

The Effectiveness of Mindfulness based on Islamic-Iranian Approaches on Pain Intensity, Pain Catastrophizing and Psychological Distress in Women with Multiple Sclerosis

ARTICLE INFO	ABSTRACT
Article Type <i>Analytical Review</i> Aurhors Fariba Keramati¹ Elham-Alsadat Hashemi² Fatemeh-alsadat Azadinejad³ Hadi Barzin⁴ Mahmoud Sharifian^{5*} How to cite this article Mahmoud Sharifian. The Effectiveness of Mindfulness based on Islamic-Iranian Approaches on Pain Intensity, Pain Catastrophizing and Psychological Distress in Women with Multiple Sclerosis., 2019;3 (5):8-16	Pain intensity and catastrophizing along with psychological distress are important problems in patients with multiple sclerosis. The aim of this research was to investigate the effectiveness of mindfulness therapy based on Islamic-Iranian approaches on pain intensity, pain catastrophizing and psychological distress in women with multiple sclerosis. This study was a quasi-experimental pretest-posttest design with a control group. The study population consisted of all women suffering from multiple sclerosis who were the members of Iran Multiple Sclerosis Society in 2019. The sample consisted of 30 women with multiple sclerosis whom were selected by available sampling method and randomly recruited to each of group (15 for each group). Then, the experimental group members participated in 8 sessions of 90-minute mindfulness therapy based on Islamic-Iranian approaches, while the control group did not receive any therapy. The data collection tools were West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (1995), Pain Catastrophizing Scale (1995) and Kessler Psychological Distress Scale (2003). Then, the data were analyzed using SPSS.v21 software and MANCOVA and ANCOVA statistical tests. The results of ANCOVA indicated that mindfulness therapy based on Islamic-Iranian approaches has a significant impact on pain intensity ($F=19.17$, $P=0.000$) and psychological distress ($F=42.81$, $P=0.000$). Furthermore, the results of MANCOVA showed that the intervention has a significant impact on pain catastrophizing ($F=34.77$, $P=0.000$) and the subscales rumination ($F=208.77$, $P=0.000$) and magnification ($F=5.20$, $P=0.000$). Based on the findings of this study, mindfulness therapy based on Islamic-Iranian approaches decreases pain intensity, pain catastrophizing and psychological distress in women with multiple sclerosis and represents new horizons in clinical interventions and thus could be used as an effective interventional method. So, it seems that this intervention is effective on women with multiple sclerosis. Keywords: Mindfulness based on Islamic-Iranian approaches, pain intensity, pain catastrophizing, psychological distress, multiple sclerosis.
¹Master of Science in Educational Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran. ²Master of Science in Family Counseling, Islamic Azad University, North Tehran Branch, Tehran, Iran. ³Master of Science in Clinical Psychology, Islamic Azad University, Karaj Branch, Karaj, Iran. ⁴Master of Science in Clinical Psychology, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran. ⁵Master of Science in Clinical Psychology, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran. *Correspondence: Address: Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran. Phone: Email: msharifian@gmail.com Article History Received: 2020/05/20 Accepted: 2020/08/06 EPublished: 2020/08/11	

اثربخشی ذهن آگاهی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی- ایرانی بر شدت درد، فاجعه انگاری درد و پریشانی روان‌شناختی زنان مبتلا به مولتیپل اسکروزیس

فریبا کرامتی

کارشناس ارشد روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران.

الهام السادات هاشمی

کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران شمال، تهران، ایران.

فاطمه السادات آزادی نژاد

کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرج، کرج، ایران.

هادی برزین

کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران.

محمود شریفیان*

کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران.

چکیده

شدت و فاجعه‌انگاری درد همراه با پریشانی روان‌شناختی همواره مشکلی قابل ملاحظه در بیماران مولتیپل اسکروزیس محسوب می‌شود. پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی- ایرانی بر شدت درد، فاجعه‌انگاری درد و پریشانی روان‌شناختی زنان مبتلا به مولتیپل اسکروزیس انجام شد. روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر در برگزیده تمامی زنان مبتلا به بیماری مولتیپل اسکروزیس شهر تهران در سال ۱۳۹۸ بود که در انجمن مولتیپل اسکروزیس ایران عضویت داشتند. با عنایت به شبه‌آزمایشی بودن طرح، نمونه‌ای به حجم ۳۰ نفر با توجه به معیارهای شمول از بین افراد جامعه آماری به صورت در دسترس انتخاب شدند. اعضای نمونه به صورت جایگزینی تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. سپس شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان ذهن آگاهی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی- ایرانی شرکت کردند؛ در حالیکه اعضای گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نکردند. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه چند وجهی درد وست‌هاون - ییل (۱۹۹۵)، مقیاس فاجعه‌انگاری درد سالیوان و همکاران (۱۹۹۵) و مقیاس پریشانی روان‌شناختی کسلر (۲۰۰۳) بوده است. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس یک و چندمتغیره استفاده شد. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس یک متغیره نشان داد که درمان ذهن آگاهی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی- ایرانی بر شدت درد ($P=0/000$; $F=19/17$) و پریشانی روان‌شناختی ($P=0/000$; $F=42/81$) تأثیر معناداری دارد. علاوه بر این، آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره نشان داد که مداخله تأثیر معناداری بر فاجعه انگاری درد ($P=0/000$; $F=34/77$) و زیرمقیاس‌های نشخوار ذهنی ($P=0/000$; $F=20/77$) و بزرگ‌نمایی ($P=0/000$; $F=5/20$) دارد. طبق یافته‌های این مطالعه، درمان ذهن آگاهی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی- ایرانی سبب کاهش شدت درد، فاجعه انگاری درد و پریشانی روان‌شناختی در زنان مبتلا به مولتیپل اسکروزیس می‌شود و نمایانگر افق‌های تازه در مداخلات بالینی است و می‌توان از آن به عنوان یک روش مداخله‌ای مؤثر سود جست. بنابراین، به نظر می‌رسد که این مداخله آموزشی برای زنان مبتلا به مولتیپل اسکروزیس نیز کاربردی است.

