

**اثربخشی درمان شناختی- رفتاری در ذهن آگاهی،
تاب آوری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به درد مزمن**

**The effectiveness of cognitive behavior therapy on
mindfulness, resiliency and quality of life in patients
with chronic pain**

M. Hatami, Ph.D.

دکتر محمد حاتمی *

J. Hasani, Ph.D.

دکتر جعفر حسینی **

M. Ghasemi

میترا قاسمی ***

چکیده

امروزه درد مزمن از جمله بیماری‌های جسمی شایع است و درمان شناختی- رفتاری یکی از روش‌های درمانی مفید آن محسوب می‌شود. هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری در ذهن آگاهی، تاب آوری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به درد مزمن شهر تهران بود. ۲۰ بیمار مبتلا به درد مزمن به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و ۵ بار به وسیله پرسشنامه‌های ذهن آگاهی بائر و همکاران (FFMQ)، مقیاس تاب آوری کانر و دیویدسون، و پرسشنامه کیفیت زندگی (QOL) ارزیابی شدند. پژوهش از نوع تک آزمودنی

*. دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه خوارزمی تهران

** . دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه خوارزمی تهران

***. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه خوارزمی تهران.

اثربخشی درمان شناختی- رفتاری در ذهن آگاهی، تاب‌آوری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به درد مزمن

چند خط پایه‌ای بود، بنابراین داده‌های جمع‌آوری شده به روش تحلیل اندازه‌گیری مکرر تجزیه و تحلیل شدند. از فرمول درصد بهبودی برای قضاوت درباره میزان بهبودی استفاده شد. بیماران مبتلا به درد مزمن توانستند با کسب درصدهای بهبودی بالا هم در مرحله پس از درمان و هم در مرحله پیگیری ۳۰ روزه اثربخشی خود را در تمام متغیرهای پژوهش ثابت کنند. درمان شناختی- رفتاری توانست به افزایش معناداری در هر سه متغیر در بیماران مبتلا به درد مزمن بیانجامد. بنابراین لازم است بیش از پیش مورد توجه متخصصین سلامت قرار گیرد.

واژه-کلیدها: درمان شناختی- رفتاری، ذهن آگاهی، تاب‌آوری، کیفیت زندگی و درد مزمن.

Abstract

The chronic pain is a common physical illnesses. Cognitive Behavior Therapy is considered to be a useful treatment for it. This study aimed to investigate the effectiveness of cognitive behavior therapy on mindfulness, resiliency and quality of life in patients with chronic pain in Tehran. Using convenience sampling, 2 patients with chronic pain were selected as the sample. All patients were assessed 5 times by Bauer and colleagues mindfulness questionnaire (FFMQ), Connor and Davidson resiliency scale and quality of life questionnaire (QOL). This study was a basic, multiline, and single subject research. The collected data were analysed using repeated measures analysis. The improvement percentage formula was used for judging improvement rate. The patients with chronic pain obtained high improvement percents in 30 days post-treatment and follow-up phases; they proved their effectiveness in all variables. Cognitive behavior Therapy led to a significant increase in the level of all three variables, in patients with chronic pain. Therefore clinicians should pay attention to it more than before.

Keywords: cognitive behavioral therapy, mindfulness, resiliency, quality of life and chronic pain.

Contact information: ghasemi.mitra408@gmail.com

مقدمه

درد مزمن^۱ به نوعی از درد اطلاق می‌شود که اگرچه در پاسخ به یک آسیب معین بروز

اثربخشی درمان شناختی- رفتاری در ذهن آگاهی، تاب‌آوری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به درد مزمن

می‌یابد، اما در مدت کمتر از شش ماه از بین نرفته و دوام می‌یابد (استنارد، ۲۰۱۰). درد مزمن، به شدت کیفیت زندگی فرد را متأثر می‌سازد. به طوری که وی را از انجام وظایف خود ناتوان ساخته، باعث از دست رفتن احساس تسلط و خود ارزشمندی در فرد می‌گردد. در بسیاری از موارد این اختلال منجر به از کار افتادگی افراد گشته و خسارت‌ها مالی بسیاری برای خود فرد و نظام اقتصادی دوول مختلف به همراه دارد (برن و هووآرتز، ۲۰۰۶). این بیماری علاوه بر مشکلات جسمی متعدد، علایم و اختلالات روانشناختی و همچنین واکنش‌های هیجانی مخرب متعددی را در فرد پدید می‌آورد (فالو، ۲۰۰۵).

