

اثربخشی «درمان شناختی حضور ذهن» بر عملکردهای روانی - اجتماعی زنان مبتلا به کمر درد مزمن

فرزانه محمدی^۱، معصومه ایمانزاد^۲، دکتر پروانه محمدخانی^۳،
دکتر بهروز دولتشاهی^۴، دکتر محمدعلی اصغری^۵، الهه توسلی^۶

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.
۲. مرکز تحقیقات پروتومیکس، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۳. استاد گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
۴. دانشیار گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.
۵. دانشیار گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران
۶. دانشجوی دکتری تخصصی آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، کمیته تحقیقات دانشجویی دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
■ نویسنده مسئول مکاتبات: فرزانه محمدی، Farzanehmohammadi86@gmail.com

چکیده

سابقه و هدف: حدود یک سوم مردم دنیا از درد مزمن رنج می‌برند، که با کاهش کیفیت زندگی و سطوح بالای آشفتگی روانشناختی همراه است. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی حضور ذهن بر عملکردهای روانی-اجتماعی زنان ۱۸-۶۵ ساله مبتلا به کمردرد مزمن بوده است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه در قالب یک طرح نیمه آزمایشی متشکل از دو گروه آزمایشی و کنترل همراه با پیش آزمون و پس آزمون انجام گرفت. ۲۶ آزمودنی واجد شرایط از بین بیماران زن داوطلب مبتلا به کمردرد مزمن مراجعه‌کننده به بخش فیزیوتراپی بیمارستان اخوان بطور تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل قرار گرفتند (۱۳ نفر در هر گروه). برای جمع‌آوری اطلاعات مورد نیاز اعضای هر دو گروه با فاصله زمانی ۲ ماه به پرسشنامه‌های ناتوانی رولند و موریس، خودکارآمدی درد (PSEQ) و مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (Dass-21) پاسخ دادند. برنامه ۸ جلسه‌ای «درمان شناختی حضور ذهن» برای گروه آزمایشی انجام شد. تاکید این برنامه بر افزایش آگاهی و توجه به عوامل شناختی و هیجانی مرتبط با درد مزمن و در نهایت فعالسازی رفتاری است، گروه کنترل هیچ مداخله روانشناختی دریافت نکرد. به منظور تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری spss-15 استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج حاصل از انجام آزمون آماری تحلیل کوواریانس نشان داد نمرات اعضای گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، بطور معناداری در متغیر ناتوانی ناشی از درد ($p=0/00$) کاهش و در متغیر خودکارآمدی درد ($p=0/04$) افزایش یافته است. در این پژوهش بین نمرات دو گروه در متغیر افسردگی ($p=0/2$) تفاوت معناداری مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: درمان شناختی حضور ذهن می‌تواند با کاهش حساسیت نسبت به اضطراب و در نتیجه کاهش توجه انتخابی بیماران نسبت به محرکهای دردناک و اضطراب آور در کاهش ناتوانی ناشی از درد و افزایش خودکارآمدی بیماران مبتلا به کمردرد مزمن مؤثر باشد.

واژگان کلیدی: روان‌درمانی، درمان شناختی، درد مزمن، خودکارآمدی، عملکرد

مقدمه

بر هر ۳ مؤلفه ذکر شده اثرگذار باشد (Morone et al, 2008). کبات زین برای نخستین بار در سال ۱۹۸۲ به بررسی این موضوع در درمان بیماران مبتلا به درد مزمن پرداخت، مطالعه وی نشان داد مراقبه حضور ذهن در کاهش شدت درد و افزایش خلق و عملکرد بیماران مؤثر است (Kabat-Zinn, 1982). در دو دهه اخیر مطالعات زیادی به بررسی اثربخشی این مداخلات در درمان بیماران با شرایط مختلف طبی پرداخته‌اند (Greeson, ۲۰۰۹). هدف از انجام این پژوهش بررسی اثربخشی درمان شناختی حضور ذهن کنترل درد^۲ بر خودکارآمدی، ناتوانی ناشی از درد و افسردگی زنان مبتلا به کمر درد مزمن^۳ بوده است.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر نیمه تجربی دو گروهی با اندازه گیری قبل و بعد بود. جامعه آماری آن را کلیه بیماران زن ۱۸ تا ۶۵ ساله مبتلا به کمردرد مزمن بخش فیزیوتراپی بیمارستان اخوان تشکیل می‌دادند. بدین منظور ۲۶ بیمار داوطلب مبتلا به کمردرد مزمن که ملاک‌های ورود به مطالعه (حداقل تحصیلات سیکل، عدم وجود نشانگان مربوط به اختلالات شناختی (آلزایمر، دمانس) بر اساس آزمون معاینه مختصر وضعیت روانی MMSE^۴ و یا سوء مصرف مواد (Segal et al, 2002) را بدست آوردند پس از آگاهی از شرایط پژوهش و تکمیل فرم رضایت نامه، بطور تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفته (۱۳ نفر در هر گروه) و در دو نوبت پیش آزمون و پس آزمون به پرسشنامه خودکارآمدی درد^۵ (PSEQ) و پرسشنامه ناتوانی رولند و موریس^۶ و مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (Dass-21) پاسخ دادند: آزمون معاینه مختصر وضعیت روانی: (MMSE) آزمونی عملی برای ردیابی چگونگی تغییرات حالت شناختی بیمار در طی زمان است. بحیرایی به بررسی مقدماتی کارایی آزمون معاینه مختصر وضعیت روانی در سرند سالمندان مبتلا به دمانس پرداخت. در این مطالعه پایایی آزمون سرندي (MMSE) با روش بازآزمایی به فاصله ده روز ۷۳٪ بدست آمد (بحیرایی، ۲۰۰۰).

