

بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی یکپارچه بر میزان ادراک بیماری و شدت بیماری در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

محمد اورکی¹، پوران سامی²

1. دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام نور

2. کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی دانشگاه پیام نور

(تاریخ وصول: 95/02/26 - تاریخ پذیرش: 95/07/01)

Evaluate the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on the perception and disease severity in patients with multiple sclerosis

Mohammad Oraki¹, * Puran Sami²

1. Associate professor of psychology Payame Noor University
2. MA in Psychology Payame Noor University*

(Received: Sep. 09, 2016 - Accepted: May. 15, 2016)

Abstract

Aim: Multiple Sclerosis is a disease of the central nervous system. This disease which is one of the most common neurological diseases causes numerous physical and psychological problems that make patients have cognitive deficiency and distorted beliefs about their disease. Consequently, they cannot deal with the disease effectively and fail to accept it as part of their lives. Therefore, reforming cognition and creating correct beliefs and understanding of the disease, can contribute to a realistic perception of patients about the disease and reduce its severity. The aim of this study was to investigate the effectiveness of training mindfulness-based cognitive therapy on the perception of disease and disease severity in MS patients. **Method:** The method used in this study was quasi-experimental that consisted of pre and post tests and was performed in two experimental and control groups. The study population included 2500 patients of the MS Society members from among them 30 patients were chosen based on volunteer sampling and randomly divided into two experimental and control groups. The revised form of Illness Perception Questionnaire and Expanded Disability Status Scale were used to collect the data. The experimental group received 120 minutes of training in 8 sessions. At the end of the training, data were analyzed using ANCOVA and the scores of both groups were measured. **Results:** The findings showed that Mindfulness-Based Cognitive Therapy had significant influence on the perception of MS patients and improved the patients' level of realistic understanding. **Conclusion:** The results showed that although Mindfulness-Based Cognitive Therapy had a significant effect on the patients' perception, it did not have any impact on the severity (physical aspect) of the disease.

Keywords: Perception of Disease, Severity of Disease, Mindfulness-Based Cognitive Therapy, Multiple Sclerosis.

چکیده

مقدمه: مولتیپل اسکلروزیس (ام اس) بیماری مزمن سیستم عصبی مرکزی است. ام اس که از شایع‌ترین بیماری‌های عصبی انسان است، با عوارض جسمی و روان‌شناختی فراوانی همراه است که موجب می‌شود بیماران شناخت معیوب و باورهای تحریف‌شده‌ای درباره بیماری‌شان داشته باشند، لذا در مقابله مثبت و مؤثر با بیماری و پذیرش آن به عنوان بخشی از زندگی خود دچار مشکل می‌شوند. بنابراین اصلاح شناخت و ایجاد ادراک صحیح از بیماری، می‌تواند ضمن کمک به واقع‌بینانه کردن ادراک بیماران، شدت بیماری را نیز کاهش دهد. روش: هدف این تحقیق بررسی اثربخشی آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی یکپارچه بر میزان ادراک بیماری و شدت بیماری در مبتلایان به ام اس است. این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای دو گروه آزمایش و کنترل اجرا شد. جامعه آماری این پژوهش را 2500 بیمار عضو جامعه ام اس، تشکیل داده‌اند که از بین آن‌ها 30 نفر به روش نمونه‌گیری داوطلبانه انتخاب و به‌طور تصادفی به دو گروه 15 نفری آزمایش و کنترل گمارده شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه ادراک بیماری‌بازنگری شده و مقیاس وضعیت ناتوانی گسترده بود که توسط بیماران پیش و پس از مداخله تکمیل شدند. پس از پایان آموزش که طی 8 جلسه 120 دقیقه‌ای اجرا گردید، مجدداً نمرات هر دو گروه اندازه‌گیری شد. داده‌ها با استفاده از آزمون کوواریانس تحلیل شدند. یافته‌ها: یافته‌های این پژوهش نشان داد آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی یکپارچه بر میزان ادراک بیماری تأثیر معنادار داشته و باعث ارتقای سطح ادراک صحیح و واقع‌بینانه از بیماری شده. نتیجه‌گیری: این آموزش بر شدت بیماری (بعد جسمی) تأثیر معناداری نداشته است. **واژگان کلیدی:** ادراک بیماری، شدت بیماری، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، مولتیپل اسکلروزیس.

حساسیت پیدا می‌کند و این همان حالتی است که خود ایمنی¹ گفته می‌شود. بیماری ام اس از ناتوان کننده‌ترین بیماری‌های عصبی مزمن در بالغین جوان است و تظاهرات ناتوانی بیماری بستگی به محل ابتلای عصب دارد. اعصاب بینایی یا ارتباطات مربوط به آن، مخ، ساقه مغز، مخچه و نخاع شوکی بیش از سایر قسمت‌های دستگاه عصبی مرکزی مبتلا می‌شوند (ویلگن² و همکاران، 2010).

بیماران مبتلا به ام اس مشکلات و نگرانی‌های مشابهی دارند که باعث تغییر در نگرش یا شخصیت آن‌ها می‌شود. تشخیص این بیماری برابر با واژه مرگ نیست، اما باعث تغییرات مهمی در زندگی این بیماران می‌گردد. بنا به گفته بیماران بیشترین نگرانی آن‌ها در مورد وضعیتشان در آینده است و اینکه بیماری آن‌ها غیرقابل پیش‌بینی است و درمان قطعی برای آن وجود ندارد. ابعاد روانی بیماری‌های مزمن اغلب نادیده گرفته می‌شوند (ترنر و کلی، 2000).

