

اثربخشی گروه درمانی شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر افزایش بهزیستی ذهنی و امید بیماران مبتلا به ام اس

تاریخ دریافت: ۹۰/۹/۱۰

تاریخ پذیرش: ۹۱/۱/۱۴

حامد آقاباقری*، پروانه محمدخانی**، سمیرا عمرانی***، وحید فرهمند****

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر افزایش بهزیستی ذهنی و امید بیماران مبتلا به ام اس صورت گرفت.

روش: پژوهش از نوع نیمه آزمایشی همراه با گروه آزمایش و گواه بود. روش نمونه‌گیری ابتدا به صورت یک فراخوان عمومی بین زنان و دختران عضو انجمن ام اس استان یزد برگزار شد و سپس داوطلبین به صورت تصادفی در گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. پرسشنامه‌های بهزیستی ذهنی و امید در پیش آزمون توسط آنان تکمیل شد، سپس برای شرکت کنندگان در گروه آزمایش جلسات درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن به صورت گروهی طی ۸ جلسه در انجمن ام اس استان یزد برگزار شد. در جلسه هشتم نیز از افراد خواسته شد که پرسشنامه‌های مذکور را مجدداً تکمیل نمایند. برای تحلیل داده‌ها علاوه بر استفاده از آمار توصیفی از تحلیل کواریانس تک متغیری استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد که میانگین نمرات بهزیستی ذهنی و امید گروه آزمایش نسبت به گروه گواه به صورت معناداری افزایش یافت.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان می‌دهد که درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر افزایش بهزیستی ذهنی و امید بیماران مبتلا به ام اس مؤثر است.

واژه‌های کلیدی: درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن، ام اس، بهزیستی ذهنی، امید

H_ahabagheri@yahoo.com

* نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری، ساری، ایران

parmohamir@yahoo.com

** استاد، گروه روان‌شناسی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

samiomrani1000@yahoo.com

*** کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری، ساری، ایران

V.farahmand_psy@yahoo.com

**** کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری، ساری، ایران

مقدمه

ام اس^۱ یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن سیستم عصبی مرکزی است که با دمی‌لینه شدت نورون‌های عصبی همراه است و قطعات متعدد دمی‌لینه شده حاصل از بیماری سرتاسر ماده سفید را فرا می‌گیرد و عملکرد حسی و حرکتی را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۱]. طبق گزارش انجمن ام اس ایران حدود ۴۰ هزار نفر بیمار در کشور وجود دارد که ۹۰۰۰ نفر آنها ثبت شده‌اند [۲]. این رقم رو به افزایش است [۳]. شایع‌ترین سن ابتلا به این بیماری ۴۰-۲۰ سال است [۴]، همچنین شیوع این بیماری در زنان بیش از مردان است [۵]. مطالعات نشان داده‌اند که حدود ۶۰-۵۰ درصد بیماران مبتلا به ام اس از افسردگی [۴، ۶] و حدود ۲۵ تا ۴۰ درصد نیز از اضطراب رنج می‌برند [۷] که به شدت بر کیفیت زندگی این بیماران تأثیرگذار است [۸]. علائم و عوارض بیماری‌های جسمی اثرات متفاوت و قابل توجهی بر کارایی و کیفیت زندگی فرد می‌گذارد، شدت یافتن این علائم ناتوانی را برای فرد به همراه خواهد داشت که مزید بر ناتوانی ناشی از علائم جسمی وی می‌باشد. از آنجایی که در بیماری‌های مزمن درمان قطعی و کامل نشانه‌های بیماری دور از دسترس می‌باشد، تلاش می‌شود که عوامل قابل تعدیل مؤثر بر ناتوانی فرد شناسایی شود تا با پیشگیری، درمان و بازتوانی به موقع آنها به ارتقاء کیفیت زندگی فرد کمک نمود [۹]. 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 می‌توانند از بقیه توانایی‌های خویش لذت ببرند و این بیماری نمی‌تواند زندگی خانوادگی و نشاط آنها را از بین ببرد. آنها باید به این پذیرش برسند که برخی از واقعیت‌های زندگی تحت اختیار آنها نیست و اینجاست که باید سازگاری با روش جدید زندگی را بیاموزند. وقتی ام اس عضوی از افراد خانواده را متأثر می‌کند، استفاده از خدمات مشاوره هم برای او و هم برای دیگر افراد خانواده بسیار مفید است [۱۰]. 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 [۱۱]. داشتن یک زندگی مطلوب،