کلید واژه‌ها: ذهن آگاهی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی- ایرانی، شدت درد، فاجعه‌انگاری درد، پریشانی روان‌شناختی، مولتیپل اسکروزیس.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۲/۳۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۵/۱۲

نویسنده مسئول: msharifian@gmail.com

مقدمه

مولتیپل اسکروزیس، بیماری مزمن، دمیالینه کننده^(۱)، خود ایمنی و پیش‌رونده دستگاه اعصاب مرکزی است^(۲). ابتدا به بیماری‌های مزمن، همچون مولتیپل اسکروزیس که توانایی تحرک، کار و بهزیستی بیماران را به دلیل داشتن علائم گوناگون آسیب می‌زند^(۳) موجب افزایش خطر رشد اختلالات روان‌پزشکی می‌شود^(۴). معمولاً مولتیپل اسکروزیس در سنین بین ۲۰ تا ۴۰ سالگی اتفاق می‌افتد، با این حال، در حدود ۱۰ درصد موارد، سن شروع این بیماری تا ۲۰ سالگی کاهش می‌یابد. به لحاظ تفاوت‌های جنسیتی، این بیماری در زنان تقریباً ۳ برابر شایع‌تر از مردان است و نشان می‌دهد زنان نسبت به این بیماری آسیب‌پذیرتر هستند^(۵). طبق آمار انجمن مولتیپل اسکروزیس ایران، بیش از ۴۰ هزار نفر بیمار مبتلا به مولتیپل اسکروزیس در ایران گزارش شده است و در مطالعه اپیدمیولوژیک انجام شده در ایران نیز نتایج نشان داد شیوع این بیماری در زنان ۴ برابر بیشتر از مردان است^(۶). یکی از علائم شایع در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس، درد است که بیش از ۵۰ درصد بیماران آن را تجربه می‌کنند. تجربه درد در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس می‌تواند ناشی از آسیب به اعصاب، تخریب غشای عصبی فیبرهای درد، ضعف، اسپاسم، عدم هماهنگی عضلات و استخوان‌ها و یا ناشی از درمان‌های ارائه شده باشد که در کل بدن و به صورت مزمن تجربه می‌شود^(۷). طبق تعریف انجمن بین‌المللی درد، درد یک احساس ناخوشایند و تجربه عاطفی است که در ارتباط با آسیب و صدمه بافتی می‌باشد و دارای جنبه‌های گوناگون مثل شدت، ادراک، کیفیت، محل، طول مدت و حاد یا مزمن بودن است^(۸). گاهی درد به محض شروع اولین حمله بروز می‌کند؛ در حالی که هیچ تناسب منطقی با طول مدت بیماری ندارد. این گزارش‌ها از دردهای متوسط تا شدید را شامل می‌شود و تأثیری منفی بر عملکرد اجتماعی و سلامت روانی مبتلایان دارد^(۹). بنابراین، کنترل شدت درد در این بیماران ضرورت دارد.

برخی از شواهد علمی نیز نشان داده‌اند که بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس سطوح بالایی از فاجعه‌انگاری درد را که همراه با درد مزمن آن‌ها است، تجربه می‌کنند^(۱۰). فاجعه‌انگاری درد شامل یک مجموعه طرح‌واره شناختی و هیجانی منفی و مبالغه‌آمیز از موقعیت دردناک واقعی یا مورد انتظار است که در هسته این تعریف طبق نظر الیس و بک به عنوان یک انحراف شناختی، پیش‌بینی منفی و غیرمنطقی از رویدادهای آینده در نظر گرفته است^(۱۱). فاجعه‌آفرینی درد تأثیر معناداری بر تجربیات درد مزمن دارد و یکی از ابعاد کوچک انطباق با درد است که ارتباطات قوی و پایدار با تجربه درد دارد. مهم‌ترین تأثیر فاجعه‌آفرینی بر درد مزمن، آن است که بیماران مبتلا به درد یک ارزیابی دردشان به دست می‌آورند که ممکن است باعث گوش به زنگی آن‌ها نسبت به احساسات دردناک در آینده شود^(۱۲). بنابراین، فاجعه انگاری و شدت درد نقش مهمی در پریشانی روان‌شناختی و ادراک بیماری در افراد مبتلا به مولتیپل اسکروزیس دارد^(۱۳).

برخی از شواهد علمی نشان می‌دهند که پریشانی روان‌شناختی نقش مهمی در سلامت روان‌شناختی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس دارد^(۱۴). لئونگ، لام و چان^(۱۵) بر این باورند که همبستگی منفی بین وضعیت سلامتی ادراک شده و پریشانی روان‌شناختی وجود دارد. به عبارت دیگر، هر چه ارزیابی فرد از وضعیت بهزیستی و سلامتی‌اش پایین‌تر باشد، به موازات آن پریشانی بیشتری را تجربه خواهد کرد^(۱۵). پریشانی روان‌شناختی

اسلامی و فرهنگ ایرانی از جمله قرآن (تفسیر تسنیم)، مثنوی معنوی، دیوان سعدی، رباعیات خیام، و هشت کتاب سهراب سپهری استفاده شد.

پژوهش حاضر در نظر دارد با تدوین و بازشناسی مفاهیم اخلاقی، به یاد داشتن مداوم حضور خدا در قلب، خود نظارتی و خودشناسی، تعامل سازنده با محیط و خانواده، تمرکز از راه اذکار معنوی، آرامش از راه وضو، اجرای تکنیک آینه دل، صبر، توکل و رضا، انس با قرآن و ادعیه‌های آرامش‌بخش، پیوند با مضامین ادبیات عارفانه و عاشقانه باعث افزایش سلامت روانی و تاب‌آوری مراقبین پرواز شود. با توجه به اینکه شدت درد، فاجعه‌انگاری آن و پریشانی روان‌شناختی نقش مهمی در کیفیت زندگی و سلامت روانی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس دارد، پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی-ایرانی بر شدت درد، فاجعه‌انگاری درد و پریشانی روان‌شناختی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس انجام شد.

روش پژوهش

این مطالعه با روش نیمه‌آزمایشی و طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه اجرا شد. جامعه آماری این مطالعه شامل تمامی زنان مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس شهر تهران در سال ۱۳۹۸ بودند که در انجمن مولتیپل اسکلروزیس ایران دارای پرونده بودند. اعضای گروه نمونه به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. بعد از بررسی پرونده‌ها توسط یکی از پژوهشگران، اعضای گروه نمونه انتخاب شدند. به‌منظور دستیابی به نتایج قابل اعتماد در طرح‌های آزمایشی، در هر گروه حضور حداقل ۱۵ نفر توصیه شده است.^(۲۲) در پژوهش حاضر نیز یک گروه آزمایش و یک گروه گواه در نظر گرفته شد و در هر گروه، ۱۵ بیمار زن مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس حضور داشتند. گروه آزمایش در جلسات طرح‌واره درمانی شرکت کردند؛ اما اعضای گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. لازم به یادآوری است که شرکت‌کنندگان به‌صورت جایگزینی تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه قرار گرفتند. به‌منظور تصادفی بودن اختصاص شرکت‌کنندگان به هر یک از گروه‌ها، ابتدا لیستی از همه شرکت‌کنندگان تهیه شد و به هر کدام یک کد عددی اختصاص داده شد. سپس، کدها در کیسه شانس قرار گرفت و کدهای خارج شده به‌نوبت در گروه‌ها بودند از: (۱) جنسیت زن؛ (۲) تشخیص بیماری مولتیپل اسکلروزیس توسط نورولوژیست؛ (۳) گذشت حداقل یک سال از تشخیص بیماری و (۵) دامنه سنی ۱۸ تا ۵۰ سال و (۶) توانایی خواندن و نوشتن. افزون بر این، (۱) ابتلا به دیگر بیماری‌های مزمن؛ (۲) داشتن مشکلات روان‌شناختی و تحت درمان روان‌پزشکی بودن (۳) حضور هم‌زمان در یک برنامه مداخله روان‌شناختی هم‌زمان با اجرای پژوهش و (۴) عدم تمایل برای شرکت در پژوهش، به‌عنوان معیار خروج در نظر گرفته شد. در این پژوهش، شدت درد، فاجعه‌انگاری درد و پریشانی روان‌شناختی به‌عنوان متغیر وابسته و درمان ذهن آگاهی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی-ایرانی به‌عنوان متغیر مستقل در نظر گرفته شد. متغیر وابسته قبل (پیش‌آزمون) و بعد (پس‌آزمون) از ارائه متغیر مستقل اندازه‌گیری شد. تکمیل پرسش-نامه‌ها توسط بیماران و در همان روز شروع و یا اتمام جلسات مداخله‌ای انجام می‌شد. برای سنجش متغیرهای وابسته از پرسش-نامه‌ای به شرح زیر استفاده شد:

بر سلامت جسمی، روانی و رفتار اثرات منفی و غیر قابل جبرانی می‌گذارد که برای فرد بسیار پرهزینه است. به همین دلیل، نیازمند مدیریت و مداخله مؤثر است؛ زیرا در غیر این صورت پیامدهای نامطلوبی را به همراه خواهد داشت. شواهد نشان می‌دهد تغییرات سالم و مثبت در رفتار پاسخ فرد را به عامل پریشانی تغییر می‌دهد و استرس کاهش می‌یابد.^(۲۶)

علاوه بر این افرادی که برای مقابله با پریشانی روان‌شناختی آموزش می‌بینند و اطلاعات بیش‌تری در زمینه مقابله دارند، بیشتر و بهتر بر استرس و درد غلبه می‌کنند. با توجه به آنچه گفته شد، به نظر می‌رسد که بیماران زن مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس با درد زیادی مواجه هستند و به‌تبع آن پریشانی روان‌شناختی بیش‌تری را تجربه می‌کنند. به همین دلیل، شناسایی و بهره‌گیری از رویکرد درمانی مؤثر برای رفع مشکلات این بیماران، اهمیت و ضرورت دارد و کمک شایانی به این قشر از افراد جامعه خواهد کرد. یکی از رویکردهای درمانی مؤثر در این زمینه، ذهن آگاهی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی-ایرانی است.

مداخله‌های مبتنی بر ذهن آگاهی با فلسفه‌ای متفاوت از درمان‌های نسل نخست و دوم رفتاردرمانی در زمینه کاهش مشکلات روان‌شناختی از اثربخشی و کارآمدی نسبتاً مطلوبی برخوردارند. این درمان‌ها، با تغییر نگاه فرد به فلسفه درد و رنج روان‌شناختی مبنی بر پذیرش فعال و انکارناپذیر بودن این مشکلات یک انقلاب واقعی در روان‌درمانی ایجاد کرده است.^(۱۷) از دیدگاه درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی منشأ اصلی درد و رنج روانی افراد محسوب می‌شود.^(۱۸) در واقع داشتن گزینه‌های محدود برای رفتار، موجب می‌شود که فرد احساس گرفتاری و اسارت کند و در عمل کارآمدی لازم را نداشته باشد.^(۱۹)

شواهد پژوهشی حاکی از آن است که مداخله‌های مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش سطح استرس و همچنین در بهبود کیفیت زندگی و سلامت روان در گروه‌های مختلف می‌تواند مؤثر باشد.^(۲۰) ذهن آگاهی و مراقبه تحت تأثیر متغیرهای بافت تاریخی، فرهنگی، اجتماعی و مذهبی قرار دارد.^(۲۱) کابات زین^(۲۱) پیشنهاد می‌کند ذهن آگاهی چون از فرهنگ بودیسم نشأت می‌گیرد، ممکن است برای افراد نامأنوس باشد و بهتر است تمرینات آن منطبق با فرهنگ افراد اجرا شود. ازاین‌رو، با توجه به ویژگی‌های مذهبی کشور ایران که ارزش‌های فرهنگی، مذهبی و اجتماعی آن دارای معیارهای متفاوتی نسبت به جوامع غربی و حتی جوامع شرقی است، مصادیق مؤلفه‌های ذهن آگاهی در چارچوب این ارزش‌های فرهنگی و مذهبی از جمله تسلیم شدن در برابر اراده و خواست خدا، اعتقاد به سرنوشت، آزمایش و امتحان انسان‌ها از سوی خدا، ممکن است تا حدودی با مصادیق ذهن آگاهی و سایر درمان‌های انجام شده برای شاغلین متفاوت باشد.

این پژوهش تلاش دارد تا با توجه به ویژگی‌های مذهبی و فرهنگی ایران که بر مبنای مذهب اسلامی و فرهنگ ایرانی می‌باشد برنامه مداخله‌ای ذهن آگاهی را در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس اجرا کند. همچنین لازم به ذکر که مشکلات بهداشت روانی متأثر از فرهنگ و مذهب هر جامعه‌ای است و این موضوع این احتمال را تقویت می‌کند که درمان و بهبود اثربخشی نیز متأثر از این پدیده باشد. لذا امید آن است که پژوهش حاضر بتواند با برنامه ذهن آگاهی مبتنی بر فرهنگ اسلامی-ایرانی، کمکی به افزایش سلامت روانی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس انجام دهد و همچنین به توسعه مرزهای دانش کمک کند. برای تدوین محتوای جلسه‌های برنامه مداخله ذهن آگاهی از منابع موجود در حوزه

۰/۸۷ گزارش کردند. در ایران نیز این پرسش‌نامه زیر نظر ۳ نفر از متخصصان حوزه روان‌شناسی مورد بررسی قرار گرفت و روایی محتوایی آن مناسب ارزیابی شد. همچنین پایایی این پرسش‌نامه در پژوهش مرتضوی نصیری، پاکدامن و دهقانی (۲۷) به‌وسیله ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های درماندگی، بزرگ‌نمایی و نشخوار ذهنی ۰/۸۷، ۰/۵۸ و ۰/۷۱ به دست آمد.

مقیاس پریشانی روان‌شناختی کسler (۲۰۰۳): به‌منظور سنجش پریشانی روان‌شناختی شرکت‌کنندگان از مقیاس پریشانی روان‌شناختی کسler^(۲۸) استفاده شد. این مقیاس جهت شناسایی اختلالات روانی در جمعیت عمومی طراحی و تدوین شده است. هرچه فرد در این آزمون نمره بالاتری به دست آورد، پریشانی روان‌شناختی بیشتری خواهد داشت و بالعکس. پاسخ سؤالات به‌صورت ۵ گزینه‌ای (تمام اوقات ۴ امتیاز تا هیچ‌وقت صفر امتیاز) است که بین صفر تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود و حداکثر نمره در آن برابر ۴۰ است. در پژوهش لطفی کاشانی و همکاران (۲۹) نیز پایایی این پرسش‌نامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۰ گزارش شده است.

