

تأثیر درمان تعدیل شده شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر فاجعه پنداری،

پذیرش و شدت درد بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا

حسین زارع^{*}، نرگس محمدی^{**}، پیمان متقی^{***}، حمید افشار^{****}، لیلا پورکاظم^{*****}

دریافت مقاله:

92/10/05

پذیرش:

93/2/27

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی مداخله ی تعدیل شده ی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر فاجعه پنداری، پذیرش و شدت درد در بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا بود.

روش: در یک پژوهش نیمه تجربی 24 نفر از بیماران زن مبتلا به فیبرومیالژیا بطور تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. مقیاس فاجعه پنداری درد، پرسشنامه درد مزمن و سیاهه ی چند وجهی درد مزمن توسط آزمودنی های دو گروه در مرحله قبل و بعد از مداخله کامل شد. داده ها توسط آزمون آماری تحلیل کواریانس چند متغیره (مانکوا) تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها: نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که دو گروه مداخله و کنترل از نظر فاجعه پنداری، پذیرش و شدت درد ($p < 0/01$) تفاوت معناداری دارند. همچنین در خرده مقیاس های فاجعه پنداری درد (نشخوار ذهنی، بزرگنمایی و درماندگی) و پذیرش درد (تمایل به درد و درگیر شدن در فعالیت) نیز در سطح معناداری 0/99 تفاوت معناداری در بین دو گروه وجود دارد.

نتیجه گیری: یافته های حاضر از تاثیر درمان تعدیل شده ی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برای درد در کاهش فاجعه پنداری و شدت درد و افزایش پذیرش درد بیماران مبتلا به سندرم فیبرومیالژیا حمایت می کند.

کلید واژه ها: ذهن آگاهی، فاجعه پنداری، پذیرش، شدت درد، سندرم فیبرومیالژیا

* استاد گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

** دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران (نویسنده مسئول) moha5190@yahoo.com

*** دانشیار گروه روماتولوژی، مرکز تحقیقات روان تنی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

**** دانشیار گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات روان تنی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

***** کارشناسی ارشد روانشناسی، مرکز تحقیقات روان تنی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

مقدمه

تمرینات بدنی، درمان شناختی رفتاری، آموزش بیمار، آرام سازی و مراقبه را برای این بیماران توصیه کرده اند که در حد متوسط مفید بوده اند (ویرویل⁸، 2012). درد مزمن یکی از مهمترین علائم این بیماری است که روی زندگی فردی، خانوادگی و شغلی این بیماران تاثیر جدی دارد. وجود علائم افسردگی و دیگر مشکلات روانشناختی نیز با افزایش شدت درد و کاهش کیفیت زندگی در این بیماران همراه است (پارا- دیلگادو و لاتورو- پستیگو⁹، 2013). بنابراین کنترل درد یکی از مهمترین اهداف درمانی در این بیماری است.

تقریباً هدف بیشتر مداخلات درمانی درد مزمن از جمله مداخلات دارویی، جراحی و درمان شناختی رفتاری کاهش یا حذف درد می باشد که متأسفانه بعضی اوقات این درمان ها کمکی نمی کنند و ممکن است بیشتر از این که مفید باشند، ضرر داشته باشند (مک کراکن¹⁰، 2011). در دهه های اخیر نسل سوم درمان های روانشناختی توسعه یافته اند که تحقیقات وسیعی مفید بودن این درمان ها را در شرایط جسمی مزمن تایید کرده اند. از جمله این درمان ها مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی است. ذهن آگاهی¹¹ به معنای آگاه بودن کامل از تجربیات درونی در زمان حال و پذیرش آن ها با یک رویکرد بدون قضاوت و غیر ارزیابانه

بیماری فیبرومیالژیا¹ یک سندرم بالینی و یک اختلال درد شایع است که علائم اصلی آن درد های عضلانی اسکلتی مزمن و گسترده، خستگی و بی خوابی است (ولف، راس، اندرسون، راسل و هربرت²، 1998). شیوع آن در جمعیت عمومی کشور های صنعتی حدود 0/7 تا 4/7 % تخمین زده شده است (برانکو و همکاران³، 2010) که عمدتاً در زنان با نسبت 9 به یک در مقایسه با مردان شایع است (یونوس⁴، 2002). با این که عوامل زیستی، ژنتیکی و محیطی مختلفی در ایجاد و توسعه ی این سندرم دخالت دارند ولی هنوز سبب شناسی آن مشخص نیست (گیفروی، عماد، گانگلف و توماس⁵، 1012). فیبرومیالژیا همراهی بالایی با دیگر سندرم های جسمی عملکردی و مشکلات روانشناختی دارد (ولف و همکاران، 1998)، به نحوی که اختلال افسردگی اساسی با شیوع 20 تا 80 درصد، بیشترین اختلال روانپزشکی همراه با این سندرم می باشد (آگولیا⁶ و همکاران، 2011). به به علت آسیب شناسی غیر اختصاصی، درمان های دارویی در این بیماری مشکل است و اغلب در کوتاه مدت موثرند (اسکیمیدت⁷ و همکاران، 2011). تنها در مطالعات اخیر، مداخلات غیر دارویی چند وجهی، شامل

1. Fibromyalgia
2. Wolfe, Ross, Anderson, Russell, Hebert
3. Branco
4. Yunus
5. Geoffroy, Amad, Gangloff, Thomas
6. Aguglia
7. Schmidt

8. Wierwille
9. Parra-Delgado, Latorre-Postigo
10. McCracken
11. Mindfulness

درد مزمن شروع شد که امروزه شواهد زیادی نشان می دهد MBSR می تواند کیفیت زندگی و مقابله در بسیاری از شرایط مزمن جسمی مانند درد مزمن را بهبود دهد (اسکیمیت و همکاران، 2011؛ مورونی، گریکو و وینیر⁶، 2008). بر اساس مدل MBSR، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی⁷ (MBCT) برای پیشگیری از عود حملات افسردگی طراحی شد (سیگال، ویلیام و تیزدل⁸، 2002). در MBCT تمرینات ذهن آگاهی با عناصر شناخت درمانی ترکیب می شوند تا فرایندهای آسیب پذیری برای حفظ حملات افسردگی را مورد هدف قرار دهد. طبق این مدل، تمرینات ذهن آگاهی به بیماران درد مزمن کمک می کند تا فعال سازی الگوهای افسردگی را به عنوان واکنش به درد و اختلال عملکرد فیزیکی قطع کنند و احتمالاً بیماران یاد می گیرند که با افکار اتوماتیک و احساسات مربوط به درد با یک نگرش پذیرش و گشودگی و شیوه ی غیر واکنشی و غیر قضاوتی ارتباط برقرار کنند (پارا- دیلگادو و لاتورو- پستیگو، 2013؛ سیگال و همکاران، 2002). اهداف MBCT با درمان شناختی رفتاری (CBT)، از این نظر که می خواهد به افراد کمک کند تا افکار خود را به عنوان یک رویداد ذهنی در نظر بگیرند نه واقعیت و همچنین نقش افکار اتوماتیک منفی را در ایجاد علائم افسردگی بشناسند و با تأثیرات روانشناختی منفی این افکار در گیر

است (راییس و ویلیام¹، 2011؛ زارع و عبدالله عبدالله زاده، 1391) که این وضعیت ذهنی در تضاد با حالت معمول فعالیت ذهن است که اغلب درگیر تفکر در مورد گذشته، برنامه ریزی با آینده و یا تجزیه و تحلیل تجربیات حال و یک حالت قضاوتی و بی صبرانه است (کارلسون²، 2012).

