

مقاله اصلی

اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سبک‌های مقابله با استرس و کاهش افسردگی بیماران مبتلا به ام اس (مطالعه موردی بیماران مبتلا به ام اس در شهر تهران)

تاریخ دریافت: ۹۷/۰۷/۱۴ - تاریخ پذیرش: ۹۸/۰۶/۳۰

خلاصه

مقدمه

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سبک‌های مقابله با استرس و کاهش افسردگی بیماران مبتلا به ام اس شهر تهران در سال ۱۳۹۸ انجام شد.

روش کار

روش پژوهشی حاضر نیمه آزمایشی است و برای جمع‌آوری داده‌ها از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شده است. جامعه آماری پژوهش را ۱۷۰۰۰ بیمار عضو جامعه ام اس شهر تهران تشکیل داده‌اند که از بین آن‌ها، ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی در گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) گمارده شدند. گروه آزمایش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت آموزش قرار گرفتند و گروه کنترل در لیست انتظار ماندند. ابزارهای مورد استفاده در پژوهش شامل سبک‌های مقابله با استرس لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴) و افسردگی بک (۱۹۶۱) بودند که در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون مورد استفاده قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از اجرای پرسشنامه از طریق نرم‌افزار SPSS22 در دو بخش توصیفی و استنباطی (تحلیل کوواریانس) انجام گرفت.

نتایج

یافته‌ها نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث افزایش سبک مقابله ای مساله مدار و کاهش سبک مقابله ای هیجان مدار در بیماران مبتلا به ام اس شد. همچنین نتایج نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش افسردگی در بیماران مبتلا به ام اس گردید.

نتیجه گیری

به نظر می‌رسد، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند باعث کاهش افسردگی و تکنیک‌های موثری را برای مقابله با استرس و هیجان‌های منفی در بیماران مبتلا به ام اس ارائه دهد.

کلمات کلیدی

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، سبک‌های مقابله با استرس، افسردگی، بیماران ام اس
پی نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می باشد.

غلامرضا ناگوی محرر^۱

فرهاد کهرازی^۲

محمود شیرازی^۳

فاطمه مقصدلو^۴

رویا محمدی^۵

^۱استادیار گروه روانشناسی دانشگاه آزاد زاهدان

^۲دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه سیستان و بلوچستان

^۳دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه سیستان و بلوچستان

^۴دانشجوی دکتری روانشناسی دانشگاه آزاد واحد

زاهدان

^۵دانشجوی دکتری روانشناسی دانشگاه آزاد واحد

زاهدان

Email: Reza.sanagoo@gmail.com

مقدمه

ام اس یک بیماری التهابی، مزمن و خودایمن است که با از بین رفتن غلاف میلین دستگاه عصبی مرکزی همراه است (موسز رادریگوز^۱، ۲۰۱۷). علامت این بیماری ترکیبی از عوامل ژنتیکی و محیطی است (پیچلر، خلیل، لانگ کامر، پینتر، روپلی^۲ و همکاران، ۲۰۱۹). معمولاً اولین تظاهرات این بیماری در سنین ۲۰ تا ۴۰ سالگی با علائمی چون اضطراب، ضعف، اختلال در تعادل، اختلال بینایی و افسردگی بروز می‌یابد (لیموس، وارینگتون و رودریگوز^۳، ۲۰۱۸). فصل تولد در آن تأثیرگذار است به گونه‌ای که بیشترین آمار مربوط به متولدین فصل بهار و کمترین مربوط به متولدین فصل پاییز می‌باشد (بکر، کالگارو، لاناپیکسوتو، فریرا، ملو، گامائو و همکاران، ۲۰۱۳). اپیدمیولوژی ام اس در دهه‌های اخیر تغییر نموده است تا آنجا که روزانه گزارشات متعددی مبنی بر افزایش میزان شیوع این بیماری در سراسر جهان منتشر می‌شود، طبق برآورد مطالعات انجام شده، در سراسر جهان ۲/۵ میلیون نفر از بیماری ام اس رنج می‌برند (وانگ و گرینبرگ^۴، ۲۰۱۸). انجمن ملی ام اس در سال ۲۰۱۱ اعلام کرده است که بیشتر از ۱/۲ میلیون نفر در سراسر جهان به آن مبتلا هستند. کشور ما، ایران یکی از مناطق نسبتاً شایع ام اس است. میزان ابتلا به این بیماری در ایران، به رغم آمار کمتر گزارش شده در بین آسیایی‌ها (۳-۵ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر)، در حدود ۱۵ تا ۳۰ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر است. طبق گزارش انجمن ام اس ایران در حدود ۴۰ هزار نفر بیمار در کشور وجود دارد که ۹۰۰۰ نفر آن‌ها ثبت شده‌اند، این رقم رو به افزایش است (عابدینی، قنبری هاشم آبادی و طالبیان شریف، ۱۳۹۵).

از جمله مشکلات رایج در بیماران مبتلا به ام اس اختلال در تعادل و تحرک و نیز شکایت این بیماران از مشکلات خواب و خستگی می‌باشد که مطالعات مختلف نشان داده است، این

مشکلات کاملاً به هم مربوط بوده و بر هم تأثیرگذار است (وایت هاوس، فیسک، برنشتاین، بریگان، بولتون^۵ و همکاران، ۲۰۱۹). بیماری در ۱۰ درصد از افراد دارای سیر پیش‌رونده اولیه و بهبودی موقت، نادر است که زوال عملکردهای شناختی را به همراه دارد. در الگوی دیگر که کمتر متداول است (۵ درصد)، بیماری دارای عود پیش‌رونده می‌باشد و طی دوره‌های عود و وخامت بیماری، ناتوانی به‌طور مستمر ادامه می‌یابد (پالم، کالاه، کرینگ، لفوجیور و آیاچ^۶، ۲۰۱۸). در حملات تیپیک، نشانه‌های بیماری طی چند روز تا ۳-۲ هفته وخامت می‌یابد و سپس فروکش می‌کند. بهبودی حملات سریع است و در عرض چند هفته به وجود می‌آید؛ اگرچه ممکن است چند ماه طول بکشد. میزان بهبودی جسمانی در بین بیماران و حملات مختلف بیماری متفاوت است؛ به طوری که فروکش کردن بیماری ممکن است کامل باشد، ولی در بیشتر موارد به‌طور کامل فروکش نمی‌کند و به دنبال حملات بعدی نقص‌های دائمی بیشتری به وجود می‌آید (حسن‌زاده، وشانی، رمضان‌زاده و گازرانی، ۱۳۹۳). برخی از محققان معتقد هستند که عود بیماری تأثیر بر روی پیشرفت ناتوانی ندارد (گودین، ریدر، برمل، گاتر، فوکس^۷ و همکاران، ۲۰۱۶)، اما مطالعاتی نشان داده است که عود به عنوان یکی از عوامل خطر پیشرفت و گسترش ناتوانی بیمار محسوب می‌گردد (اولن-بروکی، کاستلی-هالی، لاگ، جانسون^۸، ۲۰۱۲). این علائم نه تنها سلامت عمومی فرد را محدود می‌سازند، بلکه توانایی انجام فعالیت‌های حرکتی روزانه را تحت تأثیر قرار می‌دهند. نقش تعادل در استقلال فعالیت‌های روزمره زندگی^۹ حیاتی می‌باشد. اختلال در کنترل منجر به کاهش ثبات فرد می‌گردد و در نتیجه کاهش استقلال عملکردی، تشدید ناتوانی و هم‌چنین افزایش خطر افتادن می‌گردد (ایلفت، لیتگو، مارتین و بروک^{۱۰}، ۲۰۱۵). همه موارد یاد شده یکی از مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر بهزیستی روانی بیماران مبتلا به ام اس بوده و

