



The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Depression and Emotion Regulation Strategies in Patients with Multiple Sclerosis

Samaneh Abasii¹ , Maryam Bagheri Panah^{2,*} , Azita Amirfakhraei³ ,
Maryam Khorrooshi⁴ , Fahime Beidaghi⁵

¹ MSc of Guidance and Counseling, Consulting Group, Islamic Azad University, Khomein Branch, Iran

² Department of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Kish International, Iran

³ Young and Elite Researchers Club, Islamic Azad University, Bandar Abbas Branch, Bandar Abbas, Iran

⁴ Department of Family Counseling, Islamic Azad University, Quchan Branch, Iran

⁵ Master of Clinical Psychology, Islamic Azad University, South Tehran Branch, Kish International College Campus, Kish, Iran

* **Corresponding author:** Maryam Bagheri Panah, Department of Guidance and Counseling, Consulting Group, Islamic Azad University, Khomein Branch, Iran. E-mail: clanclaim10@gmail.com

Received: 21 Mar 2018

Accepted: 16 Jul 2019

Abstract

Introduction: Psychological problems of chronic patients, especially M.S, that often are ignored, need special attention to proper treatment. The aim of this study was to determine the effectiveness of cognitive therapy based on mind-awareness on depression and emotional adjustment strategies in patients with M.S.

Methods: The research was semi-experimental with a pre-posttest and control group. The statistical population included all male and female patients with M.S who referred to Emamreza Dental Hospital in Kermanshah in 2016. A sample of 40 people was selected and randomly assigned into two groups of experimental and control. The research instruments included anxiety-depression questionnaire and cognitive-emotional regulation questionnaire. Data were analyzed using SPSS-22 and descriptive statistics and multivariate analysis of covariance (MANCOVA).

Results: The results of this study showed that cognitive therapy based on mind-awareness could reduce the mean depression scores of the experimental group compared to the control group ($\eta^2 = 0.698$, $P = 0.002$, $F = 24.47$). Also, the results showed that Mindfulness-Based Cognitive Therapy significantly decreased the mean scores of maladaptive strategies of self-blame ($P = 0.001$, $F = 13.43$), others-blame ($P = 0.004$, $F = 17.31$), catastrophizing ($P = 0.005$, $F = 14.13$), and rumination ($P = 0.012$, $F = 11.10$), as well as an increase in the average scores of adaptive strategies of acceptance ($P = 0.001$, $F = 14.00$), positive refocusing ($P = 0.012$, $F = 11.10$), refocus on planning ($P = 0.001$, $F = 12.97$), positive reappraisal ($P = 0.008$, $F = 13.88$), and putting into perspective ($P = 0.002$, $F = 16.58$) in the experimental group is associated with the control group ($P < 0.05$).

Conclusions: The results of this study suggested that using counseling centers, health clinics, and M.S. associations throughout the country to increase the emotion regulation and reduce depression of patients with multiple sclerosis using mindfulness-based cognitive therapy.

Keywords: Depression, Cognitive Therapy Based on Mind-Awareness, Emotional Regulation, Multiple Sclerosis.



اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی و نظم جویی هیجانی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

سمانه عباسی^۱، مریم باقری پناه^{۲*}، آریتا امیرفرخایی^۳، مریم خروشی^۴، فهیمه بی دق^۵

^۱ کارشناس ارشد راهنمایی و مشاوره، گروه مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خمین، ایران
^۲ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بین الملل کیش، ایران
^۳ باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بندرعباس، بندرعباس، ایران
^۴ کارشناس ارشد مشاوره خانواده، گروه مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد قوچان، ایران
^۵ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی تهران جنوب، واحد پردیس بین الملل کیش، ایران
 * نویسنده مسئول: مریم باقری پناه، کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بین الملل کیش، ایران، ایمیل: clanclaim10@gmail.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۰۴/۲۵

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۱/۱

چکیده

مقدمه: مشکلات روان شناختی بیماری های مزمن از جمله مولتیپل اسکلروزیس که اغلب نادیده گرفته می شوند، لزوم توجه بیشتر به درمان مناسب را روشن می سازد. این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی و نظم جویی هیجانی در بیماران مبتلا به ام اس انجام شد.

روش کار: این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و گروه گواه بود. جامعه آماری شامل تمامی بیماران زن و مرد مبتلا به ام اس بود که در سال ۱۳۹۶ به بیمارستان تخصصی امام رضا (ع) شهر کرمانشاه مراجعه نمودند. با روش نمونه گیری هدفمند ۴۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه بیمارستانی اضطراب- افسردگی و پرسشنامه نظم جویی هیجانی بود. اطلاعات به دست آمده با نرم افزار SPSS-۲۲ و روش های آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس چندمتغیری (MANCOVA) تحلیل شد.

یافته ها: نتایج پژوهش نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی توانسته میانگین نمرات افسردگی گروه آزمایش را در مقایسه با گروه گواه کاهش دهد ($F = 24/47$, $P = 0/002$, $\eta^2 = 0/698$) همچنین، نتایج نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به طور معناداری با کاهش میانگین نمرات راهبردهای ناسازگارانه سرزنش خود ($F = 13/43$, $P = 0/001$) و سرزنش دیگران ($F = 17/31$, $P = 0/004$)، فاجعه سازی ($F = 14/13$, $P = 0/005$) و نشخوارگری ($F = 12/49$, $P = 0/002$) و نیز افزایش میانگین نمرات راهبردهای سازگارانه پذیرش ($F = 14/00$, $P = 0/001$)، تمرکز مجدد مثبت ($F = 11/10$, $P = 0/012$)، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی ($F = 12/97$, $P = 0/001$)، ارزیابی مجدد مثبت ($F = 13/88$, $P = 0/008$) و دیدگاه پذیری ($F = 16/58$, $P = 0/002$) در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه همراه است ($P < 0/05$).

نتیجه گیری: براساس یافته های این مطالعه، پیشنهاد می شود در مراکز مشاوره، کلینیک های درمانی و انجمن های ام اس سراسر کشور جهت افزایش نظم جویی هیجانی و کاهش افسردگی بیماران مبتلا به ام اس از تکنیک های شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی استفاده شود.

کلیدواژه ها: افسردگی، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، نظم جویی هیجانی، مولتیپل اسکلروزیس

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

[۱] به طور کلی، ۶۰ درصد همه ی مرگ و میرها در سال ۲۰۰۵ به علت بیماری های مزمن بوده است؛ و ۸۰ درصد این مرگ و میرها در کشورهای دارای درآمد پایین و متوسط رخ داده است [۲]. امروزه الگوی حاکم در

تا اوایل قرن گذشته، بیماری های عفونی و واگیر عامل اصلی مرگ و میر بودند، اما اکنون بیماری های مزمن که دست کم تا حدودی مربوط به انتخاب سبک زندگی است، به مهم ترین عامل مرگ و میر تبدیل شده اند

زمینه سلامت و بیماری، الگوی فراگیر "زیستی-روانی-اجتماعی" است که عوامل روانی و اجتماعی را همراه با عوامل زیستی در فرآیند بیماری مؤثر می‌داند [۳].

یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن، مولتیپل اسکلروزیس (ام اس) است؛ که با دمی‌لینه شدن نورون‌های عصبی همراه است و بر غلاف میلین نورون‌های عصبی مرکزی تأثیر می‌گذارد. علت این بیماری مشخص نیست اما به نظر می‌رسد که فعال شدن مکانیزم‌های ایمنی علیه آنتی‌ژن میلین در ایجاد آن دخیل باشد [۴]. معمولاً بین سنین ۲۰ الی ۴۰ سال بروز می‌کند و زنان را بیشتر از مردان گرفتار می‌سازد. معالجه قطعی برای ام اس وجود ندارد و ۴۰۰ هزار نفر در آمریکا به این بیماری مبتلا می‌باشد [۵]. در ایران نیز از هر ۱۰۰ هزار نفر، ۱۵-۳۰ نفر به این بیماری مبتلا هستند [۶]. دوره پیدایش این بیماری معمولاً همزمان با رویارویی با موقعیت‌هایی مانند تشکیل خانواده، اختلال‌های قاعدگی، انتخاب شغل و تأمین امنیت مالی است [۴].

گرچه بیماری‌های مزمن با افزایش شیوع افسردگی، خشم، اضطراب و استرس همراه می‌باشند، اما در مورد بیماران ام اس این مسأله سه برابر شایع‌تر است و شیوع افسردگی در آن‌ها ۶۳/۳ درصد می‌باشد [۷]. پاسخ هیجانی معمول در ابتدای تشخیص بیماری، اضطراب و افسردگی است اما با پیشرفت بیماری، اختلالات روان‌شناختی بارزتر می‌گردد [۸]. از متغیرهای روان‌شناختی مؤثر بر سلامت و پیشگیری در بهداشت روان بیماران مزمن از جمله بیماران ام اس می‌توان به نظم‌جویی هیجانی اشاره نمود [۹]. نظم‌جویی هیجان به معنای کاهش و تنظیم هیجانات منفی و نحوه استفاده مثبت از هیجانات است و به توانایی فهم هیجانات، تعدیل تجربه و ابراز هیجانات اشاره دارد [۱۰]. شواهد جدید در خصوص اختلالات روان‌شناختی در بیماران مزمن نشان می‌دهد که دشواری در نظم‌جویی هیجانی ممکن است عامل مهمی در این اختلالات باشد [۸]. نظم‌جویی هیجانی نقش مهمی در سازگاری با وقایع استرس‌زای زندگی دارد. سطح پایین نظم‌جویی هیجانی که ناشی از ناتوانی در مقابله مؤثر با هیجانات و مدیریت آن‌ها است، در شروع آسیب‌ها و نیز تشدید آن‌ها نقش دارد [۱۱]. مشکل در نظم‌جویی هیجانی احتمال ابتلاء به اختلالات عاطفی و خلقی را همزمان با فعالیت سیستم خودمختار افزایش می‌دهد [۸]. بنابراین، دشواری در نظم‌جویی هیجانی با رفتارهای غیربهداشتی و پُرخطر مانند مصرف الکل و مواد مخدر [۱۲]، اختلال خوردن، رفتارهای ناسازگار در سبک زندگی [۱۳] و شدت نشانه‌های بیماری‌ام اس رابطه دارد [۱۴].

با وجود شواهد محکمی که در رابطه با اثربخشی درمان‌های شناخته شده استاندارد و معمول وجود دارد، نتایج پژوهش‌های متعدد نشان می‌دهد به کارگیری آن‌ها مثلاً، درمان شناختی-رفتاری، برای تعداد زیادی از درمان‌گران و مبتلایان به بیماری‌های مزمن دشوار است و اغلب این تکنیک‌های درمانی حتی با دقیق‌ترین برنامه‌ریزی و اجرا نیز با پاسخ درمانی مناسبی روبه‌رو نمی‌شوند [۱۵]. امروزه با نسل سوم این درمان‌ها مواجه هستیم که آن‌ها را می‌توان تحت عنوان کلی، مدل‌های مبتنی بر پذیرش نامید؛ مانند درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، درمان فراشناختی و درمان پذیرش و تعهد [۱۶]. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی رویکردی است کوتاه‌مدت و ساختار یافته که در جدیدترین تحولات درمان‌های شناختی به‌وسیله تیزدل و همکاران (۱۹۹۵) مطرح شد. این تکنیک درمانی مستلزم راهبردهای رفتاری،

شناختی و فراشناختی ویژه‌ای برای متمرکز کردن فرآیند توجه است که به نوبه خود به جلوگیری از عوامل ایجاد کننده خُلق منفی، باورهای غیرمنطقی، گرایش به پاسخ‌های نگران کننده، رشد دیدگاه جدید و شکل‌گیری افکار و هیجانات خوشایند منجر می‌شود [۱۷]. در واقع ذهن آگاهی شامل یک آگاهی پذیرا و عاری از قضاوت از آنچه که اکنون در حال وقوع است، می‌باشد. افراد ذهن آگاه واقعیات درونی و بیرونی را آزادانه و بدون تحریف ادراک می‌کنند و توانایی زیادی در مواجهه با دامنه گسترده‌ای از تفکرات، هیجانات و تجارب اعم از خوشایند و ناخوشایند دارند [۱۸]. در این زمینه نتایج مطالعه ماثور و همکاران [۱۹] نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش میزان افسردگی و تاب‌آوری مبتلایان به ام اس مؤثر بوده است. میرمهدی و رضاعلی [۲۰] نیز نشان دادند که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود تاب‌آوری، نظم‌جویی هیجانی و امید به زندگی زنان مبتلا به بیماری مزمن اثربخشی دارد. با توجه به هزینه‌های بهداشتی و درمانی ناشی از بیماری‌های مزمن، به‌ویژه بیماری‌ام اس بازبینی ادبیات تحقیق برای دستیابی به سودمندترین گزینه‌های درمانی ضروری به نظر می‌رسد. شواهد تجربی در مورد اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در اختلالات متعدد روان‌شناختی و سازه‌های روان‌شناختی بیماران مزمن طبی رو به افزایش است [۱۷]. حتی زمانی که تداوم درمان و هزینه‌های مربوطه در نظر گرفته شود، مداخلات روان‌شناختی برای کاهش و کنترل علائم روانی بیماران مزمن ارزان‌تر از دارو درمانی است [۱۶]. با توجه به روند رو به افزایش بیماری‌های مزمن و پیامدهای بهداشتی-اقتصادی این بیماران در ایران و از آنجا که در زمینه اثربخشی مداخلات روان‌شناختی بر کاهش هیجانات منفی (افسردگی و نظم‌جویی هیجانی) مبتلایان به ام اس در مناطق محروم کشور مانند کرمانشاه و شهرستان‌های تابعه خلأ تحقیقاتی وجود دارد؛ لذا پژوهشگر به دنبال پاسخ به این سؤال بود که آیا شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی و نظم‌جویی هیجانی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس اثربخشی دارد؟

روش کار

این کارآزمایی بالینی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه انجام شد. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی بیماران زن و مرد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مراجعه کننده به بیمارستان امام رضا (ع) شهر کرمانشاه طی سال ۹۷-۱۳۹۶ بود. از بین مبتلایان به بیماری "ام اس" با روش نمونه‌گیری هدفمند نمونه‌ای به حجم ۴۰ نفر انتخاب و در دو گروه آزمایش، ۲۰ نفر و گواه، ۲۰ نفر گمارش شد. توالی تصادفی-سازی آزمودنی‌ها در دو گروه با استفاده از شماره‌های تصادفی تولید شده توسط کامپیوتر و نسخه ۱۵ نرم‌افزار Mini-tab انجام شد. حجم نمونه با توجه به توان آماری، سطح آلفای ۰/۰۵ و اندازه اثر ۰/۸ و نیز با توجه به اینکه تعداد اعضای گروه در گروه درمانی استاندارد و با گروه درمانی‌های مختلف ۱۲ الی ۱۶ نفر است، تعداد ۲۰ نفر برای هر گروه انتخاب شد. در یک جلسه پیش‌آزمون برگزار شد. گروه آزمایش تحت ۸ جلسه آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به‌صورت هفته‌ای دو جلسه و هر جلسه به مدت ۱/۵ ساعت (۹۰ دقیقه) قرار گرفت اما گروه کنترل این مداخله را دریافت نکرد. لازم به ذکر است که برای آزمودنی‌های گروه کنترل، جلسات به‌صورت مشاوره حمایتی اجرا شد و بعد از

پرسشنامه با روش بازآزمایی، ۰/۸۴ و برای افسردگی، ۰/۸۸ و برای اضطراب، ۰/۸۲ گزارش شده است [۲۲].

