

ذهن آگاهی و پذیرش درد در بیماران زن مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس

اصغر علیزاده^۱، محمدرضا حسین پور^{۲*}، لاله سمیعی^۳

۱- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، باشگاه پژوهشگران جوان، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران.

<https://orcid.org/0000-0002-1440-7261>

۲- دانشجوی دکتری روان شناسی عمومی، واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران (نویسنده مسئول).

ایمیل: Psych.researcher89@gmail.com: شماره تماس: ۰۹۱۴۶۶۴۶۴۵۰

<https://orcid.org/0000-0001-7515-9997>

۳- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، ستاد مرکزی دانشگاه علوم پزشکی لرستان

<https://orcid.org/0000-0002-6776-8298>

چکیده

زمینه و هدف: درد به عنوان یک مشکل شایع در بیماران مالتیپل اسکلروزیس مطرح است؛ بطوریکه این بیماران انواع دردهای حاد و مزمن را تجربه می کنند. بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی ذهن آگاهی و پذیرش درد در این بیماران انجام پذیرفت.

مواد و روش کار: پژوهش حاضر از نوع مورد- شاهدهی است. جامعهی آماری شامل تمامی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس در سال ۱۳۹۷ در شهر اصفهان بوده است؛ که در این راستا، از جامعهی مورد نظر تعداد ۴۰ بیمار زن به روش در دسترس به عنوان نمونه انتخاب شدند. همچنین تعداد ۴۰ نفر از دانشجویان، پس از همتاسازی با گروه بیماران از نظر متغیرهای دموگرافیک (سن، جنسیت، وضعیت تأهل و میزان تحصیلات)، به عنوان گروه عادی انتخاب شدند. داده ها به وسیلهی پرسشنامهی ذهن آگاهی فرایبورگ و مقیاس پذیرش درد مزمن جمع آوری شده و به روش تحلیل واریانس با کمک نرم افزار SPSS20 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: یافته ها نشان داد که بین دو گروه بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس و گروه عادی از نظر ذهن آگاهی تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/001$). مقایسهی پذیرش درد نیز نشان داد که بین دو گروه بیمار و عادی از نظر پذیرش درد تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/001$).

نتیجه گیری: توجه به عوامل روان شناختی نظیر پذیرش درد و رویکردهای مربوطه می تواند از طریق آموزش ذهن آگاهی گامی مؤثر در کاهش میزان درد در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس باشد.

واژه های کلیدی: مالتیپل اسکلروزیس، ذهن آگاهی، پذیرش درد

شایع در بیماران، وجود دارد. مطالعات در این زمینه حاکی از آن است که ۴۳ الی ۸۰ درصد بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس، وجود درد را گزارش کرده‌اند (۱۱-۱۸). بطوری که این بیماران انواع دردهای حاد و مزمن را تجربه می‌کنند (۱۹). بنابراین شیوع بالای درد در این بیماران نشان‌دهنده‌ی نیاز به تلاش‌های بالینی به منظور ارزیابی روزمره، کنترل مداوم و درمان درد در آن‌ها بوده و اخیراً مشخص شده‌است که مداخلات بالینی روان‌شناختی نقش مهمی در سلامت روان و کیفیت زندگی بیماران ایفا می‌کند (۲۰-۲۴). مطالعه‌ی حقیقت و همکاران نشان‌داد که درد می‌تواند بر جنبه‌های مختلف زندگی این بیماران تأثیر داشته باشد بطوری که باعث کاهش کنترل بر زندگی و متعاقب آن، منجر به اختلال عملکرد در زندگی روزانه و پریشانی هیجانی این بیماران می‌شود (۲۵).

در بین مبتلایان به MS بیمارانی وجود دارند که علی‌رغم تحمل درد، به انجام وظایف و فعالیت‌های معمول خود ادامه می‌دهند. از این رو در سال‌های اخیر علاقه‌ی زیادی به شناسایی مکانیزم‌های سازگاران‌های که این افراد از طریق آنها سلامت روان‌شناختی و توانایی کارکردی خود را حفظ می‌کنند، به‌وجود آمده است (۲۶). یکی از این عوامل روان‌شناختی مثبت پذیرش درد می‌باشد؛ که شکل دیگری از مقابله، تسلیم، نادیده گرفتن درد یا افزایش فعالیت رفتاری با هدف کنترل درد نیست (۲۷، ۲۸)؛ بلکه، منظور از پذیرش تغییر هدف کنترل از رویدادهای کنترل ناپذیر (خود درد و هیجان‌های منفی همراه با آن) به سمت عوامل قابل کنترل است. به عبارتی دیگر، پذیرش تغییر رفتاری است که متضمن کارکرد روزانه‌ی بهتر علی‌رغم وجود درد می‌باشد (۲۹).

Evers و همکاران در سال ۲۰۰۱ حوزه‌ای از روان‌شناسی مثبت را در رابطه با درد مزمن مطرح

مالتیپل اسکلروزیس (Multiple Sclerosis) یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن سیستم عصبی مرکزی است که با دمی‌لینه شدن نورون‌های عصبی همراه است و قطعات متعدد دمی‌لینه‌شده‌ی حاصل از بیماری، سرتاسر ماده سفید را فرامی‌گیرند و عملکرد حسی و حرکتی را تحت تأثیر قرار می‌دهند (۱-۳). بروز MS بین سنین ۲۰ تا ۴۰ سالگی مشاهده می‌شود و زنان ۲ تا ۳ برابر بیشتر از مردان مبتلا می‌شوند (۴). براساس پژوهش‌های منتشر شده، دو میلیون نفر در سراسر دنیا (۵) و چهارصد هزار نفر در ایالات متحده‌ی آمریکا (۶) به این بیماری مبتلا هستند. در ایران نیز از هر ۱۰۰ هزار نفر ۱۵-۳۰ نفر به این بیماری مبتلا هستند (۷).

