

اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT)، بر کیفیت زندگی کارکنان نظامی

اکبر حقی^۱، سید حسین سلیمی^۲، پرویز دباغی^۳، مهدی ربیعی^۴

۱- گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، نویسنده مسئول ۲- مرکز تحقیقات فیزیولوژی ورزشی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج) ۳- گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران ۴- گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)

اطلاعات مقاله	چکیده
نوع مقاله مقاله کارآزمایی	مقدمه: هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش کیفیت زندگی در نیروهای نظامی است.
تاریخچه مقاله دریافت ۹۳/۳/۳ پذیرش ۹۳/۶/۱۶	روش کار: در این کارآزمایی بالینی جامعه آماری مورد مطالعه با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) غربال شد و تعداد ۴۰ نفر که در این آزمون نمره بالاتر از نقطه برش کسب نمودند به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه توزیع شدند. برای سنجش کیفیت زندگی، فرم کوتاه مقیاس کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHO-QOL-BREF)، از هر دو گروه آزمایش و کنترل به عنوان پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به عمل آمد. گروه آزمایش ۸ جلسه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT)، را در فاصله زمانی پیش‌آزمون و پس‌آزمون دریافت نمود و گروه گواه مداخله‌ای را دریافت نکرد.
کلید واژگان شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، کیفیت زندگی، کارکنان نظامی	یافته‌ها: نتایج پژوهش حاصل از تحلیل واریانس چند راهه (مانوا)، نشان داد، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی اثر معناداری بر میزان کیفیت زندگی ($P > 0/05$) گروه آزمایش داشته و این معناداری پس از سه ماه نیز از ثبات برخوردار بوده است.
نویسنده مسئول Email: Aliakbar.hagi@yahoo.com	نتیجه‌گیری: شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT)، می‌تواند کیفیت زندگی را در کارکنان نظامی ارتقاء بدهد.

مقدمه

عملیات نظامی^۱ عوامل استرس‌زایی مانند شرایط دشوار زندگی، خستگی و جدایی از خانواده را باعث می‌شود. تعدد عملیات‌ها عوارض بالایی شامل روحیه پائین‌تر، مشکلات سلامت روان، مشکلات کاری مرتبط با استرس^۲ بیشتر دارند. به علاوه مواجهه با جنگ با طیفی از پیامدهای منفی سلامت از جمله اختلال استرس پس از ضربه^۳ (PTSD)، افسردگی^۴، سوءمصرف مواد^۵ و مشکلات سلامت جسمی مرتبط می‌باشد (۱). تانلیلیان و جایکوکس^۶، نشان دادند نظامیان برگشته از عملیات طیف وسیعی از نگرانی‌ها را گزارش می‌دهند. مشکلات فیزیولوژیکی شامل (عادت‌های خواب مختل شده، انرژی کم، سردرد، درد مزمن، علائم قلبی-ریوی و مشکلات دست‌گناه گوارش) و مشکلات روانشناختی شامل PTSD، صدمه آسیب‌زای مغزی^۷، اختلالات افسردگی و اضطراب^۸ می‌باشند (۱). گیل^۹ و همکاران، معتقدند کارکنان نظامی که در جنگ حضور داشته‌اند در معرض کاهش کیفیت زندگی هستند (۲). ایک و نیوهیل، دریک فراتحلیل در خصوص کیفیت زندگی نشان دادند که عوامل روانی اجتماعی مثل، حمایت اجتماعی، عزت نفس، خودکارآمدی بر کیفیت زندگی تأثیر دارند (۳). از آنجا که کیفیت زندگی، یک عامل مهم تشکیل دهنده

بهداشت جسمی و روانی است. آموزش به افراد، موجب شناخت بهتر الگوی معیوب زندگی آنان شده و باعث بالا رفتن نرخ سلامت عمومی جامعه می‌شود (۴). به لحاظ تاریخی، مفهوم کیفیت زندگی با ساخت اولین مقیاس زندگی توسط کارنوفسکی^{۱۰} در سال ۱۹۶۹ شروع شد (۵). سازمان بهداشت جهانی^{۱۱} (WHO) کیفیت زندگی را به این صورت تعریف کرده است: ادراکی است که افراد از وضعیتی که در آن زندگی می‌کنند و زمینه فرهنگی و سیستم ارزشی که در آن هستند، دارند که این ادراک براساس اهداف، انتظارات، استانداردها و علائق آنها می‌باشد (۵). کیفیت زندگی مفهوم گسترده‌ای است که از ترکیب روش‌های پیچیده سلامت فیزیکی، وضعیت روانشناختی، سطح استقلال، روابط اجتماعی، باورهای شخصی

- 1-military operations
- 2-Stress
- 3-Post Traumatic Stress Disorder-PTSD
- 4-depression
- 5-substance abuse
- 6-Tanileian & Jaykuks
- 7-traumatic brain injury
- 8-anxiety
- 9-Gill
- 10-Karnofsky
- 11-World Health Organization- WHO

و روابطشان با ویژگی‌های چشمگیر محیطی تشکیل می‌شود (۶). فریش بیان می‌کند اگرچه در سال‌های اخیر در ایران توجه ویژه‌ای به مقوله سلامت شده است. اما تحقیقات اندکی در زمینه‌های مرتبط با سلامت از جمله کیفیت زندگی انجام شده است (۵).

