

یافته های نو در روان شناسی

سال هفتم، شماره ۲۲، بهار ۱۳۹۱

صفحات مقاله: ۶۲-۴۵

تاریخ وصول: ۱۳۹۰/۸/۱۸ - تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۴/۳

## اثربخشی روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود درد و راهبرد مقابله فاجعه آفرینی در زنان مبتلا به دردهای مزمن عضلانی اسکلتی

دکتر ایران داودی\*  
نجمه نسیمی فر\*\*

### چکیده

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود درد و راهبرد مقابله فاجعه آفرینی در زنان مبتلا به دردهای مزمن عضلانی اسکلتی شهر اهواز اجرا شد. روش این پژوهش تجربی-میدانی، از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. به این منظور ۳۰ بیمار زن از بیماران مبتلا به دردهای مزمن عضلانی اسکلتی مراجعه کننده به بخش فیزیوتراپی یکی از بیمارستانهای شهر اهواز به روش نمونه گیری در دسترس برای شرکت در پژوهش انتخاب گردید و پس از ارزیابی اولیه بوسیله پرسشنامه موردیابی درد مزمن به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. برای جمع آوری اطلاعات مورد نیاز، اعضای هر دو گروه در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به پرسشنامه های شدت درد و راهبرد مقابله فاجعه آفرینی پاسخ دادند. گروه آزمایش ۸ جلسه روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی را دریافت نمود. نتایج حاصل از انجام تحلیل کواریانس چند متغیری (MANCOVA) نشان داد که شدت درد ( $p < 0/005$ ) و استفاده از راهبرد مقابله فاجعه آفرینی ( $p < 0/004$ ) در آزمودنی های گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله پس آزمون به طور معنی داری کاهش یافته است، در حالی که در مرحله پیگیری در کاهش شدت درد و استفاده از راهبرد مقابله فاجعه آفرینی تفاوت معنی داری با گروه کنترل مشاهده نشد. در نتیجه مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در صورت تداوم تمرینات بطور مرتب می تواند در کاهش شدت درد و کاهش استفاده از راهبرد مقابله فاجعه آفرینی موثر باشد.

واژه های کلیدی: کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، درد مزمن، راهبرد مقابله فاجعه آفرینی

\* دانشگاه شهید چمران اهواز، استادیار و عضو هیات علمی، اهواز، ایران.

\*\* دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، اهواز، ایران.

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد نجمه نسیمی فر به راهنمایی دکتر ایران داودی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز می باشد.

## مقدمه

طبق برآورد سازمان جهانی سلامت، بیماری های مزمن اصلی ترین دلیل مرگ و میر و ناتوانی عمومی در سال ۲۰۲۰ خواهند بود و دو سوم تمام بیماری ها را به خود اختصاص خواهند داد (اپینگ - جردن، بنگوا، کاوار و سابات<sup>۱</sup>، ۲۰۰۱). افزایش میزان بیماری های مزمن در سیستم سلامت، موجب افزایش تمرکز دولتمردان بین المللی بر اهمیت خود کنترلی مؤثر در بیماری های مزمن شده است. آشکار است که خود کنترلی خوب برای مراقبت پزشکی مؤثر در بیماری های مزمن ضروری است (عابدی، خلیل زاده و اصغری مقدم، ۱۳۸۹).

گرچه درد به عنوان یک حس عمومی، دارای پایه های زیستی است، اما امروزه برای تبیین و درمان درد، مخصوصاً درد مزمن، مدل های زیستی - روانی - اجتماعی گسترش یافته اند که بروز و تداوم درد را تنها در عوامل زیستی نمی بینند و سهم عوامل روانی و اجتماعی را در این اختلال به خوبی تبیین نموده اند (ادریسی، محمدخانی، خانزاده و سعیدیان اصل، ۱۳۸۹).

به همین خاطر روی آوری محققین به مطالعه تاثیر جنبه های روان شناختی درد بر ادراک میزان درد و زندگی بیماران مبتلا، در دهه های اخیر روز افزون بوده است (غمخوار فرد و تولایی، 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، مورلی و ولاین<sup>۲</sup>، ۲۰۰۸؛ نیکولاس<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰؛ فوستر، توماس، بیشاب، دان و مین<sup>۴</sup>، ۲۰۱۰).

درد از واژه یونانی Poine به معنای مجازات و تاوان گرفته شده است (نسیون پور، ۱۳۸۳). کاربرد وسیعی که این اصطلاح داشته است در بعضی موارد نشان دهنده معنی اولیه آن نیست. در روانشناسی سه مفهوم اولیه مشخص برای این اصطلاح وجود دارد: ۱- نقطه مقابل لذت، ۲- در نظریه روانکاوی درد معادل ناراحتی جسمی و روانی تلقی شده و رنج یا ناخوشی نامیده می شود، ۳- در فیزیولوژی و روانشناسی جسمی این اصطلاح به توصیف تجربه ای محدود است که در نتیجه برخی تحریکات فیزیکی پدید می آید (پور افکاری، ۱۳۸۶).

