

اثربخشی «درمان شناختی حضور ذهن» بر شدت درد ادراک شده و محدودیت عملکرد زنان مبتلا به درد مزمن در روند سالمندی (مقاله پژوهشی برگرفته از پایان نامه)

فرزانه محمدی^{۱*}، پروانه محمدخانی^۲، بهروز دولتشاهی^۳، محمدعلی اصغری مقدم^۴

چکیده:

هدف: تعیین اثربخشی درمان شناختی حضور ذهن کنترل درد، بر شدت درد ادراک شده و محدودیت عملکرد بیماران مبتلا به درد مزمن در کنار شناسایی رابطه این دو متغیر با سن، هدف پژوهش حاضر بود. **روش بررسی:** در این پژوهش نیمه تجربی، ۳۰ بیمار زن داوطلب از بیماران ۱۸ تا ۶۵ ساله مبتلا به درد مزمن مراجعه کننده به بخش فیزیوتراپی بیمارستان اخوان به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند (۱۵ نفر در هر گروه). برای جمع آوری اطلاعات مورد نیاز اعضای هر دو گروه با فاصله زمانی ۲ ماه به پرسشنامه‌های طبقه بندی مدرج درد (GPQ) و ناتوانی ناشی از درد پاسخ دادند. برنامه ۸ جلسه‌ای «درمان شناختی حضور ذهن» در مورد گروه مداخله انجام شد و گروه کنترل هیچ مداخله روانشناختی دریافت نکرد. داده‌ها پس از جمع آوری با استفاده از آزمون آماری تحلیل کوواریانس بررسی شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد در درجه اول سن با شدت درد ادراک شده و محدودیت عملکرد در بیماران مبتلا به درد مزمن رابطه دارد. همینطور نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که شدت درد ادراک شده ($p=0/001$) و محدودیت ناشی از درد ($F=0/04$) به طور معنی داری در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش یافت. **نتیجه گیری:** شدت درد ادراک شده و محدودیت عملکرد با روند افزایش سن رابطه دارد. درمان شناختی حضور ذهن ممکن است با کاهش فاجعه آمیز کردن درد و در نتیجه کاهش اضطراب و ترس مرتبط با درد در کاهش شدت درد ادراک شده و محدودیت عملکرد بیماران مبتلا به درد مزمن مؤثر باشد و می‌تواند یک راهبرد پیشگیرانه مفیدی تلقی شود. **کلید واژه‌ها:** حضور ذهن مبتنی بر درمان شناختی، درد مزمن، فاجعه آمیزی، ترس - اجتناب

۱- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران.
* پست الکترونیک نویسنده مسئول: Farzanehmohammadi86@gmail.com
۲- استاد گروه روانشناسی بالینی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران
۳- استادیار گروه روانشناسی بالینی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران
۴- دانشیار گروه روانشناسی بالینی دانشگاه شاهد

مقدمه

اختلال درد در زنان دو برابر بیشتر از مردان تشخیص داده می‌شود (۳). مطالعه همه گیرشناسی در استرالیا نشان داده است که ۱۷ درصد مردان و ۲۰ درصد زنان این کشور مبتلا به درد مزمن هستند (۷). زنان مبتلا به درد مزمن نسبت به مردان رفتارهای اجتنابی و ناتوانی بیشتری نشان می‌دهند (۸، ۹). زیرا به موازات استمرار درد، سلامت عمومی، سلامت روانی، عملکردهای جسمانی و اجتماعی و نیز نقش‌هایی که فرد باید به لحاظ جسمی و روانشناختی در زندگی ایفا کند در جهت منفی تحت تأثیر قرار می‌گیرند (۴).

پژوهش‌های مختلفی به بررسی عوامل دخیل در شکل گیری درد مزمن و تبیین پیامدهای آن پرداخته‌اند. برای مثال لتم و همکاران (۱۹۸۳) به نقش اساسی ترس و اجتناب در تبدیل درد حاد به مزمن اشاره کرده است. این پژوهشگران ترس از درد را