پرسشنامه نظم‌جویی هیجانی: این پرسشنامه به‌وسیله گارنفسکی و همکاران در سال ۲۰۰۳ به‌منظور ارزیابی نحوه تفکر بعد از تجربه رخداد‌های استرس‌زای زندگی تدوین و شامل ۳۶ سؤال با ۹ زیرمقیاس است. زیرمقیاس‌های سرزنش خود (سوالات شماره ۱، ۱۰، ۱۹ و ۲۸)، نشخوارگری (سوالات شماره ۳، ۱۲، ۲۱ و ۳۰)، فاجعه‌سازی (سوالات شماره ۸، ۱۷، ۲۶ و ۳۵) و سرزنش دیگران (سوالات شماره ۹، ۱۸، ۲۷ و ۳۶) به‌عنوان راهبردهای ناسازگارانه و تمرکز مجدد مثبت (سوالات شماره ۴، ۱۳، ۲۲ و ۳۱)، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی (سوالات شماره ۵، ۱۴، ۲۳ و ۳۲)، ارزیابی مجدد مثبت (سوالات شماره ۵، ۱۵، ۲۴ و ۳۳)، پذیرش (سوالات شماره ۲، ۱۱، ۲۰ و ۲۹) و دیدگاه‌پذیری (سوالات شماره ۷، ۱۶، ۲۵ و ۳۴) به‌عنوان راهبردهای سازگارانه طبقه‌بندی می‌شوند. نمره‌گذاری پرسشنامه به‌صورت لیکرت ۵ درجه‌ای از (۵ = همیشه) الی (۱ = هرگز) انجام می‌شود. سازندگان این پرسشنامه پایایی آن را از طریق آلفای کرونباخ برای راهبردهای سازگارانه ۰/۹۱، راهبردهای ناسازگارانه ۰/۸۷ و کل پرسشنامه ۰/۹۳ گزارش کرده‌اند [۲۳]. پایایی ابزار در پژوهش کاویانی [۲۴] از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۹ محاسبه و روایی صورتی آن نیز توسط اساتید مورد تأیید قرار گرفته است.

در راستای رعایت اصول اخلاقی پژوهش به‌منظور حفظ حقوق آزمودنی‌ها، تصریحات لازم در زمینه اهداف پژوهش و روال اجرای آن به همه آزمودنی‌ها ارائه شد. نبود اجبار و حق شرکت یا عدم شرکت در پژوهش برای همه شرکت‌کنندگان تصریح شد. همچنین، به همه آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات فردی اخذ شده محرمانه می‌ماند و داده‌هایی که انتشار می‌یابد، بدون درج شناسه خصوصی بوده و به‌صورت گروهی و با مکتوم ماندن مشخصات فردی تحلیل خواهد شد. برای تحلیل داده‌ها علاوه بر آمار توصیفی، از تحلیل کوواریانس چندمتغیری با کمک نرم‌افزار آماری SPSS-۲۲ استفاده شد.

اتمام پژوهش و مشخص شدن نتایج آن، این افراد نیز در کاربردی آموزشی-درمانی وارد شدند. اجرای درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی توسط یک متخصص روان‌شناسی سلامت دارای مدرک دوره آموزش درمان‌های موج سوم در یکی از اتاق‌های بیمارستان امام رضا (ع) شهر کرمانشاه انجام شد و در پایان هر جلسه نیز تکالیفی مرتبط با آن جلسه به بیماران داده و در ابتدای جلسه بعد ضمن بررسی به افراد بازخورد داده شد. **جدول ۱** خلاصه محتوای جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را نشان می‌دهد. معیارهای ورود به پژوهش شامل حداقل سواد جهت پاسخ‌گویی به پرسش‌های ابزارهای خودگزارشی، رضایت و تمایل مبنی بر شرکت در جلسات درمانی، تشخیص قطعی بیماری‌ام اس توسط متخصص مربوطه و عدم دریافت درمان‌های بهداشت روان (دارو درمانی- روان‌درمانی) همزمان با شرکت در پژوهش حاضر بود. معیارهای خروج نیز شامل غیبت بیش از ۲ جلسه در طی دوره درمان، اعتیاد به هر یک از انواع مواد مخدر و الکل، و عدم تمایل و رضایت آزمودنی بود. جمع‌آوری داده‌های پژوهش با استفاده از ابزارهای زیر انجام شد:

پرسشنامه بیمارستانی اضطراب و افسردگی: این پرسشنامه به‌وسیله زیگموند و همکاران در سال ۱۹۸۳ به منظور ارزیابی افسردگی و اضطراب در بیماران جسمی، روانی و حتی افراد عادی تدوین و شامل ۱۴ سؤال در دو زمینه افسردگی (۷ سؤال) و اضطراب (۷ سؤال) است. هر سؤال به‌وسیله یک معیار ۴ نمره‌ای امتیاز دهی می‌شود، به‌طوری‌که حداکثر امتیاز برای هر یک از زیرمقیاس‌های افسردگی و اضطراب ۲۱ می‌باشد. امتیاز بالای ۱۱ در هر دو زمینه نشانه وجود یک اختلال روانپزشکی جدی، امتیاز ۱۰-۸ بینابینی و امتیاز ۷-۰ بهنجار محسوب می‌شود [۲۱]. اعتبار این پرسشنامه برحسب ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه و هر یک از زیرمقیاس‌های اضطراب و افسردگی در نمونه بالینی ایرانی (۱۶۷ بیمار مبتلا به سرطان سینه) به‌ترتیب: ۰/۹۲، ۰/۷۸ و ۰/۸۶ گزارش شده است. همچنین، روایی کل

جدول ۱. خلاصه محتوای برنامه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسات	محتوای مداخله در هر جلسه
اول	هدایت خودکار: بیان قوانین و اهداف جلسات گروه، خوردن کشمش ذهن آگاه، انجام واری بدن در طی شش روز.
دوم	مقابله با موانع: تمرین افکار و احساسات و ثبت وقایع خوشایند.
سوم	تکنیک تنفس: مراقبه نشسته، فضای تنفس سه دقیقه‌ای، سه بار در روز، راه رفتن ذهن آگاهانه.
چهارم،	ماندن در زمان حال: مراقبه دیدن و شنیدن، آشنایی با انواع تمرینات توجه آگاهانه به تنفس.
پنجم	اجازه و مجوز: مراقبه نشستن هدایت شده.
ششم	افکار حقایق نیستند: سناریوهای مبهم و مراقبه هدایت شده چهل دقیقه‌ای.
هفتم	مراقبت از خود: بحث در مورد ماهیت بیماری و نشانه‌های آن، رابطه بین خلق و رفتار و نقش استرس بر نشانه‌های بدن.
هشتم	استفاده از آموخته‌ها: واری بدن، تکنیک انعکاس و پس‌خوراند و انجام مرحله پس‌آزمون.

