



تأثیر درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر سلامت روان بیماران زن مبتلا به ام. اس

پوران احمدی شولی^۱، علیرضا فیلی^{۲*}، ساره بهزادی پور^۳

چکیده

مقدمه: ام.اس از جمله بیماری‌هایی است که تقریباً تمامی جنبه‌های زندگی را در بر گرفته و مشکلات متعددی از جمله مشکلات روانشناختی برای فرد ایجاد می‌نماید. هدف از این مطالعه بررسی اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر سلامت روان زنان مبتلا به ام.اس است.

روش بررسی: روش پژوهش، از نوع نیمه آزمایشی، همراه با گروه آزمایش و گواه و حجم نمونه ۲۴ زن مبتلا به ام.اس که بعد از هم‌تاسازی از نظر سن، شغل، تحصیلات به دو گروه (۱۲ نفر گروه گواه، ۱۲ نفر گروه آزمایش) تقسیم شدند. ابزار پژوهش، شامل پرسشنامه سلامت روان (GHQ-۲۸) بود. گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه هفتگی ۲ ساعته، تحت آموزش درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن قرار گرفتند، در حالیکه گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. برای تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ از تحلیل کوواریانس یک‌طرفه و چندمتغیره استفاده شد.

نتایج: تحلیل کوواریانس نشان داد که پس از اعمال متغیر مستقل تفاوت بین دو گروه آزمایش و گواه از نظر میانگین نمرات سلامت روان و ابعاد آن در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار بوده است. که حاکی از بهبود قابل ملاحظه شرکت‌کنندگان گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بوده است.

نتیجه‌گیری: یافته‌ها از اثربخشی آموزش شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن بر بهبود سلامت روان بیماران زن مبتلا به ام. اس حمایت می‌کند. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که روش فوق باعث افزایش سلامت روان در زنان مبتلا به ام. اس شده است.

واژه‌های کلیدی: حضور ذهن، سلامت روان، ام. اس

۱- کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران

۲- استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، ایران

۳- مربی، گروه روان‌شناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران

* نویسنده مسئول؛ تلفن: ۰۹۱۷۳۱۶۴۰۰۷، پست الکترونیکی: ar_feili@pnu.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۹/۲۶

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۵/۲۷

مقدمه

بیماری مولتیپل اسکلروزیس یا ام.اس (MS: Multiple Sclerosis) یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن سیستم اعصاب مرکزی است که در سال‌های اخیر مورد توجه محققین قرار گرفته است (۱). این بیماری یک بیماری دستگاه عصبی مرکزی است که در آن غلاف میلین با دمیلینه شدن نورون‌های عصبی همراه است و قطعات متعدد دمیلینه شده حاصل از بیماری سرتاسر ماده سفید را فرا می‌گیرد و عملکرد حسی و حرکتی را تحت تاثیر قرار می‌دهد (۲).

طبق تعاریفی که از ام.اس ارائه شده است، این بیماری غیرقابل پیش‌بینی است و در افراد مختلف متفاوت است و منجر به عوارض مختلفی در افراد می‌شود. در واقع امکان دارد ام.اس به طور ناگهانی شروع شود و فرد را دچار ناتوانی کند. معمولاً افرادی که دچار بیماری ام.اس می‌شود عوارضی از قبیل خستگی، بی‌حالی، اختلالات تعادلی و سرگیجه، اضطراب و افسردگی و اختلالات شناختی را تجربه می‌کنند (۳). بعد از اینکه افراد متوجه می‌شود دچار بیماری ام.اس شده است، استرس شدیدی به وی وارد می‌شود و دچار این تفکر می‌شود که دیگر نمی‌تواند در جامعه مانند یک انسان سالم تعامل برقرار کند و نقش‌های اجتماعی و شغلی را به عهده بگیرد. بنابراین اختلالات روانی از قبیل افسردگی و اضطراب در بیماران ام.اس شایع است و تحقیقات فراوانی به بررسی این مسئله پرداخته‌اند (۴).

مطالعات نشان داده‌اند که حدود ۶۰-۵۰ درصد بیماران مبتلا به ام.اس از افسردگی و حدود ۱۶/۵ تا ۴۰ درصد نیز از اضطراب رنج می‌برند که به شدت بر کیفیت زندگی این بیماران تاثیرگذار است (۷-۵). علائم و عوارض بیماری‌های جسمی اثرات متفاوت و قابل توجهی بر کارایی و کیفیت زندگی فرد می‌گذارد. شدت یافتن این علائم ناتوانی را برای فرد به همراه خواهد داشت که مزید بر ناتوانی ناشی از علائم جسمی وی می‌باشد. از آنجایی که در بیماری‌های مزمن درمان قطعی و کامل نشانه‌های بیماری دور از دسترس می‌باشد، تلاش می‌شود که عوامل قابل تعدیل موثر بر ناتوانی فرد شناسایی شود تا با پیشگیری، درمان و بازتوانی به موقع آنها به ارتقا کیفیت زندگی فرد کمک شود (۸). بنابراین بررسی سلامت روانی (Psychological health) این بیماران مساله‌ای مهم در

ارتقا کیفیت زندگی آنان است. سلامت روان‌شناختی از موضوعات پرچالش در عرصه مطالعات روان‌شناختی به شمار می‌آید. سلامت روانی حالتی از بهزیستی است که طی آن فرد توانایی‌های خویش را می‌شناسد، می‌تواند با تنش‌زاهای طبیعی زندگی کنار بیاید، به طور مفید و ثمربخش کار کند و به جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کند، کمک کند. مولفه‌های سلامت روانی مانند افسردگی، اضطراب و بی‌خوابی، بیماری‌های روان‌تنی و نارسایی در روابط اجتماعی از عوامل مهمی هستند که هر کدام بر کیفیت زندگی افراد تأثیر می‌گذارند (۹).

