



INTERNATIONAL ASSOCIATION
RAZI
FOR MEDICINE & PSYCHOTHERAPY



UNIVERSITÄTS
KLINIKUM

Philipps
Universität
Marburg

INTERNATIONAL ASSOCIATION
FOR RATIONAL & PSYCHOTHERAPY
University of Marburg
Department of Psychosomatic
Medicine & Psychotherapy

چهارمین کنفرانس بین‌المللی روان‌تنی

ارزیابی و مداخلات روانشناختی در اختلالات روان‌تنی
اعتیاد و اختلالات روان‌تنی

۲۶ تا ۲۸ مهر ۱۳۹۱

دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)

کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی: درمانی کارآمد در بهبود دردهای مزمن و کاهش اختلال در عملکرد روزانه

نجمه نسیمی فر* - دکتر علیرضا حیدری^۱ - دکتر ایران داودی^۲

چکیده

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی روش MBSR بر بهبود درد و کاهش اختلال در عملکرد روزانه، در زنان مبتلا به دردهای مزمن بود. شرکت کنندگان ۲۴ نفر از مراجعه کنندگان به بخش فیزیوتراپی بیمارستان نفت اهواز بودند که به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند و در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به پرسشنامه سیاهه چند وجهی درد مزمن پاسخ دادند. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری نشان داد که مداخله MBSR در صورت تداوم تمرینات می‌تواند در کاهش شدت درد و کاهش اختلال در عملکرد روزانه موثر باشد.

واژه‌های کلیدی: کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، درد مزمن، اختلال در عملکرد روزانه، درد مزمن

Mindfulness-based stress reduction: Effective treatment in Improvement of chronic pain and reduce Disorder in daily function

The aim of this study was to investigate the effect of mindfulness based stress reduction on chronic pain and reduce disorder in daily function of women with chronic musculoskeletal pain in Ahwaz city. Among female patients referred to the physiotherapy department of a hospital in Ahwaz city, ۲۴ people were chosen by using the available sampling method to take part in the study. The patients were randomly distributed into two groups experimental and control after they had been initial evaluation by the questionnaire of chronic pain. Participants in both groups, Completed scales of pain intensity and daily functioning in three stages: pre-test, post-test and one-month follow-up sessions. Results for multivariate analysis of covariance (MANCOVA) showed that this treatment can reduce pain and reduce Disorder in daily function in the experimental group than in the control group.

Key words: chronic pain, Mindfulness based stress reduction, Disorder in daily function, chronic pain

* نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز: najmenasimifar@yahoo.com

^۱ . استادیار و عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز

^۲ . استادیار و عضو هیات علمی دانشگاه شهید چمران اهواز

مقدمه

درد‌های مزمن یکی از مشکلات شایع امروزی می‌باشند که شایع‌ترین نمونه آن دردهای ناحیه تحتانی کمر، سردرد، درد سرطانی و آرتریت می‌باشد. درد مزمن می‌تواند باعث مشکلات متعدد روان‌شناختی مانند اضطراب و افسردگی و ناامیدی گردد (خواجه موگهی و احمدی، ۱۳۸۶). درد مزمن یک اختلال رایج است که بر ۱۹ درصد از جمعیت اروپا تاثیر می‌گذارد. این اختلال تاثیر مخربی بر همه جنبه‌های کیفیت زندگی بیماران: فیزیکی، روانشناختی و اجتماعی دارد (کانینگهام^۱ و همکاران، ۲۰۱۱).

درد بر پایه تعریف انجمن بین‌المللی بررسی درد، تجربه حسی و هیجانی ناخوشایندی است که با آسیب بافتی حقیقی یا بالقوه همراه است یا برحسب چنین آسیبی توصیف می‌شود (پشت مشهدی، یزدان دوست، اصغر نژاد فرید و مرید پور، ۱۳۸۲) و درد مزمن^۲ دردی است که بیمار طی شش ماه گذشته، علیرغم درمان‌های انجام شده، آن را به مدت سه ماه، هر روز تجربه کرده است (مسگریان، اصغری مقدم و شعیری، ۱۳۸۹).

طبق برآورد سازمان جهانی سلامت، بیماری‌های مزمن اصلی‌ترین دلیل مرگ و میر و ناتوانی عمومی در سال ۲۰۲۰ خواهند بود و دو سوم تمام بیماری‌ها را به خود اختصاص خواهند داد (اپینگ - جردن^۳، بنگوا^۴، کاوار^۵ و سابات^۶، ۲۰۰۱). افزایش میزان های مزمن در سیستم سلامت، موجب افزایش تمرکز دولتمردان بین‌المللی بر اهمیت خودکنترلی مؤثر در بیماری‌های مزمن شده است. آشکار است که خودکنترلی خوب برای مراقبت پزشکی مؤثر در بیماری‌های مزمن ضروری است (عابدی، خلیل زاده و اصغری مقدم، ۱۳۸۹).

امروزه برای تبیین و درمان بسیاری از بیماری‌های جسمی، مخصوصاً درد مزمن، دیگر از الگوی زیست‌شناختی صرف که منشاء همه بیماری‌ها را نارسایی زیست‌شناختی معرفی می‌کند، استفاده نمی‌شود. پژوهش‌های جدید، سبب‌شناسی اکثر اختلالات جسمی از جمله درد مزمن را، در قالب نظریه‌های زیستی- روانی- اجتماعی، توضیح می‌دهند (کاکس^۷، ۲۰۰۹، نقل از سعیدیان اصل، محمدخانی و خانزاده، ۱۳۸۹).