انجمن بین المللی درد، درد را اینگونه تعریف می کند: تجربه های ناخوشایند همراه با دو بعد حسی و هیجانی که ممکن است با آسیب بافت مشخصی همراه باشد یا نباشد و توسط عوامل چندگانه شناختی، عاطفی و محیطی تحت تاثیر قرار می گیرد (ادریسی و همکاران، ۱۳۸۹). درد مزمن به عنوان دردی که طی ۶ ماه گذشته دست کم به مدت ۳ ماه هر روز ادامه داشته است، تعریف شده است (انجمن جهانی مطالعه درد، ۱۹۹۴، نقل از اصغری مقدم، ۱۳۸۹). در ابتدا تصور می شد درد مزمن ۶ ماه یا بیشتر طول می کشد، ولی امروزه این جدول زمانی به میزان قابل

1. Epping-Jordan, Bengoa, Kawar, Sabate

2. Kerns, Morley, Vlaeyen

3. Nicholas

4. Foster, Thomas, Bishop, Dunn, Main

توجهی کاهش یافته است. به طوری که انجمن بین المللی مطالعه و بررسی درد بیان می کند که درد مزمن، دردی است که به طور مداوم یا متناوب ۳ ماه یا بیشتر دوام داشته باشد (عابدی، ۱۳۸۸).

درد مزمن یک مشکل در سلامتی است که به طور عمده و سریع در حال رشد می باشد. مطالعات همه گیرشناسی اشاره می کند که درد مزمن در ۳۰-۱۱ درصد از جمعیت عمومی روی می دهد (روستو، واهل، هانستد، لردال، پل و میاسکسکی، 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).

برای فهمیدن پیچیدگی درد مزمن و اثرات آن، لازم است که فراتر از مدل های آغازین درد، از قبیل نظر رنه دکارت در قرن ۱۷، نگاه کرد. این یک مدل دو جزئی (گیرنده های محیطی درد، مراکز خاص مغز) بود که اظهار می کرد که درد صرفاً به طور جسمی ادراک می شود و شامل عوامل روانشناختی نیست. این مدل دو بعدی تا زمانیکه تحقیقات علمی و مشاهدات بالینی شواهدی را برای تکذیب ماهیت آن گردآوردند مورد استفاده قرار گرفت (حکیم، کبیر و گراهام، ۲۰۱۰).

امروزه برای تبیین و درمان بسیاری از بیماری های جسمی، مخصوصاً درد مزمن، دیگر از الگوی زیست شناختی صرف که منشاء همه بیماری ها را نارسایی زیست شناختی معرفی می کند، استفاده نمی شود. پژوهش های جدید، سبب شناسی اکثر اختلالات جسمی از جمله درد مزمن را، در قالب نظریه های زیستی- روانی- اجتماعی، توضیح می دهند (کاکس، 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 می گیرد (لاکنا، ۲۰۰۵، نقل از صولتی دهکردی، کلانتری، ادیبی و افشار، ۱۳۸۸) و به طور خاص بر عوامل شناختی رفتاری متناسب با تجربه درد تاکید می کند. (برلند، رودگرز، گرین، هریسون و روت، ۲۰۱۱) مکانیسم های فیزیولوژیکی، رفتاری و شناختی می توانند با سلامت فرد در ارتباط باشند (ریچمن، کوبزانسکی، ماسلکو، کاواچی، چو و بوئر، ۲۰۰۵).

وقتی درد بلند مدت است، اثرات زیستی، روانی و اجتماعی ثانویه می توانند نقش قابل توجهی را در افزایش و دوام بسیاری از مشکلات بازی کنند (ترک و مونرچ، ۲۰۰۲، نقل از حکیم و

1. Rustoen, Wahl, Hanestad, Lerdal, Paul, Miaskowski
2. Hakim, Keer, Grahame
3. Cox
4. Lackner
5. Berland, Rodgers, Green, Harrison, Roth
6. Richman, Kubzansky, Maselko, Kawachi, Choo, Bauer
7. Monarch

همکاران، ۲۰۱۰).

در مجموع اکنون توافق عمومی بر این است که وجود و وسعت آسیب جسمی قادر به تبیین کامل شدت درد و علایم جسمی گزارش شده در بین بیماران مبتلا به درد مزمن نیست و با اتکا صرف به وجود و وسعت آسیب جسمی نمی توان تفاوت های موجود در میزان سازگاری بیماران درد مزمن را تبیین کرد (اصغری مقدم و گلک، ۱۳۸۴).

اما باید دانست که تمام افراد مبتلا به درد مزمن، ناتوانی جسمی و روانشناختی از خود نشان نمی دهند. در مطالعه ای با ۴۸۴ بیمار مبتلا به درد مزمن حدود دو سوم از آنها گزارش کردند که علی رغم درد به طور تمام وقت به انجام وظایف حرفه ای خود مشغول هستند و یک چهارم از مجموع بیماران در گروه "ناتوانی جسمی شدید ناشی از درد مزمن" طبقه بندی شدند (بلایت، مارس، برنابیک، جروم، ویلیامسو، کازینزا، ۲۰۰۱).

چه عاملی می تواند موجب سازگاری این گونه افراد با درد شده باشد و از ایجاد و تداوم درد مزمن جلوگیری کند. تقریباً هر بیمار برای کنترل درد راهبردهایی را به کار می برد که برخی از آنها انطباقی و بعضی نیز غیر انطباقی هستند. خودگردانی درد و اثر آن به راه های اختصاصی بستگی دارد که فرد برای مواجهه و سازگاری با درد بکار می گیرد تا درماندگی حاصل از آن را به حداقل برساند یا درد را کاهش دهد، به سخن دیگر خودگردانی درد و اثر آن به راهبردهای مقابله ای که فرد به کار می گیرد وابسته است. تصور بر این است که راهبردهای مقابله هم ادراک فرد را از شدت درد تغییر می دهند و هم توانایی او را برای کنترل و یا تحمل کردن درد و استمرار فعالیت های روزمره تحت تاثیر قرار می دهند (گچل و ترک، ۱۹۹۶، ترجمه اصغری مقدم و همکاران، ۱۳۸۱).