پرسشنامه خودکارآمدی درد: توسط Nicholas (۱۹۸۹) بر پایه مفهوم خودکارآمدی بندورا تدوین شده است. ۱۰ عبارت تشکیل دهنده این پرسشنامه قدرت و باور بیمار را به تواناییش

دردهای مزمن و عود کننده مشکلی اساسی برای بخش عمده‌ای از جمعیت جهان است (Turk & Swanson, ۲۰۰۷). درد مزمن اغلب به عنوان درد حاد در پاسخ به بیماری یا صدمه خاصی شروع می‌شود اما بعد از حداقل شش ماه پایان نمی‌پذیرد. کمردرد، سردرد، و دردهای مرتبط با آرتريت مثال‌هایی از درد مزمن هستند. در این میان کمردرد بالاترین درصد کل دردهای مزمن را به خود اختصاص داده است (Sanderson, ۲۰۰۴) کمردرد مزمن وضعیتی تحلیل برنده است به گونه‌ای که فرد دردمند را نه تنها با فشار ناشی از درد بلکه با بسیاری از عوامل فشارآور دیگر که بخش‌های گوناگون زندگی وی را تحت تاثیر قرار می‌دهند روبه‌رو می‌کند (اصغری و همکاران، ۲۰۰۲) و مهم‌ترین علت محدود کننده فعالیت در سنین زیر ۴۵ سال می‌باشد (Wall & Melzack, 1989). بر اساس آمار اداره کار آمریکا صدمات کمردرد مزمن منجر به خسارت شغلی زیادی در سال ۲۰۰۵ در آمریکا شده است. به گونه‌ای که تخمین زده می‌شود بالای ۱۴۰ میلیون روز کاری به این علت از دست رفته است. هزینه مستقیم یا غیر مستقیم کلی سالانه درد مزمن بیش‌تر از ۳۹۴۵ بیلون دلار تخمین زده می‌شود و هزینه کمر درد مزمن به تنهایی بیش از ۱۰۰ بیلون دلار در سال برآورد شده است (Turk & Swanson, 2007). در بین اختلالات روانپزشکی بیش‌ترین میزان رابطه بین درد و اختلال افسردگی گزارش شده است. بر اساس پژوهش‌های متعدد میزان این ارتباط بین ۳۰ تا ۱۰۰ درصد متغیر بوده است (Craig, 1991). مطالعات موسسات ملی سلامت نشان می‌دهد که ارتباط ثابتی بین درد مزمن و افسردگی وجود دارد. آن‌ها نتیجه گرفتند که درد مزمن با احتمال بسیار زیاد به افسردگی می‌انجامد و افسردگی ممکن است شدت درد ادراک شده را بدتر کند (Koenig, 2003) با توجه به شیوع درد مزمن و اثرات همه جانبه آن بر زندگی بیماران مبتلا، یافتن روش‌های درمانی مناسب که بیماران را در سازگاری مؤثر با درد یاری دهد، بسیار با ارزش است.

Melzack و Casey (۱۹۶۸) درد را تجربه‌ای چند بعدی می‌دانند که مؤلفه‌های حسی، عاطفی، و قضاوتی-شناختی را در برمی‌گیرد. به علاوه نتایج پژوهش‌ها و درمان‌های انجام شده نشان می‌دهد درمان تک بعدی برای به دست آمدن پیامد مورد انتظار کافی نیست (Melzack & Wall, 1965). مراقبه حضور ذهن^۱ به عنوان هسته مرکزی مداخلات مبتنی بر حضور ذهن می‌تواند

2. Mindfulness Meditation for pain management

3. Chronic low back pain patient

4. Minimal Mental Status Examination (MMSE)

5. Pain Self-efficacy Questionnaire (PSEQ)

6. Roland and Morris Disability Questionnaire

1. Mindfulness Meditation

افسردگی این پرسشنامه شامل عباراتی است که خلق ناشاد، فقدان اعتماد به نفس، ناامیدی، بی‌ارزش بودن زندگی، فقدان علاقه برای درگیری در امور، عدم لذت بردن از زندگی و فقدان انرژی و قدرت را می‌سنجد و نمره آن می‌تواند بین صفر تا ۲۱ تغییر کند که نمره بالاتر نشان دهنده افسردگی شدیدتر است (اصغری و همکاران، ۲۰۱۰).

