

تاریخ دریافت مقاله: ۹۶/۰۷/۲۳

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۷/۰۴/۱۹

دست آوردهای روان‌شناختی
دانشگاه شهید چمران اهواز، پاییز و زمستان ۱۳۹۷
دوره‌ی چهارم، سال ۲۵، شماره‌ی ۲
صص: ۱۵۰-۱۲۹

اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خستگی، اضطراب و افسردگی کارکنان دارای سندرم خستگی مزمن

سارا طاهری*

ایلناز سجادیان**

چکیده

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خستگی، اضطراب و افسردگی کارکنان دارای سندرم خستگی مزمن دانشگاه آزاد اصفهان (خوراسگان) به مرحله اجرا در آمد. روش پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری را کلیه کارکنان دانشگاه آزاد اصفهان (خوراسگان) در سال ۱۳۹۴ شامل می‌شد. بدین منظور ۲۰۰ نفر از کارکنان براساس جدول کوهن و همکاران، که دارای معیارهای ورود به پژوهش بودند به شیوه تصادفی ساده، انتخاب شدند و به پرسشنامه‌های علائم دویال (جیسون و همکاران) و کیفیت زندگی (وار و شربن) پاسخ دادند، سپس ۲۸ نفر که تشخیص سندرم خستگی مزمن را دریافت نمودند به طور تصادفی در گروه آزمایشی و گروه کنترل جایگزین شدند (هر گروه ۱۲ نفر). آزمودنی‌ها قبل و بعد از مداخله و ۱ ماه بعد، در مرحله پیگیری به ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه‌های خستگی (چالدر)، اضطراب و افسردگی بیمارستانی (زیگموند و اسنیث) پاسخ دادند. آزمودنی‌های گروه آزمایشی به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفتند اما بر گروه کنترل مداخله‌ای صورت نگرفت. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده گردید. یافته‌ها حاکی از کاهش میانگین خستگی، اضطراب و افسردگی در گروه آزمایشی نسبت به گروه کنترل، در مراحل پس آزمون و پیگیری بود ($p \leq 0/05$). بنابر یافته‌های پژوهش، می‌توان برای کاهش خستگی، اضطراب و افسردگی در کارکنان مبتلا به سندرم خستگی مزمن، از شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی سود جست.

کلید واژگان: اضطراب، افسردگی، سندرم خستگی مزمن، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی.

* کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

** استادیار، واحد اصفهان (خوراسگان) دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران (نویسنده مسئول)

مقدمه

سندرم خستگی مزمن یک اختلال پیچیده و ناتوان‌کننده است و از نشانه‌های شایع این بیماری می‌توان علائمی از قبیل ضعف، درد عضلانی، ضعف حافظه و عدم تمرکز ذهنی، بی‌خوابی، درد قفسه سینه، گیجی، تعریق شبانه، کاهش وزن و مشکلات روانی اعم از افسردگی و زودرنجی، اضطراب و سایر موارد را نام برد (Kaplan & Sadock, 2015). میزان دقیق بروز و شیوع سندرم خستگی مزمن مشخص نمی‌باشد ولی میزان بروز آن در جمعیت عمومی بزرگسال ۰/۷۰ تا ۲/۸ درصد برآورد شده است. زنان ۲ بار بیشتر از مردان دچار آن می‌شوند. متوسط سن شروع این اختلال ۳۳ سالگی است، اگر چه در افراد جوان‌تر از ۱۰ سال و مسن‌تر از ۷۰ سال نیز دیده شده است (Institute of Medicine, 2015). پژوهشگران شیوع این اختلال را حتی بیشتر از شیوع سرطان و ایدز دانسته‌اند (Carruthers et al., 2003). (Nasri (2004) در پژوهشی مبنی بر همه‌گیرشناسی سندرم خستگی مزمن و ارتباط آن با مشکلات روانپزشکی در پرستاران شهر اهواز و تهران میزان شیوع این سندرم در پرستاران شهر اهواز ۳/۴ درصد و در پرستاران شهر تهران، ۷/۹ گزارش نمود.

وقتی خستگی بیش از ۶ ماه طول بکشد، خستگی مزمن نامیده می‌شود علائم سندرم خستگی مزمن اغلب همراه با سایر بیماری‌ها نظیر فیبرومیالژیا، سندرم روده تحریک‌پذیر و غیره دیده می‌شود (Kaplan & Sadock, 2015). اثرات این سندرم بر کار، هزینه‌بر بوده و موجب کاهش تولید، کارایی، انگیزش و افزایش غیبت‌ها و بیکاری می‌گردد (Haddadi, Zakerian & Mahmoodi, 2014)، از سویی انسان موجودی زیستی، روانی و اجتماعی می‌باشد (Mahdad, Rahimi & Atashpour, 2011) و حداقل یک سوم عمر وی در محیط کار سپری می‌گردد. بنابراین، کار از نظر سلامت عامل بسیار ارزشمندی به حساب می‌آید (Aghaei, Jalali, Hassanzadeh & Aslan, 2011). در میان علائم سندرم خستگی مزمن، خستگی، شایع‌ترین علامت آن می‌باشد که با فرسودگی شدید ذهنی و بدنی مشخص می‌گردد و عاملی برای کاهش ۵۰ درصد تمامی فعالیت‌های فرد مبتلا می‌باشد (Haddadi et al., 2014). افراد دارای این سندرم، اغلب وقوع خستگی منحصر به فردی که از سایر علائم خستگی متفاوت است، را نشان می‌دهند (Sharpe, 1996). بیشتر بیمارانی که ملاک‌های تشخیصی نشانگان خستگی مزمن را دارا هستند، برخی ملاک‌های تشخیصی روانپزشکی

به ویژه اختلالات اضطرابی^۱ و افسردگی^۲ را نیز دریافت می‌کنند (Kaplan & Sadock, 2015). بررسی این ملاک‌های تشخیصی نشان می‌دهد که علائم بدنی اضطراب به علائم بدنی سندرم خستگی مزمن شباهت دارد (Tyler, 1976). اضطراب یک احساس منتشر بسیار ناخوشایند است که اغلب با علائم دستگاه اتونوم^۳ (مثل اسهال، احساس سرگیجه و سبکی در سر، تعریق مفرط، تشدید رفلکس‌ها، بالا رفتن فشار خون، اتساع مردمک، بی‌قراری، لرزش، آشفتگی معده، کندی دفع ادرار) همراه می‌شود (Ahmadi, Mohammadi Sartang, Nooraliee, Veisi, & Rasouli, 2013).

همچنین مطالعات نشان دهنده ارتباط نزدیک بین افسردگی و سندرم خستگی مزمن می‌باشد، اما علی‌رغم شباهت این دو اختلال، هنوز ارتباط دقیق بین این دو اختلال مشخص نیست و ۶۶ درصد افراد دارای سندرم خستگی، علائم اختلال افسردگی اساسی را نیز داشته و ۵۰ درصد افراد حداقل یک اپیزود اختلال افسردگی اساسی را گزارش نموده‌اند (Institute of Medicine, 2015) و حدود ۸۰ درصد بیماران مبتلا به سندرم خستگی مزمن واجد ملاک‌های تشخیص افسردگی اساسی می‌باشند (Kaplan & Sadock, 2015).

افسردگی اختلالی همه‌گیر است، که بسیاری از افراد برهه‌ای از زندگی خود را به آن دچار می‌گردند (Farhadi, Yarmohamadi Vasel, Zoghi Paidar & Chegini, 2017). میزان بالای همبستگی میان این دو اختلال، به گونه‌ای است که بسیاری از روانپزشکان معتقدند که همه موارد این سندرم در واقع اختلالات افسردگی هستند، با این حال بیماران دچار سندرم خستگی مزمن به ندرت احساس گناه، اندیشه‌پردازی درباره خودکشی یا فقدان احساس لذت دارند و کاهش وزن چندانی نشان نمی‌دهند. همچنین این بیماران معمولاً سابقه خانوادگی افسردگی برای اختلال روانی دیگری ندارند و حوادث استرس‌زای چندانی در زندگی این بیماران دیده نمی‌شود که بیماری افسردگی را توجیه یا تسهیل کند. به علاوه هر چند برخی بیماران به درمان افسردگی پاسخ می‌دهند، بسیاری از آنها در نهایت نسبت به تمام داروهای روانی مقاوم می‌شوند (Kaplan & Sadock, 2015).