پژوهشگران بسیاری بر نقش واسطه ای قدرتمند راهبردهای مقابله در تجربه روانی و فیزیولوژیک درد تاکید کرده اند. طبق تعریف لازاروس و فولکمن مقابله به کاربرد هدفمند فنون شناختی و رفتاری اطلاق می گردد که با هدف از بین بردن، کاهش دادن یا به حداقل رساندن مشکلات یا استرس ها به کار می رود. وضعیت ناشی از درد مزمن با سازگاری ضعیف همراه است که در بر دارنده افسردگی و عزت نفس پایین است و برای توضیح آن از تفاوت بیماران در بکارگیری انواع مختلف راهبردهای مقابله یاد شده است (رضایی و همکاران، ۱۳۸۸). مقابله به منزله راههای مواجهه فرد با یک عامل استرس زای خاص در یک چارچوب معین در نظر گرفته می شود (حسن پور و خطیری یانسری، ۱۳۸۹).

از آنجا که درد و از جمله آن درد مزمن می تواند ناامیدی، و پریشانی به وجود آورد، در بسیاری از مواقع در راهبردهای مقابله بیمار تاثیر منفی می گذارد (اصغری مقدم، کریم زاده و عمارلو، ۱۳۸۴). بر این اساس راهبردهای مقابله با درد می تواند شامل: راهبردهای شناختی مانند گفتگو با خود، فاجعه آفرینی، توجه برگردانی از درد، کسب اطلاعات درباره درد، حل مساله و

1. Blyth, March, Brnabic, Jorm, Williamso, Cousins

2. Gatchel, Turk

نیز راهبردهای رفتاری مانند افزایش یا کاهش فعالیت های خاص مانند استراحت، فعالیت بدنی، استفاده از کیسه آب گرم و یا یخ باشد (اصغری مقدم و گلک، ۱۳۸۴).  
فاجعه آمیز کردن درد، یکی از راهبردهای مقابله است که گرایش مبالغه آمیز و منفی نسبت به تجربه درد واقعی یا پیش بینی شده است که اگر با پاسخ های هیجانی و رفتاری همراه شود می تواند افسردگی، ناتوانی عملکرد و درد آتی را پیش بینی کند (شوتز، ریس، پریس<sup>۱</sup> و شوتز، ۲۰۱۰).

مطالعات طولی و مقطعی مختلف نشان داده اند این عوامل می تواند باعث افزایش شدت درد، آشفتگی و ناتوانی، مصرف ضد دردها، مشکلات مربوط به کار و کاهش مشارکت در فعالیت های روزانه در بیماران مبتلا به دردهای مزمن عضلانی-اسکلتی شود (محمدی، محمدخانی، دولشاهی و اصغری مقدم، ۱۳۸۹).

قرنهاست که پزشکان و سایر متخصصان سلامت، انواعی از روش ها را برای کاهش درد به کار برده اند (کرتیس، ترجمه فتحی آشتیانی و عظیمی آشتیانی، ۱۳۸۹). امروزه روش های روانشناختی هم به صورت جداگانه و هم بصورت توأم با سایر روش های پزشکی، در درمان درد مزمن مورد استفاده قرار می گیرد. تحقیقات انجام شده بیانگر کارآیی و تاثیر بالای روش های درمان روانشناختی است. در میان انواع درمان های روانشناختی از قبیل بیوفیدبک، تصویرسازی ذهنی، شناخت درمانی و... روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی یک مداخله گروهی است که به نظر می رسد در درمان درد مزمن همراه با کاهش عملکرد فیزیکی و سلامت روانی، کمکی امیدبخش است. 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 می افتد یعنی تجربه واقعیت محض بدون توضیح (کاوایانی، 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 (روزنزویگ و همکاران، ۲۰۱۰). مفهوم ذهن آگاهی بیش از دو هزار سال قدمت دارد. پایه های این مفهوم را می توان در کهن ترین متن های بودایی ردیابی کرد. ذهن آگاهی شامل یک آگاهی پذیرا و عاری از قضاوت از وقایع جاری می باشد. افراد ذهن آگاه واقعیات درونی و بیرونی را آزادانه و بدون تحریف درک می کنند 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 می باشد. تمرینات بصورت تمرکز بر روی افکار، احساسات و ادراک انجام میشود. این مهارتها از طریق

1. Schütze, Rees, Preece

تمرکز بر روی تنفس تا تمام فعالیتهای زندگی حاصل می گردد. MBSR با تغییر ادراک افراد از حوادث استرس زا و افزایش توانایی آنها در کنترل زندگی، به افراد کمک می نمایند. ذهن آگاهی شامل نظم، انضباط و آگاهی لحظه به لحظه از زندگی روزانه است. کاهش استرس ناشی از استفاده روش ذهن آگاهی موفقیت‌هایی 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 می دهد که MBSR اثرات مثبتی بر روی علائم جسمی و روانی داشته است و می تواند درمان کمکی مؤثری برای بیماری‌هایی از قبیل پسوریازیس و سندرم فیبرومیالژیا باشد (جم، علی نقی، ایمانی، مرادمند بدیع، رضانی و محرز، ۱۳۹۰)

این مشاهده به دور از قضاوت در مورد افراد دارای دردهای مزمن کاربرد فراوان دارد. کابات زین (۲۰۰۳) پیشنهاد می کند که در مراقبه و نشستن‌های طولانی مدت و بدون حرکت، روی حس‌های درد در بدن و مفاصل تمرکز کنند و بدون تکان خوردن و نشان دادن واکنش‌های هیجانی به این دردها، فقط نظاره گر باشند. وی یادآوری می کند که این مشاهده‌گری می تواند پاسخ‌های هیجانی را که به وسیله درد فراخوانی شده اند، کاهش دهد. بنابراین تمرین مهارت ذهن آگاهی، توانایی مراجعان، برای تحمل حالت‌های هیجانی منفی را افزایش می دهد و آنها را به مقابله مؤثر قادر می سازد (بایر، ۲۰۰۳).

