

اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودپنداشت و خودییمارانگاری بیماران مبتلا به درد مزمن*
 آناهیتا محلوچی^۱، فرح لطفی کاشانی^۲

The effectiveness of mindfulness therapy on self - concept and hypochondriasis in patients with chronic pain

Anahita Mahlouji¹, Farah LotiKashani²

چکیده

زمینه: بیماران مبتلا به درد مزمن علاوه بر مشکلات جسمانی، مسائل روانشناختی خاص خودشان را نیز دارند. اکثر مداخلات برای این بیماران مداخله پزشکی بوده و در زمینه مداخلات روانشناختی خلاء پژوهشی وجود دارد؛ ذهن آگاهی بر متغیرهای مختلفی تأثیر گذاشته است اما سنجش تأثیر آن بر خودپنداشت و خودییمارانگاری بیماران مبتلا به درد مزمن مغفول مانده است. **هدف:** این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودپنداشت و خودییمارانگاری بیماران مبتلا به درد مزمن انجام شد. **روش:** این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه آزمایش و گروه گواه بود. از جامعه بیماران مبتلا به درد مزمن اسکلنی - عضلانی مراجعه کننده به کلینیک چند تخصصی درد پردیس در سال ۱۳۹۷ به روش در دسترس، ۳۰ نفر انتخاب و با گمارش تصادفی در دو گروه ۱۵ تایی جایگزین شدند. روش اجرا بدین ترتیب بود که ابتدا پیش آزمون‌های تصور از خود بک (۱۹۷۸) و خودییمارانگاری ایوانز (۱۹۸۰) روی هر دو گروه اجرا شد. سپس به ارائه جلسات ذهن آگاهی مبتنی بر روی آورد کابات زین (۲۰۰۳) برای گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای پرداخته شد اما برای گروه گواه هیچ گونه مداخله‌ای صورت نگرفت. بعد از اتمام مداخله، از هر دو گروه پس آزمون‌های پژوهش به عمل آمد و داده‌های پژوهش با استفاده از کواریانس مورد تحلیل قرار گرفت. **یافته‌ها:** نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش خودپنداشت بیماران مبتلا به درد مزمن تأثیر دارد ($p \leq 0/001$) اما بر خودییمارانگاری تأثیر معنی داری نداشت ($p \geq 0/005$). **نتیجه گیری:** به منظور افزایش خودپنداشت بیماران مبتلا به درد مزمن می‌توان از درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بهره جست. **واژه کلیدها:** ذهن آگاهی، خودپنداشت، خودییمارانگاری، درد مزمن

Background: Patients with chronic pain have their own psychological problems in addition to physical problems. Most of these interventions are medical intervention and there is a vacuum of research on psychological interventions. Mindfulness has influenced a variety of variables, but its impact on the self-concept and self-management of patients with chronic pain has been neglected. **Aims:** The aim of this study was to determine the effectiveness of mindfulness-based therapy on self-concept and Hypochondriasis in patients with chronic pain. **Method:** This research was a quasi-experimental study with pretest-posttest design with experimental group and control group. From the community of patients with chronic musculoskeletal pain referred to the campus multidisciplinary pain clinic in the year 1977 by available method, 30 patients were selected and randomly divided into two groups of 15 each. The method of implementation was that both Beck's (1978) and Evans (1980) self-medication pretests were administered to both groups first. Then, mindfulness sessions based on Kabat-Zinn (2003) approach were presented to the experimental group for 8 sessions of 90 minutes but no intervention for the control group. After the intervention, post-test was performed on both groups and the data were analyzed using covariance. **Results:** The results of covariance analysis showed that mindfulness-based therapy had an effect on increasing the self-concept of patients with chronic pain ($p \leq 0/001$) but had no significant effect on Hypochondriasis ($p \geq 0/005$). **Conclusion:** Mindfulness-based therapy can be used to increase the self-concept of patients with chronic pain. **Key words:** Mindfulness, self-concept, Hypochondriasis, chronic pain

Corresponding Author: lotfi.kashani@gmail.com

* این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول است.

^۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن، رودهن، ایران

¹. M A Student in Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Roudehen Branch, Roudehen, Iran

^۲. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن، رودهن، ایران (نویسنده مسئول)

². Associated Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Roudehen Branch, Roudehen, Iran (Corresponding Author)

پذیرش نهایی: ۹۸/۰۳/۲۶

دریافت: ۹۸/۰۱/۲۸

مقدمه

درد های مزمن به عنوان یکی از مهمترین مسائل و معضلات پزشکی در تمام جهان بوده و خواهد بود. درد مزمن وضعیتی تحلیل برنده است که در ۶ ماه و حداقل ۳ ماه تقریباً هر روز وجود داشته باشد؛ این درد ممکن است از ۳ ماه تا ۳۰ سال به انجامد. مطالعات مختلف شیوع درد مزمن در جمعیت بزرگسال را حدود ۱۵ درصد گزارش کردند و سازمان بهداشت جهانی این رقم را ۲۰ درصد تخمین می زند (آیدد و شریور، ۲۰۱۸). در ایران شیوع ۶ ماهه درد مزمن مستمر در جمعیت عمومی بزرگسال (۱۸ تا ۶۵ سال) از ۹ تا ۱۴ درصد و در جمعیت سالمند (۶۰ تا ۹۰ سال) حدود ۶۷ درصد گزارش شده است (تقی پور درزی، حسینی، کیا و عباسپور، ۱۳۹۲).