ادراک بیماری یکی از مسائلی است که در حوزه رفتارشناسی بیماران شناخت اندکی درباره آن وجود دارد. سؤالی که در این رابطه مطرح می‌شود این است: چرا افرادی که در معرض عوامل استرس‌زای مشابه قرار می‌گیرند و ویژگی‌های بالینی مشابهی دارند به شیوه‌های مختلف علائم بیماری را ادراک و تفسیر می‌کنند.

بیماری مزمن بیماری طولانی مدتی است که تغییرات جسمانی در بدن ایجاد می‌کند و کارکردهای بیمار را محدود می‌گرداند. دوره درمان آن طولانی و مراحل بهبودی دشوار است و در برخی موارد، درمان قطعی و مشخصی برای آن وجود ندارد. در جهان حدود 2/5 میلیون نفر مبتلا به بیماری ام اس هستند. آمارهای موجود نشان می‌دهد که در آمریکا رقمی بین 350 هزار نفر تا 450 هزار نفر بیمار ام اس وجود دارد، در کانادا تقریباً بین 55 هزار تا 75 هزار نفر مبتلا به ام اس شناسایی شده‌اند، در انگلستان حدود 85 هزار نفر به این بیماری مبتلا هستند. آمار دقیقی از تعداد مبتلایان در ایران وجود ندارد. در ایران تقریباً 50 هزار نفر مبتلا به بیماری ام اس می‌باشند که انجمن ام اس نزدیک به 19 هزار نفر از این بیماران را شناسایی و پذیرش کرده است. شاخص‌های آماری موجود بیانگر آن است که 72 درصد از بیماران را زنان و دختران جوان و 28 درصد آنان را مردان جوان و فعال جامعه تشکیل می‌دهند (انجمن ام اس ایران، 1390). بیماری ام اس نوعی بیماری مزمن است. فرضیه کلی درباره ایجاد این بیماری این است که سیستم ایمنی که صدمه دیده قادر به تمیز بین پروتئین‌های ویروسی و میلین بدن خود فرد نبوده و لذا آنتی‌بادی‌هایی تولید می‌کند که به بدن حمله می‌کنند؛ به عبارت دیگر بدن نسبت به خودش

1. Autoimmunity
2. Wilgen

سمت خستگی ذهنی بیشتری هدایت می‌کند (ورکولن⁴ و همکاران، 1996).

مؤلفه طول مدت زمان برای سنجیدن این‌که آیا بیماران شرایطشان را مزمن ادراک می‌کنند یا حاد، به کار می‌رود. ام اس یک شرایط عصب‌شناختی مزمن است، به هر حال تعجب‌آور است اگر بگوییم برخی بیماران آن را حاد تصور می‌کنند. همین مسئله که آیا آن‌ها شرایطشان را حاد برآورد کنند یا مزمن می‌تواند تعیین کند که چقدر خوب با بیماری‌شان سازگار می‌شوند. باور دال بر حاد بودن بیماری، بیمار را به سمت افسردگی پیش می‌برد (ووگان و همکاران، 2003).

در مورد **پیامدهای بیماری**، ام اس می‌تواند بر روی بسیاری از وجوه زندگی بیماران تأثیر بگذارد. شدت علائم و طبیعت غیرقابل پیش‌بینی شرایط می‌تواند اثرات مخربی بر حوزه‌های متعدد زندگی بیماران داشته باشد. محققین یافته‌اند باوری که ام اس پیامدهای جدی دارد بیماران را به سمت بازده ضعیف‌تر، عزت‌نفس پایین‌تر و سطوح بالای افسردگی سوق می‌دهد (موس - موریس، 2003؛ ووغان و همکاران، 2003).

شدت بیماری ام اس متغیری است که نمی‌توان آن را از تحقیقات مربوط به بیماری ام اس جدا کرد. مقیاس از صفر (کمترین شدت بیماری) تا 10 (که نشانگر شدیدترین حالت بیماری است) در نظر گرفته می‌شود. شدت بیماری ام اس با

اعتقاد براین است که تفاوت بیماران در رفتار بیماری (ادراک و تفسیر علائم) نمی‌تواند صرفاً ناشی از تفاوت در درجه تندرستی آن‌ها باشد. علائمی که ممکن است از سوی یک فرد یا خانواده نابهنجار تفسیر شده در نتیجه به ملاقات با پزشک منجر گردد، احتمالاً توسط فرد یا خانواده دیگر به شکل متفاوت تفسیر می‌گردد (پیلوسکی¹، 1984؛ لونتال² و لونتال، 1998).

مؤلفه‌های ادراک بیماری³ در بیماری ام اس عبارتند از: هویت بیماری، طول مدت زمان، پیامدهای بیماری، انسجام بیماری، علت بیماری، کنترل بیماری، خط زمانی دوره‌ای و تظاهرات هیجانی؛ که درباره هر یک از آن‌ها توضیح مختصری ارائه می‌شود.