یافته‌ها

در این مطالعه ۴۰ نفر در دو گروه وارد مرحله آنالیز نهایی شدند. لازم به ذکر است که هیچ‌کدام از شرکت‌کنندگان طی اجرای مداخله از مطالعه خارج نشدند. داده‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها نشان داد که میانگین سنی در گروه آزمایش ۰/۹۱ ± ۳۹/۵۴ و در گروه گواه ۱/۴۱ ± ۳۸/۷۶ سال می‌باشد. بین دو گروه از نظر مشخصات

جمعیت‌شناختی و زمینه‌ای تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشت (جدول ۲). شاخص‌های توصیفی مربوط به نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون افسردگی و نظم‌جویی هیجانی دو گروه آزمایش و گواه در جدول ۳ مشاهده می‌شود.

جدول ۲. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مبتلایان به ام اس در گروه‌های آزمایش و گواه

متغیر پژوهش	گروه پژوهش ($n_1 = n_2 = 40$)		مقدار کای دو	سطح معناداری
	آزمایش	گواه		
سطح تحصیلی			۱۴/۰۹	۰/۰۰۴
دیپلم	۲۵ (۵)	۲۵ (۵)		
لیسانس	۵۵ (۱۱)	۶۰ (۱۲)		
فوق لیسانس	۲۰ (۴)	۱۵ (۳)		
وضعیت تأهل			۱۰/۶۵	۰/۰۱۱
متأهل	۶۰ (۱۲)	۶۵ (۱۳)		
مجرد	۴۰ (۸)	۳۵ (۷)		
جنسیت			۱۳/۷۴	۰/۰۲۲
مؤنث	۶۵ (۱۳)	۶۰ (۱۲)		
مذکر	۳۵ (۷)	۴۰ (۸)		
مدت ابتلای به بیماری به سال	$3/85 \pm 4/56$	$3/60 \pm 4/37$	۸/۵۱	۰/۰۰۶

اطلاعات در جدول به صورت درصد (فراوانی) و میانگین $\pm$ انحراف معیار آمده است.

جدول ۳. داده‌های توصیفی متغیرهای پژوهش مبتلایان به ام اس در گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر پژوهش	تعداد	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
افسردگی			
آزمایش	۲۰	$27/01 \pm 3/46$	$11/16 \pm 2/14$
گواه	۲۰	$28/00 \pm 3/70$	$27/66 \pm 3/25$
راهبردهای ناسازگارانه			
سرزنش خود			
آزمایش	۲۰	$11/17 \pm 3/27$	$7/00 \pm 2/14$
گواه	۲۰	$11/98 \pm 3/88$	$11/77 \pm 3/60$
سرزنش دیگران			
آزمایش	۲۰	$9/18 \pm 2/48$	$6/15 \pm 1/76$
گواه	۲۰	$9/64 \pm 2/79$	$9/73 \pm 1/99$
فاجعه‌سازی			
آزمایش	۲۰	$10/14 \pm 3/68$	$8/00 \pm 1/96$
گواه	۲۰	$10/26 \pm 3/97$	$10/33 \pm 2/88$
نشخوارگری			
آزمایش	۲۰	$10/71 \pm 3/76$	$7/28 \pm 2/20$
گواه	۲۰	$11/00 \pm 4/11$	$11/19 \pm 4/15$
راهبردهای سازگارانه			
پذیرش			
آزمایش	۲۰	$9/13 \pm 2/56$	$12/25 \pm 3/02$
گواه	۲۰	$8/54 \pm 2/21$	$8/46 \pm 2/14$
تمرکز مجدد مثبت			
آزمایش	۲۰	$8/33 \pm 2/23$	$12/00 \pm 3/18$
گواه	۲۰	$8/21 \pm 2/15$	$8/27 \pm 2/99$
تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی			
آزمایش	۲۰	$9/29 \pm 2/66$	$12/76 \pm 3/37$
گواه	۲۰	$9/43 \pm 2/73$	$9/52 \pm 2/89$
ارزیابی مجدد مثبت			
آزمایش	۲۰	$10/88 \pm 3/00$	$12/28 \pm 4/10$
گواه	۲۰	$11/00 \pm 3/24$	$11/00 \pm 3/88$
دیدگاه-پذیری			
آزمایش	۲۰	$8/99 \pm 2/55$	$11/77 \pm 3/11$
گواه	۲۰	$8/54 \pm 2/12$	$8/61 \pm 2/66$

اطلاعات در جدول به میانگین $\pm$ انحراف معیار آمده است

نتایج جدول ۳ نشان داد که میانگین ($\pm$ انحراف معیار) نمره افسردگی آزمودنی‌های گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون ($27/01 \pm 3/46$) و در مرحله پس‌آزمون ($11/16 \pm 2/14$) است و این میانگین $\pm$

انحراف معیار) این متغیر در آزمودنی‌های گروه گواه تغییر محسوسی نشان نداده است (به ترتیب $28/00$ در برابر $27/66$). همچنین، نتایج نشان داد که میانگین ($\pm$ انحراف معیار) نمره نظم‌جویی هیجانی

که هر دو پیش شرط تساوی واریانس‌ها (آزمون لوین) و نرمال بودن (آزمون شاپیرو-ویلک) برقرار است ($P > 0.05$)، و به‌منظور بررسی همگنی ماتریس‌های کواریانس دو گروه از آزمون ام باکس (Box's M) ($P = 0.970$) استفاده شد. نتایج نشان داد مفروضه همگنی ماتریس واریانس-کواریانس تأیید می‌شود ($F = 1.217$ و $P = 0.294$) همچنین، نتایج آزمون کرویت موچلی (Mauchly's Test of Sphericity) به‌منظور بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها نشان داد که آماره موچلی (0.970) با مجذور خی (0.867) در سطح 0.05 معنادار نمی‌باشد و پیش فرض تساوی واریانس‌ها رعایت شده است.

آزمودنی‌های گروه آزمایش در راهبردهای ناسازگارانه به‌ترتیب در مرحله پیش‌آزمون برای سرزنش خود ($11/17 \pm 3/27$)، فاجعه‌سازی ($10/14 \pm 3/68$)، و سرزنش دیگران ($9/18 \pm 2/48$) و در مرحله پس‌آزمون برای سرزنش خود ($7/00 \pm 2/14$)، فاجعه سازی ($8/00 \pm 1/96$)، و سرزنش دیگران ($6/15 \pm 1/76$) است اما میانگین ($\pm$ انحراف معیار) این متغیرها در آزمودنی‌های گروه گواه تغییر محسوسی نشان نداده است. اطلاعات مربوط به راهبردهای سازگارانه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در افراد دو گروه در جدول ۳ ارائه شده است.

