



مقایسه اثربخشی مداخله شناختی مبتنی بر بهوشیاری با مداخله فراشناختی بر کاهش نشانه‌های اضطراب و نشخوار فکری در زنان مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس

Comparison of the Effectiveness of a Mindfulness-Based Cognitive Intervention with a Metacognitive Intervention in Reducing Anxiety Symptoms and Rumination in Women with Multiple Sclerosis

Seyede Sedighe Ebadi
Hoda Babaei Kafaki

سیده صدیقه عبادی*
هدی بابایی کفاکی**

Abstract

The purpose of this study was to compare the effectiveness of a mindfulness-based cognitive intervention and a metacognitive intervention on anxiety symptoms and rumination in patients with multiple sclerosis. The method of this study was based on the purpose and research design and was quasi-experimental and pretest-posttest with a control group. For this purpose, among all women with MS under the auspices of MS Association of Mazandaran Province year 2019, residing in Sari, 45 individuals were selected through purposive sampling and randomly divided into three groups (2 intervention groups and one control group). Members of the intervention groups were trained in 8 one-hour sessions. Participants answered the Self Rating Anxiety Scale (SAS) and the Ruminative Response Scale (RRS) once before the intervention and once after the intervention. Data were then analyzed using SPSS version 26. The results of multivariate analysis of covariance showed that the difference between the two groups of mindfulness-based cognitive therapy and metacognitive therapy on anxiety and rumination was significant ($p < 0.05$) and that mindfulness therapy had a greater effect on metacognitive therapy than reducing anxiety and rumination. Considering the importance that the mental health of patients with multiple sclerosis has in controlling the disease and its consequences, the use of the above treatments seems to be useful and fruitful. Therefore, therapists are recommended to use these two interventions, especially mindfulness-based interventions, to promote the mental health of these patients.

Keywords: Multiple Sclerosis, Anxiety, Rumination, Mindfulness-based Cognitive Therapy, Metacognitive Therapy

چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی مداخله شناختی مبتنی بر بهوشیاری و مداخله فراشناختی بر اضطراب و نشخوار فکری بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بود. روش این مطالعه براساس هدف، کاربردی و بر مبنای طرح تحقیق نیمه‌آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با یک گروه کنترل بود. بدین منظور از میان همه زنان مبتلا به ام اس عضو انجمن ام اس استان مازندران ساکن شهرستان ساری (تعداد کل = ۸۰ نفر) در سال ۱۳۹۹، تعداد ۴۵ نفر به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در سه گروه مداخله ۱ (درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن)، مداخله ۲ (درمان فراشناخت) و کنترل (بدون مداخله) جای‌دهی اعضای گروه‌های مداخله به مدت ۸ جلسه یک‌ساعته، تحت آموزش قرار گرفتند. شرکت‌کنندگان یک بار پیش از شروع مداخله و یک بار پس از اتمام مداخله، به مقیاس خودگزارشی اضطراب (SAS) و مقیاس پاسخ نشخوار فکری (RRS) پاسخ دادند. سپس داده‌ها به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شدند. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چندمتغیری و آزمون LSD نشان می‌دهد تفاوت بین دو گروه درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن و درمان فراشناخت در متغیر اضطراب و نشخوار فکری معنادار است ($p < 0.05$). درمان شناختی مبتنی بر بهوشیاری نیز تأثیر بیشتری از درمان فراشناخت در کاهش اضطراب و نشخوار فکری داشته است. با توجه به اهمیت سلامت روان بیماران مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروز در مهار هرچه بهتر این بیماری و تبعات آن، به‌نظر می‌رسد استفاده از درمان‌های فوق مفید و ثمربخش باشد؛ بنابراین به درمانگران توصیه می‌شود برای ارتقای سلامت روان این بیماران از این دو مداخله، به‌ویژه مداخله مبتنی بر بهوشیاری بهره بگیرند.

واژه‌های کلیدی: مولتیپل اسکلروزیس، اضطراب، نشخوار فکری، درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن، درمان فراشناختی.

* نویسنده مسئول؛ کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم پزشکی، واحد ساری دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

** استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، موسسه آموزش عالی فروردین، قائمشهر، ایران

مقدمه

مولتیپل اسکلروزیس^۱ (MS) بیماری پیچیده‌ای است که با میلین‌زدایی سیستم عصبی مرکزی مشخص می‌شود و دلیل اصلی ناتوانی عصبی در بزرگسالان جوان در کشورهای درحال توسعه است (دیسانتو و همکاران، ۲۰۱۶). ام‌اس بیماری‌ای است که با عود، پیشرفت مودبانه و شدت ناهمگن توصیف می‌شود (کریگر، کوک، نینو و فلچر، ۲۰۱۶). این اختلال یک بیماری التهابی عصبی با علائم پیش‌رونده و واضح است که معمولاً افراد در سنین میانسالی را مبتلا می‌کند (برنر و پیهل، ۲۰۱۶). چندین عامل به‌منزله علت این بیماری، از جمله سن، جنس، ژنتیک، سطوح ویتامین D، ویروس اپستین بار^۲، مصرف سیگار، اضطراب، استرس و افسردگی فرض شده‌اند (بیسکه و همکاران، ۲۰۰۸). شیوع آن حدود ۱۱۲ در هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر در جهان و ۵۱,۵۲ نفر در ۱۰۰,۰۰۰ نفر در ایران است (مجبی و همکاران، ۲۰۱۹). تحقیقات نشان می‌دهد، علاوه بر نقایص جسمانی و شناختی، افراد مبتلا به ام‌اس مجبورند با علائم مختلف روان‌پزشکی مبارزه کنند (شردر، کانت، ولف، پیچنیورگ و شردر، ۲۰۱۸)؛ به‌ویژه افسردگی و اختلالات اضطرابی در آن‌ها شیوع بیشتری دارد (پاریگوپولوس، فرنینیوس، کوزوپیس، کوتسیس و پادیمیتریو، ۲۰۱۰) و اختلالات خلقی و اضطرابی در میان این افراد بسیار بیشتر از جمعیت عمومی است (بوشتون و همکاران، ۲۰۱۷). گزارش شده است که اضطراب^۳ در ۲۲/۱ درصد افراد مبتلا به ام‌اس وجود دارد (اسپاراکو، لاورگنا و بوناویتا، ۲۰۱۹) و حدود ۳۰ درصد آن‌ها با علائمی مطابق اختلال اضطراب فراگیر^۴ مواجه می‌شود (هارتونیان و همکاران، ۲۰۱۵). کوروستیل و فاین استاین (۲۰۰۷) با مقایسه افراد مبتلا به ام‌اس با اختلالات اضطرابی و بدون آن دریافتند افرادی که در معرض خطر اضطراب هستند، سابقه افسردگی، استفاده بیش‌ازحد از الکل، استرس اجتماعی بیشتر و خودکشی داشته‌اند؛ بنابراین به نظر می‌رسد این بیماران با افکار منفی بسیاری مواجه می‌شوند. وقتی افکار منفی به ذهن وارد می‌شود، از یک سو ذهن به نارسایی‌های فردی، اهداف غیرواقعی، نگرانی‌های بین‌فردی و یادآوری موضوعات ناخوشایند می‌پردازد و از سوی دیگر، نگران از دست دادن اطلاعات ارزشمندی است که می‌تواند به او در حل مسئله کمک کند. خوشبختانه بیشتر مردم تمایل دارند این چالش را با توجه کارآمد به افکار منفی حل کنند، اما برخی افراد قادر به دستیابی به این نوع کنترل ذهنی نیستند و از سرکوب و نشخوار فکری^۵ استفاده می‌کنند (بهزادپور، سهرابی و برجعلی، ۲۰۱۶). نشخوار فکری فرایندی تکراری است که به‌موجب آن افراد افکار یکسانی را در ذهن مرور می‌کنند. همچنین یکی از اصلی‌ترین پدیده‌های شناختی است که سبب ایجاد و پایداری طیف وسیعی از اختلالات هیجانی می‌شود (ایواردز، تانگ، رایت، سالکوسکیس و تیمبرلک، ۲۰۱۱) و معمولاً با افکار منفی همراه است که سبب ناراحتی،