همواره آرزوی بشر بوده است. در ابتدا رفاه بیشتر و طول عمر بالاتر، در معنی کیفیت زندگی بهتر مطرح بود. کیفیت زندگی در نقطه مقابل کمیّت، قرار می‌گیرد و منظور از آن سال‌هایی از عمر است که همراه با رضایت، شادمانی و لذت باشد [۱۲]. بهزیستی ذهنی یکی از مؤلفه‌های کیفیت زندگی است [۱۳]، به چگونگی ارزیابی افراد از زندگیشان 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 [۱۴]. امروزه پژوهشگران معتقدند که ایجاد بهزیستی ذهنی و رضایت از زندگی، انسان‌ها را به سمت موفقیت بیشتر در زندگی، سلامت بهتر، ارتباط اجتماعی حمایت‌گرانه سالم‌تر و در نهایت سلامت روانی و جسمی بالاتر، رهنمون می‌سازد [۱۲، ۱۴]. همچنین عاطفه مثبت و منفی، مکانیسم‌های فکری متفاوتی را که بر سلامت روان، تأثیر دارند به راه می‌اندازد [۱۵]. یانگ^۲ [۱۶]، در مطالعه‌ای طولی، بین سال‌های ۱۹۷۰ تا ۲۰۰۰، نشان داد که افزایش انتظار کلی از زندگی، با افزایش انتظار داشتن تعداد سال‌های شاد، نسبت به سال‌های غیر شاد، ارتباط دارد. لیمومیرسکی^۳ [۱۷]، مشخص کرد که همبستگی قوی بین بهزیستی ذهنی با طول عمر بالاتر، سلامت جسمی بیشتر و سبک زندگی سالم‌تر وجود دارد. همچنین یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد که در کلاس درس، دانش آموزانی که جهت‌گیری بدبینانه داشتند؛ بیشتر دچار افسردگی شدند، موفقیت‌های خود را به حساب نیاورده و وقتی با شکست مواجه می‌شدند؛ راحت‌تر مأیوس می‌شدند [۱۸]. اشنایدر^۴ [۱۹] بنیان‌گذار نظریه امید و درمان مبتنی بر آن، امید را به عنوان سازه‌ای شامل دو مفهوم این گونه تعریف می‌کند: «توانایی طراحی گذرگاه‌هایی^۵ به سوی اهداف مطلوب به رغم موانع موجود و عاملیت^۶ یا عامل انگیزش لازم برای استفاده از این گذرگاه‌ها». یکی از مهمترین نیازهای روانی انسان، امید است. از نظر جهان بینی توحیدی، امید تحفه الهی است که

2- Yang

3- Lyubomirski

4- Snyder

5- Pathways

6- Agency

1- Multiple sclerosis

یافت. هسته مرکزی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن را تمرینات مراقبه حضور ذهن تشکیل می‌دهد، بعلاوه برخی از جنبه‌های درمان شناختی- رفتاری برای افسردگی را نیز در بر می‌گیرد. این برنامه در قالب ۸ هفته کلاس تا سقف ۱۲ شرکت کننده آموزش داده می‌شود [۳۳]. بنابراین، بیماران مبتلا به ام اس علاوه بر درمان‌هایی که علائم اولیه را هدف قرار می‌دهند نیاز به درمان‌هایی دارند که سایر مشکلات آنها را هدف قرار می‌دهند، تا بتوانند با سلامت روان بالاتر به مقابله با این بیماری بپردازند. در پژوهش حاضر با توجه به خصوصیات روانی این بیماران درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن انتخاب شده است و به دنبال پاسخ به این سؤال است که آیا درمان مذکور باعث افزایش بهزیستی ذهنی و امید بیماران مبتلا به ام اس می‌شود؟

روش

طرح پژوهش: این پژوهش در گروه پژوهش‌های شبه آزمایشی قرار می‌گیرد. طرح تحقیق آن به صورت دو گروهی (گروه آزمایش و گواه) و شامل دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون است. متغیر مستقل، درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بود که فقط در گروه آزمایش، اعمال شد و تأثیر آن بر نمرات پس آزمون افراد گروه آزمایش نسبت به گروه گواه، مورد مقایسه قرار گرفت.

آزمودنیها: جامعه آماری پژوهش شامل دختران و زنان مبتلا به ام اس است که در سال ۱۳۹۰ تحت پوشش انجمن ام اس استان یزد بودند. حجم جامعه آماری پژوهش ۳۰۰ نفر بود. روش نمونه‌گیری به این صورت بود که ابتدا انجمن ام اس استان یزد طی یک فراخوان عمومی اعضای خود را برای یک کار پژوهشی دعوت به همکاری کرد، سپس پژوهشگر در جلسه معرفی ضمن ارائه توضیحات لازم و اهداف پژوهش از اعضا خواست تا افرادی که تمایل به همکاری دارند، ثبت نام کنند که تعداد ۳۰ نفر تمایل خود را برای شرکت در پژوهش اعلام کردند، ۲ نفر به دلیل نداشتن شرایط پژوهشگر حذف شده و ۲۸ نفر به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. از آن جایی که در گروه آزمایش سه نفر از شرکت کنندگان جلسات درمانی را تکمیل نکردند، از گروه حذف شدند و به

