

اثربخشی آموزش رویکرد ارتقای بهبودی ذهن آگاه‌محور به شیوه گروهی بر واکنش‌پذیری شناختی نسبت به خلق غمگین و اضطراب مرتبط با درد در بیماران دارای درد مزمن

حدیث محمودصالحی*^۱، ایران داودی^۲، عبدالکاظم نیسی^۳، مهناز مهربانی‌زاده هنرمند^۴

۱. دکترای تخصصی روانشناسی، گروه علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.
۲. استادیار گروه علوم تربیتی و روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.
۳. استاد گروه علوم تربیتی و روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.
۴. استاد گروه علوم تربیتی و روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

چکیده

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۹/۱۲
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۰/۲۶

زمینه پژوهش حاضر، با هدف تعیین اثربخشی آموزش رویکرد ارتقای بهبودی ذهن آگاه‌محور به شیوه گروهی بر کاهش واکنش‌پذیری شناختی نسبت به خلق غمگین و اضطراب مرتبط با درد در بیماران مبتلا به درد مزمن انجام گرفت.

روش کار این پژوهش به صورت نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل اجرا شد. جامعه آماری مورد مطالعه، همه بیماران مبتلا به درد مزمن مراجعه‌کننده به مراکز درمانی (بیمارستان‌های دارای درمانگاه‌های تخصصی طب فیزیکی و ارتوپدی) شهر اهواز در تابستان ۱۳۹۷ بودند. ۳۰ فرد مبتلا به درد مزمن از طریق فراخوان و به شیوه داوطلبانه بر اساس تشخیص پزشک متخصص انتخاب شدند و به دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) به صورت تصادفی، گمارش شدند. از هر دو گروه، پیش‌آزمون گرفته شد. اعضای گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای تحت آموزش گروهی مبتنی بر رویکرد ارتقای بهبودی ذهن آگاه‌محور قرار گرفتند و اعضای گروه کنترل، هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. ابزارهای پژوهش شامل شاخص تجدیدنظر شده حساسیت در برابر افسردگی لیدن-تجدیدنظر شده (LEIDS_R) و مقیاس نشانگان اضطراب مرتبط با درد (PASS) بود. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها، از روش‌های آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس چندمتغیره (با نرم‌افزار SPSS 21^۱) استفاده شد.

یافته‌ها نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره با سطح معناداری ($P \leq 0.001$) نشان داد که تفاوت معناداری بین دو گروه در مرحله پس‌آزمون وجود دارد که نشان‌دهنده اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر ارتقای بهبودی ذهن آگاه‌محور بر واکنش‌پذیری شناختی نسبت به خلق غمگین و اضطراب مرتبط با درد در بیماران مبتلا به درد مزمن است.

نتیجه‌گیری از این مطالعه می‌توان نتیجه گرفت که آموزش گروهی مبتنی بر ارتقای بهبودی ذهن آگاه‌محور می‌تواند رویکردی مناسب برای کاهش واکنش‌پذیری شناختی نسبت به خلق غمگین و اضطراب مرتبط با درد در بیماران مبتلا به درد مزمن باشد.

کلیدواژه‌ها:

درد مزمن، ذهن آگاهی،
واکنش‌پذیری شناختی،
اضطراب.

* نویسنده مسئول: حدیث محمودصالحی

نشانی: اهواز، دانشگاه شهید چمران اهواز، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، گروه روانشناسی

دورنگار:

تلفن: ۰۹۳۸۵۹۲۳۷۳۷

رایانه: hadissalehi85@yahoo.com

شناسه ORCID: 0000-0002-8338-6433

شناسه ORCID نویسنده اول: 0000-0002-8338-6433

مجله علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، دوره ۲۷، شماره ۳، مرداد و شهریور ۱۳۹۹، ص ۳۲۷-۳۲۹

آدرس سایت: <http://jsums.medsab.ac.ir> رایانه: journal@medsab.ac.ir

شاپای چاپی: ۱۶۰۶-۷۴۸۷

۱. مقدمه

درد مزمن^۱، مشکلی عمده و مرتبط با سلامت، همراه با تأثیرات منفی بر کیفیت زندگی، عملکرد هیجانی، جسمانی و اجتماعی فرد مبتلا و تحمیل هزینه‌های اقتصادی فراوان بر فرد، سیستم خدمات بهداشتی و واحدهای تولیدی است (۱). انجمن بین‌المللی مطالعه درد (IASP)، آن را تجربه‌ای حسی و هیجانی ناخوشایند که با آسیب واقعی یا بالقوه بافت همراه است، تعریف می‌کند (۲). درد، اساساً از نظر مدت به دو نوع حاد و مزمن تقسیم می‌شود. درد حاد، دردی با شروع سریع و کوتاه‌مدت توصیف می‌شود. این درد، نقشی حفاظتی بر عهده دارد که شخص را از صدمات آگاه می‌سازد و باعث حرکات دورشونده از محرک آزارنده می‌گردد. نشانگان درد مزمن^۲ مشکلی شایع است که به علت ماهیت پیچیده، سبب‌شناسی مبهم و پاسخ ضعیف به درمان، معضلات بزرگی را برای درمانگران ایجاد می‌کند (۲). پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهند که بیش از ۱/۵ میلیارد نفر در سراسر جهان از درد مزمن رنج می‌برند و شیوع آن رو به افزایش است (۳). در ایران محمدزاده و همکاران (۳) شیوع درد مزمن را در شهر تهران ۳۵/۵ گزارش کرده‌اند.

