

در خصوص مقاله‌ی تعیین تأثیر درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن (MBCT) بر افسردگی، کیفیت زندگی و اضطراب بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

روشنک مهدی‌پور دستجردی^۱، قاسم یادگارفر^{۲*}

تاریخ دریافت ۱۳۹۷/۱۱/۲۲ تاریخ پذیرش ۱۳۹۸/۰۲/۰۷

چکیده

سردبیر محترم مجله‌ی پزشکی ارومیه:

مقاله‌ای تحت عنوان تعیین تأثیر درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن (MBCT) بر افسردگی، کیفیت زندگی و اضطراب بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، مورخه‌ی ۹۵/۵/۵ در مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و هفتم، شماره پنجم، صفحه‌ی ۳۶۴-۳۵۲، به چاپ رسیده است (۱). این پژوهش از نوع کارآزمایی پیش‌آزمون- پس‌آزمون بوده که جامعه‌ی آماری آن کلیه‌ی زنان ۲۰-۴۰ ساله‌ی مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس (ام‌اس) عضو انجمن ام‌اس شهر ساری در سال ۱۳۹۳ بودند که ۳۰ نفر از آن‌ها با روش نمونه‌گیری داوطلبانه انتخاب و به‌طور تصادفی به دو گروه (آزمایش و کنترل) تقسیم شدند. گروه آزمایش ۸ جلسه‌ی دوساعته تحت آموزش درمانی شناختی مبتنی بر حضور ذهن قرار گرفتند. قبل و بعد از اتمام جلسات هر دو گروه به پرسشنامه‌های اضطراب آشکار و پنهان اشیپیل برگر و پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی و مقیاس افسردگی هریس-لینگوز پاسخ دادند. تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس صورت گرفته است. طبق نتایج آن پژوهش، درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر کاهش افسردگی و اضطراب و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام‌اس مؤثر بوده است (۱). از نقاط قوت این مطالعه می‌توان به تعیین دقیق جامعه‌ی هدف، گروه‌بندی تصادفی، به‌کارگیری پرسشنامه‌های استاندارد و معتبر و اجرای سیستماتیک و منظم جلسات روان‌درمانی و ذکر محدودیت‌های طرح در پایان مقاله، اشاره کرد.

مجله پزشکی ارومیه، دوره سی‌ام، شماره سوم، ص ۲۵۴-۲۵۰، خرداد ۱۳۹۸

آدرس مکانب: اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، مرکز تحقیقات نارسایی قلب و گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، تلفن: ۰۹۱۳۴۱۲۷۵۵۳

Email: yadegarfar@gmail.com

نتیجه‌گیری نهایی مقاله دلالت کامل داشته باشد (۳). در ادامه چکیده‌ی مقاله در قسمت نتیجه‌گیری نیز اولاً به تداوم اثر مطالعه اشاره شده است لیکن در طراحی هیچ‌گونه اشاره‌ای به پیگیری طولانی‌مدت و تکرار تست‌ها با فاصله‌ی زمانی وجود ندارد و در متن مشخص نیست تداوم اثر مداخله چگونه توسط نویسندگان گرامی سنجیده شده است. ثانیاً این روش را در کلیه‌ی بیماری‌های جسمی و روحی مؤثر دانسته‌اند درحالی‌که نمی‌توان نتایج یک مطالعه به جامعه‌ای به‌جز جامعه‌ی هدف که در اینجا تنها بیماران مبتلا به ام‌اس هستند (آن‌هم به‌شرط اثبات External validity طرح) به‌راحتی تعمیم داد (۴).

