

تأثیر ذهن آگاهی بر کنترل اضطراب و استرس در بیماران ام اس

فاطمه احمدزاده

کارشناسی ارشد گروه روانشناسی عمومی، اصفهان، ایران

چکیده

این پژوهش به منظور بررسی اثر بخشی آموزش ذهن آگاهی بر روی علائم افسردگی، اضطراب و سطح ناتوانی زنان با بیماری مالتیپل اسکلروزیس انجام گرفت. این پژوهش، از نوع پژوهش های شبه آزمایشی می باشد که به صورت طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل اجرا شد. تمرینات آموزش ذهن آگاهی به عنوان متغیر مستقل و اضطراب، افسردگی، سطح ناتوانی به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شدند. قبل از اجرای متغیر مستقل، هر سه گروه از طریق پرسشنامه اضطراب و افسردگی بک، سطح ناتوانی EDSS کورتزکی (بصورت آنلاین) مورد اندازه گیری قرار گرفت و بعد از آن متغیر مستقل (ذهن آگاهی) برای دو گروه آزمایش توسط پژوهشگر اجرا شد. متغیر مستقل در ۵ جلسه هر ۸ جلسه آموزش ذهن آگاهی به دو گروه آزمایش ارائه شد و پس از پایان جلسات، پس آزمون از هر سه گروه آزمایش و گواهی گرفته شد. برای تجزیه و تحلیل داده ها نیز از آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و آمار استنباطی (تحلیل کواریانس) با استفاده از SPSS22 استفاده شد. نتایجی که از تجزیه و تحلیل داده ها بدست آمد بیانگر تأثیر آموزش ذهن آگاهی بر کاهش اضطراب، افسردگی زنان دارای بیماری مولتیپل اسکلروزیس بود.

واژه های کلیدی: ذهن آگاهی، اضطراب، افسردگی، سطح ناتوانی، مولتیپل اسکلروزیس

مقدمه

مالتیپل اسکلروزیس^۱ یا ام اس یک بیماری میلین زدای سیستم عصبی مرکزی است. این بیماری یکی از شایعترین بیماری‌های 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 و نخاع شوکی دچار آسیب میشود. رایج ترین دوره شروع آن جوانی بوده و در زنان حدود دو برابر مردان شایع است (هولند^۲، ۲۰۱۶) در این بیماران خستگی یکی از شایع ترین و ناتوان کننده ترین علائم می باشد که باعث ایجاد اختلال در کار، فعالیت اجتماعی و عملکرد روزانه این بیماران می شود. حدود ۸۰٪ بیماران از خستگی شکایت می کنند و گزارش میشود که خستگی اولین و آزار دهنده ترین علامت یک سوم تا نیمی از بیماران میباشد. در یک بررسی آشکار شد که خستگی جسمی با ناتوانی جسمی و خستگی روانی با افسردگی در این بیماران ارتباط دارند. خستگی جسمانی پیش بینی کننده ناتوانی فیزیکی در یک سال بعد می باشد. از علایم تشخیصی این بیماری می توان به این نکته اشاره کرد که بیماری ام اس به طور معمول بر اساس ارائه نشانه‌ها و علائم، همراه با تصویربرداری پزشکی و آزمایش‌های آزمایشگاهی لازم تشخیص داده می‌شود. اگر یک فرد اپیزودهای مجزایی از علائم عصبی بیماری را داشته باشد، ممکن است اطلاعات بالینی به تنهایی برای تشخیص بیماری مالتیپل اسکلروزیس کافی باشند. ممکن است تصویربرداری رزونانس مغناطیسی مغز وستون فقرات مناطق دمی‌لیناسیون (ضایعات یا پلاک‌ها) را نشان دهد. و می‌تواند به صورت ویریدی و به عنوان یک ماده حاجب تجویز شود تا پلاک‌های فعال را مشخص کند و از طریق حذف، وجود ضایعات تاریخی را که به علائم موجود در هنگام ارزیابی مربوط نمی‌شوند، نشان بدهد (خضری، ۱۳۹۵). خستگی تأثیر قابل ملاحظه ای در زندگی روزمره این بیماران دارد، مانع فعالیت‌های فیزیکی شده و در مسئولیت پذیری، کار و نقش های اجتماعی تداخل ایجاد می کند که میتواند سبب نارضایتی از کیفیت زندگی در این بیماران شود. زمانی که ویژگی های چندگانه خستگی مشخص میشوند، خستگی ذهنی نه خستگی جسمی با اضطراب و افسردگی ارتباط دارند (اسچرز^۳، ۲۰۱۷) از نظر سیر بالینی، بیماری ام اس به چهار نوع مختلف تقسیم بندی شده است. تشخیص و افتراق فرم‌های بالینی این بیماری جهت انتخاب شیوه درمان و تعیین پیش آگهی بیماری بسیار ضروری به نظر می رسد. این چهار نوع عبارتند از: بیماری مالتیپل اسکلروزیس عودکننده-فروکش کننده^۴، بیماری مالتیپل اسکلروزیس پیش‌رونده ثانویه^۵، بیماری مالتیپل اسکلروزیس پیش‌رونده اولیه^۶، بیماری مالتیپل اسکلروزیس پیش‌رونده - عودکننده^۷ مزمن بودن ماهیت بیماری مالتیپل اسکلروزیس نداشتن پیش آگهی و درمان قطعی و درگیر ساختن فرد در سنین جوانی باعث ایجاد اختلالات روانی متعددی در بیماران می گردند که در این میان افسردگی، اضطراب و استرس بیشترین شیوع را دارد (غفاری، ۸۷). افسردگی و اضطراب ممکن است عامل افزایش خستگی زیاد شوند. افسردگی ممکن است در نتیجه ی کیفیت خواب و تغذیه نامناسب، ایجاد شود. اگرچه اضطراب یکی دیگر از علایم ناتوان کننده در این بیماران است اما کمتر مورد بررسی قرار گرفته است (کوچ^۸، ۲۰۰۸). از علائم دیگر بیماری مالتیپل اسکلروزیس درد مزمن میباشد که در میان این بیماران شیوع زیادی دارد. مطالعات مختلف گزارش کرده اند که وقوع