بطور کلی ذهن آگاهی شامل دو عنصر مهم آگاهی و پذیرش بدون قضاوت از تجربیات لحظه به لحظه همچون افکار، حس های جسمی، احساسات و محیط است. این آگاهی و پذیرش علیه پریشانی های روانشناختی مثل اضطراب، نشخوارهای ذهنی، نگرانی، خشم و بسیاری از مواردی که فرد تمایل ناسازگارانه برای اجتناب، سرکوب یا درگیری بیش از حد با افکار و هیجانات ناراحت کننده ی آن دارد، به عنوان پادزهری عمل می کند (هیس و فیلدمن³، 2004). در واقع در تمرینات ذهن آگاهی نه تنها روی جنبه های آگاهی متمرکز به زمان حال تاکید می شود، بلکه تغییر نگرش به سمت پذیرش، صبر، گشودگی، کنجکاوی، مهربانی و نزاع نداشتن نیز اهمیت ویژه ای دارد (کارلسون، 2012). استفاده از مراقبه ی ذهن آگاهی به عنوان یک مداخله رفتاری در مشکلات بالینی، ابتدا توسط کابات- زین⁴ (1990) با عنوان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی⁵ (MBSR) در درمان بیماران مبتلا به

1. Raes, Williams
2. Carlson
3. Hayes, Feldman
4. Kabat-Zinn
5. Mindfulness Based Stress Reduction

6. Morone, Greco, Weiner
7. Mindfulness Based cognitive therapy
8. Segal, Williams, Teasdale

در مورد سندرم فیبرومیالژیا نیز چندین مطالعه تاثیر MBSR و MBCT را در جنبه های روانی و جسمی این بیماران بررسی کرده اند که همگی تاثیر درمانی این مداخلات را بر جنبه های روانشناختی از جمله اضطراب، خشم، افسردگی و کیفیت زندگی تایید کرده اند (اموتیو، فرانکو، پرز- فونتر، گازکوئتر و مرکادر⁷، 2015؛ پارا- دیلگادو و لاتورو- پستیگو، 2013؛ میرکز، 2010؛ گروسمن، تیفنسالر- گیلمار، رایز و کسپر⁸، 2007). اما در مورد جنبه های جسمی از جمله کاهش درد نتایج ضد و نقیضی وجود دارد. برخی مطالعات کاهش درد را در بیماران فیبرومیالژیا تحت درمان MBSR گزارش کرده اند (کاپلان و گلدنبرگ، 1993؛ گروسمن و همکاران، 2007؛ مک کراکن و تامپسون⁹، 2009)، در حالی که دیگر مطالعات تاثیر MBSR و MBCT را در کاهش درد این بیماران چندان موثر ندانستند (سوسنس، دوگان، تورنی و بورچ¹⁰، 2010؛ اسکیمیدت و همکاران، 2011؛ پارا- دیلگادو و لاتورو- پستیگو، 2013).

علاوه بر این تحقیقات، پژوهش هایی هم در زمینه ی تداعی بین ذهن آگاهی و فرایند های شناختی که مفاهیم مهمی در سلامت بویژه سلامت روان هستند، نیز شروع شده است. بطور مثال در یک مطالعه، به تداعی بین ذهن آگاهی و عملکرد در تکالیف نگه داشتن توجه

نشوند، مشابه است (بارنوفر¹ و همکاران، 2009)، اما برخلاف شناخت درمانی سنتی به جای تاکید روی ارزیابی و تغییر اعتبار محتوای افکار و ایجاد افکار جانشین، MBCT روی تغییر آگاهی افراد از ارتباط بین این افکار و هیجانات تاکید می کند، به نحوی که تداعی بین افکار اتوماتیک منفی و احساس ناشادی سست شود (تیزدل، سگال، ویلیام، ریدگوی، سولسی و لائو² و همکاران، 2000). از زمانی که مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی معرفی شدند به سرعت تحقیقات در مورد تاثیر این درمان ها برای انواع شرایط طبی مزمن رشد کرده اند. در چند سال گذشته تحقیقات گسترده ای درمان های MBSR و MBCT را در بیماری های مزمن از جمله درد مزمن، بیماری قلبی، آرتریت روماتوئید، سندرم روده تحریک پذیر، سندرم خستگی مزمن، سرطان، دیابت و سندرم وابسته به مواد بررسی کرده اند (میرکز³، 2010؛ بوهلمیجر، پرینگر، تال و کویچپر⁴، 2010؛ نیازی و نیازی⁵، 2011؛ فنجوریک و والاس⁶، 2012؛ زارع و همکاران، 1392؛ اکبری، علی پور، زارع و شیخی، 1393؛ اورکی، بیات و خدادوست، 1392) که نتایج آن ها نشان دهنده ی تاثیر متوسط تا مطلوب مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی در جمعیت بالینی این مطالعات است.

7. Amutio, Franco, Pérez-Fuentes, Gázquez, Mercader
8. Grossman, Tiefenthaler-Gilmer, Raysz, Kesper
9. McCracken, Thompson
10. Cusens, Duggan, Thorne, Burch

1. Barnhofer
2. Teasdale, Segal, Williams, Ridgeway, Lau
3. Merkes
4. Bohlmeijer, Prenger, Taal, Cuijpers
5. Niazi, Niazi
6. Fjorback, Walach

حین درد مشخص می شود (کوارتانا، کمپل و ادوارز، 2009). نتایج یک مطالعه اخیر نشان می دهد که فاجعه پنداری یک متغیر مرکزی در مدل ترس و اجتناب درد (FA) است و ذهن آگاهی می تواند با وارد شدن به این مدل ارتباط بین فاجعه پنداری و شدت درد را میانجی می کند و موجب کاهش درد شود (شوتز، ریس، پریس و شوتز، 2010).

پذیرش دیگر متغیر شناختی است که به دلیل عملکرد سازگارانه و طولانی مدت در بهزیستی جسمی و روانشناختی بیماران مبتلا به بیماریهای مزمن مفید است (اورز⁹ و همکاران، 2001). نتایج مطالعات قبلی در مورد درد مزمن نشان می دهد که پذیرش بیشتر درد با شدت درد، اجتناب، اضطراب و افسردگی پایین تر و افزایش فعالیت روزانه و همچنین کاهش مصرف دارو تداعی دارد (مک کراکن و اکلستون¹⁰، 2005؛ سالیوان¹¹، 1998؛ لوسیانو¹² و همکاران، 2014). پذیرش در بافت ذهن آگاهی به توانایی تجربه اتفاقات بطور کامل، بدون متوسل شدن به اشتغال ذهنی وسیع یا سرکوب تجربه اشاره می کند (کنج، اسموکسی و رابینز¹³، 2011). در تعریف پذیرش درد نیز آگاهی فرد از داشتن درد، عدم درگیر شدن با تلاش های غیرموثر برای کنترل درد و ادامه دادن به فعالیت های زندگی علیرغم وجود درد اهمیت دارد (مک کراکن، 1998). با توجه با

