

اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت خواب و شادکامی بیماران مبتلا به درد مزمن

تاریخ دریافت: ۹۸/۰۹/۱۹ - تاریخ پذیرش: ۹۸/۱۲/۲۰

خلاصه

مقدمه

بیماران مبتلا به درد مزمن علاوه بر مسائل جسمانی بر در زمینه‌های روانی مخصوصاً کیفیت زندگی و شادکامی نیز مشکل دارند. این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و شادکامی بیماران مبتلا به درد مزمن انجام شد.

روش کار

در پژوهش حاضر بر حسب نوع گردآوری داده‌ها از نوع طرح‌های نیمه‌آزمایشی استفاده شد، طرح این پژوهش از نوع طرح‌های پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. از جامعه آماری بیماران مبتلا به درد مزمن منطقه ۲ شهر تهران، به روش در دسترس، ۲۸ نفر انتخاب شد که به‌صورت تصادفی به دو گروه ۱۴ تایی با عنوان گروه آزمایش و گروه کنترل را تقسیم شدند. پرسشنامه‌های پژوهش پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت و شادکامی آکسفورد بود و از بسته آموزشی ذهن آگاهی کابات زین (۲۰۰۳) استفاده شد. داده‌ها با آزمون کواریانس مورد تحلیل قرار گرفت.

نتایج

نتایج کواریانس نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش کیفیت زندگی و شادکامی بیماران مبتلا به درد مزمن تاثیر مثبت و معنی‌داری دارد ($p \leq 0.01$).

نتیجه‌گیری

اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و شادکامی بیماران مبتلا به درد مزمن موثر است؛ از این رو پیشنهاد می‌شود از تکنیک‌های ذهن آگاهی بر بیماران مبتلا به درد مزمن استفاده شود.

کلمات کلیدی

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، کیفیت زندگی، شادکامی، درد مزمن

پی‌نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

لیلا کوثری اصفهانی^۱

فاطمه فلاحی^۲

نسیم خدقلی‌پور^۳

سپه‌یلا علیزاده کندری^۴

هنگامه ساقی‌ها^{۵*}

۱. گروه روانشناسی تربیتی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران.

۲. گروه روانشناسی بالینی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۳. گروه روانشناسی بالینی، واحد علوم و تحقیقات البرز، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

۴. گروه مشاوره، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۵. گروه روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

* گروه روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

Email: saghihahengameh@yahoo.com

مقدمه

روزانه و به خطر افتادن سلامت جسمی و بهداشت روانی می‌شود

(۸).

یکی دیگر از متغیرهایی که با درد مزمن ارتباط دارد، شادکامی است، مرور پژوهش‌ها نشان می‌دهد افراد مبتلا به بیماری و یا درد مزمن دارای شادکامی کمتری هستند (۹). شادکامی یکی از متغیرهای روانشناختی است و بدین مفهوم می‌باشد که انسان چگونه می‌تواند بهتر زندگی کند و چه چیزی بیشتر موجبات رضایت را فراهم می‌سازد. این متغیر دارای سه جزء اصلی هیجانات مثبت، رضایت از زندگی و فقدان عواطف منفی از نظر اضطراب و افسردگی است (۱۰). بین عدم اضطراب و عدم افسردگی و شادکامی ارتباط مستقیم وجود دارد (۱۱). مطالعات نشان داده‌اند که سطح شادکامی و سلامتی دارای ارتباط نسبتاً قوی هستند (۱۲). برخی از تحقیقات انجام شده در زمینه شادکامی، مؤید رابطه مستقیم آن با بهبود عملکرد سیستم ایمنی بدن می‌باشند. در واقع می‌توان گفت شادکامی یکی از مهمترین پشتوانه‌های انسان برای مقابله با مشکلات است (۱۳). شادکامی اگرچه قادر به بازگرداندن سلامتی به بیماران دارای مشکل جدی نیست، ولی تا حدی میتواند باعث ارتقاء طول عمر و بهبودی بیماریها شود (۱۴).

روش‌ها و رویکردهای مختلف دارویی و غیردارویی به منظور کاهش درد و اثرات مخرب آن بوجود آمده است؛ یکی از درمان‌های نوین و اثربخش در حیطه روانشناختی، ذهن‌آگاهی است. از طرفی امروزه درمان‌های موج سوم روان‌شناختی نسبت به سایر درمان‌ها پیشی گرفته است که ذهن‌آگاهی یکی از مهمترین وجوه این درمان‌ها می‌باشد. ذهن‌آگاهی ریشه در تمرین‌های مراقبه بودیسم دارد و به عنوان توجه هدفمند، غیرقضاوتی و لحظه به لحظه به تجارب فعلی تعریف شده است