چرخ زندگی را به گردش در می‌آورد و موتور تلاش و انگیزه را پرشتاب می‌کند [۲۰]. علیرغم اهمیت امید در سلامت جسمی و روانی، در گذشته توجه چندانی به آن نشده است، اما در جنبش جدید روان‌شناسی مثبت، توجه ویژه‌ای به موضوع امید شده است. از نظر سلیگمن، استاد روان‌شناسی دانشگاه پنسیلوانیا [۲۱]، علم روان‌شناسی در طول قرن بیستم، عمدتاً به اختلال‌های روانی از جمله اضطراب، افسردگی، یاس و ناامیدی توجه نموده و از توجه به عواطف مثبت انسان مانند امید، غافل بوده است. به نظر او، انسان دارای نیمه مثبت و نیمه منفی است و اکنون هنگام آن است که علاوه بر آسیب‌پذیری‌ها، به توانمندی‌ها و جنبه‌های مثبت وجود انسان توجه شود. در محور این نیمه مثبت، توجه به امید قرار دارد [۲۲]. همچنین از جمله حیطه‌های روان‌شناسی مثبت‌گرا، شادمانی، امید، خلاقیت و خرد می‌باشد [۲۳]. تظاهرات بالینی بیماری ام اس نقش مهمی در سازگاری فرد با این بیماری ایفا می‌کند. به همین جهت مداخلات روان‌درمانی که این تظاهرات را هدف قرار می‌دهند، می‌توانند به سازگاری فرد با این بیماری کمک کنند [۲۴]. حضور ذهن معمولاً به عنوان حالت آگاهی و داشتن توجه به آنچه که در زمان حال روی می‌دهد تعریف می‌شود [۲۵]. پژوهشگران نشان می‌دهند که افزایش حضور ذهن با انواع پیامدهای سلامتی نظیر کاهش درد [۲۶]، اضطراب، افسردگی [۲۷]، خوردن مرضی [۲۸]، و استرس [۲۹] ارتباط دارد. حضور ذهن می‌تواند در رها سازی افراد از افکار خودکار، عادت‌ها و الگوهای رفتاری ناسالم کمک کند و از این رو نقش مهمی را در تنظیم رفتاری ایفا کند [۳۰]. به علاوه با افزودن وضوح و حیات به تجربیات می‌تواند سلامتی و شادمانی را به همراه داشته باشد. بسیاری از نظریه‌های آسیب‌شناسی روانی و روان‌درمانی اهمیت آگاهی، حضور و مشاهده‌گری را در سلامت روانی مورد بحث قرار داده‌اند [۳۱]. درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن ترکیبی از تمرین‌های مراقبه، یوگا و شناخت درمانی است که به وسیله سگال^۱ و همکارانش [۳۲] پدید آمد و برای تسکین و درمان رنج انسان‌ها، به خصوص رنج‌های هیجانی که مردم را برای ابتلا به افسردگی آماده می‌کند، گسترش

است. بنابراین این پرسشنامه دو زیرمقیاس را در بر می‌گیرد: عامل و راهبرد. پژوهش‌های زیادی از پایایی و اعتبار این پرسشنامه به عنوان مقیاس اندازه‌گیری امید حمایت می‌کنند. همسانی درونی کل آزمون ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ است و اعتبار آزمون - باز آزمون ۰/۸۰ و در دوره‌های بیشتر از ۸ تا ۱۰ هفته، از این میزان نیز بالاتر است. همسانی درونی زیر مقیاس عاملی ۰/۷۱ تا ۰/۷۶ و زیر مقیاس راهبردی ۰/۶۳ تا ۰/۸۰ است [۳۶].

۳- پرسشنامه خصوصیات جمعیت شناختی: برای کسب اطلاعات جمعیت شناختی از جمله سن، تحصیلات و سایر اطلاعات فردی و خانوادگی، پرسشنامه خصوصیات جمعیت شناختی توسط پژوهشگر ساخته و اجرا شد.

