

بررسی اثربخشی مداخله شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی یکپارچه بر میزان بهزیستی روان شناختی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

محمد اورکی*، پوران سامی**

* دانشیار گروه روان شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

** کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

چکیده

تاریخچه:

دریافت: ۱۳۹۵/۰۴/۱۶
تجدیدنظر: ۱۳۹۵/۰۵/۳۱
پذیرش: ۱۳۹۵/۱۰/۱۶

هدف: این تحقیق بررسی تاثیر مداخله شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی یکپارچه بر میزان کیفیت زندگی، و بهزیستی روان شناختی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس میباشد.

روش: این مطالعه یک پژوهش نیمه آزمایشی و طرح پژوهش از نوع پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل است، جامعه پژوهش آن را کلیه بیماران مبتلا به ام اس که در جامعه ام اس ایران دارای پرونده هستند تشکیل می دهد که از میان آنها، ۳۰ نفر به روش نمونه گیری داوطلبانه انتخاب شدند. این بیماران به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند، سپس گروه آزمایش تحت مداخله قرار گرفت. ابزار گردآوری اطلاعات دو پرسشنامه استاندارد، شامل پرسشنامه کیفیت زندگی خاص بیماران ام اس و پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف و کیز بود که قبل و بعد از مداخله بوسیله آزمودنی ها تکمیل گردید.

کلیدواژه‌ها:

بهزیستی روانشناختی، کیفیت
زندگی، مولتیپل اسکلروزیس

یافته‌ها: تحلیل کو واریانس نشان داد که بین میانگین های نمرات گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون متغیرهای بهزیستی روان شناختی و ابعاد روانی کیفیت زندگی تفاوت معنی داری وجود دارد ($P < 0.01$)

نتیجه‌گیری: مداخله شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی یکپارچه را می توان به عنوان مداخله روان شناختی ثمر بخش برای افزایش شاخص های بهزیستی روان شناختی و کیفیت زندگی مبتلایان به بیماران مولتیپل اسکلروزیس معرفی کرد.

The Effect of Mindfulness Integrated Behavior-Cognitive Therapy on psychological well-being and quality of life among multiple sclerosis patients.

*Mohamad oraki, **Puran sami

*Associate professor, Department of Psychology, Payame noor University, Tehran, Iran.

** M.A in Psychology, Payame noor University, Tehran, Iran.

Abstract

Objective: the purpose of this research is studying of : Mindfulness Integrated Behavior- Cognitive Therapy Effect on psychological well-being, quality of life among multiple sclerosis patients.

Method: Materials and Methods: This research is a quasi-experimental design of which the corpus is all multiple sclerosis patients that have a file at MS Society of Iran. Of these 30 were selected by Voluntary sampling and were randomly divided into two groups: experimental and control group, then testing group were under Mindfulness- Integrated Cognitive Behavior Therapy. Instruments that used is quality of life' 54 items, and psychological well-being questionnaires that completed by patients. Behavior- Cognitive Therapy based on Mindfulness was used to the experimental group. After completion of the process both experimental and control groups were filled in the questionnaires again. data were then analyzed using Covariance test (Ancova and Mancova).

Results: Multi-variable covariance (Ancova and Mancova) analyze showed that there was a significant difference among two groups in the case of psychological well-being and quality of life in MS patients in psychological dimension ($p < 0/001$).

Conclusion: Mindfulness- Integrated Cognitive Behavior Therapy may increase psychological well-being in MS patients and also improves quality of life in MS patients in psychological dimension.

Article Information:

History:

Receipt: 2016/07/06

Revise: 2016/08/21

Acceptance: 2017/01/16

Keywords:

Multiple sclerosis,
psychological wellbeing,
quality of life.

مقدمه

که با بیماری طولانی مدت زندگی می کنند، کیفیت زندگی کاهش یافته ای را تجربه می کنند، همچنین افرادی که علائم شدیدتری را تجربه می کنند نسبت به افرادی که علائم بیماری آن ها خفیف تر است تنش زهای بیشتری را گزارش می کنند (کرونکه^۵ و دنی^۶، ۱۹۹۹، نقل از مسعودی، ۱۳۸۵).

بهبودی روانی به چگونگی ارزیابی افراد از زندگی شان اشاره دارد و دارای دو جزء شناختی و عاطفی است. بعد شناختی، به معنای ارزیابی شناختی افراد از میزان رضایت از زندگی و بعد عاطفی، به معنای داشتن حداکثر عاطفه مثبت و حداقل عاطفه منفی است (دینز^۷ و همکاران، ۲۰۰۲). امروزه پژوهشگران معتقدند که ایجاد بهبودی روانی و رضایت از زندگی، انسان ها را به سمت موفقیت بیشتر در زندگی، سلامت بهتر، ارتباط اجتماعی حمایتگرانه سالم تر و در نهایت سلامت روانی و جسمی بالاتر، رهنمون میسازد (فریچ^۸، ۲۰۰۶) همچنین عاطفه مثبت و منفی، مکانیسم های فکری متفاوتی را که بر سلامت روان، تأثیر دارند به راه می اندازد (اوستیر و همکاران^۹، ۲۰۰۵).