-
1. multiple sclerosis
 2. epstein barr
 3. anxiety
 4. generalized anxiety
 5. rumination

افسردگی، افزایش پرخاشگری و کاهش بهزیستی روان‌شناختی می‌شوند (براسشات، ۲۰۱۰). مداخلات طراحی شده در بهبود عملکرد شناختی و توانایی‌های زندگی روزمره برای بیماران ام اس محدود هستند و تاکنون درمان‌های دارویی تأثیرات قانع‌کننده‌ای نشان نداده‌اند (دلوکا و نوستینی، ۲۰۱۱). به‌تازگی شواهد مربوط به اثرات مفید مداخلات روان‌شناختی و عصب‌شناختی در این زمینه بررسی شده‌اند که تأثیرات آن‌ها کم است، اما رویکردهای شناختی- رفتاری در کمک به سازگاری و کنارآمدن با این بیماری مفید بوده‌اند (توماس، توماس، هیلر، گالوین و بیکر، ۲۰۰۶). با این حال و با وجود اینکه شواهد محکمی دربارهٔ اثربخشی درمان‌های معمول و استاندارد روان‌شناختی وجود دارد، نتایج مطالعات متعدد نشان می‌دهد به‌کارگیری آن‌ها (برای مثال درمان شناختی رفتاری)، برای تعداد زیادی از درمانگران و مبتلایان به بیماری‌های مزمن دشوار است و بیشتر این تکنیک‌های درمانی حتی با دقیق‌ترین برنامه‌ریزی و اجرا نیز با پاسخ درمانی مناسبی روبه‌رو نمی‌شوند (گلاور و همکاران، ۲۰۱۶). امروزه با نسل سوم درمان‌ها مواجه هستیم که می‌توان آن‌ها را مدل‌های مبتنی بر پذیرش نامید؛ مانند درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی^۱، درمان فراشناختی^۲ و درمان پذیرش و تعهد^۳ (هایس و هافمن، ۲۰۱۷).

مداخلات مبتنی بر بهوشیاری^۴ (MBI) طی ۳۰ سال گذشته به‌طور فزاینده‌ای در زمینه‌های گوناگون مدیریت بیماری‌های مزمن محبوبیت فراوانی یافته است (سیمپسون و همکاران، ۲۰۱۴). بهوشیاری یک حالت طبیعی انسان است که در آن فرد به لحظهٔ اکنون توجه کرده و آن را تجربه می‌کند. مداخلات مبتنی بر حضور ذهن نیز برای آموزش افراد به‌منظور تمرین این حالت در زندگی روزمره ایجاد شده‌اند (شاپیرو، لاورگنا و بوناویتا، ۲۰۱۸). درمان‌های مبتنی بر بهوشیاری شامل کاهش استرس مبتنی بر بهوشیاری^۵ (MBSR) و شناخت درمانی مبتنی بر بهوشیاری^۶ (MBCT)، به‌عنوان برنامه‌های مداخلهٔ گروهی توسعه داده شده‌اند و به‌طورکلی شامل هشت جلسهٔ هفتگی ۲ تا ۲ و نیم ساعته با حدود ۱۲ بیمار هستند (چوب‌فروش‌زاده و محمدپناه اردکان، ۲۰۱۹). یکی از ویژگی‌های اصلی این مداخلات آن است که به آموزش مراقبه و ذهن‌آگاهی رسمی و غیررسمی برای کنترل توجه و همچنین جنبه‌های نگرشی غیرقضاوتی ذهن می‌پردازند (کرین و همکاران، ۲۰۱۷). روش‌های منظم مراقبه، شامل مراقبهٔ نشسته، حرکت هوشیارانه (شامل پیاده‌روی و تمرینات آرام یوگا) و اسکن بدن، کاوش ذهنی احساسات، شروع از پا و حرکت تدریجی به سمت سر و گردن هستند. تمرینات مراقبهٔ ذهن‌آگاهی بر توجه به احساسات بدنی، افکار و هیجانات و با نگرشی غیر قضاوتی و پذیرا متمرکز هستند (استال و گلدشتاین، ۲۰۱۹). همچنین این درمان بخش مهم تمرین در خانه است که با روش‌های مراقبهٔ هدایت‌شده (بیشتر وارد با ضبط صدا) و بدون هدایت انجام می‌شود. همچنین

1. cognitive therapy based on mindfulness
2. metacognitive therapy
3. acceptance and commitment
4. mindfulness-based interventions
5. mindfulness-based stress reduction
6. mindfulness-based cognitive therapy

این برنامه‌ها شامل اقدامات غیررسمی با هدف تلفیق آگاهی ذهن در فعالیتهای روزمره مانند غذا خوردن آگاهانه و مسواک زدن آگاهانه همراه است (شاپیرو و همکاران، ۲۰۱۸).

برخی تحقیقات اثربخشی این درمان در مشکلات روان‌شناختی (بالانکس‌پور، شلاکس، ووس، اسپکنس و دی‌جانگ، ۲۰۱۷)، استرس (ماضی‌نژاد، عارفی و فرنودی، ۲۰۱۸)، کاهش خستگی (انسان، ۲۰۲۰) بهبود کیفیت زندگی (کلاه‌کج، زرگر و مجدنی‌نسب، ۲۰۱۹؛ چوب‌فروش‌زاده و محمدپناه اردکان، ۲۰۱۹) و کاهش نشخوار ذهنی (نوبخت و نیک‌منش، ۲۰۱۹) در بیماران ام اس را تأیید کرده‌اند. در مطالعه‌ای خضری‌مقدم، قربانی، بهرامی و رستمی (۱۳۹۱) با بررسی ۲۰ بیمار مبتلا به ام اس در شهر کرمان دریافتند مداخله کاهش استرس بهوشیاری‌محور، بر کاهش افسردگی و اضطراب بیماران مولتیپل اسکلروز مؤثر بود. در پژوهشی مشابه کلاه‌کج، زرگر و مجدنی‌نسب (۲۰۱۹) اثربخشی مداخله کاهش استرسی مبتنی بر بهوشیاری را بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به ام اس شهر اهواز تأیید کردند.

امروزه درمان‌هایی در اولویت قرار می‌گیرند که در زمان کوتاه‌تری اثرات درمانی مشابهی با درمان‌های بلندمدت دارند، درمانگر به آموزش کمتری نیاز دارد و هزینه درمان برای درمان‌جویان نیز کمتر باشد (تیس‌دیل و همکاران، ۲۰۰۰). از جمله درمان‌هایی که این مزایا را دارند مداخله فراشناختی^۱ است که مبتنی بر مدل پردازش اطلاعات است و بر تغییر و پذیرش تأکید می‌کند (ولز و سمبی، ۲۰۰۴). از آنجا که بیماران مبتلا به ام اس با مشکلات عصب‌شناختی بسیاری مواجه می‌شوند و عملکرد عصب‌شناختی در یک بیماری پیش‌رونده مانند ام اس ممکن است با تلاش برای تغییر شناخت، رفتار و سبک‌های مقابله‌ای، به بهترین نحو، حل شود، استفاده از درمان‌های فراشناختی می‌تواند کمک‌کننده باشد (پوتگن، لو، پتر، هسن و موریتز، ۲۰۱۵). این روش درمانی را ولز و میتوسس (۱۹۹۴) در توسعه مدل عملکرد خودتنظیمی^۲ (S-REF) و براساس علم شناخت هیجانات به وجود آوردند (ولز، کاپوبیانکو، متیوز و نوردال، ۲۰۲۰). در واقع این رویکرد روان‌درمانی است که تأکید اصلی آن بر فرایندهای فکر است تا محتوای آن (فیشر و ولز، ۲۰۰۹)؛ بنابراین درمانگر قصد دارد فرایندهای اساسی سازوکارهایی را که در ایجاد و نگهداری اختلالات روان‌شناختی نقش دارند، متمرکز و اصلاح کند. به عبارت دیگر، نحوه تفکر، کنترل یا تلاش برای کنترل رفتارها یا نگرش‌های شخص، مهم‌تر از آن است که فقط بدانیم شخص به چه چیز فکر می‌کند (ولز و همکاران، ۲۰۲۰). تفاوت اصلی درمان‌های فراشناختی با سایر رویکردهای درمانی شناختی - رفتاری، تمرکز ویژه بر تغییرات افکار محدودکننده است. فکر کردن درباره تفکر و تغییر در تله‌های شناختی شناسایی شده، هدف اصلی این آموزش‌ها است (پوتگن و همکاران، ۲۰۱۵). همچنین در این درمان، به‌طور ویژه بر کاهش فراوانی نشخوار فکری و نگرانی در پاسخ تأکید می‌شود و به‌جای حضور ذهن از تکنیک دیگری به نام ذهن‌آگاهی گسلیده استفاده می‌شود که شامل نوعی آگاهی خفیف و منفعلانه از افکار منفی، رها کردن نگرانی‌ها و به‌تعمیق انداختن نشخوار فکری است. در