روند اجرای پژوهش: پس از انتخاب نمونه و گمارش تصادفی آزمودنی‌ها در گروه آزمایش و گواه، از بیماران شرکت کننده در پژوهش (گروه آزمایش و گواه) پرسشنامه‌های بهزیستی ذهنی و امید به عنوان پیش تست گرفته شد، سپس برای آزمودنی‌های گروه آزمایش جلسات درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن به صورت گروهی (همراه با تکالیف در حین جلسات و تکالیف در منزل و بحث گروهی) طی ۸ جلسه (هر جلسه به مدت ۹۰ تا ۱۲۰ دقیقه) در انجمن ام اس یزد برگزار شد. در جلسه هشتم نیز از افراد خواسته شد که پرسشنامه‌های بهزیستی ذهنی و امید را مجدداً پاسخ دهند. به منظور بررسی اینکه آیا بین دو گروه از لحاظ متغیرهای جمعیت شناختی شامل سن، تحصیلات و شغل والدین، تفاوتی وجود دارد از آزمون تی مستقل برای متغیر سن و آزمون خی دو برای سایر متغیرها استفاده شد. که نشان داد دو گروه از نظر این ویژگی‌ها با یکدیگر همسان می‌باشند. محتوی جلسات درمان شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن عبارت بود از: جلسه اول) شناسایی هدایت خودکار و خروج از آن، حضور ذهن از فعالیت‌های روزانه، واریسی بدنی. جلسه دوم) سروکار داشتن با موانع: واکنش به حوادث روزانه، جدول فعالیت‌های لذت‌بخش، مراقبه نشسته ۱۰ دقیقه‌ای. جلسه سوم) حضور ذهن یا آگاهی از تنفس: حفظ هوشیاری، مراقبه نشسته ۴۰ دقیقه‌ای تنفس و بدن، حس‌های بدنی ناراحت کننده. جلسه چهارم) ماندن در زمان حال: دلبستگی، بیزاری و کسالت. جلسه پنجم) اجازه دادن / مجوز حضور: پذیرش تجارب

همین نسبت از گروه گواه نیز سه نفر حذف شدند تا اندازه گروه‌ها مساوی باقی بماند.

ابزار:

۱- پرسشنامه بهزیستی ذهنی: به منظور سنجش بهزیستی ذهنی آزمودنی‌ها از پرسشنامه بهزیستی ذهنی، استفاده شد. ساخت و هنجاریابی این پرسشنامه، توسط مولوی و همکاران [۳۴] صورت گرفته است. این پرسشنامه ۳۹ سؤال دارد و بر اساس طیف ۵ درجه‌ای لیکرت (کاملاً درست = ۵ تا حدودی درست = ۴ متوسط = ۳ تا حدودی نادرست = ۲ کاملاً نادرست = ۱) صورت می‌گیرد. این پرسشنامه دارای چهار زیر مقیاس می‌باشد که عبارتند از: ۱- سرزندگی (جمع نمرات این مقیاس بر ۱۳ تقسیم می‌شود تا نمره در یک مقیاس ۵ درجه‌ای به دست آید)، ۲- اراده (جمع نمرات این مقیاس بر ۱۰ تقسیم می‌شود تا نمره در یک مقیاس ۵ درجه‌ای به دست آید)، ۳- نوروز (جمع نمرات این مقیاس بر ۱۰ تقسیم می‌شود تا نمره در یک مقیاس ۵ درجه‌ای به دست آید) و ۴- استرس - افسردگی (جمع نمرات این مقیاس بر ۶ تقسیم می‌شود تا نمره در یک مقیاس ۵ درجه‌ای به دست آید). همچنین علاوه بر نمره کل (عواطف مثبت - عواطف منفی)، عواطف مثبت (سرزندگی + اراده) و منفی (نوروز + استرس - افسردگی) با توجه به این چهار زیر مقیاس، به دست می‌آید. ضریب اعتبار کل این پرسشنامه، ۰/۹۲ و برای زیر مقیاس‌ها، بین ۰/۸۰ تا ۰/۹۰ می‌باشد. همچنین میزان همسانی درونی این آزمون برای نوجوانان ($n=33$) ۰/۸۴ به دست آمد. نتایج تحلیل عوامل سوالات پرسشنامه با تقسیم بندی عواطف مثبت و منفی [۳۵] هماهنگ است [۳۴].

۲- پرسشنامه امید: این پرسشنامه که توسط اشنایدر و همکاران در سال ۱۹۹۱ برای سنجش امید ساخته شد، دارای ۱۲ عبارت است و به صورت خودسنجی اجرا می‌شود و برای تکمیل آن ۲ تا ۵ دقیقه وقت لازم است و طیف گزینه‌ها را از کاملاً درست تا کاملاً غلط در بر می‌گیرد، یعنی به گزینه کاملاً درست ۴، تا حدودی درست ۳، تا حدودی غلط ۲ و به گزینه کاملاً غلط نمره ۱ تعلق می‌گیرد، دامنه تغییرات این پرسشنامه بین ۸ تا ۳۲ می‌باشد. از این عبارات، ۴ عبارت برای سنجش تفکر عاملی، ۴ عبارت برای سنجش تفکر راهبردی و ۴ عبارت انحرافی

مدتی معین (۲ ماه) اجرای این درمان برای آنها به تأخیر می‌افتد ولی آنها در لیست انتظار قرار دارند و پس از این مدت برای شرکت در درمان (به صورت رایگان) دعوت می‌شوند.

