

The Effect of Memory Specificity Training on Intrusive Memories and Depression in Female patients with Multiple Sclerosis in City of Khoramabad

Fatemeh Papi¹, Simin Gholamrezaei², Fatemeh Rezaei²

1-MSc in psychology, Department of psychology, Lorestan University, Khoramabbad, Iran.

2- Assistant professor, Department of psychology, Lorestan University, Khoramabbad, Iran.

Corresponding Author: Simin Gholamrezaei, **Tel:** 09163610363, **Email:** Gholamrezaei_s@yahoo.com

Received: 28 Dec 2020

Accepted: 27 Jan 2021

Abstract

Background & aims: Multiple sclerosis is a chronic and progressive disease that can lead to depression. The aim of this study was to investigate the effect of memory specificity training on intrusive memories and depression in female patients with multiple sclerosis (MS).

Materials & Methods: This quasi-experimental study was conducted with a pretest-posttest design with a control group. The statistical population of this study included all women with MS referred to medical centers in Khorramabad in 2020 who were willing to participate in the study. Using convenience judgmental sampling, 30 people were selected and assigned to the experimental group (15 people) and control group (15 people). Data collection tools included Impact of Event Scale-Revised and the Beck Depression SPSS software version 19 was used to analyze statistical data. For this purpose, at the level of descriptive statistics, frequency, percentage, mean and standard deviation were used to describe the data and at the level of inferential statistics, analysis of covariance was used.

Results: The results showed that memory specificity training significantly reduced intrusive memories ($P < 0.001$) and depression ($P < 0.001$) in female patients with multiple sclerosis in the experimental group at posttest stage.

Conclusion: According to the findings of this study, memory specificity training is an effective psychological intervention in reducing intrusive memories and depression.

Conclusion: According to the findings of this study, memory specificity training is an effective psychological intervention in reducing intrusive memories and depression.

Keywords: Memory specificity training, intrusive memories, depression, multiple sclerosis.

How to cite this article:

Papi F, Gholamrezaei S, Rezai F. The Effect of Memory Specificity Training on Intrusive Memories and Depression in Female patients with Multiple Sclerosis in City of Khoramabad. *Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty*. 2021; 6(3): 107-118.

URL: <http://sjnmp.muk.ac.ir/article-1-410-fa.html>

بررسی تأثیر آموزش اختصاصی سازی خاطرات بر خاطرات مزاحم و افسردگی در بیماران زن مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شهر خرم آباد

فاطمه پای^۱، سیمین غلامرضایی^{۲*}، فاطمه رضایی^۲

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران.

۲- استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران.

نویسنده مسئول: سیمین غلامرضایی، تلفن: ۰۹۱۶۳۶۱۰۳۶۳، پست الکترونیک: Gholamrezaei_s@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۱/۰۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۰/۰۸

چکیده

زمینه و هدف: بیماری مولتیپل اسکلروزیس یک بیماری مزمن و پیش‌رونده است که می‌تواند منجر به افسردگی شود. پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش اختصاصی سازی خاطرات بر خاطرات مزاحم و افسردگی در بیماران زن مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (ام اس) بود.

مواد و روش‌ها: این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه انجام شد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به بیماری ام اس مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهرستان خرم‌آباد در سال ۱۳۹۹ بودند، که تمایل آزادانه برای شرکت در مطالعه را داشتند و با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۳۰ نفر انتخاب و در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) گمارده شدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل مقیاس تجدیدنظر شده تأثیر و پرسشنامه افسردگی بک بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌های آماری از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ استفاده شد. برای این منظور در سطح آمار توصیفی از فراوانی، درصد، میانگین و انحراف استاندارد برای توصیف داده‌ها و در سطح استنباطی از تحلیل کوواریانس استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج بیانگر این بود که آموزش اختصاصی سازی خاطرات به طور معناداری موجب کاهش خاطرات مزاحم در مرحله پس‌آزمون ($p < 0/001$) و افسردگی در مرحله پس‌آزمون ($p < 0/001$) در بیماران زن مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس در گروه آزمایش گردید.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های این پژوهش، آموزش اختصاصی سازی خاطرات به عنوان مداخله روان‌شناختی مؤثر در کاهش خاطرات مزاحم و افسردگی است.

واژه‌های کلیدی: آموزش اختصاصی سازی خاطرات، خاطرات مزاحم، افسردگی، مولتیپل اسکلروزیس.

مقدمه

مولتیپل اسکلروزیس (MS) یک بیماری التهابی مزمن از بین برنده سیستم عصبی مرکزی است. به طور معمول، این بیماری به صورت حاد بر مغز، نخاع و اعصاب بینایی اثر می‌گذارد. بیشتر افراد اولین علائم بیماری ام اس را بین ۲۰ تا ۴۰ سالگی تجربه می‌کنند. علائم بالینی بیماری ام اس ممکن است شامل اختلال عملکرد حرکتی (هرمی)، لرز، دیستری یا آتاکسی،

دیپلویا یا نیستاجموس، بی‌حسی، تنگی ادرار / روده، بی‌اختیاری یا احتباس، اختلال‌های بینایی و اختلال شناختی باشد (۱). بر اساس گزارش‌های منتشر شده، این بیماری عصبی بیش از ۲/۳ میلیون نفر در سراسر جهان را تحت تأثیر خود قرار داده است (۲). شیوع آن در ایران ۵۷ در ۱۰۰ هزار نفر برآورد شده که این تعداد روبه افزایش است (۳). شیوع این بیماری در زنان سه برابر بیشتر از مردان است و شروع این بیماری در مردان

درمان سودمند بازمی‌دارد (۱۶) و همین امر سبب می‌شود با آغاز حمله دوباره ام اس فرد به درمان دارویی بیشتر و حتی بستری شدن به مدت طولانی‌تر نیاز داشته باشد (۱۷).