به نظر می رسد میزان انعطاف پذیری و مدیریت درد فرد می تواند در میزان مقابله درد، خصوصاً از نوع مزمن نقش داشته باشد (قرایی اردکانی، آزادفلاح و تولایی ۱۳۹۱). پژوهش ماسودا، تولی، داراک، تارانتینو، آمس و لارسون (۲۰۱۷) نشان از این دارد که افراد با مدیریت بهتر و انعطاف پذیری روانشناختی بالاتر، سازش یافتگی بهتری نشان می دهند و متعاقب آن با درد هم بهتر کنار می آیند.

انسان در برابر مشکلات هیجانی، عاطفی، فشارهای محیطی، اختلال های روانی رفتاری و حتی بیماری های مزمن، واکنش های متفاوتی را نشان می دهد. طبیعی است که برخی افراد به ویژه افراد دارای درد مزمن به این مسائل حساس تر بوده و باعث آشفتگی روانی عضلانی در فرد و تنش و اضطراب و تشدید درد شود (مورلین، کمپکه، لویتن، کوپنس و ون و امپکه، ۲۰۱۱). از مشکلاتی که افراد مبتلا به درد با آن مواجه می شوند، اضطراب و در نتیجه پایین آمدن خودپنداشت است. بیماری مزمن می تواند بر حرمت خود و خودپنداشت، تأثیر منفی بگذارد (اونودا و همکاران، ۲۰۱۰).

نتایج پژوهشی نشان دهنده این است که افرادی که دچار درد مزمن هستند، دارای خودپنداشت ضعیف تری نسبت به افراد عادی هستند (برومند، ۱۳۹۱). خودپنداشت عموماً به عنوان ادراک یک فرد از خود است که بطور مداوم با استنتاج های دیگران در مورد وی ارزیابی و تقویت شده است (جولی و همکاران، ۲۰۱۲). هنگامی که فرد از لحاظ درد جسمانی وضعیت خوبی دارد و تصور خوبی درباره خود دارد احساس می کند موجودی تواناست و با اطمینان فکر می کند و می کوشد که رفتارش توأم با موفقیت باشد تا بعدها موجب افزایش احساس ارزشمندی اش شود؛ اما برعکس افرادی که خود را به دلایل

درد مزمن و ناتوان بودن در انجام کارهای خود، ناموفق می داند عملکردش پایین تر از سطح استعداد و توانایی های ذاتی اش است؛ یعنی در واقع، این فرد توانایی موفق شدن را دارد اما به دلیل عواملی نمی تواند به حد مورد انتظار برسد، زیرا می پندارد که توانایی انجام کاری را ندارد (زوتا، گلر و گلافات، ۲۰۱۸).

نتایج پژوهش ساولو دانوف برگ (۲۰۰۵) حاکی از آن بود که تغییر در دیدگاه و ظاهر به علت بیماری و عوارض جانبی درمان از قبیل مشکلات جسمانی، افزایش وزن، ریزش مو و درد مفاصل، تصویر ذهنی فرد از خود را تحت تأثیر قرار می دهد. پژوهش جولی و همکاران (۲۰۱۲) در مورد تصور از خود بیماران انجام دادند که نتایج نشان داد تصور منفی از خود می تواند باعث بدتر شدن علائم بیماری از جمله بیماری جسمانی و درد، افسردگی و کاهش کیفیت زندگی بیماران شود.

خودبیمارانگاری یا هیپوکندریا ترس مداوم از داشتن یک بیماری جدی است. فرد مبتلا به این اختلال معمولاً حس های عادی، عملکردهای طبیعی بدن و علائم بسیار جزئی را نشانه یک بیماری جدی تلقی می کند. به عنوان مثال، فرد ممکن است بترسد که صداهای عادی گوارش، عرق کردن یا ایجاد یک لکه روی پوست نشانه های یک بیماری خطرناک باشد. فرد مبتلا به خودبیمارانگاری ممکن است به طور خاص نسبت به یکی از اعضا یا دستگاه های بدن مثل دستگاه گوارش یا دستگاه قلبی - عروقی حساس و نگران شود. اطمینان دهی دکتر و آزمایش های کامل پزشکی هم حتی گاهی باعث از بین رفتن ترس های فرد نمی شود (نویز و همکاران، ۲۰۰۳).

