

## اثربخشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر استرس ادراک‌شده، خلق منفی، خودکارآمدی و ادراک درد در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید

\* نازآفرین پاک‌نهاد<sup>۱</sup>، مجید صفاری‌نیا<sup>۲</sup>

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

۲. استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

(تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۰۳/۰۹ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۲/۰۲)

## The Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction on Perceived Stress, Negative Mood, Self-Efficacy and Pain Perception in Patients with Rheumatoid Arthritis

\* Nazafarin Paknahad<sup>1</sup>, Mahid Saffarinia<sup>2</sup>

1. Ph.D Student of Health Psychology, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

2. Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

Original Article

(Received: May. 30, 2021 - Accepted: Apr. 22, 2023)

مقاله پژوهشی

### Abstract

**Objective:** The purpose of this study was to investigate the effectiveness of mindfulness-based stress reduction on perceived stress, negative mood, self-efficacy, and pain perception in patients with rheumatoid arthritis. **Method:** This was a quasi-experimental study with pre-test and post-test with control group. The statistical population of this study included all patients with rheumatoid arthritis referred to Tehran Shariati hospital. A sample of 40 patients (20 females and 20 males) was selected with targeted sampling from this population and were randomly assigned into experimental (10 male and 10 female) and control (10 male and 10 female) groups. In this intervention, the experimental group underwent mindfulness-based stress reduction program during 8 sessions for 2 months, 2 hours per week, and the control group was placed on the waiting list. The experimental and control groups also completed the Perceived Stress Scale by Cohen et al (1983), the Depression, Anxiety and Stress Scale by Lovibond & Lov bond (1995), the Self-efficacy Scale by Sherer et al (1982), and the McGill pain questionnaire by Melzack (1975) at pre-test and post-test. Multivariate analysis of covariance was used to analyze the data. **Findings:** The results showed that in the post-test phase, mindfulness-based stress reduction treatment significantly ( $p < 0/001$ ) increased self-efficacy and significantly ( $p < 0/001$ ) reduced perceived stress, negative mood, and pain perception in patients with rheumatoid arthritis. **Conclusion:** Mindfulness-based stress reduction can be effective in increasing self-efficacy and decreasing perceived stress, negative mood, and pain perception in these patients.

**Keywords:** Mindfulness-Based Stress Reduction, Perceived Stress, Negative Mood, Self-efficacy, Pain Perception, Rheumatoid arthritis.

### چکیده

**مقدمه:** هدف از این مطالعه بررسی اثربخشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر استرس ادراک‌شده، خلق منفی، خودکارآمدی و ادراک درد در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید بود. **روش:** پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمامی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید مراجعه‌کننده به بیمارستان شریعتی تهران بود. از این جامعه، نمونه‌ای به حجم ۴۰ نفر (۲۰ زن و ۲۰ مرد) هدفمندانه انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۰ مرد و ۱۰ زن) و گروه کنترل (۱۰ مرد و ۱۰ زن) گمارده شدند. گروه آزمایش تحت برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی در طول ۸ جلسه به مدت ۲ ماه، هفته‌ای یک جلسه ۲ ساعته و گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفت. همچنین گروه‌های آزمایش و کنترل، مقیاس استرس ادراک‌شده کوهن و همکاران (۱۹۸۳)، مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس لوی بوند و لوی بوند (۱۹۹۵)، مقیاس خودکارآمدی شرر و همکاران (۱۹۸۲) و پرسشنامه درد مک گیل ملزاک (۱۹۷۵) را در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون تکمیل کردند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که در مرحله پس‌آزمون، درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث افزایش معنی‌دار ( $p < 0/001$ ) خودکارآمدی و کاهش معنی‌دار ( $p < 0/001$ ) استرس ادراک‌شده، خلق منفی و ادراک درد در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید شد. **نتیجه‌گیری:** کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند در افزایش خودکارآمدی و کاهش استرس ادراک‌شده، خلق منفی و ادراک درد در این بیماران مؤثر واقع شود.

**واژگان کلیدی:** کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی، استرس ادراک‌شده، خلق منفی، خودکارآمدی، ادراک درد، آرتریت روماتوئید.

نویسنده دوم: مجید صفاری‌نیا: m.saffarinia@pnu.ac.ir

\*Corresponding Author: Nazafarin Paknahad

\* نویسنده مسئول: نازآفرین پاک‌نهاد

Email: nazafarinpaknahad@yahoo.com

## مقدمه

این بیماری جسمی، افراد مبتلا ممکن است دچار مشکلات روانشناختی نظیر افزایش سطح استرس ادراک‌شده<sup>۴</sup>، خلق منفی<sup>۵</sup> و ادراک درد<sup>۶</sup> و همچنین کاهش خودکارآمدی<sup>۷</sup> شوند.

استرس ادراک‌شده عبارت است از واکنش بدن به تغییری که مستلزم سازگاری یا پاسخ جسمی، ذهنی یا هیجانی می‌باشد که می‌تواند به وسیله هر عامل یا محرک تنش‌زا ایجاد گردد (کوهن، کامارک، مرملستین<sup>۸</sup>، ۱۹۸۳). مطالعات نشان داده‌اند که استرس ادراک‌شده می‌تواند در تشدید آرتریت روماتوئید از طریق افزایش شدت درد نقش داشته باشد و کاهش استرس ادراک‌شده می‌تواند نقش مؤثری در بهبودی این بیماری داشته باشد (بهرامی راد و رافضی، ۱۳۹۷). از سوی دیگر، خلق منفی به عنوان بعدی از پریشانی ذهنی و تعامل ناخوشایند با محیط تعریف شده و دربردارنده حالات خلقی گوناگون همچون ترس، خشم، احساس گناه و احساس درماندگی می‌باشد. بنابراین به شدت با استرس و مشکلات سلامت روان همبسته است و نقش مهمی در چندی از اختلالات روانی دارد (گیل، باس، ویت و جونگ<sup>۹</sup>، ۲۰۱۷). مطالعات نشان داده‌اند که خلق منفی نظیر اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید در سطح بالایی می‌باشد (عبید رحمانی، شیرودی، خلعتبری و حاجی عباسی، ۱۳۹۱). همچنین، احساس خودکارآمدی یک عامل عمده در تفکرات،

آرتریت روماتوئید<sup>۱</sup> یا روماتیسم مفصلی یک بیماری چند سیستمی مزمن است که به طور تقریبی در دو سوم بیماران به طور تدریجی با خستگی، بی‌اشتهایی، ضعف عمومی و علائم عضلانی اسکلتی مبهم آغاز شده، هفته‌ها یا ماهها پایدار مانده و هنگامی که چندین مفصل به خصوص مفاصل دست، مچ، زانو و به طور قرینه مبتلا می‌شود، بروز می‌کند. التهاب در مفاصل موجب درد، تورم، خشکی کامل مفاصل همراه با کاهش قدرت عضلانی در عضلات متصل به مفصل درگیر و ناتوانی در حرکت می‌شود. این وضعیت گاهی می‌تواند بسیار دردناک باشد و علاوه بر تأثیر مخربی که بر مفاصل بدن دارد، با تأثیر بر سایر بافتها و ارگانهای بدن باعث کاهش طول عمر و کارایی آنها می‌گردد. در دوره‌هایی از خاموشی نشانه‌هایی مثل تورم، درد، اختلال خواب و ضعف محو و یا ناپدید می‌شوند، اما در سایرین بیماری همیشه فعال است و با زمان پیشرفت می‌کند. درمان‌های موجود در درجه اول بر تسکین درد و کاهش التهاب تمرکز دارد (فیرستاین، باد، گابریل، مک اینز و اودل<sup>۲</sup>، ۲۰۱۲). آرتریت روماتوئید یک بیماری خود ایمنی ناتوان‌کننده و مزمن است که بر روی متغیرهای جسمانی و روانشناختی این بیماران اثرات بسیار وسیعی می‌گذارد. این بیماری ماهیتی مزمن دارد و اغلب با عود و گاهی فروکش خود به خودی همراه می‌باشد (دهانانی، کویونیل، پرون، عبدولل و فولدمن<sup>۳</sup>، ۲۰۰۲). بنابراین با توجه به ماهیت مزمن

