

مقایسه ذهن‌آگاهی و خودتنظیم‌گری در زنان مبتلا به درد قفسه سینه غیرقلبی و عادی

شهر تهران

افسانه متولی باشی نائینی^۱، ایلناز سجادیان^۲، محمدعلی بشارت^۳

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، ایران.

۲. استادیار گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، ایران.

۳. استاد روانشناسی، دانشگاه تهران، ایران.

(تاریخ وصول: ۹۳/۰۷/۱۱ - تاریخ پذیرش: ۹۴/۰۳/۰۳)

Comparing Mindfulness and Self-regulation in Women with Non-cardiac Chest Pain and normal in Tehran City

Afsaneh Motavalli bashi Naeni¹, *Inaz Sajjadian², Mohammad Ali Beshart³

1. M.A in Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch of Islamic Azad University, Iran.

2. Assistant Professor of Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch of Islamic Azad University, Iran.

3. Professor of Department of Psychology, University of Tehran, Iran.

(Received: Oct. 03, 2014 - Accepted: May. 24, 2015)

Abstract

Objective: Considering to significance of psychological factors in occurrence of physical pain, the current research has been conducted for the purpose of comparing mindfulness and self-regulation in women with non-cardiac chest pain and normal in Tehran city. **Method:** The methodology of this research was causal-comparative design. Hence, the research sample including 60 non-cardiac chest pain diagnosed women among referrals of two hospitals and cardiac clinics were selected by accessibility sampling Method and the sample of the healthy group also including: 60 women of accompanying the patients and the personnel of mentioned hospitals without any chest-pain who have certain criteria to participate in research. The subjects responded to two questionnaires including mindful attention awareness scale (Brown & Ryan, 2003) and Self-regulation scale (Ibanez & etal). Research data were analyzed by multi variables Covariance analysis test. **Findings:** The results of analysis demonstrated significant difference in average values of mindfulness, self-regulation and its components contain positive action, controllability, expression of feeling, assertiveness & well-being seeking between women with non-cardiac chest pain and normal ($P < 0/05$). **Conclusion:** These findings showed that mindfulness and Self-regulation has relationship to non-cardiac chest pain. These results have important implications about these structures and importance of therapeutic interventions for these patents.

Keywords: Mindfulness, Self- Regulation, Non-cardiac Chest Pain.

چکیده

مقدمه: با توجه به اهمیت عوامل روان‌شناختی در بروز دردهای جسمانی، تحقیق حاضر با هدف مقایسه ذهن‌آگاهی و خودتنظیم‌گری زنان مبتلا به درد قفسه سینه غیر قلبی و زنان سالم شهر تهران انجام شد. **روش:** تحقیق حاضر، توصیفی از نوع علی - مقایسه‌ای است. تعداد نمونه تحقیق حاضر شامل ۶۰ بیمار زن مبتلا به درد قفسه سینه غیرقلبی بوده که از بین مراجعه‌کنندگان به دو بیمارستان و کلینیک قلب به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و نمونه گروه سالم نیز شامل ۶۰ نفر از زنان همراه و کارکنان مراکز درمانی مذکور بود که درد قفسه سینه نداشتند و ملاک‌های ورود به تحقیق را دارا بودند. آزمودنی‌ها به دو پرسشنامه هشیاری توجه ذهن آگاهانه براون و ریان (۲۰۰۳) و خودتنظیم‌گری ایباز و همکاران (۲۰۰۵) پاسخ دادند. داده‌های تحقیق با آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره تحلیل گردید. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که میانگین نمرات ذهن‌آگاهی و ابعاد خودتنظیم‌گری (عملکرد مثبت، مهارپذیری، آشکارسازی احساسات، قاطعیت و بهزیستی طلبی) زنان مبتلا به درد قفسه سینه غیر قلبی و زنان سالم شهر تهران دارای تفاوت معنادار است ($P < 0/05$). **نتیجه‌گیری:** یافته‌ها نشان می‌دهد که ذهن‌آگاهی و خودتنظیم‌گری از سازه‌های مهم در رابطه با درد قفسه سینه غیرقلبی است. این نتایج تلویحات مهمی در زمینه استفاده از این سازه‌ها و اهمیت مداخلات روان‌درمانی برای این بیماران دارد که باید مورد توجه قرار گیرد.

واژگان کلیدی: ذهن‌آگاهی، خودتنظیم‌گری، درد قفسه سینه غیرقلبی.

*نویسنده مسئول: ایلناز سجادیان

*Corresponding Author: Inaz Sajjadian

Email: i.sajjadian@khuisf.ac.ir

مقدمه

کلینیک‌ها هدایت می‌کند (کان^۵، ۲۰۰۰). بیماران مبتلا به درد قفسه سینه غیر قلبی افرادی هستند که آنژیوگرافی کرونر شده و سلامت شریان‌های کرونری آن‌ها تأیید شده است و کارکرد اجتماعی و روانی بیمارگونه و بسیار ضعیفی دارند (مایو^۶، ۱۹۸۹).

حدود ۶۶٪ از بیماران با درد قفسه سینه، هیچ تبیین قلبی برای درد آن‌ها یافت نشده است. این بیماران درد قفسه سینه غیر قلبی را تجربه می‌کنند. درد قفسه سینه غیر قلبی به عوامل روان‌شناختی و فیزیولوژیکی متنوعی می‌تواند مرتبط باشد، اما اغلب بیماری جسمانی دیده نمی‌شود و یک حس ضعیفی از نشانه‌های نگران‌کننده وجود دارد (اسچرودر و همکاران^۷، ۲۰۱۲). درد قفسه سینه غیر قلبی اغلب در زنان جوان شایع است (راسموسن، گروتوسن، روسو و چوارتزمن^۸، ۲۰۰۹). تفاوت‌های آماری مهمی بین مردان و زنان در ادراک و بروز درد وجود دارد. زنان عموماً حساسیت بیشتری به درد در مقایسه با مردان نشان می‌دهند (شفیلد، بیلز، اروم، ماکسندر و شپز^۹، ۲۰۰۰). ۷۰/۴ درصد از بیماران با درد قفسه سینه غیر قلبی اغلب بیماران جوان‌تر و زنان هستند (اسچرودر و همکاران، ۲۰۱۲).

دمیریوگوران، کارسیوگلو و توپاکوگلو^{۱۰}، (۲۰۰۶) طی پژوهشی شیوع بالایی (بالتر از ۵۰

درد به‌عنوان یک حس عمومی دارای پایه‌های زیستی است، پژوهش‌های جدید تبیین و درمان و سبب‌شناسی اکثر اختلال‌های جسمی، از جمله درد را در قالب نظریه‌های زیستی - روانی - اجتماعی توضیح می‌دهند و بروز و تداوم درد را تنها در عوامل زیستی نمی‌بینند و سهم عوامل روانی و اجتماعی را در این اختلال به‌خوبی تبیین نموده‌اند. این مدل در کنار عوامل زیستی، عوامل رفتاری - روان‌شناختی و تعامل بین آن‌ها را نیز در بر می‌گیرد و به‌طور خاص بر عوامل شناختی - رفتاری متناسب با تجربه درد تأکید می‌کند (برلند، رودگرز، گرین، هریسون و روت^۱، ۲۰۱۱).