در بخش مقدمه‌ی مقاله، به مقالات رفرنس زیادی اشاره شده است که خود از نقاط قوت طرح به شمار می‌رود، لیکن استفاده از

ضمن سپاسگزاری از این گروه تحقیقاتی جهت اجرای این پژوهش و انتشار نتایج آن، از دیدگاه ما نکات زیر قابل‌بحث به نظر می‌رسد:

در بخش چکیده‌ی مقاله، قسمت پیش‌زمینه بدون ذکر منبع معتبر ام‌اس را ناتوان‌کننده‌ترین بیماری جوانان نامیده است که این ادعا در منابع معتبر نورولوژی پشوانه‌ی علمی موثق ندارد (به‌ویژه که ضریب ناتوانی در بیماری‌های مادرزادی و اختلالات عضلانی مانند دیستروفی‌ها بسیار بالاتر است) (۲) و چنانچه نویسندگان محترم منبع معتبر علمی در این باب دارند خواهشمند است معرفی نمایند. در همان بخش چکیده‌ی مقاله، قسمت یافته‌ها لازم است خلاصه‌ای از مهم‌ترین نتایج آماری به‌دست‌آمده با ذکر معنی‌داری آن‌ها بر اساس PValue به شکلی توضیح داده شود که بر

^۱ متخصص مغز و اعصاب، مرکز تحقیقات علوم اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

^۲ دانشیار گروه آمار و اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات نارسایی قلب و گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان (نویسنده مسئول)

تعداد آن‌ها و نیز به سابقه‌ی بومی‌سازی آن در ایران اشاره نشده است، برخلاف پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی که به‌خوبی به شکل کامل و دقیق به این موارد اشاره شده است (۹). در نهایت در قسمت روش‌ها زمان انجام پس‌آزمون، فاصله‌ی آن با جلسات روان‌درمانی و نحوه‌ی پیگیری بیماران و چگونگی دسته‌بندی و آنالیز داده‌ها مشخص نیست و نیز هیچ‌گونه اشاره‌ی نشده است که آیا در مورد گروه کنترل نیز شبیه‌سازی مداخله جهت کاهش سوگرایی و Placebo Effect (۱۰) انجام شده باشد.

در قسمت یافته‌ها به‌ویژه هنگامی که نتایج یک کارآزمایی گزارش می‌شود، شایسته است بر اساس دستورالعمل کارآزمایی‌های بالینی کوکران (۱۱) در ابتدا نمودار کونسورت (Consort Diagram) گزارش گردد که نشان‌دهنده فرایند بررسی کل افراد داوطلب، تعیین افراد واجد شرایط از بین تمام داوطلبین، تعداد و علت عدم واجد شرایط بودن آن‌ها که وارد مطالعه نشدند، تعداد افراد ثبت‌شده برای مطالعه، تعداد افراد خارج‌شده در هر یک از دو گروه مداخله و کنترل در حین مطالعه با ذکر دلیل، و تعداد افرادی که در پایان در هر گروه مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرند می‌باشد. در جدول شماره ۱ انتظار آن است که نتایج و شواهدی ارائه شود که نشان دهد دو گروه مداخله و شاهد قبل از مداخله کاملاً شبیه هم بوده‌اند (۱۲) و از نظر متغیرهای زمینه‌ای و متغیرهای پیامد اختلافی با هم نداشته‌اند تا در صورت تغییرات در پیامدها پس از مداخله بتوان تغییرات را به مداخله نسبت داد. اما در اینجا در جدول شماره ۱ تنها دو متغیر سن و وضع تأهل در کل توصیف شده‌اند و مشخص نیست توزیع این دو متغیر و متغیرهای پیامد در دو گروه مداخله و پیامد چگونه بوده‌اند. در جدول شماره ۲ منظور از علائم روان‌شناختی، به شکل واضح و شفاف مشخص نشده که دقیقاً این انحراف معیار بر چه اساسی محاسبه شده است. نیز در صفحه‌ی ۳۵۶ (۱) در یک خطای نوشتاری، گزارش شده است " اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن... .. برآشفتگی فکری با $f=0.33$ و سطح معنی‌داری ($p=0.000$) را نشان می‌دهد. بنابراین با ۹۵ درصد اطمینان فرض تحقیق رد می‌شود و فرضیه صفر پذیرفته می‌شود. " دو نکته اساسی در اینجا قابل‌بحث است: نکته اول در صورتی که مقدار پی‌آزمون کم‌تر از 0.05 باشد فرض صفر رد می‌شود (که البته این احتمالاً یک اشتباه چاپی است) و نکته دوم، سطح معنی‌داری صفر یعنی نتیجه‌گیری ۱۰۰ درصد بدون خطاست و نقش شانس در رد فرض صفر، صفر است (۳) که با توجه به ماهیت مطالعات در علوم پزشکی که بر روی نمونه‌ها انجام می‌شود همیشه شانس یا خطای نوع یک می‌تواند در نتیجه‌گیری نقش داشته باشد ولو این نقش بسیار ناچیز باشد. لذا شایسته است در این موارد مقدار پی‌آزمون به صورت $p < 0.001$ گزارش گردد (۱۳).

