گواه با کنترل پیش آزمون

نام آزمون	مقدار	فرضیه DF	خطا DF	F	سطح معنی داری (p)	مجذور اتا	توان آماری
آزمون اثر پیلایی	۰/۷۴۵	۳	۲۶	۳۶/۵۴	۰/۰۰۰۱	۰/۴۸	۱/۰۰
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۱۴۶	۳	۲۶	۳۶/۵۴	۰/۰۰۰۱	۰/۴۸	۱/۰۰
آزمون اثر هتلینگ	۱۴/۲۶	۳	۲۶	۳۶/۵۴	۰/۰۰۰۱	۰/۴۸	۱/۰۰
آزمون بزرگترین ریشه روی	۱۴/۱۵	۳	۲۶	۳۶/۵۴	۰/۰۰۰۱	۰/۴۸	۱/۰۰

همان طوری که در جدول ۲ مشاهده می شود با کنترل پیش آزمون سطوح معنی داری همه آزمون ها، بیانگر آن هستند که بین بیماران مبتلا به ام اس گروه های آزمایش و گواه حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (عاطفه مثبت، انعطاف پذیری و شادکامی به زندگی) تفاوت معنی داری مشاهده می شود ($p < ۰/۰۰۰۱$ و $F = ۳۶/۵۴$). برای پی بردن به این نکته که از لحاظ کدام متغیر بین دو گروه تفاوت وجود دارد، سه تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج حاصل در جداول ارائه شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۴۸ می باشد، به عبارت دیگر، ۴۸ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون عاطفه مثبت، انعطاف پذیری و شادکامی به زندگی مربوط به تأثیر آموزش گروه درمانی مبتنی بر حضور ذهن می باشد. توان آماری برابر با ۱/۰۰ است، به عبارت دیگر، امکان خطای نوع دوم وجود نداشته است.

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا بر روی میانگین نمرات پس آزمون عاطفه مثبت، انعطاف پذیری و شادکامی گروه های آزمایش و گواه با کنترل پیش آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری p	مجذور اتا	توان آماری
پیش آزمون	۱۴۰۸/۲۲	۱	۱۴۰۸/۲۲	۴۸/۴۲	۰/۰۰۰۱	۰/۶۴	۱/۰۰
گروه	۷۳۷/۰۹	۱	۷۳۷/۰۹	۲۵/۳۴	۰/۰۰۰۱	۰/۴۸	۱/۰۰
خطا	۷۸۵/۱۰	۲۷	۲۹/۰۷				
پیش آزمون	۸۵	۱	۲۱۵۳/۸۵	۱۹/۶۳	۰/۰۰۰۱	۰/۴۰	۰/۹۹۲
گروه	۸۹۵/۳۵	۱	۸۹۵/۳۵	۱۵/۷۸	۰/۰۰۰۱	۰/۳۶	۰/۹۹۹

تصادفی	خطا	۲۰۶/۷۴	۲۷	۸۵/۷۵			
	پیش	۵۸۲/۴۸	۱	۵۸۲/۴۸	۱۷/۳۸	۰/۰۰۰۱	۰/۴۱
	آزمون						۱/۰۰
	گروه	۲۳۰/۴۲	۱	۲۳۰/۴۲	۱۳/۱۲	۰/۰۰۰۱	۰/۳۹
	خطا	۱۴۱/۱۵	۲۷	۲۹/۷۴			

همان طوری که در جدول ۳ نشان داده شده است با کنترل پیش آزمون بین بیماران مبتلا به ام اس گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ عاطفه مثبت تفاوت معنی داری وجود دارد ($F=15/78$ و $p<0/0001$). به عبارت دیگر، آموزش گروه درمانی مبتنی بر حضور ذهن با توجه به میانگین عاطفه مثبت در بیماران مبتلا به ام اس گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب افزایش عاطفه مثبت گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۴۸ می باشد، به عبارت دیگر، ۴۸ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون عاطفه مثبت مربوط به تأثیر آموزش گروه درمانی مبتنی بر حضور ذهن می باشد. با کنترل پیش آزمون بین بیماران مبتلا به ام اس گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ انعطاف پذیری تفاوت معنی داری وجود دارد ($F=15/78$ و $p<0/0001$). به عبارت دیگر، آموزش گروه درمانی مبتنی بر حضور ذهن با توجه به میانگین انعطاف پذیری در بیماران مبتلا به ام اس گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب افزایش انعطاف پذیری گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۳۶ می باشد، به عبارت دیگر، ۳۶ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون انعطاف پذیری مربوط به تأثیر آموزش گروه درمانی مبتنی بر حضور ذهن می باشد. با کنترل پیش آزمون بین بیماران مبتلا به ام اس گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ شادکامی تفاوت معنی داری وجود دارد ($F=13/12$ و $p<0/0001$). به عبارت دیگر، آموزش گروه درمانی مبتنی بر حضور ذهن با توجه به میانگین شادکامی در بیماران مبتلا به ام اس گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب افزایش شادکامی گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۳۹ می باشد، به عبارت دیگر، ۳۹ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون شادکامی مربوط به تأثیر آموزش گروه درمانی مبتنی بر حضور ذهن می باشد.