با توجه به مطالب مطرح شده درباره ابعاد روانی-اجتماعی درمان بیماران مبتلا به ام.اس، گاه لازم است به آنها کمک کنیم تا بپذیرند که توانایی تغییر دادن افق دید خود را دارند و می‌توانند از بقیه توانایی‌های خویش لذت ببرند. آنها باید به این پذیرش برسند که برخی از واقعیت‌های زندگی تحت اختیار آنها نیست و اینجاست که باید سازگاری با روش جدید زندگی را بیاموزند (۱۰).

تظاهرات بالینی بیماری ام.اس نقش مهمی در سازگاری فرد با این بیماری ایفا می‌کند. به همین دلیل مداخلات روان‌درمانی که این تظاهرات را هدف قرار می‌دهند، می‌توانند به سازگاری فرد با این بیماری کمک کنند (۱۱). در دهه اخیر افزایش ناگهانی در استفاده از مداخلات مبتنی بر حضور ذهن (Mindfulness-based interventions)، که مهارت‌های حضور ذهن را برای ارتقای سلامت و بهزیستی روان‌شناختی آموزش می‌دهد، دیده شده است و روز به روز این رویکرد در حال گسترش است (۱۲). حضور ذهن معمولاً به عنوان حالت آگاهی و داشتن توجه به آنچه که در زمان حال روی می‌دهد تعریف می‌شود (۱۳). پژوهشگران نشان داده‌اند که افزایش حضور ذهن با انواع پیامدهای اضطراب، افسردگی و سلامتی نظیر کاهش درد و استرس ارتباط دارد. حضور ذهن می‌تواند در رهاسازی افراد از افکار خودکار، عادت‌ها و الگوهای رفتاری ناسالم کمک کند و از این رو نقش مهمی در تنظیم رفتاری ایفا نماید (۱۴). درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن (Mindfulness-based Cognitive therapy) ترکیبی از تمرین‌های مراقبه، یوگا و شناخت درمانی است که به وسیله سگال و

ام‌اس پرداخته و نشان دادند که تهیه یک برنامه خودمدیریتی مبتنی بر درمان شناختی- رفتاری می‌تواند احساس خستگی را در بیماران ام‌اس به طور معنی‌داری کاهش دهد (۲۲).

با توجه به مطالب مطرح شده از آنجایی که به نظر می‌رسد درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن می‌تواند با افزایش مهارت‌های مقابله‌ای از طریق رویکرد شناختی هم بر نشانه‌های افسردگی و هم بر نشانه‌های استرس، اضطراب، نگرانی روان‌شناختی و به طور کلی بر سلامت روان در زنان مبتلا به بیماری ام‌اس تاثیر داشته باشد. بنابراین پژوهش حاضر به دنبال پاسخی برای این سوال می‌باشد که آیا روش درمانی شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر سلامت روان بیماران زن مبتلا به ام‌اس تاثیر دارد؟

روش

این پژوهش از نوع طرح‌های نیمه‌آزمایشی، با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل بیماران زن مبتلا به ام‌اس بود که در سال ۱۳۹۳ عضو انجمن خیریه همیاران ام‌اس شهر شیراز بودند. روش نمونه‌گیری به این صورت بود که در ابتدا انجمن طی یک فراخوان عمومی اعضای خود را برای یک کار پژوهشی دعوت به همکاری نمود. ۳۸ نفر به فراخوان پاسخ مثبت دادند. سپس ۲۸ نفر از شرکت‌کنندگان که ملاک ورود به پژوهش را داشتند به صورت در دسترس انتخاب شده و و بعد از هم‌تاسازی (فردی) از نظر سن، شغل، تحصیلات به صورت تصادفی در دو گروه جای گرفتند. معیارهای ورود آزمودنی عبارت بودند از: تشخیص بیماری ام‌اس، دارا بودن حداقل تحصیلات سوم راهنمایی، دامنه سنی ۱۸ تا ۴۵ سال، جنسیت مونث، عدم حضور در هر گونه جلسات مداخلات روانشناختی و مشاوره‌ای همزمان با درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن، ملاک‌های خروج نیز سابقه ابتلا به بیماری روانی قابل توجه مانند اختلال روانپزشکی از جمله اسکیزوفرنی، پارانوئید و افسردگی شدید که نیاز به دارو یا رژیم خاصی دارند و عدم سوء مصرف را شامل می‌شد که با استفاده از پرونده‌های موجود بیماران و مصاحبه بالینی بر مبنای ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR توسط پژوهشگر تشخیص داده شد. علاوه بر این غیبت بیش از ۲ جلسه نیز از ملاک‌های خروج از پژوهش محسوب گشت.