درد جسمانی، اغلب به درد روانی تبدیل می‌شود. از پیامدهای عاطفی زندگی با درد؛ می‌توان به اضطراب، افسردگی، ناامیدی و تجربه غم اشاره کرد (۴). هم‌زمانی اختلالات روانی؛ از قبیل افسردگی و اضطراب در بین بیماران مبتلا به درد مزمن، بسیار رایج است (۵،۶). پیشینه پژوهشی موجود، از ارتباط دوطرفه بین افسردگی و درد مزمن به این‌صورت که درد مزمن، خطر افسردگی را افزایش می‌دهد و وجود افسردگی، یکی از متغیرهای پیش‌بین مهم برای گسترش و تداوم درد مزمن در آینده می‌باشد، حمایت می‌کند (۷). علاوه بر وجود ارتباط دوطرفه بین افسردگی و درد مزمن، شواهد پژوهشی نشان‌دهنده ارتباط حالات خلقی از قبیل خلق غمگین و ادراک لحظه به لحظه درد است (۸). گروهی از پژوهشگران معتقدند که خلق افسرده و غمگین، تحمل درد را کاهش می‌دهد و بر این اساس، از یک‌سو، درد، عواطف منفی را به دنبال دارد و از سوی دیگر، تجربه عاطفه منفی، به‌نوبه خود باعث تداوم درد می‌گردد (۹). مطالعات آزمایشی در زمینه درد و القای حالت خلقی غمگین در افراد سالم غیرافسرده نشان‌دهنده افزایش حساسیت به درد و کاهش آستانه درد هستند (۸،۱۰). علی‌رغم وجود رابطه به ظاهر قوی میان افسردگی و درد مزمن، تمام افراد مبتلا به درد مزمن، مبتلا به افسردگی نمی‌شوند و تحقیقات اخیر بر عوامل شناختی که منجر به آسیب‌پذیری این افراد در برابر

افسردگی می‌شوند، تمرکز کرده‌اند (۱۱). یکی از این عوامل، واکنش‌پذیری شناختی نسبت به خلق غمگین^۳ است که در ایجاد و تداوم خلق افسرده‌وار نقش دارد (۱۲). واکنش‌پذیری شناختی نسبت به خلق غمگین را می‌توان به میزان برانگیخته شدن افکار و نگرش‌های ناکارآمد در قبال ایجاد یک خلق منفی و افسرده‌وار در نظر گرفت (۱۳). این واکنش‌پذیری شناختی در برابر افسردگی در حضور یک عامل استرس‌زای قابل توجه و مرتبط با تجربه درد فعال می‌گردد و زمانی که این عامل استرس‌زا، بیش از حد آستانه بحرانی باشد، ممکن است طرح‌واره‌های منفی و سه‌گانه شناختی (نگرش نسبت به خود، دنیا و دیگران) برانگیخته شوند و فرد مبتلا به درد مزمن، وارد یک چرخه کامل از افسردگی تمام عیار گردد. شواهد پژوهشی، از وجود رابطه بین تحریفات شناختی، افکار منفی، نشانه‌های افسردگی و ناتوانایی در بیماران مبتلا به درد مزمن، حمایت می‌کند (۱۱،۱۴). در بافت درد، اضطراب، از دیگر عواملی است که در ادراک و سازگاری با درد، مؤثر است (۱۵). اضطراب مرتبط با درد می‌تواند منجر به اجتناب از فعالیت و گوش‌به‌زنگی نسبت به محرک‌های مرتبط با درد گردد. گوش‌به‌زنگی دائمی و زیر نظر گرفتن محرک‌ها و نشانه‌های مرتبط با درد، در افزایش تنش و برانگیختگی فیزیولوژیک، نقش عمده‌ای دارد و موجب افزایش درد و تداوم آن می‌گردد. بیماران ممکن است در رابطه با معنای علایم و آینده بیماری، مضطرب و نگران باشند. ترس و اضطراب، موجب اجتناب از فعالیت و در نتیجه، ناتوانایی بیشتر در این بیماران می‌گردد. بدیهی است که نوع مقابله با عامل استرس نیز تحت تأثیر عوامل واسطه‌ای که در واقع همان عوامل شناختی هستند، قرار می‌گیرد. ارزیابی منفی از یک موقعیت استرس‌زا در بیماران مبتلا، منجر به کاهش سازگاری و در نهایت افزایش شدت درد خواهد شد (۸).

با توجه به ماهیت چندبعدی این اختلال و نقشی که فرایندهای شناختی و هیجانی در شکل‌گیری و حفظ آن دارند، شواهد پژوهشی، حاکی از اثربخشی درمان‌های روانشناختی با محوریت ذهن‌آگاهی می‌باشند (۱۶). آموزش ذهن‌آگاهی، شامل تربیت نظام‌مند تجربه زمان حال به شیوه یک آگاهی فراشناختی غیرقضاوتی و غیرواکنشی است (۱۷،۱۸) و باعث نظم‌بخشی هیجان می‌گردد (۱۹). گارلند^۴، در سال ۲۰۱۳ رویکردی با عنوان ارتقای بهبودی ذهن آگاه‌محور^۵ در زمینه درمان و مدیریت درد مزمن مطرح کرد (۲۰). ارتقای بهبودی ذهن آگاه‌محور (MORE) یک مداخله رفتاری چندمدلی (ذهن‌آگاهی، بازسازی شناختی و تنظیم هیجانی مثبت) جدید است و علاوه بر آموزش پذیرش تجربه درد و

