

اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و روان‌درستی بیماران پارکینسون*

مینا مقتدری^۱، مجید صفاری^۲، حسین زارع^۳، احمد علی پور^۴، احمد چیت‌ساز^۵

Effectiveness of the mindfulness therapy on the life quality and psychological wellbeing of parkinson patients

Mina Moghtaderi¹, Majid Safari², Hosein Zare³, Ahmad Alipour⁴, Ahmad Chitsaz⁵

چکیده

زمینه: بروز بیماری‌های مزمن همچون پارکینسون، علاوه بر سلامت جسمی، کیفیت زندگی و روان‌درستی مبتلایان را نیز با آسیب جدی مواجه می‌سازد. اما آیا درمان ذهن آگاهی به بهبود کیفیت زندگی و روان‌درستی بیماران پارکینسون کمک می‌کند؟ **هدف:** بر همین اساس پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و روان‌درستی بیماران پارکینسون انجام گرفت. **روش:** پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل افراد مبتلا به بیماری پارکینسون شهر اصفهان در سه ماهه زمستان سال ۱۳۹۷ بود. در این پژوهش تعداد ۳۰ فرد مبتلا به بیماری پارکینسون با روش نمونه‌گیری غیر تصادفی دردسترس انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (۱۵ بیمار در گروه آزمایش و ۱۵ بیمار در گروه گواه). گروه آزمایش مداخله درمان ذهن آگاهی (سیگل، ۲۰۱۰) را طی سه ماه در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. پرسشنامه‌های مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه کیفیت زندگی (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۴) و پرسشنامه روان‌درستی (ریف، ۱۹۸۰) بود. داده‌های حاصل از پژوهش به شیوه تحلیل واریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که درمان ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی ($P < 0/001$) و روان‌درستی ($P < 0/001$) بیماران پارکینسون تأثیر معنادار دارد. میزان تأثیر بسته به درمان ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و روان‌درستی بیماران پارکینسون به ترتیب ۶۸ و ۶۷ درصد بود. **نتیجه‌گیری:** یافته‌های پژوهش حاضر بیانگر آن بودند که درمان ذهن آگاهی با بهره‌گیری از فوونی همانند افکار، هیجانات و رفتار آگاهانه می‌تواند به عنوان یک درمان کارآمد جهت افزایش کیفیت زندگی و روان‌درستی بیماران پارکینسون شود. **واژه کلیدیها:** درمان ذهن آگاهی، کیفیت زندگی، روان‌درستی، پارکینسون

Background: The emergence of chronic diseases such as Parkinson seriously damages the patients' Life Quality and Psychological Wellbeing besides physical health. But does mindfulness therapy help improve the quality of life and psychological well-being of Parkinson's patients? **Aims:** Therefore, the present study was conducted with the purpose of investigating effectiveness of the mindfulness therapy on life quality and psychological wellbeing of patients with Parkinson. **Method:** The present study was quasi-experimental with pretest, posttest, control group and two-month follow-up period. The statistical population of the present study included the people with Parkinson in the city of Isfahan in the winter of 2018-19. 30 patients with Parkinson were selected through non-random available sampling and were randomly replaced into experimental and control groups (15 patients in the experimental group and 15 in the control group). The experimental group received training intervention of mindfulness therapy in ten ninety-minute sessions during two months. The applied questionnaires in this study included life quality questionnaire (WHO, 1994) and psychological wellbeing questionnaire (Ryff, 1980). The data from the study were analyzed through repeated measurement ANOVA software. **Results:** The results showed that the mindfulness therapy has significant effect on life quality and psychological wellbeing of Parkinson ($p < 0/001$). The degree of the effect of mindfulness therapy on life quality and psychological wellbeing of Parkinson patients were 68 and 67 respectively. **Conclusions:** According to the findings of the present study it can be concluded that mindfulness therapy concomitant with employing techniques such as thoughts, emotions and mindfull behavior can be used as an efficient treatment to increase life quality and psychological wellbeing of Parkinson patients. **Key Words:** Mindfulness therapy, life quality, psychological wellbeing, parkinson

Corresponding Author: mina@cenint.com

* مقاله حاضر برگرفته از رساله دوره دکتری تخصصی نویسنده اول است.

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

^۱ Ph.D Student of Health Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Payame Noor University, Tehran, Iran (Corresponding Author)

^۲ استاد، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران

^۲ Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Payame Noor University, Tehran, Iran

^۳ استاد، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران

^۳ Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Payame Noor University, Tehran, Iran

^۴ استاد، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران

^۴ Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Payame Noor University, Tehran, Iran

^۵ استاد، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

^۵ Professor, Faculty of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

پذیرش نهایی: ۹۸/۰۹/۲۸

دریافت: ۹۸/۰۶/۱۸

مقدمه

یکی از بیماری‌هایی که در قرن حاضر به عنوان دومین بیماری شایع سیستم عصبی مرکزی بعد از آلزایمر شناخته می‌شود، بیماری پارکینسون^۱ است که یکی از شایع‌ترین دلایل ناتوانی در سنین بالا نیز به شمار می‌رود (دری، شاه، کای و کانسل، ۲۰۱۰؛ آنال و امیکلی-آلتارفان، ۲۰۱۹). با افزایش سن و طول عمر، احتمال وقوع این بیماری افزایش می‌یابد، به طوری که تقریباً حدود ۱/۸ درصد از افراد بالای ۶۵ سال به این بیماری دچار می‌شوند (آمینوفو همکاران، ۲۰۱۱، کوگان، مک‌گویر و ریلی، ۲۰۱۹). پارکینسون یک بیماری تباہ‌کننده عصبی و با سیر آهسته پیش‌رونده است که در اثر تحلیل سلول‌های مغزی تولید کننده دوپامین ایجاد می‌شود. در حالی که بیماری پارکینسون یک اختلال حرکتی پیش‌رونده است، تغییرات شناختی و زبانی نیز در این بیماری مشاهده می‌شود (اسکایو همکاران، ۲۰۱۴، ریچ و ساویت، ۲۰۱۹). از علائم اصلی پارکینسون ارتعاش و لرزش دست و پا در حالت استراحت، کندی حرکات، سختی و خشک شدن دست و پا و بدن و نداشتن تعادل را می‌توان نام برد (فوکاناگا و همکاران، ۲۰۱۴؛ به نقل از هیز، ۲۰۱۹).

