

# اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) در کاهش استرس، اضطراب و افسردگی و افزایش خودکارآمدی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

مریم فرهادی<sup>۱</sup>، محمدمهدی پسندیده<sup>۲\*</sup>

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رشت، رشت، ایران.  
۲. دکتری تخصصی روان‌شناسی، عضو هیئت علمی دانشگاه پیام نور، آستانه اشرفیه، ایران (نویسنده مسئول).

## چکیده

**مقدمه:** پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (ام.بی.اس.آر.) در کاهش استرس، اضطراب، افسردگی و افزایش خودکارآمدی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس صورت گرفت.  
**روش:** این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری عبارت از کلیه بیماران مؤنث مبتلا به بیماری ام‌اس در شهر رشت می‌باشد. نمونه آماری ۳۰ نفر از بیماران به صورت فراخوان ثبت‌نام گردیدند و به‌طور تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و گواه تقسیم شدند. سپس با پرسشنامه (دی.ای.اس. - ۲۱) و پرسشنامه خودکارآمدی (جی.اس.ای. - ۱۰) در دو مرحله (پیش‌آزمون و پس‌آزمون) مورد بررسی قرار گرفتند. گروه آزمایش در ۸ جلسه‌ی دو ساعت و نیم تحت آموزش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفتند ولی گروه کنترل هیچ‌گونه آموزشی دریافت نکردند.

**نتایج:** نتایج تحلیل واریانس نشان داد که روش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش استرس ( $P < 0/01$ ) اضطراب ( $P < 0/05$ )، افسردگی ( $P < 0/05$ ) تأثیر مثبت داشته است و در مورد افزایش خودکارآمدی با اینکه خودکارآمدی گروه آزمایش افزایشی را نشان می‌دهد ولی تفاوت معنادار بین دو گروه معنادار نبوده است ( $P < 0/05$ ).

**بحث و نتیجه‌گیری:** دستاوردهای این پژوهش از اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش استرس، اضطراب و افسردگی حمایت می‌کند و نشان می‌دهد که این نوع درمان روان‌شناختی در کاهش استرس، اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به بیماری ام‌اس مؤثر بوده است و در مورد مؤلفه خودکارآمدی اگرچه افزایشی را در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه شاهد هستیم ولی این اثربخشی معنادار نبوده است.

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

## روان‌شناسی بالینی و شخصیت

(دانشور رفتار)

دوره ۱۵، شماره ۲، پیاپی ۲۹  
پانیز و زمستان ۱۳۹۶  
صص: ۷-۱۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۳/۰۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۴/۲۱

Biannual Journal of

## Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Vol. 15, No. 2, Serial 29

Autumn & Winter  
2017-2018

pp.: 7-15

**کلیدواژه‌ها:** مولتیپل اسکلروزیس (ام.اس.)، ذهن آگاهی، استرس، اضطراب، افسردگی، خودکارآمدی.

\*Email: mmpasandideh@gmail.com

## مقدمه

مالتیپل اسکلروزیس<sup>۱</sup> یکی از بیماری‌های التهابی مزمن دستگاه اعصاب مرکزی است که منجر به پلاک‌های کانونی دمیلینه شده با میزان متغیری از تحلیل آکسونی و نوروئی می‌گردد [۱]. التهاب، دمیلیناسیون، استرس اکسیداتیو، آسیب آکسونی و مکانیسم‌های ترمیمی از جمله فرایندهای پاتوفیزیولوژیکی این بیماری می‌باشند [۲]. این بیماری مزمن و پیش‌رونده با آسیب رساندن به بافت میلین مغز و نخاع منجر به بروز طیف وسیعی از علائم عصبی همچون تاری دید، ضعف عضلانی و اختلالات حسی می‌گردد [۳] که ممکن است در نتیجه تأثیرات مستقیم التهاب و دمیلینه شدن اعصاب و یا ناشی از تأثیرات روانی بیماری مزمن و غیرقابل‌پیش‌بینی مولتیپل اسکلروزیس باشد [۴]. در حال حاضر بیش از ۱/۳ میلیون نفر در سراسر جهان به این بیماری مبتلا هستند [۵]. طبق گزارش انجمن مولتیپل اسکلروزیس ایران، حدود ۴۰ هزار نفر بیمار در کشور وجود دارد که ۹۰۰۰ نفر آن‌ها ثبت شده‌اند و متأسفانه این رقم رو به افزایش است [۶]. بر اساس گزارش انجمن ام‌اس استان گیلان ۱۳۷۶ نفر تا سال ۱۳۹۴ ثبت شده‌اند که ۳۸۳ نفر آن‌ها مرد و ۹۹۳ نفر آنان خانم بوده‌اند و از این میان ۷۰۷ نفر (۱۹۱ مرد، ۵۱۶ زن) متعلق به شهر رشت می‌باشند. نشانه‌های بیماری ام‌اس می‌توانند شدیداً به عملکرد روزانه فرد آسیب رسانده و در بدترین حالت، ممکن است فرد وابسته به ویلچر، نابینا و ناتوان از مراقبت از خویش گردد [۷]. رایج‌ترین علائم این بیماری، شامل نشانه‌های حرکتی، حسی، بینایی، روده‌ای، مثانه‌ای، جنسی و همین‌طور نشانه‌های شناختی و هیجانی است [۸].