4. Garland

5. mindfulness oriented recovery enhancement approach

1. Chronic Pain

2. Chronic Pain Syndrom :CPS

3. Cognitive Reactivity to Sad Mood

تمامی افراد مبتلا به درد مزمن در تابستان ۱۳۹۷ است که به پزشکان متخصص طب فیزیکی و ارتوپدی شهر اهواز مراجعه کرده‌اند و تشخیص درد مزمن داده شده‌اند. روش نمونه‌گیری به صورت نمونه‌گیری در دسترس و داوطلبانه بود؛ بدین صورت که تعداد ۳۰ نفر از افراد مبتلا به عنوان نمونه مورد مطالعه، انتخاب و آزمودنی‌ها در دو گروه آزمایش (۱۵ فرد مبتلا به درد مزمن) و کنترل (۱۵ فرد مبتلا به درد مزمن) گمارش شدند (به لحاظ سن، میزان تحصیلات و مدت زمان بیماری). از هر دو گروه، پیش‌آزمون گرفته شد و سپس مداخله آزمایشی در گروه آزمایش اجرا شد و گروه کنترل، مداخله‌ای دریافت نکرد. در نهایت، پس‌آزمون از هر دو گروه گرفته شد. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بودند از: عدم ابتلا به بیماری‌های شدید روانی بر اساس نظر روانپزشک، دامنه سنی بین ۳۰ تا ۶۰ سال، داوطلب بودن برای شرکت در کلاس‌های آموزشی و حداقل سواد خواندن و نوشتن و ملاک‌های خروج، شرکت آزمودنی‌ها در گروه‌های آموزشی دیگر در هنگام مطالعه و عدم همکاری لازم برای شرکت در کلاس‌های مربوطه در زمان اجرای پژوهش. پس از اتمام جلسات آموزشی، از هر دو گروه، پس‌آزمون گرفته شد.

بازسازی شناختی، به طور اختصاصی به تعدیل سوگیری توجه به محرکات مرتبط با درد و رفتارهای عاداتی تسکین درد از قبیل افزایش در میزان دوز مصرفی داروها، ناشی از دارو درمانی بلندمدت می‌پردازد. پژوهش‌ها از اثربخشی این درمان در تنظیم هیجانی، کاهش ناتوانایی و افزایش سازگاری در بین بیماران مبتلا به درد مزمن، حمایت می‌کنند (۲۱، ۲۲). بنابراین با توجه به ماهیت پیچیده درد مزمن و نقش عوامل روانی و اجتماعی و شناختی در تداوم آن (۲۳)، اثربخش نبودن درمان‌های دارویی و عوارض ناشی از آن‌ها (۲۴) و بی‌توجهی پژوهش‌های پیشین به متغیرهای شناختی اثرگذار در نتایج و پاسخ به درمان (۲۵)، هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی آموزش رویکرد درمانی ارتقای بهبودی ذهن آگاه‌محور به شیوه گروهی بر واکنش‌پذیری شناختی نسبت به خلق غمگین و اضطراب مرتبط با درد در بیماران مبتلا به درد مزمن مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر اهواز می‌باشد.

۲. مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر، از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری مورد مطالعه،

جدول ۱. خلاصه جلسات برنامه رویکرد آموزشی ارتقای بهبودی ذهن آگاه‌محور (MORE)

خلاصه جلسات برنامه رویکرد آموزشی ارتقای بهبودی ذهن آگاه‌محور (MORE)	
جلسه اول	معارفه و آشنایی بیماران و درمانگر، ارائه چارچوب شناختی - عاطفی برای تبیین و درک تفاوت میان درد و رنج، تمرین وارسی بدنی و آموزش تنفس ذهن آگاه و اجرای پیش‌آزمون
جلسه دوم	بررسی خودکاری و اتوماتیک بودن روند درد مزمن و بررسی رابطه میان این خودکاری و ذهن آگاهی، راهبردهای ناسازگار مقابله با درد از قبیل حفاظت از عضو دردناک، عدم فعالیت، مصرف بیش از حد دارو، توضیح ارتباط میان درد، استرس و احساسات منفی و رفتارهای عاداتی مقابله با درد و بررسی محرکات راه‌انداز این رفتارها همچنین در این جلسه از طریق تمرین شکلات به فرد آموزش داده می‌شود که نسبت به محرکات راه‌انداز رفتارهای عاداتی مقابله با درد آگاه گردد و به رها کردن این سبک مقابله با درد در پاسخ به محرک راه‌انداز بپردازد.
جلسه سوم	آموزش بازسازی شناختی. در این جلسه به فرد آموزش داده می‌شود که از افکار و احساسات خویش در مورد درد آگاه گردد و از طریق انجام تنفس ذهن آگاه به مدت چند دقیقه، فرصت گشوده بودن ذهن را برای ایجاد روش‌های جدید تفکر در مورد درد فراهم سازد و زمانی که افکار فاجعه‌آمیز در مورد درد توجه فرد را به خود جلب می‌کند از طریق بازسازی مثبت و تمرکز بر مسائل مفید در محیط زندگی خویش از قبیل روابط سالم و حمایتی، به فرد به منظور تغییر توجه از این افکار کمک می‌گردد.
جلسه چهارم	تغییر توجه از هیجانات منفی به سمت تجارب لذت‌بخش از طریق تمرین لذت بردن ذهن آگاه به این صورت که به فرد آموزش داده می‌شود که از آنچه در محیط اطراف او از قبیل صداها، بوها، مزه‌ها و نشانه‌های مختلف است آگاه گردد و بدون قضاوت در مورد آنها (خوب، بد)، از آنها لذت ببرد.
جلسه پنجم	بررسی رابطه میان درد، ولع مصرف داروهای مسکن تسکین‌دهنده درد، شناسایی نشانه‌های مرتبط با ولع مصرف داروها، توضیح در مورد نتایج منفی وابسته بودن به داروها و از طریق تمرین شکلات به آموزش اینکه چگونه با مقدار دوز اندک و حتی مصرف نکردن دارو به مقابله با درد بپردازیم.
جلسه ششم	روابط متقابل میان استرس، درد و مصرف داروهای تسکین‌دهنده درد، انجام تمرین تنفس ذهن آگاه، توضیح تفاوت بین واکنش و پاسخ به استرس (سبک‌های مقابله با استرس)، تمرین مواجهه تصویری با استرس، تمرین پاسخ تن آرامی در مقابل استرس و تمرین وارسی بدنی
جلسه هفتم	بررسی سرکوبی افکار، اثرات برگشتی سرکوبی افکار بر درد و ولع مصرف داروها و هیجانات منفی و تمرین توضیح سرکوبی افکار و گرفتن بازخورد از انجام این تمرین.
جلسه هشتم	چگونه در طول زمان ذهن آگاه باقی بمانیم، کسب بینش نسبت به عوارض استفاده از داروها از طریق انجام تمرین موقتی بودن بدن (impermanent body exercise) و انجام تمرین قدم زدن ذهن آگاه و تنفس ذهن آگاه.