با توجه به اهمیت بررسی این متغیر در نیروهای نظامی لازم است با طیفی از مداخلات و درمان‌هایی که درخصوص نیروهای نظامی انجام گردیده نیز آشنا شویم. به طور هم‌زمان رسیک و اسچنیک، درمان پردازش شناختی بر اساس ترکیبی از بازسازی شناختی، مهارت مدیریت اضطراب و پردازش هیجانی را توسعه داده‌اند. فوآ^{۱۲} و همکاران، یک سری از مطالعات آزمایشی مواجهه‌درمانی، استراتژی‌های مدیریت اضطراب و ترکیبی از آنها را شروع کردند. اهلرز^{۱۳} و همکاران، به‌طور نظام‌مند درمان شناختی را بر اساس شناسایی آنها از خطاهای شناختی رایج و سوگیری‌ها در میان مبتلایان به PTSD به کار گرفتند (۷). در پژوهشی محمدرزاده و همکاران (۱۳۸۹)، تأثیر شناخت‌درمانی بر میزان اضطراب حاصل از عملیات راپل دانشجویان یک دانشگاه نظامی را انجام دادند (۸).

به رغم وجود روش‌های درمانی متنوع برای اغلب اختلالات روانشناختی، فراتحلیل‌ها نشان می‌دهد که تعداد قابل توجهی از بیماران مبتلا به این اختلالات، به این درمان‌ها پاسخ نمی‌دهند و یا بهبودی نسبتاً کمی نشان می‌دهند. همچنین بر طبق نتایج پژوهش لیپه، بیش از ۴۰٪ افرادی که با روش‌های رفتاری مثل مواجهه تحت درمان قرار داشتند درمان را ترک کردند (۹). اگرچه درمان‌های مواجهه‌ای و شناختی مداخله‌های نسبتاً کوتاه‌مدتی هستند، ولی بکارگیری این درمان‌ها نیازمند تخصص بالایی می‌باشند (۹). از طرفی با توجه به دامنه وسیع مشکلات نیروهای نظامی، توسعه مداخلات به منظور بهبود کیفیت زندگی در زمینه‌های جنگ و بعد از آن لازم و ضروری است. بنابراین درمان‌های امروزی باید بر اصلاح و ارتقاء کیفیت زندگی و گسترش توانمندی‌ها و ایجاد رضایت از زندگی در همه افراد جامعه خصوصاً نیروهای نظامی متمرکز باشند (۴). یکی از نوآوری‌های جدید در درمان‌های رفتاری شناختی، تلفیق سنت‌های معنوی شرق، از جمله فنون مراقبه تفکر نظاره‌ای (ذهن‌آگاهی) با رفتار درمانی شناختی سنتی است که از این تلفیق تحت عنوان موج سوم رفتار درمانی یاد می‌شود (۴).

کبات زین^{۱۴}، ذهن‌آگاهی را این‌گونه تعریف کرده است: توجه به شیوه‌ای خاص، معطوف به هدف در زمان حال و بدون قضاوت. ذهن‌آگاهی به عنوان فرآیند توجه کردن به تجارب لحظه به لحظه و همچنین به عنوان ترکیب خودتنظیمی توجه با نگرش کنجکاوانه، پذیرا بودن و پذیرش تجارب فرد توصیف

شده است (۹). شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT) یک برنامه آموزشی مهارت‌های مبتنی بر پروتکل می‌باشد که بر اساس کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی - رفتاری ایجاد شده است (۴). تحقیقات نشان داده‌اند که مراقبه ذهن‌آگاهی خلق را بهبود بخشیده و آموزش کوتاه مدت آن خستگی و اضطراب را کاهش می‌دهد. بهبود کیفیت زندگی و کاهش افسردگی در دانشجویان را به همراه دارد (۱۰). در پژوهش گودفرین، مبنی بر اثربخش MBCT، شرکت‌کنندگان در خلق افسرده‌وار کوتاه‌مدت و بلندمدت کاهش معنادار داشته و در حالات خلقی بهتر و کیفیت زندگی افزایش معناداری را نشان دادند (۱۱). کاویانی و همکاران، در پژوهشی اثربخشی MBCT را بر کیفیت زندگی افراد افسرده غیربالینی مورد بررسی قرار دادند. در این پژوهش از روش نیمه‌آزمایشی آزمون - بازآزمون برای دو گروه آزمایشی و شاهد استفاده شد. بدین منظور از میان هزار نفر دانشجوی ساکن خوابگاه، ۱۵۰ نفر به طور تصادفی و از بین این افراد ۳۰ دانشجو که نمرات‌شان در آزمون افسردگی بک ۱۵ و بالاتر بود انتخاب و به دو گروه آزمایشی و شاهد تقسیم شدند. گروه آزمایش تحت MBCT قرار گرفت. دو گروه پرسشنامه‌های کیفیت زندگی WHO و پرسشنامه افسردگی بک را در دو نوبت (پیش آزمون و پس‌آزمون) تکمیل کردند. نتایج یافته‌ها نشان دادند که MBCT کیفیت زندگی را افزایش و افسردگی را کاهش می‌دهد (۳).

