

اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و پریشانی روانی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروسیس (ام اس)

اعظم السادات گلچویان^۱، سید علی حسینی المدنی^۲

^۱ کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران شمال، تهران، ایران.

^۲ استادیار، گروه روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران شمال، تهران، ایران.

نام نویسنده مسئول:

اعظم السادات گلچویان

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۲/۱۳

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۲/۲۰

چکیده

هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و پریشانی روانی بیماران مولتیپل اسکلروسیس بوده است. روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با پیش آزمون و پس آزمون و گروه کنترل و جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به ام اس مراجعه کننده به انجمن ام اس در شهر تهران در سال ۱۳۹۸ بوده است. به منظور نمونه گیری از این افراد تعداد ۲۰ نفر در هر گروه (۲۰ نفر آزمایش و ۲۰ نفر کنترل) به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و جلسات آموزش برای گروه آزمایش در ۸ جلسه ۲ ساعته با استفاده از برنامه ۸ هفته ای ذهن آگاهی تیزدل و سگال و ویلیامز انجام شد و همه افراد به پرسشنامه های افسردگی، استرس و اضطراب (DASS-21) و کیفیت زندگی ویر و شربور (۱۹۹۲) پاسخ دادند. یافته ها بر اساس روش تحلیل اندازه گیری مکرر نشان داد که بین مؤلفه های افسردگی، استرس و اضطراب پس از تعدیل اثرات پیش آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت وجود دارد. همچنین بین مؤلفه های کیفیت زندگی شامل عملکرد جسمی، عملکرد اجتماعی، ایفای نقش هیجانی، سلامت روانی، سرزندگی و سلامت عمومی پس از تعدیل اثرات پیش آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت وجود دارد که این مقدار تفاوت از نظر آماری معنادار می باشد به این معنا که پس از تعدیل اثرات پیش آزمون، آموزش ذهن آگاهی بر استرس پریشانی روانی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروسیس و مؤلفه های آنها تأثیر داشته است.

واژگان کلیدی: ذهن آگاهی، کیفیت زندگی، پریشانی روانی، مولتیپل اسکلروسیس (ام اس).

مقدمه

مولتیپل اسکلروسیس^۱ بیماری مزمن و ناتوان کننده ای است که ماده سفید مغز را درگیر می کند و سبب ایجاد اختلالات و عوارضی در دستگاه عصبی می شود (بیسک^۲ و همکاران، ۲۰۰۸). نمی توان علت خاصی را در بروز این بیماری دخیل دانست اما مجموعه ای از علل محیطی، عفونی، ژنتیکی، ایمنی، ویروس ها، سموم و حتی استرس و اضطراب می تواند از علل زیربنایی این بیماری باشد (دهقانی و همکاران، ۱۳۹۲). سلامت روانی و کنترل استرس ها و چگونگی تفکر و عملکرد در موقعیت های مختلف زندگی در این افراد بسیار حائز اهمیت است و از این رو میزان استرس و اضطراب می تواند نقش مهمی در سلامت روانی این افراد داشته باشد. استرس گاه می تواند تهدید کننده زندگی بیماران باشد و تظاهرات روانی این بیماری نیز عبارتند از استرس، اضطراب، افسردگی و اختلالات شناختی و تحریک پذیری بالا که در این بین استرس شیوع بیشتری در این بیماران دارد (محمودی و همکاران، ۱۳۸۷). همچنین دیگر عامل مرتبط و با اهمیت در این بیماران کیفیت زندگی^۳ آنها می باشد که مستقیماً با سطح سلامت جسمی و روانی و اجتماعی در ارتباط می باشد. کیفیت زندگی به جمع بندی خوب بودن وضعیت سلامت، رضایت از زندگی، امید گفته می شود که توأماً چندین بعد از زندگی را مورد توجه قرار می دهد (نجات، ۱۳۸۷). همچنین کیفیت زندگی به همه ابعاد جسمانی، روانی، اجتماعی اشاره دارد که می توان گفت در این بیماران به دلیل شرایط خاص جسمانی و روانی، سطح کیفیت زندگی دستخوش تغییراتی خواهد شد که نیازمند بررسی و مداخلات درمانی خواهد بود. از سویی دیگر افسردگی به عنوان یک مفهوم چند وجهی دربرگیرنده نیز در این زمینه تاثیرگذار است (بامر^۴ و همکاران، ۲۰۰۸). افسردگی نقش بسیار مهمی در ارتباط با ام اس ایفا می کند (ولز، ۲۰۱۰). از این رو بیماران ام اس برای بهبود کیفیت زندگی و کاهش سطح استرس، اضطراب و افسردگی نیازمند مداخلات درمانی هستند که بتواند تاثیر مثبتی بر حالات روحی و روانی آنها داشته باشد و به تبع آن بر حالات جسمانی نیز موثر واقع شود. یکی از این روش ها آموزش ذهن آگاهی می باشد که یک آگاهی پذیرا و بدون قضاوت از وقایع جاری را به فرد ارائه می دهد تا در شرایط بحرانی و مشکلات در تمام مراحل زندگی خود قادر به درک واقعیات درونی و بیرونی و کنترل هیجانات خود باشند. با این مقدمه بررسی اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر استرس، اضطراب، افسردگی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام اس مورد توجه قرار گرفته است. مولتیپل اسکلروسیس یکی از شایع ترین بیماری های مزمن پیش رونده و خودایمنی سیستم عصبی مرکزی با علت نامعلوم می باشد (دننسون^۵ و همکاران، ۲۰۱۰). این بیماری در بالغین جوان در سنین ۲۰ تا ۴۰ سالگی و در بین زنان شایع تر است و سومین علت ناتوانی در بین بزرگسالان محسوب می شود. از طرفی این بیماری به لحاظ ایجاد اختلالات عصبی می تواند کیفیت زندگی فرد را دچار اختلال کند و این نوع بیماران همواره با استرس ناشی از بیماری مواجه هستند (تقی لو و همکاران، ۱۳۹۶). یکی از استرس زا ترین جنبه های این بیماری نامعلوم بودن علت آن است و کنار آمدن با بیماری ام اس می تواند منجر به هیجانات مختلف مانند اضطراب، استرس، ناامیدی و خشم شود. از این رو مقابله با استرس ها و بالا بردن سطح کیفیت زندگی این نوع بیماران همواره مورد توجه پژوهشگران بوده است (جندقی^۶ و همکاران، ۲۰۱۳، ولز^۷، ۲۰۱۰). افرادی که مبتلا به این بیماری هستند به دلیل استرس های موجود ممکن است دچار مشکلاتی باشند که بر زندگی روزمره آنها نیز تاثیر گذار باشد. در این بین پیدا کردن روش های درمانی و آموزشی که بتوان این بیماران را در جهت کنار آمدن با مشکلات بیماری خود کمک کرده و به بهبود وضع کیفیت زندگی آنها بیانجامد مورد توجه قرار گرفته است. یکی از این روش های آموزش ذهن آگاهی می باشد. ذهن آگاهی بر باورهای درونی و بیرونی افراد در طول زندگی و وقایع مختلف تاثیر می گذارد و با افزایش میزان صبر و استقامت روانی، عدم قضاوت و بالارفتن توانایی خودتنظیمی در توجه به رفع استرس های موجود و بالا بردن کیفیت زندگی کمک کننده باشد (اکبری و همکاران، ۱۳۹۲). در این مورد تحقیقاتی نیز صورت گرفته است از جمله اکبری و همکاران (۱۳۹۲) در پژوهشی به بررسی اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کاهش استرس ادراک شده در افراد مبتلا به سرطان پستان