یکی از عوامل روانشناختی که پیش‌بینی‌کننده شدت ناتوانی و مشکلات حاصل از درد مزمن است و در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفته است؛ ذهن آگاهی می‌باشد. پژوهش‌های متعددی حائز اهمیت بودن نقش ذهن آگاهی را در تعیین میزان ناتوانی حاصل از اختلال درد مزمن و کیفیت زندگی این افراد مورد تأیید قرار داده‌اند (زیدان و همکاران، ۲۰۱۲؛ کسیدی و همکاران، ۲۰۱۲؛ مک کراکن و ولمن، ۲۰۱۰؛ شاتز و همکاران، ۲۰۱۰؛ چو و همکاران، ۲۰۱۰؛ مک کراکن و همکاران، ۲۰۰۷). در مورد چگونگی اثرگذاری ذهن آگاهی در تقلیل مشکلات ناشی از اختلال درد مزمن، باید اذعان داشت که؛ اگرچه هدف اصلی ذهن آگاهی ایجاد تنش‌زدایی^۲ نیست، ولی مشاهده غیر قضاوتی حوادث منفی درونی باعث ایجاد تنش‌زدایی می‌شود. ذهن آگاهی ممکن است منجر به تمرکز بر کیفیت درونی یک فعالیت، افزایش رضامندی در طول انجام آن فعالیت و کاهش مزاج^۳ منفی هنگام شکست در نتایج بیرونی آن شود (مک کون و همکاران، ۲۰۱۰). یکی دیگر از عوامل روانشناختی که پیش‌بینی‌کننده شدت ناتوانی و مشکلات حاصل از درد مزمن است و در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفته است؛ تاب‌آوری می‌باشد. نقش تاب‌آوری در تعیین میزان ناتوانی حاصل از اختلال درد مزمن و کیفیت زندگی مبتلایان به اختلال درد مزمن توسط کارولی و ریولمن (۲۰۰۶) و لوپرینزی و همکاران (۲۰۱۱) تأیید شده است.

درد مزمن اختلالی است که با مشکلات جسمی و روانشناختی متعددی همراه می‌باشد و ابعاد مختلف زندگی فرد از جمله سلامتی، شغلی، بین فردی، اجتماعی، تحصیلی، جنسی و در مجموع کیفیت زندگی فرد را عمیقاً متأثر می‌سازد. همان‌طور که پیش از این اشاره شد عوامل

اثربخشی درمان شناختی- رفتاری در ذهن آگاهی، تاب‌آوری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به درد مزمن

روانشناختی موجب کاهش ناتوانی و مشکلات حاصل از درد و بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به اختلال درد مزمن می‌گردد (پدیسیک و همکاران، ۲۰۱۳) در این بین می‌توان به ذهن آگاهی و تاب‌آوری به عنوان دو عامل اثر گذار در کیفیت زندگی افراد مبتلا به اختلال درد مزمن اشاره کرد. بنابراین استفاده از روش‌های درمانی که در افزایش تاب‌آوری و ذهن آگاهی فرد اثربخش باشند منجر به افزایش کیفیت زندگی مبتلایان به این اختلال نیز می‌گردد.