این مدل در کنار عوامل زیستی، رفتار، فرآیندهای شناختی و تعامل بین آنها را نیز در بر می‌گیرد (لاکتر^۸، ۲۰۰۵، نقل از صولتی دهکردی، کلاتری، ادیبی و افشار، ۱۳۸۸) و به طور خاص بر عوامل شناختی رفتاری متناسب با تجربه درد تاکید می‌کند. (برلند^۹،

^۱ Cunningham

^۲ chronic pain

^۳ Epping-Jordan

^۴ Bengoa

^۵ Kwar

^۶ Sabate

^۷ Cox

^۸ Lackner

^۹ Berland

رودگرز^۱، گرین^۲، هریسون^۳ و روت^۴ (۲۰۱۱) مکانیسم های فیزیولوژیکی، رفتاری و شناختی می توانند با سلامت فرد در ارتباط باشند باشند (ریچمن^۵، کوبزانسکی^۶، ماسلکو^۷، کاواچی^۸، چو^۹ و بوئر^{۱۰}، ۲۰۰۵).

بدین جهت یکی از مهمترین حیطه ها برای بررسی درد، نقش عوامل روانشناختی به عنوان پیش بینی کننده درد می باشد (پول، استلو، کنل و بوئر^{۱۱}، ۲۰۱۰؛ فوستر، توماس، بیشاپ، دان و مین^{۱۲}، ۲۰۱۰). با وجود اینکه عوامل زیستی تجربه درد، مشهود است، شواهد بسیار قوی وجود دارد که بافت و محتوی روانشناختی درد می تواند نقش مهمی را در تعیین ادراک درد، تجربه شدت درد، اثرات درد بر روی عملکرد، بهزیستی عاطفی و پاسخ به درمان داشته باشد (حقیقت، رسول زاده طباطبایی و زادهوش، ۱۳۸۸).

مطالعات همه گیرشناسی اشاره می کند که درد مزمن در ۳۰-۱۱ درصد از جمعیت عمومی روی می دهد (روستون^{۱۳}، واهل^{۱۴}، هانستد^{۱۵}، لردال^{۱۶}، پل^{۱۷} و میاسکسکی^{۱۸}، ۲۰۰۴). در جمعیت عمومی بزرگسال (۱۸ تا ۶۵ سال) ایرانی، شیوع ۶ ماهه درد مزمن مستمر از ۹ درصد تا ۱۴ درصد و در جمعیت سالمند (۶۰ تا ۹۰ سال) حدود ۶۷ درصد گزارش شده است. غفاری و همکاران (۲۰۰۶) شیوع یک ساله کمر درد را در کارکنان ایران خودرو ۲۱ درصد گزارش کرده اند (اصغری مقدم، ۱۳۸۹).

امروز، منابع پژوهشی گسترده ای وجود دارد که نشان می دهد اگرچه ممکن است عوامل رفتاری و روانشناختی در شروع درد نقش چندان بارزی نداشته باشند اما این عوامل در استمرار درد و ناتوانی ناشی از آن نقش قاطعی ایفا می کنند (کرنز^{۱۹}، مورلی^{۲۰} و ولاین^{۲۱}، ۲۰۰۸؛ نیکولاس^{۲۲}، ۲۰۱۰؛ فوستر^{۲۳}، توماس^۱، بیشاپ^۲، دان^۳ و مین^۴، ۲۰۱۰).

^۱ Rodgers

^۲ Green

^۳ Harrison

^۴ Roth

^{۱۷} Richman

^۶ Kubzansky

^۷ Maselko

^۸ Kawachi

^۹ Choo

^{۱۰} Bauer

^{۱۱} Pool, Ostelo, Knol, Bouter

^{۱۲} Foster, Thomas, Bishop, Dunn, Main

^{۱۳} Rustoen

^{۱۴} Wahl

^{۱۵} Hanestad

^{۱۶} Lerdal

^{۱۷} Paul

^{۱۸} Miaskowski

^{۱۹} kerns

^{۲۰} Morley

^{۲۱} Vlaeyen

^{۲۲} Nicholas

^{۲۳} Foster

طی سالیان متمادی پزشکان، گستره‌ای از روشها را برای تسکین درد مورد استفاده قرار داده‌اند. امروزه روشهای روانشناختی هم به صورت جداگانه و هم بصورت توأم با سایر روشهای پزشکی، در درمان درد مزمن مورد استفاده قرار می‌گیرد. تحقیقات انجام شده بیانگر کارآیی و تاثیر بالای روشهای درمان روانشناختی است. در میان انواع درمانهای روانشناختی از قبیل بیوفیدبک، تصویرسازی ذهنی، شناخت درمانی و ... روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی^۵ یک مداخله گروهی است که به نظر می‌رسد در درمان درد مزمن همراه با کاهش عملکرد فیزیکی و سلامت روانی، کمکی امیدبخش باشد. ذهن آگاهی به معنی توجه کردن به زمان حال به شیوه ای خاص، هدفمند و خالی از قضاوت است. ذهن آگاهی یعنی بودن در لحظه با هر آنچه اکنون است، بدون قضاوت و بدون اظهار نظر درباره آنچه اتفاق می‌افتد یعنی تجربه واقعیت محض بدون توضیح (کاویانی، جواهری و بحیرایی، ۱۳۸۴).