افراد مبتلا به پارکینسون نیاز به مراقبت دارند، به طوری که بدون مراقبت احتمال وقوع مشکلات خاص برای آنها وجود دارد (جکسون و همکاران، ۲۰۱۷). این بیماری نه تنها توانایی‌های عملکردی بیماران را تحت تأثیر شدید قرار می‌دهد، بلکه حیطه‌های هیجانی، روانی، اجتماعی، عاطفی و ابعاد گوناگون کیفیت زندگی^۲ آنها را نیز دچار آسیب جدی می‌نماید (سوراتوس، سارانزا، سامالاپا و جامورا، ۲۰۱۸؛ به نقل از لئو همکاران، ۲۰۱۸). کیفیت زندگی مفهومی جامع و کلی است که همه ابعاد فیزیکی، روانی، شناختی، اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی زندگی فرد را در برمی‌گیرد. در بعد فیزیکی مهمترین جنبه وضعیت عملکرد فرد است (بالسترینو و مارتینز - مارتینز، ۲۰۱۷). درک از کیفیت زندگی متأثر از توانایی شخص در سنین مختلف در جهت ادامه عملکرد و از انجام فعالیت‌های روزمره نظیر مراقبت از خود، رفتن به مدرسه و محل کار است. در بعد روانی نیز باید گفت که سلامت روانی جزء مهمی از کیفیت زندگی بوده و داشتن نگرش مثبت در ارتقای کیفیت زندگی

مؤثر است. در بعد اجتماعی - فرهنگی، نقش‌های هر فرد در خانواده و جامعه و ارتباطات اجتماعی از عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی هستند (کارو و همکاران، ۲۰۱۰).

همچنین باید اشاره کرد که بروز بیماری‌های جسمی و فیزیولوژی یک حاد و مزمن می‌تواند روان‌درستی^۳ افراد مبتلا را با آسیب مواجه سازد (محمودعلیلو، یارمحمدی واصل، بیات و حسینی، ۱۳۹۴، اورکی و سامی، ۱۳۹۵، کرازینو، سیری و بیچ، ۲۰۱۹). روان‌درستی به کیفیت تجربه شده زندگی اشاره می‌کند و منعکس‌کننده عملکرد و تجربه روانشناختی مطلوب است. معنی لغوی روان‌درستی یک حالت رضایت از شاد بودن، سلامتی و موفقیت است که به تجربه و عملکرد روانشناختی مطلوب اشاره می‌کند. روان‌درستی توانایی شرکت فعالانه در کار و تفریح، خلق روابط معنی‌دار با دیگران، گسترش حس خودمختاری و داشتن هدف در زندگی و تجربه کردن هیجانات مثبت است (هاروود و آنگلیم، ۲۰۱۹). روان‌درستی شامل ابعادی مانند پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، استقلال، تسلط بر محیط، هدفمندی در زندگی و رشد شخصی می‌شود (چو، مارتین، مارگرت، مک دونالد و پون، ۲۰۱۱). در نهایت روان‌درستی صحیح شامل هیجانات مثبت، ویژگی‌های شخصیتی بالغ مانند خود رهبری، مشارکت کردن، خود شکوفایی، رضایت از زندگی و نیروهای شخصیتی مانند امید، دلسوزی و شجاعت می‌شود. همچنین به خودآگاهی به عنوان کلید روان‌درستی اشاره شده است، مبتنی بر این حقیقت که ویژگی‌های روان‌درستی اگر درونی نشوند، خود به خود تجربه نشوند و افراد از خود و اعمال‌شان آگاه نباشند، تقلیل می‌یابند (سان، چان و چان، ۲۰۱۶).

جهت بهبود مؤلفه‌های روانشناختی افراد مبتلا به پارکینسون، تاکنون روش‌های آموزشی و درمانی مختلفی به کار گرفته شده است. از انواع این درمان‌ها می‌توان به درمان ذهن آگاهی^۴ اشاره کرد که کارآیی بالینی آن در پژوهش‌های پیکات و همکاران (۲۰۱۳)؛ بیتوال، دابرو - مارشال، دبرا - مارشال، دردو و دان (۲۰۱۷)؛ آیرس و همکاران (۲۰۱۹) و سون و چوی (۲۰۱۹) برای افراد مبتلا به پارکینسون نشان داده شده است. علاوه بر این، نتایج پژوهش‌های

⁴ Cho, Martin, Margrett, MacDonald and Poon

⁵. Mindfulness therapy

¹. Parkinson

². quality of life

³. Psychological well being

فرضیه‌های پژوهش

درمان ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و روان‌درستی بیماران پارکینسون تأثیر دارد.