درمان‌های دارویی بسیاری برای سندرم خستگی مزمن پیشنهاد گردیده است، اما اعتبار هیچ کدام از آنها به اثبات نرسیده است (Surawy, Hackmann, Hawton & Sharpe, 1995) و

1- anxiety
2- depression
3- autonomic nervous system

با توجه به عوارض جانبی داروها، توجه به درمان‌های روان‌شناختی در این زمینه، مورد توجه قرار گرفته است که پرکاربردترین این درمان‌ها، درمان شناختی - رفتاری^۱ می‌باشد. با وجود این‌که، این درمان یک درمان مؤثر برای این سندرم محسوب می‌شود و به کاهش خستگی و ناتوانی این افراد کمک می‌کند، اما بسیاری از مراجعان به طور کامل بهبود پیدا نمی‌کنند و تنها سی درصد از افراد مبتلا به این سندرم، پس از دریافت درمان شناختی- رفتاری به نمره‌های در محدوده‌ی نرمال برای خستگی و عملکرد جسمانی رسیده‌اند، در نتیجه، یک درمان تکمیلی، بایستی مدنظر قرار گیرد که می‌توان به شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی^۲ برای درمان این سندرم اشاره نمود، در این شیوه درمانی، ذهن آگاهی مداخله‌ای است که در ترکیب با رفتار درمانی شناختی می‌تواند استفاده شود (Rimes & Wingrove, 2013). این درمان توسط Segal, Williams and Teasdel (2002) تدوین شده و در هشت جلسه گروهی برگزار می‌گردد و شامل مراقبه‌های مختلف، آموزش مقدماتی درباره افسردگی، تمرین واریسی بدن و چند تمرین شناخت درمانی است که ارتباط بین خلق، افکار، احساس و حس‌های بدن را نشان می‌دهد (Teasdale, Williams, Segal & Soulsby, 2000).

Crane (2009) این درمان را برای سندرم خستگی مزمن مؤثر دانسته است. این درمان باعث افزایش آگاهی از تفکر سودمند و الگوهای رفتاری می‌شود. به علاوه، این درمان دارای مزایای بالقوه‌ای نسبت به درمان‌های رایج قبلی می‌باشد، اول این که این نوع درمان بر اساس همان مدل نظری درمان شناختی- رفتاری برای افراد دارای سندرم خستگی مزمن تدوین شده است و این یک امر مهم از نظر بالینی است. دوم این‌که تمرینات ذهن آگاهی به اندازه کافی متفاوت‌تر و جذاب‌تر از سایر درمان‌های روان‌شناختی می‌باشد به همین جهت برای افراد دارای سندرم خستگی مزمن مورد توجه قرار می‌گیرد. همچنین، این درمان افراد را به عدم قضاوت نسبت به احساسات و باورهای غلط تشویق می‌کند که به سبب تمرین‌های خاص ذهن آگاهی و چارچوب نگرشی خاص آن، این درمان برای افراد دارای سندرم خستگی مزمن مؤثر واقع می‌گردد (Rimes & Wingrove, 2013).

از دیگر ویژگی منحصر به فرد مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی این است که علاوه بر اینکه قابلیت کاربرد در محیط‌های بالینی را دارند، از ویژگی‌های خاصی برای استفاده در موقعیت‌های

1- Cognitive Behavioral Therapy (CBT)

2- Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT)

غیربالینی مانند محیط‌های کاری نیز برخوردارند (Dobkin, 2007). مطالعات نشان داده‌اند که نه تنها مداخلات ذهن آگاهی موجب کاهش مشکلات محیط کار می‌شوند، بلکه میزان همکاری افراد در این گونه برنامه‌ها بسیار بالا است (Williams, Kolar, Reger & Pearson, 2001). شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی همچنین کاهش قابل ملاحظه‌ای در هزینه‌های مداخله‌گر و پیشگیری‌ها را نشان دادند، (Graham (2014). در تحقیقات خود نشان داد که این صرفه‌جویی سازمانی، سالانه بالغ بر ۵۵۵ میلیون دلار می‌باشد.

مروری بر تحقیقات انجام شده نشان داد که استفاده از روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش عود افسردگی حاد و عقاید خودکشی (Barnhofer et al., 2009)، بر بهبود ارزش‌های سازمانی در چشم کارکنان و کاهش تعارض نقش فرد (Valentine, Godkin & Varca, 2010)، بر بهبود متغیرهای روان‌شناختی و سازمانی کارکنان (Bond, Flaxman, van Veldhoven & Biron, 2010)، بر افزایش کنترل سازمانی در بین کارکنان و کاهش فشارهای محیط کار و غیبت از کار، افزایش بهزیستی، خلاقیت، تمایل و گرایش کاری و بهره‌وری سازمانی (Bond et al., 2010)، بر کاهش اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان دبیرستانی (Bayrami, Movahedi & Alizadeh Goradel, 2015)، بر میزان استفاده از افکار خودآیند منفی در بیماران افسرده (Ghasemi Motlagh, Maneshi, Askari & Talebi, 2013)، اختلال وحشتزدگی (Sohrabi, Jaafarifard, Zarei & Eskandari, 2013)، کاهش علائم روان‌شناختی و جسمانی بیماران مبتلا به نشانگان روده تحریک‌پذیر (Moghtaderani, et al., 2013)، کاهش افکار خودکشی‌گرا در افراد افسرده (Hanasabzadeh, Yazdandoost, Asgharnejad-Farid & Gharaee, 2011)، بر کیفیت زندگی دانشجویان دختر (Bassak Nejad, Aghajani Afjadi & zargar, 2012) انجام گرفته است. در ایران تنها اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری بر کاهش میزان افسردگی و نشخوار فکری در زنان مبتلا به سندرم خستگی مزمن (Ghamari, Dastani & Ghadimi, 2014) استفاده شده است، با توجه به شیوع این سندرم و با در نظر گرفتن کمبود درمان‌های روان‌شناختی در این زمینه و همچنین به دلیل مشکلات و هزینه‌های وارد شده در بهره‌وری و عملکرد شغلی کارکنان دانشگاه، استفاده از یک درمان مؤثر، برای این اختلال ضروری به نظر می‌رسد. لذا، این پژوهش به دنبال بررسی فرضیه زیر است:

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خستگی، اضطراب و افسردگی در کارکنان مبتلا به

سندرم خستگی مزمن دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان (خوراسگان)، مؤثر است.