بحث و نتیجه گیری

نتایج نشان داد با کنترل پیش آزمون بین بیماران مبتلا به ام اس گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ عاطفه مثبت تفاوت معنی داری وجود دارد. به عبارت دیگر، آموزش گروه درمانی مبتنی بر حضور ذهن با توجه به میانگین عاطفه مثبت در بیماران مبتلا به ام اس گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب افزایش عاطفه مثبت گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۴۸ می باشد، به عبارت دیگر، ۴۸ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون عاطفه مثبت مربوط به تأثیر آموزش گروه درمانی مبتنی بر حضور ذهن می باشد. نتیجه این فرضیه بانایج تحقیقات متحدیان تبریزی، موحدی راد، حاجی زاده (۱۳۹۱)، آجری، نظری، معرفت، امیری (۱۳۹۱)، رضویان، برکتین، محمدی (۱۳۹۱)، رفیعیان، آذربزین، صفاری فرد (۱۳۸۸)، ری هانستروم و همکاران (۲۰۱۲)، وینر و همکاران (۲۰۱۲) همخوانی و همسویی دارد. در تبیین این یافته ها می توان اظهار داشت که عاطفه مثبت یک ارزشیابی ذهنی است و بیماران، خود بهترین قضاوت کنندگان راجع به کیفیت زندگی خود هستند. اما گاهی شرایطی وجود دارد که این قضاوت را برای بیمار مشکل

می‌سازد که در این موارد خاص، افراد مراقبت کننده قادر خواهد بود این ارزیابی را انجام دهد. عاطفه مثبت یک ماهیت پویا و دینامیک است نه یک ماهیت ایستا؛ به این معنی که یک فرآیند وابسته به زمان بوده و تغییرات درونی و بیرون در آن دخیل هستند. بهزیستی روانشناختی یک مفهوم چند بعدی است و باید از زوایا و ابعاد مختلف سنجیده شود که این ابعاد اجزای مرکزی چارچوب پنداشتی تحقیقات عاطفه مثبت را تشکیل می‌دهند (احمدوند، ۱۳۸۷). برخورداری از عاطفه مثبت پایین می‌تواند بر روی عملکرد جسمی بیماران اثر گذارد، عاطفه مثبت پایین می‌تواند موجب بکارگیری مکانیسم‌های مقابله و سازگاری نامؤثر در بیماران شده و متعاقباً موجب افزایش تنش در آنان گردد و افزایش تنش در ارتباط مستقیم با عوامل فیزیکی و جسمی بوده و می‌تواند شدت بیماری در افراد را افزایش دهد. بسیاری از محققین رابطه بین بهزیستی ذهنی و صفات فردی را مورد بررسی قرار داده و عواملی را شناسایی کرده‌اند، این عوامل شامل میزان شناخت از خود؛ تنش‌های متحمل شده؛ دست یابی به اهداف زندگی؛ روش‌های مقابله و میزان سازگاری می‌باشند. به لحاظ اهمیت و دامنه‌ی فراگیر عاطفه مثبت، عوامل مؤثر بر آن همواره بررسی شده است. در این میان، نقش بیماران مبتلا به ام اس و نحوه‌ی ارتباطات اعضای آن با یکدیگر در شکل‌گیری عاطفه مثبت بسیار اساسی به نظر می‌رسد. بنابراین به طور کلی می‌توان گفت که ذهن آگاهی منجر به افزایش عاطفه مثبت بیماران مبتلا به ام اس می‌شود و در پیشگیری از مشکلات روحی و رفتاری نقش مؤثری دارد. ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس، یک مداخله ساختار یافته است، که از روی مدل کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی کابات زین ساخته شده و اصول درمان شناختی به آن اضافه گردیده است. هدف اصلی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی کمک به افراد است تا بتوانند ماهرانه‌ترین پاسخی را که به هر فکر، احساس، یا موقعیت ناخوشایند می‌یابند انتخاب کنند (سگال و همکاران، ۲۰۰۲). ذهن آگاهی فنی برای فهمیدن گذشته یا تصحیح راه‌های غلط تفکر در گذشته نیست و مستقیماً به درمان مشکلات نمی‌پردازد، بلکه با هشیاری به بررسی محرک‌های زیربنایی شناخت‌ها و هیجان‌ها توجه می‌کند و مضمون‌های نهفته زندگی را در معرض آگاهی قرار می‌دهد. به این ترتیب بدون قضاوت یا سرزنش نشان می‌دهد که هیجانات ترکیبی از افکار، حس‌های بدنی، احساسات و تکانه هستند و اغلب نشانه‌ای از ناکارآمدی نحوه برقراری ارتباط ما با خودمان، دیگران و دنیا هستند. آن‌ها اطلاعات درونی و بیرونی را اعلام می‌کنند و علائمی هستند که فقط باید در این لحظه بدون قضاوت مورد توجه قرار گیرند. به این ترتیب ذهن آگاهی مانند میکروسکپی است که عمیق‌ترین الگوهای ذهن را نشان می‌دهد. زمانی که ذهن در عمل مورد مشاهده قرار می‌گیرد افکار و هیجانات خود به خود ناپدید می‌شوند (ویلیامز، ۲۰۱۲). ذهن آگاهی و اجرای گام به گام آنها به افراد کمک می‌کند و باعث می‌شود که اضطراب و افسردگی و تنش‌های موجود در زندگی جمعی در میان بیماران مبتلا به ام اس کاهش یابد در نتیجه باعث افزایش عاطفه مثبت آنان می‌شود.

