



## اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر ادراک بیماری در افراد مبتلا به کبد چرب غیر الکلی

علی حسین زاده قاسم آباد\*، محمد اورکی<sup>۲</sup>، حسین زارع<sup>۳</sup>

۱. دکتری روان شناسی سلامت، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

arefmobin74@yahoo.com

۲. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

۳. استاد تمام، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

### چکیده

مداخلات روانشناختی یک عامل موثر بر بهبود وضعیت روانشناختی بیماران مزمن معرفی شده است. مطالعه حاضر با هدف اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر ادراک بیماری در افراد مبتلا به کبد چرب غیر الکلی انجام شد. این مطالعه یک طرح نیمه تجربی با یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل با اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه بود. این پژوهش در سال‌های ۹۹-۱۳۹۸ در جامعه آماری افراد با تشخیص کبد چرب غیر الکلی شهر تهران انجام شد. در این پژوهش ۳۰ فرد مبتلا به کبد چرب غیر الکلی به شیوه هدفمند انتخاب شدند و بر حسب تصادف در دو گروه گمارده شدند و از آن‌ها پیش‌آزمون دریافت شد. سپس اعضای گروه آزمایش در طول ده جلسه دو ماهه تحت مداخله گروهی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفتند و گروه کنترل همان مداخلات معمول خود را از مراکز درمانی دریافت کرد. در هر سه مرحله سنجش پرسشنامه‌های ادراک بیماری بازنگری شده اجرا شد. روند تغییرات در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مراحل سنجش در متغیر ادراک بیماری ( $F=4/962, P=0/034$ ) به‌طور معنادار متفاوت بوده است ( $P<0/05$ ) و ۱۵ درصد از تفاوت‌های مشاهده در این متغیر ناشی از عضویت گروهی (مداخله) می‌باشد. جهت مقایسه این تغییرات در روند زمان از آزمون تبعی بن-فرونی استفاده شد. تغییرات بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری فقط در گروه آزمایش معنادار بود ( $P<0/05$ ). شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به کاهش ادراک بیماری شد. بنابراین، پیشنهاد می‌شود که روانشناسان سلامت جهت کاهش پیامدهای روانشناختی بیماری‌های مزمن از این درمان استفاده کنند.

**واژگان کلیدی:** شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، ادراک بیماری، کبد چرب غیر الکلی

### ۱- مقدمه

بیماری کبد چرب غیر الکلی (NAFLD)<sup>۱</sup> یک اصطلاح کلی است و شامل رسوب ساده بافت چربی در کبد تا استئاتوز پیشرونده تر همراه با هپاتیت، فیروز، سیروز و در برخی موارد کارسینوم سلولی کبدی (HCC)<sup>۲</sup> اشاره دارد (ساینر و همکاران، ۲۰۱۶). این بیماری یکی از علل اصلی مراجعه به کلینیک‌های هیپاتولوژی در بزرگسالان است (یونسی و همکاران، ۲۰۱۹). علت اصلی بروز بیماری کبد چرب غیر الکلی ناشناخته است، ولی تعدادی از اختلالات بالینی همچون دیابت به‌عنوان علل زمینه‌ای معرفی شده‌اند. عده دیگری از پژوهشگران بر نقش عواملی روانشناختی مانند استرس، اضطراب و افسردگی در بروز این بیماری تأکید دارند (اسمیت و آدامز، ۲۰۱۱). این مدل از سبب‌شناسی، اعتقاد بر این دارد که سطوح بالای استرس ادراک شده با تأثیری که بر غدد فوق کلیوی و سایر غدد درون‌ریز دارد، نقش موثری در ایجاد بیماری‌های مزمن از جمله بیماری کبد چرب غیر الکلی و بیماری‌های قلبی و عروقی دارد (فخاریان و همکاران، ۱۳۹۶). همچنین مطالعات پیشین نشان داده‌اند که سبک زندگی از جمله عوامل مهم در پیش‌بینی بیماری کبد چرب غیر الکلی می‌باشد. در نتیجه در درمان بیماری کبد

<sup>1</sup> Non-Alcoholic Fatty Liver Disease-NAFLD

<sup>2</sup> hepatocellular carcinoma; HCC

# هشتمین همایش ملی تازه‌های روانشناسی مثبت



وزارت آموزش و پرورش  
اداره کل آموزش و پرورش استان هرمزگان  
مدرسه تخصصی آموزش و پرورش شهرستان میناب دانشگاه هرمزگان

اسفندماه ۱۴۰۰ - بندرعباس

چرب غیرالکلی بر تغییر رفتار و سبک زندگی همچون اصلاح رژیم غذایی، افزایش فعالیت بدنی و کاهش اضافه وزن و تنظیم قند خون و مداخلات روانشناختی تاکید شده است (کوک و کیم، ۲۰۱۸).

