

اثربخشی درمان شناختی رفتاری یکپارچه شده با ذهن آگاهی بر حالات عاطفی و کیفیت زندگی افراد مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس: یک مطالعه کار آزمایی بالینی

لیدا صباغ کرمانی^۱ (M.Sc)، مسعود فضیلت پور^{۲*} (Ph.D)، سید محمدحسین موسوی نسب^۱ (Ph.D)، حسینعلی ابراهیمی میمند^{۳*} (Ph.D)

۱- بخش روان‌شناسی، دانشگاه شهید باهنر، کرمان، ایران

۲- بخش روان‌شناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

۳- مرکز تحقیقات بیماری‌های مغز و اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۲/۲۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۱۱/۲۷

* نویسنده مسئول ۱، تلفن: ۰۹۱۶۷۰۲۷۸۰۰، fazilat1348@gmail.com

* نویسنده مسئول ۲، تلفن: ۰۹۱۳۱۴۰۴۵۱۶، ebrahimi.ha@gmail.com

چکیده

هدف: مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی مداخله شناختی- رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی (MiCBT) بر حالات عاطفی (افسردگی، اضطراب، استرس) و کیفیت زندگی (سلامت جسمانی و روانی) افراد مبتلا به MS صورت گرفته است. مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع نیمه تجربی با استفاده از پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه است. تعداد ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به MS مراجعه کننده به انجمن بیماران MS شهر کرمان به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های مداخله با درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه گواه گمارده شدند. از پرسش‌نامه افسردگی، اضطراب، استرس (DASS-21) و پرسش‌نامه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس MSQOL-54 به عنوان ابزار اندازه‌گیری استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که سلامت جسمانی و روانی و به طور کلی کیفیت زندگی در گروه MiCBT نسبت به گروه گواه به طور معناداری افزایش و افسردگی، اضطراب و استرس به طور معناداری کاهش یافته است. نتیجه‌گیری: درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی به عنوان مداخله‌ای موثر در کاهش مشکلات روان‌شناختی بیماران مبتلا به MS از جمله افسردگی، اضطراب و استرس و افزایش سطح کیفیت زندگی آن‌ها پیشنهاد می‌شود.

واژه‌های کلیدی: مالتیپل اسکلروزیس، سلامت روانی، حالت‌های هیجانی، کیفیت زندگی، ذهن آگاهی

مقدمه

بیماری مالتیپل اسکلروزیس (Multiple Sclerosis (MS) امروزه یکی از شایع‌ترین بیماری‌های تحلیل برنده‌ی سیستم عصبی در جمعیت جوان است [۱]. میزان شیوع این بیماری در شهر کرمان ۶۰ در ۱۰۰/۰۰۰ نفر است که رقم بالایی به نظر می‌آید [۲]. این بیماری با حمله‌هایی همراه است که هر حمله اثرات متعدد بر فرد از جمله بر کارکردهای شناختی، هیجانی، حرکتی، حسی و حوزه‌های بینایی فرد دارد. این بیماری، بخش‌هایی از سیستم عصبی مرکزی از جمله ساقه‌ی مغز، مخچه، و نخاع را گرفتار می‌نماید و از این‌رو، منجر به گستره وسیعی از نشانه‌ها می‌گردد. علاوه بر این برخی از نشانه‌های این بیماری قابل مشاهده و سنجش مستقیم نیستند، اما آسیب‌های زیادی را نیز ایجاد می‌نمایند که از آن جمله می‌توان به اختلالات شناختی،

خستگی، افسردگی و اختلال در عملکرد جنسی اشاره نمود [۳]. با توجه به ویژگی‌های مزمن و عودکننده MS، این بیماری ممکن است به درجات متغیری بر زندگی شخصی، اعتماد به نفس، کارکردهای خانواده، شغل و آینده بیمار به طور مستقیم یا غیر مستقیم تاثیر بگذارد و در نتیجه سلامت روان این بیماران را پایین آورد [۳].