کنار آمدن با این بیماری نیازمند تلاش بسیار است. بسیاری از بیماران قادر به انجام و پیگیری این تلاش برای سازگاری و مقابله نبوده و زندگی فردی و میان فردی آن‌ها به مخاطره می‌افتد و یا با تغییرات جدی مواجه می‌شود. از جمله این تغییرات می‌توان به تغییر در صفات شخصیتی و ایجاد اختلال‌های روان‌شناختی از قبیل اضطراب، افسردگی و تنیدگی اشاره کرد. افسردگی شایع‌ترین اختلال روان‌پزشکی مشاهده شده در ام‌اس و شیوع تخمینی بالایی، بین ۲۷ درصد تا ۵۴ درصد دارد [۹]. اضطراب در بیماران مبتلا به ام‌اس نیز تا مدت‌ها مورد توجه پژوهشگران نبود، اما پژوهش‌های اخیر خبر از شیوع ۳۷ درصدی اختلال‌های اضطرابی در این بیماران می‌دهند [۱۰]. افزون بر این ۳۷ درصد از افراد مبتلا به ام‌اس اضطراب را ناتوان‌کننده‌ترین نشانه این بیماری دانسته [۱۱] و آن را در سال اول پس از تشخیص بسیار

شدید گزارش کرده‌اند [۱۲]. امروزه تنیدگی روانی یا استرس به‌عنوان عامل تشدیدکننده و با احتمال کمتری به‌عنوان عامل ایجادکننده آن مطرح است. در ۸۵ تا ۹۰ درصد از موارد بیماری ام‌اس دوره‌های تشدید علائم بیماری و بهبودی وجود دارد؛ اما سیر بیماری غیرقابل‌پیش‌بینی بوده و امروزه معلوم گردیده است که تنیدگی‌های روان‌شناختی باعث فعال شدن این بیماری می‌شوند [۱۳].

گرچه بسیاری از نشانه‌های ناتوان‌کننده این اختلال، مثل ضعف، با دارو قابل درمان نیستند، اما توان‌بخشی عصبی نشان داده است که با بهبود استقلال و خود عملکردی می‌توان آثار این نشانه‌ها را کاهش داد [۱۴]. یکی از عوامل روان‌شناختی که می‌تواند بر میزان دردی که فرد تجربه می‌کند اثر بگذارد خودکارآمدی است، در رابطه با درد، خودکارآمدی عبارت است از میزان اطمینان فرد به توانایی‌اش برای حفظ عملکرد علی‌رغم وجود درد که نقش آن در ناتوانی‌های مربوط به درد در تحقیقات متعدد نشان داده شده است [۱۵]. به‌طور کلی تحقیقات نشان داده‌اند که افزایش خودکارآمدی با تغییرات مثبت در رفتارهای مراقبت از سلامت و افزایش میزان سلامت کلی نقش دارد [۱۶]. تقویت خودکارآمدی بیماران مبتلا به ام‌اس می‌تواند نقش مهمی در سازگاری آن‌ها با درد داشته باشند. احساس خودکارآمدی یک عامل عمده در تفکرات، احساسات و رفتارهای افراد در شرایط استرس آمیز می‌باشد و توانایی افراد برای مقابله موفقیت‌آمیز با موقعیت‌های چالش‌انگیز مختلف را افزایش می‌دهد [۱۷].

به دلیل ارتباط بین جسم و ذهن تغییرات طبیعی و بیمارگونه جسمانی می‌تواند منجر به نشانه‌های روان‌شناختی بیمارگونه و ناتوان‌کننده‌ای شود که خود این نشانه‌ها مبنای تشدید یا راه‌اندازی اختلال‌های چون افسردگی<sup>۲</sup>، اضطراب<sup>۳</sup>، استرس<sup>۴</sup>، آسیب‌ها و تحریفات شناختی در افراد نسبت به خود و جهان بیرونی بوده و پیامد این حالات می‌تواند عوارض منفی بر سلامتی و پیشبرد درمان جسمی و خودکارآمدی آنان داشته باشند؛ بنابراین تعامل بین بیماری‌های جسمانی و روانی باید مدنظر متخصصان پزشکی و روان‌پزشکی و روان‌شناسی باشد و به‌عنوان یک چالش ذاتی بین محیط زیستی، روانی، اجتماعی مراجعان مورد توجه قرار گیرد [۱۸]. روش مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی از طریق تمرین‌های مراقبه منظم باعث بالا رفتن هوشیاری لحظه به لحظه فرد نسبت به احساسات و عواطف معطوف به جسم خود می‌شود و از این طریق آن‌ها یاد می‌گیرند که با آگاهی و هوشیار شدن به افکار هیجانی منفی خود، این نوع افکار را

<sup>3</sup> Anxiety  
<sup>4</sup> Stress

<sup>1</sup> Multiple Sclerosis (MS)  
<sup>2</sup> Depression

## ابزار پژوهش

**پرسشنامه «دی. ای. اس. اس.»<sup>۳</sup>:** به منظور سنجش استرس، اضطراب و افسردگی آزمودنی‌ها از پرسشنامه استاندارد شده «دی. ای. اس. اس.»<sup>۳</sup> استفاده شد. این پرسشنامه اولین بار توسط لایباند در سال ۱۹۹۵ ارائه گردید [۲۴]؛ که شامل ۲۱ سؤال با مقیاس لیکرتی می‌باشد که ۷ سؤال آن مربوط به استرس، ۷ سؤال مربوط به اضطراب و ۷ سؤال مربوط به افسردگی می‌باشد. در ایران پایایی این ابزار در یک نمونه از جمعیت عمومی شهر مشهد (۴۰۰ نفر) برای میزان افسردگی ۰/۷، اضطراب ۰/۶۶ و استرس ۰/۷۶ گزارش شده است [۲۵] روایی و پایایی این ابزار توسط رضایی آدریانی [۲۶] در ایران در مطالعات مختلف آزمون شده و مورد تأیید قرار گرفته است.