به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، به اعضای گروه گواه آن‌ها اطمینان داده شد که در صورت تمایل، بعد از پایان مطالعه می‌توانند در جلسات ذهن آگاهی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی- ایرانی شرکت کنند. همچنین، کلیه شرکت‌کنندگان با رضایت آگاهانه در این مطالعه شرکت کردند. به کلیه شرکت‌کنندگان اعلام شد هر زمان تمایل داشتند، می‌توانند از مطالعه و برنامه آموزشی خارج شوند. علاوه بر این، تمامی پرسش‌نامه‌ها در هر دو مرحله (پیش‌آزمون و پس‌آزمون) بدون درج نام و از طریق کد شناسایی ارزیابی شدند. مداخله انجام شده در این مطالعه، ذهن آگاهی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی- ایرانی بود. ذهن آگاهی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی- ایرانی طی ۴ هفته و هر هفته ۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برای بیماران شرکت‌کننده در گروه آزمایش به‌صورت گروهی اجرا شد.

پرسش‌نامه چندوجهی درد وست‌هاون - ییل (۱۹۹۵): در این مطالعه برای سنجش شدت درد از زیرمقیاس شدت درد پرسش‌نامه چندوجهی درد وست‌هاون-ییل^(۲۳) استفاده شد. این خرده‌مقیاس دارای سه عبارت است و امکان ارزیابی چند وجهی از شدت درد را فراهم می‌آورد. سازندگان این مقیاس اعتبار و پایایی خرده-مقیاس‌های پرسش‌نامه چندوجهی درد از جمله خرده‌مقیاس شدت درد را در بیماران مبتلا به درد مزمن مورد بررسی و تأیید قرار داده‌اند. روایی پرسش‌نامه چند وجهی درد با استفاده از روش تحلیل عامل و محاسب همبستگی بین عوامل استخراج شده با نتایج پرسش‌نامه‌های معتبر محاسبه شده است. همچنین، پایایی عوامل پرسش‌نامه چندوجهی درد در حد مطلوبی گزارش شده است زیرا ضرایب همسانی بین ۰/۹۰ تا ۰/۷۰ و ضرایب بازآزمایی بین ۰/۹۱ تا ۰/۶۲ به دست آمد. در ایران نیز جولانی‌ها (۲۴) در پژوهش خود ضرایب آلفای کرونباخ زیرمقیاس شدت درد را ۰/۸۰ به دست آورد.

مقیاس فاجعه‌انگاری درد (۱۹۹۵): این مقیاس توسط سالیوان و همکاران در سال ۱۹۹۵ با هدف ارزیابی میزان افکار و رفتارهای فاجعه‌آمیز فرد ساخته شده است^(۲۵). این پرسش‌نامه خود اجرایی و دارای ۱۳ ماده بوده و به حداقل سواد برای خواندن نیازمند است. تحلیل عوامل نشان داده شامل زیر مقیاس‌های نشخوار یا اندیشناکی، بزرگ‌نمایی یا اغراق‌آمیز کردن و درماندگی است. این مقیاس شامل خرده مقیاس‌های نشخوار ذهنی سؤالات (۸ تا ۱۱)، بزرگ‌نمایی (سؤالات ۶، ۷، ۱۳) و درماندگی (سؤالات ۱ تا ۵ و ۱۲) است. این پرسش‌نامه در طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از صفر (هیچ‌وقت) تا چهار همیشه برای توصیف ۱۳ احساس و فکر متفاوت مرتبط با تجربه درد درجه‌بندی شده است. نمرات پایین‌تر نشان‌دهنده فاجعه پنداری کمتر است. چینبال و تیت^(۲۶) پایایی درونی این مقیاس را برای نمره کل و زیرمقیاس‌های درماندگی، بزرگ‌نمایی و نشخوار ذهنی به ترتیب: ۰/۹۴، ۰/۸۹، ۰/۷۸ و

جدول ۱. چارچوب کلی جلسه‌های مداخله ذهن آگاهی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی- ایرانی

هفته	موضوع جلسه	محتوای جلسات
نخست	هدایت خودکار	آشنایی، شناسایی ارزش‌های مراقبین پرواز، بیان قواعد کلی و توضیح کلی در مورد برنامه تعیین اهداف جلسه، اجرای پیش‌آزمون، محرمانگی جلسات، توضیح مفهوم ذهن آگاهی با استفاده از چند فن، توضیح درباره اهمیت حضور در لحظه حال و بودن در اینجا و اکنون ذهن آگاهی و توضیح مفهوم ذهن آگاهی با توجه به مفهوم عرفانی (حضور قلب)، معرفی و تبیین کیفیت‌های ذهن آگاهی با توجه به مفاهیم و اندیشه‌های اسلامی، ذهنیت در حال انجام و ذهنیت در حال بودن، تأکید بر انجام تکالیف در منزل
دوم	شناسایی و پیکار با موانع	شناسایی افکار و احساسات آشفته و آرام گرفتن با تمریناتی که توجه را به لحظه حال می‌آورد، پذیرش بدون قضاوت: تفاوت بین پذیرش و کناره‌گیری، تمرین مراقبه و آراسی بدنی، آموزش الگوی مراقبه اسلامی، (مثنوی معنوی، دیوان سعدی) تمرین تنفس آگاهانه، تمرین الگوی مراقبه اسلامی، تکنیک آینه دل تأکید بر ادای ذکر بسم‌الله در طول روز و ایجاد تمرکز و حضور قلب پنج تا ده دقیقه قبل از نماز، تلاوت روزانه پنج آیه قرآن همراه تأمل در معانی آن، قرائت متنی از مولانا در رابطه با مراقبه و قرار دادن آن در اختیار افراد، جسمانی کردن احساسات خود و آگاهی از احساسات (استفاده از قرآن، مثنوی معنوی، کتاب‌های شناخت درمانی و منابع موجود در زمینه موج سوم رفتاردرمانی ازجمله کتاب‌های کاباتزین و هیز).
چهارم	ماندن در زمان حال	بودن در لحظه حال بدون قضاوت با استفاده از اشعار خیام، و مولانا
پنجم	حضور در لحظه حال	تغییر نگاه مادران به فلسفه درد و رنج با استفاده از آیات قرآن، نهج‌البلاغه، مثنوی و دیگر منابع موجود، پذیرش و جدایی از افکار منفی و ناتوان‌کننده خانه‌تکانی ذهنی، بر اساس منابع عرفانی ایران بر اساس قرآن و مثنوی معنوی، پذیرش وضع موجود و عدم مقایسه خود با دیگران، گفتگو در رابطه با پذیرش حکمت خداوند با استفاده از قرآن، دیوان مولانا
ششم	افکار حقایق نیستند	نظارت امواج خروشان در ساحل زندگی، پذیرش تجارب فردی و ارتباط با تجارب فردی، تمرین رویارویی به‌جای

هفته	موضوع جلسه	محتوای جلسات
		جنگیدن (مثنوی معنوی)
هفتم	مراقبت از خود	چگونه برای عود آماده باشیم، بررسی فعالیت‌های لذت‌بخش فهرست نشانه‌های عود، و تهیه برنامه فعالیت برای مقابله با عود
هشتم	کاربرد	بازنگری مطالب گذشته و جمع‌بندی، استفاده از مطالب آموخته شده جهت بهره‌مندی در زندگی اجرای پس‌آزمون

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن گروه آزمایش $39/4 \pm 13/12$ و میانگین و انحراف معیار سن گروه گواه $41/0 \pm 5/39$ محاسبه شده است. به‌منظور سنجش هم‌تا بودن دو گروه از نظر میانگین سنی از آزمون t استودنت استفاده شد. نتایج نشان داد بین دو گروه تفاوت معناداری از نظر میانگین سن وجود ندارد ($P=0/625$; $t_{28}=0/494$). اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.