از طرفی تحقیقات به نقش خاطرات مزاحم به عنوان ویژگی شناختی در رابطه با افسردگی تأکید کرده‌اند. خاطرات مزاحم به یادآوری غیرارادی رویدادهای خاصی از گذشته که گواه آن‌ها دشوار است، اطلاق می‌شود (۱۸) تجربه‌ی این خاطرات به‌دفعات و به صورت مکرر اتفاق می‌افتد (۱۹)، بسیار زنده هستند، سطح بالایی از هیجان‌ها را فرامی‌خوانند و در فعالیت روزمره فرد اختلال ایجاد می‌کنند (۲۰).

افراد افسرده اغلب گزارش می‌کنند، خاطرات مزاحم و پریشان‌کننده‌ای از وقایع گذشته را به خاطر می‌آورند. دامنه‌ی گسترده‌ای از پژوهش‌ها از کاهش خاطرات مزاحم به عنوان مؤلفه‌ای که منجر به بهبود اختلال افسردگی می‌شود استفاده کرده‌اند (۲۱). تلاش برای گواه خاطرات مزاحم با پریشانی مرتبط با خاطرات مزاحم و سطح افسردگی رابطه‌ی مثبت معنی‌داری دارد و روی استفاده از مکانیسم نشخوار کردن تأثیر می‌گذارد (۲۲). سطوح خاطرات مزاحم و برخی ویژگی‌های آن مانند پریشانی، تداخل، احساس جدایی و بی‌حسی نسبت به آن‌ها می‌تواند، افسردگی را پیش‌بینی کند، در مقابل اجتناب از خاطرات مزاحم نمی‌تواند، افسردگی را پیش‌بینی کند (۲۳). خاطرات مزاحم به‌گونه‌ای در حافظه ذخیره می‌شوند که کوچک‌ترین نشانه‌های موقعیتی می‌توانند آن‌ها را فراخوانی کنند، اما فرد به طور ارادی و کلامی قادر به بازبایی آن‌ها نیست، ناتوانی در یادآوری کلامی این خاطرات بیانگر این است که هیجان‌های منفی همراه آن‌ها فرصت تخلیه و بروز پیدا نمی‌کنند. در واقع احساس پریشانی و جدایی همراه با خاطرات مزاحم

دیرتر از زنان رخ می‌دهد. با این حال در مردان با سرعت بیشتری پیشرفت می‌کند (۴).

مشکلات روانی ام اس نسبت به جمعیت سالم و سایر بیماری‌های مزمن به مراتب رایج‌تر هستند. تحقیقات صورت گرفته حاکی از نرخ بالای افسردگی و احساس درماندگی، افزایش اضطراب، کاهش بهزیستی ذهنی و کیفیت زندگی و مشکلات مربوط به روابط با دیگران و نقش‌های اجتماعی دارد (۵). معمولاً افرادی که دچار بیماری ام‌اس می‌شوند عوارضی از قبیل اضطراب، افسردگی و اختلال‌های شناختی را تجربه می‌کنند (۶).

زنان دو تا سه درصد بیشتر از مردان به این بیماری مبتلا و تحت تأثیر آن قرار می‌گیرند (۳). مطالعات نشان داده‌اند بیماران مبتلا به ام اس نسبت به افراد سالم دارای سطوح بالاتری از اختلال‌های روانی همچون افسردگی هستند. یک مطالعه که توسط Beiske و همکاران در نروژ، بر روی ۱۴۰ نفر از این بیماران انجام شد، نشان داد ۳۱٪ این افراد از افسردگی رنج می‌برند، به طوری که شیوع افسردگی در این بیماران به طور چشمگیری از افراد عادی بیشتر است (۷).

همان‌طور که بیان شد افسردگی از عمده‌ترین اختلال‌های روانی در افراد مبتلا به ام اس است. حدود ۵۰-۶۰ درصد بیماران مبتلا به ام اس از افسردگی رنج می‌برند (۸). افسردگی شایع‌ترین اختلال در بیماری ام اس است که کیفیت زندگی فرد مبتلا را تحت تأثیر جدی قرار می‌دهد (۹،۱۰) خطر خودکشی فرد را افزایش (۱۱،۱۲) و کارکرد اجتماعی - شغلی (۱۳) و توانایی‌های وی را نیز کاهش می‌دهد (۱۴).

الگوی بیماری و شیوه برخورد با آن در بیماری که دچار افسردگی شده است در مقابل بیماری که به آن مبتلا نشده است، یا توانسته آن را مهار کند، ناهمسان است (۱۵). ناامیدی، خستگی و درماندگی ناشی از افسردگی در این بیماران، ایشان را از پیگیری و ادامه

ناشی از همین بازداری هیجانی است که نقش مهمی در افسردگی دارد. توانایی انتقال اطلاعات از سیستم حافظه‌ای با دسترسی موقعیتی به سیستم حافظه‌ای با دسترسی کلامی با کاهش حافظه‌ی مزاحم همراه است. هر روش درمانی که به یکپارچه کردن رویدادهای ناخوشایند گذشته با داستان زندگی فرد و انتقال اطلاعات از سیستم حافظه‌ای با دسترسی موقعیتی به سیستم حافظه‌ای با دسترسی کلامی کمک کند، می‌تواند در بهبود افسردگی ثمربخش باشد (۲۴).