همکاران (Segal et al) پدید آمد و برای تسکین و درمان رنج انسان‌ها، به خصوص رنج‌های هیجانی که مردم را برای ابتلا به افسردگی آماده می‌کند، گسترش یافت (۱۵). درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن به افراد آموزش می‌دهد تا از احساسات، و حالت‌های بدنی خود آگاه شوند، بدون آن که درباره آنها قضاوت کنند. حضور ذهن یک ویژگی هشیاری (Consciousness) است که شامل تمرکز عمدی و فعال بر تجربه زمان حال با یک رفتار بدون قضاوت می‌شود (۱۳). حضور ذهن به پارامترهای مختلفی از سلامت روان مرتبط است که شامل خوش‌بینی زیاد، رضایت‌مندی از زندگی، سرزندگی و همچنین کاهش اضطراب و افسردگی است (۱۶، ۱۳). در برخی مطالعات پیشگیری از عود افسردگی (۱۵) و سوء مصرف مواد (۱۷) و کاهش پاسخ‌های روان شناختی و فیزیکی منفی در برابر استرس (۱۸).

کاهش پاسخ‌های روان‌شناختی و فیزیکی منفی در برابر استرس (۱۸) و اختلال نقص توجه بیش‌فعالی (۱۹) و مداخلات مبتنی بر حضور ذهن صلاحیت خود را در درمان مشکلات روان‌شناختی مختلف نشان داده است (۲۰). همچنین مطالعات نشان داده‌اند که فنون مبتنی بر حضور ذهن با فرآیندهای بین شخصی از قبیل پاسخ همدلانه، ارتباط و نزدیکی بین شخصی، ارتباط دارد (۱۳).

نتایج پژوهش سیمپسون و همکاران در زمینه اثربخشی حضور ذهن مبتنی بر مداخلات (Mindfulness based interventions) در بیماران ام‌اس نشان داد که درمان حضور ذهن بر کیفیت زندگی، سلامت روان و بعضی مولفه‌های سلامت جسمانی بیماران ام‌اس تأثیرات مثبتی بر جای می‌گذارد (۴). Feinstein و همکاران در مطالعه خود با عنوان تظاهرات شناختی و عصبی در بیماری ام‌اس، بیان کرده‌اند که عوارض جانبی بیماری ام‌اس مثل نشخوار فکری، اختلال در عملکرد جسمی و روانی و در نهایت بی‌خوابی و افسردگی، تعاملات اجتماعی و شغلی این بیماران را تهدید می‌کند و هر نوع درمانی که بتواند از نظر شناختی آنان را آماده پذیرش بیماری و تشویق برای درمان نماید، می‌تواند بر سلامت روانی این افراد موثر باشد (۲۱). همچنین Moris و همکاران به مطالعه درمان شناختی- رفتاری در کاهش احساس خستگی در بیماران

پژوهش، آموزش حضور ذهن با توجه به نشانه‌ها و علائم بیماران ام‌اس تدوین گردید. شرح جلسات به صورت زیر بود:

جلسه اول: معرفی افراد به یکدیگر و تنظیم خط‌مشی کلی جلسات، تشریح روش MBCT، تمرین ابتدایی خوردن کشمش تمرین واری بدن-آغاز تمرین با تمرکز بر تنفس کوتاه و تشریح تاثیر تنفس بر بدن تکلیف خانگی: توجه به فعالیت روزمره همچون دوش گرفتن خوردن یک وعده غذا و مسواک در طول یک هفته توأم با حالت حضور ذهن.

جلسه دوم: بازنگری تکلیف خانگی، تمرین واری بدن، تمرین بودن در لحظه حاضر بر آگاهی بیشتر نسبت به احساس، افکار و حس‌های بدن لحظه به لحظه. پایان کلاس توزیع نوار تامل واری بدن تمرین خانگی: معطوف کردن توجه به یک فعالیت روزمره به شیوه‌ای متفاوت، ثبت گزارش روزانه از تجربه یک رویداد خوشایند، گوش دادن به نوار تامل واری بدن.

جلسه سوم: بازنگری تکلیف خانگی، مراقبه نشسته (حضور ذهن از تنفس و بدن) و شناسایی مضمون آن در گروه، قدم‌زدن همراه با حضور ذهن (مراقبه در حرکت) تمرین خانگی: تمرین مراقبه نشسته (حضور ذهن از تنفس و بدن) تهیه فهرستی از وقایع ناخوشایند به صورت روزانه. پایان کلاس توزیع نوار حضور ذهن از تنفس و بدن

جلسه چهارم: بازنگری تکلیف خانگی، مراقبه نشسته (آگاهی از تنفس، بدن، اصوات و افکار)، فضای تنفس سه دقیقه‌ای (معرفی این روش به عنوان راهبردی مقابله‌ای برای استفاده در زمان‌هایی که شرایط، احساسات دشوار را بر می‌انگیزاند). شناسایی اصول و قوانین هیجانی تعریف قلمرو علمی افسردگی، اضطراب و استرس علائم و ملاک‌های تشخیص آن، معرفی پیاده‌روی آگاهانه، راه رفتن آگاهانه و به آگاهی آوردن واکنش‌ها در مقابل استرس و اضطراب. تمرین خانگی: مراقبه نشسته (حضور ذهن از تنفس، بدن، صداها و افکار)، فضای تنفس سه دقیقه مقابله‌ای (در زمان تجربه احساسات ناخوشایند، عود بیماری). پایان جلسه توزیع نوار مراقبه نشسته (حضور ذهن از تنفس، بدن، صداها و افکار)

جلسه پنجم: مراقبه نشسته (آگاهی از تنفس، بدن، صداها و افکار)، ادراک چگونگی واکنش‌دهی به افکار، احساسات و حس‌های بدن ایجاد شده، تغییر عادات قدیمی فکر کردن از جمله شناخت

برای شرکت‌کنندگان در پژوهش اهداف پژوهش توضیح داده شد که برای رعایت اخلاق پژوهش و رعایت حقوق شرکت‌کنندگان به آنها گفته شد که هر زمان تمایل به ادامه و حضور در جلسات را نداشتند می‌توانند انصراف دهند در ضمن توضیح داده شد که اطلاعات جلسات محرمانه خواهد بود و موافقت آنها برای شرکت در پژوهش به صورت کتبی گرفته شد. سپس کلیه شرکت‌کنندگان ابزار پژوهش را تکمیل نمودند.