به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. در روش آمار توصیفی، اطلاعات جمعیت-شناختی شرکت‌کنندگان و همچنین، اطلاعات توصیفی متغیرها گزارش شد. در آمار استنباطی نیز، با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره، فرضیه‌های پژوهش مورد بررسی قرار گرفت. لازم به ذکر است داده‌های به‌دست‌آمده با استفاده از برنامه نرم‌افزاری SPSS v.16 تحلیل شدند.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
شدت درد	آزمایش	۱۶/۳۳	۴/۲۲	۱۳/۶۷	۳/۴۹
	گواه	۱۶/۷۳	۴/۰۲	۱۶/۲۷	۳/۴۹
نشخوار ذهنی	آزمایش	۱۷/۲۰	۳/۱۴	۱۲/۲۰	۳/۰۲
	گواه	۱۷/۶۰	۳/۱۸	۱۷/۸۰	۳/۰۲
بزرگنمایی	آزمایش	۱۳/۴۰	۱/۵۹	۱۱/۸۷	۱/۴۰
	گواه	۱۴/۶۷	۲/۰۲	۱۳/۸۷	۲/۱۶
درماندگی	آزمایش	۲۰/۴۰	۱/۹۵	۲۰/۱۳	۲/۲۰
	گواه	۲۱/۶۷	۲/۲۲	۲۰/۶۷	۲/۴۹
فاجعه‌انگاری درد	آزمایش	۵۱/۰۲	۵/۴۵	۴۴/۲۰	۵/۱۳
	گواه	۵۳/۹۳	۶/۲۹	۵۲/۳۳	۶/۰۲
پیشانی روان‌شناختی	آزمایش	۵۱/۰۱	۵/۴۵	۴۴/۲۰	۵/۱۳
	گواه	۵۳/۹۳	۶/۲۹	۵۲/۳۳	۶/۰۲

جهت تعیین اثربخشی ذهن آگاهی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی-ایرانی بر شدت درد، فاجعه‌انگاری درد و پیشانی روان‌شناختی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره و چند متغیره استفاده گردید. استفاده از این آزمون مستلزم پیش‌فرض‌هایی است که قبل از تحلیل استنباطی مورد بررسی قرار گرفتند. به این منظور، یافته‌های آزمون کولموگروف - اسمیرنوف نشان می‌دهد که داده‌های هر دو گروه آزمایش و گواه در متغیرهای شدت درد، فاجعه‌انگاری درد و پیشانی روان‌شناختی در مراحل پیش و پس‌آزمون با منحنی نرمال تفاوت معناداری ندارد و توزیع داده‌ها نرمال است ($P>0/05$). همچنین، آزمون لوین جهت بررسی مفروضه برابری واریانس‌های خطا نشان داد که مفروضه برابری واریانس‌های خطا برای متغیرهای پژوهش برقرار است ($P>0/05$). نتایج آزمون M باکس نیز به‌عنوان یکی دیگر از پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در تمام سطوح متغیر مستقل (گروه‌ها) همگن یا برابر است ($P=0/379$; $M=19/947$ باکس؛ $F=1/070$). افزون بر این، تعامل بین متغیر هم‌پراش و مستقل در دو گروه آزمایش و گواه معنادار نبود ($P>0/01$) که نشان می‌دهد پیش‌فرض همگنی شیب رگرسیون نیز برقرار است. بنابراین، با رعایت پیش‌فرض‌های آزمون پارامتری، استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس بلا مانع است. برای بررسی اثربخشی ذهن آگاهی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی-ایرانی بر شدت درد زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، از آزمون تحلیل کوواریانس یک متغیره استفاده شد. با توجه به نتایج مندرج در جدول ۳، مقدار F تأثیر متغیر مستقل (ذهن آگاهی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی-ایرانی) بر شدت درد ($19/168$) معنادار شده است ($P<0/01$). بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت ذهن آگاهی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی-ایرانی بر شدت درد در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس تأثیر دارد. همچنین، میزان اندازه اثر (مجذور اتا) بیانگر آن است که ۴۱ درصد تغییرات نمرات گروه‌ها در متغیر شدت درد (تفاوت گروه‌ها در پس‌آزمون) ناشی از اجرای متغیر مستقل (ذهن آگاهی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی-ایرانی) است.

جهت تعیین اثربخشی ذهن آگاهی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی-ایرانی بر شدت درد، فاجعه‌انگاری درد و پیشانی روان‌شناختی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره و چند متغیره استفاده گردید. استفاده از این آزمون مستلزم پیش‌فرض‌هایی است که قبل از تحلیل استنباطی مورد بررسی قرار گرفتند. به این منظور، یافته‌های آزمون کولموگروف - اسمیرنوف نشان می‌دهد که داده‌های هر دو گروه آزمایش و گواه در متغیرهای شدت درد، فاجعه‌انگاری درد و پیشانی روان‌شناختی در مراحل پیش و پس‌آزمون با منحنی نرمال تفاوت معناداری ندارد و توزیع داده‌ها نرمال است ($P>0/05$). همچنین، آزمون لوین جهت بررسی مفروضه برابری واریانس‌های خطا نشان داد که مفروضه برابری واریانس‌های خطا برای متغیرهای پژوهش برقرار است ($P>0/05$). نتایج آزمون M باکس نیز به‌عنوان یکی دیگر از پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در تمام سطوح متغیر مستقل (گروه‌ها) همگن یا برابر است ($P=0/379$; $M=19/947$ باکس؛ $F=1/070$). افزون بر این، تعامل بین متغیر هم‌پراش و مستقل در دو گروه آزمایش و گواه معنادار نبود ($P>0/01$) که نشان می‌دهد پیش‌فرض همگنی شیب رگرسیون نیز برقرار است. بنابراین، با رعایت پیش‌فرض‌های آزمون پارامتری، استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس بلا مانع است. برای بررسی اثربخشی ذهن آگاهی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی-ایرانی بر شدت درد زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، از آزمون تحلیل کوواریانس یک متغیره استفاده شد. با توجه به نتایج مندرج در جدول ۳، مقدار F تأثیر متغیر مستقل (ذهن آگاهی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی-ایرانی) بر شدت درد ($19/168$) معنادار شده است ($P<0/01$). بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت ذهن آگاهی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی-ایرانی بر شدت درد در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس تأثیر دارد. همچنین، میزان اندازه اثر (مجذور اتا) بیانگر آن است که ۴۱ درصد تغییرات نمرات گروه‌ها در متغیر شدت درد (تفاوت گروه‌ها در پس‌آزمون) ناشی از اجرای متغیر مستقل (ذهن آگاهی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی-ایرانی) است.