روش پژوهش

روش پژوهش، نیمه تجربی از نوع طرح آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه کارکنان دانشگاه آزاد واحد اصفهان (خوراسگان)، در سال ۱۳۹۴ بود، که تعداد کل کارکنان ۴۰۷ نفر بود. برای انتخاب نمونه در این پژوهش در ابتدا از بین کارکنان دانشگاه آزاد واحد اصفهان (خوراسگان)، تعداد ۲۰۰ نفر از کارکنان براساس جدول (Cohen, Manion & Morrison, 2000) انتخاب شد. به این ترتیب لیستی به صورت تصادفی از کارکنان دانشگاه تهیه گردید سپس به هر یک از آن‌ها از ۰۰۱ تا ۴۰۷ کد داده شد با استفاده از جدول اعداد تصادفی ۲۰۰ نفر از این کارکنان به عنوان نمونه انتخاب شدند و به پرسشنامه‌های علائم دوپال (Jason, Evans, & Porter, 2010) و کیفیت زندگی^۱ (Ware & Sherburne, 1992) پاسخ دادند. از بین آنها افرادی که دارای معیارهای اول و دوم و همچنین ۴ مورد از معیار سوم پرسشنامه علائم دوپال (Jason et al., 2010) بودند و نمره مشخص شده در دو زیرمقیاس از سه زیرمقیاس پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی (Ware & Sherburne, 1992) شامل محدودیت نقش به خاطر مشکلات جسمی (کمتر یا مساوی ۵۰)، نشاط (کمتر یا مساوی ۳۵) و کارکرد اجتماعی (کمتر یا مساوی ۶۲/۵) را کسب نمودند به عنوان افراد مبتلا به سندرم خستگی مزمن غربال شدند. در کل ۳۲ نفر از کارکنان تشخیص سندرم خستگی مزمن را دریافت نمودند. از بین آنها ۲۸ نفر از کسانی که سایر ملاک‌های ورود به مطالعه را دارا بودند، انتخاب و به طور تصادفی در گروه آزمایشی و گروه کنترل جایگزین شدند (هر گروه ۱۴ نفر) ولی ۲ نفر از گروه آزمایشی به دلیل عدم همکاری و ریزش از نمونه خارج گردیدند. ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان به گروه‌ها عبارتند از: تمایل به شرکت در جلسات، سن ۲۵ تا ۵۰ سال، تحصیلات دیپلم به بالا و ملاک‌های خروج شامل: ابتلا به بیماری‌های کم خونی، ابتلا به اختلالات حاد روانپزشکی به طور همزمان (مثل افسردگی عمده، اختلالات دو قطبی، اختلالات اضطرابی)، ابتلا به اختلالات کم‌کاری و پرکاری تیروئید، ابتلا به بیماری مالتیپل اسکلروزیس^۲

1- Short Form Health Survey (SF-36)

2- Multiple Sclerosis (MS)

(MS) و شاخص توده بدنی^۱ ($BMI \leq 40$)، عدم انجام دقیق تکالیف و تمرین‌های منزل طی دو جلسه متوالی یا غیرمتوالی، غیبت بیش از ۲ جلسه و عدم تمایل به ادامه جلسات بود.

ابزار اندازه‌گیری

به منظور تشخیص سندرم خستگی مزمن از دو ابزار علائم دوپال (Jason et al., 2010) و کیفیت زندگی (Ware & Sherburne, 1992) استفاده گردید.

۱) پرسشنامه علائم دوپال: این پرسشنامه جامع است و توسط Jason et al. (2010) در دانشگاه دوپال شیکاگو آمریکا تهیه شده است. فرم بلند آن شامل ۹۹ سؤال است و جهت ارزیابی معیارهای سندرم خستگی مزمن و با توجه به معیارهای فوکودا می‌باشد، که شامل ۸ معیار بوده و با استفاده از روش خود اظهاری، سطح فعالیت را در گذشته و حال ارزیابی نموده و علائم خستگی و ناخوشی را بعد از فعالیت‌های معمول روزانه، به خوبی ارزیابی می‌کند. Jason et al. (2010)، معیارهای لازم برای تشخیص سندرم خستگی مزمن در نمونه‌های غیر بالینی را شامل ۴۲ سؤال از ۹۹ سؤال پرسشنامه دوپال معرفی نموده‌اند. این ۴۲ سؤال سه معیار ۱- عدم وجود مشکل خستگی در همه عمر، ۲- حضور خستگی مزمن حداقل به مدت ۶ ماه، ۳- وجود ۴ علامت یا بیشتر از ۸ علامت مشکل در حافظه و تمرکز، عدم سرحالی پس از بیدار شدن، درد و تورم مفاصل، مشکلات غدد لنفاوی، درد عضلانی، ضعف پس از انجام هر فعالیتی، شروع سردردهایی با محل و نوع جدید و گلو درد را در برمی‌گیرد. در صورت وجود دو معیار اول و ۴ مورد از معیار سوم فرد، تشخیص سندرم خستگی مزمن دریافت می‌کند. Jason et al. (2010)، مطالعه‌ای را در جهت ارزیابی پایایی پرسشنامه سندرم خستگی مزمن برای تحقیقات اپیدمیولوژی بر روی ۴ گروه از مبتلایان به لوپوس، مولتیپل اسکلرزیس، سندرم خستگی مزمن و گروه کنترل انجام دادند، ضریب آلفای کرونباخ آن برابر ۰/۷۸ و مطابقت آزمون بازآزمایی نیز برابر ۰/۹۲ گزارش نمودند.

Haddadi et al. (2014)، روایی و پایایی فرم ۵۴ سؤالی از پرسشنامه سندرم خستگی مزمن را روی ۳۰ پرستار مورد بررسی قرار دادند. شاخص روایی محتوا^۲ به ترتیب برابر (۰/۸۵، ۰/۷) و ضریب پایایی دو مرحله آزمون^۳ (۰/۹۵) به دست آوردند. پایایی این پرسشنامه با استفاده از

1- Body Mass Index(BMI)
2- Content Validity Index (CVI)
3- Mixed and Confidence Interval (ICC)

آلفای کرونباخ در مطالعه حاضر ۰/۸۳ محاسبه شد که دارای پایایی بسیار خوبی می‌باشد.

(۲) پرسشنامه کیفیت زندگی: پرسشنامه کیفیت زندگی ۳۶ سؤالی (SF-36) توسط Ware and Sherburne (1992) ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۳۶ سؤال بوده و از ۸ زیر مقیاس تشکیل شده است و هر زیر مقیاس متشکل از ۲ الی ۱۰ ماده می‌باشد. ۸ زیر مقیاس این پرسشنامه عبارتند از: عملکرد جسمی، محدودیت نقش به خاطر مشکلات جسمی، درد جسمانی، محدودیت نقش به خاطر مشکلات روانی، نشاط، بهزیستی هیجانی، عملکرد اجتماعی و ادراک سلامت کلی. همچنین از ادغام این مقیاس‌ها دو زیر مقیاس کلی با نام‌های سلامت جسمی و سلامت روانی به دست می‌آید. در این پرسشنامه نمره پایین‌تر نشان دهنده کیفیت زندگی پایین‌تر است و بر عکس. (Jason et al (2010) داشتن دو مورد از سه زیر مقیاس محدودیت نقش به خاطر مشکلات جسمی (نمرات کمتر یا مساوی ۵۰)، نشاط (نمره های کمتر یا مساوی ۳۵) و کارکرد اجتماعی (کمتر یا مساوی ۶۲/۵) را به منظور تشخیص سندرم خستگی مزمن استفاده نمودند. روایی و پایایی این پرسشنامه در گروه‌های مختلف بیماران مورد بررسی قرار گرفته است. مفاهیمی که توسط این پرسشنامه سنجیده می‌شوند، اختصاص به سن، گروه یا بیماری خاصی ندارند. پایایی نسخه فارسی پرسشنامه نیز در ایران تایید شده است (۰/۹). به منظور بررسی روایی ابزار از روش روایی همگرا و مقایسه گروه‌های شناخته شده استفاده گردیده است. دامنه همبستگی در روایی همگرا از ۰/۵۷ تا ۰/۹۵ متغیر بوده است و در مقایسه گروه‌های شناخته شده، نتایج مورد پیش بینی در تمایز کیفیت زندگی بین مردان و زنان به دست آمد (Rostami, Moghaddas Tabriz, Dervish Porkakkhi & Montazeri, 2012). (Montazeri, Vahdaninia, Ebrahimi and Jarvandi (2003) نیز پایایی این پرسشنامه را با استفاده از همسانی درونی و روایی آن و با روش مقایسه گروه‌های شناخته شده، مورد ارزیابی قرار دادند. ضرایب آلفای زیر مقیاس‌ها از ۰/۶۶ تا ۰/۰۶ می‌باشد.