(شومرتز، اندرسون و رابینز¹، 2009) و در مطالعه ای دیگر همبستگی بین ذهن آگاهی و فراوانی افکار اتوماتیک منفی و توانایی در اجازه دادن به عبور افکار (فریون² و همکاران، 2012) پی برده اند. فاجعه پنداری و پذیرش نیز دو متغیر شناختی هستند که در ارزیابی و مقابله با عوامل استرس زا نقش مهمی دارند. نتایج مطالعات قبلی نشان می دهد که فاجعه پنداری درد یک عامل واسطه ای و تعیین کننده در تجربه درد است. بنابراین در فرایند درمان درد نقش مهمی دارد (کوارتانا، کمپل و ادوارز³، 2009). فاجعه پنداری درد شامل یک مجموعه طرحواره شناختی و هیجانی منفی و مبالغه آمیز از موقعیت دردناک واقعی یا مورد انتظار است که در هسته این تعریف طبق نظر ایس و بک به عنوان یک انحراف شناختی، پیش بینی منفی و غیر منطقی از رویداد های آینده است. بهترین مقیاسی که آن را اندازه گیری می کند، مقیاس فاجعه پنداری درد⁴ (PCS) است که سه عامل درماندگی⁵، نشخوار نشخوار ذهنی⁶ و بزرگنمایی⁷ در مورد درد را در فاجعه پنداری درد دخیل می داند (سالیوان، 2004). در واقع، فاجعه پنداری درد با تمایل به بزرگنمایی در میزان تحریک درد، احساس درماندگی در مقابل درد و یک ناتوانی در مهار افکار مربوط به درد در هنگام انتظار درد یا

1. Schmerz, Anderson, Robins
2. Frewen
3. Quartana, Campbell, Edwards
4. Pain Catastrophizing Scale
5. Helplessness
6. Rumination
7. Magnification

8. Schütze, Rees, Preece, Schütze
9. Evers
10. McCracken, Eccleston
11. Sullivan
12. Luciano
13. Keng, Smoski, Robins

اینکه یکی از عناصر مهم در ذهن آگاهی پذیرش است، بنابراین احتمالاً مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی نقش ویژه ای در پذیرش درد دارد. چنان چه در پژوهشی، افزایش پذیرش درد بعد از یک برنامه کنترل درد با تمرینات تنفسی بر اساس ذهن آگاهی گزارش شده است (سوسنس و همکاران، 2010).

به هر حال در پیشینه تحقیق، پژوهشی که تاثیر MBCT را بر این دو متغیر شناختی در بیماران مبتلا به درد مزمن از جمله سندرم فیبرومیالژیا بررسی کرده باشد، وجود نداشت و از طرفی در گزارش مطالعات انجام شده در مورد تاثیر MBCT بر شدت درد این بیماران نیز نتایج ضد و نقیضی وجود دارد که نیاز به بررسی بیشتری دارد. در ایران نیز در چند ساله اخیر تحقیقات رو به رشدی در مورد تاثیر مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی در بیماری های مزمن طبی همچون دیابت و سرطان (زارع و همکاران، 1392؛ اکبری و همکاران، 1393) و شرایط درد مزمن (محمدی، محمدخانی، دولتشاهی و اصغری مقدم، 1390؛ داودی و نسیمی فر، 1391؛ معصومیان، گلزاری، شعیری و مومن زاده، 1391؛ معصومیان، شعیری و هاشمی، 1392) انجام شده است، اما پژوهشی که تاثیر MBCT را در بیماران مبتلا به سندرم فیبرومیالژیا بررسی کرده باشد، گزارش نشده است. لذا تحقیق حاضر برای رفع نقایص موجود با هدف تاثیر درمان تعدیل شده شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برای درد

بر فاجعه پنداری، پذیرش و شدت درد بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا انجام شد.

روش

طرح پژوهش از نوع نیمه تجربی بصورت پیش آزمون، پس آزمون همراه با گروه شاهد و انتخاب تصادفی می باشد. جامعه آماری پژوهش را کلیه بیماران زن مبتلا به سندرم فیبرومیالژیا تشکیل می دادند که به مدت 4 ماه از اردیبهشت تا شهریور 1393 توسط یکی از متخصصان روماتولوژی (شرکت کننده در تحقیق) به مرکز تحقیقات روان تنی در شهر اصفهان ارجاع شده بودند. کلا 31 بیمار زن ارجاع شدند که 25 نفر رضایت به شرکت در پژوهش دادند. از بین آنها 24 نفر به روش تصادفی در دو گروه شاهد و مداخله قرار داده شدند. ملاک های ورود به مطالعه تشخیص سندرم فیبرومیالژیا توسط متخصص روماتولوژیست، سن 20 تا 55 سال، داشتن حداقل تحصیلات سیکل، نداشتن بیماری های ناتوان کننده ی جسمی مانند بیماریهای روماتیسمی، سرطان یا نارسائی های کبد، کلیه و قلب و رضایت برای شرکت در پژوهش و ملاک خروج عدم رضایت برای شرکت در پژوهش در هر مرحله از تحقیق بود.

ابزار پژوهش شامل سه پرسشنامه ی مقیاس فاجعه پنداری درد¹ (PCS)، پرسشنامه ی درد

به درد⁴ (9 عبارت) ارزیابی می کند. نمره گذاری آن به این صورت است که نمرات سوالات مقیاس درگیر شدن در فعالیت از صفر (اصلاً) تا 6 (همیشه) بطور مستقیم و سوالات مقیاس تمایل به درد به طور معکوس، یعنی از 6 (اصلاً) تا صفر (همیشه) محاسبه می شوند. همچنین نمره کل پذیرش درد مزمن با حاصل جمع نمرات دو خرده مقیاس بدست می آید. بنابراین نمره کل مقیاس می تواند بین صفر تا 120 قرار گیرد که نمرات بالاتر نشان دهنده پذیرش بیشتر درد خواهد بود. در بررسی ویژگی های روان سنجی نسخه فارسی، ضریب آلفای کرونباخ 0/89 و ضریب بازآزمایی 0/71 گزارش شده است. همچنین اعتبار همگرا در بررسی همبستگی با خودکارآمدی درد و اعتبار واگرا از طریق محاسبه همبستگی با ناتوانی جسمی، افسردگی، اضطراب، شدت درد و فاجعه آفرینی مورد تأیید قرار گرفته است (مسگریان، 1389). در پژوهش حاضر نیز میزان آلفای کرونباخ پرسشنامه 0/87 محاسبه شد. سیاهه ی چند وجهی درد: پرسشنامه چند وجهی درد توسط کرنز و همکاران (1985) بر اساس نظریه ی شناختی- رفتاری درد طراحی شده است که پایایی و اعتبار آن را مورد تأیید قرار داده اند. این پرسشنامه شامل سه بخش مستقل می باشد که هر بخش شامل چندین خرده مقیاس است. بخش اول که مقیاس شدت درد (مورد استفاده در این پژوهش) از آن اقتباس شده است، دارای 20 عبارت است

مزمن¹ (CPAQ) و سیاهه ی چند وجهی درد مزمن² (MPI) بود.

مقیاس فاجعه پنداری درد: این مقیاس توسط سالیوان و همکاران در سال 1995 با هدف ارزیابی میزان افکار فاجعه آمیز کردن درد ابداع شد که شامل 13 عبارت و سه خرده مقیاس نشخوار ذهنی، بزرگنمایی یا اغراق آمیز کردن و درماندگی می باشد. این سه مؤلفه افکار منفی مرتبط با درد را ارزیابی می کنند. نمره بندی هر عبارت بر اساس مقیاس 4 درجه ای لیکرت از صفر (هیچ وقت) تا 4 (همیشه) است که نمرات بالاتر در کل مقیاس نشان دهنده ی فاجعه پنداری بیشتر درد می باشد. میزان پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ در زیر مقیاس ها به ترتیب برای نشخوار 0/88، بزرگنمایی 0/67 و درماندگی 0/89 و برای کل مقیاس 0/92 گزارش شده است (سالیوان، 2004). در ایران نیز در پژوهشی، همبستگی آن با فرم کوتاه افسردگی بک 0/46 گزارش شده است (داودی، زرگر، مطفری پور، نرگسی و مولا، 1391). میزان آلفای کرونباخ کل مقیاس نیز در پژوهش حاضر، 0/88 محاسبه شد.