مطالعات متعدد نشان داده است اختلالات اضطرابی و خلقی، از جمله افسردگی شایع‌ترین تشخیص‌های روان‌پزشکی هستند که در بیماران MS بیش‌تر دیده می‌شود. آمار نشان می‌دهد که افسردگی در ۱۸/۵ درصد بیماران مبتلا به MS، اختلالات اضطرابی در ۴۴/۵ درصد این بیماران، و احساس خستگی در حدود ۵۳/۷ درصد آن‌ها شیوع دارد [۴]. از این گذشته بررسی‌های دقیق‌تر نشان می‌دهد که افسردگی در افراد مبتلا به

تمرین‌های ذهن‌آگاهی در MicBT، موجب تغییرات مغزی در این دسته از بیماران می‌گردد [۱۵]. به طور کلی مراقبه‌های ذهن‌آگاهی محور، با قدرت اثربخشی که دارند، عملکرد مغز و کارکردهای فیزیولوژیکی نیم‌کره‌های آن را بهبود می‌بخشد [۱۶].

با توجه به اهمیت بهبود کیفیت زندگی این بیماران و اثربخشی بالای درمان MicBT، در این پژوهش به بررسی اثربخشی این درمان بر افسردگی، اضطراب، استرس و کیفیت زندگی این بیماران پرداخته شده است. هدف مطالعه حاضر این است که بررسی شود آیا می‌توان با این درمان به افراد مبتلا به MS کمک نمود تا حالات عاطفی منفی و کیفیت زندگی خود را بهبود بخشند؟.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌تجربی با استفاده از طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. مشارکت‌کنندگان شامل ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به بیماری MS بودند، بر اساس این‌که مطالعات مداخله‌ای باید حداقل ۱۵ نفر برای هر گروه باشد [۱۷]. ابتدا نمونه این پژوهش برای هر گروه ۲۰ نفر در نظر گرفته شد، که در صورت خروج شرکت‌کنندگان حجم نمونه به اندازه قابل قبول باقی بماند. در ابتدا به انجمن بیماران MS کرمان مراجعه شد و به صورت فراخوان غیرحضوری و اطلاع‌رسانی به صورت حضوری در جلسات خاص بیماران MS، از آن‌ها دعوت به عمل آمد تا در جلسات حضور به هم رسانند. کسانی که برای مشارکت در مطالعه ثبت‌نام کردند توسط متخصص مغز و اعصاب معاینه و تعیین وضعیت شدند. آنگاه به افراد دارای تشخیص که ملاک‌های ورود به پژوهش را نیز داشتند، اطلاع داده شد که در جلسات حضور پیدا کنند و فرم رضایت آگاهانه پر نمودند و از نظر محفوظ ماندن اطلاعات شخصی اطمینان داده شد. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: ۱- داشتن توانمندی و علاقه به شرکت در برنامه آموزشی، ۲- رضایت آگاهانه از شرکت در پژوهش، ۳- عدم اعتیاد به مواد مخدر، ۴- عدم مواجهه با مرگ نزدیکان در ۴ ماه گذشته، ۵- داشتن حداقل سواد دیپلم، ۶- محدوده‌ی سنی بین ۲۰-۵۰ سال، ۷- عدم استفاده از داروهای روان‌پزشکی هم‌زمان با اجرای مداخله، ۸- عدم استفاده از سایر درمان‌های روان‌شناختی در ۶ ماه گذشته یا هم‌زمان با مداخله. ملاک‌های خروج از پژوهش عبارتند از: ۱- عدم اجرای تمرین‌های خانگی ۲- غیبت بیش از حد مجاز ۳- بروز حملات مکرر و شدید برای فرد. سپس افراد به صورت تصادفی در گروه

MS، رقم بیش‌تری نسبت به فراوانی آن در سایر بیماری‌های مزمن و یا عصب‌شناختی دارد [۵].

به طور کلی سلامت روان و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به MS به طور معناداری نسبت به جمعیت سالم و هم‌چنین افراد مبتلا به سایر بیماری‌های مزمن مثل دیابت پایین‌تر است، شاید بدین دلیل باشد که بسیاری از نشانه‌های این بیماری از جمله اختلال کارکرد و ناتوانی، با کاهش سطح کیفیت زندگی مرتبط است [۶]. از طرفی طبق مطالعات گوناگون، حالات عاطفی منفی این بیماری از جمله افسردگی، اضطراب، استرس و احساس ناتوانی می‌تواند بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به MS تأثیر منفی بگذارد [۷، ۸]. به همین جهت اهمیت مداخلات روان‌شناختی و روان‌درمانی‌هایی که نشانه‌های بالینی منفی این بیماران را هدف قرار می‌دهند، و از این طریق می‌توانند به سازگاری فرد با این بیماری کمک کنند، بیش از پیش معلوم می‌شود [۹، ۱۰].