افراد مبتلا به این اختلال به طور کلی دچار توهمات جسمی نمی شوند (تصوراتی از سلامتی که جدا از واقعیت باشند). یکی از جنبه های این اختلال این است که اضطراب سلامتی آنقدر زیاد است که اطمینان دهی فقط تسکین موقتی خواهد داشت. بیماران ممکن است بپذیرند که ترس هایشان افراطی است ولی نمی پذیرند که پزشک به آنها اطمینان داده که مشکلی ندارند. تحقیقات مربوط به شیوع هیپوکندریا نسبت به تحقیقات انجام گرفته بر روی سایر اختلالات ذهنی کمتر است. آمار نشان می دهد که ۴ تا ۵ درصد از بیماران در مطب های پزشکی عمومی دچار هیپوکندریا هستند. ۱۰ درصد دیگر از آنها علائمی از هیپوکندریا دارند و به طور کامل به این اختلال مبتلا نیستند (لیبراند، هیلتر و فیچتر، ۲۰۰۰). در پژوهش کورف، کرین، لن، میگروتی و سیمون (۲۰۱۵) گزارش شده که

خودبیمار انگاری و اضطراب فراگیر ارتباط قوی با درد مزمن دارد. اغلب افراد مبتلا به اضطراب، از خودبیمار انگاری و درد رنج می برند.

با توجه به مطالبی که گفته شد و همچنین مرور پژوهش‌ها نشان داد که بیماری مزمن می‌تواند بر بر خودپنداشت و خودبیمار انگاری تأثیر منفی بگذارد (اسمیت، جونگ و مایر، ۲۰۰۰). به همین جهت روش‌ها و روی آوردهای مختلف دارویی و غیردارویی به منظور کاهش درد و اثرات مخرب آن بوجود آمده است؛ یکی از درمان‌های نوین و اثربخش در حیطه روانشناختی، ذهن آگاهی است. از طرفی امروزه درمان‌های موج سوم روانشناختی نسبت به سایر درمان‌ها پیشی گرفته است که ذهن آگاهی یکی از مهمترین وجوه این درمان‌ها می‌باشد. ذهن آگاهی ریشه در تمرین‌های مراقبه بودیسم دارد و به عنوان توجه هدفمند، غیر قضاوتی و لحظه به لحظه به تجارب فعلی تعریف شده است (سگال، ویلیامز و تیزدل، ۲۰۱۲). به نقل از تمنای فر، اصغر نژاد فرید، میرزایی و سلیمانی، (۱۳۹۵). ذهن آگاهی که یک آگاهی پذیرا و بدون قضاوت از وقایع جاری است (احمدی، قائمی و فرخی، ۱۳۹۷) به افراد کمک می‌کند تا فرد زندگی خود را لحظه به لحظه تجربه کند و تماس نزدیکی با واقعیت داشته باشد. ذهن آگاهی به واسطه هوشیاری لحظه به لحظه، مداوم و غیر ارزیابانه نسبت به فرآیندهای روانشناختی مشخص می‌شود و شامل آگاهی لحظه به لحظه، مداوم و غیر ارزیابانه از احساسات فیزیکی، ادراکات، عواطف، افکار و تصورات است. ذهن آگاهی شامل یک آگاهی پذیرا و عاری از پیش داوری از وقایع جاری زندگی است. بنابراین، ذهن آگاهی به معنای توجه کردن به شیوه‌ای خاص، هدفمند در زمان حال و خالی از قضاوت است. برخی درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی شامل کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی و شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی می‌باشد. این روی آوردها را به عنوان روش‌های کم هزینه، دارای انتخاب‌های مبتنی بر شواهد برای مهار تنیدگی، کاهش علائم مربوط به مشکلات سلامت روانشناختی و دارای قابلیت جلوگیری از عود افسردگی شناخته شده‌اند (کابات زین، ۲۰۰۳).

مرور پژوهش‌های انجام شده نشان از تأثیر مثبت درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودپنداشت و خودکارآمدپنداری (سلگی و ویسی، ۱۳۹۷)، بهبود حرمت خود در زنان مبتلا به بیماری عروق (قدم‌پور، یوسف‌وند و رادمهر، ۱۳۹۵)، حرمت خود (بلیدرون و همکاران، ۲۰۱۶)، اختلال‌های روانی (چیزا و سرتی، ۲۰۱۱) است اما

در زمینه تأثیر درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودپنداشت و خودبیمار انگاری بیماران درد مزمن شکاف پژوهشی وجود دارد. حال با عنایت به آنچه گفته شد این پژوهش در صدد پاسخ‌گویی به این مسأله است که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر تصور از خود و خودبیمار انگاری بیماران مبتلا به درد مزمن مؤثر چه تأثیری دارد؟ برای این مسأله، فرضیه‌های زیر مطرح است:

۱. درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر تصور از خود بیماران مبتلا به درد مزمن مؤثر است.
۲. درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودبیمار انگاری بیماران مبتلا به درد مزمن مؤثر است.

