

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

باب الله بخشی پور^۱، ثریا رمضان زاده^{۲*}

تاریخ دریافت ۱۳۹۵/۰۲/۲۰ تاریخ پذیرش ۱۳۹۵/۰۴/۱۲

چکیده

پیش زمینه و هدف: بیماری ام اس از شایع ترین بیماری های نورولوژیک در انسان بوده و ناتوان کننده ترین بیماری سنین جوانی است. هدف از این پژوهش تعیین تأثیر درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر افسردگی، کیفیت زندگی و اضطراب در بیماران مبتلا به ام اس است.

مواد و روش کار: روش پژوهش حاضر از نوع طرح آزمایشی پیش آزمون- پس آزمون بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه زنان ۲۰-۴۰ ساله مبتلا به بیماری مالتیپل اسکلروزیس بود که در سال ۱۳۹۳ در انجمن ام اس شهر ساری عضویت داشتند، به منظور اجرای پژوهش ۳۰ نفر با روش نمونه گیری داوطلبانه انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه (آزمایش و کنترل) تقسیم شدند. گروه آزمایش ۸ جلسه دوساعته تحت آموزش طرح درمانی شناختی مبتنی بر حضور ذهن قرار گرفتند. بعد از اتمام جلسات هر دو گروه به پرسشنامه های اضطراب آشکار و پنهان اشیپل برگر و پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-۳۶) و مقیاس افسردگی هریس- لینگوز پاسخ دادند. تحلیل داده ها با استفاده از تحلیل کوواریانس صورت گرفت.

یافته ها: نتایج به دست آمده نشان داد درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر کاهش افسردگی و اضطراب و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام اس مؤثر بوده است

بحث و نتیجه گیری: با توجه به تأثیر درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر میزان افسردگی و اضطراب و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام اس و تداوم اثر آن، به کارگیری این روش در همه سطوح پیشگیری و درمان مبتلایان به بیماری های جسمی و روحی ضروری به نظر می رسد.

کلیدواژه ها: طرح درمانی شناختی مبتنی بر حضور ذهن، کیفیت زندگی، افسردگی، اضطراب، بیماران مبتلا به ام اس

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و هفتم، شماره پنجم، ص ۳۶۴-۳۵۲، مرداد ۱۳۹۵

آدرس مکاتبه: مازندران، ساری، پیام نور واحد ساری، تلفن: ۰۹۳۶۹۷۶۲۸۸۷

Email: sorayaramezani@ut.ac.ir

مقدمه

ظهور و بروز اختلالات روان تنی، نیازمند آن است که عوامل روان شناختی و نشانه های جسمی به طور هم زمان با یکدیگر پیوند و نزدیکی دائم داشته باشند (۱). از بین این عوامل، بیماری های مزمن، بیشترین تأثیر منفی را بر روند سلامت عمومی و کیفیت زندگی افراد دارند. بیماری های مزمن نگاه به زندگی را به عنوان فرایندی منظم و مستمر به چالش می کشند، چالشی که می تواند پیامدهای روانی

مهمی به دنبال داشته باشد (۲). مولتیپل اسکلروزیس یا ام اس^۳ یک بیماری میلین زدای سیستم عصبی مرکزی است. این بیماری یکی از شایع ترین بیماری های نورولوژیک در انسان بوده و ناتوان کننده ترین بیماری سنین جوانی است. در این بیماری پوشش میلین سیستم عصبی مرکزی از قبیل مغز، عصب بینایی^۴ و نخاع شوکی^۵ دچار آسیب می شود (۳). شایع ترین سن ابتلا به این بیماری

^۱ استادیار دانشگاه پیام نور واحد ساری

^۲ کارشناس ارشد مشاوره دانشگاه تهران (نویسنده مسئول)

^۳ - multiple sclerosis

^۴ - optic nerves

^۵ - spinal cord

۲۰ تا ۴۰ سال است، دورانی که در آن فرد بیشترین مسئولیت‌های خانوادگی و اجتماعی را بر عهده دارد و سنین باروری اوست (۴).

مطالعات نشان داده‌اند که حدود ۵۰-۶۰ درصد بیماران مبتلا به ام‌اس از افسردگی^۱ و حدود ۳۷ تا ۴۰ درصد نیز از اضطراب^۲ رنج می‌برند که به‌شدت بر کیفیت زندگی^۳ این بیماران تأثیر می‌گذارد، این بیماری، در اوج مسئولیت‌های فردی، اجتماعی و خانوادگی، فرد را با مشکلات عدیده‌ای روبرو می‌کند، به‌طوری‌که شرکت بیماران را در فعالیت‌های مربوط به تندرستی محدود می‌کند، در نتیجه سبب افزایش عوارض ثانویه و محدودیت‌هایی در زندگی مستقلشان می‌گردد و بر کیفیت زندگی آنان تأثیر منفی می‌گذارد (۵).

افسردگی یک اختلال خلقی است که خود را با علائمی نظیر خلق پایین، از دست دادن احساس، پوچی، کندی روانی و حرکتی، احساس گناه و ناتوانی در تمرکز و افکار مربوط به مرگ نشان می‌دهند (۶). افسردگی در بیماران مبتلا به ام‌اس معمولاً با کیفیت زندگی پایین همراه است. کیفیت زندگی و افسردگی با هم در ارتباط‌اند؛ یعنی حالاتی چون افسردگی و اضطراب، میزان کیفیت زندگی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد، با در نظر گرفتن سطوح آسیب‌پذیری عصب‌شناختی این بیماران، درمان افسردگی و اضطراب ناشی از آن، نقش تعیین‌کننده‌ای در بهبود کیفیت زندگی آن‌ها بازی می‌کند، مداخلاتی که سبب افزایش رشد شخصی، احساس کنترل و یافتن معنی در زندگی می‌شوند، در بهبود کیفیت زندگی و افسردگی این بیماران مؤثر هستند (۷).

از آنجایی‌که این بیماران هم بایستی با استرس‌های زندگی روزمره و هم با استرس‌های ناشی از علائم بیماری که نوسان دار و غیرقابل پیش‌بینی هستند، مقابله کنند. بنابراین، پیشرفت بیماری ممکن است با کار، زندگی خانوادگی، ارتباطات و فعالیت‌های اجتماعی تداخل کند. هدف مداخلات روان‌شناختی کمک به این افراد به‌منظور مقابله با چالش‌های فوق می‌باشد (۸).

در ابعاد روانی - اجتماعی درمان بیماران مبتلا به ام‌اس گاه لازم است به آن‌ها کمک شود تا دیدگاه‌های خود را تغییر دهند، 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. از سویی ادراک بیماری بر کیفیت زندگی بیماران ام‌اس تأثیر دارد، مداخلات درمانی موجب می‌شود ادراک بیماری مدیریت‌شده و منجر به ارتقای کیفیت زندگی بیماران ام‌اس می‌گردد (۹).