بیماری مولتیپل اسکروز در زمره بیماری‌های خاص، با دردهای مزمن و اغلب با خاطرات مزاحم و افسردگی همراه است، تأثیرات منفی بسیاری بر کیفیت زندگی، اشتغال، کارایی و توان بخشی این افراد دارد. با وجود این پیامدها، شناسایی درست خاطرات مزاحم و افسردگی در بیماران ام اس نقش مهمی در مدیریت بیماری در مراحل اولیه ایفا می‌کند. از آنجایی که مصرف داروهای گوناگون، همواره با عوارض جانبی بسیاری همراه است و امروزه در نظام پزشکی جهان تلاش‌ها در جهت پیشگیری و درمان بیماری‌ها بدون به‌کارگیری دارو است؛ به نظر می‌رسد شرکت در برنامه منظم روان‌شناختی بتواند سهم عمده‌ای در کاهش عوارض بیماری ام اس داشته باشد. لذا، با توجه به ارتباط تنگاتنگ متغیرهای روان‌شناختی و تأثیر آن در بروز یا شدت علائم بیماری‌های روان‌تنی از جمله ام اس و با توجه به میزان شیوع بالای اختلال‌های خلقی و روان‌شناختی در بین این بیماران و تأثیر منفی که می‌تواند بر کارکرد و کیفیت زندگی آن‌ها داشته باشد، لزوم مداخله‌های روان‌شناختی اثربخش را در این بیماران آشکار ساخته است (۲۵).

همچنین اهمیت این موضوع یافتن راهکارهای جایگزین برای مدیریت اختلالات روان‌شناختی را نشان می‌دهد که آموزش اختصاصی سازی خاطرات می‌تواند

یک مداخله سودمند در این زمینه باشد، در پژوهشی فارسانی و کهن (۱۳۹۶) که اثربخشی آموزش اختصاصی سازی خاطرات سرگذشتی را بر افسردگی جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه بررسی کردند. نتایج نشان دادند آموزش اختصاصی سازی خاطرات قادر است کلیت گرایي افراطی حافظه سرگذشتی را کاهش داده و با افزایش حافظه اختصاصی، به بهبود افسردگی بینجامد (۲۶). همچنین در پژوهش Martens و همکاران (۲۰۱۹) که با هدف اثربخشی آموزش اختصاصی سازی خاطرات بر روی بزرگسالان با سابقه افسردگی انجام گرفت، نتایج نشان داد که آموزش اختصاصی سازی خاطرات بهبودی فراوانی را در علائم افسردگی آن‌ها باعث شده و در پیگیری سه‌ماهه تأثیر درمان قابل توجهی مشاهده شد (۲۷).

تحقیقات نشان می‌دهد کلیت گرایي افراطی حافظه سرگذشتی، یک عامل منفی و آسیب‌زای پایدار در ایجاد و مستمر بودن اختلال افسردگی است، به طوری که در این اختلال، بازیابی خاطرات اختصاصی کمتر و تعداد خاطرات کلی بیشتری مشاهده می‌شود (۲۸)، آموزش اختصاصی سازی خاطرات درمان جدیدی است که با هدف کمک به بیماران مبتلا به افسردگی برای یادآوری خاطرات اختصاصی شخصی و کاهش تمایل به بیش‌کلی گرایي است (۲۸) آموزش اختصاصی سازی خاطرات بر این اصل استوار است که تمرین‌های ارائه شده موجب می‌شود تا فرد جستجو در حافظه رویدادی را تا جایی ادامه دهد که بتواند جزئیات را به یاد بیاورد و خاطره را به صورت اختصاصی بیان کند. این آموزش، روشی برای ساماندهی حافظه شخصی و در عین حال، آموزشی رضایت‌بخش برای رویارویی و مقابله با فرآیندهای شناختی اصلی درگیر در افسردگی است و

در واقع، هدف اصلی این آموزش تغییر الگوی یادآوری در حافظه شرح حال از کلی به جزئی و اختصاصی است که در بسیاری از اختلال‌های روان‌شناختی از جمله افسردگی دیده می‌شود (۲۹،۳۰). با ارائه آموزش اختصاصی سازی خاطرات و ثابت شدن کارآیی آن در سال‌های اخیر و عدم انجام این مداخله برای بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، هدف از پژوهش حاضر بررسی تأثیر آموزش اختصاصی سازی خاطرات بر خاطرات مزاحم و افسردگی در بیماران زن مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس است.

روش پژوهش

پژوهش حاضر، پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به بیماری ام اس مراجعه کننده به مراکز درمانی شهرستان خرم‌آباد بودند، جهت اجرای پژوهش حاضر، پس از دریافت مجوزهای لازم از دانشگاه علوم پزشکی لرستان، با مراجعه به مراکز درمانی شهر خرم‌آباد از میان زنان مراجعه کننده به این مراکز با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس از بین زنانی که تمایل به شرکت در برنامه پژوهشی را داشتند و همچنین دارای معیارهای ورود به پژوهش مانند تشخیص قطعی ام اس طبق نظر متخصص، زن بودن، توانایی خواندن و نوشتن، عدم ابتلا به سایر بیماری‌های مزمن و تمایل و رضایت آگاهانه به شرکت در طرح پژوهشی و ملاک‌های خروج از مطالعه نظیر داشتن هرگونه بیماری نورولوژیک به غیر از ام اس مانند عقب ماندگی ذهنی یا صرع، عدم تمایل به همکاری و مصرف مواد و داروهای روان گردان بودند، تعداد ۳۰ نفر انتخاب شد و سپس برای جایگزین کردن آن‌ها در گروه آزمایش (درمان آموزش اختصاصی سازی خاطرات) و گواه ۱۵ نفری، از روش تصادفی بهره گرفته شد. پس از انتخاب