روش

این پژوهش از نوع پژوهش‌های کاربردی و نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه آزمایش و گروه گواه بود. جامعه آماری این تحقیق شامل همه بیماران مبتلا به درد مزمن اسکلتی - عضلانی مراجعه‌کننده به کلینیک چند تخصصی درد پردیس در سال ۱۳۹۷ بود. به منظور تعیین حجم نمونه، روش‌ها و معیارهای مختلفی وجود دارد، یکی از معیارهای انتخاب حجم نمونه، روش پژوهش است؛ برای روش پژوهش آزمایشی، ۱۰ نفر در هر گروه کفایت می‌کند (دلاور، ۱۳۹۵). اما به دلیل احتمال ریزش نمونه‌ها، در این پژوهش برای هر گروه ۱۵ نفر ۳۰ نفر انتخاب شد. این ۳۰ نفر بصورت تصادفی به دو گروه ۱۵ تایی تقسیم شدند که یکی از این گروه‌ها، به صورت تصادفی به عنوان گروه آزمایش و گروه دیگر گروه گواه را تشکیل دادند. معیارهای ورود به پژوهش شامل داشتن درد مزمن، رضایت به شرکت در دوره پژوهشی و نداشتن اختلال روانشناختی بود و معیارهای خروج از پژوهش نیز داشتن بیش از دو جلسه غیبت و مصرف قرص‌های روانی بود. حین اجرای جلسات آموزش ذهن-آگاهی برای گروه آزمایش، ۶ نفر از نمونه‌های پژوهش دچار ریزش شد و بدین ترتیب برای هر دو گروه ۹ نفر در نظر گرفته شد که در مجموع ۱۸ نفر شدند.

روش اجرا بدین ترتیب بود که بعد از هماهنگی‌های لازم با کلینیک چند تخصصی درد پردیس و انتخاب نمونه‌های پژوهش در دو گروه آزمایشی و گواه، پیش‌آزمون‌های تصور از خود و خودبیمار انگاری به عمل آورده شد. سپس به ارائه جلسات ذهن آگاهی برای گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای پرداخته شد، بعد از اتمام آموزش برای گروه آزمایش، از هر دو گروه پس

آزمون‌های پژوهش به عمل آمد. در پایان به ارزیابی و نتیجه‌گیری فرضیات پژوهش بر اساس پیش‌آزمون‌ها و پس‌آزمون‌ها با استفاده از تحلیل کواریانس پرداخته شد.

به لحاظ اخلاقی ضروری است در حین توزیع پرسشنامه‌ها این اطمینان به پاسخ‌دهندگان داده شد که اطلاعات تکمیل شده نزد محقق محفوظ و نتایج به طور کلی در پژوهش‌نامه ارائه خواهد شد و همچنین پس از پایان پژوهش به افرادی که با پژوهشگر همکاری کردند اما در گروه گواه جای گرفتند بسته آموزشی ارائه شد، لذا پژوهشگر خلاصه‌ای از جلسات آموزشی را به آنها ارائه داد و در پایان بعد از اجرای پس‌آزمون‌ها، جهت قدردانی از حضور شرکت‌کنندگان در این پژوهش هدایایی به آنها اهدا شد.

ابزار

پرسشنامه تصور از خود: در این پژوهش برای سنجش تصور از خود از پرسشنامه‌ی تصور از خود بک، استریر و کاربین (۱۹۸۸) استفاده شد. این آزمون که در سال ۱۹۸۸ توسط بک و همکاران بر اساس نظریه شناختی بک تهیه گردیده است، دارای ۲۵ ماده است. این پرسشنامه به صورت لیکرت ۵ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. بک و همکاران (۱۹۸۸) قابلیت اعتماد $0/88$ و $0/65$ را با استفاده از روش آزمون - آزمون مجدد به ترتیب پس از یک هفته و سه ماه فاصله‌ی زمانی گزارش نمودند. در ایران، محمدی (۱۳۷۲) قابلیت اعتماد پرسشنامه‌ی تصور از خود بک را با استفاده از روش دو نیمه کردن و

آلفای کرونباخ به ترتیب $0/66$ و $0/68$ گزارش کرده است. قابلیت اعتماد این پرسشنامه در این پژوهش با استفاده از آلفای کرونباخ، $0/83$ بدست آمد.