نتایج نشان داد با کنترل پیش‌آزمون بین بیماران مبتلا به ام اس گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ انعطاف‌پذیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به عبارت دیگر، آموزش گروه درمانی مبتنی بر حضور ذهن با توجه به میانگین انعطاف‌پذیری در بیماران مبتلا به ام اس گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب افزایش انعطاف‌پذیری گروه آزمایش شده است. این نتیجه با برخی نتایج تحقیقات شکوهی یکتا، اکبری زردخانه و قهوه‌چی (۱۳۹۴)، هاشم زاده و جعفری (۱۳۹۳)، حقیقی و همکاران، (۱۳۸۷)، وینر (۲۰۱۳)، کاسیر، هاوُلج، ولسفورد و گراث (۲۰۱۳)، اکتن و دیورینگ (۲۰۱۲)، مور، هالفورد، ویلسون و فاریگیو (۲۰۱۱) همخوانی و همسویی دارد. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که انعطاف‌پذیری یک فرآیند توانایی با پیامد سازگاری موفقیت‌آمیز با شرایط تهدیدکننده است و صرفاً پایداری در برابر آسیب‌ها با شرایط تهدیدآمیز نیست.

بلکه شرکت فعال و سازنده ی فرد در محیط است و می توان گفت انعطاف پذیری ، توانمندی فرد ، در برقراری تعادل زیستی - روانی در شرایط خطرناک می باشد . زنانی که در انعطاف پذیری است چاره ساز و انعطاف پذیر بوده مطابق تغییرات محیط خود را وفق می دهد و بعد از برطرف شدن عوامل فشار زا به سرعت به حالت بهبود باز می گردد . زنانی که در انتهای سطح پایین انعطاف پذیری هستند به مقدار ناچیزی خودشان را با موقعیت های جدید وفق می دهد. اینها به کندی از موقعیتهای فشار زا به حالت طبیعی بهبود می یابند. در واقع افراد رویدادهای منفی را به صورت انعطاف پذیرتر و واقع بینانه تر در نظر می گیرند و مشکلات را اغلب موقتی و محدود می دانند و از شیوه های مقابله ای مفیدتر نیز سود می جویند. از سوی دیگر آموزش گروه درمانی مبتنی بر حضور ذهن یک مداخله درمانی دقیق و چند بعدی و چندجانبه که هدف از آن حذف کامل استرس نیست بلکه هدف بهره برداری سازنده از آن است که مراجعان تشویق شوند تا موقعیتهای پر استرس به عنوان مسائل قابل حل در نظر بگیرند. سلامت روانی در افراد جامعه از اهمیت به سزایی برخوردار است به همین دلیل روان شناسان علاقه مند به راه حل هایی علمی در جهت حل مشکلات روزمره افراد می باشند. تاباغت بهینه سازی روند سلامت در آنان گردد. سیاست گذاری در زمینه سلامت روان، ارزش های اقتصادی و انسانی زیادی دارد، زیرا منجر به پیشگیری از ایجاد بیماری های روانی و اعتیاد در افراد و صرف هزینه های گزاف در این زمینه می باشد. مایکن بام (۲۰۰۲) براساس تحقیقاتش که نشان می دادند افراد می توانند برای اصلاح رفتارشان به گفتگو با خود و خودآموزی متوسل شوند و درمانگرها می توانند به بیماران یاد بدهند گفتگوهای شان با خویش را عوض کنند، آموزش مدیریت در مقابل استرس را مطرح کرد. هدف این آموزش آن است که با «ایمن سازی» افراد در برابر فشارهای روانی فعلی و آتی، جلوی بروز مشکلات گرفته شود. با این آموزش، افراد می توانند صاحب مهارت های مقابله ای جدیدی شوند و از راهبردهای مقابله ای قبلی خود به نحو احسن استفاده کنند. آموزش گروه درمانی مبتنی بر حضور ذهن انعطاف پذیری را این بیماران بهبود بخشیده به این معنا که در آموزش گروه درمانی مبتنی بر حضور ذهن انعطاف پذیری بیماران مبتلا به ام اس افزایش پیدا کرده و توان افراد در کنترل و مدیریت فرد بر رویداد های زندگی افزایش می یابد و بر این اساس زمینه را برای ایفای هر چه بهتر نقش خود در رویدادهای حساس آماده می سازد. آموزش گروه درمانی مبتنی بر حضور ذهن نقش اساسی را در بهداشت روانی ایفا می کند و البته زمانی که در یک مقطع رشدی مناسب ارائه شود نقش برجسته تری خواهد داشت. روانشناسی امروز برخلاف دوره های قبل صرفا به دنبال توصیف و تبیین انواع بیماری ها و اختلالات روانی و راه های درمان و چاره نیست. امروزه علم در هر زمینه ای در پی این است که علاوه بر درمان موثر بیماری ها و ناراحتی ها ، اعم از روحی و جسمی، شیوه ها و برنامه هایی جهت بالا بردن احساس بهزیستی و جلوگیری و یا لاقل کاهش ناراحتی ها ارائه کند. درتایید این مدعا همین بس که سلیگمن، از نظریه پردازانی که معروف ترین و مشهورترین نظریه او درماندگی آموخته شده است، در دو دهه اخیر روان شناسی مثبت را طرح ریزی نمود و به تدوین اثری به نام شادی های معتبر پرداخته و در آن بر شادی و شاد زیستن تاکید می کند و حال نظریه های قابل قبولی در روانشناسی مثبت بیان می دارد.