روش

طرح پژوهش حاضر، از نوع نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه و مرحله پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه افراد مبتلا به بیماری پارکینسون مراجعه کننده به مرکز درمانی دکتر چیت‌ساز واقع در شهر اصفهان در سال ۱۳۹۷ تشکیل می‌دادند که دارای بیماری پارکینسون تشخیص داده شده و جهت شرکت در این پژوهش، رضایت آگاهانه داشتند. از این میان، تعداد ۳۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. بدین صورت که با مراجعه به مرکز درمانی دکتر چیت‌ساز، تعداد ۳۰ فرد مبتلا به بیماری پارکینسون به شیوه دردسترس انتخاب و به صورت گمارش تصادفی در گروه آزمایش و گروه گواه گمارده شدند (هر گروه ۱۵ بیمار). میانگین سن آزمودنی‌ها ۶۳ سال بود. ۲۱ نفر از شرکت‌کنندگان در پژوهش ۱۶ نفر مرد (معادل ۵۳/۳۳) و ۱۴ نفر زن (معادل ۴۶/۶۷) بودند. در بین شرکت‌کنندگان ۶ نفر (معادل ۲۰ درصد) دارای تحصیلات سیکل، تعداد ۸ نفر (معادل ۲۶/۶۷ درصد) دارای تحصیلات دیپلم، تعداد ۱۰ نفر (معادل ۳۳/۳۳ درصد) دارای تحصیلات لیسانس، تعداد ۶ نفر (معادل ۲۰ درصد) دارای تحصیلات فوق لیسانس بود. سپس گروه آزمایش تحت آموزش درمان ذهن آگاهی قرار گرفتند، در حالی که گروه گواه در انتظار دریافت مداخله بوده و در طول اجرای پژوهش این مداخله روانشناختی را دریافت نکرد. این در حالی بود که افراد حاضر در هر دو گروه به فرآیند دارو درمانی خود ادامه می‌دادند. مداخلات درمانی در محل بیمارستان الزهرا انجام شد. پس از اتمام آموزش، از آنان پس‌آزمون به عمل آمد. پس‌آزمون شامل پرسشنامه‌های قبلی بود. پس از دو ماه نیز مرحله پیگیری اجرا شد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل ابتلا به بیماری پارکینسون به تشخیص روان‌پزشک و متخصص مغز و اعصاب، اعلام رضایت و آمادگی جهت شرکت در پژوهش، نداشتن بیماری جسمی حاد و مزمن دیگر (با توجه به پرونده سلامت و مشاوره‌ای آنان در مراکز درمانی)، عدم استفاده از داروهای روان‌پزشکی بر اساس پرونده پزشکی، حداقل سواد سیکل، مصرف دارو ویژه بیماری پارکینسون و نداشتن بیماری روانشناختی حاد و مزمن همانند افسردگی (با توجه به پرونده سلامت و مشاوره‌ای آنان)

صمدزاده، صالحی، بنی‌جمالی و احدی (۱۳۹۷)؛ احمدی، قائمی و فرخی (۱۳۹۷)، هوب وود و اس‌چات (۲۰۱۷)؛ به نقل از هافمن، آنجلیا و گومز (۲۰۱۷)؛ به نقل از کروسول و همکاران (۲۰۱۷) و کروسکا، میلر، روچ، کروسکا و اوهارا (۲۰۱۸)، راش، کاونگ و گارلند (۲۰۱۹) نشان می‌دهند که درمان ذهن آگاهی می‌تواند منجر به بهبود مؤلفه‌های روانشناختی و هیجانی افراد مختلف شود. آرانگا، سانچز و پرز (۲۰۱۹) نشان داده‌اند که افراد با ذهن آگاهی بالا بیشتر به ارزیابی منطقی تنیدگی پرداخته و کمتر از راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی استفاده می‌کنند. ذهن آگاهی به عنوان حالت توجه برانگیخته و آگاهی از آنچه که در لحظه کنونی اتفاق می‌افتد، تعریف شده است (مارچ‌اند، ۲۰۱۳). این توجه، توجهی است هدفمند، به همراه پذیرش بدون داوری در مورد تجربه‌های در حال وقوع در لحظه کنونی (براتو و باسون، ۲۰۱۴). آموزش‌های مبتنی بر ذهن آگاهی بر روش‌های مراقبه‌ای مانند تکنیک بررسی بدن برای افزایش فهم و آگاهی از چگونگی افکار متکی است. این تکنیک در راستای ادراک حس‌های ارادی بدن مانند غذا خوردن و حرکت کردن و حس‌های غیرارادی بدنی مانند تنفس برنامه‌ریزی شده است تا با به کارگیری آنها مهار بیشتری بر پاسخ‌های غیرارادی مانند تنیدگی‌ها اعمال شود (واکر و کولوسیمو، ۲۰۱۱).

دلیل استفاده از درمان ذهن آگاهی برای بیماران پارکینسونی، وجود خودآگاهی شناختی و پایین ذهن آگاهی در نزد بیماران مزمن بوده که سبب می‌شود آنها نسبت به فرآیندهای روانی خودآگاهی کافی نداشته باشند (محمدی، میردریکوند و عزیزی، ۱۳۹۴). بر این اساس به نظر می‌رسد درمان ذهن آگاهی می‌تواند دریچه جدیدی را فرآیندهای روانی و هیجانی این افراد بگشاید. حال با توجه به آسیب‌های روانشناختی و هیجانی در افراد مبتلا به بیماری پارکینسون و اهمیت بهره‌گیری از روش‌های درمانی و مداخله‌ای مناسب، و از سوی دیگر تأیید کارآیی درمان ذهن آگاهی در بهبود مؤلفه‌های روانشناختی جامعه‌های آماری مختلف (به خصوص بیماران پارکینسون) و سرانجام عدم انجام پژوهشی در راستای بررسی اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و روان‌درستی بیماران پارکینسون، مسأله اصلی پژوهش حاضر بررسی این نکته است که آیا درمان ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و روان‌درستی بیماران پارکینسون تأثیر دارد؟

کرونباخ و دو نیمه‌سازی مورد محاسبه قرار گرفت که ضرایب ۰/۸۴ و ۰/۷۴ به دست آمد. قابلیت اعتماد پرسشنامه حاضر در این پژوهش با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد.

پرسشنامه روان‌درستی^۱: پرسشنامه روان‌درستی با ۵۴ پرسش و ۶ خرده‌مقیاس در سال (۱۹۸۰) توسط توسط ریف^۲ تنظیم شد و در بررسی‌های بعدی فرم کوتاه‌تر ۱۸ سؤالی نیز پیشنهاد گردید (بیانی، محمدکوچکی و بیانی، ۱۳۸۷). در پژوهش حاضر نسخه ۵۴ سؤالی آن با ۶ خرده‌مقیاس به کار برده شد. خرده‌مقیاس‌های این آزمون عبارتند از: پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، استقلال، تسلط بر محیط، هدفمندی در زندگی و رشد شخصی. هر یک از سؤالات این پرسشنامه از یک طیف ۶ درجه‌ای (کاملاً مخالفم: نمره ۱، تاحدی مخالفم: نمره ۲، مخالفم: نمره ۳، موافقم: نمره ۴، تاحدی موافقم: نمره ۵ و کاملاً موافقم: نمره ۶) تشکیل شده است. سؤالاتی که به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند عبارتند از: ۲۰/۲۲/۲۴/۲۵/۲۶/۲۷/۳۰/۳۱/۳۲/۳۹/۴۰/۴۱/۴۳/۴۴/۴۶/۴۹/۵۰/۵۴

