

اثربخشی درمانگری ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی بیماران MS

سمیه ایزدی^۱ و محترم نعمت طاوسی^۲

کیفیت زندگی، مجموعه‌ای از واکنش‌های عاطفی و شناختی در مقابل وضعیت جسمانی، روانی و اجتماعی است که به عنوان پیامد نهایی کارآزمایی‌های بالینی، مداخله‌ها و مراقبت‌های بهداشتی مدنظر بوده و عامل مهمی در کاهش نشانه‌های بیماری‌های مزمن روانی و جسمانی است. هدف پژوهش حاضر، تعیین تاثیر درمانگری ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به MS بود. بدین منظور طی یک پژوهش نیمه آزمایشی با پیش آزمون، پس آزمون و گروه کنترل، ۳۰ بیمار مبتلا به MS به صورت نمونه ی در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و گواه کاربندی شدند. آزمودنی‌ها قبل و بعد از اجرای مداخله و پس از دو ماه (پیگیری)، از نظر کیفیت زندگی مورد آزمون قرار گرفتند. گروه آزمایش در هشت جلسه ی گروهی ۹۰ دقیقه‌ای هر هفته یک بار، تحت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفت. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به افزایش کیفیت زندگی بیماران MS شده است و این تاثیر در مرحله ی پیگیری نیز تداوم داشته است. با توجه به اهمیت کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به MS، می‌توان با آموزش ذهن آگاهی بستر لازم جهت ارتقای کیفیت زندگی این بیماران را فراهم کرد.

واژه‌های کلیدی: ذهن آگاهی، کیفیت زندگی، بیماران MS

مقدمه

MS یا مولتیپل اسکلروزیس^۳ یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن سیستم عصبی مرکزی است که با دمیلینه شدن نورون‌های عصبی همراه است. قطعات دمیلینه شده حاصل از بیماری، سراسر ماده ی سفید را فرا می‌گیرد و در نتیجه کنش‌وری حسی و حرکتی فرد را مختل می‌سازد (مک کاب، ۲۰۰۵). ناتوانی ناشی از بیماری MS بر کارآمدی و سلامت روانی این بیماران تاثیر می‌گذارد؛ برای مثال، حدود ۶۰-۵۰ درصد بیماران مبتلا به MS از افسردگی (کوری، ۲۰۰۱؛ دونا و کاسی، ۲۰۰۲) و حدود ۴۰-۲۰ درصد آنها از اضطراب رنج می‌برند (کواستیک و دیگران، ۲۰۰۵). پژوهش‌ها نشان می‌دهد

۱. دپارتمان روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب، تهران، ایران

۲. دپارتمان روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب، تهران، ایران (نویسنده ی مسوول) nemattavousi@yahoo.com

تیدگی‌های روان شناختی، باعث فعال شدن و تشدید بیماری MS (بولیجیواک و دیگران، ۲۰۰۳) و در نتیجه موجب کاهش کیفیت زندگی این بیماران می‌شود (جاناردهان و بکشی، ۲۰۰۲؛ فریس، ویل، ماتیز و گریفیتس، ۲۰۰۶). شواهد نشان می‌دهد که کیفیت زندگی، پیش‌آگهی مهمی در موقعیت درمانی (واناگز، پاتیکا و سوباتا، ۲۰۰۴؛ اسکار و اجهاگین، ۲۰۰۳) و شاخصی است که نشان می‌دهد اقدامات درمانی تا چه حد برای بیمار موثر بوده است (سینقی، گویال، پرشاد، سینقی و والیا، ۲۰۱۱). از جمله مداخله‌های روان‌درمانی که تظاهرات بالینی بیماری MS را هدف قرار می‌دهد و نقش مشهودی در سازش‌یافتگی فرد با بیماری دارد (چاپسون و موس، ۲۰۰۳) ذهن‌آگاهی است. ذهن‌آگاهی هشیاری غیرقضاوتی، غیرقابل توصیف و مبتنی بر زمان حال نسبت به تجربه‌ای است که در یک لحظه خاص در محدوده‌ی توجه فرد قرار دارد (کابات-زین، ۲۰۰۳). ذهن‌آگاهی که از مراقبه‌ی شرقی نشأت می‌گیرد، از مولفه‌های مهم مدل‌های درمانی روان‌شناختی است (مک‌کارنی، شولز و گری، ۲۰۱۲) و موجب جهت‌گیری‌های ذهنی خاص نسبت به تجربه و آگاه شدن به زمان حال به نحو غیرقضاوتی می‌شود (پوتک، ۲۰۱۲). تمرین‌های مراقبه و ذهن‌آگاهی، به پذیرش خود در بیماران منجر می‌شود (بایر، ۲۰۰۳) و به فرد کمک می‌کند نسبت به فعالیت روزانه و کنش‌وری خودکار ذهن در دنیای گذشته و آینده آگاهی یابد و با آگاهی لحظه به لحظه از افکار، احساسات و حالت‌های جسمانی، خود را کنترل کند (سگال، ویلیامز و تیزدل، ۲۰۰۲).