در برخی مواقع لازم است به این بیماران کمک شود تا با تغییر نگرش خود به این پذیرش برسند که برخی از واقعیت‌های زندگی تحت کنترل آن‌ها نیست و سعی کنند سبک زندگی جدید را بیاموزند. به عبارتی، ادراک بیماری بر کیفیت زندگی بیماران MS تأثیر دارد، و زمانی که ادراک بیماری با مداخلات روان‌شناختی مدیریت شود، منجر به ارتقای کیفیت زندگی بیماران MS می‌گردد [۱۱]. یکی از انواع مداخله‌های موج سوم روان‌شناختی، رویکردهای مبتنی بر ذهن‌آگاهی (mindfulness) است که اثربخشی رضایت‌بخشی بر نشانه‌های بالینی افراد دارد و به این علت بسیار مورد توجه قرار گرفته است [۱۲]. برخی از این رویکردها عبارتند از: کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR)، درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) و درمان شناختی- رفتاری یکپارچه شده با ذهن‌آگاهی Mindfulness Integrated Cognitive Behavioral Therapy (MiCBT).

درمان شناختی- رفتاری یکپارچه شده با ذهن‌آگاهی، اصول مراقبه یعنی قواعد اخلاقی و هم‌دلی را با عناصر اصلی روش شناختی- رفتاری از جمله مدل تقویت ادغام کرده است، و اجرای آن در مطالعات به صورت فردی و گروهی، اثر بخشی بالینی ارزشمندی نشان داده است؛ برای تکمیل مداخله، معمولاً به هشت تا ۱۲ جلسه نیاز است. مطالعات نشان داده‌اند که بهترین اثربخشی این مداخله بر روی افسردگی و اضطراب بوده است [۱۳]. MiCBT می‌تواند به عنوان یک درمان موثر برای کاهش افسردگی، اضطراب و استرس بیماران مبتلا به MS به کار گرفته شود و سطح سلامت روان را افزایش دهد [۱۴]. به علاوه مطالعات تصویربرداری مغزی نیز نشان داده‌اند که

روش گردآوری داده‌ها. پس از تعیین گروه نمونه و گمارش آن‌ها به گروه‌های مداخله و گواه به طور تصادفی، قبل از شروع جلسات درمانی، افراد دعوت شدند تا پرسش‌نامه‌ها را تکمیل نمایند که نتایج این بخش به عنوان پیش‌آزمون در نظر گرفته شد. سپس مداخله درمانی شناختی- رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی، اجرا شد. MiCBT طبق پروتکل کایون (۲۰۱۱) در نه جلسه دو ساعته و به شکل گروهی به گروه مداخله ارائه شد، و به گروه گواه، درمانی ارائه نشد. این مداخله روان‌شناختی به عنوان متغیر مستقل و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شد. سپس یک هفته بعد از پایان جلسات درمانی، نتایج پس‌آزمون گردآوری شد. سعی بر آن بوده است که شرایط اجرای پیش‌آزمون و پس‌آزمون در حد استاندارد مشابه باشد. در پایان از شرکت‌کنندگان جهت حضور در مطالعه به طور شفاهی قدردانی به عمل آمد.

پس از شروع جلسات، تعدادی از شرکت‌کنندگان به دلیل مشکلات حرکتی، شغل و خانوادگی قادر به حضور در جلسات نبودند. در پس‌آزمون نیز یک نفر از شرکت‌کنندگان به دلیل این‌که ملاک‌های خروج را داشتند حذف گردیدند، اما گروه گواه ریزش نداشت. به عبارتی حدود ۲۵ درصد نمونه پژوهش ریزش داشت که در پایان در گروه آزمایش تعداد ۱۵ نفر باقی ماند (جدول ۱).