هویت بیماری یا تمایل برای اسناد طیف وسیعی از علائم به ام اس، ارتباط با سطوح بالاتری از اضطراب و افسردگی و تحمیل علائم بیشتر بیماری، آسیب‌های بزرگ‌تر در عملکرد جسمانی (ووگان و همکاران، 2003) و اضطراب بیشتر و خستگی (موس - موریس، 2003) مشخص می‌گردد.

موس - موریس در سال 2003 نشان دادند که هویت بیماری دقیقاً می‌توانست با عملکرد تمرکز داخلی بدنی پیوند داشته باشد. بیماران ام اسی که روی حس‌های بدنی‌شان بیشتر تمرکز کرده باشند، ممکن است طیف وسیع‌تری از علائم را تجربه کنند. یک مطالعه آشکار ساخت که تمرکز داخل بدنی بیشتر، بیماران ام اس را به

1. Pilowsky
2. Levental
3. Illness perception

4. Vercoulen

است که تکنیک‌های درمانی به منظور تغییر اشتباهات و سوگیری‌های شناختی بیمار بکار می‌روند. از جمله اینکه سعی می‌شود نحوه‌ای که بیمار موقعیت‌ها و فشارهای روانی را ارزیابی می‌کند، دیدگاهش نسبت به خود، جهان و آینده و آن اعتقاد و نگرش‌هایی که ظاهراً سبب افزایش آسیب‌پذیری وی در برابر اختلالات هیجانی می‌شوند تغییر یابند (بلک برن، دیویدسون،⁴ به نقل از سیف، 1374، ص 37). درمانگران شناخت گرا تمایل دارند به باورها، نگرش‌ها و انواع تفکر خودکار که مسائل مراجعان را به وجود می‌آورند و آن‌ها را تشدید می‌کنند بپردازند. هدف درمانگران این است که ادراک مراجعان از شناخت‌های فعلی خود را بهبود بخشند، نه اینکه به شناخت‌های گذشته دور و دراز بپردازند. همچنین درمانگران شناخت گرا سعی می‌کنند، شناخت‌های ناسازگار را مستقیماً تغییر دهند تا احساسات منفی کاهش یابند، ادراک‌های صحیح‌تری از خود و دیگران فراهم می‌آورند و مراجع را در جهت حل مسائل خود راهنمایی می‌کنند. در نظریه‌های شناختی تغییر رفتار و رفتاردرمانی اعتقاد بر این است که عامل اصلی به وجود آورنده و نگهدارنده هرگونه رفتار، از جمله رفتار نابهنجار، در واقع فرایندهای شناختی یعنی افکار و ادراکات فرد است. در این نظریه‌ها چنین فرض می‌شود که «علت آشفتگی انسان‌ها رویدادهای محیطی نیستند، بلکه برداشت‌ها و تصورات آنان از این رویدادهاست». به سخن

میزان ناتوانی که در فرد ایجاد می‌کند مشخص می‌شود. نظام کنش وری¹ که بر اساس نورواناتومی تعریف می‌شود شامل 8 مسیر عصبی در بدن است و در کنار هم تمامی علائمی که می‌توان به ضایعات نظام عصبی مرکزی ناشی از ام اس نسبت داد را در بر می‌گیرد این نظام کنشوری عبارت است از راه هر می یا پیرامیدال²، مخچه‌ای، ساقه مغزی، حسی خودکار یا اتونوم، بینایی، متال و متفرقه. از آن جا که مقیاس شدت بیماری یک سنجه فیزیولوژیکی است که مقدار ناتوانی جسمانی و عملکردی بیماران را اندازه می‌گیرد، (ووگان³ و همکاران، 2003)، انتظار می‌رود بتوان با انجام مداخله روان‌شناختی بر ادراک بیماری و شدت بیماری در مبتلایان به ام اس تأثیرگذار بود.

شناخت درمانی شیوه‌ای از روان‌درمانی است که مبتنی بر نظریه اختلالات هیجانی، مطالعات بالینی و تجربی و نیز تکنیک‌های درمانی مشخص است. این شیوه درمانی شکلی سازمان‌یافته از روان‌درمانی است که برای کاهش علائم و کمک به بیمار برای یادگیری روش‌های مؤثرتر به‌منظور مواجهه با مشکلاتی که سبب ناراحتی او می‌شوند 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

1. Functional system
2. Pyramidal
3. Vaughan

4. Blackburn, Davidson

پرسشنامه استاندارد ادراک بیماری است (موس - موریس و وینمن، 2002 به نقل از مسعود نیا، 1387). پایایی و اعتبار نسخه فارسی پرسشنامه توسط ابراهیم مسعود نیا در سال 1384 در مطالعه‌ای با عنوان تأثیر طبقه اجتماعی بر کیفیت ادراک بیماران آرتریت روماتوئید از علایم بیماری و درد انجام شد. نتایج مشابه نسخه انگلیسی آن بود. پس از استخراج داده‌ها و انجام تحلیل مؤلفه‌های اصلی (PCA)² با روش چرخش واریماکس بر روی آیتم‌های آن، عامل‌ها و خرده مقیاس‌ها مشخص شدند. ضریب اعتبار مؤلفه‌های ادراک بیماری با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌های تظاهرات هیجانی، کنترل درمان، برآیند بیماری، خط زمانی حاد/ مزمن، انسجام بیماری، کنترل شخصی و خط زمانی به ترتیب برابر با 0/93، 0/85، 0/78، 0/84، 0/86، 0/78، 0/38 است. پایایی این پرسشنامه در این تحقیق با استفاده از آلفای کرونباخ 0/79 تا 0/89 است.