شرکت‌کنندگان گروه مداخله در درمان شناختی حضور ذهن کنترل درد شرکت کردند. این برنامه، درمانی است که با توجه به طرح درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن برای پیشگیری از عود افسردگی (Segal et al, 2002) و راهنمای عملی درمان شناختی-رفتاری کنترل درد مزمن (Otis, 2007) در قالب ۸ جلسه درمانی ۲ ساعت به مدت ۲ ماه توسط پژوهشگران طراحی شد (محمدی، ۲۰۱۰). جلسات با مرور تکالیف جلسه قبل آغاز شده و پس از ارائه مطالب آموزشی و درمانی با تعیین تکلیف پایان یافت.

خلاصه‌ای از دستورالعمل اجرایی جلسات درمانی عبارتند از:

- جلسه اول: آشنایی و معرفی اعضاء به یکدیگر، معرفی کلی درمان حضور ذهن مبتنی بر درمان شناختی کنترل درد، معرفی مراقبه خوردن^۱ همراه با تجربه عملی در جلسه
- جلسه دوم: توضیح مدل شناختی ABC و ارائه فهرست خطاهای شناختی، معرفی مراقبه واری بدن
- جلسه سوم: بررسی رابطه بین افکار منفی و درد، بررسی رابطه بین درد و هیجان، معرفی مراقبه تنفس
- جلسه چهارم: مروری بر رابطه بین استرس و درد، تمرین ۵ دقیقه‌ای دیدن و شنیدن، معرفی فضای ۳ دقیقه‌ای تنفس
- جلسه پنجم: بهداشت خواب، مراقبه نشسته (حضور ذهن از تنفس و بدن)، بررسی آگاهی از وقایع خوشایند و ناخوشایند بر احساس، افکار و حس‌های بدن
- جلسه ششم: مراقبه نشسته (حضور ذهن از صداها و افکار)، بحث پیرامون ماندن در زمان حال، توضیح روش متفاوت دیدن افکار
- جلسه هفتم: معرفی فعالیت زمان مند، پذیرش با استفاده از تنفس، استفاده از فضای تنفس - دستورالعمل گسترده
- جلسه هشتم: بازنگری کل برنامه، پاسخگویی به پرسشنامه‌ها. پس از پایان مداخله و جمع‌آوری مجدد

برای انجام پاره‌ای از امور، علیرغم وجود درد با استفاده از یک مقیاس لیکرت ۷ بخشی (صفر تا شش) می‌سنجد. نمره‌های پرسشنامه خودکارآمدی درد بین صفر تا ۶۰ تغییر می‌کند و نمره بالاتر به معنی ادراک خود کارآمدی قوی‌تر در رابطه با درد است. این پرسشنامه دارای ویژگی‌های روانسنجی مطلوبی است؛ ضرایب بازآزمایی و همسانی درونی عبارات این پرسشنامه در دو مطالعه جداگانه با بیماران مبتلا به کمر درد مزمن به ترتیب ۷۹٪ و ۹۲٪ گزارش شده است (Asghari & Nicholas, 2009).

پرسشنامه ناتوانی رولند و موریس: این پرسشنامه دارای ۲۵ عبارت است که به ارزیابی عملکرد فرد در قلمرو فعالیت جسمانی می‌پردازد. نمره بیمار در این پرسشنامه بین صفر تا ۲۴ تغییر می‌کند و نمره بالاتر نشانه ناتوانی جسمی شدیدتر است (Roland & Morris, 1983). ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه در مطالعه‌ای مستقل با ۶۰۰ بیمار ایرانی مبتلا به درد مزمن مورد بررسی قرار گرفت و ضریب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) ۰/۸۸ و پایایی ۰/۹۰ بدست آمد. لذا می‌توان نسخه فارسی پرسشنامه ناتوانی جسمی رولند و موریس را واجد پایایی مطلوب دانست (اصغری، ۲۰۱۲).