پرسشنامه پذیرش درد مزمن: یک پرسشنامه 20 سوالی است که بر اساس مقیاس هفت درجه ای لیکرت تنظیم شده است. نسخه فارسی این ابزار همانند نسخه اصلی آن، پذیرش درد مزمن را در قالب دو خرده مقیاس درگیر شدن در فعالیت³ (11 عبارت) و تمایل

1. Chronic pain acceptance questionnaire
2. Multidimensional Pain Inventory
3. Activities engagement

4. Pain willingness

که پنج خرده مقیاس شدت درد، اختلال در عملکرد روزانه، کنترل بر زندگی، پریشانی هیجانی و حمایت اجتماعی را در بر می گیرد. بخش دوم دارای 14 عبارت است که ارزیابی بیمار از واکنش همسر و یا سایر اطرافیان صاحب نقش در زندگی خود نسبت به دردی که از آن رنج می برد را در قالب 3 خرده مقیاس واکنش منفی، تلاش برای انحراف توجه از درد و نشان دادن دلسوزی درجه ی بندی می کند. بخش سوم دارای 18 عبارت است که 4 خرده مقیاس، فراوانی فعالیت های بیمار را در خانه داری، امور مربوط به تعمیر و نگهداری وسایل منزل، فعالیت های اجتماعی و انجام فعالیت های بیرون از منزل را شامل می شود. سوالات بر اساس مقیاس لیکرت از صفر تا 6 درجه بندی می شود. خرده مقیاس شدت درد این پرسشنامه شامل 3 سوال شماره 1، 7، 12 است که نمره ی آن با تقسیم حاصل جمع نمرات این سوالات بر سه محاسبه می شود (کرنز، روزنبرگ و جاکوب¹، 1985). پایایی و اعتبار فرم ایرانی این پرسشنامه توسط اصغری مقدم و گلک (1384) بررسی و مورد تایید شده است که میزان پایایی درونی خرده مقیاس های آن را بر اساس ضریب آلفای کرونباخ بین 0/77 تا 0/92 گزارش کرده اند. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ مقیاس شدت درد، 0/89 محاسبه شد.

در مرحله اجرا، دو گروه پس از توضیحات راجع به محرمانه بودن اطلاعات و اخذ رضایت

کتبی، پرسشنامه های تحقیق را پر کردند. سپس از گروه آزمایش جهت شرکت در مداخله ی گروهی دعوت شد و به گروه کنترل در حالی که هیچ مداخله ای دریافت نمی کردند، اطمینان داده شد که در نوبت بعدی تحت مداخله قرار می گیرند. پس از اتمام دوره ی مداخله گروهی (تقریباً دو ماه) از هر دو گروه خواسته شد که مجدداً پرسشنامه ها را پر کنند و سپس بدلیل ملاحظات اخلاقی، از گروه شاهد برای شرکت در درمان گروهی دعوت به عمل آمد. در این میان، بدلیل طولانی بودن مدت درمان، لزوم انجام تمرینات روزانه، تشدید وضعیت بیماری و مصادف شدن با زمان تعطیلات و مسافرت ها در هر دو گروه، ریزش و افت آزمودنی ها وجود داشت که در نهایت در گروه مداخله 8 نفر و در گروه شاهد 10 نفر باقی ماندند.

شرکت کنندگان گروه مداخله در درمان شناختی ذهن آگاهی مبتنی بر کنترل درد شرکت کردند. این درمان یک برنامه ی درمانی 8 جلسه ای 2 ساعته و هفتگی بود که با تلفیق شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (محمدخانی، تمانی فر و جهانی تابش، 1385) و درمان شناختی رفتاری کنترل درد مزمن (اوتیس، 2007، ترجمه علی بیگی و محمدی، 1390) طراحی شد. شرح آن در جدول 1 ارائه شده است.

1. Kerns, Rosenberg, Jacob

جدول 1. شرح جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با توجه به کنترل درد

<p>جلسه اول</p> <p>معرفی اعضاء به یکدیگر و تعیین خط مشی کلی جلسات</p> <p>ارئه توضیحاتی در مورد بیماری فیبرومیالژیا، درد و انواع آن و نظریه ی کنترل دروازه ای درد</p> <p>معرفی مراقبه خوردن کشمش و تنفس آگاهانه همراه با تجربه عملی در جلسه</p> <p>تعیین تکلیف خانگی خوردن آگاهانه و تنفس آگاهانه به همراه فایل صوتی</p>
<p>جلسه دوم</p> <p>مرور تکلیف هفته گذشته</p> <p>توضیح چرخه درد، آشفستگی و ناتوانی و مدل شناختی ABC</p> <p>معرفی مراقبه واریسی بدنی</p> <p>تعیین تکلیف خانگی تنفس آگاهانه و مراقبه واریسی بدنی به همراه فایل صوتی</p>
<p>جلسه سوم</p> <p>مرور تکلیف هفته گذشته و انجام مجدد مراقبه واریسی بدنی</p> <p>توضیح رابطه بین افکار منفی و هیجان و درد</p> <p>معرفی خطاهای شناختی بخصوص در زمینه درد</p> <p>معرفی تمرین مراقبه نشسته</p> <p>تعیین تکلیف خانگی واریسی بدنی و مراقبه نشسته همراه فایل صوتی و توجه به رابطه افکارمنفی، هیجان و درد و بررسی خطاهای شناختی</p>
<p>جلسه چهارم</p> <p>مرور تکلیف هفته گذشته و مروری بر رابطه بین استرس و درد</p> <p>تمرین 5 دقیقه ای دیدن و شنیدن آگاهانه</p> <p>بحث پیرامون بودن در زمان حال، مشاهده و توجه به افکار به عنوان افکار نه حقایق یا حوادث</p> <p>تعیین تکلیف خانگی مراقبه واریسی بدنی، نشستن آگاهانه با تمرکز بر تنفس و آگاهی از تاثیر وقایع خوشایند بر احساس، افکار و حس های بدنی</p>
<p>جلسه پنجم</p> <p>مرور تکلیف هفته گذشته</p> <p>انجام مراقبه نشسته با تاکید بر ادراک احساس بدن (به عنوان تفسیر احساس و افکار مخالف)</p> <p>معرفی مراقبه پیاده روی آگاهانه</p> <p>تعیین تکلیف خانگی مراقبه واریسی بدنی، نشستن آگاهانه و پیاده روی آگاهانه و بررسی آگاهی از تاثیر وقایع ناخوشایند بر احساس، افکار و حس های بدنی</p>
<p>جلسه ششم</p> <p>مرور تکلیف هفته گذشته</p> <p>بحث پیرامون ماندن در زمان حال و متفاوت دیدن افکار، نقش ذهن آگاهی در پاسخ به استرس در زندگی روزمره</p> <p>مراقبه نشسته طولانی مدت (حضور ذهن از تنفس، صداها و افکار)</p>