یافته‌ها

به منظور محاسبه میانگین و انحراف معیار از آمار توصیفی و برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار استنباطی شامل تحلیل کواریانس تک متغیری استفاده شد. جدول ۱ میانگین و انحراف معیار بهزیستی کل و عاطفه مثبت و منفی گروه آزمایش را در مرحله پیش آزمون و پس آزمون نشان می‌دهد.

فردی. جلسه ششم) افکار حقایق نیستند: افکار فقط افکارند. جلسه هفتم) چطور می‌توانیم به بهترین وجهی مراقب خودمان باشیم: فهرست فعالیت‌های لذت‌بخش و مهارت آمیز، فهرست علائم و نشانه‌های افسردگی، تهیه برنامه فعالیت برای مقابله با افسردگی و آماده سازی برنامه فعالیت تمرین خداحافظی کردن. جلسه هشتم) کاربرد آنچه آموختیم برای سروکار داشتن با خلق در آینده. به شرکت کنندگان اطلاعاتی در مورد پژوهش، تصادفی سازی، محرمانه بودن و حق خروج از پژوهش در هر زمانی که می‌خواهند داده شد و موافقت آنها برای شرکت در پژوهش گرفته شد. به علاوه به گروه گواه توضیح داده شد که برای

جدول ۱) مقایسه میانگین و انحراف معیار بهزیستی کل و عاطفه مثبت و منفی گروه آزمایش

مرحله	بهزیستی کل		عاطفه مثبت		عاطفه منفی	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پیش آزمون	۰/۲	۲/۰۶	۶/۷۳	۱/۲۹	۶/۵۳	۱/۱۸
پس آزمون	۲/۸۶	۲/۰۲	۷/۸۸	۱/۰۸	۴/۹۹	۱/۷۱

پیش آزمون کاهش یافته است. برای بررسی معنادار بودن این تفاوت از تحلیل کواریانس استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ قابل مشاهده است.

همان طور که در جدول ۱ دیده می‌شود، میانگین بهزیستی کل و عاطفه مثبت در مرحله پس آزمون نسبت به مرحله پیش آزمون افزایش یافته است، همچنین میانگین عاطفه منفی گروه آزمایش در مرحله پس آزمون نسبت به مرحله

جدول ۲) نتایج تحلیل کواریانس در متغیرهای بهزیستی کل، عاطفه مثبت و عاطفه منفی

متغیرهای وابسته	شاخص متغیر	درجه آزادی	ضریب F	معناداری	میزان تأثیر	توان آماری
بهزیستی کل	پیش آزمون	۱	۶/۸۲	۰/۰۱	۰/۲۶	۰/۷۰
	عضویت گروهی	۱	۹/۲۸	۰/۰۰۱	۰/۳۲	۰/۸۲
عاطفه مثبت	پیش آزمون	۱	۲/۲۶	۰/۱۴	۰/۱۰	۰/۲۹
	عضویت گروهی	۱	۲/۶۹	۰/۱۱	۰/۱۲	۰/۳۴
عاطفه منفی	پیش آزمون	۱	۶/۶۶	۰/۰۱	۰/۲۶	۰/۶۸
	عضویت گروهی	۱	۷/۴۳	۰/۰۱	۰/۲۸	۰/۷۳

جدول ۳ میانگین و انحراف معیار امید کل، زیر مقیاس عاملی و راهبردی امید گروه آزمایش را در مرحله پیش آزمون و پس آزمون نشان می‌دهد.

طبق نتایج جدول ۲ درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن باعث افزایش معنادار بهزیستی ذهنی کل و کاهش معنادار عاطفه منفی در بیماران مبتلا به ام اس شده است ولی افزایش دیده شده در عاطفه مثبت معنادار نبوده است.

جدول ۳) آماره‌های توصیفی نمرات امید کل، عاملی و راهبردی در گروه آزمایش

پیش آزمون	امید کل		زیر مقیاس عاملی		زیر مقیاس راهبردی	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
۲۴/۰۲	۲/۹۱	۱۱/۳۶	۱/۹۶	۱۲/۷۲	۱/۸۴	
۲۶/۸۱	۳/۰۲	۱۲/۵۴	۱/۶۹	۱۴/۲۷	۱/۶۷	

همان طور که در جدول ۳ دیده می‌شود، میانگین امید کل، زیر مقیاس عاملی و راهبردی در مرحله پس آزمون نسبت به مرحله پیش آزمون افزایش یافته است. برای بررسی

معنادار بودن این تفاوت از تحلیل کواریانس استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ قابل مشاهده است.

