

اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی بیماران پارکینسون*

مینا مقتدری^۱، مجید صفاری نیا^۲، حسین زارع^۳، احمد علی پور^۴، احمد چیت ساز^۵

Effectiveness of the mindfulness therapy on the life quality and psychological wellbeing of parkinson patients

Mina Mottaghi¹, Majid Saffari Nya², Hossein Zare³, Ahmad Ali Pour⁴, Ahmad Chitsaz⁵

چکیده

زمینه: بروز بیماری های مزمن همچون پارکینسون، علاوه بر سلامت جسمی، کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی مبتلایان را نیز با آسیب جدی مواجه می سازد. اما آیا درمان ذهن آگاهی به بهبود کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی بیماران پارکینسون کمک می کند؟ **هدف:** بر همین اساس پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی بیماران پارکینسون انجام گرفت. **روش:** پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل افراد مبتلا به بیماری پارکینسون شهر اصفهان در سه ماهه زمستان سال ۱۳۹۷ بود. در این پژوهش تعداد ۳۰ فرد مبتلا به بیماری پارکینسون با روش نمونه گیری غیر تصادفی در دسترس انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه های آزمایش و گواه گمارده شدند (۱۵ بیمار در گروه آزمایش و ۱۵ بیمار در گروه گواه). گروه آزمایش مداخله درمان ذهن آگاهی (سیگل، ۲۰۱۰) را طی سه ماه در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای دریافت نمودند. پرسشنامه های مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه کیفیت زندگی (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۴) و پرسشنامه بهزیستی روانشناختی (ریف، ۱۹۸۰) بود. داده های حاصل از پژوهش به شیوه تحلیل واریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. **یافته ها:** نتایج نشان داد که درمان ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی (P=۰/۰۰۱) و بهزیستی روانشناختی (P=۰/۰۰۱). بیماران پارکینسون تأثیر معنادار دارد. میزان تأثیر بسته درمان ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی بیماران پارکینسون به ترتیب ۶۸ و ۶۷ درصد بود. **نتیجه گیری:** یافته های پژوهش حاضر بیانگر آن بودند که درمان ذهن آگاهی با بهره گیری از فوونی همانند افکار، هیجانات و رفتار آگاهانه می تواند به عنوان یک درمان کارآمد جهت افزایش کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی بیماران پارکینسون شود. **واژه کلیدها:** درمان ذهن آگاهی، کیفیت زندگی، بهزیستی روانشناختی، پارکینسون

Background: Chronic diseases such as Parkinson seriously damages the patients' Life Quality and Psychological Wellbeing. However, is mindfulness therapy helpful to improve the quality of life and psychological well-being of Parkinson patients? **Aims:** In this study, the effectiveness of mindfulness therapy on the quality of life and psychological well-being of Parkinson patients was investigated. **Method:** This study was a pre-test-post-test design with a control group and a two-month follow-up period. The study population consisted of 30 Parkinson patients from the city of Isfahan, Iran, who were randomly selected and randomly assigned to the experimental and control groups (15 patients in the experimental group and 15 patients in the control group). The experimental group received the Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) program (Segal, 2010) for 8 sessions of 90 minutes over a three-month period. The data obtained from the study were analyzed using one-way ANOVA. **Results:** The results showed that mindfulness therapy had a significant effect on the quality of life (P=0.001) and psychological well-being (P=0.001) of Parkinson patients. The effect sizes of mindfulness therapy on the quality of life and psychological well-being of Parkinson patients were 68% and 67%, respectively. **Conclusions:** The findings of this study indicate that mindfulness therapy, using techniques such as thoughts, emotions, and behaviors, can be considered an effective treatment for improving the quality of life and psychological well-being of Parkinson patients. **Key Words:** Mindfulness therapy, quality of life, psychological well-being, Parkinson.

Corresponding Author: mina@cenint.com

* مقاله حاضر برگرفته از رساله دوره دکتری تخصصی نویسنده اول است.

^۱ دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ P. M. D. Saffari Nya, M. A. B. Saffari Nya, P. M. D. Saffari Nya, P. M. D. Saffari Nya, P. M. D. Saffari Nya (M. A. B. Saffari Nya, P. M. D. Saffari Nya)
 استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

^۳ P. M. D. Saffari Nya, M. A. B. Saffari Nya, P. M. D. Saffari Nya, P. M. D. Saffari Nya, P. M. D. Saffari Nya
 استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

^۴ P. M. D. Saffari Nya, M. A. B. Saffari Nya, P. M. D. Saffari Nya, P. M. D. Saffari Nya, P. M. D. Saffari Nya
 استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

^۵ P. M. D. Saffari Nya, M. A. B. Saffari Nya, P. M. D. Saffari Nya, P. M. D. Saffari Nya, P. M. D. Saffari Nya
 استاد، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