از آنجایی که در بیماری های مزمن درمان قطعی و کامل نشانه های بیماری دور از دسترس می باشد، تلاش میشود که عوامل قابل دستکاری مؤثر بر ناتوانی فرد شناسایی شود تا با پیشگیری، درمان و

بیماری مزمن بیماری طولانی مدتی است که تغییرات جسمانی در بدن ایجاد می کند و کارکردهای بیمار را محدود می گرداند. بیماری مزمن گاهی اوقات صعب العلاج است و دوره درمان آن طولانی و مراحل بهبود آن دشوار می باشد و در برخی موارد این بیماری لاعلاج است و درمان قطعی و مشخصی برای آن وجود ندارد. بیماری مولتیپل اسکلروزیس یک نوع بیماری مزمن است. فرضیه کلی درباره ایجاد این بیماری این است که سیستم ایمنی که صدمه دیده قادر به تمیز بین پروتئین های ویروسی و میلین بدن خود فرد نبوده و لذا آنتی بادی هایی تولید می کند که به بدن حمله می کنند. بعبارت دیگر بدن نسبت به خودش حساسیت پیدا می کند و این همان حالتی است که خودایمنی^۱ گفته می شود. این بیماری معمولاً زمانی ظاهر می شود که بیماران در سنین بین ۲۰ تا ۳۰ خود هستند. زمانی که آن ها در آغاز راه کار و تشکیل خانواده می باشند (میدن^۲ و اوراف^۳، ۱۹۸۷).

افراد مبتلا به بیماری های مزمن علاوه بر مشکلات جسمانی با مشکلات روانی زیادی نیز روبرو می شوند که این عوامل روانی متقابلاً بیماری آن ها را تحت الشعاع قرار می دهد (لماستر^۴، ۱۹۹۹).

از آنجا که این بیماری تنش های زیادی را به بیمار و خانواده وی تحمیل می کند. بسیاری از افرادی

5 - Kroencke
6 - Denney
7 - Diener E
8- Frisch MB
9 - Ostir GV

1 - autoimmunity
2 - Minden
3 - Orav
4 - Lemaistre

بازتوانی به موقع آنها به ارتقاء کیفیت زندگی فرد کمک شود (عطاری مقدم، ۱۳۸۴).

در 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 می توانند از بقیه توانایی های خویش لذت ببرند و این بیماری نمی تواند زندگی خانوادگی و نشاط آنها را از بین ببرد. آنها باید به این پذیرش برسند که برخی از واقعیت های زندگی تحت اختیار آنها نیست و اینجاست که باید سازگاری با روش جدید زندگی را بیاموزند. وقتی ام اس عضوی از افراد خانواده را متأثر می کند، استفاده از خدمات مشاوره، هم برای او و هم برای دیگر افراد خانواده بسیار مفید است. بنابراین، برای غلبه واقعی بر ام اس باید تا حد امکان بیماری را تعدیل و اصلاح کرد، علائم بیماری باید کنترل شوند و به فرد مبتلا کمک شده تا کیفیت زندگی را بهبود بخشد (نوی و ایران پور، ۱۳۸۴).

با توجه به آنچه گفته شد هدف این مقاله برآورد میزان اثربخشی مداخله شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی یکپارچه در افزایش بهزیستی روانشناختی و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام اس میباشد.

شناخت درمانی شیوه ای از روان درمانی است که مبتنی بر نظریه اختلالات هیجانی، مطالعات بالینی و تجربی و نیز تکنیکهای درمانی مشخص میباشد. این شیوه درمانی شکلی سازمان یافته از روان درمانی است که برای کاهش علائم و کمک به بیمار برای یادگیری روشهای موثرتر به منظور مواجهه با مشکلاتی که سبب ناراحتی او می شوند طراحی شده است. ویژگی درمان با این شیوه این

است که همه کوششها معطوف به حل مشکل است. اصطلاح شناخت درمانی به این دلیل بکار رفته است که تکنیکهای درمانی به منظور تغییر اشتباهات و سوگیری های شناختی بیمار بکار می روند. از جمله اینکه سعی می شود نحوه ای که بیمار موقعیتها و فشارهای روانی را ارزیابی می کند، دیدگاهش نسبت به خود، جهان و آینده و آن اعتقاد و نگرشهایی که ظاهراً سبب افزایش آسیب پذیری وی در برابر اختلالات هیجانی می شوند تغییر یابند (بلک برن، دیویدسون)^۱ به نقل از سیف ۱۳۷۴، ص ۳۷.