این مقالات و بیان اهمیت و نتایج آن‌ها از سویی باعث طولانی شدن مقدمه‌ی مقاله شده درحالی‌که در این میان تعداد مقالاتی که اثر روان‌درمانی شناختی را بر پارامترهای مختلف روان‌شناختی بیماران مبتلا به ام‌اس یا سایر بیماری‌های ناتوان‌کننده‌ی عصبی و اختلالات حرکتی جوانان بررسی کرده باشند و آزمودنی‌هایی متناظر با این طرح داشته باشند بسیار کم هستند لذا توصیه می‌شود چنان چه مقالاتی با این شرایط در دسترس نویسندگان محترم بوده است به آن‌ها اشاره‌ی پررنگ‌تری بشود.

در بخش روش کار مقاله، یکی از موارد قابل‌بحث حجم نمونه‌ی نسبتاً کم طرح می‌باشد که با اصول طراحی پژوهش‌های کمی پرسشنامه‌ای هم‌خوانی ندارد (۵)، متأسفانه در این مورد منبعی نیز که اشاره شده بدون ذکر دقیق شماره‌ی فصل و صفحه می‌باشد و فقط نام یکی از کتب اصلی رفرنس رشته‌ی روان‌پزشکی نوشته شده است، لیکن در حد قابل‌بررسی نکته‌ای دال بر حجم نمونه‌ی پانزده نفر در کتاب مذکور دیده نشد (۶) (تنها در قسمتی از کتاب به عدد پانزده نفر به‌عنوان حداکثر افراد ممکن جهت حضور در یک جلسه‌ی روان‌درمانی گروهی به‌عنوان یک روش درمانی بالینی اشاره شده است لیکن بحثی در باب پژوهش‌های روان‌شناختی و اصول طراحی مطالعات مداخله‌ای نکرده است) و خواهشمندیم پژوهشگران گرامی در این مورد صفحه‌ی مورد استناد خود را از کتاب مذکور دقیقاً بیان کنند، هرچند خود نویسندگان نیز در صفحه‌ی بعد مقاله به مطالعه‌ی مشابه دیگری (۷)، با حجم نمونه‌ی ۶۰۰ نفر اشاره کرده‌اند که منطقی به نظر می‌رسد چراکه در این موارد معمولاً لازم است به ازای هر آیت‌م پرسشنامه، ده نفر وارد طرح شوند، پس در اینجا نیز با توجه به استفاده‌ی هم‌زمان از سه پرسشنامه‌ی بزرگ، طبق آیت‌هایی که در خود مقاله برای هر پرسشنامه ذکر شده است، حجم نمونه‌ی بسیار بالاتری (متوسط ۵۰۰ نفر) موردنیاز بوده است (۸).

در ادامه‌ی قسمت روش کار مقاله مشخص نیست که آیا آزمودنی‌ها قبل از انجام پیش‌تست به دو گروه کنترل و شاهد تقسیم شده‌اند یا پس از انجام آن، تقسیم‌بندی صورت گرفته است و توصیه می‌شود با اصلاح نگارشی جمله‌ی مربوطه، این ابهام برطرف گردد. در بخش معیارهای ورود و خروج به نقش فاکتورهای مخدوش گر مانند شدت و مرحله‌ی بیماری، تعداد سال‌های ابتلا، نوع بیماری ام‌اس بر اساس زیرگروه‌های تعریف‌شده، شدت ناتوانی بیماران، اختلالات اجتماعی و خانوادگی مانند اعتیاد، طلاق، وضعیت اقتصادی و غیره که همگی از عوامل مؤثر در بروز اختلالات خلقی هستند توجه نشده است و نیز به علت حذف مردان از مطالعه و تمرکز بر زنان در نمونه‌گیری نیز اشاره نشده است.