پژوهش‌ها نشان می‌دهد که افزایش ذهن‌آگاهی با انواع پیامدهای سلامتی مانند کاهش درد (کابات-زین، ۲۰۰۳؛ معصومیان، شعیری و هاشمی، ۲۰۱۳)، اضطراب و افسردگی (ماسودا و تولی، ۲۰۱۲؛ اسپیرینر و مالکوم، ۲۰۰۸)، تیدگی (بلاک، ۲۰۰۲)، وابستگی به مصرف مواد (لی، بوین و مارلات، ۲۰۰۵)، دیابت نوع دو (راغیبیان، نصریان و کمالی، ۲۰۱۵)، اختلال تغذیه (کریستلر و هالیت، ۱۹۹۹) و افزایش کیفیت زندگی (بخشی‌پور و رمضان‌زاده، ۲۰۱۶) ارتباط دارد.

از طریق ذهن‌آگاهی، بیمار از احساسات منفی نظیر اضطراب در بدن خود، آگاهی می‌یابد و افکار مرتبط با آنها را کشف می‌کند و یاد می‌گیرد چگونه از طریق خودگویی با این مشکلات کنار بیاید (گرم، سیگل و فولتن، ۲۰۰۵). ذهن‌آگاهی، نشانه‌های روان‌شناختی و جسمانی اضطراب را بهبود می‌بخشد و با تمرکز بر منبع تیدگی، کاهش اضطراب و افزایش مهارت‌های مقابله با تیدگی را در پی دارد (تیزدل، ۱۹۹۵) و به فرد کمک می‌کند تا به آنچه در لحظه‌ی حاضر برایش اتفاق می‌افتد، آگاه شود و واکنش مناسب نشان دهد. آگاهی از تجارب مثبت و منفی، با کاهش رنج فرد موجب افزایش بهزیستی روان‌شناختی می‌شود (گرم و همکاران، ۲۰۰۵). آرچ و کرسک (۲۰۰۶) نشان دادند که

شرکت کنندگانی که ۱۵ دقیقه تنفس متمرکز داشتند (به عنوان یکی از تمرین‌های رایج در شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی)، کمتر از افراد دیگر ابراز عاطفه ی منفی کردند. با توجه به آنچه گفته شد، هدف این پژوهش تعیین اثربخشی درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به MS برای افزایش سطح سلامت روانی آنهاست.

روش

این پژوهش، یک تحقیق نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه کنترل بود. روش بررسی در این پژوهش کارآزمایی بالینی است و جامعه ی آماری این پژوهش، شامل بیماران زن مبتلا به MS با دامنه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال است که در انجمن MS ایران در سال ۹۵-۱۳۹۴ عضویت داشتند. از این جامعه، ۳۰ نفر که داوطلب دریافت این خدمات درمانی و واجد ملاک‌های ورود به نمونه بودند انتخاب و به طور تصادفی در گروه آزمایش و گواه کاربندی شدند. ملاک‌های پذیرش آزمودنی در این بررسی ابتلا به بیماری MS، حداقل تحصیلات راهنمایی، دامنه ی سنی ۲۰ تا ۴۰ سال، عدم وجود سابقه ی بیماری روانی و بستری در بیمارستان، عدم سومصرف مواد، توانایی شرکت در جلسه‌های گروه درمانگری و موافقت بیمار برای شرکت در پژوهش و ملاک‌های خروج از پژوهش برای گروه آزمایش، عدم حضور بیش از دو جلسه در جلسه‌های مداخله و استفاده از داروهای روانگردان برای کاهش نشانه‌های اضطراب و افسردگی بود. گروه آزمایش، ۸ جلسه ی درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی را دریافت کرد و گروهها قبل، بعد و دو ماه پس از اتمام پژوهش با فرم کوتاه پرسشنامه ی کیفیت زندگی^۱ (SF-36) مورد آزمون قرار گرفتند.

فرم کوتاه پرسشنامه ی کیفیت زندگی (SF-36)، ی یک پرسشنامه معتبر است که به طور گسترده برای ارزیابی کیفیت زندگی به کار برده می‌شود. فرم کوتاه این پرسشنامه توسط وارو و شربون در سال ۱۹۹۲ از پرسشنامه ۱۴۹ ماده‌ای بررسی سلامت عمومی اقتباس شد. این پرسشنامه یک فرم کوتاه شده ی ۳۶ ماده‌ای برای سنجش سلامت و دارای هشت زیرمقیاس کنش‌وری جسمانی^۲ با ۱۰ ماده که محدودیت وضعیت سلامت فرد در فعالیت جسمانی مانند مراقبت از خود، راه رفتن، بالا رفتن از پله‌ها خم شدن، بلند کردن اشیاء، فعالیت‌های شدید و متوسط را می‌سنجد؛ مقیاس ایفای نقش جسمی با ۴ ماده که اختلال وضعیت سلامت فرد در کار و سایر فعالیت‌های روزمره مانند به پایان رساندن کارها کمتر از حد دلخواه، محدودیت در نوع فعالیت‌ها یا دشواری در انجام فعالیت‌ها را می‌سنجد؛ مقیاس درد