جدول ۴) نتایج تحلیل کواریانس در متغیرهای امید کل، عاملی و راهبردی

متغیر وابسته	شاخص متغیر	درجه آزادی	ضریب F	معناداری	میزان تأثیر	توان آماری
امید کل	پیش آزمون	۱	۳۳/۸۴	۰/۰۰۱	۰/۶۴	۱
	عضویت گروهی	۱	۲۱/۴۶	۰/۰۰۱	۰/۵۳	۰/۹۹
زیر مقیاس عاملی	پیش آزمون	۱	۲۰/۴۰	۰/۰۰۱	۰/۵۱	۰/۹۹
	عضویت گروهی	۱	۴/۶۱	۰/۰۴	۰/۱۹	۰/۵۳
زیر مقیاس راهبردی	پیش آزمون	۱	۲۴/۲۴	۰/۰۰۱	۰/۵۶	۰/۹۹
	عضویت گروهی	۱	۲۴/۲۰	۰/۰۰۱	۰/۵۶	۰/۹۹

طبق نتایج جدول ۴ درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن باعث افزایش معنادار امید کل و زیرمقیاس‌های عاملی و راهبردی در بیماران مبتلا به ام اس شده است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی مبتنی بر حضور ذهن، بر افزایش بهزیستی ذهنی و امید بیماران مبتلا به ام اس، اجرا گردید، (عاطفه مثبت و منفی به عنوان دو زیرمقیاس بهزیستی ذهنی و همچنین زیرمقیاس عاملی و راهبردی به عنوان دو زیرمقیاس امید محسوب می‌شود). همان گونه که نتایج پژوهش نشان داد شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن به صورت معناداری باعث افزایش بهزیستی ذهنی و امید در بیماران مبتلا به ام اس گروه آزمایش نسبت به گروه گواه گردید. با توجه به یافته‌های پژوهش، شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن باعث افزایش معنادار عاطفه مثبت نشد که البته با توجه به میزان تأثیر درمان در مرحله پس آزمون و توان آماری ۳۴ درصد برای این متغیر می‌توان نتیجه گرفت که احتمالاً حجم نمونه برای این نتیجه گیری کافی نبوده

است. یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج پژوهش پاتریزیا^۱ و همکاران [۳۷] همسو می‌باشد. این پژوهشگران در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که حضور ذهن نقش مهمی به عنوان یک عامل واسطه در نشانه‌های بهبودی دارد و نتایج مثبتی را به دنبال شرکت آزمودنی در برنامه درمانی به همراه دارد. همچنین چارچوب روان‌شناسی مثبت برای تفسیر اطلاعات آن مورد استفاده قرار گرفت و عنوان شد که حضور ذهن به عنوان یک مفهوم و به عنوان یک مداخله درمانی می‌تواند به حوزه روان‌شناسی مثبت وارد شود. در این پژوهش بعد از اعمال درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن، عاطفه مثبت تغییر معناداری نکرد ولی عاطفه منفی به صورت معناداری کاهش یافت. همچنین در این رابطه براون و رایان^۲، به این نتیجه رسیدند که حضور ذهن سبب بالا رفتن بهزیستی افراد می‌شود [۳۸]. در راستای نتایج پژوهش حاضر، آرچ و کراسک^۳ [۳۹] در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که شرکت کنندگانی که ۱۵ دقیقه تنفس متمرکز داشتند (به عنوان یکی از تمرین‌های رایج در

1- Patrizia

2- Brown & Ryan

3- Arch & Craske

درستی در تفسیر نتایج باید در پرتو این محدودیت‌ها مورد توجه قرار گیرد. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود که، برای اعضای گروه گواه هیچ گونه جلسه گروهی یا درمان جایگزین تشکیل نشد. بنابراین ممکن است مکانیسم‌های فعال مرتبط با تجربه گروه (مانند پذیرش توسط گروه) و نیز مربوط به درمانگر، (مانند همدلی) یا سایر عناصر تأثیر گذار در طرح درمان (نظیر تأثیرات ناشی از انتظار مثبت از درمان) در نتایج لحاظ نشده باشد. از دیگر محدودیت‌های پژوهش، نداشتن دوره پیگیری به دلیل محدودیت زمانی بود، که پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از دوره‌ی پیگیری نیز برای ارزیابی تداوم نتایج درمان استفاده شود.