مطالعات نشان می‌دهند که درمان شناختی- رفتاری^۴ در درمان اختلالات افسردگی حاد مؤثر است، اما اثرات پیشگیرانه آن مورد تردید می‌باشد (۱۰). پیشرفت‌های اخیر در درمان‌های جایگزین این اختلال، از جمله شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن^۵ به‌ویژه در پیشگیری از عود آن، روی کار آمده‌اند (۱۱).

شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن تحت عنوان موج سوم رفتاردرمانی یاد می‌شود (۱۲) یک برنامه آموزشی مهارت‌های مبتنی بر پروتکل می‌باشد که بر اساس کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی ایجاد شده است (۱۳). شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن، نوید تازه‌ای در تبیین رویکرد درمان شناختی- رفتاری است. تحقیقات بالینی نشان داده‌اند که مراقبه‌های ذهن آگاهی به‌اندازه داروهای ضدافسردگی مؤثر بوده‌اند (۱۴).

شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن به معنی توجه کردن به زمان حال به شیوه‌های خاص، هدفمند و خالی از قضاوت است (۱۵) به‌عبارتی هدف درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن توجه به طریقی خاص، معطوف به هدف در زمان حال و بدون داوری است. برخلاف درمان شناختی- رفتاری که در آن تمرکز بر روی تغییر محتوای افکار است، تمرکز درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر پرورش آگاهی فراشناختی و اصلاح فرآیندهای فراشناختی است که منجر به تداوم نشخوارهای ذهنی می‌شود (۱۶). اثرات درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن با جدایی رابطه بین واکنش افکار افسرده و نتایج ضعیف منجر به افزایش تمرکز حواس و صبوری در طول درمان می‌گردد (۱۷) درواقع می‌توان گفت که کیفیت زندگی تحت تأثیر مداخلات شناختی- رفتاری و خصوصاً درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بهبود پیدا می‌کند و از طرفی نیز بهبود و افزایش آن، میزان افسردگی را در بیماران با خطر بازگشت و عود افسردگی به‌طور معنی‌داری کاهش می‌دهد (۱۸)، مطالعات تأثیر مثبت مداخلات روان‌درمانی برای مدیریت استرس و مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی و تأثیر مدیتیشن بر بیماران مبتلا به ام‌اس را نشان می‌دهد. (۱۹، ۲۰).

این رویکرد در جمعیت‌های بالینی مورد پژوهش قرار گرفته و نتایج به‌دست‌آمده حاکی از تأثیر به سزای روش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در درمان اختلالات دوقطبی^۶ (۲۱) تأثیر بر اضطراب (۲۲) افسردگی (۱۱، ۲۳، ۲۴)؛ کیفیت زندگی افراد مبتلا به HIV (۲۵)؛ سرطان (۲۶، ۲۷)، استرس (۲۸، ۲۹، ۳۰) درمان

4 - Cognitive Behavioral Therapy

5 - Mindfulness Behavior-Cognitive Therapy

6 - with bipolar disorder

1 - Depression

2 - Anxiety

3 - Quality of Life

سردرد (۳۱) سلامت روان جانبازان شیمیایی (۳۲) کیفیت زندگی بیماران دیابتی (۳۳) می‌باشد.

پژوهش‌های انجام‌شده در ایران نیز می‌توان به اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش وسواس فکری و عملی (۳۴) کاهش افسردگی و بهبود کیفیت زندگی افراد افسرده (۳۵) کاهش مشکلات روان‌شناختی بیماران دارای نشانگان روده تحریک‌پذیر (۳۶) کاهش اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به کرونا قلبی (۳۷، ۳۸) کیفیت زندگی بیماران دیابتی (۳۹، ۴۰) کاهش نگرش‌های ناکارآمد بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی عکاشه (۱۰) افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و کاهش پردازش شناختی خودکار (۴۱) اشاره نمود.

نتایج اثربخشی درمانی شناختی-رفتاری بر بهداشت روانی بیماران ام‌اس و نتایج تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن بر کاهش افسردگی در نمونه ۲۸ نفری زنان و دختران عضو انجمن مولتیپل اسکلروزیس استان یزد نیز تأثیر درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر کاهش افسردگی بیماران مبتلا به ام‌اس را تأیید می‌کند (۴، ۴۲).

با توجه به نقش عوامل و اهمیت روان‌شناختی در بروز بیماری‌های روان‌تنی به‌منظور کاهش و به حداقل رساندن بروز این بیماری و یا ایجاد شرایط مناسب زندگی برای مبتلایان به ام‌اس این پژوهش دارای اهمیت خواهد بود. شیوع بالا و سن پایین بروز ام‌اس در ایران، همچنین دامنه وسیع پیامدهای روانی در این بیماران ضرورت توجه به آن را چندین برابر می‌کند. بنابراین مداخلاتی که به این بیماران برای مقابله با چالش‌های فوق کمک کند، لازم و ضروری به نظر می‌رسد. با مرور پژوهش‌های انجام‌شده در ایران جای خالی این قبیل مطالعات بر بیماری‌های مزمنی همچون ام‌اس بسیار مشهود است. لذا هدف از این مطالعه اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر افسردگی، کیفیت زندگی و اضطراب در بیماران مبتلا به ام‌اس می‌باشد.

مواد و روش کار

پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی و از نظر هدف کاربردی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان ۲۰-۴۰ ساله مبتلا به بیماری مالتیپل اسکلروزیس بود که در سال ۱۳۹۳ در انجمن ام‌اس شهر ساری عضویت داشتند. با توجه به اینکه تحقیقات آزمایشی معمولاً از نمونه‌های ۱۵ نفره برای هر گروه استفاده می‌کنند (۴۳) به‌منظور اجرای پژوهش ۳۰ نفر با روش نمونه‌گیری داوطلبانه انتخاب و

به‌طور تصادفی به دو گروه (آزمایش و کنترل) تقسیم شدند؛ و با پرسشنامه مورد آزمون قرار گرفتند. پس از اجرای پرسشنامه‌ها به‌عنوان پیش‌آزمون، آزمودنی‌ها به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل کاربندی شدند. آزمودنی‌های گروه آزمایش، درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن را طی ۸ جلسه ۲ ساعته دریافت کردند.