قبل از اعمال متغیر مستقل از هر دو گروه آزمون سلامت روان GHQ گرفته شد. سپس گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه هفتگی ۲ ساعته تحت آموزش درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن که در انجمن ام‌اس برگزار شد قرار گرفت، در حالی که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. بعد از اتمام مداخله (۸ هفته) مجدداً از هر دو گروه، پس‌آزمون به عمل آمد. مدت زمان اجرای پژوهش از ۳۰ تیر ماه تا ۱۷ شهریور ماه ۱۳۹۳ طول کشید. از آنجایی که دو نفر از شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش جلسات درمانی خود را تکمیل نکردند از گروه حذف شدند و به همین نسبت از گروه کنترل نیز دو نفر حذف شدند تا اندازه گروه‌ها مساوی باقی بمانند.

در نهایت برای تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS 22 ابتدا به توصیف متغیرهای زمینه‌ای (جمعیت شناختی)، (سن، میزان تحصیلات، وضعیت شغلی) در آزمودنی‌های هر دو گروه (گواه و آزمایش) اقدام گردید. جهت بررسی تاثیر درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر نمره کل سلامت روان بیماران زن مبتلا از تحلیل کوواریانس یک‌طرفه (one way analysis of covariance) (انکوا) و جهت بررسی تاثیر درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر ابعاد سلامت روان از تحلیل کوواریانس چندمتغیره (Multivariate Analysis Of covariance) (مانکوا) استفاده شد.

روش بررسی

شرح جلسات روش مداخله حضور ذهن به شیوه گروهی دستور عمل جلسه‌ها بر اساس راهنمای کتاب ((شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن برای افسردگی (سگال و همکاران ۲۰۰۲) تنظیم شده است (۱۵). آموزش و جلسات درمانی توسط نویسنده اول مقاله زیر نظر استاد راهنما و استاد مشاور (نویسنده دوم و سوم مقاله) صورت گرفته است. در این

جلسه هشتم: بازنگری تکالیف خانگی، نامل وارسی بدنی، ارایه روش‌های برای حفظ دستاوردهای یاد گرفته شده، ارایه نظرات شرکت‌کنندگان درباره دوره، پایان دادن کلاس با آخرین مراقبه و در نهایت جمع‌بندی و اجرای پس‌آزمون.

ابزار پژوهش

پرسشنامه سلامت روانی فرم ۲۸سوالی: این پرسشنامه ۲۸ سوالی توسط گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹)، برای سرند کردن اختلالات روانی در جمعیت عمومی ساخته شده است و دارای ۴ مقیاس فرعی است که هر کدام دارای ۷ پرسش هستند: الف) علائم جسمانی؛ ب) علائم اضطرابی؛ ج) کارکرد اجتماعی؛ د) علائم افسردگی. پایایی فرم ۲۸ سوالی این پرسشنامه توسط پالاهنگ (۱۳۷۴) برابر ۹۱٪ محاسبه شده است (۲۱) و نتایج قابل قبولی به دست آورده‌اند. نتایج این بررسی نشان داد که این پرسشنامه و ابعاد مختلف آن از پایایی قابل قبولی برخوردار هستند.

جدول ۱: فراوانی، درصد و درصد تراکمی میزان تحصیلات و وضعیت شغلی آزمودنی‌ها به تفکیک گروه

C.P	P	F	میزان تحصیلات	
۸/۳۳	۸/۳۳	۱	زیر دیپلم	گواه
۶۶/۶۷	۵۸/۳۳	۷	دیپلم	
۷۵	۸/۳۳	۱	کاردانی	
۹۱/۶۷	۱۶/۶۷	۲	کارشناسی	
۱۰۰	۸/۳۳	۱	کارشناسی ارشد و بالاتر	
	۱۰۰	۱۲	کل	
۸/۳۳	۸/۳۳	۱	زیر دیپلم	آزمایش
۶۶/۶۷	۵۸/۳۳	۷	دیپلم	
۷۵	۸/۳۳	۱	کاردانی	
۹۱/۶۷	۱۶/۶۷	۲	کارشناسی	
۱۰۰	۸/۳۳	۱	کارشناسی ارشد و بالاتر	
	۱۰۰	۱۲	کل	
			وضعیت شغلی	
			شاغل	گواه
۲۵	۲۵	۳	غیرشاغل	
۱۰۰	۷۵	۹	کل	
			شاغل	آزمایش
۲۵	۲۵	۳	غیرشاغل	
۱۰۰	۷۵	۹	کل	