¹ Multiple Sclerosis

² Holland

³ Schreurs

⁴ RRMS

⁵ SPMS

⁶ PPMS

⁷ RRMS

⁸ Koch

درد در یک دوره یک ماهه در این بیماران بین ۵۰ تا ۹۰ درصد متغیر است (تامپسون^۱، ۲۰۰۰). استفاده از روش‌های غیردارویی که بتواند به‌عنوان مکمل درمان استفاده شود، می‌تواند کمک بالقوه‌ای به این بیماران باشد که از این موارد می‌توان به ماساژ درمانی و ذهن‌آگاهی اشاره کرد. ماساژ درمانی به‌عنوان یکی از درمان‌های جایگزین به کاهش اضطراب و سیر پیشرفت بیماری ام‌اس کمک می‌کند (تامپسون، ۲۰۰۰). ماساژ درمانی یکی از قدیمی‌ترین و آسان‌ترین روش‌های درمانی است که با تقویت گردش خون، سیستم ایمنی و احساس آرامش بر فشار خون، سیستم گوارشی، پوست و عضلات تاثیر دارد. در آمریکای شمالی و جنوبی پرستاران از ماساژ درمانی مثل روش‌های درمانی دیگر استفاده می‌کنند و حتی این روش جزو مواد امتحانی در اخذ مدرکشان محسوب می‌شود. امروزه ماساژ درمانی برای افراد مسن، نوزادان نارس، بیماران دارای حملات قلبی و مغزی و بیماران مبتلا به ایدز مورد استفاده قرار می‌گیرد (پولمن^۲، ۲۰۰۵). اثرات سودمند ماساژ طی مطالعاتی در بیماران ام‌اس نشان داده که افرادی که از این روش استفاده کردند به‌طور قابل ملاحظه‌ای بلافاصله بعد از جلسات ماساژ شاهد کاهش اضطراب و افسردگی بوده‌اند و سیر پیشرفت بیماری در آنها کاهش پیدا کرد. حاج باقری (۱۳۹۷) در پژوهشی با موضوع مقایسه تاثیر ماساژ درمانی توسط پرستار و همراه بیمار بر اضطراب بیماران بستری در بخش‌های CCU به این نتیجه رسیدند که با توجه به تاثیر ماساژ در کاهش اضطراب بیمار، و معنی‌دار نبودن تفاوت بین ماساژ توسط پرستار و همراه بیمار، میتوان توصیه نمود که از همکاری و مشارکت بستگان بیماران در ماساژ درمانی برای کاهش اضطراب بیماران بخش CCU استفاده شود. حسینی و همکاران (۱۳۹۸) در پژوهشی با موضوع بررسی تاثیر شش هفته ماساژ درمانی بر میزان افسردگی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به افسردگی به این نتیجه رسیدند که میزان افسردگی و کیفیت زندگی در پس‌آزمون گروه ماساژ درمانی، تفاوت معنی‌داری با مرحله پیش‌آزمون داشت؛ بدین معنی که اعمال مداخله موجب کاهش افسردگی و بهبود کیفیت زندگی بیماران می‌شود.

ایمانی‌شی^۳ و همکاران (۲۰۱۷) در پژوهشی با موضوع رابطه ماساژ بر اضطراب به‌تاثیر مسقیم ماساژ پی بردند و به این نتیجه رسیدند که ماساژ را برای کاهش اضطراب بیماران سودمند دانسته‌اند، اما توصیه نموده‌اند که باید تحقیقات بیشتری در مورد کیفیت و میزان تاثیر این روش بر کاهش اضطراب بیماران صورت گیرد. کاسترو^۴ و همکاران (۲۰۱۸) در پژوهشی با موضوع ماساژ درمانی و تاثیر آن بر اضطراب و کیفیت خواب، گزارش کردند که ماساژ درمانی، درد بیماران دارای فیبرومیالژیا را کاهش میدهد و وضعیت آنها را بهبود میبخشد و با کاهش محدودیت عضلات و تری در این بیماران سبب کاهش اضطراب و نیز بهبود کیفیت خواب و عملکرد فیزیکی آنها می‌شود. از دیگر درمان‌هایی که به‌تازگی در روان‌شناسی و در حوزه روان‌شناختی مطرح شده است آموزش ذهن‌آگاهی است. ذهن‌آگاهی 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 جنبه‌های خاصی از تجربه معطوف می‌شود (چنگ^۵، ۲۰۱۷). شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی از روی مدل کاهش استرس مبتنی بر روش ذهن‌آگاهی ساخته شده و اصول درمان شناختی به آن اضافه شده است. این نوع شناخت درمانی شامل مدیتیشن‌های مختلف، یوگای - کشیدگی، آموزش مقدماتی درباره افسردگی، تمرین مرور بدن و چند تمرین شناخت درمانی است که ارتباط بین خلق، افکار، احساس و حس‌های بدنی را نشان می‌دهد. احمدپور و همکاران (۱۳۸۷) در تحقیقی با عنوان "تاثیر

1 Thompson

2 Polman

3 imanishi

4 castro

5 Cheng

درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود سلامت روان و افزایش کیفیت زندگی در افراد افسرده غیر بیمار، نشان دادند که این روش موجب افزایش کیفیت زندگی می‌شود و سودمندی آن به عنوان یک روش مداخله‌ای، برای طیف وسیعی از اختلالات روانی مزمن از جمله افسردگی، نشان داده شده استامیدی، محمدخانی، دولتشاهی و پورشهباز (۱۳۸۷) نیز در مطالعه خود با عنوان "اثربخشی درمان ترکیبی روش حضور ذهن مبتنی بر درمان شناختی و درمان رفتاری شناختی بر نشانگان روانپزشکی بیماران مبتلابه اختلال افسردگی اساسی" به این نتیجه رسیدند که عناصری از درمان شناختی - رفتاری در ترکیب با روش حضور ذهن مبتنی بر درمان شناختی، کارآیی درمان و وسعت اثربخشی آنرا افزایش می‌دهند و روش ترکیبی به اندازه درمان رفتاری شناختی می‌تواند در درمان افسردگی مؤثر باشد. بیرامی و عبدی (۱۳۸۸) تحقیقی تحت عنوان "بررسی تأثیر آموزش فنون مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش اضطراب امتحان دانش‌آموزان" انجام دادند. نتایج حاصل از این مطالعه نشان می‌دهد که جلسات گروهی آموزش فنون ذهن آگاهی کاهش قابل ملاحظه اضطراب امتحان را در دانش‌آموزان موجب می‌شود. با توجه به تحقیقات انجام شده هدف از این پژوهش حاضر اثر بخشی آموزش ذهن آگاهی بر روی علائم افسردگی، اضطراب و سطح ناتوانی زنان با بیماری مالتیپل اسکروزیس می باشد.

اهداف تحقیق

بررسی تاثیر آموزش ذهن آگاهی بر علائم افسردگی، اضطراب و سطح ناتوانی زنان با بیماری مالتیپل اسکروزیس.

فرضیه اصلی

آموزش ذهن آگاهی بر علائم افسردگی، اضطراب و سطح ناتوانی زنان با بیماری مالتیپل اسکروزیس تاثیر معناداری دارد.

همه گیر شناسی مالتیپل اسکروزیس در ایران

در ایران مطالعات آماری کمی به صورت دقیق و کامل بر روی بیماران ثبت شده است. خضری در سال ۱۳۹۵ بر روی ۲۰۰ مورد بیمارتهرانی مبتلا بررسی انجام دادند، نتایج تحلیل ها نشان داد سن متوسط بیماران ۱۷ سال و نسبت زن به مرد ۲/۵ بوده است و ساقه فامیل در ۵ درصد از بیماران مشاهده گردید. (خضری، ۱۳۹۵).

همه گیر شناسی مالتیپل اسکروزیس در اصفهان:

تاکنون مطالعات چاپ شده ای از شیوع بیماری مالتیپل اسکروزیس در اصفهان وجود ندارد. ولی مطالعه اعتمادی فر و اشتیری بر روی ۱۰۱۴ بیمار مبتلا که بطور داوطلبانه در انجمن مالتیپل اسکروزیس اصفهان ثبت نام کرده اند (وقطعا کل مبتلایان این شهر نبودند) نشان داد بطور تقریبی شیوع این بیماری در اصفهان ۲۵ تا ۳۰ مورد در صد هزار نفر است که نشان می دهد، اصفهان از مناطق با شیوع بالاست.