^۶ P. M. D. Saffari Nya, M. A. B. Saffari Nya, P. M. D. Saffari Nya, P. M. D. Saffari Nya, P. M. D. Saffari Nya
 دریافت: ۹۸/۰۶/۱۸ پذیرش نهایی: ۹۸/۰۹/۲۸

مقدمه

یکی از بیماری‌هایی که در قرن حاضر به عنوان دومین بیماری شایع سیستم عصبی مرکزی بعد از آلزایمر شناخته می‌شود، بیماری پارکینسون^۱ است که یکی از شایع‌ترین دلایل ناتوانی در سنین بالا نیز به شمار می‌رود (دری، شاه، کای و کانسل، ۲۰۱۰؛ آنال و امیکلی-آلتارفان، ۲۰۱۹). با افزایش سن و طول عمر، احتمال وقوع این بیماری افزایش می‌یابد، به طوری که تقریباً حدود ۱/۸ درصد از افراد بالای ۶۵ سال به این بیماری دچار می‌شوند (آمینوفو همکاران، ۲۰۱۱، کوغان، مک‌گویر و ریلی، ۲۰۱۹). پارکینسون یک بیماری تباہ کننده عصبی و با سیر آهسته پیش‌رونده است که در اثر تحلیل سلول‌های مغزی تولید کننده دوپامین ایجاد می‌شود. در حالی که بیماری پارکینسون یک اختلال حرکتی پیش‌رونده است، تغییرات شناختی و زبانی نیز در این بیماری مشاهده می‌شود (اسکایو همکاران، ۲۰۱۴، ریچ و ساویت، ۲۰۱۹). از علائم اصلی پارکینسون ارتعاش و لرزش دست و پا در حالت استراحت، کندی حرکات، سختی و خشک شدن دست و پا و بدن و نداشتن تعادل را می‌توان نام برد (فوکاناجا و همکاران، ۲۰۱۴؛ به نقل از هیز، ۲۰۱۹).

افراد مبتلا به پارکینسون نیاز به مراقبت دارند، به طوری که بدون مراقبت احتمال وقوع مشکلات خاص برای آنها وجود دارد (جکسون و همکاران، ۲۰۱۷). این بیماری نه تنها توانایی‌های عملکردی بیماران را تحت تأثیر شدید قرار می‌دهد، بلکه حیطه‌های هیجانی، روانی، اجتماعی، عاطفی و ابعاد گوناگون کیفیت زندگی^۲ آنها را نیز دچار آسیب جدی می‌نماید (سوراتوس، سارائزا، سامالایا و جامورا، ۲۰۱۸؛ به نقل از لئو همکاران، ۲۰۱۸). کیفیت زندگی مفهومی جامع و کلی است که همه ابعاد فیزیکی، روانی، شناختی، اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی زندگی فرد را در برمی‌گیرد. در بعد فیزیکی مهمترین جنبه وضعیت عملکرد فرد است (بالسترینو و مارتینز - مارتینز، ۲۰۱۷). درک از کیفیت زندگی متأثر از توانایی شخص در سنین مختلف در جهت ادامه عملکرد و از انجام فعالیت‌های روزمره نظیر مراقبت از خود، رفتن به مدرسه و محل کار است. در بعد روانی نیز باید گفت که سلامت روانی جزء مهمی از کیفیت زندگی بوده و داشتن نگرش مثبت در ارتقای کیفیت زندگی

مؤثر است. در بعد اجتماعی - فرهنگی، نقش‌های هر فرد در خانواده و جامعه و ارتباطات اجتماعی از عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی هستند (کارو و همکاران، ۲۰۱۰).

همچنین باید اشاره کرد که بروز بیماری‌های جسمی و فیزیولوژیک حاد و مزمن می‌تواند بهزیستی روانشناختی^۳ افراد مبتلا را با آسیب مواجه سازد (محمودعلیلو، یارمحمدی واصل، بیات و حسینی، ۱۳۹۴، اورکی و سامی، ۱۳۹۵، کرازینو، سیری و بیچ، ۲۰۱۹). بهزیستی روانشناختی به کیفیت تجربه شده زندگی اشاره می‌کند و منعکس کننده عملکرد و تجربه روانشناختی مطلوب است. معنی لغوی بهزیستی روانشناختی یک حالت رضایت از شاد بودن، سلامتی و موفقیت است که به تجربه و عملکرد روانشناختی مطلوب اشاره می‌کند. بهزیستی روانشناختی توانایی شرکت فعالانه در کار و تفریح، خلق روابط معنی‌دار با دیگران، گسترش حس خودمختاری و داشتن هدف در زندگی و تجربه کردن هیجانات مثبت است (هاروود و آنگلیم، ۲۰۱۹). بهزیستی روانشناختی شامل ابعادی مانند پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، استقلال، تسلط بر محیط، هدفمندی در زندگی و رشد شخصی می‌شود (چو، مارتین، مارگرت، مک دونالد و پون، ۲۰۱۱). در نهایت بهزیستی روانشناختی صحیح شامل هیجانات مثبت، ویژگی‌های شخصیتی بالغ مانند خود رهبری، مشارکت کردن، خودشکوفایی، رضایت از زندگی و نیروهای شخصیتی مانند امید، دلسوزی و شجاعت می‌شود. همچنین به خود آگاهی به عنوان کلید بهزیستی روانشناختی اشاره شده است، مبتنی بر این حقیقت که ویژگی‌های بهزیستی روانشناختی اگر درونی نشوند، خود به خود تجربه نشوند و افراد از خود و اعمال‌شان آگاه نباشند، تقلیل می‌یابند (سان، چان و چان، ۲۰۱۶).