(۳) مقیاس خستگی چالدر: این مقیاس یک ابزار کوتاه ۱۱ ماده‌ای است که توسط Chalder, Berelowitz and Hirsch (1993) ساخته شد و علامت‌های ذهنی و بدنی خستگی را می‌سنجد و شامل ۴ عامل (۱) مشکلات شناختی، (۲) خواب آلودگی، (۳) استقامت و نیرومندی و (۴) فقدان انگیزش و علاقه می‌باشد و ماده‌های این ابزار بر اساس یک مقیاس چهار درجه‌ای

لیکرت (از ۰=هیچ تا ۳=زیاد) نمره گذاری می شود (Behzadiazad & Askary 2018). همبستگی بیش از مقدار توصیه شده ۰/۱ و دامنه تغییرات ضرایب ۰/۰۸ تا ۰/۰۳ بود. نمره ۴ یا بالاتر نشان دهنده خستگی در فرد می باشد. این مقیاس در چندین بررسی مربوط به همه گیرشناسی و پیامد درمان در بیماران دارای سندرم خستگی مزمن به کار رفته است. روایی و پایایی این مقیاس توسط (Chalder et al. 1993). مورد بررسی قرار گرفته و با بهره گیری از فهرست علائم مصاحبه بالینی، حساسیت آن ۷۵ درصد و ویژگی آن نیز ۷۴ درصد به دست آمده است، ضریب همسانی درونی برای گویه های خستگی بدنی ۰/۸۵ و برای گویه های خستگی ذهنی ۰/۸۲ بود. برای ارزیابی روایی این پرسشنامه، یک گروه از بیماران دارای علائم خستگی با یک گروه افراد سالم به کمک این مقیاس مقایسه شدند و نتایج بیانگر ارزشمند بودن این مقیاس برای اندازه گیری خستگی بود. در پژوهش (Nasri et al. 2002). که این آزمون را بر روی پرستاران زن شاغل در بیمارستان های آموزشی زیرمجموعه دانشگاه های علوم پزشکی شهرهای تهران و اهواز اجرا نمودند، ضریب آزمون- باز آزمون، همسانی درونی و تصنیف محاسبه شده در این بررسی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۹۱، ۰/۸۲ به دست آمد و نشان دهنده پایایی بالا بوده است. پایایی این پرسشنامه برای خستگی کلی با استفاده از آلفای کرونباخ در مطالعه حاضر ۰/۷۷ و برای خستگی ذهنی، ۰/۸۵ و خستگی بدنی، ۰/۷۵ حاصل گردید.

۴) **مقیاس بیمارستانی اضطراب و افسردگی (HADS)**^۱: این مقیاس توسط (1983) Zigmond & Snaith ساخته شد و یک ابزار خودگزارشی ۱۴ گویه ای می باشد که برای غربال کردن وجود و شدت نشانه های افسردگی و اضطراب در طی هفته گذشته در بیماران طراحی شده است. مدت زمان اجرای آن کمتر از ۵ دقیقه است و جمعیت مورد بررسی آن نوجوانان ۱۶ سال به بالا تا سالمند می باشند. این ابزار یک زیر مقیاس افسردگی هفت جزیی و یک زیر مقیاس اضطراب هفت قسمتی دارد. که در هر دوی اضطراب و افسردگی، برای کاستن احتمالی تشخیص های مثبت- کاذب، نشانه های جسمی را حذف کرده اند. خرده مقیاس افسردگی در این پرسشنامه روی ارزیابی فقدان حالت خوشگامی متمرکز است. به این ترتیب، این پرسشنامه، یک ابزار غربالگری مفید و مختصر برای نشانه های افسردگی و اضطرابی در بیماران با مشکل جسمی را ارائه می کند و به طور خلاصه این مقیاس برای ارزیابی اضطراب و

1 . Hospital Anxiety and Depression's Code(HADS)

افسردگی در بیماران سرپایی بیمارستان عمومی و برای برآورد شدت اختلال هیجان است، البته این مقیاس برای گروه‌های دیگر نیز معتبر می‌باشد، ولی باید از طریق یک مصاحبه کوتاه تکمیل گردد. نمره هر خرده‌آزمون روی یک مقیاس صفر تا سه است. برای هر دو زیر مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستانی نمره‌های در دامنه صفر تا هفت طبیعی، هشت تا ده خفیف، ۱۱ تا ۱۴ متوسط و ۱۵ تا ۲۱ شدید در نظر گرفته می‌شود (Kaviani, Javaheri, & Bahari, 2005). پایایی آن در کشورها و مطالعات مختلف در نمونه‌های بالینی و غیربالینی برای اضطراب و افسردگی بین ۰/۷ تا ۰/۹ گزارش شده است (Risal et al., 2017). همسانی درونی برای خرده‌مقیاس اضطراب به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و برای خرده‌مقیاس افسردگی ۰/۸۵ به دست آمد و اعتبار سازه با استفاده از مقیاس‌های مرتبط رضایت بخش است (Kaviani et al., 2007). همچنین Montazeri, Vahdaninia, Ebrahimi, & Jarvandi (2003) در نمونه بالینی ایرانی همسانی درونی این ابزار را برای خرده‌مقیاس اضطراب (۰/۷۸) و افسردگی (۰/۸۶) و روایی همگرا با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون برای خرده‌مقیاس اضطراب (۰/۴۷ تا ۰/۸۳) و برای خرده‌مقیاس افسردگی (۰/۴۸ تا ۰/۸۶) محاسبه نمود. پایایی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ در مطالعه حاضر برای اضطراب ۰/۸ و برای افسردگی، ۰/۷ حاصل گردید.

روش اجرا

در ابتدا پژوهشگر با مراجعه به دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) و انجام مصاحبه جهت توجیه دلایل پژوهش و بررسی شرایط ورود افراد به پژوهش، پرسشنامه علائم دوپال را به کارکنان دانشگاه ارائه نمود و نحوه ارتباط و تماس با آنها در صورت داشتن شرایط حضور در پژوهش مشخص گردید. بعد از مشخص شدن نمونه و قرار گرفتن افراد در گروه آزمایشی و گروه کنترل به صورت تصادفی، آزمون‌های مورد استفاده در پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون- پس‌آزمون و یک ماه بعد در مرحله پیگیری، بر روی افراد دارای سندرم خستگی مزمن اجرا گردید. مدت زمان اجرای پژوهش سه ماه بود که از ابتدای آبان ماه ۱۳۹۴ تا اواخر آذر ماه به طول انجامید. تعداد جلسات آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برای گروه آزمایشی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بود که توسط پژوهشگر و یک کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی بر اساس بسته درمانی (Crane (2009)؛ Rimes & Wingrove (2013)؛ Surawy et al. (1995) و Neff (2010) ارائه شد و روایی محتوایی آن به تایید ۵ نفر متخصص روان‌شناسی بالینی رسید، که متناسب با

هدف پژوهش (برای افراد دارای سندرم خستگی مزمن) تدوین گردید.

به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی در روند اجرای پژوهش، کلیه افراد دارای سندرم خستگی مزمن با رضایت و رغبت شرکت کردند. در همه مراحل اولویت با درمان بیماران بود تا اجرای پژوهش. علاوه بر این، به آزمودنی‌ها اطمینان داده شد که نتایج پرسشنامه‌ها به صورت فردی تفسیر نگردد و در صورت تمایل نتایج به اطلاع آزمودنی‌ها برسد، همچنین در تمامی

جدول ۱.