یکی از موضوعات مهم در مدیریت بیماری‌های مزمن، ادراک بیماری است؛ ادراک بیماری، بازنمای شناختی سازمان یافته یا باورهایی است که بیماران در مورد بیماری خود دارند. مشخص شده است که این ادراکات تعیین کننده‌های مهم رفتار هستند و با تعدادی از پیامدهای مهم مانند تبعیت از درمان و بهبود عملکرد مرتبط هستند (پتری و همکاران، ۲۰۰۷). این ممکن است شامل باورهای منفی در مورد بیماری باشد که می‌تواند بر توانایی مقابله با بیماری و درک آن به عنوان غیر قابل کنترل یا تهدید کننده تأثیر بگذارد (بوناسکسرن و همکاران، ۲۰۱۵). بررسی مطالعات پیشین دلالت بر این دارد که مداخلات روانشناختی نقش موثری بر تعدیل باورهای افرادی در مورد بیماری دارد (حمزه پورحقیقی و همکاران، ۱۳۹۴)؛ همچنین مداخلات روانشناختی مانع هم‌جوشی هویت با بیماری می‌شود و در نتیجه موجب ایجاد ادراک واقع‌بینانه از بیماری می‌شود.

درمان های رفتاری، از جمله درمان‌های روانشناختی است که معمولاً برای بهبود سلامتی در بیماران مزمن استفاده می‌شود. امروزه در این حوزه شیوه‌های درمانی متنوعی معرفی و به کار گرفته شده‌اند. اما اخیراً درمان‌های موج سوم رفتاری همچون شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT)<sup>۳</sup> نسبت به درمان‌های موجود، به سبب تاثیر ماندگاری که دارند مقبولیت بیشتری پیدا کرده‌اند. در این درمان‌ها به جای تمرکز بر تغییر باورها، سعی می‌شود تا ارتباط روانشناختی فرد با افکار و هیجان‌هایش افزایش یابد. امروزه MBCT برای تغییر و اصلاح رفتار و کاهش استرس و پریشانی‌های روانشناختی به صورت گسترده در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن اجرا می‌شود (گلشنی و همکاران، ۲۰۱۹).

بررسی‌های پیشین نشان داد که مداخله ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس (MBSR)<sup>۴</sup> نقش موثری در کاهش وزن، اضطراب، استرس و بهبود خواب در افراد مبتلا به بیماری کبد چرب غیرالکلی داشته است (باجاج و همکاران، ۲۰۱۷). همچنین در پژوهش‌های دیگری نتایج نشان داد که رفتاردرمانی شناختی نقش موثری در کاهش وزن، نرمال شدن آنزیم‌های کبدی و بهبود پارامترهای سندرم متابولیک در افراد مبتلا به بیماری کبد چرب غیرالکلی داشته است (موسکالیتو و همکاران، ۲۰۱۱)؛ اما در زمینه تاثیر ترکیب ذهن آگاهی و رفتاردرمانی شناختی در قالب MBCT در بیماران کبدی شواهدی در دسترس نیست و به نظر می‌رسد که اجرای اینگونه مداخلات می‌تواند نتایج مثبت و پایداری به همراه داشته باشد. MBCT با ادغام تمرین‌های ذهن آگاهی و مفهوم پذیرش در مداخلات رفتاری، مواجهه با این تجارب دردناک و تنش‌ها را تشویق می‌کنند که با وجود همه این مسائل، فرد از مسیر ارزشی خود خارج نشود (گلشنی و همکاران، ۲۰۱۹).

از مطالعات پیشین اینگونه استنباط می‌شود که مداخلات رفتاری نقش موثری در بهبود وضعیت روانشناختی افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن داشته است، اما در زمینه کاربست مداخلات MBCT در افراد مبتلا به بیماری کبد چرب غیرالکلی با خلاء پژوهشی روبه‌رو هستیم. همچنین آمارها گویای این است که بیماری کبد چرب غیرالکلی در سال‌های اخیر روند صعودی داشته است و ضرورت اجرای مداخلات روانشناختی در بهبود سبک زندگی و وضعیت روانشناختی این بیماران حائز اهمیت است (فخاریان و همکاران، ۱۳۹۶؛ کوک و کیم، ۲۰۱۸). همچنین شواهد نشان می‌دهند که بیماری کبد چرب غیرالکلی یک عامل خطر برای ابتلا به بیماری‌های قلبی است و در حال حاضر بیماری‌های قلبی اولین دلیل مرگ‌ومیر به حساب می‌آیند (تانا و همکاران، ۲۰۱۹). بنابراین لازم است مداخله روانشناختی در بیماری کبد چرب غیرالکلی مورد توجه متخصصان بالینی باشد تا از پیامدهای سخت این بیماری پیشگیری شود. از سوی دیگر برخی از مطالعات فراتحلیل نیز نشان داده‌اند که افراد مبتلا به بیماری کبد چرب غیرالکلی که به‌طور همزمان مشکلات روانشناختی را تجربه می‌کنند، نرخ مرگ و میر بیشتری را نشان داده‌اند (استیوارت و همکاران، ۲۰۱۲). با توجه به مطالب ذکر شده به نظر می‌رسد که انجام مداخله‌های روانشناختی در کنار مداخله‌های پزشکی یک امر ضروری می‌باشد. با توجه به اهمیت این موضوع مطالعه حاضر با هدف اثربخشی MBCT بر ادراک بیماری در افراد مبتلا به بیماری کبد چرب غیرالکلی انجام شد.