در سال‌های اخیر، درمانگران و پژوهشگران متعددی نسبت به درمان‌های غیر دارویی اختلال درد مزمن، توجه ویژه‌ای را مبذول داشته‌اند. در این بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری اختلال درد مزمن مورد مطالعه قرار گرفته است. رویکرد شناختی- رفتاری بر این اساس شکل گرفته که افراد عموماً نه به علت درد، بلکه به علت سازگاز شدن با این باور که به لحاظ بدنی "ناتوان" هستند، از فعال بودن دست برمی‌دارند. بنابراین درمان شناختی- رفتاری برای درد مزمن شامل به چالش کشیدن این باورها و آموزش دادن راه‌هایی به بیماران برای بازگشت مجدد و مطمئن به فعالیت‌های لذت بخش در زندگیشان است (اوتیس، ۲۰۰۷).

بررسی‌ها نشان داده‌اند که در حال حاضر درمان شناختی- رفتاری، اساسی‌ترین درمان غیرپزشکی به منظور کاهش عوارض ناشی از درد مزمن می‌باشد و درمان مزبور در اکثر برنامه‌های کنترل درد، راهکاری ضروری و حائز اهمیت می‌باشد (کسلر و همکاران، ۲۰۰۵). فرایند بنیادین پیشرفت درمان شناختی- رفتاری، تغییرات پدید آمده در شناخت‌ها و رفتارهای بیماران می‌باشد (ترنر و همکاران، ۲۰۰۷). پژوهش‌های متعددی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری را بر ابعاد مختلف اختلال درد مزمن مورد بررسی قرار داده‌اند (زاگوستین، ۲۰۱۳؛ پالرمو و همکاران، ۲۰۱۰؛ ثورن و همکاران، ۲۰۱۱).

بررسی‌ها نشان داده‌اند که درمانی که بتواند ذهن آگاهی این بیماران را افزایش دهد؛ به آنها کمک می‌کند که بتوانند افکار، رفتار و هیجان‌های خود را کنترل کرده، زندگی شادتر، آرامش‌بخش‌تر و رضایت‌مندانه‌تری را تجربه کنند (مک کون و همکاران، ۲۰۱۰). از سوی دیگر، افرادی می‌توانند با درد، رنج و ناتوانی حاصل از درد مزمن به صورتی سازگارانه کنار بیایند؛ که بتوانند فعالانه با تغییرات پدید آمده ناشی از این بیماری انطباق یابند، لذا درمانی که بتواند تاب‌آوری بیماران درد مزمن را افزایش دهد؛ به آن‌ها کمک می‌کند به جای تسلیم شدن

اثربخشی درمان شناختی- رفتاری در ذهن آگاهی، تاب‌آوری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به درد مزمن

در برابر مشکلات ناشی از آن با مشارکت فعال و سازنده در محیط پیرامون خود تعادل زیستی- روانی خود را برقرار ساخته و آرامش بیشتری را تجربه کنند (کارولی و همکاران، ۲۰۰۶). همچنین درمانی که بتواند افکار ناخوشایند وابسته به درد مزمن، رفتارهای منفعلانه و ناتوانی حاصل از آن را کاهش دهد و آرامش، تسلط و فعالیت هدفمند و سازنده را در آن‌ها افزایش دهد، می‌تواند کیفیت زندگی نه چندان مطلوب این بیماران را دستخوش تغییر کرده و شرایط زندگی آن‌ها را بهبود بخشد.

با توجه به بالا بودن شیوع اختلال درد مزمن و خسارت‌های مالی و جانی و روانشناختی ناشی از این اختلال بسیار اهمیت دارد که بتوانیم درمان‌های روانشناختی اثربخش بر این بیماری را شناسایی کرده و با بهره‌گیری از این درمان‌ها، مشکلات ناشی از این بیماری را کاهش دهیم. با توجه به این که تا کنون در ایران و سایر کشورها پژوهشی در خصوص بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری در تغییر ذهن آگاهی، تاب‌آوری و کیفیت زندگی مبتلایان به درد مزمن انجام نگرفته است و شناسایی چنین درمانی که بتواند این عوامل را در بیماران درد مزمن افزایش دهد؛ می‌تواند به کاهش مشکلات و افزایش توانمندی این بیماران کمک کند، لذا هدف از انجام این پژوهش بررسی چگونگی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری در ذهن آگاهی، تاب‌آوری و کیفیت زندگی بیماران درد مزمن بود.