پیش از تحلیل داده‌ها، ابتدا مفروضه‌های لازم برای تحلیل کواریانس چندمتغیره بررسی شد. نتایج بررسی پیش فرض‌های آماری نشان داد

جدول ۴. تحلیل کواریانس چندمتغیره شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و گواه

متغیر پژوهش	Df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آماری
افسردگی						
پیش‌آزمون	۱	۶۲۱/۷۹	۳۰/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۳۴۷	۰/۱۳۱
عضویت گروهی	۱	۸۰۶/۹۰	۲۴/۴۷	۰/۰۰۲	۰/۶۹۸	۰/۶۸۸
نظم جویی هیجانی						
راهبرد ناسازگارانه						
سرزنش خود						
پیش‌آزمون	۱	۱۱۴/۲۴	۱۸/۰۹	۰/۰۱۴	۰/۴۴۶	۰/۳۱۷
عضویت گروهی	۱	۸۸/۵۷	۱۳/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۶۶۱	۰/۸۷۶
سرزنش دیگران						
پیش‌آزمون	۱	۹۳/۸۶	۲۰/۱۴	۰/۰۱۶	۰/۳۰۱	۰/۴۳۱
عضویت گروهی	۱	۱۰۲/۵۹	۱۷/۳۱	۰/۰۰۴	۰/۶۱۲	۰/۶۷۱
فاجعه‌سازی						
پیش‌آزمون	۱	۸۹/۵۴	۱۸/۰۶	۰/۰۴۱	۰/۱۵۶	۰/۲۵۹
عضویت گروهی	۱	۹۲/۴۰	۱۴/۱۳	۰/۰۰۵	۰/۶۳۳	۰/۸۱۰
نشخوارگری						
پیش‌آزمون	۱	۵۸/۶۷	۱۹/۶۰	۰/۰۲۳	۰/۳۱۱	۰/۲۸۸
عضویت گروهی	۱	۷۲/۹۶	۱۲/۴۹	۰/۰۰۲	۰/۵۹۹	۰/۶۴۴
راهبرد سازگارانه						
پذیرش						
پیش‌آزمون	۱	۱۰۵/۱۸	۱۹/۸۷	۰/۰۴۴	۰/۲۵۷	۰/۵۱۳
عضویت گروهی	۱	۱۲۲/۲۷	۱۴/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۶۱۲	۰/۷۳۱
تمرکز مجدد مثبت						
پیش‌آزمون	۱	۱۱۴/۹۷	۱۵/۵۴	۰/۰۳۶	۰/۱۷۷	۰/۳۳۷
عضویت گروهی	۱	۱۱۹/۶۴	۱۱/۱۰	۰/۰۱۲	۰/۶۵۱	۰/۶۵۴
تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی						
پیش‌آزمون	۱	۸۹/۴۳	۱۶/۰۵	۰/۰۲۲	۰/۱۲۳	۰/۵۱۶
عضویت گروهی	۱	۱۱۰/۱۳	۱۲/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۶۶۳	۰/۸۰۹
ارزیابی مجدد مثبت						
پیش‌آزمون	۱	۱۱۱/۷۳	۱۵/۲۴	۰/۰۱۹	۰/۴۶۱	۰/۲۲۲
عضویت گروهی	۱	۱۲۵/۴۲	۱۳/۸۸	۰/۰۰۸	۰/۶۰۱	۰/۶۹۳
دیدگاه‌پذیری						
پیش‌آزمون	۱	۹۶/۳۱	۲۱/۴۳	۰/۰۳۱	۰/۳۸۵	۰/۴۷۰
عضویت گروهی	۱	۱۱۳/۵۲	۱۶/۵۸	۰/۰۰۲	۰/۶۷۴	۰/۷۸۱

پس از حذف تأثیر پیش‌آزمون بر متغیرهای وابسته راهبردهای ناسازگارانه شامل سرزنش خود ($F = 13/43$ و $P = 0.001$)، سرزنش دیگران ($F = 17/31$ و $P = 0.004$)، فاجعه‌سازی ($F = 14/31$ و $P = 0.005$)، و نشخوارگری ($F = 12/49$ و $P = 0.002$) و راهبردهای سازگارانه شامل پذیرش ($F = 14/00$ و $P = 0.001$)، تمرکز مجدد

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که پس از حذف تأثیر پیش‌آزمون بر متغیر وابسته (افسردگی) و با توجه به ضریب F محاسبه شده، بین میانگین‌های تعدیل شده نمرات افسردگی در آزمودنی‌ها برحسب عضویت گروهی (گروه‌های آزمایش و گواه) در مرحله پس‌آزمون ($F = 24/47$) تفاوت معنادار وجود دارد ($P < 0.0001$) همچنین،

مثبت ($F = ۱۱/۱۰$ و $P = ۰/۰۱۲$)، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی ($F = ۱۲/۹۷$ و $P = ۰/۰۰۱$)، ارزیابی مجدد مثبت ($F = ۱۳/۸۸$) و ($P = ۰/۰۰۸$) و دیدگاه‌پذیری ($F = ۱۶/۵۸$ و $P = ۰/۰۰۲$)، با توجه به ضرایب F محاسبه شده، بین میانگین‌های تعدیل شده نمرات راهبردهای ناسازگارانه و سازگارانه نظم‌جویی هیجانی در آزمودنی‌ها برحسب عضویت گروهی (گروه‌های آزمایش و گواه) در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش افسردگی و راهبردهای ناسازگارانه و بهبود راهبردهای سازگارانه هیجانی در بیماران مبتلا به ام اس تأثیر داشته است.

بحث

این پژوهش با هدف بررسی تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، بر کاهش افسردگی و بهبود نظم‌جویی هیجانی در بیماران مبتلا به ام اس انجام شد. نتایج پژوهش با استفاده از تحلیل کوواریانس نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش افسردگی در بیماران ام اس تأثیر داشته است. این یافته از پژوهش با نتایج مطالعات پیشین از جمله مطالعات هوگرو و همکاران [۲۵]، گیلن و همکاران [۲۶]، موثا-موریرا و همکاران [۲۷]، و میتلو و همکاران [۲۸] هم سو می‌باشد. سگال و والش [۲۹] در پژوهشی همسو با یافته مطالعه حاضر نشان دادند که مبتلایان به ام اس بعد از دریافت ۸ جلسه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در میانگین نمرات اضطراب، افسردگی و استرس کاهش نشان داده‌اند.

دلیل اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در این مطالعه این است که درمان ذهن آگاهی، منجر به تغییر شناختی در طرز تفکر و اعمال بیمار می‌شود و از اصول تقویت شرطی سود می‌برد. بدین تربیت که فرد مبتلا برای رفتن به گام بعدی تلاش می‌کند تا خود را در گامی بالاتر ببیند و این تمایل به‌طور مستمر باعث بهبود تدریجی مرحله به مرحله بیمار می‌شود و در عین آرامش و آگاهی، به درمان فردی خود ادامه می‌دهد و نواقص و اشکالات خود را در جلسات حضوری حل می‌نماید [۲۸]. همچنین، می‌توان گفت چون ذهن آگاهی باعث تعدیل احساسات بدون قضاوت و افزایش آگاهی نسبت به احساسات روانی و بدنی می‌شود و به واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده‌های فیزیکی، همانگونه که اتفاق می‌افتد، کمک می‌کند [۲۶]. بنابراین، می‌تواند در تعدیل نمرات سلامت روان بیماران با علایم افسردگی نقش مهمی داشته باشد و این یافته از این نظر که مطالعات قبلی نشان داده‌اند که درمان ذهن آگاهی در تعدیل رفتارهای منفی و افکار منفی کمک می‌نماید و موجب رفتارهای مثبت مرتبط با سلامتی می‌شود قابل توجیه است.