درمانگران شناخت گرا تمایل دارند به باورها، نگرش ها و انواع تفکر خودکار، که مسائل مراجعان را به وجود می آورند و آنها را تشدید می کنند پردازند. هدف درمانگران این است که ادراک مراجعان از شناخت های فعلی خود را، بهبود بخشند، نه اینکه به شناخت های گذشته دور و دراز پردازند. همچنین درمانگران شناخت گرا سعی می کنند، شناختهای ناسازگار را مستقیماً تغییر دهند تا احساسات منفی کاهش یابند، ادراک های صحیح تری از خود و دیگران فراهم می آورند و مراجع را در جهت حل مسائل خود راهنمایی می کنند. آموزش مبتنی بر ذهن آگاهی بدان سبب که بیماران رابه تمرکز بر اینجواکنون فرامیخوانند، در مقایسه با شناخت درمانی صرف میتواند کمک بیشتری به بیماران نماید تا پاسخ سازگاران ای به بیماری خود نشان داده و آن را به عنوان بخشی از زندگی خود بپذیرند. متغیر های وابسته این پژوهش، شامل کیفیت زندگی و

1- Blackburn, Davidson

گوتی^۴ و همکاران در سال ۱۹۹۲، کیفیت زندگی را یک حالت ویژه دانستند که در ترکیب با دو بعد است. اولین بعد توانایی انجام فعالیت های روزانه که خود به رفاه جسمی، روانی و اجتماعی برمی گردد. دومین بعد به رضایت بیمار در سطوح عملکردی و کنترل بیماری و درمان نشانه های وابسته به بیماری است. گستره ام اس می تواند بر جنبه های جسمی و روانی هر وجه زندگی بیمار از جمله شغل، زندگی اجتماعی و زندگی شخصی تاثیر بگذارد. مقدار و شدت نشانه های جسمی در محدودیت فعالیت های روزانه بیمار تجربه می شود. اثر روانی زندگی با ام اس در زندگی روزانه بیمار نیز قابل توجه است. لازم است که تاثیر جسمی و روانی شرایط بیماران مدنظر قرار گیرد (فرگوسن - کریستی، ۲۰۰۸).

بروز و ظهور مفهوم بهزیستی مربوط به تحولاتی است که در مورد مفهوم سلامتی بوجود آمده است، در سالیان اخیر رویکرد آسیب شناختی به مطالعه ی سلامتی انسان مورد انتقاد قرار گرفته است. بر خلاف این دیدگاه که سلامتی را به عنوان نداشتن بیماری تعریف می کنند، رویکردهای جدید بر "خوب بودن"^۵ به جای "بد یا بیمار بودن"^۶، تاکید می کنند (ریف، سینگر، لاول، ۱۹۹۸). طبق نظر برانون و فیست (۱۹۹۶)، تعاریف سلامتی در دو گروه جای می گیرند: گروه یک، آنهایی هستند که سلامتی را نبود بیماری می دانند و همه تلاش می کنند تا به این حالت ایده آل برسند؛ گروه دیگر

بهزیستس روانشناختی میباشند. مفهوم کیفیت زندگی به دوران ارسطو در ۳۸۵ سال قبل از میلاد مسیح باز می گردد، در آن دوران ارسطو « زندگی خوب» یا « خوب انجام دادن کارها» را به معنی شاد بودن در نظر گرفته است، لیکن در عین حال به تفاوت مفهوم شادی در افراد مختلف پرداخته است و ذکر نموده است سلامتی که باعث شادی در یک فرد بیمار می شود با ثروت که فرد فقیری را شاد می کند یکسان نمی باشند و به طور مشخص بیان نموده است که شادی نه تنها برای افراد مختلف معانی متفاوتی دارد بلکه برای یک فرد نیز در شرایط متفاوت معنی یکسانی نخواهد داشت.

السون کیفیت زندگی را به عنوان درک ذهنی از شادی و رضایت از زندگی در ابعادی که برای شخص مهم بود، تعریف کرد. چان^۱ (2013) چهار بعد را در ارزیابی کیفیت زندگی مطرح می کند که شامل (۱) رضایت از زندگی (۲) مفهوم خود (۳) سلامت و عملکرد (۴) عوامل اقتصادی و اجتماعی می باشد. تمامی پژوهشگران بر سه اصل در ارتباط با مفهوم کیفیت زندگی توافق دارند: (۱) یک ماهیت چندبعدی است و دارای زوایا و ابعاد مختلفی می باشد (کیبرت^۳، ۱۹۹۷).

(۲) نوعی ارزشیابی ذهنی است. (۳) ماهیتی پویا و دینامیک دارد. وابسته به زمان است و تغییرات درونی و بیرونی بر آن تاثیر دارد.

1 - Oleson

2 - chan

3 - Kiebert

4 - Gotti

5-Wellness

6 -Illness

7-Ryff, Singer, Love

آنهایی هستند که سلامتی را تنها نبود بیماری نمی دانند بلکه حرکت به طرف سلامتی بیشتر را بهتر از حرکت در جهت متضاد می دانند. آنها معتقدند سلامتی یعنی بهزیستی؛ یعنی استفاده خوب از توانمندی ها؛ این گروه سلامتی را در همه جنبه های زندگی زیستی، روانی و اجتماعی جستجو می کنند (برانون و فیست^۱، ۱۹۹۶؛ به نقل از علی اکبری دهکردی، شکرکن و محتشمی، ۱۳۸۹).