سؤال پژوهش

درمان شناختی- رفتاری چه تأثیری در ذهن آگاهی، تاب‌آوری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال درد مزمن دارد؟

تعریف علمی و کاربردی متغیرها

ذهن آگاهی: توجه خاص، هدفمند، در زمان حال و بدون هرگونه قضاوت و پیش‌داوری می‌باشد (کایون، ۲۰۱۱) و در این پژوهش از پرسشنامه ذهن آگاهی بائر و همکاران (۲۰۰۶) برای سنجش ذهن آگاهی استفاده شد. تاب‌آوری: عبارت است از فرایندی پویا که انسان‌ها در زمان مواجهه با شرایط ناگوار یا ضربه‌های روحی به‌صورت رفتار انطباقی مثبت از خود نشان

اثربخشی درمان شناختی- رفتاری در ذهن آگاهی، تاب‌آوری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به درد مزمن

می‌دهند. تاب‌آوری به قابلیت تطابق انسان در مواجهه با بلا یا فشارهای جانکاه، غلبه یافتن و حتی تقویت شدن به وسیله آن تجارب اطلاق می‌شود (دینر و همکاران، ۲۰۰۹). در این پژوهش از مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) برای سنجش آن استفاده شد. کیفیت زندگی: بنا به تعریف سازمان بهداشت جهانی عبارت است از درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، هدف‌ها، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان (آلمدیا و همکاران، ۲۰۱۱) و در این پژوهش برای سنجش آن از پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۸۹) استفاده شد.

روش

پژوهش حاضر از نوع مطالعه تک‌آزمودنی^۴ چند خط پایه‌ای است. جامعه آماری این پژوهش تمامی مبتلایان به درد مزمن شهر تهران می‌باشند. در این پژوهش حجم نمونه ۲ نفر و روش نمونه‌گیری، تصادفی در دسترس می‌باشد. ملاک‌های ورود در نمونه مورد نظر، داشتن ملاک‌های درد مزمن بر اساس نظر پزشک متخصص ارتوپد، تحصیلات دیپلم و یا بالاتر، محدودۀ سنی ۶۰-۴۰ بود.

ابزار پژوهش: ابزارهایی که در این بررسی مورد استفاده قرار گرفته‌اند عبارتند از: مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳): این مقیاس دارای ۲۵ گویه پنج‌گزینه‌ای (هرگز، به‌ندرت، گاهی اوقات، اغلب، همیشه) است که محمدی (۱۳۸۴) آن را برای استفاده در ایران انطباق داده است و همسانی درونی، درستی بازآزمایی و قابلیت اعتماد همگرا و واگرای مقیاس را کافی گزارش کرده است. به این صورت که قابلیت اعتماد آن با سنجش همسانی درونی آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به‌دست آمده است.

پرسشنامه ذهن آگاهی بانر و همکاران (FFMQ) (۲۰۰۶): این ابزار یک مقیاس خود سنجی ۳۹ آیتمی است. در مطالعه‌ای که بر روی قابلیت اعتماد این پرسشنامه در ایران انجام گرفته است، ضریب همبستگی پیش‌آزمون- بازآزمون این پرسشنامه در نمونه ایرانی بین ۰/۵۷ (غیرقضاوتی بودن) تا ۰/۸۴ (مشاهده) مشاهده گردید. همچنین ضریب آلفا در حد قابل قبولی ۰/۵۵ (در عامل غیر واکنش بودن) تا ۰/۸۳ (در عامل توصیف) به‌دست آمد (احمدوند و

اثربخشی درمان شناختی- رفتاری در ذهن آگاهی، تاب‌آوری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به درد مزمن

همکاران، (۱۳۹۱).