ذهن آگاهی مستلزم راهبردهای رفتاری، شناختی و فراشناختی ویژه برای متمرکز کردن فرایند توجه است که به نوبه خود به جلوگیری از ماریپیج فروکاهنده خلق منفی‌فکر منفی و گرایش به پاسخ‌های نگران کننده کمک کرده و باعث رشد دیدگاه جدید و بروز افکار و هیجانات خوشایند می‌شود. در واقع، به‌نظر می‌رسد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی از طریق آموزش کنترل توجه مؤثر واقع می‌شود. طبق نظریه فعال‌سازی افتراقی، فرض این است که آسیب‌پذیری در مقابل افسردگی ناشی از پیوندهای مکرر بین خلق افسرده و الگوهای منفی

خودانتقادی و ناامیدانه تفکر است که به نوبه خود به تغییر در سطوح شناختی و عصبی می‌انجامد [۳۰]. آموزش ذهن آگاهی به افراد یاد می‌دهد که چگونه مهارت‌های عاداتی واقع در موتور مرکزی را از حالت تصلب خارج و با جهت دادن منابع پردازش اطلاعات به‌طرف اهداف خنثی توجه مانند تنفس یا حس لحظه حال شرایط را برای تغییر آماده کنند. بنابراین، به کارگیری مجدد توجه به این شیوه از افزایش یا ماندگاری افسردگی و نشخوار فکری جلوگیری کرده و باعث می‌شود چرخه‌های پردازش معیوب کمتر در دسترس قرار گیرند [۳۰].

همچنین، از دیدگاه حضور ذهن، منابع حسی مانند الگوهای معنایی است و تمرینات بدنی باعث تغییر شکل مدل طرح‌واره می‌شود. در حالت ایستاده، آرام و بدون تحرک و با تنفس منظم و آهسته بودن، در واقع الگوهای حسی داخلی گیرنده‌های عضلانی و الگوهای کلی رمزا در مدل ذهنی طرح‌واره‌هایی که مربوط به موقعیت‌های ناراحت کننده و دشوار است را تغییر می‌دهند. در نتیجه هنگامی که در ذهن آگاهی توجه را متمرکز می‌کنیم، تغییر مدل طرح‌واره مشکل‌دار به اوج می‌رسد و تصلب و درگیری به وجود آمده با طرح‌واره نرمش پیدا می‌کند. در نهایت می‌توان نتیجه گرفت که ذهن آگاهی موجب تقویت چرخه تجارب منفی درونی مانند نشانه‌های افسردگی و یا نشخوار فکری یک رویداد در گذشته می‌شود و از طریق آن فرد ثبات کارکردی خود را حفظ کرده و امکان انعطاف‌پذیری در موقعیت‌های جدید را فراهم می‌آورد و بدین ترتیب سازگاری روان‌شناختی خود را افزایش می‌دهد [۳۱]. دیگر یافته پژوهش نشان داد که، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود راهبردهای نظم‌جویی هیجان در بیماران مبتلا به ام اس تأثیر داشته است. این یافته از پژوهش با نتایج اغلب مطالعات پیشین از جمله نتایج مطالعه جاشی و همکاران [۳۲]، باجایک و بایکرا [۳۳]، و شرورز و همکاران [۱۸] هم سو می‌باشد.

در تبیین این یافته می‌توان بیان نمود که، ذهن آگاهی فرد را به ایجاد رابطه‌ای اساساً متفاوت با تجربه احساسات درونی و حوادث بیرونی، از طریق ایجاد آگاهی لحظه به لحظه و جهت‌گیری رفتاری مبتنی بر مسئولیت عاقلانه به جای واکنش‌پذیری اتوماتیک و غیرمنطقی قادر می‌سازد. با به کارگیری هدفمند کارکردهای عالی ذهن از جمله توجه، آگاهی، نگرش مهربانانه، کنجکاوی و دلسوزی، می‌تواند به‌طور مؤثری بر راهبردهای هیجانی از طریق بازدارندگی قشری سیستم لیمبیک خودکنترلی اعمال نماید [۳۳]. و این در حالی است که مطالعات متعدد نشان داده‌اند که این سیستم به‌نوعی می‌تواند مرکز فشار روانی تلقی گردد. انجام تمرینات ذهن آگاهی می‌تواند بعد از مدتی تغییرات قابل مشاهده‌ای در زندگی بیماران و کارکردهای شناختی آن‌ها ایجاد کند و با توسعه راهبردهای کنارآمدن و سازوکارهای دفاعی بهتر در افراد به‌زیستی هیجانی و روانی آن‌ها کمک کند. با آموزش ذهن آگاهی افراد یاد می‌گیرند ارزیابی مجدد مثبتی از وقایع ناخوشایندی مانند ابتلای به بیماری ام اس داشته باشند. آن‌ها با آموزش مهارت‌های مقابله‌ای به‌عنوان بخشی از شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در رویارویی با تنش‌های ناشی از بیماری با امیدواری و دیدگاه‌پذیری برخورد می‌کنند، رویدادها را قابل کنترل می‌بینند و به‌طور کلی نظام پردازش اطلاعات‌شان را به شیوه مؤثرتری به کار می‌اندازند. زمان که بخشی از افکار بیمار حول این موضوع می‌چرخد که سبک زندگی خودش باعث ابتلای به بیماری مزمن شده، خود را سرزنش می‌کند و توان مقابله‌ای

هستند، احساسات فقط "حس" هستند و هیچ کدام واقعیت ندارند، زندگی در زمان حال، پذیرش افکار و احساسات، عدم قضاوت در مورد بیماری ذهن آن‌ها را برای پذیرش و دوری از سرزنش‌گری هموار می‌سازد و از اینرو است که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در افزایش راهبردهای سازگاران و کاهش راهبردهای ناسازگاران برای نظم‌جویی هیجانی توانمند می‌شوند.

این مطالعه نیز با محدودیت‌هایی همراه بود. در این پژوهش درمانگر و ارزیاب به‌منظور سنجش و اجرای محتوای جلسات مداخله یک نفر بود که یکی از محدودیت‌های این مطالعه است. پرسشنامه‌ها که در فرایند درمان اجرا می‌شد توسط درمانگر رؤیت می‌شد و ممکن است بر روند مداخله تأثیر داشته باشد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده به‌منظور کاستن از سوگیری‌های احتمالی از دو پژوهشگر استفاده شود. از دیگر سو، به دلیل اینکه این مطالعه در جمعیت مبتلایان به ام اس انجام گرفته است؛ لذا باید در تعمیم یافته‌ها به دیگر گروه‌های جمعیتی و سایر بیماران مزمن جوانب احتیاط را رعایت نمود. همچنین، انتخاب نمونه پژوهش با روش نمونه‌گیری هدفمند نیز اجرای پژوهش را با اندکی مشکل روبه‌رو ساخت. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی مرحله پیگیری انجام گیرد و اثربخشی این روش درمانی بر روی اختلالات روان‌شناختی در دیگر جمعیت‌ها مانند بیماران قلبی-عروقی، سرطان، و ... ارزیابی شود.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج حاصل از یافته‌های پژوهش حاضر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش افسردگی و بهبود راهبردهای تنظیم هیجانی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مؤثر و کمک کننده است. به نظر می‌رسد اجرای مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کنار درمان دارویی جهت کاهش بخشی از مشکلات روان شناختی بیماران ام. اس می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد.