۳/۵/۷/۸/۱۰/۱۲/۱۳/۱۴/۱۶/۱۸/ روان‌درستی بدست می‌آید و نمره بالاتر بیانگر روان‌درستی بهتر است. نتایج همبستگی پرسشنامه ۵۴ سؤالی ریف با مقیاس رضایت از زندگی، پرسشنامه شادکامی آکسفورد و پرسشنامه عزت‌نفس روزنبرگ، حاکی از قابل قبول بودن درستی آزمایی سازه این پرسشنامه در جمعیت ایرانی است (بیانی و همکاران، ۱۳۸۷). علاوه بر این بیانی و همکاران (۱۳۸۷) ضریب قابلیت اعتماد پرسشنامه ریف را با استفاده از روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۸۹ برآورد کردند. دایرناندک (۲۰۰۵) نسخه‌ای از پرسشنامه روان‌درستی ۵۴ سؤالی ریف را در پژوهش خود استفاده نمود، آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های آن را در دامنه ۰/۷۹ تا ۰/۸۵ گزارش نموده است و درستی آزمایی محتوایی و سازه‌ای آزمون فوق را نیز مورد تأیید قرار داد. قابلیت اعتماد پرسشنامه حاضر در این پژوهش با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد.

روند اجرای پژوهش: پس از هماهنگی لازم با مرکز درمانی دکتر چیت‌ساز و انجام فرآیند نمونه‌گیری (مطابق با آنچه ذکر گردید)، بیماران انتخاب شده (۳۰ بیمار) به شیوه تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (۱۵ بیمار در گروه آزمایش و ۱۵ بیمار

بود. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش شامل داشتن بیش از دو جلسه غیبت، عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در کلاس و عدم تمایل به ادامه حضور در فرآیند انجام پژوهش بود. جهت رعایت اخلاق در پژوهش، رضایت افراد برای شرکت در برنامه مداخله کسب و از کلیه مراحل مداخله آگاه شدند. هم‌چنین به افراد گروه گواه اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرآیند پژوهشی این مداخلات را دریافت خواهند نمود. در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو - ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها، آزمون موچلی جهت بررسی فرض کرویت داده‌ها و همچنین از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده گردید. نتایج آماری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی^۱: پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی دارای ۲۶ آیت‌م است که به صورت لیکرت ۵ درجه‌ای (نمره یک تا ۵) نمره‌گذاری می‌شود. هدف این طرح ایجاد ابزاری بین‌المللی و ناوابسته به فرهنگ جهت ارزیابی کیفیت زندگی افراد بود. این ابزار ادراک افراد را نسبت به سیستم‌های ارزشی و فرهنگی و همچنین اهداف شخصی، استانداردها و نگرانی‌های خود ارزیابی می‌کند. نمرات بالاتر در این پرسشنامه، نشانه سطوح بالاتر کیفیت زندگی در حیطه‌های مختلف جسمی، روانشناختی و اجتماعی است (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۴). پرسشنامه کیفیت زندگی شامل چهار حیطه سلامت جسمی، سلامت روانشناختی، روابط اجتماعی و سلامت محیط زندگی می‌شود (یانگ، کائو، سو، وانگ و لی، ۲۰۰۶). ضریب قابلیت اعتماد این ابزار در پژوهش‌های انجام شده در ایران بین ۰/۶۷ تا ۰/۸۴ محاسبه شده است و درستی آزمایی همزمان آن نیز از طریق همبستگی معنادار با پرسشنامه سلامت عمومی، تأیید شده است (حسینیان، قاسم‌زاده و نیکنام، ۱۳۹۰). در پژوهش پورکمالی، یزدخواستی، عریضی و چیت‌ساز (۱۳۹۵) نیز قابلیت اعتماد این ابزار به دو شیوه آلفای

3. Ryff

1. WHO Quality of Life Questionnaire

2. Psychological Well-being Questionnaire

اجرا گردید.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای وابسته پژوهش در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه، در جدول ۲، ارائه شده است.

در گروه گواه). گروه آزمایش مداخلات ۸ جلسه‌ای مربوط به درمان ذهن آگاهی را در طی دو ماه به صورت هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای را دریافت نمود. این در حالی است که افراد حاضر در گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای را در طول پژوهش دریافت نکردند. لازم به ذکر است که پروتکل درمان ذهن آگاهی توسط سیگل (۲۰۱۰) تدوین شده است. مداخله توسط نویسنده مسئول پژوهش به شرح زیر

جدول ۱. خلاصه جلسات مداخلات مربوط به درمان ذهن آگاهی (سیگل، ۲۰۱۰)