جهت بهبود مؤلفه‌های روانشناختی افراد مبتلا به پارکینسون، تاکنون روش‌های آموزشی و درمانی مختلفی به کار گرفته شده است. از انواع این درمان‌ها می‌توان به درمان ذهن آگاهی^۴ اشاره کرد که کارآیی بالینی آن در پژوهش‌های پیکات و همکاران (۲۰۱۳)؛ بیتوال، دابرو - مارشال، دبرا - مارشال، دردو و دان (۲۰۱۷)؛ آیرس

4. P... M... M... M... P...

5. M... P...

1. P...

2. P... P...

3. P... P... P...

این نکته است که آیا درمان ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی بیماران پارکینسون تأثیر دارد؟

فرضیه‌های پژوهش

درمان ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی بیماران پارکینسون تأثیر دارد.

روش

طرح پژوهش حاضر، از نوع نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه و مرحله پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه افراد مبتلا به بیماری پارکینسون مراجعه کننده به مرکز درمانی دکتر چیت ساز واقع در شهر اصفهان در سال ۱۳۹۷ تشکیل می‌دادند که دارای بیماری پارکینسون تشخیص داده شده و جهت شرکت در این پژوهش، رضایت آگاهانه داشتند. از این میان، تعداد ۳۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. بدین صورت که با مراجعه به مرکز درمانی دکتر چیت ساز، تعداد ۳۰ فرد مبتلا به بیماری پارکینسون به شیوه درد سترس انتخاب و به صورت گمارش تصادفی در گروه آزمایش و گروه گواه گمارده شدند (هر گروه ۱۵ بیمار). میانگین سن آزمودنی‌ها ۶۳ سال بود. ۲۱ نفر از شرکت کنندگان در پژوهش ۱۶ نفر مرد (معادل ۵۳/۳۳) و ۱۴ نفر زن (معادل ۴۶/۶۷) بودند. در بین شرکت کنندگان ۶ نفر (معادل ۲۰ درصد) دارای تحصیلات دیپلم، تعداد ۱۰ نفر (معادل ۳۳/۳۳ درصد) دارای تحصیلات لیسانس، تعداد ۶ نفر (معادل ۲۰ درصد) دارای تحصیلات فوق لیسانس بود. سپس گروه آزمایش تحت آموزش در مان ذهن آگاهی قرار گرفتند، در حالی که گروه گواه در انتظار دریافت مداخله بوده و در طول اجرای پژوهش این مداخله روانشناختی را دریافت نکرد. این در حالی بود که افراد حاضر در هر دو گروه به فرآیند دارو درمانی خود ادامه می‌دادند. مداخلات درمانی در محل بیمارستان الزهرا انجام شد. پس از اتمام آموزش، از آنان پس‌آزمون به عمل آمد. پس‌آزمون شامل پرسشنامه‌های قبلی بود. پس از دو ماه نیز مرحله پیگیری اجرا شد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل ابتلا به بیماری پارکینسون به تشخیص روان‌پزشک و متخصص مغز و اعصاب، اعلام رضایت و آمادگی جهت شرکت در پژوهش، نداشتن بیماری جسمی حاد و مزمن دیگر (با توجه به پرونده سلامت و مشاوره‌ای آنان در مراکز درمانی)، عدم استفاده از داروهای روان‌پزشکی بر اساس پرونده پزشکی، حداقل سواد سیکل، مصرف