انجمن بین‌المللی درد، تعریف درد را یک تجربه حسی و روانی ناخوشایند بیان کرده‌اند که با آسیب احتمالی یا واقعی بافت در ارتباط است (۱). در یک تقسیم‌بندی می‌توان درد را به دو دسته مزمن و حاد تقسیم کرد؛ دردهای مزمن و عودکننده مشکلی اساسی برای بخش عمده‌ای از جمعیت جهان است (۲). درد مزمن وضعیتی تحلیل‌برنده است به گونه‌ای که فرد دردمند را نه تنها با فشار روانی ناشی از درد، بلکه با بسیاری از عوامل فشار آور دیگر روبرو می‌کند که بخش‌های گوناگون زندگی او را تحت تاثیر قرار می‌دهد. درد مزمن اسکلتی - عضلانی یکی از بیماری‌های شایع در جمعیت عمومی است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بسیاری از بیماران مبتلا به درد مزمن اسکلتی - عضلانی، علاوه بر درد فیزیولوژیکی، داری درد روانشناختی هستند (۳).

مطالعات مختلف شیوع درد مزمن در جمعیت بزرگسال را حدود ۱۵ درصد گزارش کردند و سازمان بهداشت جهانی این رقم را ۲۰ درصد تخمین می‌زند (۴). در ایران شیوع ۶ ماهه درد مزمن مستمر در جمعیت عمومی بزرگسال (۱۸ تا ۶۵ سال) از ۹ تا ۱۴ درصد و در جمعیت سالمند (۶۰ تا ۹۰ سال) حدود ۶۷ درصد گزارش شده است (۵).

مرور پژوهش‌ها نشان می‌دهد که ابتلا به درد مزمن با کاهش کیفیت خواب همراه است (۶). کیفیت خواب ضعیف می‌تواند بدرفتاری را تشدید کند که در اغلب این اختلالات وجود دارد. از لحاظ اجتماعی و شغلی مشکلات خواب با کیفیت زندگی پایین‌تر، نرخ بالاتر غیبت و پایین‌تر بهره‌وری، تصادف رانندگی، حوادث شغلی و مشکلات بین‌فردی همراه است (۷) کمبود خواب مفید باعث افت عملکرد فردی، اختلال در عملکرد

مواد و روش کار

در پژوهش حاضر بر حسب نوع گردآوری داده‌ها از نوع طرح‌های نیمه آزمایشی استفاده شد، طرح این پژوهش از نوع طرح‌های پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل همه بیماران مبتلا به درد مزمن منطقه ۲ شهر تهران بود که از این جامعه با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ نفر انتخاب شد و بصورت تصادفی به دو گروه ۱۵ تایی تقسیم شدند که یکی از این گروه‌ها، به صورت تصادفی به عنوان گروه آزمایش و گروه دیگر گروه کنترل را تشکیل دادند. حین اجرای جلسات شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای گروه آزمایش، ۱ نفر از نمونه‌های پژوهش دچار ریزش شد و بدین ترتیب برای هر دو گروه ۱۴ نفر در نظر گرفته شد که در مجموع ۲۸ نفر شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بود از داشتن سن ۴۵ تا ۶۰ سال، مبتلا به درد مزمن، داشتن حس همکاری برای شرکت در پژوهش و ملاک‌های خرج از پژوهش نیز غیبت بیش از دو جلسه در دوره ذهن‌آگاهی بود. روش اجرا بدین ترتیب بود که بعد از هماهنگی‌های لازم با بیماران درد مزمن در دو گروه آزمایشی و کنترل، پیش‌آزمون‌های کیفیت خواب و شادکامی به عمل آورده شد. سپس به ارائه جلسات شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای پرداخته شد، بعد از اتمام آموزش برای گروه آزمایش، از هر دو گروه پس‌آزمون‌های پژوهش به عمل آمد. به لحاظ اخلاقی ضروری است در حین توزیع پرسشنامه‌ها این اطمینان به پاسخ‌دهندگان داده شد که اطلاعات تکمیل شده نزد محقق محفوظ و نتایج به طور کلی در پژوهشنامه ارائه خواهد شد و همچنین پس از پایان پژوهش به افرادی که با پژوهشگر همکاری کردند اما در گروه کنترل جای گرفتند بسته آموزشی ارائه شد، لذا پژوهشگر خلاصه‌ای از جلسات آموزشی را به آن‌ها ارائه داد و در پایان