4. perceived stress

5. negative affect

6. pain perception

7. self-efficacy

8. Cohen, Kamarck & Mermelstein

9. Gill, Bos, Wit, & de Jonge

1. Rheumatoid Arthritis

2. Firestein, Budd, Gabriel, McInnes & O'Dell

3. Dhanani, Quenneville, Perron, Abdollell, & Feldman

با توجه به ارتباط متغیرهای استرس لراکشده، خلق منفی، ادراک درد و خودکارآمدی با بیماری آرتریت روماتوئید، بررسی اثربخشی برنامه‌های درمانی بر روی این متغیرها دارای اهمیت می‌باشد. از جمله این درمان‌ها، درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی<sup>۵</sup> می‌باشد. این درمان یکی از درمان‌های موج سوم می‌باشد که برای وضعیت‌های پزشکی خاص در بیماران با دردهای مزمن و استرس‌های وابسته به آن تدوین شده است و برای وضعیت‌های ویژه‌ای مانند بیماران مبتلا به سرطان، بیماران قلبی، رماتیسم، افراد با اختلالات گوارشی، مشکلات بلع، خوردن و هضم به کار برده می‌شود (بائر، اسمیت، هاپکینز، کریتمیر و تونی<sup>۶</sup>، ۲۰۰۶). این درمان روشی دوسویه بین ذهن و بدن است و تکنیک‌های مختلفی را برای افزایش پذیرش محرک نامطلوب یا دردناک آموزش می‌دهد (بائر، ۲۰۰۳). درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی با تکرار آموزش مراقبه ذهن‌آگاهی، به افراد یاد می‌دهد که نسبت به تجاربشان کمتر واکنش نشان دهند و کمتر درباره آنها قضاوت کنند؛ در نتیجه قادر خواهند شد که الگوهای همیشگی و ناسازگارانه تفکر و رفتار را شناسایی کرده و آنها را تغییر دهند (کنگ، اسماسکی و رابینز<sup>۷</sup>، ۲۰۱۱).

مطالعات متعددی اثربخشی درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی یا درمان‌های ذهن‌آگاهانه را بر افزایش خودکارآمدی (یوسفی و کریمی‌پور، ۱۳۹۷؛ صناعی، موسی، مردادی، پرهون و صناعی، ۱۳۹۶؛ صدری دمیرچی، محمدی و

احساسات و رفتارهای افراد در شرایط استرس‌زا می‌باشد و توانایی افراد برای مقابله موفقیت‌آمیز با موقعیت‌های چالش‌انگیز مختلف را افزایش می‌دهد (گلارودو، کانه‌ها و پیتوگایا<sup>۱</sup>، ۲۰۱۳). تحقیقات نشان داده‌اند که افزایش خودکارآمدی با تغییرات مثبت در رفتارهای مراقبت از سلامت و افزایش میزان سلامت کلی نقش دارد (تسای<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳). به علاوه، درد نوعی تجربه روانی و احساسی ناخوشایند است که با تخریب واقعی یا بالقوه بافت همراه است و به دو صورت حاد و مزمن دیده می‌شود. درد حاد دردی است که شروعی تازه داشته، دوام محدودی دارد و معمولاً علت مشخصی دارد که صدمه یا بیماری است، اما درد مزمن نوعی از درد است که اثر آن برای مدت طولانی، حتی مدتها پس از ترمیم بافت، باقی می‌ماند و به همین دلیل علت آن به سادگی قابل شناسایی نیست (ملزاک و وال<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳). ادراک درد عبارت است از نگرشها، باورها و انتظارات بیماران درباره درد. همچنین تحریف‌های شناختی همچون فاجعه آفرینی، احساس درماندگی، ارزیابی بیماران از درد و میزان کنترل بر آن، تفسیر آنها از درد و پیامدهای آن و به طور کلی نظام شناختی و باورهای مرتبط با درد با ادراک درد ارتباط دارد (تورک و گاتچل<sup>۴</sup>، ۲۰۱۸). مطالعات نشان داده‌اند که ادراک درد و خلق منفی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید در سطح بالایی می‌باشد (تکلوی و عظیمی صدیق، ۱۳۹۷؛ رضایی، دوست، مولوی، عابدی و کریمی فر، ۲۰۱۴).

1. Galhardo, Cunha & Pinto-Gouveia
2. Tsay
3. Melzack & Wall
4. Turk & Gatchel

5. Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)
6. Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer & Toney
7. Keng, Smoski & Robins,

دانشجویان (میرزایی و شعیری، ۱۳۹۶) و افراد وابسته به مواد (پیرنیا و همکاران، ۱۳۹۶) انجام شده‌اند و تحقیقی در رابطه با اثربخشی این درمان بر روی متغیرهای ذکر شده در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید توسط محقق مشاهده نشده است. بنابراین، بررسی اثربخشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر استرس لراکشله، خلق منفی، خودکارآمدی و ادراک درد در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید دارای ضرورت می‌باشد. با توجه به نتایج مطالعات انجام شده بر دیگر گروه‌ها، فرضیه ما این است که درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث کاهش استرس لراکشله، خلق منفی، و ادراک درد و همچنین افزایش خودکارآمدی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید می‌شود.

### روش

تحقیق حاضر یک طرح نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این تحقیق شامل همه بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید مراجعه کننده به بیمارستان شریعتی تهران بود. از این جامعه، نمونه‌ای به حجم ۴۰ نفر (۲۰ زن و ۲۰ مرد) انتخاب شدند و این شرکت کنندگان به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۰ مرد و ۱۰ زن) و گروه کنترل (۱۰ مرد و ۱۰ زن) گمارده شدند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بود از: ابتلا به بیماری آرتریت روماتوئید بنا به تشخیص پزشک، مایل بودن به شرکت در جلسات آموزشی، عدم ابتلا به اختلال‌های روانی و بیماری‌های جسمی دیگر، سطح تحصیلات حداقل

بدل‌پور، ۱۳۹۷)، کاهش استرس لراکشله (خسروی و قربانی، ۱۳۹۵؛ سبحانی، باباخانی و آل بویه، ۱۳۹۸؛ رضوی‌زاده تبادکان، جاجرمی و وکیلی، ۱۳۹۷) کاهش خلق منفی نظیر افسردگی، اضطراب و استرس (میرزایی و شعیری، ۱۳۹۶؛ سبحانی و همکاران، ۱۳۹۸؛ فرهادی و پسندیده، ۱۳۹۶؛ دهستانی، ۱۳۹۴) کاهش شدت و ادراک درد (روزنزیوگ<sup>۱</sup>، گریسون، ریل، گرین، جاسر و بیسلی، ۲۰۱۰؛ پیرنیا، تیموری و رحمانی، ۱۳۹۶؛ داودی و نسیمی‌فر، ۱۳۹۱؛ باقری و سجادیان، ۱۳۹۶؛ زارع، محمدی، متقی، افشار و پور کاظم، ۱۳۹۳؛ نسیمی‌فر، داودی و حیدری، ۱۳۹۰؛ ترکش دوز و ثناگوی محرر، ۱۳۹۸) نشان داده‌اند. به هر حال این تحقیقات بر روی والدین دارای کودکان معلول جسمی- حرکتی (یوسفی و کریمی‌پور، ۱۳۹۷) زنان مبتلا به سرطان پستان (صناعی و همکاران، ۱۳۹۶)، جانبازان (صدری دمیرچی و همکاران، ۱۳۹۷) بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (فرهادی و پسندیده، ۱۳۹۶) بیماران مبتلا به فیرومیالژیا (زارع و همکاران، ۱۳۹۳) دانش‌آموزان (دهستانی، ۱۳۹۴)، زنان مبتلا به دردهای مزمن عضلانی اسکلتی (نسیمی‌فر و همکاران، ۱۳۹۰) نوجوانان مبتلا به لوسمی (ترکش دوز و ثناگوی محرر، ۱۳۹۸) دانشجویان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی (باقری و سجادیان، ۱۳۹۶) زنان مبتلا به دیابت (رضوی‌زاده تبادکان و همکاران، ۱۳۹۷) زنان مبتلا به دردهای مزمن عضلانی اسکلتی (داودی و نسیمی‌فر، ۱۳۹۱) زنان مبتلا به فشار خون بالا (خسروی و قربانی، ۱۳۹۵)