شاید درد عمومی‌ترین فشار روانی باشد که انسان با آن رو به رو می‌شود. هیچ کدام از علائم جسمانی دیگر به فراگیری درد نیستند (۱). بررسی ۱۵ مطالعه همه گیر شناسی، میانگین شیوع درد مزمن را در جمعیت بزرگسالان ۱۵ درصد گزارش کردند و سازمان بهداشت جهانی^۱ این رقم را ۲۰ درصد تخمین می‌زند (۲). شایعترین سن ابتلا به درد دهه چهارم و پنجم زندگی است، شاید به این دلیل که با افزایش سن، تحمل درد کاهش می‌یابد (۳). در جمعیت عمومی بزرگسال (۱۸-۶۵ سال) ایرانی، شیوع ۶ ماهه درد مزمن مستمر از ۹ درصد (۴) تا ۱۴ درصد (۵) و در جمعیت سالمند (۶۰-۹۰ سال) ایرانی حدود ۶۷ درصد (۶) گزارش شده است. آمار نشان می‌دهد که شیوع درد مزمن و پیامدهای آن علاوه بر سن با متغیر جنسیت نیز در ارتباط است.

شناختی حضور ذهن کنترل درد» بر کاهش شدت درد ادراک شده و محدودیت عملکرد زنان مبتلا به درد مزمن در سنین پیش از سالمندی می‌پردازد.

روش بررسی

مطالعه حاضر یک پژوهش نیمه تجربی است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان ۱۸ تا ۶۵ ساله مبتلا به درد مزمن بودند که در فاصله زمانی مهر ۸۸ تا خرداد ۸۹ برای دریافت خدمات فیزیوتراپی به بیمارستان اخوان تهران مراجعه کرده بودند. پس از توضیح روند اجرای پژوهش، از بین داوطلبین ۳۰ بیمار به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند که به شیوه تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل (۱۵ نفر در هر گروه) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل داشتن درد مزمن بصورت گزارش درد در اغلب روزها به مدت ۳ ماه، طی ۶ ماه گذشته (۲۱) و تحصیلات سیکل و بالاتر بود. بیماران در صورت عدم دارا بودن ملاک‌های ورود و یا وجود نشانگان مربوط به اختلالات شناختی (آلزایمر، دمانس) بر اساس آزمون معاینه مختصر وضعیت روانی (MMSE)^۱ و یا سوء مصرف مواد (۲۲) نیز وارد مطالعه نمی‌شدند. به منظور جمع‌آوری اطلاعات مورد نظر هر دو گروه به آزمون معاینه مختصر وضعیت روانی و پرسشنامه‌های درجه‌بندی درد مزمن (GPQ)^۲ و پرسشنامه‌ی ناتوانی ناشی از درد^۳ در دو نوبت پیش آزمون و پس آزمون پاسخ دادند. از آنجایی که شرکت کنندگان در دامنه سنی وسیعی قرار داشتند امکان تحلیل داده‌های مربوط به شدت درد ادراک شده و محدودیت عملکرد با روند افزایش سن فراهم شد.

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 (MMSE) در سرند سالمندان مبتلا به دمانس پرداخت. در این مطالعه پایایی آزمون سرندی (MMSE) با روش بازآزمایی به فاصله ده روز ۷۳٪ بدست آمد (۲۳).

پرسشنامه درجه‌بندی درد مزمن (GPQ) با ۴۲ سوال، شدت مشکلات ناشی از درد مزمن را اندازه‌گیری می‌کند. با اجرای این پرسشنامه نه تنها اطلاعاتی در مورد ویژگی‌های مردم شناختی (دموگرافیک) افراد شرکت کننده در مطالعه فراهم می‌آید، بلکه