ملاک‌های ورود عبارت‌اند: سن بین ۲۰ تا ۴۰ سال، رضایت شرکت در پژوهش. حداقل سواد دیپلم، ملاک خروج عدم تمایل بیمار نسبت به شرکت در طرح پژوهش، بررسی عدم وجود مشکلات روان‌پزشکی، بر اساس اطلاعات مکتوب در پرونده و اظهارنظر شخصی این افراد صورت گرفت. عدم دریافت هرگونه برنامه آموزشی دیگر در حین انجام مداخله ذهن آگاهی از دیگر ملاک‌های ورود این افراد به پژوهش بوده است. ملاک خروج افراد موردپژوهش، شامل عدم تمایل آزمودنی به ادامه شرکت در پژوهش، ابتلا به بیماری‌های دیگر و درج تشخیص‌های روان‌پزشکی یا عقب‌ماندگی ذهنی علاوه بر آن در تاریخچه پزشکی آن‌ها بود.

ابزارهای پژوهش:

پرسشنامه کیفیت زندگی (Short-Form (SF-۳۶) Health Survey questionnaire)

این پرسشنامه خودگزارشی که عمدتاً جهت بررسی کیفیت زندگی و سلامت استفاده می‌شود توسط ویر و شربرون^۱ ساخته شد و دارای ۳۶ عبارت است و ۸ قلمرو عملکرد جسمی، عملکرد اجتماعی، ایفای نقش جسمی، ایفای نقش هیجانی، سلامت روانی، سرزندگی، درد بدنی و سلامت عمومی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. نمره آزمودنی در هر یک از این قلمروها بین ۰ تا ۱۰۰ متغیر است و نمره بالاتر به‌منزله کیفیت زندگی بهتر است. اعتبار (دامنه تغییرات ۰/۵۸ تا ۰/۹۵) و پایایی (۰/۶۵ و ۰/۷۷ تا ۰/۹) این پرسشنامه در ایران بررسی شده است (۴۴) پایایی این ابزار در این پژوهش با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ($\alpha=0/89$) محاسبه و تأیید گردید.

پرسشنامه اضطراب آشکار و پنهان اشپیل برگر (Inventory trait anxiety) (STAI)

اضطراب آشکار (S)، می‌تواند به‌عنوان مقطعی از زندگی یک شخص محسوب شود یا به عبارتی، بروز آن موقعیتی است و اختصاص به موقعیت‌های تنش‌زا (جروب‌ها، از دست دادن موقعیت‌های اجتماعی، تهدید امنیت و سلامت انسان) دارد اما اضطراب پنهان (T)، به تفاوت‌هایی فردی، در پاسخ به موقعیت‌های پراسترس با میزان‌های مختلف اضطراب آشکار، دلالت دارد (۴۵). پایایی هر دو مقیاس اضطراب آشکار و پنهان برای اجرا بر روی

^۱ - Ware & Sherbourne

جلسه چهارم: انجام مراقبه نشسته با تأکید بر ادراک احساس بدن (به‌عنوان تفسیر احساسات و افکار مخالف) معرفی پیاده‌روی آگاهانه

جلسه پنجم: نشست آگاهانه، آگاهی از افکار، بحث در مورد نقش ذهن آگاهی در پاسخ به استرس در زندگی روزمره
جلسه ششم: مراقبه نشسته طولانی‌مدت، آگاهی از تنفس، اصوات و سپس افکار، بحث پیرامون آماده شدن برای اتمام دوره
جلسه هفتم: مراقبه نشسته، آگاهی از تنفس، بدن، صداها سپس افکار و بازنگری تمرین‌ها، بازنگری تکالیف خانگی
جلسه هشتم: بازنگری بدنی، بررسی موانع به‌کارگیری فن‌ها، بازنگری مطالب گذشته و درنهایت جمع‌بندی و اجرای پس‌آزمون.

یافته‌ها

برای مشخص شدن معنی‌داری تفاوت بین متغیرهای فوق از تحلیل کوواریانس استفاده شد. برای بررسی تفاوت‌های مشاهده‌شده در مؤلفه‌های افسردگی و متغیر اضطراب و کیفیت زندگی، ابتدا مفروضه‌های لازم جهت انجام تحلیل کوواریانس بررسی شد. بررسی همگنی واریانس‌ها نشان می‌دهد که معنی‌داری آزمون لون در متغیرها بیشتر از ۰/۰۵ است، با توجه به این امر دلیلی برای ناهمگنی فرض کردن واریانس‌ها وجود ندارد. همچنین قبل از انجام آزمون کوواریانس با استفاده از آزمون کولموکروف اسمیرنف توزیع نرمال نمرات افسردگی، کیفیت زندگی و اضطراب، برای هر دو گروه (آزمایش و کنترل) موردبررسی قرار گرفت. بنابراین از تحلیل کوواریانس برای تحلیل آماری استفاده شد. بر اساس نتایج این آزمون، هر دو گروه آزمایش و کنترل توزیع نرمال داشتند. نتایج این آزمون نشان داده است که نمرات گروه آزمایش و گروه کنترل در متغیرهای پژوهش دارای توزیع نرمال بودند.

آزمودنی‌های گروه هنجار که شامل ۶۰۰ نفر بودند، بر اساس فرمول آلفای کرونباخ محاسبه گردیده است، پایایی مقیاس اضطراب آشکار ۰/۹۱ و پایایی مقیاس اضطراب پنهان ۰/۹۰ و برای مجموع آزمون، پایایی مقیاس ۰/۹۴ به‌دست آمده است. همچنین در مطالعات مقدماتی میزان پایایی آزمون اسپیلبرگر را ۹۰ درصد محاسبه گردید (۴۶). پایایی ابزار اشیپلبرگر در این پژوهش با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ($\alpha=0/88$) محاسبه و تأیید گردید.

مقیاس افسردگی هریس-لینگوز:

مقیاس افسردگی شامل ۵۷ ماده در MMPI2 است، مقیاس محتوایی افسردگی در این پرسشنامه طبقه‌بندی مجدد شد این مقیاس نشانگر این است که ماده‌ها پیرامون حوزه‌های آشفتگی فکر، کندی جسمانی، احساس افسردگی، بی‌تفاوتی روانی و بدکاری بدنی دور می‌زنند، مؤلفه‌های افسردگی آن شامل پنج زیرمجموعه؛ افسردگی ذهنی ۳۲ آیت، کندی روانی - حرکتی ۱۵ آیت، کژکاری بدنی ۱۱ آیت، کندی و ملال ذهنی ۱۵ آیت و آشفتگی فکری ۱۰ آیت (۴۷).