درد قفسه سینه^۲ غیر قلبی از رایج‌ترین شکایت‌ها در جمعیت عمومی است (فاس و ناوارو - ردریگز^۳، ۲۰۰۸). بیماران مبتلا به درد قفسه سینه غیر قلبی ممکن است احساس فشار یا سوزش در ناحیه قفسه سینه را گزارش کنند که به ناحیه پشت، گردن و شانه‌ها کشیده شده و از درد قفسه سینه قلبی، غیرقابل تشخیص باشد. درد قفسه سینه غیر قلبی بسیار فراگیر و شامل موارد اسکلتی عضلانی، ریوی، قلبی - عروقی، عفونی، اختلالات گوارشی و روان‌شناختی باشد (فاس و اکم^۴، ۲۰۱۱).

درد قفسه سینه به‌عنوان یک علامت بیماری عروق کرونری و ایسکمی شناخته شده است و یک شکایت هشداردهنده است که افراد را به

5. Kahn

6. Mayou

7. Schroeder et al

8. Rasmussen, Grothussen, Rosso & Schwartzman

9. Sheffield, Biles, Orom, Maixner & Sheps

10. Demiryoguran, Karcioğlu & Topacoglu

1. Berland, Rodgers, Green, Harrison & Roth

2. Chest Pain

3. Fass & Navarro-Rodrigues

4. Fass & Achem

ذهن‌آگاهی به‌عنوان «پرداختن توجه به یک شیوه خاص در زمان حال و بدون قضاوت و توانایی معطوف ساختن توجه به‌گونه‌ای که بتوان از طریق تمرینات مراقبه آن را پرورش داد و این شیوه خاص تحت عنوان خود - تنظیمی توجه از یک لحظه به لحظه دیگر تعریف شده است» (کابات - زین، ۱۹۹۴). طبق نظر کابات - زین این مشاهده به دور از قضاوت در مورد افراد مبتلا به دردهای مزمن کاربرد فراوان دارد. او یادآوری می‌کند که این مشاهده گری می‌تواند پاسخ‌های هیجانی را که به‌وسیله درد فراخوانی شده‌اند کاهش دهد. تمرین مهارت ذهن‌آگاهی توانایی مراجعان برای تحمل حالت‌های هیجانی منفی را افزایش می‌دهد و آن‌ها را به مقابله مؤثر قادر می‌سازد. در واقع انجام مستمر تمرین‌های ذهن‌آگاهی، شناخت و آگاهی فرد را از بدن، احساسات و افکار افزایش می‌دهد (بائر^۷، ۲۰۰۳). ذهن‌آگاهی با بالا بردن هشیاری و پذیرش غیر قضاوتی افکار و هیجان‌ات مرتبط با آن، تنظیم هیجانی را بهبود می‌بخشد. تجربه این واکنش‌های هیجانی، اطلاعاتی را در مورد پاسخ‌های خودکار فیزیولوژیکی در اختیار فرد قرار می‌دهد که این اطلاعات، خود، می‌تواند راهنمای او در مواجهه با دیگران و ارائه پاسخ‌های رفتاری مؤثرتر باشد (اورسیلو و رومر^۸، ۲۰۰۵).

ذهن‌آگاهی به‌عنوان یک حالت روان‌شناختی از هشیاری با ارتقاء سلامت روانی در جمعیت‌های بالینی و غیر بالینی رابطه نشان داده است (براون و

درصد) از اختلال پانیک، اضطراب و افسردگی عمده را در بیماران با درد قفسه سینه غیر قلبی گزارش کرده‌اند.

در تحقیقی دیگر جرالاک و بورک لاند^۱ (۲۰۱۲) نشان دادند عوامل روان‌شناختی در بروز درد قفسه سینه غیر قلبی مؤثر است.

در حوزه روانشناسی سلامت اعتقاد بر این است که عوامل غیر زیستی (شخصیتی - روان‌شناختی) در شکل‌گیری، تشدید و موفقیت در درمان بسیاری از بیماری‌های روان - تنی نقش دارند. از جمله عوامل روان‌شناختی مؤثر بر درد، ذهن‌آگاهی^۲ است. مطالعات نقش ذهن‌آگاهی را در حیطه سلامت نشان داده‌اند (گایول، سینگ و سیبینگ^۳، ۲۰۱۴؛ تانگ، هولزر و پوسنر^۴، ۲۰۱۵).

ذهن‌آگاهی به معنی توجه کردن ویژه، هدفمند، در زمان کنونی و خالی از پیش‌داوری و قضاوت است (کابات - زین^۵، ۱۹۹۰). در ذهن‌آگاهی فرد در هر لحظه از شیوه ذهنی آگاه می‌شود و مهارت‌های شناسایی شیوه‌های مفیدتر را فرامی‌گیرد. ذهن‌آگاهی مستلزم راهبردهای رفتاری، شناختی و فراشناختی ویژه برای متمرکز کردن فرایند توجه است که به‌نوبه خود به جلوگیری از گرایش به پاسخ‌های نگران‌کننده و رشد دیدگاه جدید و پدیدآیی افکار و هیجان‌های خوشایند منجر می‌شود (سگال، ویلیامز و تیزدل^۶، ۲۰۰۲).

1. Jerlock & Bjorkelund
2. Mindfulness
3. Goyal, Singh & Sibinga
4. Tang, Holzel & Posner
5. Kabat - Zinn
6. Segal, Williams & Teasdale

7. Baer

8. Orsillo & Roemer

افسانه متولی باشی نائینی و همکاران: مقایسه ذهن‌آگاهی و خودتنظیم‌گری در زنان مبتلا به درد قفسه سینه غیرقلبی و عادی ...

ریان^۱، (۲۰۰۳).
ذهن‌آگاهی با افزایش بهزیستی روان‌شناختی، توافق، گشودگی، کاهش نشانه‌های درد و سلامت روانی همراه است. افراد ذهن‌آگاه در شناخت، مدیریت و حل مشکلات روزمره توانا تر هستند (والکر و کولوسیمو^۲، ۲۰۱۱).
لوکس و همکاران^۳، (۲۰۱۵) در پژوهشی با هدف تعیین رابطه ذهن‌آگاهی با بیماری قلبی - عروقی، سه مؤلفه اصلی ذهن‌آگاهی شامل کنترل توجه (توجه بر تجربیات مرتبط با ریسک قلبی مانند رژیم غذایی، فعالیت‌های جسمانی)، تنظیم هیجانی (پاسخ بهبود یافته به استرس، خودکارآمدی و مهارت در ترک سیگار) و خودآگاهی (مانند آگاهی از حس‌های جسمانی که منجر به عامل خطر ساز در بیماری قلبی - عروقی می‌شود) را مرتبط با خطر ابتلا به این اختلال دانسته‌اند.
در تحقیقی که توسط فوریک و همکاران^۴ (۲۰۱۳) و چرکین و همکاران^۵ (۲۰۱۴) انجام گردید، نتایج نشان داد که ذهن‌آگاهی توانایی بهبود سریع‌تر اختلال روان‌تنی را ممکن می‌سازد.
درباره تأثیر ذهن‌آگاهی در کاهش دردهای حاد و مزمن، افسردگی، اضطراب، بیماری‌های روان‌تنی و کاهش فاجعه‌آفرینی درد بر روی بیماران بررسی‌های زیادی انجام شده است (داودی و نسیمی فر، ۱۳۹۱؛ عبدالقادری، کافی، صابری و آریا پوران، ۱۳۹۲؛ دونفورد و تامپسون^۶، ۲۰۱۰؛ فوریک و همکاران، ۲۰۱۳). این بررسی‌ها گویای آن هستند که ذهن‌آگاهی بر کاهش و بهبود درد، افسردگی و اضطراب مؤثر است.
در طول فرآیند ذهن‌آگاهی، شخص قادر است از هویت مضامین خودآگاه (یعنی افکار خود) فاصله بگیرد و تجارب لحظه به لحظه خودش را با وضوح و با نگاه کلی و عینیت بیشتری ببیند. اصطلاحی که برای این فرآیند بکار برده می‌شود ادراک مجدد است چون شامل یک تغییر بنیادین در دیدگاه می‌شود. فرد از طریق فرآیند ادراک مجدد قادر است به اطلاعات مربوط به هر لحظه توجه نماید و به اطلاعات بیشتری دست می‌یابد، حتی آن اطلاعاتی که ممکن است قبلاً بررسی آن‌ها بسیار ناخوشایند بوده است. از طریق ادراک مجدد، فرد قادر است به احساس توجه کند و خودتنظیم‌گری را به شکلی که سلامت و بهزیستی بیشتر او را تقویت می‌کند انتخاب نماید. او از طریق وارد نمودن هشیارانه آگاهی و پذیرش تجربیات لحظه حاضر، قادر خواهد بود از مهارت‌های مقابله سازگاریافته‌تری استفاده نماید (شاپیرو، کارلسون، آستین و فریدمن^۷، ۲۰۰۶). حمایت اولیه از این فرضیه را می‌توان در تحقیقی توسط براون و ریان (۲۰۰۳) یافت که در آن نشان دادند افرادی که نمره بیشتری در ذهن‌آگاهی کسب کردند به شکل معناداری، رفتار و احساس خودتنظیم شده بیشتری را گزارش نمودند.