به عنوان پیش زمینه اجتناب از روبه رو شدن با محرک‌هایی معرفی کرده‌اند که تداعی کننده درد برای فرد هستند (۱۰). اجتناب از موقعیت تهدید کننده می‌تواند باعث کاهش درد، ترس، تنش و اضطراب و در نهایت تقویت رفتارهای اجتنابی شود. اینگونه رفتارهای اجتنابی مانع از مواجهه با پیامدهای واقعی (غیر آسیب زا) موقعیت تهدید کننده می‌شود. علاوه بر این، اگر رفتار اجتنابی به درستی انجام نشود، ترس دوباره آغاز می‌شود (۱۱). برخی از پژوهشگران معتقدند که ترس از درد، از خود درد ناتوان کننده‌تر است (۱۲). در رویکردهای مبتنی بر حضور ذهن، درد به عنوان بخشی غیر قابل اجتناب در زندگی پذیرفته می‌شود. هدف این رویکردها ایجاد انعطاف پذیری روانشناختی هنگام حضور افکار، احساسات و رفتارهای مرتبط با درد در بیمار است (۱۳). مک کراکن و ولمن (۲۰۱۰) در پژوهش خود نشان دادند انعطاف پذیری شناختی و حضور ذهن بالاتر با رنج و ناتوانی کمتر در بیماران همراه است (۱۴). مسگریان (۱۳۸۹) نیز در مطالعه خود گزارش کرده است که پذیرش درد می‌تواند ۳۴ درصد واریانس اختلال عملکرد روزانه و ۹ درصد واریانس ناتوانی جسمی را فراتر از مقدار تبیین شده بوسیله شدت درد تبیین کند (۱۵). تمرینات حضور ذهن می‌توانند نگرش به درد را تغییر دهند (۱۶) و امکانی را فراهم آورند که درد به رنج منجر نشود (۱۷). پژوهش‌های متعددی اثربخشی این مداخلات را در افزایش پذیرش و کاهش شدت درد و شکایات جسمانی در گروه‌های متفاوتی از بیماران مبتلا به درد مزمن نشان داده‌اند (۲۰-۱۸). همانگونه که ذکر شد شیوع درد مزمن مستمر و عود کننده با افزایش سن، بیشتر می‌شود. پژوهش میرزمانی و همکاران (۱۳۸۷) نشان داد که افراد سالمند بطور معنی داری درد شدیدتری تجربه می‌کنند و این موضوع باعث تداخل بیشتر درد در عملکردهای زندگی روزانه این افراد می‌شود و این در حالیست که حمایت و وابستگی به همسر و یا فرد مهم زندگی در سالمندان مبتلا به درد مزمن کاهش می‌یابد. چون درد نه تنها ظرفیت فرد دردمند بلکه ظرفیت اطرافیان او را نیز به تحلیل می‌برد (۳). این مسئله ضرورت انجام مداخلات پیشگیرانه را بیش از پیش آشکار می‌سازد. شاید توجه به درد و مدیریت آن در آغاز راه و پیش از شکل‌گیری الگوهای رفتاری معیوب از پیامدهای فراوان ازمان درد در سالهای بعدی بکاهد. بر این اساس پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی «درمان

1- Minimal Mental Status Examination (MMSE) 2- Graded classification of chronic pain
3- Pain disability questionnaire

درد ساخته شده است. از آزمودنی خواسته می‌شود در مقابل سوالاتی که به خوبی بیان کننده‌ی حالات امروز وی هستند، را علامت بگذارد و اگر عبارتی حالت امروز وی را توصیف نمی‌کند، از آن بگذرد و سوال بعدی را پاسخ بگوید. نمره‌ی کلی این مقیاس از ۰ (عدم وجود ناتوانی) تا ۲۴ (بیشترین میزان ناتوانی) است (۲۵).

شرکت کنندگان گروه مداخله در درمان شناختی حضور ذهن مبتنی بر کنترل درد شرکت کردند. این برنامه، درمانی است که با توجه به طرح درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن برای پیشگیری از عود افسردگی (۲۲) و درمان شناختی - رفتاری کنترل درد مزمن (۲۵) در قالب ۸ جلسه درمانی ۲ ساعت به مدت ۲ ماه توسط پژوهشگران طراحی شد (۲۶).

نتایج حاصل از آن دانسته‌هایی را در مورد چگونگی شروع درد، سیر (دوره) درد، اقدامات درمانی انجام شده و تأثیر درد بر زندگی روزمره فراهم می‌آورد. علاوه بر این، پرسشنامه مذکور که توسط خود بیمار پاسخ داده می‌شود، امکان دسترسی به طبقه‌بندی مدرج درد مزمن را فراهم می‌آورد. این پرسشنامه تا کنون در مطالعات گسترده‌ای با بیماران درد مزمن ایرانی بکار گرفته شده و کارآمدی آن نشان داده شده است (۲۴). از آنجا که در این پرسشنامه هر بیمار به درجه‌بندی شدت درد ادراک شده خود می‌پردازد و روایی و پایایی برای آن مطرح نمی‌شود.