دستورالعمل جلسات درمان بر اساس راهنمای کتاب شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن برای افسردگی (۴۸) تنظیم شد. تعداد جلسات آموزش ذهن آگاهی ۸ جلسه ۲ ساعته بود، شامل:

جلسه اول: معرفی افراد به یکدیگر و تنظیم خط‌مشی کلی جلسات، اجرای پیش آزمون، تنفس آگاهانه

جلسه دوم: تمرین وارسی بدنی، تمرین مراقبه نشسته، توجه به تفسیر ذهنی به‌عنوان شروع مسئولیت شخصی برای افکار و احساسات

جلسه سوم: تمرین دیدن و شنیدن آگاهانه، بحث پیرامون بودن در لحظه حال و توجه به افکار تنها به‌عنوان افکار و نه به‌عنوان حقایق یا حوادث

جدول (۱): وضعیت دموگرافیک شرکت‌کنندگان در جلسه آموزشی

متغیر	درصد
سن	-
۳۰-۲۰	۳۷/۵
۴۰-۳۰	۶۲/۵
وضعیت تأهل	
متأهل	۸۲/۵
مجرد	۱۷/۵
مطلقه	۵

میانگین و انحراف استاندارد نمرات علائم روان‌شناختی بیماران در دو گروه آزمایش و کنترل به تفکیک نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون در جدول ۲ آمده است.

جدول (۲): میانگین، انحراف معیار علائم روان‌شناختی در بیماران به تفکیک نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
افسردگی	آموزش	$38/93 \pm 10/21$	$32/76 \pm 12/92$
	کنترل	$37/70 \pm 9/91$	$40/26 \pm 10/23$
کیفیت زندگی	آموزش	$52/03 \pm 7/5$	$69/76 \pm 11/28$
	کنترل	$54/86 \pm 8/03$	$61/40 \pm 8/18$
اضطراب	آموزش	$54/6 \pm 13/72$	$50/83 \pm 15/18$
	کنترل	$48/06 \pm 15/67$	$58/93 \pm 15/99$

همان‌طور که در جدول نشان داده می‌شود، اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر افسردگی ذهنی با $f=16/78$ و سطح معنی‌داری ($p=0/000$) بر کندی روانی حرکتی با $f=4/417$ و سطح معنی‌داری ($p=0/000$) بر بدکاری بدنی با $f=9/50$ و سطح معنی‌داری ($p=0/000$) بر ملال ذهنی با $f=9/69$ و سطح معنی‌داری ($p=0/000$) بر آشفتگی فکری با $f=0/33$ و سطح

معنی‌داری ($p=0/000$) نشان می‌دهد، بنابراین با ۹۵ درصد اطمینان فرض تحقیق رد می‌شود و فرضیه صفر پذیرفته می‌شود، می‌توان نتیجه گرفت درمان شناختی مبتنی بر مؤلفه‌های افسردگی بیماران مبتلا به ام‌اس گروه آزمایشی مؤثر بوده است. به عبارتی این رویکرد توانسته است در کاهش مؤلفه‌های افسردگی این بیماران مؤثر واقع شود.

جدول (۳): نتایج تحلیل کوواریانس نمرات مؤلفه‌های افسردگی بیماران مبتلا به ام‌اس در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	f
افسردگی ذهنی	پیش‌آزمون	۶۰۲/۲۲	۱	۶۰۲/۲۲	۲۳/۸۵
	گروه	۴۲۳/۷۴	۱	۴۲۳/۷۴	۱۶/۷۸
	خطا	۲۱۴۸۴/۰	۲۷		
کندی روانی حرکتی	پیش‌آزمون	۳۵۲۱/۸۱	۱	۳۵۲۱/۸۱	۴۷/۸۳
	گروه	۳۲۵/۲۳	۱	۳۲۵/۲۳	۴/۴۱۷
	خطا	۱۹۸۷/۸	۲۷		
بد کارکردی بدنی	پیش‌آزمون	۵۳۱/۸۴	۱	۵۳۱/۸۴	۱۷/۷۶
	گروه	۲۸۴/۶۲	۱	۲۸۴/۶۲	۹/۵۰
	خطا	۸۰۸/۷۰	۲۷		
ملال ذهنی	پیش‌آزمون	۵۰۷/۲۷۴	۱	۵۰۷/۲۷۴	۱۶/۴۱۴
	گروه	۲۹۹/۷۰۴	۱	۲۹۹/۷۰۴	۹/۶۹
	خطا	۸۳۴/۴۵۹	۲۷		
آشفتگی فکری	پیش‌آزمون	۳۲۴۹/۷	۱	۳۲۴۹/۷	۲۶/۹۲
	گروه	۴۰/۶۶	۱	۴۰/۶۶	۰/۳۳
	خطا	۳۲۵۸/۲	۲۷		

**p < 0/01

همان‌طور که در جدول ۴ نشان داده می‌شود اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن با $f=7/03$ و سطح معنی‌داری ($p=0/000$) نشان می‌دهد، بنابراین با ۹۵ درصد اطمینان فرض صفر

رد می‌شود و فرضیه تحقیق پذیرفته می‌شود، می‌توان نتیجه گرفت درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام‌اس گروه آزمایشی مؤثر بوده است. به عبارتی این رویکرد

توانسته است در کاهش کیفیت زندگی افسردگی بیماران مؤثر واقع شود.

جدول (۴): نتایج تحلیل کوواریانس بر نمرات افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام‌اس در دو گروه آزمایش و کنترل

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	f	سطح معنی داری
پیش‌آزمون	۶۲۹/۸۹	۱	۶۲۹/۸۹	۹/۱۶	۰/۰۰۰
گروه	۴۸۳/۶۱	۱	۴۸۳/۶۱	۷/۰۳	۰/۰۰۰
خطا	۱۸۵۶/۲۵	۲۷			

**p < 0/01

همان‌طور که در جدول نشان داده می‌شود اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن با $f=12/762$ و سطح معنی داری $(p=0/000)$ نشان می‌دهد، بنابراین با ۹۵ درصد اطمینان فرض صفر رد می‌شود و فرضیه تحقیق پذیرفته می‌شود، می‌توان نتیجه گرفت

جدول (۵): نتایج تحلیل کوواریانس بر نمرات کاهش اضطراب بیماران مبتلا به ام‌اس در دو گروه آزمایش و کنترل

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	f	سطح معنی داری
پیش‌آزمون	۱۹۲۸/۵۱۳	۱	۱۹۲۸/۵۱۳	۲۶/۸۵۸	۰/۰۰۰
گروه	۱۰/۰۳۷	۱	۱۰/۰۳۷	۱۲/۷۶۲	۰/۰۰۰
خطا	۴۰۸۰/۰۹۷	۲۷			

**p < 0/01

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن، باعث کاهش افسردگی، اضطراب و بهبود کیفیت زندگی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون شده است. نتایج به‌دست‌آمده با یافته‌های پژوهش‌های فامیل شریفیان و همکاران (۲)، آقاباقری و همکاران (۴۲) همسو بوده است. نتایج پژوهش فامیل شریفیان و آقاباقری نشان داد گروه درمانی شناختی مبتنی بر حضور ذهن، به‌طور معنی‌داری باعث کاهش نمرات افسردگی بیماران مبتلا به ام‌اس می‌شود.