¹ multiple sclerosis² Beiske³ quality of life⁴ Bamer⁵ Dennison⁶ Jandaghi⁷ Wells

پرداختند و نشان دادند این نوع آموزش بر کاهش استرس ادراک شده این افراد موثر بوده است. همچنین در پژوهشی دیگر رجبی شمایی بهار (۱۳۹۶) در پژوهشی به بررسی اثربخشی ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی بیماران ام اس پرداخت و نشان داد این نوع آموزش بر افزایش کیفیت زندگی این بیماران و کاهش استرس های آنها موثر بوده است؛ اما پژوهشی که به بررسی اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر هر سه متغیر استرس ادراک شده، کیفیت زندگی و باورهای فراشناختی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروسیس (ام اس) بپردازد یافت نشده است و تحقیقات در مورد این موضوع بسیار محدود بوده و یا در جامعه سایر بیماران بوده است. لذا به دلیل خلاء موجود در پژوهش ها و به دلیل اهمیت متغیرهای ذکر شده در این بیماران سوال اصلی مطرح شده در این پژوهش که موجب شکل گیری موضوع آن شده است، این است که آیا آموزش ذهن آگاهی بر استرس، اضطراب، افسردگی و کیفیت زندگی بیماران مولتیپل اسکلروسیس اثربخش خواهد بود؟

اهداف

- ۱- تعیین اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر پریشانی روانی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروسیس.
- ۲- تعیین اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروسیس.

روش شناسی

باتوجه به ماهیت تحقیق، روش این تحقیق از جمله تحقیقات نیمه آزمایشی با پیش آزمون و پس آزمون و گروه کنترل می باشد. جامعه آماری این پژوهش کلیه بیماران مبتلا به ام اس زن و مرد مراجعه کننده به انجمن ام اس در شهر تهران در سال ۱۳۹۸ می باشند. به منظور نمونه گیری در تحقیقات آزمایشی حداقل نمونه لازم در هر گروه ۱۵ نفر می باشد (دلور، ۱۳۹۷) بر این اساس با در نظر گرفتن احتمال ریزش نمونه یا عدم همکاری آنها در طول پژوهش تعداد ۲۰ نفر در هر گروه (۲۰ نفر آزمایش و ۲۰ نفر کنترل) به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شد. پس از هماهنگی با انجمن ام اس و انتخاب افراد در دو گروه، جلسات برای گروه آزمایش بر اساس برنامه ۸ هفته ای ذهن آگاهی تیزدل، ویلیامز و سگال اجرا شد. جلسات ذهن آگاهی به صورت زیر بوده است:

جلسه اول: معرفی و ارائه اهداف پژوهش و انجام پیش آزمون ها - ارائه تعریفی از مفهوم ذهن آگاهی و کاربرد استفاده از تمرینات آن در کنترل استرس و فشارهای روانی در بیماری ام اس (هشیاری نسبت به هدایتگر خودکار با انجام مراقبه کشمش و آوردن هشیاری به فعالیت های روزمره، آموزش تمرین معاینه بدن).

جلسه دوم: درک تمایز بین تجربه انجام دادن و بودن - درک قدرت پنهان تفکر و احساسات و تفسیر ما از وقایع در تغییرات خلق و خوی و احساسات (آموزش مراقبه نشسته و تنفس توجه آگاهانه، تجربه ذهن آگاهانه یک رویداد خوشایند).

جلسه سوم: تشخیص سرگردانی ذهن در تمرینات و زندگی روزمره (آموزش مراقبه حرکت توجه آگاهانه برای حرکت آگاهی مان به صورت هدفمند و تدریجی به سمت حس های نا خوشایند و عبور از آنها و نه اجتناب).

جلسه چهارم: تشخیص بیزاری از مشکل و حس های بدنی ناشی از آن (مشاهده افکار با کمترین اجتناب یا تخریب یا بی حسی و مشخص کردن حس های بدنی ناشی از آنها، آموزش تنفس ۳ دقیقه ای، آموزش راه رفتن توجه آگاهانه).