خود اغلب به‌عنوان عامل اجرائی شخصیت و

1. Brown & Ryan
2. Walker & Colosimo
3. Loucks et al
4. Fjorback et al
5. Cherkin et al

6. Dunford & Thompson
7. Shapiro, Carlson, Astin & Freedman

ذهنی، کمتر مستعد بودن به مشکلات سوءمصرف مواد، آسیب‌شناختی خوردن و جنایتکاری است (گایلیوت، پلنت، بوتز و بامیستر^۴، ۲۰۰۷).

نظریه خودتنظیم‌گری در مورد مقابله با بیماری جسمانی در افراد، بر تبیین‌های پردازش اطلاعات رفتار متکی است. نظریه‌های پردازش اطلاعات، فرایندهای شناختی را که افراد بدان وسیله اطلاعات محیط بیرون و درونشان را پردازش می‌کنند، تبیین می‌نماید. این اطلاعات با اطلاعات ذخیره شده در حافظه به صورت یک ساختار شناختی با هم یکی شده و از این ساختار شناختی به منظور تنظیم پاسخ‌ها و رفتارها استفاده می‌شود (جانسون^۵، ۱۹۹۹).

درد قفسه سینه، دلیل شایع مراجعه به بخش فوریت‌های پزشکی و درمانگاه‌های تخصصی قلبی است. علت این عارضه معمولاً روان‌شناختی است و از سوءتعبیر علائم هیجانی، چرخه‌های معیوب خاص، باور به بدکاری قلب نشئت می‌گیرد. اکثر افراد مبتلا به این درد نسبت به جنبه روان‌شناختی آن آگاه نیستند و در پی درد به مراکز درمانی مراجعه می‌کنند و این عدم هشیاری سبب تکرار این سیکل معیوب می‌گردد. حجم زیاد افرادی که به خدمات پزشکی مراجعه می‌کنند، مشکل جسمی جدی ندارند. این ناآگاهی هزینه زیادی را به لحاظ اقتصادی، وقت و انرژی به خود اختصاص می‌دهد. میزان مراجعه افراد مبتلا به درد قفسه سینه غیر قلبی به مراکز درمانی در حدی است که لازم است به این افراد کمک شود تا به شرایط خودآگاه شوند.

مسئول تنظیم فعالیت‌های فرد در نظر گرفته می‌شود. خودتنظیم‌گری^۱ شامل فرونشانی یا نادیده گرفتن تکانه‌ها و نیازهای فوری و انتخاب رفتارهای مناسب برای رسیدن به اهداف بلندمدت فرد است (مورتاج و تدا^۲، ۲۰۰۴).

خودتنظیم‌گری فرآیندی است که به موجب آن، سیستم‌ها ثبات کارکرد و سازگاری با تغییر را حفظ می‌کنند. خودتنظیم‌گری بر پایه حلقه‌های بازخورد است. عملکرد اراده و توجه، باعث افزایش این حلقه‌های بازخورد و ایجاد سلامتی می‌گردد. پرورش ارادی توجه عاری از قضاوت منجر به خودتنظیم‌گری و سرانجام منتهی به سلامتی بیشتر می‌گردد (شاپیرو و همکاران، ۲۰۰۶).

خودتنظیم‌گری جسمانی روش یکپارچه است که نشانه‌های جسمانی و روان‌شناختی را به وسیله بهبود توانایی خودتنظیم‌گری و تنظیم سیستم عصبی خودکار کاهش می‌دهد. کاربرد خودتنظیم‌گری برای دیگر اختلالات مانند درد مزمن پیشنهاد شده است (سوئر، بوریس و کارلسون^۳، ۲۰۱۰).

خودتنظیم‌گری شامل توانایی غلبه کردن بر پاسخ‌ها یا تکانه‌های اولیه، مانند افکار، هیجانات، امیال و عملکرد گرایش‌ها است. خودتنظیم‌گری بسیار به موفقیت انسان‌ها و اعضا جامعه کمک می‌کند. توانایی خودتنظیم‌گری پیش‌بینی‌کننده محبوبیت میان فردی، ارتباط خوب، عملکرد بالا، کنار آمدن مؤثر، سازگاری و تطبیق بهتر، سلامت

4. Gailliot, Plant, Butz & Baumeister
5. Johnson

1. Self regulatin
2. Murtagh & Todd
3. Sauer, Burris & Carlson

افسانه متولی باشی نائینی و همکاران: مقایسه ذهن‌آگاهی و خودتنظیم‌گری در زنان مبتلا به درد قفسه سینه غیر قلبی و عادی ...

شدند. نمونه گروه سالم نیز ۶۰ نفر از زنان همراه مراجعه‌کنندگان به مراکز درمانی مذکور که از نظر سنی به‌عنوان گروه مقایسه با گروه بیمار هم‌تاسازی شدند. همه آزمودنی‌ها علاوه بر محدوده سنی واجد سایر ملاک‌های ورود از جمله داشتن تحصیلات حداقل دیپلم، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی و عدم وجود اختلال حاد روان‌پزشکی با توجه به مصاحبه بالینی بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی و در مورد گروه بیمار علاوه بر موارد نامبرده، عدم سابقه بیماری قلبی نیز بود.

در این تحقیق، به‌منظور روشن‌سازی و عدم هرگونه ابهام در درک سؤالات، تکمیل پرسشنامه به‌صورت مصاحبه‌ای توسط محقق اجرا گردید. در این راستا برای هر آزمودنی به‌صورت فردی سؤالات خوانده می‌شد و پس از شرح هر سؤال، بیمار پاسخ مورد نظرش را مشخص می‌نمود. از مزیت این روش، صحت اطلاعات پرسشنامه و اطمینان از پاسخ‌ها است و ایراد آن زمان‌بر بودن این روش بود.