و جایگزینی نهایی گروه‌ها، از شرکت کنندگان در هر دو گروه درخواست شد تا در یک جلسه اولیه توجیهی شرکت نمایند. در این جلسه آغازین با روشن ساختن اهداف پژوهش و همچنین بیان ملاحظات اخلاقی به شرکت کنندگان این اطمینان داده شد که محتوای جلسات درمانی و یافته‌های حاصل از پرسشنامه‌ها کاملاً محرمانه خواهد بود و تلاش شد تا انگیزه شرکت کنندگان برای حضور در پژوهش جلب شود. در پایان جلسه شرکت کنندگان دو گروه مقیاس تجدیدنظر شده تأثیر رویداد (۱۹۹۷) و پرسشنامه افسردگی بک - ویرایش دوم (۱۹۹۶) را به عنوان سنجش پیش‌آزمون تکمیل نمودند. شرکت کنندگان در گروه آزمایش به مدت ۴ جلسه درمان هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی مداخله آموزش اختصاصی سازی خاطرات مطرح شده توسط Raes و همکاران (۲۰۰۹) را دریافت کردند (جدول ۱) و شرکت کنندگان در گروه گواه مداخله‌ای را دریافت نکردند. پس از اجرای مداخله شرکت کنندگان در هر دو گروه پرسشنامه‌ها را به عنوان سنجش پس‌آزمون تکمیل کردند. در پایان مداخله جهت رعایت اصول اخلاق در پژوهش آموزش اختصاصی سازی خاطرات برای گروه گواه نیز انجام شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌های آماری از شاخص‌های آمار توصیفی و آزمون‌های آمار استنباطی متناسب با نوع داده‌ها و متغیرها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ استفاده شد. برای این منظور در سطح آمار توصیفی از فراوانی، درصد، میانگین و انحراف استاندارد برای توصیف داده‌ها و در سطح استنباطی از تحلیل کوواریانس چند متغیره و تک متغیره استفاده شد. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد:

مقیاس تجدیدنظر شده تأثیر رویداد وایس و مارمر (IES-R):

این پرسشنامه در سال ۱۹۹۷ توسط Weiss & Marmar ساخته شد که هدف آن ارزیابی ابعاد درماندگی ذهنی به هنگام مواجهه با رویدادهای خاص در زندگی (اجتناب، افکار ناخواسته و بیش انگیزتگی) است. این پرسشنامه دارای ۲۲ سؤال بوده، دامنه نمره این مقیاس ۰-۸۸ است که بالاترین نمره ۸۸ است. طیف پاسخگویی آن از نوع لیکرت (هرگز تا به شدت) بوده و هر ماده دارای ارزشی بین صفر تا چهار است. پرسشنامه فوق دارای سه بعد بوده، خرده مقیاس اجتناب شامل سؤالهای (۵، ۷، ۸، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۷، ۲۲)، افکار ناخواسته (۱، ۲، ۳، ۶، ۹، ۱۶، ۲۰)، بیش انگیزتگی (۴، ۱۰، ۱۴، ۱۵، ۱۸، ۱۹، ۲۱) است برای به دست آوردن امتیاز مربوط به هر بعد، باید مجموع امتیازات سؤالات مربوط به آن بعد را با هم جمع کرد. برای به دست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، باید مجموع امتیازات همه سؤالات را با هم جمع کرد. نمرات بالاتر کل پرسشنامه بیانگر میزان درماندگی بالاتر است و برعکس، از نظر روایی پیش‌بین و محتوا طبق یافته‌های Weiss & Marmar (۱۹۹۷)، خرده مقیاس بیش انگیزتگی در

ارتباط با تروما از روایی پیش‌بین خوبی برخوردار است و خرده مقیاس‌های افکار ناخواسته و اجتناب از نظر محتوا تا ۰/۸۵ حمایت شدند. همچنین آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس اجتناب ۰/۸۷، افکار ناخواسته ۰/۸۴، بیش انگیزتگی ۰/۷۹ به دست آمد (۳۱).

پرسشنامه افسردگی بک- ویرایش دوم (BDI-II):

این پرسشنامه شکل بازنگری شده نسخه اول پرسشنامه افسردگی Beck است. این پرسشنامه ۲۱ گویه دارد که بر روی یک پیوستار ۴ درجه‌ای، از «صفر» فقدان افسردگی یا افسردگی خفیف تا «۳» افسردگی شدید درجه‌بندی می‌شود و نمره کلی بین «صفر» - «۶۳» متغیر است. نمرات برش این پرسشنامه در غیر افسرده‌ها «صفر» - «۱۳»؛ افسردگی خفیف: «۱۴» - «۱۹»؛ افسردگی متوسط: «۲۰» - «۲۸»؛ افسردگی شدید: «۲۹» - «۶۳» است. نتایج پژوهش بک، Beck, Steer & Brown (۱۹۹۶) نشان داد که این پرسشنامه، ثبات درونی بالایی دارد، همچنین، مطالعه دیگری همبستگی درونی این مقیاس را با آلفای کرونباخ، ۰/۹۳، اعتبار بازآزمایی آن را، ۰/۹۳ گزارش داد (۳۳، ۳۴). (۳۲)