پرسشنامه خود بیمار انگاری ایوانز (۱۹۸۰): این پرسشنامه توسط ایوانز در سال ۱۹۸۰ ساخته شد که دارای ۳۶ سؤال به صورت لیکرت ۵ درجه‌ای است و افراد بر مبنای نمره کسب شده در گروه‌های سالم ($0-20$)، مرزی ($21-30$)، خفیف ($31-40$)، متوسط ($41-60$) و شدید (بالای ۶۰) قرار می‌گیرند. این پرسشنامه برای افرادی که بیش از ۷۰ سال سن دارند، معتبر نیست و عامل خودبیمارانگاری را در مورد افرادی که بیماری‌های شدیدی داشته‌اند، نشان نخواهد داد. از این رو لازم است تا عامل اصلاحی سن در آن منظور شود. درستی و قابلیت اعتماد این پرسشنامه در پژوهش‌های مختلفی مورد تأیید قرار گرفته است. همبستگی بالای پرسشنامه با سایر آزمون‌های سنجش خودبیمارانگاری مانند خرده مقیاس خودبیمارانگاری پرسشنامه شخصیت چندوجهی مینه سوتا و چک لیست علامتی ۹۰ سؤالی بیانگر درستی مناسب آن است (خانی، قدسی، نژادنیک، تیموری، قدسی، ۱۳۹۵). قابلیت اعتماد این پرسشنامه در این پژوهش با استفاده از آلفای کرونباخ، $0/85$ بدست آمد.

در جدول شماره ۱ خلاصه بسته آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر روی آورد کابات زین که در سال ۲۰۰۳ ارائه شده، آمده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات آموزش ذهن آگاهی (کابات زین، ۲۰۰۳)	
شماره جلسات	شرح کلی مداخله
اول/عمومی	آشنایی اعضا، ارائه خلاصه جلسات، آشنایی با هدایت خودکارپنداری، تمرین مدیتیشن، ارائه تکلیف خانگی
دوم	تمرین مدیتیشن، تحلیل موانع انجام تمرین، آموزش مبانی ذهن آگاهی، ادامه تمرین مدیتیشن و ذهن آگاهی
سوم	تمرین دیدن و شنیدن، تمرین مدیتیشن و تمرین تنفسی، ذهن آگاهی بدن
چهارم	شناخت تنیدگی و پاسخ‌های افراد به آن، تمرین تنفسی، تمرین اسکن بدن و ذهن آگاهی
پنجم	تمرین مدیتیشن، تمرین ذهن آگاهی بدن در مقابل تنیدگی
ششم	ادامه تمرین ذهن آگاهی و مدیتیشن در مقابل واکنش‌های تنیدگی
هفتم	تمرین مدیتیشن چهار بعدی، آموزش آگاهی نسبت به لحظه حال، تمرین شناخت و پذیرش رویدادهای خوشایند و ناخوشایند
هشتم	جمع‌بندی جلسات پیشین

یافته‌ها

در این پژوهش ۱۸ بیماران مبتلا به درد مزمن حضور داشتند که میانگین سن گروه گواه $63/37$ (با انحراف معیار $6/23$)، میانگین سن گروه آزمایش برابر با $64/54$ (با انحراف معیار $5/61$) بود. در ادامه به یافته‌های استنباطی با استفاده از آزمون کواریانس پرداخته می‌شود.

قبل از استفاده از آزمون، پیش‌فرض‌های مهم این آزمون آماری مورد بررسی قرار گرفت. پیش‌فرض‌های استفاده از اندازه‌گیری مکرر با استفاده از آزمون کالموگراف اسمیرنوف و آزمون لوین مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد سطح معنی داری آنها بالای ۵ درصد بود. عبارتی هر دو مفروضه آزمون مذکور برقرار بودند و استفاده از تحلیل

کوارینانس برای تحلیل داده‌های این پژوهش بلامانع بود.

جدول ۲. نتایج تحلیل کوارینانس پس آزمون نمرات تصور از خود پس از تعدیل پیش آزمون					
منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگن مجذورات	مقدار F	سطح معناداری
مدل تصحیح شده	۱۵۵۱/۷۸۳	۲	۷۷۵/۸۹۲	۱۰۹/۳۴۷	/۰۰۰
عرض از مبدا	۲۵/۵۱۸	۱	۲۵/۵۱۸	۳/۵۹۶	/۰۶۹
پیش آزمون	۱۴۶۵/۰۸۳	۱	۱۴۶۵/۰۸۳	۲۰۶/۴۷۶	/۰۰۰
گروه (متغیر مستقل)	۷۷/۶۱۸	۱	۷۷/۶۱۸	۱۰/۹۳۹	/۰۰۳
خطا	۱۹۱/۵۸۳	۱۵	۷۷۲/۱۲	-	-
کل	۹۰۶۳۳/۰۰۰	۱۸	-	-	-
کل تصحیح شده	۱۷۴۳/۳۶۷	۱۷	-	-	-

در جدول ۲ نتیجه آزمون تحلیل کوارینانس بوضوح نشان داده شده است. همانطور که در این جدول مبرهن است مجموع مجذورات متغیر مستقل ۷۷/۶۱ می‌باشد که منجر به اندازه آزمون $F(۱۰/۹۳)$ می‌شود که اندازه این آزمون F در سطح پنج درصد معنی‌دار است. به

عبارتی دیگر، بین دو گروه گواه و آزمایش در میزان تصور از خود بعد از تعدیل اثر پیش آزمون تفاوت معنی‌دار می‌باشد. بنابراین به این نتیجه می‌توان رسید که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر تصور از خود بیماران مبتلا به درد مزمن مؤثر است (تأیید فرضیه اول).