F = فراوانی، P = درصد و C.P درصد تراکمی

امور روزمره خودکار، شناسایی و آگاهی از احساسات و نامگذاری آنها در طول هفته، جلوگیری از تداوم و تشدید افکار منفی تمرین خانگی: بازنگری تکالیف خانگی، تامل در وضعیت نشسته سه دقیقه‌ای فضای تنفس به عنوان راهبردی مقابله‌ای جلسه ششم: برقراری ارتباط با افکار و احساس‌های خود و گسترش آنها و پذیرش افکار و هیجانات ناخوشایند بدون قضاوت و داوری. بحث در مورد اینکه افکار واقعیت نیستند و فراهم نمودن زمینه برای تغییر در افکار و حالات منفی جلسه هفتم: تامل در وضعیت نشسته (آگاهی از تنفس، بدن، صدا، افکار و هیجان‌ها)، پی‌بردن به روابط بین فعالیت و خلق آماده‌کردن فهرستی از فعالیت‌های روزانه و تعیین اینکه کدام یک حسی از تسلط یا لذت را در فرد ایجاد می‌کند. تمرین خانگی: گزینش الگوی از تمامی انواع مختلف تمرین‌ها که بتوان پس از پایان برنامه درمان آن را ادامه داد.

نتایج

یافته‌های توصیفی این پژوهش شامل میانگین و انحراف استاندارد گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون است.

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد متغیرها به تفکیک گروه

متغیرها	گروه	\bar{x}	SD	N
سلامت روان (نمره کل)	آزمایش	۳۲/۴۲	۷/۰۹	۱۲
	کل	۳۲/۰۸	۶/۵۳	۱۲
	گواه	۶۲/۳۳	۷/۵۶	۱۲
	آزمایش	۴۳	۶/۲۷	۱۲
	کل	۵۲/۶۷	۱۱/۹۸	۲۴
	نشانه‌های جسمانی	گواه	۱۷/۵۸	۳/۰۹
آزمایش		۱۱/۴۲	۲/۶۴	۱۲
کل		۱۴/۵۰	۴/۲۲	۲۴
گواه		۱۷/۶۷	۲/۷۷	۱۲
اضطراب	آزمایش	۱۱/۵۰	۲/۲۸	۱۲
	کل	۱۴/۵۸	۴/۰۱	۲۴
	گواه	۱۵/۳۳	۱/۹۲	۱۲
	آزمایش	۱۲/۰۸	۱/۸۸	۱۲
اختلال در کارکرد اجتماعی	کل	۱۳/۹۱	۲/۴۹	۲۴
	گواه	۱۱/۷۵	۲/۶۳	۱۲
افسردگی	آزمایش	۸/۰۰	۰/۹۵	۱۲
	کل	۹/۸۸	۲/۷۲	۲۴
	گواه	۱۱/۷۵	۲/۶۳	۱۲

= تعداد آزمودنی‌ها N = انحراف استاندارد و SD = میانگین \bar{x}

حاکمی از آن بود که مفروضه‌های یکسانی رگرسیون و یکسانی واریانس برقرار هستند، اما مفروضه طبیعی بودن توزیع نقض شده است. جدول ۳ نتایج تحلیل کوواریانس یک‌طرفه برای بررسی تأثیر درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر سلامت روانی بیماران مبتلا به ام‌اس را نشان می‌دهد.

مطابق با نتایج موجود در جدول ۳ بین دو گروه آزمایش و گواه از نظر میانگین نمرات سلامت روان تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F(1, 21) = 218/64, P=0/0001$). همچنین

به منظور بررسی تأثیر درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر سلامت روان بیماران مبتلا از تحلیل کوواریانس یک‌طرفه (انکوا) استفاده شد. بدین صورت که متغیر گروه (آزمایش و گواه) به عنوان متغیر مستقل، نمره کلی سلامت روان در اجرای پیش‌آزمون به عنوان متغیر کنترل و نمره کلی سلامت روان در اجرای پس‌آزمون به عنوان متغیر وابسته وارد تحلیل گردیدند. قبل از انجام تحلیل، مفروضه‌های یکسانی رگرسیون، یکسانی واریانس و طبیعی بودن توزیع متغیر وابسته مورد بررسی قرار گرفت. نتایج

سلامت روان را تبیین می‌کند که حاکی از تأثیرگذاری قابل قبول مداخله بر سلامت روانی آزمودنی‌هاست.

بررسی مجذور آر اصلاح شده مدل حاکی از آن است که درمان‌شناختی مبتنی بر حضور ذهن، ۹۱ درصد از واریانس

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس یک‌طرفه (انکوا) برای بررسی تأثیر درمان‌شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر سلامت روان بیماران مبتلا به ام‌اس

منبع واریانس	SS	DF	MS	F	P	AR ²
پیش‌آزمون (متغیر کنترل)	۸۰۲/۳۷	۱	۸۰۲/۳۷	۶۵/۲۴	۰/۰۰۰۱	
گروه (متغیر مستقل)	۲۶۸۹/۲۴	۱	۲۶۸۹/۲۴	۲۱۸/۶۴	۰/۰۰۰۱	
خطا	۲۵۸/۲۹	۲۱	۱۲/۳۰			۰/۹۱
کل	۳۳۰۳/۳۳	۲۳				

ذهن بر ابعاد سلامت روان بیماران مبتلا به ام‌اس را نشان می‌دهد.