پیش‌آگهی این بیماری نامعلوم است و بیماران انواع اختلالات متغیر ناشی از بیماری را، که جسمی و روانی هستند، تجربه می‌کنند (۸). از آنجایی که مالتیپل اسکلروزیس می‌تواند هر بخشی از سیستم عصبی مرکزی را تحت تأثیر قرار دهد، علائم و نشانه‌هایی که در این بیماران بروز می‌کند بسیار متنوع هستند. این علائم شامل: علائم ماهیچه‌ای (جنبشی)، علائم حسی-بدنی، علائم عصب بینایی، علائم بویایی و چشایی، علائم مخچه‌ای، نشانه‌های ساقه‌ی مغز، خستگی مفرط و اختلالات خواب، اختلال در مهار ادرار و مدفوع، اشکال در عملکرد جنسی، علائم « پاروکسیسمال » یا حمله‌ای، علائم و آشفتگی‌های دستگاه خودمختار، اختلالات شناختی و واکنش‌های روانی می‌باشند (۹).

از طرفی، علائم و واکنش‌های روان‌شناختی در اکثر مبتلایان به بیماری‌های جسمانی مشاهده می‌شود، این علائم گاهی واکنش به بیماری بوده و گاهی به طور مستقیم نتیجه‌ی آسیب‌شناسی بیماری است (۱۰). شواهد واضحی از وجود درد، به عنوان یک مشکل

کردند که بر مبنای آن، بر نقش مفاهیم مثبتی از قبیل پذیرش تأکید دارند (۳۰). البته نقش پذیرش در سازگاری با درد مزمن سالهاست که در مراکز پزشکی مورد بحث است؛ برخی صاحب‌نظران معتقدند که پذیرش درد به معنای میل به درگیر شدن در فعالیت‌ها علی‌رغم حضور درد است و تجربه‌ی درد بدون تلاش برای کنترل آن یا اجتناب از آن می‌باشد (۳۱). به اعتقاد عده‌ای دیگر، پذیرش درد مزمن شامل تمایل فعال بر حضور درد و همچنین افکار و احساسات همراه با آن در کنار مشغله و درگیری در خصوص انجام فعالیت‌های ارزشمند و رسیدن به اهداف فردی است. Eccleston و Mc Cracken نشان داده‌اند که تمایل به داشتن درد و درگیری در انجام فعالیت‌های روزمره بدون در نظر گرفتن حضور درد منجر به کارکرد سلامت در بیماران مبتلا به درد مزمن می‌شود (۳۲).

در رابطه‌ی بین مسائل روان‌شناختی و بیماری‌های مزمن پزشکی به‌نظر می‌رسد که از بین متغیرهای مختلف روان‌شناختی، ذهن آگاهی (Mindfulness) به دلیل ساختاری شناختی، انعطاف‌پذیر و غیرقضاوتی که از آن برخوردار می‌شود، نه فقط توانایی لازم برای تبیین عمیق‌تر رابطه‌ی شناخت عاطفه را دارد، بلکه ابعاد جدیدی از پیوند بین ذهن و بدن را مشخص می‌کند (۳۳-۴۰). بدین صورت که ذهن آگاهی به معنی توجه کردن به زمان حال به شیوه‌ای خاص، هدفمند و خالی از قضاوت است (۴۰). در تعریفی دیگر، ذهن آگاهی یعنی بودن در لحظه با هر آنچه اکنون هست، بدون قضاوت و بدون اظهار نظر درباره‌ی آنچه اتفاق می‌افتد؛ بنابراین، ذهن آگاهی همان تجربه‌ی واقعیت محض بدون توضیح می‌باشد (۴۲). بنابراین، ذهن آگاهی مفهومی است که در سال‌های اخیر، تحت تأثیر تفکر بودایی، توجه روان‌شناسان، روان‌درمانگران و محققان را به خود جلب کرده است (۴۳-۴۴).

ذهن آگاهی به ما یاری می‌کند تا این نکته را درک کنیم که هیجان‌های منفی ممکن‌است رخ دهد، اما آن‌ها جزء ثابت و دائمی شخصیت نیستند. همچنین به فرد این امکان را می‌دهد تا به جای آنکه به رویدادها به‌طور غیرارادی و بی‌تأمل پاسخ داده باشد، با تفکر و تأمل پاسخ دهد (۴۵).

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که افزایش ذهن آگاهی با افزایش بهزیستی روانشناختی، توافق، گشودگی، وجدان‌مندی و کاهش نشانه‌های درد همراه است. در حقیقت افراد ذهن آگاه در شناخت، مدیریت و حل مشکلات روزمره توانا تر هستند (۴۶-۴۷). Siegel تمرین‌های ذهن آگاهی را برای طیف قابل توجهی از افراد با مشکلات متنوع، مفید می‌داند (۴۸). این تمرین در کاهش غم و اندوه، افسردگی، بیخوابی، مشکلات جنسی، درد مزمن و اعتیاد به هر چیزی (از الکل و مواد مخدر تا وابستگی و اختلالات عاداتی به غذا، قمار و خرید) نیز مؤثر می‌باشند. همچنین اثرات مفید آموزش ذهن آگاهی بر اختلالات خوردن مورد تأیید قرار گرفته‌است (۴۹). Senders و همکاران در مطالعه‌ی خود بر روی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروزیس دریافتند که در این بیماران، بین ذهن آگاهی و درد رابطه‌ی معناداری وجود دارد؛ بدین معنا که، با افزایش ذهن آگاهی میزان درد کاهش می‌یابد (۵۰).