سپاسگزاری

مطالعه حاضر در مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران (IRCT61920701962010) به ثبت رسیده است. بدوین وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه و آزمودنی‌های محترم که در اجرای این پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌نماییم.

تعارض منافع

بدین وسبه نویسندگان تصریح می‌نمایند که هیچ گونه تضاد منافی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

References

1. Lavin K, Davydow DS, Downey L, Engelberg RA, Dunlap B, Sibley J, et al. Effect of Psychiatric Illness on Acute Care Utilization at End of Life From Serious Medical Illness. J Pain Symptom Manage. 2017;54(2):176-85 e1. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2017.04.003 pmid: 28495487
2. Rosliakova GAR, Zadionchenko VSZ, Adasheva TVA, Samorukova EIS. Pleiotropic Effects of Rosuvastatin in

او کاهش می‌یابد. در این شرایط، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند به این بیمار کمک کند تا بدون ارزیابی هیجانی به خوب یا بد، آن‌ها را به همان صورت که رُخ می‌دهند، تجربه کند. در نتیجه، فرد به تفکرات و احساسات خود اجازه ورود و خروج می‌دهد، بدون آن‌که با آن‌ها درگیر شود و نیازی به سرزنش خود و دیگران داشته باشد.

کاهش راهبردهای ناسازگاران ناشی از افزایش پذیرش افراد در خصوص محرک‌های برانگیزاننده آن است. پذیرش باعث برگرداندن توجه فرد به سوی جنبه‌های کمتر ناراحت کننده محرک‌های برانگیزاننده هیجان منفی می‌شود و بنابراین، راهبردهای ناسازگاران هیجانی را کاهش می‌دهد [۲۰]. در واقع، هیجانات می‌توانند به‌وسیله اجتناب و یا با درگیری بیش از حد تنظیم شوند. اجتناب از تجارب کنونی می‌تواند شامل سوگیری انتخابی اطلاعات، تحریف‌های شناختی، ناپایداری هیجانی، انحراف توجه یا عدم درگیری باشد. درگیری بیش از حد نیز دربرگیرنده نشخوار فکری، نگرانی مزمن، وسواس‌ها، امیال قوی یا رفتار اجباری است. هر دوی این راهبردهای نظم‌جویی هیجانی نیازمند انحراف توجه از تجارب زمان حال به‌طرف تجارب مبتنی بر خاطرات گذشته یا پیشگویی‌های مبتنی بر آینده است. تفکر مبتنی بر گذشته ویژگی خلق افسرده است در حالی که تفکر مبتنی بر آینده با خلق اضطرابی مرتبط است. بیماران اغلب افکار انتخاب شده از گذشته، انتظارات غیرواقع‌بینانه از زمان حال و ترس‌ها و امیال در مورد آینده را با هم جمع کرده و از آن‌ها یک تصویر می‌سازند. این تصویر واقعیت را منعکس نمی‌کند. با زندگی کردن در درون این تصاویر، سوءتعبیرهای شناختی ساخته شده و مبتلایان به ام اس آشتگی هیجانی را تجربه می‌کنند. در این برنامه به بیماران آموزش داده می‌شود در زمان حال زندگی کنند و با برگرداندن توجه خود از تجارب مبتنی بر گذشته و آینده به تجارب زمان حال، راهبردهای سازگاران برای نظم‌جویی هیجانی افزایش می‌یابند. به‌علاوه، ذهن آگاهی به بیماران ام اس کمک می‌کند به آن چیزی که وجود دارد توجه کنند، بدون آن‌که بخواهند آن را تغییر دهند یا از آن اجتناب کنند. بدین ترتیب، افکار و هیجانات قوی کمتر برانگیزنده می‌شوند و فرد می‌آموزد که مجبور نیست درگیر آن‌ها شود یا از آن‌ها اجتناب کند.

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با آموزش پذیرش، زندگی در زمان حال و عدم قضاوت در مورد رویدادها احتمالاً از طریق کسب تجارب جدید و مثبت، احساس درماندگی هنگام مواجهه با بیماری را کاهش می‌دهد و توانایی نظم‌جویی هیجانی و ایجاد پیامدهای مثبت را در مبتلایان به ام اس افزایش می‌دهد. علت اصلی ناتوانی در نظم‌جویی هیجانی را ناکارآمدی فرد در ارزیابی مجدد حالات خلقی می‌دانند [۲۲]. بنابراین، به‌نظر می‌رسد برنامه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با آموزش این مفهوم به مبتلایان به ام اس که افکار فقط "فکر"

- Patients With High Cardiovascular Risk. Kardiologia. 2015;7_2015:32-7. doi: 10.18565/cardio.2015.7.32-37
3. Fan X, Lv F. Psychosocial factors associated with self-efficacy for managing chronic disease in patients with chronic heart failure. Eur J Cardiovasc Nurs. 2016;15(4):255-61. doi: 10.1177/1474515114566157 pmid: 25548394