این دیدگاه مثبت هم چنین در اساسنامه سازمان سلامت جهانی بسیار مورد توجه قرار گرفته شده است و سلامتی به عنوان یک حالت بهزیستی اجتماعی، روانی و جسمی کامل و نه صرفاً نداشتن بیماری و ضعف، تعریف شده است و معنی لغوی بهزیستی یک حالت رضایت از شادبودن، سلامتی و موفقیت است که به تجربه و عملکرد روان شناختی مطلوب اشاره می کند. از این منظر، عدم وجود نشانه های بیماری های روانی، شاخص سلامتی نیست، بلکه سازگاری، شادمانی، اعتماد به نفس و ویژگی های مثبتی از این دست، نشان دهنده ی سلامت بوده و هدف اصلی فرد در زندگی، شکوفا سازی قابلیت های خود است (به نقل از ریان، دسی^۲، ۲۰۰۱). به دنبال ظهور این نظریه ها و جنبش روان شناسی مثبت^۳، که در سلامتی روانی بر وجود ویژگی های مثبت و رشد توانایی های فردی تاکید داشتند، گروهی از روانشناسان به جای اصطلاح سلامتی روانی^۴، از بهزیستی روان شناختی

استفاده کرده اند. زیرا معتقدند این واژه بیشتر ابعاد مثبت را به ذهن متبادر می کند (ریف، سینگر^۵، ۱۹۹۸).

بهزیستی روانشناختی به چگونگی ارزیابی افراد از زندگی شان اشاره دارد و دارای دو جزء شناختی و عاطفی است. بعد شناختی، یعنی ارزیابی شناختی افراد از میزان رضایت از زندگی و بعد عاطفی، یعنی داشتن حداکثر عاطفه مثبت و حداقل عاطفه منفی (دینر، لوکاس و اویشی^۶، ۲۰۰۲).

از جمله تحقیقاتی که در خصوص کیفیت زندگی بیماران مزمن صورت گرفته است، پژوهش سعیده بزازیان و محمدعلی بشارت (۱۳۸۹) با هدف برآورد نقش تعدیل کننده راهبردهای مقابله در رابطه بین ادراک بیماری، هموگلوبین گلیکوزیله و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع یک می باشد. براساس یافته های این پژوهش، راهبردهای مقابله ای، رابطه بین ادراک بیماری، هموگلوبین گلیکوزیله و کیفیت زندگی را در بیماران مبتلا به دیابت نوع یک تحت تأثیر قرار می دهند.

کیفیت زندگی سلامت محور در بیماران ایرانی با بیماری ام اس عنوان مطالعه ای بین فرهنگی است که توسط پاکپور و همکاران در سال ۲۰۰۹ انجام گرفت. نمرات افسردگی و ناتوانی گسترده ارتباط منفی معنادار با همه مقیاس های کیفیت زندگی داشتند و یافته ها به طور قوی تایید کرد که بیماران ام اس از کیفیت زندگی پایین رنج می برند. در سال ۱۳۹۰، تحقیقی با عنوان اثربخشی

5-Ryff, Singer

6 - Diener, E., Lucas, R. E., & Oishi, S

1-Brannon & Feist

2-Ryan, Deci

3-Positive psychology

4- Mental Health

زندگی و بهزیستی روانشناختی بیماران مزمن (و بیماران ام اس) کمک کرد؟

روش

این پژوهش به روش نیمه آزمایشی به اجرا درآمد. طرح تحقیق، طرح دوگروهی با پیش آزمون و پس آزمون با انتخاب آزمودنیها به شیوه داوطلبانه می باشد. جامعه آماری این تحقیق شامل ۲۵۰۰ بیمار مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس هستند از بین بیمارانی که در فاصله زمانی اول شهریور تا نهم مهر ۱۳۹۴ به مرکز مراجعه کرده بودند ، ۳۰ بیمار زن و مرد (۴۵-۲۰ساله) مبتلا به ام اس از لیست اسامی افراد یادشده انتخاب شدند که بصورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل گمارده شدند و گروه گواه در انتظار دریافت مداخله باقی ماند.

ابزار گرد آوری داده ها و اطلاعات دواپرسشنامه است: پرسشنامه ۵۴ سوالی کیفیت زندگی مخصوص بیماران ام اس^۳ MSQoL-54 (ویکری، ۱۹۹۵) که پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۵ تا ۰/۹۶ و نیز پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف و کیز (۱۹۹۵) که پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۶۵ تا ۰/۷۵ بود. زنجانی طبسی (۱۳۸۳) پایایی این پرسشنامه را با استفاده از روش همسانی درونی مورد سنجش قرار داده که ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰.۹۴ و برای خرده مقیاس های آن ضرایبی بین ۰.۶۲ تا ۰.۹۰ گزارش شده است (ریف ۱۹۹۸). اعتبار و پایایی ترجمه فارسی پرسشنامه کیفیت زندگی مولتیپل اسکلروزیس نیز در مطالعه