اکثر مطالعات بالینی که به‌طور خاص به ارزیابی ارتباط بین پذیرش درد و کارکرد روزانه‌ی بیماران دارای درد مزمن پرداخته‌اند، در کشورهای غربی (به خصوص در ایالات متحده‌ی آمریکا، انگلستان و بلژیک) انجام شده‌اند (۳۱). به‌طور کلی، تاکنون درباره‌ی سازه‌ی پذیرش در جمعیت آسیایی مطالعات معدودی انجام شده‌است ولی نتایج این مطالعات همگرا نیست (۵۱). طبق شواهد در دسترس، در حوزه‌ی پذیرش درد مزمن در ایران پژوهش‌های اندکی وجود

این پرسشنامه در سال ۲۰۰۸ توسط Wicksell و همکاران طراحی شد (۵۲). این مقیاس شامل ۲۰ سوال است که در قالب دو خرده مقیاس تعهد در فعالیت (۱۱ سؤال) و تمایل به درد (۹ سؤال)، پذیرش درد مزمن را ارزیابی می‌کند. پاسخ‌دهنده باید پاسخ خود را در مقیاس لیکرت هفت درجه‌ای روبروی هر عبارت علامت بزند. نحوه محاسبه نمره کل پذیرش بدین صورت است که؛ ابتدا عبارات مقیاس تعهد به فعالیت بر اساس مقیاس لیکرت هفت درجه‌ای، از صفر (اصلاً) تا ۶ (همیشه) و عبارات مقیاس رضایت از درد به طور معکوس، یعنی از ۶ (اصلاً) تا صفر (همیشه) نمره گذاری شده‌است. سپس نمرات حاصل از دو خرده مقیاس با هم جمع می‌شوند. در این مقیاس، نمره بین صفر تا ۱۲۰ متغیر است و نمرات بالاتر نشان‌دهنده پذیرش بیشتر درد خواهد بود. بررسی ساختار عاملی مقیاس با استفاده از روش‌های تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی، نشان داد مقیاس پذیرش درد در قالب دو عامل بزرگ نمایی و نشخوار ذهنی/ناامیدی قابل مفهوم سازی است. در بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی ۰/۷۱ گزارش شد. اعتبار همگرا در بررسی همبستگی با خودکارآمدی درد و اعتبار واگرا از طریق محاسبه همبستگی با ناتوانی جسمی، افسردگی، اضطراب، شدت درد و فاجعه‌آفرینی مورد تأیید قرار گرفت (۵۲).

پرسشنامه‌ی ذهن آگاهی فرایبورگ (فرم ۱۴ سؤالی)
فرم کوتاه این پرسشنامه توسط والاچ و همکارانش در سال ۲۰۰۶ ساخته شد (۵۳). والاچ و همکاران در پژوهش خود به معرفی و همچنین بررسی مشخصات روان‌سنجی این پرسشنامه پرداختند. نتایج پژوهش آن‌ها نشان‌دهنده‌ی روایی و پایایی مناسب هر سه نسخه‌ی ۳۰ موردی، ۲۴ موردی و ۱۴ موردی پرسشنامه‌ی

داشته و از آن جا که عوامل فرهنگی و روان‌شناختی گوناگونی می‌توانند در ادراک، تجربه و پاسخ به درد تأثیر بگذارند، هدف اصلی پژوهش حاضر مقایسه‌ی ذهن آگاهی و پذیرش درد در بیماران زن مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس و افراد عادی بود.

مواد و روش کار

جامعه‌ی آماری شامل کلیه‌ی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس در شهر اصفهان در سال ۱۳۹۷ بود؛ که در این راستا، از جامعه‌ی مورد نظر تعداد ۴۰ بیمار زن به روش در دسترس به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. همچنین تعداد ۴۰ نفر از دانشجویان، پس از همتاسازی با گروه بیماران از نظر متغیرهای دموگرافیک (سن، جنسیت، وضعیت تأهل و میزان تحصیلات)، به‌عنوان گروه عادی انتخاب شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل: ۱- تمایل به شرکت در پژوهش، ۲- داشتن سطح تحصیلات دانشگاهی و ۳- دریافت تشخیص بیماری مالتیپل اسکلروزیس توسط پزشک متخصص بودند. معیارهای حذف نیز شامل: سابقه‌ی ابتلاء به اختلالات روان‌پزشکی قبل از درمان با تشخیص بیماری مالتیپل اسکلروزیس و وجود معلولیت جسمی و ذهنی بودند. داده‌ها به‌وسیله‌ی پرسشنامه‌ی ذهن آگاهی فرایبورگ و مقیاس پذیرش درد مزمن جمع‌آوری و به‌روش تحلیل واریانس با کمک نرم‌افزار SPSS 20 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. مزیت اصلی آزمون تحلیل واریانس بر سایر شیوه‌ها این است که به شکل بهتری تعامل بین دو متغیر را از لحاظ نظری مشخص می‌کند. در پژوهش حاضر نیز، دو متغیر ذهن آگاهی و پذیرش درد دارای یک تعامل بسیار مهم هستند؛ بطوری که، با افزایش ذهن آگاهی میزان پذیرش درد در بیماران MS نیز افزایش می‌یابد.

مقیاس پذیرش درد مزمن

ذهن آگاهی فرایبورگ را به فارسی ترجمه کرده و سپس روایی و پایایی آن را مورد بررسی قرار دادند. نتایج مدل تحلیل عاملی تأییدی نشان داد که ساختار پرسشنامه همخوانی قابل قبولی با داده‌ها داشته و از روایی عاملی مطلوبی برخوردار است. همچنین پایایی محاسبه شده با استفاده از ضرایب به دست آمده برای آلفای کرونباخ ۰/۹۲، تتای ترتیبی ۰/۹۳ و پایایی بازآزمایی به فاصله‌ی چهار هفته ۰/۸۳ به دست آمد (۵۴).