(۱۵). ذهن‌آگاهی توانایی متمرکز نمودن توجه بر تجارب درونی و بیرونی است که در حال رخ دادن هستند و به فرد کمک می‌کند در حال حاضر آگاه‌تر باشد و باعث افزایش مشاهده غیر قضاوتی و به دنبال آن کاهش پاسخ‌های خودکار می‌باشد (۱۶). ذهن‌آگاهی به افراد کمک می‌کند تا فرد زندگی خود را لحظه به لحظه تجربه کند و تماس نزدیکی با واقعیت داشته باشد. ذهن‌آگاهی به واسطه هوشیاری لحظه به لحظه، مداوم و غیر ارزیابانه نسبت به فرایندهای روانشناختی مشخص می‌شود و شامل آگاهی لحظه به لحظه، مداوم و غیرارزیابانه از احساسات فیزیکی، ادراکات، عواطف، افکار و تصورات است. ذهن‌آگاهی شامل یک آگاهی‌پذیرا و عاری از پیش‌داوری از وقایع جاری زندگی است. بنابراین، ذهن‌آگاهی به معنای توجه کردن به شیوه‌ای خاص، هدفمند در زمان حال و خالی از قضاوت است. برخی درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی شامل کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌باشد. این رویکردها را به عنوان روش‌های کم‌هزینه، دارای انتخاب‌های مبتنی بر شواهد برای کنترل استرس، کاهش علائم مربوط به مشکلات سلامت روانشناختی و دارای قابلیت جلوگیری از عود افسردگی شناخته شده‌اند (۱۷).

از آنجا که آموزش ذهن‌آگاهی با پیامدهای مثبتی از قبیل کاهش خشم و استرس ادراک شده (۱۸)، کاهش درد مزمن و عود آن (۱۹)، کاهش ادراک درد (۲۰) همراه است و با توجه به این که ذهن‌آگاهی در سالهای اخیر و در جامعه علمی توجه زیادی را به خود معطوف نموده است و به عنوان روش در دسترس می‌تواند به کار گرفته شود؛ لذا پژوهش در این زمینه به توسعه و کاربرد این تکنیک در روان‌درمانی می‌تواند کمک شایانی کند. بدین ترتیب مساله اصلی پژوهش این بود که ذهن‌آگاهی بر کیفیت خواب و شادکامی بیماران مبتلا به درد مزمن چه تاثیری دارد؟

این پرسشنامه، روایی ۰/۸۶ و پایایی ۰/۸۹ به دست آمد (۲۲). در این پژوهش نیز پایایی ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۸ بدست آمد.

پرسشنامه شادکامی: آزمون شادکامی آکسفورد دارای ۲۹ ماده است و میزان شادکامی فردی را میسنجد. پایه نظری این پرسشنامه تعریف آرجیل از شادکامی (۲۳) است. این آزمون در سال ۱۹۸۹ توسط آرجیل و بر اساس پرسشنامه افسردگی بک ساخته شده است. بالاترین نمره‌ای که آزمودنی می‌تواند در این مقایسه کسب کند، ۸۷ است که بیانگر بالاترین حد شادکامی بوده و کمترین نمره آن، صفر است که موید ناراضی بودن آزمودنی از زندگی و افسردگی فرد است. عدد ۴۳/۵ نقطه برش پرسشنامه می‌باشد. آرجیل و لو (۲۳) پایایی پرسشنامه آکسفورد را به کمک ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و پایایی باز آزمایی آن را طی هفت هفته ۰/۷۸ گزارش کرده‌اند. روایی همزمان این پرسشنامه با استفاده از ارزیابی دوستان افراد درباره آن‌ها ۰/۴۳ محاسبه شد. در پژوهشی که توسط علیپور و نوربالا (۲۴) به منظور بررسی اعتبار و پایایی فهرست شادکامی آکسفورد اجرا شد، آلفای کرونباخ برای کل فهرست برابر با ۰/۹۱ بود. یافته‌های پژوهش نشان دادند که آزمون شادکامی آکسفورد برای اندازه‌گیری شادکامی در جامعه ایرانی و پایایی مناسب برخوردار است. در این پژوهش نیز پایایی ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۲ بدست آمد.

بعد از اجرای پس‌آزمونها، جهت قدردانی از حضور شرکت‌کنندگان در این پژوهش هدایایی به آن‌ها اهدا شد. در پایان به ارزیابی و نتیجه‌گیری فرضیات پژوهش بر اساس پیش‌آزمون‌ها و پس‌آزمون‌ها با استفاده از تحلیل کواریانس پرداخته شد.

ابزار

پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ: در این پژوهش جهت تشخیص کیفیت خواب از پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ استفاده گردید. این پرسشنامه در سال ۱۹۸۹ توسط دکتر بویس و همکارانش در موسسه روانپزشکی پیتزبورگ ساخته شد. این پرسشنامه در اصل دارای ۹ گویه است اما چون سوال ۵ خود شامل ۱۰ گویه فرعی است بنابراین کل پرسشنامه دارای ۱۹ آیتام است که در یک طیف لیکرت ۴ درجه‌ای از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. این پرسشنامه دارای ۷ زیرمقیاس کیفیت ذهنی خواب، تأخیر در به خواب رفتن، مدت زمان خواب، میزان بازدهی خواب، اختلالات خواب، استفاده از داروهای خواب‌آور و اختلالات عملکردی روزانه است. بویس، ری نولدس لی، مونک، برمن و کوپفر انسجام درونی این پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرونباخ، ۰/۸۳ به دست آوردند (۲۱). در نسخه ایرانی