هسته MBSR بر آموزش مراقبه ذهن آگاهی و کاربردهای آن برای زندگی روزانه و مقابله با استرس، بیماری و درد متمرکز است (روزنزیویگ^۶ و همکاران، ۲۰۱۰). مفهوم ذهن آگاهی بیش از دو هزار سال قدمت دارد. پایه های این مفهوم را می‌توان در کهن ترین متن های بودایی ردیابی کرد. ذهن آگاهی شامل یک آگاهی پذیرا و عاری از قضاوت از وقایع جاری می‌باشد. افراد ذهن آگاه واقعیات درونی و بیرونی را آزادانه و بدون تحریف درک می‌کنند و توانایی زیادی در رویارویی با دامنه گسترده ای از تفکرات، هیجانات و تجربه ها (اعم از خوشایند و ناخوشایند) دارند. ذهن آگاهی با آرامش ذهنی و روانشناختی و سلامت روانی رابطه مثبت دارد در حالی که خود آگاهی با میزان پایین آرامش روانشناختی مرتبط است (نجاتی، ۱۳۸۹). کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، مداخله ای رفتاری است که بر مبنای توجه و تمرکز به خود استوار می‌باشد. تمرینات بصورت تمرکز بر روی افکار، احساسات و ادراک انجام میشود. این مهارتها از طریق تمرکز بر روی تنفس تا تمام فعالیتهای زندگی حاصل میگردد. MBSR با تغییر ادراک افراد از حوادث استرس زا و افزایش توانایی آنها در کنترل زندگی، به افراد کمک می‌نماید. ذهن آگاهی شامل نظم، انضباط و آگاهی لحظه به لحظه از زندگی روزانه است. کاهش استرس ناشی از استفاده روش ذهن آگاهی موفقیت هایی در زمینه درمان نشانگان جسمی و روانی افراد مبتلا به درد مزمن و بهبودی قابل توجه در کیفیت زندگی، نشانگان استرس و کیفیت خواب بیماران مبتلا به سرطان سینه و پروستات نشان داده است (سجادیان، نشاط دوست، مولوی و معروفی، ۱۳۸۷). شواهد نشان می‌دهد که MBSR اثرات مثبتی بر روی علائم جسمی و روانی داشته است و می‌تواند درمان کمکی مؤثری برای بیماری‌هایی از قبیل پسوریازیس و سندرم فیبرومیالژیا باشد (جم، علی نقی، ایمانی، مرادمند بدیع، رمضان‌ی و محرز، ۱۳۹۰).

محمدی، محمدخانی، دولتشاهی و اصغری مقدم (۱۳۸۹) در مطالعه ای دریافتند که مداخله حضور ذهن برای مدیریت درد می‌تواند در کاهش شدت درد ادراک شده و کاهش محدودیت عملکرد بیماران مبتلا به درد مزمن مؤثر باشد.

^۱ Thomas

^۲ Bishop

^۳ Dunn

^۴ Main

^۵ Mindfulness-based stress reduction

^۶ Rosenzweig

در پژوهشی گروسمن^۱، تیفتنالر-گیلمر^۲، رایز^۳ و کسپر^۴ (۲۰۰۷) اثربخشی روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی را بر جنبه جنبه های عمومی بهزیستی شامل کیفیت زندگی، راهبردهای مقابله با درد، اضطراب و افسردگی مورد بررسی قرار دادند و نتیجه گرفتند که این روش بهبودی معناداری را در درد، کیفیت زندگی، راهبردهای مقابله با درد و افسردگی نشان می دهد.

روزنزویگ^۵، گریسون^۶، ریبیل^۷، گرین^۸، جاسر^۹ و بیسلی^{۱۰} (۲۰۱۰) نیز در تحقیقی با مبتلایان به دردهای مزمن متفاوت (دردپشت، گردن، گردن، سردرد، فیبرومیالژیا و...) به نتایجی گوناگون در شرایط درد مزمن دست یافت. زیر گروه های مبتلا به آرتريت، درد پشت و گردن، تغییر معنی داری در شدت درد و محدودیت های عملکردی ناشی از درد پس از مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) نشان دادند.

مورون و همکاران (۲۰۰۸) در یک تحقیق تصادفی کنترل شده در سالمندان که با ۳۷ کارمند ۶۵ ساله انجام شده بود بهبودی معنا داری در درد مزمن و کیفیت زندگی پس از مداخله ذهن آگاهی نشان داد.

سیس وونگ (۲۰۰۹) در پژوهشی تحت عنوان تاثیر روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر درد و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به درد مزمن دریافت که شرکت کنندگان در گروه آزمایش بهبود قابل توجهی در شدت درد نشان دادند که این نتیجه تا ۶ ماه پس پایان درمان ادامه داشت. اما کیفیت زندگی در پس آزمون و مرحله پیگیری در مقایسه با گروه کنترل تفاوت معنی داری نشان نداد.

کینگستون و همکاران (۲۰۰۷) پس از بررسی تاثیر ذهن آگاهی بر تحمل درد، سلامت روان و فعالیت روانشناختی دریافت که تحمل درد به طور معنی داری در گروه تحت ذهن آگاهی افزایش یافت. ریبیل، گرسون، براینارد^{۱۱} و روزنزویگ (۲۰۰۱) در یک جمعیت بیمار ناهمگن به موفقیت هایی در زمینه درمان نشانگان جسمی و روانی افراد مبتلا به درد مزمن بوسیله MBSR دست یافتند. پرادهان^{۱۲}، بومگارتن و لانگربرگ (۲۰۰۷) نیز با بررسی اثر MBSR بر علایم جسمی و روحی-روانی ۶۳ بیمار مبتلا به آرتريت روماتوئید، در پایان ۶ ماه درمان ۳۳ درصد کاهش در ناراحتی روحی-روانی و ۱۱ درصد کاهش در فعالیت بیماری گزارش دادند درحالی که گروه کنترل در پایان همین دوره زمانی ۲ درصد کاهش در ناراحتی روحی روانی و ۵ درصد کاهش در فعالیت بیماری داشتند. استین و همکاران در سال ۲۰۰۳ (نقل از دوبکین، ۲۰۰۸) در مطالعه اثربخشی ذهن آگاهی برای بیماران فیبرومیالگیا کاهش در راهبرد مقابله فاجعه آفرینی را گزارش دادند.