ذهن آگاهی بود. آلفای کرونباخ به دست آمده برای این سه نسخه به ترتیب عبارت‌اند از: ۰/۸۷، ۰/۸۹ و ۰/۸۶. در پژوهش حاضر از فرم ۱۴ سوالی استفاده شد (۵۳). در این فرم، هر عبارت خود توصیفی با استفاده از مقیاس لیکرت چهار گزینه‌ای، با دامنه‌ی ۱ (به ندرت) تا ۴ (تقریباً همیشه)، ارزیابی می‌شود. حداقل نمره در این پرسشنامه ۱۴ و حداکثر ۵۶ است. نمره‌ی بیشتر نشانگر ذهن آگاهی بالاتر است. قاسمی جوبنه و همکاران در پژوهش خود فرم کوتاه پرسشنامه‌ی

یافته‌ها

جدول ۱: توزیع فراوانی مشخصات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در پژوهش

مشخصات جمعیت شناختی	گروه	درصد
سن	بیمار	۲۶/۳
	سالم	۲۷/۵
جنسیت (زن)	بیمار	۱۰۰
	سالم	۱۰۰
وضعیت تأهل	بیمار	۴۴/۵
	سالم	۴۳/۴۸
	بیمار	۵۵/۵
متاهل	سالم	۵۶/۵۲
	میزان تحصیلات	
کاردانی	بیمار	۸۰/۵
کارشناسی	سالم	۷۱/۴
	بیمار	۱۹/۵
	سالم	۲۸/۶

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار متغیرهای ذهن آگاهی و پذیرش درد در گروه بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس و افراد عادی

متغیر	انحراف معیار	میانگین	تعداد نمونه	گروه
ذهن آگاهی	۴/۸۶۶	۴۷/۱۰	۴۰	بیمار
	۵/۰۹۶	۵۱/۰۸	۴۰	شاهد
پذیرش درد	۱۱/۲۳۲	۶۷/۵۳	۴۰	بیمار
	۱۷/۶۴۷	۹۳/۷۸	۴۰	شاهد

بر اساس مندرجات جدول ۲، میانگین نمرات ذهن آگاهی در افراد عادی (۵۱/۰۸) و انحراف معیار (۴/۸۶۶) است. همچنین

میانگین نمرات (۴۷/۱۰) و انحراف معیار (۵/۰۹۶) بیشتر از میانگین نمرات بیماران مبتلا به MS

بیماران مبتلا به MS (۶۷/۵۳) و انحراف معیار (۱۱/۲۳۲) است.

میانگین نمرات پذیرش درد در افراد عادی (۹۳/۷۸) و انحراف معیار (۱۷/۶۴۷) بیشتر از میانگین نمرات

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس چندگانه بر میزان نمرات ذهن آگاهی و پذیرش درد در بیماران مبتلا به MS و گروه شاهد

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجذورات	F	ضریب معناداری
گروه	ذهن آگاهی	۳۱۶/۰۱۳	۱	۳۱۶/۰۱۳	۱۲/۷۲۹	۰/۰۰۱
	پذیرش درد	۱۳۷۸۱/۲۵۰	۱	۱۳۷۸۱/۲۵۰	۶۲/۹۹۱	۰/۰۰۱
خطا	ذهن آگاهی	۱۹۳۶/۳۷۵	۷۸	۲۴/۸۲۵		
	پذیرش درد	۱۷۰۶۴/۹۵۰	۷۸	۲۱۸/۷۸۱		

انجام شده است. از طرفی تجربه‌ی روان‌شناختی درد بیماران مبتلا به MS ممکن است متفاوت از افرادی باشد که دارای یک معلولیت فیزیکی نیستند.

براساس یافته‌های پژوهش‌های جهانی، درد عاملی کلیدی در بیماران مالتیپل اسکلروزیس است (۵۸-۵۶). درد در این بیماران ممکن است به علت آسیب به اعصاب، تخریب غشای عصبی فیبرهای درد، ضعف، اسپاسم، عدم هماهنگی عضلات و استخوان‌ها و یا اثر درمان‌های ارائه شده باشد که در کل بدن و به صورت مزمن تجربه می‌شود (۵۹). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که پذیرش بیشتر درد با کارکرد اجتماعی، جسمی و روان‌شناختی بهتر همراه است (۶۰). در پژوهش Vicksell و همکاران سطح پذیرش درد توانست علاوه بر پیش‌بینی میزان تداخل درد در زندگی روزانه و نیز سطح سلامت جسمی و روان‌شناختی، شدت درد را نیز پیش‌بینی نماید (۶۱). همچنین در پژوهشی در سال ۱۳۹۱ که توسط مسگریان و همکاران با هدف بررسی نقش پذیرش درد در کاهش شدت درد و ناتوانی بیماران مبتلا به درد مزمن صورت گرفت، نتایج نشان داد که بین میزان پذیرش درد مزمن با شدت درد، ناتوانی جسمی و اختلال در عملکرد روزانه به دلیل درد، ارتباط معنی‌داری وجود دارد (۶۲). براساس