<sup>3</sup> Mindfulness-Based Cognitive Therapy-MBCT

<sup>4</sup> Mindfulness-based stress reduction-MBSR

# هشتمین همایش ملی تازه‌های روانشناسی مثبت



وزارت آموزش و پرورش  
اداره کل آموزش و پرورش استان هرمزگان  
مدیریت آموزش و پرورش شهرستان میناب دانشگاه هرمزگان

اسفندماه ۱۴۰۰ - بندرعباس

## ۲- روش

این مطالعه یک طرح نیمه تجربی با گروه گواه و اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری این تحقیق شامل همه افراد مبتلا به NAFLD مراجعه کننده به کلینیک‌های کبد و گوارش شهر تهران بودند. برای این منظور چهار کلینیک تخصصی گوارش و کبد (مسعود و بهبود و بیمارستان‌های ابن‌سینا و آیت‌الله طالقانی) به صورت تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند و فراخوان شرکت در یک دوره آموزشی روانشناختی در بین افراد مراجعه کننده به این مراکز توزیع شد. ۷۰ نفر از افراد مبتلا به NAFLD جهت شرکت در پژوهش اعلام آمادگی کردند. فاصله سنی ۴۰ تا ۶۰ سال، بالا بودن شاخص‌های ALT و AST در آزمایش‌های غربال‌گری و تشخیص قطعی کبد چرب با استفاده از سونوگرافی توسط متخصص گوارش و کبد از معیارهای ورود به پژوهش بودند. همچنین مصرف نوشیدنی‌های الکلی در سه سال گذشته و عدم رضایت جهت شرکت در مطالعه و غیبت بیش از دو جلسه از مجموع جلسات درمانی، به عنوان معیارهای خروج از پژوهش در نظر گرفته شد. با در نظر گرفتن معیارهای ورود و خروج ۶۰ بیمار جهت شرکت در پژوهش واجد شرایط بودند که با شرح اهداف پژوهش و محتوای جلسات درمانی، ۱۵ نفر از شرکت در مطالعه انصراف دادند و در نهایت تعداد متقاضیان به ۴۵ نفر کاهش یافت. در نهایت ۴۵ نفر از این بیماران به شکل تصادفی به دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه به کار گمارده شدند، حجم نمونه بر اساس فرمول چاو و همکاران (۲۰۱۷) برای هر گروه حداقل ۱۵ نفر محاسبه شد، فرمول محاسبه حجم نمونه در ادامه ارائه شده است.

$$n = \left(1 + \frac{1}{B}\right) \left(\frac{\sigma(Z_{1-\alpha} + Z_{1-\beta})}{\mu_1 - \mu_2 - \delta}\right)^2$$

سپس هر یک از گروه آزمایش به در طول دوماه در ده جلسه درمانی ۹۰ دقیقه‌ای شرکت کردند. مداخله‌های درمانی توسط یک متخصص روانشناسی بالینی با مدرک دکتری تخصصی و آموزش دیده به صورت حضوری در یک مرکز آموزشی و درمانی در شهر تهران انجام شد. مداخله MBCT بر اساس پرتوکل خدابخش پیرکلانی و رحیم جارونی (۱۶) ارائه شد؛ این پرتوکل در مطالعات مختلف مورد استفاده قرار گرفته‌اند. برای حفظ حقوق بیماران گروه گواه و جهت بهره‌مندی آن‌ها از مداخلات روانشناختی، پس از دریافت آزمون پیگیری برای آن‌ها نیز مداخله MBCT اجرا شد. در طول مطالعه، پژوهشگران خود را ملزم به اجرای اصول اخلاقی در پژوهش (همچون: کسب رضایت آگاهانه مکتوب، شرح اهداف پژوهش به شرکت‌کنندگان، اطمینان بخشی به افراد جهت حفظ سلامتی و عدم آسیب به آن‌ها و حفظ رازداری) می‌دانستند.