در مورد پرسشنامه‌ی اضطراب آشکار و پنهان اشیپیل برگر و پرسشنامه‌ی مقیاس افسردگی هریس - لینگوز به جزئیات آیت‌ها و

گیرد، درحالی‌که نویسندگان تنها به بیان کلی نتایج سایر مطالعات و فقط همسویی آن با نتایج طرح فعلی اکتفا کرده است.

در پاراگراف سوم همین بخش اشاره به تأثیر روان‌درمانی شناختی بر قدرت فعالیت جسمانی بیماران دارد که با توجه به ماهیت ناتوان‌کننده‌ی بیماری ام‌اس و اختلال بارز حرکتی ناشی از ضایعات مغزی در این بیماران و نیز تفاوت شدت ضریب ناتوانی در فازهای مختلف بیماری، چنین ادعایی نیاز به طراحی مطالعه‌ای بزرگ و دقیق خواهد داشت و با اکتفای به نتایج این طرح نمی‌توان به‌راحتی چنین نتیجه‌ای گرفت. در پایان بخش بحث مقاله، مکرراً نتایج مطالعات سایر افراد ذکر شده بدون آنکه مقایسه‌ای با طرح فعلی صورت گیرد (۱۵).

درنهایت ضمن سپاس از توجه نویسندگان گرامی به نکات مورد بحث، توصیه می‌شود نگارش ادبی پاراگراف دوم ستون دوم صفحه‌ی ۳۵۴، بحث معیارهای ورود و خروج، بازنگری و ویرایش گردد. هم‌چنین در پاراگراف اول صفحه‌ی ۳۵۶ در بحث افسردگی و پاراگراف اول صفحه‌ی ۳۵۷ بحث اضطراب شماره‌ی جداول مربوطه ذکر نشده است (۱).

در پایان ضمن تشکر فراوان از سردبیر و اعضای محترم تحریریه‌ی مجله پزشکی ارومیه جهت تلاش آن‌ها در چاپ مقالات علمی و ارتقای سطح دانش پزشکی، بی‌صبرانه منتظر دریافت پاسخ از سوی نویسندگان محترم و چاپ این نقد علمی هستیم.

References

1. Bakhshipour B, Ramezanzadeh S. Investigating the effect of mindfulness-based cognitive therapy (mbct) on depression, quality of life, and anxiety in ms patients. *J Urmia Univ Med Sci* 2016; 27 (5):352-64.
2. Allan H R, Martin AS, Joshua PK. Adams and Vectors Principles of Neurology, Multiple sclerosis and other inflammatory demyelinating diseases. 10th ed. Mc Graw Hill Education publications; 2014. Chapter. 36, P. 915.
3. Jüni P, Altman DG, Egger M. Assessing the quality of controlled clinical trials. *Bmj* 2001;323(7303):42-6.
4. du Prel J-B, Röhrig B, Blettner M. Critical appraisal of scientific articles: part I of a series on evaluation of scientific publications. *Dtsch Arztebl Int* 2009;106(7):100-5.