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس-۲۱ (DASS-21): مقیاس‌های پرسشنامه DASS از ۲۱ عبارت مرتبط با علائم عواطف منفی (افسردگی، اضطراب و استرس) تشکیل شده است. هریک از سه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس دارای ۷ پرسش هستند، آزمودنی باید پس از خواندن هر عبارت شدت / فراوانی علامت مطرح شده در عبارت مذکور را که در طول هفته گذشته تجربه کرده است با استفاده از یک مقیاس ۴ درجه‌ای (بین صفر تا سه) درجه بندی کند، نمره فرد در هریک از سه خرده مقیاس با جمع عبارات متعلق به کلیه عبارات آن خرده مقیاس حاصل می‌آید. از جمله مزیت‌های این آزمون توانایی آن در تشخیص افتراقی افسردگی و اضطراب است، همچنین به دلیل عدم وجود آیتم‌های سوماتیک در ارزیابی افسردگی از بیش برآوردی آن در بیماران مختلف جلوگیری می‌کند (Brown et al, 1997). ویژگی‌های روان‌سنجی DASS-21 در مطالعه‌ای با ۲۲۷ بیمار درد مزمن ایرانی مورد تایید قرار گرفته است. در این مطالعه ضرایب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرسی به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۱ و ۰/۸۷ به دست آمد (اصغری و همکاران، ۲۰۱۰). از این یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت که مقیاس‌های DASS دارای اعتبار و پایایی مطلوب است. در این پژوهش تنها از نمره افسردگی بیماران مبتلا به درد مزمن استفاده شد. خرده مقیاس

اطلاعات از دو گروه مداخله و کنترل، داده‌ها از طریق آزمون‌های آماری آزمون T مستقل و تحلیل کوواریانس تک متغیری مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته‌ها

میانگین سن شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش $44/9 \pm 8/85$ و در گروه کنترل $43/78 \pm 18/51$ و میانگین تعداد سال‌های تحصیلی شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش $12 \pm 2/58$ و در گروه کنترل $11/69 \pm 2/56$ بود. تحلیل آماری داده بوسیله آزمون T مستقل نشان می‌دهد بین سن و تحصیلات دو گروه تفاوت معناداری وجود نداشت.

در جدول ۱، میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون و پس آزمون در هر یک از شاخص‌ها برای گروه‌های آزمایش و کنترل ارائه شده است.

برای بررسی و آزمون فرضیه‌های پژوهش از آزمون آماری تحلیل کوواریانس تک متغیری (ANCOVA) استفاده شد. به منظور رعایت مفروضه‌های مورد نیاز ابتدا تساوی واریانس‌های دو گروه نمونه و کنترل و همگنی رگرسیون دو گروه در رابطه با متغیر همگام و متغیر وابسته برای هر یک از فرضیه‌ها بررسی شد. (همان‌طور که در جداول زیر مشاهده خواهید کرد بین نمرات واریانس و همگنی رگرسیون گروه کنترل و نمونه تفاوت معناداری وجود ندارد) سپس داده‌های مربوط مورد تحلیل قرار گرفت.

کاهش ناتوانی ناشی از درد و افسردگی در بیماران مبتلا به کمردرد مزمن و افزایش خودکارآمدی آن‌ها بدنبال شرکت در درمان شناختی حضور ذهن کنترل درد، سه فرض این پژوهش را تشکیل می‌داد. برای بررسی این مفروضه‌ها، در تحلیل‌های جداگانه نمرات پیش آزمون ناتوانی ناشی از درد، افسردگی و خودکارآمدی درد به‌عنوان متغیر همگام و نمرات پس آزمون به‌عنوان متغیر وابسته در تحلیل وارد شدند، که نتایج آن در جدول (۲) ذکر شده است.

همان‌طور که در جدول (۲) ملاحظه می‌شود اعضای گروه آزمایش نسبت به اعضای گروه کنترل کاهش معنادار بیش‌تری در نمرات پرسشنامه ناتوانی رولند و موریس ($p=0/00$, $F=17/36$) و افزایش معنادار بیش‌تری در نمرات پرسشنامه خودکارآمدی درد ($p=0/04$, $F=4/4$) نشان دادند.

نتیجه تحلیل کوواریانس فرضیه سوم این مطالعه را تایید نکرد و اعضای گروه آزمایش کاهش معنادار در نمرات عامل افسردگی پرسشنامه Dass-21 نسبت به اعضای گروه کنترل نشان ندادند ($p=0/2$, $F=1/4$).