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

گارلند، گایلرد و فردریکسون<sup>۱</sup> (۲۰۱۱) در یک پژوهش با تبیین مدل مقابله ای ذهن آگاهانه نشان دادند که راهبرد مقابله فاجعه آفرینی با ذهن آگاهی همبستگی منفی دارد و با افزایش ذهن آگاهی فاجعه آفرینی کاهش می یابد همچنین در پژوهش مذکور نشان داده شد که فاجعه آفرینی در پس آزمون کاهش معنی داری یافته است.

گروسمن، تیفتنالر-گیلمر، رایز و کسپر<sup>۲</sup> (۲۰۰۷) در پژوهشی اثربخشی روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی را بر جنبه‌های عمومی بهزیستی شامل کیفیت زندگی، راهبردهای مقابله با درد، اضطراب و افسردگی مورد بررسی قرار دادند و نتیجه گرفتند که این روش بهبودی معنی داری را در درد، کیفیت زندگی، راهبردهای مقابله با درد و افسردگی نشان می دهد. این نتایج در مرحله پیگیری فقط برای کیفیت زندگی معنی دار گزارش شد.

روزنزویگ، گریسون، ریبیل، گرین، جاسر و بیسلی<sup>۳</sup> (۲۰۱۰) در تحقیقی با مبتلایان به دردهای مزمن متفاوت (دردپشت، گردن، سردرد، فیبرومیالژیا و...) به نتایجی گوناگون در شرایط درد

1. Garland, Gaylord, Fredrickson

2. Grossman, Tiefenthaler-Gilmer, Raysz, Kesper

3. Rosenzweig, Greeson, Reibel, Green, Jasser, Beasley

مزمین دست یافت. زیر گروه های مبتلا به آرتروز، 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.

با توجه به نتایج پژوهش های انجام شده، این سوال بررسی می شود، "آیا روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر درد و راهبرد مقابله فاجعه آفرینی در افراد مبتلا به درد مزمن تاثیر دارد."

### روش پژوهش

پژوهش حاضر مطالعه شبه آزمایشی با گروه کنترل به همراه پیش آزمون - پس آزمون و پیگیری بود. جامعه پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به دردهای مزمن عضلانی - اسکلتی بودند که برای دریافت خدمات فیزیوتراپی به یکی از بیمارستان های شهر 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 ملاکهای تشخیص که با سوال ۷ و ۸ پرسشنامه موردیابی درد مزمن (اصغری مقدم، ۱۳۷۶)، ارزیابی شد عبارت بودند از:

تجربه درد در طول ۶ ماه گذشته

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 ملاکهای تشخیص درد مزمن (سوال ۷ و ۸ پرسشنامه موردیابی 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.

### جدول ۱. میانگین، انحراف استاندارد، حداقل و حداکثر سن آزمودنیها

میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
۴۶/۳۶	۱۱/۴۳	۲۰	۷۵

بر اساس جدول ۱ میانگین و انحراف معیار سن شرکت کنندگان به ترتیب ۴۶/۳۶ و ۱۱/۴۳ گزارش شد.

جدول ۲ فراوانی و درصد گزارش درد را در نقاط مختلف بدن در نمونه اولیه، نشان می دهد.

### جدول ۲. فراوانی انواع درد در بیماران

سر	گردن	شانه	سینه	شکم	پشت و کمر	لگن	دستها و پاها
۱	۴	۲	۰	۰	۱۴	۱	۳۱
۱/۹	۷/۵	۳/۸	۰	۰	۲۶/۴	۱/۹	۵۸/۵

بر اساس جدول ۲ درصد فراوانی درد در نمونه اولیه چنین گزارش شد سر ۱/۹٪، گردن ۷/۵٪، شانه ۳/۸٪، سینه ۰٪، شکم ۰٪، پشت و کمر ۲۶/۴٪، لگن ۱/۹٪، دستها و پاها ۵۸/۵٪. 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 و راهبردهای مقابله با 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 ۲ 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 درمانهای معمول، طی ۸ جلسه تحت درمان با روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفت و در طول این مدت گروه کنترل تنها درمانهای 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.

### ابزارهای پژوهش

#### پرسشنامه مورد یابی درد مزمن

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 چند گانه 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 ریشه ری (۱۳۸۰) ضرایب پایایی این آزمون با استفاده از روش آلفای کرونباخ، تنصیف 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 دردمزمن

کرنز و همکاران (۱۹۸۵) پرسشنامه چند وجهی درد را بر مبنای نظریه شناختی- رفتاری درد (ترک و همکاران، ۱۹۸۳) طراحی کرده، 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 خانه داری، امور مربوط به تعمیر و نگهداری وسایل منزل، فعالیت های اجتماعی و انجام فعالیت های 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 آزمون فرضیه های مورد نظر 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 ۶-۰ 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 شوند (عابدی، ۱۳۸۸).