در این فرایند سطح داخلی این غشاء نسبت به سطح خارجی از بار منفی برخوردار می شود و سطح خارجی غشاء سلولی دارای بار مثبت می گردد. حال هر گاه یک عامل محرک الکتریکی با واسطه های شیمیایی دستگاه عصبی در نقطه ای از غشاء نورون اثر نماید در آن نقطه به صورت موقت نفوذ پذیری غشاء مثبت به یون سدیم بیشتر می شود. در این شرایط یون های سدیم به داخل سلول راه می یابد و در نتیجه از اختلاف بار دو طرف غشاء کاسته می شود، و در محل تحریک

پتانسیل عمل بوجود می آید. پیدایش پتانسیل عمل در هر نقطه از آکسون خود مانند یک تحریک جدید عمل می کند (خضری، ۱۳۹۵).

واکنشهای روانی و اختلالات شناختی

علائم و واکنش های روان شناختی در اکثریت قریب به اتفاق مبتلایان به بیماری های جسمانی مشاهده می شود، این علائم گاهی واکنش به بیمار بودن است و گاهی بطور مستقیم نتیجه آسیب شناختی بیماری است، در کنار این علائم که در بیماران مزمن عمومیت دارد، اختلال شناختی و اختلال خلقی بطور اختصاصی جزء علائم و نشانه های مالتیپل اسکلروزیس است که به شدت در فعالیتهای روزانه بیمار تداخل می کند. اختلالات در حافظه، اختلالات در تمرکز، کندی در پردازش اطلاعات از شایع ترین شکایات بیماران در این حیطه است. اولین بار مولر (۱۹۹۴)^۱ خاطر نشان کرد که یک کاهش علائم د عملکردهای شناختی ۲۵ درصد بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس دیده می شود (کوچ، ۲۰۰۸). شیوع اختلال شناختی را در ۴۵ تا ۶۵ درصد مبتلایان برآورد می کنند و همچنین بروز اختلالات شناختی را مستقل از علائم نورو لوژیک بیماری می دانند، یعنی ظهور و سیر اختلالات شناختی با قدرت وضعف سایر علائم بیماری همخوانی ندارند و تابع دوره های رفت و برگشتی بیماری نیست. با این حال به نظر می رسد که بروز نقص های شناختی یک علامت دیر رس در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس باشد یعنی در مرا حل پیشرفته بیماری خود را نشان می دهد (تامپسون، ۲۰۰۰).

ذهن آگاهی

ذهن آگاهی دارای سابقه ای به قدمت ۲۵۰۰ ساله می باشد، اما پژوهشهای معتبر توانسته اند به تازگی متوجه آن بشود. این رویکرد در دهه ۱۹۷۰ پس از تأسیس کلینیک کاهش استرس در مرکز پزشکی ماساچوست توسط (کبات - زین، ۱۹۹۰)^۲ معرفی شده است. وی در کلینیک خود به شرکت کنندگان تمرین آرامش ذهنی همراه با حضور ذهن می داد این کوششها به شکل گرفتن مدل حضور ذهن مبتنی بر کاهش استرس انجامید. این برنامه در مورد ۵۱ بیمار مبتلا به درد مزمن^۳ که توسط پزشکشان ارجاع داده شده بودند و درمان رایج پزشکی در مورد آنها اثربخشی قابل توجهی نداشت، به کار گرفته شد. سن بیماران از ۲۲ تا ۷۵ سال متغیر بود و مدت زمان تجربه نشانگان درد در این آزمودنیها از ۶ تا ۴۸ سال در افراد مختلف در نوسان بود. اکثر قریب به اتفاق بیماران از دردهای مرتبط با کمر، پشت، شانه و سردرد رنج می بردند. بعد از ده هفته برنامه مدیتیشن مبتنی بر ذهن آگاهی ۶۵ درصد آزمودنیها بر اساس شاخص درجه بندی درد مک گیل ملزاک^۴ (PRI) کاهش بیش از ۳۳ درصد را در نمره کلی کیفیت^۵ و شدت^۶ درد جسمی خود گزارش کردند، این در حالی است که در مورد ۵۰ درصد آزمودنیها کاهش نمره در این مقیاس بیش از ۵۰ درصد گزارش شد. اثرات عمده کاهش درد این برنامه در دوره های پیگیری ۲/۵، ۴ و ۷ ماهه به قوت خویش باقی بود. به علاوه نشانگان آسیب شناختی خلق و دیگر نشانگان روان شناختی نیز به طور قابل توجهی کاهش نشان می داد. خلق بیماران با استفاده از نیمرخ حالات خلقی^۷ (POMS) مورد ارزیابی قرار گرفت که نتایج آن

¹ Moler

² - Kabat-zinn

3- Chronic pain.

4 - McGill-Melzack Pain Rating Index (PRI).

5- Quality.

6 - Intensity.

7- Profile of Mood States (POMS).

نشان داد در مورد ۷۶ درصد از آزمودنی‌ها نمره کلی اختلال خلقی بیش از ۳۳ درصد و در ۶۲ درصد از آزمودنی‌ها در پایان برنامه ده هفته‌ای بیش از ۵۰ درصد کاهش داشته است. نشانگان روان شناختی با استفاده از شاخص شدت کلی^۱ (GSI) چک لیست علائم هایپوکینز تجدید نظر شده^۲ (SCL-90-R) مورد ارزیابی قرار گرفت. در پایان ده هفته مداخله، ۵۷ درصد از آزمودنی بیش از ۳۳ درصد و ۳۲ درصد از آزمودنی‌ها بیش از ۵۰ درصد کاهش در شدت علائم گزارش کردند. با این وجود، باید تأکید کرد که فقدان گروه کنترل در این مطالعه تعمیم داده‌های موجود مبنی بر نقش برنامه ذهن‌آگاهی بر کاهش درد مزمن را تا حدودی دشوار می‌نماید (کبات - زین، ۱۹۹۰).

ذهن‌آگاهی به عنوان وضعیت شناختی یاد میشود و با صراحت بیان میشود که بین ذهن‌آگاهی و مراقبه ذهن‌آگاهی بودایی تمایز وجود دارد. البته نباید منکر شباهت‌های آنها شد. همچنین بین ذهن‌آگاهی و درمان "عقلانی - عاطفی ایس" نیز شباهتهایی وجود دارد. ذهن‌آگاهی در آیین بودا تحت عنوان توجه محض یا ثبت غیر استدلالی رویدادها بدون واکنش یا ارزیابی ذهنی تعریف شده است و به فرایند توجهی مداوم تمرکز دارد تا محتوایی که بدان توجه می‌شود. ذهن‌آگاهی مهارتی است که به افراد اجازه می‌دهد که در زمان حال، حوادث را کمتر از آن میزان که ناراحت کننده اند، دریافت کنند. وقتی اشخاص نسبت به زمان حال آگاه می‌شوند دیگر توجه خود را روی گذشته یا آینده معطوف نمی‌کنند. بیشتر مشکلات روانی معمولاً با حوادثی که در گذشته روی داده یا در آینده اتفاق خواهد افتاد مربوط است. به عنوان مثال افرادی که افسرده‌اند درباره گذشته، اغلب احساس پشیمانی و گناه می‌کنند و کسانی که اضطراب دارند نگرانی از مشکلات آینده باعث ایجاد ترس و دلشوره در آنها می‌شود (کابات زین، ۱۹۹۰).