در بخش بحث و نتیجه‌گیری اولاً لازم است در ابتدا خلاصه‌ای از نتایج اصلی مطالعه و تحلیل آن به شکل دقیق و کامل توضیح داده شود (۱۳)، و در ادامه‌ی آن ابتدا به کلیه‌ی تئوری‌ها و خطاهای ممکن و نیز نحوه‌ی کنترل آن‌ها توسط محققین اشاره شود (۱۴) و نیز شواهد مبنی بر وجود Internal Validity شامل قدرت رابطه علیتی مداخله - پاسخ، ثبات درونی مطالعه، اختصاصی بودن نتایج، عدم مخدوش شدگی نتایج به‌دلیل حضور مخدوشگرها، عدم وجود و یا حداقل بودن تأثیر تئوری‌های اندازه‌گیری و چگونگی کنترل آن‌ها (مثلاً با کورسازی در صورت امکان) و شواهد لازم مبنی بر قدرت لازم مطالعه جهت تعمیم نتایج به جامعه مورد مطالعه (External Validity) شامل حجم نمونه کافی و روش انتخاب نمونه‌ها و تخصیص تصادفی آن‌ها به هر یک از دو گروه مداخله و کنترل، مقاله بیان گردد. هم‌چنین توصیه می‌شود در این قسمت Consort Diagram مطالعه جهت آشنایی کلی و اجمالی خوانندگان با روند انتخاب داوطلبین، تعیین افراد واجد شرایط، تعداد افراد عدم واجد شرایط با ذکر دلیل، تعداد افراد تصادفی شده در هر گروه و تعداد ریزش و دلایل آن (در صورت وجود) ترسیم گردد (۴). در ادامه‌ی بحث، در هر پاراگراف پس از توضیح مطالعه‌ی معادل، لازم است نتایج آن با نتایج طرح فعلی مقایسه شده و در صورتی‌که نتایج تفاوت دارند علت احتمالی آن مورد بحث قرار

5. Röhrig B, du Prel J-B, Wachtlin D, Kwiciczen R, Blettner M. Sample size calculation in clinical trials: part 13 of a series on evaluation of scientific publications. *Dtsch Arztebl Int* 2010;107(31-32):552-6.
6. Ballinger B, Yalom I. Group therapy in practice. In B Bongar and L E Beutler (Eds). *Comprehensive text book of psychotherapy*. New York: Oxford University press; 1995
7. Behdani F, Sargolzaei MR, Esmaeili GH. Study of the relationship between lifestyle and prevalence of depression and anxiety in the student of Sabzevar University. *J Sabzevar Univ Med Sci* 1980; 7(2): 27-8.
8. Peter MF, David M. *Quality of Life: Assessment, Analysis and Interpretation Book*, Chapter 14: Sample Sizes, Published Online: 8 MAR 2002

9. Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh SR. The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. *J School Public Health Inst Public Health Res* 2006;4(4): 1–12.
10. Sedgwick Ph. Confounding in randomised controlled trials. *BMJ* 2010; 341: c5403.
11. Williamson PR, Altman DG, Blazeby JM, Clarke M, Devane D, Gargon E, et al. Developing core outcome sets for clinical trials: issues to consider. *Trials* 2012;13(1):132.
12. Hopewell S, Clarke M, Stewart L, Tierney J. Time to publication for results of clinical trials. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(2):MR000011.
13. Hopewell S, Loudon K, Clarke MJ, Oxman AD, Dickersin K. Publication bias in clinical trials due to statistical significance or direction of trial results. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(1).
14. Armijo-Olivo S, Stiles CR, Hagen NA, Biondo PD, Cummings GG. Assessment of study quality for systematic reviews: a comparison of the Cochrane Collaboration Risk of Bias Tool and the Effective Public Health Practice Project Quality Assessment Tool: methodological research. *J Eval Clin Pract* 2012;18(1):12–8.
15. Khorsan R, Crawford C. How to assess the external validity and model validity of therapeutic trials: a conceptual approach to systematic review methodology. *Evid Based Complement Alternat Med* 2014;2014:694804.

INVESTIGATING THE EFFECT OF MINDFULNESS-BASED COGNITIVE THERAPY (MBCT) ON DEPRESSION, QUALITY OF LIFE, AND ANXIETY IN MS PATIENTS

Roshanak Medipour Dastjerdi¹, Ghasem Yadegarfar²

Received: 10 Feb, 2019; Accepted: 27 Apr, 2019

Critical Appraisal of "INVESTIGATING THE EFFECT OF MINDFULNESS-BASED COGNITIVE THERAPY (MBCT) ON DEPRESSION, QUALITY OF LIFE, AND ANXIETY IN MS PATIENTS": A letter to Editor

SOURCE: URMIA MED J 2019; 30(3): 254 ISSN: 1027-3727

¹ Neurologist Isfahan University of Medical Sciences, Research Centre of Neuroscience

² Associate Professor Isfahan University of Medical Sciences, Heart Failure Research Centre & Epidemiology & Biostatistics Department, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (Corresponding Author)