نتایج نشان داد با کنترل پیش آزمون بین بیماران مبتلا به ام اس گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ شادکامی تفاوت معنی داری وجود دارد. به عبارت دیگر، آموزش گروه درمانی مبتنی بر حضور ذهن با توجه به میانگین شادکامی در بیماران مبتلا به ام اس گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب افزایش شادکامی گروه آزمایش شده است. این یافته با یافته های پژوهش های اصلانی (۱۳۹۱)، طارمیان (۱۳۸۸)، باس (۲۰۱۳) همسو می باشد. در تبیین این یافته ها میتوان گفت که شادکامی، شادمانی و نشاط از مهم ترین نیازهای روانی بشر به دلیل تاثیرات عمده بر زندگی

شخص، همیشه ذهن انسان را به خود مشغول کرده است. در گذشته روانشناسی به جای توجه مثبت از جمله شادکامی و رضایت از زندگی، بیشتر بر هیجانات منفی مثل افسردگی تمرکز می کرد. اگرچه حتی امروز محتوای تعدادی از کتابها و مقالات علمی بر درد ورنج انسانی تاکید دارد تا شادمانی و لذت. لکن در چند دهه اخیر، علاقه ی بسیاری از محققان و نویسندگان به سوی لذت، شادمانی و رضایت از زندگی معطوف شده است (علی پور، ۱۳۹۰).

یکی از مسائل مهم و تأثیر گذار در زندگی افراد، شادکامی است. برخی از روان شناسان معتقدند روابط مثبت و سازنده با دیگران، هدفمند بودن زندگی، رشد شخصیتی، دوست داشتن دیگران و زندگی از اجزای مولفه های شادکامی و نشاط هستند. روانشناسانی مانند آرگایل شادی را ترکیبی از وجود عاطفه مثبت، عدم وجود عاطفه منفی و رضایت از زندگی می دانند. مطالعات و پژوهش های روان شناسان در سال های اخیر، نشان می دهد که اگر مردم عوامل شادی بخش (مانند همسر، دوست خوب، شغل مناسب، برنامه تفریحی، معنویت و مانند آن) را تجربه کنند و در اختیار داشته باشند، رضایتمندی و درجه شادکامی آنان افزایش می یابد (آرگایل، ۲۰۰۹). از سویی افسردگی و بی نشاطی، باعث خمودی، بدبینی، بی انگیزگی، ناامیدی، یأس و عدم رضایت از زندگی و فعالیت های اجتماعی می شود. شادابی نیروی حرکت دهنده فعالیت های انسان است. اگر در محیط زندگی، کار و تحصیل، نشاط وجود نداشته باشد، بازدهی کارها به مراتب کاهش می یابد. روان انسانها نیازمند تفرج و نشاط است. بدن نشاط و شادمانی، کارهای روزمره سامان مطلوبی نخواهد داشت (درویش، ۱۳۹۱). بنابراین افراد با احساس شادکامی بیشتر با آموزش مهارتهای کنترل خشم به طور عمده ای هیجانات مثبت را تجربه می کنند و از حوادث و وقایع پیرامون خود ارزیابی مثبت دارند، در حالی که زنان مطلقه با احساس بی انگیزگی، ناامیدی، یأس و عدم رضایت از زندگی، حوادث و موقعیت های زندگی شان را نامطلوب ارزیابی کرده و بیشتر هیجانات منفی نظیر بیماری های روانتنی، اضطراب، افسردگی و خشم تجربه می کنند، باید توجه داشت که هیجانات مثبت و منفی حالات دو قطبی نیستند که فقدان یکی وجود دیگری را تضمین کند، یعنی احساس رضایت مندی مثبت تنها با فقدان هیجانات منفی پدید نمی آید و عدم حضور هیجانات منفی لزوماً حضور هیجانات مثبت را به همراه نمی آورد، بلکه برخورداری از هیجانات مثبت خود به شرایط و امکانات دیگری نیازمند است.