^۱ Grossman
^۲ Tiefenthaler-Gilmer
^۳ Raysz
^۴ Kesper
^۵ Rosenzweig
^۶ Greeson
^۷ Reibel
^۸ Green
^۹ Jasser
^{۱۰} Beasley
^{۱۱} Brainard
^{۱۲} Pradhan

با توجه به نتایج پژوهش های انجام شده، در این مطالعه ما به دنبال پاسخ به این سوال می باشیم که "آیا روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی قادر به کاهش درد و اختلال در عملکرد روزانه افراد مبتلا به درد مزمن می باشد؟"

روش

پژوهش حاضر مطالعه شبه آزمایشی با گروه کنترل به همراه پیش آزمون - پس آزمون بود. جامعه پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به دردهای مزمن عضلانی- اسکلتی بودند که برای دریافت خدمات فیزیوتراپی به بیمارستان نفت اهواز مراجعه کردند. بدین منظور زنان مراجعه کننده به بخش فیزیوتراپی بیمارستان، در یک بازه زمانی ۱/۵ ماهه به پرسشنامه مورد یابی درد مزمن (اصغری مقدم، ۱۳۷۶) به منظور ارزیابی اولیه و دریافت اطلاعات دموگرافیک پاسخ دادند. در این پژوهش ملاک های تشخیص که با سوال ۷ و ۸ پرسشنامه موردیابی درد مزمن (اصغری مقدم، ۱۳۷۶)، ارزیابی شد عبارت بودند از:

۱. تجربه درد در طول ۶ ماه گذشته

۲. تداوم درد در طول ۶ ماه گذشته (نمره بالای ۳)

تعداد ۵۳ نفر از بیماران پرسشنامه موردیابی درد مزمن را پاسخ داده و از میان افرادی که ملاک های تشخیص درد مزمن (سوال ۷ و ۸ پرسشنامه مورد یابی درد مزمن) را دارا بودند، کسانی برای شرکت در پژوهش انتخاب شدند که ۳۰ تا ۶۵ سال سن داشته، سواد خواندن و نوشتن داشتند، سابقه ابتلا به اختلالات روانشناختی نداشته و باردار نبودند.

همانگونه که اشاره شد با رسیدن حجم نمونه به ۳۰ نفر، نمونه گیری متوقف شد بنابراین، ۳۰ نفر به روش در دسترس انتخاب شدند و در ادامه به سیاهه چند وجهی درد پاسخ دادند و در نهایت به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل قرار گرفتند (در جلسات اولیه از هر گروه ۳ نفر عدم همکاری خود را اعلام نموده و از گروه خارج شدند بنابراین هر گروه با ۱۲ نفر به کار خود ادامه داد). لازم به ذکر است که تمامی افراد درمان فیزیوتراپی و دارو را بعنوان درمان تجویز شده از سوی پزشک دریافت می کردند.

گروه آزمایش در کنار درمان های معمول، طی ۸ جلسه تحت درمان با روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفت و در طول این مدت گروه کنترل تنها درمان های طبی خود را دریافت می کردند. در پایان دوره درمان، پرسشنامه های ذکر شده یک بار به عنوان پس آزمون و پس از گذشت یک ماه از پایان درمان بعنوان مرحله پیگیری توسط هر دو گروه تکمیل شدند.

ابزار سنجش

• پرسشنامه مورد یابی درد مزمن (اصغری مقدم، ۱۳۷۶):

این آزمون که توسط اصغری مقدم (۱۳۷۶) تدوین شده است، ۵۸ ماده دارد که ضمن تشخیص و موردیابی افراد مبتلا به درد مزمن، جنبه های مختلف درد مزمن را ارزیابی می نماید. پرسشنامه جهت ارزیابی اولیه درد مزمن و دریافت اطلاعات دموگرافیک مورد استفاده قرار گرفت. آزمون از بخش های مختلف تشکیل شده است. آزمودنی وضعیت خود را روی پاسخهای چندگانه مشخص می سازد. برخی از حیطه های آزمون روی مقیاس ۱۰ نقطه ای درجه بندی می شود که نمره صفر بیانگر هیچ و نمره ۱۰ بیانگر حداکثر

علامت است. در پژوهشی توسط پولادی ریشه‌ری (۱۳۸۰) ضرایب پایایی این آزمون با استفاده از روش آلفای کرونباخ، تصنیف و باز آزمایی به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۷۹ و ۰/۷۸ به دست آمد. بررسی اعتبار آزمون با تدوین چند سوال ملاک انجام گرفت که ضریب همبستگی بین سوالات ملاک و پرسشنامه درد مزمن $r = 0/68$ بود ($p < 0/01$). این پرسشنامه جهت ارزیابی اولیه درد مزمن (سوال ۷ و ۸) و دریافت اطلاعات دموگرافیک مورد استفاده قرار گرفت.

● سیاهه چند وجهی درد مزمن:

کرنز و همکاران (۱۹۸۵) پرسشنامه چند وجهی درد را بر مبنای نظریه شناختی- رفتاری درد (ترک و همکاران، ۱۹۸۳) طراحی کرده و پایایی و اعتبار آن را مورد تایید قرار داده اند. این پرسشنامه از سه بخش مستقل از یکدیگر تشکیل شده است: اولین بخش دارای ۲۰ عبارت است و از بیمار می خواهد تا در قالب پنج خرده مقیاس ارزیابی خود را از شدت درد، اختلال در عملکرد روزانه، کنترل بر زندگی، پریشانی هیجانی و حمایت اجتماعی گزارش کند. بخش دوم دارای ۱۴ عبارت است و از بیمار می خواهد تا ارزیابی خود را از واکنش همسر و سایر اطرفیانی که در زندگی او صاحب نقش هستند، نسبت به دردی که از آن رنج میبرد در قالب ۳ خرده مقیاس واکنش منفی، تلاش برای انحراف توجه از درد و نشان دادن دلسوزی درجه بندی کند. بخش سوم دارای ۱۸ عبارت است و در قالب ۴ خرده مقیاس، فراوانی فعالیت های بیمار را در مورد خانه‌داری، امور مربوط به تعمیر و نگهداری وسایل منزل، فعالیت های اجتماعی و انجام فعالیتهای بیرون از منزل مورد ارزیابی قرار می دهد. نحوه پاسخ دهی به هر کدام از سوالات پرسشنامه در یک مقیاس لیکرت از صفر تا ۶ متغیر است و در کلیه خرده مقیاس های این پرسشنامه حداقل نمره صفر و حداکثر آن ۶ می باشد.