1. meta cognitive therapies

2. Self-Regulatory Executive Function Model (S-REF)

این میان به‌طور ویژه به چالش با باورهای فراشناختی مثبت و منفی تأکید می‌شود (چاسکالسون، ۲۰۱۱).

به‌نظر می‌رسد بیماران ام اس از راهبردهای فراشناخت کارآمد کمتر از دیگران استفاده می‌کنند؛ برای مثال یک تحقیق نشان داد که بیماران ام اس کمتر احتمال دارد راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار را در پیش بگیرند که این امر به تنظیم روان‌شناختی ضعیف‌تر در آنان منجر می‌شود (مک‌کیب، مک‌کرن و مک‌دونالد، ۲۰۰۴). مطالعه‌ای دیگر حاکی از آن است که بیماران مبتلا به ام اس از راهبردهای ناکارآمد فراشناخت استفاده می‌کنند؛ بنابراین آموزش فراشناخت ابزار درمانی مهمی به‌شمار می‌آید (پوتگن و همکاران، ۲۰۱۵).

پژوهش‌ها حاکی از آن است که نتایج برنامه‌های درمانی فراشناخت، پیشرفت‌های قابل‌توجهی در خودکارآمدی، خلق‌وخو، کاهش نقص‌های شناختی و افزایش کیفیت زندگی بیماران ام اس نشان داده است (کوآتروپانی، لنزو و فیلاسترو، ۲۰۱۸). در مقایسه با سایر درمان‌ها، قهوه‌چی، فتحی‌آشتیانی و ستکین (۲۰۱۵) دریافتند اثربخشی درمان فراشناختی در مقایسه با درمان شناختی رفتاری در کاهش اضطراب مؤثرتر بود. هرچند در مطالعه‌ای متفاوت، جوادی و همکاران (۲۰۱۸) نشان دادند اثربخشی درمان مبتنی بر حضور ذهن در کاهش اضطراب، استرس و افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان سینه، بیشتر از درمان فراشناخت بود.

چنانچه ذکر شد، مشکلات روان‌شناختی در بیماران ام اس به‌طور قابل‌توجهی بر سلامت روان آن‌ها و مراقبان‌شان تأثیر می‌گذارد (چوب‌فروش زاده و محمدپناه اردکان، ۲۰۱۹). همچنین با توجه به میزان بالای مرگ‌ومیر این بیماری، هزینه‌های هنگفت تحمیل‌شده به بیماران و مسائل مربوط به آن، توجه به بیماران مبتلا و کاهش مشکلات آن‌ها ضروری است (نوبخت و نیک‌منش، ۲۰۱۹). یکی از چالش‌های بزرگ پیش‌روی تحقیقات بهداشت روان، توسعه و آزمودن درمان‌های گوناگون و مقایسه آن‌هاست و متأسفانه پیشرفت‌های کمی در مدل‌ها و روش‌های درمانی وجود داشته است؛ بنابراین از جمله سوالات اساسی که باید به آن پاسخ داده شود این است که چگونه محقق یا درمانگر می‌تواند از میان انبوه تکنیک‌های درمانی، بهترین را انتخاب کند (ولز و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین برخی تحقیقات فراتحلیل حاکی از آن بوده است که اصلاح شناختی یا آموزش عملکردی خاص برای حوزه‌های مختل‌شده، تنها اثرات مثبت محدودی دارند و تا حدود زیادی مشخص نیست آیا تأثیرات این آموزش‌ها به زندگی روزمره بیماران تسری می‌یابد یا خیر، بدین‌ترتیب محققان نتیجه گرفتند که برای درمان اختلالات روان‌شناختی این بیماران، به مداخلات جدید نیاز است (پوتگن و همکاران، ۲۰۱۵)؛ بنابراین شناسایی مداخلات مؤثرتر در کاهش زمان، انرژی و هزینه بیماران و کادر درمان، از اهمیت بسیاری برخوردار است. به‌علاوه اثربخشی درمان‌های شناختی شناخته‌شده محدود است و ضرورت بررسی درمان‌های جدیدتر ایجاد شده است. بدین‌منظور هدف مطالعه حاضر بررسی و مقایسه اثربخشی مداخلات مبتنی بر بهوشیاری و فراشناخت بر علائم اضطراب و نشخوار فکری بیماران مبتلا به ام اس است؛ از این‌رو فرضیات اصلی این پژوهش شامل موارد زیر است:

فرضیه اول: اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر بهوشیاری و درمان فراشناخت بر اضطراب بیماران مبتلا به ام اس تفاوت دارد.

فرضیه دوم: اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر بهوشیاری و درمان فراشناخت بر نشخوار فکری بیماران

مبتلا به ام اس تفاوت دارد.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

روش پژوهش حاضر براساس هدف، کاربردی، براساس روش گردآوری اطلاعات از نوع نیمه‌آزمایشی و براساس طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با یک گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمامی زنان مبتلا به ام اس تحت پوشش انجمن ام اس استان مازندران، ساکن شهرستان ساری در سال ۱۳۹۹ و به حجم ۸۰ نفر بود که از این تعداد، ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند؛ درحالی‌که در تحقیقات آزمایشی و شبه‌آزمایشی حجم نمونه حداقل ۱۵ نفر توصیه می‌شود. همچنین اعضای نمونه از نظر سن، وضعیت تأهل و مدت‌زمان بیماری هم‌تاسازی شدند و به‌صورت تصادفی در سه گروه کنترل، آزمایش ۱ (درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن) و آزمایش ۲ (درمان فراشناختی) قرار گرفتند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: ابتلا به بیماری ام اس، تمایل به شرکت در پژوهش، زن بودن، مبتلانی بودن به سایر بیماری‌های پزشکی مزمن و بیماری‌های روانی شدید (مانند سایکوزها). معیارهای خروج نیز عبارت بودند از: انصراف از ادامه همکاری و غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمان. خوشبختانه هیچ‌یک از اعضای شرکت‌کننده در فرایند مداخله، ریزش پیدا نکردند. افراد گروه‌های مداخله، به مدت ۸ جلسه ۱ ساعته (در پاییز ۱۳۹۹) در جلسات آموزشی شرکت کردند. به‌دلیل شرایط همه‌گیری کووید-۱۹ جلسات به‌صورت آنلاین و در فضای اسکای روم برگزار شد. همچنین در طول هفته، درمانگر با شرکت‌کنندگان و از طریق فضای مجازی در ارتباط بود. گفتنی است هر دو مداخله را پژوهشگر برای گروه‌های مداخله اجرا کرد. شرکت‌کنندگان یک بار پیش از شروع جلسات و یک بار پس از اتمام جلسات، به پرسشنامه‌های اضطراب زونک (SAS) و نشخوار فکری (RRS) پاسخ دادند. سپس داده‌های به‌دست‌آمده با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ تجزیه و تحلیل شدند. به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، ضمن آگاه‌سازی شرکت‌کنندگان از هدف مطالعه، به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات شخصی‌شان محرمانه خواهد ماند. همچنین هر زمان که به ادامه شرکت در مطالعه تمایل نداشتند، می‌توانستند انصراف دهند.