جدول ۳: بررسی ذهن آگاهی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی- ایرانی بر شدت درد

منبع	درجه آزادی	میانگین مجزورات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
هم پراش (پیش‌آزمون)	۱	۲۸۷/۰۳۰	۱۴۰/۳۰۱	۰/۰۰۰	
گروه	۱	۳۹/۲۱۴	۱۹/۱۶۸	۰/۰۰۰**	۰/۴۱۵
خطا	۲۷	۲/۰۴۶	-	-	

$$P < ۰/۰۵^* P < ۰/۰۱^{**}$$

نظر فاجعه‌انگاری درد معنادار است ($F=۶۴/۳۶۳$, $P=۰/۰۰۰$). این یافته نشان می‌دهد بین دو گروه از نظر فاجعه‌انگاری درد تفاوت معناداری وجود دارد.

به‌منظور بررسی اثربخشی ذهن آگاهی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی- ایرانی بر فاجعه‌انگاری درد زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. نتایج آزمون معناداری اثر پیلای نشان داد تفاوت بین دو گروه از

جدول ۴: اثربخشی ذهن آگاهی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی- ایرانی بر فاجعه‌انگاری درد

متغیر	منبع	df	میانگین مجزورات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
بعد نشخوار ذهنی	هم پراش	۱	۱۵۸/۱۰۰	۱۹۱/۳۹۴	۰/۰۰۰	
	گروه	۱	۱۷۲/۴۶۱	۲۰۸/۷۷۹	۰/۰۰۰**	۰/۴۹۳
	خطا	۲۴	۱۷۲/۴۶۱			
بعد بزرگنمایی	هم پراش	۱	۳/۱۰۵	۳/۶۵۹	۰/۰۶۷	
	گروه	۱	۱۴/۲۹۶	۵/۱۹۷	۰/۰۳۱*	۰/۱۷۲
	خطا	۲۴	۱۴/۲۹۶			
بعد درماندگی	هم پراش	۱	۳۲/۹۷۶	۸/۲۹۴	۰/۰۰۸	
	گروه	۱	۱/۲۵۹	۰/۴۹۲	۰/۴۹۰	-
	خطا	۲۴	۱/۲۵۹			
فاجعه‌انگاری درد	هم پراش	۱	۶۹۹/۸۶۸	۱۰۸/۶۸۵	۰/۰۰۰	
	گروه	۱	۲۲۳/۹۳۴	۳۴/۷۷۵	۰/۰۰۰**	۰/۵۶۳
	خطا	۲۴	۶/۴۳۹			

$$P < ۰/۰۵^* P < ۰/۰۱^{**}$$

تحلیل کوواریانس یک متغیره استفاده شد. با توجه به نتایج مندرج در جدول ۵، مقدار F تأثیر متغیر مستقل (درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد) بر پریشانی روان‌شناختی (۱۴/۹۸۱) معنادار شده است ($P < ۰/۰۱$). بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ تأثیر دارد. همچنین، میزان اندازه اثر (مجذور اتا) بیانگر آن است که ۶۱ درصد تغییرات نمرات گروه‌ها در متغیر پریشانی روان- شناختی (تفاوت گروه‌ها در پس‌آزمون) ناشی از اجرای متغیر مستقل (ذهن آگاهی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی- ایرانی) است.

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، مقدار F تأثیر متغیر مستقل (ذهن آگاهی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی- ایرانی) بر ابعاد نشخوار ذهنی (۲۰۸/۷۷۹) و بزرگنمایی (۵/۱۹۷) و نمره کلی فاجعه انگاری (۳۴/۷۷۵) معنادار شده است ($P < ۰/۰۱$). همچنین، میزان اندازه اثر (مجذور اتا) بیانگر آن است که تغییرات نمرات گروه‌ها در ابعاد نشخوار ذهنی و بزرگنمایی و نمره کلی فاجعه انگاری درد به ترتیب به‌اندازه ۰/۴۹۳، ۰/۱۷۲ و ۰/۵۶۳ درصد ناشی از اجرای متغیر مستقل (ذهن آگاهی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی- ایرانی) بوده است.

برای بررسی ذهن آگاهی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی- ایرانی بر پریشانی روان‌شناختی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، از آزمون

جدول ۵: بررسی ذهن آگاهی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی- ایرانی بر پریشانی روان‌شناختی

منبع	درجه آزادی	میانگین مجزورات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
هم پراش (پیش‌آزمون)	۱	۵۹۴/۳۱۸	۱۵۱/۲۸۷	۰/۰۰۰	
گروه	۱	۱۶۸/۱۴۳	۴۲/۸۰۹	۰/۰۰۰**	۰/۶۱۳
خطا	۲۷	۳/۹۲۸	-	-	

$$P < ۰/۰۵^* P < ۰/۰۱^{**}$$

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که شرکت در جلسات ذهن آگاهی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی- ایرانی تأثیر معناداری بر کاهش شدت درد در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس دارد. این یافته با نتایج به‌دست‌آمده در مطالعات ساگولا و رایس (۳۰)،

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی ذهن آگاهی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی- ایرانی بر شدت درد، فاجعه انگاری درد و پریشانی روان‌شناختی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس انجام شد.

بخشانی و همکاران^(۳۱) و بانث و اردبیل^(۳۲) همخوان است. در تبیین این یافته می‌توان گفت افزایش توجه و آگاهی نسبت به افکار و هیجانات از جنبه‌های مثبت ذهن آگاهی مبتنی بر آموزه‌های ایرانی-اسلامی است که با هماهنگی رفتارهای سازگارانه منجر به حالت‌های روان‌شناختی مثبت و موجب بهبود قابلیت‌های فردی می‌شود و از طرف دیگر از آنجا که افزایش توجه و آگاهی نسبت به افکار، هیجانات و تمایلات از وجوه مثبت ذهن آگاهی است، با پذیرا بودن تجربیات عاری از قضاوت، به پذیرش هیجانات کمک می‌کند^(۳۳).

لذا، آموزش ذهن آگاهی بر اساس آموزه‌های ایرانی-اسلامی از این نظر که توجه و آگاهی فرد را نسبت به احساسات فیزیکی و روانی بیشتر می‌کند و احساس اعتماد در زندگی، دلسوزی عمیق، احساس عشق عمیق به دیگران و پذیرش واقعی رخدادهای زندگی را به دنبال دارد، می‌تواند باعث شود که فرد توانایی خود را بشناسد، با استرس‌های زندگی مقابله نماید و به‌عنوان عضوی از جامعه با دیگران همکاری و مشارکت لازم را داشته باشد؛ زیرا یکی از جنبه‌های مهم درمان مبتنی بر ذهن آگاهی آن است که افراد می‌آموزند با هیجانات و افکار منفی مقابله نموده و حوادث ذهنی را به‌صورت مثبت تجربه کنند. آموزش ذهن آگاهی می‌تواند با وجود چنین روش‌های مثبتی نقش مهمی در کاهش اضطراب و علائم جسمانی مانند شدت درد داشته باشد.