ب) پرسشنامه مقیاس شدت بیماری یا میزان ناتوانی گسترده³: شدت بیماری بر اساس دامنه نمرات صفر تا ده میزان ناتوانی گسترده جدول کورتزک سنجیده می‌شود که هر قدر نمره بالاتر باشد به همان نسبت شدت بیماری بیشتر است. مطالعاتی چند برای بررسی کارایی و حساسیت آن در سنجش تغییرات مهم بالینی بیماران ام اس صورت گرفته است. نتایج این بررسی‌ها نشان

دیگر، مضمون اصلی نظریه‌های شناختی رفتاردرمانی و تغییر رفتار این است که نحوه تفکر افراد چگونگی احساس و رفتار آن‌ها را تعیین می‌کند (سیف، 1374، ص 221).

با توجه به مطالب گفته شده مسئله اصلی این تحقیق این است که آیا می‌توان با بهره‌گیری از مداخله‌های شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی یکپارچه میزان ادراک بیماری و شدت بیماری بیماران مبتلا به ام اس را تحت تأثیر قرار داد؟

روش

این پژوهش به روش نیمه آزمایشی انجام شد. طرح تحقیق، پیش‌آزمون و پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و کنترل و روش نمونه‌گیری داوطلبانه است. جامعه آماری این تحقیق شامل بیش از 2500 بیمار مبتلا به ام اس مرکز جامعه بیماران ام اس تهران هستند که از بین آن‌ها، 30 بیمار زن و مرد (20-45 ساله) از لیست اسامی مراجعه کننده به این مرکز انتخاب شدند که به صورت تصادفی به دو گروه آزمایشی و کنترل گمارده شدند و برای گروه آزمایش مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی یکپارچه به اجرا درآمد.

در این پژوهش جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد: الف) - پرسشنامه ادراک بیماری بازننگری شده¹ IPQ-R که نوع بازننگری شده

2. Principal Components Analyses
3. Expand EDSS Disability Status Scale

1. Illness Perception Questionnaire- Revised

دادند که توافق بین نورولوژیست‌های مختلف در ارزیابی و معاینه بیماران و توافق بین معاینات مکرر و امتیازدهی یک نورولوژیست برای این مقیاس قابل قبول است (موس و موریس، 2003). از این بررسی‌ها توافق ارزیاب‌های دقیق مشخصاً در امتیازهای بالای مقیاس ناتوانی گسترده بیشتر از امتیازهای پایین آن بوده است و در صورت پذیرش وجود 0/5-1 امتیاز اختلاف در آن این توافق به میزان زیادی افزایش می‌یابد. (پایایی در نظام‌های کنش وری 80-0/95، در امتیازهای بالای آن 100% و در امتیازهای پایین آن 0/73 می‌باشد (لندیس و کوچ، 1997، به نقل از اصغری رودسری و راشدی، 1378).

هوبارت و همکاران (2000) در مطالعه‌ای مقیاس ناتوانی گسترده را مورد بازبینی قرار دادند. مقیاس، قابل قبول بود ولی تغییرپذیری محدودی نشان می‌داد. پایایی آن ضریب همبستگی درون طبقه‌ای 0/78 نشان داد که برای مطالعات مقایسه گروه‌ها کافی است. ولی ضریب همبستگی بین طبقه‌ای بین 0/62 تا 0/94 متغیر است. پایایی این پرسشنامه در این تحقیق با استفاده از آلفای کرونباخ 0/79 به دست آمد.

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 سازگاران‌ای به علائم هشدار دهنده عود بیماری نشان دهند (خوش لهجه،

1390). 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 آن را به زمان حال باز می‌گردانیم) و بدون قضاوت (فرایندی که با روح پذیرش نسبت به آنچه رخ داده است، همراه است) صورت می‌گیرد (کابات زین، 1994). این شیوه درمانی در 8 جلسه 120 دقیقه‌ای به اعضای گروه آزمایش آموزش داده شد. در جلسه اول، کلاس با تعریف مفاهیم و تأکید بر زمینه تجربی درونی شروع شد، توضیح داده شد که آموزش ذهن آگاهی روشی است که بر اساس شواهد مبتنی بر رویکردها می‌باشد که در این برنامه، چند سیستم درمانی باهم ادغام می‌شود تا هم محتوا و هم فرآیند پردازش اطلاعات تأمین شوند. به‌طور خلاصه و به سادگی به مشکلاتی که در ارتباط با عدم یکپارچگی پردازش گزاره‌ای (منطقی/خستگی) و استدلال (قضاوت/ شماتیک)، وجود دارد و این‌که ذهن آگاهی باعث توازن میان این دو نوع پردازش می‌شود، اشاره گردید. در جلسه 2 مکانیسم‌های مهم این روش، مدل هم‌ظهوری تقویت و آرامش فکری را به شرکت‌کننده‌ها معرفی کردیم. در جلسه سوم به درک عمیق‌تر شرکت‌کننده درباره

کنترل 38.26 سال است 17 نفر از آزمودنی‌ها متأهل و 11 نفر از آزمودنی‌ها مجرد هستند و 2 نفر از آزمودنی‌ها نیز مطلقه هستند.