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 پایایی و اعتبار 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. جولائیا (۱۳۸۵) در پژوهش خود ضرایب آلفای کرونباخ مقیاس شدت درد را ۰/۸۰ به دست آورد. پایایی این مقیاس در پژوهش عابدی (۱۳۸۸) برابر با ۰/۷۸ گزارش شد. پایایی این مقیاس در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۵۱ محاسبه شد.

عابدی (۱۳۸۸) در پژوهشی جهت ارزیابی اعتبار مقیاس شدت درد همبستگی بین پرسشنامه خودکنترلی درد و مقیاس شدت درد را در سطح  $p < 0.01$ ، برابر  $r = 0.51$  گزارش داد. جهت ارزیابی اعتبار مقیاس شدت درد همبستگی این مقیاس با سوالات ۱۱، ۱۰، ۱۲، ۳۱ از پرسشنامه موردیابی درد مزمن اصغری مقدم محاسبه شده و همبستگی مثبت و معنی داری را در سطح  $p < 0.01$  نشان داد ( $r = 0.52$ ).

#### پرسشنامه راهبردهای مقابله با درد

برای سنجش راهبردهای مورد استفاده بیماران برای مقابله با درد مزمن از پرسشنامه راهبردهای مقابله با درد استفاده شد که به طور وسیعی در میان بیماران مبتلا به درد مزمن به کار گرفته شده است (اصغری مقدم، ۱۳۸۳). این پرسشنامه شامل ۴۲ عبارت است که شش راهبرد مقابله شناختی

(توجه برگردانی، تفسیر مجدد درد، گفتگو باخود، نادیده انگاشتن درد، فاجعه انگاری و دعا و امیدواری) و یک راهبرد رفتاری (افزایش فعالیت رفتاری) را می سنجد، برای هر راهبرد مقابله ای شش عبارت وجود دارد. از آزمودنی خواسته شد تا عبارت ها را به دقت خوانده و با استفاده از یک مقیاس ۷ درجه ای (صفر تا شش) مشخص نماید که هنگام مواجهه با درد تا چه میزان از هر عبارت استفاده کرده است. نمره های عبارات مربوط به هر راهبرد با هم جمع می شود و نمره بالاتر نشان دهنده استفاده بیش تر از راهبرد مورد نظر است. این پرسشنامه نخستین بار توسط روزنشتایل و کیف (۱۹۸۳) در بیماران مبتلا به کمردرد مزمن هنجاریابی شده است و پس از آن در مطالعات مختلف اعتبار و پایایی آن تأیید شده است. در این پژوهش جهت ارزیابی فرضیه مورد نظر خرده مقیاس راهبرد مقابله فاجعه آفرینی مورد استفاده قرار گرفت.

#### خرده مقیاس راهبرد مقابله فاجعه آفرینی

خرده مقیاس راهبرد مقابله فاجعه آفرینی ۶ سوال از مجموع ۴۲ سوال پرسشنامه را دربر می گیرد که شامل مجموع نمرات فرد در عبارات ۱۴، ۱۵، ۱۸، ۲۲، ۲۸ و ۳۶ می شود. حداقل و حداکثر نمره در این خرده مقیاس ۰-۳۶ می باشد و میزان استفاده از راهبردهای فاجعه آفرینی را در هنگام درد می سنجد.

در ایران ویژگی های روان سنجی پرسشنامه توسط اصغری مقدم و گلک (۱۳۸۴) بررسی شده و ضریب آلفای کرونباخ (همسانی درونی) برای راهبرد مقابله فاجعه آفرینی ۰/۸۰ ارزیابی شد. رضایی (۱۳۸۸) در پژوهش خود پایایی پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ در سطح ۰/۰۵ برای خرده مقیاس فاجعه انگاری ۰/۸۵، گزارش داد (رضایی، ۱۳۸۸). در پژوهش حاضر نیز پایایی این خرده مقیاس با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ محاسبه شد.

اعتبار راهبرد مقابله فاجعه آفرینی در پژوهش رودریگز فرانکو، کانو گارسیا و بلانکو پیکابیا (۲۰۰۴) با استفاده از سنجش همبستگی بین سوالات خرده مقیاس فاجعه آفرینی با نادیده انگاشتن درد، همبستگی منفی و معنی داری را در سطح  $p < 0/01$  گزارش دادند ( $r = 0/39$ ). در پژوهش ذکر شده همبستگی فاجعه آفرینی با زیرمقیاس احساس درماندگی از پرسشنامه اندوهناکی شناختی<sup>۱</sup> در سطح  $p > 0/01$  مثبت و معنی دار گزارش شد ( $r = 0/69$ ). در پژوهش حاضر اعتبار این خرده مقیاس بوسیله سنجش همبستگی آن با سوالات ۳۳ و ۳۵ کیفیت زندگی (sf-۳۶) ارزیابی شد و همبستگی منفی و معنی دار در سطح  $p < 0/05$  را نشان داد ( $r = -0/47$ ).

#### شیوه گردآوری اطلاعات

تمامی افراد هر دو گروه به پرسشنامه ها 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 های توصیفی

یافته های توصیفی متغیرها شامل شاخص های آماری مانند میانگین، انحراف معیار و تعداد آزمودنی های شرکت کننده در هر گروه می باشد که برای متغیر شدت درد در جدول ۳ ارائه می گردد.

#### جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمره های آزمودنی ها 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	۳/۲۵	۱/۲۹	۳/۵۲	۱/۲۹

داده های جدول ۳ شاخص های آماری شامل میانگین و انحراف معیار در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری را به تفکیک گروه آزمایش و کنترل جهت مؤلفه شدت درد نشان می دهد. همانگونه که داده های جدول ۳ نشان می دهد، میانگین و انحراف معیار شدت درد در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری برای گروه آزمایش به ترتیب ۳/۶۹، ۲/۰۸، ۲/۹۱ و ۱/۱۳، ۱/۴۶، ۱/۳۷ می باشد. میانگین و انحراف معیار گروه کنترل نیز به همین ترتیب ۳/۶۶، ۳/۲۵، ۱/۲۹، ۳/۵۲، ۰/۶۶، ۱/۲۹ است.

#### جدول ۴. میانگین و انحراف معیار نمره های آزمودنی ها در مؤلفه راهبرد مقابله با درد (فاجعه آفرینی)

گروه	پیش آزمون		پس آزمون		مطالعه پیگیری	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	۱۸/۱۶	۷/۵۲	۱۵/۵۰	۵/۷۲	۱۴/۷۵	۸/۹۹
کنترل	۱۶/۹۱	۱۰/۲۹	۲۰	۱۰/۴۷	۱۷/۵۰	۱۰/۷۱

براساس جدول ۴ میانگین و انحراف معیار راهبرد مقابله فاجعه آفرینی در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری برای گروه آزمایش به ترتیب ۱۸/۱۶، ۱۵/۵۰، ۱۴/۷۵ و ۷/۵۲، ۵/۷۲، ۸/۹۹ می باشد. میانگین و انحراف معیار گروه کنترل نیز به همین ترتیب ۱۶/۹۱، ۲۰، ۱۷/۵۰، ۱۰/۴۷، ۱۰/۷۱، ۱۰/۷۱ است.

## 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 که نتایج آن در ادامه ارائه می گردد.

**جدول ۵: نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) روی نمرات پس آزمون شدت درد و فاجعه آفرینی دو گروه آزمایش و کنترل، با کنترل پیش آزمون**

نام آزمون	مقدار	آزمون F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری
اثر پیلابی	۰/۴۹	۹/۴۵	۲	۱۹	۰/۰۰۱
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۵۰	۹/۴۵	۲	۱۹	۰/۰۰۱
آزمون اثر هیلینگ	۰/۹۹	۹/۴۵	۲	۱۹	۰/۰۰۱
آزمون بزرگترین ریشه روی	۰/۹۹	۹/۴۵	۲	۱۹	۰/۰۰۱

همانگونه که در جدول ۵ 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 فاجعه آفرینی) تفاوت معنی داری وجود دارد. برای پی بردن به تفاوت، نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس یک راهه در متن مانکوا روی نمرات پس آزمون در جدول ۶ ارائه شده است.

**جدول ۶: نتایج حاصل از 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	۹/۹۰	۰/۰۰۵	
فاجعه آفرینی	۱	۱۰/۸۱	۰/۰۰۴	

همانگونه که در جدول ۶ ملاحظه می شود، بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ شدت درد ( $p < 0/005$ ) و فاجعه آفرینی ( $F=9/90$  و  $p < 0/004$ ) تفاوت معنی داری وجود دارد.

**جدول ۷: نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) روی نمرات پیگیری شدت درد و فاجعه آفرینی دو گروه آزمایش و کنترل، با کنترل پیش آزمون**

نام آزمون	مقدار	آزمون F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری
اثر پیلابی	۰/۱۵	۱/۷۴	۲	۱۹	$p > 0/05$
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۸۴	۱/۷۴	۲	۱۹	$p > 0/05$
آزمون اثر هیلینگ	۰/۱۸	۱/۷۴	۲	۱۹	$p > 0/05$
آزمون بزرگترین ریشه روی	۰/۱۸	۱/۷۴	۲	۱۹	$p > 0/05$

همچنین با توجه به جدول شماره ۷ نتایج تحلیل کوواریانس در ارزیابی پیگیری نشان داد که بین گروه آزمایش و کنترل در هیچ یک از متغیرهای وابسته در سطح  $p > 0/05$  تفاوت معنی داری وجود ندارد.

### بحث و نتیجه گیری

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 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.

شوتز 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 خود کار 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.

از سوی دیگر نتایج نشان داد که میانگین راهبرد مقابله فاجعه آفرینی در گروه آزمایش تفاوت آشکاری با راهبرد مقابله فاجعه آفرینی گروه کنترل در پس آزمون دارد و می توان نتیجه گرفت که روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی نسبت به گروه کنترل اثربخشی بیشتری در کاهش استفاده از راهبرد مقابله فاجعه آفرینی دارد.

نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش پاولیک و همکاران در سال ۲۰۱۰ که کاهش استفاده از راهبردهای مقابله غیر سودمند (مانند فاجعه آفرینی) را پس از مداخله ذهن آگاهی گزارش دادند و پژوهش استین و همکاران در سال ۲۰۰۳ (نقل از دوبکین، ۲۰۰۸) که در مطالعه ای با مبتلایان به فیبرو میالژیا کاهش در راهبرد مقابله فاجعه آفرینی را گزارش دادند و گارلند و همکاران در سال ۲۰۱۱ همخوان می باشد. بر اساس اظهارات گارلند و همکاران (۲۰۱۱) راهبرد مقابله فاجعه آفرینی با ذهن آگاهی همبستگی منفی دارد و با افزایش ذهن آگاهی فاجعه آفرینی کاهش می یابد. همچنین پژوهش مذکور نشان داد که فاجعه آفرینی در پس آزمون (بعد مداخله ذهن آگاهی) کاهش معنی داری یافته است.