<p>تعیین تکلیف خانگی مراقبه و آگاهی از تنفس، نشستن، پیاده روی و تنفس آگاهانه و بررسی آگاهی از تمایز واکش بدون انتخاب آگاهانه (روزمره) و پاسخ با انتخاب آگاهانه در ارتباطات خود و دیگران</p>
<p>جلسه هفتم مرور تکلیف هفته گذشته مراقبه نشسته طولانی با آگاهی از تنفس، بدن، اصوات و سپس افکار معرفی مراقبه ایجاد مشکل تعیین تکلیف خانگی مراقبه طولانی مدت نشسته و مراقبه ایجاد مشکل به همراه فایل صوتی و مشاهده ارتباط بین خلق، درد، فعالیت و تمرینات مراقبه ای</p>
<p>جلسه هشتم مرور تکلیف هفته گذشته انجام مراقبه نشسته طولانی مدت بازنگری مطالب گذشته و بحث در مورد موانع موجود در بکارگیری روش ها، علت یابی و رفع آن برای انجام تمرینات مستمر و جمع بندی و اجرای پس آزمون</p>

زمان ابتلا به بیماری اعضای دو گروه در جدول 2 نشان داده شده است. تحلیل آماری این داده ها بوسیله آزمون T مستقل نشان می دهد، بین دو گروه از نظر سن، تحصیلات و مدت ابتلا به بیماری تفاوت معناداری وجود نداشت.

به منظور تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون آماری تحلیل کوواریانس چند متغیره (MANCOVA) توسط نرم افزار SPSS- 20 استفاده شد.

یافته ها

میانگین و انحراف استاندارد سن، تحصیلات و

جدول 2. نتایج بررسی تفاوت میانگین سن، تحصیلات و مدت ابتلا به بیماری در دو گروه مداخله و کنترل

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	مقدار t	سطح معناداری
سن	مداخله	8	42/7	5/17	1/02	0/312
	کنترل	10	38/8	9/78		
تعداد سال تحصیلات	مداخله	8	13/5	2/32	1/02	0/322
	کنترل	10	12/5	2/22		
تعداد سال ابتلا به بیماری	مداخله	8	7	6/00	0/79	0/436
	کنترل	10	5/2	3/48		

*p < 0/05

تأثیر درمان تعدیل شده شناخت درمانی مبتنی بر ذهن ...

0/8 بین متغیرهای وابسته و متغیر کمکی (پیش آزمون) بررسی شد که در همه ی آنها، مناسب بودن آزمون تحلیل کواریانس تایید شد.

همان گونه که در جدول 3 مشاهده می شود، سطوح معنی داری همه آزمون ها، بیانگر آن هستند که بین افراد گروه مداخله و کنترل حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (فاجعه پنداری، پذیرش و شدت درد) تفاوت معنی داری وجود دارد.

جهت بررسی فرضیه های پژوهش از روش آماری تحلیل کواریانس چند متغیره برای کنترل اثر پیش آزمون ها استفاده شد که نتایج آن در جدول 3 ارائه شده است.

لازم به ذکر است که پیش فرض های تحلیل کواریانس از جمله نرمال بودن متغیرها با آزمون کلموگراف اسمیرنوف ($p > 0/05$)، همسانی واریانس ها با آزمون لوین ($p > 0/05$)، موازی بودن شیب خط رگرسیون و همبستگی کمتر از

جدول 3. تحلیل کواریانس چند متغیره برای بررسی اثر MBCT بر نمرات فاجعه پنداری، پذیرش و شدت درد بیماران

مبتلا به فیبرومیالژیا

نام آزمون	مقدار	DF فرضیه	DF خطا	میزان F	سطح معناداری
آزمون اثر پیلایی	0/892	3	11	30/214	**0/0001
آزمون لامبدای ویلکز	0/108	3	11	30/214	**0/0001
آزمون اثر هتلینگ	8/240	3	11	30/214	**0/0001
آزمون بزرگترین ریشه روی	8/240	3	11	30/214	**0/0001

**p < 0/01

فاجعه پنداری درد، پذیرش درد و شدت درد در دو گروه مداخله و کنترل می باشد ($p < 0/01$). (<

برای پی بردن به تفاوت در متغیرهای وابسته، نتایج حاصل از تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا بر نمرات پس آزمون در جدول 4 ارائه شده است که بیانگر تفاوت معنی دار در

جدول 4. خلاصه نتایج تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا بر نمرات پس آزمون فاجعه پنداری، پذیرش و شدت درد

پس از تعدیل نمرات پیش آزمون در دو گروه مداخله و کنترل

منبع تغییرات	متغیر وابسته	DF	مقدار F	سطح معناداری	مقدار Eta	مقدار P
	فاجعه پنداری	1	36/94	**0/0001	0/74	1
گروه	پذیرش درد	1	71/70	**0/0001	0/84	1
	شدت درد	1	32/66	**0/0001	0/71	1

**p < 0/01 * p < 0/05

خرده مقیاس فاجعه پنداری درد شامل نشخوار ذهنی ($p < 0/01$)، بزرگنمایی ($p < 0/01$) و درماندگی ($p < 0/001$) در این دو گروه پس از تعدیل پیش آزمون وجود دارد.

همچنین در ادامه برای بررسی تفاوت خرده مقیاس های فاجعه پنداری درد در دو گروه مداخله و کنترل از تحلیل کوواریانس استفاده شد که نتایج آن در جدول 5 نشان می دهد، تفاوت معنی داری در نمرات پس آزمون هر سه

جدول 5. خلاصه نتایج تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا بر نمرات پس آزمون نشخوار ذهنی، بزرگنمایی و درماندگی نسبت به درد پس از تعدیل نمرات پیش آزمون در دو گروه مداخله و کنترل

منبع تغییرات	متغیر وابسته	DF	مقدار F	سطح معناداری	مقدار Eta	مقدار P
نشخوار ذهنی		1	14/44	**0/002	0/52	0/93
بزرگنمایی		1	12/92	**0/003	0/49	0/91
درماندگی		1	34/48	**0/000	0/72	1

**p < 0/01 * p < 0/05

درگیر شدن در فعالیت ($p < 0/05$) پس از تعدیل نمرات پیش آزمون در دو گروه مداخله و کنترل تفاوت معنی داری دارند.

نتایج تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا خرده مقیاس های پذیرش درد مزمن نیز نشان داد (جدول 6) که نمرات پس آزمون هر دو خرده مقیاس تمایل به درد ($p < 0/01$) و

جدول 6. خلاصه نتایج تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا بر نمرات پس آزمون تمایل به درد و درگیر شدن در فعالیت پس از تعدیل نمرات پیش آزمون در دو گروه مداخله و کنترل

منبع تغییرات	متغیر وابسته	DF	مقدار F	سطح معناداری	مقدار Eta	مقدار P
گروه	تمایل به درد	1	120/73	** 0/0001	0/89	1
	درگیری در فعالیت	1	8/44	* 0/012	0/37	0/80

**p < 0/01 * p < 0/05

شده ی MBCT در راستای کنترل درد می تواند بر فاجعه پنداری، پذیرش و شدت درد بیماران زن مبتلا به فیبرومیالژیا نسبت به گروه کنترل موثر باشد. به نحوی که این درمان گروهی باعث کاهش فاجعه پنداری و مولفه های آن از قبیل نشخوار ذهنی، بزرگنمایی و درماندگی نسبت به

نتیجه گیری و بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر درمان تعدیل شده ی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر فاجعه پنداری، پذیرش و شدت درد بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا انجام شد. تجزیه و تحلیل یافته ها نشان می دهد که درمان تعدیل

فاجعه پنداری درد وجود دارد، می شود و از این طریق سوگیری توجه به اطلاعات حسی و عاطفی درد کاهش می یابد (سالیوان و تورن³، 2001). بنابراین نتایج تحقیق حاضر با نتایج تحقیقات محدودی که نشان می دهد مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی همچون تمرینات تنفس ذهن آگاهانه (سوسنس و همکاران، 2010) و MBSR (داودی و نسیمی فر، 1391) در کاهش فاجعه پنداری درد موثر است، هماهنگ می باشد.