## ابزار

**مقیاس ادراک بیماری بازنگری شده (IPQ-R)**<sup>۵</sup>: نسخه بازنگری شده این پرسشنامه توسط موس موریس<sup>۶</sup> و همکاران در سال ۲۰۰۲ بازنگری و اعتباریابی شده است. این پرسشنامه شامل ۹ سوال است که در مقیاس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای: کاملاً مخالفم (نمره ۱)، مخالفم (نمره ۲)، نه موافقم و نه مخالفم (نمره ۳)، موافقم (نمره ۴) و کاملاً موافقم (نمره ۵) پاسخ داده می‌شود. حداقل و حداکثر نمره در این مقیاس ۹ و ۴۵ است؛ نمره پایین نشان دهنده ادراک خوب بیماری است (موس موریس، ۲۰۰۲). روایی این مقیاس به روش تحلیل عاملی تاییدی بررسی شد، نتایج نشان داد که ۹ سوال در یک عامل از برآزش مطلوبی برخوردار است؛ همچنین هر یک از سوالات به‌عنوان یک عامل در نظر گرفته شد، نتایج نشان داد که نه عامل نیز از اعتبار برخوردارند، اما پایایی عوامل پایین بود. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۳ برای کل مقیاس محاسبه شد؛ اما برای عوامل بین ۰/۴۶ الی ۰/۸۸ بود (موس موریس، ۲۰۰۲). در ایران روایی این مقیاس به روش تحلیل عاملی تاییدی مورد بررسی قرار گرفته است و پایایی بازآزمایی آن بعد از دو هفته ۰/۷۵ گزار شده است (بزازیان و بشارت، ۲۰۱۰). در این مطالعه روایی به روش محتوایی بر اساس نظر ۵ متخصص روانشناسی مورد تایید قرار گرفت؛ همچنین

<sup>5</sup> Revised Illness Perception Questionnaire; IPQ-R

<sup>6</sup> Moss-Morris

# هشتمین همایش ملی تازه‌های روانشناسی مثبت



وزارت آموزش و پرورش  
اداره کل آموزش و پرورش استان هرمزگان  
مدیریت آموزش و پرورش شهرستان میناب دانشگاه هرمزگان

اسفندماه ۱۴۰۰ - بندرعباس

پایایی به روش همسانی درونی برای کل مقیاس به روش آلفای کرونباخ  $0/70$  محاسبه شد؛ با توجه به اینکه پایایی زیرمقیاس-ها پایین بود، نمره کلی در تحلیل‌ها مورد لحاظ قرار گرفت.

در این مطالعه جهت تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS-25 استفاده شد. در بخش توصیفی از شاخص‌های پراکندگی میانگین و انحراف استاندارد استفاده شد و در بخش استنباطی از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد. همچنین سطح خطا در این پژوهش  $0/05$  در نظر گرفته شد.

**ملاحظات اخلاقی:** پژوهش حاضر با کد IR.PNU.REC.1397.047 در کمیته ملی اخلاق شعبه دانشگاه پیام نور به ثبت رسیده است. همچنین این مطالعه با کد IRCT20181215041973N1 در مرکز کارآزمایی بالینی ثبت شده است.

### ۳- یافته‌ها

در این مطالعه ۳۰ بیمار مبتلا به کبد چرب غیرالکلی در دو گروه (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) شرکت داشتند. در این پژوهش میانگین سنی گروه مداخله  $47/23 \pm 5/32$  سال و گروه کنترل  $48/46 \pm 5/82$  سال بود و نتایج آزمون t مستقل نشان داد که بین این دو گروه تفاوت معناداری وجود نداشت ( $P=0/624$ ).

جدول ۱: مقایسه اطلاعات جمعیت‌شناختی در گروه آزمایش و کنترل

P	گروه کنترل (۱۵)	گروه آزمایش (۱۵)	متغیر
			جنسیت
** $0/919$	۶	۴	مرد
	۹	۱۱	زن
			وضعیت تاهل
			مجرد
*** $0/790$	۵	۴	متاهل
	۷	۸	مطلقه
	۲	۳	وضعیت تحصیلات
			سیکل
*** $0/912$	۳	۳	دیپلم
	۶	۷	کارشناسی
	۵	۵	وضعیت اشتغال
			آزاد
*** $0/731$	۶	۷	کارمند
	۵	۴	بیکار
	۴	۴	