ابزارهای مورد استفاده در این تحقیق برای گردآوری داده‌ها عبارت بودند از:

مقیاس هشیاری توجه ذهن آگاهانه: مقیاس هشیاری توجه ذهن آگاهانه توسط براون و ریان (۲۰۰۳) برای ارزیابی توجه و هشیاری در لحظه حاضر طراحی و تدوین شد. این پرسشنامه دارای ۱۵ سؤال بوده، نمرات بالاتر بیانگر ذهن‌آگاهی بیشتر است. براون و ریان (۲۰۰۳) در دامنه‌ای از مطالعات خود پایایی و روایی این ابزار را مناسب

با توجه به اینکه عوامل روان‌شناختی در ایجاد، تشدید و روند درمان درد قفسه سینه غیر قلبی، بسیار حائز اهمیت هستند و نظر به اینکه متغیرهای ذهن‌آگاهی و خودتنظیم‌گری، حوزه سلامت را تحت تأثیر قرار می‌دهند و تاکنون تحقیقی به مطالعه این دو متغیر در بیماران مبتلا به درد قفسه سینه غیر قلبی نپرداخته است و از آنجا که زنان در جامعه نسبت به رویدادهای روانی از حساسیت بیشتری برخوردارند و در ارتباط با خانواده نقش اثرگذار، مهم و کلیدی دارند لذا این پژوهش به بررسی این فرضیه می‌پردازد: بین میانگین نمرات ذهن‌آگاهی و ابعاد خودتنظیم‌گری در زنان مبتلا به درد قفسه سینه غیر قلبی و زنان سالم شهر تهران تفاوت وجود دارد.

روش

روش تحقیق حاضر، توصیفی از نوع علی - مقایسه‌ای است. جامعه آماری گروه بیمار شامل کلیه زنان مبتلا به درد قفسه سینه غیر قلبی بودند که به بیمارستان‌های شهید لویسان، بیمارستان سینا و کلینیک مرکز قلب تهران در زمستان سال ۹۲ مراجعه می‌کردند و با آزمایش‌ها و اقدامات اولیه مانند نوار قلب، تست اکوکاردیوگرافی، تست ورزش و یا در مواردی با توجه به نتیجه منفی آنژیوگرافی، تشخیص دقیق درد قفسه سینه غیر قلبی توسط پزشک متخصص قلب و عروق احراز شده بود. نمونه بیمار این تحقیق شامل ۶۰ نفر از زنان مبتلا به درد قفسه سینه غیر قلبی در دامنه سنی ۲۵ تا ۴۵ سال که از هر بیمارستان ۲۰ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب

ضرایب آلفای کرونباخ در نمونه تحقیق حاضر برای خودتنظیم گری کل برابر با ۰/۸۷ و برای ابعاد آن به ترتیب: عملکرد مثبت: ۰/۸۱، مهارپذیری: ۰/۷۶، آشکارسازی احساسات: ۰/۷۹، قاطعیت: ۰/۸۳ و بهزیستی طلبی: ۰/۸۰ به دست آمده است.

یافته‌ها

نمونه تحقیق در این مطالعه، شامل ۱۲۰ نفر بود که از این تعداد، ۶۰ نفر زنان بیمار مبتلا به درد قفسه سینه غیر قلبی و ۶۰ نفر نیز آزمودنی‌های سالم بودند. میانگین سن کل آزمودنی‌های مورد مطالعه در این بخش، ۳۷/۶۵ و انحراف معیار آن ۵/۹۰ است. میانگین سنی و انحراف معیار زنان مبتلا به درد قفسه سینه غیر قلبی به ترتیب ۳۸/۴۲ و ۵/۶۸ و در مورد آزمودنی‌های سالم ۳۶/۸۸ و ۶/۰۷ است. درصد آزمودنی‌های تحقیق بر حسب سطح تحصیلات عبارت است از: ۳۸/۳ درصد از آزمودنی‌ها تحصیلات دیپلم، ۱۱/۷ درصد فوق‌دیپلم، ۳۱/۷ درصد لیسانس و ۱۸/۴ درصد فوق‌لیسانس و بالاتر داشته‌اند.

شاخص‌های توصیفی مربوط به ذهن‌آگاهی و ابعاد خودتنظیم‌گری در جدول شماره ۱ ارائه شده است. مطابق داده‌های این جدول میانگین نمرات ذهن‌آگاهی، خودتنظیم‌گری و ابعاد آن (عملکرد مثبت، مهارپذیری، آشکارسازی احساسات، قاطعیت و بهزیستی طلبی) در گروه زنان مبتلا به درد قفسه سینه غیر قلبی پایین‌تر از زنان سالم است با توجه به اینکه تعداد نمونه در هر گروه بیشتر از ۴۰ نفر است بایستی نمودار ستونی

دانستند. این ابزار به‌عنوان ابزار اندازه‌گیری ذهن‌آگاهی توسط مک کراکن، گانتلت - گیلبرت و ولز^۱ (۲۰۰۷)؛ به‌منظور تحلیل نقش ذهن‌آگاهی برای درد مزمن استفاده شده است. ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۸۹ گزارش شده است (کاسیدی^۲، ۲۰۰۹).

مقیاس خودتنظیم‌گری SRI-25: مقیاس

خودتنظیم‌گری یک آزمون ۲۵ سؤالی است و خودتنظیم‌گری را در پنج زمینه عملکرد مثبت، مهارپذیری، آشکارسازی احساسات و نیازها، قاطعیت و بهزیستی طلبی در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ تا ۵ می‌سنجد (ایبانز^۳ و همکاران، ۲۰۰۵). حداقل نمره آزمودنی در این مقیاس ۲۵ و حداکثر آن ۱۲۵ خواهد بود. نمره بالاتر نشان‌دهنده سطوح بالاتر خودتنظیم‌گری و مهارت‌های مرتبط با این سازه است. در اعتباریابی فرم فارسی این مقیاس توسط بشارت، برای نمونه‌های دانش‌آموزی ($n=827$)، ضریب آلفای کرونباخ ماده‌های آزمون برای کل آزمودنی‌ها ۰/۹۳، برای آزمودنی‌های پسر ۰/۹۱ و برای آزمودنی‌های دختر ۰/۹۲ بود که نشانه همسانی درونی بالای مقیاس است. ضرایب همبستگی بین نمره‌های تعدادی از آزمودنی‌ها (۷۷ دختر و ۶۳ پسر) در دو نوبت با فاصله دو هفته برای کل آزمودنی‌ها $r=0/86$ ، برای آزمودنی‌های پسر $r=0/84$ و برای آزمودنی‌های دختر $r=0/88$ محاسبه شد که نشانه پایایی بازآزمایی خوب مقیاس است (بشارت، ۱۳۹۰).

1. McCracken, Gauntlett-Gilbert & Vowles
2. Cassidy
3. Ibanez

افسانه متولی باشی نائینی و همکاران: مقایسه ذهن آگاهی و خودتنظیم‌گری در زنان مبتلا به درد قفسه سینه غیرقلبی و عادی ...