پرسشنامه‌ی ناتوانی ناشی از درد^۱ ابزار خود گزارش‌دهی، دارای ۲۴ سوال است که توسط رولند و موریس (۱۹۸۳) با هدف سنجش میزان ناتوانی در انجام کارهای روزانه به خاطر وجود

جلسه اول	معرفی اعضاء به یکدیگر ارائه توضیحاتی در مورد درد و انواع آن و نظریه‌های مطرح شده درد معرفی کلی درمان حضور ذهن مبتنی بر درمان شناختی کنترل درد ارائه توضیحاتی پیرامون سیستم هدایت خودکار معرفی مراقبه خوردن همراه با تجربه عملی در جلسه تعیین تکلیف هفته آینده
جلسه دوم	مرور تکلیف هفته گذشته توضیح مدل شناختی ABC و ارائه فهرست خطاهای شناختی معرفی مراقبه واریسی بدنی تعیین تکلیف هفته آینده
جلسه سوم	مرور تکلیف هفته گذشته بررسی رابطه بین افکار منفی و درد بررسی رابطه بین درد و هیجان انجام مجدد مراقبه بدنی معرفی مراقبه تنفس تعیین تکلیف هفته آینده
جلسه چهارم	مرور تکلیف هفته گذشته مروری بر رابطه بین استرس و درد تمرین ۵ دقیقه‌ای دیدن و شنیدن معرفی فضای ۳ دقیقه‌ای تنفس تعیین تکلیف هفته آینده

جلسه پنجم	مرور تکلیف هفته گذشته بهداشت خواب مراقبه نشسته (حضور ذهن از تنفس و بدن) بررسی آگاهی از وقایع خوشایند و ناخوشایند بر احساس، افکار و حس های بدنی تعیین تکلیف هفته آینده
جلسه ششم	مرور تکلیف هفته گذشته مراقبه نشسته (حضور ذهن از صداها و افکار) بحث پیرامون ماندن در زمان حال توضیح روش متفاوت دیدن افکار تعیین تکلیف هفته آینده
جلسه هفتم	مرور تکلیف هفته گذشته معرفی فعالیت زمان مند پذیرش با استفاده از تنفس استفاده از فضای تنفس - دستورالعمل گسترده تعیین تکلیف هفته آینده
جلسه هشتم	مرور تکلیف هفته گذشته بازنگری کل برنامه پاسخگویی به پرسشنامه ها

پس از پایان مداخله و جمع آوری مجدد اطلاعات از دو گروه مداخله و کنترل، داده ها از طریق آزمون های آماری آزمون T مستقل و تحلیل کوواریانس تک متغیری مورد بررسی قرار گرفتند. همچنین رابطه سن با شدت درد ادراک شده و محدودیت عملکرد شرکت کنندگان مورد تحلیل واقع شد.

یافته ها
میانگین و انحراف استاندارد سن و تحصیلات اعضای دو گروه در جدول ۱ نشان داده شده است. تحلیل آماری داده بوسیله آزمون T مستقل نشان می دهد بین سن و تحصیلات دو گروه تفاوت معناداری وجود نداشت.

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد سن و تحصیلات دو گروه

سطح معناداری	مقدار t	انحراف معیار	میانگین	گروه	سن
		۸/۸۳	۴۴/۸۶	گروه آزمایش	
۰/۸۵	۰/۱۸۹	۱۸/۵	۴۳/۷۶	گروه کنترل	
		۲/۵۸	۱۲	گروه آزمایش	تعداد سالهای تحصیلی
۰/۷۶	۰/۳	۲/۵۶	۱۱/۶۹	گروه کنترل	

p<0/05

فراوانی مناطق مختلف درد بر اساس پرسشنامه درجه بندی درد مزمن در شرکت کنندگان گروه آزمایشی و کنترل در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲: فراوانی نقاط مختلف درد در دو گروه

مناطق درد	گردن	شانه	دستها و پاها	کمر و پشت	لگن
گروه آزمایش	۲	۲	۷	۳	۱
گروه کنترل	۱		۴	۸	۲

به منظور بررسی رابطه شدت درد ادراک شده و محدودیت عملکرد باسن در بیماران مبتلا به درد مزمن، شرکت کنندگان بر حسب سن در سه طبقه قرار دادند و میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون ۲ گروه در متغیرهای ذکر شده مقایسه شد.