جدول ۱. خلاصه جلسات شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (۱۶)

ردیف	محتوا
اول	بحث و گفتگو در مورد «ذهن‌آگاهی و تمرین آگاهی» و اصلاح نگرش بیماران در این مورد - تمرین حضور ذهن نسبت به تنفس در طول روز (ذهن‌آگاهی تنفس) - لقمه‌های همراه با حضور ذهن؛ آموزش ذهن‌آگاهی خوردن، در وهله اول با خوردن کشمش آغاز شد ولی در مراحل بعدی پیشنهاد شد بیماران خوراکی مورد علاقه خود را بیاورند و تمرین را بر همین مبنا انجام دادیم. تمرین رسمی حضور ذهن و آرسی بدنی، ۶ روز در هفته هر بار ۱۵ دقیقه حضور آگاهانه در هر یک از اعضای بدن تا به وجود خود نزدیک شوند و به وجود خود آگاه شوند.
دوم	تمرین حضور ذهن رسمی هر روز ۱۵ دقیقه و آرسی بدنی - تمرین ذهن‌آگاهی (یوگای) حضور ذهن - تمرین حضور ذهن تنفس در طول روز خواندن و انعکاس مقاله «حضور ذهن و ذهن‌آگاهی» - افزایش سطح آگاهی در طی فعالیت‌های روزانه مانند غذا

خوردن، حمام کردن، مسواک زدن، ظرف شستن، خواندن

سوم تمرین حضور ذهن رسمی هر روز ۱۵ دقیقه واری بدن - تمرین ذهن آگاهی نشسته - افسانه‌هایی درباره ذهن آگاهی - افکاری درباره تفکر - تکمیل «تقویم وقایع خوشایند» - تداوم فعالیت‌های روزانه همراه با آگاهی عمدی مانند غذا خوردن، حمام کردن، مسواک زدن، ظرف شستن، خواندن

چهارم تمرین حضور ذهن رسمی هر روز ۱۵ دقیقه یوگا - خواندن و انعکاس مقاله «هرج و مرج یا آرامش» - بازخورد نسبت به شکل «واکنش به استرس در برابر پاسخ به آن» - تکنیک توقف فکر - تکمیل «تقویم وقایع ناخوشایند» - تداوم فعالیت‌های روزانه همراه با آگاهی عمدی مانند غذا خوردن، حمام کردن، ظرف شستن، خواندن

پنجم تمرین حضور ذهن رسمی هر روز ۱۵ دقیقه به تناوب ذهن آگاهی نشسته، واری بدن و یوگا - مقاله اثرات ذهن آگاهی بر قشر خاکستری مغز
دعای مهربانی - خواندن و بازخورد مقاله «گفتگوی بینشی» - تکمیل «کاربرگ ارتباطی» جهت تمرکز بر تعاملاتی که طی هفته با افراد مهم زندگی تان دارید. تداوم فعالیت‌های روزانه همراه با آگاهی عمدی مانند غذا خوردن، حمام کردن، مسواک زدن، ظرف شستن، خواندن و مخصوصاً طی تعاملات با دیگران (که می‌تواند مطالب زیادی در مورد خودمان به دست بدهد).

ششم تمرین حضور ذهن رسمی هر روز ۱۵ دقیقه به تناوب ذهن آگاهی نشسته، واری بدن و یوگا - آگاهی از قضاوت‌های روزمره - تکلیف خانگی نوشتن تجربیات مثبت و منفی روزانه بدون قضاوت در مورد آن‌ها

هفتم ذهن آگاهی کامل: تکرار آموزش جلسات ۴، ۵ و ۶ هر کدام به مدت ۲۰ تا ۳۰ دقیقه

هشتم تمرین حضور ذهن رسمی هر روز ۱۵ دقیقه به تناوب ذهن آگاهی نشسته، واری بدن و یوگا - پذیرش و تغییر - جمع بندی جلسات - واری و بحث در مورد برنامه‌ها و ادامه تمرینات تکالیف - آمادگی برای خاتمه (پایان دهی)

نتایج

در این پژوهش ۲۸ بیمار مبتلا به درد مزمن حضور داشتند که میانگین سن گروه کنترل ۵۸/۱۲ (با انحراف معیار ۵/۶۷)، میانگین سن گروه آزمایش برابر با ۵۹/۳۲ (با انحراف معیار ۵/۸۷) بود. در ادامه به یافته‌های استنباطی با استفاده از آزمون کواریانس پرداخته می‌شود. قبل از استفاده از آزمون، پیش فرض‌های مهم این آزمون آماری مورد بررسی قرار گرفت. پیش فرض‌های استفاده از کواریانس با استفاده از آزمون کالموگراف اسمیرنوف و آزمون لوین مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که هر دو مفروضه آزمون مذکور برقرار بودند. یعنی استفاده از تحلیل کواریانس برای تحلیل داده‌های این پژوهش بلامانع بود.