از نتایج دیگر تحقیق، تفاوت معنادار تاثیر درمان تعدیل شده ی MBCT بر افزایش پذیرش درد و مولفه های آن شامل تمایل به درد و درگیر شدن در فعالیت در بیماران زن مبتلا به فیبرومیالژیا نسبت به گروه کنترل بود. درد یکی از تجربیات درونی است که اغلب بیماران مبتلا به دردمزمن اعتقاد دارند که آسیب را نشان می دهد و باید از آن اجتناب کرد. به همین دلیل سعی در کاهش درد و اجتناب از فعالیت دارند و این در حالی است که یکی از علل مهم ناتوانی های فیزیکی و اجتماعی، درد مزمن است (مک کراکن، 1998). نتایج مطالعات نشان می دهد که در زنان مبتلا به فیبرومیالژیا، افزایش استفاده از راه کارهای اجتنابی و کاهش هیجانات مثبت وجود دارد (وان میدندروپ⁴ و همکاران، 2008) و در بیماران مبتلا به درد مزمن، پذیرش بیشتر درد با افزایش فعالیت و کاهش مصرف دارو همراه است (مک کراکن و اکلستون، 2005). دو عنصر پذیرش درد یعنی تمایل به درد و تعهد در

درد در این بیماران می شود. همان گونه که اشاره شد فاجعه پنداری یک عامل تعیین کننده در تجربه درد می باشد. باورهای فاجعه پنداری درد، افکاری هستند که سبب تمرکز دائمی بر علائم بدنی و اجتناب از فعالیت می شوند که این اجتناب خود، درد و ناتوانی را در فرد تشدید می کند. در واقع افرادی که فاجعه پنداری نسبت به درد دارند، تجربه درد را از طریق افزایش سوگیری توجه به اطلاعات حسی و عاطفی درد تقویت می کنند (اکلستون و کرومبز¹، 1999). از طرفی طبق مدل ارزیابی می توان گفت که بزرگنمایی و نشخوار ذهنی، ارزیابی از تحریک درد را بصورت بی نهایت تهدید کننده می کند (ارزیابی اولیه) و احساس درماندگی نیز باعث ارزیابی ناتوانی برای مقابله در برابر درد می شود (ارزیابی ثانویه). بنابراین از این طریق فاجعه پنداری، تجربه درد را افزایش می دهد (سیوریجنیس، ولایلن، وان دن هوت²، 2004). پس می توان منیجه گرفت که کاهش فاجعه پنداری یک عامل مهم در فرایند درمان های درد محسوب می شود. طبق مطالعه ی شوتز و همکاران (2010) عنصر ذهن آگاهی می تواند ارتباط بین فاجعه پنداری درد و شدت درد را میانجی می کند. در واقع این که فرد کمتر درگیر نشخوار ذهنی با درد شود، بستگی به ماندن تمرکز او روی تجربیات زمان حال با یک نگرش غیر قضاوتی دارد. همچنین حالت غیر ارزیابانه و غیر مفهومی در ذهن آگاهی مانع فرایند های شناختی ارزیابی و تهدید که در

3. Sullivan MJ, Thorn

4. Van Middendorp

1. Eccleston, Crombez

2. Severeijns, Vlaylen, van den Hout

فعالیت کاملاً برعکس باورهای این بیماران است. یعنی ما در پذیرش درد انتظار داریم که فرد مبتلا به درد مزمن تلاش‌های غیر موثر برای کاهش درد را رها کند و علیرغم وجود درد به فعالیت‌های روزمره زندگی خود ادامه دهد. بنابراین با این توضیحات پذیرش درد، نقش مهمی در فرایند‌های درمانی بیماران مبتلا به درد مزمن دارد. نسل سوم درمان‌های روانشناختی مهارت‌ها و راه‌کارهایی تدارک‌می‌بیند که به بیماران اجازه می‌دهد، تجربیات درونی ناسازگار خود را بپذیرند و با زمان حال در تماس باشند (هیس و فلدمن، 2004؛ لوسیانو و همکاران، 2014). همانطور که در مقدمه اشاره شد یکی از عناصر مهم مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی نیز پذیرش تجربیات لحظه به لحظه در زمان حال است. به همین دلیل، این مداخلات در بین متخصصان بالینی و پژوهشگران علاقمند زیادی پیدا کرده است. شاید به این دلیل که پذیرش علائمی را بهبود می‌دهد که مشکل و غیر قابل‌تغییرند. از طرفی ذهن آگاهی، ظرفیت فراشناختی ایجاد می‌کند (تیزدل، سیگال و ویلیام، 1995) و درجه آزادی فرد را بالا می‌برد. در مطالعه حاضر نیز هماهنگ با دیگر مطالعات در زمینه درد مزمن که از درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی استفاده کردند (سوسنس و همکاران، 2010؛ لوسیانو و همکاران، 2014)، نشان داد که درمان تعدیل‌شده ی MBCT می‌تواند تمایل به درد و درگیر شدن در فعالیت‌ها بدون توجه به درد را در بیماران زن مبتلا به

فیبرومیالژیا افزایش دهد. در واقع می‌تواند منجر به عملکرد زندگی سالم این بیماران شود. علاوه بر این، یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که درمان تعدیل‌شده ی MBCT در راستای درد در کاهش شدت درد بیماران زن مبتلا به فیبرومیالژیا نسبت به گروه کنترل موثر است. هر چند که هدف اصلی مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی کاهش تجربیات آزارنده از جمله درد نیست، ولی نتایج متفاوتی از مطالعات مختلف در این زمینه گزارش شده است. برخی مطالعات کاهش شدت درد را بعد از مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی از جمله MBSR و MBCT در بیماران مبتلا به درد مزمن گزارش کرده‌اند (کاپلان و گلدنبرگ، 1993؛ گروسمن و همکاران، 2007؛ کنج و همکاران، 2011؛ معصومیان و همکاران، 1391) و برخی دیگر، تاثیر معناداری گزارش نکرده‌اند (سوسنس و همکاران، 2010؛ اسکیمیدت و همکاران، 2011؛ پارا-دیلگادو و لاتورو-پستیگو، 2013). به همین دلیل در مطالعه حاضر سعی شد، در قسمت تلفیقی شناختی رفتاری MBCT از درمان‌های شناختی رفتاری مخصوص درد مزمن استفاده شود که به صورت هدفمند روی آگاهی بیماران از درد، افکار و هیجانات مربوط به درد و خطاهای شناختی در این زمینه تمرکز می‌کند. به احتمال زیادی این عناصر شناخت درمانی در تسهیل یک دیدگاه جداشدن و متمرکز نشدن بر افکار درد تاثیر دارد (بائر¹، 2003) که از تکنیک‌های اصلی MBCT است.