**پرسشنامه خودکارآمدی عمومی «جی. اس. ای.»<sup>۴</sup>:** مقیاس خودکارآمدی عمومی در دهه ۱۹۷۹ توسط اسپوارزر و جراسلم ساخته شد. این مقیاس دارای ۲۰ گویه با دو خرده مقیاس جداگانه خودکارآمدی عمومی و خودکارآمدی اجتماعی بود که در سال ۱۹۸۱ به یک مقیاس ۱۰ گویه‌ای کاهش یافت و تاکنون به ۲۸ زبان دیگر برگردانده شده است. این مقیاس توسط نظامی و همکاران در سال ۱۹۹۶ به فارسی ترجمه شده و در ایران نیز در مطالعات مختلفی هنجاریابی و اعتبار سنجی شده بود که ضرایب آلفای کرونباخ در مطالعه معینی ۰/۸۱ و در مطالعه رجیبی ۰/۸۲ به دست آمده بود [۲۷، ۲۸]. این مقیاس شامل ۱۰ سؤال است که پاسخ‌های آن به صورت گزینه‌های اصلاً صحیح نیست تا کاملاً صحیح است و با امتیاز یک تا چهار درجه‌بندی شده است که کمینه و بیشینه نمره آن ۱۰ و ۴۰ می‌باشد. اخذ نمره بالا در این مقیاس نشان‌دهنده خودکارآمدی عمومی بالاتر می‌باشد.

## شیوه انجام پژوهش

هر دو گروه در دو مرحله (پیش‌آزمون و پس‌آزمون) با پرسشنامه «دی. ای. اس. اس.»<sup>۳</sup> و پرسشنامه خودکارآمدی عمومی<sup>۴</sup> مورد آزمون قرار گرفتند. گروه آزمایش در ۸ جلسه‌ی دو ساعت و نیم در کلینیک روان‌شناسی و مشاوره سازمان فرهنگی ورزشی شهرداری رشت (دیدار) تحت آموزش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفت ولی گروه کنترل هیچ‌گونه آموزشی دریافت نکرد. معیار ورود افراد به مطالعه، ابتلا به بیماری ام‌اس بر اساس تشخیص پزشکی و دارا بودن پرونده در انجمن ام‌اس و همچنین تمایل

به صورت غیر قضاوتی پذیرا و همراه با آرامش بیان کنند. این روش در ایجاد، حفظ و ارتقای سبک‌های مقابله با بیماری، کاهش استرس، اختلال‌های خلقی و حتی بهبود عملکرد سیستم ایمنی بدن به بیماران کمک می‌کند [۱۹]. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، مفهوم ذهن آگاهی<sup>۱</sup> را با اصول نظریه شناختی - رفتاری درهم می‌آمیزد. این رویکرد عناصری از درمان شناختی را در برمی‌گیرد که باعث جدا شدن دیدگاه فرد از افکارش می‌گردند. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برای کاهش عود افسردگی طراحی شده است بدین صورت که افراد در طی آن می‌آموزند که افکار و احساسات خود را بدون قضاوت مشاهده کنند و آن‌ها را به سادگی به‌عنوان رویدادهای ذهنی بنگرند که در حال رفت‌وآمد هستند و جنبه‌هایی از خودشان لزوماً نمایانگر واقعیت نیستند. شماری از پژوهش‌ها اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را بر بهزیستی روانی، اضطراب و افسردگی تحمل درد، سلامت روان [۲۰] کاهش علائم جسمانی و روانی بیماران مزمن و کاهش نشخوار فکری و افسردگی [۲۱، ۲۲] و کاهش وسوسه مصرف مواد [۲۳] نشان داده‌اند. لذا با توجه به اینکه کاهش استرس، افسردگی و اضطراب و افزایش خودکارآمدی نقش مهمی را در ایجاد و فرایند بهبود بیماری‌ها از جمله ام‌اس ایفا می‌کند و با توجه به اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اختلالات روانی و بیماری‌های جسمی از جمله بیماری ام‌اس، هدف این پژوهش بررسی اثربخشی آموزش شناختی - رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش استرس، اضطراب و افسردگی و افزایش خودکارآمدی در مبتلایان به این بیماری بوده است.

## روش

### نوع پژوهش

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی همراه با گروه آزمایش و کنترل با پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود.

### آزمودنی

**الف) جامعه آماری:** در این پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروز ساکن در شهر رشت است.  
**ب) نمونه آماری:** شامل ۳۰ نفر (۱۵ کنترل و ۱۵ آزمایش) است که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش گمارده شدند.

<sup>۳</sup> GSE-10

<sup>۴</sup> GSE-10

<sup>۱</sup> Mindfulness

<sup>۲</sup> DASS-21

## نتایج

در این پژوهش تعداد ۳۰ زن مبتلا به بیماری «ام. اس. ۲» مورد بررسی قرار گرفتند (۱۵ گروه کنترل و ۱۵ گروه آزمایش). بررسی گروه سنی آزمودنی‌ها نشان داد که ۶۰ درصد از آزمودنی‌های گروه آزمایش و ۷۳/۳ درصد از آزمودنی‌های گروه کنترل بالای ۳۰ سال داشتند. همچنین مشخص شد که ۷۳/۳ درصد از آزمودنی‌های گروه آزمایش و ۸۶/۷ درصد از آزمودنی‌های گروه کنترل متأهل و مابقی مجرد بودند. سپس سطح تحصیلات آزمودنی‌ها در دو گروه بررسی شد و نتایج نشان داد که ۶۰ درصد از آزمودنی‌های گروه آزمایش و ۵۳/۳ درصد از آزمودنی‌های گروه کنترل دارای تحصیلات در مقطع دیپلم و زیر دیپلم بودند. وضعیت اشتغال مورد بررسی قرار گرفت و نتایج حاکی از آن بود که ۶۶/۷ درصد از آزمودنی‌های گروه آزمایش و ۷۳/۳ درصد از آزمودنی‌های گروه کنترل خانه‌دار و مابقی شاغل بودند. مدت زمان ابتلا به بیماری نیز بررسی شد و نتایج نشان ۵۳/۳ درصد از آزمودنی‌های گروه آزمایش بیشتر از ۳ سال و ۳۳/۳ درصد بین یک تا دو سال بود که به این بیماری مبتلا بودند. در گروه کنترل نیز ۵۳/۳ درصد بین دو تا سه سال و ۲۰ درصد بین یک تا دو سال بود که به این بیماری مبتلا بودند.