یکی دیگر از یافته‌های پژوهش، اثربخش بودن ذهن آگاهی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی-ایرانی بر فاجعه انگاری درد بود. نتایج نشان داد ذهن آگاهی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی-ایرانی باعث کاهش فاجعه انگاری درد در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس می‌شود. این یافته با نتیجه مطالعات اسکاتز و همکاران^(۳۴)، الوری و همکاران^(۳۵) و پرینز و همکاران^(۳۶) که نشان دادند جنبه‌های مختلف آموزش ذهن آگاهی با کاهش فاجعه انگاری درد همراه است، همسو بود. فاجعه انگاری درد، یکی از قوی‌ترین عوامل روان‌شناختی درد پیش‌بینی تجربه درد است. واکنش‌های شناختی مانند ترس و فاجعه‌سازی درد، افکاری هستند که سبب تمرکز دائمی بر علائم بدنی و اجتناب از فعالیت می‌شوند که این اجتناب خود، درد و ناتوانی را در فرد تشدید می‌کند^(۳۷). در تبیین اثربخشی ذهن آگاهی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی-ایرانی بر فاجعه انگاری درد، براون و همکاران^(۳۸) معتقدند به‌کارگیری فرایندهای ذهن آگاهی می‌تواند تغییرات چشمگیری در روش استفاده مراجع از توجه‌اش ایجاد نماید. تمرین‌های ذهن آگاهی می‌تواند در برگزیده توجه متمرکز به خود باشد تا به فرد اجازه دهد به‌جای این که رویدادهای ذهنی را به‌عنوان قسمتی از وجود خود بداند، آن‌ها را مشاهده کند. کسانی که افکار فاجعه‌پندارانه دارند، از دیدگاه قضاوتی برخوردار بوده، سعی نمی‌کنند که مشکلاتشان را از زوایای گوناگون مورد توجه قرار دهند. آن‌ها از یک دید سختگیرانه نسبت به خود برخوردارند. استفاده از تماس مؤثر با لحظه حال و خود مفهوم‌سازی شده بر نوع افکار این افراد مؤثر بوده است^(۳۹). در جلسات آموزش با استفاده از فنون ذهن آگاهی و ضمیر مشاهده‌کننده، توجه بیماران به افکار و حالات ذهن و همچنین، بودن در زمان حال جلب شد که به‌موجب آن، فاجعه انگاری درد کاهش یافته است.

افزون بر این، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که ذهن آگاهی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی-ایرانی تأثیر معناداری بر کاهش پریشانی روان-شناختی در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس دارد. این یافته‌های با پژوهش‌های انجام شده توسط غلامرضایی^(۴۰) و عسگری، رادهمر،

محمدی، جهانگیر^(۴۱) همسو و همخوان است. در تبیین اثربخش بودن ذهن آگاهی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی-ایرانی بر پریشانی روان‌شناختی می‌توان گفت ذهن آگاهی، آگاهی همه جانبه‌ای است که به پهنای ذهنی وسیع و باز و پذیرش هیجانات و پدیده‌های فیزیکی، همان‌طور که اتفاق می‌افتد، کمک می‌کند، در نتیجه آموزش ذهن آگاهی، مادران دارای فرزند مبتلا به اختلالات طیف درخودماندگی را که از مشکلات روانی و هیجانی خاصی در رنج هستند، پذیرنده احساسات و نشانه‌های فیزیکی و روانی خود می‌کند و با کنترل افکار و هیجانات و پذیرش این احساسات، سطح کیفیت زندگی و هیجانات مثبت آن‌ها را بهبود می‌بخشد. با افزایش ذهن آگاهی، قدرت تنظیم هیجان و خودمدیریتی در فرد افزایش یافته و به شکل کاملاً مستقیم فرد هیجانات خود را تنظیم کرده و سطح کیفیت مثبت زندگی آنان تغییر می‌کند^(۴۲).

با توجه به آنچه گفته شد، ذهن آگاهی می‌تواند آگاهی عمیق‌تر و مدیریت هیجان نسبت به احساسات و افکار را افزایش دهد و راهبردهای مثبت نظم‌جویی هیجان را بهبود و راهبردهای منفی را کاهش دهد. با افزایش آگاهی فرد از تجربیات لحظه حاضر و برگرداندن توجه بر سیستم شناختی و پردازش کارآمدتر اطلاعات، موجب کاهش نگرانی می‌شود. روش ذهن آگاهی به علت سازوکار نهفته در آن، مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت‌زدایی، حضور در لحظه، مشاهده گری بدون داوری، رویارویی و رهاسازی در تلفیق با فنون و مهارت‌های ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس، به علت تأثیر بر این فرایندها، در کاهش علائم بالینی اضطراب مؤثر بوده و از طرفی اثربخشی درمان را در درازمدت حفظ می‌کند^(۴۳). به همین دلیل، با شرکت زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس در جلسات برنامه ذهن آگاهی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی-ایرانی میزان پریشانی روان‌شناختی بهبود قابل‌ملاحظه‌ای نشان داده است.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر، تک جنسیتی بودن گروه نمونه بود که تعمیم نتایج این مطالعه به مردان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس باید با احتیاط صورت گیرد. افزون بر این، به دلیل مشکلات مربوط به دسترسی بیماران، امکان ارزیابی نتایج به دست آمده در مرحله پیگیری وجود نداشت و نمی‌توان در مورد پایداری اثرات درمانی قضاوت کرد. در نتیجه، پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی، طرح این مطالعه بر روی بیماران هر دو جنس اجرا شود و در پژوهش‌های بعدی، نتایج در مرحله پیگیری بررسی شوند. با توجه به اثربخش بودن ذهن آگاهی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی-ایرانی بر شدت و فاجعه انگاری درد و همچنین پریشانی روان‌شناختی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس پیشنهاد می‌شود تا از این رویکرد به‌عنوان مکملی در فرآیند درمان‌های دارویی و نورولوژیکی استفاده شود.

References

1. Fischer A, Schröder J, Vettorazzi E, et al. An online programme to reduce depression in patients with multiple sclerosis: a randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*. 2015;2(3):217-23.
2. Mäurer M, Comi G, Freedman MS, et al. Multiple sclerosis relapses are associated with increased fatigue and reduced health-related quality of life-A post hoc analysis of the TEMSO and