بحث

براساس داده‌های بدست آمده از این پژوهش درمان شناختی حضور ذهن می‌تواند منجر به کاهش ناتوانی ناشی از درد در بیماران مبتلا به کمردرد مزمن در مقایسه با گروه کنترل شود.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار متغیرها در دو مرحله

متغیرها		خودکارآمدی درد		ناتوانی ناشی از درد		افسردگی	
نمرات گروه	پیش آزمون (SD) M	پس آزمون (SD) M	پیش آزمون (SD) M	پس آزمون (SD) M	پیش آزمون (SD) M	پس آزمون (SD) M	
کنترل	38/538 (12/77)	43/154 (9/81)	13/846 (6/68)	8/769 (5/96)	6/077 (4/11)	6/154 (4/76)	
آزمایش	48/077 (9/65)	45/615 (12/38)	5/538 (3/99)	7/077 (3/7)	4/154 (3/67)	3/08 (3/22)	

جدول ۲- نتایج آزمون لوین، همبستگی ضرایب رگرسیون و تحلیل کوواریانس

متغیر	آزمون لوین سطح معناداری	ضریب رگرسیون		تحلیل کوواریانس	
		t	سطح معناداری	سطح معناداری	F
ناتوانی ناشی از درد	0/12	0/86	0/39	0/00	17/36
خودکارآمدی درد	0/19	-0/56	0/58	0/04	4/4
افسردگی	0/85	1/15	0/25	0/24	1/4

مواجهه با درد (Hayes & Feldman, 2004) در نظر گرفت.

همچنین نتایج این بررسی نشان داد حضور ذهن مبتنی بر درمان شناختی در افزایش خودکارآمدی بیماران مبتلا به کمردرد مزمن تاثیرگذار است. نتایج بدست آمده این پژوهش با مطالعه Sibinga و همکاران (۲۰۰۸) که افزایش خودکارآمدی را در نتیجه درمان حضور ذهن در بیماران مبتلا به HIV گزارش می‌کند همسو است. مقابله مؤثر با شرایط گوناگون به ارزیابی فرد از کفایت و شایستگی‌اش وابسته است. خودکارآمدی ادراک شده عاملی تعیین‌کننده در چگونگی رفتار، فکر و واکنش هیجانی فرد در موقعیت‌های استرس آمیز و چالش برانگیز است، درد نیز یکی از این موقعیت‌هاست. برخی از پژوهش‌های انجام شده در حوزه‌ی درد حاکی از این است که بیماران مبتلا به دردهای مزمنی که خودکارآمدی بالاتری دارند سطح بالاتری از درد را تحمل می‌کنند. علاوه بر این، Dohls و همکاران (۱۹۸۶) در مطالعه‌ی خود نشان دادند که انتظار خودکارآمدی بالا بهترین پیش‌بینی کننده‌ی تحمل درد است. این مطلب با پرداختن به رابطه بین خودکارآمدی و اضطراب روشن‌تر می‌شود. به نظر می‌رسد خودکارآمدی ارتباط قابل ملاحظه‌ای با اضطراب و آشفتگی هیجانی دارد و هر چه میزان خودکارآمدی در افراد کمتر باشد احتمال افزایش اضطراب و آشفتگی در آن‌ها بیش‌تر می‌شود و از سوی دیگر، افرادی که خودکارآمدی بیش‌تری دارند اضطراب کمتری را گزارش می‌کنند (Weisenberg, 1989). در نتیجه حضور ذهن با تاثیر بر کاهش اضطراب و حساسیت نسبت به آن در بیماران مبتلا به دردهای مزمن (McCracken et al, 2007) می‌تواند احتمال استفاده‌ی بیماران از روش‌های مقابله‌ای ناکارآمد را کاهش داده و گزینه‌های بیش‌تری را برای نحوه‌ی مقابله با درد مزمن در اختیار بیماران قرار دهد و با افزایش عملکرد جسمانی آن‌ها احساس کفایت و خودکارآمدی‌شان را افزایش دهد.

همان‌طور که پیش از این اشاره شد نتایج نشان داد که نمرات متغیر افسردگی در گروه آزمایشی پس از دریافت مداخله تغییر معناداری را نسبت به گروه کنترل نشان ندادند، براساس اطلاعات موجود، میانگین نمره افسردگی در جمعیت عمومی جامعه ایرانی برابر با $4/73$ (انحراف معیار = $4/59$) است (اصغری، ساعد و دیباج نیا، ۲۰۰۸). میانگین و انحراف معیار افسردگی در جمعیت ایرانی مبتلا به درد مزمن $6/30$ (انحراف معیار = $5/44$) است (اصغری و همکاران، ۲۰۱۰). در این مطالعه میانگین نمره افسردگی بیماران برابر با $4/30$ است. با نگاهی به این اطلاعات می‌توان این احتمال را مطرح کرد که بیماران