1. Baer

ی گروه های مورد بررسی در جریان تحقیق، محدود شدن نمونه پژوهش به زنان مبتلا به فیبرومیالژیا که امکان بررسی تفاوت دو جنس در این زمینه را فراهم نمی کند و عدم وجود آزمون پیگیری بعلت ورود بلافاصله ی گروه کنترل در همین مداخله که باعث عدم امکان بررسی پایایی تاثیر درمان با گذشت زمان شد، می باشند. پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی این نقایص رفع شود و همچنین به مقایسه تاثیر این درمان با دیگر درمان های نسل سوم روانشناختی در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی این بیماران پرداخته شود.

بطور خلاصه نتایج تحقیق حاضر نشان داد که درمان تعدیل شده ی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با توجه به درد بر کاهش فاجعه پنداری درد و مولفه های آن (نشخوار ذهنی، بزرگنمایی و درماندگی)، افزایش پذیرش درد و مولفه های آن (تمایل به درد و درگیر شدن در فعالیت) و کاهش شدت درد بیماران زن مبتلا به فیبرومیالژیا موثر می باشد.

در کل نتایج تحقیق اطلاعات ارزشمندی در رابطه با تاثیر MBCT بر شدت درد و متغیر های شناختی مهم در تجربه ی درد از جمله فاجعه پنداری و پذیرش برای بیماران مبتلا به سندرم فیبرومیالژیا تدارک می بیند.

سپاسگزاری

در پایان از کلیه ی پرسنل مرکز تحقیقات روان تنی اصفهان و بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا که در انجام این پژوهش ما را یاری کردند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

همچنین طبق نظریه ی دروازه ای درد توسط ملزاک و وال (1960)، تجربه درد به سادگی نتیجه تفسیر تکانه های عصبی که بطور مستقیم از نورون های حسی به مغز فرستاده می شوند نیست، بلکه پیام درد قبل از ورود به مغز می تواند تحت تاثیر دیگر محرک های ورودی از جمله افکار، هیجانات، لمس و فشار در قسمت دروازه ی درد در شاخ پشتی نخاع قرار گیرد. به نحوی که افکار و هیجانات منفی دروازه درد را باز می کنند و اطلاعات بیشتری درباره درد به مغز می رسد و برعکس افکار و هیجانات مثبت دروازه درد را بسته و پیام درد را محدود می کنند (اوتیس، 2007، ترجمه علی بیگی و محمدی، 1390). به نظر می رسد به دنبال مکانیسم های زمینه ای تمرینات MBCT مثل بینش، پذیرش، مواجهه، نجسبیدن، افزایش عملکرد ذهن و بدن، تغییر شناختی و خود مدیریتی (بائر، 2003)، افکار و هیجانات منفی مربوط به درد کاهش می یابند و بر اساس نظریه ی دروازه ای درد، ارسال پیام درد و در نتیجه شدت درد نیز کاهش می یابد. نتایج مطالعه حاضر با مطالعاتی که نشان می دهند مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش شدت درد موثر هستند (کاپلان و گلدنبرگ، 1993؛ گروسمن و همکاران، 2007؛ کنج و همکاران، 2011؛ معصومیان و همکاران، 1391)، هماهنگ می باشد.

البته تحقیق حاضر محدودیت هایی داشت که تعمیم پذیری یافته ها را با احتیاط روبه رو می کند. از مهمترین آن ها، کاهش حجم نمونه

منابع

- اکبری، مهرداد؛ علی پور، احمد؛ زارع، حسین؛ شیخی، عبدالکریم. (1393). اثربخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و میزان درد در بیماران دچار سرطان پستان. *روانشناسی کاربردی*، سال 8، شماره 29، صفحات 7-28.
- اصغری مقدم، محمد علی؛ گلک، ناصر. (1387). بررسی ویژگی های روانسنجی سیاهه چند وجهی درد در میان جمعیت ایرانی مبتلا به درد مزمن. *مجله روانشناسی*، دوره 12، شماره 1، صفحات 50-71.
- اورکی محمد، بیات شهره، خدادوست ساناز. (1392). بررسی مقایسه اثربخشی مداخله شناختی - رفتاری مبتنی بر الگوی مارلات با اثربخشی مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در سلامت روان درمانجویان وابسته به کراک. *روانشناسی سلامت*، دوره 11، شماره 2، صفحات
- داودی، ایران و نسیمی فر، نجمه. (1391). اثربخشی روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود درد و راهبرد مقابله فاجعه آفرنی در زنان مبتلا به دردهای مزمن عضلانی اسکلتی. *یافته های نو در روان شناسی*، سال 7، شماره 22، صفحات 45-62.
- داودی، ایران؛ زرگر، یدالله؛ مظفری پور سی سخت، الهام؛ نرگسی، فریده و مولا، کریم. (1392). رابطه فاجعه سازی درد، اضطراب درد، روان رنجور خویی، حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله با ناتوانی عملکردی در بیماران روماتیسمی. *روانشناسی سلامت*، دوره 1، شماره 1، صفحات 1-15.
- زارع، حسین. (1391). مقیاس های اندازه گیری در روانشناسی شناختی. تهران: آبیژ. صفحات 105-111.
- زارع، حسین؛ زارع، مریم؛ خالقی دلاور، مریم؛ امیر آبادی، مریم و شهریاری، حسنیه. (1392). ذهن آگاهی و دیابت: اثربخشی ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر کنترل دیابت. *مجله علوم پزشکی رازی*، دوره 20، شماره 108، صفحات 39-47.
- محمد خانی، پروانه؛ تمنایی فر، شیما و جهانی بخش، عذرا. (1384). درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن برای افسردگی، تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- محمدی، فرزانه؛ محمدخانی، پروانه؛ دولتشاهی، بهروز و اصغری مقدم، محمدعلی. (1390). اثربخشی درمان شناختی حضور ذهن بر شدت درد ادراک

کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش افسردگی بیماران مبتلا به کمر درد مزمن. فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره 3، شماره 2 صفحات 82-88.

- معصومیان، سمیرا شعیری، محمدرضا و هاشمی، سید مسعود. (1392). تاثیر درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به کمر درد مزمن. فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره 4، شماره 1، صفحات 25-37.

- Aguglia, A., Salvi, V., Maina, G., Rossetto, I., & Aguglia, E. (2011). Fibromyalgia syndrome and depressive symptoms: Comorbidity and clinical correlates. *Journal of Affective Disorders*, 128, 262-266.

- Amutio, A., Franco, C., Pérez-Fuentes, M.C., Gázquez, J.J., & Mercader, I. (2015). Mindfulness training for reducing anger, anxiety, and depression in fibromyalgia patients. *Frontiers in Psychology*, 5:1572.

- Baer, R. (2003). Mindfulness training as a clinical Intervention: a conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 10, 125-143.

- Barnhofer, T., Crane, C., Hargus, E., Amarasinghe, M., Winder, R., & Williams, J. M. G.

شده و محدودیت عملکرد زنان مبتلا به درد مزمن در روند سالمندی. مجله سالمندی ایران، سال 6، شماره 19، صفحات 59-66.

- مسگریان فاطمه. (1391). بررسی ویژگی های روانسنجی نسخه فارسی پرسشنامه ی پذیرش درد مزمن در جمعیت ایرانی مبتلا به درد مزمن. رساله دکتری روانشناسی، تهران، دانشگاه شاهد.

- معصومیان، سمیرا؛ گلزاری، محمود؛ شعیری، محمدرضا و مومن زاده، سیروس. (1391). اثربخشی برنامه

Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 366-373.