جدول ۱ میزان میانگین و انحراف استاندارد ابعاد مورد بررسی (استرس، اضطراب، افسردگی و خودکارآمدی) را به تفکیک دو گروه و آزمون ارائه می‌دهد.

همان‌طور که مشاهده می‌شود میزان میانگین استرس، افسردگی و اضطراب در پس‌آزمون گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش داشته است. سپس میزان خودکارآمدی در دو گروه بررسی شد. نتایج این بررسی نشان داد که میزان میانگین خودکارآمدی در پس‌آزمون گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش داشته است.

جهت بررسی اثربخشی درمان بر میزان استرس، افسردگی و اضطراب و میزان خودکارآمدی بیماران زن مبتلا به ام‌اس از تحلیل کوواریانس تک متغیری برای هر مؤلفه استفاده شد. از این‌رو ابتدا پیش‌فرض‌های این آزمون بررسی شد. از آزمون لون جهت بررسی مفروضه همگنی واریانس خطا استفاده شد و نتایج این تحلیل در جدول ۲ ارائه شده است.

نتایج آزمون لون نشان داد که مفروضه همگنی واریانس خطا برای هر چهار متغیر برقرار می‌باشد. سپس مفروضه همگنی شیب رگرسیون و خطی بودن همبستگی متغیر همپراش و متغیر مستقل بررسی شد و نتایج حاکی از برقراری این مفروضه‌ها برای هر چهار خرده مقیاس بود، از این‌رو

به همکاری با تیم پژوهش و اعلام رضایت برای شرکت در آزمون‌ها و شرکت در جلسات آموزش و درمان بوده است به بیماران اطمینان داده شده بود که کلیه اطلاعات آن‌ها محرمانه خواهد ماند.

## محتوای جلسات گروه درمانی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی

**جلسه اول:** تبیین پژوهش مورد نظر، معارفه و آشنایی اعضا با یکدیگر در گروه عنوان یک واحد، آگاهی دادن به اعضا با ماهیت بیماری‌شان و نقش عوامل روان‌شناختی در بروز و تشدید علائم، تعیین اهداف و انتظار بیمار از درمان ایجاد رابطه حسنه و انجام پیش‌آزمون، خوردن کشمش، انجام تمرین واریسی بدنی، ارائه تکلیف خانگی، توزیع سی‌دی‌ها و جزوات جلسه و توضیح در مورد روش درمان ذهن آگاهی و ایجاد امید در آن‌ها.

**جلسه دوم (مقابله با موانع):** تمرین افکار و احساسات و ارائه تکلیف خانگی (ثبت وقایع خوشایند) و ارائه تکلیف خانگی.

**جلسه سوم (حضور ذهن یا تکنیک تنفسی):** مراقبه‌ی نشست، راه رفتن ذهن آگاه و فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای و ارائه تکلیف خانگی.

**جلسه چهارم (ماندن در زمان حال):** مراقبه‌ی دیدن و شنیدن و مراقبه نشست و ارائه تکلیف خانگی.

**جلسه پنجم (اجازه / مجوز):** مراقبه نشست و ارائه تکلیف خانگی.

**جلسه ششم (افکار حقایق نیستند):** مراقبه نشست تجسم، سناریوهای مبهم و ارائه تکلیف خانگی.

**جلسه هفتم (مراقبت از خود):** اشاره به ارتباط بین خلق و فعالیت، بحث در مورد نشانه‌های عود و ارائه تکلیف خانگی.

**جلسه هشتم (استفاده از آموخته‌ها):** بازنگری مطالب گذشته، واریسی بدن، انعکاس، پس‌خوراند، ارائه تکلیف خانگی و شیء یادآورنده، بررسی اهداف و گرفتن پس‌آزمون.

## شیوه تحلیل داده‌ها

در این پژوهش برای توصیف و تحلیل داده‌ها با به کارگیری نرم‌افزار «اس. پی. اس. اس. ۱» از شاخص‌های آمار توصیفی از جمله ارائه‌ی میانگین و انحراف استاندارد و روش‌های آمار استنباطی از جمله تحلیل کوواریانس استفاده شد.

محدودیتی در استفاده از تحلیل کوواریانس تک متغیری جهت بررسی اثربخشی درمان وجود ندارد.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد متغیرها به تفکیک دو گروه و آزمون

گروه	آزمون	میانگین	انحراف استاندارد
استرس	کنترل	پیش آزمون	۱۰/۲۵
	آزمایش	پس آزمون	۶/۰۵۵۸
		پیش آزمون	۳/۸۸۱۶
اضطراب	کنترل	پیش آزمون	۳/۹۷۹۷
	آزمایش	پس آزمون	۶/۰۳۷۸
		پیش آزمون	۵/۸۱۸۵
افسردگی	کنترل	پیش آزمون	۷/۶۳۶۴
	آزمایش	پس آزمون	۴/۴۳۶۹
		پیش آزمون	۴/۴۵۰۸
خودکارآمدی	کنترل	پیش آزمون	۷/۵۷۷۹
	آزمایش	پس آزمون	۸/۱۵۳۱
		پیش آزمون	۴/۹۹۸۱
خودکارآمدی	کنترل	پس آزمون	۵/۰۲۳۸
	آزمایش	پیش آزمون	۴/۳۳۳۳
		پس آزمون	۵/۳۳۱۴
خودکارآمدی	کنترل	پس آزمون	۲۹/۶۶۶۷
	آزمایش	پیش آزمون	۵/۴۵۸۹
		پس آزمون	۳۰
خودکارآمدی	کنترل	پس آزمون	۵/۹۸۱۷
	آزمایش	پیش آزمون	۲۷/۳۶۶۷
		پس آزمون	۵/۰۴۰۸