جلسه پنجم: تفسیر رضایت دادن و اجازه دادن برای بودن و تفاوت این دو با تسلیم شدن (مروری بر تمرینات قبلی و مروری بر افکار استرس زای روزمره و نحوه برخورد با آن ها و نگهداشتن آن ها در هشیاری از طریق ذهن آگاه و پرورش یافته).

جلسه ششم: درک این مفاهیم که افکار، واقعیت نیستند و تنیدگی افکار با احساسات است که موجب اجباری شدن افکار می شود (مهربانی با افکار، تمرکز روی افکار ناخوشایند همراه با تنفس ۳ دقیقه ای، استقرار یک سیستم هشدار دهنده اولیه برای تشخیص زود هنگام علائم خلقی).

جلسه هفتم: بالا بردن خلق و بهزیستی و یافتن بهترین شیوه مراقبت از خودمان (تمرین تنفس ۳ دقیقه ای پاسخده با تمرکز بر روی مشکل و کشف و بررسی تاثیر آن بر خلق و حس های بدنی، انجام فعالیت های لذت بخش و تسلط بخش).

جلسه هشتم: جمع بندی جلسات، متعهد شدن به ادامه تمرینات در آینده (یافتن دلیلی ارزشمند برای انجام تمرینات، انجام تمرینات رسمی و غیر رسمی، ایجاد فضای تنفس ۳ دقیقه ای پاسخده برای حداقل یک بار در روز).

ابزارهای پژوهش:

افسردگی، استرس و اضطراب^۸ (DASS-21)

این مقیاس توسط Lovibond و Lovibond تدوین شد (لویباند، ۱۹۹۵) مجموعه‌ای از سه مقیاس خودگزارشی برای ارزیابی حالات عاطفی منفی اضطراب، افسردگی، استرس است. هر یک از خرده‌مقیاس‌ها شامل ۷ سوال می‌باشد. بدین ترتیب سوالات ۳، ۵، ۱۰، ۱۳، ۱۶، ۱۷ و ۲۱ افسردگی، سوالات ۲، ۴، ۷، ۹، ۱۵، ۱۹ و ۲۰ اضطراب و سوالات ۱، ۶، ۸، ۱۱، ۱۲، ۱۴ و ۱۸ استرس را مورد سنجش قرار می‌دهد. نمره بالاتر در این مقیاس نشان‌دهنده اضطراب، افسردگی، استرس بالاتر در آزمودنی است. در پژوهش آنتونی و همکاران ضریب آلفا برای افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۹۷، ۰/۹۲ و ۰/۹۵ و همبستگی بین افسردگی و استرس، ۰/۴۸، اضطراب و استرس ۰/۵۳ و اضطراب و افسردگی ۰/۲۸ بود (روایی و اعتبار این پرسش‌نامه در ایران سامانی و جوکار مورد بررسی قرار گرفته است که اعتبار بازآزمایی برای مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب برابر ۰/۸۰، ۰/۷۶، ۰/۷۷ و روایی این مقیاس نیز به شیوه تحلیل عاملی از نوع تأییدی مطلوب بوده است (سامانی و جوکار، ۲۰۰۷).

پرسشنامه کیفیت زندگی

این پرسشنامه خودگزارشی که عمدتاً جهت بررسی کیفیت زندگی و سلامت استفاده می‌شود توسط ویر و شربور (۱۹۹۲) ساخته شد اعتبار و پایایی این پرسشنامه در جمعیت ایرانی مورد تأیید قرار گرفته است و ضرایب همسانی درونی خرده مقیاس‌های ۸ گانه آن بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۵ و ضرایب بازآزمایی آنها با فاصله زمانی یک هفته بین ۰/۴۳ تا ۰/۷۹ گزارش شده است. برای تجزیه و تحلیل آماری از ۲ روش آمار توصیفی و آمار استنباطی استفاده شد. در آمار توصیفی از شخص مرکزی (میانگین) و شاخص‌های پراکندگی (انحراف استاندارد) استفاده شده است و شاخص‌های دموگرافیک بررسی شد (جدول و نمودارهای مربوطه ترسیم می‌شود) و نیز برای تحلیل فرضیه‌های پژوهش از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شده است.

یافته‌ها

جدول زیر شاخص‌های توصیفی مولفه‌های پریشانی روانی و کیفیت زندگی را در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را به تفکیک گروه نشان می‌دهد (جدول ۲).

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد مولفه‌های پریشانی روانی (افسردگی، اضطراب و استرس) و کیفیت زندگی

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
افسردگی	آزمایش	۱۵/۸۵	۴/۸۵	۱۱/۳۵	۴/۱۲	۱۱/۶۴	۴/۲۷
	گواه	۱۵/۸۰	۴/۹۲	۱۵/۶۵	۴/۵۶	۱۵/۸۷	۴/۴۳
استرس	آزمایش	۱۳/۶۶	۳/۳۶	۹/۷۶	۳/۱۷	۹/۹۲	۳/۰۷
	گواه	۱۳/۴۵	۳/۵۴	۱۴/۲۶	۳/۱۸	۱۳/۹۸	۳/۲۹
اضطراب	آزمایش	۱۵/۹۴	۳/۱۶	۱۲/۰۵	۳/۰۷	۱۲/۳۱	۳/۲۱
	گواه	۱۶/۰۶	۳/۳۴	۱۵/۹۷	۳/۱۵	۱۶/۱۱	۳/۱۹
کیفیت	آزمایش	۴۴/۴۷	۶/۵۸	۵۱/۴۰	۶/۳	۵۱/۸۰	۶/۴۳
زندگی	گواه	۴۵/۱۳	۶/۳۹	۴۴/۲۷	۵/۹۶	۴۶/۱۱	۶/۰۸

به منظور بررسی اثربخشی ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و پریشانی روانی بیماران ام اس در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری از تحلیل واریانس مختلط با اندازه گیری های مکرر استفاده شد.