بنابراین با توجه به پژوهش‌های اشاره شده در خصوص کارایی MBCT و اینکه اکثر پژوهش‌های انجام شده در سطح نیروهای مسلح در ایران بیشتر به بررسی وضعیت سلامت روان پرداخته‌اند و ارائه مداخلاتی برای بهبود کیفیت زندگی نیروهای نظامی کمتر و حتی نادر می‌باشد، پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کیفیت زندگی نیروهای نظامی صورت پذیرفت.

روش کار

پژوهش حاضر، یک مطالعه شبه‌آزمایشی از نوع کارآزمایی بالینی کنترل شده گروهی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل) است و به علت اینکه شرکت‌کنندگان متوجه نشدند که در کدام گروه (آزمایشی و کنترل) قرار گرفته‌اند لذا مطالعه حاضر یک طرح یک سر کور بود که به صورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون به همراه پیگیری ۳ ماهه اجرا شد (۱۲).

نمونه‌های مورد نیاز این پژوهش از مراجعین به درمانگاه یکی از بهداری نیروهای نظامی در سال ۱۳۹۲ انتخاب شدند. تمامی مراجعین با آزمون سلامت عمومی (GHQ) غربال شده و

12-Foa
13-Ehlers
14-Kabat Zinn

سپس افراد دارای نمرات بالاتر از نقطه برش انتخاب و با توجه به اطلاعات پرسشنامه جمعیت‌شناختی‌شان، ملاک‌های ورود و خروج کنترل شده و از این نمونه تعداد ۴۰ نفر (با محاسبه افت شرکت‌کنندگان) انتخاب گردید و به طور مساوی و با گمارش تصادفی ۲۰ نفر در گروه آزمایشی و ۲۰ نفر در گروه کنترل جایگزین شدند. بدین ترتیب دو گروه معادل یکدیگر به دست آمد و اندازه‌گیری متغیرهای وابسته نیز برای هر دو گروه در یک زمان و در شرایط یکسان صورت گرفت. هر دو گروه، سه بار مورد مشاهده قرار گرفته‌اند. نخستین مشاهده با اجرای پیش‌آزمون و دومین آن با اجرای یک پس‌آزمون و سومین مشاهده با اجرای پیگیری صورت گرفت (۱۲).

به شرکت‌کنندگان اطلاعاتی در مورد پژوهش، محرمانه بودن و حق خروج از پژوهش داده شد. رضایت مشارکت‌کنندگان برای شرکت در پژوهش اخذ شد (رضایت آگاهانه).

جلسه اول درمان به صورت گروهی تشکیل و در همان جلسه فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHO-QOL-BREF) اجرا شد. در این جلسه دربارهٔ تعداد جلسات (هشت جلسه آموزشی، هفته‌ای یک بار)، و نیز کل کار و اینکه فاصله جلسات و زمان هر جلسه چقدر است، توضیحات کاملی ارائه و نیز در همان جلسه ابهامات مشارکت‌کنندگان رفع شد.

پرسشنامه WHO-QOL-BREF به طور هم‌زمان در گروه شاهد نیز اجرا شد. در طول اجرای جلسات آموزشی دو شرکت‌کننده گروه آزمایشی به دلیل محدودیت زمانی، نداشتن حوصله و داشتن مشکلات خانوادگی به طور اختیاری درمان را ترک کردند، بنابراین از برنامه حذف و تعداد نمونه‌ها در گروه آزمایشی ۱۸ نفر شد. ابزارهای اندازه‌گیری مورد استفاده در این پژوهش شامل موارد ذیل بودند:

الف) پرسشنامه سلامت عمومی^{۱۵} (GHQ-28): پرسشنامه سلامت عمومی توسط گلدبرگ و هیلر^{۱۶} در سال ۱۹۷۲ تهیه شد و به طور گسترده در پژوهش‌های متعددی مورد استفاده قرار گرفته است و یکی از شناخته‌ترین ابزارهای غربالگری در پژوهش‌های مربوط به سلامت روانی است. فرم اصلی و اولیه این پرسشنامه مشتمل بر ۶۰ سوال است که متن سوالات درباره وضع سلامتی و ناراحتی‌های فرد و به طور کلی سلامت عمومی او، با تاکید بر مسائل روان‌شناختی و اجتماعی در زمان حال می‌باشد. بعدها فرم‌های کوتاه‌تری مشتمل بر ۱۲، ۲۰، ۲۸، ۳۰ و ۴۴ ماده نیز تهیه شد. سوال‌های هر زیرمقیاس به ترتیب پشت سرهم آمده است، به گونه‌ای که از سوال یک تا هفت مربوط به زیر مقیاس نشانه‌های جسمانی، از سوال هشت تا ۱۴ مربوط به زیر مقیاس اضطراب، از سوال ۱۵ تا ۲۱ مربوط به زیر مقیاس اختلال در کارکرد اجتماعی و از سوال ۲۲ تا ۲۸

مربوط به زیر مقیاس افسردگی می‌باشند. نمره‌گذاری آزمون براساس مقیاس لیکرت می‌باشد، در نتیجه نمره کل یک فرد، از صفر تا هشتاد و چهار و نمره هر زیر مقیاس از صفر تا بیست و یک متغیر خواهد بود. نمره بیشتر در هر مقیاس، نشانگر وضعیت نامطلوب آزمودنی می‌باشد (۷).