جدول ۳: بررسی میانگین پیش آزمون و پس آزمون متغیرهای شدت درد ادراک شده و محدودیت عملکرد در دو گروه

گروه	طبقات سنی	میانگین شدت درد (پیش آزمون)	میانگین شدت درد (پس آزمون)	محدودیت عملکرد (پیش آزمون)	محدودیت عملکرد (پس آزمون)
گروه مداخله	۱۸-۳۳ ساله	۳/۵	۱/۵	۵	۳
	۳۴-۵۰ ساله	۴/۱۴	۰/۸۵	۶/۵۷	۴/۲۸
	۵۱-۶۵ ساله	۶	۳/۷۵	۹	۹
گروه کنترل	۱۸-۳۳ ساله	۷/۵	۳/۵	۱۳/۶۶	۱۴
	۳۴-۵۰ ساله	۴/۶۶	۴/۲۵	۶/۸۳	۱۱/۶۶
	۵۱-۶۵ ساله	۷/۲	۷/۳۳	۸	۱۷

همگام و متغیر وابسته برای هر یک از فرضیه‌ها بررسی شد و سپس داده‌های مربوط مورد تحلیل قرار گرفت. فرض اول این پژوهش کاهش شدت درد ادراک شده در بیماران گروه نمونه در مقایسه با گروه کنترل بود. در بررسی این فرضیه نمره پیش آزمون شدت درد ادراک شده به عنوان متغیر همگام و نمره پس آزمون به عنوان متغیر وابسته در تحلیل انجام شده وارد شدند.

نمرات بالا نشان می‌دهد که میانگین نمرات دو متغیر شدت درد ادراک شده و محدودیت عملکرد با افزایش سن در طبقات سنی افزایش یافته است ($p < 0/05$). به منظور بررسی و آزمون فرضیه‌های پژوهش از آزمون آماری تحلیل کوواریانس تک متغیری (ANCOVA) استفاده شد. برای رعایت فرضیه‌های مورد نیاز ابتدا تساوی واریانس‌های دو گروه نمونه و کنترل و همگنی رگرسیون ۲ گروه در رابطه با متغیر

جدول ۴: نتایج آزمون لوین، ضریب همبستگی رگرسیون و تحلیل کوواریانس در متغیر شدت درد ادراک شده

متغیر	آزمون لوین		ضریب رگرسیون		تحلیل کوواریانس
	سطح معناداری	t	سطح معناداری	سطح معناداری	
شدت درد ادراک شده	۰/۰۶	۲/۰۱	۰/۰۵	۰/۰۰۲	۱۲/۳۴

$p < 0/05$

فرضیه دوم نیز کاهش محدودیت عملکرد ناشی از درد را در بیماران شرکت کننده در درمان شناختی حضور ذهن کنترل درد پیش بینی کرد. برای بررسی این فرضیه نمره پیش آزمون محدودیت عملکرد به عنوان متغیر همگام و نمره پس آزمون به عنوان متغیر وابسته در تحلیل انجام شده وارد شدند.

همانطور که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود فرضیه اول پژوهش تایید شده است ($p < 0/002$, $F=12/34$) و درمان شناختی حضور ذهن کنترل درد، شدت درد ادراک شده در بیماران مبتلا به درد مزمن را کاهش می‌دهد.

جدول ۵: نتایج آزمون لوین، همبستگی ضرایب رگرسیون و تحلیل کوواریانس در متغیر محدودیت عملکرد

متغیر	آزمون لوین		ضریب رگرسیون		تحلیل کوواریانس
	سطح معناداری	t	سطح معناداری	سطح معناداری	
محدودیت عملکرد	۰/۱۲	۰/۸۶	۰/۳۹	۰/۰۰	۱۷/۳۶

$p < 0/05$

ایجاد کند می‌تواند باعث کاهش ادراک شدت درد و ناتوانی ناشی از آن باشد. شوتر و همکاران (۲۰۱۰) عقیده دارند حضور ذهن اندک آغازگر فاجعه‌آمیز کردن درد محسوب می‌شود (۲۷). در واقع به نظر می‌رسد که گرایش برای درگیر شدن در فرایندهای پردازشی خودکار به جای فرایندهای مبتنی بر آگاهی (۳۰) به همراه توجه بدون انعطاف (۳۱)، و عدم آگاهی نسبت به لحظه‌ی کنونی (۳۲) باعث می‌شود 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 بیش برآورد کنند. بنابراین حضور ذهن اندک زمینه‌ی مناسبی برای رشد افکار منفی و انحرافی در مورد درد ایجاد می‌کند. بر مبنای تعاریف موجود در رابطه با حضور ذهن به نظر می‌رسد که حالت غیر ادراکی و بدون ارزیابی موجود در حضور ذهن می‌تواند از آغاز شدن فرایندهای ارزیابی کننده‌ی شدت درد و فاجعه‌آمیز کردن ممانعت کرده و با قطع و یا کاهش الگوهای عادتگونه در مواجهه با تجربیات مختلف (۳۳) باعث کاهش شدت ادراک درد شود. با استناد به این شواهد می‌توان نقش درمان‌های حضور ذهن در کاهش شدت درد بیماران مبتلا به دردهای مزمن را که در بسیاری از تحقیقات از جمله زیدان و همکاران (۲۰۱۰) و روزن‌زورگ و همکاران (۲۰۱۰) و کابات - زین (۱۹۸۲) به آن اشاره شده است بیش از پیش مورد تاکید قرار داد (۲۰-۱۸).