1.Short_Form Quality of Life Questionnair 2. physical functioning role functioning Physical

بدنی^۱ با ۲ ماده که شدت درد و تاثیر آن بر فعالیت‌های عادی که فرد در داخل و خارج از منزل انجام می‌دهد را اندازه‌گیری می‌کند؛ مقیاس سلامت عمومی^۲ با ۵ ماده که ارزشیابی فرد از سلامت خود مثل سلامت فعلی، دیدگاه فعلی فرد نسبت به سلامت و مقاومت در برابر بیماری را اندازه می‌گیرد؛ زیرمقیاس سرزندگی^۳ با ۴ ماده که احساس سرزندگی و نشاط فرد را ارزیابی می‌کند؛ مقیاس کنش‌وری اجتماعی^۴ با ۲ ماده که اختلال در مشکلات مربوط به سلامت جسمی و هیجانی فرد در انجام فعالیت‌های اجتماعی و ارتباط با خانواده، دوستان و سایر افراد را می‌سنجد؛ مقیاس ایفای نقش هیجانی^۵ با ۳ ماده که اختلال در مشکلات هیجانی در کار و فعالیت‌های روزمره (از جمله زمانی که صرف انجام کار می‌شود، به پایان رساندن کارها کمتر از حد معمول و انجام کارها با دقتی کمتر از آنچه عادت فرد بوده است) را ارزیابی می‌کند؛ و زیرمقیاس بهزیستی عاطفی^۶ با ۵ ماده که بهداشت روانی عمومی شامل اضطراب، افسردگی، کنترل هیجانی - رفتاری و عاطفه ی مثبت عمومی را اندازه می‌گیرد. افزون بر هشت زیرمقیاس یادشده، این پرسشنامه با طرح یک ماده، وضعیت سلامت فعلی فرد را نسبت به سال قبل در شش سطح می‌سنجد (منتظری، گشتاسبی، واحدنیا و گاندک، ۲۰۰۵). اعتبار و پایایی این پرسشنامه در پژوهش‌های مختلف تایید شده است (جینکیسون، رایت و کالتر، ۱۹۹۳؛ منتظری و دیگران، ۲۰۰۵).

شیوه ی اجرا

برنامه ی MBCT یک مداخله گروهی است که هشت هفته و هر هفته به دو ساعت به طول می‌انجامد. همین‌طور پس از هفته ی پنجم کلاسی به مدت یک روز تشکیل می‌شود. در MBCT اولویت بر این است که چگونه در هر لحظه و بی‌قضاوت توجه کنیم. در این فرایند، مراجع از طریق ذهن آگاهی می‌فهمد که باقی ماندن در برخی از احساسات بی‌فایده و به لحاظ روان‌شناختی، مخرب است. در این روش، بیماران یاد می‌گیرند از تمرکز بر افکار و احساسات منفی دست بردارند و به ذهنشان اجازه دهند تا از الگوی تفکر خودکار به پردازش هیجانی آگاهانه گذر کنند. در این پژوهش، پروتکل درمانی (سگال، ویلیامز و تیزدل، ۲۰۰۲) طی ۸ جلسه گروهی ۹۰ دقیقه‌ای، در گروه آزمایش اجرا شد (جدول ۱).

1. bodily pain
2. general health
3. vitality
4. social functioning

5. role functioning emotional
6. emotional well-being
7. Mindfulness Based Cognitive Therapy

جدول ۱. محتوای جلسه‌های درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (از سگال و دیگران، ۲۰۰۲)