1. Rosenzweig, Greeson, Reibel, Green, Jasser & Beasley

متغیری (مانکوا) با استفاده از نرم افزار SPSS۲۲ استفاده شد.

گروه آزمایش در هشت جلسه هفتگی و هر جلسه ۹۰ دقیقه، تحت درمان گروهی ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر اساس راهنمای کابات زین (۲۰۰۳) قرار گرفتند. جلسات این برنامه درمانی به اختصار در جدول ۱ ارائه شده است.

اول متوسطه. معیارهای خروج عبارت بود از: عدم تمایل به همکاری در پژوهش و بیشتر از دو جلسه غیبت در جلسات آموزشی. در این پژوهش داده‌ها در دو سطح توصیفی و استنباطی تحلیل شدند. در سطح توصیفی از شاخص‌های میانگین و انحراف استاندارد و در سطح استنباطی برای آزمون فرضیه‌های آماری از روش تحلیل کوواریانس چند

جدول ۱. محتوای جلسات ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس

جلسه	محتوای جلسات
جلسه اول	معارفه و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، بیان مفهوم استرس و تأثیر آنها در ایجاد بیماری، ارائه منطق درمان و انجام پیش‌آزمون و آموزش تکنیک خوردن کشمش
جلسه دوم	آموزش تمرین اسکن بدن، آموزش تمرین مدیتیشن در حالت نشسته
جلسه سوم	آموزش تمرین دیدن و شنیدن
جلسه چهارم	انجام مدیتیشن همراه با تنفس، صداهای بدن و افکار.
جلسه پنجم	انجام مدیتیشن نشسته، آموزش روش‌های کنترل استرس.
جلسه ششم	انجام تمرین فضای تنفسی ۳ دقیقه‌ای، تمرین خلق فکر، انجام تمرینهای مدیتیشن.
جلسه هفتم	انجام مدیتیشن چهاربعدی، آموزش آگاهی نسبت به هشجاری لحظه‌ای، تحلیل رویدادهای زندگی.
جلسه هشتم	انجام اسکن بدن، تمرین فضای تنفسی ۳ دقیقه‌ای، بحث در مورد کنار آمدن با موانع انجام تمرینها.

لیکرتی پنج درجه ای از ۰ (اصلاً) تا ۴ (خیلی زیاد) نمره‌بندی می‌شود. نمرات این مقیاس بین ۰ تا ۵۶ متغیر است. مقیاس استرس‌اذاک‌شده دو خرده مقیاس را می‌سنجد. الف) خرده مقیاس ادراک منفی از استرس و ب) خرده مقیاس ادراک مثبت از استرس. عامل منفی عدم کنترل و واکنش‌های عاطفی منفی، و عامل مثبت سطح توانایی مقابله با استرس‌زاهای بیرونی را در طول یک ماه گذشته را ارزیابی

در این تحقیق برای جمع‌آوری داده‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل پرسشنامه‌های خود گزارش‌دهی زیر مورد استفاده قرار گرفتند.

مقیاس استرس ادراک‌شده<sup>۱</sup>: این مقیاس توسط کوهن و همکاران (۱۹۸۳) ساخته شده است. این مقیاس ۱۴ آیتم دارد و هر آیتم بر اساس یک مقیاس

1. Perceived Stress Scale (PSS)

توسط شرر<sup>۳</sup>، مادوکس، مرکاردانته، پرنديس-دان، جاکوبس و راجرز (۱۹۸۲) طراحی شده و دو خرده مقیاس خودکارآمدی عمومی و خودکارآمدی اجتماعی دارد. این پرسشنامه ۱۷ سؤال دارد. در این پرسشنامه برای هر سؤال ۵ گزینه پاسخ، پیشنهاد شده است و طبق مقیاس درجه بندی لیکرت درجه‌بندی می‌شود. نمره بالا به معنای خودکارآمدی بالا و نمره پایین به معنای خودکارآمدی پایین است. شرر و همکاران (۱۹۸۲) آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۸۶ به دست آوردند. اصغرنژاد و همکاران (۱۳۸۵) در یک نمونه ایرانی خصوصیات روانسنجی این مقیاس را قابل قبول و آلفای کرونباخ آن را ۰/۸۳ گزارش کرده‌اند. پرسشنامه درد مک‌گیل<sup>۴</sup>: پرسشنامه درد مک‌گیل (ملزاک<sup>۵</sup>، ۱۹۷۵) پرکاربردترین ابزار استاندارد سنجش درد مزمن است و گزارشی ذهنی از درد را فراهم می‌سازد. سه خرده مقیاس درد حسی و درد عاطفی و نوروپاتیک برای این پرسشنامه در نظر گرفته شده است. این پرسشنامه شامل چهار بعد اصلی و ۲۰ زیر گروه و در مجموع ۷۸ کلمه است. در هر زیر گروه شدت درد از بالا به پایین افزایش می‌یابد، بنابراین پایین‌ترین کلمه بالاترین امتیاز را دارد. بیمار می‌تواند از هر زیر گروه یک کلمه را انتخاب کند. یافته‌ها نشان‌دهنده اعتبار و پایایی قابل قبول این پرسشنامه است. ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه را ۰/۸۵ و ضریب پایایی را بالای ۰/۸۰ به دست آوردند (حمزه‌پور حقیقی و همکاران، ۱۳۹۴).

می‌کنند. این مقیاس یک ابزار مناسب برای سنجش تجربه استرس کلی در گروه‌های سنی مختلف است. در ایران، معروفی‌زاده و همکاران (۲۰۱۴) خصوصیات روان‌سنجی این مقیاس را در جامعه ایرانی ارزیابی و مورد تأیید قرار دادند. این محققین نشان دادند که این مقیاس دارای ساختاری دو عاملی است و ضریب آلفای کرونباخ آن برابر با ۰/۹۰ به دست آمد (معروفی‌زاده و همکاران، ۲۰۱۴).