به صورت بصری اختلاف فاحشی با منحنی نرمال نداشته باشد (مولوی، ۱۳۸۶) که بررسی نمودار ستونی به صورت بصری حاکی از نرمال بودن

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات متغیرهای مورد مطالعه، در دو گروه زنان مبتلا به درد قفسه سینه غیرقلبی و سالم

متغیر	گروه زنان مبتلا به درد قفسه سینه غیرقلبی				گروه زنان سالم			
	تعداد	میانگین	انحراف معیار	واریانس	تعداد	میانگین	انحراف معیار	واریانس
ذهن آگاهی	۶۰	۴۶/۷۲	۵/۶۰	۳۱/۴۳	۶۰	۷۰/۵۲	۶/۰۵	۳۶/۶۳
خودتنظیم‌گری	۶۰	۵۹/۷۸	۸/۱۸	۶۶/۹۵	۶۰	۸۹/۳۲	۹/۳۳	۸۷/۰۳
عملکرد مثبت	۶۰	۱۳/۸۳	۳/۱۴	۹/۸۷	۶۰	۱۹/۵۲	۲/۵۱	۶/۲۹
مهارپذیری	۶۰	۱۰/۷۰	۲/۶۸	۷/۲۰	۶۰	۱۷/۱۸	۳/۴۷	۱۲/۰۲
آشکارسازی احساسات	۶۰	۱۰/۰۳	۳/۷۹	۱۴/۳۷	۶۰	۱۷/۶۵	۳/۲۳	۱۰/۴۳
قاطعیت	۶۰	۱۲	۲/۸۶	۸/۱۷	۶۰	۱۵/۵۵	۲/۷۲	۷/۴۰
بهبزبستی طلبی	۶۰	۱۳/۲۲	۲/۳۴	۵/۴۹	۶۰	۱۹/۴۲	۲/۵۲	۶/۳۵

ندارد.

نتایج حاصل از آزمون لوین نشان داد واریانس متغیر ذهن آگاهی و ابعاد خودتنظیم‌گری، در دو گروه زنان مبتلا به درد قفسه سینه غیرقلبی و زنان سالم، برقرار است: ذهن آگاهی ($F=۱/۵۱$ و $P=۰/۲۱$). عملکرد مثبت ($F=۳/۴۳$ ، $P=۰/۱۲$)، مهارپذیری ($F=۲/۴۴$ ، $P=۰/۰۷$)، آشکارسازی احساسات ($F=۰/۶۷$ ، $P=۰/۰۴۱$)، قاطعیت ($F=۰/۰۰۳$ ، $P=۰/۹۶$) و بهبودی طلبی ($F=۰/۴۳$ و $P=۰/۵۱$)؛ یعنی واریانس‌ها در دو گروه مساوی است و لذا امکان استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری وجود دارد. به علاوه لامبدای ویلکز $=۰/۲۳$ ، $F=۶۳/۷۱$ و $p < ۰/۰۰۱$ به دست آمد که معنادار است. لذا برای مقایسه

یافته‌های حاصل از ضریب همبستگی بین ذهن آگاهی و ابعاد خودتنظیم‌گری با سن و تحصیلات در گروه بیمار نشان می‌دهد بین متغیر تحصیلات با ذهن آگاهی ($r=۰/۵۶$ ، $p=۰/۰۰۱$)، عملکرد مثبت ($r=-۰/۱۸$ ، $p=۰/۰۴$)، مهارپذیری ($r=۰/۵۱$ ، $p=۰/۰۰۱$)، آشکارسازی احساسات ($r=۰/۴۲$ ، $p=۰/۰۰۱$)، قاطعیت ($r=۰/۳۱$ ، $p=۰/۰۰۱$) و بهبودی طلبی ($r=۰/۴۵$ ، $p=۰/۰۰۱$)، رابطه معنی‌دار آماری مشاهده شد. به دلیل وجود رابطه بین متغیر تحصیلات با ذهن آگاهی و ابعاد خودتنظیم‌گری با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس تأثیر متغیر جمعیت‌شناختی مذکور کنترل شد؛ اما رابطه‌ای بین سن با متغیرهای پژوهش نبود لذا نیازی به کنترل آن‌ها وجود

متغیرهای پژوهش در دو گروه سالم و بیمار استفاده از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره بلامانع است که نتایج آن در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره جهت بررسی تفاوت زنان مبتلا به درد قفسه سینه غیر قلبی و زنان سالم در ابعاد خودتنظیم‌گری

منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	میزان تأثیر	توان آماری
ذهن‌آگاهی	۱۹/۶۱	۱	۱۹/۶۱	۰/۵۷	۰/۴۵	۰/۰۰۵	۰/۱۲
عملکرد مثبت	۰/۲۲	۱	۰/۲۲	۰/۰۳	۰/۸۷	۰/۰۰۰۱	۰/۰۵
مهارپذیری	۲۲/۰۷	۱	۲۲/۰۷	۲/۳۲	۰/۱۳	۰/۰۲	۰/۳۳
آشکارسازی احساسات	۰/۹۹	۱	۰/۹۹	۰/۰۸	۰/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۰۶
قاطعیت	۰/۱۵	۱	۰/۱۵	۰/۰۲	۰/۸۹	۰/۰۰۰۱	۰/۰۵
بهزیستی طلبی	۰/۹۳	۱	۰/۹۳	۰/۱۵	۰/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۰۷
ذهن‌آگاهی	۱۰۴۴/۸۱	۱	۱۰۴۴/۸۱	۳۰۵/۸۵	۰/۰۰۰۱	۰/۷۲	۱/۰۰
عملکرد مثبت	۶۴۰/۶۲	۱	۶۴۰/۶۲	۷۸/۶۴	۰/۰۰۰۱	۰/۴۰	۱/۰۰
مهارپذیری	۶۶۳/۸۱	۱	۶۶۳/۸۱	۶۹/۸۷	۰/۰۰۰۱	۰/۳۷	۱/۰۰
آشکارسازی احساسات	۱۱۶۵/۵۳	۱	۱۱۶۵/۵۳	۹۳/۲۴	۰/۰۰۰۱	۰/۴۴	۱/۰۰
قاطعیت	۲۵۱/۷۴	۱	۲۵۱/۷۴	۳۲/۰۶	۰/۰۰۰۱	۰/۲۱	۱/۰۰
بهزیستی طلبی	۷۷۷/۳۸	۱	۷۷۷/۳۸	۱۳۰/۳۴	۰/۰۰۰۱	۰/۵۳	۱/۰۰

که ۴۰ درصد تفاوت بین دو گروه توسط عملکرد مثبت، ۳۷ درصد توسط مهارپذیری، ۴۴ درصد توسط آشکارسازی احساسات، ۲۱ درصد توسط قاطعیت و ۵۳ درصد توسط بهزیستی طلبی تبیین می‌شود. توان آماری یک نیز حاکی از کافی بودن حجم نمونه جهت آزمون این فرضیه است

نتیجه‌گیری و بحث

با توجه به بخش اول فرضیه تحقیق که عنوان می‌کند بین میانگین نمرات ذهن‌آگاهی در دو گروه زنان مبتلا به درد قفسه سینه غیر قلبی و زنان سالم شهر تهران تفاوت وجود دارد، نتایج حاصل

همان‌طور که نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد، پس از کنترل متغیر سطح تحصیلات، تفاوت میانگین نمرات ذهن‌آگاهی بین زنان مبتلا به درد قفسه سینه غیر قلبی و زنان سالم شهر تهران معنادار است ($P < 0/05$)؛ بنابراین فرضیه تحقیق تأیید می‌گردد. میزان تأثیر نشان می‌دهد که ۷۲ درصد تفاوت بین دو گروه توسط ذهن‌آگاهی تبیین می‌شود. توان آماری یک نیز حاکی از کافی بودن حجم نمونه جهت آزمون این فرضیه است. همچنین پس از کنترل متغیر سطح تحصیلات، تفاوت میانگین نمرات ابعاد خودتنظیم‌گری نیز معنادار است ($P < 0/05$). میزان تأثیر نشان می‌دهد

افسانه متولی باشی نائینی و همکاران: مقایسه ذهن آگاهی و خودتنظیم‌گری در زنان مبتلا به درد قفسه سینه غیر قلبی و عادی ...