مقیاس خودگزارشی اضطراب^۱ (SAS)

به‌منظور سنجش اضطراب آزمودنی‌ها از مقیاس خودگزارشی اضطراب استفاده شد که زانگ (۱۹۷۱) آن را ساخته است. این پرسشنامه ۲۰ سؤال دارد و دربرگیرنده نشانه‌های عاطفی (تشویش و عصبانیت، ترس، نداشتن انسجام روانی، وحشت، هراس، بیم از آینده) و نشانه‌های جسمی اضطراب (لرزش، ناراحتی‌ها و دردهای بدنی، ضعف و خستگی‌پذیری زودرس، ناآرامی و بی‌قراری، تپش قلب، گیجی و منگی، ضعف و سستی، تکرر ادرار،

1. Self-Rating Anxiety Scale (SAS)

تنگی نفس، تهوع و استفراغ، برافروختگی چهره و بی‌خوابی) است. روش نمره‌گذاری به این صورت است که هر کدام از گزینه‌ها امتیازی بین ۱-۴ نمره را دارند. ارزش گزینه‌ها در برخی سؤالات به ترتیب از ۴-۱ و در برخی سؤالات به صورت معکوس ۱-۴ است؛ بنابراین نمرات مقیاس می‌تواند بین ۲۰ تا ۸۰ باشد. سؤالات ۵-۱ علائم عاطفی و سؤالات ۲۰-۶ علائم جسمی را سنجش می‌کنند. در تحقیقی پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ گزارش شده است (مور و همکاران، ۲۰۰۳). مهدوی و میرزاوند (۱۳۹۹) نیز در مطالعه خود ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۷۱ گزارش کردند.

مقیاس پاسخ نشخوار فکری^۱ (RRS)

این مقیاس را نولن هوکسما (۱۹۹۱) تدوین کرده است که مقیاسی ۲۲ ماده‌ای متشکل بر دو زیرمقیاس پاسخ‌های نشخواری و پاسخ‌های منحرف‌کننده است، ماده‌های آن روی یک مقیاس چهاردرجه‌ای از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۴ (تقریباً همیشه) نمره‌گذاری می‌شوند و دامنه‌ای بین ۲۲ تا ۸۸ را در بر می‌گیرند. همبستگی درون طبقه‌ای این مقیاس برای نیم‌بار اندازه‌گیری ۰/۷۵ (پاپاجوجیو و ولز، ۲۰۰۴) و همبستگی بازآزمایی برای بیش از ۱۲ ماه، ۰/۶۷ گزارش شده است (لومینت، ۲۰۰۴). در ایران نیز خرم‌نیا، فروغی، گودرزی، بهاری و طاهری (۱۳۹۹) ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۸۱ گزارش کردند.

بسته درمانی درمان فراشناختی

برای مداخله مبتنی بر درمان فراشناخت از پکیج درمانی ولز (۲۰۰۰) استفاده و ۸ جلسه یک‌ساعته به مدت هفته‌ای یک‌بار اجرا شد. همچنین برای مداخله شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن، جلسات درمان براساس راهنمای کتاب شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای افسردگی تألیف محمدخانی، تمنائی‌فر و جهانی تابش (۱۳۸۴) استفاده شد. در ادامه محتوای هریک از جلسات درمانی به تفکیک ارائه شده است:

جدول ۱. بسته درمانی فراشناخت

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	تدوین فرمول‌بندی موردی، معرفی مدل و آماده‌سازی، استفاده از استعاره التیام زخم، چالش با باورهای منفی درباره علائم، تمرین ذهن‌آگاهی گسلیده، معرفی به تعویق انداختن نگرانی، تکلیف خانگی: تمرین ذهن‌آگاهی گسلیده و به تعویق انداختن نگرانی
جلسه دوم	مرور تکلیف خانگی، ادامه آماده‌سازی در صورت نیاز، تحلیل مزایا و معایب نگرانی و نشخوار فکری، ادامه چالش با باورهای منفی درباره علائم، تکلیف خانگی: ادامه تمرین ذهن‌آگاهی گسلیده و به تعویق انداختن نگرانی
جلسه سوم	مرور تکلیف خانگی، چالش با باورهای مثبت درباره نشخوار فکری و نگرانی، مرور به تعویق انداختن نگرانی و گسترش کاربردهای آن، بررسی و توقف سرکوب فکر، تکلیف خانگی: ادامه ذهن‌آگاهی گسلیده و به تعویق انداختن نگرانی همراه با گسترش کاربردهای آن و متوقف کردن تلاش برای سرکوب فکر

1. Ruminative Response Scale (RRS)

ادامه جدول ۱. بسته درمانی فراشناخت

جلسات	محتوای جلسات
جلسه چهارم	مرور تکلیف، گسترش کاربردهای به تعویق انداختن نگرانی و نشخوار فکری، چالش با باورهای مثبت باقی مانده درباره نشخوار فکری و نگرانی و باورهای منفی درباره علائم، بررسی و شروع حذف سایر راهبردهای مقابله‌ای غیر انطباقی، تکلیف خانگی: ادامه تعمیم فن به تعویق انداختن نگرانی و نشخوار فکری، متوقف کردن رفتارهای مقابله‌ای غیر انطباقی خاص، بررسی ماهیت پردازش مفهومی. آیا به نوع دیگری از پردازش تغییر یافته و همچنان در حال پیشرفت است؟ بررسی مقابله‌ای اجتنابی و غیر انطباقی و حذف آن، کار روی باورهای باقی مانده درباره نگرانی و نشخوار فکری، تکلیف خانگی: ادامه خودداری از نگرانی و نشخوار فکری. حذف مقابله غیر انطباقی به ویژه اجتناب.
جلسه پنجم	مرور تکلیف خانگی، تحلیل مزایا و معایب پایش (بازبینی) تهدید، چالش با باورهای مثبت درباره پایش تهدید، متوقف کردن پایش تهدید و ارائه گزینه‌های جانشین، آموزش تمرکز مجدد توجه، چالش با باورهای مثبت و منفی باقی مانده، تکلیف خانگی: بازگشت به روند قبل از رویداد آسیب‌زا و به کارگیری راهبردهای جدید. مرور مقابله‌ای غیر انطباقی باقی مانده، تکلیف خانگی: ادامه خودداری از نگرانی و نشخوار فکری. تمرین آگاهی از پایش تهدید و کنار گذاشتن آن.
جلسه ششم	مرور تکلیف خانگی، بررسی نگرانی، نشخوار فکری، باورها، مقابله و توجه، کار روی باورهای باقی مانده، شروع کار روی «طرح کلی درمان»، تکلیف خانگی: درخواست از بیمار برای نوشتن برگه خلاصه درمان، ادامه خودداری از نگرانی، نشخوار فکری و پایش تهدید.
جلسه هفتم	مرور تکلیف خانگی، کار روی موضوعات باقی مانده مشخص شده، تدوین برنامه جدید برای مقابله با افکار مزاحم و علائم، تکمیل طرح کلی درمان، تکلیف خانگی: تمرین اجرای برنامه جدید.
جلسه هشتم	مرور تکلیف خانگی، تقویت برنامه جدید و تشریح آن با استفاده از مثال فرضی، واریسی هرگونه باور باقی مانده، برنامه‌ریزی جلسات تقویتی، تکلیف خانگی: شناسایی کاربرد مداوم درمان.