چارچوب جلسات آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسات	شرح جلسات
جلسه اول	آشنایی، توضیح درباره اصول گروه، توضیح هدایت خودکار، مراقبه و واریسی بدن، توزیع لوح فشرده مدیتیشن و جزوات مربوطه
جلسه دوم	انجام مراقبه واریسی بدنی، ده دقیقه تنفس با ذهن آگاهی و مراقبه ذهن، تمرین خوردن کشمش با ذهن آگاهی، کشف تجربه‌های خوشایند با استفاده از فرم ثبت وقایع خوشایند و بازنگری تکالیف جلسه قبل
جلسه سوم	تنفس با ذهن آگاهی، گسترده نگه داشتن افکار و ذهن از طریق پیگیری تمرین‌های مراقبه‌ای و تمرکز بر تنفس آگاهانه و اعضای بدن، سه دقیقه تنفس، کشف تجارب ناخوشایند روزانه با استفاده از فرم ثبت وقایع ناخوشایند، بازنگری تکالیف جلسه قبل
جلسه چهارم	۵ دقیقه تمرین دیدن و شنیدن با ذهن آگاهی، سه دقیقه تنفس، انجام تمرین واریسی بدن، توضیح رابطه ذهن و بدن، کشف و تعریف مسأله سندرم خستگی مزمن (بیان علائم خستگی با کمک افراد و کامل کردن آن)، استفاده از سیستم حل مسأله برای رفع خستگی، کمک به افراد در تهیه لیستی از فعالیت‌هایی که به آن‌ها احساس مفید بودن و لذت می‌دهد و انجام آن‌ها در مواقعی که افکار و یا احساسات مربوط به خستگی به سراغ آن‌ها می‌آید. کمک به افراد در برنامه‌ریزی منظم فعالیت‌ها و افزایش تدریجی آن‌ها
جلسه پنجم	تمرین مجوز حضور که افکار مربوط به خستگی به سراغ آن‌ها می‌آید. مروری بر مشکلات مرتبط با خستگی و عوارض آن‌ها و تکنیک حل مسأله، بیان تمثیل رومی (مولانا) و دیگر تمثیلات و کشف محتوای متناسب با اهداف آنها در گروه
جلسه ششم	آموزش تفکرات منشأ واقعی ندارند، آگاهی نسبت به تنفس بدن، مطرح کردن مشکلات افراد طی تمرین و کشف اثرات آن بر بدن و ذهن، سه دقیقه تنفس، مروری بر تکنیک حل مسأله در مواجهه با افکار و حالات خستگی، آموزش تکنیک توجه برگردانی در مواقع خستگی، کمک به آن‌ها در تشخیص افکار کمال گرایانه مرتبط با خستگی، صحبت اعضا در مورد تجارب کسب شده در طی جلسات
جلسه هفتم	چگونه به بهترین نحو از خود مراقبت کنیم، آگاهی از تنفس، اعضای بدن، اصوات، افکار و هیجانات، انجام تمرین واریسی بدنی، مرور بر مباحث مربوط به خستگی، گرفتن بازخورد از افراد، بررسی راه‌های افزایش فعالیت مفید
جلسه هشتم	مراقبه و ارسی بدن، جمع‌بندی استفاده از این برنامه، پایان درمان

مراحل پژوهش به دلیل عدم رضایت افراد دارای سندرم خستگی مزمن عکس‌برداری و فیلم‌برداری صورت نپذیرفت. ضمناً تمامی جزوات و سی‌دی‌های آموزشی و ابزارهای لازم به صورت رایگان در اختیار آنها قرار گرفت.

یافته‌های پژوهش

تجزیه تحلیل یافته‌های پژوهش به وسیله بسته آماری علوم اجتماعی^۱ نسخه ۲۲، در دو سطح توصیفی (فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد) و استنباطی (تحلیل کوواریانس چند متغیره) تحلیل شد. یافته‌ها در سطح توصیفی نشان داد که مردان ۴۶ درصد از حجم نمونه‌گیری‌های آزمایشی و کنترل و زنان ۵۳ درصد بودند. از این افراد ۸۹ درصد متأهل و ۱۱ درصد مجرد، ۸۰ درصد افراد تحصیلات کارشناسی و بالاتر و ۲۰ درصد دارای تحصیلات کاردانی و دیپلم بودند. ۸ درصد نمونه در دامنه سنی ۲۵-۳۰ سال، ۱۹ درصد در دامنه سنی ۳۱-۳۵ سال، ۳۴ درصد در دامنه سنی ۳۶-۴۰ سال، ۳۱ درصد در دامنه سنی ۴۱-۴۵ سال و ۸ درصد در دامنه سنی ۴۶-۵۰ سال قرار داشتند. با توجه یافته‌های به دست آمده، از بین متغیرهای جمعیت‌شناختی سن و تحصیلات هیچ یک رابطه معنی‌داری با متغیرهای پژوهش نشان نداد و همه سطوح معنی‌داری از ۰/۰۵ بیشتر بود. بدین ترتیب در بررسی فرضیه پژوهش نیازی به کنترل این متغیرهای جمعیت‌شناختی نیست. یافته‌های توصیفی خستگی، اضطراب و افسردگی، در جدول شماره ۲ ارائه گردیده است.

جدول ۲.

میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های خستگی، افسردگی و اضطراب، در مراحل پژوهش

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری یک ماهه
		انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	
خستگی	آزمایش	۳/۰۹	۱۳	۱/۲۸	۱۳/۲۵	۱/۱۴
	کنترل	۳/۸۴	۱۸/۵	۲/۷۷	۱۸/۴۲	۲/۳۸
اضطراب	آزمایش	۱/۵۶	۱۲/۶۶	۱/۸۲	۱۷/۵۸	۱/۶۷
	کنترل	۲/۶۸	۱۴/۲۱	۲/۷۷	۱۴/۷۸	۲/۲۲
افسردگی	آزمایش	۱/۳۷	۱۲/۰۸	۱/۸۳	۱۵/۹۵	۱/۰۳
	کنترل	۲/۲۱	۱۱/۷۱	۲/۵۸	۱۱/۹۲	۲/۲۷

1- Statistical Package for Social Science (SPSS)

در جدول شماره ۲، میانگین و انحراف معیار متغیرهای خستگی، اضطراب و افسردگی، در گروه آزمایشی و گروه کنترل در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نشان داده شده است. نتایج آزمون شاپیروویلک حاکی از آن بود که توزیع نمره‌ها در متغیرهای خستگی (گروه آزمایش=۰/۵۱، گروه کنترل=۰/۵۶)، اضطراب (گروه آزمایش=۰/۲، گروه کنترل=۰/۱۹) و افسردگی (گروه آزمایش=۰/۲، گروه کنترل=۰/۲) همسان با جامعه بوده و کجی و کشیدگی حاصل اتفاقی است ($p > 0/05$). جهت بررسی برابری پیش فرض تساوی کوواریانس‌ها از آزمون باکس استفاده شد. نتایج آزمون باکس برای متغیرهای در مرحله پس آزمون ($p = 0/197$)، دست آمده است که در هر دو مرحله تأیید شده است. همچنین، جهت بررسی پیش فرض برابری واریانس‌ها، از آزمون لوین استفاده شده است و سطح معنی‌داری برای متغیرهای خستگی ($F = 1/474, p = 0/237$)، اضطراب ($F = 0/027, p = 0/871$) و افسردگی ($F = 0/939$) به دست آمد که نشان می‌دهد پیش فرض لوین مبنی بر برابری واریانس‌ها در گروه‌ها در مرحله پیش آزمون در جامعه رد نشده و باقی مانده است. لذا، این پیش فرض تأیید می‌گردد. همچنین، جهت بررسی همگنی شیب رگرسیون نیز نتایج تعامل گروه و پیش آزمون از نظر پس آزمون و پیگیری نشان داد که در متغیر خستگی ($F = 0/376, p = 0/546$)، اضطراب ($F = 0/378, p = 0/809$)، افسردگی ($F = 2/344, p = 0/141$) به دست آمده است که در همه متغیرهای پژوهش غیر معنی‌دار به دست نیامده است و لذا می‌توان گفت شیب‌های رگرسیونی در این متغیرها همگن است.

جدول ۳.

نتایج تحلیل چند متغیری مقایسه دو گروه در نمره‌های خستگی، اضطراب و افسردگی در مراحل پس آزمون و پیگیری با کنترل پیش آزمون

مرحله	اثرات	ضریب لامبدا	F	درجه آزادی فرض	درجه آزادی خطا	معنی‌داری	اندازه اثر	توان آماری
پس آزمون	گروه	۰/۳۲۵	۱۳/۱۵	۳	۱۹	۰/۰۰۱	۰/۶۷۵	۰/۹۹۹
پیگیری	گروه	۰/۳۸۵	۱۰/۱۱۸	۳	۱۹	۰/۰۰۱	۰/۶۱۵	۰/۹۹۲

با توجه به یافته‌های به دست آمده در جدول شماره ۳، با کنترل پیش‌آزمون، میانگین نمره‌های این سه متغیر در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایشی و کنترل تفاوت معنی‌داری دارد ($p=0/001$). لذا اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش خستگی، اضطراب و افسردگی افراد دارای سندرم خستگی مزمن تأیید می‌شود. نتایج نشان داده است که نزدیک به ۶۷/۵ درصد از تفاوت‌های فردی در کاهش متغیرهای پژوهش در پس‌آزمون و ۶۱/۵ درصد در این متغیرها در مرحله پیگیری به تفاوت بین دو گروه مربوط است. به عبارت دیگر درمان مبتنی بر ذهن آگاهی، باعث کاهش متغیرهای پژوهش در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش شده است. توان آماری نزدیک به ۱۰۰ درصدی نشان می‌دهد حجم نمونه برای بررسی این فرضیه کافی بوده است.