آزمون‌های آماری: \*\*آزمون خی‌دو و \*\*\*آزمون دقیق فیشر

نتایج جدول ۱ گویای این است که گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیرهای جمعیت‌شناختی تفاوتی با یکدیگر ندارند؛ بر این اساس این مطالعات نقش مخدوش‌کننده‌ای در اثر متغیر مستقل بر وابسته ندارند. جهت بررسی معناداری تغییرات نمرات در متغیرهای پژوهش از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. نتایج در ادامه گزارش شده است. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک جهت بررسی پیش‌فرض طبیعی بودن توزیع داده‌ها نشان داد که مقدار آماره آزمون شاپیرو-ویلک در گروه‌ها در متغیرها معنادار نیست، به عبارت دیگر، داده‌ها دارای توزیع نرمال است ( $P>0/05$ ). نتایج آزمون باکس جهت بررسی پیش‌فرض همسانی ماتریس‌های کوواریانس نشان داد که متغیر ادراک بیماری ( $Box's M=5/381, P=0/576$ ) در شرکت‌کنندگان معنادار نیست، بر این اساس این پیش‌فرض برقرار می‌باشد ( $P>0/05$ ). نتایج آزمون لون نشان داد که همگونی واریانس‌ها در مراحل پیش آزمون ( $F=0/015, P=0/903$ )، پس‌آزمون ( $F=0/069, P=0/795$ ) و پیگیری ( $F=0/129, P=0/722$ ) برقرار است.



# هشتمین همایش ملی تازه‌های روانشناسی مثبت



وزارت آموزش و پرورش  
اداره کل آموزش و پرورش استان هرمزگان  
مديريت آموزش و پرورش شهرستان میناب دانشگاه هرمزگان

اسفندماه ۱۴۰۰ - بندرعباس

$(P < 0.05)$ . نتایج آزمون کرویت ماچلی نشان داد که مقدار  $P$  آزمون در متغیر تبعیت درمان  $W = 0.978$  ماچلی،  $0.612 = \chi^2$  تخمین خیدو،  $2 =$  درجه آزادی،  $(P = 0.736)$  معنادار نیست  $(P > 0.05)$ .

جدول ۲: نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر در متغیر ادراک بیماری در افراد مبتلا به کبد چرب غیر الکلی در مراحل

## سنجش

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	P	اندازه اثر
زمان	۸۲/۷۵۶	۲	۴۱/۳۷۸	۲/۳۳۴	۰/۱۰۶	۰/۰۷۷
زمان*گروه	۱۹۷/۰۶۷	۲	۹۸/۵۳۳	۵/۵۵۸	۰/۰۰۶	۰/۱۶۶
خطا	۹۹۲/۸۴۴	۵۴/۷۳۳	۱۸/۱۲۷			
بین گروهی	۱۶۸/۱۰۰	۱	۱۶۸/۱۰۰	۴/۹۶۲	۰/۰۳۴	۰/۱۵۱

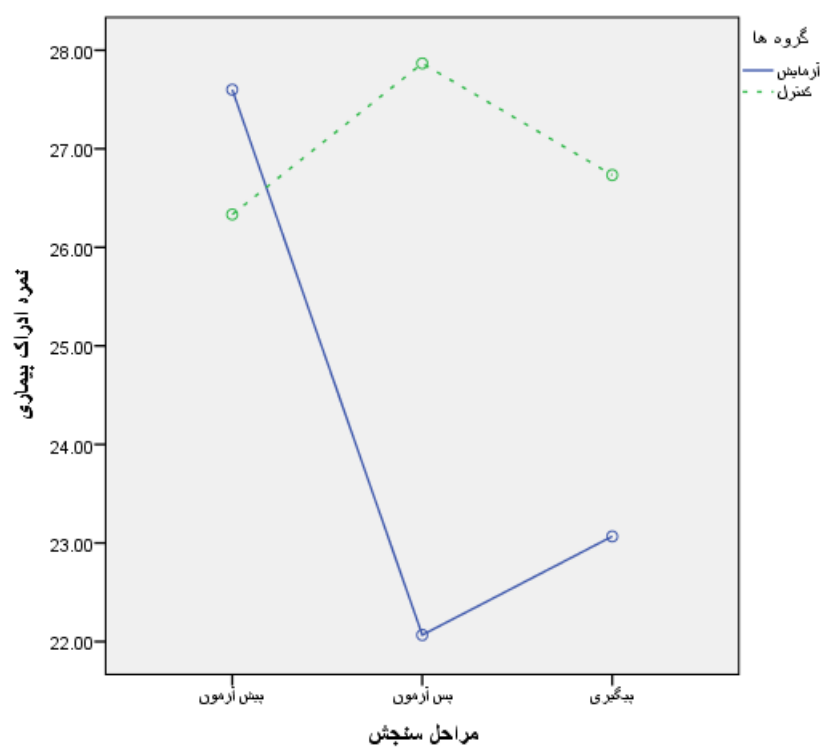
نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر در جدول ۲ ارائه شده است. نتایج نشان داد که بین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیر ادراک بیماری  $(F = 2.334, P = 0.106)$  بدون توجه به عامل گروهی تفاوت معناداری وجود نداشت. اما روند تغییرات نمرات در این متغیر از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری (اثر متقابل زمان و گروه) در گروه‌ها متفاوت بوده است  $(F = 5.558, P = 0.006)$ . اندازه اثر مداخله در متغیر ادراک بیماری در طول زمان  $0.07$  درصد و در اثر متقابل زمان و گروه  $16$  درصد محاسبه شد. معناداری اثر متقابل زمان و گروه نشان می‌دهد، تغییرات متغیر ادراک بیماری در دو گروه آزمایش و کنترل روند متفاوتی را دنبال می‌کنند. به عبارتی، یافته‌های فوق حاکی از آن است که روند تغییر معناداری در میانگین متغیرهای مورد بررسی در مراحل ارزیابی مشاهده شده و میزان تغییرات مربوط به متغیرها طی مراحل ارزیابی در دو گروه مورد مطالعه یکسان نبوده است. در ادامه با بررسی اثرات بین گروهی مشخص شد که روند تغییرات در هر یک از گروه‌های پژوهش به چه شکل بوده است. نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر در قسمت تغییرات بین گروهی در جدول ۲ ارائه شده است. نتایج حاکی از آن است که تفاوت معناداری بین دو گروه در متغیر ادراک بیماری  $(P = 0.034, F = 4.962)$  وجود دارد  $(P < 0.05)$ . همانطور که مشاهده می‌شود  $15$  درصد از تفاوت‌های مشاهده در متغیر ادراک بیماری ناشی از عضویت گروهی (مداخله) است.