مطابق با نتایج موجود در جدول ۴، بین دو گروه آزمایش و گواه از نظر میانگین کلیه ابعاد سلامت روان تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بررسی جدول میانگین‌ها نشان می‌دهد که میانگین نمرات ابعاد سلامت روان گروه آزمایش نسبت به گروه گواه کاهش یافته است (میزان سلامت روان افزایش یافته است). همچنین بررسی مجذور آر اصلاح شده مدل حاکی از آن است که درمان‌شناختی مبتنی بر حضور ذهن، ۸۵ درصد از واریانس بعد نشانه‌های جسمانی، ۸۴ درصد از واریانس بعد اضطراب، ۵۸ درصد از واریانس بعد اختلال در کارکرد اجتماعی و ۵۹ درصد از واریانس بعد افسردگی را تبیین می‌کند (جدول ۸). در مجموع یافته‌های فوق حاکی از اثربخشی درمان‌شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر سلامت روانی آزمودنی‌هاست.

به منظور بررسی تأثیر درمان‌شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر ابعاد سلامت روانی (نشانه‌های جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی) بیماران مبتلا به ام‌اس، از تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) استفاده شد. بدین صورت که متغیر گروه (آزمایش و گواه) به عنوان متغیر مستقل، نمره کلی سلامت روان در اجرای پیش‌آزمون به عنوان متغیر کنترل و نمره ابعاد سلامت روان در اجرای پس‌آزمون به عنوان متغیر وابسته وارد تحلیل گردیدند. دلیل استفاده از این روش وجود همبستگی بین ابعاد سلامت روان بود. قبل از انجام تحلیل، مفروضه یکسانی ماتریس واریانس-کوواریانس، یکسانی رگرسیون و طبیعی بودن توزیع متغیرهای وابسته مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج حاکی از آن بود که مفروضه‌های یکسانی رگرسیون و یکسانی ماتریس واریانس-کوواریانس برقرار هستند، اما مفروضه طبیعی بودن توزیع نقض شده است. جدول ۷ نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای بررسی تأثیر درمان‌شناختی مبتنی بر حضور

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) برای بررسی تأثیر درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر ابعاد سلامت روان بیماران مبتلا به ام.اس

منبع واریانس	متغیر وابسته	SS	DF	MS	F	P	AR ²
پیش‌آزمون (متغیر کنترل)	نشانه‌های جسمانی	۱۱۹/۳۵	۱	۱۱۹/۳۵	۴۰/۱۲	۰/۰۰۰۱	
	اضطراب	۸۰/۵۶	۱	۸۰/۵۶	۲۷/۶۹	۰/۰۰۰۱	
	اختلال در کارکرد اجتماعی	۱۸/۹۹	۱	۱۸/۹۹	۶/۵۸	۰/۰۲	
	افسردگی	۱۶/۵۴	۱	۱۶/۵۴	۴/۹۸	۰/۰۴	
گروه (متغیر مستقل)	نشانه‌های جسمانی	۲۸۵/۵۵	۱	۲۸۵/۵۵	۹۵/۹۸	۰/۰۰۰۱	۰/۸۵
	اضطراب	۲۷۳/۲۳	۱	۲۷۳/۲۳	۹۳/۹۰	۰/۰۰۰۱	۰/۸۴
	اختلال در کارکرد اجتماعی	۷۴/۶۷	۱	۷۴/۶۷	۲۵/۸۸	۰/۰۰۰۱	۰/۵۸
	افسردگی	۹۵/۸۲	۱	۹۵/۸۲	۲۸/۸۷	۰/۰۰۰۱	۰/۵۹
خطا	نشانه‌های جسمانی	۶۲/۴۸	۲۱	۲/۹۸			
	اضطراب	۶۱/۱۰	۲۱	۲/۹۱			
	اختلال در کارکرد اجتماعی	۶۰/۵۹	۲۱	۲/۸۹			
	افسردگی	۶۹/۷۱	۲۱	۳/۳۲			
کل	نشانه‌های جسمانی	۴۱۰	۲۳				
	اضطراب	۳۶۹/۸۳	۲۳				
	اختلال در کارکرد اجتماعی	۱۴۲/۹۶	۲۳				
	افسردگی	۱۷۰/۶۳	۲۳				

جدول ۵: میانگین‌های تعدیل شده ابعاد سلامت روان در گروه‌های آزمایش و گواه

گروه گواه		گروه آزمایش		ابعاد سلامت روان
SD _{Error}	\bar{x}	SD _{Error}	\bar{x}	
۵۰/۰	۰۱/۱۸	۵۰/۰	۹۹/۱۰	نشانه‌های جسمانی
۵۰/۰	۰۲/۱۸	۵۰/۰	۱۵/۱۱	اضطراب
۵۰/۰	۵۱/۱۵	۵۰/۰	۹۱/۱۱	نقص در عملکرد اجتماعی
۵۳/۰	۹۰/۱۱	۵۳/۰	۸۴/۷	افسردگی
۰۲/۱	۴۵/۶۳	۰۲/۱	۸۹/۴۱	سلامت روانی کلی

بحث

شرایط را برای برخورد با واقعیت وجودی بیمار مهیا می‌کند و در نهایت بیمار به دلیل احساس کنترل ناشی از آگاهی از وضعیت خود و بیماری‌اش، شرایط را برای جستجوی درمان‌های موثرتر فراهم می‌کند. نتیجه این فرآیند کاهش اضطراب، اختلال در خواب، کاهش علائم جسمانی و در نهایت ارتقا سلامت روانی بیمار است. در حقیقت تمرین حضور ذهن باعث رشد بهزیستی روان شناختی در افراد می‌شود که این امر تاثیر فوری و اثرات دراز مدت بر کیفیت زندگی دارد. افزایش حضور ذهن با افزایش