جدول ۲. بسته درمانی شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	اجرای خودکار (آموزش خوردن یک کشمش با آگاهی آموزش مراقبه واریسی بدن)
جلسه دوم	رفع موانع (آگاهی از افکار، احساسات، هیجان‌ها، تمرین مراقبه واریسی بدن، آموزش سه دقیقه تنفس با ذهن آگاهی و مراقبه ذهن)
جلسه سوم	تنفس با ذهن آگاهی (انجام سه دقیقه تنفس، کشف تجربه‌های خوشایند روزانه، آموزش تمرین حرکات به شکل هوشیارانه) مراقبه‌های حرکتی
جلسه چهارم	ماندن در لحظه (کشف تجربیات ناخوشایند، انجام ۵ دقیقه دیدن یا شنیدن با شیوه ذهن آگاهی) آگاهی از تنفس، اعضای بدن، اصوات، افکار و انتخاب‌های آگاهانه، انجام سه دقیقه تنفس انجام پیاده‌روی با ذهن آگاهی آموزش تمرینات تن آرامی
جلسه پنجم	پذیرفتن و اجازه دادن، انجام تمرینات تن آرامی، آگاهی از افکار - احساسات بدنی، سه دقیقه تنفس، خواندن شعر خانه مهمان رومی (بگذارید آنچه زیبا می‌پنداریم آنچه باشد که انجام می‌دهیم)، کشف محتوا متناسب با اهداف گروه
جلسه ششم	تفکرات منشأ واقعی ندارند (انجام تمرینات تن آرامی، آگاهی از تنفس و بدن، مطرح شدن مشکلات بیماران طی تمرین و کشف اثرات آن بر بدن و ذهن، سه دقیقه تنفس، تمرین ایجاد تغییر خلق، افکار و نگرش‌ها و آماده شدن برای پایان دوره)
جلسه هفتم	چگونه به بهترین نحو از خود مراقبت کنیم (انجام تمرینات تن آرامی، آگاهی از تنفس، اعضای بدن، اصوات، افکار و هیجان‌ها، سه دقیقه تنفس به همراه طرح یک مشکل طی تمرین و کشف تأثیر آن روی ذهن و بدن، آموزش شناسایی ارتباط بین فعالیت و خلق و خوی افراد)

جلسه هشتم	چگونگی استفاده از این موارد در تصمیم‌گیری‌های آینده، جمع‌بندی جلسات آموزشی و کاربرد آموزه‌ها برای سروکار داشتن با حالت‌های خلق در آینده
-----------	---

روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد. همچنین داده‌ها در دو سطح توصیفی و استنباطی بررسی شدند. در بخش توصیفی میانگین و انحراف معیار و در بخش استنباطی، تحلیل کوواریانس چندمتغیری و آزمون LSD استفاده شد.

یافته‌ها

چنانچه ذکر شد، ۴۵ نفر از زنان مبتلا به ام اس در این مطالعه شرکت کردند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۳۸/۱ و میانگین مدت‌زمان بیماری ۵ سال بود. همچنین ۴۳ درصد شرکت‌کنندگان مجرد و ۵۷ درصد متأهل بودند. سایر یافته‌های توصیفی این پژوهش شامل شاخص‌های آماری مانند میانگین و انحراف استاندارد برای متغیرهای مورد مطالعه در این پژوهش در دو گروه آزمایش و گروه کنترل در جدول ۳ آمده است. میانگین و انحراف معیار متغیرهای اضطراب و نشخوار فکری در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان داد در گروه‌های آزمایش (درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن و درمان فراشناخت) نمرات روند کاهشی در مرحله پس‌آزمون داشته‌اند (جدول ۳).

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
اضطراب	کنترل	۵۶/۰۷	۲/۱۲	۵۶/۳۳	۲/۷۵
	درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن	۵۵/۵۳	۱/۴۵	۵۰/۵۷	۲/۵۳
	درمان فراشناخت	۵۶/۲۳	۱/۸۶	۵۳/۰۲	۳/۱۱
نتایج مقایسه با آنالیز واریانس		P=۰/۵۵		P=۰/۰۰۰۱	
نشخوار فکری	کنترل	۶۰/۷۹	۵/۹۴	۵۹/۵۱	۵/۳۱
	درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن	۵۹/۲۶	۵/۳۲	۵۲/۶۳	۲/۶۵
	درمان فراشناخت	۶۰/۵۹	۵/۵۰	۵۵/۳۴	۴/۳۰
نتایج مقایسه با آنالیز واریانس		P=۰/۷۲		P=۰/۰۰۰۱	

براساس یافته‌های جدول ۳، اضطراب و نشخوار فکری گروه‌ها در مرحله پیش‌آزمون تفاوت معناداری نداشت ($p > ۰/۰۵$). در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنادار دیده شد ($p < ۰/۰۱$). به‌منظور بررسی معناداری تفاوت بین نمرات اضطراب و نشخوار فکری در گروه‌های آزمایش (درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن و درمان

فراشناخت) و کنترل از تحلیل کوواریانس چندمتغیری^۱ استفاده شد (جدول ۴). برای تحلیل کوواریانس چندمتغیری ابتدا مفروضه نرمال بودن داده‌ها با بررسی کجی و کشیدگی متغیرها، با آزمون لوین^۲، همگنی ماتریس واریانس- کوواریانس با آزمون ام-باکس^۳ بررسی شد. با توجه به اندازه کجی و کشیدگی در همه متغیرها در دامنه‌ای میان +۲ و ۲ قرار گرفته بود؛ بنابراین فرض نرمال بودن توزیع نمرات برقرار است. همچنین با توجه به اینکه سطح معناداری در آزمون‌ها بیش از ۰/۰۵ بود، مفروضه برابری واریانس‌ها و همگنی ماتریس واریانس- کوواریانس برقرار شد؛ بنابراین مفروضه استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری در این پژوهش رعایت شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری در مرحله پس‌آزمون

نام آزمون	ارزش	F	درجه آزادی اثر	درجه آزادی خطا	p
اثر پیلایی	۰/۵۳۳	۷/۲۷	۴	۸۰	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۴۶۷	۹/۰۴	۴	۷۸	۰/۰۰۱
اثر هاتلینگ	۱/۱۴۳	۱۰/۸۶	۴	۷۶	۰/۰۰۱
بزرگ‌ترین ریشه روی	۱/۱۴۳	۲۲/۸۶	۲	۴۰	۰/۰۰۱

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، هر چهار آماره چندمتغیری مربوط (اثر پیلایی^۴، لامبدای ویلکز^۵، اثر هاتلینگ^۶ و بزرگ‌ترین ریشه روی^۷) معنادارند. به عبارت دیگر بین آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش (درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن و درمان فراشناخت) و آزمودنی‌های گروه کنترل، حداقل به لحاظ یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنادار وجود دارد ($p < 0/01$).

جدول ۵. نتایج حاصل از تحلیل آنکوا در متن مانکوا^۸ روی میانگین نمره‌های متغیرهای وابسته

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	p	اندازه اثر	توان آزمون
اضطراب	گروه	۲۴۷/۷۱	۲	۱۲۳/۸۴	۱۴/۹۹	۰/۰۰۱	۰/۴۲	۰/۹۹
	خطا	۳۳۰/۴۲	۴۰	۸/۲۶				
	کل	۱۲۸۴۴۴/۹۰	۴۵					
نشخوار فکری	گروه	۳۴۹/۶۹	۲	۱۷۴/۸۴	۱۲/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۳۷	۰/۹۹
	خطا	۵۸۲/۰۱	۴۰	۱۴/۵۵				

1. multivariate analysis of covariance
2. levene's test
3. m-box test
4. Pillai's trace
5. wilk's lambada
6. hotelling's trace
7. roy's largest root
8. ancova's analysis in mancova text

با توجه به جدول ۵، نتیجه آزمون تک‌متغیری برای متغیرهای اضطراب و نشخوار فکری معنادار است ($p < 0/01$). اندازه اثر شاخص اضطراب برابر $0/42$ با توان آزمون $0/99$ و اندازه اثر شاخص نشخوار فکری معادل $0/37$ و توان آزمون آن نیز $0/99$ به دست آمد.