جدول ۱. مشخصات جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان

متغیر	سطوح	فراوانی (N=۴۵)	درصد (۱۰۰)
سن	-۱۵	۵	۱۶/۷
	۲۵		
	-۲۵	۷	۲۳/۳
	۲۵		
	-۳۵	۱۵	۵۰
	۴۵		
جنسیت	-۴۵	۳	۱۰
	۵۵		
	زن	۲۵	۸۳/۳
وضعیت تاهل	مرد	۵	۱۶/۷
	مجرد	۱۲	۴۰
مدت ابتلا به بیماری (سال)	متاهل	۱۸	۶۰
	۵-۱	۱۰	۳۳/۳
	۱۰-۵	۱۲	۴۰
۲۰	-۱۰	۷	۲۳/۴
	۱۵		
	-۱۵	۱	۳/۳

آزمایش مداخله شناختی- رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی و یک گروه گواه قرار گرفتند. این مطالعه در سایت ثبت کارآزمایی‌های بالینی ایران با شماره IRCT20180922041082N2 به ثبت رسیده و تایید شده است. و همچنین از لحاظ اخلاقی و علمی در کمیته اخلاق بخش روان‌شناسی دانشگاه شهید باهنر کرمان بررسی شده و است و با کد اخلاقی به شماره E.A.95.12.22-02 با تایید رسیده است.

ابزار پژوهش. در این پژوهش از DASS-21 و MSQOL-54 (Multiple Sclerosis Quality of Life) استفاده شد. نسخه اصلی DASS دارای ۴۲ سوال است، و هر یک از خرده‌مقیاس‌های سه‌گانه افسردگی، اضطراب و استرس از ۱۴ عبارت تشکیل شده است، این مقیاس توسط لاوی باند در سال ۱۹۹۵ منتشر گردید [۱۸]. در فرم کوتاه DASS هر کدام از خرده‌مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس با هفت عبارت مورد ارزیابی قرار می‌گیرند، این پرسش‌نامه به صورت لیکرت طراحی شده است. روایی و پایایی مقیاس DASS هم فرم کوتاه و هم فرم بلند در مطالعات مختلف نشان داده شده است [۱۹،۲۰]. مقیاس DASS-21 در فرهنگ‌های مختلف نیز مورد بررسی قرار گرفته است از جمله در ایران روایی و پایایی آن توسط دهقانی و همکاران در سال ۱۳۹۲ بر روی بیماران مبتلا به MS [۲۱] مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان‌دهنده‌ی روایی و پایایی مطلوب مقیاس DASS-21 است. در این مطالعات همسانی درونی خرده‌مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۹۰ و ۰/۹۰ به دست آمده است. باتوجه به روایی و پایایی مطلوب مقیاس DASS-21 و قابلیت استفاده گسترده آن در گروه‌های مختلف، در این طرح پژوهشی به علت این‌که مقیاس‌های طولانی باعث خستگی و ناراحتی آزمودنی‌ها می‌گردد از فرم کوتاه مقیاس استفاده گردید.

پرسش‌نامه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به MS شامل ۵۴ سوال است و توسط ویکری (۱۹۹۵) طراحی شده است [۲۲]. این پرسش‌نامه مختص بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بوده و بر پایه SF-36 (پرسش‌نامه بهزیستی روانی) تنظیم گردیده است. از مجموع ۵۴ سؤال آن، ۱۸ سؤال ویژه بیماری MS و ۳۶ سؤال آن جنبه عمومی دارد. پرسش‌نامه MSQOL-54، نتایج را در قالب ۱۴ حیطه فرعی و یک نمره کیفیت زندگی بیمار که به وسیله نمراتی که برای دو حیطه ترکیبی، سلامت روان و سلامت جسمانی، منظور می‌گردند، ارائه می‌دهد. روایی و پایایی این مقیاس در مطالعات مختلف مورد بررسی گرفته و نتایج نشان‌دهنده‌ی روایی و پایایی مطلوب این مقیاس است [۲۳،۲۴،۲۵].

نتایج

به منظور اجرای تحلیل کواریانس ابتدا پیش فرض‌های آن یعنی نرمال بودن، یکسانی پراکندگی، خطی بودن رابطه‌ی متغیر هم‌براش و مستقل و همگنی شیب رگرسیون بررسی شد و بعد از اطمینان از رعایت شدن پیش فرض‌ها تحلیل کواریانس اجرا گردید. نتایج به دست آمده نشان داد که پس از کنترل نمرات

پیش‌آزمون، تفاوت معناداری بین دو گروه MiCBT و گواه از لحاظ نمره سلامت جسمانی، سلامت روانی و کیفیت زندگی در پس‌آزمون وجود دارد. به طور کلی پس از اجرای مداخله کیفیت زندگی و متغیرهای وابسته‌ی آن در گروه مداخله به طور معناداری بیش‌تر از گروه گواه بود. بنابراین مداخله MiCBT اثربخشی معناداری نشان داد (جدول ۳).