حضور ذهن به معنای آگاهی از افکار، رفتار، هیجانات و انگیزه‌ها است به طوری که بهتر بتوانیم آنها را مدیریت و تنظیم کنیم. به عبارت دیگر ذهن‌آگاهی به معنای توجه کردن به شیوه‌ای خاص است. یعنی توجه و تمرکزی که سه عنصر در آن دخالت دارد: ۱. بودن در حال حاضر ۲. هدفمند بودن ۳. بدون قضاوت. این نوع توجه موجب افزایش آگاهی، شفافیت و وضوح و پذیرش واقعیت حال حاضر می‌شود. بدین ترتیب متوجه می‌شویم که زندگی ما فقط در حال حاضر رخ داده و گره‌گشایی می‌شود در حضور ذهن فرد می‌آموزد که در هر لحظه از حالت ذهنی خود آگاهی داشته و توجه خود را به شیوه‌های مختلف ذهنی متمرکز نماید (کابات - زین، ۱۹۹۰). ذهن آگاهی یک عامل زیربنایی مهم برای رسیدن به رهایی است. زیرا روشی موثر و قوی برای خاموش کردن و توقف فشارهای دنیا و یا فشارهای ذهنی خود فرد می‌باشد، حضور ذهن صحیح بدان معنا است که شخص آگاهی خود را از گذشته و آینده به حال حاضر معطوف کند. زمانی که فرد در حال حاضر حضور داشته باشد، واقعیت را با تمام جنبه‌های درونی و بیرونی اش می‌بیند و در می‌یابد که ذهن به دلیل قضاوت و تعبیر و تفسیرهایی که انجام می‌دهد دائماً در حال نشخوار و گفتگوی درونی است، وقتی فرد در می‌یابد که ذهن دائماً در حالت تغییر و تفسیر است قادر می‌شود با دقت بیشتری به افکار خود توجه کند و بدون بیزاری یا قضاوت آنها را مورد بررسی قرار دهد و علت وجود آنها را دریابد. تمرین حضور ذهن این توانایی را به فرد می‌دهد که دریابد «افکار صرفاً افکار هستند» و زمانی که می‌فهمد افکارش ممکن است حقیقت نداشته باشند راحت تر می‌تواند آنها را رها کند. انسان همواره پیامها یا صداهایی را از طریق ذهن استدلالی خود می‌شنود. بسیار مهم است که وی از پیامهایی که در طی فکر کردن از ذهن خود می‌شنود آگاه باشد، درگیر افکارش نشود و بتواند آنها را رها کند (هاتینگ^۳، ۲۰۰۴).

1- General Severity Index (GSI).

2 - Revised Hopkins Symptom Checklist (SCL - 90 - R) .

³ Hotting

اضطراب^۱

کلمه اضطراب از ریشه یونانی به معنای فشاردادن یا فشار دادن گلو آمده است. همچنین با اصطلاح برانگیختگی به معنای تنگنا یا انقباض آمده است (حاجی حسنی و همکاران، ۱۳۹۲).

گرچه اضطراب پدیده‌ی شایع عصر ما تلقی می‌گردد، در عین حال از پیشینه‌ی ای به طول تمامی تاریخ بشر برخوردار است. تقریباً یک قرن پیش، زیگموند فروید اصطلاح "نوروز اضطراب" را ابداع کرد و برای ترکیبی از برانگیختگی فیزیولوژیکی و عاطفه منفی به کار برد. وی اضطراب را تظاهری از تظاهرات ناخودآگاه می‌دانست که به اعتقاد او از لیبیدو مهار شده ناشی می‌شود. او ویژگی‌هایی برای نوروز اضطراب مطرح کرد که باعث تمایز اضطراب از سایر اختلالات روانی شد. آدلر مفهوم اضطراب را در ارتباط با احساس حقارت و نحوه جبران آن مطرح کرد. هورنای مفهوم اضطراب را با نیازهای نابهنجاری که محصول تجارب گذشته فرد است پیوند داد. یونگ اضطراب را در مقوله عوامل ناخودآگاه شخصی و جمعی قرار داد. فروم اضطراب را در رابطه با مجموعه واکنش‌های جامعه و نیازهای انسان بررسی کرده است (خیاط، ۱۳۹۸). اریکسون با مطرح کردن هشت مرحله مهم در زندگی، علت اضطراب را در دوره‌های مختلف زندگی متفاوت دانست ولی هسته اصلی اضطراب را به سال اول کودکی مربوط ساخت که کودک، بی‌اعتمادی را در مقابل تشکیل اعتماد تجربه می‌کند. راجرز اضطراب را حاصل تضاد، بین مفهومی که فرد از خودش و تجربیاتش دارد می‌دانست. ایس اضطراب را با تفکر غیرمنطقی و غیرعقلانی مربوط کرد. به نظر پروز، اضطراب شکاف میان حال و آینده است، در حالیکه برن، اضطراب انسان را زاده محاوره‌های متقاطع و حالت طرد و آلودگی می‌داند (خیاط، ۱۳۹۸).

بطور کلی اضطراب، معمول‌ترین پاسخ به یک محرک تنش‌زا است که برای همه ما درجاتی از آن را در قالب کلماتی همچون دلشوره، نگرانی، تنش و ترس تجربه می‌شود اضطراب مفهومی چند بعدی و بعنوان پدیده‌ای روانی و جسمانی قلمداد می‌شود که بصورت تجربه‌ای بین فردی یا بین یک فرد و موضوعی بیرونی و یا بصورت خصیصه‌ای و درونی در فرد جلوه‌گر می‌شود (نظری و همکاران، ۱۳۹۸).

اضطراب بعنوان بخشی از زندگی انسان، در همه‌ی افراد وجود دارد، اضطراب در حالت کلی عبارتست از حالتی از برانگیختگی روانی و فیزیولوژیکی و شیوه ادراک آگاهانه‌ی هراس، انزجار، ترس و تنش در یک موقعیت خاص است (سلیمانی و همکاران، ۱۳۹۴).

اضطراب عبارتست از واکنش فرد در برابر یک موقعیت ضربه‌آمیز و تهدیدکننده، یعنی موقعیتی که تحت تأثیر افزایش تحریکات اعم از بیرونی یا درونی واقع شده و فرد در مهار کردن آن احساس ناتوانی و ضعف کند (سروک^۲، ۱۹۸۵). منظور از اضطراب، نوعی حالت هیجانی ناخوشایند و مبهم است که با نشانه‌پذیری به وجود می‌آید و موجب پیدایش مکانیسم‌های دفاعی می‌شود. بدین معنی که عدم هماهنگی بین تجربه و خویشتن‌پنداری، احساس اضطراب را ایجاد می‌کند (سلیمانی و همکاران، ۱۳۹۴).

آدمی غالباً در روبرو شدن با موقعیتهای تهدیدآمیز و تنش‌زا احساس اضطراب و تنش می‌کند. این گونه احساسات واکنش‌هایی بهنجار در برابر فشار روانی به شمار می‌آید. اضطراب فقط هنگامی نا بهنجار است که در برابر موقعیت‌هایی روی دهد که اکثر مردم آنها را به راحتی حل و فصل کنند (سلیمانی و همکاران، ۱۳۹۴). در عین حال اگرچه حدی از اضطراب مفید است، اما حالت اضطراب می‌تواند جنبه‌ی مزمن و مداوم بیابد که در این صورت اضطراب مرضی خوانده می‌شود. در چنین موقعیتی

^۱- anxiety

^۲- Serok

اضطراب نمی تواند بعنوان یک واکنش سازش یافته تلقی شود بلکه می تواند به منزله منبع شکست و تهدیدآمیز باشد که باعث می شود فرد در زندگی روزمره دچار مشکل شده و از بخش عمده ای از توانمندیها و استعدادهایش محروم گردد. اضطراب مرضی طیف گسترده ای از اختلالهای اضطرابی، از اختلالهای شناختی و بدنی تا ترسهای غیرموجه و وحشتزدگی ها را شامل می شود که هر کدام شیوه های بیان و تظاهرات بالینی مربوط به خود را دارند، اما اختلال در کارکرد طبیعی افراد می تواند نکته مشترک همه این اختلالات باشد.