جدول ۴.

نتایج تحلیل آنکوا در متن مانکوا برای خستگی، اضطراب و افسردگی در مراحل پژوهش

متغیر	مرحله	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	حجم اثر	توان آماری
خستگی	پس‌آزمون	۰/۶۴۳	۱	۰/۶۴۳	۲۳/۰۴۴	۰/۰۰۱	۰/۵۲۳	۰/۹۹۵
	پیگیری	۰/۴۷۴	۱	۰/۴۷۴	۲۴/۲۴	۰/۰۰۱	۰/۵۳۶	۰/۹۹۷
اضطراب	پس‌آزمون	۴۰/۴۳۸	۱	۴۰/۴۳۸	۱۳/۶۱۵	۰/۰۰۱	۰/۳۹۳	۰/۹۴
	پیگیری	۱۰/۵۰۴	۱	۱۰/۵۰۴	۴/۱۲۸	۰/۰۴	۰/۱۶۴	۰/۵۷
افسردگی	پس‌آزمون	۳۱/۳۱۴	۱	۳۱/۳۱۴	۱۳/۱۴۸	۰/۰۰۱	۰/۳۸۵	۰/۹۳۳
	پیگیری	۱۳/۳۲۷	۱	۱۳/۳۲۷	۱۵/۳۶۸	۰/۰۰۱	۰/۴۲۳	۰/۹۶۲

جدول شماره ۴، نتایج تحلیل تک‌متغیری خستگی، اضطراب و افسردگی را نشان می‌دهد. همان‌طور که قابل ملاحظه است، میانگین نمرات خستگی، اضطراب و افسردگی، در هر دو گروه آزمایش و کنترل، در مرحله پس‌آزمون و پیگیری معنی‌دار است و به عبارت دیگر می‌توان گفت درمان مبتنی بر ذهن آگاهی نمرات خستگی، اضطراب و افسردگی را در گروه آزمایشی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری را کاهش داده است. میزان تأثیر این مداخلات بر بهبود علائم خستگی در مرحله پس‌آزمون برابر با ۵۲/۳ درصد و در مرحله پیگیری ۵۳/۶

درصد است. میزان تأثیر این مداخلات بر بهبود اضطراب در مرحله پس از آزمون برابر با ۳۹/۳ درصد و در مرحله پیگیری ۱۶/۴ درصد است. میزان تأثیر این مداخلات بر بهبود افسردگی در مرحله پس از آزمون برابر با ۳۸/۵ درصد و در مرحله پیگیری ۴۲/۳ درصد است.

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خستگی، اضطراب و افسردگی کارکنان دارای سندرم خستگی مزمن دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان (خوراسگان) انجام گرفت. نتایج پژوهش نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش میانگین نمره‌های خستگی کارکنان دارای سندرم خستگی مزمن دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان (خوراسگان) مؤثر بوده است. در پژوهش حاضر در تبیین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش خستگی کارکنان دارای سندرم خستگی مزمن می‌توان به این نکات اشاره کرد که در این درمان به خاطر استفاده از تکنیک‌های توجه برگردانی از خستگی و تغییر باورهای غلط نسبت به خستگی و اصلاح باورهای مربوط به بزرگنمایی علائم خستگی و تغییرات شناختی و رفتاری مثبت، باعث بهبود علائم خستگی در افراد دارای سندرم خستگی مزمن شد و همچنین با توجه به اینکه در جلسات این درمان لیست علائم مربوط به خستگی بیان گردید و از افراد خواسته شد افکار و احساسات و حس‌های مربوط به این افکار را با کمک جدول ثبت وقایع ناخوشایند یادداشت نموده و همچنین به آنها کمک شد تا لیست از فعالیت‌هایی که به آن‌ها احساس لذت و مفید بودن بدهد تهیه کنند (این فعالیت‌ها باید در آن شرایط در دسترس و قابل اجرا باشند) و آن را در مواقعی که دچار افکار حس‌ها و حالت‌های خستگی می‌شوند انجام دهند (مثلاً نوشیدن یک فنجان قهوه همراه با ذهن آگاهی). در واقع در این جلسات باورهای نادرست و ناامید کننده نسبت به خستگی آن‌ها اصلاح گردید. زیرا تداوم این باورهای غلط سبب شکل‌گیری و تداوم بیشتر خستگی می‌گردد و همچنین ادغام این روش‌ها با روش‌های ذهن آگاهی که به معنی توجه کردن ویژه، هدفمند، در زمان کنونی و خالی از پیش‌داوری و قضاوت است و فرد در هر لحظه از شیوه ذهنی، آگاه می‌شود و مهارت‌های شناسایی شیوه‌های مفیدتر را فرا می‌گیرد و استفاده از تکنیک‌های حضور ذهن و بودن در لحظه‌ی حال و افزایش آگاهی لحظه به لحظه همگام با تمرکز بر تنفس بر هر نقطه از

بدن به ویژه در قسمت‌هایی که تنش و درد و سوزش و خستگی دارد باعث بهبود علائم خستگی در این افراد شده است. برنامه تنظیم خواب که در طی جلسات درمانی مد نظر قرار گرفت از به هم خوردن چرخه شبانه روزی افراد جلوگیری نمود. که این به نوبه خود می‌تواند به کاهش خستگی این افراد در طول روز کمک نماید. علاوه بر آن، انجام مدیتیشن روزانه، برنامه‌ریزی منظم فعالیت‌ها و افزایش تدریجی فعالیت‌ها نیز در بهبود خستگی این افراد مؤثر واقع گردید. نتایج این پژوهش با یافته‌های (Rimes & Wingrove, 2013) با هدف تعیین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی روی افراد دارای سندرم خستگی مزمن، پژوهش، (Heins, Knoop, Burk & Bleijenberg, 2013) مبنی بر تأثیر درمان شناختی رفتاری اصلاح شده بر کاهش خستگی، (Surawy et al., 1995) مبنی بر اثربخشی درمان شناختی رفتاری به همراه دارو در بیماران دارای سندرم خستگی مزمن، (Nasri, Mehrabizadeh, Harmandand and Shokrushkan, 2002) مبنی بر مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و آموزش تن آرامی در بهبود علائم افراد دارای سندرم خستگی مزمن، همسویی دارد.