هر چند شادی و شاد بودن یکی از مهم ترین ابعاد زندگی محسوب می شود ولی علم تجربی هنوز نتوانسته است مفهوم شادی را به طور کامل توضیح دهد. هنوز میان متخصصین بر سر این که آیا شادی احساس است یا هیجان یا اینکه آیا باید آن را توانایی قلمداد کرد یا فلسفه زندگی توافقی به دست نیامده است. هم چنین جدال بر سر این که تا چه اندازه شادی آموختنی است و تا چه حد ذاتی محسوب می شود همچنان ادامه دارد (شهیدی، ۱۳۸۸). شکی نیست که همه ما به طور فطری در جستجوی حالات مطلوب و خوشایند هستیم. صفاتی چون شادی و غم، شجاعت و ترس، اعتماد به نفس و خود کم بینی و ریشه در احساسات انسان دارند. احساسات نیز در جای خود شخصیت افراد را شکل می دهند. شادکامی تأثیر مهمی در موفقیت افراد دارد، افراد شادکام نگرش خوش بینانه ای نسبت به وقایع و رویدادهای اطراف خود دارند

(محقق، ۱۳۸۹). شادی شکوفایی و دست یابی به حقیقت است به عبارت دیگر شادی زیستن در یک محیط مطلوب است. شادی یک حالت ذهنی یا احساس است که مانند خشنودی، رضایت، لذت و خوشی توسط انسان ادراک می شود. آموزش گروه درمانی مبتنی بر حضور ذهن و اجرای گام به گام آنها به افراد کمک می کند و باعث می شود که استرس و تنش های موجود در زندگی جمعی در میان مراجعان کاهش یابد. به استناد ناصری (۱۳۸۹) مطالعات بسیاری در مورد تأثیر برنامه آموزش گروه درمانی مبتنی بر حضور ذهن بر ابعاد مختلف شادکامی بیماران مبتلا به ام اس انجام گرفته و نتایج نشان داده است که آموزش این مهارت سبب افزایش عزت نفس، بهبود مهارت های اجتماعی و ارتباطات بین فردی، افزایش رفتارهای مثبت اجتماعی و سازگاری اجتماعی، افزایش رضایت سیستم خانوادگی و سازگاری با خانواده، افزایش مهارت حل مسائل شخصی و بین فردی و افزایش مهارت های مقابله ای شده است. بررسی ابعاد مختلف شادکامی بیماران مبتلا به ام اس از جهات مختلف مانند پیگیری پاسخ درمانی، میزان بازتوانی بیمار، تطابق با بیماری، تطابق خانواده با بیماری می تواند در برنامه ریزی مناسب برای ارائه درمانها و خدمات در زمینه های مزبور مؤثر بوده و در جهت بازتوانی هر چه بیشتر بیمار و بالاخره پیگیری از عود اختلال و تخریب شخصیت بیمار و حفظ و ارتقای بهداشت روان خانواده وی بکار گرفته شود.

فهرست منابع

آرجیل، مایکل. (۲۰۰۱). *روانشناسی شادی*، ترجمه مسعودگوهری انارکی، حمید طاهر نشاط دوست، حسن پالاهنگ، فاطمه بهرامی. (۱۳۸۳). انتشارات جهاد دانشگاهی اصفهان.

آقاباقری، حسنا؛ محمدخانی، پروانه؛ عمرانی؛ سارا؛ فرهنگ، وحید. (۱۳۹۱). *اثر بخشی گروه درمانی شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر افزایش بهزیستی ذهنی و امید بیماران مبتلا به ام اس*، روان شناسی بالینی، سال چهارم، شماره ۳۲: ۱-۲۳.

سهرابی، فرهاد، جعفری فرد، سجاد، زارعی، سپیده، اسکندری، حمزه. (۱۳۹۲). *اثر بخشی گروه درمانی شناختی مبتنی بر کاهش استرس بر افزایش بهزیستی بیماران مبتلا به ام اس*، مطالعه موردی، مجله روان شناسی بالینی، سال چهارم، شماره ۴: ۳۹-۳۱.

عابدینی، الهه، قنبری هاشم آبادی، بهرامعلی، طالبیان شریف، جعفر، کریمی ترشیزی شیوا. (۱۳۹۳). *اثر بخشی گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به ام اس*، مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی سال ۹۴؛ دوره ۷ (۳)، صص ۶۳۶-۶۲۳.

کامرانی، مرضیه، دهقان، فاطمه، بشیری، حسن. (۱۳۹۴). *تأثیر آموزش مهارت های مدیریت استرس بر استرس ادراک شده و انعطاف پذیری زنان مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس*، سلامت و مراقبت، دوره ۱۷، شماره ۴، از صفحه ۳۱۹ تا صفحه ۳۲۸.