با توجه به نقش تعیین‌کننده افسردگی و اضطراب بر نوع کیفیت زندگی بیماران، بهبود افسردگی و اضطراب، منجر به بهبود کیفیت زندگی خواهد شد. می‌توان گفت که برنامه مداخلاتی بر کیفیت زندگی بیماران در مقایسه با آزمودنی‌های گروه کنترل نیز مؤثر بوده است.

مطالعات گروسمن و همکاران نشان می‌دهد که مداخلات روان‌درمانی برای مدیریت استرس و مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی، می‌تواند کیفیت زندگی، افسردگی، اضطراب و خستگی بیماران مبتلا به ام‌اس را بهبود بخشد (۱۹) و نتایج پژوهش بوگوسین و همکاران نیز بر بهبود استرس بعد از مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی در افراد مبتلا به ام‌اس اشاره می‌کند، نتایج پژوهش، اندازه اثر پس از مداخلات (۰/۶۴-) کاهش نمرات افسردگی گروه آزمایش را نشان می‌دهد؛ نمرات درد، خستگی، اضطراب، افسردگی، در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پس از درمان کاهش می‌یابد (۴۹).

نتایج تحلیل کوواریانس مؤلفه‌های کندی روانی- حرکتی، بدکاری بدنی (مؤلفه‌های افسردگی) نشان می‌دهد که درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن در کاهش علائم جسمانی و روانی به‌طور هم‌زمان مؤثر بوده است، در تبیین این بخش از پژوهش می‌توان گفت تمام تمرین‌های موجود در ذهن آگاهی به نحوی

جعفری مبنی بر اثر مداخلات درمانی بر افسردگی و کیفیت زندگی افراد افسرده (۲۴) و مک کلندو و همکاران مبنی مداخلات درمانی شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن بر دانشجویان افسرده همسو بوده است (۵۴).

نتایج تحلیل کوواریانس متغیر کیفیت زندگی، نشان می‌دهد، درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن منجر به افزایش کیفیت زندگی بیماران می‌شود، می‌توان گفت که برنامه مداخلات فراشناختی بر کیفیت زندگی بیماران در مقایسه با آزمودنی‌های گروه کنترل مؤثر بوده است ($F=7.03$, $p < 0.01$) که با نتایج یافته‌های پژوهش یانگ (۲۵)، گارلند (۲۶) زانگ و همکاران (۲۷)، هاتمن و همکاران (۲۸)، سون و همکاران (۳۳) و قشقایی و همکاران (۴۰) همسو بوده است. می‌توان گفت درمان افسردگی و اضطراب نقش تعیین‌کننده‌ای در بهبود کیفیت زندگی بیماران بازی می‌کند، چراکه بهبود افسردگی و اضطراب، منجر به بهبود کیفیت زندگی خواهد شد.

پژوهش قشقایی در بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع دو نشان داد، بین دو گروه آزمایش و کنترل از نظر میانگین کلیه ابعاد کیفیت زندگی تفاوت معنی‌دار بوده و میانگین کلیه ابعاد کیفیت زندگی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش یافته بود. بر اساس نتایج، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در بهبود کیفیت زندگی کلی و ابعاد جسمانی و روانی مؤثر می‌باشد (۴۰).

نتایج تحلیل کوواریانس متغیر اضطراب، تأثیر درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر کاهش اضطراب را نشان می‌دهد ($F=12.762$, $p < 0.01$) که با یافته‌های پژوهش ایوز دلپیری و همکاران (۲۱)، هارتمن و همکاران (۳۳)، فرهادی و فرهادی (۳۷)، (۳۸) همسو بوده است.

نتایج پژوهش فرهادی در بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن در کاهش اضطراب بیماران کرونر قلب، نشان که اضطراب بیماران بعد از مداخله در گروه آزمایش کاهش قابل‌توجهی داشته است که در گروه کنترل دیده نمی‌شود (۳۸). آموزش ذهن آگاهی بهبود قابل‌توجهی را در کیفیت زندگی و نشانگان اضطراب بیماران مبتلا به سرطان نشان داده است (۵۳). به‌عبارتی نتایج پژوهش قشقایی، فرهادی و کارلسون اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در بهبود کیفیت زندگی و اضطراب را تأیید می‌کند.

در تبیین این فرضیه می‌توان گفت که رویکردهای درمان به اضطراب از درمان‌های دارویی گرفته تا درمان‌های روانکاوانه بسیار گسترده هستند. اگر اضطراب را دارای ابعاد فیزیولوژیکی، رفتاری و شناختی بدانیم، می‌توانیم انتظار داشته باشیم که درمان دارویی بر

طراحی شده است که توجه به بدن را افزایش می‌دهد. در پژوهش‌هایی که از ذهن آگاهی استفاده می‌شود، تأکید بر تعامل بین فرآیندهای بدنی، شناختی و هیجانی است (۵۰). دلیل اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در این مطالعات این است که درمان ذهن آگاهی، منجر به تغییر شناختی در طرز تفکر و اعمال بیمار می‌شود و از اصول تقویت شرطی سود می‌برد. بدین ترتیب که فرد مبتلا برای رفتن به گام بعدی تلاش می‌کند تا خود را در گامی بالاتر ببیند و این تمایل به‌طور مستمر باعث بهبود تدریجی مرحله‌به‌مرحله بیمار می‌شود و در عین آرامش و آگاهی، به درمان فردی خود ادامه می‌دهد و نواقص و اشکالات خود را در جلسات حضوری حل می‌نماید (۳۸).

همچنین نتایج تحلیل کوواریانس مؤلفه‌های افسردگی ذهنی، ملال ذهنی، آشفتگی فکری نشان می‌دهد که درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن در کاهش علائم ملال افسردگی و ذهنی و آشفتگی فکری مؤثر بوده است (در تبیین می‌توان گفت تأکید بر توجه آگاهانه به زمان حال و قرار گرفتن در معرض احساسات و افکار ناخوشایند و عدم اجتناب از احساسات باعث تغییرات شناختی و در نتیجه کاهش و بهبود علائم می‌گردد که شاید یکی از دلایل کاهش علائم روان‌شناختی در بیماران گروه آموزش ذهن آگاهی تغییر در راه برد مقابله‌ای خود از اجتناب به پذیرش احساسات و افکار باشد).