پرسشنامه کیفیت زندگی (QOL): این پرسشنامه جهت سنجش کیفیت زندگی فرد در دو هفته اخیر مورد استفاده قرار می‌گیرد، سازنده آن سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL- BREF) با همکاری ۱۵ مرکز بین‌المللی سال ۱۹۸۹ است. در ایران نیز نصیری (۱۳۸۵) برای قابلیت اعتماد مقیاس از سه روش بازآزمایی با فاصله سه هفته‌ای، تنصیفی و آلفای کرونباخ استفاده کرد که به ترتیب برابر با ۰/۶۷، ۰/۸۷ و ۰/۸۴ بود. همچنین قابلیت اعتماد مقیاس کیفیت زندگی را نجات (۱۳۸۵) سنجیده و ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس برابر با ۰/۸۸، برای سلامت جسمی ۰/۷۰، برای سلامت روانی ۰/۷۷ و برای روابط اجتماعی ۰/۶۵ و برای کیفیت محیط زندگی برابر با ۰/۷۷ گزارش کرده است.

بیماران طی ۱۱ جلسه درمانی (هر هفته یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) تحت درمان شناختی- رفتاری بر اساس راهنمای درمان شناختی- رفتاری درد مزمن (اوتیس، ۲۰۰۷ ترجمه محمدی و علی‌بیگی، ۱۳۹۰) قرار گرفتند.

داده‌ها و یافته‌ها

در پژوهش حاضر برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش ضرایب اثر استفاده شد. همچنین برای محاسبه تغییرات درصد بهبودی (MPI)، درصد کاهش نمرات (MPR)، ضریب کوهن و ضریب اثر از فرمول‌های زیر استفاده شده است:

$$MPR = [(Baseline\ Mean - Treatment\ Phase\ Mean) / Treatment\ phase\ Mean] \times 100$$

$$MPI = [(Baseline\ Mean - Treatment\ Phase\ Mean) / Baseline\ Mean] \times 100$$

$$Cohen's\ d = M^1 - M^2 / \sigma\ pooled$$

$$Where\ \sigma\ pooled = \sqrt{[(\sigma^1 + \sigma^2) / 2]}$$

شایان ذکر است که هر دو بیمار شرکت‌کننده در این بررسی زن، متأهل، خانه‌دار و دیپلمه بودند. آزمودنی اول ۵۴ سال و آزمودنی دوم ۵۱ سال سن داشتند. نتایج بررسی با چند خط پایه در مرحله خط پایه، حین مداخله و پس از درمان در جدول شماره (۱) ارائه شده است.

اثربخشی درمان شناختی- رفتاری در ذهن آگاهی، تاب‌آوری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به درد مزمن

جدول ۱: نمرات آزمودنی‌ها در سه مقیاس ذهن آگاهی، تاب‌آوری و کیفیت زندگی در مرحله خط پایه، حین مداخله، پس از درمان، پیگیری و میزان اثربخشی