جدول ۱: طرح کلی جلسات آموزش اختصاصی سازی خاطرات

جلسات	محتوا
جلسه اول	آشنایی با افراد گروه، دادن اطلاعات درباره نارسایی شناختی، ارائه اطلاعاتی در باره عملکرد حافظه و توجه در نارسایی شناختی، توضیح در مورد نحوه بازخوانی خاطرات اختصاصی و ارائه مثال‌هایی درباره بیان صحیح و غلط این خاطرات، خاطره اختصاصی با کلمات خنثی، تشویق برای یادآوری خاطرات با جزییات، ارائه تکالیف هفته بعد (نوشتن ده خاطره جزیی برای ده کلمه ارائه شده که گام به گام جزییات نوشته شده برای هر کلمه بیشتر می‌شود، هر شب یک خاطره جزیی از همان روز یادداشت شود).
جلسه دوم	ارائه خلاصه جلسه اول، مرور تکالیف خانگی، تمرین با کلمات مثبت و منفی و یادآوری دو خاطره متفاوت برای هر کلمه با جزییات مفهومی و بافتی و حسی فضایی بیشتر، تکلیف هفته آینده (دو خاطره متفاوت برای ۱۰ کلمه، هر شب دو خاطره اختصاصی از همان روز یادداشت شود).
جلسه سوم	ارائه خلاصه جلسه دوم، در این جلسه ابتدا کلمات منفی ارائه شد و آزمودنی پس از دو خاطره منفی متفاوت باید در مورد کلمه متضاد آن نیز دو خاطره اختصاصی را یادآوری می‌کرد، تأکید بیشتر بر کلمات منفی، تکلیف خانگی که شامل یادآوری دو خاطره برای ده کلمه ارائه شده با تأکید بر جزییات بیشتر، هر شب دو خاطره اختصاصی از همان روز یادداشت

جلسه چهارم مرور جلسه قبل و تکالیف خانگی، آگاهی فراشناختی (ارائه توضیحاتی در مورد توجه بیشتر به افکار کلی و سعی در بازگشت به فکر کلی و بازخوانی جزئیات بیشتر و کوشش در یادآوری جنبه‌های مثبت بیشتر)، ارائه تمرین‌های این جلسه، اتمام.

یافته‌ها

فراوانی سن آزمودنی‌ها بر اساس عضویت گروهی به این صورت بود که در گروه آزمایش ۲ نفر ۳۴-۳۰ ساله، ۵ نفر ۴۰-۳۵ ساله، ۴ نفر ۴۵-۴۱ ساله، ۲ نفر ۵۰-۴۶ ساله، ۱ نفر ۵۵-۵۱ ساله و ۱ نفر ۶۰-۵۶ ساله و در گروه گواه نیز ۲ نفر ۳۴-۳۰ ساله، ۵ نفر ۴۰-۳۵ ساله، ۴ نفر ۴۵-۴۱ ساله، ۱ نفر ۵۵-۵۱ ساله و ۲ نفر ۶۰-۵۶ ساله بودند. از ۳۰ نفر شرکت‌کننده در پژوهش حاضر تعداد ۱۱ نفر از خانم‌ها مجرد و ۱۹ نفر متأهل و با همسرانشان زندگی می‌کردند. فراوانی سطح تحصیلات آزمودنی‌ها در گروه آزمایش ۴ نفر دیپلم، ۹ نفر لیسانس و ۲ نفر فوق‌لیسانس و در گروه گواه ۳ نفر دیپلم، ۹ نفر لیسانس و ۳ نفر فوق‌لیسانس بودند.

نتایج جدول ۲- میانگین و انحراف استاندارد آزمودنی‌های دو گروه آزمایش و گواه را در خا طرات مزاحم و افسردگی نشان می‌دهد.

قبل از استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیره، پیش‌فرض‌های آن مورد بررسی قرار گرفت. به دلیل این که حجم نمونه در این پژوهش برای هر گروه کمتر از ۳۰ نفر بود، بنابراین آزمون شاپیرو - ویلک و کولموگروف - اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن داده‌ها ارجحیت داشت که در اینجا از آزمون شاپیرو - ویلک استفاده شد. نتایج این آزمون نشانگر توزیع نرمال نمرات متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون - پس‌آزمون بود ($p > 0/05$). همچنین نتایج آزمون لوین برای بررسی همسانی واریانس نشان داد سطح معنی‌داری همه متغیرها بالاتر از ۰/۰۵ است؛ بنابراین

فرض همسانی واریانس‌ها برقرار است. با توجه به نتایج تعامل میان گروه و متغیرهای پیش‌آزمون (کوواریت‌ها) از لحاظ آماری معنی‌دار نیست؛ بنابراین، داده‌ها از فرضیه همگنی شیب رگرسیونی پشتیبانی کردند و اجرای تحلیل کوواریانس مجاز بود؛ بنابراین برای بررسی اثربخشی آموزش اختصاصی سازی خا طرات بر خا طرات مزاحم و افسردگی از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری و تک متغیری استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ و ۴ ارائه شده است.

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود سطوح معنی‌داری همه آزمون‌ها بیانگر آن است که آموزش اختصاصی سازی خا طرات، حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (خا طرات مزاحم و افسردگی) میانگین گروه آزمایش را نسبت به گروه گواه در مرحله پس‌آزمون تغییر داده است ($F=17/915$, $P<0/001$).

برای پی بردن به تفاوت، نتایج حاصل از تحلیل مانکوا در جدول ۳ نشان می‌دهد که میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۵۴ درصد است، یعنی ۵۴ درصد از تفاوت نمرات خا طرات مزاحم و افسردگی مربوط به تأثیر عضویت گروهی است. برای پی بردن به این که در کدام یک از متغیرهای وابسته، بین گروه آزمایش و گواه تفاوت معنی‌دار آماری وجود دارد از تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شد که نتایج این آزمون در جدول ۴ ارائه شده است. بر اساس داده‌های این جدول آموزش اختصاصی کردن خا طرات، بر خا طرات مزاحم و افسردگی تأثیر معنی‌داری دارد ($P<0/001$)، پس از خارج کردن اثر پیش‌آزمون به روش تحلیل کوواریانس

تک متغیره، اثر معنی داری بر عامل عضویت گروهی
وجود دارد. به بیان دیگر این یافته ها بیانگر کاهش
خاطرات مزاحم و افسردگی در گروه مداخله نسبت به
گروه گواه است.