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس<sup>۱</sup>: این مقیاس ۲۱ آیتمی توسط لوی بوند<sup>۲</sup> و لوی بوند (۱۹۹۵) طراحی شده و افسردگی (۷ آیتم)، اضطراب (۷ آیتم) و استرس (۷ آیتم) را اندازه‌گیری می‌کند. در این مطالعه نمره کلی این مقیاس برای ارزیابی خلق منفی که می‌تواند شامل افسردگی، اضطراب و استرس باشد، مورد استفاده قرار گرفت. در این مقیاس، هر آزمودنی به هر سؤال از صفر (اصلاً) تا ۳ (کاملاً درست) پاسخ می‌دهد. لوی و لوی بوند (۱۹۹۵) آلفای کرونباخ افسردگی، اضطراب و استرس را به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۳ و ۰/۸۱ گزارش کردند. اصغری و همکاران (۲۰۰۸) ساختار عاملی نسخه فارسی این مقیاس را با استفاده از روش تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی مورد تأیید قرار دادند، و آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه و عامل‌های افسردگی، اضطراب و استرس را به ترتیب ۰/۹۴، ۰/۸۵، ۰/۸۵ و ۰/۸۷ گزارش کردند. مقیاس خودکارآمدی: این مقیاس برای ارزیابی خودکارآمدی درک شده یا سطح انتظار عمومی بسته به قابلیت‌های فردی برای رفتارهای بیماران

3. Sherer, Maddux, Mercandante, Prentice-Dunn, Jacobs & Rogers

4. McGill pain questionnaire (MPQ)

5. Melzack

1. Depression, Anxiety and Stress Scale- (DASS)

2. Lovibond & Lovibond

## یافته‌ها

درد در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه‌های آزمایش و کنترل در جدول ۲ ارائه شده است.

میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای استرس ادراک‌شده، خلق منفی، خودکارآمدی و ادراک

جدول ۲. استرس ادراک‌شده، خلق منفی، خودکارآمدی و ادراک درد در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	میانگین		انحراف استاندارد
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	
استرس ادراک‌شده	گروه آزمایش	۲۵/۶۰	۲۰/۰۲	۷/۲۰
	گروه کنترل	۲۸/۸۰	۲۷/۸۲	۸/۸۹
خلق منفی	گروه آزمایش	۲۸/۴۴	۲۰/۱۸	۶/۲۷
	گروه کنترل	۲۹/۰۴	۲۸/۱۰	۵/۹۰
خودکارآمدی	گروه آزمایش	۴۵/۲۵	۵۵/۵۲	۱۳/۷۰
	گروه کنترل	۴۹/۳۰	۵۰/۸۰	۱۱/۲۰
ادراک درد	گروه آزمایش	۲۹/۳۰	۲۰/۷۰	۰/۷۹
	گروه کنترل	۳۰/۳۰	۲۹/۳۱	۰/۸۰

متغیرهای پژوهش نشان‌دهنده نرمال بودن توزیع این متغیرها بود. از پیش‌فرض‌های انجام تحلیل کوواریانس تساوی کوواریانس‌ها است. این پیش فرض از طریق آزمون باکس مورد بررسی قرار گرفت. جدول ۴ نتایج حاصل از آزمون باکس در مورد همسانی کوواریانس‌های استرس ادراک‌شده، خلق منفی، خودکارآمدی و ادراک درد را نشان می‌دهد. همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌گردد نتایج غیر معنی‌دار نشان‌دهنده پیش فرض تساوی کوواریانسها در تمامی متغیرهای وابسته بود ( $p < 0/05$ ) به عبارت دیگر کوواریانسها یا

مطابق جدول ۱ میانگین نمرات گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون در متغیرهای استرس ادراک‌شده، خلق منفی، و ادراک درد کاهش یافت و میانگین نمرات خودکارآمدی افزایش یافت. اما میانگین نمرات این متغیرها در گروه کنترل در پس‌آزمون در مقایسه با پیش‌آزمون تغییرات چندانی نداشت.

برای بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ نشان داده شده است. نتایج غیر معنی‌دار آزمون کولموگروف - اسمیرنوف برای

پاک‌نهاد و صفاری‌نیا: اثربخشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر استرس ادراک‌شده، خلق منفی، خودکارآمدی و ...

روابط بین متغیرهای وابسته، در جامعه برابر است و بنابراین امکان استفاده از شیوه تحلیل کوواریانس وجود دارد. همچنین پیش فرض دیگر اجرای تحلیل کوواریانس، همگنی واریانس است. این پیش فرض با استفاده از آزمون لوین انجام شد و نتایج آن در جدول ۴ نشان از نتایج غیر معنادار آزمون لوین برای متغیرهای پژوهش بود که نشان‌دهنده همگنی واریانس‌های این متغیرها بود. نتایج تحلیل کوواریانس در جداول ۵ و ۶ نشان داده شده است.

جدول ۳. نتایج حاصل از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف

متغیرهای پژوهش	استرس لراکثله	خلق منفی	خودکارآمدی	ادراک درد
کولموگروف-اسمیرنوف	۰/۲۵	۰/۲۳	۰/۶۵	۰/۴۰
سطح معنی‌داری	۰/۲۰	۰/۱۷	۰/۲۴	۰/۱۹

جدول ۴. نتایج حاصل از آزمون باکس در مورد همسانی کوواریانس‌های متغیرهای وابسته در گروه آزمایش و کنترل

متغیر	M	F	سطح معنی‌داری
استرس لراکثله	۳/۴۰	۲/۲۰	۰/۲۲
خلق منفی	۴/۳۰	۳/۳۷	۰/۵۵
خودکارآمدی	۲/۱۱	۲/۰۹	۰/۷۰
ادراک درد	۲/۱۵	۲/۳۰	۰/۷۶

جدول ۵. نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس نمرات درون گروهی آزمودنی‌ها

متغیرها	F	سطح معنی‌داری
استرس لراکثله	۱/۹۰	۰/۳۲
خلق منفی	۲/۷۰	۰/۴۲
خودکارآمدی	۵/۹۰	۰/۷۰
ادراک درد	۲/۱۲	۰/۳۹



چندمتغیری حاکی از آن است که تفاوت معنی‌داری بین گروه آزمایش و کنترل در نمرات پس‌آزمون وجود دارد ( $F=20/25$ ,  $p<0/001$ ) و مجذور اتا نیز نشان می‌دهد که ۷۵ درصد واریانس نمرات دو گروه مربوط به عضویت گروهی است.

نتایج آزمون‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری با وارد کردن نمرات پیش‌آزمون به عنوان متغیر کنترل در جدول ۶ آمده است. همان‌گونه که مشاهده می‌شود نتایج آزمون لامبدا به عنوان رایج‌ترین آزمون مورد نظر در تحلیل کوواریانس

جدول ۶. خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری مربوط به تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل

آزمونها	مقدار	F	معنی‌داری	مجذور اتا	توان آماری
لامبدای ویلکز	۰/۶۲	۲۰/۲۵	۰/۰۰۱*	۰/۷۵	۰/۸۹

جدول ۷. نتایج تحلیل‌های کوواریانس برای بررسی اثربخشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر استرس‌لرکشله، خلق منفی، خودکارآمدی و ادراک درد بعد از کنترل اثر پیش‌آزمون

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا	اندازه اثر
استرس ادراک‌شده	۳۹/۳۷۸	۲	۱۵۲/۱۰	۲۰/۷۸	۰/۰۰۱*	۰/۸۰	۰/۹۵
پس‌آزمون خلق منفی	۳۷۰/۷۹	۲	۹۵/۶۵	۲۲/۵۵	۰/۰۰۱*	۰/۸۵	۰/۹۲
خودکارآمدی	۵۲۱/۳۰	۲	۲۰۰/۱۰	۲۹/۵۹	۰/۰۰۱*	۰/۹۲	۰/۹۸
ادراک درد	۲۹۸/۳۵	۲	۹۹/۰۱	۲۴/۳۰	۰/۰۰۱*	۰/۸۹	۰/۹۶

\*  $p<0/001$

کنترل نمرات پیش‌آزمون متغیرها، میزان استرس‌لرکشله، خلق منفی و ادراک درد در گروه آزمایش در پس‌آزمون و بعد از مداخله نسبت به گروه کنترل کاهش معناداری نشان داد و میزان نمرات خودکارآمدی افزایش یافت. بنابراین با توجه به نتایج به‌دست آمده فرضیه این تحقیق مورد تأیید قرار گرفت. به عبارت دیگر کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث کاهش استرس ادراک‌شده، خلق منفی و ادراک درد و افزایش خودکارآمدی

جدول ۷ تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل را در استرس‌لرکشله، خلق منفی، خودکارآمدی و ادراک درد در پس‌آزمون نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود بین دو گروه در نمرات پس‌آزمون استرس ادراک‌شده ( $F=20/78$ ,  $p<0/001$ )، خلق منفی ( $F=22/55$ ,  $p<0/001$ )، خودکارآمدی ( $F=29/59$ ,  $p<0/001$ ) و ادراک درد ( $F=30/24$ ,  $p<0/001$ ) تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به عبارت دیگر، در اینجا نیز با وجود

در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید شد.