بر اساس مندرجات جدول ۳، بین میانگین نمرات گروه بیمار و افراد سالم در میزان ذهن آگاهی و پذیرش درد تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/001$). با توجه به میانگین نمرات ذهن آگاهی و پذیرش درد بین دو گروه، در جدول ۱، مشخص می‌شود که میزان ذهن آگاهی و پذیرش درد در افراد سالم نسبت به بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس بیشتر است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه‌ی ذهن آگاهی و پذیرش درد در بیماران زن مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس و افراد عادی انجام پذیرفت. یافته‌ها نشان داد که میزان پذیرش درد در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس کمتر از گروه شاهد می‌باشد. نتیجه‌ی به دست آمده با یافته‌ی Hirsh و همکاران، مبنی بر اینکه پذیرش در میان افراد مبتلا به درد مزمن با تعدادی از نتایج مثبت از جمله کاهش مداخله‌ی درد و عملکرد روانی-اجتماعی بهتر همراه می‌باشد (۵۵)، همسو است. Hirsh و همکاران اعلام کردند که گرچه به نظر می‌رسد پذیرش یکی از جنبه‌های مهم تعدیل درد مزمن است، اما مطالعات اندکی در افراد مبتلا به درد مزمن ثانویه به علت ناتوانی جسمی مانند مالتیپل اسکلروز (MS)،

یافته‌های پژوهشگران، بطور کلی می‌توان گفت رویکردی پذیرنده در مواجهه با درد مزمن، به طور مستقل از شدت درد، حفظ توانایی‌های بیماران را پیش‌بینی می‌کند. حفظ توانایی‌ها برخلاف وجود درد مزمن از اهداف مهم در برنامه‌های درمانی گوناگون برای درد بیماران است؛ چرا که شواهد بسیاری نشان داده‌اند که اجتناب از فعالیت، نقش تعیین‌کننده‌ای در تسریع فرایند تبدیل درد حاد به درد مزمن دارد (۶۳).

هر چند گاهی شدت درد را می‌توان از طریق دارو یا سایر روش‌های پزشکی کم کرد، اما همان گونه که پژوهش‌ها نشان داده‌اند، به هنگام مزمن شدن درد درمان‌های طبی به‌ندرت قادر به حذف کامل آن هستند (۶۴). بنابراین، توجه به عوامل روان‌شناختی نظیر پذیرش درد و رویکردهای مربوطه می‌تواند گامی مؤثر در کاهش میزان درد در بیماران باشد.

یافته‌ی دیگر پژوهش حاضر نشان داد که میزان ذهن‌آگاهی در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس کمتر از گروه شاهد می‌باشد. سنجش سازه‌ی ذهن‌آگاهی و همبسته‌های آن یا مقایسه‌ی ابعاد آن در گروه‌های بالینی و غیربالینی پیشینه‌ی طولانی ندارد. تنها در دهه‌های اخیر این امر گسترش یافته‌است. بدین خاطر محققان کوشیده‌اند ذهن‌آگاهی را در ارتباط با سازه‌های بنیادین و یا آسیب‌شناختی مورد بررسی قرار دهند. به طور مثال، محققان به بررسی رابطه‌ی ذهن‌آگاهی، آشفستگی روان‌شناختی، استرس توانایی سازش (۶۵)، عملکرد هیجانی (۶۶)، فاجعه‌سازی درد، ترس مربوط به درد، گوش به زنگی نسبت به درد و ناتوانی کارکردی (۶۷) پرداخته‌اند. نتایج پژوهش اسکوتز و همکاران حاکی از وجود ارتباط بین ذهن‌آگاهی، شدت درد و فاجعه‌سازی درد می‌باشد (۶۷).

شوتز و همکاران عقیده دارند حضور ذهن اندک، آغازگر فاجعه‌آمیز کردن درد است (۶۸). در واقع تمایل به درگیر شدن در فرایندهای پردازشی خودکار به جای فرایندهای مبتنی بر آگاهی، به همراه توجه بدون انعطاف و عدم آگاهی نسبت به لحظه‌ی کنونی، باعث می‌شود که افراد بیش از پیش به درد فکر کرده، درمورد آن دست به نشخوار ذهنی زده و در نتیجه، شدت خطر ناشی از آن را بیشتر برآورد کنند. بر مبنای تعاریف موجود در رابطه با حضور ذهن، به نظر می‌رسد که حالت بدون قضاوت و بدون ارزیابی موجود در حضور ذهن می‌تواند از آغاز شدن فرایندهای ارزیابی‌کننده‌ی شدت درد ممانعت کرده و با قطع یا کاهش الگوهای عادت‌گونه در مواجهه با تجربیات مختلف باعث کاهش شدت ادراک درد شود. قضاوت و پیش‌داوری در بسیاری از شرایط موجب ایجاد تنش، استرس و ناآرامی در افراد می‌شود که این امر آغازی برای وقوع فاجعه‌آفرینی می‌باشد. در این میان افزایش فاجعه‌آمیزی هیجان‌ات منفی و استرس را افزایش می‌دهد و همانطور که ملاحظه‌شد، این چرخه‌ی مخرب می‌تواند منجر به افزایش شدت درد و کاهش کیفیت زندگی گردد (۶۸).

در مجموع این پژوهش شواهدی در حمایت از الگوی روانی-زیستی-اجتماعی و رابطه‌ی میان متغیرهای مرتبط با درد و عوامل روان‌شناختی فراهم می‌آورد. همچنین یافته‌های پژوهش حاضر حاکی از آن است که یک رویکرد صرفاً پزشکی برای بهبود سلامت روان بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس کافی نبوده و لازم است متخصصان از تأثیر عوامل روان‌شناختی نیز آگاه باشند و رویکرد جامع‌تری در درمان این بیماری اتخاذ نمایند که علاوه بر ویژگی‌های جسمانی بر ویژگی‌های روان‌شناختی نیز توجه نماید.

این پژوهش نشان داد که درد می‌تواند بر ابعاد مختلف زندگی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس تأثیرگذار باشد و با توجه به نقش پذیرش درد در عواملی مانند محدودیت ناشی از درد و الگوی زندگی با درد مزمن، استفاده از روش‌های درمانی مبتنی بر پذیرش درد به منظور مدیریت مناسب درد مزمن در این بیماران، پیشنهاد می‌گردد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از مراجعین محترم به مراکز درمانی و بیمارستان‌های شهر اصفهان و سایر عزیزانی که پژوهشگران را در انجام این پژوهش یاری کردند، صمیمانه تشکر می‌کنیم.