- Bohlmeijer, E., Prenger, R., Taal, E., & Cuijpers, P. (2010). The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: a meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 68, 539-44.

- Branco, J.C., Bannwarth, B., Failde, I., Carbonell, J., Blotman, F., Spaeth, M., Saraiva, F., Nacci, F., Thomas, E., Caubère, J.P., Le Lay, K., Taieb, C., Matucci-Cerinic, M. (2010). Prevalence of fibromyalgia: A survey in five European

Countries. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 39, 448–453.

- Carlson, L.E. (2012). Mindfulness-Based Interventions for Physical Conditions: A Narrative Review Evaluating Levels of Evidence. *International Scholarly Research Network, ISRN Psychiatry*, 21. doi: 10.5402/2012/ ...

- Cusens, B., Duggan, G. B., Thorne, K., & Burch, V. (2010). Evaluation of the breath works mindfulness-based pain management programme: effects on well-being and multiple measures of mindfulness. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17(1), 63–78.

- Eccleston, C., Crombez, G. (1999). Pain demands attention: a cognitive–affective model of the interruptive function of pain. *Psychological bulletin*, 125(3), 356–366.

- Evers, A.W.M., Kraaimaat, F.W., van Lankveld, W., Jongen, P.J.H., Jacobs, J.W.G., & Bijlisma, J.W. J. (2001). Beyond unfavourable thinking: The illness cognition questionnaire for chronic diseases. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 1026–1103.

- nFjorback, L.O., & Walach, H. (2012). Meditation Based Therapies- A Systematic Review and Some Critical Observations. *Religions*, 3, 1–18.

- Frewen, P.A., Evans, E.M., Maraj, N., Dozois, D.J.A., & Partridge, K. (2008). Letting go: Mindfulness and negative automatic thinking. *Cognitive Therapy and Research*, 32, 758–774.

- Geoffroy, P., Amad, A., Gangloff, C., & Thomas, P. (2012). Fibromyalgia and psychiatry: 35 years later... what's new? *Presse medicale*, 41(5), 455–465.

- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: a meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*, 57, 35–43.

- Grossman, P., Tiefenthaler-Gilmer, U., Raysz, A., & Kesper, U. (2007). Mindfulness training as an intervention for fibromyalgia: evidence of post intervention and 3-year follow up benefits in well-being. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76(4), 226–233.

- Hayes, A.M., & Feldman, G. (2004). Clarifying the construct of mindfulness in the context of emotion regulation and the process of change in therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 255–262.

- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: How to cope with stress, pain and illness using mindfulness meditation*. New York: Bantam Dell.

- Kaplan, K.H., Goldenberg, D.L., & Galvin-Nadeau, M. (1993). The impact of a meditation-based stress reduction program on fibromyalgia. *General Hospital Psychiatry*, 15, 284-289.
- Keng, S.L., Smoski, M.J., Robins, C.J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical Psychology Review*, 31, 1041-56.
- Kerns, R.D., Rosenberg, R., & Jacob, M.C. (1985). Anger expression and chronic pain. *Journal of behavioral medicine*, 17, 57-67
- Luciano J. V., Guallar J. A., Aguado J., López-del-Hoyo Y., Olivan B., Magallón R., Alda, M., Serrano, B., Gili, M., & Garcia- Campayo, G. (2014). Effectiveness of group acceptance and commitment therapy for fibromyalgia: a 6-month randomized controlled trial (EFFIGACT study). *Pain*, 155(4), 693-702.
- McCracken, L.M. (1998). Learning to live with the pain: acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. *Pain*, 74, 21- 27.
- McCracken, L.M., & Eccleston, C. (2005). A prospective study of acceptance of pain and patient functioning with chronic pain. *Pain*, 118, 164-169.
- McCracken, L.M., & Thompson, M. (2009). Components of Mindfulness in patients with chronic pain. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31, 75-82
- Morone N, Greco C, Weiner D. (2008). Mindfulness meditation for the treatment of chronic low back pain in older adults: a randomized controlled pilot study. *Pain*, 134, 310-19.
- Merkes, M. (2010). Mindfulness-based stress reduction for people with chronic diseases. *Australian Journal of Primary Health*, 16(3), 200-210.
- Niazi, K., & Niazi S.K. (2011). Mindfulness-based stress reduction: A non-pharmacological approach for chronic illnesses. *North American Journal of Medical Sciences*, 3(1), 20-23.
- Parra-Delgado, M., & Latorre-Postigo, J.M. (2013). Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in the Treatment of Fibromyalgia: A Randomized Trial. *Cognitive therapy and research*, 37, 1015-1026.
- Quartana, P.J., Campbell, C.M., & Edwards, R.R. (2009). Pain catastrophizing: a critical review. *Expert review of neurotherapeutics*, 9(5), 745-58.

- Raes, F., & Williams, J.G. (2010). The relationship between mindfulness and uncontrollability of ruminative thinking. *Mindfulness*, 1(4), 199–203.
- Schmertz, S.K., Anderson, P.L., & Robins, D.L. (2009). The relation between self-report mindfulness and performance on tasks of sustained attention. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31, 60–66.
- Schmidt, S., Grossman, P., Schwarzer, B., Jena, S., Naumann, J., & Walach, H. (2011). Treating fibromyalgia with mindfulness-based stress reduction: results from a 3-armed randomized controlled trial. *Pain*, 152(2), 361-369.
- Schütze, R., Rees, C., Preece, M., & Schütze, M. (2010). Low Mindfulness Predicts Pain Catastrophizing in a Fear-Avoidance, Model of Chronic Pain. *Pain*, 148, 120-27.
- Segal, Z.V., Williams, J.M., & Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness based cognitive therapy for depression: A new approach for preventing relapse*. New York: Guilford.
- Severeijns, R., Vlaylen, J.W.S., & van den Hout, M.A. (2004). Do we need a communal coping model of pain catastrophizing? An alternative explanation. *Pain*, 111, 226–229.
- Sullivan, M.J., Thorn, B., Haythornthwaite, J.A., Keefe, F., Martin, M., Bradley, L.A., & Lefebvre, J.C. (2001). Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *The Clinical journal of pain*, 17, 52-64.
- Sullivan, M.J. (2004). *The Pain Catastrophizing Scale: User Manual*. Montreal: University of Montreal.
- Teasdale, J.D., Segal, Z., & Williams, M.G. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behaviour research and therapy*, 33, 25–39.
- Teasdale, J.D., Segal, Z.V., Williams, J.M.G., Ridgeway, V.A., Soulsby, J.M., & Lau, M.A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 615–623.
- Van Middendorp, H., Lumley, M., Jacobs, J., van Doornen, L., Bijlsma, J., & Geenen, R. (2008). Emotions and emotional approach and avoidance strategies in fibromyalgia. *Journal of Psychosomatic Research*, 64(2), 159–167
- Wierwille, L. (2012). Fibromyalgia: diagnosing and managing a complex syndrome. *Journal of the American*

Academy of Nurse Practitioners,
24(4), 184–192.

- Wolfe, F., Ross, K., Anderson,
J., Russell, I.J., & Hebert, L.
(1995). The prevalence and
characteristics of fibromyalgia in

the general population. *Arthritis
and rheumatism*. 38, 19–28.

- Yunus, M. B. (2002). Gender
differences in fibromyalgia and
other related syndromes. *Journal
of Gender-Specific Medicine*,
5(2), 42–47.