^۱- Moses Rodriguez

^۲- Pichler, Khalil, Langkammer, Pinter, Ropele

^۳- Lemus, Warrington & Rodriguez

^۴- Becker, Callegaro, Lana-Peixoto, Ferreira, Melo & da Gama

^۵- Wang & Greenberg

^۶- Whitehouse, Fisk, Bernstein, Berrigan, Bolton

^۷- Palm, Chalah, Créange, Lefaucheur & Ayache

^۸- Goodin, Reder, Bermel, Cutter, Fox

^۹- Oleen-Burkey, Castelli-Haley, Lage & Johnson

^{۱۰}- Ilett, Lythgo, Martin & Brock

داشتند. در این مطالعه سبک‌های مقابله هیجان مدار و اجتناب تجربی، آشفتگی روان شناختی را پیش‌بینی کردند و میزان واریانس تبیینی سبک‌های مقابله بیشتر از اجتناب تجربی بود. سبک‌های مقابله‌ای به عنوان کوشش‌هایی برای بالا بردن تناسب بین شخص و محیط و یا به عنوان تلاش‌هایی برای اداره رویدادهایی که استرس زا درک می‌شوند، تعریف شده است. بیلینگز و موس^۱ (۱۹۸۱) مقابله را واکنش‌های شناختی و رفتاری افراد که در پاسخ به موقعیت و عوامل فشارزا که در زندگی اخیرشان اتفاق افتاده است، تعریف می‌کنند. لازاروس مقابله را تلاش برای کنترل و اداره موقعیت‌های به نظر خطرناک و استرس‌زا تعریف کرده و استرس را شامل سه مرحله می‌داند: الف. ارزیابی اولیه فرایند که شامل ادراک اولیه فرد از یک تهدید یا خطر است، ب. ارزیابی ثانویه فرایند که به پاسخ بالقوه فرد در ذهن برای مقابله با یک تهدید اشاره دارد و ج. مقابله فرایند که فرد در این مرحله به اجرای آن چه در ذهن دارد می‌پردازد. در همین راستا مقدم، رشیدزاده، شمس‌علیزاده و فلاحی (۱۳۹۳)، طی پژوهشی با عنوان "تاثیر آموزش مقابله با استرس بر استرس ادراک شده و سبک مقابله با استرس" دریافتند که کاهش میزان استرس ادراک شده افراد را می‌توان به آموزش نسبت داد ولی نقش عوامل مداخله‌گر را نیز باید در نظر گرفت. عدم تغییر سبک‌های مقابله‌ای پس از آموزش در افراد می‌تواند مرتبط به کوتاهی دوره آموزش و نقص محتوای آموزش باشد. بر اساس نظر لازاروس (۲۰۰۰) دو نوع مقابله اصلی در برابر فشار روانی وجود دارد: ۱- سبک مقابله‌ای مساله مدار: شامل تلاش یا انجام کار در راستای حل مسئله جهت کنترل موقعیت یا از بین بردن تنیدگی و یا به حداقل رساندن آن می‌باشد که می‌تواند معطوف به درون یا بیرون باشد. ۲- سبک مقابله‌ای هیجان مدار: فرد بر خود متمرکز شده و تمام تلاش وی متوجه کاهش احساسات ناخوشایند خویش است و نشان‌دهنده یک واکنش کلی به رویدادهای تنش‌زا است که ممکن است اتکاء به دیگران باشد.

با بروز اختلالات روانی رابطه تنگاتنگ دارد و همان‌طور که مطالعات گذشته نشان داده‌اند، با افزایش شدت خستگی، میزان افسردگی در این بیماران افزایش می‌یابد (ویدر و پل، ۲۰۱۴). بنابراین توجه به مولفه‌های روانی این بیماری و مداخله در این خصوص می‌تواند نقش موثری در سازگاری بیمار با شرایط جسمانی خود ایفا کند. خصوصاً مداخلاتی که افسردگی را هدف قرار می‌دهد، زیرا حدود ۵۰٪ بیماران مبتلا به ام اس از افسردگی رنج می‌برند و میزان افسردگی در این بیماران بیش از جمعیت عادی و سایر بیماری‌های مزمن جسمانی دیگری است (کارتا، پاریلو، آناستازیا، دی براردیس، ناردی و فورنارو^۲؛ ۲۰۱۸). شدت افسردگی بیمار بر کیفیت زندگی، توانمندی‌های بدنی (بریوچر، فیلی، گیسلر، جرمن، زورنر^۳ و همکاران، ۲۰۱۸)، و بازگشت دوباره بیماری (اسکورنر و ویزرت^۴؛ ۲۰۱۹) تاثیر ویران کننده ای می‌گذارد. الگوی بیماری و شیوه برخورد با آن در بیمار ام اس که دچار افسردگی شده است در برابر بیماری که به افسردگی دچار نشده یا آن را مهار کرده، بسیار ناهمسانند است (گات، تروجان، کامینسکا، گاردوسو، بندتی^۵ و همکاران، ۲۰۱۳). افسردگی شدید خطر اقدام به خودکشی با هدف پایان دادن به دشواری‌های ناشی از بیماری را نیز بالا می‌برد (عباسی، پهلوان زاده و علی محمدی، ۱۳۹۵).

بیماران مبتلا به ام اس باید با سیر منفی و غیرقابل پیش بینی سلامت، تغییر روابط اجتماعی و دوستانه و نیازهای حمایتی فزاینده مقابله کنند. بهزیستی عمومی بیماران به چگونگی سازش آنها با این تغییرات بستگی دارد. در این خصوص هولاند، اسکولتر، یانگ، میلز، راگ^۶ و همکاران (۲۰۱۹)، طی پژوهشی دریافتند که سبک‌های مقابله‌ای هیجان مدار و اجتناب تجربی (به عنوان یک سبک مقابله هیجان مدار) با آشفتگی روان شناختی و بهزیستی پایین بیماران مبتلا به ام اس ارتباط

