

تعیین اثربخشی مراقبت های روانشناختی با رویکرد شناختی - رفتاری بر کاهش افسردگی و مدیریت درد در بیماران مبتلا به کم خونی داسی شکل

مهدی کوشکی^۱، مریم موسوی نیک^۲، رحمت الله عظیمی^۳

^۱ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی موسسه آموزش عالی ناصر خسرو ساوه، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ استادیار گروه روانشناسی بالینی موسسه آموزش عالی ناصر خسرو ساوه، ایران

^۳ مدرس گروه روان شناسی موسسه آموزش عالی غیرانتفاعی حکیم ناصر خسرو ساوه. دارای پروانه مشاوره خانواده از مرکز وکلا ، کارشناسان و مشاوران خانواده قوه قضائیه. تهران. ایران.

چکیده

هدف از پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی مراقبت های روانشناختی با رویکرد Cbt بر کاهش افسردگی و مدیریت درد در بیماران مبتلا به کم خونی داسی شکل شهرستان بروجرد بود. این پژوهش در قالب یک پژوهش شبه آزمایشی از نوع پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل و از لحاظ هدف کاربردی می باشد. جامعه ی آماری این پژوهش را کلیه ی بیماران مبتلا به کم خونی داسی شکل مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی شهرستان بروجرد در سال ۱۴۰۰ بودند، تشکیل می دادند. روش نمونه گیری به روش نمونه گیری در دسترس که ۳۲ نفر به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شد و سپس به صورت تصادفی به ۱۶ نفر گروه آزمایش و ۱۶ نفر گروه کنترل جایگزین شدند. در این پژوهش از پرسشنامه های افسردگی بکفو مدیریت درد روزنشتایل و کیف استفاده شد. بنابراین گروه آزمایش طی هشت جلسه طی ۶ ماه به مدت ۱۲۰ دقیقه یک بار در هفته تحت مراقبت های روانشناختی رفتاری - شناختی قرار گرفت. داده های پژوهش با آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیری (مانکوا) و یک متغیری (آنکوا) مورد تحلیل قرار گرفت. نتایج تحلیل کواریانس نشان داد مداخله درمان مراقبت های روانشناختی با رویکرد Cbt در کاهش افسردگی و افزایش مدیریت درد در مرحله پیش آزمون $F(۱۵۱,۰۱۷) = ۰,۰۱$ و $P = ۱۱۶۸,۶۷۷$ و $F(۰,۰۱) = ۰,۰۱$ و $P = ۰,۰۱$ اثر معناداری داشته است بنابراین فرضیه صفر رد شده و فرضیه تحقیق تایید می گردد. در این پژوهش درمان مراقبت های روانشناختی با رویکرد سی بی تی بر کاهش افسردگی در بیماران مبتلا به کم خونی داسی شکل موثر است.

واژه های کلیدی: مراقبت های روانشناختی، رویکرد سی بی تی، کاهش افسردگی، مدیریت درد، کم خونی داسی شکل

مقدمه

کم خونی موضوعی است که به خصوص در حال حال حاضر متوجه کشورهای جهان است و هر ساله تعدادی از جوامع با این بیماری دست و پنجه نرم می کنند، زیرا کم خونی یکی از مهم ترین بیماری های است که در جامعه و در تمام اقشار مختلف است (اولاتونبوزون و همکاران، ۲۰۱۴). کم خونی منشا فقر آهن به علت زیاد بودن سرایت و عوارض ناگوار آن به عنوان یکی از دغدغه های کلی، تهدید کننده سلامت است. (محرابیان و همکاران، ۲۰۱۴). کم خونی یا آنمی به علت کاستی و نقصان تعداد گلبول های قرمز در سیستم گردش خون وجود دارد و هم چنین کاهش تعداد گلبول های قرمز می تواند باعث کاهش تولید و یا از دست رفتن آن ها (انواع خونریزی ها) باشد و یا امکان دارد به علت کمبود مواد معدنی و پروتئینی جهت ساختن آن باشد که مشهورترین آن ها کمبود آهن است (کریمی و همکاران، ۱۳۹۲). به طور کلی بیماری است که عوارضی هم چون آنمی، بحران درد، سندروم قفسه سینه، تجمع سلول های خونی در طحال، سکتة مغزی، بربقان و افسردگی و ناتوانی می شوند. هر چند هر فرد علائم متفاوتی را تجربه می کند. آنمی شایع ترین علامت بیماری داسی شکل است، در این بیماری سلول های قرمز -خون به صورت سلول داسی تولید می شوند که به علت بد شکل بودن توانایی حمل اکسیژن را ندارند. در نتیجه بدن آب را از دست داده و دچار تب می شود. شکل داسی باعث سفتی سلول ها و دام افتادن آن ها در عروق می گردد. در نتیجه سلول ها در طحال تخریب می شوند و یا به علت عملکرد غیر طبیعی از بین می روند و کاهش در سلول های قرمز خونی منجر به کم خونی می شود. کم خونی شدید فرد را خسته می کند و هم چنین توانایی حمل اکسیژن به بافت ها را با مشکل روبه رو خواهد کرد (بالاس، ۲۰۰۵). بحران درد هنگامی که عروق خونی توسط سلول های داسی شکل مسدود می شوند و جریان خون قطع می شود بحران درد رخ می دهد که بحران انسداد عروق خونی نامیده می شود. درد در تمام نقاط بدن ایجاد می گردد اما اغلب در قفسه سینه (ویرو و همکاران، ۲۰۱۰)، بازوها و پاها (سرجیانت، ۱۹۷۴) احساس می شود. فتورم دردناک انگشتان دست و پا، می تواند در خردسالان و اطفال زیر سه سال مشاهده شود (لارنگان و همکاران، ۲۰۰۱). پریپایسم (نعوذ دردناک) یک روند دردناک در ناحیه آلت تناسلی مردان می باشد (شینمن، ۲۰۰۹). بیماران مبتلا به کم خونی داسی شکل دچار درد شدید می شوند و برای کاهش و مدیریت درد این بیماران که بیشتر مبتلا به افسردگی هستند از مراقبت های روانشناختی با رویکرد سی بی تی استفاده می شود (لی و همکاران، ۲۰۲۰). علائم افسردگی در ۹۷ درصد از بیماران سلول داسی شکل مشاهده شده است. ۲۰،۶ درصد از این بیماران