اختلال اضطراب دارای چهار دسته نشانه است که شامل نشانه های فیزیولوژیکی یا جسمانی (تپش شدید قلب و تعریق شدید)، نشانه های شناختی (احساس یک نوع درماندگی و تفکرات نامربوط و غیرواقعی)، نشانه های رفتاری (بهت زدگی و دست پاچه شدن) و نشانه های هیجانی (هیجانان ناخوشایندی مثل ترس و وحشت زدگی) می باشد (سعادت، ۱۳۹۳)

بررسی های همه گیرشناسی نشان می دهند که اختلالات اضطرابی از شایع ترین اختلالات روانی به شمار می آید که بیش از هر اختلال روانی دیگری تحت تأثیر ملاک های تشخیص چهارمین ویراست (ویرایش های قبلی) راهنمای تشخیصی و آماری اختلالهای روانی (DSM-IV¹) قرار گرفته اند (نظری و دیگران، ۱۳۹۸).

انواع اضطراب

در DSM-IV-TR اختلالات به دو گروه اختلالات اضطرابی و اختلالات جسمانی شکل^۲ و گسستی تقسیم می شوند. اختلالات اضطرابی شامل فوبی ها^۳، اختلال وحشتزدگی^۴، اختلال اضطراب فراگیر^۵ (GAD)، اختلال وسواسی فکری- عملی^۶ (OCD)، اختلال استرس پس آسیمی^۷ (PTSD) و اختلال استرس حاد هستند که در این اختلالات فرد عملاً اضطراب را تجربه می کند، اما در اختلالات جسمانی شکل، فرد اضطراب را تجربه نمی کند بلکه اضطراب، علت و توجیه نشانه های این اختلالات است. اختلالات جسمانی شکل پنج قسمت است: اختلال درد^۸، اختلال بد ریختی بدن^۹، خودبیمار انگاری یا هیستری، اختلال تبدیلی و اختلال جسمانی کردن (نظری و همکاران، ۱۳۹۸).

فوبیهای خاص

فوبی های خاص ترس هایی هستند که در اثر حضور یا پیش بینی یک موضوع یا موقعیت خاص به وجود می آید، مانند ترس از موقعیت هایی از قبیل قرار گرفتن در ارتفاع، ترس از حیوانات، ترس از پرواز با هواپیما، خفه شدن، رعد و برق، رانندگی، تاریکی، آب، فضاهای بسته، زنده به گور شدن، سوار آسانسور شدن، خون، میکروب، عبور از تونل ها یا روی پل ها و حتی هراس از آرایشگاه است. ۱۰ تا ۲۰ درصد جمعیت دنیا در طول زندگی خود با فوبیا رو به رو می شوند. فوبیا می تواند در هر سنی دامنگیر اشخاص شود، اما اغلب در دوران کودکی شکل می گیرند و میزان شیوع آن در میان زنان دو برابر مردان می باشد. حدود ۱۹/۲ میلیون آمریکایی به این فوبیها دچارند (خیاط، ۱۳۹۸).

¹ - Diagnostic and statistical manual of mental disorder's

² - Somatoform disorder

³ - Phobias

⁴ - Panic disorder

⁵ - Generalized anxiety disorder

⁶ - Obsessive - Compulsive disorder

⁷ - Post traumatic stress disorder

⁸ - Pain disorder

⁹ - Body dysmorphic disorder

فوبیای اجتماعی یا هراس اجتماعی (¹SAD)، ترس آشکار و پیوسته از موقعیت های اجتماعی یا عملکردی است و از این ناشی می شود که فرد در این موقعیت ها به طرز خجالت آور یا تحقیر آمیزی رفتار خواهد کرد (خیاط، ۱۳۹۸).

اختلال اضطراب اجتماعی سومین اختلال شایع روانپزشکی در ایالات متحده آمریکا است. مبتلایان به این اختلال بسیار تلاش می کنند تا از موقعیت هایی که باعث فشار روانی می شود، اجتناب کنند و یا ممکن است آشفتگی های روانشناختی و بازتاب های جسمی، نظیر عرق کردن و نامنظم شدن ضربان قلب، را از خود نشان دهند. اختلال اضطراب اجتماعی می تواند به واسطه یک تاریخچه دقیق تشخیص داده شود و بطور موفقیت آمیزی با دارو درمانی و مداخله های روانشناختی درمان می شود (سعادت، ۱۳۹۳). طبیعی است اگر گاه گاهی احساس ناراحتی و اضطراب متوسطی را در موقعیت های اجتماعی جدید یا شغل جدید تجربه کنیم، اما هنگامی که این احساس یا هیجان تبدیل به یک ترس مزمن شود که باعث ناراحتی یا منجر به اجتناب از موقعیت معینی شود، برای فرد مشکل ساز می شود (سلیمانی، ۱۳۹۴). ترس افراطی و غیرمنطقی از مورد واریسی قرار گرفتن توسط دیگران یا انجام بعضی کارهای نامطلوب در برابر افراد غریبه به عنوان مشخصه اختلال اضطراب اجتماعی محسوب می شود. بیماران مبتلا به این اختلال ممکن است به میزان بسیار زیادی از موقعیت هایی که نیازمند ارتباط یا انجام کاری در یک مکان اجتماعی است، اجتناب کرده و یا ممکن است چنین موقعیت هایی را با اضطراب یا حالتی از ترس تحمل کنند (ادیب، ۲۰۰۱).

شروع این اختلال نوعاً در کودکی و نوجوانی، یا متوسط سن شروع بین ۱۲ تا ۱۸ سالگی است و حدود ۱۵ میلیون نفر آمریکایی به SAD مبتلا هستند (ادیب، ۲۰۰۱).

روش پژوهش

این پژوهش، از نوع پژوهش های شبه آزمایشی می باشد که به صورت طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل اجرا شد. دیاگرام طرح به شکل زیر است:

جدول ۱-۳ طرح پیش آزمون - پس آزمون

پس آزمون	متغیر مستقل	پیش آزمون	گروه ها
T1	آموزش مبتنی بر حضور ذهن	T1	آزمایش
T2	-----	T1	کنترل

جامعه آماری

جامعه ی آماری این پژوهش را زنان ۲۰ تا ۴۰ سال عضو در انجمن بیماری مالتیپل اسکلروزیس شهر اصفهان انتخاب شدند

نمونه آماری و روش نمونه گیری

ابتدا از بین زنان ۲۰ تا ۴۰ سال عضو در انجمن بیماری مالتیپل اسکلروزیس شهر اصفهان که تصادفی در سه گروه ۸ نفری به عنوان دو گروه آزمایش (ذهن آگاهی و گروه کنترل جایگزین شدند. نمونه آماری شامل ۲۴ نفر از زنان ۲۰ تا ۴۰ سال عضو در انجمن بیماری مالتیپل اسکلروزیس شهر اصفهان می باشد.