جدول ۲. نتایج آزمون لون جهت بررسی مفروضه همگنی واریانس خطا

مؤلفه	F	Df1	Df2	سطح معنی داری
استرس	۵/۸۴۷	۱	۲۹	۰/۲۲۴
اضطراب	۱۱/۸۴۸	۱	۲۹	۰/۲۲
افسردگی	۵/۴۹۵	۱	۲۹	۰/۲۸
خودکارآمدی	۰/۰۸۶	۱	۲۹	۰/۷۷۲

کاهش افسردگی، اضطراب، استرس و افزایش خودکارآمدی بیماران مبتلا به ام اس نشان می دهد.

جدول ۳ نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری را جهت بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری جهت بررسی اثربخشی درمان بر هریک از متغیرهای پژوهش

مؤلفه	مجموع مجذور	Df	میانگین مجذور	F	سطح معنی داری	مجذور انا
استرس	۳۷۵/۳۶۵	۲	۱۸۷/۶۸۲	۰/۳۰۴	۰/۵۸۸	۰/۶۳۰
گروه	۴۰/۸۰۷	۱	۴۰/۸۰۷	۸/۱۹۷	۰/۰۰۹	۰/۱۵۶
اضطراب	۳۵۸/۷۴	۲	۱۷۹/۳۷۰	۰/۲۵۵	۰/۶۱۹	۰/۵۶۰
گروه	۳۴/۰۹۱	۱	۱۲/۲۵۰	۳/۲۹۴	۰/۰۴۸	۰/۱۰۸
افسردگی	۸۶۸/۲۷۹	۲	۴۳۴/۱۴۰	۰/۲۴۱	۰/۶۲۹	۰/۷۳۳
گروه	۸۰/۲۲	۱	۵/۸۳۵	۶/۲۴۰	۰/۰۲۱	۰/۲۰۲
خودکارآمدی	۷۹/۹۶۷	۲	۳۹/۹۸۴	۱۲/۴۰۷	۰/۰۰۲	۰/۱۲۱
گروه	۰/۵۹۰	۱	۰/۵۹۰	۰/۸۹۴	۰/۰۵۰	۰/۱۱۰

که آموزش شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به کاهش استرس، اضطراب و افسردگی بیماران گروه آزمایش شده است. این نتایج در خصوص استرس، اضطراب و افسردگی همسو با یافته های مطالعات پیشین بود [۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۲۰، ۲۱ و ۲۲].

ذهن آگاهی به عنوان آگاهی پذیرا و عاری از قضاوت از آنچه اکنون در حال وقوع است، می باشد [۲۹] و به عنوان هدفی از مذاهب تعمقی به ویژه بودا شناخته می شود [۳۰]. آموزش ذهن آگاهی باعث ایجاد یک نگرش یا رابطه متفاوت با افکار، احساسات و عواطف می شود که شامل حفظ توجه کامل و لحظه به لحظه و داشتن نگرش همراه با پذیرش و

نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری نشان داد که آموزش شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به کاهش میزان استرس، اضطراب و افسردگی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده اما تفاوت ایجاد شده در مؤلفه خودکارآمدی معنی دار نیست.

### بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی آموزش شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش استرس، اضطراب و افسردگی و افزایش خودکارآمدی بیماران مبتلا به بیماری مالتیپل اسکلروزیس انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد

آگاهی و دیابت به بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش استرس بر کنترل دیابت در بیماران زن و مرد پرداختند نتایج پژوهش نشان که آموزش ذهن آگاهی بر سطوح هموگلوبین گلیکوزیله و کنترل قند خون در بیماران مبتلا به دیابت از طریق کاهش استرس، مؤثر است. از آنجا که استرس روان‌شناختی در میان مبتلایان به دیابت پدیده‌ای رایج می‌باشد نتایج تحقیقات در حوزه سلامت نشان داده است مداخلات گروهی از جمله ذهن آگاهی می‌تواند در کاهش استرس نقش داشته باشد که با تحقیق حاضر همسو می‌باشد [۳۹].

طالبی زاده و همکاران (۱۳۹۱) در پژوهشی با عنوان اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش شدت علائم افسردگی و شیدایی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نشان دادند که روش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، موجب کاهش شدت علائم افسردگی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه شده است. محققین نتیجه می‌گیرند که از درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌توان به‌عنوان گزینه مناسبی در درمان اختلال دوقطبی به‌خصوص در درمان علائم افسردگی استفاده کرد که این نتایج با یافته‌های تحقیق حاضر همسو بوده است [۴۰].

بختیاری و همکاران (۱۳۹۲) در پژوهشی با عنوان اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر مدل فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی بر اضطراب و فشارخون بیماران زن مبتلا به فشار خون به این نتیجه رسیدند که استفاده مکرر بیماران از تکنیک‌های مختلف روش درمانی ذهن آگاهی بعد از اتمام جلسات درمان، باعث کاهش معنادار نمرات اضطراب بیماران گروه آزمایش شده است [۴۱].

ملیانی و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهشی با عنوان اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی و درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت بر پیش‌بینی‌های عود چون نشانه‌های باقی‌مانده، نگرش‌های ناکارآمد، نشخوار ذهنی، واکنش‌پذیری شناختی و رضایتمندی از خود مطرح می‌سازد که یافته مهم در این پژوهش برتری اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت در کاهش واکنش‌پذیری شناختی در قیاس با درمان شناختی رفتاری بود. این یافته نیز همسو با مطالعاتی است که اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت را بر این متغیر به‌عنوان یکی از همایندهای افسردگی نشان داده‌اند [۴۲].