نتایج بدست آمده از این پژوهش با سایر مطالعات مربوط به این حوزه همسو است، که بر اساس آن‌ها حضور ذهن بیش‌تر با کاهش ناتوانی ناشی از درد این دسته از بیماران ارتباط مستقیم دارد (Cho et al, 2010؛ Schütze et al, 2007؛ McCracken et al, 2010). برای روشن شدن تاثیر درمان حضور ذهن بر ناتوانی و محدودیت عملکرد بیماران مبتلا به کمر درد مزمن بهتر است به ریشه‌های اصلی شکل گیری ناتوانی ناشی از درد بپردازیم. یکی از مدل‌هایی که تبیین مناسبی در این باره ارائه می‌دهد، مدل حساسیت نسبت به اضطراب است. در این مدل، حساسیت نسبت به اضطراب به‌عنوان یکی از عوامل مهم در تجربه‌ی درد مطرح شده است (Asmundson, Norton, Norton, 1999) که در بسیاری از اختلالات مرتبط با درد از جمله دردهای عضلانی-اسکلتی، سردردهای عود کننده و بیماری‌های مربوط به معده و روده تاثیر گذار است (Norton et al, 1999؛ Asmundson et al, 1999). بر اساس شواهد بالینی، اضطراب منجر به توجه انتخابی نسبت به محرک‌های تهدید کننده می‌شود (Williams et al, 1997). همان‌طور که در بسیاری از نظریه‌های بالینی مرتبط با اضطراب مشاهده می‌شود، سوگیری توجه نسبت به محرک‌های تهدیدکننده باعث شناسایی سریع این محرک‌ها و در نتیجه شکل گیری و تداوم اضطراب می‌شود (Eysenck, 1992). افرادی که از نظر بالینی مضطرب هستند یا افرادی که سطح اضطراب بالایی دارند بیش از اندازه نسبت به شناسایی محرک‌های تهدیدکننده حساس می‌باشند و در مقایسه با سایر محرک‌ها، توجه این افراد بیش‌تر به سمت محرک‌های تهدیدکننده معطوف می‌شود، چنین حالتی گوش به زنگی نامیده می‌شود. گوش به زنگی در برابر محرک‌های تهدید آمیز، حالت‌های اضطرابی را افزایش داده و تداخلاتی در رفتارهای معطوف به هدف ایجاد می‌کند (Zeidan et al, 2010). از آنجا که اثربخشی برنامه‌های مبتنی بر حضور ذهن در کاهش اضطراب در مطالعات گوناگونی از جمله Zeidan و همکاران (۲۰۱۰)؛ Sullivan و همکاران (۲۰۰۹)؛ Kang و همکاران (۲۰۰۹)؛ Evans و همکاران (۲۰۰۹) و McCracken و همکاران (۲۰۰۷) تایید شده است. می‌توان کاهش هیجانات منفی به خصوص اضطراب را در بیماران مبتلا به دردهای مزمن (Ahn, 2007؛ Kim, 2008) به‌عنوان یکی از مکانیسم‌های اثرگذار برنامه حضور ذهن مبتنی بر درمان شناختی بر کاهش فرآیندهای خودکاری همچون درگیر شدن بیش از اندازه با درد (برای مثال نگرانی بیش از حد در مورد درد) یا درگیر شدن اندک با درد (برای مثال انجام رفتارهای اجتنابی) و افزایش پاسخ‌های مناسب‌تر و سالم‌تر برای

(۲۰۰۵) و Giesecke و همکاران (۲۰۰۵) می‌باشد که بر مبنای آن‌ها تفاوتی میان سلامت روان بیماران مبتلا به دردهای مزمن با سایر افراد وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

این مقاله بر گرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد به راهنمایی می‌باشد
بدین‌وسیله از مسئولین و کارکنان بخش روانشناسی و فیزیوتراپی بیمارستان اخوان که با همکاری صادقانه خود امکان اجرای پژوهش حاضر را امکان‌پذیر نمودند صمیمانه قدردانی می‌نماید.

شرکت‌کننده در این پژوهش اساساً افسرده نبوده‌اند که درمان انجام شده بتواند تغییری در آن به وجود آورد. باید توجه داشت که یافته‌ی بدست آمده از این پژوهش در رابطه با عدم وجود تفاوت معنادار در میزان افسردگی بیماران و گروه کنترل با نتایج برخی از تحقیقات مغایر دارد و بر اساس بسیاری از پژوهش‌های انجام شده بیماران مبتلا به دردهای مزمن عضلانی-اسکلتی در مقایسه با سایر افراد نشانه‌های بیش‌تری از اختلال افسردگی اساسی، اختلالات اضطرابی (Asmundson et al, 1996) را نشان می‌دهند. با وجود این که نتایج این پژوهش با پژوهش‌های نام برده شده در بالا مغایرت دارد اما نتایج بدست آمده از آن هم راستا با یافته‌های Asmundson, Wright و Hadjistavropoulos