در پژوهش حاضر جهت ارزیابی شدت درد از خرده مقیاس شدت درد این پرسشنامه استفاده شد. این خرده مقیاس شامل ۳ سوال است که میزان درد فرد را ارزیابی می کند. حداقل و حداکثر نمره در این خرده مقیاس ۰-۶ می باشد. جهت نمره گذاری شدت درد، نمره های آزمودنی در عبارات ۱، ۷، ۱۲ با یکدیگر جمع و سپس حاصل بر عدد ۳ تقسیم می شود (عابدی، ۱۳۸۸). همچنین جهت سنجش میزان اختلال در عملکرد روزانه از خرده مقیاس اختلال در عملکرد روزانه این پرسشنامه استفاده شد. به این منظور نمره ی آزمودنی را در عبارات ۱۹ و ۱۷، ۱۴، ۱۳، ۹، ۸، ۴، ۳، ۲ با یکدیگر جمع و سپس حاصل بر عدد ۹ تقسیم می شود. حداقل و حداکثر نمره در این خرده مقیاس نیز ۰-۶ می باشد.

کرنز و همکاران (۱۹۸۵) برای اعتبار پرسشنامه چندوجهی درد از روش تحلیل عامل و محاسبه همبستگی بین عوامل استخراج شده با نتایج پرسشنامه های معتبر استفاده کردند و نیز آنها اعتبار عوامل پرسشنامه چند وجهی درد را در حد مطلوبی گزارش کرده اند (ضرایب همسانی بین ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ و ضرایب بازآزمایی بین ۰/۶۲ تا ۰/۹۱). در ایران نیز اعتبار و روایی این پرسشنامه مورد تایید است. بر اساس یافته های اصغری مقدم و گلک (۱۳۸۴)، ضرایب آلفای کرونباخ خرده مقیاس های پرسشنامه بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۲ و میانگین ضرایب همبستگی بین عبارات هر خرده مقیاس بین ۰/۲۵ تا ۰/۴۰ متغیر است. جولائیها (۱۳۸۵) در پژوهش خود ضرایب آلفای کرونباخ مقیاس شدت درد را ۰/۸۰ به دست آورد (حقیقت، فرشته؛ رسول زاده طباطبایی، کاظم؛ زاده‌وش، سمیه؛ ۱۳۸۸) و پایایی این مقیاس در پژوهش عابدی (۱۳۸۸) برابر با ۰/۷۸ گزارش شد (عابدی، ۱۳۸۸). پایایی این مقیاس در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای

کرونیخ برابر ۰/۵۱ محاسبه شد. عابدی (۱۳۸۸) در پژوهشی جهت ارزیابی رویی مقیاس شدت درد همبستگی بین پرسشنامه خودکنترلی درد و مقیاس شدت درد را در سطح $P < 0/01$ ، برابر $r = 0/51$ گزارش داد.

شیوه گردآوری اطلاعات: تمامی افراد هر دو گروه به سیاهه چندوجهی درد، در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری پاسخ دادند. مرحله اول پیش از شروع درمان، مرحله دوم پس از پایان درمان و مرحله سوم یک ماه بعد از درمان اجرا شد. گروه کنترل در این بازه زمانی هیچ گونه درمان روانشناختی دریافت نکردند. روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی براساس شیوه استاندارد ارائه شده توسط کابات زین (۲۰۰۵)، در قالب ۸ جلسه درمانی طراحی شده است. محوریت برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، برمراقبه توجه به بدن، تنفس، مراقبه نشستن، و یوگا قرار گرفته بود. در هر جلسه یک بسته شامل جزوه، بروشور و لوح فشرده آموزشی در اختیار شرکت کنندگان قرار داده می شد.

یافته ها

یافته‌های توصیفی متغیرها شامل شاخص‌های آماری مانند میانگین، انحراف معیار و تعداد آزمودنی‌های شرکت کننده در هر گروه می باشد که برای متغیر مورد مطالعه در این پژوهش در جدول زیر ارائه می گردد.

داده های جدولهای ۱ و ۲ شاخص های آماری شامل تعداد، میانگین و انحراف معیار در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری را به تفکیک گروه آزمایش و کنترل جهت مؤلفه های شدت درد و اختلال در عملکرد روزانه نشان می دهند.

جدول ۱. شاخص‌های مرکزی و پراکندگی در مؤلفه شدت درد

گروه	پیش آزمون		پس آزمون		مطالعه پیگیری	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	۳/۶۹	۱/۱۳	۲/۰۸	۱/۴۶	۲/۹۱	۱/۳۷
کنترل	۳/۶۶	۰/۶۶	۳/۵۵	۰/۹۷	۳/۵۲	۱/۲۹

جدول ۲. شاخص‌های مرکزی و پراکندگی در مؤلفه اختلال در عملکرد روزانه

گروه	پیش آزمون		پس آزمون		مطالعه پیگیری	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	۳/۲۵	۱/۰۲	۲/۲۹	۱/۰۷	۲/۵۸	۰/۸۵
کنترل	۳/۴۵	۱/۳۵	۳/۵۲	۱/۳۱	۳/۶۴	۱/۳۵

یافته های مربوط به فرضیه های پژوهش:

جهت آزمون فرضیه های پژوهش از روش آماری تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) و تحلیل کوواریانس یک راهه در متن مانکوا استفاده شد. همانگونه که در جدول ۳ مشاهده می شود سطوح معنی داری همه آزمونها، بیانگر آن هستند که بین افراد گروه آزمایش و گواه حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (شدت درد و اختلال در عملکرد روزانه) تفاوت معنی داری وجود دارد.