همچنین در این پژوهش مشخص شد ارائه آموزش ذهن آگاهی منجر به ایجاد تفاوت معنی‌داری در پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل نشده است. اگرچه مشاهده میانگین‌ها نشانگر کمی افزایش در خودکارآمدی پس‌آزمون گروه

دور از قضاوت است. به واسطه تمرین‌ها و تکنیک‌های مبتنی بر ذهن آگاهی فرد نسبت به فعالیت‌های روزانه خود و از به کاربردن خودکار ذهن در دنیای گذشته و آینده آگاهی می‌یابد، از طریق آگاهی لحظه به لحظه از افکار، احساسات و حالت‌های جسمانی بر آن‌ها کنترل پیدا می‌کند و از ذهن روزمره و خودکار متمرکز بر گذشته و آینده رها می‌شود [۳۱]. این شیوه درمانی به افراد در تعدیل الگوهای رفتار منفی و افکار اتوماتیک و تنظیم رفتارهای مثبت مرتبط با سلامتی کمک می‌کند و با ترکیب سرزندگی و واضح دیدن تجربیات، می‌تواند تغییرات مثبتی را ایجاد و با جلوگیری نشخوار فکری باعث گسترش افکار جدید می‌شود [۳۲]. رویکرد کاهش استرس و افسردگی مبتنی بر ذهن آگاهی برای افزایش کیفیت زندگی و کاهش مشکلات روان‌شناختی در سال‌های اخیر یکی از رویکردهای موفق در حوزه مشکلات جسمانی و روان‌شناختی بوده است. مطالعات حاکی از اثربخشی این روش درمانی در کاهش سطوح استرس و حتی بهبود عملکرد سیستم ایمنی بدن بوده است [۱۸، ۱۹]. به‌طور کلی مرور پژوهش‌های انجام شده، حاکی از اثربخشی مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش نشانه‌های افسردگی و نشخوار فکری، درد مزمن، تنیدگی و وسواس بی‌اختیاری بوده است [۲۲، ۳۳، ۳۴ و ۳۵].

از دیگر نتایج این پژوهش آن بود که آموزش شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به ایجاد تفاوت معنی‌داری در افزایش خودکارآمدی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل نشده و متأسفانه پژوهش یافت نشد که این مسئله را بر روی بیماران مبتلا به ام‌اس بررسی کرده باشد. از آنجا که کنار آمدن با یک بیماری یا آسیب تهدیدکننده زندگی، یا بالقوه ناتوان‌کننده مانند ام‌اس ممکن است نیازمند تلاش بسیار باشد. بسیاری از بیماران قادر به تلاش برای سازگاری نبوده و بدین جهت زندگی فردی و میان فردی آن‌ها دگرگون می‌شود. مطالعات نشان داده که خودکارآمدی بالا با بهبود توانایی سازگاری در بیماران مالتیپل اسکلروزیس رابطه دارد و آن را پیش‌بینی می‌کند [۳۶ و ۳۷].

عبدالقادر و همکاران (۱۳۹۲) در پژوهشی با عنوان اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی - رفتاری بر کاهش درد، افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به کمر درد مزمن نشان دادند که بین میانگین نمرات درد، افسردگی و اضطراب در دو گروه آزمایش تفاوت معنی‌دار نبود ولی بین دو گروه با گروه کنترل در متغیرهای بالا تفاوت معنی‌دار بوده است که با تحقیق حاضر همسو می‌باشد [۳۸].

زارع و همکاران (۱۳۹۲) در پژوهشی با عنوان ذهن

3-Tabrizi N, Etemadifar M, Sharif A, Mirmahdi R (2012) editors. Multiple sclerosis (MS). Tehran: Ghaed. [In Persian] 301-302

4- Mitchell A, Benito-Leon J, Morales Ganzalez MJ, Rivera-Navarro J (2005) Quality of life and its assessment in multiple sclerosis: integrating physical and psychological components of wellbeing. *Lancet Neural*; 4:556-66.

5-Kingwell E, Bajdik C, Philips N, Zhu F, Oger J, et al (2012) Cancer risk in multiple sclerosis: finding from British Columbia, Canada, *Brain*: 135(pt 10): 2973-9.

۶- تقی زاد م؛ عاصمی ذ؛ محلوچی م (۱۳۸۵) ارزیابی وضعیت تغذیه‌ای بیماران مبتلا به ام. اس. خلاصه مقالات سومین کنگره بین‌المللی ام. اس ایران. ۱۵۲

7- Nelson L. D., Elder JT, Tehrani P, Groot J. (2003). Measuring personality and emotional functioning in multiple sclerosis: a cautionary note. *Arch Clinical Neuropsychology*; 18: 419-429.

8- Parsaian M, Najl Rahim A, Karimlou M, Mozafari M. (2006). [Comparison of short term memory in multiple sclerosis patients and normal people]. *Journal Rehabil*; 7(2): 60-65

9- Sadovnick AD, Remick RA, Allen J, Swartz E, Yee IM. (1996). Depression and multiple sclerosis. *Neurol*; 46: 628-632.

10- Korostil M, Feinstein A. (2007). Anxiety disorders and their clinical correlates in multiple sclerosis patients. *Journal Multiple Sclerosis*; 13: 67-72

11- Stenager E, Knudsen L, Jensen K. (1994). Multiple sclerosis: correlation of anxiety, physical impairment and cognitive dysfunction. *Italy Journal Neural Science*; 15: 97-101.