- نشاط دوست، حمیدطاهر؛ نیلفروش زاده، محمدعلی؛ دهقانی، فهیمه و مولوی، حسین (۱۳۸۸). *بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری مدیریت استرس بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آلویسی آرناتا در مرکز تحقیقات پوست شهر اصفهان*. مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک، سال ۱۲، شماره ۲، صفحه ۱۳۳-۱۲۵.
- حسن زاده، فاطمه؛ نیکنامی، شمس الدین؛ شکروی، فرخنده؛ فرمانبر، ربیع الله؛ احمدی، فضل الله و جعفری، محمدرضا. (۱۳۹۳). *بررسی اثربخشی شیوه های مقابله با استرس بر تاب آوری، اضطراب، افسردگی و استرس بیماران مبتلا به ضایعه نخاعی: مطالعه کیفی*. مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره بیستم، شماره ۷۷، صفحه ۸۰-۶۹.
- قراء زیبایی، فاطمه، علی اکبری دهکردی، مهناز، علیپور، احمد، محتشمی، طیبه. (۱۳۹۳). *اثربخشی معنادرمانی به شیوه گروهی بر استرس ادراک شده و شادکامی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس*، فصلنامه پژوهش در سلامت روانشناختی، سال ششم، شماره ۴ (پیاپی ۲۴).
- شهیدی، شهریار. (۱۳۸۸). *روانشناسی شادی*، تهران: نشر قطره.
- علی پور احمد، آگاه هریس، مژگان. (۱۳۸۶). *اعتبار و روایی فهرست شادکامی آکسفورد در ایرانیها*، روانشناسی تحولی (روانشناسان ایرانی)، ۳(۱۲): ۲۸۷-۲۹۸.
- کار، آلان. (۲۰۰۳). *روان شناسی مثبت: علم شادمانی و نیرومندی های انسان*. ترجمه حسن پاشا شریفی، جعفر نجفی زند و باقر ثنایی. (۱۳۸۵). تهران: سخن.
- نیکجو، بهاره. (۱۳۸۷). *رابطه بین ویژگیهای شخصیتی با هوش هیجانی و شادکامی*. پایان نامه کارشناسی ارشد، منتشر شده، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی.
- آیزینگ، موس (۱۹۹۶). *همیشه شاد باش*. ترجمه زهرا چلونگر (۱۳۸۷). تهران: انتشارات نسل نو اندیش.
- درویش، علیرضا. (۱۳۹۱). *بررسی رابطه شادکامی و ویژگیهای شخصیت در دانشجویان*. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه تربیت مدرس.
- نجاتی، راضیه. (۱۳۹۵). *پیش بینی مولفه های شادکامی زنان متأهل از طریق عزت نفس و روابط زناشویی*، زن در فرهنگ و هنر (پژوهش زنان)، ۳(۱): ۳۷-۵۲.
- چنگیزی، فرشته، پناه علی، امیر. (۱۳۹۵). *اثربخشی روایت درمانی گروهی بر میزان امید به زندگی و شادکامی سالمندان شهر تبریز*، فصلنامه آموزش و ارزیابی، دوره نهم، شماره ۳۴.
- علیزاده، محمد، قاسمی، مریم. (۱۳۹۶). *بررسی مقایسه ای شاخص امید به زندگی و شادکامی در میان سالمندان شهری و روستایی استان تهران*، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال نهم، شماره ۳۳، ۱۶۰-۱۴۷.
- داودی، ایران؛ نسیمی، فر، نجمه. (۱۳۹۱). *اثربخشی روش کاهش استرس مبتنی بر گروه درمانی مبتنی بر حضور ذهن بر بهبود درد و راهبرد مقابله فاجعه آفرینی در افراد مبتلا به دردهای مزمن عضلانی اسکلتی*، یافته های نو در روان شناسی: سال هفتم، شماره ۲۲.
- جبارزاده قشلاق، رویا؛ بزازیان، سعیده، شقاقی، فرهاد. (۱۳۹۳). *اثربخشی آموزش ایمن سازی در برابر استرس بر انعطاف پذیری معلمان زن، سومین همایش ملی مشاوره، خمینی شهر*، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی شهر،

هژیر، فرهاد؛ احدی، حسن؛ پورشهباز، عباس؛ و رضایی، منصور. (۱۳۹۰). *اثربخشی فراشناخت درمانی در تغییر بازنمایی های ادراکی از بیماران و ارتقاء حالات عاطفی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس*، بهبود، دوماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، شماره ۱۱.

محمودی عالمی، قهرمان، نصیری، ابراهیم، نیازآذری، کیومرث. (۱۳۸۹). *بررسی سلامت روان در بیماران مبتلا به ام اس در استان مازندران*، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی، دوره ۱۸، شماره ۶۸.