مطالعه‌ی حاضر با محدودیتهایی روبرو بود که تعمیم‌پذیری یافته‌ها را با احتیاط مواجه می‌کند. ابتدا در دسترس بودن نمونه‌ی آماری و محدود بودن به چند مرکز درمانی در شهر اصفهان، کنترل متغیرهای مداخله‌گر همچون عوامل فرهنگی (که ممکن است در متغیرهای پژوهش نقش داشته باشند) را با اشکال روبرو می‌کند. همچنین روش نمونه‌گیری که از نوع در دسترس می‌باشد از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌باشد. پژوهش فوق بر روی نمونه‌ی آماری بیماران زن صورت گرفته‌است؛ لذا، باید در تعمیم آن به بیماران مرد احتیاط کرد. همچنین، انتخاب نمونه از میان دانشجویان به منظور گروه شاهد از دیگر محدودیت‌های پژوهش می‌باشد که می‌تواند یافته‌های پژوهش را تحت تأثیر قرار دهد. از آنجا که یافته‌های

References

- 1- Schulz KH, Gold MS, Witte J, Bartsch K, Lang EU, Hellweg R, et al. Impact of aerobic training on immune – endocrine parameters, neurotrophic factors, quality of life and coordinative function multiple sclerosis. *J Neurol Sci* 2004; 225:11-18.
- 2- Ozakbas S, Cagiran I, Ormeci B, Idiman E. Correlation between multiple sclerosis functional composite, expanded disability status scale and health-related quality of life during and after treatment of relapses in patients with multiple sclerosis. *J Neurol Sci* 2004; 218:3-7.
- 3- Mc Cabe PM. Mood and self-esteem of persons with multiple sclerosis following an exacerbation. *J Psychosomat Res* 2005; 59: 161-66.
- 4- Aminoff M, Greenberg D, Simon R. Clinical neurology. New York, N.Y.: McGraw-Hill Education LLC; 2015.
- 5- Stuijbergen AK, Blozis SA, Harrison TC and Becker HA. Exercise functional limitation and quality of life: A Longitudinal study of person with multiple sclerosis. *Arch Phys Med Rehabil* 2006; 87(7): 935-43.
- 6- Masoodi R, Mohammadi E, Nabavi S, Ahmadi F. The effect of Orem based self-care program on physical quality of life in multiple sclerosis patients. *J Shahrekord Univ Med Sci*. 2008; 10 (2):21-29 (Persian).
- 7- Taraghi Z, Eleiae M. (Quality of life of patient member of MS society of Mazandaran. *Iran J Neurology* 2007; 20(55): 51-60. (Persian).
- 8- Mc Cabe PM. Mood and self-esteem of persons with multiple sclerosis following an exacerbation. *J Psychosomat Res* 2005; 59: 161-66.
- 9- Derogatis L, Rickels K, Rock A. The SCL-90 and the MMPI: A Step in the Validation of a New Self-Report Scale. *British Journal of Psychiatry*. 1976; 128(3):280-289.
- 10- Mohr, D. C.; & Cox, D. Multiple sclerosis: Empirical literature for clinical health psychologists. *Journal of Clinical Psychology* 2001, 57, 479-499.

- 11- Marck C, De Livera A, Weiland T, Jelinek P, Neate S, Brown C et al. Pain in People with Multiple Sclerosis: Associations with Modifiable Lifestyle Factors, Fatigue, Depression, Anxiety, and Mental Health Quality of Life. *Front Neurol*. 2017; 8.
- 12- Seixas D, Foley P, Palace J, Lima D, Ramos I, Tracey I. Pain in multiple sclerosis: A systematic review of neuroimaging studies. *NeuroImage: Clinical*. 2014; 5:322-331.
- 13- Beiske, A. G., Pederson, E. D, Czujko, B., & Myhr., K. M. Pain and Sensory Complaints in Multiple Sclerosis. *European Journal of Neurology* 2004, 11, 479-482.
- 14- Solaro C, Brichetto G, Amato M, Cocco E, Colombo B, D'Aleo G et al. The prevalence of pain in multiple sclerosis: A multicenter cross-sectional study. *Neurology*. 2004; 63(5):919-921.
- 15- O'Connor, A. B., Schwid, S. R., Herrmann, D. N., Markman, J. D. & Dworkin, R. H., Pain associated with multiple sclerosis: Systematic review and proposed classification. *Journal of Pain* 2008, 137, 96-111.
- 16- Murray T. The Psychosocial Aspects of Multiple Sclerosis. *Neurologic Clinics*. 1995; 13(1):197-223.
- 17- Motl. R. W. & McAuley. E. Symptom Cluster as a Predictor of Physical Activity in Multiple Sclerosis: Preliminary Evidence. *Journal of Pain and Symptom Management* 2009, 38, 2, 270-280.
- 18- Seixas. D., Palace. J., Jbabdi. S., Miller. K., MacIntosh. B., Donahue. M., Deoni. S., Kolind. S., Weir. A. & Tracey. I. 486 Chronic Neuropathic Pain in Multiple Sclerosis Clinical and Imaging Findings, with an apecial focua on the Thalamus. *European Journal of Pain* 2009, 13, 1, 44-51.
- 19- Kassirer, M & Osterberg, D. Pain in chronic multiple sclerosis, *Journal of Pain Symptom manage* 1987, 2, 95-97.
- 20- Archibald CJ, McGrath PJ, Ritvo PG, Fisk JD, Bahn V, Maxner CE, Maxner E, Murray TJ. Pain prevalence, severity and impact in a clinical sample of multiple sclerosis patients. *J Pain*, 1994; 58:89-93.
- 21- Turk DC, Dworkin RH, Allen RR, Bellamy N, Brandenburg N, Carr DB. Core outcome domains for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *J Pain*, 2003; 106:337-45.
- 22- Kalia L V, O'Connor PW. Severity of chronic pain and its relationship to quality of life in multiple sclerosis. *J Multi Sclerosis*, 2005; 11:322-7.
- 23- Svendsen K, Jensen T, Hansen H, Bach F. Sensory function and quality of life in patients with multiple sclerosis and pain. *Pain*. 2005; 114(3):473-481.
- 24- Jensen MP, Chodroff MJ, Dworkin RH. The impact of neuropathic pain on health-related quality of life: Review and implications. *J Neurol*, 2007; 68:1178-82.
- 25- Haghghat F, Rasoolzade Tabatabai K, Zadoosh S. The Effect of pain on Life Dimensions in Multiple Sclerosis Patients. *Journal of Psychological Studies*. 3. 2012; 8 (1):95-116. (Persian)
- 26- Richardson EJ, Ness TJ, Doleys DM, Banos JH, Cianfrini L, Richards JS. Depressive symptoms and pain evaluations among persons with chronic pain: Catastrophizing, but not pain acceptance, shows significant effects. *Pain* 2009; 147(1-3): 147-52.
- 27- McCracken LM, Eccleston C. Coping or acceptance: What to do about chronic pain? *Pain* 2003; 105(1-2): 197-204.
- 28- Vowles K, McCracken L. (305) A prospective analysis of acceptance of pain and values-based action in chronic pain sufferers. *The Journal of Pain*. 2008; 9(4):52.
- 29- Esteve R, Ramirez-Maestre C, Lopez-Marinez AE. Adjustment to chronic pain: the role of pain acceptance, coping strategies, and pain-related cognitions. *Ann Behav Med* 2007; 33(2): 179-88.