جدول ۶. نتایج آزمون LSD در مرحله پس‌آزمون

متغیرها	گروه مبنا	گروه ثانویه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	P
اضطراب	کنترل	درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن	۵/۸۱	۱/۰۶	۰/۰۰۱
		درمان فراشناخت	۳/۳۱	۱/۰۵	۰/۰۰۳
نشخوار فکری	کنترل	درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن	-۲/۴۹	۱/۰۷	۰/۰۲۵
		درمان فراشناخت	۶/۸۹	۱/۴۱	۰/۰۰۱
نشخوار فکری	درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن	درمان فراشناخت	۳/۹۹	۱/۳۹	۰/۰۰۷
		درمان فراشناخت	-۲/۹۰	۱/۴۲	۰/۰۴۸

با توجه به جدول ۶ تفاوت میانگین گروه کنترل با هر دو گروه درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن و درمان فراشناخت در متغیر اضطراب و نشخوار فکری معنادار شده است ($p < 0/01$)؛ به این معنا که هر یک از دو درمان به کاررفته بر اضطراب و نشخوار فکری اثرگذار بوده‌اند و به کاهش میانگین آن‌ها در مقایسه با قبل از مداخله منجر شده‌اند. همچنین تفاوت بین دو گروه درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن و درمان فراشناخت، در متغیر اضطراب و نشخوار فکری معنادار است ($p < 0/05$) و درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن تأثیر بیشتری در مقایسه با درمان فراشناخت در کاهش اضطراب و نشخوار فکری داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این پژوهش بررسی و مقایسه اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر بهوشیاری و درمان فراشناخت بر اضطراب و نشخوار فکری بیماران مبتلا به ام اس بود. نتایج نشان می‌دهد هر دو مداخله مؤثر بودند و گروه‌های مداخله در مقایسه با گروه کنترل تفاوت معناداری داشتند. با وجود این درمان مبتنی بر بهوشیاری اثربخش‌تر از درمان فراشناخت بود. نتایج حاکی از اثربخشی هر دو درمان با مطالعات پیشین مانند بلانکس‌پور و همکاران (۲۰۱۷)، ماضی‌نژاد، عارفی و فرنودی (۲۰۱۸)، انسان (۲۰۲۰)، کلاه‌کج، زرگر و مجدی‌نصب (۲۰۱۹)، چوب‌فروش‌زاده و محمدپناه اردکان (۲۰۱۹)، نوبخت و نیک‌منش (۲۰۱۹)، کواتروپانی و همکاران (۲۰۱۸) و جوادی و همکاران (۲۰۱۸) همسو و با مطالعه قهوه‌چی، فتحی و ساتکین (۲۰۱۵) ناهمسو بود.

به نظر می‌رسد درمان فراشناخت در شناسایی چرخه‌های نشخوار فکری، باورهای اصلی و باورهای میانجی نقش دارد و از این تکنیک به منظور افزایش توجه استفاده می‌کنند. این برنامه سعی دارد علاوه بر اصلاح باورهای کنترل‌ناپذیر و جلوگیری از رفتارهای آسیب‌زا، نشخوارهای ذهنی و افکار کنترل‌نشده را نیز شناسایی می‌کند و در واقع از متدهای شناختی پیروی می‌کند (جوادی و همکاران، ۲۰۱۸). با وجود این مطالعه حاضر نشان می‌دهد آثار درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، در کاهش نشخوار فکری و اضطراب بیشتر از درمان فراشناخت بود. به‌طور کلی درمان‌های مبتنی بر بهوشیاری، به‌منزله درمان‌های مؤثر برای انواع مشکلات جسمانی و روان‌شناختی، از جمله راهبردهای هیجانی منفی مانند نشخوار فکری هستند (پرستلو پرز، باراکا، پناته، ریورو ساناتا و آلورز پرز، ۲۰۱۷). علاوه بر این برای درمان اختلالات اضطرابی نیز استفاده می‌شوند (گوتیک و همکاران، ۲۰۱۵). این درمان در حالت کلاسیک، شامل آموزش در سه تکنیک مراقبه، یعنی آگاهی از نفس، آگاهی از بدن و حالت‌های یوگای پویا (حرکت هشیار) است (کابات زین و هان، ۲۰۰۹) و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، با تأکید بیشتر بر تکنیک‌های شناختی و برای شرایط خاص بهداشت روان طراحی شد (سیمپسون و همکاران، ۲۰۱۴). چنانچه از اسم این درمان پیداست، از عناصر آموزش ذهن‌آگاهی و شناخت درمانی استفاده می‌کند (هافمن و گومز، ۲۰۱۷)؛ بنابراین کاهش استرس روشی برای مدیریت فعال و کاهش فعالیت بیماری آسیب‌شناختی در افراد مبتلا به ام اس پیشنهاد می‌شود (سیمپسون و همکاران، ۲۰۱۴). تصور می‌شود استرس و اضطراب در بیماران ام اس، بیشتر ریشه در شناخت و ذهنیت آن‌ها دارد و بدین ترتیب با استفاده از تکنیک‌های تجربه‌ی زمان حال، بیمار آموزش می‌بیند تا به‌شکل موقتی از افکار و عقایدی که منعکس‌کننده نگرانی‌ها و ترس‌های آینده او هستند، جدا شود (ماضی‌نژاد، عارفی و فرنودی، ۲۰۱۸). همچنین به نظر می‌رسد درمان‌های مبتنی بر حضور ذهن، دارای اثرات نورواندوکرین، ایمونولوژیک و نوروپلاستیکی هستند، اگرچه تحقیقات در این زمینه همچنان ماهیت اکتشافی دارد (هولزل و همکاران، ۲۰۱۱؛ کارلسون، اسپکا، پتال و گودی، ۲۰۰۴).

درواقع برخی تحقیقات حاکی از آن بوده که درمان شناختی رفتاری، سبب کاهش ضایعات گادولینیوم در تصویربرداری عصبی بیماران ام اس در طول درمان می‌شود، ولی این اثر پایدار نیست (مور و همکاران، ۲۰۱۲)؛ درحالی‌که درمان‌های مبتنی بر بهوشیاری، به روشی متفاوت با درمان‌های شناختی رفتاری کار می‌کند (کال، وینتر و شوینگر، ۲۰۱۲) و با توجه به تأکید زیاد بر تمرین منظم، ممکن است اثرات پایدارتری داشته باشد علاوه بر این، درک هشیار و آگاهانه به کمک روش‌های مراقبه می‌تواند به افزایش آگاهی از خود و توانایی پذیرش در بیماران کمک کند؛ بنابراین الگویی برای کاهش درد و رشد کیفیت زندگی باشد؛ در نتیجه این رشد پویا، اضطراب و استرس بهبود می‌یابد (سیمپسون و همکاران، ۲۰۱۴). افراد بهوشیار معمولاً در درک عمیق هیجان‌های خود و پذیرش آن‌ها تواناترند و متوجه هیجانات و احساسات خود هستند. بهوشیاری موجب می‌شود افراد احساس آگاهانه، مثبت و اطمینان‌بخشی از خود پیدا کنند و در رسیدگی به امور شخصی و اجتماعی‌شان موفق‌تر عمل کنند؛ بنابراین این افراد به‌جای تشدید فشارها و چالش‌ها، زمینه رشد روان‌شناختی، رضایت از زندگی و عواطف مثبت را برای خود فراهم می‌آورند (جانکین، ۲۰۰۷)؛ درحالی‌که

تمرکز و تأکید اصلی درمان فراشناخت بر فرایندهای فکر است تا محتوای آن (فیشر و ولز، ۲۰۰۹) و وظیفه درمانگر اصلاح نحوه تفکر، کنترل یا تلاش برای کنترل رفتارها یا نگرش‌های شخص است (ولز و همکاران، ۲۰۲۰). در این میان ذهن‌آگاهی با نگره‌داشتن تمرکز فرد در زمان حال مانع اندیشیدن به زمان آینده می‌شود. مسائل روان‌شناختی از قبیل استرس، اضطراب و افسردگی پدیده‌هایی هستند که از پیش‌بینی آینده و تلاش برای پایدار نگه‌داشتن رخداد‌های خوب و جلوگیری از هرگونه رخداد استرس‌زا در روند زندگی سرچشمه می‌گیرند؛ درحالی‌که ابتلا به بیماری ام‌اس آینده‌چندان خوبی را برای فرد نمایان نمی‌کند و سیر پیش‌رونده بیماری هر روز بر نگرانی‌های او برای آینده می‌افزاید؛ از این‌رو همیشه استرس و اضطراب بر زندگی سایه می‌افکند که فردا چه خواهد شد و فکرکردن به این مسئله بستر افسردگی را در فرد افزایش می‌دهد، اما با آموزش تکنیک‌های بهوشیاری بیمار می‌آموزد که تنها به زمان اکنون بیندیشد و با فکر نکردن به اینکه دو دقیقه دیگر چه رخ خواهد داد، میزان استرس، اضطراب و سایر ابعاد روان‌شناختی منفی را در زندگی خویش به‌گونه‌ای معنادار کاهش دهد (فرهادی و پسندیده، ۱۳۹۶).