^۱- Veauthier & Paul

^۲- Carta, Paribello, Anastasia, De Berardis, Nardi & Fornaro

^۳- Broicher, Filli, Geisseler, Germann, Zörner

^۴- Schorner & Weissert

^۵- Côté, Trojan, Kaminska, Cardoso & Benedetti

^۶- Holland, Schlüter, Young, Mills, Rog

جسمی و هیجانی است و به مراجعین می‌آموزد که وضعیت‌های هیجانی، جسمانی و شناختی را بدون واکنش غیرارادی مورد مشاهده قرار دهند (بوئن و همکاران، ۲۰۱۱). بر اساس پژوهش‌ها، مراقبه متعادل، مراقبه ذهن آگاهی، مراقبه و یاسانا، یوگا و سایر فنون مراقبه‌ای تأثیر قابل توجهی در بهبود توان بخشی انواع بیماران داشته‌اند (ویتکی ویتز، مارلات و والکر؛ ۲۰۰۵). مطالعات نشان می‌دهد که درمان ذهن آگاهی با انواع پیامدهای سلامتی نظیر کاهش درد، اضطراب و افسردگی (کابات زین؛ ۲۰۰۳) و استرس (اسپیکا، کارلسون، گودی و انجن؛ ۲۰۰۰) ارتباط دارد. تحقیقات دیگر نشان داده‌اند که ذهن آگاهی، خلق را بهبود می‌بخشد و آموزش کوتاه مدت آن، افسردگی را کاهش می‌دهد و باعث افزایش بهزیستی روانی بیماران ام اس می‌شود (بوهلمیجر، پرنجر، تال و کوایچ پرس؛ ۲۰۱۰) و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی به بهبود نشانه‌های استرس، اضطراب و افزایش اعتماد به نفس و بهبود کیفیت زندگی منجر می‌شود (گلدین و گروس؛ ۲۰۱۰).

مطالعات زیادی بر روی عوامل روان‌شناختی مؤثر بر این بیماری در سراسر جهان انجام شده است، اما به نظر می‌رسد در ایران تعداد این مطالعات چندان زیاد نیست. پژوهش حاضر در نظر دارد وضعیت برخی از این متغیرها را در بیماران ایرانی مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مطالعه کرده و با استفاده از آن‌ها میزان سازگاری در بیماران را پیش‌بینی نماید. با توجه به این که کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، علاوه بر ناتوانی فیزیکی از عوامل روان‌شناختی و محیطی غیر مرتبط با بیماری، نیز تأثیر می‌پذیرد و در حال حاضر روش‌های درمانی غیر دارویی متعدد، از قبیل روش‌های مختلف روان‌درمانی، برای افزایش سازگاری وجود دارد و به این وسیله می‌توان به ارتقای بهزیستی روانی این افراد کمک کرد، توجه به این عوامل و اصلاح به موقع آن‌ها امری ضروری است که کارآمدی و

بنابراین با توجه به این که بیماری مولتیپل اسکلروز اثرات همه جانبه‌ای در ابعاد مختلف زندگی فرد علی‌الخصوص مسائل مربوط به وضعیت روان‌شناختی برجای می‌گذارد، به نظر ضروری می‌رسد که با استفاده از مداخلات روانشناسی، برای بهبود وضعیت روانی این بیماران، اقدام شود. از جمله این مداخلات، می‌توان به درمان‌های شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی اشاره کرد. درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی یک رویکرد غیر دارویی است که می‌تواند به عنوان یک گزینه درمانی در کمک به افزایش سلامت جسمانی، بهزیستی روانی، حمایت اجتماعی و روابط بین فردی در این بیماران مورد توجه قرار گیرد (پتتر، مک گراث، چامبرز و دیک؛ ۲۰۱۴). ذهن آگاهی به علت سازوکارهای نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت‌زدایی، حضور در لحظه و مشاهده گری بدون داوری می‌تواند ضمن کاهش علائم و پیامدهای پس از بیماری اثربخشی درمان را افزایش داده و به پیشگیری از عود بیماری کمک کند (هسو، گرو و مارلات؛ ۲۰۰۸). رویکرد کابات زین برای درمان بیماران شامل واریسی بدنی یا فن آگاهی از بدن، یک سری تغییرات عمدی را در بر می‌گیرد که در آغاز بر کل بدن و سپس بر هر بخشی از بدن در یک شیوه بدون داوری متمرکز می‌شود (بوئن، چاوالا و مارلات؛ ۲۰۱۱). با استفاده از تمرین‌های مبتنی بر ذهن آگاهی فرد یاد می‌گیرد که پاسخ‌هایی جایگزین ناراحتی‌های هیجانی بدهد و پاسخ‌های شرطی شده را کاهش می‌یابد. در ذهن آگاهی افراد یاد می‌گیرند که تجربیات را به عنوان تجربیات مجزا از خود و به عنوان یک حالت گذرا و موضوعی برای تغییر بپذیرند (ویتکیویتز و بوئن؛ ۲۰۱۰). شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مهارت‌های پیشگیری از عود شناختی رفتاری (به عنوان مثال شناسایی کردن موقعیت‌های پرخطر و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای) و مراقبه ذهن آگاهانه محوریت پیدا کرده است. تمرینات ذهن آگاهی به دنبال افزایش پذیرش آگاهی متمایز از طریق تمرکز خاص بر ناراحتی‌های

^۰ - Witkiewitz, Marlatt & Walker

^۱ - Kabat-Zinn

^۲ - Speca, Carlson, Goodey & Angen

^۳ - Bohlmeijer, Prenger, Taal & Cuijpers

^۴ - Goldin & Gross

^۱ - Petter, McGrath, Chambers & Dick

^۲ - Hsu, Grow & Marlatt

^۳ - Bowen, Chawla & Marlatt

^۴ - Witkiewitz & Bowen

معیارهای ورود مورد بررسی قرار می‌گرفتند و در صورت واجد شرایط بودن وارد پژوهش می‌گردیدند، و سپس به صورت تخصیص تصادفی با استفاده از قرعه‌کشی در یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار می‌گرفتند، پس از انتخاب ۳۰ نفر نمونه‌گیری متوقف گردید.

ابزار اندازه‌گیری در این پژوهش پرسشنامه سبک‌های مقابله با استرس لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴) و پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۶۱) بود.

پرسشنامه سبک‌های مقابله با استرس لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴): این پرسشنامه ۶۶ عبارتی توسط لازاروس و فولکمن ساخته شد (لازاروس و فولکمن، ۱۹۸۴). این پرسشنامه هشت روش مقابله را ارزیابی قرار می‌دهد که در نهایت، به دو سبک کلی مسئله‌مدار و هیجان‌مدار تقسیم می‌شوند. لازاروس (۱۹۹۳) ثبات درونی مقیاس‌ها را از ۰/۶۶ تا ۰/۷۹ برای هر یک از روش‌های مقابله‌ای بیان کرده است. هاشم‌زاده (۲۰۰۶) در پژوهشی، که روی نمونه‌های ایرانی انجام داد، اعتبار این پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۶ محاسبه کرد. میزان پایایی در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ محاسبه شد.

پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۶۱): این پرسشنامه دارای ۲۱ سوال خودگزارشی است که برای ارزیابی افسردگی طراحی شده است. هر سوال شامل چهار گزینه است و نمره جملات بین صفر تا سه متغیر است. آزمودنی باید گزینه‌ای را علامت‌بزند که با حال کنونی او بیشتر سازگار است. نمره کلی از صفر تا ۶۳ می‌تواند تغییر کند. بک، در رابطه با فرم تجدید نظر شده بررسی انجام داده و عنوان کرده این ابزار وجود و شدت علائم افسردگی را در بیماران و جمعیت بهنجار و نوجوانان و بزرگسالان نشان می‌دهد. ثبات درونی این ابزار ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶. و ضریب آلفا برای گروه بیماران ۰/۸۶. و غیربیمار ۰/۸۰. گزارش شده است. در یک بررسی که بر روی ۱۲۵ دانشجوی دانشگاه تهران و دانشگاه علامه طباطبایی انجام گرفت نتایج پژوهش نشان داد میانگین و (انحراف استاندارد) نمره کل ۹/۷۹ و (۷/۹۶) است. همچنین، آلفای کرونباخ ۰/۷۸. و اعتبار به

استقلال افراد مبتلا را افزایش می‌دهد. در ضمن، هیچ‌یک از مطالعات بررسی‌شده، ترکیبی از عوامل شخصی و محیطی را در پیش‌بینی سازگاری افراد مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس بررسی نکرده‌اند و مشخص نیست سهم کدام دسته از این عوامل بیشتر است. بنابراین پژوهشگر به دنبال این مسئله است: روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سبک‌های مقابله با استرس و کاهش افسردگی بیماران مبتلا به ام‌چه تأثیری دارد؟

روش کار

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی و طرح مورد استفاده در این پژوهش (طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون) همراه با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس MS در سال ۱۳۹۸ که در انجمن ام‌اس ایران در شهر تهران بودند، تشکیل دادند. تعداد کل بیماران دارای ام‌اس در کشور که در انجمن ام‌اس پرونده داشتند، طبق آمار ام‌اس ایران ۱۷۰۰۰ نفر بودند. واحدهای پژوهش در این تحقیق بر اساس معیارهای ورود و با توجه به مطالعات مشابه مداخله‌ای که در زمینه ام‌اس انجام گردیده است ۳۰ نفر برآورد گردید که برای هر گروه ۱۵ نفر بیمار مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مراجعه‌کننده به انجمن ام‌اس شهر تهران در سال ۱۳۹۸ تعیین گردید، معیارهای ورود به پژوهش شامل: محدوده سن ۲۰-۴۰ سال، حداقل سابقه شش ماهه بیماری مولتیپل اسکلروزیس، حداقل تحصیلات سوم راهنمایی و توانایی جسمانی و روانی کافی برای نوشتن و مبتلا به نوع متوسط مولتیپل اسکلروزیس از لحاظ شدت ناتوانی و علائم بیماری، داشتن بصیرت کافی و توانایی لازم برای همکاری در مطالعه در نظر گرفته شد. معیارهای خروج شامل عود بیماری و شدید شدن شدت ناتوانی از حالت ناتوانی متوسط به ناتوانی شدید بود. در این پژوهش بیماران با توجه به معیارهای ورود به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند، بدین طریق که محقق به مدت یک هفته در انجمن ام‌اس حضور یافت و با بیماران مراجعه‌کننده مذاکره و در صورت تمایل آن‌ها، در گام بعدی معیارهای ورود به پژوهش را در بیمار مورد بررسی قرار می‌داد بدین طریق که مراجعه‌کنندگانی که تمایل به ورود پژوهش را داشتند از نظر

روش بازآزمایی با فاصله دو هفته ۷۳٪. گزارش شد (خالدیان و همکاران، ۲۰۱۳). میزان پایایی در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۶ محاسبه شد.

جدول ۱- جلسات درمانی مربوط به درمان شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسه	محتوا جلسه
اول	تنظیم خط‌مشی کلی با در نظر گرفتن جنبه‌ی محرمانه بودن و زندگی شخصی افراد، دعوت افراد به معرفی خود با یکدیگر، تمرین خوردن کشمش به شیوه حضور ذهن، آشناسازی با مفهوم هدایت خودکار، معرفی این راهبرد مقابله‌ای برای استفاده در زمان‌هایی که شرایط موجود، احساسات مختل‌کننده‌ای را برمی‌انگیزد، تمرین واریسی بدنی، تکلیف خانگی، بحث و تعیین جلسات هفتگی توزیع نوارها و جزوات جلسه اول
دوم	مرور تکلیف هفته گذشته، تمرین واریسی بدنی، بازنگری تمرین، تمرین افکار و احساسات جایگزین و آموزش تمرکززدایی از افکار و فرضیات ذهنی با گذشتن برچسب فرضیه روی آن‌ها، ثبت وقایع خوشایند، مراقبه نشسته ۱ تا ۱۰ دقیقه، تعیین تکلیف خانگی
سوم	تمرین دیدن یا شنیدن، معرفی تمرین مراقبه‌ی نشسته و منطق اجرای آن، ۳۰ تا ۴۰ دقیقه در حالت مراقبه، تقویت حوزه‌ی حالت ذهنی بودن، بازنگری تکلیف، تمرین فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای و بازنگری، تعیین تکلیف خانگی
چهارم	تمرین پنج دقیقه‌ای دیدن یا شنیدن، ۴۰ دقیقه مراقبه، ذهن آگاهی از تنفس، بدن، صدا و افکار بازنگری، تمرین مراقبه‌ی ذهن آگاهی، تعیین تکلیف خانگی
پنجم	قبل از هر تغییری باید خود را به همان گونه‌ای که هستیم بپذیریم و این مستلزم اجازه دهی و مجوز بخشیدن به حضور احساسات ناخوشایند در آگاهی است، ۴۰ دقیقه مراقبه نشسته بازنگری، تمرین بازنگری، مرور و بررسی تمرین جلسه قبل، تعیین تکلیف خانگی
ششم	آموزش توجه به ذهن و اینکه افکار حقایق نیستند، خلق و افکار منفی، ارتباط ما را با تجربه محدود می‌کنند؛ درک این مطلب که افکار، فقط فکر هستند، مراقبه نشسته ۴۰ دقیقه‌ای، ذهن آگاهی از تنفس، بدن، اصوات و افکار بازنگری، تمرین بازنگری تکلیف خانگی، آماده شدن برای اتمام دوره
هفتم	۴۰ دقیقه مراقبه نشسته، آگاهی از تنفس، بدن، صداها و سپس افکار بازنگری تمرین‌ها، برنامه‌ریزی فعالیت، تعیین و تهیه‌ی فهرستی از فعالیت‌های لذت‌بخش و تسلط بر انگیز، بازنگری تکلیف خانگی، تمرین مشاهده ارتباط بین فعالیت و خلق
هشتم	بازنگری مطالب گذشته و جمع‌بندی و اجرای پس‌آزمون

تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از اجرای پرسشنامه «سبک‌های مقابله با استرس» بیماران مبتلا به ام اس، از تحلیل ها از طریق نرم افزار SPSS-22 در دو بخش توصیفی و استنباطی (تحلیل کوواریانس) انجام پذیرفت.