پایایی پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سوالی (GHQ-28) در فرهنگ‌های مختلف تایید شده است. برای مثال، شیمجی^{۱۷}، مینو^{۱۸}، تیسودا^{۱۹} با انجام این پرسشنامه بر روی کارمندان ژاپنی ضریب پایایی (آلفای کرونباخ) ۰/۹۰ را برای این پرسشنامه گزارش کردند (۵). هومن، در هنجاریایی پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سوالی در ایران، هماهنگی درونی این پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس‌های فرعی، به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۷، ۰/۷۹ و ۰/۹۱ گزارش نمود و برای کل مقیاس که نشان‌دهنده سلامت عمومی است، برابر با ۰/۸۵ برآورد کرده است (۱۳).

ب) نسخه کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت^{۲۰}: ابزاری است که در تعدادی از مراکز در سرتاسر دنیا برای سنجش کیفیت زندگی استفاده شده و بنابراین به طور گسترده مورد آزمایش و بررسی قرار گرفته است. اسکوینگتون^{۲۱} و همکاران، WHO-QOL-BREF شامل ۲۶ آیتم است که از نسخه ۱۰۰ آیتمی این پرسشنامه برگرفته شده است. این پرسشنامه ۴ حیطه وسیع را اندازه‌گیری می‌کند، که عبارتند از: سلامت جسمی، سلامت روانشناختی، روابط اجتماعی و محیط. علاوه بر این موارد این پرسشنامه سلامت عمومی را نیز می‌تواند ارزیابی کند. آیتم‌های پرسشنامه نیز بر روی یک مقیاس ۵ گزینه‌ای ارزیابی می‌شود. نمره بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بهتر است. در بررسی آیتم‌های نسخه کوتاه پرسشنامه WHOQOL نشان داده شد که نمره ۴ حیطه بسیار شبیه نسخه بلند WHOQOL می‌باشد. این شباهت تا ۹۵٪ گزارش شده است (۱۴).

تحقیقات انجام شده در مورد مشخصات روانسنجی فرم کوتاه پرسشنامه نشان‌دهنده اعتبار افتراقی، اعتبار محتوا، پایایی درونی (آلفای کرونباخ؛ سلامت جسمی ۰/۸۰، سلامت روانشناختی، ۰/۷۶، روابط اجتماعی، ۰/۶۶ و محیط ۰/۸۰) و پایایی بازآزمایی مجدد مناسبی است (۱۴). در ایران نیز نصیری و همکاران، این مقیاس را به فارسی ترجمه و روایی و پایایی آن را گزارش کرده است. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ نشان‌دهنده

- 15-General Health Questionnaire -GHQ
- 16-Goldberg & Hiller
- 17-Shigemi
- 18-Mino
- 19-Tesuda
- 20-Quality of Life – the short Form- WHO-QOL-BREF
- 21-Skevington

همسانی درونی مطلوب آن است. از طرف دیگر تحلیل عاملی در ۲۶ گویه این مقیاس، مشخص کرد که در این مقیاس ۴ زیر مقیاس آن نشان‌دهنده روایی ساختاری آن است (۱۵). ساختار درمان در گروه آزمایشی (شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی) به شرح ذیل بود:

دستورالعمل جلسات درمان براساس راهنمای کتاب "شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای افسردگی" سگال^{۲۲} و همکاران، تنظیم شد. جلسات درمان MBCT معمولاً به صورت هفتگی بود و برنامه‌ای ۸ هفته‌ای، با یک جلسه ۲ ساعته در هفته برگزار شد. برنامه به ۲ جزء اصلی تقسیم گردید: در جلسات یک تا چهارم، به شرکت‌کنندگان آموزش داده شد از تغییر پایدار ذهن و چگونگی تمرکز روانی با استفاده از فن تن‌کاوی^{۲۳}، تنفس عمیق یا فنون دیگر هشیاری ذهن آگاه شوند و همچنین یاد گرفتند که چگونه تفکرات و احساسات منفی می‌تواند از ذهن آنها برخیزد. در جلسات پنجم تا هشتم شرکت‌کنندگان یاد گرفتند چگونه تغییرات خلقی خود را بلافاصله یا چند لحظه بعد از تغییرات، دستکاری نمایند. در MBCT بیمار فرا خوانده می‌شود تا احساسات، عواطف و تفکرات خود را آن گونه که در ذهن می‌آیند و می‌گذرند تشخیص دهد و تلاش ورزد احساسات خود را دور ساخته و سرکوب سازد (۹). در پایان هر جلسه فرم یادداشت تکالیف خانگی در اختیار شرکت‌کنندگان قرار می‌گرفت (۱۶). جلسه اول: شناسایی هدایت خودکار و خروج از آن، حضور ذهن از فعالیت‌های روزانه، واریسی بدنی.