نتایج تاثیر درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر سلامت روانی و ابعاد آن در بیماران مبتلا به ام.اس حاکی از تأثیرگذاری قابل قبول درمان بر سلامت روانی آزمودنی‌ها بود. این نتایج با مطالعات کوردیاک و همکاران، سیمپسون، باث، لاورنس، بیرنه، میر و مرکر (۴)، فین استین و همکاران (۲۲)، موریس و همکاران (۲۳)، جهانگیرپور و کاکاوند (۲۴) همسو می‌باشد. بنابراین درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن با فراهم کردن بستری برای آگاهی از بیماری و پیامدهای ناشی از این آگاهی،

نشان داد که سلامت روانی و سلامت جسمی سازه‌هایی مرتبط با هم هستند، به گونه‌ای که با افزایش سلامت روانی افراد علائم جسمی بیماری نیز در بیماران کاهش می‌یابد. بنابراین فراهم کردن زمینه‌هایی که بتواند آموزش مناسبی را در اختیار بیماران قرار دهد، سلامت روانی و جسمی بیماران را به طور خاص و افراد جامعه را به طور عام افزایش می‌دهد.

پژوهش حاضر با محدودیت‌های مواجه بود از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود که برای اعضای گروه گواه هیچگونه جلسه گروهی یا درمان جایگزین تشکیل نشد. از دیگر محدودیت‌های پژوهش نداشتن دوره پیگیری به دلیل محدودیت زمانی بود که پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از دوره‌های پیگیری نیز برای ارزیابی تداوم نتایج درمان استفاده شود.

سپاسگزاری

بدینوسیله از کلیه پزشکان و پرسنل محترم انجمن خیریه همیاران بیماران ام.اس شهر شیراز به ویژه دکتر غلامعلی یوسفی پور متخصص مغز و اعصاب که ما را در اجرای این پژوهش یاری کردند و شرکت کنندگان در این پژوهش به واسطه همکاری‌های صادقانه تشکر به عمل می‌آید.

بهزیستی و در نتیجه توانایی بیشتر برخورد با ناملایمات زندگی در ارتباط است (۲۵). متغیرهای شناختی و رفتاری قوی‌ترین عامل پیش‌بینی در مشکلات کارکردی مرتبط با بیمار هستند. مشکلات روانی اعتقادات غیرمفیدی را در رابطه با خویشتن، اعتقادات غیرمفیدی را در رابطه با عواطف، پذیرش و پاسخ‌های غیرمفیدی شناختی به نشانه‌ها و دیدگاه‌های مرتبط با بیماری ارائه می‌دهند و چنانکه درمان بتواند این مشکلات روانی را کاهش دهد، به سلامت روانی افراد کمک کرده و مشکلات کارکردی مرتبط با بیماری مثل افسردگی، علائم اضطرابی و اختلال خواب، علائم جسمانی و ناکارآمدی اجتماعی کاهش می‌یابد (دنیسون و همکاران، ۲۰۱۰) (۲۶). در ایران نیز در پژوهشی جهانگیرپور و کاوند به بررسی اثربخشی تکنیک شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن در کاهش افسردگی یک مورد اختلال مولتیپل اسکروز پرداختند که نتایج نشان داد که استفاد از این رویکرد موجب کاهش مشکلات افسردگی این گروه از بیماران می‌شود. از آنجا که سلامت روان متغیری مهم در زندگی شخصی و اجتماعی افراد است، بررسی تاثیرگذاری عواملی که بتواند متغیرهای مهم مرتبط با این سازه را مشخص نماید، یک کوشش علمی و اخلاقی تحسین برانگیز است. نتایج این مطالعه

References:

- 1- MCcabe MP. *Mood and self-esteem of persons with multiple sclerosis following an exacerbation*. J Psychosom Res 2005; 59(3): 161-66.
- 2- White LJ, Castellano V. *Exercise and Brain Health – Implications for Multiple Sclerosis Part 1-Neuronal Growthfactors*. Sports Med 2008; 38(3): 179-86.
- 3- AscherioA, Munger K. *Epidemiology of multiple sclerosis: from risk factors to prevention*. Seminars in Neurology 2008; 28(1): 17-28.
- 4- Simpson R, Booth J, Lawrence M, Byrne S, Mair F, Mercer S. *Mindfulness based interventions in multiple sclerosis – a systematic review*. BMC Neurology 2014; 14(1): 1.
- 5- Currie R, Spasticity. *A common symptom of multiple sclerosis*. J nursing standard 2001; 15(33): 47-52.
- 6- Lesley LJ, Dressendorfer RH. *Exercise and multiple scierosis*. J Sport Med 2004; 1077-100.