### نتیجه‌گیری و بحث

هدف از این مطالعه بررسی اثربخشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر استرس ادراک‌شده، خلق منفی، خودکارآمدی و ادراک درد در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید بود. نتایج این مطالعه نشان داد که درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی توانست باعث کاهش استرس ادراک‌شده، خلق منفی و ادراک درد و همچنین افزایش خودکارآمدی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید شود. نتایج این مطالعه با نتایج مطالعاتی که اثر بخشی کاهش استرس مبتنی بر اثربخشی درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی یا درمانهای ذهن‌آگاهانه را بر افزایش خودکارآمدی (یوسفی و کریمی‌پور، ۱۳۹۷؛ صناعی و همکاران، ۱۳۹۶؛ صدری دمیرچی و همکاران، ۱۳۹۷)، کاهش استرس ادراک‌شده (خسروی و قربانی، ۱۳۹۵؛ سبحانی و همکاران، ۱۳۹۸؛ رضوی‌زاده تبادکان و همکاران، ۱۳۹۷؛ صناعی و همکاران، ۱۳۹۶)، کاهش خلق منفی (میرزایی و شعیری، ۱۳۹۶؛ سبحانی و همکاران، ۱۳۹۸؛ فرهادی و پسندیده، ۱۳۹۶؛ دهستانی، ۱۳۹۴)، و کاهش شدت و ادراک درد (روزنزویگ و همکاران، ۲۰۱۰؛ پیرنیا و همکاران، ۱۳۹۶؛ داودی و نسیمی‌فر، ۱۳۹۱؛ باقری و سجادیان، ۱۳۹۶؛ زارع و همکاران، ۱۳۹۳؛ نسیمی‌فر و همکاران، ۱۳۹۰؛ ترکش دوز و ثناگوی محرر، ۱۳۹۸) در دانش‌آموزان، دانشجویان، جانبازان، والدین دارای کودکان معلول جسمی-حرکتی، بیماران مبتلا به سرطان، مولتیپل

اسکلروزیس، فیبرومیالژیا، دردهای مزمن عضلانی اسکلتی، دیابت، لوسمی، اختلال ملال پیش از قاعدگی، فشار خون بالا، دردهای مزمن عضلانی اسکلتی، و افراد وابسته به مواد انجام شده‌اند، همخوان بود.

برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی در مطالعه حاضر کاهش دهنده استرس ادراک‌شده در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید بود. معمولاً افرادی که ادراک منفی از استرس دارند، مسائل را به صورت منفی برداشت می‌کنند، لذا به تدریج محتوای این افکار و مفاهیم به واقعیت تبدیل می‌شوند؛ بنابراین آگاهی خود را نسبت به زمان از دست داده و همیشه در نگرانی و استرس به سر می‌برند. کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی با آموزش تکنیکهای شناختی نظیر غیر قضاوتی بودن به افراد آموزش می‌دهد که افکار و احساس خود را بدون قضاوت قبول کنند؛ این نوع تفکر مانع از ایجاد افکار منفی می‌شود. مشاهده بدون قضاوت درباره افکار مرتبط با استرس ممکن است منجر به فهم و درک این نکته گردد که اینها فقط فکر هستند و نمایانگر حقیقت یا واقعیت نیستند و لزوماً نباید باعث فرار یا رفتار اجتنابی شوند. آموزش ذهن‌آگاهی یکی از درمان‌های کاهش استرس می‌باشد که در آن بازنمایی ذهنی اشیاء موجود در زندگی که از کنترل بلافاصله انسان خارج است، از طریق تنفس و فکرکردن آموزش داده می‌شود (کابات زین<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵). ذهن‌آگاهی نه تنها به وسیله تسهیل ارزیابی فرایند مثبت باعث کاهش نتایج زیان بار ناشی از شرایط استرس‌زا می‌شود بلکه همچنین

از طریق عادت زدایی استفاده از راهبردهای مقابله‌ای نامناسب باعث کاهش مشکلات مربوط به شرایط استرس‌زا می‌شود. ذهن‌آگاهی از طریق ترکیب سرزندگی و واضح دیدن تجربیات، می‌تواند تغییرات مثبتی را در شادکامی و بهزیستی ایجاد نماید (اسمیت، شلی، دلن، ویگینز، تولی و برنارد<sup>۱</sup>، ۲۰۰۸). افزایش ذهن‌آگاهی منجر به کاهش معنادار آشفتگی‌های روان‌شناختی و استرس می‌شود (کارمودی و بائر<sup>۲</sup>، ۲۰۰۸). می‌توان گفت که استرس افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید بیشتر جنبه ذهنی و شناختی دارد. ولی در روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی فرد بیمار می‌آموزد با تکنیک‌هایی که مربوط به تجربه کردن لحظه حال است، به طور موقت از نگرش و باورهای خود که ریشه در گذشته دارد و متأثر از ترس‌ها و نگرانی‌های آینده است، رها شود و همچنین به واسطه این درمان این نگرش در آنها به وجود می‌آید که به تمامی امور اعم از خوشایند و ناخوشایند، پذیرش بدون داوری و قضاوت داشته باشند و در نتیجه اتخاذ چنین تدبیری برای فرد مبتلا که احساسات دردناکی مانند ناامیدی، درماندگی و غمگینی را تجربه می‌کند، سودمند است و در نتیجه استرس لراکشله وی کاهش می‌یابد. بنابراین می‌توان گفت که استفاده از روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی، با کاهش استرس ادراک‌شده و الگوی معیوب تفکر بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید همراه است.

منفی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید شود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که در برنامه‌های کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی با افزایش آگاهی افراد نسبت به لحظه حال، از طریق فنون مانند مراقبه‌ها نظیر توجه به تنفس بدن و معطوف کردن آگاهی به اینجا و اکنون بر کنترل بدن و به تبع آن کنترل ذهن و همین‌طور بر کاهش خلق منفی نظیر استرس، اضطراب و افسردگی اثرگذار است. قضاوت و پیش‌داوری موجود در افراد با ذهن‌آگاهی پایین در بسیاری شرایط موجب ایجاد تنش، استرس و ناآرامی در افراد شده و این امر باعث افزایش هیجانات منفی و استرس در افراد می‌شود. در افراد ذهن‌آگاه، حالت‌های هیجانی صریح و ضمنی با یکدیگر تطابق بیشتری دارند و آگاهی افزایش یافته از عواطف، به نوبه خود افراد را قادر می‌سازد تا پاسخ خود را به محرکات منفی تعدیل سازند (اورتنر، کیلنر و زلازو<sup>۳</sup>، ۲۰۰۷). پژوهش‌ها نشان می‌دهد افراد ذهن‌آگاه، سطح پایبندی از عواطف ناخوشایند را هم از نظر شدت و هم از نظر فراوانی تجربه می‌کنند و در افرادی که در جلسات مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی شرکت کردند نسبت به افراد گروه کنترل، حالت و صفات اضطراب و احساس درماندگی روان‌شناختی کاهش یافته است (آرچ و کراسک<sup>۴</sup>، ۲۰۰۶). ذهن‌آگاهی با افزایش احساس پذیرش در بیماران، به آنها کمک می‌کند تجربه بیماری خود را همان‌گونه که هست، بپذیرند و با وجود ابتلا به بیماری، همچنان عملکرد و کارایی خود را در بهترین وضعیت ممکن حفظ کنند