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار نمرات متغیر ادراک بیماری در گروه‌های آزمایش و کنترل طی مراحل سنجش و مقایسه آن‌ها

گروه‌ها	مراحل آزمون		آزمون تبعی بون‌فرونی	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون تا پیگیری	پس‌آزمون تا پیگیری
آزمایش	میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار	پیش‌آزمون تا پس‌آزمون $P < 0.05$	پیش‌آزمون تا پیگیری $P < 0.05$
کنترل	میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار	پیش‌آزمون تا پس‌آزمون $P = 0.003$	پیش‌آزمون تا پیگیری $P = 0.049$
مقایسه دو گروه	$P = 0.006$	$P = 0.036$	$P = 0.000$	$P = 0.000$

جهت مقایسه تغییرات گروه‌ها در مراحل مختلف آزمون از آزمون تبعی بون‌فرونی استفاده شده است، نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است. نتایج جدول ۳ حکایت از این دارد که بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیش‌آزمون با پیگیری فقط در گروه آزمایش معنادار است  $(P < 0.05)$ . همچنین جهت مقایسه هر یک از مراحل سنجش در دو گروه از آزمون  $t$  مستقل استفاده شد، نتایج نشان داد که بین گروه‌ها در مرحله پیش‌آزمون در متغیر ادراک بیماری  $(P = 0.448)$  تفاوت معناداری وجود ندارد  $(P > 0.05)$ ، اما در مرحله پس‌آزمون و پیگیری بین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد  $(P < 0.05)$ .

در ادامه روند تغییرات، نمرات ادراک بیماری افراد در سه مرحله سنجش در شکل ۱ ارائه شده است. بررسی بصری شکل ۱ نشان می‌دهد که هر دو گروه در مرحله پیش‌آزمون تقریباً نزدیک به یکدیگر بودند، اما در مرحله پس‌آزمون و پیگیری، میانگین گروه آزمایش کاهش داشته است. در مقابل پس‌آزمون و پیگیری گروه کنترل، نسبت به پیش‌آزمون تغییری نداشته است و ثابت مانده است. طبق شکل ۱ می‌توان نتیجه گرفت که مداخله در طول زمان بر متغیر ادراک بیماری اثر کاهشی داشته است.



شکل ۱: روند تغییرات متغیر ادراک بیماری در گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل سنجش