¹ - Social anxiety disorder

- ملاک های ورود

- ۱- دارا بودن حداقل تحصیلات دیپلم برای اطمینان از درک سوالات پرسشنامه ها
- ۲- قرار داشتن افراد مبتلا به ام اس که در محدوده سنی ۲۰ تا ۴۰ سال
- ۳- داشتن پرونده درمانی حداقل از یک سال پیش در مطب دکتر متخصص مغز و اعصاب
- ۴- عدم مبتلا به هیچ اختلال روانپزشکی یا بیماری عمده جسمی علاوه بر ام اس در ۱۲ ماه اخیر
- ۵- عدم شرکت در هیچ جلسه درمان روانشناختی طی ۶ ماه گذشته
- ۶- رضایت کامل جهت شرکت در جلسات درمانی

- ملاک های خروج از تحقیق

- ۱- غیبت بیش از ۲ جلسه
- ۲- عدم همکاری شرکت کننده طی جلسات درمان

ابزار گردآوری داده‌ها:

- *آزمون افسردگی بک*: آزمون افسردگی بک یک آزمون ۲۱ سوالی است که هر کدام از سؤالات به ترتیب موارد زیر را می‌سنجد: غمگینی، بدبینی، احساس شکست خوردگی، نارضایتی، احساس گناهکاری، انتظار تنبیه شدن، از خود بیزاری، تهمت زدن به خود، افکار خودکشی، گریه کردن‌ها، تحریک پذیری، کناره‌گیری، بی‌تصمیمی، تغییر خودپنداره، دشواری در کار، بیخوابی، خستگی پذیری، بی‌اشتهای، کاهش وزن، اشتغال ذهنی در مورد بدن، و افت تمایلات جنسی. هر سوال دارای ارزشی بین ۰ تا ۳ نمره است که پاسخ‌ها از شدت کم به زیاد درجه‌بندی شده‌اند. برای محاسبه نتایج، نمرات هر سؤال را طبق پاسخ-های آزمودنی جمع بندی کرده و نمره کل را بدست می‌آوریم. نمره این آزمون از ۰ تا ۶۳ متغیر است، بنابراین بالاترین نمره در پرسشنامه ۶۳ است. در تفسیر نتایج، درجات افسردگی به صورت زیر تعیین می‌گردد:

- ۱- میانگین بهنجار (۱۵ - ۱) یا (۱۸ - ۱): افرادی که افسردگی ندارند و در سطح عادی هستند.
 - ۲- افسردگی خفیف (۳۱ - ۱۶) یا (۲۸ - ۱۸): افرادی که به افسردگی در سطح خفیف مبتلا هستند.
 - ۳- افسردگی متوسط (۴۷ - ۳۲) یا (۳۵ - ۲۹): افرادی که به افسردگی در سطح متوسط مبتلا هستند.
 - ۴- افسردگی عمیق (۶۲ - ۴۸) یا (۶۳ - ۳۶): افرادی که به افسردگی در سطح شدید مبتلا هستند.
- از هنگام تدوین تاکنون، ارزیابی‌های بسیاری بر روی پرسشنامه افسردگی بک توسط محققان و پژوهشگران صورت گرفته است. گلدمن و متکاف در سال ۱۹۶۵ به منظور دست یابی به میزان افتراقی افسردگی در میان دو گروه افسرده و سالم به این نتیجه دست یافتند که عدد ۱۷، عدد مناسب افتراق در بین این گروه است. همچنین متکاف برای میزان همبستگی پرسش‌های بالینی روانپزشکی و پرسش‌نامه بک به یک نتیجه همبستگی در سطح بالا رسید. می و همکاران (۱۹۶۹) تأکید کردند که این آزمون از نظر تشخیص دارای روایی بوده و قادر به پیش بینی است. بک، استیر و گاربین (۱۹۸۸)، در یک تحلیل سطح بالا از کوشش‌های مختلف برای تعیین همسانی درونی، ضرایب ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ را به دست آوردند. در داخل کشور نیز پژوهش‌های مختلفی انجام گرفته است که به اندازه‌گیری ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار پرداخته‌اند. از بین این پژوهش‌ها

می‌توان به پژوهش تشکری و مهریار در سال ۱۳۷۳ اشاره کرد که ضریب پایایی آن در ایران را ۰/۷۸ به دست آوردند. قاسم‌زاده و همکاران (۸۴) ضریب آلفای این پرسشنامه را ۰/۰۷۸ و ضریب بازآزمایی آن را (۰/۷۴) و همبستگی آن را با پرسشنامه افسردگی بک ویرایش اول (۰/۹۳) گزارش کردند در پژوهش‌های دیگر از جمله پژوهش چگینی در سال ۱۳۸۱، اعتبار پرسش‌نامه بک، بالا گزارش شده و از ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ متغیر بوده است. (ازخوش، ۱۳۸۷)

پرسشنامه اضطراب بک

این پرسشنامه شامل ۲۱ پرسش است و هر پرسش چهار پاسخ دارد (۰ تا ۳) که حالتی از افزایش شدت است. دامنه نمره‌ها نیز از ۰ تا ۶۳ می‌باشد. این پرسشنامه بیشتر بر جنبه‌های فیزیولوژیکی اضطراب تأکید دارد و مشخصات روانسنجی آن شامل پایایی و روایی مورد تأیید قرار گرفته است (بک و استر^۱، ۱۹۹۳). بک و کلارک همسانی درونی این مقیاس را ۰/۹۳ و پایایی بازآزمایی آن را ۰/۷۵ گزارش کردند (بک و کلارک ۱۹۹۸؛ به نقل از کاظمی ۱۳۸۲). پایایی این آزمون در ایران با روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۸ گزارش شده است. همچنین در بررسی روایی این آزمون با کاربرد روش تجربی افتراقی بین دو گروه اضطرابی و بهنجار در سطح ۰/۰۰۱ معادل ۱۲/۳ گزارش شده است (کاظمی، ۱۳۸۲).

نمره گذاری پرسشنامه اضطراب بک

در پرسشنامه بک چهارگزینه هر سوال در یک طیف چهار بخشی از ۰ تا ۳ نمره گذاری می‌شود. هریک از ماده‌های آزمون یکی از علائم شایع اضطراب (علایم ذهنی، بدنی، هراس) را توصیف می‌کند. نمره کل در دامنه‌ای از ۰ تا ۶۳ قرار می‌گیرد. تعیین درجه اضطراب براساس پرسشنامه اضطراب بک

درجه اضطراب	نمرات
هیچ یا کمترین	0- 7
خفیف	8- 15
متوسط	16- 25
شدید	26- 63

-مقیاس سطح ناتوانی EDSS کورتزکی

مقیاس وضعیت ناتوانی Expanded Disability Status یافته گسترش Scale یا EDSS که شدت ناتوانی مبتلایان به ام اس را می‌سنجد. این مقیاس وضعیت عملکردی هشت سیستم شامل ناحیه هرمی، مخچه، ساقه مغز، حسی، روده و مثانه، بینایی و مغز را بررسی میکند و در نهایت نمره فرد در دامنه صفر تا ۱۰ طبقه بندی می‌شود. در نهایت نمره فرد در دامنه صفر (بررسی عصب شناختی طبیعی) تا ۱۰ (مرگ به علت ام اس) قرار می‌گیرد. این مقیاس توسط پزشک متخصص مغز و اعصاب تعیین و براساس معیار طبقه بندی جونز به سه طبقه خفیف - متوسط و شدید طبقه بندی شد. نرخ ناتوانی در مقیاس EDSS درجه بندی می‌شود. که در محدوده ای از ۰ تا ۱۰ هستند، همراه با امتیازات نیمه برای اینکه بیشتر تخصصی باشد.