جلسه	موضوع	خلاصه جلسه
اول	هدایت خودکار	آشنایی با اعضای گروه و انتظارات آنها، تعیین خط‌مشی گروه و توضیح پیرامون پارکینسون، تمرین خوردن کشمش، تمرین مراقبه و آرسی بدن. تکلیف: انجام یکی از کارهای روزمره با ذهن آگاهی و آرسی بدن
دوم	چالش با موانع	ده دقیقه تنفس با ذهن آگاهی، تمرین و آرسی بدن. تکلیف: آوردن توجه به یکی دیگر از فعالیت‌های روزمره، ثبت وقایع خوشایند، و آرسی بدن و ده دقیقه تنفس ذهن آگاهانه
سوم	ذهن آگاهی در حین حرکت	تمرین حرکات کششی آرام همراه با ذهن آگاهی، تمرین قدم زدن آگاهانه، تمرین و آرسی بدن. تکلیف: پیاده‌روی آگاهانه، و آرسی بدن، ثبت تجربه‌های ناخوشایند
چهارم	ماندن در لحظه	تمرین ذهن آگاهی نسبت به شنیدن و فکر کردن، داستان ببرهای گرسنه، تمرین مکث سه دقیقه‌ای، تمرین و آرسی بدن. تکلیف: و آرسی بدن، استفاده از وسایل نقلیه همراه با ذهن آگاهی، مکث سه دقیقه‌ای
پنجم	پذیرفتن و اجازه دادن	تمرین مراقبه نشسته با آگاهی از تنفس و بدن، پذیرش، تمرین ایجاد یک مشکل و کار کردن روی آن از طریق بدن، تمرین مکث سه دقیقه‌ای (به همراه احساس پذیرا بودن)، تمرین و آرسی بدن. تکلیف: و آرسی بدن و مکث سه دقیقه‌ای
ششم	افکار واقعیت نیستند	افکار جانشین، تمرین مکث سه دقیقه‌ای، تمرین و آرسی بدن. تکلیف: و آرسی بدن، مکث سه دقیقه‌ای و استفاده از آن در مواقع بروز احساسات ناخوشایند
هفتم	مراقبت از خود	ارتباط بین خلق و احساسات، چگونه به بهترین نحو از خود مراقبت کنیم، تمرین و آرسی بدن. تکلیف: تهیه لیستی از فعالیت‌های انرژی بخش و خسته کننده
هشتم	به کارگیری آموخته‌ها و تمرین‌ها در آینده	تمرین و آرسی بدن، بحث پیرامون تداوم تمرین‌ها و برنامه‌ریزی جهت انجام آن، بررسی مشکلات که مانع از انجام تکالیف می‌شوند

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد کیفیت زندگی و روان‌درستی در دو گروه آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

مؤلفه‌ها	گروه‌ها	پیش‌آزمون			پس‌آزمون			پیگیری		
		میانگین	انحراف معیار	P Value	میانگین	انحراف معیار	P Value	میانگین	انحراف معیار	P Value
کیفیت زندگی	گروه آزمایش	۶۵/۲۶	۵/۲۲	۰/۱۷	۷۴/۶۰	۶/۵۶	۰/۴۲	۷۷/۶۶	۵/۳۵	۰/۳۳
	گروه گواه	۶۵/۸۶	۶/۲۰	۰/۲۳	۶۷/۲۰	۶/۴۶	۰/۴۹	۶۶/۵۳	۶/۴۴	۰/۲۱
روان‌درستی	گروه آزمایش	۱۳۵/۲۰	۱۱/۲۷	۰/۴۷	۱۵۴/۴۶	۱۶/۱۶	۰/۱۱	۱۵۳/۳۳	۱۳/۰۹	۰/۵۵
	گروه گواه	۱۳۸/۸۶	۹/۹۲	۰/۳۳	۱۳۹/۱۳	۱۰/۷۵	۰/۵۵	۱۳۹/۴۶	۱۰/۹۷	۰/۴۰

آن معنادار نبود که این یافته می‌داد پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها رعایت شده است ($p > 0/05$). از طرفی نتایج آزمون t نشان داد که تفاوت نمره‌های پیش‌آزمون گروه‌های آزمایش و گروه گواه در متغیرهای وابسته (کیفیت زندگی و روان‌درستی) معنادار نبوده است ($p > 0/05$). همچنین نتایج آزمون موچلی بیانگر آن بود که پیش‌فرض کرویت داده‌ها در متغیرهای کیفیت زندگی و روان‌درستی رعایت شده است ($p > 0/05$).

قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون واریانس با اندازه‌گیری مکرر، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیرهای کیفیت زندگی و روان‌درستی در گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برقرار است ($F = 0/55$ ، $p > 0/05$)؛ ($F = 0/59$ ، $p > 0/05$)، همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج

جدول ۳. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر جهت بررسی تأثیرات درون و بین گروهی برای متغیرهای کیفیت زندگی و روان‌درستی							
متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار f	مقدار p	اندازه اثر	توان آزمون
کیفیت زندگی	مراحل	۲	۳۶۲/۸۴	۷۹/۸۰	۰/۰۰۰۱	۰/۷۴	۱
	گروه‌بندی	۱	۸۰۴/۰۱	۱۷/۹۳	۰/۰۰۰۱	۰/۴۸	۱
	تعامل مراحل و گروه‌بندی	۲	۵۳۹/۰۲	۵۹/۲۷	۰/۰۰۰۱	۰/۶۸	۱
	خطا	۵۶	۴/۵۴				
روان‌درستی	مراحل	۲	۹۱۶/۴۱	۶۳/۴۰	۰/۰۰۰۱	۰/۶۹	۱
	گروه‌بندی	۱	۵۷۰/۷۸	۲۷/۱۵	۰/۰۰۰۱	۰/۵۳	۱
	تعامل مراحل و گروه‌بندی	۲	۸۳۸/۲۱	۵۷/۹۹	۰/۰۰۰۱	۰/۶۷	۱
	خطا	۵۶	۱۴/۴۵				

پس آزمون و پیگیری با یکدیگر تفاوت معنی‌داری دارند. جهت بررسی تفاوت میانگین گروه آزمایش درمان ذهن آگاهی با گروه گواه در متغیرهای پژوهش، در جدول ۴ نتایج مقایسه میانگین گروه آزمایش و گواه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گزارش شده است.

همانگونه که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که میزان F اثر تعامل مراحل و گروه برای متغیر کیفیت زندگی (۵۹/۲۷) و برای متغیر روان‌درستی (۵۷/۹۹) است که در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است. این یافته نشان می‌دهد که گروه‌های آزمایش و گواه از لحاظ متغیرهای پژوهش (کیفیت زندگی و روان‌درستی) در سه مرحله پیش‌آزمون،

جدول ۴. نتایج مقایسه میانگین گروه آزمایش و گواه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای پژوهش							
مؤلفه	مرحله	مقدار t	درجه آزادی	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد برآورد	سطح معناداری	
کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	-۰/۲۸	۲۸	-۰/۶۰	۲/۰۹	۰/۷۷	
	پس‌آزمون	۳/۱۱	۲۸	۷/۴۰	۲/۳۷	۰/۰۰۴	
	پیگیری	۵/۱۴	۲۸	۱۱/۱۳	۲/۱۶	۰/۰۰۰۱	
روان‌درستی	پیش‌آزمون	-۱/۰۳	۲۸	-۳/۶۶	۳/۵۵	۰/۳۱	
	پس‌آزمون	۳/۳۹	۲۸	۱۵/۳۳	۴/۵۲	۰/۰۰۲	
	پیگیری	۳/۶۳	۲۸	۱۳/۸۶	۳/۸۳	۰/۰۰۰۱	

نشان داد که درمان ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و روان‌درستی بیماران پارکینسون تأثیر معنادار دارد. بدین صورت که این درمان توانسته منجر به بهبود بر کیفیت زندگی و روان‌درستی بیماران پارکینسون شود.