^۱Olatunbun^۲Ballas^۳Ware^۴Lonerger^۵Scheniman^۶Lee

سابقه خودکشی هم داشتند با توجه به شیوع بالای سر درد ف بحران های ارتباط با بیماری و کاهش سطوح هموگلوبین را در افراد مبتلا در مقایسه با بیمارانی که افسردگی نداشتند نشان داد (والنتین بروس و همکاران، ۲۰۱۴).^۷ در مطالعه دیگر توماس (۲۰۱۰)^۸ در یک تحقیق آزمایشی باغلینی جهت تعیین اثر لمس درمانی همراه با آهنگ بر استرس، پریشانی و اضطراب و کاهش درد در مقایسه با گروه آهنگ درمانی در مبتلایان سول داسی شکل انجام داد. درد حادثه ای است که توسط هر انسانی در مدت زندگی تجربه می شود (تورن ف ۲۰۱۷) و باعث دوری انسان از محرک های خطرناک و ناراحت کننده می شود و از این راه در حفظ و حراست حیات او نقش موثری دارد. اگرچه احساس درد برای ادامه زندگی مهم و ضروری است اما این حادثه در بسیاری از وقت ها نقش اخطار و یا اعلام خطر و یکسان شدن را از دست می دهد و مشکلات گوناگونی را به وجود می آورد (جزایری، ۲۰۰۴). درد بر چگونگی و وضعیت زندگی موثر است، از این طریق شناسایی و ضرورت و اهمیت دادن به صورتی که درد در سلامت و بهداشت روانی و جسمی انسان دارد، یکی از ترکیب کننده های نظام های بهداشت و درمان پیشرفته به حساب می آید. دردهای بدون کنترل و طولی مدت امکان دارد از راه شکل پذیری نورونی و کاهش هیجانی و یا فیزیکی به محرک مرکزی و پیرامونی به وجود آورد و در نتیجه باعث آشکار شدن بیماری شوند. عوامل روانشناختی و اجتماعی به عنوان یک عامل که به طور غیر مستقیم با فرایند ادراک درد ارتباط دارند. به مرور زمان درد مزمن تر می شود، شکل عوامل روانشناختی و اجتماعی در بدتر شدن درد و مکرر آن در مقایسه با شکل عوامل زیستی پر رنگ تر می شود (تورک و او کیفوجی، ۲۰۰۲).^۹ تحقیقات نشان می دهند که بیماران مبتلا به دردهای طولانی و مزمن به دلیل رنج و ناامیدی و در دستیابی به التیام درد، مشکلات روانشناختی ویژه و مخصوص را آشکار و نمایان می کنند. زندگی کردن با رنج و فشار درد مزمن موجب تحمل فشار روانی چشمگیر و قابل توجه است. با این وجود درد قابلیت ها و توانایی های عاطفی و هیجانی شخص را کاهش می دهد و نیاز مداوم برای آزادی و رهایی از درد در اکثر اوقات دست نیافتنی است. این موضوع در نتیجه باعث ضعف و ناتوانی روحیه بیمار، احساس پوچی ناامیدی و افسردگی شخص می گردد. سازگاری و موافقت کلی این است که عوامل فیزیولوژی جسمی نمی توانند توجیه کننده شدت درد ادراک باشد و هم چنین عوامل روانشناختی حتی در آن سهمیم هستند. در قرن بیستم به دلیل شکست در درمان های پزشکی درد، کارشناسان و متخصصان به جنبه های غیر حسی درد متوجه شدند (نظری مهین و همکاران، ۲۰۱۵). با توجه به مباحث ذکر شده و اهمیت موضوع پژوهش حاضر به دنبال این پاسخ به این سوال است که آیا مراقبت های روانشناختی با رویکرد سی بی تی بر کاهش افسردگی و مدیریت درد در بیماران مبتلا به کم خونی داسی شکل اثر داشته باشد؟