3. Ortner, Kilner & Zelazo

4. Arch & Craske

1. Smith, Shelley, Dalen, Wiggins, Tooley & Bernard

2. Carmody & Baer

(کابات زین<sup>۱</sup>، ۲۰۱۱). مطالعات مختلفی نشان داده‌اند ذهن‌آگاهی همچنین توانایی اشخاص برای کنار آمدن با استرس‌های زندگی روزمره را بهبود می‌بخشد (چنگ، پالش، کالدول، گلاسگو، آبرامسون و لاسکین<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴؛ شاپیرو<sup>۳</sup>، براون و بیگل، ۲۰۰۷).

روش مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن-آگاهی از طریق تمرین‌های مراقبه منظم باعث بالا رفتن هوشیاری لحظه به لحظه فرد نسبت به احساسات و عواطف معطوف به جسم خود می‌شود و از این طریق آنها یاد می‌گیرند که با آگاهی و هوشیار شدن به افکار هیجانی منفی خود، این نوع افکار به صورت غیر قضاوتی پذیرا و همراه با آرامش بیان کنند. این روش در ایجاد، حفظ و ارتقای سبک‌های مقابله با بیماری، کاهش استرس، اختلال‌های خلقی و حتی بهبود عملکرد سیستم ایمنی بدن به بیماران کمک می‌کند (کارلسون<sup>۴</sup>، اسپکا، پاتل و گودی، ۲۰۰۳). از طریق ذهن‌آگاهی بیمار از احساس‌های اضطراب و استرس در بدن خود و علل بروز آنها آگاهی پیدا کرده و افکار مغشوش مرتبط با این احساسات را کشف و مجزا می‌کند. همچنین او یاد می‌گیرد که چگونه به وسیله خودگویی با این مشکلات کنار بیاید (فالتون<sup>۵</sup>، گرمر و سیگل، ۲۰۰۵). مراقبه ذهن‌آگاهی خلق را بهبود می‌بخشد و آموزش کوتاه‌مدت آن خستگی و اضطراب را کاهش می‌دهد (کرامر، لاپه و دبوس<sup>۶</sup>،

۲۰۱۲). آموزش ذهن‌آگاهی بر افسردگی، اضطراب و ناسازگاری روان‌شناختی تأثیر دارد (بائر، ۲۰۰۳) و در کاهش فشار روانی، درد مزمن، پیشگیری از عود افسردگی و اضطراب فراگیر اثرگذار است (بوهملیجر، پرنگر، تال و کویچپرس<sup>۷</sup>، ۲۰۱۰). مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی به افراد کمک می‌کند تا با مشاهده تجارب ناخوشایند به شیوه‌های غیر قضاوتی، عاطفه منفی خود را کنترل کنند (وینکی، پلتیر، شاه، کینساول، والدو، مک وی و کاپلند<sup>۸</sup>، ۲۰۱۴).

در این مطالعه، برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث افزایش خودکارآمدی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید شد. در برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی توانایی دیدن افکار به عنوان افکار به صورت مستقل و بی‌طرفانه انجام می‌شود، اما آگاهی کلی از طریق تمرین منظم و مکرر در آموزش ذهن‌آگاهی کسب می‌شود که باعث افزایش خودکارآمدی در افراد می‌شود. در این روش، تمرکز بر تنفس که یکی از تکنیک‌های آن می‌باشد، می‌تواند به عنوان یک مرکز تکیه‌گاه عمل کند که برای بازگشت آگاهی به زمان حاضر آموزش داده می‌شود و محتوای منحرف شدن در واقعیت را که از طریق جریان‌ات فکری که ما اغلب در آنها غرق هستیم، کاهش می‌دهد. همچنین مشاهده فراگیر افکار ما را قادر می‌سازد تا الگوهای مشابه فکری را به صورت افکار و نه اینکه ضرورتاً خود واقعیت‌اند، در نظر بگیریم. این موارد موجب می‌شود که بیماران، کنترل بیشتری بر افکار خود

1. Kabat-Zinn
2. Chang, Palesh, Caldwell, Glasgow, Abramson & Luskin,
3. Shapiro, Brown & Biegel
4. Carlson, Speca, Patel & Goodey
5. Fulton, Germer & Siegel
6. Cramer, Lauche, Paul & Dobos

7. Bohlmeijer, Prenger, Taal & Cuijpers  
8. Vinci, Peltier, Shah, Kinsaul, Waldo, McVay & Copeland

حوادث استرس‌زا و افزایش توانایی آنها در کنترل زندگی، به افراد کمک می‌نمایند. شوتر، ریس، پریس و شوتر<sup>۳</sup> (۲۰۱۰) معتقدند که پایین بودن ذهن‌آگاهی در افراد باعث فاجعه آمیز کردن درد می‌شود. بنابراین به نظر می‌رسد که تمایل به درگیر شدن در فرایندهای پردازشی خودکار به جای فرایندهای مبتنی بر ذهن‌آگاهی به همراه توجه بدون انعطاف و عدم آگاهی نسبت به لحظه کنونی باعث می‌شود که افراد به طور فزاینده‌ای به درد فکر کرده و در مورد آن دست به نشخوار فکری بزنند و در نتیجه شدت خطر ناشی از آن را بیشتر ارزیابی می‌کنند. بنابراین ممکن است که حالت بدون قضاوت و بدون ارزیابی موجود در ذهن‌آگاهی بتواند از آغاز شدن فزاینده ارزیابی کننده شدت درد جلوگیری کرده و با قطع و یا کاهش الگوهای ناکارآمد در مواجهه با تجربیات مختلف باعث کاهش شدت ادراک درد شود. بنابراین، برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی با استفاده از روشهای ذهن‌آگاهانه می‌تواند باعث کاهش استرس و افزایش ذهن‌آگاهی در افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید و متعاقب آن کاهش ادراک درد در این بیماران گردد. کابات زین (۲۰۰۳) معتقد است که مشاهده خالی از قضاوت در ذهن‌آگاهی می‌تواند پاسخ‌های هیجانی را که به وسیله درد فراخوانی شده‌اند کاهش دهد. بنابراین تمرین مهارت ذهن‌آگاهی، توانایی مراجعان را برای تحمل حالت‌های هیجانی منفی افزایش داده و متعاقب آن شدت ادراک درد را کاهش می‌دهد. این مطالعه با محدودیت‌هایی همراه است.