پیش از اجرای تحلیل اندازه گیری مکرر آمیخته مفروضه های آن با استفاده از آزمون های کرویت موچلی^۹ و لوین^{۱۰} مورد بررسی قرار گرفت. که نتایج آزمون لوین در متغیر افسردگی ($F_{(1,39)} = 0.34, p = 0.61$)، استرس ($F_{(1,39)} = 0.78, p = 0.45$) و اضطراب ($F_{(1,39)} = 0.47, p = 0.59$) و از نظر آماری معنادار نیست. از اینرو می توان گفت شرط برابری واریانس های بین گروهی برقرار است. نتایج آزمون موچلی برای افسردگی ($W_{(1)} = 0.87, p = 0.37$)، استرس ($W_{(1)} = 0.93, p = 0.27$)، و اضطراب ($W_{(1)} = 0.81, p = 0.41$)، حاکی از عدم رد فرض کرویت است. بنابراین می توان نتایج را با فرض همسانی ماتریس خطای کوواریانس ها تفسیر کرد. و در متغیر کیفیت زندگی آزمون لوین ($F_{(1,39)} = 1.41, p = 0.28$) از نظر آماری معنادار نیست، و فرض برابری واریانس های برقرار است. نتایج آزمون موچلی ($W_{(1)} = 0.62, p = 0.19$) بیانگر از عدم رد فرض کرویت است.

جدول ۳. تحلیل واریانس مختلط با اندازه گیری های مکرر در سه مرحله

منبع تغییرات	اجزاء	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	معناداری	اندازه اثر
افسردگی	مراحل	۱۲۹/۹	۲	۶۴/۹۵	۳/۴۹	۰/۴۳	۰/۲۳
	مراحل*گروه	۱۲۴	۲	۶۲	۳/۱۶	۰/۴۸	۰/۲۱
	گروه	۲۲۹/۴	۱	۲۲۹/۴	۱۱/۶۵	۰/۰۱	۰/۵۴
استرس	مراحل	۶۶/۲۲	۲	۳۳/۱۱	۳/۰۹	۰/۴۹	۰/۲۲
	مراحل*گروه	۱۳۵/۴	۲	۶۷/۶۸	۶/۳۲	۰/۰۲۵	۰/۴۲
	گروه	۲۳۲/۴	۱	۲۳۲/۴	۲۱/۷۱	۰/۰۱	۰/۶۴
اضطراب	مراحل	۹۶/۰۷	۲	۴۳/۰۳	۴/۷۲	۰/۱۰	۰/۲۹
	مراحل*گروه	۹۳/۳۲	۲	۴۶/۶۶	۴/۵۹	۰/۱۲	۰/۲۷
	گروه	۲۰۴/۹	۱	۲۰۴/۹	۲۰/۱۶	۰/۰۱	۰/۶۲
کیفیت زندگی	مراحل	۲۷۷/۳	۲	۱۳۸/۶	۳/۵۱	۰/۳۴	۰/۲۰
	مراحل*گروه	۲۵۷/۷	۲	۱۲۸/۹	۳/۲۸	۰/۴۳	۰/۱۹
	گروه	۳۶۹/۷	۱	۳۶۹/۷	۹/۳۴	۰/۰۳	۰/۳۶

نتایج جدول ۳ نشان دهنده آن است که در متغیر افسردگی اثر مرحله ($F_{(2)} = 3.49, p < 0.05$)، گروه ($F_{(1)} = 11.65, p < 0.001$) و تعامل مرحله با گروه ($F_{(2)} = 3.16, p < 0.05$) معنادار است. در متغیر استرس اثر مرحله ($F_{(2)} = 3.09, p < 0.05$)، گروه ($F_{(1)} = 21.71, p < 0.001$) و تعامل مرحله با گروه ($F_{(2)} = 6.32, p < 0.01$) معنادار است. در متغیر اضطراب اثر مرحله ($F_{(2)} = 4.72, p < 0.05$)، گروه ($F_{(1)} = 20.16, p < 0.001$) و تعامل مرحله با گروه ($F_{(2)} = 4.59, p < 0.05$) معنادار است. همچنین در متغیر کیفیت زندگی اثر مرحله ($F_{(2)} = 3.51, p < 0.05$)، گروه ($F_{(1)} = 9.34, p < 0.01$) و تعامل مرحله با گروه ($F_{(2)} = 3.28, p < 0.05$) معنادار است. لذا می توان گفت که درمان ذهن آگاهی موجب کاهش پریشانی روانی و ارتقای کیفیت زندگی بیماران ام اس شده است.

⁹ Mauchly's test

¹⁰ Levine

بحث و نتیجه گیری

فرضیه اول: آموزش ذهن آگاهی بر پریشانی روانی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروسیس مؤثر است.

نتایج بررسی این فرضیه نشان داد که بین مؤلفه ادراک منفی از استرس (با اندازه اثر بیشتر) و ادراک مثبت از استرس پس از تعدیل اثرات پیش‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت وجود دارد که این مقدار تفاوت از نظر آماری معنادار می‌باشد، به این معنا که پس از تعدیل اثرات پیش‌آزمون، آموزش ذهن آگاهی بر استرس ادراک‌شده بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروسیس و مؤلفه‌های آن تأثیر داشته است.

در برخی پژوهش‌ها به نتایج مشابه با این یافته پژوهش اشاره شده است از جمله: تقی لووهمکاران (۱۳۹۶) در پژوهشی به بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش استرس ادراک‌شده بر بیماران ام اس پرداختند و نشان دادند که این روش باعث کاهش معنادار نمرات استرس ادراک‌شده گروه آزمایش بیماران ام اس در پس‌آزمون می‌شود. فرهادی و همکاران (۱۳۹۶) در پژوهشی به اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش استرس اضطراب و افسردگی و افزایش خودکارآمدی بر بیماران مبتلا به ام اس پرداختند و نتیجه‌گیری کردند که این درمان می‌تواند بر روی کاهش اضطراب و استرس و افسردگی این زنان مؤثر باشد. اکبرآبادی و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهشی به بررسی اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر اضطراب و استرس ادراک‌شده در دوران بارداری در زنان شهر کرج پرداختند و نشان دادند که ذهن آگاهی بر کاهش افسردگی و استرس ادراک‌شده دوره بارداری تأثیر معنی‌داری دارد.