با توجه به نتایج اثربخشی این درمان‌ها، به درمانگران پیشنهاد می‌شود از این درمان‌ها برای بهبود وضعیت روان‌شناختی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن استفاده کنند. همچنین می‌توان این درمان‌ها را به‌منزله درمان‌های مکمل دارویی در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی استفاده کرد. با وجود این، پژوهش حاضر محدودیت‌هایی دارد که باید در تعمیم نتایج به آن‌ها توجه شود. اول آنکه نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند انجام گرفت؛ بنابراین امکان دخالت برخی متغیرهای مزاحم در نتایج وجود دارد. به‌علاوه انجام مداخلات توسط پژوهشگر بر اعتبار درونی تأثیر می‌گذارد. محدودبودن نمونه به زنان، سنجش علائم اضطراب تنها با ابزار پرسشنامه و استفاده نکردن از مصاحبه بالینی نیز از دیگر محدودیت‌های این مطالعه است که می‌تواند بر نتایج تأثیر بگذارد. به‌علاوه به‌دلیل اینکه طرح پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی و نمونه‌گیری به شیوه غیرتصادفی بود، امکان کنترل دقیق متغیرها وجود نداشت و در نتیجه باید در تعمیم نتایج جوانب احتیاط رعایت می‌شد. بدین ترتیب پیشنهاد می‌شود این مطالعه در سایر جوامع (مردان، سایر شهرستان‌ها و سایر بیماری‌های مزمن) تکرار شود و تا حد امکان متغیرهای تأثیرگذار شناسایی و کنترل شوند.

تشکر و قدردانی

این پژوهش علاوه بر تلاش پژوهشگران، حاصل همکاری بی‌دریغ انجمن ام‌اس استان مازندران و شرکت‌کنندگان در این مطالعه است. بدین‌وسیله از تمام افرادی که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

خرم‌نیا، ص.، فروغی، ع. ا.، گودرزی، گ.، بهاری، م.، و طاهری، ا. ع. (۱۳۹۹). بررسی نقش شفقت به خود و نشخوار ذهنی در پیش‌بینی افسردگی مزمن. *روان‌شناسی و روان‌پزشکی شناخت*، ۷(۵)، ۲۹-۱۵.

خضری مقدم، ن.، قربانی، ن.، بهرامی احسان، و رستمی، ر. (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی کاهش استرس بهوشیاری محور بر علائم روان شناختی بیماران مولتیپل اسکلروزیس. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*. ۱۰(۷)، ۶۰۸-۵۹۷.

محمدخانی، پ.، تمنائی فر، ش.، و جهانی تابش، ع. (۱۳۸۴). درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی برای افسردگی: رویکردی برای جلوگیری از عود. تهران: فرادید.

فرهادی، م.، و پسندیده، م. م. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) در کاهش استرس، اضطراب و افسردگی و افزایش خودکارآمدی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. *دوفصلنامه روان شناسی بالینی و شخصیت*. ۱۵(۲)، ۷-۱۵.

مهدوی، س.، و میرزاوند، ج. (۱۳۹۹). رابطه علی تعارض والد-فرزند، اضطراب، احساس تنهایی و کنترل شخصی به عنوان پیشایندهای گرایش به مصرف مواد مخدر در نوجوانان. *فصلنامه علمی/اعتیادپژوهی*، ۱۴(۵۵)، ۱۳۲-۱۱۵.

References

- Behzadpoor, S., Sohrabi, F., & Borjali, A. (2016). The role of attentional control and resilience in predicting the rumination in patients with obsessive-compulsive disorder. *Zahedan Journal of Medicine Sciences*, 18(3), 1-5.
- Beiske, A. G., Svensson, E., Sandanger, I., Czujko, B., Pedersen, E. D., Aarseth, J. H., & Myhr, K. M. (2008). Depression and anxiety amongst multiple sclerosis patients. *European Journal of Neurology*, 15(3), 239-245.
- Blankespoor, R. J., Schellekens, M. P., Vos, S. H., Speckens, A. E., & de Jong, B. A. (2017). The effectiveness of mindfulness-based stress reduction on psychological distress and cognitive functioning in patients with multiple sclerosis: A pilot study. *Mindfulness*, 8(5), 1251-1258
- Boeschoten, R. E., Braamse, A. M., Beekman, A. T., Cuijpers, P., van Oppen, P., Dekker, J., & Uitdehaag, B. M. (2017). Prevalence of depression and anxiety in multiple sclerosis: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the Neurological Sciences*, 11(372), 331-341.
- Brenner, P., & Piehl, F. (2016). Fatigue and depression in multiple sclerosis: pharmacological and non-pharmacological interventions. *Acta Neurologica Scandinavica*, 134(200), 47-54.
- Brosschot, J. F. (2010). Markers of chronic stress: Prolonged physiological activation and (un) conscious perseverative cognition. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(1), 46-50.
- Carlson, L. E., Speca, M., Patel, K. D., & Goodey, E. (2004). Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress and levels of cortisol, dehydroepiandrosterone sulfate (DHEAS) and melatonin in breast and prostate cancer outpatients. *Psychoneuroendocrinology*, 29(4), 448-474.
- Chaskalson, M. (2011). *The mindful workplace: developing resilient individuals and resonant organizations with MBSR*. New York: John Wiley & Sons.
- Choobforoushzhadeh, A., & Mohammadpanah Ardakan, A. (2019). Effect of mindfulness-based therapy on pain and depression in multiple sclerosis patients. *Practice in Clinical Psychology*, 7(4), 271-280.
- Crane, R. S., Brewer, J., Feldman, C., Kabat-Zinn, J., Santorelli, S., & Williams, J. M.,