جدول ۳. نتایج تحلیل کوارینانس پس آزمون نمرات خودبیمارانگاری پس از تعدیل پیش آزمون					
منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگن مجذورات	مقدار F	سطح معناداری
مدل تصحیح شده	۳۲۲/۸۵۳	۲	۱۶۱/۴۲۷	۷۸/۶۰۷	/۰۰۰
عرض از مبدا	/۰۰۴	۱	/۰۰۴	/۰۰۲	/۹۶۶
پیش آزمون	۳۲۱/۲۲۰	۱	۳۲۱/۲۲۰	۱۵۶/۴۱۸	/۰۰۰
گروه (متغیر مستقل)	۴/۰۰۴	۱	۴/۰۰۴	۱/۹۵۰	/۱۷۴
خطا	۵۵/۴۴۷	۱۵	۳/۶۹۶	-	-
کل	۵۹۲۵۳/۰۰۰	۱۸	-	-	-
کل تصحیح شده	۳۷۸/۳۰۰	۱۷	-	-	-

در جدول (۳) نتیجه آزمون تحلیل کوارینانس بوضوح نشان داده شده است. همانطور که در این جدول مبرهن است مجموع مجذورات متغیر مستقل ۴/۰۰۴ می‌باشد که منجر به اندازه آزمون $F(۱/۹۵)$ می‌شود که اندازه این آزمون F در سطح پنج درصد معنی‌دار نیست. به عبارتی دیگر، بین دو گروه گواه و آزمایش در میزان خودبیمارانگاری بعد از تعدیل اثر پیش آزمون تفاوت معنی‌دار نمی‌باشد. به این نتیجه می‌توان رسید که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودبیمارانگاری بیماران مبتلا به درد مزمن مؤثر نیست و فرضیه دوم رد می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر تصور از خود و خودبیمارانگاری بیماران مبتلا به درد مزمن بود. اولین نتیجه این پژوهش این بود که نمرات تصور از خود گروه آزمایشی در پس آزمون به مقدار زیادی افزایش پیدا کرده است و نتایج تحلیل کوارینانس (جدول ۲) نشان داد که درمان مبتنی بر ذهن

آگاهی بر تصور از خود بیماران مبتلا به درد مزمن مؤثر است؛ بنابراین فرضیه اول پژوهش تأیید می‌شود. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های مرتبطی مثل سلگی و ویسی (۱۳۹۷)، قدم پور و همکاران (۱۳۹۶) بلیدورن و همکاران (۲۰۱۶)، چیزا و سرتی (۲۰۱۱) و مک کراکن و ولمن (۲۰۱۰) همسو است.

در تبیین یافته‌های پژوهشی می‌توان گفت تصور از خود یکی از مفاهیمی است که در تعیین رفتارهای مرتبط با سلامت در افراد انجام می‌شود (سلگی و ویسی، ۱۳۹۷) و منعکس کننده احساس مهار بر زندگی، ذهن، باورها و بازخوردها است و ذهن آگاهی نیز یکی از روی آوردهای درمانگری نوینی است که به اصلاح مهار و پردازش افکار منفی می‌پردازد (چیزا و سرتی، ۲۰۱۱). با این روی آورد افکار فرد به عنوان حوادث ذهنی تجربه شده و از تمرکز و توجه روی نفس به عنوان ابزاری برای زندگی در زمان حال استفاده می‌شود. به عبارت

آزمون پیگیری بعد از دو الی سه ماه از پس آزمون، به منظور سنجش پایداری نتایج، مهیا نشد. به منظور تعمیم‌دهی بهتر نتایج، پیشنهاد می‌شود پژوهشی مشابه اما با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی انجام شود.

با توجه به قابلیت بیشتر یافته‌ها در تعمیم نتایج و افزایش اعتبار بیرونی، پیشنهاد می‌گردد پژوهشی مشابهی در جامعه آماری و شهرهای دیگری انجام شود. تحقیقات دیگری با انتخاب نمونه‌های بزرگتری، اجرا شده تا علاوه بر مقایسه نتایج آنها با این پژوهش، تعمیم یافته‌ها را با احتیاط زیادی مواجه نکنند. با توجه به اینکه مداخله مذکور بر روی نمونه بیماران درد مزمن انجام شده است، پیشنهاد می‌شود تأثیر آموزش ذهن آگاهی بر بیماران مبتلا به بیماری‌ها از جمله دیابت، ام‌اس، میگرن و... نیز مورد بررسی قرار گیرد.