جلسه دوم: سروکار داشتن با موانع، واکنش به حوادث روزانه، جدول فعالیت‌های لذت‌بخش، مراقبه نشسته ۱۰ دقیقه‌ای. جلسه سوم: هشیاری ذهن یا آگاهی از تنفس، حفظ هوشیاری، مراقبه نشسته ۴۰ دقیقه‌ای تنفس و بدن، حس‌های بدنی

ناراحت‌کننده.

جلسه چهارم: ماندن در زمان حال، دلبستگی، بی‌زاری و کسالت. جلسه پنجم: اجازه دادن / مجوز حضور، پذیرش تجارب فردی.

جلسه ششم: افکار حقایق نیستند، افکار فقط افکارند.

جلسه هفتم: چطور می‌توانیم به بهترین وجهی مراقب خودمان باشیم، فهرست فعالیت‌های لذت‌بخش و مهارت‌آمیز، فهرست علائم و نشانه‌های افسردگی، تهیه برنامه فعالیت برای مقابله با افسردگی و آماده‌سازی برنامه فعالیت تمرین خداحافظی کردن. جلسه هشتم: کاربرد آنچه آموختیم برای سروکار داشتن با حالت‌های خلق در آینده (۱۷).

در این پژوهش از روش‌های آمار توصیفی مانند فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار جهت بررسی داده‌های جمعیت‌شناختی از قبیل سن، تحصیلات، وضعیت تاهل و وضعیت شغلی استفاده شد. همچنین به منظور بررسی همسان بودن گروه‌های مورد مطالعه از نظر متغیر کیفیت زندگی از آزمون خی دو^{۲۴} و تحلیل واریانس استفاده شد. به دلیل نیاز به استفاده از آزمون‌های پارامتریک، آزمون‌های شاپیرو ویک و لوین مورد بررسی قرار گرفتند. در ادامه از تحلیل واریانس چند متغیره^{۲۵} استفاده شد (۱۸).

یافته‌ها

دامنه سنی شرکت‌کنندگان بین ۲۳ تا ۵۰ سال و میزان تحصیلات افراد دو گروه، از دیپلم تا فوق لیسانس بود. میانگین سن گروه آزمایش ۳۵/۶۶ و میانگین سن گروه گواه ۳۵/۶ بود. تعداد مجردین پژوهش ۱۲ نفر و تعداد متأهلین ۲۶ نفر بود. میانگین و انحراف معیار نمرات مربوط به کیفیت زندگی در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایشی و کنترل به تفکیک اندازه‌گیری شده است (جدول ۱). آزمون t و ضریب معناداری همبستگی نشان داد که بین دو

جدول ۱: میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمرات در کیفیت زندگی به تفکیک گروه‌ها و مراحل

گروه‌ها	مراحل	میانگین	انحراف معیار	کمینه	بیشینه
کنترل	پیش‌آزمون	۵۰/۸۰	۵/۷۳	۴۱	۶۸
	پس‌آزمون	۵۵/۰۰	۵/۴۹	۴۶	۷۰
	پیگیری	۵۷/۴۵	۶/۳۱	۴۹	۷۲
آزمایشی	پیش‌آزمون	۵۲/۶۶	۶/۵۶	۳۸	۶۷
	پس‌آزمون	۹۴/۳۳	۸/۱۵	۸۴	۱۱۹
	پیگیری	۹۱/۱۶	۸/۴۵	۷۶	۱۰۹

22-Segal
23-Body Scan
24-Chi Square
25-MANOVA

گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیرهای جمعیت‌شناختی نظیر سن، درجه، تحصیلات و تأهل تفاوت و رابطه معناداری وجود ندارد و تنها پیش‌آزمون به عنوان متغیر مداخله‌گر کنترل شد.

در جدول (۱)، شاخص‌های توصیفی گرایش مرکزی متغیر وابسته کیفیت زندگی به تفکیک گروه‌ها و مراحل نمایان است. از آنجا که کسب نمره بیشتر در این متغیر نشان از افزایش

کیفیت زندگی دارد، ملاحظه می‌گردد میانگین گروه آزمایشی در پس‌آزمون نسبت به گروه گواه افزایش داشته است (۹۴/۳۳). این افزایش به صورت قابل‌ملاحظه در مرحله پیگیری گروه آزمایشی نیز دیده می‌شود (۹۱/۱۶).