همچنین در پژوهش‌های خارجی ایرن زولارس و ترس پوریر^{۱۱} (۲۰۱۹) در پژوهشی به بررسی اثربخشی آموزش ذهن آگاهی و بهزیستی روانی و استرس ادراک‌شده روی دانشجویان داروسازی پرداختند و داده‌ها نشان داد که میزان استرس این دانشجویان بعد از آموزش ذهن آگاهی و انجام تمرینات استرس آنان کاهش چشمگیری داشت. آلبایلا آرانگا^{۱۲} و همکاران (۲۰۱۹) در یک پژوهش تأثیر ذهن آگاهی را بر درک دانشجویان از سطح خودآگاهی و میزان استرس را مورد بررسی قرار دادند و بین این عوامل روابط معنی‌داری برقرار شد که تأکید می‌کند ذهن آگاهی باعث کاهش میزان استرس و افزایش سطح خودآگاهی دانشجویان گردید. جان‌فی^{۱۳} لووهمکاران و همکاران (۲۰۱۸) در پژوهشی آموزش ذهن آگاهی را روی دانشجویان پرستاری اجرا نمودند و این امر به کاهش استرس روانی آنان انجامید. همسو بودن این پژوهش‌ها با یافته‌های پژوهش حاضر و عدم پیدا کردن پژوهش غیر همسو در مورد این فرضیه نشان‌دهنده این موضوع است که این نوع درمان در گروه‌های مختلف افراد بیمار و غیر بیمار مناسب بوده و در بیشتر جوامع می‌تواند به منظور کاهش استرس ادراک‌شده کارآمد و مفید باشد. از آنجایی که ذهن آگاهی بدون قضاوت و انتظار نتیجه به دنبال تغییر وضعیت موجود و کنترل استرس‌های روزمره به وسیله تکنیک‌هایی چون مراقبه، تن آرامی و تمرینات تنفسی و کنترل افکار آگاهانه می‌باشد، لذا کارآمد بودن این روش برای کاهش استرس ادراک‌شده در بیماران به واسطه انجام این نوع تکنیک‌ها قابل توجیه بوده است. به این دلیل که بیماری ام اس در اکثریت موارد یک بیماری عودکننده و غیر قابل پیش‌بینی در آینده لحاظ می‌شود. اکثر بیماران پس از تشخیص‌گذاری بیماریشان، با اضطراب و استرس فزاینده‌ای مواجه‌اند. افکار منفی خودکار و نا کارآمد مانند نگرانی از عود بیماری در آینده، از دست دادن حمایت اطرافیان، هزینه بالای دارو و درمان و ... باعث ایجاد اضطراب و فشار روانی برایشان می‌شود و خود این اضطراب و فشار روانی به وخیم‌تر شدن بیماریشان می‌انجامد و این دور باطل ادامه دارد. این امر باعث به کارگیری راهبردهای مقابله‌ای هیجانی نامناسب توسط فرد شده و او را دچار تنیدگی و افسردگی و نشخوار فکری می‌گرداند. ممکن است از فعالیت‌های روزمره کناره‌گیری کند که این موضوع خود باعث مختل شدن عملکردهای خانوادگی و اجتماعی افراد شده و یا از نشانه‌های بیماریشان فاجعه‌سازی کنند.

ذهن آگاهی با نگهداشتن تمرکز فرد در زمان حال باعث می‌شود فرد بیمار از تجسم آینده غیر قابل پیش‌بینی و کنترل دست بردارد و توجه و تمرکزش را بر اتفاقات جاری زندگی‌اش معطوف سازد. ذهن آگاهی برای این افراد این امکان را فراهم می‌سازد تا موقعیت‌های تهدیدآمیز زندگی را با تنیدگی کمتری ارزیابی کرده و از راهبردهای سازگارانه در برخورد با شرایط تنیدگی

¹¹.Zollars I & Porier TH

¹².Alba Yela Aranega

¹³.Jhonfei Lu

بهره گرفته و به ویژه از راهبردهای اجتنابی کمتری استفاده نمایند. فرد نگرش وسیع تری میابد و وقایع غیر قابل کنترل را می پذیرد و پاسخ های هیجانی و خودکار کمتری تولید می کند که در نهایت به حالت مثبت تر درونی می انجامد. نگرش ذهن آگاهانه باعث می شود این افراد اجازه دهند احساساتی مانند درد، درماندگی و غمگینی به عنوان یک احساس تجربه شوند و شخص به محتوای ذهنی این احساسات نجسبد و فقط اجازه دهد این احساسات بدون قضاوت در مورد محتوای درون آن ها از درونش عبور کنند. مکانیسم ذهن آگاهی با بهره گیری از تکنیک هایی چون مراقبه، تنفس ذهن آگاهانه بر تنظیم هیجانات فرد موثر است و این خود تنظیمی مانع از مضطرب شدن فرد از رویدادهای دشوار آتی زندگی می شود. همچنین کاهش استرس در این بیماران به بهبود سیستم ایمنی بدن کمک میکند که خود عامل کلیدی به وجود آورنده نشانه های بیماری محسوب شده و بهبود عملکردش به جلوگیری از عود و کنترل بیماری کمک می نماید.

فرضیه دوم: آموزش ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلوئیس مؤثر است.