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) روی نمرات پس آزمون شدت درد و اختلال در عملکرد روزانه دو گروه آزمایش و کنترل، با کنترل پیش آزمون

نام آزمون	مقدار	آزمون F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری
اثر پیلایی	۰/۴۶	۸/۲۹	۲	۱۹	۰/۰۰۳
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۵۳	۸/۲۹	۲	۱۹	۰/۰۰۳
آزمون اثر هیلینگ	۰/۸۷	۸/۲۹	۲	۱۹	۰/۰۰۳
آزمون بزرگترین ریشه روی	۰/۸۷	۸/۲۹	۲	۱۹	۰/۰۰۳

برای پی بردن به تفاوت، نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس یک راهه در متن مانکوا روی نمرات پس آزمون در جدول ۴ ارائه شده است. همانگونه که در جدول ۴ ملاحظه می شود، بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ شدت درد ($p=۰/۰۰۳$ و $F=۱۱/۰۴$) و اختلال در عملکرد روزانه ($p=۰/۰۰۶$ و $F=۹/۶۳$) تفاوت معنی داری وجود دارد.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس یک راهه در متن (مانکوا) روی نمرات پس آزمون شدت درد و فاجعه آفرینی دو گروه آزمایش و کنترل

منبع تغییرات	درجه آزادی	آزمون F	سطح معناداری	گروه
شدت درد	۱	۱۱/۰۴	۰/۰۰۳	
اختلال در عملکرد روزانه	۱	۹/۶۳	۰/۰۰۶	

جدول ۵: نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا) روی نمرات پیگیری شدت درد و فاجعه آفرینی دو گروه آزمایش و کنترل، با کنترل پیش آزمون

سطح معناداری	درجه آزادی خطا	درجه آزادی فرضیه	آزمون F	مقدار	نام آزمون
۰/۰۲	۱۹	۲	۴/۶۲	۰/۳۲	اثر پیلایی
۰/۰۲	۱۹	۲	۴/۶۲	۰/۶۷	آزمون لامبدای ویلکز
۰/۰۲	۱۹	۲	۴/۶۲	۰/۴۸	آزمون اثر هیلینگ
۰/۰۲	۱۹	۲	۴/۶۲	۰/۴۸	آزمون بزرگترین ریشه روی

همچنین با توجه به جدول شماره ۵ نتایج تحلیل کواریانس در ارزیابی پیگیری نشان داد که بین گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای وابسته در سطح ۰/۰۲ تفاوت معنی داری وجود دارد که برای یافتن این تفاوت، نتایج حاصل از تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا روی نمرات پیگیری در جدول ۶ ارائه شده است. همانگونه که در جدول ۶ ملاحظه می شود، بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ شدت درد در مرحله پیگیری تفاوت معناداری وجود نداشت اما تفاوت اختلال در عملکرد روزانه در پیگیری معنا دار بود ($F=9/63$ و $p=0/006$).

جدول ۶. نتایج تحلیل کواریانس یک راهه در متن (مانکوا) روی نمرات پس آزمون شدت درد و فاجعه آفرینی دو گروه آزمایش و کنترل

سطح معناداری	آزمون F	درجه آزادی	منبع تغییرات	
NS	۱۱/۰۴	۱	شدت درد	گروه
۰/۰۰۵	۹/۶۳	۱	اختلال در عملکرد روزانه	

بحث

بر اساس یافته های آماری می توان نتیجه گرفت که روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (گروه آزمایش) نسبت به گروه کنترل بر بهبود شدت درد و کاهش اختلال در عملکرد روزانه بیماران مبتلا به درد مزمن تأثیر داشته است.

نتایج این بخش از پژوهش با نتایج پژوهش های انجام شده محمدی و همکاران در سال ۱۳۸۹، مورون و همکاران در سال ۲۰۰۸، کینگستون و همکاران در سال ۲۰۰۷، زیدان و همکاران در سال ۲۰۱۰ (نقل از محمدی و همکاران، ۱۳۸۹)، روزنزویگ و همکاران در سال ۲۰۱۰ و گروسمن و همکاران در سال ۲۰۰۷ همخوان می باشد.

شوتر و همکاران (۲۰۱۰) عقیده دارند حضور ذهن اندک آغازگر فاجعه آمیز کردن درد است. در واقع به نظر می رسد که تمایل به درگیر شدن در فرایندهای پردازشی خودکار به جای فرایندهای مبتنی بر آگاهی به همراه توجه بدون انعطاف و عدم آگاهی نسبت به لحظه کنونی باعث می شود که افراد بیش از پیش به درد فکر کرده و در مورد آن دست به نشخوار ذهنی زده و در نتیجه شدت خطر ناشی از آن را بیشتر برآورد کنند. بر مبنای تعاریف موجود در رابطه با حضور ذهن به نظر می رسد که حالت بدون قضاوت و بدون ارزیابی موجود در حضور ذهن می تواند از آغاز شدن فرایندهای ارزیابی کننده شدت درد ممانعت کرده و با قطع و یا کاهش الگوهای عادتگونه در مواجهه با تجربیات مختلف باعث کاهش شدت ادراک درد شود و به دنبال آن کاهش اختلال در عملکرد روزانه را نتیجه دهد.

پس از پیگیری ۱ ماهه همانگونه که در جدول ۷ ملاحظه شد، میان نمرات شدت درد در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیگیری تفاوت معنی داری وجود ندارد، اما اختلال در عملکرد روزانه کاهش معنا داری را در پیگیری نشان داد. این نتیجه با نتایج پژوهشهای گروسمن و همکاران در سال ۲۰۰۷، کابات زین و همکاران در سال ۱۹۸۶ (نقل از جم و همکاران، ۱۳۹۰)، همسو می باشد و با پژوهش مورون و همکاران در سال ۲۰۰۸ a (با پیگیری ۳ ماهه) مغایرت دارد.