رفتار درمانگری شناختی در بهبود کیفیت زندگی بیماران دچار سرطان انجام شد که نشان داد رفتار درمانگری شناختی باعث بهبود کیفیت زندگی و عملکرد بیماران دچار سرطان می شود (کهرآزی و همکاران، ۱۳۹۰). مقاله ای از اوپارا^۱ و همکاران در سال ۲۰۱۰ به چاپ رسیده که در آن کمتر کردن اثر منفی بیماری روی عملکرد و کیفیت زندگی بیماران یکی از اهداف کلی درمان در مولتیپل اسکلروزیس معرفی شده است. بنابراین برای ارزیابی تاثیر درمان، اندازه گیری عملکرد و کیفیت زندگی لازم است. فرناندز^۲ در سال ۲۰۱۱ خصوصیات بیمار و اندازه های کیفیت زندگی را در جمعیت بزرگی از بیماران ام اس بیشتر از ۱۸ سال بررسی کرد. رگرسیون چندمتغیره نشان داد که تحصیلات پایین ، نمره ناتوانی بالاتر، آسیب شناختی، مجرد بودن، فاصله زمانی کوتاه از آخرین عود بیمار، دریافت جاری درمان ام اس، مهم ترین پیش بین های نمرات پایین مولفه جسمانی پرسشنامه سلامت بودند. مولفه نمره کلی روانی با وضعیت حرفه ای، بیمار سرپایی بودن یا نبودن، فاصله زمانی از آخرین عود بیماری، و این که هم اکنون تحت درمان هستند یا نه ارتباط داشت، نتیجه این که عوامل بالینی و دموگرافیکی اجماعی با تبعیت ربدی بیماران ام اس مرتبط بودند. برنامه های مداخله ای که بر این عوامل تاثیر بگذارد، می تواند بر کیفیت زندگی نیز موثر باشد. بنابراین هدف این تحقیق آنست که نشان دهد آیا میتوان با بهره گیری از شیوه های مداخله ای مبتنی بر ذهن آگاهی ، به ارتقای سطح کیفیت

1 -Opara JA

2 - Fernandez O

روانشناختی بیماران مبتلابه ام اس رامشخص نماید.

و اما برای بررسی متغیر وابسته دوم یعنی کیفیت زندگی، به منظور کنترل اثر پیش آزمون از روش تحلیل کواریانس استفاده شد. در این حالت، نمرات پس آزمون زیرمقیاس کیفیت زندگی به عنوان متغیرهای وابسته، متغیر گروه (با دو سطح) به عنوان متغیر مستقل و نمرات پیش آزمون دو زیرمقیاس کیفیت زندگی به عنوان متغیرهای هم پراش وارد معادله تحلیل کواریانس چندمتغیری شدند. قبل از اجرای تحلیل کواریانس پیش شرط های این آزمون اماری بررسی شد. همچنین با استفاده از آزمون Box's M نیز برقراری فرض رابطه خطی ساده متغیر مستقل بامتغیر وابسته مورد بررسی قرار گرفت.

هاله قائم بررسی گردیده که آلفای کرونباخ آن ۰,۹۶۲ بدست آمده است. در این پژوهش، علاوه بر استفاده از آمار توصیفی، مانند میانگین و انحراف معیار و واریانس و نمودار از تحلیل کواریانس جهت بررسی فرضیه های تحقیق استفاده شده است.

یافته های تحقیق

نتایج توصیفی تحقیق حاکی از آن است که میانگین سنی گروه آزمایش نحت آموزش ۳۴,۴۶ سال است و میانگین سنی گروه کنترل ۳۸,۲۶ سال است. میانگین مدت ابتلا به بیماری ام اس در گروه آزمایش، ۷,۹۳ سال و در گروه کنترل ۱۳,۵۳ سال است. همچنین ۱۷ نفر از آزمودنیها متاهل و ۱۱ نفر از مجرد و ۲ نفر مطلقه هستند.

مطابق جدول شماره ۱ مجذورات و میانگین مربعات مربوط به گروه ها برابر، ۲۴۵۹,۲۶۱ و $F = ۶۴,۴۶۹$ می باشد که در سطح $P \leq ۰,۰۱$ معنادار است. به عبارت دیگر بین گروه ها بعد از تعدیل نمرات پیش آزمون اختلاف معنی داری وجود دارد و مداخله شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی یکپارچه بر بهزیستی روانشناختی بیماران ام اس تأثیر معناداری داشته است. مربع ایتای جزئی (اندازه اثر) برای تأثیر متغیر مستقل در متغیر وابسته برابر ۰,۷۰۵ است که نشان می دهد ۷۰ درصد تغییرات در متغیر وابسته توسط متغیر مستقل تبیین می شود. یعنی مداخله شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی یکپارچه توانسته است ۷۰ درصد از تغییرپذیری نمرات بهزیستی