در جداول (۲) و (۳)، دو پیش‌فرض نرمال بودن توزیع متغیر در جامعه و تساوی واریانس‌ها بررسی شده است. نتیجه آزمون

جدول ۲: آزمون شاپیرو ویک در مورد پیش‌فرض نرمال بودن نمرات پیش‌آزمون متغیر کیفیت زندگی در جامعه

متغیر پژوهش	گروه‌های نمونه	آمار شاپیرو ویک	درجه آزادی	سطح معناداری
کیفیت زندگی	آزمایش	۰/۹۷	۱۸	۰/۸۳
	کنترل	۰/۹۰	۲۰	۰/۵۲۰

شاپیرو ویک در مورد پیش‌فرض نرمال بودن نمرات متغیر کیفیت زندگی در جامعه، در جدول (۲)، ارائه شده است: نتیجه آزمون شاپیرو ویک جدول ۲، نشان می‌دهد متغیر کیفیت

زندگی سطح معناداری بالای ۰/۰۵ دارد که نشانگر نرمال بودن متغیر است.

جدول ۳: آزمون لوین جهت سنجش فرض برابری واریانس‌ها برای متغیر کیفیت زندگی

متغیرهای وابسته	مراحل	آماره لوین	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	۰/۳۸	۱	۳۶	۰/۵۳

نتیجه آزمون لوین مبنی بر پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها در جدول ۳ ارائه شده است:

چنانچه ملاحظه می‌شود نتیجه آزمون لوین جدول (۳)، نشان می‌دهد متغیر کیفیت زندگی سطح معناداری بالای ۰/۰۵ دارد که نشانگر نرمال بودن متغیر است. لذا پیش‌فرض لوین در

جدول ۴: تحلیل ANOVA جهت مقایسه گروه‌ها از لحاظ پیش‌آزمون

متغیرها	مراحل	درجه آزادی	میانگین مجموع	F	معناداری
کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	۱	۳۳/۰۱۱	۰/۸۷	۰/۳۵

متغیر کیفیت زندگی تأیید می‌گردد. نتیجه آزمون ANOVA، جهت مقایسه گروه‌ها از لحاظ پیش‌آزمون در جدول (۴)، ارائه شده است:

نتیجه تحلیل آن را جدول (۴)، نشان داد که گروه‌ها در پیش‌آزمون از لحاظ متغیر کیفیت زندگی تفاوت معناداری ندارند.

جدول ۵: نتیجه تحلیل مانوا جهت مقایسه گروه از لحاظ متغیر کیفیت زندگی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری

متغیر وابسته	مراحل	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
کیفیت زندگی	پس‌آزمون	۱	۱۴۶۵۶/۸۴	۳۰۹/۶۵	۰/۰۰	۰/۸۹	۰/۹۹
	پیگیری	۱	۱۰۷۶۹/۸۱	۱۹۶/۴۶	۰/۰۰	۰/۸۴	۰/۹۹

برای متغیر کیفیت زندگی که در گروه‌ها از لحاظ پیش‌آزمون تفاوت نداشت از تحلیل واریانس چندراهه (مانوا)، استفاده شد که نتیجه آن در جدول (۵)، ارائه شده است:

نتایج تحلیل مانوا طبق جدول (۵)، نشان می‌دهد که دو گروه از لحاظ متغیر کیفیت زندگی تفاوت معناداری با هم داشتند. یعنی مداخله درمانی در شرکت‌کنندگان گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بطور معناداری بهبودی حاصل کرده است. بطوری که میزان بهبودی در مرحله پس‌آزمون مربوط به متغیر کیفیت زندگی با اندازه اثر (۰/۸۹) می‌باشد که این اثر در مرحله پیگیری نیز ماندگاری داشته است (۰/۸۴). بطور کلی، درمان گروه آزمایشی نسبت به گروه کنترل بر سنترئوید متغیر کیفیت زندگی اثربخش است (میزان اثر = ۰/۹۶ و لامبدای ویلکز = ۰/۴۲۰). در نتیجه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث افزایش کیفیت زندگی نیروهای نظامی شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT)، کیفیت زندگی افراد گروه آزمایش را در مرحله‌ی پس‌آزمون و پیگیری نسبت به گروه گواه افزایش داده است. همانطور که نتایج تحلیل مانوا در جدول (۵) نشان می‌دهد، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT)، میزان کیفیت زندگی شرکت‌کننده‌ها را در مرحله‌ی پس‌آزمون افزایش داده است و بعد از گذشت ۳ ماه، نیز این درمان در افزایش کیفیت زندگی آنان از ثبات برخوردار بوده است.

گودفرین، در پژوهشی اثربخشی MBCT را بر هر دوی خلق افسرده‌وار کوتاه‌مدت و بلندمدت، حالات خلقی و کیفیت زندگی بررسی کرد. در این پژوهش شرکت‌کنندگان در خلق افسرده‌وار کوتاه و بلندمدت کاهش معناداری را نشان داده و در حالات خلقی بهتر و کیفیت زندگی افزایش معناداری را نشان دادند (۱۱). شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به عنوان یک فرآیند درمانی تعریف می‌شود که تأکید آن بر توجه فعالانه به احساسات و تفکرات لحظه‌ای بیمار و بدون قضاوت یا ارزش‌دهی به آن احساسات و تفکرات است. به دنبال توجه همراه با ذهن‌آگاهی، بیمار وارد یک موقعیت تقویت‌کننده‌ای می‌شود که خود او ایجاد کرده است. این روند در نهایت موجب تطابق و بهبود افکار، خلق و بطور کلی کیفیت زندگی وی می‌شود.