جهت تبیین این یافته می توان به مطالعه ای که توسط کابات زین و همکاران در سال ۱۹۸۶ (نقل از جم و همکاران، ۱۳۹۰) بر روی میزان تأثیر MBSR در کاهش دردهای مزمن بر روی ۲۲۵ بیمار انجام شد، اشاره کرد. کابات زین در این پژوهش نشان داد که میزان بهبودی در علائم جسمی و روانی بطور بارزی بعد از مداخله ۸ هفته ای افزایش یافته است. سپس این بیماران تحت پیگیری برای مدت ۲/۵ تا ۴۸ ماه قرار گرفتند. در پیگیری این بیماران مشخص شد که میزان درد بعد از گذشت این مدت تمایل به بازگشت به میزان اولیه در قبل از شروع مطالعه داشته است، بدین جهت چنین نتیجه گیری به عمل آمد که روش های کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی نیاز به یک دوره نگهدارنده برای تداوم اثرشان دارند. خانی پور و همکاران (۱۳۸۹) نیز در پژوهش خود میزانی بازگشت نمرات به مرحله پیش آزمون را در پیگیری مشاهده کردند. این پژوهش در خصوص افسردگی اجرا شد و پژوهشگران بازگشت نمرات را بدلیل عدم مداومت در تمرینات گزارش دادند. پس می توان چنین استنباط کرد که احتمالاً بدلیل کاهش تمرینات از سوی بیماران در این دوره، اثربخشی درمان بر شدت درد کاهش یافته است.

در نهایت می توان چنین نتیجه گرفت که روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بدلیل دارا بودن تکنیکهای آگاهانه و به دور از قضاوت می تواند در بهبود شدت درد و کاهش اختلال در عملکرد روزانه اثرات سودمندی داشته باشد اما باید توجه داشت که تداوم

این اثربخشی مستلزم انجام تمرینات مستمر و گسترش تکنیک های ذهن آگاهی در سراسر زندگی می باشد. به طوری که این شیوه به یک سبک برای زندگی تبدیل شود.

لازم به ذکر است که دوره پیگیری کوتاه مدت (۱ ماهه) و عدم استفاده از گروه پلاسیبو از محدودیت های پژوهش حاضر بود که توصیه میشود در پژوهش های آتی مورد توجه قرار گیرد.

منابع

- اصغری مقدم، م. و گلک، ن. (۱۳۸۴). نقش راهبردهای مقابله با درد در سازگاری با درد مزمن. *دانشور رفتار، سال دوازدهم-دوره جدید شماره ۱۰*.
- اصغری مقدم، م. ع. (۱۳۸۹). کنترل درد مزمن: کاربرد روش های روان شناختی. *مجموعه مقالات سومین کنگره انجمن روان شناسی*.
- پشت مشهدی، م. یزدان دوست، ر. اصغر نژاد فرید، ع. ا. و مرید پور، د. (۱۳۸۲). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر کمال گرایی، تاییدطلبی و علایم افسردگی در بیماران مبتلا به اختلال درد. *اندیشه و رفتار، سال نهم، شماره ۳، ۲۲-۳۲*.
- پولادی ریشه‌ری، ا. ک. نجاریان، ب. شکرکن، ح. و مهرابی زاده هنرمند، م. (۱۳۸۰). بررسی اثربخشی روشهای درمان شناختی، تن آرامی و رفتاری در بهبود کمردرد مزمن در دیران مرد دبیرستانهای شهر اهواز. *مجله علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز، دوره سوم، سال هشتم، شماره های ۱ و ۲، ۴۹-۷۲*.
- جم، س. علی نقی، ا. ایمانی، ا. مرادمند بدیع، ب. رضانی، آ. و محرز، م. (۱۳۹۰). تاثیر برنامه کاهش استرس بر اساس هوشیاری بر وضعیت روحی روانی و جسمی بیماران مبتلا به HIV/AIDS. *فصلنامه بیماری های عفونی و گرمسیری وابسته به انجمن متخصصین بیماری های عفونی و گرمسیری، ۴۵-۴۱*.
- حقیقت، ف. رسول زاده طباطبایی، ک. و زادهوش، س. (۱۳۸۸). نیرومندی من، شدت درد و خودکارآمدی مربوط به درد در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس: بررسی نقش متغیرهای واسطه ای. *فصلنامه علمی-پژوهشی پژوهش در سلامت روانشناختی، دوره سوم، شماره دوم، ۷۲-۶۱*.
- خانی پور، ح. برجلی، ا. و محمد خانی، پ. (۱۳۸۹). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر نشان‌های عمومی بیماران با سابقه یک دوره افسردگی اساسی. *روانشناسی معاصر، (ویژه نامه)، ۵، ۳۱۰-۳۰۸*.
- خواجه موگهی، ن. و احمدی، ق. (۱۳۸۶). بررسی مشکلات روانی در بیماران با درد ناحیه تحتانی. *مجله علمی پزشکی، دوره ۶، شماره ۴*.
- سجادیان، ا. نشاط دوست، ح. مولوی، ح. و معروفی، م. (۱۳۸۷). تأثیر آموزش روش ذهن آگاهی بر میزان علائم اختلال وسواس- اجبار در زنان شهر اصفهان. *مطالعات تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی، ۱۲۸-۱۴۰*.
- سعیدیان اصل، م. محمدخانی، ش. و خانزاده، م. (۱۳۸۹). حمایت اجتماعی ادراک شده در سالمندان مبتلا به درد مزمن. *روانشناسی معاصر، (ویژه نامه)، ۵، ۴۳۶-۴۳۴*.

صولتی دهکردی، ک.، کلانتری، م.، ادیبی، پ. و افشار، ح. (۱۳۸۸). بررسی اثر بخشی آرامش تدریجی توام با دارو درمانی، روی
علائم روانشناختی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر. *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد/ دوره ۱۱، شماره ۳، ۸-۱*.
عابدی، م. (۱۳۸۸). بررسی اعتبار و پایایی چک لیست خودکنترلی درد در بیماران مبتلا به درد مزمن. *پایان نامه کارشناسی روانشناسی
بالینی، دانشگاه شاهد*.