جدول ۱. آزمون کوواریانس جهت بررسی تاثیر آموزش ذهن آگاهی بر بهزیستی

منبع واریانس	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجدورات میانگین	F	سطح معنی داری	مجدور ایتای جزئی
گروه	۲۴۵۹,۲۶۱	۱	۲۴۵۹,۲۶۱	۶۴,۴۶۹	۰,۰۰۱	۰,۷۰۵
خطا	۱۰۲۹,۹۴۹	۲۷	۳۸,۱۴۶			
کل	۱۲۷۷۵۵,۰۰	۳۰				
کل تصحیح شده	۵۰۰۲,۹۶۷	۲۹				

جدول ۲. نتایج تحلیل خطی بودن (آزمون Box's (M

۵۸۸.۱	Box's M
۴۸۹.۰	F
۳	df1
۰۰۰.۱۴۱۱۲۰	df2
۶۹۰.	سطح معنی داری

جدول ۳. آزمون لاندای ویلکز

آزمون لاندای ویلکز	ارزش	F	درجه آزادی	خطای درجه آزادی	سطح معناداری
گروهها	۰,۳۳۲	۲۵,۱۴۹	۲	۲۵	۰/۰۰۱
سلامت جسمانی	۰,۱۶۲	۶۴,۶۳۲	۲	۲۵	۰/۰۰۱
سلامت روانی	۰,۳۲۴	۲۶,۱۰۶	۲	۲۵	۰/۰۰۱

همانطور که جدول ۲ نشان می دهد، اثر پیش آزمون (متغیر هم پراش) در مورد دو زیرمقیاس کیفیت زندگی ($F=0/489$ و $p=0/690$) در سطح $0/05$ معنی دار نبود. به بیان دیگر نمره پیش آزمون متغیرهای مذکور در پس آزمون اثر نداشته و می توان گفت واریانس نمرات پس آزمون تحت تاثیر پیش آزمون نبوده است. پس از حصول اطمینان از برقراری مفروضه های تحلیل کوواریانس، در ادامه برای آزمون اثر گروه یا مداخله بر متغیرهای وابسته، از آزمون لاندای ویلکز استفاده شد.

همانطور که در جدول ۳ نشان داده شده است اثر لاندای ویلکز در گروه ها ($p=0/001$) و $F=25/149$ می باشد که نشان می دهد، مداخله شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی یکپارچه در تغییر دو زیرمقیاس کیفیت زندگی به طور کلی به عنوان متغیر ترکیبی بر بیماران ام اس اثر بخش است. بنابراین جهت بررسی تاثیر این مداخله بر تک زیرمقیاسهای کیفیت زندگی به بررسی نتایج جدول کوواریانس زیر می پردازیم.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
گروه	سلامت جسمانی	۸۳,۴۱۳	۱	۸۳,۴۱۳	۳,۷۴۶	۰,۰۶۴	۰,۱۲۶
	سلامت روانی	۲۹۲۱,۶۹۴	۱	۲۹۲۱,۶۹۴	۴۸,۸۵۲	۰,۰۰۱	۰,۶۵۳
خطا	سلامت جسمانی	۵۷۸,۸۷۱	۲۶	۲۲,۲۶۴			
	سلامت روانی	۱۵۵۴,۹۸۴	۲۶	۵۹,۸۰۷			
کل	سلامت جسمانی	۹۴۳۵۱,۶۲۵	۳۰				
	سلامت روانی	۱۲۰۸۳۴,۲۷۳	۳۰				
کل تصحیح شده	سلامت جسمانی	۶۳۶۵,۴۵۵	۲۹				
	سلامت روانی	۸۳۵۴,۷۶۳	۲۹				

نتایج جدول تحلیل کوواریانس چند متغیری نشان می دهد که عامل گروه یا مداخله انجام شده روی گروه آزمایش، در مورد زیرمقیاس کیفیت زندگی (سلامت روانی) ($p=0/001$) و $F=48/852$ از لحاظ آماری در سطح $0/05$

معنادار است ولی در مورد زیرمقیاس سلامت جسمانی ($p=0/064$ و $F=3/746$) از لحاظ آماری در سطح $0/05$ معنی دار نیست. در نتیجه می توان گفت که متغیر مستقل باعث ایجاد تفاوت در مورد زیرمقیاس کیفیت زندگی (سلامت

روانی) بین دو گروه آزمایش و گواه شده است اما تفاوت معناداری در مورد زیرمقیاس سلامت جسمانی بین دو گروه ایجاد نکرده است. بنابراین میتوان با این شیوه مداخله ای کیفیت زندگی را در بعد روانشناختی ارتقا داد هرچند که در بعد جسمانی آن تغییری ایجاد نشده است. همچنین اندازه اثر مداخله بر زیرمقیاس کیفیت زندگی (سلامت روانی) برابر ۰/۶۵۳ بوده است.