منابع

- احمدی، اکرم؛ قائمی، فاطمه؛ فرخی، نورعلی (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش (اکت) بر درماندگی روانشناختی، اضطراب مرگ بیماران مبتلا به سرطان اصفهان. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۷ (۷۲)، ۹۵۱-۹۵۶.
- برومند، اکرم. (۱۳۹۱). درد مزمن، خودکارآمدی درد و افکار خودکشی: نقش تعدیل‌کننده‌ی خودکارآمدی درد بر رابطه‌ی بین افسردگی و افکار خودکشی در بیماران مبتلا به درد مزمن. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۴ (۵۴)، ۶۳-۱۵۲.
- تقی پور درزی، محمد؛ حسینی، سید رضا؛ کیا، کلثوم؛ عباسپور، معصومه (۱۳۹۲). بررسی میزان شیوع دردهای عضلانی - اسکلتی و ارتباط آن با ناتوانی عملکردی در سالمندان. *دانش و تندرستی*. ۸ (۷)، ۷۲-۸۶.
- تمنایی فر، شیمیا؛ اصغرنژاد فرید، علی اصغر؛ میرزایی، مصلح؛ سلیمانی، مهدی (۱۳۹۵). ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه پنج عاملی ذهن آگاهی، *روانشناسی تحولی، روانشناسان ایرانی*. ۱۲ (۴۷)، ۳۲۱-۳۲۹.
- خانی هانی، قدسی حسن، نژادنیک حامد، تیموری سحر، قدسی علیرضا (۱۳۹۵). شیوع افسردگی و ارتباط آن با بروز خودبیمارانگاری در پرستاران بیمارستان‌های دانشکده علوم پزشکی نیشابور. *علوم مراقبتی نظامی*. ۳ (۱)، ۳۴-۴۰.
- سلگی، زهرا و ویسی، راضیه (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر حساسیت اضطرابی، خودپنداشت و خودکارآمدی تحصیلی دانش‌آموزان دچار نارسا نویسی. *فصلنامه روانشناسی کاربردی*، ۱۲ (۴)، ۵۷۳-۵۹۴.

دیگر حضور ذهن عبارت است از نوعی شیوه خاص پرورش توجه برای توسعه آگاهی، حضور ذهن شامل توانمند شدن در شناسایی جنبه‌های مشکل آفرین یک فکر و برقراری رابطه‌ای با روی آورد متفاوت با این افکار است. هدف هر دوره آموزشی مبتنی بر ذهن آگاهی، آموزش شیوه‌های متفاوت برقراری ارتباط با محتواهای ذهنی است، که می‌تواند بر بیماران مؤثر باشد و تصور از خود آنها را افزایش دهد (داگلاس و همکاران، ۲۰۱۶).

همچنین اگر تصور از خود را به عنوان نوعی بازخورد و قضاوت درباره توانمندی‌های خود فرض کنیم با آموزش ذهن آگاهی بیماران درد مزمن یاد می‌گیرند به جای پیشداوری درباره آینده، به لحظه کنونی توجه کنند و به جای واکنش، به آنها «پاسخ» بدهند. در این پژوهش نیز مداخله آموزشی ذهن آگاهی با ترغیب بیماران به تمرین توجه و آگاهی هدفمندانه بر جسم و ذهن، آنها را از اشتغال ذهنی با نگرانی درباره نحوه عملکرد در کارها رها کرد (مک کراکن و ولمن، ۲۰۱۰). در چنین حالتی توانمندی‌های بیماران درد مزمن کامل عملیاتی و دیدگاه و تصور از خود آنها در طول زمان و با تجربه موفقیت‌های بیشتر مثبت شد.

در بررسی فرضیه دوم پژوهش مشخص شد که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر خویمارانگاری بیماران مبتلا به درد مزمن مؤثر نیست؛ بنابراین فرضیه سوم پژوهش تأیید نشد.

پژوهشی که به بررسی اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر خودبیمارانگاری پرداخته باشد یافت نشد که نتایج مورد مقایسه قرار بگیرد. اما در تبیین عدم اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر خودبیمارانگاری یک سازه عمیق از حالت اضطراب است که نیاز به درمان عمیق‌تر و با جلسات بیشتری دارد. می‌توان گفت که خودبیمارانگاری معمولاً حاصل اضطراب شدید بیمار است. در واقع این اضطراب است که خودبیمارانگاری را به وجود می‌آورد و ناشی از تفسیر نادرست علائم بدنی و اطلاعات، مرتبط با آن است (دی آل، ۲۰۱۷). خصیصه اصلی خودبیمارانگاری یک تابلوی بالینی است که اختلال برجسته آن تعبیر غیرواقعی علائم جسمانی و حس‌های طبیعی به عنوان علائم غیرطبیعی است که منجر به اشتغال ذهنی یا اعتقاد به ترس از یک، بیماری شدید می‌شود. بنابراین با توجه نتایج، درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودبیمارانگاری تأثیر نداشت.