**۴- بحث و نتیجه‌گیری**

مطالعه حاضر با هدف اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر ادراک بیماری در افراد مبتلا به کبد چرب غیر الکلی انجام شد. نتایج نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی نقش موثری بر بهبود ادراک بیماری در افراد مبتلا به کبد چرب غیر الکلی داشته است. نتایج مطالعات پیشین دلالت بر این دارد که این دروان نقش موثری بر کاهش وزن، اضطراب، استرس و بهبود خواب در افراد مبتلا به بیماری کبد چرب غیرالکلی داشته است (باجاج و همکاران، ۲۰۱۷)؛ همچنین این درمان نقش موثری بر بهبود آنزیم‌های کبدی و کاهش وزن در این بیماران شده است (موسکاتیلو و همکاران، ۲۰۱۱). این مدل درمان شناختی نشانگر ارتباط افکار، احساسات و هیجانات است و شامل طیف وسیعی از فنون مراقبه، تن‌آرامی، آموزش‌های منظم برای کاهش استرس، تمرینات وارسی بدن و چندین مداخله شناختی موثر است. این آموزش‌ها به بیماران کمک می‌کند تا به شرایط بدن خود توجه کنند و روند فعال‌سازی استرس ناشی از بیماری را کاهش دهند (معطی و همکاران، ۲۰۱۵). استرس ادراک شده در بیماران کبدی عمدتاً ریشه در شناخت و باورهای آن‌ها دارد و مداخله MBCT از ظرفیت مناسبی برای تعدیل این باورها برخوردار است. با استفاده از تکنیک‌های تجربه حال، بیمار آموزش می‌بیند تا به‌طور موقت از

# هشتمین همایش ملی تازه‌های روانشناسی مثبت



وزارت آموزش و پرورش  
اداره کل آموزش و پرورش استان هرمزگان  
مدرسه آموزش و پرورش شهرستان میناب دانشگاه هرمزگان

اسفندماه ۱۴۰۰ - بندرعباس

عقاید و اندیشه‌های ریشه‌دار گذشته خود جدا شود که بر نگرانی‌ها و ترس‌های آینده تأثیر می‌گذارد و در نتیجه میزان استرس کاهش می‌یابد (معظی و همکاران، ۲۰۱۵).

در مجموع نتایج مطالعه حاضر دلالت بر این دارد که مداخلات MBCT و ACT با دارا بودن ظرفیت‌هایی مناسب در تغییر نگرش‌ها و ایجاد رفتارهای مناسب، می‌تواند نقش موثری در کاهش استرس داشته باشد. در مجموع درمان‌های موج سوم رفتاری، افراد را تشویق می‌کنند تا با خودارزیابی‌های خویش، به‌عنوان افکار ساده و گذرا برخورد کنند، به‌جای اینکه به‌دنبال اجتناب و یا تغییر آن‌ها باشند. این درمان‌ها به‌دنبال تضعیف اجتناب تجربی و افزایش مواجهه واقعی فرد با همه تجارب و احساسات هستند و افراد را تشویق می‌کند تا بیماری‌ها، افکار، احساسات، هیجان‌ها و تکانه‌های خود را به‌طور کامل بپذیرند و اهداف ارزشمندی را برای خود مشخص کنند. همچنین آمیختگی شناختی در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن از طریق فرآیند گسلش شناختی و پذیرش، تضعیف می‌شود و بدکارکردی‌های شناختی و دلیل تراشی‌ها در آن‌ها کاهش می‌یابد و پیگیری اهداف ارزشمند در زندگی و عمل متعهدانه برای دستیابی به این اهداف منجر به کاهش هیجانات ناخوشایند و ایجاد زندگی پرثمر می‌شود. غیبت برخی از شرکت‌کنندگان و عدم حضور به‌موقع برخی از آن‌ها در جلسات درمان، عدم انتخاب افراد به‌شیوه تصادفی و اجرای یک طرح کارآزمایی بالینی تصادفی، عدم کنترل تغذیه و فعالیت‌های ورزشی که در جای خود نقش موثری بر میزان استرس دارند و همچنین عدم بررسی رویدادهای استرس‌زا در طول دوران مطالعه از پیش‌آزمون تا پیگیری، از جمله محدودیت‌های این پژوهش است.

جهت پیگیری از غیبت افراد پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آینده به روش‌های غیرحضوری همچون تهیه فیلم، کتابچه آموزشی و آموزش تلفنی توجه شود. همچنین پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آینده علاوه بر سنجش استرس ادراک شده، رویدادهای استرس‌زای زندگی نیز بررسی شوند و نقش برخی از متغیرها همچون تغذیه مناسب و فعالیت‌های ورزشی کنترل شوند. در زمینه کاربردی پیشنهاد می‌شود که جهت بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به NAFLD و تسهیل فرایند درمان پزشکی، به مداخلات روانشناختی توجه شود. پیشنهاد می‌شود که فرایند درمان NAFLD به‌شیوه گروهی، متشکل از مجموعه‌ای از متخصصان برای بیماران ارائه شود.

نتایج پژوهش نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش ادراک بیماری در افراد مبتلا به کبدچرب غیرالکلی شده است. به‌عبارت دیگر این درمان با افزایش ذهن آگاهی و کاهش اثر تحریف‌های شناختی زمینه لازم را برای پذیرش بیماری فراهم کرده که به دنبال آن موجب مقابله فعال بیمار در برابر بیماری می‌شود و در نهایت ادراک بیماری در این بیماران بهبود پیدا می‌کند. بر این اساس پیشنهاد می‌شود مراکز درمانی از این مداخله روانشناختی برای ارتقاء سلامت روانشناختی این بیماران استفاده کنند.