نتایج بررسی این فرضیه نشان داد که بین مؤلفه عملکرد جسمی؛ عملکرد اجتماعی؛ ایفای نقش هیجانی؛ سلامت روانی؛ سرزندگی و سلامت عمومی پس از تعدیل اثرات پیش آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت وجود دارد که این مقدار تفاوت از نظر آماری معنادار می باشد به این معنا که پس از تعدیل اثرات پیش آزمون، آموزش ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلوئیس تأثیر داشت. برخی تحقیقات نشان دهنده نتایج مشابه این یافته پژوهش بوده اند از جمله قزاق و همکاران (۱۳۹۸) در پژوهشی به بررسی اثربخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی به شیوه گروهی بر کیفیت زندگی و شدت خستگی زنان مبتلا به ام اس پرداختند و یافته ها نشان داد که بین نمرات برخی از زیرمقیاسهای کیفیت زندگی شامل عملکرد جسمی ایفای نقش مرتبط با وضعیت جسمی و روانی انرژی بهزیستی روانی تهدیدات سلامتی درک سلامتی رضایت از عملکرد جنسی کیفیت زندگی و شدت خستگی گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد و این نشان میدهد که این روش میتواند به بهبود کیفیت زندگی در این بیماران کمک کند. فروزان مهر و همکاران (۱۳۹۷) در یک پژوهش به تأثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و شادکامی زنان مبتلا به ام اس پرداختند و نشان دادند که میتوان این روش درمانی را برای کاهش مشکلات روانشناختی افزایش شادکامی و بهبود کیفیت زندگی بیماران ام اس توصیه کرد. رجبی شماری بهار (۱۳۹۶) در پژوهشی به بررسی اثربخشی ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی بیماران ام اس پرداخت و نشان داد این نوع آموزش بر افزایش کیفیت زندگی این بیماران و کاهش استرس های آنها موثر بوده است. همچنین در پژوهشهای خارجی فرانسیسکو پائینی^{۱۴} و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهشی نشان دادند که ارتباط طولی بین ذهن آگاهی و بهزیستی افراد مبتلا به ام اس وجود دارد. دالاس ام دوکار و همکاران (۲۰۱۹) در یک پژوهش دریافتند که آموزش مایندفولنس به ارایه کنندگان خدمات بهداشتی باعث ارتقاء کیفیت زندگی حرفه ای و توجه ذهن آگاهانه در بین تکنسینهای اورژانس پزشکی میشود همچنین لینداسیلنس^{۱۵} و همکاران (۲۰۱۸) هم در پژوهشی روی نقش ذهن آگاهی در کیفیت زندگی و کنترل آسم در نوجوانان مبتلا به آن پرداختند و شواهد ارتباط بین ذهن آگاهی و بهبود کیفیت زندگی مبتلایان به آسم را نشان میدهد.

افرادی که در فرایند آموزش ذهن آگاهی شرکت می کنند اغلب تشویق می شوند که توجهشان را به انواع خاصی از محرک هایی که در زمان حال وجود دارند، نظیر صداهایی که شنیده می شوند یا حرکاتی که در محیط وجود دارد و یا تنفس متمرکز سازند. اگر افکار، شرایط عاطفی، علایق یا دیگر تجربیات برانگیخته شود، شرکت کنندگان تشویق می شوند که آنها را مشاهده کنند. نام گذاری خلاصه و جزئی تجربیات قابل مشاهده، با استفاده از کلمات و عبارات کوتاه، مورد تشویق قرار می گیرد. به طور معمول، از شرکت کنندگان خواسته می شود که حالت پذیرش (اعتقاد)، تمایل، اجازه دادن، صراحت، کنجکاوی، مهربانی و صمیمیت را در تجربیات مشاهده شده بگنجانند و از تلاش هایی در خصوص ارزیابی، قضاوت، تغییر و پایان یافتن از آنها، حتی اگر نامطلوب و ناخوشایند باشند، خودداری نمایند. به همین دلیل با عدم قضاوت عملکرد اجتماعی و ایفای نقش هیجانی آنها تحت تأثیر قرار می گیرد و از سویی دیگر با تمرینات تنفسی و تن آرامی در این نوع درمان عملکرد جسمانی و سلامت عمومی افراد به دلیل کاهش استرس و وضعیت مطلوب ایجاد شده برای بدن تحت تأثیر قرار می گیرد و تکرار این نوع تمرینات موجب افزایش بازدهی و

1. Francesco Pagnini

¹⁵. Linda Cillessen

اثربخشی خواهد شد. از این رو کیفیت زندگی که شامل این مولفه های ذکر شده می باشد به وسیله تمرینات خارج از قضاوت، کنترل افکار، تن آرامی و مراقبه، تمرینات تنفسی، تغییر در رفتارها و افکار نامطلوب بهبود خواهد یافت.