موضوع	محتوای جلسه‌های درمانگری
جلسه ی اول	خوردن کشمش ذهن آگاه؛ واریسی بدنی (تکلیف خانگی: انجام واریسی بدنی طی ۶ روز)
جلسه ی دوم	تمرین افکار و احساس (تجسم یک سناریو مبهم و سپس بررسی واکنش‌های خود به این رویداد و چگونگی تاثیر آن بر خلق). تکلیف خانگی: ثبت وقایع خوشایند (تصور رخداد یا لحظه خوشایند و مشاهده ی افکار، احساسات و حس‌های بدنی مرتبط با آن)
جلسه ی سوم	مراقبه ی نشسته، تکلیف خانگی: راه رفتن ذهن آگاه؛ فضای تنفس سه دقیقه ای سه بار در هر روز.
جلسه ی چهارم	مراقبه دیدن و مراقبه شنیدن؛ تکلیف خانگی: مراقبه ی نشسته (حضور ذهن از تنفس، بدن، صداها، افکار و آگاهی بدون جهت گیری خاص). فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای نه تنها سه بار در روز بلکه در هر زمان متوجه تنیدگی با هیجان‌های ناخوشایند
جلسه ی پنجم	مراقبه ی نشسته؛ تکلیف خانگی: مراقبه ی نشسته ی هدایت شده
جلسه ی ششم	مراقبه ی نشسته تجسم؛ تکلیف خانگی: مراقبه ی هدایت شده ی کوتاه‌تر حداقل به مدت ۴۰ دقیقه سناریوهای مبهم، تنفس ۳ دقیقه‌ای سه بار در روز و هر زمان با تنیدگی یا هیجان‌های دشوار
افکار حقایق نیستند	مراقبه ی نشست؛ اشاره به ارتباط بین خلق و فعالیت؛ تکلیف خانگی: بحث در مورد نشانه‌های عود، تنفس ۳ دقیقه‌ای سه بار در روز و هر زمان با تنیدگی یا هیجان‌های دشوار
جلسه ی هفتم	مراقبت از خود
جلسه ی هشتم	واریسی بدنی. تکلیف خانگی: تجارب و پاسخ به تمرین‌ها می‌تواند در طول زمان و در پرتو استفاده از آموخته‌ها یادگیری‌های جدید تغییر کند. انعکاس؛ پسخوراند (گرفتن پسخوراند از شرکت کنندگان).

برای مقایسه ی نتایج مرحله ی پیش آزمون و پس آزمون دو گروه آزمایش و گواه با رعایت مفروضه های مربوط، از تحلیل کوواریانس و مقایسه ی پس آزمون و پیگیری گروه آزمایش از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد. داده ها با بیستمین ویرایش نرم افزار SPSS تحلیل شد.

یافته‌ها

در جدول ۲، یافته‌های توصیفی حاصل از اجرای فرم کوتاه پرسشنامه ی کیفیت زندگی در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به تفکیک گروه ارایه شده است.

در جدول ۳، نتایج حاصل از آزمون تحلیل کوواریانس به منظور تعیین اثربخشی مداخله آمده استو نشان می‌دهد پس از حذف اثر پیش آزمون، گروه آزمایش و گواه در تمامی زیرمقیاس‌های پرسشنامه ی کیفیت زندگی با یکدیگر تفاوت معنادار داشتند. این یافته بدین معناست که حتی پس از کنترل تفاوت‌های موجود دو گروه گواه و آزمایش، مداخله توانسته است افزایش معناداری در میانگین زیرمقیاس پرسشنامه ی کیفیت زندگی ایجاد کند. از سوی دیگر شاخص اندازه ی اثر نشان می‌دهد

مداخله بیشترین اثر را بر زیرمقیاس کنش‌وری جسمانی داشته است.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به تفکیک گروه

گروه گواه		گروه آزمایش		مرحله	زیرمقیاس
Sd	M	Sd	M		
۳۴/۶۶۵	۵۶/۳۳	۲۶/۹۰۴	۵۶/۶۷	پیش‌آزمون	کنش‌وری جسمانی
۱۴/۵۳۶	۵۳/۳۳	۱۷/۳۳۷	۶۵/۸۳	پس‌آزمون	
		۱۶/۲۷۵	۶۰/۸۳	پیگیری	
۲۴/۰۲۹	۶۸/۳۳	۲۳/۵۳۸	۷۰/۰۰	پیش‌آزمون	ایفای نقش جسمانی
۲۵/۰۰۰	۷۵/۰۰	۲۲/۰۹۳	۴۸/۳۳	پس‌آزمون	
		۲۲/۰۹۳	۵۱/۶۷	پیگیری	
۲۳/۰۹۱	۵۹/۵۰	۱۷/۲۱۶	۶۲/۱۶	پیش‌آزمون	درد بدنی
۲۲/۰۵۶	۶۱/۱۶۶	۲۵/۱۳	۴۷/۱۶۶	پس‌آزمون	
		۱۳/۱۳۳	۵۰/۵۰	پیگیری	
۱۴/۳۱۵	۵۲/۲۶	۱۳/۵۲۲	۵۱/۰۰	پیش‌آزمون	سلامت عمومی
۱۵/۳۷۸	۵۳/۵۸	۱۴/۶۲۲	۶۲/۳۳	پس‌آزمون	
		۱۳/۲۹۱	۶۱/۳۳	پیگیری	
۱۳/۰۴۷	۵۳/۳۳	۱۰/۱۵۳	۵۲/۶۷	پیش‌آزمون	سرزندگی
۸/۲۸۰	۵۴/۰۰	۱۱/۴۷۴	۶۲/۶۶	پس‌آزمون	
		۱۲/۲۲۷	۶۰/۶۶	پیگیری	
۱۲/۶۷۷	۵۲/۵۰	۱۴/۵۳۶	۴۹/۱۶	پیش‌آزمون	کنش‌وری اجتماعی
۱۴/۵۳۶	۵۳/۳۳	۱۷/۳۳۷	۶۵/۸۳	پس‌آزمون	
		۱۶/۲۷۵	۶۰/۸۳	پیگیری	
۲۴/۷۹۱	۷۱/۰۷	۲۷/۴۹۱	۷۱/۰۴	پیش‌آزمون	ایفای نقش هیجانی
۲۲/۵۵۷	۷۳/۲۹	۲۲/۵۱۴	۳۹/۹۶	پس‌آزمون	
		۳۲/۰۱۹	۴۲/۱۸	پیگیری	
۱۰/۵۰۷	۴۹/۶۰	۹/۵۲۶	۵۰/۸۰	پیش‌آزمون	بهبودی عاطفی
۸/۶۸۰	۴۹/۰۶	۱۳/۸۳۳	۶۴/۲۶	پس‌آزمون	
		۱۳/۸۳۳	۶۳/۰۶۶	پیگیری	

نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در جدول ۴ نیز نشان می‌دهد که نه تنها میانگین پیش‌آزمون و پس‌آزمون، بلکه میانگین پیش‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش با یکدیگر تفاوت معنادار

دارند. این یافته نشان می دهد که اثر مداخله پس از دو ماه پیگیری تداوم داشته است.

جدول ۳. میانگین های تعدیل یافته، انحراف استاندارد و نتایج تحلیل کوواریانس

F^2	F(۱,۲۸)	SE	گواه		آزمایش
			M	M	
۰/۶۶۰	۴۱/۴۴۹**	۲/۳۹۱	۵۵/۷۸۱	۷۷/۵۵۳	کنش وری جسمانی
۰/۲۶۶	۹/۸۰۶**	۶/۰۹۱	۷۵/۱۵۸	۴۸/۱۷۵	ایفای نقش جسمانی
۰/۳۶۴	۱۵/۴۶۰**	۲/۹۰۰	۶۲/۲۳۸	۴۶/۰۹۵	درد بدنی
۰/۲۶۱	۹/۵۳۲**	۲/۳۲۸	۵۲/۷۱۵	۶۲/۸۸۵	سلامت عمومی
۰/۳۸۱	۱۶/۶۴۲**	۱/۵۸۱	۵۳/۷۷۲	۶۲/۸۹۵	سرزندگی
۰/۲۷۴	۱۰/۲۱۱**	۳/۲۹۴	۵۲/۱۱۰	۶۷/۰۵۷	کنش وری اجتماعی
۰/۴۰۰	۱۷/۹۹۶**	۵/۵۵۵	۷۳/۲۸۹	۳۹/۹۶۵	ایفای نقش هیجانی
۰/۴۲۱	۱۹/۵۹۵**	۲/۲۶۱	۴۹/۵۸۴	۶۳/۷۵۰	بهبودی عاطفی

**p<۰/۰۱

جدول ۴. خلاصه ی مقایسه ی نتایج پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در گروه آزمایش

sig	پس آزمون و پیگیری		sig	پیش آزمون و پیگیری		Sig.	پیش آزمون و پس آزمون		زیرمقیاس
	SE	MD		SE	MD		SE	MD	
۰/۴۸۶	۱/۳۹۷	-۱/۰۰	۰/۰۰۰	۴/۴۹۳	-۲۲/۰۰	۰/۰۰۰	۳/۸۱	-۲۱/۰۰	کنش وری جسمانی
۰/۷۵۲	۵/۵۳۷	-۱/۷۸۶	۰/۰۰۶	۵/۵۱۵	۱۷/۸۵	۰/۰۱۵	۷/۲۲	۱۹/۶۴	ایفای نقش جسمانی
۰/۱۲۴	۲/۰۳	-۳/۳۳	۰/۰۰۳	۳/۲۹۷	۱۱/۶۶	۰/۰۰۲	۳/۸۸	۱۵/۰۰	درد بدنی
۰/۴۵۸	۱/۳۱	۱/۰۰	۰/۰۰۰	۲/۰۳	-۱۰/۳۳	۰/۰۰۱	۲/۶۹	-۱۱/۳۳	سلامت عمومی
۰/۳۰۵	۱/۸۷	۲/۰۰	۰/۰۰۰	۱/۷۴	-۸/۰۰	۰/۰۰۰	۱/۴۶۴	-۱۰/۰۰	سرزندگی
۰/۱۶۴	۳/۴۰	۵۰/۰۰	۰/۰۰۱	۲/۸۵	-۱۱/۶۷	۰/۰۰۱	۴/۱۶	-۱۶/۶۷	کنش وری اجتماعی
۰/۷۹۲	۸/۲۶	-۲/۲۲	۰/۰۲۷	۱۱/۶۶	۲۸/۸۵	۰/۰۰۲	۸/۲۷	۳۱/۰۸	ایفای نقش هیجانی
۰/۰۷۰	۰/۶۱	۱/۲۰	۰/۰۰۰	۲/۶۱	-۱۲/۲۶	۰/۰۰۰	۲/۹۶	-۱۳/۴۶	بهبودی عاطفی