جدول ۲: شاخص های توصیفی خاطرات مزاحم و افسردگی آزمودنی های گروه آزمایش و گواه

مؤلفه	عضویت گروهی	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	پس آزمون	
							پیش آزمون	پس آزمون
خاطرات مزاحم	آزمایش	۱۵	۶۱/۷۳	۵/۷۱	۴۷/۵۳	۴/۷۷		
	گواه	۱۵	۶۲/۶۶	۵/۳۹	۶۱/۲۶	۵/۷۸		
افسردگی	آزمایش	۱۵	۴۹/۸۵	۳/۹۸	۳۹/۸۵	۳/۰۸		
	گواه	۱۵	۴۸/۴۶	۳/۱۸	۴۶/۵۳	۴/۶۴		

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره بر روی متغیرهای پژوهش

نام آزمون	مقدار	F	DF فرضیه	DF خطا	معنی داری	مجذور اتا	توان آماری
آزمون اثر پیلاپی	۰/۸۷۵	۱۷/۹۱۵	۲/۰۰۰	۱۳/۰۰۰	۰/۰۰۱**	۰/۵۴۸	۰/۹۸
آزمون لامبدای ویکلز	۰/۴۹۶	۱۷/۹۱۵	۲/۰۰۰	۱۳/۰۰۰	۰/۰۰۱**	۰/۵۴۸	۰/۹۸
آزمون اثر هتلینگ	۳/۲۴۵	۱۷/۹۱۵	۲/۰۰۰	۱۳/۰۰۰	۰/۰۰۱**	۰/۵۴۸	۰/۹۸
آزمون بزرگ ترین ریشه روی	۳/۸۶۲	۱۷/۹۱۵	۲/۰۰۰	۱۳/۰۰۰	۰/۰۰۱**	۰/۵۴۸	۰/۹۸

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره بر خاطرات مزاحم و افسردگی در مرحله پس آزمون

متغیرها	مجموع	درجه	میانگین	F	معنی داری	مجذور اتا	توان آماری
پیش آزمون خاطرات مزاحم	۱/۳۹	۱	۱/۳۹	۰/۱۷	۰/۶۷	۰/۰۰۶	۰/۰۶
عضویت گروهی	۴۹/۶۵	۱	۴۹/۶۵	۶/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۱۸	۰/۸۸
خطا	۲۱۵/۲۷	۲۷	۷/۹۷	-	-	-	-
پیش آزمون افسردگی	۷۰/۶۳	۱	۷۰/۶۳	۱/۲۸	۰/۲۶	۰/۰۴۵	۰/۱۹
عضویت گروهی	۷۷۵/۸۹	۱	۷۷۵/۸۹	۱۴/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۳۴	۰/۹۵
خطا	۱۴۹۰/۰۳۴	۲۷	۵۵/۱۸۶	-	-	-	-

بحث و نتیجه گیری

مولتیپل اسکروز جزء بیماری های مزمنی است که ابعاد مختلف زندگی مبتلایان را تحت تأثیر قرار می دهد. تاکنون علت این بیماری به درستی شناخته نشده است. بروز ناگهانی، غیرقابل پیش بینی و غیرقابل کنترل بودن علائم سبب شده تا نه تنها پیشگیری اولیه، بلکه درمان این بیماری نیز با مشکل مواجه باشد. عوارض بیماری سبب مشکلات گوناگونی در زندگی بیماران می شود و این به نوبه خود منجر به کاهش

کیفیت زندگی این افراد می شود (۳). لذا این پژوهش در زمینه بررسی تأثیر آموزش اختصاصی سازی خاطرات بر خاطرات مزاحم و افسردگی در بیماران زن مبتلا به ام اس انجام شد. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس نشان داد متغیرهای خاطرات مزاحم و افسردگی پس از مداخله آموزش اختصاصی کردن خاطرات کاهش چشمگیری را در گروه آزمایشی در مقایسه با گروه گواه نشان دادند.

در تبیین یافته‌های پژوهش می‌توان اظهار داشت که آموزش اختصاصی کردن خاطرات با کاهش خاطرات بیش کلی‌گرا و افزایش خاطرات اختصاصی منجر به کاهش خاطرات مزاحم در بیماران مبتلا به ام اس شد، افراد به منظور اجتناب از بازیابی هیجانات رنج‌آور در سطح خاطرات کلی می‌مانند همین امر به صورت تقویت‌کننده درآمده و آن‌ها یاد می‌گیرند پیش از بازیابی خاطرات خاص منفی بازیابی را متوقف کنند که این عمل اجتنابی به نوبه خود باعث برگشت دوباره خاطرات مزاحم در فرد می‌شود. بررسی‌ها نشانگر این است که خاطرات غیرارادی از طریق سیستم حافظه رویدادی- که یادآوری راهبردها نیز از طریق آن انجام می‌شود- یادآوری می‌شوند و از همان قوانین کدگذاری و نگهداری پیروی می‌کنند (۳۵) توانایی انتقال اطلاعات از سیستم حافظه‌ای با دسترسی موقعیتی به سیستم حافظه‌ای با دسترسی کلامی با کاهش حافظه مزاحم همراه است (۲۷).

کاهش خاطرات مزاحم طبق پژوهش‌های انجام شده قبلی به نوبه خود می‌تواند باعث کاهش افسردگی که یکی دیگر از متغیرهای این پژوهش است گردد. پژوهش‌ها به نقش خاطرات مزاحم به عنوان ویژگی شناختی مرتبط با افسردگی تأکید کرده‌اند (۲۱). افراد افسرده اغلب گزارش می‌کنند، خاطرات مزاحم و پریشان‌کننده‌ای از رویدادهای گذشته را به یاد می‌آورند. بسیاری از پژوهش‌ها از کاهش خاطرات مزاحم به عنوان مداخله‌ای برای بهبودی اختلال افسردگی استفاده کرده‌اند (۲۱).