افسردگی نه تنها با علائم روانی از قبیل خلق پایین، ناامیدی، کندی روانی حرکتی و بی‌قراری همراه است، بلکه سایر علائم فیزیولوژیک نیز می‌توانند در شدت این اختلال نقش داشته باشند. چنانچه روان‌درمانی بتواند به‌موازات تغییر علائم روانی در زمینه‌ی کاهش علائم جسمانی نیز مؤثر باشد، موفقیت درمان بیش‌ازپیش افزایش خواهد یافت. چنانچه در پژوهش‌های پیرامون درمان فراشناختی افسردگی نیز اشاره شده است، موفقیت درمان فراشناختی افسردگی در گرو هدف قرار دادن مشخصه‌ی اصلی افسردگی یعنی نشخوار فکری می‌باشد (۵۱). بنابراین می‌توان احتمال داد که درمان به کار گرفته‌شده در این پژوهش توانسته است نشخوار فکری دانشجویان افسرده (به‌طور کلی مؤلفه‌های افسردگی) را تحت تأثیر قرار دهد. نولن و هوکسما به نقل از ولز در تبیین اثربخشی فنون فراشناختی، به ماهیت این درمان اشاره کرده و آن را در اثربخش بودن روند درمان مؤثر دانسته‌اند (۵۲). یافته‌های مربوط با نتایج پژوهش‌های امیدی و همکاران مبنی بر اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن در کاهش نگرش‌های ناکارآمد بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی (۱۰)، نتایج پژوهش مرچند تحت عنوان اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن و کاهش استرس بر افسردگی، استرس و درد و اضطراب (۱۱)، پژوهش

بعد فیزیولوژیکی و درمان‌های شناختی و رفتاری بر دو بعد دیگر آن تأثیرگذار هستند. اینکه کدام بعد در فرد شروع کننده است و چگونه ادامه پیدا می‌کند تا به شدت بالایی می‌رسد، همواره مورد بحث بوده است. عده‌ای اعتقاد دارند که افزایش مهارت‌های شناختی و رفتاری می‌تواند از تحریف‌های شناختی به وجود آمده از علائم و نشانه‌های فیزیولوژیک و در نتیجه مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری روش‌های مختلف آرمیدگی در کاهش اضطراب نقش بسزایی داشتند و همین‌طور کاهش علائم جسمانی که خود باعث ایجاد اضطراب می‌شوند، در این بهبود بی‌تأثیر نبوده است. به‌طور کلی تمرین آرمیدگی به تغییرات فیزیولوژیک منجر می‌شود که از ویژگی‌های عملکرد یکپارچه هیپوتالامیکی است. این تغییرات فیزیولوژیکی با کاهش فعالیت سیستم عصبی سمپاتیک و همچنین کاهش تولید هورمون‌های اپی نفرین و نوراپی نفرین هماهنگ هستند و بنابراین می‌توانند باعث کاهش علائم اضطراب خصوصاً علائم جسمانی آن شوند. یک دور باطل و اضطراب را جلوگیری کنند (۵۵).

در خصوص اثربخشی این رویکرد درمانی، محققین در مطالعه خود نشان داده‌اند که تمرینات مراقبه حضور ذهن، اساساً در کاهش نشخوار فکری مؤثرند و این کاهش به نوبه خود، باعث کاهش محتوای شناختی ناسازگار و نشانه‌های عاطفی، به ویژه نشانه‌های اضطرابی و افسردگی و نگرش‌های ناکارآمد می‌گردند؛ به علاوه، از آنجایی که سطوح بالای اختلالات اضطرابی، با افسردگی همبودی دارند، پردازش‌های شناختی این اختلالات، شباهت بسیاری دارند و این می‌تواند توجیه کننده این باشد که اثرات مداخلات درمانی انحصاری بر افسردگی به تنهایی، ندارد، بلکه می‌تواند شامل اختلالات اضطرابی نیز گردد. محققین نشان دادند که واریانس اشتراکی بین نگرانی و نشخوار ذهنی، یک متغیر پنهانی است، تحت عنوان افکار تکراری که هر دو را با اضطراب و افسردگی پیوند می‌دهد (۵۶) و باعث تغییر عملکرد خود -تنظیمی و کاهش وسعت تباین بین افکار ناکارآمد گردد و این فرایند، می‌تواند منجر به کاهش علائم خلقی و نوسانات هیجانی مانند اضطراب گردد همچنین به دلیل ایجاد نظارت فراشناختی، پردازش افکار ناکارآمد را مختل ساخته و فرد با

آگاهی بیشتری با آن برخورد می‌کند و این امر منجر به کاهش افسردگی می‌گردد (۵۷) کیفیت زندگی به عنوان یک قضاوت شناختی آگاهانه راجع به رضایت خود از زندگی است، بنابراین وقتی فردی افسردگی دارد، مداخله‌ی درمانی و پیش‌آگهی درمان می‌توانند اثرات مفیدی بر درک کلی رضایت از زندگی فرد بگذارد. افسردگی در بیماران ام‌اس معمولاً با کیفیت زندگی پایین همراه است. با در نظر گرفتن سطوح آسیب‌دیدگی عصب‌شناختی این بیماران، درمان افسردگی نقش تعیین کننده‌ای در بهبود کیفیت زندگی آن‌ها بازی می‌کند. مداخلاتی که سبب افزایش رشد شخصی، احساس کنترل و یافتن معنی در زندگی می‌شوند، در بهبود کیفیت زندگی و افسردگی این بیماران مؤثر هستند (۳۳).

از محدودیت‌های این پژوهش، محدود شدن نمونه به زنان مبتلا و نیز شهر ساری بوده است. ویژگی‌های روان‌شناختی زنان و مردان ممکن است نتایج پژوهش را تحت تأثیر قرار دهد و تعمیم‌پذیری نتایج آن محدود به جامعه آماری مربوطه است. کم بودن تعداد نمونه، عدم اجرای مرحله پیگیری در مورد نتایج درمانی به دلیل محدودیت‌های زمانی، از جمله محدودیت‌های عمده پژوهش حاضر محسوب می‌شوند. بر اساس نتایج پیشنهاد می‌شود که در تحقیقات آینده تأثیر این نوع درمان با طرح‌های قوی‌تر و در نظر گرفتن دوره‌های پی گیری شش ماهه سنجیده شود. همچنین در تحقیقات آتی با تعداد نمونه بیش‌تری اثربخشی و تأثیر این روش با درمان‌های معمولی انفرادی و گروهی مقایسه گردد. همچنین پیشنهاد می‌شود مداخلات فراشناختی برای سایر بیماری‌های جسمی نیز بکار گرفته شود و نمونه‌گیری وسیع‌تر، پیگیری‌های بلندمدت و سنجش نیازهای آموزشی قبل از ارائه‌ی آموزش، مورد توجه قرار گیرد. نیز از تیم روانشناسان در کادر درمان استفاده گردد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از کلیه شرکت کنندگان و همکاری کنندگان در گردآوری داده‌های پژوهش حاضر سپاسگزاری می‌شود

References:

1. Aruna P, Puviarasan N, Palaniappan B. An investigation of neuro fuzzy systems in psychosomatic disorders. Expert Syst 2005; 28 (4): 673-9.
2. Famil Sharifian Y, Khalili, M, Hasanazadeh Pashang S, Kamarzarin H, Taghizadeh M E. The study of effectiveness of cognitive behavioral

therapy in group on mental health among primary MS patients. Urmia Med J2013; 24(9): 652-64. (Persian)

3. Holland N J, Halper J. Multiple sclerosis: a self-care guide to wellness. New York: Demos Medical Publishing; 2005.
4. Nadimi M, Pishgar M, Shahabizadeh F, Dastjerdi R. Comparing efficacy of groups cognitive

- behavior therapy and dialectical behavior therapy on treatment of depression in multiple sclerosis patients. *Urmia Med J* 2014; 4(25): 327-37. (Persian)
5. Ghafari S, Ahmadi F, Nabavi S, Memarian R, Kazemnejad A. Effect of applying progressive muscle relaxation technique on fatigue in multiple sclerosis patients. *J Shahrekord Univ Med Sci* 2008; 10(1): 61-8. (Persian)
 6. Kaplan, Sadock's. *Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences: Clinical Psychiatry*; 2011.
 7. Hart S, Fonareva I, Merluzzi Mohr DC. Treatment for depression and its relationship to improvement in quality of life and psychological well-being in multiple sclerosis patients. *Qual Life Res* 2005; 14: 695-703.
 8. McIndoo CC, File A, Preddy T, Clark CG, Hopko D R. Mindfulness-based therapy and behavioral activation: A randomized controlled trial with depressed college students, *Behav Res Ther* 2016; 77: 118-28.
 9. Shamili F, Zare H, Oraki M. The predicting quality of life based on illness perception in MS patiens. *Urmia Med J* 2013; 6(24): 379-92. (Persian)
 10. Omid A, Mohammadi A, Zargar F, Akkasheh G. Comparing the efficacy of combined Mindfulness Based Cognitive Therapy with Cognitive Behavioral Therapy and Traditional Cognitive Behavior Therapy in reducing dysfunctional attitudes of patients with Major Depressive Disorder. *J Birjand Univ Med Sci* 2014; 20 (4): 383-92. (Persian)
 11. Marchand W R. Mindfulness-Based Stress Reduction, Mindfulness-Based Cognitive Therapy, and Zen Meditation for Depression, Anxiety, Pain, and Psychological Distress, *J Psychiatr Pract* 2012; 18(4): 233-52.
 12. Lucas-Carrasco R, Salvador-Carulla L. Life satisfaction in persons with Intellectual Disabilities. *Res develop disabili-ties* 2012; 33(4): 1103-9.
 13. Segal ZV, Williams J MG, Teasdale JD. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. 2nd ed. NY: The Guildford Press; 2013.
 14. Williams M, Penman D. *Mindfulness: A practical guide to finding peace in a frantic world*. Piatkus. Co. UK; 2012.
 15. Chiesa A, Serretti A. Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis, *Psychiatry Res* 2011; 187: 441-53.
 16. Kenny M.A, Williams J.M.G. Treatment-resistant depressed patients show a good response to mindfulness-based cognitive therapy. *Behav Res Therapy* 2007; 45: 617-25.
 17. Kuyken W, Watkins E, Holden E, White K, Taylor R, Byford S, et al. How does mindfulness-based cognitive therapy work? *Behav Res Ther* 2010; 48, (11): 1105-12.
 18. Goldfrine K A, Hearing C. The effects of mindfulness based-cognitive therapy on recurrence of depressive episode, mental health and quality of life: A randomized controlled study. *Behav res ther* 2010; 48: 738-46.
 19. Muñoz San José A, Oreja-Guevara C, Cebolla Lorenzo S, Carrillo Notario L, Rodríguez Vega B, Bayón Pérez C. Psychotherapeutic and psychosocial interventions for managing stress in multiple sclerosis: the contribution of mindfulness-based interventions. *Neurologia* 2016;31(2):113-20.
 20. Tavee J, Rensel M, Pope Planchon S, Stone L. Effects of meditation on pain and quality of life in multiple sclerosis and polyneuropathy: a controlled study. *Int J MS Care* 2011; 13(2): 163-8.
 21. Ives-Deliperi V, Howells F, Meinties E, Horn N. The effects of mindfulness-based cognitive therapy

- in patients with bipolar disorder: A controlled fMRI, *J Affect Disord* 2013; 150, (3): 1152-7.
22. Arch JJ, Ayers CR, Baker A. Randomized clinical trial of adapted mindfulness based stress reduction versus group cognitive behavioral therapy for heterogeneous anxiety disorders. *Behav Res Ther* 2013; 51: 185-96.
 23. Bohlmeijer E, Prenger R, Taal E, Cuijpers P. The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: A meta-analysis. *J Psychosom Res* 2012; (68): 539-44.
 24. McIndoo CC, File AA, Predy T, Clark CG, Hopko DR. Mindfulness-based therapy and behavioral activation: A randomized controlled trial with depressed college students. *Behav Res Ther* 2016; 77: 118-28.
 25. Yang yang Liu, Yan-Hui, Zhang Hong-Fu, LiuJing-Ying. Effectiveness of mindfulness-based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapies on people living with HIV: A systematic review and meta-analysis, *Int J Nurs Sci* 2015; 2 (3): 283-94.
 26. Garland S N, Rouleau C R, Campbell T, Samuels C, Carlson L E. The Comparative Impact of Mindfulness-Based Cancer Recovery (MBCR) and Cognitive Behavior Therapy for Insomnia (CBT-I) on Sleep and Mindfulness in Cancer Patients. *J Science Heal* 2015; 11(6): 445-54.
 27. Zhang J, Xu R, Wang B, Wang J. Effects of mindfulness-based therapy for patients with breast cancer: A systematic review and meta-analysis, *Comple Therap Med* 2016; 26: 1-10.
 28. Son J, Nyklceek I, Pop V. The effects of a mindfulness-based intervention on emotional distress, quality-of-life, and HbA1c in outpatients with diabetes (DiaMind) A randomized controlled trial. *Diabetes Care* 2013; 36(4): 823-30.
 29. Britton W, Shah B, Sepsepsenwol O, Jacobs WL. Mindfulness-based cognitive therapy improves emotional reactivity to social stress: result from a randomized controlled trail. *Behav Ther* 2012; 43(2): 365-80.
 30. Armstrong L, Rimes K. Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Neuroticism (Stress Vulnerability): A Pilot Randomized Study, *Behav Ther* 2016; 47 (3): 287-98.
 31. Day M, Thorn B E. The mediating role of pain acceptance during mindfulness-based cognitive therapy for headache, *Complement Ther Med* 2016; 25: 51-4.
 32. Narimani M, Ariapouran S, Abolghasemi A, Ahadi B. The comparison of the effectiveness of mindfulness and emotion regulation training on mental health in chemical weapon victims. *J Clin Psychol* 2011;2(4):61-71.
 33. Hartmann M, Kopf S. Sustained Effects of a Mindfulness-Based Stress-Reduction Intervention in Type 2 Diabetic Patients. *Diabetes Care* 2012; 35: 945-7.
 34. Ahmadi Behagh S, BakhshiPoor B, Faramarzi M. The effectiveness of group mindfulness- Based cognitive Therapy on obsessive-compulsive disorder, metacognition beliefs and rumination. *Clinical Psycho Studi* 2015; 5(20): 79-105. (Persian)
 35. Jafari D, Salehi M, Mohamadkhani P. Comparing the effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness with group therapy of behavioral activation in depression rate and quality of life of depressed people. *J Thought Behav* 2013; 8(29): 7-16. (Persian)
 36. Kafi M, Afshar H, Moghtadaei K, Arianpour S, Daghigh zadeh H. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on psychological symptoms in women with irritable bowel syndrome. *Koomesh* 2013; 2(15): 255-64.
 37. Farhadi A, Movahedi M, Movahedi Y. The efficacy of cognitive therapy based on presence of mind in reduction of anxiety in patients with