ریبل و همکاران، در پژوهشی همسو با یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث افزایش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت با بهبود سرزندگی، درد بدنی کمتر، نقش کمتر محدودیت‌های ناشی از سلامت جسمی، عملکرد اجتماعی بیشتر و کاهش اضطراب و افسردگی در گروهی از بیماران میکس تشخیص داده شده پزشکی شده است (۱۹). کابات زین پیشنهاد می‌کند که در مراقبه و

نشستن‌های طولانی مدت و بدون حرکت، روی حس‌های درد در بدن و مفاصل تمرکز کنند و بدون تکان خوردن و نشان دادن واکنش‌های هیجانی به این دردها، فقط نظاره‌گر باشند. وی یادآوری می‌کند که این مشاهده‌گری می‌تواند پاسخ‌های هیجانی را که به وسیله درد فراخوانی شده‌اند، کاهش دهد. بنابراین تمرین مهارت ذهن‌آگاهی، توانایی مراجعان، برای تحمل حالت‌های هیجانی منفی را افزایش می‌دهد و آنها را به مقابله مؤثر قادر می‌سازد. به نظر می‌رسد چنین حالتی می‌تواند کیفیت زندگی را بالا ببرد. همچنین تحقیق کارلسون و همکاران، نیز اثربخشی مثبت MBSR را بر کیفیت زندگی نشان داده است. آنها پیرامون تأثیر برنامه کاهش استرس مبتنی بر هشیاری ذهن بر کیفیت زندگی افراد مبتلا به سرطان پستان و پروستات پژوهشی انجام دادند. نتایج نشان داد که بعد از هشت جلسه آموزش، کیفیت زندگی افراد افزایش چشمگیر یافته است (۱۵). آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی کیفیت زندگی را ارتقا می‌دهد. با توجه به اینکه زندگی ابعاد گوناگونی دارد، از جمله بعد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی، تمرین‌های ذهن‌آگاهی به گونه‌ای طراحی شده است که بر همه این ابعاد تأثیر می‌گذارد. به این ترتیب این روش می‌بایست موجب افزایش کیفیت زندگی شود.

کاویانی و همکاران، در پژوهشی اثربخشی MBCT را بر کیفیت زندگی افراد افسرده غیربالینی مورد بررسی قرار دادند. در این پژوهش از روش نیمه‌آزمایشی آزمون - بازآزمون برای دو گروه آزمایشی و شاهد استفاده شد. گروه آزمایش تحت MBCT قرار گرفت. نتایج یافته‌ها نشان دادند که MBCT کیفیت زندگی را افزایش و افسردگی را کاهش می‌دهد (۱۵). شواهد دیگر نشان داده‌اند، افرادی که در موقعیت‌های چالش‌برانگیز و استرس‌زا برای موقعیت خود معنادهی می‌کنند، معمولاً عاطفه‌ی منفی پایین‌تری را تجربه می‌کنند و میزان کیفیت زندگی بالاتری را گزارش می‌دهند. این نشان می‌دهد که معنادهی می‌تواند تأثیر زیادی بر کیفیت زندگی داشته باشد.

بهبود کیفیت زندگی در گروه آزمایشی با تحقیق راس و رابینز همسو است. این پژوهش به منظور بررسی تأثیر کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBSR)، بر سلامت عمومی و سلامت مرتبط با کیفیت زندگی انجام شد و نتایج نشان داد که گروه آزمایشی نسبت به گروه شاهد، بعد از گذراندن دوره کامل MBSR بهبود چشمگیری در پرسشنامه کیفیت زندگی یافته است. نتایج این پژوهش با پژوهش یاتام و همکاران همسو است که به بررسی کیفیت زندگی بیماران افسرده یک قطبی و دو قطبی پرداختند و بعد از اجرای پژوهش به این نتیجه رسیدند که بیماران دارای میزان افسردگی کمتر، نمرات بالاتری در کیفیت زندگی کسب می‌کنند (۱۵). تأثیر MBCT بر

شدن این نوع آموزش و در نظر گرفتن سودمندی‌های آن و تمایل رو به رشد و فزاینده‌ی گروه‌های متفاوت جامعه خصوصاً نیروهای مسلح به خدمات و درمان‌های کوتاه‌مدت و مؤثر روان‌شناسی، پیشنهاد می‌شود برای تقویت کیفیت زندگی و بهداشت روان کارکنان نظامی، از روش MBCT به شکل مستمر و مرتب در یگان‌های نظامی استفاده شود. تشکر و قدردانی نویسندگان مقاله مراتب تشکر و قدردانی خود را از کلیه کارکنان نظامی شرکت‌کننده در این پژوهش اعلام می‌دارند.