افت آزمودنی و استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس مهم‌ترین محدودیت این پژوهش بود. و همچنین امکان برگزاری

- Beck, A. T., Steer, R. A., & Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical psychology review*, 8(1), 77-100.
- Noyes Jr, R., Stuart, S. P., Langbehn, D. R., Happel, R. L., Longley, S. L., Muller, B. A., & Yagla, S. J. (2003). Test of an interpersonal model of hypochondriasis. *Psychosomatic Medicine*, 65(2), 292-300.
- Onoda, K., Okamoto, Y., Nakashima, K. I., Nittono, H., Yoshimura, S., Yamawaki, S., ... & Ura, M. (2010). Does low self-esteem enhance social pain? The relationship between trait self-esteem and anterior cingulate cortex activation induced by ostracism. *Social cognitive and affective neuroscience*, 5(4), 385-391.
- Seawell, A. H., & Danoff-Burg, S. (2005). Body image and sexuality in women with and without systemic lupus erythematosus. *Sex Roles*, 53(11-12), 865-876.
- Smeets, G., de Jong, P. J., & Mayer, B. (2000). If you suffer from a headache, then you have a brain tumour: Domain-specific reasoning 'bias' and hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, 38(8), 763-776.
- Von Korff, M., Crane, P., Lane, M., Miglioretti, D. L., Simon, G., Suanders, K., & et al. (2015). Chronic spinal pain and physical-mental comorbidity in the United States: results from the national comorbidity survey replication. *Pain*, 115(2), 331-339.
- Zota, A. R., Geller, R. J., Calafat, A. M., Marfori, C. Q., Baccarelli, A. A., & Moawad, G. N. (2018). Phthalates exposure and uterine fibroid burden among women undergoing surgical treatment for fibroids: a preliminary study. *Fertility and sterility*, 4(7), 11-26.
- قدم پور، عزت اله؛ یوسف وند، لیلا؛ رادمهر، پروانه (۱۳۹۶). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود حرمت خود در زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر. *پژوهش نامه روانشناسی مثبت*، ۲(۳)، ۶۷-۷۸.
- قرایی اردکانی، شایسته؛ آزاد فلاح، پرویز؛ تولایی، سیدعباس (۱۳۹۱). اثربخشی رویکرد پذیرش و تعهد درمانی در کاهش شدت تجربه درد در زنان مبتلا به اختلال سردرد مزمن. *روانشناسی بالینی*، ۴(۲)، ۳۹-۵۰.
- محمدی، بهروز (۱۳۷۲). بررسی خودپنداشت و افسردگی. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران.
- Aydede, M., & Shriver, A. (2018). Recently introduced definition of "nociceptive pain" by the International Association for the Study of Pain needs better formulation. *Pain*, 159(6), 1176-1177.
- Bleidorn, W., Arslan, R. C., Denissen, J. J., Rentfrow, P. J., Gebauer, J. E., Potter, J., & Gosling, S. D. (2016). Age and gender differences in self-esteem—A cross-cultural window. *Journal of personality and social psychology*, 111(3), 396-398.
- Chiesa, A., & Serretti, A. (2011). Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry research*, 187(3), 441-453.
- Deale, A. (2017). Psychopathology and treatment of severe health anxiety. *Psychiatry*, 6(6), 240-246.
- Jolly, M., Pickard, A. S., Mikolaitis, R. A., Cornejo, J., Sequeira, W., Cash, T. F., & Block, J. A. (2012). Body image in patients with systemic lupus erythematosus. *International journal of behavioral medicine*, 19(2), 157-164.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present and future. *Clinical psychological: Science & Practice*, 10 (2), 144-156.
- Leibbrand, R., Hiller, W., & Fichter, M. M. (2000). Hypochondriasis and somatization: two distinct aspects of somatoform disorders?. *Journal of Clinical Psychology*, 56(1), 63-72.
- Masuda, A., Tully, E. C., Drake, C. E., Tarantino, N., Ames, A. M., & Larson, D. G. (2017). Examining self-concealment within the framework of psychological inflexibility and mindfulness: A preliminary cross-sectional investigation. *Current Psychology*, 36(1), 184-191.
- McCracken, L. M., & Velleman, S. C. (2010). Psychological flexibility in adults with chronic pain: a study of acceptance, mindfulness, and values-based action in primary care. *Pain*, 148(1), 141-147.
- Morlion, B., Kempke, S., Luyten, P., Coppens, E., & Van Wambeke, P. (2011). Multidisciplinary Pain Education Program (MPEP) for chronic pain patients: preliminary evidence for effectiveness and mechanisms of change. *Current Medical Research and Opinion*, 27 (8), 1595-601.