۲.۱. روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

نظر گرفته شده است و بیانگر توانایی این مقیاس در شناسایی افراد با و بدون دوره‌های قبلی افسردگی است (۲۷). پایایی این آزمون در پژوهش حاضر، به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ محاسبه شد و روایی ملاکی همزمان از طریق همبستگی این آزمون با مقیاس افسردگی بک^۲ (ضریب همبستگی = ۰/۴۰) مورد تأیید است.

داده‌های حاصل از پژوهش، با نرم‌افزار SPSS 21 و با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار توصیف شده‌اند؛ سپس با کمک شاخص آمار استنباطی تحلیل کوواریانس چندمتغیره، تفاوت موجود بین دو گروه آزمایش و کنترل، بررسی شد.

۲.۴. مقیاس نشانگان اضطراب مرتبط با درد

مقیاس نشانگان اضطراب مرتبط با درد یک ابزار خودگزارش دهی ۲۰ عبارتی است که مک‌کراکن و دیهینگرا^۳ در سال ۲۰۰۲ به منظور کاهش طول مقیاس و نیز صرفه‌جویی در زمان تکمیل آن، بر اساس مقیاس اصلی ساختند (۲۸). نمرات این مقیاس، بین صفر تا ۱۰۰ است و آزمودنی‌ها باید در دامنه صفر (هرگز) تا ۵ (همیشه) به سؤال‌های این مقیاس پاسخ دهند. در ایران، ساختار عاملی و خصوصیات روان‌سنجی این مقیاس در بین کارگران سانحه‌دیده ایران خودرو که در نواحی مختلف بدن دچار سانحه شده بودند و احساس درد داشتند، بررسی شده است. با استفاده از تحلیل عامل اکتشافی این مقیاس دارای ۳ عامل فرار-اجتناب (۹ ماده)، ترس از درد (۵ ماده) و نشانگان جسمی (۶ ماده) گزارش شده است. پایایی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۱ و برای خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۴۸ تا ۰/۵۷ گزارش شده است. همبستگی این مقیاس با مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (ضریب همبستگی = ۰/۴۶)، مقیاس ترس از حرکت تمپا و مقیاس ناتوانایی جسمی رولاند-موریس^۴ (ضریب همبستگی = ۰/۵۷) دارای همبستگی مثبت و قوی و با مقیاس خودکارآمدی درد همبستگی منفی (ضریب همبستگی = ۰/۴۰-) دارد که این یافته‌ها نشانگر اعتبار همگرا و واگرای مناسب این مقیاس است (۲۹). پایایی این آزمون در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۲ محاسبه شد.

۳. یافته‌های پژوهش

میانگین سنی افراد مورد بررسی ۴۴/۲۶ سال با انحراف استاندارد ۸/۸۶ بود. از بین اعضای نمونه ۴۴/۴ درصد افراد تحصیلاتی در سطح دیپلم داشتند. ۱۵/۶ درصد تحصیلات دانشگاهی کاردانی، ۳۱/۱ درصد مدرک تحصیلیشان کارشناسی و ۸/۹ درصد از اعضای نمونه دارای تحصیلات تکمیلی کارشناسی ارشد یا بالاتر بودند. جدول ۲ نشان‌دهنده

۲.۲. ابزار پژوهش

ابزارهای پژوهش علاوه بر فرم مشخصات فردی که برخی از شرایط مربوط به ورود و خروج آزمودنی‌ها به طرح حاضر و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها را اتخاذ کرده‌اند، شاخص حساسیت در برابر افسردگی لیدن-تجدیدنظر شده و مقیاس نشانگان اضطراب مرتبط با درد در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون به کار برده شد.

۲.۳. شاخص حساسیت در برابر افسردگی لیدن-تجدیدنظر شده

در این پژوهش، واکنش‌پذیری شناختی نسبت به خلق غمگین با استفاده از شاخص تجدیدنظر شده حساسیت به افسردگی لیدن، سنجیده خواهد شد. این شاخص، یک ابزار خودسنجی ۳۴ آیتمی است که ون در دوئز و ویلیامز^۱ (۲۰۰۳)، به منظور ارزیابی سطح واکنش‌پذیری شناختی نسبت به خلق افسرده طراحی کردند و دارای ۶ خرده‌مقیاس ناامیدی / گرایش به خودکشی (ماده‌های ۵، ۹، ۱۷، ۳۰ و ۳۴)، پذیرش / مقابله (ماده‌های ۴، ۱۰، ۱۵، ۲۴ و ۲۸)، پرخاشگری (ماده‌های ۷، ۱۸، ۲۱، ۲۲، ۲۶، ۲۹) کنترل / کمال‌گرایی (ماده‌های ۳، ۸، ۱۲، ۱۶ و ۱۹)، اجتناب از خطر (ماده‌های ۱، ۲، ۶، ۱۱ و ۱۴) و نشخوار فکری (ماده‌های ۱۳، ۲۰، ۲۵، ۲۷، ۳۲ و ۳۳) می‌باشد. این شاخص، حساسیت به افسردگی را به واسطه پرسش‌های شرطی می‌سنجد. آزمودنی‌ها به این پرسش‌ها بدین‌نحو پاسخ می‌دهند که در زمان تجربه خلق پایین چگونه احساس می‌نمایند و فکر می‌کنند. همچنین آزمودنی‌ها باید در دامنه صفر (به هیچ وجه) تا ۴ (خیلی زیاد) به سؤال‌های این مقیاس پاسخ دهند. پایایی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۲ و برای خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۶۴ تا ۰/۸۳ گزارش شده است (۲۶). همبستگی مثبت و قوی (ضریب همبستگی = ۰/۶۰) این مقیاس با سابقه افسردگی در طول عمر به‌عنوان حمایتی از روایی ملاکی این شاخص در

3. McCracken & Dhingra
4. Roland-Morris

1. Van der Does & Williams
2. Beck

کنترل در متغیر واکنش‌پذیری شناختی و اضطراب مرتبط با درد و زیرمقیاس‌های دو متغیر کاهش یافته است.