- 30- Evers AWM, Kraaimaat FW, Van-Lankveld W, Jongen PJH, Jacobs JWG, Bijlsma JWJ. Beyond unfavorable thinking: the Illness Cognition Questionnaire for chronic diseases. *J Consult Clin Psychol.* 2001; (69): 1026-1036.
- 31- McCracken LM, Vowles K. Acceptance of chronic pain. *Cur Pain Headache Rep.* 2006; (10): 90-94.
- 32- McCracken LM, Eccleston C. A prospective study of acceptance of pain and patient functioning with chronic pain. *J Pain.* 2005; (118): 164-169.
- 33- Kabat-Zinn, J. An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry* 1989, 4, 33-47.
- 34- Kabat-Zinn, J. Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2003, 10(2), 144-156.
- 35- Kabat-Zinn, J. Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness. New York 2005: Dell Publishing.
- 36- Kabat-Zinn J, Lipworth L, Burney R. The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine.* 1985; 8(2):163-190.
- 37- Baer, R. Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2003, 10(2), 125-142.
- 38- Brown, K.W., Ryan, R.M., & Creswell, J.D. Addressing fundamental questions about mindfulness. *Psychological Inquiry* 2007, 18, 272-281.
- 39- Praissman, S.H. Mindfulness-based stress reduction: A literature review and clinician's guide. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 2008, 20, 212-216.
- 40- Shonin E, Van Gordon W, Slade K, Griffiths MD. Mindfulness and other Buddhist-derived interventions in correctional settings: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior.* 2013;18(3):365-72.
- 41- Kabat – zinn, J. Full catastrophe living: using the wisdom of your body and. mind to face stress, pain and illness. New York 1990: Dell Publishing.
- 42- Segal, Z. V. Teasdale, J. D., & Williams, J. M. Mindfulness Based cognitive therapy for depression. New York 2002: The Guilford Press.
- 43- Brown, K. W. & Ryan, R. M. "The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological wellbeing", *Journal of personality and Social psychology* 2003, 84, 822- 848.
- 44- Walsh, J.; Baliant, M. G.; Smolira S. J. D. R.; Fredericksen, L. K. & Madsen, S., "Predicting individual differences in mindfulness: The role of trait anxiety, attachment anxiety and attentional control", *Personality and Individual differences*, 46, 94 - 99. Year Follow-Up Benefits in Well-Being, *psychotherapy and psychosomatics* 2009, 76. P: 226-233.
- 45- Emanuel, A. S.; Updegraff, J. A.; Kalmbach, A. D.; Ciesla, J. A. "The role of mindfulness facets in affective forecasting", *Personality and Individual differences* 2010, 49.815-818.
- 46- Walker, L.; Colosimo, K. "Mindfulness, self-compassion and happiness in non-meditators: A theoretical and empirical examination", *Personality and Individual Difference's* 2011, 50. 222-227.
- 47- Zeidan, F.; Gordon, N. S.; Merchant, J.; Goolkasian, Paula. "The effect of brief mindfulness meditation training on experimentally induced Pain", *The Journal of Pain* 2010, vol. 11, No. 3, 199-209.
- 48- Siegel R. The mindfulness solution. New York: Guilford Press; 2010.
- 49- Kristeller J, Wolever R. Mindfulness-Based Eating Awareness Training for Treating Binge Eating Disorder: The Conceptual Foundation. *Eating Disorders.* 2010; 19(1):49-61.
- 50-Senders A, Borgatti A, Hanes D, Shinto L. Association Between Pain and Mindfulness in Multiple Sclerosis. *Int J MS Care.* 2018; 20(1):28-34.
- 51- Cook D, Hayes S. Acceptance-based coping and the psychological adjustment of Asian and Caucasian Americans. *IJBCT* 2010; 6(3): 186-97.