آزمودنی	مقیاس	خط پایه	جلسه چهارم	جلسه هشتم	پس از درمان	میانگین مداخلات	درصد بهبودی پس از مداخله	درصد کاهش نمرات پس از مداخله	ضرب کوهن میانگین مداخلات	ضرب اثر میانگین مداخلات	جلسه پیگیری	درصد بهبودی پس از پیگیری	درصد کاهش نمرات پس از پیگیری	ضرب کوهن جلسه پیگیری	ضرب اثر جلسه پیگیری
آزمودنی ۱	ذهن آگاهی	۷۰	۸۹	۹۶	۱۰۷	۹۷/۳۳	-۵۲/۸۵	-۳۴/۵۷	-۴/۲۳	-۰/۹۰	۱۰۹	-۵۵/۷۱	-۳۵/۷۷	-۶/۰۴	-۰/۹۴
	تاب‌آوری	۳۷	۴۸	۵۳	۵۹	۵۲/۳۳	-۵۹/۴۵	-۳۷/۲۸	-۴/۱۳	-۰/۹۰	۶۰	-۶۲/۱۶	-۳۸/۳۳	-۵/۸۱	-۰/۹۴
	کیفیت زندگی	۵۶	۶۸	۷۵	۸۸	۷۷	-۵۷/۱۴	-۳۶/۳۶	-۳/۶۰	-۰/۸۷	۹۱	-۶۲/۵	-۳۸/۴۶	-۵/۲۷	-۰/۹۳
آزمودنی ۲	ذهن آگاهی	۱۰۰	۱۲۵	۱۴۹	۱۵۵	۱۴۳	-۵۵	-۳۵/۴۸	-۳/۸۲	-۰/۸۸	۱۶۰	-۶۰	-۳۷/۵	-۵/۳۳	-۰/۹۳
	تاب‌آوری	۵۶	۷۲	۷۹	۸۶	۷۹	-۵۳/۵۷	-۳۴/۸۸	-۴/۶	-۰/۹۱	۸۶	-۵۳/۵۷	-۳۴/۸۸	-۶/۴۴	-۰/۹۵
	کیفیت زندگی	۷۲	۹۳	۱۰۸	۱۱۴	۱۰۵	-۵۸/۳۳	-۳۶/۸۴	-۴/۲۹	-۰/۹۰	۱۱۶	-۶۱/۱۱	-۳۷/۹۳	-۵/۷۳	-۰/۹۴

بر اساس آنچه که از جدول شماره (۱) مشاهده می‌شود داده‌های به‌دست آمده نشان می‌دهد درمان مزبور باعث افزایش میزان ذهن آگاهی و تاب‌آوری بیماران شده است و کیفیت زندگی آن‌ها را نیز به صورت معناداری افزایش داده است. این مسئله را می‌توان براساس شاخص بهبودی و اندازه اثر^۵ به‌دست آمده در مقیاس‌ها به‌ترتیب با درصد بهبودی ۵۵/۷۱-، ۶۲/۱۶- و ۶۲/۵- و اندازه اثر ۰/۹۴-، ۰/۹۴- و ۰/۹۳- برای آزمودنی اول و با درصد بهبودی ۶۰-، ۵۳/۵۷- و ۶۱/۱۱- و اندازه اثر ۰/۹۳-، ۰/۹۵- و ۰/۹۴- برای آزمودنی دوم نتیجه‌گیری نمود. در رابطه با علامت منفی این ضرایب باید اظهار داشت که این علامت نشانه این است که نمره آزمودنی روند افزایشی داشته است و شیب نمودار نمرات حاصله مثبت بوده است. از آنجایی که در درصد بهبودی بالای ۵۰ و اندازه اثر بالای ۰/۸ اثربخشی درمان را نشان می‌دهد، بنابراین بر اساس درصد بهبودی و اندازه اثر این مقیاس‌ها در هر دو آزمودنی می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی- رفتاری اثربخشی مطلوبی داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج حاصله از تحلیل داده‌ها نشان داد که درمان شناختی- رفتاری توانسته است تغییر معناداری در سه متغیر کیفیت زندگی، تاب‌آوری و ذهن آگاهی در بیماران درد مزمن ایجاد کند، لذا می‌توان اظهار داشت که درمان شناختی- رفتاری در افزایش ذهن آگاهی، تاب‌آوری و کیفیت زندگی آزمودنی‌ها اثربخش بوده و تأثیرگذاری این درمان در طول مرحله پیگیری نیز مشهود بوده است.