یافته‌ها

در این بخش با استفاده از مدل‌های آماری مناسب هر یک از فرضیه‌های پژوهشی مورد آزمون قرار می‌گیرد. به منظور بررسی تاثیر «اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی» بر

جدول ۲- خلاصه آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره جهت اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر راهبردهای مقابله با

اثرات	لانداى ويلکز	F	استرس		توان آزمون
			درجه آزادی فرض شده	درجه آزادی خطا	
گروه	۰/۵۶	۱۴/۰۵	۲	۳۵	۱

، $F=14/05$ ، $P=0/01$ ، $\eta^2=0/445$ ، به عبارت دیگر

می‌توان ادعا کرد که در مجموع، تفاوت معناداری بین گروه‌ها

چنان که اطلاعات جدول ۲ نشان می‌دهد، شاخص لانداى

ویلکز در سطح ۰/۰۱ معنی دار است ($Wilks\ Lambda\ 0/56$)

وجود دارد؛ بنابراین به منظور اطلاع از این که تفاوت بین گروه‌ها مربوط به کدام یک از "راهبردهای مقابله با استرس" است، از تحلیل تک متغیری با تصحیح خطای نوع اول به شیوه بونفرونی استفاده گردید، در این شیوه برای کنترل خطای نوع اول سطح معنی‌داری آزمون فرضیه‌ها برابر با ۰/۰۲۵ در نظر گرفته شد.

جدول ۳- تحلیل کوواریانس یک راهه بین آزمودنی جهت بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر راهبردهای مقابله با

استرس						
منبع تغییر	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
گروه	متمرکز بر حل مساله	۲۳۶/۴	۱	۲۳۶/۴	۸/۳	۰/۱۸۸
	متمرکز بر هیجان	۱۳۰/۴	۱	۱۳۰/۴	۲۳/۴	۰/۳۹۴
خطا	متمرکز بر حل مساله	۱۰۲۱/۹	۳۶	۲۸/۴		
	متمرکز بر هیجان	۲۰۰/۲	۳۶	۵/۶		
کل	متمرکز بر حل مساله	۹۶۸۸۲	۴۰			
	متمرکز بر هیجان	۴۷۸۴۳	۴۰			

گرفته‌اند، افزایش داشته است، در حالی که نمرات "راهبرد متمرکز بر هیجان" آن‌ها در پس آزمون، کاهش یافته است. اندازه اثر نیز حاکی از آن است که تقریباً ۳۹/۴ درصد از واریانس "راهبردهای متمرکز بر هیجان" از طریق انتساب به گروه‌ها قابل تبیین است. این رقم در خصوص "راهبردهای متمرکز بر حل مساله" به ۱۸/۸ درصد می‌رسد.

بر اساس اطلاعات جدول بالا، با احتساب آلفای میزان شده بونفرونی (۰/۰۲۵) در هر دو "راهبرد مقابله با استرس" تفاوت معناداری بین گروه‌ها، وجود دارد؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سبک‌های مقابله با استرس بیماران مبتلا به ام اس تاثیر دارد. به طوری که میانگین "راهبردهای متمرکز بر حل مساله" بیماران مبتلا به ام اس که تحت آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی قرار

جدول ۴- نتایج آزمون کوواریانس بر روی میانگین‌های پیش آزمون و پس آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل در افسردگی

متغیر	شاخص آماری	SS	Df	MS	F	معنی‌داری
افسردگی	پیش آزمون	۱۴۲/۰۲	۱	۱۴۲/۰۲	۷/۲۵	۰/۰۱۲
	گروه	۲۶۳/۲۴	۱	۲۶۳/۲۴	۷/۰۲	۰/۰۰۱
	خطا	۹۷۴/۸۸	۲۶	۳۷/۴۹		
	کل	۱۶۸۴۷/۰	۳۰			

آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در شرکت کنندگان گروه آزمایش به نسبت گروه کنترل تأثیر بیشتری بر کاهش افسردگی بیماران مبتلا به ام اس داشته است.

بحث و نتیجه گیری

نتایج نشان داد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سبک‌های مقابله با استرس بیماران مبتلا به ام اس تاثیر دارد. به

مندرجات جدول ۴ نشان می‌دهد که با توجه به اینکه F محاسبه شده افسردگی ($F=7/02, P > 0.05$) بوده است و با توجه به معنی‌داری به دست آمده (۰/۰۰۱) که بزرگتر از سطح معنی‌داری ۰/۰۵ است. می‌توان به این نتیجه رسید که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی بیماران مبتلا به ام اس تاثیر داشته است. بنابراین نتیجه گرفته می‌شود که استفاده از

بطوری که میانگین "راهبردهای متمرکز بر حل مساله" بیماران مبتلا به ام اس که تحت آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفته‌اند، افزایش داشته است، در حالی که نمرات "راهبرد متمرکز بر هیجان" آن‌ها در پس آزمون، کاهش یافته است. نتایج پژوهش با یافته‌های فوگارتی و همکاران (۲۰۱۶)، کوردیاک و همکاران (۲۰۱۴)، عباسی و همکاران (۱۳۹۵)، سلیمانی و تاج‌الدینی (۱۳۹۵)، همسو می‌باشد. یافته‌های این پژوهش نشان داد که شیوه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (با تأکید بر اینجا و اکنون) سبب شد تا بیماران احساس کنند بیشتر از گذشته بر نشانه‌های بیماری خود کنترل دارند و این حس کارآمدی فردی، توأم با کنترل‌پذیری، باعث کسب دیدگاه‌های واقع‌بینانه‌تری درباره بیماری و در نتیجه ادراک صحیح نسبت به بیماری ام اس شد. آن‌ها همچنین روش‌های درمانی را در کنترل و بهبود بیماری جسمانی خود، بیش‌ازپیش مؤثر دانستند بنابراین نگرش مثبتی نسبت به درمان و کنترل بیماری خود پیدا کردند و در همکاری با رژیم‌های درمانی خود، بیشتر از گذشته مصمم شدند. پس از مداخله، بیماران نگرش واقعی‌تری نسبت به پیامدهای بیماری ام اس کسب کردند و علیرغم این که قبلاً این بیماری را کشنده و ناتوان‌کننده قطعی می‌پنداشتند، اما پس از درمان، آن‌ها پیامدهای واقعی بیماری را می‌شناختند و درک درستی نسبت به آن‌ها داشتند. در مجموع با توجه به این که بیماران به اطلاعات درست و واقعی درباره بیماری‌شان دست‌یافته بودند و آن را به‌عنوان بخشی از زندگی خود پذیرفته بودند، بنابراین واکنش‌های هیجانی کمتری نسبت به این شرایط نشان دادند و به عبارتی در مقابله مؤثر با بیماری و سازگاری با شرایط خود موفق‌تر از پیش عمل کردند. از جمله پژوهش‌هایی که همگام با یافته‌های پژوهش حاضر می‌باشد می‌توان پژوهش جیورجنس (۲۰۱۰) با عنوان تأثیر ادراک بیماری بر ناتوانی، عملکرد جسمانی و نشانه‌های افسردگی، پژوهش آلسون که نشان داد با افزایش ادراک کنترل فردی می‌تواند منجر به بهبود رفتار سلامت، کاهش تجربه خستگی و افزایش کیفیت زندگی بیماران شود، با نتایج تحقیق حاضر همسو است. در نهایت می‌توان مؤثر بودن این آموزش را در

بسیاری از جنبه‌ها در بیماران دارای بیماری مزمن تأیید نمود. به‌طوری‌که تأکید اخیر، منعکس‌کننده این حقیقت است که شیوه پردازش می‌تواند به‌اندازه محتوای معنی و تفسیرهای مربوط به سازگاری روانی مهم باشد. هنگامی که از این نوع درمان برای مشکلات و مسائل بیماران مبتلا به مشکلات جسمی استفاده می‌شود، در شناخت معنا دهی‌های مربوط به تشخیص و کنترل بیماری‌های مزمن بسیار مهم است. نقش اساسی معنا دهی‌ها و تفسیرهای فرد از رویدادها و موقعیت‌ها در درمان‌های شناختی، یکی از دلایلی است که این مدل درمانی را به یک درمان مناسب برای اجزای روانی مشکلات مزمن پزشکی تبدیل کرده است. درمان شناختی رفتاری یک‌شکل ساختاریافته از درمان است و ساختار در این نوع درمان مهم است (وایت، ترجمه مولودی و فتاحی، ۱۳۹۵).

روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به بیماران کمک می‌کند که یاد بگیرند چگونه از احساس‌های بدنی، افکار و هیجانات خود آگاهی یابند و چگونه پاسخ سازگاران‌های به علائم هشداردهنده عود بیماری نشان دهند؛ بنابراین ذهن آگاهی این توانایی را به ما می‌دهد تا آسیب‌پذیری‌های فراگیر در انسان را ببینیم و با آن روبرو شویم و آن‌ها را که بخشی از وجود ذاتی و درونی انسان‌ها هستند به چالش بکشیم (کابات زین، ۲۰۰۳).

ذهن آگاهی، نوعی آگاهی است که در زمان توجه ما به تجربیاتمان نسبت به موضوع خاصی شکل می‌گیرد. توجهی که متمرکز بر هدف است (توجه به‌طور آشکار روی جنبه‌های خاصی از تجربه معطوف می‌شود) و در زمان حال (وقتی ذهن به گذشته یا آینده معطوف می‌شود آن‌ها به زمان حال بازمی‌گردانیم) و بدون قضاوت (فرایندی که با روح پذیرش نسبت به آنچه رخ داده است، همراه است) صورت می‌گیرد (کابات زین، ۲۰۰۳). آگاهی از آنچه در آینده اتفاق می‌افتد و آنچه در حال رخ دادن است «توجه عمیق و مستقیم به آن و مرتبط کردن آن با پذیرش موضوع، یعنی قدرت عمل مشاهده مشارکتی». گرچه ماهیت موضوع و توجه به آن آسان است، تمرین ذهن آگاهی اغلب کار سخت به نظر می‌رسد. تمرینی که در آن به‌طور منظم به خود آموزش می‌دهیم تا بدان چه در

اطرافمان رخ می دهد و ناشی از تجارب ما است اطمینان کنیم. این تمرین همچنین به معرفی گزینه ما برای اجتناب از مشکل و جنبه های چالش برانگیز تجربه درمانی می پردازد؛ بنابراین می تواند نتیجه گرفت در صورتی که چنین مداخله هایی را برای مبتلایان به بیمارهای مزمنی مانند ام اس در کنار درمان های پزشکی به کار بگیریم خواهیم توانست با تغییر در ادراک بیماران از بیماری شان در بلندمدت نیز از شدت بیماری آنها بکاهیم و باعث بهبود سلامت جسمانی و سبک های مقابله با استرس این بیماران شویم.

همچنین نتایج نشان داد که میانگین افسردگی گروه شناختی درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس در مرحله پس آزمون، نسبت به پیش آزمون کاهش نشان می دهد. بنابراین می توان به این توصیف دست زد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی نسبت به گروه کنترل باعث کاهش افسردگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شده است. در این پژوهش دریافتیم که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، منجر به کاهش افسردگی بیماران مبتلا به ام اس می شود. یافته های پژوهش حاضر با پژوهش آقا یوسفی و همکاران (۲۰۱۳)، بیرامی و همکاران (۲۰۱۵)، احمدوند و همکاران (۲۰۱۲) همسو است. در تحقیقات مختلف بر جمعیت بزرگسال نیز مفید بودن این روش درمانی در حیطه های گوناگونی همچون مدیریت استرس و اضطراب و ارتقای مهارت های تنظیم هیجان، کاهش تکانشگری، کاهش نشخوار فکری و افسردگی (مک کیم، ۲۰۰۸)، استرس، اضطراب و افسردگی (ویلیامز و پنمن، ۲۰۱۲) تایید شده است. در تبیین این یافته می توان گفت که ذهن آگاهی، هشپاری غیرقضاوتی و غیرقابل توصیف و مبتنی بر زمان حال نسبت به تجربه ای است که در یک لحظه خاص در محدوده توجه یک فرد قرار دارد و علاوه بر آن، این مفهوم اعتراف به تجربه یادشده و پذیرش آن را نیز شامل می شود و افزایش ذهن آگاهی در افزایش بهزیستی اجتماعی و روان شناختی با توجه به مؤلفه های پذیرش، درک پذیری و رشد شخصی مؤثر است و به فرد این امکان را می دهد تا به جای آنکه به رویدادها به طور غیرارادی و بی تأمل پاسخ

دهد و با تفکر و تأمل پاسخ دهد (امانویل و همکاران، ۲۰۱۰) و آنها را در شناخت، مدیریت و حل مشکلات روزمره (واکر و کولوسیمو، ۲۰۱۱) توانا تر سازد. مطالعات متعدد نمایانگر تأثیر ذهن آگاهی افزایش یافته در بهزیستی روان شناختی و در نتیجه افزایش رضایت از زندگی است زیرا در نتیجه افزایش بهزیستی، اضطراب و افسردگی، عاطفه منفی و نشانه های روان شناختی کاهش یافته و عزت نفس، خوش بینی و عاطفه مثبت افزایش می یابد. نتایج مطالعه حاضر نشان می دهد که می توان با افزایش ذهن آگاهی افراد، بهزیستی روان شناختی آنها را افزایش داد.

مطالعات مختلف براون و ریان (۲۰۰۳) نیز همبستگی مثبت و معناداری بین ذهن آگاهی و رضایت از زندگی به دست آوردند؛ در نتیجه می توان گفت که افزایش ذهن آگاهی با کاهش نشانه های منفی روان شناختی و عاطفه منفی و در نتیجه افزایش رضایت از زندگی، شادی و خوش بینی و بهزیستی روان شناختی و هیجانی همراه است. آموزش ذهن آگاهی، با افزایش آگاهی افراد نسبت به حال، از طریق فونونی مثل توجه به تنفس و بدن و معطوف کردن آگاهی به اینجا و اکنون، بر نظام شناختی و پردازش اطلاعات تأثیر می گذارد و باعث کاهش نشخوارهای فکری و نگرش های ناکارآمد در افراد می شود. همچنین افراد را متوجه افکار زائد خود می سازد و مجدداً افکار آنها را به سایر جنبه های زمان حال، نظیر تنفس، راه رفتن همراه با حضور ذهن یا صداهای محیطی معطوف می سازد و از این طریق باعث کاهش نشخوار فکری می شود (تیزدل و همکاران، ۱۹۹۵)؛ به نقل از بیرامی و همکاران، (۲۰۱۵) که این تغییرات مثبت در افراد باعث افزایش بهزیستی و کاهش افسردگی بیماران می شود. در اصل، به طور نظری ذهن آگاهی می تواند اثر پیشگیرانه درمان را افزایش دهد (سگال و همکاران، ۲۰۰۲). براون و ریان (۲۰۰۳) در مطالعه ای به بررسی نقش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهزیستی روان شناختی و کاهش افسردگی پرداختند که نتایج مطالعه آنها نشان داد افزایش ذهن آگاهی با افزایش بهزیستی روان شناختی و کاهش افسردگی همراه است. همچنین مداخله بالینی روی بیماران سرطانی نشان داد که افزایش ذهن آگاهی با کاهش آشفتگی خلقی و تنیدگی در آنها همراه