^۱-Beck&Steer

شماره های پایین تر نشان دهنده ی ناتوانی با شدت کمتر است. اعداد بالاتر منعکس کننده درجه ی بیشتر ناتوانی است که، بیشتر در رابطه با تحرک می باشد:

نمره گذاری مقیاس سطح ناتوانی EDSS کورتزکی

عادی	0
بدون معلولیت، اما برخی نشانه های عصبی غیر طبیعی	1-1. 50
حداقل ناتوانی	2-2. 50
ناتوانی متوسط، موثر بر فعالیت های روزانه، اما شما هنوز می توانید راه بروید	3-4. 50
ناتوانی شدید تر، اختلال فعالیت های روزانه و نیاز به کمک هنگام راه رفتن	5-8
ناتوانی بسیار شدید است، شما را محدود به رختخواب می کند	8. 50-9. 50
مرگ	۱۰

تشخیص این نکته مهم است که تغییر یک امتیازی در انتهای پایین تر مقیاس منعکس کننده ی تغییرات ظریف تر از انتهای فوقانی مقیاس است. به عنوان مثال، یک تغییر یک

پروتکل های آموزش ذهن آگاهی

جلسه اول: هدایت خودکار	حضور ذهن بهترین راه خروج از هدایت خودکار است که آگاهی از هر لحظه را به فرد می-آموزد.
جلسه دوم: رویایی با موانع	تمرکز بیش تر بر بدن نجوهای ذهنی را آشکارتر کرده و منجر به کنترل بیشتر واکنش نسبت به وقایع روزانه می شود.
جلسه سوم: ذهن آگاهی از تنفس	با آگاهی بیشتر از این که ذهن چگونه می تواند اغلب مشغول و پراکنده باشد، فرد یاد می-گیرد که با تمرکز بر تنفس، امکان متمرکز و یکپارچه بودن بیشتر را فراهم می آورد.
جلسه چهارم: ماندن در زمان حال	در رویکرد حضور ذهن برای حضور همزمان در حال، فرد باید از زاویه دیگری به وقایع نگاه کند و دید گسترده و متفاوتی نسبت به آنها داشته باشد.
جلسه پنجم: اجازه/مجوز حضور	ارتباط متفاوت به معنی اجازه حضور به تجربه، دقیقاً همان طوری که هست بدون اینکه در مورد آن قضاوت شود یا فرد سعی نماید که تغییری که در آن نسبت به آنچه هست ایجاد کند.
جلسه ششم: افکار حقایق نیستند	خلق و افکار منفی ارتباط افراد را با تجربه محدود می کند. درک این مطلب که افکار، فقط فکر هستند حتی برای کسی که این اعتقاد را ندارد، معقولانه است.
جلسه هفتم: مراقبت از خود به بهترین شکل ممکن	زمانی احتمال درمان وجود دارد که تمریناتی را می توان انجام داد. به عنوان اولین گام می توان از تمرین زمان تنفس استفاده کرد.

جلسه هشتم: استفاده از آنچه در زندگی یاد گرفته‌اید	تمرین منظم حضور ذهن به حفظ تعادل در زندگی کمک می‌کند. نیت مثبت تقویت می‌شود. زیرا این تمرینات با دلایل مثبت مراقبت از خود مرتبط است.
--	--

بررسی ویژگیهای جمعیت شناختی

در این بخش فراوانی و درصد فراوانی ویژگیهای تحصیلات و وضعیت اقتصادی و میانگین سن و سابقه بیماری ۲۴ زن پاسخگو بر حسب گروه کنترل، ذهن آگاهی و ماساژ درمانی ارائه شده است.

بررسی سطح تحصیلات پاسخگو

جدول ۴-۱ وضعیت تحصیلات

ماساژ درمانی		ذهن آگاهی		کنترل		
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۵۰/۰	۴	۳۷/۵	۳	۵۰/۰	۴	لیسانس
۱۲/۵	۱	۵۰/۰	۴	۲۵/۰	۲	فوق لیسانس
۳۷/۵	۳	۱۲/۵	۱	۲۵/۰	۲	دکتری
۱۰۰/۰	۸	۱۰۰/۰	۸	۱۰۰/۰	۸	کل

نتایج جدول ۴-۱ نشان می‌دهد که در گروه کنترل ۴ نفر (۵۰ درصد) دارای تحصیلات لیسانس، ۲ نفر (۲۵ درصد) فوق لیسانس و ۲ نفر (۲۵ درصد) دکتری دارند، در گروه ذهن آگاهی ۳ نفر (۳۷/۵ درصد) دارای تحصیلات لیسانس، ۴ نفر (۵۰ درصد) فوق لیسانس و ۱ نفر (۱۲/۵ درصد) دکتری دارند و در گروه ماساژ درمانی ۴ نفر (۵۰ درصد) دارای تحصیلات لیسانس، ۱ نفر (۱۲/۵ درصد) فوق لیسانس و ۳ نفر (۳۷/۵ درصد) دکتری دارند.

بررسی وضعیت اقتصادی

جدول ۴-۲ وضعیت اقتصادی

ماساژ درمانی		ذهن آگاهی		کنترل		
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۳۷/۵	۳	۳۷/۵	۳	۵۰/۰	۴	متوسط
۵۰/۰	۴	۳۷/۵	۳	۰/۰	۰	خوب
۱۲/۵	۱	۲۵/۰	۲	۵۰/۰	۴	عالی
۱۰۰/۰	۸	۱۰۰/۰	۸	۱۰۰/۰	۸	کل

نتایج جدول ۴-۲ نشان می دهد که در گروه کنترل ۴ نفر (۵۰ درصد) دارای وضعیت اقتصادی متوسط و ۴ نفر (۵۰ درصد) دارای وضعیت اقتصادی عالی هستند، در گروه ذهن آگاهی ۳ نفر (۳۷/۵ درصد) دارای وضعیت متوسط، ۳ نفر (۳۷/۵ درصد) دارای وضعیت خوب و ۲ نفر (۲۵ درصد) عالی دارند و در گروه ماساژ درمانی ۳ نفر (۳۷/۵ درصد) دارای وضعیت متوسط، ۴ نفر (۵۰ درصد) خوب و ۱ نفر (۱۲/۵ درصد) عالی دارند.

۴-۲-۳ بررسی وضعیت سن

جدول ۴-۳ وضعیت سن

انحراف معیار	میانگین	تعداد	
۳/۳۳	۳۲/۳۷	۸	کنترل
۳/۹۱	۳۳/۸۷	۸	ذهن آگاهی
۳/۴۱	۲۹/۷۵	۸	ماساژ درمانی

نتایج جدول ۴-۳ نشان می دهد که میانگین سن افراد گروه کنترل ۳۲/۳۷ سال، گروه ذهن آگاهی ۳۳/۸۷ سال و گروه ماساژ درمانی ۲۹/۷۵ سال است..