عابدی، م.، خلیل زاده پشتگل، م. و اصغری مقدم، م. ع. (۱۳۸۹). خودکنترلی درد و حمایت اجتماعی در سطوح مختلف تحصیلی
بیماران مبتلا به درد مزمن. *روانشناسی معاصر، (ویژه نامه)، ۵، ۵۰۵-۵۰۶*.

کاوایی، ح.، جواهری، ف. و بحیرایی، ه. (۱۳۸۴). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) در کاهش افکار
خودآیند منفی، نگرش ناکارآمد، افسردگی و اضطراب: پیگیری ۶۰ روزه. *تازه های علوم شناختی، سال ۷، شماره ۱، ۴۹-۵۹*.
محمدی، ف.، محمدخانی، پ.، دولتشاهی، ب. و اصغری مقدم، م. (۱۳۸۹). اثربخشی مداخله حضور ذهن بر مدیریت درد در بیماران
مبتلا به درد مزمن. *روانشناسی معاصر، ویژه نامه، ۵، ۶۹۶-۶۹۵*.

مسگریان، ف.، اصغری مقدم، م. ع. و شعیری، م. (۱۳۸۹). پذیرش درد مزمن با ناتوانی جسمی و اختلال در عملکرد روزانه بیماران مبتلا
به درد مزمن. *روانشناسی معاصر، (ویژه نامه)، ۵، ۷۱۰-۷۰۸*.

نجاتی، و. (۱۳۸۹). بررسی ارتباط بین ذهن آگاهی و عملکردهای اجرایی در جانبازان نابینا. *مجله علمی- پژوهشی طب جانباز، ۴۸-۴۴*.

Berland, D. W., Rodgers, P. E., Green, C. R., Harrison, J. R., & Roth, R. S. (۲۰۱۱). *Managing Chronic Non-Terminal Pain in Adults*. University of Michigan Health System .

Cunningham, J. M., Blake, C., Power, C. K., O'Keeffe, D., Kelly, V., Horan, S., et al. (۲۰۱۱). The impact on sleep of a multidisciplinary. *BMC Musculoskeletal Disorders* , ۱۲:۵ .

Dobkin, P. L. (۲۰۰۸). Mindfulness-based stress reduction: What processes are at work? *Complementary Therapies in Clinical Practice* ۱۴ , ۱۶-۸.

Epping-Jordan J, Bengoa R, Kawar R, Sabate´ E (۲۰۰۱). The challenge of chronic conditions: WHO responds. *BMJ*;۳۲۳:۹۴۷-۸.

Foster, NE; Thomas , E; Bishop, A; Dunn, KM; Main, CJ;. (۲۰۱۰). Distinctiveness of psychological obstacles to recovery in low back pain patients in primary care. *Pain* ۱۴۸ , ۳۹۸-۴۰۶.

Grossman, P., Tiefenthaler-Gilmer, U., Raysz, A., & Kesper, U. (۲۰۰۷). Mindfulness Training as an Intervention for Fibromyalgia: Evidence of Postintervention and ۳-Year Follow-Up Benefits in Well-Being. *Psychother Psychosom*;۷۶ , ۲۲۶-۲۳۳.

Kabat-Zinn, J. (۲۰۰۵). *FULL CATASTROPHE LIVING: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*. New York: Bantam Dell.

- kerns, R., Morley, S., & Vlaeyen, J. (2008). Psychological interventions for chronic pain. An updated Review. IASP Press: Seattle , 181-193.
- Kingston, J., Chadwick, P., Meron, D., & Skinner, T. C. (2007). A pilot randomized control trial investigating the effect of mindfulness practice on pain tolerance, psychological well-being, and physiological activity. *Journal of Psychosomatic Research* 62 , 297– 300.
- Morone, N. E., Greco, C. M., & Weiner, D. K. (2008a). Mindfulness meditation for the treatment of chronic low back pain in older adults: A randomized controlled pilot study. *Pain* 134 , 310-319.
- Nicholas , MK;. (2010). Obstacles to recovery after an episode of low back pain; the ‘usual suspects’ are not always guilty Commentary. *Pain* , 148 , 363–364.
- Pool. J. J. M., Ostelo. R. W. J. G., Knol. D., Bouter. (2010). Are psychological factors prognostic indicators of outcome in patients with sub-acute neck pain? *Manual Therapy*: 15, 1 , 111-116.
- Pradhan, E., Baumgarten, M., & Langenberg, P. (2007). Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction in rheumatoid arthritis patients. *Arthritis Rheum* 15;57(7) , 1134-42.
- Reibel, D. K., Greeson, J. M., Brainard, G. C., & Rosenzweig, S. (2011). Mindfulness-based stress reduction and healthrelated quality of life in a heterogeneous patient population. *General Hospital Psychiatry*, 23 , 183-192.
- Richman, L. S., Kubzansky, L., Maselko, J., Kawachi, I., Choo, P., & Bauer, M. (2005). Positive emotion and health: Going beyond the negative. *Health Psychology*, 24(4), , 422– 429.
- Rosenzweig, S., Greeson, J. M., Reibel, D. K., Green, J. S., Jasser, S. A., & Beasley, D. (2010). Mindfulness-based stress reduction for chronic pain conditions: Variation. *Journal of Psychosomatic Research* 68 , 29–36.
- Rustoen, T., Wahl, A. K., Hanestad, B. R., Lerdal, A., Paul, S., & Miaskowski, C. (2004). Prevalence and characteristics of chronic pain in the general Norwegian population. *European Journal of Pain*, 8(6) , 555–565.
- Schütze, R., Rees, C., Preece, M., & Schütze, M. (2010). Low mindfulness predicts pain catastrophizing in a fearavoidance model of chronic Pain. *PAIN*, 148 , 120–127.