بیماران باشد پیشنهاد می‌شود. روش‌های مداخله‌ای که برای بیماران ام اس امید به آینده و افزایش تحمل آن‌ها در مقابل نگاه و رفتار دیگران و ارتباط بیشتر با جامعه و اطرافیان را به دنبال داشته باشد می‌تواند پیشنهاد خوبی برای بررسی‌های بعدی باشد. با توجه به این که ۶۰-۷۰٪ بیماران ام اس جزء بیمارانی هستند که حملات مکرری را تجربه می‌کنند و از نوع بیماران عودکننده-بهبودپذیر هستند بهتر است مهارت‌هایی را به‌عنوان مداخله در پژوهش‌های دیگر به آن‌ها آموزش داد که بتوانند در آن شرایط بحرانی و پس‌از آن به کمک آن‌ها بیایند.

است. مورونه و همکاران (۲۰۰۸) در مطالعه خود روی بیماران با درد مزمن دریافتند که تمرین ذهن آگاهی اثرات مثبتی روی درد، توجه و مسائل خواب دارد. همچنین نتیجه مطالعه آن‌ها نشان داد که تمرین ذهن آگاهی باعث رشد بهزیستی روان‌شناختی و کاهش افسردگی در افراد می‌شود که این امر تأثیر فوری بر افزایش خلق و اثرات دراز مدت بر کیفیت زندگی دارد. در حقیقت آن‌ها دریافتند که افزایش ذهن آگاهی با افزایش بهزیستی روان‌شناختی و بهزیستی جسمانی همراه است. در صورتی که پژوهش روی شمار گسترده‌تری از بیماران و در شهرهای مختلف انجام پذیرد که یافته‌های آن قابل تعمیم به سایر

منابع

- حسن زاده، فرزانه؛ وشانی، حمیدرضا؛ رمضان زاده، الهه و گزرائی، اکرم. (۱۳۹۳). بررسی عوامل تاثیرگذار بر عود حملات بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس. فصلنامه پرستاری داخلی، دوره ۳، شماره ۴، صص: ۲۳۳-۲۴۰.
- سلیمانی، اسماعیل و تاج الدینی، امراه. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر خستگی بر ابعاد خستگی روانی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS): یک مطالعه ی موردی. فصلنامه روان شناسی بالینی، شماره ۳۰، صص: ۲۱-۱۳.
- عابدینی، الهه؛ قنبری هاشم آبادی، بهرامعلی و طالبیان شریف، جعفر. (۱۳۹۵). اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید بر امید و افسردگی زنان مبتلا به ام اس. مجله روان شناسی بالینی، سال هشتم، شماره ۲، صص: ۱-۱۱.
- عباسی، سمیرا؛ پهلوان زاده، سعید و علیمحمدی، نصراله. (۱۳۹۵). اثر بخشی درمان شناختی رفتاری به شیوه گروهی بر شدت خستگی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس: یک مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی. مجله بالینی پرستاری و مامایی، سال پنجم، شماره ۲، صص: ۵۱-۴۰.
- مقدم، مرضیه؛ رشیدزاده، ثریا؛ شمس علیزاده، نرگس و فلاحی، بدیعه. (۱۳۹۳). تاثیر آموزش مقابله با استرس بر استرس ادراک شده و سبک مقابله با استرس در دانشجویان پزشکی. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، شماره ۷۳، صص ۵۲-۶۰.
- وایت، کریگ. (۱۳۹۵). درمان شناختی رفتاری برای بیماری‌های مزمن پزشکی: راهنمای عملی برای ارزیابی و درمان. ترجمه رضا مولودی و کنایون فتاحی. تهران: انتشارات ارجمند.
- Ahga Usefi, A., Oraki, M., Zare, M., & Imani, S. (2013). Effectiveness of mindfulness in decreasing stress, anxiety and depression among the substance abusers. *Journal of thoughts and behavior*, 26, 17- 2۶. (□□□□□□□□)
- Ahmadvand, Z., Heydarynasab, L., & Shaeiri, M. R. (2012). Prediction of psychologycal well-being based on the comonents of mindfulness. *Journal of Scientific reaserch. Health psychology*, 20, 1-1۰. (□□□□□□□□)
- Bayrami, M., Movahedi, Y., & Alizade goradel, J. (2015). Effectiveness of cognition based – mindfulness therapy on the reduction of social anxiety and dysfunctional attitudes adolescents. *Journal of social cognition*, 1, 41-۵۲. (Persian)
- Becker, J., Callegaro, D., Lana-Peixoto, M. A., Ferreira, M. L. B., Melo, A., da Gama, P. D., ... & Matta, A. P. (2013). Season of birth as a risk factor for multiple sclerosis in Brazil. *Journal of the neurological sciences*, 329(1), 6-10.
- Billings, A. G., & Moos, R. H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of behavioral medicine*, 4(2), 139-157.
- Bohlmeijer, E., Prenger, R., Taal, E., & Cuijpers, P. (2010). The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: a meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*, 68(6), 539-544
- Bowen, S., Chawla, N., & Marlatt, G. A. (2011). Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors. A clinician guide New York.