منابع

- [۱] اتکینسون، ریتا، اتکینسون، ریچارد، اسمیت، ادوارد، بم، داریل و نولن- هوکسما، سوزان (۲۰۰۶). زمینه روانشناسی هیلگارد. ترجمه محمد تقی براهنی، بهروز بیرشک، مهرداد بیک، رضا زمانی، سعید شاملو، مهرناز شهر آرای، یوسف کریمی، نیسان گاهان و دیگران (۱۳۸۹). تهران: انتشارات رشد.
- [۲] احمدوند، محمد علی (۱۳۸۸). بهداشت روانی. تهران: انتشارات دانشگاه پیام نور.
- [۳] آزادی، مریم. (۱۳۹۳). مقایسه باورهای فراشناختی و نشخوار فکری بیماران سرطانی با افراد عادی. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی گرمسار.
- [۴] آقا باقری، حامد. محمدخانی، پروانه. عمرانی، سمیرا. فرهنگ، وحید (۱۳۹۱). نشریه روانشناسی بالینی. دوره ۴. شماره ۱. ۲۳-۳۱.
- [۵] اکبرآبادی، زهرا. حسن زاده تقوایی، مرجان. پاشنگ، سارا (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کاهش اضطراب و استرس ادراک شده زنان در دوران بارداری. همایش علوم تربیتی و روان شناسی و آسیب شناسی فرهنگی ایران.
- [۶] اکبری، محمداسماعیل. نفیسی، ناهید. جمشیدی فر، زهرا. (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کاهش استرس ادراک شده بیماران مبتلا به سرطان پستان. مجله اندیشه و رفتار. دوره ۷. شماره ۲۷.
- [۷] امید، عبدالله. مومنی، جواد. رایگان، فریبا. اکبری، حسین. طلیقی، انسیه. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی بیماران قلبی عروقی. اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی. شماره ۴۲.
- [۸] آیزنک، مایکلف (۱۹۹۵). روان شناسی شادی. ترجمه محمد فیروز بخت و خلیل بیگی، تهران: انتشارات بدر.
- [۹] باجلان، علی و عظیمی، لیلا (۱۳۸۸). مطالعات کیفیت زندگی. اراک: انتشارات نویسندگان.
- [۱۰] باقری نژاد، فرزانه؛ اکبری زاده، فریبا و حاتمی، هانیه. (۱۳۸۹). رابطه بین هوش معنوی و باورهای فراشناختی و متغیرهای دموگرافیک در پرستاران بیمارستان فاطمه الزهرا و بنت الهدی شهرستان بوشهر.
- [۱۱] بوچر، جیمز، مینکا، سوزان و هولی، جیل (۲۰۰۷). آسیب شناسی روانی (جلد دوم). ترجمه یحیی سید محمدی (۱۳۸۹). تهران: انتشارات ارسباران.
- [۱۲] بهرام خانی، محمود. جان بزرگی، مسعود. علی پور، احمد. (۱۳۹۱). نشریه روانشناسی بالینی. دوره ۴. شماره ۱. ۱-۱۲.
- [۱۳] پرویزی، کامل. (۱۳۸۹). رابطه بین باورهای غیر منطقی و آسیب پذیری روانی بین دانش آموزان دختر و پسر دبیرستان های دهدشت. پایان نامه دوره کارشناسی ارشد. دانشگاه اسلامی واحد اهواز.
- [۱۴] تقی پور، سیدحسین. (۱۳۸۷). از امید تا شادی. قم: انتشارات مشهور.
- [۱۵] تقی لو، صادق (۱۳۸۸). تاثیر آموزش روخوانی قرآن بر کاهش استرس در بین جوانان و نوجوانان. مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره هیجدهم، شماره ۷۱، ۷۲-۸۱.
- [۱۶] خضری مقدم، نوشیروان. قربانی، نیما. بهرامی، احسان هادی. رستمی، رضا. (۱۳۹۱). نشریه روانشناسی بالینی. دوره ۴. شماره ۱. ۱۳-۲۲.
- [۱۷] خلعتبری، جواد. حسن زاده، سرور. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و نگرش های ناکارآمد بیماران فشارخونی. کنفرانس بین المللی پژوهش در علوم تربیتی و روانشناسی و علوم اجتماعی.
- [۱۸] دهقانی، علی. محمدخان، سیما. معماریان، ربابه. (۱۳۹۲). بررسی شیوع فراوانی استرس، اضطراب و افسردگی در بیماران مولتیپل اسکلوزیس. نشریه دانشگاه علوم پزشکی البرز. دوره ۲. شماره ۲.
- [۱۹] راتوس، اسپنسر (۱۹۹۵). روانشناسی عمومی (جلد دوم). ترجمه ی حمزه ی گنجی (۱۳۸۹). تهران: انتشارات ویرایش.