جدول ۲: متغیرهای پژوهش به تفکیک پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
افسردگی	MiCBT	۲۲/۶۷	۲/۴	۱۰/۸۷	۱/۳
	گواه	۲۳/۲۰	۱/۹	۲۳/۴	۱/۶
اضطراب	MiCBT	۲۰/۴۰	۱/۹	۱۳/۸۰	۱/۸
	گواه	۲۰/۶۷	۱/۶	۲۰/۰	۱/۴
استرس	MiCBT	۲۸/۰	۱/۶۲	۱۶/۰۷	۱/۶۸
	گواه	۲۰/۶۰	۱/۸۱	۲۱/۲۷	۱/۱
سلامت جسمانی	MiCBT	۵۲/۲	۳/۹	۷۱/۴۷	۴/۳۱
	گواه	۵۷/۱۳	۳/۳	۵۷/۰۷	۳/۵
سلامت روان	MiCBT	۵۱/۸۷	۵/۳۶	۷۲/۶۷	۴/۱۵
	گواه	۵۹/۷۷	۳/۹	۵۷/۶۰	۴/۲۲
کیفیت زندگی	MiCBT	۵۱/۷۰	۴/۴	۷۱/۹۳	۴/۱۳
	گواه	۵۸/۶۳	۳/۵	۵۷/۷۷	۳/۷۲

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس متغیرهای پژوهش

متغیر وابسته	مجموع مجذورها	درجات آزادی	میانگین مجذورها	FF	سطح معناداری	η^2p
افسردگی	۱۵۷۰/۱۱	۲	۷۸۵/۰۵	۶۲/۹۱	۰/۰۰۰۱	۰/۷۵
اضطراب	۵۵۸/۰۵	۲	۲۷۹/۰۳	۲۱/۳۲	۰/۰۰۰۱	۰/۵۱
استرس	۸۲۵/۷۷	۲	۴۱۲/۸۸	۲۶/۱۴	۰/۰۰۰۱	۰/۵۶
سلامت جسمانی	۲۸۶۷/۳۹	۲	۲۸۶۷/۳۹	۳۹/۷۰	۰/۰۰۰۱	۰/۶۱
سلامت روان	۳۱۶۳/۴۴	۲	۳۱۶۳/۴۴	۳۵/۷۹	۰/۰۰۰۱	۰/۵۸
کیفیت زندگی	۲۸۲۷/۲۲	۲	۲۸۲۷/۲۲	۴۰/۰۴	۰/۰۰۰۱	۰/۶۱

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های مطالعه حاضر در راستای مطالعات پیشین بود که نشان داده‌اند مداخله‌های مختلف روان‌شناختی از جمله درمان شناختی- رفتاری [۲۶]، مدیریت استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBSR) [۲۷]، درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی MBCT [۲۸] بر حالات عاطفی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به MS تاثیر دارند. مطالعات انجام شده با استفاده از پروتوکول MiCBT بر MS بسیار نادر بوده و مطالعات قبلی بر دیگر زمینه‌ها به انجام رسیده است. برای نمونه با مقایسه اثربخشی MiCBT و درمان رفتاری عقلانی- هیجانی (REBT) بر کمال‌گرایی منفی و نگرانی نشان داده شده است که MiCBT اثربخشی بیش‌تری بر کمال‌گرایی منفی و نگرانی دارد ولی از لحاظ کمال‌گرایی مثبت تفاوت معناداری بین دو گروه وجود ندارد [۲۹]. دیگر شواهد حاکی از آن هستند که MiCBT به صورت انفرادی