و همکاران (۲۰۱۹) و سون و چوی (۲۰۱۹) برای افراد مبتلا به پارکینسون نشان داده شده است. علاوه بر این، نتایج پژوهش‌های صمدزاده، صالحی، بنی‌جمالی و احدی (۱۳۹۷)؛ احمدی، قائمی و فرخی (۱۳۹۷)، هوپ وود و اسدچات (۲۰۱۷)؛ به نقل از هافمن، آنجلیا و گومز (۲۰۱۷)؛ به نقل از کروسول و همکاران (۲۰۱۷) و کروسکا، میلر، روچ، کروسکا و اوهارا (۲۰۱۸)، راش، کاونگ و گارلند (۲۰۱۹) نشان می‌دهند که درمان ذهن آگاهی می‌تواند منجر به بهبود مؤلفه‌های روانشناختی و هیجانی افراد مختلف شود. آرانگا، سانچز و پرز (۲۰۱۹) نشان داده‌اند که افراد با ذهن آگاهی بالا بیشتر به ارزیابی منطقی تنیدگی پرداخته و کمتر از راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی استفاده می‌کنند. ذهن آگاهی به عنوان حالت توجه برانگیخته و آگاهی از آنچه که در لحظه کنونی اتفاق می‌افتد، تعریف شده است (مارچ‌اند، ۲۰۱۳). این توجه، توجهی است هدفمند، به همراه پذیرش بدون داوری در مورد تجربه‌های در حال وقوع در لحظه کنونی (براتو و باسون، ۲۰۱۴). آموزش‌های مبتنی بر ذهن آگاهی بر روش‌های مراقبه‌ای مانند تکنیک بررسی بدن برای افزایش فهم و آگاهی از چگونگی افکار متکی است. این تکنیک در راستای ادراک حس‌های ارادی بدن مانند غذا خوردن و حرکت کردن و حس‌های غیرارادی بدنی مانند تنفس برنامه‌ریزی شده است تا با به کارگیری آنها مهار بیشتری بر پاسخ‌های غیرارادی مانند تنیدگی‌ها اعمال شود (واکر و کولوسیمو، ۲۰۱۱).

دلیل استفاده از درمان ذهن آگاهی برای بیماران پارکینسونی، وجود خودآگاهی شناختی و پایین ذهن آگاهی در نزد بیماران مزمن بوده که سبب می‌شود آنها نسبت به فرآیندهای روانی خودآگاهی کافی نداشته باشند (محمدی، میردریکوند و عزیزی، ۱۳۹۴). بر این اساس به نظر می‌رسد درمان ذهن آگاهی می‌تواند دریچه جدیدی را فرآیندهای روانی و هیجانی این افراد بگشاید. حال با توجه به آسیب‌های روانشناختی و هیجانی در افراد مبتلا به بیماری پارکینسون و اهمیت بهره‌گیری از روش‌های درمانی و مداخله‌ای مناسب، و از سوی دیگر تأیید کارایی درمان ذهن آگاهی در بهبود مؤلفه‌های روانشناختی جامعه‌های آماری مختلف (به خصوص بیماران پارکینسون) و سرانجام عدم انجام پژوهشی در راستای بررسی اثر بخشی درمان ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی بیماران پارکینسون، مسأله اصلی پژوهش حاضر بررسی

نیکنام، ۱۳۹۰). در پژوهش پورکمالی، یزدخواستی، عریضی و چیت‌ساز (۱۳۹۵) نیز قابلیت اعتماد این ابزار به دو شیوه آلفای کرونباخ و دو نیمه‌سازی مورد محاسبه قرار گرفت که ضرایب ۰/۸۴ و ۰/۷۴ به دست آمد. قابلیت اعتماد پرسشنامه حاضر در این پژوهش با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد.

پرسشنامه بهزیستی روانشناختی: پرسشنامه بهزیستی روانشناختی با ۵۴ پرسش و ۶ خرده‌مقیاس در سال (۱۹۸۰) توسط توست ریف^۳ تنظیم شد و در بررسی‌های بعدی فرم کوتاه‌تر ۱۸ سؤالی نیز پیشنهاد گردید (بیانی، محمدکوچکی و بیانی، ۱۳۸۷). در پژوهش حاضر نسخه ۵۴ سؤالی آن با ۶ خرده‌مقیاس به کار برده شد. خرده‌مقیاس‌های این آزمون عبارتند از: پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، استقلال، تسلط بر محیط، هدفمندی در زندگی و رشد شخصی. هر یک از سؤالات این پرسشنامه از یک طیف ۶ درجه‌ای (کاملاً مخالفم: نمره ۱، تا حدی مخالفم: نمره ۲، مخالفم: نمره ۳، موافقم: نمره ۴، تا حدی موافقم: نمره ۵ و کاملاً موافقم: نمره ۶) تشکیل شده است. سؤالاتی که به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند عبارتند از:

۲۰/۲۲/۲۴/۲۵/۲۶/۲۷/۳۰/۳۱/۳۲/۳۹/۴۰/۴۱/۴۳/۴۴/۴۶/۴۹/۵۰/۵۴
 ۳/۵/۷/۸/۱۰/۱۲/۱۳/۱۴/۱۶/۱۸/۱۹/۲۱/۲۲/۲۳/۲۴/۲۵/۲۶/۲۷/۲۸/۲۹/۳۰/۳۱/۳۲/۳۳/۳۴/۳۵/۳۶/۳۷/۳۸/۳۹/۴۰/۴۱/۴۲/۴۳/۴۴/۴۵/۴۶/۴۷/۴۸/۴۹/۵۰/۵۱/۵۲/۵۳/۵۴
 از جمع امتیاز ۵۴ سؤال نیز نمره بهزیستی روانشناختی بدست می‌آید و نمره بالاتر بیانگر بهزیستی روانشناختی بهتر است. نتایج همبستگی پرسشنامه ۵۴ سؤالی ریف با مقیاس رضایت از زندگی، پرسشنامه شادکامی آکسفورد و پرسشنامه عزت‌نفس روزنبرگ، حاکی از قابل قبول بودن درستی آزمایشی سازه این پرسشنامه در جمعیت ایرانی است (بیانی و همکاران، ۱۳۸۷). علاوه بر این بیانی و همکاران (۱۳۸۷) ضریب قابلیت اعتماد پرسشنامه ریف را با استفاده از روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۸۹ برآورد کردند. دایرندانک (۲۰۰۵) نسخه‌ای از پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ۵۴ سؤالی ریف را در پژوهش خود استفاده نمود، آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های آن را در دامنه ۰/۷۹ تا ۰/۸۵ گزارش نموده است و درستی آزمایشی محتوایی و سازه‌ای آزمون فوق را نیز مورد تأیید قرار داد. قابلیت اعتماد پرسشنامه حاضر در این پژوهش با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد.

دارو ویژه بیماری پارکینسون و نداشتن بیماری روانشناختی حاد و مزمن همانند افسردگی (با توجه به پرونده سلامت و مشاوره‌ای آنان) بود. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش شامل داشتن بیش از دو جلسه غیبت، عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در کلاس و عدم تمایل به ادامه حضور در فرآیند انجام پژوهش بود. جهت رعایت اخلاق در پژوهش، رضایت افراد برای شرکت در برنامه مداخله کسب و از کلیه مراحل مداخله آگاه شدند. هم‌چنین به افراد گروه گواه اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرآیند پژوهشی این مداخلات را دریافت خواهند نمود. در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو - ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها، آزمون موچلی جهت بررسی فرض کرویت داده‌ها و همچنین از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده گردید. نتایج آماری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی: پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی دارای ۲۶ آیت است که به صورت لیکرت ۵ درجه‌ای (نمره یک تا ۵) نمره‌گذاری می‌شود. هدف این طرح ایجاد ابزاری بین‌المللی و ناوابسته به فرهنگ جهت ارزیابی کیفیت زندگی افراد بود. این ابزار ادراک افراد را نسبت به سیستم‌های ارزشی و فرهنگی و همچنین اهداف شخصی، استانداردها و نگرانی‌های خود ارزیابی می‌کند. نمرات بالاتر در این پرسشنامه، نشانه سطوح بالاتر کیفیت زندگی در حیطه‌های مختلف جسمی، روانشناختی و اجتماعی است (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۴). پرسشنامه کیفیت زندگی شامل چهار حیطه سلامت جسمی، سلامت روانشناختی، روابط اجتماعی و سلامت محیط زندگی می‌شود (یانگ، کائو، سو، وانگ و لی، ۲۰۰۶). ضریب قابلیت اعتماد این ابزار در پژوهش‌های انجام شده در ایران بین ۰/۶۷ تا ۰/۸۴ محاسبه شده است و درستی آزمایشی همزمان آن نیز از طریق همبستگی معنادار با پرسشنامه سلامت عمومی، تأیید شده است (حسینیان، قاسم‌زاده و

3. [3]

1. [1]

2. [2]

به ذکر است که پروتکل درمان ذهن آگاهی توسط سیگل (۲۰۱۰) تدوین شده است. مداخله توسط نویسنده مسئول پژوهش به شرح زیر اجرا گردید.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای وابسته پژوهش در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه، در جدول ۲، ارائه شده است.

روند اجرای پژوهش: پس از هماهنگی لازم با مرکز درمانی دکتر چیت‌ساز و انجام فرآیند نمونه‌گیری (مطابق با آنچه ذکر گردید)، بیماران انتخاب شده (۳۰ بیمار) به شیوه تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (۱۵ بیمار در گروه آزمایش و ۱۵ بیمار در گروه گواه). گروه آزمایش مداخلات ۸ جلسه‌ای مربوط به درمان ذهن آگاهی را در طی دو ماه به صورت هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمود. این در حالی است که افراد حاضر در گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای را در طول پژوهش دریافت نکردند. لازم

جدول ۱. خلاصه جلسات مداخلات مربوط به درمان ذهن آگاهی (سیگل، ۲۰۱۰)