حارث آبادی مهدی، کریمی مونقی حسین، فروغی پور محسن، مظلوم سیدرضا. (۱۳۸۹). *کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس*، مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، دوره ۲، شماره ۴ (پیاپی ۶).

صادق، ناصر. (۱۳۹۰). *بررسی عملی بودن، اعتبار، روایی و نرم یابی پرسشنامه امیدواری و رابطه امیدواری با شادکامی در دانشجویان*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد واحد تهران مرکز.

بیاضی، عباسعلی، احدی، فهیمه، دانش، مژگان. (۱۳۹۱). *اثربخشی مداخله ای شناختی رفتاری گروهی کوتاه مدت بر افسردگی، اضطراب و تنش بیماران کرونری قلب مزمن*. مجله پژوهش های علوم شناختی و رفتاری، سال چهارم، شماره ۲ (پیاپی ۷). صص ۴۰-۵۲.

کاوه، منیژه. (۱۳۸۸). *تدوین برنامه افزایش انعطاف پذیری در برابر استرس و تاثیر آموزش آن در مولفه های کیفیت زندگی والدین دارای کودک کم توان ذهنی خفیف*، پایان نامه دکتری، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی.

سلطانی، زهرا. (۱۳۹۲). *نقش شوخ طبعی و تجارب معنوی در انعطاف پذیری و بهزیستی روانشناختی دانشجویان*، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه زنجان، پژوهشکده علوم انسانی و اجتماعی، منتشر نشده.

فاتحی، سید احمد (۱۳۹۱). *تأثیر روان درمانی مبتنی بر شادی بر امیدواری ورزشکاران دانشجوی دانشگاه پیام نور اصفهان*، مجله خانواده پژوهی، سال اول شماره ۲، ۱۱۰-۱۲۰.

Arch, J. J., Ayers, C. R., Baker, A., Almklov, E., Dean, D. J. & Graskes, M. g. (۲۰۱۳). Randomized clinical trial of adapted mindfulness- based stress reduction versus group cognitive behavioral therapy for heterogeneous anxiety disorders. Behavior Research and Therapy, ۵۱ (۴-۵): ۱۸۵-۱۹۶.

Asen, G. (۲۰۱۲). mindfulness, and perceived threat as predictors of posttraumatic stress Disorder After Exposure to a Terrorist Attack: A prospective study. Psychosomatic Medicine ۶۸: ۹۰۴-۹۹۹.

Benn, R., Akiva, T., Arel, S., & Roeser, R. W. (۲۰۱۲). Mindfulness Training Effects for parson and Educators of Children with Special Needs. Developmental Psychology. ۴۸ (۵): ۱۴۷۶-۸۷.

Ferraioli, S. J., Harris, S. L. (۲۰۱۳). Comparative Effects of Mindfulness and Skills-Based Parent Training Programs for Parents of Children with Autism: Feasibility and Preliminary Outcome Data. Springer journals, ۴ (۲): ۸۹-۱۰۱.

Fornham, P., Shukla, Archana., Singh, Pratibha A. (۲۰۱۶). Perceived Self Efficacy and Mental Health among Elderly, Delhi Psychiatry Journal, ۱۳ (۲), ۳۱۲-۳۲۱.

Sheehy, R. S & Horan, J. J. (۲۰۱۲). Effects of mindfulness for first year law students. International journal of stress management, ۱۱, ۴۱-۵۵.

Maya, J. (۲۰۱۰). Schroevers, Department of Health Psychology, University Medical Center Groningen, University of Groningen, Antonius. Deusinglaan ۱, P.O. Box ۱۹۶, ۹۷۰۰

Keng, S. L. et al. (۲۰۱۱). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies, Clinical Psychology Review. ۱۰, ۱۰۱۶/j.cpr. ۲۰۱۱, ۰۴, ۰۰۶

Sher, K. J. (۲۰۱۱). Personality and substance use disorders: A prospective study. J. Consulting and Clinical psychology, ۶۸, ۸۲۹-۸۱۸

Kalslyka, S.R. (۲۰۱۴). Issues and interrelation in stress mastery. In Friedman (Ed). Personality and Disease. New York: Academic Press.

Randye, S., Miller, L. & Lisa, F. A. (۲۰۱۰). Randomized Trial of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Children: Promoting Mindful Attention to Enhance Social- Emotional Resiliency in Children. Journal of Child and Family Studies, ۱۹(۲), ۲۱۸-۲۲۹.

Rasmussena, R. & Pidgeona, A. (۲۰۱۱). The direct and indirect benefits of dispositional mindfulness on self-esteem and social anxiety. Anxiety, Stress & Coping: An International Journal, ۲۴(۲), ۲۲۷-۲۳۳.