- 52- Anvari M, Ebrahimi A, Neshatdoost H, Abedi A. The Effectiveness of Group-Based Acceptance and Commitment Therapy on Pain-Related Anxiety, Acceptance of Pain and Pain Intensity in Patients with Chronic Pain. *Journal of Isfahan Medical School*. 2014; 32(295):1-10.
- 53- Walach H, Buchheld N, Buttenmüller V, Kleinknecht N, Schmidt S. Measuring mindfulness The Freiburg mindfulness inventory (FMI). *Pers Individ Dif* 2006; 40: 1543-55.
- 54- Ghasemi Jobaneh R, Arab Zadeh M, Jalili Nikoo S, Mohammad Alipoor Z, Mohsenzadeh F. Survey the Validity and Reliability of the Persian Version of Short Form of Freiburg Mindfulness Inventory. *JRUMS*. 2015; 14 (2):137-150 (Persian).
- 55- Hirsh, A. Kratz, A. Molton, I. Ehde, D. Pain acceptance is associated with key psychosocial outcomes in adults with multiple sclerosis and chronic pain. *The Journal of Pain* 2011.12, Issue 4, Supplement, Pages P76.
- 56- Svendsen, K. B., Jensen, T. S., Overvad, K., Hansen, H. J., Koch-Henriksen, N & Bach, F. W. Pain in patients with multiple sclerosis: a population Based study. *Arch Neurol* 2003, 60, 89-94.
- 57- Beiske, A. G., Pederson, E. D, Czujko, B., & Myhr., K. M. Pain and Sensory Complaints in Multiple Sclerosis. *European Journal of Neurology* 2004, 11, 479-482.
- 58- Solaro C, Brichetto G, Amato M, Cocco E, Colombo B, D'Aleo G et al. The prevalence of pain in multiple sclerosis: A multicenter cross-sectional study. *Neurology*. 2004; 63(5):919-921.
- 59- Viane I, Crombez G, Eccleston C, Devulder J, De CW. Acceptance of the unpleasant reality of chronic pain: Effects upon attention to pain and engagement with daily activities. *Pain* 2004; 112(3): 282-8.
- 60- Viane I, Crombez G, Eccleston C, Devulder J, De CW. Acceptance of the unpleasant reality of chronic pain: Effects upon attention to pain and engagement with daily activities. *Pain* 2004; 112(3): 282-8.
- 61- Wicksell RK, Melin L, Lekander M, Olsson G. Evaluating the effectiveness of exposure and acceptance strategies to improve functioning and quality of life in longstanding pediatric pain--a randomized controlled trial. *Pain* 2009; 141(3): 248-57.
- 62- Mesgarian, F. Asghari Moghadam, M. A. Shaeiri, M. R. Broumand, A. Maroufi, N, Ebrahimi Takamjani, E. Nayeb Aghaee, H. The relation between acceptance of pain and reduced pain intensity and disability among chronic pain patients. *Journal of Research in Behavioral Sciences* 2012. Volum 10; Issue 3. 194-203. (Persian).
- 63- Dworkin RH, Turk DC, Farrar JT, Haythornthwaite JA, Jensen MP, Katz NP, et al. Core outcome measures for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *Pain* 2005; 113(1-2): 9-19.
- 64- Didonna F. Clinical handbook of mindfulness. New York, NY: Springer; 2009.
- 65- Schutze, R.; Rees, C.; Preece, M. P. Low mindfulness predicts pain catastrophizing in fear avoidance model of chronic pain 2010, *Pain*. 148. 120-124.
- 66- Carmody J, Baer R. 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*. 2007; 31(1):23-33.
- 67- Davoodi i, Nasimifar N. The efficacy of mindfulness based stress reduction on chronic pain and catastrophizing coping strategy in women with chronic musculoskeletal pain. *New Findings in Psychology (Social Psychology)*. 2012; 7(22): 45-62. (Persian).
- 68- Schütze, R., Rees, C., Preece, M., & Schütze, M. Low mindfulness predicts pain catastrophizing in a fear avoidance model of chronic pain. *PAIN* 2010, 148, 120–127.

Mindfulness and Acceptance of Pain in Female Patients with Multiple Sclerosis

Asghar Alizadeh¹, Mohammad Reza Hosseinpour^{2*}, Laleh Samiei³

1. MSc. Of Clinical Psychology, Young Researchers Club, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran.

2. PhD student of General Psychology. Torbat Jam Branch, Islamic Azad University, Torbat Jam, Iran

*Corresponding Author Email: Psych.researcher89@gmail.com Phone number: 09146646450

3. Master of Clinical Psychology. Headquarters of Lorestan University of Medical Sciences

Abstract

Background and Aim: Pain is a common problem in patients with multiple sclerosis, as these they experience a variety of acute and chronic pain. Therefore, the present study was conducted to investigate the mindfulness and acceptance of pain in patients with multiple sclerosis.

Material and Method: This is a case-control study that was conducted on 40 women with multiple sclerosis that were selected by convenience sampling method through all of the patients with multiple sclerosis in Isfahan in 1397. Also, 40 students were selected as a control group after being matched with the group of patients in demographic variables (age, gender, marital status and educational level). Data were collected by Freiburg Mindfulness Questionnaire and Chronic Acceptance Scale and analyzed by SPSS20 software using ANOVA.

Results: The findings showed that there was a significant difference between the two groups of patients with multiple sclerosis and the control group in mind-consciousness ($P < 0.001$). Comparison of pain tolerance showed that there was a significant difference between the case and control group regarding the acceptance of pain ($P < 0.001$).

Conclusion: Paying attention to psychological factors such as pain acceptance and related approaches can be an effective step in reducing pain in patients with multiple sclerosis by educating mind-consciousness.

Key words: Multiple Sclerosis, Mindfulness, Pain Acceptance