همچنین در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان چنین اظهار داشت که کاهش اختصاصی بودن حافظه می‌تواند افراد را نسبت به افسردگی آسیب‌پذیرتر و یا بهبود آن‌ها را با مشکل روبه‌رو کند. یافته‌ها نشان داده‌اند القای یک سبک بازیابی کمتر اختصاصی،

اختصاصی بودن تصاویر آینده شخصی را کاهش می‌دهد و منجر به احساس ناامیدی، درماندگی و خلق افسرده می‌شود. شیوه‌ای که افراد گذشته خود را به یاد می‌آورند، چه به صورت کلی و چه به صورت اختصاصی، بر کارکردهای روان‌شناختی تأثیر مهمی داشته است. یافته‌ها نشان می‌دهد میزان یادآوری خاطرات اختصاصی افراد افسرده کمتر از افراد سالم است. آموزش اختصاصی سازی خاطرات بر این اصل استوار است که تمرین‌های ارائه‌شده موجب می‌شود تا فرد وادار شود جستجو در حافظه رویدادی را ادامه دهد تا آنجا که بتواند جزئیات را به یاد بیاورد و خاطره را به صورت اختصاصی و جزئی بیان کند.

این آموزش، روشی برای ساماندهی حافظه شخصی و درعین حال، آموزشی رضایت‌بخش برای رویارویی و مقابله با فرآیندهای شناختی اصلی درگیر در افسردگی است و در واقع، هدف اصلی این آموزش در درمان بیماران افسرده، تغییر الگوی یادآوری در حافظه شرح حال از کلی به جزئی و اختصاصی است (۳۰). در پژوهش حاضر نیز آموزش اختصاصی کردن خاطرات منجر به کاهش سطح افسردگی در گروه مداخله در مقایسه با گروه گواه شد به گونه‌ای که این کاهش را در پایان آموزش می‌توان مشاهده کرد که این یافته‌ها با مطالعات Raes و همکاران (۳۰)، روزبان و فروزنده (۳۶) و ارجمندنیا و نامجو (۳۷) همسو بودند.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی مواجه بود از جمله محدودیت‌های پژوهش مذکور عدم انجام پیگیری در پژوهش به علت شیوع ویروس کرونا بود، همچنین این پژوهش فقط بر روی بیماران زن انجام شد، بنابراین تعمیم نتایج به بیماران مرد باید با احتیاط انجام شود. با توجه به این که این پژوهش فقط بر روی بیماران زن انجام شد، انجام پژوهش در مورد مردان به منظور تعمیم‌پذیری بیشتر نتایج پژوهش پیشنهاد می‌شود.

پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده پیگیری انجام شود تا مشخص شود تأثیر مداخله پایدار بوده یا خیر. با توجه به نتایج این پژوهش و مؤثر بودن آموزش اختصاصی سازی خاطرات در کاهش خاطرات مزاحم و افسردگی مبتلایان به ام اس، ارائه چنین آموزش‌هایی توسط مسئولان، مجریان بهداشتی و درمانی توصیه می‌شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی عمومی با کد اخلاق: IR.LUMS.REC.1399.178 از دانشگاه علوم پزشکی لرستان است. در پایان، محققان این پژوهش بر خود لازم می‌دانند از همکاری مراکز درمانی شهر خرم‌آباد و بیماران محترمی که در طرح پژوهشی شرکت نموده و با همکاری صادقانه خود امکان جمع‌آوری داده‌ها را فراهم نمودند و تمام کسانی که در این فرآیند یاری‌رسان بودند، نهایت تقدیر و تشکر را داشته باشند.

References

1. Macías Islas MÁ, Ciampi E. Assessment and impact of cognitive impairment in multiple sclerosis: an overview. *Biomedicine* 2019; 7(1): 22.
2. Bassi M, Falautano M, Cilia S, Goretti B, Grobberio M, Pattini M, et al. Illness perception and well-being among persons with multiple sclerosis and their caregivers. *J of clinical psychology in medical settings* 2016; 23(1): 33-52.
3. Mazdeh M, Khazaei M, Hashemi FN, Ghiasian M. Frequency of Multiple Sclerosis (MS) Among Relatives of MS Patients in Hamadan Society, Iran Avicenna. *J Neuro Psych Physiology* 2016; 3(1). [Persian]
4. Bove R, Chitnis T. Sexual disparities in the incidence and course of MS. *Clinical Immunology* 2013; 149(2): 201-10.
5. Morris R, Silber E, Galea I, Chalder T, Dennison L, Moss stage multiple sclerosis-correlates of different domains of psychological adjustment in early. *J. hosomatic researchof psyc* 2010; 69(4): 353-61.
6. Simpson R, Booth J, Lawrence M, Byrne S, Mair F, Mercer S. Mindfulness based interventions in multiple sclerosis-a systematic review. *BMC neurology* 2014; 14(1):15.
7. Beiske AG, SerenSSon E, Sandanger I, Gzujko B, Pederson ED, Aarseth JH, et al. Depression and anxiety amongst multiple sclerosis patients. *Eur Nero* 2008; 15 (3): 239-45.
8. Esmonde L, Long AF. Complementary therapy use by persons with multiple sclerosis: benefits and research priorities. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 14(3): 176-84.
9. Patten SB, Beck CA, Williams JV, Barbui C, Metz LM. Major depression in multiple sclerosis: a population-based perspective. *Neurology* 2003; 61(11):1524-7.
10. Lobentanz IS, Asenbaum S, Vass K, Sauter C, Klösch G, Kollegger H, et al. Factors influencing quality of life in multiple sclerosis patients: disability, depressive mood, fatigue and sleep quality. *Acta Neurologica Scandinavica* 2004; 110(1): 6-13.
11. Abolghasemi A, Farhang S, Taherifard M, Kiamarsi A, Arabani AS. The effect of supportive-expressive therapy on hope and quality of life in patients with multiple sclerosis (MS). *Archives of Psychiatry and Psychotherapy* 2016; 4: 20-7. [Persian]
12. Frischer JM, Weigand SD, Guo Y, Kale N, Parisi JE, Pirko I, et al. Clinical and pathological insights into the dynamic nature of the white matter multiple sclerosis plaque. *Annals of neurology* 2015; 78(5): 710-21.
13. Glanz BI, Dégano IR, Rintell DJ, Chitnis T, Weiner HL, Healy BC. Work productivity in relapsing multiple sclerosis: associations with disability, depression, fatigue, anxiety, cognition, and health-related quality of life. *Value in Health* 2012; 15(8): 1029-3.