اگرچه تاکنون پژوهشی در مورد اثربخشی درمان شناختی- رفتاری در تغییر کیفیت زندگی، تاب‌آوری و ذهن آگاهی در بیماران درد مزمن انجام نشده است اما بررسی‌های متعددی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری را در تغییر ابعاد مختلف زندگی بیماران درد مزمن نشان داده‌اند. از جمله این بررسی‌ها می‌توان به این موارد اشاره کرد؛ پالرمو و همکاران (۲۰۱۰)، نشان دادند که درمان شناختی- رفتاری باعث کاهش شدت درد اراک شده توسط بیماران می‌گردد. ثورن و همکاران (۲۰۱۱)، اثربخشی درمان شناختی- رفتاری را در افزایش تحمل مبتلایان نسبت به درد تجربه شده و مشکلات حاصل از آن نشان دادند. اسمیتز و همکاران (۲۰۰۶)، اثربخشی درمان شناختی- رفتاری را در کاهش افکار فاجعه‌انگاری مربوط به درد نشان دادند. لاو و همکاران (۲۰۰۲)، نشان دادند که درمان شناختی- رفتاری در اصلاح راهبردهای مقابله‌ای مبتلایان به اختلال درد مزمن اثربخش بوده است. در تبیین نتیجه حاصله باید اظهار داشت که، درمان شناختی- رفتاری با کاهش افکار خودآیند منفی^۶، به فرد این امکان را می‌دهد که بر افکار خود کنترل بیش تری داشته باشد و به جای تمرکز بر نگرانی از آینده و یا نشخوار افکار ناخوشایند گذشته، از افکار خود اطلاع یافته و بر آن‌ها تسلط یابد (اوتیس، ۲۰۰۷). به عبارت دیگر درمان شناختی- رفتاری باعث می‌گردد که فرد از فرایندهای ذهنی خود آگاهی یابد.

از سوی دیگر درمان شناختی- رفتاری با کاهش افکار خودکار منفی، فعال‌سازی رفتاری، آموزش مدیریت تنیدگی^۷ و مدیریت خشم؛ بیمار را توانمندتر ساخته و به او این امکان را می‌دهد که با مشکلات ناشی از این بیماری به صورتی اثربخش تر و کارآمدتر به مقابله بپردازد (اوتیس، ۲۰۰۷). به عبارت دیگر درمان شناختی- رفتاری باعث می‌گردد که فرد در مواجهه با

اثربخشی درمان شناختی- رفتاری در ذهن آگاهی، تاب‌آوری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به درد مزمن

مشکلات ناشی از بیماری درد مزمن تاب‌آوری بیشتری از خود نشان دهد. کارولی و ریولمن (۲۰۰۶) نشان دادند که بیماران درد مزمنی که تاب‌آوری بیشتری دارند، از سبک‌های کنار آمدن^۸ انعطاف‌پذیرتری استفاده کرده، نگرش‌ها و باورهایشان مثبت‌تر بوده، تمایل کمتری برای فاجعه‌انگاری داشته و رفتارهای اجتماعی مناسب‌تری از خود نشان می‌دهند، لذا همین امر باعث می‌شود که تأثیر درد مزمن بر ابعاد اجتماعی، روانشناختی، جسمانی و رفتاری آن‌ها کاهش یابد. درد مزمن بیماری است که با ناتوان ساختن فرد در عرصه‌های مختلف، کیفیت زندگی این بیماران را به شدت کاهش می‌دهد، این در حالی است که در میان این دسته از بیماران افرادی که ذهن آگاهی و تاب‌آوری بیشتری دارند، خود را توانمندتر احساس کرده، کنترل بیشتری بر ابعاد مختلف زندگی خود داشته و از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار می‌باشند. لذا درمان شناختی- رفتاری از طریق توانمندتر ساختن افراد در مواجهه با مشکلات ناشی از بیماریشان، کیفیت زندگی آن‌ها را بهبود می‌بخشد.

در مجموع یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که درمان شناختی- رفتاری در بهبود میزان ذهن آگاهی و تاب‌آوری بیماران درد مزمن اثربخش بوده و کیفیت زندگی آن‌ها را افزایش می‌دهد و تأثیر آن در گذر زمان نیز پابرجا باقی می‌ماند. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به محدود بودن آن به جنس مؤنث و تعداد اندک آزمودنی‌ها و کوتاه بودن مدت زمان پیگیری اشاره کرد، لذا توصیه می‌شود که پژوهش‌های آتی به بررسی هر دو جنس پرداخته و بر روی نمونه بزرگتری از مبتلایان به درد مزمن انجام گیرد و دوره‌های پیگیری طولانی‌تری نیز صورت پذیرد.