لحظه حال، تنظیم گردند (زیدان و همکاران^۳، ۲۰۱۱). در ذهن آگاهی سه مؤلفه اتفاق می‌افتد: کنترل توجه، تنظیم هیجانی و خودآگاهی. لذا افرادی که از ذهن آگاهی کمتری برخوردارند در این سه مؤلفه ضعیف‌تر عمل می‌کنند. در تبیین این نتایج همچنین می‌توان اشاره داشت ذهن آگاهی در تنظیم هیجانی مؤثر است. بررسی تنظیم هیجانی از طریق دو مؤلفه است. یکی از طریق پردازش ارزیابی مجدد شناختی و دیگری فرایند گسلش عاطفی است. ارزیابی مجدد شناختی نقش مهمی در ذهن آگاهی دارد که حالتی از گسلش عاطفی است. تنظیم هیجانی، توسط مواجهه آگاهانه یا پیشگیری از پاسخ به دست آمده که مستلزم تجربه کردن و ارزیابی مجدد شناختی محرک‌های آزارنده است (گرکوسی، پایپانی، سوگزدایت، تونینک و جوب^۴، ۲۰۱۴). اسکاتر^۵ (۲۰۱۵) با توجه به تحقیق خود بیان داشت که افرادی که دارای ذهن آگاهی بیشتر هستند بر کاهش شدت درد تمرکز ندارند بلکه هشیارانه و آگاهانه درد را به‌عنوان قسمتی از زندگی‌شان می‌پذیرند.

ذهن آگاهی با آرامش ذهنی و سلامت روانی رابطه مثبت دارد. ذهن آگاهی بر مبنای توجه و تمرکز به خود استوار است که این تمرکز بر افکار، احساسات و ادراک منجر به تغییر ادراک افراد از حوادث استرس‌زا شده و به افزایش توانایی آن‌ها در کنترل زندگی کمک می‌نماید. پذیرش بدون قضاوت در ذهن آگاهی به افراد

از تحقیق حاضر نشان می‌دهد، پس از کنترل متغیر سطح تحصیلات، تفاوت میانگین نمرات ذهن آگاهی بین زنان مبتلا به درد قفسه سینه غیر قلبی و زنان سالم شهر تهران معنادار است ($P < 0/05$). میانگین ذهن آگاهی در زنان مبتلا به درد قفسه سینه غیر قلبی پایین‌تر از زنان سالم است. این یافته با نتایج تحقیق لوکس و همکاران (۲۰۱۵) مبنی بر ارتباط ذهن آگاهی با افزایش ریسک ابتلا به اختلال قلبی - عروقی همخوانی دارد اما بایستی تفاوت گروه نمونه را مدنظر قرار داد. همچنین نتایج پژوهش جرلاک و بورک لاند (۲۰۱۲) مبنی بر نقش عوامل روان‌شناختی در بیماران مبتلا به درد قفسه سینه غیر قلبی نیز از یافته‌های این مطالعه حمایت می‌کند. به علاوه در بسیاری از تحقیقات این سازه به‌عنوان مداخله درمانی بر دردهای مزمن روان‌تنی مورد استفاده قرار گرفته که این شواهد به‌طور غیرمستقیم از یافته‌ها حمایت می‌کند. در این خصوص می‌توان به پژوهش‌های کابات - زین، لیپورس و برنی^۱، (۱۹۸۵)؛ دونفورد و تامپسون (۲۰۱۰)؛ فوریک و همکاران (۲۰۱۳)؛ لاخان و اسچوفیلد^۲ (۲۰۱۳)؛ چرکین و همکاران (۲۰۱۴) از نقطه‌نظر، اثر ذهن آگاهی بر کاهش درد اشاره نمود.

ذهن آگاهی از طریق افزایش کنترل شناختی و بازسازی ارزیابی بافتی اطلاعات محرکه موجب تغییر ادراک درد می‌شود، منظومه تعاملات میان انتظارات، عواطف و ارزیابی‌های شناختی که در بطن ایجاد تجربه حسی هستند، می‌تواند از طریق قابلیت فراشناختی تمرکز بدون قضاوت روی

3. Zeidan et al

4. Grecucci, Pappaianni, Siugzdaite, Theuninck & Job

5. Skaer

1. Lipworth & Burney

2. Lakhan & Schofield

رویدادهای حسی است) مرتبط است (زیدان و همکاران، ۲۰۱۱).

در رابطه با بخش دوم فرضیه در ارتباط با تفاوت بین میانگین نمرات ابعاد خودتنظیم‌گری در دو گروه زنان مبتلا به درد قفسه سینه غیر قلبی و زنان سالم شهر تهران نتایج تحقیق نشان می‌دهد میانگین نمرات ابعاد خودتنظیم‌گری یعنی عملکرد مثبت، مهار پذیری، آشکارسازی احساسات، قاطعیت و بهزیستی طلبی در زنان مبتلا به درد قفسه سینه غیر قلبی و زنان سالم شهر تهران دارای تفاوت معنادار است ($P < 0/05$). میانگین نمرات ابعاد خودتنظیم‌گری در زنان مبتلا به درد قفسه سینه غیر قلبی پایین‌تر از زنان سالم است. در خصوص همخوانی یافته‌ها تحقیقی که دقیقاً بر این گروه بیماران انجام گرفته باشد یافت نشد اما در خصوص سایر دردهای مزمن روان‌تنی می‌توان این یافته را با نتایج تحقیق سوئر و همکاران (۲۰۱۰) از نظر ارتباط خودتنظیم‌گری با بهبود درد و نشانه‌های جسمانی و روان‌شناختی و تحقیق وارنی^۲ (۱۹۸۱) در رابطه با مدیریت درد مزمن با خودتنظیم‌گری را به‌طور غیرمستقیم همسو دانست. در تحقیقی که توسط هوبرو، وین من و هانکینز^۳ (۲۰۰۴) انجام شد نتایج نشان داد که از مدل خودتنظیم‌گری برای دسته‌بندی بیماران با درد مزمن و اثر درمانی بر درد می‌توان استفاده کرد. افرادی که از عملکرد مثبت بهتری برخوردارند یعنی در حل مسائل و تسهیل شادمانی بهتر عمل می‌کنند، اسنادهای مهار درونی دارند، نیازها، احساسات و آرزوهای خود را بهتر