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی علاوه بر خستگی موجب کاهش اضطراب در کارکنان دارای سندرم خستگی مزمن شد. در روش درمان شناختی درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برای کاهش اضطراب کارکنان دارای سندرم خستگی مزمن، از همان اولین جلسه درمان سعی بر آن شد که افراد خود را در جوی مملو از آرامش حس کنند. تمرینات واریسی بدن و ذهن آگاهی تأثیر ژرفی بر ایجاد این آرامش دارد. از مهم‌ترین ویژگی‌های این درمان استفاده از استعاره‌ها^۱ است. باید در نظر داشت که استعاره صرفاً یک موضوع مختص ادبیات به حساب نمی‌آید، بلکه در اندیشه و عمل روزانه انسان‌ها جریان دارد و ساختار تفکر فرد را نشان می‌دهد و استعاره تفکر فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (Blenkiron, 2005)، همچنین استفاده از استعاره‌ها باعث پربارسازی مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی می‌باشد و گفتار مجازی در روان‌شناسی بالینی و در جریان مداخلات روان‌شناختی دارای دو نقش کاملاً مجزا است: (۱) به مثابه یک ابزار سودمند بالینی مورد استفاده قرار می‌گیرد، (۲) متخصصان بالینی را برای مفهوم سازی مشکلات حاضر و مداخلات متعاقب آن هدایت می‌کند (Kozak, 2008). در هر جلسه از افراد خواسته می‌شود که در مورد تجارب خود صحبت کنند و از موانعی که در مسیر ایجاد

ذهن آگاهی آن‌ها وجود دارد برای دیگران صحبت کنند. با کمک استعاره‌های مختلف مفاهیم اضطراب و افکار پشت پرده آن توضیح داده می‌شود و که این استعاره‌ها در کشف این افکار و در مرحله بعد پذیرش این افکار همراه با شفقت و مهربانی به افراد کمک نمود (استعاره‌هایی مانند: استعاره گاو در چمن‌زار مولانا، خواندن شعر و استعاره مهمان ناخوانده) برای درک مفهوم پذیرش افکار همراه با شفقت و مهربانی. نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش Rimes & Wingrove (2013) مبنی بر تأثیر این درمان بر کاهش اضطراب و پژوهش Kaviani et al. (2005) مبنی بر اثربخشی این درمان بر کاهش افکار خودآیند منفی، نگرش ناکارآمد، افسردگی و اضطراب با پیگیری ۶۰ روزه همسویی دارد.

علاوه بر خستگی و اضطراب، افسردگی نیز از دیگر علائمی است که افراد دارای سندرم خستگی مزمن از آن رنج می‌برند که در پژوهش حاضر، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، در بهبود افسردگی افراد دارای سندرم مؤثر واقع گردید. بر این اساس می‌توان بیان نمود که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی اساساً برای کاهش عود افسردگی طراحی شده است. بدین صورت که افراد در طی آن می‌آموزند که افکار و احساسات خود را بدون قضاوت مشاهده کنند و آن‌ها را به عنوان رویدادهای ذهنی بنگرند که در حال رفت و آمد هستند و حضور ذهن می‌تواند در تجارب روزمره مورد تمرین واقع شود. نکته مهم در تبیین این یافته‌ها، این است که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث بازنمایی ذهنی اشیاء موجود در زندگی می‌شود که از کنترل بلافاصله انسان خارج است و این از طریق تنفس عمیق و فکر کردن آموزش داده می‌شود (Narimani, Aria Pouran, Abolghasemi & Ahadi, 2011). وقتی که افراد با این روش می‌آموزند که رابطه خود را با افکار تغییر دهند دیگر مرتب آن‌ها را گزارش نمی‌دهند بلکه نسبت به آن‌ها هشیار می‌شوند که این آموز شامل تمرینات خاص خود از جمله تمرین نوشتن افکار روی کاغذ و تمرین دیدن افکار خود مانند قطار در حال عبور، در ضمن شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی روشی مقرون به صرفه برای درمان افسردگی می‌باشد حتی نسبت به افرادی که داروهای ضد افسردگی مصرف می‌کنند. در خصوص اثربخشی این روش بر نگرش ناکارآمد، محققین در مطالعه خود نشان داده‌اند که تمرینات مراقبه حضور ذهن، اساساً در کاهش نشخوار فکری مؤثرند و این کاهش به نوبه خود، باعث کاهش محتوای شناختی ناسازگار و نشانه‌های عاطفی، به ویژه نشانه‌های اضطرابی، افسردگی و

نگرش ناکارآمد می‌گردد. این پژوهش با نتایج پژوهش‌های انجام شده با این رویکرد درمانی بر کاهش افسردگی و نشخوار فکری زنان دارای سندرم خستگی مزمن (Ghamari, Dastani and Ghadimi, 2014)، کاهش اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان دبیرستانی (Bayrami et al., 2015)، کاهش افسردگی بیماران افسرده با افکار خودکشی‌گرا (Hanasabzadeh et al., 2011) و کاهش افسردگی افراد افسرده (Segal et al., 2002; Teasdale et al., 2000) همسویی دارد.

انجام این پژوهش با محدودیت‌هایی همراه بود که از آن جمله می‌توان به موارد زیر اشاره نمود: این پژوهش صرفاً روی کارکنان دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان (خوراسگان)، انجام گرفته است، از این رو برای تعمیم نتایج به سایر جوامع و نمونه‌های بالینی بایستی جانب احتیاط رعایت گردد. علاوه بر آن، دوره پیگیری به دلیل محدودیت زمانی بعد از یک ماه انجام گرفت و اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با درمان دیگری به صورت همزمان مورد مقایسه قرار نگرفته است، لذا پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی با توجه به اینکه مزیت شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در مقایسه با درمان‌های رایج قبل، پیشگیری از برگشت نشانه‌ها می‌باشد دوره بلند مدت‌تر (حداقل دو الی شش ماه) برای بررسی پایداری اثر درمان نتایج صورت بگیرد. به علاوه، پیشنهاد می‌گردد از دیگر درمان‌های روان‌شناختی به طور همزمان برای مقایسه اثربخشی درمان در افراد دارای سندرم خستگی مزمن استفاده گردد. همچنین این پژوهش بر روی جوامع دیگر و نمونه‌های بالینی نیز صورت گیرد. با توجه به یافته‌های حاصل از فرضیه‌های پژوهش پیشنهاد می‌گردد متخصصان سلامت روان و روان‌شناسان صنعتی-سازمانی از شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی جهت کاهش علائم خستگی، افسردگی و اضطراب کارکنان دارای سندرم خستگی مزمن استفاده نمایند.

References

- Aghaei, A., Jalali, D., Hassanzadeh, R., & Aslan, Z. (2011). Prediction of role ambiguity, role conflict, job burnout, and quadruple dimensions of stress overflow in counselors in Isfahan. *Counsellors Based on Their Demographic Characteristics*, 6 (20), 7-19. [Persian]
- Ahmadi, A., Mohammadi Sartang, M., Nooraliee, P., Veisi, M., & Rasouli, J. (2013). Prevalence of anxiety and its relationship with consumption of snacks in high school students in Shiraz. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences*, 15 (1), 83-90. [Persian]

- Barnhofer, T., Crane, C., Hargus, E., Amarasinghe, M., Winder, R., & Williams, M. (2009). Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study. *Behavior Research and Therapy*, 47 (5), 366-373.
- Bassak Nejad, S., Aghajani Afjadi, A., & Zargar, Y. (2012). The effectiveness of cognitive group therapy based on mindfulness on sleep quality and life quality in female university students. *Journal of Psychological Achievements*, 18 (2), 181-198. [Persian]
- Bayrami, M., Movahedi, Y., & Alizadeh Goradel, J. (2015). The effectiveness of cognition-based mindfulness therapy on the reduction of social anxiety and dysfunctional attitude in adolescents. *Journal of Social Cognition*, 20 (12), 1-18. [Persian]
- Behzadiazad, E., Askary, P. (2018). Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Reduction of Chronic Fatigue and Feelings of Entrapment Among Female Married Employees. *Journal of Women and Culture*, 9 (36), 75-132. [Persian]
- Belankirom, P. (2005). Storeis and analogies in cognitive behavior therapy. *Behavior and Cognitive Psychotherapy*, 33 (1), 45-59.
- Bond, F. W., Flaxman, P. E., van Veldhoven, M. J., & Biron, M. (2010). The impact of psychological flexibility and acceptance and commitment therapy (ACT) on health and productivity at work. *Contemporary Occupational Health Psychology, Global Perspectives on Research and Practice*, 1 (1), 296-313.
- Carruthers, B. M., Jain, A. K., De Meirleir, K. L., Peterson, D. L., Klimas, N. G., et al. (2003). Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome: Clinical Working Case Definition, Diagnostic and Treatment Protocols. *Journal of CFS*, 11 (1), 7-115.
- Chalder, T., Berelowitz, G., & Hirsch, S. (1993). Development of a Fatigue Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 37 (2), 147-153.
- Cohen, L., Monion, L., & Morrison, K. (2000). Research methods in education. *Brithitish Journal of Education Studies*, 48 (4), 446-446.
- Crane, R. (2009). Mindfulness, Based cognitive therapy. New York, Routlege Press page, 18-19.
- Dobkin, P. L. (2007). Mindfulness based stress reduction: what processes are at work? *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 14 (1), 8-16.
- Farhadi, M., Yarmohamadi Vasel, M., Zoghi Paidar, M. R., & Chegini, A. A. (2017). The efficacy of hypnotherapy based on ego strengthening on treatment of major depression in female-headed households. *Journal of Psychological Achievement*, 24 (1), 63-78. [Persian]
- Ghamari, H., Dastani, S., & Ghadimi, S. (2014). Effectiveness of the cognitive behavior therapy on reducing depression and obsessive rumination in women with chronic fatigue. *Journal of Counseling Research*, 13 (50), 101-118. [Persian]