قضاوت و پیش داوری در بسیاری شرایط موجب ایجاد تنش، استرس و نا آرامی در افراد می شود و این امر آغازی است برای وقوع فاجعه آفرینی، در این بین افزایش فاجعه آفرینی نیز هیجانات منفی و استرس را افزایش می دهد و پیش از این ملاحظه شد که این چرخه مخرب می تواند منجر به افزایش شدت درد و کاهش کیفیت زندگی گردد. جهت کاهش استفاده از فاجعه آفرینی لازم است تا افراد از قضاوت و داوری فاصله گرفته و احساسات، هیجانات و رویدادها را آنگونه که

وجود دارند درک کنند. یکی از روش های مناسب برای کاهش فاجعه آفرینی روش MBSR است که با ارائه تکنیک های آرام بخش و به دور از قضاوت به کاهش استفاده از این راهبرد مقابله غیرانطباقی کمک می کند.

کابات زین (۲۰۰۳) یادآوری می کند که مشاهده خالی از قضاوت در ذهن آگاهی می تواند پاسخ های هیجانی را که به وسیله درد فراخوانی شده اند، کاهش دهد. بنابراین تمرین مهارت ذهن آگاهی، توانایی مراجعان را برای تحمل حالت های هیجانی منفی افزایش می دهد و آنها را به مقابله مؤثر قادر ساخته و کاهش استفاده از راهبردهای مقابله غیرانطباقی را به دنبال خواهد داشت.

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 و می توان نتیجه گرفت که روش MBSR در شدت درد گروه آزمایش بعد از پیگیری یک ماهه اثر نداشته است. 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 (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 تاثیر 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 خصوص راهبرد مقابله فاجعه آفرینی نیز تفاوت معنی داری میان نمرات مرحله پیگیری در دو گروه آزمایش و کنترل وجود ندارد. این یافته با نتایج پژوهش گروسمن و همکاران در سال ۲۰۰۷ همخوان است و با نتایج پژوهش پاولیک و همکاران در سال ۲۰۱۰ مغایرت دارد.

آنگونه که جداول توصیفی نشان می دهند گروه آزمایش کاهش در فاجعه آفرینی را در مرحله پیگیری نیز داشته است اما از آنجا که مرحله پیگیری در ماه رمضان اتفاق افتاد، شاید فضای معنوی این ماه شرایطی را فراهم آورد تا افراد با نگاه خوشبینانه تر و به دور از قضاوت زندگی را سپری کنند. بنا به گزارشات متعدد (جوانبخت، ضیایی، همام و رهنما، ۱۳۸۸؛ سردارپور گودرزی، سلطانی زندی، ۱۳۸۱؛ فنی اصل و رجبی، ۱۳۸۷) میزان تنش ها، خشونت ها و افکار منفی در این ماه

کاهش می یابد که این نکته نیز توانسته شرایط فاجعه آفرینی را برای گروه کنترل بهبود بخشد و منجر به عدم تفاوت دو گروه شده است. در ضمن با توجه به اینکه بیماران در مرحله پیگیری احتمالاً تعهد کمتری نسبت به اجرای تمرینات دارند کاهش اثرات ذهن آگاهی بر فاجعه آفرینی آنان قابل تبیین است.

در نهایت می توان چنین نتیجه گرفت که روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بدلیل دارا بودن تکنیک های آگاهانه و به دور از قضاوت می تواند در بهبود شدت درد و کاهش استفاده از راهبرد مقابله فاجعه آفرینی 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 می شود در پژوهش های آتی مورد توجه قرار گیرد.

#### منابع

- ادریسی، ف.، محمد خانی، ش.، و خانزاده، م. (۱۳۸۹). رابطه ابعاد حمایت اجتماعی ادراک شده و ادراک درد در سالمندان. روانشناسی معاصر، (ویژه نامه)، ۵، ۵۵-۵۴.
- اصغری مقدم، م. ع. (۱۳۸۳). میزان های شیوع درد مزمن مستمر و عود کننده در میان کارکنان یک واحد صنعتی بزرگ در تهران و بررسی تاثیر درد بر زندگی روزانه و فعالیت اجتماعی آنها. مجله دانشور رفتار، جلد ۴، ۱۴-۱.
- اصغری مقدم، م. ع.، کریم زاده، ن.، و عمارلو، پ. (۱۳۸۴). نقش باوهای مرتبط با درد در سازگاری با بیماری سرطان. مجله دانشور رفتار، شماره ۱۳، دوره جدید، ۲۲-۱.
- 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.
- پورافکاری، ن. ا. (۱۳۸۶). فرهنگ جامع روانشناسی-روانپزشکی، انگلیسی-فارسی. تهران: رشد.
- 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 دبیران مرد دبیرستانهای شهر اهواز. مجله علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز، دوره سوم، سال هشتم، شماره های ۱ و ۲، ۴۹-۷۲.
- حسن پور، ز. و خطیری یانسری، م. (۱۳۸۹). سلامت روانی، راهبردهای مقابله ای و مقابله دینی در والدین کودکان مبتلا به فیلی کتونوری. روانشناسی معاصر، (ویژه نامه)، ۵، ۲۷۰-۲۶۹.