می‌تواند اثربخشی قابل توجهی بر کاهش افسردگی، بهبود عملکرد افراد دارای اعتیاد به الکل در درازمدت و در کاهش مصرف الکل در کوتاه‌مدت داشته باشد [۳۰]. در مطالعاتی دیگر، اثربخشی MiCBT بر بهبود افسردگی بیماران مبتلا به بیماری دیابت نوع دو [۳۱]، بر افسردگی و اضطراب زنان باردار نشان داده است [۳۲]. هم‌چنین، MiCBT بر افسردگی، اضطراب و استرس زنان مبتلا به MS را کاهش داده است [۱۳]. شایان ذکر است، نتایج مطالعه حاضر از لحاظ اثربخشی بر حالات عاطفی منفی با مطالعات مورد اشاره همسو است. در مطالعه ریبیل و همکاران (۲۰۰۱) اثربخشی معنادار MBSR بر ابعاد مختلف کیفیت زندگی یعنی (سلامت روان و سلامت جسمانی) تایید شده است [۳۴]. در مقابل، سایر یافته‌ها که در زمینه اثربخشی MBCT بر جنبه‌های روان‌شناختی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا

تمامی شرکت‌کنندگان در این مطالعه و مرکز خیریه ثامن الحجج کرمان جهت همکاری در این مطالعه بسیار سپاس‌گزاری می‌شود.

منابع

- [1] Allaane HR, Martin A S, Joshua PK. Adams & Victor's principles of neurology. 10th Mac-Graw-Hill education; 2014; 916.
- [2] Ebrahimi HA, Sedighi B. Prevalence of multiple sclerosis and environmental factors in Kerman province, Iran. *Neurol Asia* 2013; 18: 385-389.
- [3] Stephan DL, Mayer A, Rowland LP. Merritt's neurology. 13th edition Elan. Wolters Kluwer 2014; 594.
- [4] Feinstein A. Multiple sclerosis and depression. *Mult Scler* 2011; 17: 1276-1281.
- [5] 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.
- [6] Heidari Sorshjany S, Islami AA, Hasanzadeh A. Quality of multiple sclerosis patients in Isfahan city. *Health system J* 1390; 7: 580-571 (Persian).
- [7] Saleh Pour GH, Rezaei S, HossienZadeh M. Quality of life in multiple sclerosis (MS) and role of fatigue, depression, anxiety, and stress: A bicenter study from north of Iran. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2014; 19: 593-599.
- [8] Sangalji B, Salimi Y, DastourPour M, et al. Relationship between disability and quality of life in patients with MS at Tehran MS society. *Heath Dev J* 1392; 2: 203-213 (Persian).
- [9] Jopson NM, Moss MR. The role of illness severity and illness representation in adjusting to multiple sclerosis. *J Psychosom Res* 2003; 54: 503.
- [10] Salami F, Zaree H, Oraki M. Predict of quality of life based on illness perception in MS patients. *Uremia Med J* 1392; 6: 379-392. (Persian).
- [11] Cayoun B, O'Shea E. Mindfulness-integrated cognitive behavioural therapy: rationale for integration and the MiCBT model; 2013. Available on: mindfulness.net.au.
- [12] Cayoun BA. Operationalization of mindfulness, in mindfulness-integrated CBT: principles and practice. John Wiley & Sons, Ltd: Chichester, UK; 2011.
- [13] Baharani Sh, Zarghar F, Yousefipour GH, Akbari H. The effectiveness of mindfulness-integrated cognitive behavior therapy on depression, anxiety, and stress in females with multiple sclerosis: a single blind randomized controlled trial. *Iran Red Crescent Med* 2017; 19: 1-8.
- [14] Mohr DC, Lovera J, Brown T, Cohen B, Neylan T, Henry R, et al. A randomized trial of stress management for the prevention of new brain lesions in MS. *Neurology* 2012; 79: 412-419.
- [15] Baer RA. Mindfulness-based treatment approaches: clinician's guide to evidence base and applications. Washington: Academic Press; 2006.
- [16] Delaware A. Methodology of behavioral science research, Duran Publishing; Tehran; 1391 (Persian).
- [17] Vickrey B, Hays R, Harooni R, Myers L, Ellison G. A health-related quality of life measure for multiple sclerosis. *Qual Life Res* 1995; 4: 187-206.
- [18] Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the beck depression and anxiety inventories. *Behave Res* 1995; 33: 335-343.
- [19] Henry JD, Crawford JR. The short-form version of the depression anxiety stress scales (DASS-21): construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *Br J Clin Psychol* 2005; 44: 227-239.
- [20] Norton PT. Depression anxiety and stress scales (DASS-21): psychometric analysis across four racial groups. *An Int J* 2007; 20: 253-265.
- [21] Dehghan A, Memarian R. Abundance of stress, anxiety and depression in multiple sclerosis patients. *Alborz Univ Med J* 2013; 2: 82-88. (Persian).
- [22] Acquadro C, Louse L, Isabelle M. Quality of life in multiple sclerosis: translation in French Canadian of the MSQoL-54. *Health Qual Life Outcomes* 2003; 1: 1-7.