فرض بر آن بود که آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی یکپارچه بر میزان ادراک بیماری، بیماران مبتلا به ام اس تأثیر دارد. برای بررسی این فرضیه، از روش تحلیل کواریانس استفاده شد. در این تحلیل باید شروط اساسی زیر رعایت گردد تا بتوان به نتایج منتج شده اطمینان کرد:

● همگنی واریانس‌های خطا برای دو گروه آزمایش و کنترل: همگنی واریانس‌های خطا که یکی از مهم‌ترین مفروضه‌های تحلیل کواریانس است به وسیله آزمون لوین بررسی شد و مشخص گردید که واریانس خطا بین گروه‌های کنترل و آزمایش تفاوت خاصی باهمدیگر ندارند. همچنین خطی بودن به عنوان مفروضه دوم با استفاده از لامبدای ویلکز بررسی گردید که با مقادیر ($F=0/881$ و $p=0/645$) در سطح $0/05$ معنی‌دار نبود بنابراین مفروضه دوم نیز برقرار است. نتایج تحلیل نشان داد که لامبدای ویلکز در گروه‌ها ($F=3/858$ و $p=0/013$) می‌باشد که نشان می‌دهد، آموزش شناختی درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی یکپارچه در تغییر مؤلفه‌های ادراک بیماری به طور کلی به عنوان متغیر ترکیبی اثر بخش است. لذا جهت بررسی تأثیر این آموزش بر تک‌تک مؤلفه‌های ادراک بیماری به بررسی نتایج جدول کواریانس زیر می‌پردازیم.

درون‌نگری و آرامش ذهنی پرداختیم. در جلسه 4 برخی از مؤلفه‌های درمان‌های شناختی و رفتاری و ذهن آگاهی یکپارچه و تصویری از شکل‌پذیری عصبی با معرفی روش‌های تصویر برداری پیشرفته معرفی گردید... در جلسه پنجم رفتارهای چالش برانگیز بیشتری معرفی شده، یکپارچگی ذهن آگاهی و درمان شناختی رفتاری که ابعاد میان فردی را بررسی می‌کنند، معرفی شدند. جلسه ششم با رفتارهای چالشی بیشتر با معرفی مهارت‌های جرأت ورزی و بازی نقش به‌عنوان نوعی ابزار موجه سازی ادامه یافت... در جلسه 7 مهارت‌های اولیه برای تمرکز بر خود با واقع‌نگری و مسئولیت‌پذیری آموزش داده شده، سپس تمرکززدایی شده و به مسئولیت‌پذیری‌ها و رنج‌های دیگران توجه می‌شود. بر روی توجه شرکت‌کننده‌ها هم بر روی زمینه‌های درونی و هم بیرونی به‌طور متناوب به همراه ادراک و پذیرش بیشتر خودشان و دیگران کار می‌شود. در جلسه آخر کل محتوای مطالب آموزش داده شده مرور می‌شود علاوه بر این‌ها یک ارزیابی نتایج با توجه به انتظارات ابتدایی شرکت‌کننده‌ها صورت می‌گیرد

یافته‌ها

میانگین سنی گروه آزمایش تحت آموزش 34.46 سال است و میانگین سنی گروه

جدول 1. کوواریانس و اثرات بین آزمودنی‌ها

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
گروه	طول مدت زمانی	16.938	1	16.938	1.574	0.223	0.070
	پیامد	69.534	1	69.534	6.590	0.018	0.239
	کنترل فردی	52.170	1	52.170	5.905	0.024	0.219
	کنترل درمان	34.939	1	34.939	6.829	0.016	0.245
	انسجام بیماری	4.986	1	4.986	1.141	0.297	0.052
	طول مدت زمانی چرخه‌ای	9.969	1	9.969	2.234	0.150	0.096
	تظاهرات هیجانی	103.284	1	103.284	16.960	0.001	0.447
خطا	طول مدت زمانی	226.003	21	10.762			
	پیامد	221.587	21	10.552			
	کنترل فردی	185.544	21	8.835			
	کنترل درمان	107.448	21	5.117			
	انسجام بیماری	91.397	21	4.352			
	طول مدت زمانی چرخه‌ای	93.695	21	4.462			
	تظاهرات هیجانی	127.887	21	6.090			
کل	طول مدت زمانی	13933.000	30				
	پیامد	13552.000	30				
	کنترل فردی	18987.000	30				
	کنترل درمان	14627.000	30				
	انسجام بیماری	10578.000	30				
	طول مدت زمانی چرخه‌ای	6556.000	30				
	تظاهرات هیجانی	10253.00	30				
	طول مدت زمانی	660.967	29				
	پیامد	738.388	29				
	کنترل فردی	486.167	29				
	کنترل درمان	845.367	29				
	انسجام بیماری	421.200	29				
	طول مدت زمانی چرخه‌ای	227.467	29				

ادراک بیماری پیامد، کنترل درمان، کنترل فردی و تظاهرات هیجانی به ترتیب برابر 0/239، 0/245، 0/219 و 0/447 بوده است. همچنین یکی از مفروضه‌های این پژوهش این بود که مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی یکپارچه، شدت بیماری را در میان بیماران مبتلا به ام اس کاهش می‌دهد. لذا از روش تحلیل کوواریانس برای بررسی این فرض استفاده شد.