کمک می‌کند تا هیجانات و نشانه‌های فیزیکی خود از جمله درد را بپذیرند که این امر باعث کاهش توجه و حساسیت بیش از حد نسبت به گزارش نشانه‌های بدنی و درد در آنان می‌شود. افزایش آگاهی نسبت به احساسات روانی و جسمی موجب می‌شود افراد مبتلا به درد، مشکلات روان‌شناختی مرتبط با درد را بپذیرند و احساسات منفی خود را نسبت به آثار روانی درد کاهش دهند که در تعدیل درد نقش مهمی دارد و از آنجایی که درد قفسه سینه غیر قلبی جنبه روان‌شناختی دارد این افراد در رابطه ذهن‌آگاهی ضعیف‌تر عمل می‌کنند. لذا در تنظیم هیجانات خود مشکل داشته و درد را به شکل فاجعه‌آمیز ارزیابی کرده، به نظر می‌رسد که درگیر شدن در فرآیندهای پردازشی خودکار به جای فرآیندهای مبتنی بر ذهن‌آگاهی، همراه با توجه بدون انعطاف و عدم تمرکز بر لحظه کنونی 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 بیشتر برآورد نمایند و این چرخه معیوب بارها تکرار می‌گردد. رابطه مثبت میان تجربه ذهن‌آگاهانه و کاهش درد در مطالعات نشان داده شده است (براون و جونز، ۲۰۱۰). کاهش میزان شدت درد به‌وسیله ذهن‌آگاهی، با افزایش فعالیت در قشر سینگولا قدامی و اینسولای پیشین (مناطق که در تنظیم شناختی فرایند درد درگیر هستند) در ارتباط است. کاهش دادن میزان ناخوشایندی درد با فعال‌سازی قشر اوربیتوفرونتال (منطقه‌ای که درگیر ایجاد ارزیابی بافتی

2. Varni

3. Hobro, Weinman & Hankins

1. Jones

افسانه متولی باشی نائینی و همکاران: مقایسه ذهن آگاهی و خودتنظیم‌گری در زنان مبتلا به درد قفسه سینه غیرقلبی و عادی ...

منفی بیماری را خنثی می‌کند؛ که این فرایند می‌تواند خودتنظیم‌گری را تسهیل نماید و به سلامت منجر شود (تیس، بامیستر، اشمولی و موراون^۳، ۲۰۰۷).

با توجه به نتایج این مطالعه عوامل روان‌شناختی (میزان ذهن آگاهی و خودتنظیم‌گری) در بروز و تداوم درد قفسه سینه غیر قلبی نقش مهمی داشته لذا درمانگران بایستی در طول فرایند درمان به آن توجه کافی داشته باشند و می‌توان در راستای پیشگیری از این بیماری اقدام کرد. لذا پیشنهاد اصلی این پژوهش استفاده از این سازه‌ها در راستای درمان مشکلات روان‌شناختی بیماران مبتلا به درد قفسه سینه غیرقلبی است. با توجه به اینکه بیماران مراجعه‌کننده با درد قفسه سینه غیر قلبی، با بروز درد، تنها به بیماری‌های جسمی فکر می‌کنند و نظر به اینکه مشکل آنان ناشی از عوامل روان‌شناختی است لازم است به آنان آموزش داده شود که جهت درمان به متخصصان روانشناس و یا روان‌پزشک مراجعه نمایند.

از محدودیت‌های این تحقیق، ارزیابی بیماران مبتلا به درد قفسه سینه غیرقلبی فقط با دو پرسشنامه مورد استفاده در این تحقیق بود. همچنین انتخاب همراهان و کارکنان مراکز درمانی به‌عنوان گروه مقایسه از محدودیت‌های دیگر این تحقیق بوده است. لذا پیشنهاد می‌شود که در تحقیقات آتی متغیرهای روان‌شناختی دیگر مانند اضطراب، افسردگی، کیفیت زندگی و راهبردهای مقابله‌ای در افراد مبتلا به درد قفسه سینه غیرقلبی با گروه‌های مقایسه‌ای که از جمعیت عمومی

می‌شناسند، قاطعیت (خودپیروی و اعتماد به خود) نشان می‌دهند و جویای بهزیستی یعنی به دنبال رضایت خود و دیگران هستند از خودتنظیم‌گری بهتری برخوردارند. این افراد در مواجهه با درد نیز از این توانمندی‌ها استفاده کرده و قادر هستند روی اهداف اجتماعی و سلامتشان در طول دوره‌های افزایش درد کار کنند و حتی در هنگام درد تمرکز بر اهدافشان را حفظ نمایند (هامیلتون، کارولی و کیتزمن^۱، ۲۰۰۴).

در تبیین این نتایج می‌توان چنین بیان نمود که درد سیستم هیجانات منفی را فعال و لذت را کاهش می‌دهد، علاوه بر آن منافع ناشی از فعالیت‌های هدفمند را نیز تقلیل می‌دهد. زاترا^۲ (۲۰۰۳) به اهمیت فکر کردن بر ابعاد هیجانی تأکید می‌کند و اینکه بیماران توانایی پردازش اطلاعات هیجانی مثبت را در طول دوره استرس حفظ نمایند.

واکنش‌های هیجانی همانند اهداف می‌توانند به‌طور ناخودآگاه توسط محرک‌های محیطی تحریک شوند. هنگامی که درد به‌طور غیرارادی عواطف منفی و اجتناب از اهداف را فرا می‌خواند، می‌توان به‌منظور لغو تأثیر این عوامل مهلک با ترغیب فرد به اندیشیدن به افکار شاد، سیستم هیجانی مثبت را فعال کرد. تمرکز بر نقش هیجان به‌عنوان نیروی قوی در خودتنظیم‌گری و دلالت بر مدیریت درد قابل‌توجه است (هامیلتون و همکاران، ۲۰۰۴). یکی از کارکردهای هیجان مثبت این است که فرد را به یک حالت فیزیولوژیکی خنثی برگردانده و اثرات هیجان‌های

1. Hamilton, Karoly & Kitzman

2. Zautra

3. Tice, Baumeister, Shmueli & Muraven

مرکز قلب تهران و کلیه بیماران و همراهانی که در این تحقیق همکاری داشتند کمال تشکر و سپاس را داریم.

انتخاب می‌شوند مورد بررسی قرار گیرد.

سپاسگزاری

از پرسنل بیمارستان‌های شهید لواسانی، سینا و

منابع

عبدالقادری، م؛ کافی، س.م؛ صابری، ع؛ آریاپوران، س (۱۳۹۲). «اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی - رفتاری بر کاهش درد، افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به کمردرد مزمن». *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۲۱(۶): ۸۰۷-۷۹۵.

بشارت، م.ع (۱۳۹۰). «بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی فرم کوتاه مقیاس خودتنظیم‌گری در نمونه‌ای از جامعه ایرانی». *پژوهش‌های روانشناسی بالینی و مشاوره*، ۱(۲): ۷۰-۵۳.

مولوی، ح (۱۳۸۶). *راهنمای عملی SPSS در علوم رفتاری*. اصفهان: انتشارات پویا اندیشه.

داودی، ا؛ نسیمی‌فر، ن (۱۳۹۱). «اثربخشی روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهبود درد و راهبرد مقابله فاجعه‌آفرینی در زنان مبتلا به دردهای مزمن عضلانی اسکلتی». *مجله یافته‌های نو در روانشناسی*، ۷(۲۲): ۶۲-۴۵.

Baer, R.A. (2003). "Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review". *Clinical psychology: Science and Practice*, 10, 125-143.

mindfulness and its role in psychological well-being". *Journal of personality and social psychology*, 84, 822-848

Berland, D.W., Rodgers, P.E., Green, C.R., Harrison, R. & Roth, R.S. (2011). *Managing chronic non-terminal pain in adults*. University of Michigan Health System.

Cassidy, E. (2009). *Chronic Pain: Ethno-Cultural Variation and the Role of Mindfulness*. Dissertation of Doctorate in Clinical Psychology.

Brown, C.A. & Jones, A.K. (2010). "Meditation experience predicts less negative appraisal of pain: electrophysiological evidence for the involvement of anticipatory neural responses". *Pain*, 150, 428 - 438.