داشته و خودکارآمدی بیشتری داشته باشند (استافورد، توماس، فولی، جاد، گیسون، کامیتی و کیرا پولوس<sup>۱</sup>، ۲۰۱۵). آموزش ذهن‌آگاهی باعث می‌شود که فرد از غوطه ور شدن در گذشته دست بردارد و کمتر به بیماری خود به صورت منفی فکر کند و از قضاوت منفی در مورد بیماری خود اجتناب نماید. ذهن‌آگاهی، ارزیابی افراد از وقایع مختلف را تغییر می‌دهد و باعث می‌شود که آنان قضاوت‌های منفی در مورد خودشان و بیماریشان را کنار گذشته و بتوانند به طور مؤثر با افراد، رویدادها و شرایط استرس‌زای محیط مواجه شوند. کنار گذاشتن قضاوت‌های منفی در مورد بیماری خود و مواجهه مؤثر با مشکلات و افزایش خودکنترلی می‌تواند افزایش خودکارآمدی را در پی داشته باشد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث کاهش ادراک درد در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید شد. اگرچه ممکن است عوامل رفتاری و روانشناختی در شروع درد نقش چندان بارزی نداشته باشند، اما این عوامل در استمرار درد و ناتوانی ناشی از آن نقش قاطعی ایفا می‌کنند (فoster، توماس، بیشاپ، دان و مین<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰). هسته برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی و کاربردهای آن عدم تمایل به همکاری در پژوهش و بیشتر از دو جلسه غیبت در جلسات آموزشی بر زندگی روزانه و مقابله با استرس، بیماری و درد متمرکز است (روزنزویگ و همکاران، ۲۰۱۰). این درمان با تغییر ادراک افراد از

1. Stafford, Thomas, Foley, Judd, Gibson, Komiti & Kiropoulos

2. Foster, Thomas, Bishop, Dunn & Main

3. Schütze, Rees, Preece & Schütze

پاک‌نهاد و صفاری‌نیا: اثربخشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر استرس ادراک‌شده، خلق منفی، خودکارآمدی و ...

مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند بر متغیرهای روانشناختی نظیر کاهش استرس ادراک‌شده، خلق منفی و کاهش ادراک درد و همچنین افزایش خودکارآمدی مؤثر باشد و این درمان می‌تواند به عنوان درمان روان‌شناختی مؤثری در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید باشد.

سپاسگزاری

در پایان از تمامی شرکت‌کنندگان که وقت خود را در اختیار پژوهش قرار دادند، تقدیر و تشکر می‌گردد.

نخست این که استفاده از پرسشنامه‌های خود گزارش‌دهی می‌تواند باعث سوگیری پاسخ در شرکت‌کنندگان شود. دوم اینکه، نتایج این مطالعه فقط قابل تعمیم به افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید می‌باشد و قایل تعمیم به دیگر گروه‌های مبتلا به دردهای مزمن عضلانی اسکلتی نمی‌باشد. سوم اینکه مطالعه حاضر به دلیل عدم دسترسی دوباره به بیماران، دارای دوره پیگیری نبود و در مورد ماندگاری تغییرات نمی‌توان نظر داد. بنابراین، مطالعات آینده باید یک دوره پیگیری را به مطالعه خود اضافه کنند. صرفنظر از این محدودیت‌ها، مطالعه حاضر نشان داد که برنامه کاهش استرس

## منابع

ترکش دوز، شیرین؛ ثناگوی محرر، غلامرضا. (۱۳۹۸). اثربخشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر فاجعه‌پنداری و ادراک درد نوجوانان مبتلا به لوسمی. سلامت اجتماعی، ۳(۳): ۳۱۳-۳۰۵.

تکلوی، سمیه؛ عظیمی صدیق، وحیده. (۱۳۹۷). مقایسه ادراک درد و ناگویی خلقی در بیماران آرتریت روماتوئید، تب فامیلی مدیترانه‌ای و افراد سالم. فصلنامه پژوهش در سلامت روانشناختی، ۱۲(۲): ۴۰-۵۲.

حمزه‌پور حقیقی، طاهره؛ دوستی، یا رعلی؛ میرزائیان، بهرام؛ فخری، محمد کاظم. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان شناختی رفتاری به شیوه گروهی بر ادراک بیماری و ادراک درد در بیماران مبتال به آرتریت روماتوئید. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، ۲۰: ۴۵-۵۷.

خسروی، الهه؛ قربانی، مریم. (۱۳۹۵). اثربخشی ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر استرس ادراک‌شده و فشار خون زنان مبتلا به فشار خون بالا. فیض، ۲۰(۴): ۳۶۸-۳۶۱.

اصغرنژاد، طاهره؛ احمدی ده قطب‌الدینی، محمد؛ فرزاد، ولی ا ... و خداپناهی، محمدکریم. (۱۳۸۵). مطالعه ویژگیهای روانسنجی مقیاس خودکارآمدی عمومی شرر. مجله روانشناسی، ۱۰(۳): ۲۷۴-۲۶۲.

باقری، سودابه؛ سجادیان، ایلناز. (۱۳۹۶). کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی و ادراک درد در دانشجویان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی. روانشناسی معاصر، ۱۲: ۲۹۷-۲۹۱.

پیرنیا، بیژن؛ تیموری، مریم؛ رحمانی، سهیلا. (۱۳۹۶). اثر بخشی برنامه درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش درد در بیماران مرد در حال بهبودی در فاز سم زدایی مورفین، یک کارآزمایی کنترل شده تصادفی. مجله روانشناسی و روان‌پزشکی شناخت، ۴(۲): ۷۱-۵۸.

- صناعی، هاله؛ موسوی، سید علی محمد؛ مردادی، علیرضا؛ پرهون، هادی؛ صناعی، سولماز. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودکارآمدی، استرس ادراک شده و جهت گیری به زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان. اندیشه و رفتار، ۱۱(۲۴): ۶۶-۵۷.
- عبید رحمانی، آرام؛ قربان شیرودی، شهره؛ خلعتبری، جواد؛ حاجی عباسی، اصغر. (۱۳۹۱). بررسی افسردگی و اضطراب در بیماران دچار آرتريت روماتوئید. مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، ۲۲(۸۵): ۲۲-۱۵.
- فرهادی، مریم؛ پسندیده، محمد مهدی. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش استرس، اضطراب و افسردگی و افزایش خودکارآمدی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. روانشناسی بالینی و شخصیت، ۱۵(۲): ۱۵-۷.
- میرزایی، الهام؛ شعیری، محمدرضا. (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی الگوی درمانی کاهش استرس بر اساس ذهن آگاهی بر عواطف مثبت و منفی و نشانگان افسردگی. مجله دانشگاه پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۶۱(۱): ۸۷۶-۸۶۴.
- نسیمی فر، نجمه؛ داودی، ایران؛ حیدری، علیرضا. (۱۳۹۰). اثربخشی روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود درد و راهبرد مقابله فاجعه آفرینی در زنان مبتلا به دردهای مزمن عضلانی اسکلتی. همایش ملی روانشناسی سلامت. ۲۶۶-۲۷۷.
- هرامی راد، مینو؛ رافضی، زهره. (۱۳۹۷). پیش بینی پذیرش درد، بر اساس استرس لراکشله و راهبردهای مقابله ای در افراد مبتلا به بیماری آرتريت روماتوئید. فصلنامه علمی- پژوهشی روانشناسی سلامت، ۷(۴): ۱۶۶-۱۵۱.
- داودی، ایران؛ نسیمی فر، نجمه. (۱۳۹۱). اثربخشی روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود درد و راهبرد مقابله فاجعه آفرینی در زنان مبتلا به دردهای مزمن عضلانی اسکلتی. یافته های نو در روانشناسی، ۷(۲۲): ۶۲-۴۵.
- دهستانی، مهدی. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی، اضطراب و افسردگی دانش آموزان دختر. اندیشه و رفتار، ۹(۳۷): ۴۶-۳۷.
- رضوی زاده تبادکان، بی بی زهره؛ جاجرمی، محمود؛ وکیلی، یعقوب. (۱۳۹۷). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر استرس لراکشله، نشخوار فکری و دشواری تنظیم هیجانی زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ (پیگیری ۳ ماهه). مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۲۴(۴): ۳۸۳-۳۷۰.
- زارع، حسین؛ محمدی، نرگس؛ متقی، پیمان؛ افشار، حمید؛ پور کاظم، لیلا. (۱۳۹۳). تأثیر درمان تعدیل شده شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر فاجعه پنداری، پذیرش و شدت درد بیماران مبتلا به فیرومیالژیا. روانشناسی سلامت، ۳(۴): ۹۷-۱۱۵.
- سبحانی، الهه؛ باباخانی، نرگس؛ آل بویه، محمدرضا. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی، اضطراب، استرس و ادراک کاهش درد در زنان مبتلا به کمردردهای مزمن پس از زایمان. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۲۵(۳): ۲۶۶-۲۷۷.
- صدری دمیرچی، اسماعیل؛ محمدی، نسیم؛ بدل پور، زینب. (۱۳۹۷). اثربخشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودکارآمدی و رضایت از زندگی جانبازان. فصلنامه روانشناسی نظامی، ۸(۳۲): ۴۱-۳۱.