بحث و نتیجه گیری

فرضیه شماره یک:

ذهن آگاهی بر روی علائم افسردگی، اضطراب و سطح ناتوانی زنان با بیماری مالتیپل اسکروزیس تاثیر معناداری دارد. با تعدیل نمرات پیش آزمون، بین گروه های کنترل و ذهن آگاهی در مرحله پس آزمون متغیر اضطراب با سطح معناداری ۰/۰۰۰ تفاوت معناداری وجود دارد ($F(1, 11)=645/927$). به عبارتی ذهن آگاهی بر روی علائم اضطراب زنان با بیماری مالتیپل اسکروزیس تاثیر معناداری دارد و میزان تاثیر آن ۹۸ درصد است، با تعدیل نمرات پیش آزمون، بین گروه های کنترل و ذهن آگاهی در مرحله پس آزمون متغیر افسردگی با سطح معناداری ۰/۰۰۰ تفاوت معناداری وجود دارد ($F(1, 392/521)$). به عبارتی ذهن آگاهی بر روی علائم افسردگی زنان با بیماری مالتیپل اسکروزیس تاثیر معناداری دارد و میزان تاثیر آن ۹۷ درصد است و نهایتاً با تعدیل نمرات پیش آزمون، بین گروه های کنترل و ذهن آگاهی در مرحله پس آزمون متغیر سطح ناتوانی با سطح معناداری ۰/۰۴۶ تفاوت معناداری وجود ندارد ($F(1, 11)=5/054$). به عبارتی ذهن آگاهی بر روی سطح ناتوانی زنان با بیماری مالتیپل اسکروزیس تاثیر معناداری دارد و میزان تاثیر آن ۳۱ درصد است. به عبارتی می توان گفت که آموزش ذهن آگاهی کاهش افسردگی، اضطراب و سطح ناتوانی زنان با بیماری مالتیپل اسکروزیس را به همراه دارد. نتایج این پژوهش با پژوهش عابدینی که یک طرح تک موردی در سه بیمار مبتلا به وسواس مقاوم به درمان استفاده شد به منظور سنجش بیماران مقیاس وسواس فکری و عملی بیل-براون پرسشنامه اضطراب و افسردگی بک و نیز یک مقیاس فرایندی مورد استفاده قرار گرفت نیز همسو می باشد. شواهد حاکی از آن است که ذهن آگاهی در تقویت سلامت روحی و جسمی در مبتلایان به دردهای مزمن، سرطان و بیماری های قلبی بی تاثیر نیست. امیدی، محمدخانی، دولتشاهی و پورشهباز (۱۳۸۷). نیز در مطالعه خود با عنوان "اثربخشی درمان ترکیبی روش حضور ذهن مبتنی بر درمان شناختی و درمان رفتاری

شناختی برنشانگان روانپزشکی بیماران مبتلابه اختلال افسردگی اساسی^۱ به این نتیجه رسیدند که عناصری از درمان شناختی - رفتاری در ترکیب باروش حضور ذهن مبتنی بر درمان شناختی، کارآیی درمان و وسعت اثربخشی آنرا افزایش می‌دهند و روش ترکیبی به اندازه درمان رفتاری شناختی می‌تواند در درمان افسردگی مؤثر باشد. طبق پژوهشی که توسط پیت و هوگارد (۲۰۱۱) با عنوان "اثر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی برای پیشگیری از عود در اختلال افسردگی اساسی مکرر" صورت گردید، نتایج نشان داد که مداخله حضور ذهن برای پیشگیری از عود در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی مؤثر بوده است. که با نتایج پژوهش ما همسو می باشد.

پیشنهادات پژوهش

پیشنهادات حاصل از بررسی نتایج پژوهش:

از آن جا که نمونه پژوهشی محدود به مراجعین به بیماران ام اس در استان اصفهان است، این احتمال وجود دارد که عواملی مثل سن و طیف سابقه کار، نوع محیط کاری نیز بر میزان اضطراب تأثیرگذار باشد. از این رو توجه به این عوامل در مطالعات آینده مشابه پیشنهاد می شود.

پیشنهاد های کاربردی:

- پیشنهاد می گردد موضوع تحقیق با توجه به اهمیت این پژوهش، در دیگر استانهای کشور نیز انجام شود.
- پیشنهاد می شود در پژوهشی مشابه به بررسی این متغیرها به صورت مقایسه ای در بین زنان و مردان پرداخته شود.
- پیشنهاد می شود به مراکز بیمارستانی برای کنترل و بهبود اضطراب و افسردگی در بین مراجعین ام اس، از درمان ذهن آگاهی استفاده کنند.
- پیشنهاد می شود برای افراد مبتلا به ام اس کارگاه های آموزشی مهارت های ذهن آگاهی برگزار شود تا آنها بتوانند کنترل بر ذهن خود را تقویت کرده و بدون استرس در زمان حال زندگی کنند.

^۱ -Piet & Hougaard

منابع:

۱. احمدپور، زهره (۱۳۸۷). تأثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود سلامت روان و افزایش کیفیت زندگی در افراد افسرده غیر بیمار - تهران: دانژه.
۲. افشارنیا، شایسته؛ آزاد فلاح، پرویز؛ تولایی، سید عباس (۱۳۹۲). بررسی و مقایسه اثربخشی روش ماساژ درمانی و روش بازسازی شناختی در کاهش اضطراب امتحان دانشجویان. مجله روانشناسی بالینی، ۲، ۳۹-۵۰.
۳. افشارنیا، شایسته؛ آزاد فلاح، پرویز؛ تولایی، سید عباس (۱۳۹۲). بررسی و مقایسه اثربخشی روش ماساژ درمانی و روش بازسازی شناختی در کاهش اضطراب امتحان دانشجویان. مجله روانشناسی بالینی، ۲، ۳۹-۵۰.
۴. امانی، فیروز (۱۳۸۲)، بررسی شیوع افسردگی در دانشجویان علوم پزشکی اردبیل، رساله دکتری پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل.
۵. امیدی، مهدی؛ آهنگان، شهرام؛ محمدزاده پیربازاری، مجتبی (۱۳۸۷). اثربخشی درمان ترکیبی روش حضور ذهن مبتنی بردرمان شناختی و درمان
6. Adib Hajbagheri M, Inappropriate effects of intervention on the control group. Behbood Journal 2001; 51 (4): 306-307
7. Adler HC, Allen PR, Buchfuhrer JM, chokroverty S, Earley JC, Ehrenberg B, et al. (2004) Restless legs syndrome foundation , INC. Medieval Bulletin.
8. Akhvayni Bokhari A. [Hedayat al-Motalemin fi-Teb]. Translated by-Matini j. Mashhad: Mashhad University, 1992.
9. Amedi A, Stern WM, Camprodon JA, Bermpohl F, Merabet L, Rotman, S Hemond, C Meijer P, Pascual-Leone A. Shape conveyed by visualtoauditory sensory substitution activates the lateral occipital complex. Nat. Neurosci. ;2007 89-687:10.
10. Anderea Maculano Esteves , Marco Tulio de Mello , Ana Amelia Benedito – Silva, Sergio Tufik. Impact of aerobic physical exercise on Restless Legs Syndrome. Sleep Sci. 2011; 4 (2): 45- 48.
11. Antoni,M. Ironson& Schnneiderman .Carmodi, J. L. , & Sanderson. W. C. (2007). Treating generalized anxiety disorder: evidence-based strategies, tools, and techniques. New York: Guilford Press.
12. Ascherio, A. and Munger, K. (2008) Epidemiology of multiple sclerosis: from risk factors to prevention. Seminars in Neurology, 28 (1), 17-28.
13. Atkinson MJ, Allen PR, Duchane J, Murray C, Kushida C, Roth T. The RLS Quality of Life Consortium. Validation Of the Restless legs. Syndrome Quality of Life Instrument (RLS - QLI): Findings of a Consortium of National Experts and the RLS and the RLS Foundation 1. Qual Life Res. 2004; 13 (3): 679-693.
14. Baer RA, Smith, GT, Hopkins J, Krietemeyer J, Toney L. Using selfreport assessment methods to explore facets of mindfulness. Assessment. (2006); 13 (1): 27-45.
15. Barnes. D. (1998) Treatment of Acute Relapses. In C. P. Hawkins and J. S. Wolinsky (2000) Principles of Treatments in Multiple Sclerosis, Oxford, Butterworth Heinemann.