شاخص‌های توصیفی واکنش‌پذیری شناختی و اضطراب مرتبط با درد است. همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود میانگین نمرات در پس‌آزمون گروه آزمایش نسبت به گروه

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمره‌های واکنش‌پذیری شناختی و اضطراب مرتبط با درد در گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

مقیاس‌ها	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
واکنش‌پذیری شناختی	۱۰۹/۸۶۶	۹۸/۲۳	۱۰۳/۹۳۳	۹۸/۲۳
نامیدی/گرایش به خودکشی	۱۷/۶۰	۲/۵۸	۱۸/۸۰	۲/۵۸
پذیرش / مقابله	۱۷/۷۳	۲/۴۱	۱۸/۷۳	۲/۴۱
پرخاشگری	۲۲/۰۶	۲/۴۶	۲۱/۲۶	۲/۴۶
کنترل/کمال‌گرایی	۲۲/۶۰	۲/۳۱	۲۲/۳۳	۲/۳۱
اجتناب از خطر	۲۱/۳۳	۲/۷۹	۲۲/۱۳	۲/۷۹
نشخوار فکری	۱۸/۳۳	۱/۵۶	۱۹/۲۳	۱/۵۶
اضطراب مرتبط با درد	۷۲/۵۳۳	۶/۳۳۲	۶۵/۷۳۳	۶/۳۳۲
فرار/اجتناب	۲۴/۵۳	۴/۵۸	۲۴/۸۶	۴/۵۸
ترس از درد	۲۹/۱۳	۳/۰۶	۳۰/۹۳	۳/۰۶
نشانه‌گان جسمی	۱۹/۰۶	۳/۶۸	۱۹/۰۰	۳/۶۸

را تعیین می‌کند. نخست از آزمون لوین (فرض برابری واریانس‌ها) و M باکس (فرض برابری ماتریس‌های کوواریانس) استفاده و سپس در صورت تأیید این دو پیش‌فرض، از روش تحلیل کوواریانس استفاده می‌شود.

حال پس از تحلیل توصیفی داده‌ها، برای انجام فرضیه آماری لازم است، فرض نرمال بودن مشاهدات جمع‌آوری شده برای هر یک از متغیرهای پژوهش، ارزیابی شود. در حقیقت، نرمال بودن یا نرمال نبودن مشاهدات، روش انجام آزمون آماری

جدول ۳. بررسی پیش‌فرض‌های استفاده از آزمون تجزیه و تحلیل کوواریانس

متغیرها	مقدار F	معناداری	M مقدار F	معناداری
واکنش‌پذیری شناختی	۲/۰۷	۰/۱۶	۲/۰۵	۰/۱۰
اضطراب مرتبط با درد	۰/۳۵	۰/۵۵	۲/۰۵	۰/۱۰

۰/۹۵ پذیرفته خواهد شد. با توجه به رعایت مفروضه‌های تحلیل کوواریانس، به آزمون فرضیه پژوهش می‌پردازیم. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس، در جدول ۴ آمده است.

همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، سطح معناداری (P<۰/۰۰۱) مربوط به آزمون لوین و آزمون M باکس بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است؛ بنابراین فرض صفر آزمون لوین و M باکس، مبنی بر برابری واریانس‌ها و نرمال بودن داده‌ها با اطمینان

جدول ۴. تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای بررسی رویکرد ارتقای بهبودی ذهن آگاه‌محور (MORE) بر نمرات واکنش‌پذیری شناختی و

اضطراب مرتبط با درد بیماران مبتلا به درد مزمن

متغیر مستقل	آزمون‌ها	مقدار F	Sig	مجذور اتا (PES)
MORE	اثر پیلایی	۲۴۹/۷۸۳	۰/۰۰۰۱	۰/۹۵۲
	لامبدای ویلکز	۲۴۹/۷۸۳	۰/۰۰۰۱	۰/۹۵۲
	ریشه هاتلینگ	۲۴۹/۷۸۳	۰/۰۰۰۱	۰/۹۵۲

وابسته، نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس یک‌راهه در متن مانکوا بر نمرات پس‌آزمون در جدول ۴ ارائه شده است که بیانگر تفاوت معنی‌دار در واکنش‌پذیری شناختی و اضطراب مرتبط با درد در دو گروه مداخله و کنترل می‌باشد.

همان‌گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، سطوح معنی‌داری همه آزمون‌ها، بیانگر آن هستند که بین افراد گروه مداخله و کنترل، حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (واکنش‌پذیری شناختی و اضطراب مرتبط با درد) تفاوت معنی‌داری وجود دارد. برای پی بردن به تفاوت در متغیرهای

جدول ۵. خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه در متن مانکوا بر نمرات پس‌آزمون واکنش‌پذیری شناختی و اضطراب مرتبط با درد پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون در دو گروه مداخله و کنترل

متغیر وابسته	منبع اثر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	آماره F	Sig	مجزور اتا (PES)
واکنش‌پذیری شناختی	گروه	۲۸۲۳۸/۰۱۹	۱	۲۸۲۳۸/۰۱۹	۲۹۲/۷۲۸	۰/۰۰۰۱	۰/۹۱۸
	خطا	۲۵۰۸/۰۸۸	۲۶	۹۶/۴۶۵			
	کل	۲۱۷۷۹۸/۰۰۰	۳۰				
اضطراب مرتبط با درد	گروه	۱۳۷۶۷/۹۳۹	۱	۱۳۷۶۷/۹۳۹	۲۷۱/۹۰۷	۰/۰۰۰۱	۰/۹۱۳
	خطا	۱۳۱۶/۵۰۴	۲۶	۵۰/۶۳۵			
	کل	۷۵۱۶۳/۰۰۰	۳۰				