- یوسفی، ناصر؛ کریمی‌پور، بنت الهدا. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر خودکارآمدی و تحمل ناکامی
- والدین کودکان معلول جسمی - حرکتی. فصلنامه روانشناسی افراد استثنایی دانشگاه علامه طباطبائی، ۸(۳۰): ۱۱۳-۱۳۲.
- Arch, J. J., & Craske, M. G. (2006). Mechanisms of mindfulness: Emotion regulation following a focused breathing induction. *Behaviour research and therapy*, 44(12), 1849-1858.
- Asghari, A., Saed, F., & Dibajnia, P. (2008). Psychometric properties of the Depression Anxiety Stress Scales-21 (DASS-21) in a non-clinical Iranian sample. *Int J psychol*, 2(2), 82-102.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical psychology: Science and Practice*, 10(2), 125-143.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27-45.
- Bohlmeijer, E., Prenger, R., Taal, E., & Cuijpers, P. (2010). The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: a meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(6), 539-544.
- Carlson, L. E., Speca, M., Patel, K. D., & Goodey, E. (2003). Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress, and immune parameters in breast and prostate cancer outpatients. *Psychosomatic Medicine*, 65(4), 571-581.
- Carmody, J., & Baer, R. A. (2008). Relationships between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of Behavioral Medicine*, 31(1), 23-33.
- Chang, V. Y., Palesh, O., Caldwell, R., Glasgow, N., Abramson, M., Lusk, F., ... & Koopman, C. (2004). The effects of a mindfulness-based stress reduction program on stress, mindfulness self-efficacy, and positive states of mind. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 20(3), 141-147.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior*, 385-396.
- Cramer, H., Lauche, R., Paul, A., & Dobos, G. (2012). Mindfulness-based stress reduction for breast cancer-a systematic review and meta-analysis. *Current Oncology*, 19(5), e343.
- Dhanani, S., Quenneville, J., Perron, M., Abdoell, M., & Feldman, B. M. (2002). Minimal difference in pain associated with change in quality of life in children with rheumatic disease. *Arthritis Care & Research*, 47(5), 501-505.
- Firestein, G. S., Budd, R., Gabriel, S. E., McInnes, I. B., & O'Dell, J. R. (2012). *Kelley's Textbook of Rheumatology E-Book*. Elsevier Health Sciences.



- Foster, N. E., Thomas, E., Bishop, A., Dunn, K. M., & Main, C. J. (2010). Distinctiveness of psychological obstacles to recovery in low back pain patients in primary care. *PAIN®*, 148(3), 398-406.
- Fulton, P., Germer, C., & Siegel, R. (2005). *Mindfulness and Psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Galhardo, A., Cunha, M., & Pinto-Gouveia, J. (2013). Measuring self-efficacy to deal with infertility: Psychometric properties and confirmatory factor analysis of the portuguese version of the infertility self-efficacy scale. *Research in Nursing & Health*, 36(1), 65-74.
- Gill, N. P., Bos, E. H., Wit, E. C., & de Jonge, P. (2017). The association between positive and negative affect at the inter-and intra-individual level. *Personality and Individual Differences*, 105, 252-256.
- Kabat-Zinn J. (2005). *Coming to our senses: Healing ourselves and the world through mindfulness*. New York: Hyperion.
- Kabat-Zinn, J. (2011). Some reflections on the origins of MBSR, skillful means, and the trouble with maps. *Contemporary Buddhism*, 12(1), 281-306.
- Kabat-Zinn. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144-156.
- Kang, Y. S., Choi, S. Y., & Ryu, E. (2009). The effectiveness of a stress coping program based on mindfulness meditation on the stress, anxiety, and depression experienced by nursing students in Korea. *Nurse Education Today*, 29(5), 538-543.
- Keng, S. L., Smoski, M. J., & Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 1041-1056.
- Kerns, R. D., Morley, S. J., & Vlaeyen, J. (2008). Psychological interventions for chronic pain.
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343.
- Maroufizadeh, S., Zareiyan, A., & Sigari, N. (2014). Psychometric properties of the 14, 10 and 4-item "Perceived Stress Scale" among asthmatic patients in Iran. *Payesh (Health Monitor)*, 13(4), 457-465.
- Melzack, R. (1975). The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain*, 1(3), 277-299.
- Melzack, R., & Wall, P. D. (2003). *Handbook of Pain Management: A Clinical Companion to Wall and Melzack's "Textbook of Pain"*. Churchill Livingstone.
- Ortner, C. N., Kilner, S. J., & Zelazo, P. D. (2007). Mindfulness meditation and reduced emotional interference on a cognitive task. *Motivation and Emotion*, 31(4), 271-283.
- Rezaei, F., Doost, H. T. N., Molavi, H., Abedi, M. R., & Karimifar, M. (2014). Depression and pain in patients with

- rheumatoid arthritis: Mediating role of illness perception. *The Egyptian Rheumatologist*, 36(2), 57-64.
- Rosenzweig, S., Greeson, J. M., Reibel, D. K., Green, J. S., Jasser, S. A., & Beasley, D. (2010). Mindfulness - based stress reduction for chronic pain conditions: Variation. *Journal of Psychosomatic Research* 68, 29-36.
- Schütze, R., Rees, C., Preece, M., & Schütze, M. (2010). Low mindfulness predicts pain catastrophizing in a fearavoidance model of chronic Pain. *PAIN*, 148, 120-127.
- Shapiro, S. L., Brown, K. W., & Biegel, G. M. (2007). Teaching self-care to caregivers: Effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training and Education in Professional Psychology*, 1(2), 105.
- Sherer, M., Maddux, J. E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R.W. (1982). The Self Efficacy Scale: Construction and validation. *Psychological Reports*, 51, 663-671.
- Smith, B. W., Shelley, B. M., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., & Bernard, J. (2008). A pilot study comparing the effects of mindfulness-based and cognitive-behavioral stress reduction. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 14(3), 251-258.
- Stafford, L., Thomas, N., Foley, E., Judd, F., Gibson, P., Komiti, A. & Kiropoulos, L. (2015). Comparison of the acceptability and benefits of two mindfulness-based interventions in women with breast or gynecologic cancer: a pilot study. *Supportive Care in Cancer*, 23(4), 1063-1071.
- Tsay, S. L. (2003). Self-efficacy training for patients with end-stage renal disease. *Journal of Advanced Nursing*, 43(4), 370-375.
- Turk, D. C., & Gatchel, R. J. (2018). *Psychological approaches to pain management: a practitioner's handbook*. Guilford publications.
- Vinci, C., Peltier, M. R., Shah, S., Kinsaul, J., Waldo, K., McVay, M. A., & Copeland, A. L. (2014). Effects of a brief mindfulness intervention on negative affect and urge to drink among college student drinkers. *Behaviour Research and Therapy*, 59, 82-93.