جدول ۲. نتایج تحلیل کواریانس پس آزمون نمرات کیفیت خواب پس از تعدیل پیش آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	ضریب اتا
پیش آزمون	۹۰۳/۱۲۱	۱	۹۰۳/۱۲۱	۱۲/۵۴	۰/۰۰۴	۰/۳۹۸

گروه (متغیر مستقل)	۱۰۷۲/۹۸۰	۱	۱۰۷۲/۹۸۰	۱۷/۴۰۱	۰/۰۰۱	۰/۵۰۲
خطا	۲۹۸/۶۵۴	۲۷	۱۱/۰۶۱			

در جدول ۲ نتیجه آزمون تحلیل کواریانس بوضوح نشان داده شده است. همانطور که در این جدول مبرهن است مجموع مجذورات متغیر مستقل ۱۰۷۲/۹۸۰ می باشد که منجر به اندازه آزمون $F_{17/401}$ می شود که اندازه این آزمون F در سطح یک درصد معنی دار است. به عبارتی دیگر، بین دو گروه کنترل و

آزمایش در میزان کیفیت خواب بعد از تعدیل اثر پیش آزمون تفاوت معنی دار می باشد. بنابراین به این نتیجه می توان رسید که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افزایش کیفیت خواب افراد مبتلا به درد مزمن اثربخش است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کواریانس پس آزمون نمرات شادکامی پس از تعدیل پیش آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	درجه	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	ضریب اتا
پیش آزمون	۵۹۸/۹۸۷	۱	۱	۵۹۸/۹۸۷	۸/۸۷۸	۰/۰۰۹	۰/۲۹۰
گروه (متغیر مستقل)	۱۸۹۸/۷۵۰	۱	۱	۱۸۹۸/۷۵۰	۲۲/۵۳۲	۰/۰۰۱	۰/۵۵۹
خطا	۳۸۷/۰۹۸	۲۷	۱۴/۳۳۶				

در جدول ۳ نتیجه آزمون تحلیل کواریانس بوضوح نشان داده شده است. همانطور که در این جدول مبرهن است مجموع مجذورات متغیر مستقل ۱۸۹۸/۸۵۰ می باشد که منجر به اندازه آزمون $F_{22/532}$ می شود که اندازه این آزمون F در سطح یک درصد معنی دار است. به عبارتی دیگر، بین دو گروه کنترل و

آزمایش در میزان شادکامی بعد از تعدیل اثر پیش آزمون تفاوت معنی دار می باشد. بنابراین به این نتیجه می توان رسید که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افزایش شادکامی افراد مبتلا به درد مزمن اثربخش است.

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کیفیت خواب و شادکامی بیماران مبتلا به درد مزمن انجام شد؛ اولین نتیجه پژوهش نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، کیفیت خواب بیماران مبتلا به درد مزمن را بهبود می بخشد؛ این یافته با نتایج پژوهش‌های اونگ و همکاران (۲۵) و فرحبخش و دهقانی (۲۶) همسو بود. در تبیین این یافته از پژوهش می توان گفت اهمیت خواب در سلامتی و بیماری از زمان بقراط مورد توجه بوده است و اختلالات خواب به عنوان یک عامل مهم رنج و بیماری در هر سنی به شمار می رود. مشکلات خواب یکی از مسائل تاثیرگذار بر کیفیت زندگی بیماران دارای درد مزمن است (۲۷)؛ معمولا بیماران درد مزمن دارای سن بالا نیز هستند و با افزایش سن تغییراتی در کیفیت و ساختار خواب و سیکل خواب و بیداری ایجاد می شود. این تغییرات منجر به بروز اختلالات خواب و شکایت ناشی از آن می گردد (۲۸). از علل بروز اختلالات خواب در سالمندان دارای درد مزمن می توان به تغییرات بیولوژیک، اثر داروها، افسردگی و اضطراب و محدودیت حرکتی اشاره کرد. بی خوابی در سالمندان ممکن است آثار نامطلوبی از جمله کاهش قابل توجه در عملکرد فعالیت‌های روزانه داشته باشد (۲۹).