12- Montel SR, Bungener C. (2007). Coping and quality of life in one hundred and thirty-five subjects with multiple sclerosis. *Journal Multiple Sclerosis*; 13: 393-401

13- Bulijevac D, Hop WCJ, Reeder W, Janssens ACJW, Vander Meche FGA. (2003). self reported stressful life events and exacerbation in multiple sclerosis: Prospective study. *British Med J*; 327: 644-646.

14- Goeb JL, Even C, Nicolas G, Gohier B, Dubas F, Garre JB. (2006). Psychiatric side effects of interferon-beta in multiple sclerosis. *Euro Psychiatric*; 21: 186-193.

آزمایش است اما این تفاوت، تفاوت معنی‌داری نیست. در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که ابتلا به بیماری مزمن و پیش‌رونده‌ای چون ام‌اس و مختل شدن عملکرد اجتماعی و نقش خانوادگی تا حد زیادی بر کاهش خودکارآمدی فرد اثرگذار است و برای افزایش این مؤلفه نیاز به حمایت‌های بیشتر و جلسات آموزشی طولانی‌تری احساس می‌شود.

به‌طور کلی در تبیین این یافته‌ها می‌توان بیان کرد ذهن آگاهی با نگرش داشتن تمرکز فرد در زمان حال مانع اندیشیدن به زمان آینده می‌شود. با توجه به اینکه ابعاد روان‌شناختی چون استرس، اضطراب و افسردگی پدیده‌ای است برخاسته از علاقه به پیش‌بینی آینده و تلاش برای پایدار نگه داشتن رخدادهای خوب و جلوگیری از هرگونه رخداد استرس‌زا در روند زندگی می‌باشد. در حالی که ابتلا به بیماری ام‌اس آینده چندان خوبی را برای فرد نمایان نمی‌سازد و سیر پیش‌رونده بیماری هر روز بر نگرانی‌های او برای آینده می‌افزاید. از این رو همیشه استرس و اضطراب بر زندگی سایه می‌افکنند که فردا چه خواهد شد و فکر کردن به این مسئله زمینه افسردگی را در فرد افزایش می‌دهد؛ اما با آموزش تکنیک‌های ذهن آگاهی به بیمار آموزش داده می‌شود که تنها به زمان اکنون بیندیشد و با فکر نکردن به اینکه دو دقیقه دیگر چه رخ خواهد داد، میزان استرس و اضطراب و سایر ابعاد روان‌شناختی منفی را در زندگی خویش به‌گونه‌ای معنادار کاهش دهد؛ اما از آنجا که این تحقیق به‌صورت نیمه آزمایشی و از نمونه در دسترس استفاده شده و تعداد کم نمونه می‌تواند نتایج تحقیق را تحت تأثیر قرار دهد، پیشنهاد می‌شود تعمیم نتایج با احتیاط صورت گیرد. همچنین با توجه به اینکه این روش درمانی اثرات جانبی نداشته و هزینه آن نیز در مقایسه با درمان‌های دیگر و عوارض دارویی ام‌اس بسیار ناچیز است به درمانگران و دست‌اندرکاران در این حوزه پیشنهاد می‌شود تا استفاده از شیوه‌های درمانی روان‌شناختی را در کنار بیماری‌های جسمانی جدی بگیرند و بیماران را تشویق به گذراندن چنین دوره‌هایی نمایند.

## منابع

1-Haider L., Fischer M. T., Frischer J. M., Bauer J., Höftberger R., Botond G., et.al. (2013). Oxidative damage in multiple sclerosis lesions. *Brain*; 134(7): 1914-1924.

2- Miller E, Mrowicka M, Saluk-Juszczak J, Ireneusz M. (2014). The level of isoprostanes as a non-invasive marker for in vivo lipid peroxidation in secondary progressive multiple sclerosis. *Neurochemical Res*; 36(6): 1012-1016.

۲۶- رضایی آدریانی، مرتضی؛ آزادی، آرمان؛ احمدی، فضل الله و احدیان عظیمی، امیر. (۱۳۸۶). مقایسه سطح استرس، اضطراب، افسردگی و کیفیت زندگی در دانشجویان خوابگاهی. *مجله پرستاری*. ۴(۲): ۱-۳۸.

۲۷- رجبی، غلامرضا. (۱۳۸۵). روایی و اعتبار پرسشنامه خودکارآمدی عمومی و مقایسه آن در دانشجویان شهید چمران اهواز با دانشجویان دانشگاه آزاد مرودشت. *اندیشه‌های نوین تربیتی*. ۱(۱): ۱۱۱-۱۲۲.

۲۸- معینی، ب؛ شریفی، ف؛ حیدرنیا، الف؛ بابایی، غ؛ بیرشک، ب و الله وردی پور، ح. (۱۳۸۷). استرس ادراک شده و خودکارآمدی و ارتباط آن با بهزیستی روان‌شناختی در دانش آموزان دختر دبیرستانی. *علوم رفتاری*. ۳۶(۲): ۲۵۷-۲۶۶.

29-Brown, K. W., Ryan, R. M., & Creswell, J. D. (2007) Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry*, 18 (7), 211-237. 18(4), 272-281.

30- Falkenstrom, Fredrik. (2010). Studying Mindfulness in Experienced Meditators: A Quasi-Experimental Approach. *Personality and Individual Differences*, 48(4), 305-310.

31- Ljotsson B, Andreevitch S, Hedman E, Ruck C, Andersson G, Lindfors N. (2010). Exposure and mindfulness based therapy for irritable bowel syndrome-an open pilot study. *Journal Behavior Therapy Experimental Psychiatry*; 41(3): 185-190.

۳۲- ستارپور، فریبا؛ احمدی، عزت اله و صادق زاده، ساناز. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کاهش نشانه‌های افسردگی دانشجویان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی گرگان*، دوره ۱۷(۳): ۸۱-۸۹.