| جلسه | موضوع | خلاصه جلسه |
|-------|--|---|
| اول | هدایت خودکار | آشنایی با اعضای گروه و انتظارات آنها، تعیین خط‌مشی گروه و توضیح پیرامون پارکینسون، تمرین خوردن کشمش، تمرین مراقبه و آرسی بدن. تکلیف: انجام یکی از کارهای روزمره با ذهن آگاهی و آرسی بدن |
| دوم | چالش با موانع | ده دقیقه تنفس با ذهن آگاهی، تمرین و آرسی بدن. تکلیف: آوردن توجه به یکی دیگر از فعالیت‌های روزمره، ثبت وقایع خوشایند، و آرسی بدن و ده دقیقه تنفس ذهن آگاهانه |
| سوم | ذهن آگاهی در حین حرکت | تمرین حرکات کششی آرام همراه با ذهن آگاهی، تمرین قدم زدن آگاهانه، تمرین و آرسی بدن. تکلیف: پیاده‌روی آگاهانه، و آرسی بدن، ثبت تجربه‌های ناخوشایند |
| چهارم | ماندن در لحظه | تمرین ذهن آگاهی نسبت به شنیدن و فکر کردن، داستان بیرهای گرسنه، تمرین مکث سه دقیقه‌ای، تمرین و آرسی بدن. تکلیف: تمرین و آرسی بدن، استفاده از وسایل نقلیه همراه با ذهن آگاهی، مکث سه دقیقه‌ای |
| پنجم | پذیرفتن و اجازه دادن | تمرین مراقبه نشسته با آگاهی از تنفس و بدن، پذیرش، تمرین ایجاد یک مشکل و کار کردن روی آن از طریق بدن، تمرین مکث سه دقیقه‌ای (به همراه احساس پذیرا بودن)، تمرین و آرسی بدن. تکلیف: و آرسی بدن و مکث سه دقیقه‌ای |
| ششم | افکار واقعیت نیستند | افکار جانشین، تمرین مکث سه دقیقه‌ای، تمرین و آرسی بدن. تکلیف: و آرسی بدن، مکث سه دقیقه‌ای و استفاده از آن در مواقع بروز احساسات ناخوشایند |
| هفتم | مراقبت از خود | ارتباط بین خلق و احساسات، چگونه به بهترین نحو از خود مراقبت کنیم، تمرین و آرسی بدن. تکلیف: تهیه لیستی از فعالیت‌های انرژی بخش و خسته کننده |
| هشتم | به کارگیری آموخته‌ها و تمرین‌ها در آینده | تمرین و آرسی بدن، بحث پیرامون تداوم تمرین‌ها و برنامه‌ریزی جهت انجام آن، بررسی مشکلات که مانع از انجام تکالیف می‌شوند |

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی در دو گروه آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

| مؤلفه‌ها | گروه‌ها | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | | پیگیری | | نرمالیتی |
|---------------------|-------------|-----------|--------------|----------|--------------|---------|--------------|----------|
| | | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | |
| کیفیت زندگی | گروه آزمایش | ۶۵/۲۶ | ۵/۲۲ | ۷۴/۶۰ | ۶/۵۶ | ۷۷/۶۶ | ۵/۳۳ | ۰/۳۳ |
| | گروه گواه | ۶۵/۸۶ | ۶/۲۰ | ۶۷/۲۰ | ۶/۴۶ | ۶۶/۵۳ | ۶/۴۴ | ۰/۲۱ |
| بهزیستی روان‌شناختی | گروه آزمایش | ۱۳۵/۲۰ | ۱۱/۲۷ | ۱۵۴/۴۶ | ۱۶/۱۶ | ۱۵۳/۳۳ | ۱۳/۰۹ | ۰/۵۵ |
| | گروه گواه | ۱۳۸/۸۶ | ۹/۹۲ | ۱۳۹/۱۳ | ۱۰/۷۵ | ۱۳۹/۴۶ | ۱۰/۹۷ | ۰/۴۰ |

(۰/۵۹، F_(2, 27) > ۰/۰۵)؛ (۰/۶۳، F_(2, 27) > ۰/۰۵). همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن معنادار نبود که این یافته می‌داد پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها رعایت شده است (۰/۰۵ >). از طرفی نتایج آزمون نشان داد که تفاوت نمره‌های پیش‌آزمون گروه‌های آزمایش و گروه گواه در متغیرهای وابسته (کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی) معنادار

قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون واریانس با اندازه‌گیری مکرر، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو وویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیرهای کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی در گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برقرار است (۰/۵۵، F_(2, 27) > ۰/۰۵)؛

نموده است (۰/۰۵ > P). همچنین نتایج آزمون موچلی بیانگر آن بود که پیش فرض کرویت داده‌ها در متغیرهای کیفیت زندگی و بهزیستی

روانشناختی رعایت شده است (۰/۰۵ > P).

| متغیرها | مجموع مجدورات | درجه آزادی | میانگین مجدورات | مقدار F | مقدار P | اندازه اثر | توان آزمون |
|--------------------|-------------------------|------------|-----------------|---------|---------|------------|------------|
| کیفیت زندگی | مراحل | ۲ | ۳۶۲/۸۴ | ۷۹/۸۰ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۷۴ | ۱ |
| | گروه‌بندی | ۱ | ۸۰۴/۰۱ | ۱۷/۹۳ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۴۸ | ۱ |
| | تعامل مراحل و گروه‌بندی | ۲ | ۳۴۰/۵۳ | ۵۹/۲۷ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۶۸ | ۱ |
| | خطا | ۵۶ | ۴/۵۴ | | | | |
| بهزیستی روانشناختی | مراحل | ۲ | ۹۱۶/۴۱ | ۶۳/۴۰ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۶۹ | ۱ |
| | گروه‌بندی | ۱ | ۵۷۰/۷۸ | ۲۷/۱۵ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۵۳ | ۱ |
| | تعامل مراحل و گروه‌بندی | ۲ | ۸۳۸/۲۱ | ۵۷/۹۹ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۶۷ | ۱ |
| | خطا | ۵۶ | ۱۴/۴۵ | | | | |

مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با یکدیگر تفاوت معنی‌داری دارند. جهت بررسی تفاوت میانگین گروه آزمایش درمان ذهن آگاهی با گروه گواه در متغیرهای پژوهش، در جدول ۴ نتایج مقایسه میانگین گروه آزمایش و گواه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گزارش شده است.

همانگونه که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که میزان F اثر تعامل مراحل و گروه برای متغیر کیفیت زندگی (۵۹/۲۷) و برای متغیر بهزیستی روانشناختی (۵۷/۹۹) است که در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است. این یافته نشان می‌دهد که گروه‌های آزمایش و گواه از لحاظ متغیرهای پژوهش (کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی) در سه

| مؤلفه | مرحله | مقدار F | درجه آزادی | تفاوت میانگین‌ها | خطای استاندارد برآورد | سطح معناداری |
|--------------------|-----------|---------|------------|------------------|-----------------------|--------------|
| کیفیت زندگی | پیش‌آزمون | -۰/۲۸ | ۲۸ | -۰/۶۰ | ۲/۰۹ | ۰/۷۷ |
| | پس‌آزمون | ۳/۱۱ | ۲۸ | ۷/۴۰ | ۲/۳۷ | ۰/۰۰۴ |
| | پیگیری | ۵/۱۴ | ۲۸ | ۱۱/۱۳ | ۲/۱۶ | ۰/۰۰۰۱ |
| بهزیستی روانشناختی | پیش‌آزمون | -۱/۰۳ | ۲۸ | -۳/۶۶ | ۳/۵۵ | ۰/۳۱ |
| | پس‌آزمون | ۳/۳۹ | ۲۸ | ۱۵/۳۳ | ۴/۵۲ | ۰/۰۰۲ |
| | پیگیری | ۳/۶۳ | ۲۸ | ۱۳/۸۶ | ۳/۸۳ | ۰/۰۰۰۱ |

بهزیستی روانشناختی افراد مبتلا به بیماری پارکینسون در مراحل پس‌آزمون و پیگیری گردد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی بیماران پارکینسون انجام گرفت. نتایج نشان داد که درمان ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی بیماران پارکینسون تأثیر معنادار دارد. بدین صورت که این درمان توانسته منجر به بهبود بر کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی بیماران پارکینسون شود.

یافته اول پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی بیماران پارکینسون همسو با نتایج پژوهش پیکات و

همانگونه نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، در متغیرهای کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی تفاوت میانگین گروه آزمایش با گروه گواه در مرحله پیش‌آزمون (۰/۷۷ و ۰/۳۱) معنی‌دار نیست و در نتیجه بین دو گروه آزمایش و گواه در این مرحله تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. اما تفاوت میانگین گروه آزمایش و گروه گواه در مرحله پس‌آزمون (۰/۰۰۴ و ۰/۰۰۲) و پیگیری (۰/۰۰۰۱ و ۰/۰۰۰۱) در متغیرهای کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی معنی‌دار می‌باشد. در نتیجه میانگین گروه آزمایش در این دو مرحله به صورت معنی‌داری متفاوت از میانگین گروه گواه می‌باشد. این بدان معناست که درمان ذهن آگاهی توانسته منجر به بهبود کیفیت زندگی و

می‌تواند آسیب‌های روانشناختی بیماران پارکینسون را کاهش داده و سلامت روان و بهزیستی روانشناختی آنها را افزایش دهد. در تبیین یافته حاضر مبنی بر تأثیر درمان ذهن آگاهی بر بهزیستی روانشناختی افراد مبتلا به بیماری پارکینسون بر اساس مبانی نظری باید بیان نمود، در درمان ذهن آگاهی، بر تغییر آگاهی و ایجاد رابطه جدید با افکار به جای تغییر آنها تأکید می‌شود که نشخوارهای ذهنی نسبت به فرآیندهای روانشناختی و سلامت را کاهش می‌دهد. این توانایی به واسطه پرورش دو توانش مهم پذیرش تجارب درونی افکار، احساسات و حس‌های بدنی ناخوشایند و عدم اجتناب از این تجارب است. یکی از مکانیسم‌های اثر درمان ذهن آگاهی برای افزایش پذیرش، ارائه شیوه متفاوتی از مواجهه با هیجانات، درد و پریشانی است (کروسول و همکاران، ۲۰۱۷). به گونه‌ای که فرد را ترغیب می‌کند تا به تجارب خود به شیوه‌ای خالی از قضاوت و در زمان حال توجه کند و از این طریق میزان ناراحتی روانشناختی را کاهش می‌دهد. به نظر می‌رسد شیوه متفاوت ارتباط با هیجانات که در درمان ذهن آگاهی به بیماران مبتلا به پارکینسون آموزش داده می‌شود، بر هیجانات ناخوشایند آنها تأثیر گذاشته و باعث می‌شود که این بیماران از دست افکار اتوماتیک، غیرارادای و درگیری‌های شناختی و روانشناختی حاصل از بیماری رها شده و تمرکز خود را بر افکار و رفتارهای حوزه سلامت بگذارند. این فرآیند نیز می‌تواند منجر به بهبود بهزیستی روانشناختی این بیماران شود.