نتیجه گیری و بحث

نتایج این پژوهش نشان داد که مداخله شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی، بهزیستی روانشناختی بیماران مبتلا به ام اس را افزایش داده و کیفیت زندگی آنها را در بعد روانی ارتقا بخشیده ولی در بعد جسمانی بهبود معناداری برای این افراد حاصل نشده است. این یافته با نتایج پژوهش های ویسجدایک و همکاران (۲۰۰۹) راش و همکاران (۱۹۷۷) مورفی و همکاران (۱۹۸۴) رایپک و همکاران (۲۰۰۶) کهزایی و همکاران (۱۳۹۰) ایرانپور و همکاران (۱۳۸۴) بزازیان و بشارت (۱۳۸۹) اوپارا و همکاران (۲۰۱۰) و فرناندز (۲۰۱۱) هماهنگ است. تأکید درمان شناختی- رفتاری بر فرایندهای فراشناختی، منعکس کننده این حقیقت است که شیوه پردازش می تواند به اندازه محتوای معنی و تفسیرهای مربوط به سازگاری روانی مهم باشد. هنگامی که این نوع مداخله را برای مشکلات و مسائل بیماران مبتلا به مشکلات جسمی بکار می بریم، به شناخت معنادهی های مربوط به تشخیص و کنترل بیماری های مزمن کمک می کنیم. نقش

اساسی معنادهی ها و تفسیرهای فرد از رویدادها و موقعیتهای در مداخله شناختی- رفتاری یکی از دلایلی است که این مدل درمانی را به یک درمان مناسب برای اجزای روانی مشکلات مزمن پزشکی تبدیل کرده است. آنگونه که بولژواو همکاران (۲۰۰۳) نشان داده اند در ۸۵ تا ۹۰ درصد از بیماران مبتلا به ام اس دوره های بهبود و تشدید علائم دیده شده است، و گرچه تشدید بیماری غیر قابل پیش بینی است ولی نقش مکانیزم های ایمنولوژی به وضوح در آن آشکار است. به گونه ای که استرس های روان شناختی نقش موثری در فعال سازی این بیماری بازی می کند. روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به بیماران کمک می کند که یادگیرند چگونه از احساس های بدنی، افکار و هیجانات خود آگاهی یابند و به شکل غیر مستقیم با کاهش میزان استرس پاسخ سازگارانه ای به علائم هشدار دهنده عود بیماری نشان دهند. از سوی دیگر ویسجدایک و همکاران (۲۰۰۹) دریافتند که بالا بودن مشکلات روانی (افسردگی، اضطراب، استرس، خستگی و سایر موارد) در بیماران مبتلا به ام اس نحوه کنار آمدن آنها را تحت تاثیر قرار داده و کانون توجه آنها را متمرکز بر روی مشکلات آینده می سازد، بنابراین ذهن آگاهی این توانایی را به ما می دهد تا آسیب پذیری های فراگیر در انسان را ببینیم و با آن روبرو شویم و آن ها را که بخشی از وجود ذاتی و درونی انسانها هستند به چالش بکشیم. ذهن آگاهی، نوعی آگاهی است که در زمان توجه ما به تجربیاتمان نسبت به موضوع خاصی شکل می گیرد. توجهی که متمرکز بر هدف است (توجه به طور آشکار

روی جنبه های خاصی از تجربه معطوف می شود) و در زمان حال (وقتی ذهن به گذشته یا آینده معطوف می شود آن را به زمان حال باز می گردانیم) و بدون قضاوت (فرایندی که با روح پذیرش نسبت به آنچه رخ داده است، همراه است) صورت می گیرد. آگاهی از آنچه در آینده اتفاق می افتد و آنچه که در حال رخ دادن است "توجه عمیق و مستقیم به آن و مرتبط کردن آن با پذیرش موضوع آسان است، یعنی قدرت عمل مشاهده مشارکتی. گرچه ماهیت موضوع و توجه به آن آسان است، تمرین ذهن آگاهی اغلب کاری سخت به نظر می رسد. تمرینی که در آن به طور منظم به خود آموزش می دهیم تا بدانچه در اطرافمان رخ می دهد و ناشی از تجارب ما است اطمینان کنیم. این تمرین همچنین به معرفی غریزه ما برای اجتناب از مشکل و جنبه های چالش برانگیز تجربه درمانی می پردازد. در نهایت با توجه به بحث های صورت گرفته و نتایج بدست آمده در این پژوهش می توان نتیجه گرفت که مداخله شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی یکپارچه را میتوان به عنوان مداخله روانشناختی اثر گذار که میتواند منجر به بهبودی شاخص های بهزیستی روان شناختی و بعد روانی کیفیت زندگی مبتلایان به بیماری ام اس و هم سایر بیماری های مزمن همچون سرطان، آرتریت روماتوئید و نظایر اینها معرفی کرد، تا در کنار درمان های فیزیکی و دارویی بخشی از آلام این بیماران را کم نمود.

البته این پژوهش نیز همچون بسیاری از تحقیقات، محدودیت هایی داشته است. توصیه می شود در پژوهشهای آینده در جمعیت بیشتری از بیماران و به مدت طولانی تر و همراه با دوره های

پیگیری اجرا شود. در نهایت پژوهشگران مراتب سپاسگذاری خود را از بیماران مبتلا به ام اس و مسولین انجمن ام اس ایران که امکان انجام این پژوهش را فراهم نمودند، صمیمانه ابراز می نمایند.