یافته اول پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی بیماران پارکینسون همسو با نتایج پژوهش پیکات و همکاران (۲۰۱۳)، بیتوال و همکاران (۲۰۱۷) بود. چنان که این پژوهشگران نشان داده‌اند که درمان ذهن آگاهی می‌تواند با تغییر در پردازش شناختی و هیجانی بیماران پارکینسون، در شرایط زندگی روزمره آنها تغییرات مثبتی ایجاد نماید. در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت کاهش درد و رنج ناشی از بیماری یکی از دغدغه‌های اصلی جامعه در ارتباط با بیماران مبتلا به بیماری‌های جسمی مزمن همچون پارکینسون است. با انجام تمرین‌های منظم ذهن آگاهی تغییراتی مثبت در برخی از کارکردهای روان‌شناختی مانند کاهش تنیدگی و

همانگونه که نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، در متغیرهای کیفیت زندگی و روان‌درستی تفاوت میانگین گروه آزمایش با گروه گواه در مرحله پیش‌آزمون (۰/۷۷ و ۰/۳۱) معنی‌دار نیست و در نتیجه بین دو گروه آزمایش و گواه در این مرحله تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. اما تفاوت میانگین گروه آزمایش و گروه گواه در مرحله پس‌آزمون (۰/۰۰۴ و ۰/۰۰۲) و پیگیری (۰/۰۰۰۱ و ۰/۰۰۰۱) در متغیرهای کیفیت زندگی و روان‌درستی معنی‌دار می‌باشد. در نتیجه میانگین گروه آزمایش در این دو مرحله به صورت معنی‌داری متفاوت از میانگین گروه گواه می‌باشد. این بدان معناست که درمان ذهن آگاهی توانسته منجر به بهبود کیفیت زندگی و روان‌درستی افراد مبتلا به بیماری پارکینسون در مراحل پس‌آزمون و پیگیری گردد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و روان‌درستی بیماران پارکینسون انجام گرفت. نتایج

حس‌های بدنی ناخوشایند و عدم اجتناب از این تجارب است. یکی از مکانیسم‌های اثر درمان ذهن آگاهی برای افزایش پذیرش، ارائه شیوه متفاوتی از مواجهه با هیجانات، درد و پریشانی است (کروسول و همکاران، ۲۰۱۷). به گونه‌ای که فرد را ترغیب می‌کند تا به تجارب خود به شیوه‌ای خالی از قضاوت و در زمان حال توجه کند و از این طریق میزان ناراحتی روانشناختی را کاهش می‌دهد. به نظر می‌رسد شیوه متفاوت ارتباط با هیجانات که در درمان ذهن آگاهی به بیماران مبتلا به پارکینسون آموزش داده می‌شود، بر هیجانات ناخوشایند آنها تأثیر گذاشته و باعث می‌شود که این بیماران از دست افکار اتوماتیک، غیرارادی و درگیری‌های شناختی و روانشناختی حاصل از بیماری رها شده و تمرکز خود را بر افکار و رفتارهای حوزه سلامت بگذارند. این فرآیند نیز می‌تواند منجر به بهبود روان‌درستی این بیماران شود.

محدود بودن دامنه تحقیق به افراد مبتلا به پارکینسون شهر اصفهان؛ عدم بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری تصادفی و عدم مهار متغیرهای اثرگذار بر کیفیت زندگی و روان‌درستی افراد مبتلا به بیماری پارکینسون از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج، در سطح پیشنهاد پژوهشی، این پژوهش در سایر استان‌ها و مناطق و جوامع دارای فرهنگ‌های متفاوت، دیگر بیماری‌ها (همانند سرطان، تالاسمی و...)، مهار عوامل ذکر شده و روش نمونه‌گیری تصادفی اجرا شود. با توجه به اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و روان‌درستی بیماران پارکینسون، در سطح کاربردی پیشنهاد می‌شود درمان ذهن آگاهی طی کارگاهی تخصصی به روانشناسان و مشاوران مراکز بهداشتی و درمانی، آموزش داده شود تا آنها با بکارگیری این درمان برای افراد مبتلا به بیماری پارکینسون، جهت بهبود کیفیت زندگی و روان‌درستی این بیماران گامی عملی برداشته باشند.

تضاد منافع: در این پژوهش هیچ‌گونه تعارض منافی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

منابع

احمدی، اکرم؛ قائمی، فاطمه و فرخی، نورعلی (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش (اکت) بر درماندگی روانشناختی، اضطراب مرگ بیماران مبتلا به سرطان