به MS پرداخته‌اند تفاوت معناداری بین گروه مداخله و گواه از لحاظ افسردگی، اضطراب و استرس نشان نداده است [۳۳]. مداخله MiCBT از این جهت که از مراقبه‌های ذهن آگاهی و فنون درمان شناختی-رفتاری از جمله مواجهه با استرس، خاموشی از طریق آگاهی و واکنش نشان ندادن بهره می‌گیرد بر حالات عاطفی و کیفیت زندگی افراد موثر بوده است. مطالعات متعدد در زمینه‌ی اثربخشی این مراقبه‌ها در بیماران مبتلا به MS انجام شده است، و نشان‌دهنده‌ی اثربخشی بالا در بهبود کیفیت زندگی، سلامت روان، کاهش افسردگی و اضطراب، و برخی شاخص‌های سلامت جسمانی از جمله خستگی و درد در این گروه است [۲۶، ۲۸]. به طور کلی مراقبه‌های ذهن آگاهی-محور، عملکرد مغز و کارکردهای فیزیولوژیک نیمکره‌های مغز را بهبود می‌بخشد [۱۶]. برای نمونه، نتایج تصویربرداری مغزی به شیوه MRI نشان داده است که مغز افرادی که به صورت حرفه‌ای تمرینات ذهن آگاهی انجام می‌دهند به لحاظ ساختاری در چند ناحیه قطورتر از مغز گروه کنترل است. این نواحی شامل قشر حسی- حرکتی و اینسولای قدامی راست است که در ادراک درونی، کنترل حرکت، خودآگاهی، عملکرد شناختی و همچنین تجربه بین فردی نقش دارد. همین‌طور نیز در قشر پیشانی که از جمله کارکردهای آن حل مسئله، هیجانات، تمرکز، قضاوت، سخن گفتن و حرکات ارادی هستند فعال‌سازی بیش‌تری مشاهده می‌شود [۳۵].

بر این اساس با توجه به اثربخشی مداخله شناختی-رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی بر سلامت و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس پیشنهاد می‌شود که از این مداخله‌ها به عنوان درمان موثر در این زمینه استفاده شود تا به بهبود سلامت روان و وضعیت روان‌شناختی این بیماران کمک و از برخی مشکلات روان‌شناختی آن‌ها کاسته شود. همانند دیگر مطالعات این حوزه، مطالعه حاضر نیز با محدودیت‌هایی روبه‌رو بود از جمله این‌که بررسی و معاینات پزشکی قبل و بعد از مداخله‌ها برای بیماران صورت نگرفت تا تاثیر مداخله‌ها بر میزان و شدت حملات بیماران بررسی شود و از دیگر محدودیت‌های دیگر این مطالعه مسائل و مشکلات ناگهانی است که برای افراد مبتلا به MS پیش می‌آید و فرآیند درمان را با مشکل مواجه می‌کند. ضمناً پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده بر نمونه‌ی بزرگ‌تر و با کنترل متغیرهای بیش‌تری این مطالعه انجام شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی در دانشگاه شهید باهنر کرمان و نتیجه‌ی طرح تحقیقاتی مصوب در مرکز تحقیقات بیماری‌های مغز و اعصاب علوم پزشکی کرمان به شماره ۹۵۰۰۶۶۸ در سال ۱۳۹۶ است. از

international congress on child and adolescent psychiatry. Tabriz Univ Med Sci Cong Portal 2013 (Abstract) (Persian).

[30] Baker AL, Kavanagh DJ, Kay-lambkin FJ, Hunt SA, Lewin TJ, Carr VJ, McElduff P. Randomized controlled trial of MiCBT for co-existing alcohol misuse and depression: outcomes to 36 months. *J Subst Abuse Treat* 2014; 46: 281-290.

[31] Sohrabi FS, Shmas-Alizadeh N. Effectiveness of mindfulness integrated cognitive-behavior therapy on depression, adherence and blood glucose control of patients with type 2 diabetes. Mellitus MiCBT Institute 2014; Available from: www.mindfulness.net.au.