- Kuyken, W. (2017). What defines mindfulness-based programs? The warp and the weft. *Psychological Medicine*, 47(6), 990-999.
- DeLuca, J., & Nocentini, U. (2011). Neuropsychological, medical and rehabilitative management of persons with multiple sclerosis. *NeuroRehabilitation*, 29(3), 197-219.
- Disanto, G., Benkert, P., Lorscheider, J., Mueller, S., Vehoff, J., Zecca, C., ... & SMSC Scientific Board. (2016). The Swiss multiple sclerosis cohort-study (SMSC): A prospective Swiss wide investigation of key phases in disease evolution and new treatment options. *PLoS One*, 11(3), 1-13.
- Edwards, M. J., Tang, N. K., Wright, A. M., Salkovskis, P. M., & Timberlake, C. M. (2011). Thinking about thinking about pain: A qualitative investigation of rumination in chronic pain. *Pain Management*, 1(4), 311-323.
- Ensan, N. (2020). The effectiveness of mindfulness-based stress reduction in fatigue severity among patients with multiple sclerosis. *Journal of Medical Sciences Studies*, 31(2), 137-145.
- Feinstein, A., Magalhaes, S., Richard, J. F., Audet, B., & Moore, C. (2014). The link between multiple sclerosis and depression. *Nature Reviews Neurology*, 10(9), 507-517.
- Fisher, P., & Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy: Distinctive features*. Hove, Routledge.
- Ghahvechi, H. F., Fathi, A. A., & Satkin, M. (2015). Comparing metacognitive therapy with cognitive therapy on reducing test anxiety and meta-worry in students. *Practice in Clinical Psychology*, 3(3), 213-218.
- Glover, N. G., Sylvers, P. D., Shearer, E. M., Kane, M. C., Clasen, P. C., Epler, A. J., ... & Jakupcak, M. (2016). The efficacy of focused acceptance and commitment therapy in VA primary care. *Psychological Services*, 13(2), 156.
- Gotink, R. A., Chu, P., Busschbach, J. J., Benson, H., Fricchione, G. L., & Hunink, M. M. (2015). Standardized mindfulness-based interventions in healthcare: an overview of systematic reviews and meta-analyses of RCTs. *PLoS one*, 10(4), e0124344.
- Hartoonian, N., Terrill, A. L., Beier, M. L., Turner, A. P., Day, M. A., & Alschuler, K. N. (2015). Predictors of anxiety in multiple sclerosis. *Rehabilitation psychology*, 60(1), 91-98.
- Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2017). The third wave of cognitive behavioral therapy and the rise of process-based care. *World Psychiatry*, 16(3), 245-246.
- Hofmann, S. G., & Gómez, A. F. (2017). Mindfulness-based interventions for anxiety and depression. *Psychiatric Clinics*, 40(4), 739-749.
- Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., & Ott, U. (2011). How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on Psychological Science*, 6(6), 537-559.
- Javadi, T. H. S., Tajikzadeh, F., Bayat, H., Eshraghi, N., Roshandel, Z., & Rahmani, S. (2018). Comparison of effectiveness of the mindfulness-based cognitive therapy and the metacognition treatment on anxiety, depression and stress among breast

- cancer patients. *International Clinical Neuroscience Journal*, 5(2), 62-66.
- Junkin, S. E. (2007). *Yoga and self-esteem: Exploring change in middle-aged women*. Ph.D. Dissertation, niversity of Saskatchewan Saskatoon.
- Kabat-Zinn, J., & Hanh, T. N. (2009). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. (15th anniversary ed.)*. Delta Trade Paperback/Bantam Dell.
- Kahl, K. G., Winter, L., & Schweiger, U. (2012). The third wave of cognitive behavioral therapies: What is new and what is effective? *Current Opinion in Psychiatry*, 25(6), 522-528.
- Kolahkaj, B., Zargar, F., & Majdinasab, N. (2019). The effect of mindfulness-based stress reduction (MBSR) therapy on quality of life in women with multiple sclerosis, Ahvaz, Iran. *Journal of Caring Sciences*, 8(4), 213-217.
- Korostil, M., & Feinstein, A. (2007). Anxiety disorders and their clinical correlates in multiple sclerosis patients. *Multiple Sclerosis Journal*, 13(1), 67-72.
- Krieger, S. C., Cook, K., De Nino, S., & Fletcher, M. (2016). The topographical model of multiple sclerosis: A dynamic visualization of disease course. *Neurology-Neuroimmunology Neuroinflammation*, 3(5), 1-9.
- Luminet, O. (2003). 10 Measurement of depressive rumination and associated constructs. New York: Wiley. PP. 187-215.
- Papageorgiu, C. & Wells, A. (2004). *Depressive Rumination*. Chichester: Wiley & Sons.
- Maazinezhad, M., Arefi, M., & Farnoodi, F. (2018). The effectiveness of mindfulness-based cognitive group therapy in reducing perceived stress in patients with multiple sclerosis. *Journal of Clinical Research in Paramedical Sciences*, 7(1), 1-5.
- McCabe, M. P., McKern, S., & McDonald, E. (2004). Coping and psychological adjustment among people with multiple sclerosis. *Journal of Psychosomatic Research*, 56(3), 355-361.
- Mohebi, F., Eskandarieh, S., Mansournia, M. A., Mohajer, B., & Sahraian, M. A. (2019). Multiple sclerosis in Tehran: rising prevalence alongside stabilizing incidence—true increase or enhanced diagnosis?. *Archives of Iranian Medicine*, 22(8), 429-434.
- Mohr, D. C., Lovera, J., Brown, T., Cohen, B., Neylan, T., Henry, R., ... & Pelletier, D. (2012). A randomized trial of stress management for the prevention of new brain lesions in MS. *Neurology*, 79(5), 412-419.
- Moore, R., Jensen, M., Hatch, J., Duranczyk, I., Staats, S., & Koch, L. (2003). Showing up: The importance of class attendance for academic success in introductory science courses. *The American Biology Teacher*, 65(5), 325-330.
- Nobakht, H., & Nikmanesh, Z. (2019). The effectiveness of mindfulness-based stress reduction group therapy in rumination among multiple sclerosis patients. *Jundishapur Journal of Chronic Disease Care*, 8(2), 1-5.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 569-582.
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2001). Positive beliefs about depressive rumination: Development and preliminary validation of a self-report scale. *Behavior*

- Therapy*, 32(1), 13-26.
- Paparrigopoulos, T., Ferentinos, P., Kouzoupis, A., Koutsis, G., & Papadimitriou, G. N. (2010). The neuropsychiatry of multiple sclerosis: Focus on disorders of mood, affect and behavior. *International Review of Psychiatry*, 22(1), 14-21.
- Perestelo-Perez, L., Barraca, J., Penate, W., Rivero-Santana, A., & Alvarez-Perez, Y. (2017). Mindfulness-based interventions for the treatment of depressive rumination: Systematic review and meta-analysis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 17(3), 282-295.
- Pöttgen, J., Lau, S., Penner, I., Heesen, C., & Moritz, S. (2015). Managing neuropsychological impairment in multiple sclerosis: Pilot study on a standardized metacognitive intervention. *International Journal of MS Care*, 17(3), 130-137.
- Quattropiani, M. C., Lenzo, V., & Filastro, A. (2018). The role of metacognition in multiple sclerosis: A clinical study and assessment of possible correlation with anxiety, depression and coping strategies. *Euromediterranean Biomedical Journal*, 13(9), 39-45.
- Scherder, R., Kant, N., Wolf, ET, Pijnenburg, B., & Scherder, EJ., (2018). Psychiatric and physical comorbidities and pain in patients with multiple sclerosis. *Journal of Pain Research*, 11, 325-334.
- Shapero, B. G., Greenberg, J., Pedrelli, P., De Jong, M., & Desbordes, G. (2018). *Focus (American Psychiatric Association Publishing)*, 16(1), 32-9.
- Simpson, R., Booth, J., Lawrence, M., Byrne, S., Mair, F., & Mercer, S. (2014). Mindfulness based interventions in multiple sclerosis-a systematic review. *BMC Neurology*, 14(1), 1-9.
- Sparaco, M., Lavorgna, L., & Bonavita, S. (2019). Psychiatric disorders in multiple sclerosis. *Journal of Neurology*, journal pre-proof: 1-16.
- Stahl, B., & Goldstein, E. (2019). *A mindfulness-based stress reduction workbook*. Oakland, New Harbinger Publications.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 615-623.
- Thomas, P. W., Thomas, S., Hillier, C., Galvin, K., & Baker, R. (2006). Psychological interventions for multiple sclerosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1(31), 1-56.
- Wells, A. (2000). *Emotional Disorders and Metacognition: A practical manual and conceptual guide*. 236 pages. Newjersy: Wiley.
- Wells, A., & Matthews, G. (1994). *Attention and emotion: A clinical perspective*. Hove, Erlbaum.
- Wells, A., & Sembi, S. (2004). Metacognitive therapy for PTSD: A preliminary investigation of a new brief treatment. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35(4), 307-318.
- Wells, A., Capobianco, L., Matthews, G., & Nordahl, H. M. (2020). Metacognitive therapy: Science and practice of a paradigm. *Frontiers in Psychology*, 11, 1-4.
- Zung, W. W. (1971). A rating instrument for anxiety

disorders. *Psychosomatics*, 12(6), 371-379.