بحث و نتیجه گیری

هدف این پژوهش، تعیین اثربخشی گروه درمانگری شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی بیماران MS بود. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد نمره های پس آزمون گروه آزمایش و گروه گواه با یکدیگر تفاوت معناداری دارد که این یافته مبین تاثیر درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و مولفه های آن (عملکرد جسمی، ایفای نقش جسمی، درد بدنی، سلامت عمومی، سرزندگی عملکرد اجتماعی، ایفای نقش هیجانی، بهبودی روانشناختی) در گروه آزمایش است. نتایج این

پژوهش با پژوهش‌های دیگر (اسکار و اجهاگین، ۲۰۰۳؛ آرچ و کرسک، ۲۰۰۶؛ بخشی‌پور و رمضان‌زاده، ۲۰۱۶؛ بلاک، ۲۰۰۲؛ حسین‌زاده و حسین‌علی‌پور، ۲۰۱۴؛ راغبیان و دیگران، ۲۰۱۵؛ فریس و دیگران، ۲۰۰۶؛ کاویانی و دیگران، ۲۰۰۷؛ معصومیان و دیگران، ۲۰۱۳؛ واناگز و دیگران، ۲۰۰۴) مبنی بر اهمیت کیفیت زندگی به عنوان یک عامل مهم کاهش‌دهنده ی علایم در بیماری مزمن روانی و جسمانی همسوست. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که تنیدگی‌های روان شناختی باعث فعال‌شدن بیماری MS می‌شود (بولیجیواک و دیگران، ۲۰۰۳) و تظاهرات بیماری MS نیز بر کیفیت زندگی بیماران تاثیر می‌گذارد (فریس و دیگران، ۲۰۰۶). به نظر می‌رسد آموزش ذهن‌آگاهی با کاهش تنیدگی، موجب افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به MS می‌شود که این امر به نوبه ی خود میزان عود را در این بیماران کاهش می‌دهد. نتایج این پژوهش، همسو با پژوهش‌های دیگر (برای مثال شوارتز و دیگران، ۲۰۰۵) نشان داد که درمانگری شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به MS موثر است.

یک تبیین احتمالی در مورد اثربخشی ذهن‌آگاهی بر کیفیت زندگی، ایجاد آگاهی بیمار از احساسات منفی خود مانند اضطراب و تنیدگی است. آموزش مهارت‌های افزایش تمرکز و توجه به بیماران یاد می‌دهد که چگونه آرامش خود را حفظ و تنیدگی و پیامدهای آن را مهار کنند. وقتی فرد بتواند افکار خود را بدون هیچ‌گونه قضاوت یا واکنش منفی مشاهده کند، به آرامش دست می‌یابد. این آرامش نیز به نوبه ی خود کاهش تنیدگی را در پی دارد. ذهن‌آگاهی با بهبود بخشیدن به نشانه‌های روان شناختی و جسمانی اضطراب، از طریق ایجاد تمرکز بر منبع تنیدگی، کاهش اضطراب، افزایش مقاومت در مقابل تنیدگی و مهارت‌های مقابله به فرد کمک می‌کند (تیزدل، ۲۰۰۵) و این توانایی را در فرد ایجاد می‌کند تا نسبت به آنچه در لحظه ی حاضر برایش اتفاق می‌افتد، آگاه شود و به موقعیت‌های تنیدگی‌زا واکنش مناسب نشان دهد. پیامد افزایش آگاهی به تجارب مثبت و منفی نیز ارتقای سبک‌های مقابله با بیماری، کاهش تنیدگی، بهبود عملکرد سیستم ایمنی بدن و افزایش بهزیستی روان شناختی است.

یک تبیین احتمالی دیگر، اثربخشی ذهن‌آگاهی بر کاهش تنیدگی، اضطراب و افسردگی (لی، بوین و مارلات، ۲۰۰۵؛ اسپرینز و مالکولوم، ۲۰۰۸؛ ماسودا و تولی، ۲۰۱۲) است. از آنجا که کیفیت زندگی با تنیدگی و افسردگی همبستگی نیرومندی دارد، این انتظار وجود دارد که با انجام منظم تمرین‌های ذهن‌آگاهی در تنیدگی، بهزیستی روان شناختی و سلامت روانی تغییرات مثبت ایجاد شود و در نهایت منجر به بهبود کیفیت زندگی بیماران MS شود. همچنین تبیین احتمالی دیگر اثربخشی درمانگری

ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی، تاکید بر پذیرش وضعیت موجود بدون قضاوت در آموزش ذهن آگاهی است که با بهبود کیفیت زندگی ارتباط تنگاتنگی دارد (نیکلیسک و دیگران، ۲۰۰۸). در نهایت آن که اثربخشی درمانگری ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی، منجر به افزایش خودنظارت گری جسمانی و هشیاری بر بدن و در نتیجه به بهبود مکانیزم های بدنی و مراقبت از خود می شود. مشابه با آموزش آرمیدگی ستی، مراقبه ی ذهن آگاهی با افزایش فعال سازی پاراسمپاتیک همراه است که به آرامش عمیق ماهیچه، کاهش تنش و برانگیختگی و در نهایت کاهش درد منجر می شود (گریسون، ۲۰۰۹).

بدین وسیله از تمامی افرادی که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند به ویژه مسولان انجمن MS ایران و همچنین بیمارانی که با شرکت خود در پژوهش امکان اجرای آن را فراهم کردند، قدردانی می کنیم.

References

- Arch, J. J., & Craske, M. G. (2006). Mechanisms of mindfulness: Emotion regulation following a focused breathing induction. *Journal Behavior Research & Therapy*, 44 (12), 1849-1858.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology Science and Practice*, 10(2), 125-143.
- Bakhsipour, B., & Ramezanzadeh, S. (2016). Investigating the effect of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) on depression, quality of life and anxiety in MS patient. *The Journal of Uremia University of Medical Sciences*, 27(5), 352-364. [Persian]
- Block, J. A. (2002). *Acceptance or change of private experiences: A comparative analysis in college students with public speaking anxiety dissertation*. University at Albany, State University of New York.
- Brazier, J. E., Fukuhara, S., Roberts, J., Kharroubi, S., Yamamoto, Y., Ikeda, S., & et al. (2009). Estimating a preference-based index from the Japanese SF-36. *Journal of Clinical Epidemiology*, 62 (12), 1323-1331.
- Bulijevac, D., Hop, W. C. J., Reedeker, W., Janssens, A. C. J. W., Vander-meche, F. G. A., Vandoom, P. A., & Hintzen, R. Q. (2003). Self-reported stressful life events and exacerbations in multiple sclerosis: Prospective study. *Journal British Medicine*, 327, 646-650.
- Chwastiak, A. L., Gibbons, E. L., Ehde, M. D., Sullivan, M., Bowen, D. J., Bombardier, H. C., & et al. (2005). Fatigue and psychiatric illness in a large community sample of persons with multiple sclerosis. *Journal Psychosomatic Research*, 59, 291-298.
- Currie, R. (2001). Spasticity: a common symptom of multiple sclerosis. *Journal Nursing Standard*, 15(33), 47-52.
- Donna, J. B., & Cathy, B. (2002). An overview of assistive technology for persons with multiple sclerosis. *Journal Rehabilitation Research Development*, 39(2), 299-312.
- Forbes, A., While, A., Mathes, L., & Griffiths, P. (2006). Health problems and health related quality of life in people with multiple sclerosis. *Clinical Rehabilitation*, 20 (1), 67-78.
- Germer, C. K., Siegel, R. D., & Folton, P. R. (2005). *Mindfulness and psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Greeson, J. M. (2009). Mindfulness research update: 2008. *Journal Complement Health Practice Review*, 14 (1), 10-18.
- Hosseinzadeh-Asl, N. R., & Hosseinalipour, F. (2014). Effectiveness of mindfulness-based stress reduction intervention for health-related quality of life in drug-dependent males. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 16(9), 1-4. (Persian)
- Janardhan, V., & Bakshi, R. (2002). Quality of life in patient with multiple sclerosis: The impact of fatigue and depression. *Journal Neurology Science*, 205(1), 51-58.
- Jenkinson, C., & Wright, L., & Coulter, A. (1993). The SF-36 health survey questionnaire: ...if used within its limits. *British Medical Journal*, 307(6901), 449.
- Jopson, N. M., & Moss, M. R. (2003). The role of illness severity and illness representations in adjusting to multiple sclerosis. *Journal of Psychosomatic Research*, 54(6), 503- 511.