- analysis. *Psychology, health & medicine*. 2017;22(5):552-63.
14. Baheshmat S, Hashemi-Razini H, Khaledi A. Identifying the effective factors on depression in patients with multiple sclerosis using structural equation modeling approach: The role of stress, self-esteem, and mindfulness. *Chronic Diseases Journal*. 2019;7(2):80-6.
15. Leung DY, Lam T-h, Chan SS. Three versions of Perceived Stress Scale: validation in a sample of Chinese cardiac patients who smoke. *BMC public health*. 2010;10(1):513.
16. Sladek MR, Doane LD, Luecken LJ, et al. Perceived stress, coping, and cortisol reactivity in daily life: A study of adolescents during the first year of college. *Biological psychology*. 2016;117:8-15.
17. Spiegler MD. Contemporary behavior therapy: Nelson Education; 2015.
18. Kabat-Zinn J. Full catastrophe living, revised edition: how to cope with stress, pain and illness using mindfulness meditation: Hachette uK; 2013.
19. Cachia RL, Anderson A, Moore DW. Mindfulness, stress and well-being in parents of children with autism spectrum disorder: a systematic review. *Journal of Child and Family Studies*. 2016;25(1):1-14.
20. Nyklíček I, Dijkstra SC, Lenders PJ, et al. A brief mindfulness based intervention for increase in emotional well-being and quality of life in percutaneous coronary intervention (PCI) patients: the MindfulHeart randomized controlled trial. *Journal of behavioral medicine*. 2014;37(1):135-44.
21. Sharf RH. Is mindfulness Buddhist?(and why it matters). *Transcultural psychiatry*. 2015;52(4):470-84.
22. Kumar R. Research methodology: A step-by-step guide for beginners: Sage Publications Limited; 2019.
23. Bernstein IH, Jaremko ME, Hinkley BS. On the utility of the West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory. *Spine*. 1995;20(8):956-63.
24. Rasoolzadeh Tabatabaei SK, Haghighat F. The psychometric properties of pain self-efficacy questionnaire in multiple sclerosis patients. *J Kermanshah Univ Med Sci*. 2014;17(11):e74309. [In Persian].
25. Sullivan MJ, Bishop SR, Pivik J. The pain catastrophizing scale: development and validation. *Psychological assessment*. 1995;7(4):524.
- TOWER studies. *Multiple sclerosis and related disorders*. 2016;7:33-40.
3. Friczka-Nagy Z, Füvesi J, Rózsa C, et al. The effects of fatigue, depression and the level of disability on the health-related quality of life of glatiramer acetate-treated relapsing-remitting patients with multiple sclerosis in Hungary. *Multiple sclerosis and related disorders*. 2016;7:26-32.
4. Hoang H, Laursen B, Stenager EN, et al. Psychiatric co-morbidity in multiple sclerosis: The risk of depression and anxiety before and after MS diagnosis. *Multiple Sclerosis Journal*. 2016;22(3):347-53.
5. Ifantopoulou P K, Artemiadis A, Triantafyllou N, et al. Self-esteem is associated with perceived stress in multiple sclerosis patients. *Neurological research*. 2015;37(7):588-92.
6. Izadi S, Nikseresht A, Poursadeghfard M. Epidemiology of Multiple Sclerosis in Fars Province. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2014;10(2):56-61. [In Persian].
7. Brunner LS, Smeltzer S, Suddarth D. Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing; Vol. 1. Language. 2010;27:1114-2240p.
8. Oksuz E, Mutlu ET, Malhan S. Nonmalignant chronic pain evaluation in the Turkish population as measured by the McGill Pain Questionnaire. *Pain practice*. 2007;7(3):265-73.
9. Ehde D, Kratz A, Robinson J, et al. Multiple Sclerosis Rehabilitation: From Impairment to Participation. 2013.
10. Arewasikporn A, Turner AP, Alschuler KN, et al. Cognitive and affective mechanisms of pain and fatigue in multiple sclerosis. *Health Psychology*. 2018;37(6):544.
11. Haji Mohammad Kazemi S, Manshaei GR, Ghamarani A. The Effectiveness of Therapy Based on Quality of Life Promotion Model on Pain Anxiety in Female Patients with Fibromyalgia. *Quarterly Journal Of Health Psychology*. 2020;8(32):143-62. [In Persian].
12. Safari N, Kavosi A, Jouybari L, et al. The Relationship Between Catastrophizing, Pain-related Anxiety and Coping Strategies in Cancer Patients. *Journal of Nursing Education*. 2015;3(2):31-42. [In Persian].
13. Hadlandsmyth K, Sabic E, Zimmerman MB, et al. Relationships among pain intensity, pain-related distress, and psychological distress in pre-surgical total knee arthroplasty patients: a secondary

37. Oron Y, Reichenberg A. Personality traits predict self-referral of young male adults with musculoskeletal complaints to a general practitioner. *Journal of psychosomatic research*. 2003;54(5):453-6.
38. Brown K, Kasser T, Ryan R, Konow J. To have or to be: Investigating the pathways from materialism and mindfulness to psychological well-being. *Manuscript in preparation, University of Rochester*. 2002.
39. Rezaeian M, Ebrahimi A, Zargham M. The Effect of Acceptance and Commitment Therapy on Catastrophic and Disabling Pain in Chronic Pelvic Pain in Females. *Research in Cognitive and Behavioral Sciences*. 2015;4(2):17-30. [In Persian].
40. Gholamrezaie S. Effectiveness of mindfulness based cognitive therapy on reduction of perceived stress and eating disorder in students with eating disorder symptoms. *URMIA MEDICAL JOURNAL*. 2016;27(9):801-10. [In Persian].
41. Askari M, Radmehr H, Mohammadi H, Jahangir A. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on increasing the quality of life and reducing psychological symptoms in patients with multiple sclerosis. 2016. [In Persian].
42. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*. 2003;84(4):822.
43. Jenaabadi H, Pilechi L, Salmabadi M, Tayarani Rad A. The Effectiveness of Training Mindfulness Skills in Professional Stress and Psychological Well-being of Female Teachers. *Iran Occupational Health*. 2017;13(6):58-69. [In Persian].
26. Chibnall JT, Tait RC. Confirmatory factor analysis of the Pain Catastrophizing Scale in African American and Caucasian Workers' Compensation claimants with low back injuries. *Pain*. 2005;113(3):369-75.
27. Mortazavi-Nasiri F, Pakdaman S, Dehghani M. The Association of Catastrophizing and Pain-Related Anxiety with Headache-Related Disability in Patients Suffering from Migraine. *J Res Behav Sci*. 2015;13(4): 609-16. [In Persian].
28. Furukawa TA, Kessler RC, Slade T, et al. The performance of the K6 and K10 screening scales for psychological distress in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Psychological medicine*. 2003;33(2):357-62.
29. Lotfi Kashani F, Vaziry S, Arjmand S, et al. Effectiveness of spiritual intervention on reducing distress in mothers of children with cancer. 2016. 2016;6(20):14. [In Persian].
30. Sagula D, Rice KG. The effectiveness of mindfulness training on the grieving process and emotional well-being of chronic pain patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 2004;11(4):333-42.
31. Bakhshani N-M, Amirani A, Amirifard H, Shahrakipoor M. The effectiveness of mindfulness-based stress reduction on perceived pain intensity and quality of life in patients with chronic headache. *Global journal of health science*. 2016;8(4):142. [In Persian].
32. Banth S, Ardebil MD. Effectiveness of mindfulness meditation on pain and quality of life of patients with chronic low back pain. *International journal of yoga*. 2015;8(2):128.
33. Taghvayi D, Jahangiri M. The effectiveness Mindfulness training on reducing of anxiety and pain intensity resulting from dentistry procedures in children. *Iranian Journal of Pediatric Dentistry*. 2016;12(1):63-70. [In Persian].
34. Schütze R, Rees C, Preece M, Schütze M. Low mindfulness predicts pain catastrophizing in a fear-avoidance model of chronic pain. *Pain*. 2010;148(1):120-7.
35. Elvery N, Jensen MP, Ehde DM, Day MA. Pain catastrophizing, mindfulness, and pain acceptance. *The Clinical journal of pain*. 2017;33(6):485-95.
36. Prins B, Decuyper A, Van Damme S. Effects of mindfulness and distraction on pain depend upon individual differences in pain catastrophizing: an experimental study. *European Journal of Pain*. 2014;18(9):1307-15.