در تبیین این یافته از پژوهش می توان گفت اهمیت خواب در سلامتی و بیماری از زمان بقراط مورد توجه بوده است و اختلالات خواب به

به تأثیر آموزش تکنیکهای تنفسی ذهن آگاهی بر افزایش شادی بیماران مبتلا به درد مزمن می توان گفت تکنیکهای تنفسی ذهن آگاهی، شامل دم، حبس و بازدم آگاهانه نفس است. در حین تنفس آگاهانه فرایند افکار و هیجان هایی از قبیل قضاوت کردن، ترس، اضطراب و نگرانی کاهش می یابد. در حقیقت انجام آگاهانه تنفس باعث رشد عواملی مانند مشاهده، غیر قضاوتی بودن، غیر واکنشی بودن، و عمل توأم با هوشیاری می شود در نتیجه ما می توانیم خود را از الگوهای رفتاری اتوماتیک رها کنیم و از طریق درک و دریافت مجدد، دیگر با حالت هایی مثل اضطراب و ترس کنترل نشویم، بلکه می توانیم با آگاهی از این حالات، شدت اضطراب را کاهش داده و شادکامی را افزایش دهیم. با تنظیم دم و بازدم، اکسیژن کافی به نورون های مغز می رسد و سبب قوی شدن سیستم اعصاب و تمرکز حواس می گردد و با بازدم های طولانی باعث دفع دی اکسید کربن و سایر گازهای مضر می گردند و سیستم پاراسمپاتیک فعال شده و سبب دفع اضطراب و ایجاد آرامش می گردد (۳۴) و در نتیجه شادکامی افزایش می یابد.

از محدودیت های این پژوهش این بود که علی رغم تلاش پژوهشگر در همسان نمودن شرکت کنندگان از نظر متغیرهای سن و میزان تحصیلات، می بایست اثر متغیرهای مداخله گری همچون تأثیر خرده فرهنگ ها و شرایط اجتماعی و اقتصادی افراد را در نظر داشت. همچنین استفاده از روش نمونه گیری غیر تصادفی از دیگر محدودیت های این پژوهش بود؛ با توجه به یافته ها و محدودیت های پژوهشی، پیشنهاد می شود در پژوهش های بعدی، به منظور تعمیم دهی بهتر نتایج، از روش های نمونه گیری تصادفی استفاده شود. مطالعاتی همسو با این پژوهش در دیگر نواحی کشور انجام داده و نتایج آن با نتایج این پژوهش مقایسه کنند. تحقیقات دیگری با انتخاب نمونه های بزرگتری اجرا شده تا علاوه بر مقایسه نتایج آنها با پژوهش حاضر، تعمیم یافته ها را با احتیاط زیادی مواجه نکنند و پیشنهاد می شود تأثیر ذهن آگاهی بر افراد مبتلا به سایر بیماری ها از جمله سرطان و ام-اس نیز مورد بررسی قرار گیرد.

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به افراد یاد می دهد که چگونه مهارت های عادی را از حالت خود خارج سازند و به وسیله تمرکز بر تنفس باعث تغییر جهت دادن منابع پردازش اطلاعات شوند. بنابراین، در آموزش های ذهن آگاهی فرد یاد می گیرد که تلاش برای کنترل خواب را متوقف کند و به صورت متفاوتی با تفکرات و احساسات خود ارتباط برقرار کند. افرادی که دارای کیفیت خواب نامطلوبی می باشند تمایل دارند تا هر مشکلی را مثل احساس خستگی، بی حال، کاهش عملکرد و اختلالات خلقی خود را به خواب ربط دهند. ذهن آگاهی توجه به نشانه های خستگی و عملکرد پایین مرتبط با خواب آلودگی را افزایش می دهد. در مجموع می توان گفت اساس درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی یافتن حضور ذهن در هر لحظه، جلوگیری از نشخوارهای ذهنی، کنترل نسبت به وقایع روزانه، بازشناسی الگوهای افکار خودکار با تمرکز بر تنفس، تمرکز و یکپارچه بودن بیشتر، توجه به شناخت های معیوب و استفاده از پذیرش و روبرویی با افکار می باشد. این روش با تمرکز بر ریشه اصلی بی خوابی منجر به بهبود خواب می گردد (۳۰).

یکی دیگر از یافته های پژوهش این بود که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش شادکامی بیماران مبتلا به درد مزمن موثر است؛ این یافته با نتایج پژوهش های شریفی جندانی و همکاران (۳۱) و کراولی و همکاران (۳۲) همسو بود.

در تبیین این نتیجه می توان گفت که که سطوح بالای استرس و اضطراب موجب عدم سازش موفقیت آمیز با درد می شود. بیماران با درد مزمن معمولاً کمبود شادکامی، افسردگی، آشفتگی در روابط بین فردی به ویژه خانواده، آشفتگی در خواب، خستگی و کاهش کارکردهای حسی و روان شناختی را تجربه می کنند (۳۳). ذهن آگاهی به عنوان عاملی موثر برای تسکین دردها، بیماری ها و ناتوانی های مزمن مورد تایید قرار گرفته است. تنفس آگاهانه باعث کاهش پریشانی هیجانی، شدت درد، و افزایش کنترل در زندگی افراد شده و در نتیجه باعث کاهش ادراک درد و افزایش شادکامی می شود.