در نتیجه می‌توان گفت که متغیر مستقل باعث ایجاد تفاوت در مورد مؤلفه ادراک بیماری پیامد، کنترل درمان، کنترل فردی و تظاهرات هیجانی بین دو گروه آزمایش و گواه شده است ولی باعث ایجاد تفاوت معناداری در مورد مؤلفه‌های طول مدت زمانی، انسجام بیماری و طول مدت زمان چرخه‌ای بین دو گروه آزمایش و گواه نشده است. همچنین اندازه اثر مداخله بر مؤلفه‌های

جدول 2. آزمون کوواریانس جهت بررسی اثر مداخله شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی یکپارچه بر شدت بیماری

منبع واریانس	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجدورات میانگین	F	سطح معنی داری	مجذور ایثای جزئی
گروه	0.649	1	0.649	2.476	0.127	0.084
خطا	7.083	27	0.262			
کل	231516.00	30				
کل تصحیح شده	3568.480	29				

همان طور که در جدول (2) نشان داده شده است، مجموع مجذورات و میانگین مربعات مربوط به گروه‌ها برابر، $F=2/476$ و $0/649$ است که در سطح $P \leq 0/05$ معنادار نیست؛ به عبارت دیگر بین گروه‌ها بعد از تعدیل نمرات پیش‌آزمون اختلاف معنی‌داری وجود ندارد و آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی یکپارچه در این پژوهش، بر شدت بیماری بیماران ام اس تأثیر معناداری نداشته است.

نتیجه‌گیری و بحث

هدف این پژوهش بررسی تأثیر آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی یکپارچه بر میزان ادراک بیماری و شدت بیماری در میان بیماران مبتلا به ام اس بود. درباره فرضیه اول همان‌طور که یافته‌ها نشان داد نتایج تجزیه تحلیل آماری با فرضیه تحقیق همگام بود. به عبارتی نتیجه گرفته شد که آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی یکپارچه بر مؤلفه‌های پیامدهای بیماری، کنترل فردی، کنترل درمان و تظاهرات هیجانی ادراک بیماری تأثیر معناداری دارد. یافته‌های این پژوهش نشان داد که شیوه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (با تأکید بر اینجا و اکنون) سبب شدت 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. (مؤلفه کنترل فردی). آن‌ها همچنین روش‌های درمانی را در کنترل و بهبود بیماری خود، بیش از پیش 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 (مؤلفه کنترل درمان). پس از مداخله، بیماران نگرش واقعی‌تری نسبت به پیامدهای بیماری ام اس کسب کردند و علیرغم اینکه 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 (مؤلفه پیامد). در مجموع با توجه به اینکه بیماران به اطلاعات درست و واقعی درباره بیماری‌شان دست یافته بودند و آن را به عنوان 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 (مؤلفه تظاهرات هیجانی). با این همه رسیدن به درکی منسجم درباره بیماری، در این مدت کوتاه آموزش امکان‌پذیر

مبتلا به درد مزمن، پژوهش بزازیان و بشارت (1389) با هدف برآورد نقش تعدیل کننده راهبردهای مقابله در رابطه بین ادراک بیماری، هموگلوبین گلیکوزیله و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع یک و پژوهش هژیر و همکاران، 1390 با عنوان اثربخشی درمان شناختی - رفتاری در تغییر بازنمایی های ادراکی از بیماری و ارتقاء حالات عاطفی بیماران مبتلا به ام اس با نتایج تحقیق حاضر همسو است.

اما یافته دوم تحقیق نشان داد که مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی یکپارچه، شدت بیماری را در بیماران مبتلا به ام اس کاهش نداده است. از جمله پژوهش هایی که همگام با یافته های پژوهش حاضر می باشد می توان از پژوهش مختاری و همکاران (1387) در خصوص اثربخشی درمان شناختی - رفتاری به شیوه گروهی که در کاهش شکایات جسمانی آنان تأثیر معناداری نداشت را نام برد.

با این وجود تعداد پژوهش هایی که یافته های آنها مغایر این نتیجه پژوهش هستند، بیشترند. از جمله می توان پژوهش قدرتی و همکاران، 1389 را نام برد که گروه درمانی مبتنی بر دیدگاه فرانکل در علائم جسمانی بیماران ام اس مؤثر بوده است و پژوهش گرانمایه و همکاران⁸ (2012) که تأثیر آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس⁹ را بر شدت نشانه های نشانه های فیزیکی بیماران ام اس نشان دادند. همچنین فرانسیسکو و همکاران¹⁰ (2014) در مطالعه شان