- coronary heart disease: with a 2 month follow up. Yafteh 2014; 15(4): 20-9. (Persian)
38. Farhadi A, Movahedi Y, Kariminajad K, Movahedi M. The effect of mindfulness-based cognitive therapy on depression in male patients with coronary artery disease. J Cardiovasc Nurs 2014; 2(4): 6-14. (Persian)
 39. Zare B, Abadi M, Vafaei Bane F, Ghaderi E, Taghvaei D. The effectiveness of cognitive behavioral therapy on quality of life in patients with type 2 diabetes, Iran J Diabetes Lipid Disord 2013;(3) 12: 225-32. (Persian)
 40. Ghashghaie S, Farnam R, others. The Effectiveness Of Mindfulness-Based Cognitive Therapy On Quality-Of-Life In Outpatients With Diabetes. Iran J Diabet Metab 2014;13(4):319-30. (Persian)
 41. Pour Mohamadi S, Bagheri F. Effectiveness of Mindfulness Training on Automatic Cognitive Processing. Psychol Studi 2015; 11(3): 141-59. (Persian)
 42. Aghabagheri H, Mirzaeian B, MohammadKhani P, Omrani S. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on decreasing depression in patients with multiple sclerosis. J Thought Behav 2013; 6(23): 75-81. (Persian)
 43. 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.
 44. 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.
 45. 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.
 46. Rohi G, Rahmani H, Abdolahi AA, Mahmodi Gh. The impact of music on anxiety and some of physiological variables of patients before abdominal surgery. J Gorgan Univ Med Sci 2005; 7(1): 75-8. (Persian)
 47. Osberg T, Poland D. Validity of the MMPI-2 Basic and Harris-Lingoes Subscales in a Forensic Sample. J Clin Psychol 2001; 57(12): 1369-80.
 48. Segal ZV, Teasdale JD, Williams JM. Mindfulness Based cognitive therapy for depression. New York: The Guilford Press; 2002.
 49. Bogosian A, Chadwick P, Windgassen S, Norton S, McCrone P, Mosweu I, et al. Distress improves after mindfulness training for progressive MS: a pilot randomized trial. Multiple Sclerosis J 2015; 21(9): 1184-94.
 50. Michalak J, Burg J, Heidenreich T. Don't Forget You're Body: Mindfulness, Embodiment, and the Treatment of Depression. Mindfulness 2012; 3(3): 190-9.
 51. Wells A, Welford M, Fraser J, King P, Mendel E, Wisely J. chronic treated with metacognitive therapy: An open trial. Cogn Behav Pract 2008; 15 (2): 85-92.
 52. Wells A. Emotional disorder and metacognition: Innovative cognitive therapy. Chichester, UK: Wiley; 2000. P. 230-4.
 53. Carlson LE, Specia M, Patel KD, Goodey E. Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress and immune parameters in breast & prostat cancer outpatients. Psychosom Med 2003; 65(4): 571-81.
 54. Malcomson KS, Dunwoody I, Low strong AS. Psychological intervention in people with multiple sclerosis. J Neural 2007; 254: 1-13.
 55. Jabal-Ameli Sh. Management Intervention Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on quality of life and blood pressure in hypertensive patients. (Dissertation). Isfahan: Isfahan University; 2011.

56. Geschwind N, Peeters F, Huibers M, Van Os J, Wichers M. Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in relation to prior history of depression: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2012; 201(4): 320-5.
57. Mezulis AH, Hyde JS, Abramson LY. The developmental origins of cognitive vulnerability to depression: temperament, parenting, and negative life events in childhood as contributors to negative cognitive style. *Dev Psychol* 2006; 42(6): 1012-25.

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

Babollah Bakhshipour¹, Soraya Ramezanzadeh^{1}*

Received: 10 May, 2016; Accepted: 3 Jul, 2016

Abstract

Background & Aims: Multiple sclerosis (MS) is one of the most common neurological diseases in humans and the most disabling disease of young adults. The present paper aims at investigating the effect of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) on depression, quality of life, and anxiety in MS patients.

Materials & Methods: The method of the study included pretest-posttest control group design. Participants of the study were all female patients with MS in the city of Sari who referred to Boali Sina Hospital. Participants were selected using the voluntary sampling method and were randomly assigned into an experimental group and a control group. The experimental group received 8 sessions of two hour treatment. After the treatment, both groups completed Spielberger anxiety inventory, quality of life questionnaire (36SF-), and Harris-Lingoes depression scale. ANCOVA was used to analyze the collected data.

Results: The results of the analysis of covariance revealed that the mindfulness-based cognitive therapy was effective in decreasing depression and anxiety and improving the quality of life of patients with MS.

Conclusion: With regard to the effect of the mindfulness-based cognitive therapy on depression, anxiety, and the quality of life in patients with MS and the continuation of its effect, the use of such a method seems to be essential at all levels of prevention and for treatment of patients with physical and mental illnesses.

Keywords: Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT), Quality of life, Depression, Anxiety, Multiple sclerosis

Address: Payam Noor University of Sari, Sari, Mazandaran, Iran

Tel: +989369762887

Email: sorayaramezani@ut.ac.ir

SOURCE: URMIA MED J 2016; 27(5): 364 ISSN: 1027-3727

¹ Assistant Professor, Payame Noor University of Sari, Sari, Mazandaran, Iran

² M.A. in Counseling, Tehran University, Tehran, Iran (Corresponding Author)