همچنین اجرای تکنیک های تنفسی ذهن آگاهی بر فاکتورهای کاهش اضطراب و افزایش شادکامی بیماران موثر است. با توجه

Reference

1. Sarafino EP, Smith TW. Health psychology: Biopsychosocial interactions. John Wiley & Sons; 2014 Jan 13.
2. Turk DC, Gatchel RJ, editors. Psychological approaches to pain management: A practitioner's handbook. Guilford publications; 2018 May 7.
3. Levack WM, Taylor K, Siegert RJ, Dean SG, McPherson KM, Weatherall M. Is goal planning in rehabilitation effective? A systematic review. *Clinical rehabilitation*. 2006 Sep;20(9):739-55.
4. Turk DC, Swanson K. Efficacy and cost effectiveness treatment for chronic pain: An analysis and evidence-based synthesis. In: Schatman ME, Campbell A, editors. *Chronic pain management: guidelines for multidisciplinary program development*. New York, London: Informa healthcare; 2007. 15-38.
5. Taghipour M, Hoseini R, Kia G, Abbaspour M. Prevalence of musculoskeletal pain and its relationship with functional disability in the elderly. *Knowledge and health*. 2014; 8 (7), 86-72.
6. Silva CO, Brandão GS, Lino ME, Fonseca AL, Silva MM, Oliveira-Silva I, Campos FK, Silva AS, Silva RA, Oliveira LV, Brandão GS. Sleep quality and chronic pain in community dwelling older adults: preliminary results. *Manual Therapy, Posturology & Rehabilitation Journal*. 2020 Aug 25;18:1-7.
7. Novack Thomas A, Caldwell SG, Duke LW, Bergquist TF, Gage RJ. Focused versus unstructured intervention for attention deficits after traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*. 1996; 11(3):52-60. [DOI:10.1097/00001199-199606000-00008]
8. Rahmati M, Rahmani S, Akbarzadeh Baghban AR, Fatholahzadeh F, Gharibnavaz P. [Investigation of relationship between quality of sleep and mental health of rehabilitation sciences students of Shahid Beheshti University of Medical Sciences 1391-92 (Persian)]. *Scientific Journal of Rehabilitation Medicine*. 2015; 4(3):147-55. http://medrehab.sbmu.ac.ir/article_1100159.html
9. Dezutter J, Luyckx K, Schaap-Jonker H, Büssing A, Corveleyn J, Hutsebaut D. God image and happiness in chronic pain patients: The mediating role of disease interpretation. *Pain medicine*. 2010 May 1;11(5):765-73.
10. Argyle M, Martin M, Lu L. Testing for stress and happiness: The role of social and cognitive factors. In: Spielberger CD, editor. *Stress And Emotion*. 15. Washington, DC: Taylor & Francis; 1995. p. 173- 87.
11. Anasori M. The relationship between mental health and happiness male and female students. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2008;2(6):75-83
12. Chicaiza Becerra LA, Garcia-Molina M. Happiness Effects on Health-State Valuations. *Value Health* 2015;18(7):A716.
13. Veenhoven R. Healthy happiness: Effects of happiness on physical health and the consequences for preventive health care. *Journal of happiness studies*. 2008 Sep 1;9(3):449-69.
14. Hezarjaribi J, Astin FP. Review of Influential Factors In Social Bliss (Emphasis On Tehran Province). *J Appl Sociol* 2009;20(1):119-46.
15. Segal ZV, Teasdale J. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Guilford Publications; 2018 Jun 4.
16. Kabat- Zinn J. *Mindfulness- based interventions in context: past, present, and future*. *Clinical psychology: Science and practice*. 2003 Jun;10(2):144-56.
17. Cullen M. Mindfulness-based interventions: An emerging phenomenon. *Mindfulness*. 2011 Sep 1;2(3):186-93.
18. Khosravi E, Ghorbani M. Effectiveness of mindfulness-based stress reduction on perceived stress and blood pressure among the hypertensive women. *Feyz*. 2016; 20 (4) :361-368
19. Cayoun B, Simmons A, Shires A. Immediate and lasting chronic pain reduction following a brief self-implemented mindfulness-based interoceptive exposure task: a pilot study. *Mindfulness*. 2020 Jan;11(1):112-24.
20. Firth AM, Cavallini I, Sütterlin S, Lugo RG. Mindfulness and self-efficacy in pain perception, stress and academic performance. The influence of mindfulness on cognitive processes. *Psychology Research and Behavior Management*. 2019;12:565.
21. Buysse DJ, Reynolds III CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry research*. 1989 May 1;28(2):193-213
22. Heydari A, Ehteshamzadeh P, Marashi M. The relationship between insomnia severity, sleep quality, sleepless and impaired mental health and academic performance of girls. *Journal Woman Culture*. 2010;1(4):65-76.
23. Argyle M. Personality, self-esteem and demographic predictions of happiness and depression. *The Psychology of happiness*. 2001.
24. Alipoor A, Noorbala A A. A Preliminary Evaluation of the Validity and Reliability of the Oxford Happiness Questionnaire in Students in the Universities of Tehran. *IJPCP*. 1999; 5 (1 and 2) :55-66
25. Ong JC, Manber R, Segal Z, Xia Y, Shapiro S, Wyatt JK. A randomized controlled trial of mindfulness meditation for chronic insomnia. *Sleep*. 2014 Sep 1;37(9):1553-63.
26. Farahbakhsh A, Dehghani F. Effectiveness of Mindfulness therapy in sleep quality and mental health of women with insomnia disorder. *jms*. 2016; 4 (3) :8-15