- Ghasemi Motlagh, M., Maneshi, Gh. R., Askari, K., & Talebi, H. (2013). The Effectiveness of Mindfulness Based Cognitive Therapy on the Level of Use of Negative Self-Conscious Thoughts in Depressed Patients. *Educational Research Center of Islamic Azad University, Bojnourd Branch*, 35, 134-121. [Persian]
- Graham, L. (2014). NHS Staff Mindfulness (MBCT) Project 2011 to 2014 Large Reductions in Staff Sickness Rates One Year Following MBCT.
- Haddadi, M., Zakerian, A., & Mahmoodi, M. (2014). Investigation of Chronic Fatigue Syndrome Questionnaire Validity and Reliability CFS (DSQ Revised). *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*, 12 (1), 75-84. [Persian]
- Hanasabzadeh, M., Yazdandoost, R., Asgharnejad-Farid, A., & Gharaee, B. (2011). Mindfulness based cognitive therapy (MBCT) on suicidal depressed patients: A qualitative study. *Journal of Behavioral Sciences*, 1(1), 35-45. [Persian]
- Heins, M.J., Knoop, H., Burk, W.J., & Bleijenberg, G. (2013). The process of cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome: Which changes in perpetuating cognitions and behaviour are related to a reduction in fatigue? *Journal of Psychosomatic Research*, 75 (3), 235-241
- Institute of Medicine. (2015a). Beyond myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome: Redefining an illness, Washington, DC: The National Academies, Page 2.
- Jason, L., Evans, M., & Porter, N., (2010). The development of a revised Canadian myalgic encephalomyelitis chronic fatigue syndrome case definition. *Am Journal of Biochem Biotechnol*, 6 (2), 120-135.
- Jason, L. A., Porter, N., Hunnell, J., Rademaker, A., & Richman, J. A. (2011). CFS prevalence and risk factors over time. *Journal of Health Psychology*, 16 (3), 445-456.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (2015). Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences, clinical psychiatry 11th edition. Published by LWW.
- Kaviani, H., Javaheri, F., & Bahari, H. (2005). Effectiveness of cognitive therapy based on Anxiety Knowledge (MBCT) is a reduction in your thoughts, negative attitudes, ineffective attitudes and depression. Follow up: 60 days. *Journal of Cognitive Science*, 1 (7), 49-59. [Persian]
- Kaviani, H., Javaheri, F., & Darayeri, H. (2007). Effectiveness of cognitive therapy based on reducing their thoughts, negative, ineffective attitude, depression and anxiety: 60 day follow up. *Journal of Cognitive Science*, 7 (1), 49-59. [Persian]
- Kozak, A. (2008). Mindfulness in the management of chronic pain: Conceptual and clinical considerations. *Techniques in Regional Anesthesia and Pain Management*, 12 (7), 115-118.
- Mahdad, A., Rahimi, R., & Atashpour, S. H. (2011). Comparison of occupational stress and occupational accidents frequency among off

- Shore and OnShore Oil Industry Employees. *Journal of New Discoveries in Psychology*, 6 (19), 53-63. [Persian]
- Moghtaderani, K., Kafi, M., Afshar, H., Ariapouran, S., Daghighzadeh, H., & Pourkazem, T. (2013). Effectiveness of mindfulness-based cognitive group therapy on somatic symptoms in women with irritable bowel syndrome. *Journal of Reserch Behavioral Science*, 10 (7), 698-708. [Persian]
- Montazeri. A., Vahdaninia. M., Ebrahimi. M., & Jarvandi. S. (2003). The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): translation and validation study of the Iranian version. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1, 14. <http://doi.org/10.1186/1477-7525-1-14>. [Persian]
- Narimani, M., Aria Pouran, S., Abolghasemi, A., Ahadi, B. (2011). Comparison of the effectiveness of mindfulness education and exercise setting training on mental health in chemical war veterans, *Journal of Clinical Psychology*, 2 (4), 61-71. [Persian]
- Nasri, S. (2004). Epidemiological study of chronic fatigue syndrome and its relation to psychiatric difficulties in nurses, *Journal of Educational Sciences and Psychology*, 9 (4), 25-33. [Persian]
- Nasri, S., Najarian, B., Mehrabizadeh Harmandand, M., & Shokrushkan, H. (2002). Comparison of the effectiveness of two psychological methods in reducing symptoms of chronic fatigue syndrome in female nurses in Tehran. *Journal of Educational Sciences and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz*, 2 (1), 53-88. [Persian]
- Neff, K. (2010). Self-Compassion and ACT. Weill-Cornell Medical College, American Institute for Cognitive Therapy, University of Texas at Austin.
- Rimes, K. A., & Wingrove, J. (2013). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for People with Chronic Fatigue Syndrome Still Experiencing Excessive Fatigue after Cognitive Behaviour Therapy: A Pilot Randomized Study, *Clinical Psychology Psychotherapy*, 20 (2), 107-117.
- Risal, A., Manandhar, K., Linde, M., Koju, R., Steiner, T. J., & Holen, A. (2017). Reliability and validity of a Nepali-language version of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *Kathmandu University Medical Journal*, 13 (2), 115-124
- Rostami, R., Moghaddas Tabriz, Y., Dervish Porkakkhi, A., & Montazeri, A. (2012). Effect of exercise training on the quality of life of drug dependent patients under methadone maintenance therapy, *Journal of Psychological Research Applicable*, 3 (1), 1-11. [Persian]
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse, Guilford Publication.
- Sharpe, M. (1996a). Cognitive-behavior therapy for functional somatic complaints, the example of chronic fatigue syndrome. *Psychosomatics*, 38 (4), 350-359.

- Sohrabi, F., Jaafarifard, S., Zarei, & Eskandari, H. (2013). The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on panic disorder "case study". *Journal of Clinical Psychology, 3* (4), 31-40. [Persian]
- Surawy, C., Hackmann, A., Hawton, K., & Sharpe, M. (1995). Chronic fatigue syndrome: A cognitive approach. *Behavior Research and Therapy, 33* (5), 535-544.
- Teasdale, J. D., Williams, J. M., Segal, Z. V., & Soulsby, J. (2000). Mindfulness – based cognitive therapy reduces over general autobiographical memory in for merely depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology, 109* (1), 150-155.
- Tyler, P. (1976). Institute of Psychiatry Maudsley Monograph 23, The role of bodily feeling in anxiety. Oxford: Oxford University Press.
- Valentine, S., Godkin, L., & Varca, Ph. L. (2010). Role conflict, mindfulness, and organizational ethics in an education-based health care institution. *Journal of Business Ethics, 94* (3), 455-469.
- Ware, J. E., & Sherburne, C. D. (1992). The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36): Conceptual framework and item selection. *Medical Care, 30*, 473-483.
- Williams, K. A., Kolar, M. M., Reger, B. E., & Pearson, C. (2001). Evaluation of a wellness-based mindfulness stress Reduction intervention: A controlled trial. *Journal of US National Library of Medicine National Institutes of Health, 15* (6), 422-432.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica, Mindfulness Based Cognitive Therapy for Chronic Fatigue Syndrome, 117* Copyright. *Journal of Acta Psychiatrica Scandinavica, 67* (6), 361-370.