منابع

بزازیان، سعیده، بشارت، محمدعلی، (۱۳۸۹). بررسی نقش تعدیل کننده راهبردهای مقابله ای در رابطه بین ادراک بیماری، هموگلوبین گلیکوزیله و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع یک، پایان نامه کارشناسی ارشد.

سیف، علی اکبر (۱۳۷۴). تغییر رفتار و رفتار درمانی، نظریه ها و روش ها، تهران: نشر دانا.

-عطاری مقدم (۱۳۸۴). بررسی شیوع علائم و تشخیص و فرایند درمانی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، تهران، طبیب.

علی اکبری دهکردی، مهناز. شکرکن، حسین. محتشمی، طیبه. (۱۳۹۰). رابطه نقش جنسیتی با سلامت روانی، پایان نامه کارشناسی ارشد.

کهرآزنی، فرهاد، دانش، عصمت، آزاد فلاح، پرویز (۱۳۹۰). اثربخشی رفتار درمانگری شناختی در بهبود کیفیت زندگی بیماران دچار سرطان، فصلنامه روان شناسی کاربردی، سال ۵، شماره ۲ (۱۸)، ۲۳-۷.

مسعودی، رضا (۱۳۸۵). میزان تاثیر خودمراقبتی طراحی شده بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. پایان نامه کارشناسی ارشد.

Measurement of health-related quality of life in multiple sclerosis patients. Can J Neurol Sci 23(2): 99-103.

Kiebert, G. (1997). quality of life as an outcome measure in cancer clinical trial. *Euro Jour*,1(1): 57-66

Lemaistre, Dr. Joann. (1999). Coping with chronic illness, adapted from the book *After The Diagnosis* by Dr. JoAnn LeMaistre. 1985, 1993, and 1999

Minden S.L, Ora J, Reich P. (۱۹۸۷) Depression in multiple sclerosis. *Genreal Hospital Psychiatry*; 9, 426-434

Morphy DM, Rudick RA, Baier M, Cutter G, Dougherty DS, Weinstock-Guttman B, Mass MK, Fisher E, Simonian N. 1984. Factors that predict health-related quality of life in patients with relapsing-remitting multiple sclerosis *Mult Scler*; 9(1): 1-5.

Opara, JA., Jaracz, K., & Brola, W. (2010). Quality of life in multiple sclerosis. *Academy of Physical Education, J Med Life. Oct-Dec*; 3(4): 352-8.

Ostir GV, Smith MP, Smith D. (۲۰۰۵) Reliability of the positive and negative affect schedule (PANAS) in medical rehabilitation. *J Clin Rehabil.* 19: 767-769.

Roch, I. (1977). An introduction to perception of MS, New York: Macmillan. pp 25.

Ragipk Ozpolat, Ahmet., YucelIsgor, Isa., Sezer, Fahri. (2006). Investigating Psychological Well Being of University Students According to Lifestyles. *Procedia - Social and Behavioral Sciences. Vol* 47: 256 – 262.

نبوی س م، ایرانپور آ (۱۳۸۴). درمان نشانه ها در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس، تهران، طبیب.

References

Beuljoea, AG., Naess, H., Aarseth, JH., Anderson, D & Elovaara, I. (2003). *Health related quality of life in secondary progressive MS. Mult Scler*, 13 (3): 386-392.

Chan. D.W. (2013). Subjective well-being of Hong Kong Chinese teachers: The contribution of gratitude, forgiveness, and the orientations to happiness. *Teaching and Teacher Education, Volume 32, Pages 22-30. Clinical Psychology*, 24, p25-41.

Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R.E. (2002). Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction. In C.R. Snyder & S.J. Lopez (Ed.), *Handbook of Positive Psychology*. Oxford and New York :Oxford University Press

Fergusson White, Christy A.J. (2008). Self-Regulation in Multiple Sclerosis: The Role of Illness Cognitions and Coping in Adjustment - Department of Psychology. *Appendix Thesis submitted for the Doctorate of Philosophy*, 48- 52, 97- 99.

Fernandez, O., Baumstarck-Barrau, K., Simeoni, MC & Auquier, P. (2011). Patient characteristics and determinants of quality of life in an international population with multiple sclerosis: Assessment using the MusiQoL and SF-36 questionnaires. *Mult Scler.* Jun 13.

Frisch MB. (2006) Quality of life therapy. New Jersey: Wiley press.

Gotti DG, Hopman WM, Singer MA, Edgar CM, MacKenzie TA. 1992;

Literature for Clinical Health Psychologists, *Journal of Clinical Psychology*, 57, 479-499.

White, C, A, (2001), *Cognitive Behavior Therapy for Chronic Medical Problems: A Guide to Assessment and Treatment in Practice*, New York: John Wiley & Sons.

Ryff CD, Singer B. (1998). *The contours of positive human health*. *Psych Inqu*; 9: 1–28.

Ryan RM, Deci EL. (2001). *On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being*. *Ann Rev Psych*; 52: 141–166.

Vicshedike DC, & Cox, D, (2004), *Multiple Sclerosis: Empirical*