- جم، س.، علی نقی، ا.، ایمانی، ا.، مرادمند بدیع، ب.، رضائی، 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.
- جوانبخت، م.، ضیایی، ع. ر.، همام، م.، و رهنما، ع. (۱۳۸۸). بررسی تاثیر روزهداری در ماه رمضان بر عزت نفس و سلامت روانی دانشجویان. مجله ی اصول بهداشت روانی، سال ۱۱(۴)، ۲۶۶-۷۳.
- حقیقت، ف.، رسول زاده طباطبایی، ک.، و زادهوش، س. (۱۳۸۸). نیرومندی من، شدت درد و خود کارآمدی 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 نشانه های عمومی بیماران با سابقه یک دوره افسردگی اساسی. روانشناسی معاصر، (ویژه نامه)، ۵، ۳۱۰-۳۰۸.
- رضایی، س.، افشارنژاد، ط.، کافی، م.، سلطانی، ر.، و فلاح کهن، ص. (۱۳۸۸). ارتباط افسردگی با راهبردهای مقابله با درد در بیماران مبتلا به درد مزمن پشت: یک مطالعه مقطعی با کنترل شدت درد و مدت زمان ابتلا. دو ماهنامه علمی - پژوهشی دانشگاه شاهد، سال شانزدهم، شماره ۸۱، ۶۳-۷۴.
- سادوک، ب. ج.، و سادوک، و. آ. (۲۰۰۳). خلاصه روانپزشکی کاپلان و سادوک (جلد سوم). ترجمه حسن رفیعی و خسرو سبحانیان (۱۳۸۵). تهران: ارجمند.
- 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.
- سردار پور گودرزی، ش.، و سلطانی زرنندی، ا. (۱۳۸۱). روزه داری در ماه مبارک رمضان و سلامت روانی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۸(۲)، ۲۶-۳۲.
- 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 شهر کرد، دوره ۱۱، شماره ۳، ۸-۱.
- عابدی، م. (۱۳۸۸). بررسی اعتبار و پایایی چک لیست خود کنترلی 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). خود کنترلی درد و حمایت اجتماعی در سطوح مختلف تحصیلی بیماران مبتلا به درد مزمن. روانشناسی معاصر، (ویژه نامه)، ۵، ۵۰۶-۵۰۵.
- غمخوار فرد، ز.، و تولایی، ع. (۱۳۸۹). نقش باورهای مربوط به درد در شدت درد بیماران مبتلا به سردرد. روانشناسی معاصر، ویژه نامه ۵، ۵۶۶-۵۶۴.
- فنی اصل، ع.، و رجبی، س. (۱۳۸۷). نقش روزه در تامین سلامت روانی پرسنل اداری دانشگاه. فصلنامه



- روان شناسی و دین، شماره ۴، ۱۲۹-۱۴۲.
- کاویانی، 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، ۵۹-۴۹.
- کرتیس، آ. ج. (نامشخص). روانشناسی سلامت، ترجمه: علی فتحی آشتیانی، هادی عظیمی آشتیانی (۱۳۸۹). تهران: بعثت.
- گچل، ر. ج، و ترک، د. س. (۱۹۹۶). روانشناسی درد. ترجمه: محمد علی اصغری مقدم، بهمن نجاریان، محسن محمدی و محسن دهقانی (۱۳۸۱). تهران: رشد.
- 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، ۶۹۵-۶۹۶.
- نجاتی، و. (۱۳۸۹). بررسی ارتباط بین ذهن آگاهی و عملکردهای اجرایی در جانبازان نابینا. مجله علمی-پژوهشی طب جانباز، ۴۴-۴۸.
- نسیون پور، ش. (۱۳۸۳). درد. تهران: تیمورزاده: طیب.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, , 125-143.
- Berland, D. W., Rodgers, P. E., Green, C. R., Harrison, J. R., & Roth, R. S. (2011). Managing Chronic non-terminal pain in adults. University of Michigan Health System.
- Blyth, F., March, L., Brnabic, A., Jorm, L., Williamso, M., & Cousins, M. (2001). Chronic pain in Australia: A prevalence study. *Pain*;89, 127-134.
- Dobkin, P. L. (2008). Mindfulness-based stress reduction: What processes are at work? *Complementary Therapies in Clinical Practice* 14, 16-8.
- Epping-Jordan, J., Bengoa, R., Kawar, R., & Sabate, E. (2001). The challenge of chronic conditions: WHO responds. *BMJ*; 323:947-8.
- Foster, NE., Thomas, E., Bishop, A., Dunn, KM. & Main, CJ. (2010). Distinctiveness of psychological obstacles to recovery in low back pain patients in primary care. *Pain*, 148, 398-406.
- Garland, E. L., Gaylord, S. A., & Fredrickson, B. L. (2011). Positive Reappraisal mediates the stress-reductive effects of mindfulness: An upward spiral process. *Mindfulness*, 2, 59-67.
- Grossman, P., Tiefenthaler-Gilmer, U., Raysz, A., & Kesper, U. (2007). Mindfulness Training as an intervention for Fibromyalgia: Evidence of postintervention and 3-year follow-up benefits in well-being. *Psychother Psychosom*, 76, 226-233.
- Hakim, A. J., Keer, R., & Grahame, R. (2010). Hypermobility, Fibromyalgia and Chronic pain. CHINA: [www.elsevier.com/permissions](http://www.elsevier.com/permissions).
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144-156.
- Kabat-Zinn, J. (2005). 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, M. K. (2010). Obstacles to recovery after an episode of low back pain, the 'usual suspects' are not always guilty companions. *Pain*, 148, 363-364.
- Paulik, G., Simcocks, A., & Weiss, L. (2010). Benefits of a 12-week mindfulness group program for mental health consumers in an outpatient setting. *Mindfulness*, 1, 215-226.
- 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.
- Rodriguez franco, L., Cano Garcia, F., & Blanco Picabia, A. (2004). Assessment of chronic pain coping strategies. *Actas ESP Psiquiatr*, 32(2), 82-91.
- 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.