منابع

- 1- Mc Cabe PM. Mood and self-esteem of persons with multiple sclerosis following an exacerbation. *J Psychosom Res.* 2005; 59:161-166.
- 2- Taghizadeh M, Asemi M. Assess the nutritional status of patients with MS. 3Th International Congress of MS. Iran. 2006: 152-153. [Persian].
- 3- Ale-Yasin H, Sarai A, Alaeddini F, Ansarian E, Lotfi J, Sanati MH. Multiple sclerosis: A study of 318 cases. *Arch Iranian Med.* 2002; 5(1): 24-27.
- 4- Currie R. Spasticity: a common symptom of multiple sclerosis. *J nurs stand.* 2001; 15(33): 47-52.
- 5- Kenner M, Menon U, Elliott DG. Multiple sclerosis as a painful disease. *Int Rev Neurobiol.* 2007; 79: 303-321.
- 6- Donna JB, Cathy B. An overview of assistive technology for persons with Multiple Sclerosis. *J Rehabil Res Dev.* 2002; 39(2): 299-312.
- 7- Chwastiak AL, Gibbons EL, Ehde MD, Sullivan M, Bowen DJ, Bombardier HC. et al. Fatigue and psychiatric illness in a large community sample of persons with multiple sclerosis. *J Psychosom Res.* 2005; 59: 291-298.
- 8- Janardhan V, Bakshi R. Quality of Life in patients with multiple sclerosis: The impact of fatigue and depression. *J Neurol Sci.* 2002; 205: 51-58.
- 9- Atarimoghadam J. Assess the symptom prevalence and Diagnostic and therapeutic procedures in patients with MS. [M. A. Dissertation]. Iran Medical Sciences University; 2005. [Persian].
- 10- Yosofi N. Relax in the presence of others. *J MS message.* 2006; 17: 11-12. [Persian].
- 11- Nabavi SM, Iranpor A. Symptoms treatment in multiple sclerosis. Tehran: Tayeb Press; 2006. [Persian].
- 12- Frisch MB. Quality of life therapy. New Jersey: Wiley press; 2006.

شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن)، عاطفه منفی کمتری را گزارش نمودند تا افرادی که تحت این نوع تنفس قرار نداشتند. آموزش حضور ذهن بهبودی قابل توجهی را در کیفیت زندگی و نشانگان استرس بیماران مبتلا به سرطان سینه و پروستات نشان داده است [۴۰]. علاوه بر این، کاهش استرس با استفاده از روش حضور ذهن به طور معنی‌داری به افزایش وضوح ذهنی، سلامت روان، و نیز کاهش تنش بدنی انجامیده است [۴۱] و با توجه به این که امروزه معلوم گردیده که استرس‌های روان‌شناختی باعث فعال شدن بیماری ام اس می‌شود [۴۲]. بنابراین در راستای پژوهش حاضر، آموزش حضور ذهن علاوه بر افزایش بهزیستی ذهنی برای بیماران مبتلا به ام اس باعث کاهش استرس آنها می‌شود که خود این عامل میزان عود را در این بیماران کاهش می‌دهد. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش شوارتز^۱ و همکاران [۴۳] هم سو است. این پژوهشگران در یک مطالعه موردی توانستند با استفاده از روش چهار مرحله‌ای حضور ذهن به میزان ۹۰ درصد اختلال وسواس - اجبار یک بیمار زن ۲۰ ساله را درمان کنند. نتایج درمان مبتنی بر حضور ذهن اختلال وسواس - اجبار که به صورت مطالعه موردی انجام گرفت نشان داد که آموزش حضور ذهن به بیمار توانسته است کیفیت زندگی و نحوه سازگاری او با اختلال را بهبود بخشد. در پژوهش دیگری که همچون پژوهش حاضر از روان‌درمانی استفاده می‌کردند آشکار شد که روان‌درمانی حمایتی به بیماران کمک می‌نماید تا ترس‌ها، تنش‌ها و فشار عصبی خویش را کاهش دهند، موقعیت‌های خود را تغییر دهند، تمایل به زندگی را در خود قدرت بخشند، با افسردگی و ناامیدی و درماندگی روبرو شوند و در نهایت، احساس خوش بینی و اعتماد به دست آورند [۴۴]. طبق یافته‌های پژوهش حاضر بهزیستی ذهنی و امید با همدیگر همبستگی مثبت دارند. امید، سلامت جسمی و روانی را، پیش بینی می‌کند [۴۵]. از این رو در راستای نتایج پژوهش حاضر به نظر می‌رسد مداخلات روان‌شناختی از جمله درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن می‌تواند در جهت افزایش سلامت روان بیماران مبتلا به ام اس مؤثر واقع شود. هر طرح پژوهشی دارای محدودیت‌های ویژه‌ای است و میزان