نبود و بیماران همچنان، بیماری ام اس را شرایطی مزمن و ادواری (عودکننده) می دانستند، به همین دلیل این شیوه درمانی باعث ایجاد تفاوت معناداری در مورد مؤلفه های طول مدت زمانی، انسجام بیماری و طول مدت زمان چرخه های بین دو گروه آزمایش و گواه نشده است. از جمله پژوهش هایی که همگام با یافته های پژوهش حاضر می باشد می توان پژوهش جیورجنس¹ (2010) با عنوان تأثیر ادراک بیماری بر ناتوانی، عملکرد جسمانی و نشانه های افسردگی، پژوهش آلسون که نشان داد با افزایش ادراک کنترل فردی می تواند منجر به بهبود رفتار سلامت، کاهش تجربه خستگی و افزایش کیفیت زندگی بیماران شود، پژوهش آرات² و همکاران (2011) درباره ارتباط ادراک پیامدهای جدی بیماری با سلامت جسمی ضعیف تر، پژوهش اسپین³ و همکاران در سال 2007 در خصوص نقش ادراک بیماری برای هر حیظه کیفیت زندگی، پژوهش جاپسون و موس - موریس⁴ در سال 2003 برای تعیین نقش و ادراک بیماری در تطابق بیماری ام اس، پژوهش دمستر⁵ و همکاران (2011) با هدف بررسی نقش ادراک بیماری و افزایش کنترل شناختی در تغییرات رنج روانی بیماران نجات یافته از سرطان مری، پژوهش زیریانوا⁶ در سال 2011 تحت عنوان اثرات ادراک بیماری و تطابق در بیماری آرتروز، پژوهش گلاتاکر و همکاران⁷ در سال 2011 تحت عنوان تأثیر مداخله مدل گسترش یافته متعارف مفهومی بر باورهای بیماری و باورهای درمان بیماران

8. SH Granmayeh, M. Besharat, S.M. Nabavi, S. Sadeghi, A. Imani
9. Mindfulness-based Stress Reduction programme
10. Francesco Pagniniabc, Deborah Phillipsb, Colin M. Bosmab, Andrew Reeceb & Ellen Langerb

1. Juergens MC
2. Arat
3. Spain LA
4. Moss-Morris
5. Dempster M
6. Zyrianova
7. M Glattaker

یک درمان مناسب برای اجزای روانی مشکلات مزمن پزشکی تبدیل کرده است. درمان شناختی - رفتاری یک شکل ساختاریافته از درمان است و ساختار در این نوع درمان مهم است (وایت، ترجمه مولودی، فتاحی، 1390).

روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به بیماران کمک می‌کند که یاد بگیرند چگونه از احساس های بدنی، افکار و هیجانات خود آگاهی یابند و چگونه پاسخ سازگارانهای به علائم هشدار دهنده عود بیماری نشان دهند؛ بنابراین ذهن آگاهی این توانایی را به ما می‌دهد تا آسیب پذیری های 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، 2003). 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 به طور آشکار روی جنبه های خاصی از تجربه معطوف می‌شود) و در زمان حال (وقتی ذهن به گذشته یا آینده معطوف می‌شود آن را به زمان حال باز می‌گردانیم) و بدون قضاوت (فرایندی که با روح پذیرش نسبت به آنچه رخ داده است، همراه است) صورت می‌گیرد (کابات زین، 2003) آگاهی از آنچه در آینده اتفاق می‌افتد و آنچه که 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

تأثیرات مثبت بهبودی نشانه‌های جسمانی و بهزیستی روان‌شناختی را بعد از آموزش ذهن آگاهی گروهی در بیماران مبتلا به ام اس نوع امیوتروفیک جانبی¹ نشان دادند. در مورد علت معنادار نشدن این رابطه شاید بتوان گفت که با توجه به میزان شدت بیماری بیماران شرکت کننده در تحقیق که در مقیاس ناتوانی گسترده از شدت بیماری خفیف تا متوسط برخوردار بودند، شدت بیماری در حدی بالا نبود که با این آموزش بتوان میزان آن را به طور قابل ملاحظه‌ای کاهش داد. شدت بیماری در حدی بود که بیماران می‌توانستند در کلاس‌ها حضور یابند علاوه بر این شدت بیماری یک متغیر جسمانی است که در طول زمان و در فرایند درمانی طولانی‌تر بهبودی آن آشکار می‌شود، بنابراین چنانچه آموزش طولانی‌تر اجرا شود و با فرایند پیگیری تداوم یابد، ممکن است شدت بیماری نیز از این شیوه آموزشی تأثیر پذیرد.

در نهایت می‌توان مؤثر بودن این آموزشی را در بسیاری از جنبه‌ها در بیماران دارای بیماری مزمن تأیید نمود. به طوری که تأکید اخیر، منعکس کننده این حقیقت است که شیوه پردازش می‌تواند به اندازه 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 معنادهی‌های مربوط به تشخیص و کنترل بیماری‌های مزمن بسیار مهم است. نقش اساسی معنادهی‌ها و تفسیرهای فرد از رویدادها و موقعیت‌ها در درمان‌های شناختی، یکی از دلایلی است که این مدل درمانی را به

1. Amyotrophic lateral sclerosis.

بیماری آن‌ها بکاهیم. یکی از محدودیت‌های این پژوهش نمونه‌گیری در دسترس از بیماران بود همچنین کوتاه بودن جلسات مداخله و نداشتن پیگیری پس از اتمام مداخله نیز از دیگر محدودیت‌های این پژوهش بود که امید می‌رود در سایر پژوهش‌ها به آن‌ها توجه شود. در پایان پژوهشگران از مبتلایان به بیماری ام اس که با وجود سختی‌های فراوان با مشارکت خود در این پژوهش امکان اجرای آن را فراهم نمودند صمیمانه تشکر می‌نمایند.