27. Reza H, Kian N, Pouresmail Z, Masood K, Bagher MSS, CheraghiMA. The effect of acupressure on quality of sleep in Iranian elderly nursing home residents. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 2010; 16(2):81-5
28. Reid KJ, Martinovich Z, Finkel S, Statsinger J, Golden R, Harter K, et al. (2006). Sleep: a marker of physical and mental health in the elderly. *Am J Geriatr Psychiatry*;14(10): 860-6.
29. Drake CL, Roehrs T, Roth T. Insomnia causes, consequences, and therapeutics: an overview. *Depression and anxiety*. 2003; 18(4):163-76.
30. Mahdian H, Alidadian A, Rezaei N, Bagherian M. The effectiveness of mindfulness on sleep quality and loneliness in the elderly. *Quarterly Journal of Excellence in Counseling and Psychotherapy*, 2017; 6 (23): 15-33.
31. Sharifi jandani H, Mahaki F, Abbasi B. the Effectiveness of the Instruction of Mindfulness-based stress Reduction Program on the Happiness of Mothers Intellectual Disability Adolescent. *frooyesh*. 2018; 7 (8) :323-334
32. Crowley C, Kapitula LR, Munk D. Mindfulness, happiness, and anxiety in a sample of college students before and after taking a meditation course. *Journal of American College Health*. 2020 Apr 22:1-8.
33. Turk DC, Okifuji A. Psychological factors in chronic pain: Evolution and revolution. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2002 Jun;70(3):678
34. Salarian B, Shomali Oskouei A, ArefNazari M. The effectiveness of mindfulness on quality of life and management of chronic pain. *Journal of Mashhad University of Medical Sciences*, 2019; 62 (Special Psychology): 497-506.

*Original Article***The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) on sleep quality and happiness in patients with chronic pain**

Received: 10/12/2019 - Accepted: 10/03/2020

Leyla Kosari Esfahani¹
 Fatemeh Fallahi²
 Nasim Khodagholipour³
 Soheyla Alizadeh Kondori⁴
 Hengameh Saghaha^{*2}

¹Department of Educational Psychology,
 Garmsar Branch, Islamic Azad
 University, Garmsar, Iran.

²Department of Clinical Psychology,
 Science and Research Branch, Islamic
 Azad University, Tehran, Iran.

³Department of Clinical Psychology,
 Alborz Science and Research Branch,
 Islamic Azad University, Karaj, Iran.

⁴Department of Consulting, Science and
 Research Branch, Islamic Azad
 University, Tehran, Iran.

⁵Department of Psychology, Allameh
 Tabatabai University, Tehran, Iran.

* Department of Psychology, Allameh
 Tabatabai University, Tehran, Iran

Email: saghihahengameh@yahoo.com

Abstract

Introduction: Patients with chronic pain, in addition to physical problems, also have problems in psychological areas, especially quality of life and happiness. The aim of this study was to determine the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) on quality of life and happiness of patients with chronic pain.

Methods: In the present study, according to the type of data collection, semi-experimental designs were used. The design of this research was pre-test-post-test designs with a control group. From the statistical population of patients with chronic pain in region 2 of Tehran, 28 people were selected by available methods, who were randomly divided into two groups of 14 as the experimental group and the control group. The research questionnaires were the Oxford Quality of Life Questionnaire of the World Health Organization and the Kabat Zayn (2003) mindfulness training package was used. Data were analyzed by covariance test.

Results: The results of covariance showed that mindfulness has a positive and significant effect on increasing the quality of life and happiness of patients with chronic pain ($p < 0.001$).

Conclusion: mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) is effective on quality of life and happiness of patients with chronic pain; Therefore, it is suggested to use mindfulness techniques on patients with chronic pain.

Keywords: mindfulness-based cognitive therapy (MBCT), Quality of Life, Happiness, Chronic Pain

conflict of interest: There is no conflict of interest.