فاجعه‌آمیز کردن درد به ترس و اضطراب مرتبط با درد می‌انجامد. و نقش مهمی در درک علل باقی ماندن و تشدید درد دارد. فرد مبتلا به درد برای دور ماندن از اضطراب افزایش درد در نتیجه فعالیت، الگوهای رفتاری ویژه‌ای را شکل می‌دهد که در ضمن آنها از بسیاری از موقعیت‌ها و فعالیت‌ها اجتناب می‌کند (۱۱). این الگو بتدریج در فعالیت‌های روزانه‌ی فرد تداخل ایجاد کرده و در نتیجه باعث افزایش محدودیت عملکرد جسمانی در این دسته از افراد می‌شوند (۳۸-۳۶). همانطور که اشاره شد انتظار می‌رود کاهش فاجعه‌آمیز کردن درد در بیماران منجر به کاهش ترس و اضطراب مرتبط با درد و در نتیجه

اعضای گروه آزمایش نسبت به اعضای گروه کنترل کاهش معنادار بیشتری در نمرات پرسشنامه ناتوانی رولند و موریس نشان دادند. (p=0/00, F=17/36) بنابراین فرضیه دوم پژوهش نیز تایید شد و درمان شناختی حضور ذهن کنترل درد، محدودیت عملکرد ناشی از درد بیماران مبتلا به کمر درد مزمن را کاهش داد.

بحث

پژوهش حاضر نشان داد در درجه اول شدت درد ادراک شده و محدودیت عملکرد در مبتلایان به درد مزمن با افزایش سن، روند افزایشی دارد. رابطه شدت درد ادراک شده و محدودیت عملکرد با سن در مطالعات دیگر نیز نشان داده شده است (۶-۲). از طرفی نتایج پژوهش نشان داد که استفاده از درمان شناختی حضور ذهن کنترل درد باعث کاهش شدت درد ادراک شده و محدودیت عملکرد بیماران مبتلا به درد مزمن نسبت به گروه کنترل می‌شود. برای تبیین این یافته‌ها ابتدا باید به دلایل اصلی افزایش ادراک شدت درد و کاهش عملکرد در این دسته از بیماران پرداخت. مدل‌های روانشناختی درد مزمن از جمله مدل ترس - اجتناب نشان می‌دهند که شیوه‌ای که مردم احساس دردشان را تفسیر می‌کنند و یا به آن پاسخ می‌دهند تعیین کننده مهمی در تجربه درد است (۲۷). فاجعه‌آمیز کردن درد، گرایشی مبالغه‌آمیز و منفی نسبت به تجربه‌ی درد واقعی یا پیش بینی شده است (۲۸) که باعث افزایش شدت درد، آشفتگی و ناتوانی در بیماران مبتلا به دردهای مزمن عضلانی - اسکلتی می‌شود (۲۹). فاجعه‌آمیز کردن درد با ترس و اضطراب ناشی از درد ارتباط قابل توجهی دارد. در مدل ترس - اجتناب، متغیر مرکزی فاجعه سازی است، هم به دلیل مسیر شناختی که از آن طریق ترس از درد ایجاد می‌شود و از این طریق با ناتوانی ناشی از درد مرتبط می‌شود و هم به این دلیل که ارزیابی منفی درد، ۷ تا ۳۱٪ واریانس شدت درد را تبیین می‌کند. از این رو هر مکانیسمی که بتواند فاجعه‌آمیز کردن درد را کاهش داده و یا در فرایند آن تغییر

نتیجه گیری

با توجه به دیدگاه اجتناب از ترس، با واکسینه کردن بیمار علیه تفکر منفی و نشخوار فکری علیه درد، احتمال ترس از درد کاهش می یابد و در نتیجه رفتارهای اجتنابی محدودتر شده و احتمال افسردگی و ناتوانی عملکردی کمتر می شود. بطور خلاصه، آموزش حضور ذهن می تواند در سازگاری بهتر بیماران مبتلا به دردهای مزمن نقش مؤثری ایفا کند. با توجه به افزایش شدت درد ادراک شده و محدودیت عملکرد در روند سالمندی می توان از آن به عنوان یک راهکار پیشگیرانه نیز بهره مند شد.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از مسئولین و کارکنان بخش روانشناسی و فیزیوتراپی بیمارستان اخوان که با همکاری صادقانه خود امکان اجرای پژوهش حاضر را امکان پذیر نمودند صمیمانه قدردانی می نماید.