آن به‌طور منظم به خود آموزش می‌دهیم تا بدان آنچه در اطرافمان رخ می‌دهد و ناشی از تجارب ما است اطمینان کنیم. این تمرین همچنین به معرفی غریزه ما برای اجتناب از مشکل و جنبه‌های چالش برانگیز تجربه درمانی می‌پردازد؛ بنابراین می‌تواند نتیجه گرفت در صورتی که چنین مداخله‌هایی را برای مبتلایان به بیماری‌های مزمنی مانند ام اس در کنار درمان‌های پزشکی به کار بگیریم خواهیم توانست با تغییر در ادراک بیماران از بیماری‌شان در بلندمدت نیز از شدت

منابع

- مختاری، س.؛ نشاط دوست، ح.ط.؛ مولوی، ح (1387). «بررسی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری به شیوه گروهی بر افسردگی و شکایات جسمانی بیماران مبتلا به ام اس». مجله روان-شناسی، گروه روان‌شناسی دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه اصفهان، پیاپی (47)، ص 242-251.

- سیف، ع. ا (1374). تغییر رفتار و رفتار درمانی. نظریه‌ها و روش‌ها، تهران: نشر دانا.

- شمیلی، ف (1390). «تأثیر ادراک بیماری بر کیفیت زندگی بیماران ام اس، ارزیابی مدل خودگردانی». دانشگاه پیام نور، پایان‌نامه کارشناسی ارشد.

- مسعودنیا، ر (1387). «میزان تأثیر خود مراقبتی طراحی شده بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس». پایان‌نامه کارشناسی ارشد.

- گرانمایه ش؛ بشارت س. م؛ نبوی، س؛ صادقی، آ؛ ایمانی، آ (1390). «تأثیر برنامه کاهش استرس بر پایه ذهن آگاهی بر نشانه‌های فیزیکی، کیفیت زندگی و سلامت روان بیماران مبتلا به ام اس». پایان‌نامه کارشناسی ارشد.

- هژیر، ف؛ احدی، ح؛ پورشهباز، ع. و رضایی، م (1390). «اثربخشی درمان شناختی - رفتاری در تغییر بازنمایی‌های ادراکی از بیماری و ارتقاء حالات عاطفی بیماران مبتلا به ام اس». ماهنامه علمی پژوهشی.

- قدرتی، س.؛ تبریزی، م.؛ اسمعیلی، م (1389). «بررسی اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر دیدگاه فرانکل بر افزایش سلامت عمومی بیماران مبتلا به ام اس». تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره، 9(34):7-24.

- Francesco, P.; Deborah, P.; Colin, M. Bosma, A. R. & Langer, E. (2014). "Mindfulness, physical impairment and

psychological well-being in people with amyotrophic lateral sclerosis, Mindfulness, physical impairment and

- psychological well-being in people with amyotrophic lateral sclerosis". 10.1080/08870446.2014.982652. pages 503-517.
- Glattacker, M.; Dudeck, A.; Dibbelt, S.; Quatmann, M.; Schubmann, R.; Greitemann, B.; Jäckel, W. H. (2011). *Evaluation einer Intervention zur partizipativen Zielvereinbarung: Verändern sich zielbezogene Prozesse in der Wahrnehmung der RehabilitandInnen. Rehabilitation swiss* *enschaftliches Kolloquium in Bochum. DRV-Schriften*, 2011; 93: 159-160.
- Juergens, M.C.; Seekatz, B.; Moosdorf, R. G.; Petrie, K. J. & Rief, W. (2010). "Illness beliefs before cardiac surgery predict disability, quality of life, and depression 3 months later". *J Psychosom Res.* Jun, 68(6):553-60. Epub 2009 Dec 5.
- Kabat-zinn, J. (2003). *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of your Body and Mind to face Stress, Pain and Illness*. New York: Delacort
- Leventhal, H.; Leventhal, E. & Contrada, R. J. (1998). "Self-regulation, health & behaviour: a perceptual cognitive approach". *Journal of Psychology & Health*, 13, 717-734.
- Moss- Morris, R.; Weinman, J.; Keith, J. & Linda, D. (2003). "The revised illness perception questionnaire (IPQ-R)". *Psychology and Health*, Vol. 17, No. 1, pp. 1-16
- Pilowsky, I. (1984). *Pain & illness behaviour: Assesment & management. In: Textbook of pain*. New York: Churchill Livingston.
- Turner, J. & Kelly, B. (2000). "Emotional Dimensions of Chronic Disease". *Western Journal of Medicine*, 172, 124-128.
- Vaughan, R.; Morrison, L. & Miller, E. (2003). "The illness representations of multiple sclerosis and their relations to outcome". *British Journal of Health Psychology*, Volume 8, Number 3, September, pp. 287-301(15)
- Van Wilgen, C.P.; Kaptein, A.A. & Brink, M.S. (2010). "Illness perceptions and mood states are associated with injury-related outcomes in athletes". *Disabil Rehabil.* 32(19):1576-85.
- Vercoulen, J. H.; Swanink, C.M.; Zitman, F.G.; Vreden, S. G.; Hoofs, M. P.; Fennis, J. F.; Galama, J. M.; van der Meer, J. W.; Bleijenberg, G. (1996). "Randomised, double-blind, placebo-controlled study of fluoxetine in chronic fatigue syndrome". *Lancet.* 858-61.
- Zyrianova, Y.; Kelly, B. D.; Sheehan, J.; Mc Carthy, C. & Dinan, T.G.. (2011). "The psychological impact of arthritis: the effects of illness perception and coping". *Ir J Med Sci. Mar*; 180(1): 203-10. Epub 2010 Jul 30.