نخستین بار تأثیر آموزش رویکرد ارتقای بهبودی ذهن آگاه‌محور به شیوه گروهی بر واکنش‌پذیری شناختی نسبت به خلق غمگین و اضطراب مرتبط با درد در بیماران مبتلا به درد مزمن بررسی شده که نتایج قابل توجهی را نیز در برداشته است. نتایج این فرضیه با پژوهش‌های گارلند، فورلیجر و هووارد^۱ (۳۰)، گارلند (۲۱)، گارلند و همکاران (۳۱) هم‌سو است. در تبیین یافته‌های پژوهش باید گفت: در طول رویکرد MORE به بیماران آموزش داده می‌شود که از مواقعی که توجه‌شان به صورت خودکار به سمت تجارب مرتبط با درد (از قبیل احساسات ناخوشایند یا افکار مرتبط با درد) جلب می‌شود آگاه گردند و سپس از آن‌ها خواسته می‌شود که جهت توجه خود را به سمت تنفس ذهن آگاه یا هر نوع تجربه دیگر مرتبط با زمان حال تغییر دهند. فرض بر این است که تکنیک‌های ذهن‌آگاهی باعث افزایش دیدگاه غیرقضاوتی نسبت به تجارب درد و افزایش ظرفیت جهت‌دهی خودکار به توجه می‌گردد که خود منجر به کاهش سوگیری توجه به محرکات و تجارب مرتبط با درد، پذیرش درد به تبع آن کاهش ناتوانایی ناشی از درد می‌گردد در این رویکرد، اختلال در تنظیم هیجانات که به‌واسطه ناتوانایی در حفظ و بازیابی عاطفه مثبت در برابر تجربه درد و استرس، نشان داده می‌شود، در نتیجه کاهش لذتی است که افراد در ماریج رو به پایین افزایش دوز داروهای مصرفی برای (کنترل درد) و رفتارهای نابهنجار مرتبط با مصرف داروها تجربه می‌کنند (۳۲). طی این درمان، تجارب لذت‌بخش ذهن آگاهانه به افزایش

طبق یافته‌های جدول ۵، مداخله گروه آزمایش، تأثیر معناداری بر نمرات پس‌آزمون داشته است که با در نظر گرفتن مجزور اتا می‌توان گفت $P \leq 0/0001$ (۰/۹۲) درصد تغییرات در متغیر واکنش‌پذیری شناختی و $P \leq 0/0001$ (۰/۹۱) درصد تغییرات در متغیر اضطراب مرتبط با درد ناشی از تأثیر آموزش رویکرد (MORE) است.

۴. تضاد منافع

هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی آموزش رویکرد ارتقای بهبودی ذهن آگاه‌محور به شیوه گروهی بر واکنش‌پذیری شناختی نسبت به خلق غمگین و اضطراب مرتبط با درد در بیماران مبتلا به درد مزمن بوده است. نتایج پس‌آزمون نشان می‌دهد که میانگین نمرات واکنش‌پذیری شناختی نسبت به خلق غمگین و اضطراب مرتبط با درد گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به گروه کنترل، کاهش معناداری یافته است. همچنین آموزش رویکرد ارتقای بهبودی ذهن آگاه‌محور به شیوه گروهی بر واکنش‌پذیری شناختی نسبت به خلق غمگین و اضطراب مرتبط با درد در بیماران مبتلا به درد مزمن مؤثر بوده است. با بررسی پیشینه تحقیق در داخل و خارج از کشور این نتیجه یافته شد که هیچ پژوهشی به‌طور مستقیم در ارتباط با تأثیر آموزش رویکرد ارتقای بهبودی ذهن آگاه‌محور به شیوه گروهی بر واکنش‌پذیری شناختی نسبت به خلق غمگین و اضطراب مرتبط با درد کار نشده است و در این پژوهش برای

هر چه بهتر درد مزمن باشد. از سوی دیگر یاریگر متخصصان در امر پیشگیری و درمان و طراحی مداخلاتی باشد که علاوه بر جنبه‌های جسمی بر جنبه‌های روانی بیماران مبتلا به درد مزمن نیز توجه نمایند.

این پژوهش، محدودیت‌هایی داشته است؛ از جمله این که از ابزار خود گزارش‌دهی استفاده شده است. در چنین ابزارهایی ممکن است افراد نسبت به پاسخگویی سؤالات پرسشنامه‌ها سوگیری داشته باشند که این عامل، دقت نتایج را تا حدودی کاهش می‌دهد. در نهایت می‌توان گفت که درمان ارتقای بهبودی ذهن آگاه‌محور با استفاده از آموزش تمرینات ذهن‌آگاهی، بازسازی شناختی و تنظیم هیجانی مثبت و تعدیل سوگیری توجه باعث کاهش معنی‌دار سوگیری توجه به محرکات و تجارب مرتبط با درد و مدیریت بهتر درد مزمن، به تبع آن کاهش خلق افسرده و اضطراب و ناتوانایی می‌گردد. بنابراین تحقیقات آینده باید به دنبال تغییر فرایندهای شناختی به عنوان یک متغیر میانجی‌گر تأثیرگذار پیامدهای بالینی در بافت درد مزمن باشند.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر، دارای کد اخلاق از دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز به شماره (EE/97.24.3.70070/scu.ac.ir) است و بدون حمایت مالی سازمان خاصی انجام شده است. از تمامی کسانی که ما را در اجرای هرچه بهتر این پژوهش یاری کردند؛ از جمله متخصصان طب فیزیکی، ارتوپدی و کارشناسان توانبخشی شهر اهواز، صمیمانه قدردانی و تشکر می‌کنیم. همچنین از بیمارانی که در پژوهش شرکت داشتند کمال تشکر و قدردانی را داریم.