مهار هیجان ایجاد می‌شود که منجر به کسب توانش‌های خودگردانی و انعطاف‌پذیری در برخورد با رویدادهای تنیدگی‌زا و کسب توانش‌های فیزیکی و جسمی شده که این فرآیند نیز باعث شکل‌گیری توانش‌های لازم، برای تغییر در شیوه‌های مقابله با مشکلات می‌شود (کروسکا و همکاران، ۲۰۱۸). درمان ذهن آگاهی شامل حفظ آگاهی به صورت ارادی و بر اساس توجه به موضوع خاص مانند احساسات فیزیکی در بدن (به عنوان مثال، حرکت تنفس به داخل و بیرون) از یک لحظه به لحظه دیگر است. با این حال، ذهن به افکار، احساسات، صداها یا دیگر احساسات، صداها یا دیگر احساسات بدن منحرف می‌شود، محتوای آگاهی به خاطر سپرده می‌شود و سپس توجه به آرامی اما به طور جدی به سمت اهداف محافظت شده مشخص توجه برمی‌گردد. این فرآیند بارها و بارها تکرار می‌شود و دوباره در مراحل روزانه تمرین‌های فراگیر تکرار می‌شود. چنین تمرین‌هایی، تجربیات مکرری را متناسب با توانایی مربوط به افکار به صورت حوادثی که در حوزه آگاهی از طریق متمایز کردن یک تمرکز اساسی بدون توجه به افکار، ارائه می‌دهد که در مقایسه با تجربه افکار که به عنوان آگاهی از رویدادها به صورت روان، خالص و ناب است. افزایش زمینه و تجارب هوشیاری سبب می‌شود که بیماران مبتلا به پارکینسون کمتر در دام افکار اضطراب‌آمیز مرتبط با درد افتاده و به میزان کمتری در برابر افکار این بیماری دچار ضعف روانی شوند. ادراک توانمندی روانی در برابر افکار و هیجانات حاصل از بیماری پارکینسون سبب می‌شود تا آنها کیفیت زندگی بالاتری را تجربه نمایند.

یافته دوم پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر روان‌درستی بیماران پارکینسون همسو با نتایج پژوهش آیرس و همکاران (۲۰۱۹) و سون و چوی (۲۰۱۹) بود. این پژوهشگران در نتایج پژوهش خود دریافتند که درمان ذهن آگاهی می‌تواند آسیب‌های روانشناختی بیماران پارکینسون را کاهش داده و سلامت روان و روان‌درستی آنها را افزایش دهد. در تبیین یافته حاضر مبنی بر تأثیر درمان ذهن آگاهی بر روان‌درستی افراد مبتلا به بیماری پارکینسون بر اساس مبانی نظری باید بیان نمود، در درمان ذهن آگاهی، بر تغییر آگاهی و ایجاد رابطه جدید با افکار به جای تغییر آنها تأکید می‌شود که نشخوارهای ذهنی نسبت به فرآیندهای روانشناختی و سلامت را کاهش می‌دهد. این توانایی به واسطه پرورش دو توانش مهم پذیرش تجارب درونی افکار، احساسات و

- Balestrino, R., Martinez-Martin, P. (2017). Reprint of "Neuropsychiatric symptoms, behavioural disorders, and quality of life in Parkinson's disease". *Journal of the Neurological Sciences*, 374, 3-8.
- Birtwell, K., Dubrow-Marshall, L., Dubrow-Marshall, R., Duerden, T., Dunn, A. (2017). A mixed methods evaluation of a Mindfulness-Based Stress Reduction course for people with Parkinson's disease. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 29, 220-228.
- Brotto, L.A., Basson, R. (2014). Group mindfulness-based therapy significantly improves sexual desire in women. *Behaviour Research and Therapy*, 57, 43-54.
- Carrozzino, D., Siri, C., Bech, P. (2019). The prevalence of psychological distress in Parkinson's disease patients: The brief symptom inventory (BSI-18) versus the Hopkins symptom checklist (SCL-90-R). *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 88, 96-101.
- Cho, J., Martin, P., Margrett, J., MacDonald, M., Poon, L.W. (2011). The Relationship between Physical Health and Psychological Well-Being among Oldest-Old Adults, *Journal of Aging Research*, 2011, Article ID 605041, 8pages.
- Crosswell, A.D., Moreno, P.I., Raposa, E.B., Motivala, S.J., Stanton, A.L., Ganz, P.A., Bower, J.E. (2017). Effects of mindfulness training on emotional and physiologic recovery from induced negative affect. *Psychoneuroendocrinology*, 86, 78-86.
- Derry, P.C., Shah, K.J., Caie, L., Counsell, C.E. (2010). Medication management in people with Parkinson's disease during surgical admissions. *Postgraduate Medicine Journal*, 86(1016), 334-7.
- Dierendonck, D. (2005). The construct validity of Ryff Scale of psychological well-being its extension with spiritual well-being. *Personality and Individual Differences*, 36(1), 629-643.
- Fukunaga, J.Y., Quitschal, R.M., Dona, F., Ferraz, B., Gananc, M., Caovilla, H. (2014). Postural control in Parkinson's disease. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 80(6), 508-514.
- Hayes, M.T. (2019). Parkinson's Disease and Parkinsonism. *The American Journal of Medicine*, 132(7), 802-807.
- Hofmann, S.G., Angelina, F., Gomez, B.A. (2017). Mindfulness-Based Interventions for Anxiety and Depression. *Psychiatric Clinics of North America*, 40(4), 739-749.
- Horwood, S., Anglim, J. (2019). Problematic smartphone usage and subjective and psychological well-being. *Computers in Human Behavior*, 97, 44-50.
- Ires, G., Sonja, R., Rosa, B.E., Marieke, H.G., Erwin E.H.W., Odile, A.H., Pim, C. (2019). The effects of cognitive behavioral and mindfulness-based therapies on psychological distress in patients with multiple sclerosis, Parkinson's disease and Huntington's disease: Two meta-analyses. *Journal of Psychosomatic Research*, 122, 43-51.
- اصفهان. فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناختی، ۱۷(۷۲)، ۹۵۱-۹۵۶.
- اورکی، محمد و سامی، پوران (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی مداخله شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی یکپارچه بر میزان بهزیستی روانشناختی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. *روانشناسی سلامت*، ۵(۲۰)، ۳۴-۴۷.
- بیانی، علی اصغر؛ محمد کوچکی، عاشور و بیانی، علی (۱۳۸۷). روایی و پایایی مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف، *مجله روان پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۴(۲)، ۱۴۶-۱۵۱.
- پورکمالی، طاهره؛ یزدخواستی، فریبا؛ عریضی، حمیدرضا و چیت ساز، احمد (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی روش دوساهو و ماساژدرمانی در افزایش شادی، سازگاری اجتماعی، امید، کیفیت زندگی و سلامت روان بیماران مبتلا به پارکینسون. *فصلنامه روانشناسی سلامت*، ۶(۲۲)، ۱۴۵-۱۶۲.
- حسینیان، سیمین؛ قاسم زاده، سوگند و نیکنام، ماندانا (۱۳۹۰). پیش بینی کیفیت زندگی معلمان زن بر اساس متغیرهای هوش هیجانی و هوش معنوی. *فصلنامه مشاوره شغلی و سازمانی*، ۳(۹)، ۴۲-۶۰.
- صمدزاده، افسانه؛ صالحی، مهدیه؛ بنی جمالی؛ شکوه السادات و احدی، حسن (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری با ذهن آگاهی بر روان درستی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. *فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناختی*، ۱۷(۶۸)، ۴۹۹-۴۹۱.
- محمدی، جواد؛ میردیکوند، فضل الله و عزیزی، امیر (۱۳۹۴). اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۵(۱۳۰)، ۵۱-۶۲.
- محمودعلیلو، مجید؛ یارمحمدی و اصل، مسیب؛ بیات، احمد و حسینی، سیداسماعیل (۱۳۹۴). بررسی مؤلفه‌های بهزیستی روانشناختی بیماران قلبی مراجعه کننده به بیمارستان اکباتان همدان در ارتباط با جنسیت، سن و تحصیلات، سال ۱۳۹۱. *مجله علوم پزشکی رازی*، ۲۲(۱۳۹)، ۳۵-۴۶.
- Aminoff, M.J., Christine, C.W., Friedman, J.H., Chou, K.L., Lyons, K.E., Pahwa, R., Bloem, B.R., Parashos, S.A., Price, C.C., Malaty, I.A., Iansek, R., Bodis-Wollner, I., Suchowersky, O., Oertel, W.H., Zamudio, J., Oberdorf, J., Schmidt, P., Okun, M. (2011). Management of the hospitalized patient with Parkinson's disease: current state of the field and need for guidelines. *Parkinsonism Relate Disorder*, 17(3), 139-45.
- Aránega, A.Y., Sánchez, R.C., Pérez, C.C. (2019). Mindfulness' effects on undergraduates' perception of self-knowledge and stress levels. *Journal of Business Research*, 101, 441-446.