REFERENCES

- Ahn S S (2007); *The effect of Korean version of Mindfulness- Based Stress Reduction program on chronic pain of workers* (Dissertation). Daegu, Korea: Younngnam University.
- Asghari A (2012); "Methods of pain assessment", Tehran: *Roshd press*. (Persian)
- Asghari A, Mehrabian N, Paknejad M, Saed F (2010); "The psychometric properties of Depression, Anxiety and Stress Scale in chronic pain patients", *Journal of Psychology and Educational Sciences*. 40 42-13. (Persian).
- Asghari A, Najarian B, Mohamadi M, Dehghani M (2002); "Pain psychology", Tehran: *Roshd press*. (Persian)
- Asghari A, Nicholas M k (2009); "An Investigation of Pain Self-Efficacy Beliefs in Iranian Chronic Pain Patients: A Preliminary Validation of a Translated English-Language Scale", *Pain Medicine*. 10(4) 619-632.
- Asghari A, Saed F, Dibajnia P (2008); "Psychometric properties of the depression anxiety stress scales -21 (DASS-21) in non-clinical Iranian sample", *International Journal of Psychology*, 2(2) 82- 102.
- Asmundson G J G, Jacobson S J, Allerdings M D, Norton G R (1996); "Social phobia in disabled workers with chronic musculoskeletal pain", *Behaviour Research and Therapy*, 34(11) 939-943.
- Asmundson G J G, Norton P J, Norton G R (1999); "Beyond pain, The role of fear and avoidance in chronicity", *Clinical Psychology Review*. 19(1) 97- 119.
- Asmundson G J G, Norton P J, Veloso F (1999); "Anxiety sensitivity and fear of pain in patients with recurring headaches", *Behaviour Research and Therapy*. 37(8) 703 -713.
- Asmundson G J G, Wright K, Hadjistavropoulos H D (2005); "Hypervigilance and attentional fixedness in chronic musculoskeletal pain: consistency of findings across modified stroop and dot-probe tasks", *The journal of pain*, 6 (8) 497 -506.
- Bahyraee A (2000); "Preliminary examination of a minimal mental status examination in screening elderly patients with dementia", (Dissertation). Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation. (Persian). based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. *Gen Hosp Psychiatry*. 4(1) 33-47.
- Brown T A, Chorpita B F, Korotitsch W, Barlow D H (1997); "Psychometric properties of the depression anxiety stress scales (DASS) in clinical samples", *Behaviour Research and Therapy*, 35(1) 79- 89.
- Cho S, Heiby EM, McCracken LM, Lee S, Moon D (2010); "Pain-related anxiety as a mediator of the effects of mindfulness on physical and psychosocial functioning in chronic pain Patients in Korea", *The Journal of Pain*, 11(8) 789- 797.

- Craig K D (1991); *Emotional aspects of pain in P.D.* (ed). Edinburgh: Churchill-livingstone.
- Evans S, Ferrando S, Findler M, Stowell C, Smart C, Haglin D (2008); "Mindfulness- based cognitive therapy for generalized anxiety disorder", *Journal of Anxiety Disorder*. 22(4) 716-721.
- Eysenck M W (1992); *Anxiety, The cognitive perspective*. Hove: Erlbaum.
- Giesecke T, Gracely R, Williams D, Geisser M, Petzke F, Clauw D (2005); "The relationship between depression, clinical pain, and experimental pain in a chronic pain", *Arthritis & Rheumatism*. 52(5) 1577-1584.
- Greeson J M (2009); Mindfulness Research Update: 2008, *Complementary Health Practice Review*, 14(1) 10- 18.
- Hayes A M, Feldman G (2004); "Clarifying the construct of mindfulness in the context of emotion regulation and the process of change in therapy", *Clin Psychol Sci Prac*. 11(3) 255- 262.
- Kabat-Zinn, J (1982); "An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients", *General Hospital Psychiatry*, 4(1)33-47.
- Kang Y S, Choi S Y, Ryu E (2009); "The effectiveness of a stress coping program based on mindfulness meditation on the stress, anxiety, and depression experienced by nursing students in Korea". *Nurse Education Today*. 29(5) 538-43.
- Kim H J (2008); "A Gestalt group pain treatment program applying mindfulness meditation and its effectiveness (Dissertation) Sungshin Women's University": Seoul. Korea.
- Koenig H G (2003); "Chronic pain: biomedical and spiritual approach", *The Haworth pastoral press*.
- McCracken L M, Gauntlett-Gilbert J, Vowles K E (2007); "The role of mindfulness in a contextual cognitive-behavioral analysis of chronic pain-related suffering and disability", *Pain*. 131(1-2) 63-69.
- Melzack R, Casey K L (1968); "Sensory, motivational and central control determinants of pain: A new conceptual model, in D Kenshalo (ed): The skin Senses". *Springfield*, p. 137-153.
- Melzack R, Wall P D (1965); "Pain mechanisms: A new theory", *Science*. 150 (3699) 971-979.
- Mohammadi F (2010); "The effectiveness of Mindfulness based cognitive therapy for pain management on psychosocial function in patients with chronic low back pain", (Dissertation). Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation. (Persian).
- Morone N E, Greco C M, Weiner D K (2008); "Mindfulness meditation for the treatment of chronic low back pain in older adults: A randomized controlled pilot study", *Pain*. 134(3) 310-319.
- Norton G R, Norton P J, Asmundson G J G, Thompson L A, Larsen D K (1999); "Neurotic butterflies in my stomach, The role of anxiety, anxiety sensitivity, and depression in functional gastrointestinal disorders". *Journal of Psychosomatic Research*. 47(3) 233- 240.
- Otis J D (2007); "Managing chronic pain: A cognitive-behavioral therapy approach", Oxford university press.
- Roland M, Morris R (1983); "A study of a natural history of the back pain, part I: development of a reliable and sensitive measure of disability in low back pain", *Spine*. 8 (2) 141- 148.
- Sanderson C A (2004); *Health Psychology*. United States of American: Wiley Press.
- Schütze R, Rees C, Preece M, Schütze M (2010); "Low mindfulness predicts pain catastrophizing in a fear-avoidance model of chronic Pain", *Pain*. 148 (1) 120- 127.
- Segal Z V, Williams J, Mark D, Teasdale J D (2002); "Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse". New York: Gilford. p. 163-169.
- Sibinga E M, Stewart M, Magyari T, Welsh C K, Hutton N, Ellen J M (2008); "Mindfulness-based stress reduction for HIV-infected youth: a pilot study", *Explore*. 4 (1) 36-37.
- Sullivan M J, Wood L, Terry J, et al (2009); "The support, education, and research in chronic heart failure study (SEARCH): A mindfulness- based psychoeducational intervention improves depression and clinical symptoms in patients with chronic heart failure", *American Heart Journal*. 157(1) 85-90.
- Turk D C, Swanson K (2007); "Efficacy and cost effectiveness treatment for chronic pain: An analysis and evidence-based synthesis. In M E Schatman, & A Campbell (Eds.) Chronic pain management: guidelines for multidisciplinary program development". New York: *informa healthcare*. p.15- 38.