References

- 1-Stanley EA, Schaldach JM, Kiyonaga A, Jha AP. Mindfulness-based Mind Fitness Training: A Case Study of a High-Stress Predeployment Military Cohort. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2011;18(4):566-76.
- 2-Gill J, Lee H, Barr T, Baxter T, Heinzelmann M, Rak H, et al. Lower health related quality of life in U.S. military personnel is associated with service-related disorders and inflammation. *Psychiatry research*. 2014;216(1):116-22.
- 3-Werner S. Subjective well-being, hope, and needs of individuals with serious mental illness. *Psychiatry research*. 2012;196(2):214-9.
- 4-Lucas-Carrasco R, Salvador-Carulla L. Life satisfaction in persons with Intellectual Disabilities. *Research in developmental disabilities*. 2012;33(4):1103-9.
- 5-Ghasemi N, Kajbaf M, Rabiei M. The Effectiveness of Quality Of Life Therapy (QOLT) on Subjective Well-Being (SWB) and Mental Health. 2011;3 (2):23-34.
- 6-Rahnedjat AM, Bahamin G, Sajadian SR, Donyavi v. Epidemiological Study of Psychological Disorders in One of the Ground units Military. *Journal of Military Psychology*. 2011; 2(6): 27-36.
- 7-Keane TM. Responding to the Psychological Needs of OEF-OIF Military: A Commentary on Progress in Treatment Development. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2011;18(1):144-8.
- 8-Karamynia R, Salimi SH, Mohammadzadeh Y. Effects of cognitive therapy on anxiety level caused by Rapple Operation of students at military university, *Journal of Military Psychology*. 2011; 1(4): 25-40.
- 9-Younesi SJ, Rahimian Boogar E. *John Teasdale Window to The Metacognition*. Tehran: Danjeh Publication; 2008.
- 10-Narimani M, Ariapouran S, Abolghasemi A, Ahadi B. compared the effectiveness of mindfulness and emotion regulation training on mental health chemical veterans. *Journal of Clinical Psychology*. 2011; 2(1): 93-110.

افسردگی و اضطراب و نیز دیگر احساسات جسمی - روانی می‌تواند ارتقای کیفیت زندگی را در پی داشته باشد. وجود همبستگی منفی بین افسردگی و کیفیت زندگی پشتیبان جدی این ایده نظری است.

در واقع به نظر می‌رسد تمرین‌های MBCT با افزایش آگاهی افراد نسبت به لحظه حال، از طریق فنونی مثل توجه به تنفس و بدن و معطوف کردن آگاهی به اینجا و اکنون، بر نظام شناختی و پردازش اطلاعات اثر دارد. لذا با توجه به مؤثر واقع

11-Godfrin KA, van Heeringen C. The effects of mindfulness-based cognitive therapy on recurrence of depressive episodes, mental health and quality of life: A randomized controlled study. *Behav Res Ther*. 2010;48(8):738-46.

12-Hooman HA. *knowledge of scientific methods in the behavioral sciences*. Tehran: SAMT Publication; 2008.

13-Hooman, A. *Standardization and Normalization of the General Health Questionnaire for undergraduate students daily*, Teacher Training University. *Teacher's College Research Institute*; 1998.

14-Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Quality of life Research*. 2004;13(2):299-310.

15-The Effectiveness of Mindfulness Based Cognitive Therapy on Quality of Life in Depressed individuals (non-clinical). *Advances in Cognitive Science*. 2008; 10(4): 39-48.

16-Kaviani H, Javahery F, Boheiraie H. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy in reduces negative automatic thoughts, dysfunctional attitudes, depression and anxiety: 60-day follow-up. *Advances in Cognitive Science*. 2004; 7(1):49-59.

17-Segal ZV, Williams MG, Teasdale JD. *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse*. Translated by: Mohamadkhani P, Tamanaeifar S, Jahani tabesh O. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Tehran: Faradid Publication; 2006.

18-Ferguson, GA. and Takane Y. *Statistical Analysis in Psychology and Education*. Translated by: Dilawar A and Naqshbandi Siamak. Tehran: Arasbaran Publication; 2004.

19-Carlson LE, Speca M, Patel KD, Goodey E. 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*. 2004;29(4):448-74.

The Effectiveness of Mindfulness Based Cognitive Therapy on Quality of Life in Military Personnel

Haghi AK (MSc)*, Salimi SH (Ph.D), Dabaghi P (Ph.D), Rabiei M (Ph.D)

Abstract

Introduction:The main aim of the present research is to find the effectiveness of mindfulness based cognitive therapy (MBCT) on quality of life in military personnel.

Methods:The subjects were selected from the main population via General Health Questionnaire (GHQ) by randomized clinical trial method. Those who got high scores than cut off point in GHQ were identified as subjects and randomly were divided in two control and experimental groups. All subjects were requested to fill in the Quality of Life – the short Form- (WHO-QOL-BREF). The pre and post test as well as the follow up test were taken form the two groups. The subjects of the experimental group participated in the MBCT program (eight sessions) while the control group has not received it.

Results:Analysis by Manova showed the MBCT program had significant outcome on quality of life on the experimental group. The follow up in a period of three months revealed that these outcomes were stable.

Conclusion:MBCT may significantly enhance the quality of life in individuals.

Key Words:Mindfulness Based Cognitive Therapy, Quality of life, Military Personnel.

*Corresponding author: Department of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Email:aliakbar.hagi@yahoo.com