سپاس‌گزاری

این مقاله برگرفته از رساله دکتری تخصصی روانشناسی سلامت در دانشگاه پیام نور تهران می‌باشد. در اینجا جای دارد از کلیه کسانی که در این مطالعه مشارکت داشتند، کمال تشکر و سپاس را داشته باشیم.

## منابع

حمزه پور حقیقی، طاهره، دوستی، یارعلی، فخری، محمد کاظم. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان شناختی رفتاری به شیوه گروهی بر ادراک بیماری و ادراک درد در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان*، ۲۰ (۳)، ۵۷-۴۵.

فخاریان، طاهره، حیدری، شیماء، آذرکار، قدسیه، احسان بخش، علیرضا. (۱۳۹۶). بررسی نقش کبد چرب بر خطر بیماری‌های قلبی- عروقی از طریق اندازه‌گیری ضخامت انتیامدیای شریان کاروتید. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند*، ۲۴ (۱)، ۷۲-۶۳.

- Abbasi, F., Shariati, K., & Tajikzadeh, F. (2018). Comparison of the Cognitive Behavioral Therapy (CBT) and Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR): Reducing Anxiety Symptoms. *Women's Health Bulletin*, 5(4), 1-5.
- Bajaj, J. S., Ellwood, M., Ainger, T., Burroughs, T., Fagan, A., Gavis, E. A., ... & Wade, J. B. (2017). Mindfulness-based stress reduction therapy improves patient and caregiver-reported outcomes in cirrhosis. *Clinical and translational gastroenterology*, 8(7), e108.
- Bazzazian, S., & Besharat, M. A. (2010). Reliability and validity of a Farsi version of the brief illness perception questionnaire. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 5, 962-965.
- Bonsaksen, T., Lerdal, A., & Fagermoen, M. S. (2015). Trajectories of illness perceptions in persons with chronic illness: An explorative longitudinal study. *Journal of Health Psychology*, 20(7), 942-953.
- Chow, S. C., Shao, J., Wang, H., & Lokhnygina, Y. (2017). *Sample size calculations in clinical research*. Chapman and Hall/CRC.
- Golshani, G., & Pirnia, B. (2019). Comparison of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) with Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on the severity of fatigue, improvement of sleep quality and resilience in a patient with prostate cancer: a single-case experimental study. *International Journal of Cancer Management*, 12(2).
- Kwak, M. S., & Kim, D. (2018). Non-alcoholic fatty liver disease and lifestyle modifications, focusing on physical activity. *The Korean journal of internal medicine*, 33(1), 64.
- Moazzezi, M., Moghanloo, V. A., Moghanloo, R. A., & Pishvaei, M. (2015). Impact of acceptance and commitment therapy on perceived stress and special health self-efficacy in seven to fifteen-year-old children with diabetes mellitus. *Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences*, 9(2).
- Moscatiello, S., Di Luzio, R., Bugianesi, E., Suppini, A., Hickman, I. J., Di Domizio, S., ... & Marchesini, G. (2011). Cognitive-behavioral treatment of nonalcoholic fatty liver disease: a propensity score-adjusted observational study. *Obesity*, 19(4), 763-770.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K., Horne, R., Cameron, L., & Buick, D. (2002). The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology and health*, 17(1), 1-16.
- Petrie, K. J., Jago, L. A., & Devcich, D. A. (2007). The role of illness perceptions in patients with medical conditions. *Current opinion in psychiatry*, 20(2), 163-167.
- Smith, B. W., & Adams, L. A. (2011). Non-alcoholic fatty liver disease. *Critical reviews in clinical laboratory sciences*, 48(3), 97-113.
- Stewart, K. E., & Levenson, J. L. (2012). Psychological and psychiatric aspects of treatment of obesity and nonalcoholic fatty liver disease. *Clinics in liver disease*, 16(3), 615-629.
- Tana, C., Ballestri, S., Ricci, F., Di Vincenzo, A., Ticinesi, A., Gallina, S., ... & Meschi, T. (2019). Cardiovascular risk in non-alcoholic fatty liver disease: mechanisms and therapeutic implications. *International journal of environmental research and public health*, 16(17), 3104.
- Younossi, Z., Tacke, F., Arrese, M., Chander Sharma, B., Mostafa, I., Bugianesi, E., ... & Vos, M. B. (2019). Global perspectives on nonalcoholic fatty liver disease and nonalcoholic steatohepatitis. *Hepatology*, 69(6), 2672-2682.