پی‌نوشت‌ها:

- 1- Chronic pain
- 3- Mood
- 5- Effect size
- 7- Stress

- 2- Relaxation
- 4- Single subject design
- 6- Negative automatic thoughts
- 8- Coping Styles

منابع و مأخذ فارسی:

- احمدوند، زهرا؛ حیدری نسب، لیلیا؛ شعیری، محمدرضا. (۱۳۹۱). تبیین بهزیستی روانشناختی بر اساس مؤلفه‌های ذهن آگاهی. *فصلنامه روانشناسی سلامت*، ۲، ۶۹-۶۰.
- سامانی، سیامک؛ ج. کار، بهرام؛ صحراگرد، نرگس. (۱۳۸۶). بررسی تاب‌آوری، سلامت روان و رضایت از زندگی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۳(۳)، ۲۹۵-۲۹۰.
- نصیری، حسین. (۱۳۸۵). بررسی روایی و پایایی مقیاس کوتاه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت و تهیه نسخه ایرانی آن. *سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان*. تهران: دانشگاه علم و صنعت.
- محمدی، فرزانه؛ علی‌بیگی، ندا. (۱۳۹۰). *راهنمای عملی درمان شناختی- رفتاری درد مزمن*. تهران: انتشارات ارجمند.
- محمدی، مسعود؛ جزایری، علیرضا؛ رفیعی، امیرحسین؛ جوکار، بهرام؛ پورشهناز، عباس. (۱۳۸۴). بررسی عوامل مؤثر بر تاب‌آوری در افراد در معرض سوء مصرف مواد مخدر. *فصلنامه علمی- پژوهشی دانشگاه تبریز*، ۱(۲)، ۴۷-۳۶.
- نجات، سحرناز؛ منتظری، علی؛ هلاکویی نایینی، کوروش؛ محمد، کاظم؛ مجدزاده، رضا. (۱۳۸۵). استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-Bref): ترجمه و روان‌سنجی گونه ایرانی. *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، ۴(۴)، ۱۲-۱.

منابع و مأخذ خارجی:

- Brown LF, Kroenke K. (2010). Cancer-Related Fatigue and Its Associations with Depression and Anxiety: A Systematic Review. *Psychosomatics*, 50(5): 440-447.
- Cassidy EL, Atherton RJ, Robertson N, Walsh DA. (2012). Mindfulness, functioning and catastrophizing after multidisciplinary pain management for chronic low back pain. *PAIN*, 153(3): 644-650.
- 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.
- Karoly P, Ruhlman, LS. (2006). Psychological "resilience" and its correlates in chronic pain: Findings from a national community sample. *Pain*, 123(1-2): 90-97.
- Loprinzi CE, Prasad K, Schroeder DR, Sood A. (2011). Stress Management and Resilience Training (SMART) Program to Decrease Stress and Enhance Resilience Among Breast Cancer Survivors: A Pilot Randomized Clinical Trial. *Clinical Breast Cancer*, 11(6): 364-368.
- King CR, Hinds PS. (2003). *Quality of Life from Nursing and Patient Perspective*. New York: Jones and Bartlett publishers.
- McCracken LM, Velleman SC. (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.
- McCown, Donald; Reibel, Diane; Micozzi, Marc S. (2010). *Teaching Mindfulness*. New York: Springer Science+Business Media.
- Otis JD. (2007). *Managing Chronic Pain (A Cognitive-Behavioral Therapy Approach)*. New York: Oxford University 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.
- Stannard CF, Kalso E, Ballantyne J. (2010). *Evidence-Based Chronic Pain Management*. UK: John Wiley & Sons.
- Zeidan F, Grant JA, Brown CA, McHaffie JG, Coghill RC. (2012). Mindfulness meditation-related pain relief: Evidence for unique brain mechanisms in the regulation of pain. *Neuroscience Letters*, 520(2): 165-173.