کاهش محدودیت عملکرد ناشی از آن شود. نتایج پژوهش های مک کراکن، گانتلت - گیلبرت، و وولز (۲۰۰۷)، شوتز، ریز، پریس و شوتز (۲۰۱۰) و چو، هیبی، مک کراکن، لی، و مون (۲۰۱۰) نیز این یافته را تایید می کند (۳۷، ۳۶، ۲۷). در گزارش نتایج نیز مشاهده شد، شدت درد ادراک شده با روند افزایش سن بیشتر می شود که با پژوهش میرزمانی (۱۳۷۸) همخوان است. بنابراین می توان انتظار داشت استفاده از الگوها و رفتارهای مرتبط با درد و در نتیجه محدودیت بیشتر عملکرد در بیماران مبتلا به درد سالمند افزایش یابد. دست اندرکاران این پژوهش امیدوارند انجام چنین مداخلاتی در سنین پیش از سالمندی در افزایش سلامت و کیفیت زندگی بیماران در سنین سالمندی مؤثر باشد. از آنجا که انجام پذیری و اثربخشی درمانی روش مداخله حضور ذهن بر شدت درد ادراک شده و عملکرد جسمی سالمندان مبتلا به کمردرد مزمن برای اولین بار (۲۰۰۸) توسط مورنو، گریکو و وینر تایید شد (۳۸)، پیشنهاد می شود پژوهشی به بررسی این موضوع در جامعه بیماران سالمند ایرانی پردازد.