1- Schwartz

- 31- Brewin CR, Waston M, McCarthy S, Hyman P, Dayson D. Intrusive memories and depression in cancer patients. *J Behav Res Ther.* 1998; 36(12): 31-42.
- 32- Segal ZV, Teasdale JD, Williams JM. *Mindfulness Based cognitive therapy for depression.* New York: The Guilford Press; 2002.
- 33- Crane R. *Mindfulness based cognitive therapy: The CBT distinctive features series.* London: Routledge; 2009.
- 34- Molavi H, Torkan H, Soltani I, Palahang H. Structure Standardization, Validity and Reliability of Subjective Well-being Questionnaire. *J Psychiatry and Clinical Psychology.* 2010; 16(3): 231-238. [Persian].
- 35- Diener E, Biswas-Diener R. *Rethinking happiness: The science of psychological wealth.* Malden MA: Blackwell Publishing; 2008.
- 36- Snyder CR, Lopez SJ. *Positive psychology: The scientific and practical exploration of human strengths.* New York: Sage Publication Inc; 2007.
- 37- Patrizia C, Nadav A, Llona B. Teaching Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) to students: The effect of MBCT on The Levels of mindfulness and Subjective Well-being. *J Couns Psychol Q.* 2008; 4: 323-336.
- 38- Brown K, Ryan R. The benefits of being present: Mindfulness and its role in Psychological well-being. *J Personal & Soc Psychol.* 2003; 84: 822-848.
- 39- Arch JJ, Craske MG. Mechanisms of mindfulness: emotion regulation following a focused breathing induction. *J Behav Res & Ther.* 2005; 44: 1849-1858.
- 40- Carlson LE, Speca M, Patel KD, Goodey E. Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress, and immune parameters in breast & prostate cancer outpatients. *J Psychosom Med.* 2003; 65: 571-581.
- 41- Block JA. 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; 2002.
- 42- Buljjevac D, Hop WCJ, Reedeker W, Janssens ACJW, Vander-Meche FGA, Vandoorn PA, Hintzen RQ. Self reported stressful life events and exacerbations in multiple sclerosis: prospective study. *J Br Med.* 2003; 646(4): 327.
- 43- Schwartz J, Gulliford E Z, Stier J, Thienemann M. Mindful awareness and self directed neuroplasticity: Integrating psychospiritual and biological approach to mental health with focus on obsessive compulsive disorder. New York: Haworth press; 2005.
- 44- Barabadi H. The efficacy of group supportive psychotherapy on the decrease of mental disorder in Patient with cancer. [M. A. Dissertation]. Alame Tabataba University; 2004. [Persian].
- 13- Lambert M, Neber D. Current issues in schizophrenia: Over review of patient acceptability, functioning capacity and quality of life. *J Cns drug.* 2004; 18: 5-17.
- 14- Diener E, Lucas RE, Oishi S. Subjective well-being. *J Clin Psychol.* 2002; 24: 25-41.
- 15- Ostir GV, Smith MP, Smith D. Reliability of the positive and negative affect schedule (PANAS) in medical rehabilitation. *J Clin Rehabil.* 2005; 19: 767-769.
- 16- Yang Y. Long and happy living: Trends and patterns of happy life expectancy in the US. *J Coc Sci Res.* 2007; 39: 224-235.
- 17- Lyubomirsky S, Tkach C, Dimmateo MR. What are the differences between happiness and self esteem. *J Soc Indic Res.* 2007; 78: 363-404.
- 18- Seligman M. *Learned optimism: How to change your life.* New York: Alfred knopf; 1998.
- 19- Snyder CR, Lopez SJ. *Handbook of Positive Psychology.* US: Oxford University Press; 2001.
- 20- Quran. Translated by Bahrampor A. Tehran: Tayeb press; 2009. [Persian].
- 21- Seligman MEP, Csikszentmihalyi M. Positive psychology: An introduction. *American Psychologist.* 2000: 159-160.
- 22- Peterson C, Seligman MEP. *Character strengths and virtues. A classification and handbook.* New York: Oxford University Press. 2004: 241-242.
- 23- Snyder CR. *Handbook of hope: theory, measures, and applications.* Academic Press: usa; 2000.
- 24- Jopson NM, Moss MR. The role of illness sererity and illness representation in adjusting to multiple sclerosis. *J Psychosom Res.* 2003; 54: 503-511.
- 25- Brown K, Ryan R. The benefits of being present: Mindfulness and its role in Psychological well-being. *J Personal & Soc Psychol.* 2003; 84: 822-848.
- 26- Kabat-Zinn J. *Coming to our senses: Healing ourselves and the word Through Mindfulness.* New York: Hyperion; 2003. 10-150.
- 27- Kabat-zinn J. et.al. Effectiveness of a meditation-based stress reduction programe in the treatment of anxiety disorders. *J Am psychiatr.* 1992; 149: 936-943.
- 28- Kristeller JL, Halleh CB. An exploratory study of a meditation-based intervention for being eating disorder. *J Health Psychol.* 1999; 4: 357-363.
- 29- Speca M, Carlson LE, Goodey E. et al. A randomized, wait-list controlled clinical trial, the effect of a mindfulness meditation-based stress reduction. Program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients. *J Psychosom Med.* 2000; 62(5): 613-622.
- 30- Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *J Am Psychol.* 2000; 55(1): 68-78.

45- Peterson C. Optimistic explanatory style and health. In J. Gillham (ed.) *The Science of Optimism and Hope*. Philadelphia PA: Templeton Foundation Press; 2000.