- [۲۰] زینالی، فریده. (۱۳۹۵). مجله مطالعات روانشناسی و علوم تربیتی. شماره ۲. صفحه ۵۷-۶۸.
- [۲۱] شفیع آبادی، عبد الله و ناصری، غلامرضا. (۱۳۸۳). نظریه های مشاوره و روان درمانی. چاپ دهم. تهران: مرکز نشر دانشگاهی.
- [۲۲] شیلینگ، لوپس. (۱۹۹۰). نظریه های مشاور (دیدگاه های مشاوره). ترجمه سیده خدیجه آرین. (۱۳۸۵). چاپ دوم. تهران: انتشارات اطلاعات تهران.
- [۲۳] غفاری، امید و امیدی، رضا (۱۳۸۷). کیفیت زندگی شاخص توسعه اجتماعی. تهران: نشر شیرازه.
- [۲۴] فخری، مینا. (۱۳۹۱). مقایسه بین نشخوار ذهنی و افسردگی بیماران قلبی و افراد عادی. مطالعات تربیتی دانشگاه فردوسی مشهد، دوره ۱۱، شماره ۱، ۴۴-۵۶.
- [۲۵] فرهادی، مریم. پسندیده، محمد مهدی (۱۳۹۶). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) در کاهش استرس، اضطراب، افسردگی و افزایش خودکارآمدگی در بیماران مبتلا به ام اس. روانشناسی بالینی و شخصیت، دانشور رفتار سابق، دوره ۱۵، شماره ۲، ۱۵-۲۷.
- [۲۶] فریش، مایکل (۲۰۰۵). روان درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی. ترجمه اکرم خمسه ای (۱۳۸۹)، تهران: انتشارات ارجمند.
- [۲۷] فلاح، محمدحسین و نیک فرجام، محمدرضا (۱۳۸۸). جایگاه اعتکاف در آموزه های دینی و تأثیر آن بر افزایش شادکامی. فصلنامه علمی- پژوهشی علوم اسلامی، سال چهارم، شماره ۱۶، ۱۱۴-۱۲۵.
- [۲۸] کشاورز، امیر، مهربانی، حسینعلی و سلطانی زاده، محمد (۱۳۸۸). پیش بینی کننده های روان شناختی رضایت از زندگی. روان شناسی تحولی: روانشناسان ایرانی، سال ششم، شماره ۲۲، ۱۵۹-۱۶۸.
- [۲۹] کشاورز، امیر، مولوی، حسین و کلانتری، مهرداد (۸۷). رابطه بین سرزندگی و ویژگی های جمعیت شناختی با شادکامی در مردم شهر اصفهان. مطالعات روان شناختی، دوره ۴، شماره ۴، ۴۵-۶۴.
- [۳۰] گنجی ارجنگی، معصومه و فراهانی، محمد تقی (۱۳۸۸). رابطه استرس شغلی و خودکارآمدی با رضایت از زندگی در امدادگران حوادث گاز استان اصفهان. فصلنامه علمی- پژوهشی پژوهش در سلامت روانشناختی، دوره ۲، شماره ۱، ۱۵-۲۴.
- [۳۱] نجات، سحرناز (۱۳۸۷). کیفیت زندگی و اندازه گیری آن. مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران، دوره ۴، شماره ۲، ۵۷-۶۲.
- [۳۲] نجات، سحرناز. (۱۳۸۷). کیفیت زندگی و اندازه گیری آن. مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران. دوره ۴. شماره ۲.
- [33] Asghari A, Faghehi S.(2003). Validation of the SF-36 health survey questionnaire in two Iranian samples J Daneshvar Raftar, 1:1-11.
- [34] Bamer M, Cetin K, Johnson L, Gibbons E, Ehde M.(2008). Validation study of prevalence and correlates of depressive symptomatology in multiple sclerosis. Gen Hosp Psychiatry, 30(4):311-7.
- [35] Beiske A. G, Svensson E, Sandanger I, Czujko B, Pedersen E. D, Aarseth J. H, Myhr K. M.(2008). Depression and anxiety amongst multiple sclerosis patients. Eur J Neurol, 15(2): 239-45.
- [36] Bohlmeijer E, Prenger R, Taal E, Cuuijpers P.(2010). The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adulte with a chronic medical disease: A meta-analysis. Journal Psychosom Reserch.(68): 539-5440.
- [37] Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. Journal Health Soc Behav, 42 (2), 193-183.
- [38] De More, M., & Cohen, L.L.(۲۰۰۹). Distraction for pediatric immunization pain: A critical review. Journal Clinical Psychology Medical Settings; 12(4): 281-291.
- [39] Jandaghi F, Neshat-Doost HT, Kalantari M, Jabal-Ameli Sh. (2013). The Effectiveness of Cogni-tive-Behavioral Stress Management Group Training on Anxiety and

- Depression of Ad-dicts under Methadone Maintenance Therapy (MMT): J Clin Psychol, (4):41-50.
- [40] Kabat-Zinn, J.(2005). Coming to our senses: Healing ourselves and the world through mindfulness. New York: Hyperion.
- [41] Kabat-Zinn, J. (2004). Full catastrophe living: The program of the stress reduction clinic at the university of Massachuset Medical Center. New York: Dell Publishing.
- [42] Kabat-Zinn, J. (2005). Coming to our senses: Healing ourselves and the world through mindfulness. New York: Hyperion.
- [43] Liu L, Setse R, Grogan R, Powe NR, Nicholson WK. (2013). The effect of depression symptoms and social support on blackwhite differences in health-related quality of life in early pregnancy: the health status in pregnancy (HIP) study. BMC Pregnancy Childbirth, 13:125.
- [44] Marlatt, G. A., & J. L. Kristeller. (1999). Mindfulness and meditation In W. R. Miller (Ed), Integrating spirituality into treatment. American Psychological Association, 67-84.
- [45] Penedo FJ, Benedict C, Zhou ES, Rasheed M, Traeger L, Kava BR, Soloway M, Czaja S, & Antoni MH. (2013) Association of stress management skills and perceived stress with physical and emotional well-being among advanced prostate cancer survivors following androgen deprivation treatment. Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 20(1): 25-32.
- [46] Salzberg, S. Goldstein, A. (2001). Voices of insight. Shambhala Publications.
- [47] Susniene, D., & Jurkauskas, A. (2009). The concepts of quality of life and happiness – correlation and differences. Work Humanism, 3, 58-66.
- [48] Teasdale JD, Segal Z, Williams JM, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. J Consult Clin Psychol, (68): 615-23.
- [49] Wang Z, Chen J, Boyd JE, Zhang H, Jia X, Qiu J, & Xiao Z. (2011). Psychometric properties of the Chinese version of the perceived stress scale in Policewomen. PLoS ONE, 6 (12): 1-4.
- [50] Wang, F., & Wang, N. (2010). Material properties of the cell dictate stress-induced spreading and differentiation in embryonic stem cells. *Nature materials*, 9(1), 82.
- [51] Wells, H.B.(2009). *Depressive rumination: Nature, theory, and treatment* (pp.107-
- [52] Zollars I, Poirier Th, Pailden J.(2019). Effects of mindfulness meditation on mindfulness, mental well-being, and perceived stress.(2019)
- [53] Lu J, Mumba M, Lynch Sh, Li Ch, ... Allen R.(2019). Nursing students trait mindfulness and psychological stress. Nurse Education Today, 75, 41-46
- [54] Aranega A, Castani-Sanchez R, Garsia-perez C. (2019) Mindfulness effects on undergraduates perception of self- knowledge and stress levels. Journal of Business Research, 101, 441-446
- [55] Benzo R, Anderson P, Bronars C, Clark M.(2018). Mindfulness for healthcare Providers: The role of non-reactivity in Reducing stress, 14(6), 453-456
- [56] intervention for managing stress in multiple sclerosis, 31 (2), 113-120
- [57] Bellman – Stroble J, Pach D, Chang Y, Pasura L, ... Sh X. (2018). The effectiveness of acupuncture and mindfulness- based stress reduction (MBSR) for patients with multiple sclerosis associated fatigue. European Journal of Integrative Medicine, 20, 6-15