- 7- Grossman P, Kappos L, Gensicke H, Souza M, Mohr DC, Penner IK, et al. *MS quality of ,and fatgue improve after mindfulness training*. Neurology 2010; 75(13): 1141-49.
- 8- Attari Moghadam J. *Symptom Measure, Diagnosis, and Treatment of Patients with MS. M.S. thesis*. Uni Med Sci Iran 2005. [Persian]
- 9- Ryff C. *Mediterranean Life style. Well-being, and Health symposium school of Medicine*. pontificia Universidad Catolica Santiago 2012.
- 10- Yousefi N. *Relax in the presence of others*. J of ms message 2006; 17: 11-12. [Persian]
- 11- Jopson NM, Moss MR. *The role of illness serenity and illness representation in adjusting to multiple sclerosis*. J of Psychometric 2003; 54: 503-05.
- 12- Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA, Oh D. *The Effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review*. J Consulting Clinic Psycholo 2010; 78(2): 169-83.
- 13- Brown KW, Ryan RM. *The benefits of being present: Mindfulness and its role in Psychological well-being*. J Personal Soc psychological 2003; 84(4): 822-48.
- 14- Ryan RM, Deci EL. *Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being*. J Am Psychology 2000; 55(1): 68-78.
- 15- Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. *Mindfulness Based cognitive therapy for depression*. New York: The Guilford Press 2012.
- 16- Keune PM, Bostano V, Hautzing M, Kotchoubery B. *Mindfulness based cognitive therapy (MBCY),Cognitive style, and the temporal dynamics of frontal EEG alpha asymmetry in recurrently depressed patien*. Biological psychology 2011; 88(2): 243-52.
- 17- Bootzin RR, Stevens SJ. *Adolescents, substance abuse and the treatment of insomnia and daytime sleepiness*. Clinic Psychology Review 2005; 25(5): 629-44.
- 18- Kabat-Zin J, Massion AO, Kristeller J, Peterson LG, Flecker K,Pbert L, et al. *Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorder*. Am. J Psychiatry 1992; 149(2): 933-43.
- 19- Zylowska L, Ackerman DL, Yang MH, Futrell JL, Horton NL, Hale TS, et al. *Mindfulness meditation training in adults and adolescents with ADHD: A feasibility study*. J Attention Disorders 2008; 11(6): 737-46.
- 20- Baer RA. *Mindfulness, assessment, and trans diagnostic processes*. Psychological Inquiry 2007; 18(4): 238-42.
- 21- Feinstein A, DeLuca J, Baune BT, Filippi M, Lassman H. *Cognitive and neuropsychiatric disease manifestations in Ms multiple sclerosis and Related Disorders*. Multiple Sclerosis related Disorders 2013; 2(1): 4-12.

- 22- Morris RM, McCrone P, Yardley L, Kessel KV, Wills G, Dennison L. *A pilot randomized controlled trial of an Internet-based cognitive behavioral therapy self-management program (MS Invigor8) for multiple sclerosis fatigue*. Behavior Res Therapy 2012; 50(6): 415-21.
- 23- Palahang H, Nasr M, Shahmohammdi D. *Epidemiology of Illnesses in Kashan city*. IJPCP 1996; 2(4):19-27
- 24- Jahangirpour M, Kavand M. *The Effectiveness of MBCT with regard to Reducing Depression caused by one Disorder associated with MS*. Special Issue for the 5th Psychosomatic Convention, Uni Med Sci ChaharMahal Bakhtiari 2014; 29(30).
- 25- Moron EN, Lynch CS, Greco CM, Tindel HA, Winer DK. *I felt like a new person. The effects of Mindfulness meditation on order adult with chronic pain: Qualitive narrative Analysis of Diary Entries*. The J pain 2008; 9(9): 841-48.
- 26- Dennisona L, Moss-Morris R, Silber E, Galea I, Chalder T. *Cognitive and behavioural correlates of different domains of Psychological adjustment in early-stage multiple sclerosis*. J Psychosomatic Res 2010; 69(4): 353-61.

The Effect of Mindfulness-based Cognitive Therapy on the Mental Health of Female Patients Suffering from Multiple Sclerosis

Ahmadi-shooli P (MA, Student)¹, Feily AR (PhD)^{*2}, Behzadipour S (PhD)³

^{1,3} *Department of Psychology, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran.*

² *Assistant Professor, Department of Psychology, Payame nour Uuniversity(PNU), Iran.*

Received: 18 Aug 2015

Accepted: 17 Dec 2015

Abstract

Introduction: Multiple sclersis (MS) can involve approximately all aspects of life, which leads to different problems for a person such as psychological problems. Therefore, the present study aimed to evaluate effectiveness of mindfulness-based therapy on the mental health of female patients suffering from MS.

Methods: In this quasi-experimental study, the study sample consisted of 24 patients suffering from MS, who were selected via convenience sampling method. Once the participants were homogenized in regard withg their age, occupation, and education, they were devided into an experimental group (n=12) and a control group (n=12). The study instrument consisted of the general health questionnaire (GHQ-28). The experimental group attended 8 sessions—each lasting 2 hours—of training on mindfulness-based cognitive therapy, whereas the control group did not receive any interventions. In order to analyze the study data, SPSS software(ver, 22) was used via Multivariate analysis of co-variance (MANCOVA).

Results: As the study results demonstrated, the difference between experimental and control groups was proved to be significant in terms of mean scores of mental health and its dimensions (p=0.0001).

Conclusion: The study results supported the effectiveness of mindfulness – based cognitive therapy on mental health of female patients . It can be concluded that this method has ameliorated mental health of MS patients.

Keywords: Mental health; Mindfulness; Multiple sclerosis

This paper should be cited as:

Ahmadi-shooli P, Feily AR, Behzadipour S. *The effect of mindfulness-based cognitive therapy on the mental health of female patients suffering from multiple sclerosis*. J Shahid Sadoughi Univ Med Sci 2016; 23(10): 989-1000.

****Corresponding author: Tel: 09173164007, Email: ar_feili@pnu.ac.ir***