محدود بودن دامنه تحقیق به افراد مبتلا به پارکینسون شهر اصفهان؛ عدم بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری تصادفی و عدم مهارت‌های اثرگذار بر کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی افراد مبتلا به بیماری پارکینسون از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج، در سطح پیشنهاد پژوهشی، این پژوهش در سایر استان‌ها و مناطق و جوامع دارای فرهنگ‌های متفاوت، دیگر بیماری‌ها (همانند سرطان، تالاسمی و...)، مهار عوامل ذکر شده و روش نمونه‌گیری تصادفی اجرا شود. با توجه به اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی بیماران پارکینسون، در سطح کاربردی پیشنهاد می‌شود درمان ذهن آگاهی طی کارگاهی تخصصی به روانشناسان و مشاوران مراکز بهداشتی و درمانی، آموزش داده شود تا آنها با بکارگیری این درمان برای افراد مبتلا به بیماری پارکینسون،

همکاران (۲۰۱۳)، بیتوال و همکاران (۲۰۱۷) بود. چنان که این پژوهشگران نشان داده‌اند که درمان ذهن آگاهی می‌تواند با تغییر در پردازش شناختی و هیجانی بیماران پارکینسون، در شرایط زندگی روزمره آنها تغییرات مثبتی ایجاد نماید. در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت کاهش درد و رنج ناشی از بیماری یکی از دغدغه‌های اصلی جامعه در ارتباط با بیماران مبتلا به بیماری‌های جسمی مزمن همچون پارکینسون است. با انجام تمرین‌های منظم ذهن آگاهی تغییراتی مثبت در برخی از کارکردهای روان‌شناختی مانند کاهش تنیدگی و مهار هیجان ایجاد می‌شود که منجر به کسب توانش‌های خودگردانی و انعطاف‌پذیری در برخورد با رویدادهای تنیدگی‌زا و کسب توانش‌های فیزیکی و جسمی شده که این فرآیند نیز باعث شکل‌گیری توانش‌های لازم، برای تغییر در شیوه‌های مقابله با مشکلات می‌شود (کروسکا و همکاران، ۲۰۱۸). درمان ذهن آگاهی شامل حفظ آگاهی به صورت ارادی و بر اساس توجه به موضوع خاص مانند احساسات فیزیکی در بدن (به عنوان مثال، حرکت تنفس به داخل و بیرون) از یک لحظه به لحظه دیگر است. با این حال، ذهن به افکار، احساسات، صداها یا دیگر احساسات، صداها یا دیگر احساسات بدنی منحرف می‌شود، محتوای آگاهی به خاطر سپرده می‌شود و سپس توجه به آرامی اما به طور جدی به سمت اهداف محافظت شده مشخص توجه برمی‌گردد. این فرآیند بارها و بارها تکرار می‌شود و دوباره در مراحل روزانه تمرین‌های تکرار می‌شود. چنین تمرین‌هایی، تجربیات مکرری را متناسب با توانایی مربوط به افکار به صورت حوادثی که در حوزه آگاهی از طریق متمایز کردن یک تمرکز اساسی بدون توجه به افکار، ارائه می‌دهد که در مقایسه با تجربه افکار که به عنوان آگاهی از رویدادها به صورت روان، خالص و ناب است. افزایش زمینه و تجارب هوشیاری سبب می‌شود که بیماران مبتلا به پارکینسون کمتر در دام افکار اضطراب‌آمیز مرتبط با درد افتاده و به میزان کمتری در برابر افکار این بیماری دچار ضعف روانی شوند. ادراک توانمندی روانی در برابر افکار و هیجانات حاصل از بیماری پارکینسون سبب می‌شود تا آنها کیفیت زندگی بالاتری را تجربه نمایند.

یافته دوم پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر بهزیستی روانشناختی بیماران پارکینسون همسو با نتایج پژوهش آیرس و همکاران (۲۰۱۹) و سون و چوی (۲۰۱۹) بود. این پژوهشگران در نتایج پژوهش خود دریافتند که درمان ذهن آگاهی