Keng, S. L. et al. (۲۰۱۱). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies, Clinical Psychology Review. ۱۰, ۱۰۱۶/j.cpr. ۲۰۱۱, ۰۴, ۰۰۶

Shapiro, S. L. Bootzin, R. R. Figueredo, A. J. Lopez, A. M. Schwartz, G. E. (۲۰۱۲). The efficacy of mindfulness-based stress reduction in the treatment of sleep disturbance in women with breast cancer An exploratory study. J Psychosom Res. (۵۴): ۹۱-۸۵

Zeidan, F. Johnson, S. K. Diamond, B. J. David, Z. Goolkasian, P. (۲۰۱۰). Mindfulness meditation improves cognition: Evidence of brief mental training. Conscious Cogn. ۱۹: -۵۹۷ ۶۰۵

Kieviet, A. Visser, A. Garssen, B. Hudig, H. (۲۰۰۸). mindfulness-based stress reduction training for oncology patients: Patients appraisal and changes in wellbeing. Patient Educ and Couns. (۷۲): ۴۴۲-۴۳۶

Sher, K. J. (۲۰۱۱). Personality and substance use disorders: A prospective study. J. Consulting and Clinical psychology, ۶۸, ۸۲۹-۸۱۸

Flugel, K. Vincent, S. S. Loehrer, L. L. Bauer, B. A. Wahner-Reodler, D. L. (۲۰۱۰). Measurement of quality of life and participant experience with the mindfulness-based stress reduction program Complement The Clin Pract. ۴۰-۱۶:۳۶

Brown, K. W. Ryan, R. M. (۲۰۱۳). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. J Pers Psycho. ۸۴(۴): ۴۸-۸۲۲

Kabat-Zinn, J. (۲۰۰۵). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practices of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. Gen Hosp Psychiatry ۴:۳۳-۴۷.

kinney. M. J., donaldon, K. (۲۰۱۳). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy as an adjuvant to pharmacotherapy in patients with panic disorder or generalized anxiety disorder. Depress Anxiety. ۲۶(۷): ۶۰۱-

Lee. Sy, park. Mc. (۲۰۰۹). Perceived Stressful Life Events, Coping style, social support and Depressive symptoms of the functional Dyspepsia patients. J Korean Neuropsychiatr Assoc; ۳۹ (۲): ۳۵۱-۳۶۱.

Ravid, L.K. Berg V.J. (۲۰۱۶). *Balancing Psychological Assessments: Including Strengths and Hope in Client Reports*. Journal of Clinical Psychology ۶۱ (۱), ۳۳-۴۶.

Lee. Sy, park. Mc. (۲۰۱۵). *Perceived Stressful Life Events, Coping style, social support and Depressive symptoms of the functional Dyspepsia patients*. J Korean Neuropsychiatr Assoc; ۳۹ (۲): ۳۵۱-۳۶۱.

Gab S. (۲۰۱۴). *Fear of intimacy in women: Relationship Attachment style and Depressive symptoms*. Department of psychology and illa werra institute for mental Health. International journal of Descriptive and Experimental Psychopathology.

Weist.M.D.(۲۰۱۰) , *Toward a public mental health promotion and intervention south*. Journal of school health . , ۱۹,۱۳۱-۱۴۲.

Mahaffey,H. Barbara, A.(۲۰۱۲). *Couples Counseling Directive Technique: The effect of Emotion Management training to Promote Insight, Catharsis, Disclosure, intimacy , and marital satisfaction*. The Family Journal, Vol. ۱۸, No. ۱, ۴۵-۴۹.

Larsena, J. K., Branda, N., Bermondb, B., and Hijmanc, R. (۲۰۱۱). *Cognitive and emotional characteristics of alexithymia, a review of neurobiological studies*. Journal of Psychosomatic Research, ۵۴: ۵۳۳-۵۴۱.

Kaiser, A.Hahweg, K.,Wolfsdorf, F, Groth, T. (۲۰۱۱). *The efficacy of compact psychoeducational group training program for mental health*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, ۶۶,۷۳۵-۷۶۰.

Piet, J., Hougaard, E. (۲۰۱۲). The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, ۳۱(۶): ۱۰۳۲-۱۰۴۰.

Van, H., Lucassen, P., Bor, H., van Weel, C., & Speckens, A. (۲۰۱۳). Mindfulness Based Cognitive Therapy for Patients with Medically Unexplained Symptoms: A Randomized Controlled Trial. *Psychotherapy Psychosomatics*, ۸۲: ۲۹۹-۳۱۰.

Richardson PS, McIntyre IG: (۲۰۱۳) Susceptibility of tooth surface to carious attack in young adults. *Community Dent Health*; ۱۳: ۱۶۳-۱۶۸.

De Matia D, Pettini PL, Sabato V, Rubini G, Laforgia A, Schettini F (۲۰۱۲) Oromaxillofacial changes in thalassemia major. *Minerva Pediatric*; ۴۸: ۱۱-۲۰ (Abs).

Li CK, Luk CW, Ling SC, Chik Kw, Yuen HL, Li CK, (۲۰۱۴). Morbidity and mortality patterns of thalassemia major patients in Hong Kong: retrospective study. *Hong Kong Med J*, ۸(۴): ۲۵۵-۶۰.