- Kabat-zinn, J. (2003). Mindfulness based intervention in context: Past, present and future. *Clinical Psychology Science and Practice*, 10 (2), 144 -156.
- Kaveane, H., Hatami, N., & Shafeabadi, A. (2007). The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy in patients with depressed quality of life (non-clinical). *Journal News Cognitive Science*, 10(4), 39-48. [Persian]
- Kristeller, J. L., & Halleh, C. B. (1999). An exploratory study of a meditation-based intervention for being eating disorder. *Journal Health Psychology*, 4(3), 357-363.
- Leigh, J., Bowen, J., & Marlatt, G. A. (2005). Spirituality, mindfulness and substance abuse. *Journal of Addictive Behaviors*, 30(7), 1335-1341.
- Masomeean, S., Shaeri, M. R., & Hashemi, S. M. (2013). The impact of mindfulness-based stress reduction treatment on quality of life on patients with chronic pain. *Journal of Anesthesiology and Pain*, 4(1), 25-37. [Persian]
- Masudaa, A., & Tully, E. C. (2012). The role of mindfulness and psychological flexibility in somatization, depression, anxiety, and general psychological distress in a nonclinical college sample. *Journal of Evidence-based Complementary & Alternative Medicine*, 17(1), 66-71.
- McCabe, P. M. (2005). Mood and self-esteem of persons with multiple sclerosis following an exacerbation. *Journal Psychosomatic Research*, 59(3), 161-166.
- McCarney, R. W., Schulz, J., & Grey, A. R. (2012). Effectiveness of mindfulness based the therapies in reducing symptoms of depression: A meta-analysis. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 14(3), 279-299.
- Montazeri, A., Goshtasebi, A., Vahdaninia, M., & Gandek, B. (2005). The short form Health Survey (SF-36): Translation and validation study of the Iranian version. *Quality Life Research*, 14(3), 875-882.
- Nyklicek, I., Karlijn, F., & Knijpers, M. A. (2008). Effects of mindfulness – based stress reduction intervention on psychological well-being and quality of life: is increased mindfulness indeed the mechanism? *Animals of Behavioral Medicine*, 35 (3), 331-340.
- Potek, R. (2012). *Mindfulness as a school –based prevention program and its effect on adolescent stress, anxiety and emotion regulation*. New York University ET.
- Raes, F. (2010). Rumination and worry as mediators of the relationship between self-compassion and depression and anxiety: A meta-analytic review. *Journal Personality and Individual Differences*, 48, 757-761.
- Raghebian, M., Nasireian, M., & Kamali-Zarch, M. (2015). The effectiveness of group training of mindfulness on quality of life in type 2 diabetic patient, *Iranian Journal of Diabetes and Obesity*, 7(1), 28-32. (Persian)
- Schaar, I., & Ojehagen, A. (2003). Predictor of improvement in quality of life of severely mentally ill substance abusers during 18 month of co-operation between psychiatric and social services. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(2), 83-87.
- Schreiner, I., & Malcolm, J. P. (2008). The benefits of mindfulness meditation: Changes in emotional states of depression, anxiety, and stress. *Behavior change*, 25(3), 156-168.
- Schwartz, J., Gulliford, E. Z., Stier, J., & Thienemann, M. (2005). *Mindful awareness and self-directed neuroplasticity: Integrating psycho spiritual and biological approach to mental health with focus on obsessive compulsive disorder*. New York: Haworth Press.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. D., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Singhi, P. D., Goyal, L., Pershad, D., Singhi, S., & Walia, B. N. (2011). Psychosocial problem in families of disabled children. *British Journal of Medical Psychology*, 63(2), 173-182.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. M., & Williams, J. M. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should intention control (mindfulness) training help? *Journal Behavioral Research and Therapy*, 33(1), 25-39.
- Vanagas, G., Padaiga, Z., & Subata, E. (2004). Drug addiction maintenance treatment and quality of life measurement. *Medicine (Kaunas)*, 40 (9), 833-841.
- Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual, framework and item selection. *Journal Medicine Care*, 30(6), 473-483.

Journal of
Thought & Behavior in Clinical Psychology
Vol. 9 (No. 42), pp. 37-46, 2017

The Effectiveness of Mindfulness Therapy in Quality of Life among patients with MS

Izadi, Somayeh

Dept. of Psychology, South Tehran, Islamic, Azad University, Tehran, Iran

Neamat Tavousi, Mohtaram

Dept. of Psychology, South Tehran, Islamic, Azad University, Tehran, Iran

Received: Dec 31, 2016

Accepted: Feb 28, 2016

Quality of life is a set of emotional and cognitive reactions against physical, psychological, and social situations; and is considered as the final outcome of clinical trials, interventions and health care services, and is an important factor in reducing symptoms of chronic mental and physical illnesses. This study aims to examine the effectiveness of mindfulness therapy in quality of life among patients with MS. Therefore, in a quasi-experimental research with pre-test, post-test, and control group, 30 patients with MS were selected through convenience sampling method and assigned randomly into experimental or control groups (n=15). The subjects were evaluated for quality of life prior to and after the intervention, and at two month follow up. The experimental group received eight sessions of 90 minutes group mindfulness therapy once a week. The results of analysis of covariance indicated that the mindfulness therapy resulted in increase in quality of life and this increase was sustained at follow up point. Given the importance of quality of life among patients with MS, it is possible to improve the factor among these patients with mindfulness training.

Keywords: Mindfulness, Quality of life, Patients with Multiple Sclerosis

Electronic mail may be sent to: nemattavousi@yahoo.com