[32] Yazdanimehr R, Omid A, Sadat Z, Akbari H. The effect of mindfulness-integrated cognitive behavior therapy on depression and anxiety among pregnant women: a randomized clinical trial. *J Car Sci* 2016; 5: 195-204.

[33] Ghodspour Z, Najafi M, Rahimian Boogar I. Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on psychological aspects of quality of life, depression, anxiety, and stress among patients with multiple sclerosis. *PCP* 2018; 6. (Persian).

[34] Reible DK, Greeson JM, Brainard GC, Rosenzweig S. Mindfulness-based stress reduction and health-related quality of life in a heterogeneous patient population. *Gen Hosp Psychiatry* 2001; 23: 183-192.

[35] Lazar SW, Kerr CE, Wasserman RH, Gray JR, Greve DN, Treadway MT, et al. Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *Neuroreport* 2005; 16: 1893-1897.

[23] Drulovic J, Bursac LO, Milojkovic D, Tepavcevic DK, Gazibara T, Pekmezovic T. MSQoL-54 predicts change in fatigue after inpatient rehabilitation for people with multiple sclerosis. *Disabil Rehabil* 2013; 35: 362-366.

[24] Pekmezovic T, Tepavcevic DK, Kostic J, Drulovic J. Validation and cross-cultural adaptation of the disease-specific questionnaire MSQOL-54 in Serbian multiple sclerosis patients sample. *Qual Life Res* 2007; 16: 1383-1387.

[25] Larcombe N, Wilson H. An evaluation of cognitive-behavior therapy for depression in patients with multiple sclerosis. *Br J Psychiatry* 1984; 1084: 366-371.

[26] Simpson R, Booth J, Lawrence M, Byrne S, Mair F, Mercer S. Mindfulness based interventions in multiple sclerosis - a systematic review. *BMC Neurol* 2014; 14: 1-9.

[27] Jahangirpour M, Kavand M. The effectiveness of MBCT with regard to reducing depression caused by one disorder associated with MS. special issue for the 5th psychosomatic convention. *Uni Med Sci ChaharMahal Bakhtiari* 2014; 29. (Persian).

[28] Roemer L, Orsillo SM. Mindfulness- and acceptance-based behavioral therapies in practice (guides to individualized evidence-based treatment). First Edit Guilford Pub 2009.

[29] Farzinrad B, Nazari KM. Comparison between effectiveness of mindfulness integrated cognitive behavioral therapy (MiCBT) and rational emotional behavior therapy (REBT) on procrastination, perfectionism and worry in students. 6th

Effectiveness of mindfulness integrated cognitive behavioral therapy on the emotional states and quality of life of patients with multiple sclerosis: A clinical trial study

Lida Sabagh Kermani (M.Sc)¹, Masoud Fazilat-Pour (Ph.D)^{*2}, S. M. Hossein Mousavi Nasab (Ph.D)¹, Hossein Ali Ebrahimi Mimand (Ph.D)^{*3}

1 - Dept. of Psychology, Shahid Bahonar University of Kerman, Kerman, Iran

2 - Dept. of psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran

3- Kerman Neurology Research Center [KNRC], Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

* Corresponding author 1. +98 9167027800 fazilat1348@gmail.com

Received: 13 Mar 2019; Accepted: 16 Feb 2020

* Corresponding author 2. +98 9131404516 ebrahimi.ha@gmail.com

Introduction: The present study was designed to investigate the effectiveness of mindfulness-integrated cognitive behaviour therapy on emotional states (depression, anxiety, & stress) and quality of life (physical health and mental health) of adults with multiple sclerosis.

Materials and Methods: The studied population included all patients who referred to Kerman MS society among them 30 patients were selected using purposive sampling method and they were divided by random into the intervention group of MiCBT and a control group. Depression, Anxiety, stress scale (DASS-21) and quality of life of people with MS [MSQOL-54] questionnaire was employed as the measurement tool.

Results: Results showed that physical health, mental health and quality of life, in general, was significantly increased and depression, anxiety, stress were significantly decreased in the MiCBT group when compared with the control group.

Conclusion: As a result, mindfulness-integrated cognitive behaviour therapy is suggested as an effective intervention in decreasing psychological problems of people with MS, including depression, anxiety and stress and in improving their quality of life.

Keywords: Multiple Sclerosis, Mental Health, Emotional States, Quality of Life, Mindfulness.