REFERENCES

منابع

1. Asghari Moghaddam MA, Najarian B, Mohammadi M, Dehghani M. Psychology of Pain: Control and treatment approaches. Tehran: Roshd; 2002.
2. Turk DC, Swanson K. Efficacy and cost effectiveness treatment for chronic pain: An analysis and evidence-based synthesis. In: Schatman ME, Campbell A, editors. Chronic pain management: guidelines for multidisciplinary program development. New York, London: Informa healthcare; 2007:15-38.
3. Myrzmany M, Hel Saz MT, Sadid A, Safari A. Compare the effect of pain on the lives of seniors and people with chronic pain. *Salmand* 1999; 3 (7): 47-55
4. Asghari MA, Karami B, Rezaie S. Prevalence of chronic pain and pain in the city of Ilam Ghorveh. *Journal of Psychology* 2002; 6: 30-50.
5. Asghari MA. Investigating the prevalence of recurrent chronic pain and its effect on social performance in industrial unit in Tehran. 2004; 11(4): 1-14.
6. Asghari A, Ghaderi N, Ashory A. The prevalence of pain among residents of nursing homes and the impact of pain on their mood and quality of life. *Archives of Iranian Medicine* 2006; 9(4): 368-373.
7. Blyth FM, March LM, Brnabic AJM, Jorm LR, Williams M, Cousins MJ. Chronic pain in Australia: a prevalence study. *Pain* 2001; 89: 127-134.
8. Philips HC, Jahanshahi M. The components of pain behavior report. *Behav Res Ther* 1986; 24: 112-125.
9. Keefe FJ, Lefebvre JC, Egert JR, Afueck G, Sullivan MJ, Caldwell DS. The relationship of gender to pain, pain behavior and disability in osteoarthritis patients: the role of catastrophizing. *Pain* 2000; 67(3): 325-334.
10. Lethem J, Slade PD, Troup JD, Bentley G. outline of a fear-avoidance model exaggerated pain perception. *Behav Res Ther* 1983; 21(4): 401-8.
11. Vlaeyen JW, Linton SJ. Fear avoidance and its consequences in musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain* 2000; 85, 317-332.
12. Crombez G, Vlaeyen JWS, Heuts PHTG, Lysens R. Pain-related fear is more disabling than pain itself: Evidence on the role of pain-related fear in chronic back pain disability. *Pain* 1999; 80: 329-339.
13. Dahl J, Lundgren T. Acceptance and commitment therapy (ACT) in the treatment of chronic pain. In Baer RA (Eds). *Mindfulness-based treatment approaches: A clinician's guide to evidence base and applications*. San Diego, CA: Academic Press, 2006; 75-91.
14. Mc Cracken LM, Velleman SC. Psychological flexibility in adults with chronic pain: A study of acceptance, mindfulness, and values-based action in primary care. *PAIN* 2010; 148: 141-147.
15. Mesgarian F, Asghari Moghaddam MA, Shaeeri MR. Acceptance of chronic pain with physical disability and daily function in patients with chronic pain. *Contemporary Psychology* 2010; 5 (suppl): 708-710.
16. Germer CK, Siegel RD, Fulton PR (Eds). *Mindfulness and Psychotherapy*. New York, London: Guilford, 2005; p. 176-178.
17. Kozak A. Mindfulness in the management of chronic pain: conceptual and clinical considerations. *Techniques In Regional Anesthesia & Pain Management* 2008; 12: 115-118.
18. Zeidan F, Gordon NS, Merchant J, Goolkasian P. The Effects of Brief Mindfulness Meditation Training on Experimentally Induced Pain. *The Journal of Pain* 2010; 11: 199-209.
19. Rosenzweiga S, Greeson JM, Reibel DK, Greend JS, Jassere SA, Beasley B. Mindfulness-based Stress reduction for chronic pain conditions: Variation in treatment outcomes and role of home meditation practice. *Journal of Psychosomatic Research* 2010; 68: 29-36.
20. Kabat-Zinn J. An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. *Gen Hosp Psychiatry* 1982 ;4: 33-47.
21. Sanderson C. *A Health Psychology*. United States of American: Wiley Press; 2004.
22. Segal ZV, Williams J, Mark D, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse. New York/London: Guilford, 2002; 163-169.
23. Bahyraee A. Preliminary examination of a minimal mental status examination in screening elderly patients with dementia [dissertation]. Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation; 2000.
24. Asghari Moghaddam M, Golack N. Psychometric characteristics of Multidimensional Pain Inventory among the population with chronic pain. *Journal of Psychology* 1999; 45: 50-72.
25. Roland M, Morris R. 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* 1983; 8: 141-148.
26. Mohammadi F. 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; 2010.
27. Schütze R, Rees C, Preece M, Schütze M. Low mindfulness predicts pain catastrophizing in a fear-avoidance model of chronic Pain. *PAIN* 2010; 148: 120-127.
28. Sullivan MJL, Bishop SR, Pivik J. The Pain Catastrophizing Scale, Development and Validation. *Psychological Assessment* 1995; 7(4): 524-532.
29. Sullivan MJL, Thorn B, Haythornthwaite J, Keefe F, Martin M, Bradley L, et al. Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *Clinical J Pain* 2001; 17: 52-64.
30. Bishop SR, Lau M, Shapiro S, Carlson L, Anderson ND, Carmody J, et al. Mindfulness: a proposed operational. *Clin Psychol* 2004; 11: 230-41.
31. Wells A. Detached mindfulness in cognitive therapy: a metacognitive analysis and ten techniques. *J Rat-Emot Cogn Behav Ther* 2005; 23: 337-55.
32. Kabat-Zinn J. *Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Delta; 1990.
33. Moore A, Malinowski P. Meditation, mindfulness and cognitive flexibility. *Conscious Cognition* 2009; 18: 176-86.
34. McCracken LM, Gross RT. The Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS) and the assessment of emotional responses to pain. In: Vande Creek L, Knapp S, Jackson TL (Eds.). *Innovations in Clinical Practice: A Sourcebook*. 14. Sarasota: Professional Resources Press ; 1990. 309-321.
35. Holmes JA, Stevenson CAZ. Differential effects of avoidant and attentional coping strategies on adaptation to chronic and recent-onset pain. *Health Psychology* 1990; 9: 577-584.
36. McCracken LM, Gauntlett-Gilbert J, Vowles KE. The role of mindfulness in a contextual cognitive-behavioral analysis of chronic pain-related suffering and disability. *Pain* 2007; 131: 63-9.
37. Cho S, Heiby EM, McCracken LM, Lee S, Moon D. 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* 2010; 11: 789-797.
38. Morone NE, Lynch CS, Greco CM, Tindle HA, Weiner DK. "I felt like a new person." The effects of mindfulness meditation on older adults with chronic pain: qualitative narrative analysis of diary entries. *Pain* 2008; 9: 841-848.