- Broicher, S. D., Filli, L., Geisseler, O., Germann, N., Zörner, B., Brugger, P., & Linnebank, M. (2018). Positive effects of fampridine on cognition, fatigue and depression in patients with multiple sclerosis over 2 years. *Journal of neurology*, 265(5), 1016-1025.
- Brown, K.W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological wellbeing. *Journal of personality and Social psychology*, 84, 822- 848.
- Carta, M. G., Paribello, P., Anastasia, A., De Berardis, D., Nardi, A. E., & Fornaro, M. (2018). Pharmacological management of depression in patients with multiple sclerosis. *Expert opinion on pharmacotherapy*, 19(14), 1533-۱۵۴۰.
- Côté, I., Trojan, D. A., Kaminska, M., Cardoso, M., Benedetti, A., Weiss, D., ... & Kimoff, R. J. (2013). Impact of sleep disorder treatment on fatigue in multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis Journal*, 19(4), 480-489.
- Fogarty, E., Schmitz, S., Tubridy, N., Walsh, C., & Barry, M. (2016). Comparative efficacy of disease-modifying therapies for patients with relapsing remitting multiple sclerosis: Systematic review and network meta-analysis. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*.
- Goldin, P. R., & Gross, J. J. (2010). Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion*, 10(1), 83.
- Goodin, D. S., Reder, A. T., Bermel, R. A., Cutter, G. R., Fox, R. J., John, G. R., ... & Racke, M. K. (2016). Relapses in multiple sclerosis: Relationship to disability. *Multiple sclerosis and related disorders*, 6, 10-20.
- Hashemzadeh R. Investigation and comparison of coping styles and illogical beliefs in tollab and male students of Ghom. Thesis (M.Sc); Faculty of Psychology and Educational science, Allameh Tabataba'i niversity, 2006.
- Holland, D. P., Schlüter, D. K., Young, C. A., Mills, R. J., Rog, D. J., Ford, H. L., ... & TONiC study group. (2019). Use of coping strategies in multiple sclerosis: Association with demographic and disease-related characteristics ☆. *Multiple sclerosis and related disorders*, 27, 214-222.
- Hsu, S. H., Grow, J., & Marlatt, G. A. (2008). Mindfulness and addiction. In *Recent developments in alcoholism* (pp. ۲۲۹-۲۵۰).
- Ilett, P., Lythgo, N., Martin, C., & Brock, K. (2015). Balance and gait in people with multiple sclerosis: a comparison with healthy controls and the immediate change after an intervention based on the Bobath concept. *Physiotherapy Research International*.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical psychology: Science and practice*, 10(2), 144-156.
- Khaledian, M., Hasanpour, S., Kheirkhah, Z., & Ghalandari, S. (2013). The Relationship between Attachment Lifestyle with Depression and Life Expectancy. *Indian Journal of Education & Information Management* . 2 (2), 573- 5۸۰.
- Kurdyak, P., Newman, A., & Segal, Z. (2014). Impact of mindfulness-based cognitive therapy on health care utilization: a population-based controlled comparison. *Journal of psychosomatic research*, 77(2), 85-89.
- Lazarus R. S. (1993). Coping theory and research: past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*;v 55,p. 234-۲۴۷.
- Lazarus, R. S. (2000). How emotions influence performance in competitive sports. *The sport psychologist*, 14(3), 229-۲۵۲.
- Lemus, H. N., Warrington, A. E., & Rodriguez, M. (2018). Multiple Sclerosis: Mechanisms of Disease and Strategies for Myelin and Axonal Repair. *Neurologic clinics*, 36(1), 1-11.
- Morone, N. E., Lynch, Ch.S., Greco, C.M., Tindle, H. A., & et al. (2008). I Felt Like a New Person The effects of mindfulness Meditation on older adults with chronic pain Qualitative Narrative Analysis of diary entries, *The Journal of pain*, 9, 841-848.
- Moses Rodriguez, M. (2017). Multiple Sclerosis Mechanisms of Disease and Strategies for Myelin and Axonal Repair. *Multiple Sclerosis, An Issue of Neurologic Clinics, E-Book*, 36(1), 1-11.
- Oleen-Burkey, M., Castelli-Haley, J., Lage, M. J., & Johnson, K. P. (2012). Burden of a multiple sclerosis relapse. *The Patient-Patient-Centered Outcomes Research*, 5(1), 57-69.
- Palm, U., Chalah, M. A., Créange, A., Lefaucheur, J. P., & Ayache, S. S. (2018). The evaluation of depression in multiple sclerosis using the newly proposed Multiple Sclerosis Depression Rating Scale. *L'Encéphale*, 44(6), 565-۵۶۷.
- Petter, M., McGrath, P. J., Chambers, C. T., & Dick, B. D. (2014). The effects of mindful attention and state mindfulness on acute experimental pain among adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, 39(5), 521-531.

- Pichler, A., Khalil, M., Langkammer, C., Pinter, D., Ropele, S., Fuchs, S., ... & Fazekas, F. (2019). The impact of vascular risk factors on brain volume and lesion load in patients with early multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis Journal*, 25(1), 48-54.
- Schorner, A., & Weissert, R. (2019). Patients with Epileptic Seizures and Multiple Sclerosis in a Multiple Sclerosis Centre in Southern Germany Between 2003-2015. *Frontiers in Neurology*, 10, 613.
- Segal, Z. V., Teasdale, J. D., Williams, J. M., & Gemar, M. C. (2002). The mindfulness-based cognitive therapy adherence scale: Inter-rater reliability, adherence to protocol and treatment distinctiveness. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 9(2), 131-138.
- Veauthier, C., & Paul, F. (2014). Sleep disorders in multiple sclerosis and their relationship to fatigue. *Sleep medicine*, 15(1), 5-14.
- Walker, L., & Colosimo, K. (2011). Mindfulness, self-compassion and happiness in non-meditators: A theoretical and empirical examination. *Personality and Individual Differences*, 50, 222-227.
- Wang, C. X., & Greenberg, B. M. (2018). Pediatric Multiple Sclerosis: From Recognition to Practical Clinical Management. *Neurologic clinics*, 36(1), 135-149.
- Whitehouse, C. E., Fisk, J. D., Bernstein, C. N., Berrigan, L. I., Bolton, J. M., Graff, L. A., ... & Walker, J. R. (2019). Comorbid anxiety, depression, and cognition in MS and other immune-mediated disorders. *Neurology*, 92(5), e406-e417.
- Williams, M., & Penman, D. (2012). *Mindfulness: A practical guide to finding peace in a frantic world*. Piatkus.co.uk.
- Witkiewitz, K., & Bowen, S. (2010). Depression, craving, and substance use following a randomized trial of mindfulness-based relapse prevention. *Journal of consulting and clinical psychology*, 78(3), 362.
- Witkiewitz, K., Marlatt, G. A., & Walker, D. (2005). Mindfulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19(3), 211-228.

Original Article

The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Stress Coping Styles and Depression in Patients with MS

Received:06/10/2018 - Accept:21/09/2019

Gholamreza Sanagoo Moharar¹
Farhad Kahrazei²
Mahmoud Shirazi³
Fatemeh Maghsoudlou⁴
Roya Mohammadi⁵

¹Assistant Professor, Department of Psychology, Zahedan Azad University

²Associate Professor, Department of Psychology, Sistan and Baluchestan University

³Associate Professor, Department of Psychology, Sistan and Baluchestan University

⁴PhD students in Psychology, Azad University, Zahedan Branch

⁵PhD students in Psychology, Azad University, Zahedan Branch

Email: Reza.sanagoo@gmail.com

Abstract

The purpose of this study was to evaluate the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on stress coping styles and depression in patients with MS in Tehran.

The research method is semi-experimental and pre-post-test design with control group was used for data collection. The statistical population of the study consisted of 17,000 MS patients in Tehran city, among whom 30 were selected by convenience sampling method and were randomly assigned to experimental (n = 15) and control (n = 15) groups. The mindfulness-based cognitive therapy experiment group was trained for 8 sessions of 90 minutes and the control group remained on the waiting list. The tools used in the present study included Lazarus and Folkman's (1984) and Beck's Depression Inventory (1961) coping styles that were used in both pre-test and post-test. Data analysis was done by SPSS software in two descriptive and inferential parts (covariance analysis).

The findings showed that mindfulness-based cognitive therapy increased problem-focused coping style and decreased emotion-focused coping style in patients with MS. The results also showed that mindfulness-based cognitive therapy reduced depression in patients with MS.

Thus, it seems that mindfulness-based cognitive therapy can reduce depression and provide effective techniques for coping with stress and negative emotions in patients with MS.

Key words: Mindfulness-Based Cognitive Therapy, Stress Coping Styles, Depression, MS Patients

Acknowledgement: There is no conflict of interest.