33-Kozak, Arnold. (2008). Mindfulness in the Management of Chronic Pain: Conceptual and Clinical Considerations. *Techniques in Regional Anesthesia and Pain Management*, 12, 115-118.

34-Mars, Thomas S. & Abbey, Hilary. (2010). Mindfulness Meditation Practise as A Healthcare Intervention: A Systemic Review. *International Journal of Osteopathic Medicine*, 13, 56-66.

35- Masuda A, Tully EC. (2012). The role of mindfulness and psychological flexibility in somatization, depression, anxiety, and general psychological distress in a nonclinical college sample. *Evidence Based Complement Alternate Med*; 17(1): 66-71. doi: 10.1177/2156587211423400.

36- Schnek ZM, Foley FW, LaRocca NG, Smith CR, Halper J. (1995). Psychological predictors of depression in multiple sclerosis. *Journal Neurol Rehabil*; 9:15-23.

15- Marks R, Algrante JP, Lorig K. (2010). A review and synthesis of research evidence for self-efficacy enhancing interventions for reducing chronic disability: implications for health education practice (Part II). *Health Promote Practic*; 6:148-56.

16-Tsay SL. (2009). Self-efficacy training for patients with end stage renal disease. *Journal Advances Nursing*; 43:370-5.

17- Galhardo A, Cunha M, Gouveia J.P. (2013). Measuring Self-Efficacy to Deal with Infertility: psychometric Properties and Confirmatory Factor Analysis of the Portuguese Version of the Infertility Self-Efficacy Scale. *Research in Nursing & Health*; 36: 65-74.

18- Monti DA, Mago R, Kunkel EJS. (2005). Practical geriatrics: Depression, cognition, and anxiety among postmenopausal women with breast cancer. *Psychiatric Services*; 56(11):1353-5.

19- Carlson LE, Speca M, Patel KD, Goodey E. (2003). Mindfulnessbased stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress, and immune parameters in breast and prostate cancer outpatients. *Psychosomatic Medicine*; 65(4):571-81.

20- Kingston, J. Chadwick, P. Meron, D. & Skinner, T. C. (2007). A pilot randomized control trial investigating the effect of mindfulness practice on pain tolerance, psychological well-being, and physiological activity. *Journal of Psychosomatic Research* 62, 297- 300.

21-Dimidjian, S. Beck, A. Felder, J.N. Boggs, J.M. Gallop, R & Segal, and Z. (2014). Web-based Mindfulness-based Cognitive Therapy for reducing residual depressive symptoms: An open trial and quasi-experimental comparison to propensity score matched controls. *Behavior Research and Therapy*, 63, 83-89.

22- Paul, N. A., Stanton S.J., Greeson J.M., Smoski M.J & Wang L. (2012). Psychological and Neural Mechanisms of Trait Mindfulness in Reducing Depression Vulnerability. *Social Cognitive and Affective. Neuroscience*, 8, 56-64.

23- Khanna, S. Greeson, JM. (2014). A narrative review of yoga and mindfulness as complementary therapies for addiction. *Complementary Therapies in Medicine*, 21(3), 244-252.

24- Lovibond SH, Lovibond PF. (1995). Manual for the depression anxiety stress scales. Psychology foundation. Sydney.

۲۵- صاحبی، علی؛ اصغری، محمدجواد و سالاری، راضیه سادات. (۱۳۸۴). روایی مقیاس استرس، اضطراب و افسردگی (DASS-21) بر روی جمعیت ایرانی. *مجله روانشناسان ایرانی*. ۴: ۲۹۹-۳۱۲.



37- Wassem R. (1992). Self-efficacy as a predictor of adjustment to multiple sclerosis. *Journal Neurosis Nursing*: 24:224-9.

۳۸- عبدالقادری، ماریه؛ کافی، سید موسی؛ صابری، عالیا و آریا پوران، سعید. (۱۳۹۲). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی - رفتاری بر کاهش درد، افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به کمر درد مزمن. *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*. دوره ۲۱ (۶): ۷۹۵-۸۰۵.

۳۹- زارع، حسین؛ زارع، مریم؛ خالقی دلاور، فایزه؛ امیرآبادی، فاطمه و شهریار، حسنیه. (۱۳۹۲). ذهن آگاهی و دیابت: اثربخشی ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر کنترل دیابت. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رازی*. دوره ۲۰ (۱۰۸): ۴۷-۳۹.

۴۰- طالبی زاده، مقداد؛ شاهمیر، المیرا و جعفری فرد، سلیمان. (۱۳۹۱). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش شدت علائم افسردگی و شیدایی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی. *فصلنامه اندیشه و رفتار دوره هفتم (۲۶)*: ۱۷-۲۶.

۴۱- بختیاری، ازاده؛ نشاط دوست، حمید طاهر؛ عابدی، احمد و صادقی، معصومه (۱۳۹۱) اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر مدل فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی بر اضطراب و فشارخون بیماران زن مبتلا به فشار خون. *روان شناسی بالینی و شخصیت، سال بیستم، دوره جدید شماره ۸، ۶۲-۴۷*.

۴۲- ملیانی، مهدیه؛ الهیاری، عباسعلی؛ آزاد فلاح پرویز؛ فتحی آشتیانی علی؛ طاولی، آزاده (۱۳۹۳) اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی و درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت بر پیش‌بینی‌های عود چون نشانه‌های باقی‌مانده، نگرش‌های ناکارآمد، نشخوار ذهنی، واکنش‌پذیری شناختی و رضایتمندی از خود. *روان‌شناسی بالینی و شخصیت، سال بیست و یکم، دوره جدید، شماره ۱۰، ۸۶-۷۵*.