Weisenberg M (1989); *Cognitive aspect of pain in Wall p and Melzck R. Textbook of pain.*

Williams J M G, Watts F N, MacLeod C, Mathews A (1997); *Cognitive psychology and the emotional disorders.* (2nd ed.).Chichester: Wiley.

Zeidan F, Gordon N S, Merchant J, Goolkasian P (2010); "The Effects of Brief Mindfulness Meditation Training on Experimentally Induced Pain", *The Journal of Pain.* 11(3) 199- 209.

The effectiveness of “Mindfulness based Cognitive Therapy” on psychosocial performance of chronic low back pain patients (CLBP)

Mohammadi F¹, Imanzad M², Mohammadkhani P³,
Dolatshahi B⁴, Asghari A⁵, Tavassoli E⁶

-
1. M.sc of clinical psychology, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
 2. Proteomix Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
 3. Professor of psychology, University of social welfare and rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
 4. Associate of clinical psychology, University of social welfare and rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
 5. Associate of clinical psychology, Shahed University, Tehran, Iran.
 6. PhD Candidate in Health Education & Health promotion, Student Research Committee Department of Public Health, Faculty of Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
- Corresponding author: Farzaneh Mohammadi; Farzanehmohammadi86@gmail.com

Abstract

Background & aim: One third of people suffer from chronic pain, a condition frequently associated with decreased quality of life and high levels of psychological distress. This study was conducted to examine the effectiveness of Mindfulness Meditation for pain management on psychosocial performance of 18-65 years old women with chronic low back pain (CLBP).

Materials and method: In this Quasi experimental study, 26 volunteer female patients with CLBP referred to physical therapy, Akhavan hospital, attending a clinical assessment for treatment of chronic pain recruited using convenience sampling. Then they were randomly assigned to experimental and control groups (13 persons in each group). Both groups completed Roland and Morris Disability Questionnaire, Pain Self-efficacy Questionnaire (PSEQ) and Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21). The Mindfulness Meditation for pain management intervention was lasted approximately 8 weeks. The focus of this program is on awareness enhancement, attention to cognitive and emotional factors and behavioral activation finally. The control group did not receive any psychological intervention. Data was analyzed by SPSS-15.

Finding: The result of covariance analysis indicated that the disability caused by pain significantly reduced ($p=0/00$) and pain self-efficacy increased in intervention group ($p=0/04$). There was no statistically significant difference in depression scores between two groups ($p=0/2$).

Conclusion: Results from the present investigation demonstrate that “Mindfulness Meditation for pain management” can enhance the psychosocial function of patients with chronic pain by reducing the anxiety sensitivity and selective attention to pain stimuli.

Keywords: Psychotherapy, Cognitive Therapy, Chronic Pain, Self-Efficacy, Performance.