14. Pittion-Vouyovitch S, Debouverie M, Guillemin F, Vandenberghe N, Anxionnat R, Vespignani H. Fatigue in multiple sclerosis is related to disability, depression and quality of life. *J of the neurological sciences* 2006; 243(1-2): 39-45.
15. Kroencke DC, Lynch SG, Denney DR. Fatigue in multiple sclerosis: relationship to depression, disability, and disease pattern. *Multiple Sclerosis J* 2000; 6(2):131-6.
16. Weissman AN, Beck AT. Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale: Apreliminary investigation 1978.
17. Briones-Buixassa L, Milà R, M Aragonès J, Bufill E, Olaya B, Arrufat FX. Stress and multiple sclerosis: A systematic review considering potential moderating and mediating factors and methods of assessing stress. *Health psychology open* 2015; 2(2): 2055102915612271.
18. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Revised (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Association 1994.
19. Kuyken W, Brewin CR. Intrusive memories of childhood abuse during depressive episodes. *Behaviour research and therapy* 1994; 32(5): 525-8.
20. Birrer E, Michael T, Munsch S. Intrusive images in PTSD and in traumatised and non-traumatised depressed patients: A cross-sectional clinical study. *Behaviour Research and Therapy* 2007; 45(9): 2053-65.
21. Shirvani M, Azad Fallah P, Moradi A, Eskandari H. Treatment of post-traumatic stress disorder in women experiencing infidelity. *Journal of Clinical Psychology Studies* 2016; 7(25): 85-106. [Persian]
22. Williams AD, Moulds ML. Negative appraisals and cognitive avoidance of intrusive memories in depression: a replication and extension. *Depression and anxiety* 2008; 25(7): 26-33.
23. Newby JM, Moulds ML. Do intrusive memory characteristics predict depression at 6 months?. *Memory* 2011; 19(5): 538-46.
24. Verwoerd JR. The crippling homunculus: inefficient executive control and the persistence of intrusive memories. University of Groningen, Faculty of Behavioural and Social Sciences 2009.
25. Thomas, P. W. Thomas, S. Hillier, C. Galvin, K. & Baker, R. Psychological interventions for multiple sclerosis. *Cochrane Database Syst Rev* 2006.
26. Farsani R M, & Kohan ZR. The Effectiveness of Autobiographical Memory Specificity Training (MEST) on Depression in Veterans with Post-Traumatic Stress Disorder in Isfahan. *J of Military Medicine* 2017; 19(1): 40-48. [Persian]
27. Martens K, Barry TJ, Takano K, Onghena P, Raes F. Efficacy of online Memory Specificity Training in adults with a history of depression, using a multiple baseline across participants design. *Internet Interventions* 2019;18:100259.
28. Erten MN, Brown AD. Memory specificity training for depression and posttraumatic stress disorder: a promising therapeutic intervention. *Frontiers in psychology* 2018;9:419.
29. Raes F, Hermans D, Williams JM, Eelen P. Reduced autobiographical memory specificity and affect regulation. *Cognition and Emotion* 2006; 20(3-4):402-29.
30. Raes F, Williams JM, Hermans D. Reducing cognitive vulnerability to depression: A preliminary investigation of MEmory Specificity Training (MEST) in inpatients with depressive symptomatology. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry* 2009; 40(1):24-38.
31. Weiss DS, Marmar CR, Wilson JP, Keane TM. Assessing psychological trauma and PTSD. The Impact of Events Scale-Revised 1997; 19: 399-411.
32. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the beck depression inventory-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation 1996; 1: 82.

33. Beck, A. T. Cognitive therapy and the emotional disorder. New York. International University Press 1976.
34. Lee EH, Lee SJ, Hwang ST, Hong SH, Kim JH. Reliability and validity of the Beck Depression Inventory-II among Korean adolescents. *Psychiatry investigation* 2017; 14(1): 30.
35. Berntsen D. The unbidden past: Involuntary autobiographical memories as a basic mode of remembering. *Current Directions in Psychological Science* 2010; 19(3): 138-42.
36. Roozban M, Forouzandeh E. The effect of special event memory training on resilience and depression, *Depressed Girls. Breeze of health Chapter* 2016; 4-3. [Persian]
37. Arjmandnia A, Namjo S. The effect of memorizing specialized education (meat) on the influential mechanisms of the extreme clinicalism of story memory in depressed patients with childhood traumatic experience. *J of Isfahan Medical School* 2016; 33(329). [Persian]