4. Giovannoni G. Personalized medicine in multiple sclerosis. *Neurodegener Dis Manag.* 2017;7(6s):13-7. [doi: 10.2217/nmt-2017-0035](#) [pmid: 29143582](#)
5. Correale J, Gaitan MI, Ysraelit MC, Fiol MP. Progressive multiple sclerosis: from pathogenic mechanisms to treatment. *Brain.* 2017;140(3):S27-46. [doi: 10.1093/brain/aww258](#) [pmid: 27794524](#)
6. Etemadifar M, Nourian SM, Nourian N, Abtahi SH, Sayahi F, Saraf Z, et al. Early-Onset Multiple Sclerosis in Isfahan, Iran: Report of the Demographic and Clinical Features of 221 Patients. *J Child Neurol.* 2016;31(7):932-7. [doi: 10.1177/0883073816634853](#) [pmid: 26979097](#)
7. Alsaadi T, El Hammasi K, Shahrou TM, Shakra M, Turkawi L, Mudhafar A, et al. Prevalence of Depression and Anxiety among Patients with Multiple Sclerosis Attending the MS Clinic at Sheikh Khalifa Medical City, UAE: Cross-Sectional Study. *Mult Scler Int.* 2015;2015:487159. [doi: 10.1155/2015/487159](#) [pmid: 26240760](#)
8. Marrie RA, Walld R, Bolton JM, Sareen J, Walker JR, Patten SB, et al. Estimating annual prevalence of depression and anxiety disorder in multiple sclerosis using administrative data. *BMC Res Notes.* 2017;10(1):619. [doi: 10.1186/s13104-017-2958-1](#) [pmid: 29178935](#)
9. Phillips LH, Henry JD, Nouzova E, Cooper C, Radlak B, Summers F. Difficulties with emotion regulation in multiple sclerosis: Links to executive function, mood, and quality of life. *J Clin Exp Neuropsychol.* 2014;36(8):831-42. [doi: 10.1080/13803395.2014.946891](#) [pmid: 25273836](#)
10. Goussinsky R, Livne Y. Coping with interpersonal mistreatment: the role of emotion regulation strategies and supervisor support. *J Nurs Manag.* 2016;24(8):1109-18. [doi: 10.1111/jonm.12415](#) [pmid: 27406687](#)
11. Borges LM, Naugle AE. The role of emotion regulation in predicting personality dimensions. *Personal Ment Health.* 2017;11(4):314-34. [doi: 10.1002/pmh.1390](#) [pmid: 28856850](#)
12. Maniaci G, Picone F, van Holst RJ, Bolloni C, Scardina S, Cannizzaro C. Alterations in the Emotional Regulation Process in Gambling Addiction: The Role of Anger and Alexithymia. *J Gambl Stud.* 2017;33(2):633-47. [doi: 10.1007/s10899-016-9636-4](#) [pmid: 27550365](#)
13. Svaldi J, Werle D, Naumann E, Eichler E, Berking M. Prospective associations of negative mood and emotion regulation in the occurrence of binge eating in binge eating disorder. *J Psychiatr Res.* 2019;115:61-8. [doi: 10.1016/j.jpsychires.2019.05.005](#) [pmid: 31121393](#)
14. Phillips LH, Saldias A, McCarrey A, Henry JD, Scott C, Summers F, et al. Attentional lapses, emotional regulation and quality of life in multiple sclerosis. *Br J Clin Psychol.* 2009;48(Pt 1):101-6. [doi: 10.1348/014466508X379566](#) [pmid: 19040791](#)
15. Glover NG, Sylvers PD, Shearer EM, Kane MC, Clasen PC, Epler AJ, et al. The efficacy of Focused Acceptance and Commitment Therapy in VA primary care. *Psychol Serv.* 2016;13(2):156-61. [doi: 10.1037/ser0000062](#) [pmid: 27148950](#)
16. Hayes SC, Hofmann SG. The third wave of cognitive behavioral therapy and the rise of process-based care. *World Psychiatry.* 2017;16(3):245-6. [doi: 10.1002/wps.20442](#) [pmid: 28941087](#)
17. Kuyken W, Warren FC, Taylor RS, Whalley B, Crane C, Bondolfi G, et al. Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Prevention of Depressive Relapse: An Individual Patient Data Meta-analysis From Randomized Trials. *JAMA Psychiatry.* 2016;73(6):565-74. [doi: 10.1001/jamapsychiatry.2016.0076](#) [pmid: 27119968](#)
18. Schroevers MJ, Tovote KA, Snippe E, Fleer J. Group and Individual Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) Are Both Effective: a Pilot Randomized Controlled Trial in Depressed People with a Somatic Disease. *Mindfulness (N Y).* 2016;7(6):1339-46. [doi: 10.1007/s12671-016-0575-z](#) [pmid: 27909465](#)
19. Mathur S, Sharma MP, Bharath S. Mindfulness-based cognitive therapy in patients with late-life depression: A case series. *Int J Yoga.* 2016;9(2):168-72. [doi: 10.4103/0973-6131.183711](#) [pmid: 27512325](#)
20. Mirmahdi S, Rezaali M. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on resilience, emotion regulation and life expectancy among women with diabetes 2. *Health Psychol.* 2019;7(28):167-83.
21. Bektas DK, Demir S. Anxiety, Depression Levels and Quality of Life in Patients with Gastrointestinal Cancer in Turkey. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2016;17(2):723-31. [doi: 10.7314/apjcp.2016.17.2.723](#) [pmid: 26925670](#)
22. Sadoughi M, Mehrzad V, MohammadSalehi Z. The Relationship between Anxiety, Depression, and Quality of Life among Breast Cancer Patients in Seyedoshohada Hospital in Isfahan in 2016: The Mediating Role of Resilience. *J Rafsanjan Univ Med Sci.* 2017;16(5):395-408.
23. Garnefski N, Koopman H, Kraaij V, ten Cate R. Brief report: Cognitive emotion regulation strategies and psychological adjustment in adolescents with a chronic disease. *J Adolesc.* 2009;32(2):449-54. [doi: 10.1016/j.adolescence.2008.01.003](#) [pmid: 18775562](#)
24. Kaviani H, Seyfourian H, Sharifi V, Ebrahimkhani N. Reliability and validity of anxiety and depression hospital scales (HADS): Iranian patients with anxiety and depression disorders. *Tehran Univ Med J.* 2009;67(5):379-85.
25. Hoogerwerf AEW, Bol Y, Lobbestael J, Hupperts R, van Heugten CM. Mindfulness-based cognitive therapy for severely fatigued multiple sclerosis patients: A waiting list controlled study. *J Rehabil Med.* 2017;49(6):497-504. [doi: 10.2340/16501977-2237](#) [pmid: 28597907](#)
26. Ghielen I, Rutten S, Boeschoten RE, Houniet-de Gier M, van Wegen EEH, van den Heuvel OA, et al. The effects of cognitive behavioral and mindfulness-based therapies on psychological distress in patients with multiple sclerosis, Parkinson's disease and Huntington's disease: Two meta-analyses. *J Psychosom Res.* 2019;122:43-51. [doi: 10.1016/j.jpsychores.2019.05.001](#) [pmid: 31126411](#)
27. Mhizha-Murira JR, Drummond A, Klein OA, dasNair R. Reporting interventions in trials evaluating cognitive

- rehabilitation in people with multiple sclerosis: a systematic review. *Clin Rehabil.* 2018;32(2):243-54. **doi:** [10.1177/0269215517722583](https://doi.org/10.1177/0269215517722583) **pmid:** 28828902
28. Mitolo M, Venneri A, Wilkinson ID, Sharrack B. Cognitive rehabilitation in multiple sclerosis: A systematic review. *J Neurol Sci.* 2015;354(1-2):1-9. **doi:** [10.1016/j.jns.2015.05.004](https://doi.org/10.1016/j.jns.2015.05.004) **pmid:** 25998261
 29. Segal ZV, Walsh KM. Mindfulness-based cognitive therapy for residual depressive symptoms and relapse prophylaxis. *Curr Opin Psychiatry.* 2016;29(1):7-12. **doi:** [10.1097/YCO.0000000000000216](https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000216) **pmid:** 26575299
 30. Dimidjian S, Goodman SH, Felder JN, Gallop R, Brown AP, Beck A. Staying well during pregnancy and the postpartum: A pilot randomized trial of mindfulness-based cognitive therapy for the prevention of depressive relapse/recurrence. *J Consult Clin Psychol.* 2016;84(2):134-45. **doi:** [10.1037/ccp0000068](https://doi.org/10.1037/ccp0000068) **pmid:** 26654212
 31. Cherkin DC, Sherman KJ, Balderson BH, Cook AJ, Anderson ML, Hawkes RJ, et al. Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction vs Cognitive Behavioral Therapy or Usual Care on Back Pain and Functional Limitations in Adults With Chronic Low Back Pain: A Randomized Clinical Trial. *JAMA.* 2016;315(12):1240-9. **doi:** [10.1001/jama.2016.2323](https://doi.org/10.1001/jama.2016.2323) **pmid:** 27002445
 32. Joshi SS, Sharma MP, Varambally S. Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy in patients with bipolar affective disorder: A case series. *Int j yoga.* 2018;11(1):77.
 33. Bojic S, Becerra R. Mindfulness-Based Treatment for Bipolar Disorder: A Systematic Review of the Literature. *Eur J Psychol.* 2017;13(3):573-98. **doi:** [10.5964/ejop.v13i3.1138](https://doi.org/10.5964/ejop.v13i3.1138) **pmid:** 28904603