ظرفیت توجه برای تمرکز بر جنبه‌های خوشایند اشیا، افراد و وقایع منجر می‌گردد. این افزایش هیجانات مثبت که به عنوان پاداش طبیعی این تغییر توجه از درد به سمت تجارب خوشایند در نظر گرفته می‌شود باعث کاهش رفتارهای نابهنجار مرتبط با مصرف داروهای ضد درد می‌گردد و به نظر می‌رسد درمان‌هایی که به تقویت هیجانات مثبت از طریق افزایش فرایند پردازش پاداش طبیعی می‌پردازند ممکن است به صورت اختصاصی برای درمان هم‌زمان درد و رفتارهای نابهنجار مرتبط با مصرف داروها از جمله سوءاستفاده از آن‌ها و افزایش خودتجویزی در دوز مصرفی مؤثر واقع گردند (۲۱).

معمولاً افرادی که ادراک منفی از استرس دارند، زمان زیادی را صرف تجزیه و تحلیل مسائل می‌کنند و مسائل را به‌گونه‌ای منفی برداشت می‌کنند؛ لذا به تدریج، محتوای این افکار و مفاهیم، به واقعیت تبدیل می‌شوند و فرد، آگاهی خود را نسبت به زمان حال از دست می‌دهد و گرفتار نشخوارهای فکری می‌شود. تلفیق تکنیک بازسازی شناختی درمان شناختی رفتاری در این رویکرد درمانی (MORE)، حاکی از آن است که به دنبال کاهش افکار منفی و جایگزین کردن این افکار با افکار منطقی، طی فرایند درمان، بیماران ناتوانایی و اضطراب ناشی از درد کمتری گزارش می‌کنند.

بنابراین با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش، رویکرد ارتقای بهبودی ذهن آگاه‌محور می‌تواند موزی یا حتی مقدم بر درمان‌های روانشناختی موجود در زمینه مدیریت درد مزمن، مشکلات روانشناختی افراد مبتلا به درد مزمن را کاهش دهد و مبتلایانی را که به نوعی از چرخه اقتصاد و باروری خانواده و جامعه خارج شده‌اند دوباره به این چرخه بازگرداند. همچنین این پژوهش می‌تواند راهگشای روانشناسان، روانپزشکان و کلیه دست‌اندرکاران حرفه‌های سلامت عمومی، در کنترل و درمان

References

- [1]. Duenas M, Ojeda B, Salazar A, Mico JA, Failde I. A review of chronic pain impact on patients, their social environment and the health care system. *J Pain Research* 2016; 9(0): 457-467.
- [2]. Bowsler D. Pain: Management and Nursing Care. Trans. Sharooofi SA, Sajadi F, Boostani N. Tehran, Iran: Chehr Publication; 1995. [In Persian].
- [3]. Mohammadzadeh F, Faghizadeh S, Baghestani A, Asadi Lari M, Vaez Mahdavi M, Arab Kheradmand J, et al. Epidemiology of chronic pain in Tehran small area estimation of its prevalence in Tehran neighborhoods by Bayesian approach (Urban HEART-2 study). *Iran J Epidemiol.* 2013; 9(1): 19-31. 2.
- [4]. Wade JB, Price DD, Hamer RM, Schwartz SM, Hart RP. An emotional component analysis of chronic pain. *Pain* 1990; 40(3): 303-10.
- [5]. Feingold D, Bril S, Goor-Arveh I, Delavahu Y, Lev-Ran S. Depression and anxiety among chronic pain patients receiving prescription opioids and medical marijuana. *Journal of Affective Disorders* 2017; 218(0): 1-7.
- [6]. Stavner MD, Ramezani A. Chronic pain and psychiatric illness: Managing comorbid conditions. *Current Psychiatry* 2016; 15(2): 26-33.
- [7]. Guo J, Liu C, Wang X, Qu Z, Zhang X, Zhang Z. Relationships between depression, pain and sleep quality with doctor visits among community-based adults in north-west China. *Public Health* 2017; 147(5): 30-38.
- [8]. Goli Z, Asghari A, Moradi A. Effects of mood induction on the pain responses in patients with migraine and the role of pain catastrophizing. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 2014; 23(1): 66-67.
- [9]. Weisenberg M, Kreindler ML, Schachat R, Werboff I. Pain: anxiety and attitudes in Black, white and Puerto Rican patients. *Psychosom Med* 1975; 37(2): 123-35
- [10]. Tang KY. Cognitive behavioural therapy in pain and psychological disorders: Towards a hybrid future.

- Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry 2018; 20(87): 281-289.
- [11]. Wood BM, Nicholas MK, Blyth F, Asghari A, Gibson S. The mediating role of catastrophizing in the relationship between pain intensity and depressed mood in older adults with persistent pain: A longitudinal analysis. *Scandinavian Journal of Pain* 2016; 11(33): 157-162.
- [12]. Nolen-Hoeksema S, Morrow J, Fredrickson BL. Response styles and the duration of episodes of depressed mood. *Journal of Abnormal Psychology* 1993; 102: 20-28.
- [13]. Scher CD, Ingram RE, Segal, ZV. Cognitive reactivity and vulnerability: Empirical evaluation of construct activation and cognitive diathesis in unipolar depression. *Clinical Psychological Review* 2005; 25(4): 487-510.
- [14]. Lee Gk, Berven N L, Chan F. Factors affecting depression among people with chronic musculoskeletal pain: A structural equation model. *Rehabilitation Psychology* 2007; 52(1): 33-43.
- [15]. Egloff N, Wegman B, Juon B, Stauber S, Von Kanel R, Wogelin E. The impact of anxiety and depressive symptoms on chronic pain in conservatively and operatively treated hand surgery patients. *Pain* 2017; 10(28): 529-263.
- [16]. Zeidan F, Martucci KT, Kraft RA, Gordon NS, McHaffie JG, Coghill RC. Brain mechanisms supporting the modulation of pain by mindfulness meditation. *J Neurosci* 2011; 31:5540-5548.
- [17]. Garland EL. The meaning of mindfulness . a second-order cybernetics of stress, metacognition, and coping. *Compl Health Pract Rev* 2007; 12:15-30
- [18]. Lutz A, Slagter HA, Dunne JD, Davidson RJ .Attention regulation and monitoring in meditation. *Trends Cogn Sci* 2008; 12:163-169.
- [19]. Chiesa A, Calati R, Serretti A .Does mindfulness training improve cognitive abilities? A systematic review of neuropsychological findings. *Clin Psychol Rev* 2011; 31:449-464.
- [20]. Garland, EL. *Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement for Addiction, Stress, and Pain*. NASW Press: Washington, DC. 2013.
- [21]. Garland, EL. Restructuring reward processing with Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement: novel therapeutic mechanisms to remediate hedonic dysregulation in addiction, stress, and pain. *Ann N Y Acad Sci* 2016;1373(1):25-37
- [22]. Elizabeth A, Thomas, MSW, Garland, EL. Mindfulness Is Associated with Increased Hedonic Capacity Among Chronic Pain Patients Receiving Extended Opioid Pharmacotherapy. *Clin J Pain* 2018; 33(2):166-173.
- [23]. Bevers K, Watts L, Kishino ND, Gatchel RJ. The biopsychosocial model of the assessment, prevention, and treatment of chronic pain. *European Neurological Review* 2016; 12(2): 98-104.
- [24]. Chou R., Turner JA, Devine EB, Hansen RN, Sullivan SD, Blazina I, ... Dana T. the effectiveness and risks of long-term opioid therapy for chronic pain: a systematic review for a National Institutes of Health Pathways to Prevention workshop. *Annals. Internal.Medicine* 2015; 162(4), 276-286.
- [25]. Kiesses DN, Leon AC, Aream PA. Psychological interventions for late life major depression: evidence-based treatment outcomes, and moderators of treatment effects. *Psychiatric Clinics of North America* 2011;34(2): 377-401.
- [26]. Van der Does AJW, Williams JMG. (2003). *Liden Index of Depression Sensitivity Revised (LEIDS-R)*. Available from: [http://www.douosa.nl/ Publication_depression.html](http://www.douosa.nl/Publication_depression.html).
- [27]. Solis E, Antypa N, Coniin JM, Kalderman H, Van der Does W. Psychometric Properties of the Leiden Index of Depression Sensitivity (LEIDS). *Psychological Assessment* 2017; 29(2): 158-171.
- [28]. McCracken LM, Dhingra L. A short version of the Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20): preliminary development and validity. *Pain Research and Management* 2002; 7(1): 45-50.
- [29]. Paknejad M, Asghari A, Rahiminezhad A, Rostami R, Taheri A. Factorial Structure and Psychometric Properties of The Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20). *Applied Psychological Research Quarterly* 2014; 5(3): 71-94[In Persian].
- [30]. Garland EL, Froeliger B, Howard MO. Neurophysiological evidence for remediation of reward processing deficits in chronic pain and opioid misuse following treatment with Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement: exploratory ERP findings from a pilot RCT. *J Behav Med* 2015; 38(2):327-336.
- [31]. Garland LM, Manusov EG, Forelige B, Kelly A, Williams JM, Howard MO. Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement for Chronic Pain and Prescription Opioid Misuse: Results from an Early Stage Randomized Controlled Tria. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2014; 82(3): 448-459.
- [32]. Elman I, Borsook D. Common brain mechanisms of chronic pain and addiction. *Neuron* 2016; 89(1): 11-36.

The Effectiveness of Group Therapy based on Mindfulness Oriented Recovery Enhancement Approach on Cognitive Reactivity to Sad Mood and Pain-Related Anxiety in Chronic Pain Patients

Hadis Mahmoodsalehi^{1*}, Iran Davoudi², Abdolkazem Neis³, Mahnaz Mehrabizadeh Honarmand⁴

1. Phd Department of Psychology, Shahid Chamran Ahwaz University Ahwaz, Iran.
2. Assistant Professor Department of Psychology, Shahid Chamran Ahwaz University Ahwaz, Iran.
3. Professor Department of Psychology, Shahid Chamran Ahwaz University Ahwaz, Iran.
4. Professor Department of Psychology, Shahid Chamran Ahwaz University Ahwaz, Iran.

Abstract

Introduction: This study aimed to determine the effectiveness of group therapy based on mindfulness oriented recovery enhancement approach on Cognitive Reactivity to Sad Mood and Pain-Related Anxiety among Chronic Pain Patients.

Materials and Methods: This study is quasi-experimental with control group. The statistical population included all the patients with chronic pain at Ahwaz who have been referred to Health Center (Hospitals with specialized clinics of physical medicine and orthopedics) in summer 2017. 30 chronic pain patients were selected through recall and in a voluntary method based on pain specialist diagnosis and randomly allocated into two experimental (n=15) and control (n=15) groups. Both groups were tested before. The experimental group for eight sessions of 120-minute group therapy were based on mindfulness oriented recovery enhancement approach. Control group members did not receive any interventions. Data through questionnaires study were Index of Depression Sensitivity-Revised Version (LEIDS-R) and Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS). Research data to way multivariate analysis of variance were analyzed by SPSS 21 software.

Results: The results of multivariate analysis of covariance with significance level ($p > 0.0001$) on the hypothesis show a significant difference between the two groups at post-test, that represents the effectiveness of mindfulness oriented recovery enhancement approach group therapy based on Cognitive Reactivity to Sad Mood and Pain-Related Anxiety among Chronic Pain Patients.

Conclusion: The conclusion of the study is based on group therapy, mindfulness oriented recovery enhancement approach is to reduce. Cognitive Reactivity to Sad Mood and Pain-Related Anxiety among Chronic Pain Patients.

Received: 2018/12/03

Accepted: 2019/01/16

Keywords: Chronic Pain, Mindfulness, Cognitive Reactivity, Anxiety.