Cherkin, D.C., Sherman, K.J., Balderson, B.H., Turner, J.A., Cook, A.J., Stoelb, B., Herman, P.M., Deyo, R.A. & Hawkes, R.J. (2014). "Comparison of complementary and alternative medicine with conventional mind-body therapies for chronic back pain: protocol for the Mind-body Approaches to Pain (MAP) randomized controlled trial". *Trials Journal*, 15, 1,211.

Brown, K.W. & Ryan, R.M. (2003). "The benefits of being present:

- Demiryoguran, N.S., Karcioğlu, O. & Topacoglu, H. & et al. (2006). "Anxiety disorder in patients with non-specific chest pain in the emergency setting". *Emergency Medicine Journal*, 23, 99-102.
- Dunford, E. & Thompson, M. (2010). "Relaxation and Mindfulness In pain". *British Journal of pain*, 4(1), 18-22.
- Fass, R. & Navarro-Rodriguez, T. (2008). "Noncardiac chest pain". *Journal Clinical Gastroenterol*, 42, 636-646.
- Fass, R. & Achem, S.R. (2011). "Noncardiac Chest Pain: Epidemiology, Natural Course and Pathogenesis". *Journal Neurogastroenterol Motil*, 17(2), 110-123.
- Fjorback, L.O., Arendt, M., Ornbøl, E., Walach, H., Rehfeld, E., Schröder, A. & Fink, P. (2013). "Mindfulness therapy for somatization disorder and functional somatic syndromes: randomized trial with one-year follow-up". *Journal Psychosom Res*. 74 (1), 31-40.
- Gailliot, M.T., Plant, E.A., Butz, D.A. & Baumeister, R.F. (2007). "Increasing Self-Regulatory Strength Can Reduce the Depleting Effect of Suppressing Stereotypes". *Personality and Social Psychology Bulletin*, 33(2), 281- 294.
- Goyal, M., Singh, S., Sibinga, E.M. & et al. (2014). "Meditation programs for psychological stress and well-being: a systematic review and meta-analysis". *JAMA Intern Med*; 174(3):357-68.
- Greccucci, A., Pappaianni, E., Siugzdaite, R., Theuninck, A. & Job, R. (2014). "Mindful Emotion Regulation: Exploring the Neurocognitive Mechanisms behind Mindfulness". *BioMed Research International*, Volume 2015, Article ID 670724, 9 pages.
- Hamilton, N.A., Karoly, P. & Kitzman, H. (2004). "Self-Regulation and Chronic Pain: The Role of Emotion". *Cognitive Therapy and Research*, Vol. 28, No. 5, pp. 559-576.
- Hobro, N., Weinman, J. & Hankins, M. (2004). "Using the self-regulatory model to cluster chronic pain patients: the first step towards identifying relevant treatments". *Pain*, 108, issue 3, 276 – 283.
- Ibanez, M.I., Ruiperez, M.A., Moya, J., Marques, M.J. & Ortet, G. (2005). "A short version of the Self-Regulation Inventory (SRI-S)". *Personality and Individual Differences*, 39, 1055-1059.
- Jerlock, M. & Bjorkelund, C. (2012). "A cognitive behavior intervention program in women with unexplained chest pain". *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 11(2), 183-189.
- Johnson, J.E. (1999). "Self-Regulation Theory and Coping with Physical Illness". *Research in Nursing & Health*, 22, 435-448.
- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L. & Burney, R. (1985). "The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain". *PubMed*, 8, 2, 90-163.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: using the wisdom of your*

- body and mind to face stress, pain and illness.* New York: Dell publishing.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in Everyday life.* New York: Hyperion.
- Kahn, S.E. (2000). "The challenge of evaluating the patient with chest pain". *Arch Pathol Lab Med*, 124, 1418-9.
- Lakhan, S.E. & Schofield, K.L. (2013). "Mindfulness-based therapies in the treatment of somatization disorders: a systematic review and meta-analysis". *PubMed*, 26, 8.
- Loucks, E.B., Schuman-Olivier, Z., Britton, W.B., Fresco, Desbordes, G., Brewer, J.A. & Fulwiler, C. (2015). "Mindfulness and Cardiovascular Disease Risk: State of the Evidence, Plausible Mechanisms, and Theoretical Framework". *Curr Cardiol Rep*, 17:112.
- Mayou, R.A. (1989). "Invited review. Atypical chest pain". *Journal of psychosomatic research*, 33, 373-406.
- McCracken, L.M., Gauntlett-Gilbert, J. & Vowles, K.E. (2007). "The role of mindfulness in a contextual cognitive-behavioral analysis of chronic pain-related suffering and disability". *Pain*, 131, 63-69.
- Murtagh, A.M. & Todd, S.A. (2004). "Self-regulation: A challenge to the strength model". *Journal of Articles in Support of Null Hypothesis*.
- Orsillo, S.M. & Roemer, L. (2005). *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: conceptualization and treatment.* New York: Springer.
- Rasmussen, J.W., Grothusen, J.R., Andrea, L.R. & Schwartzman, R.J. (2009). "Atypical Chest pain: Evidence of intercostobrachial Nerve Sensitization in complex Regional pain syndrome". *Pain physician Journal*, 12: E329-E334.
- Sauer, S.E., Burris, J.L. & Carlson, C.R. (2010). "New directions in the management of chronic pain: self-regulation theory as a model for integrative clinical psychology practice". *Clinical psychology Review*, 30 (6), 805-814.
- Schroeder, S., Psych, D., Achenbach, S., Korber, S., Nowy, K., Zwaan, M. & Martin, A. (2012). "Cognitive-Perceptual Factors in Noncardiac Chest Pain and Cardiac Chest Pain". *Psychosomatic Medicine*, 74, 861-868.
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G. & Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression.* New York: Guilford.
- Shapiro, S.L., Carlson, L.E., Astin, J.A. & Freedman, B. (2006). "Mechanisms of Mindfulness". *Journal of Clinical Psychology*, 62(3), 373-386.
- Sheffield, D., Biles, P.L., Orom, H., Maixner, W. & Sheps, D.S. (2000). "Race and sex differences in cutaneous pain perception". *Psychosom Med*, 62, 517-23.
- Skaer, T.L. (2015). "Research Findings Using Mindfulness-Based Interventions for Chronic Pain". *Pain Studies and*

- Treatment*, 2015, 3, 38-45.
- Tang, Y.Y., Holzel, B.K. & Posner, M.I. (2015). "The neuroscience of mindfulness meditation". *Nat Rev Neurosci*; 16(4):213–25.
- Tice, D.M., Baumeister, R.F., Shmueli, D. & Muraven, M. (2007). "Restoring the self: Positive affect helps improve self-regulation following ego depletion". *Journal of Experimental Social Psychology*, 43, 379–384.
- Varni, J.W. (1981). "Self-regulation techniques in the management of chronic arthritic pain in hemophilia". *Behavior Therapy*, 12, 2, 185-194.
- Walker, L. & Colosimo, K. (2011). "Mindfulness, self-compassion and happiness in non-meditators: A theoretical and empirical examination". *Personality and Individual Differences*, 50, 222-227.
- Zautra, A. J. (2003). *Emotions, stress, and health*. New York: Oxford University Press.
- Zeidan, F., Martucci, K.T., Kraft, R.A., Gordon, N.S., McHaffie, J.G. & Coghill, R.C. (2011). "Brain Mechanisms Supporting the Modulation of Pain by Mindfulness Meditation". *The Journal of Neuroscience*, 31(14), 5540–5548