- Personality and Individual Differences*, 101, 288-292.
- Suratos, C.T.R., Saranza, G.R.M., Sumalapao, D.E.P., Jamora, R.D.G. (2018). Quality of life and Parkinson's disease: Philippine translation and validation of the Parkinson's disease questionnaire. *Journal of Clinical Neuroscience*, 54, 156-160.
- Unal, I., Emekli-Alturfan, E. (2019). Fishing for Parkinson's Disease: A review of the literature. *Journal of Clinical Neuroscience*, 62, 1-6.
- Walker, L., Colosimo, K. (2011). Mindfulness, self-compassion and happiness in non-meditators: A theoretical and empirical examination. *Personality and Individual Differences*, 50(2), 222-227.
- WHOQOL Group. (1994). Development of the WHOQOL: rationale and current status. *Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56.
- Yang, S., Kuo, P., Su, S., Wang, J., Lin, M. (2006). Development and Psychometric Properties of the Dialysis Module of the WHOQOL-BREF Taiwan Version. *Journal of the Formosan Medical Association*, 105(4), 299-309.
- Jackson, G.A., Newbronner, L., Chamberlain, R., Borthwick, R., Yardley, C., Boyle, K. (2017). Caring for people with dementia with Lewy bodies and Parkinson's dementia in UK care homes – A mixed methods study. *European Geriatric Medicine*, 8(2), 146-152.
- Karow, A., Reimer, J., Schäfer, I., Krausz, M., Haasen, C., & Verthein, U. (2010). Quality of life under maintenance treatment with heroin versus methadone in patients with opioid dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 112(3), 209-215.
- Kogan, M., McGuire, M., Riley, J. (2019). Deep Brain Stimulation for Parkinson Disease. *Neurosurgery Clinics of North America*, 30(2), 137-146.
- Kroska, E.B., Miller, M.L., Roche, A.I., Kroska, S.K., O'Hara, M.W. (2018). Effects of traumatic experiences on obsessive-compulsive and internalizing symptoms: The role of avoidance and mindfulness. *Journal of Affective Disorders*, 225, 326-336.
- Lee, S.J., Kim, S.R., Chung, S.J., Kang, H.C., Kim, M.S., Cho, S., Kwon, H.K., Kim, J., Jung, S.Y. (2018). Predictive model for health-related quality of life in patients with Parkinson's disease. *Geriatric Nursing*, 39(2), 204-211.
- Marchand, W.R. (2013). Mindfulness Meditation Practices as Adjunctive Treatments for Psychiatric Disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 36(1), 141-152.
- Pickut, B.A., Hecke, W.V., Kerckhofs, E., Mariën, P., Vanneste, S., Cras, P., Parizel, P.M. (2013). Mindfulness based intervention in Parkinson's disease leads to structural brain changes on MRI: A randomized controlled longitudinal trial. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 115(2), 2419-2425.
- Rash, J.A., Kavanagh, V.A.J., Garland, S.N. (2019). A Meta-Analysis of Mindfulness-Based Therapies for Insomnia and Sleep Disturbance: Moving Towards Processes of Change. *Sleep Medicine Clinics*, 14(2), 209-233.
- Reich, S.G., Savitt, J.M. (2019). Parkinson's Disease, *Medical Clinics of North America*, 103(2), 337-350.
- Siegel, R. D. (2010). *The mindfulness Solution (every day practices for every day problems)*, New York: Guilford.
- Skelly, R., Brown, L., Fakis, A., Kimber, L., Downes, C.H., Lindop, F., Johnson, J., Bartliff, C., Bajaj, N. (2014). Does a specialist unit improve outcomes for hospitalized patients with Parkinson's disease?. *Parkinsonism and Related Disorders*, 20(11), 1242-1247.
- Son, H.J., Choi, E. (2019). The Effects of Mindfulness Meditation-Based Complex Exercise Program on Motor and Nonmotor Symptoms and Quality of Life in Patients with Parkinson's Disease. *Asian Nursing Research*, 12(2), 145-153.
- Sun, X., Chan, D.W., Chan, L. (2016). Self-compassion and psychological well-being among adolescents in Hong Kong: Exploring gender differences.