^۷Valentine Brousse^۸Thomas^۹Thorn^{۱۰}Turk Okifuji

روش

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر شیوه گردآوری اطلاعات و برنامه درمانی در قالب یک پژوهش شبه آزمایشی از نوع پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل است. در این روش گروه آزمایش تحت درمان شناختی رفتاری قرار می گیرد و گروه کنترل هیچ مداخله ای دریافت نمی کند. بنابراین گروه آزمایش طی هشت جلسه طی ۶ ماه به مدت ۱۲۰ دقیقه یک بار در هفته تحت مراقبت های روانشناختی رفتاری - شناختی قرار گرفت. اما گروه کنترل هیچ مداخله ای دریافت نکردند و بعد از اتمام برنامه مداخله از هر دو گروه پس آزمون گرفته شد.

الف) پرسشنامه مقیاس راهبردهای مدیریت درد (روزنشتایل و کیف ۱۹۸۳): این مقیاس ۴۲ عبارتی توسط روزنشتایل و کیف ۱۹۸۳ ساخته شد. و ۶ راهبرد مقابله ای که شامل توجه برگردانی، تفسیر مجدد درد، گفتگو با خود، نادیده انگاشتن درد، فاجعه آفرینی، دعا و امیدواری را میسنجد. هریک از راهبردهای مقابله از هفت عبارت تشکیل شده است و از آزمودنی خواسته می شود تا هر عبارت را به دقت بخواند و با استفاده از مقیاس ۷ درجه ای هیچ=۰ تا همیشه=۶ مشخص کند که هنگام مواجهه با درد تا چه میزان از هریک از راهبردهای مذکور استفاده می کند. نمره های ۷ عبارت با یکدیگر جمع می شود و یک نمره ترکیبی برای هر راهبرد مقابله ای به دست می آید که بین ۰ تا ۴۲ متغیر باشد. نمره های بالاتر در هر مقیاس نشان از استفاده بیشتر از آن راهبرد در مواجهه با درد مزمن است.

ویژگی های روانسنجی: پایایی این آزمون و ضرایب همسانی درونی آن به روش الفای کرونباخ برای عوامل اصلی به ترتیب ۰,۸۲, ۰,۷۷, ۰,۸۲, ۰,۸۳, ۰,۸۰, ۰,۷۴ و آلفای کرونباخ کل ۰,۹۲۶ گزارش شده است (اصغری مقدم فولگلک، ۱۳۸۴). در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ به ترتیب خرده مقیاس های برابر با ۰,۸۳, ۰,۸۵, ۰,۶۱, ۰,۷۰, ۰,۶۲, ۰,۷۷ و آلفای کرونباخ کل آن ۰,۹۵ محاسبه شد.

ب) مقیاس افسردگی بک (بک، استیر و براون، ۱۹۹۶):^{۱۲}

پرسشنامه افسردگی بک در ۱۹۶۱ سال توسط بک و همکارانش تدوین شد. بک و همکارانش برای تحت پوشش قرار دادن دامنه گسترده ای از نشانه ها و برای هماهنگی بیشتر با ملاک های تشخیص اختلال های افسردگی راهنمای تشخیصی و آماری

^{۱۲}Rosensteel and Kiev^{۱۳}Beck, Steer and Brown

اختلالات روانی یک تجدید نظر اساسی در آن انجام شد دادند. در این شکل بازنگری شده به دلیل منعکس کردن علامت هایی که با افسردگی حاد همراه هستند (مثل احساس بی ارزشی، اشکال در تمرکز، از دست دادن انرژی) ۴ ماده آن تفسیر داده شد. هم چنین برای نشان دادن کاهش اشتها و خواب است. مقایسه بی دی آی نشان می دهد که اولاً مراجعان در پاسخ دادن به فرم بی دی آی دو آی یک یا دونشان را پیش از فرم اولیه تایید می کنند و ثانیاً آزمودنی های سطح بالاتر افسردگی بیشتر از افسرده های سطوح پایین تر نشانه ها یا ماده ها را تایید می کنند. پرسشنامه افسردگی بک شامل ۲۱ سوال است و یکی از پرکاربرد ترین ابزارهای سنجش افسردگی است که برای اندازه گیری بازخوردها و نشانه های بیمار افسرده درست شده است. محتوای این پرسشنامه مشخص کننده افسردگی است. و آزمودنی ها باید روی یک مقیاس ۴ درجه ای از صفر تا ۳ به آن پاسخ دهند. این ماده ها در زمینه های هم چون غمگینی، بدبینی، احساس ناتوانی، و شکست، احساس گناه، آشفتگی خواب، از دست دادن اشتها، هستند. نمره در این آزمون صفر و پیشینه آن ۶۳ است.

ویژگی های روانسنجی : این پرسشنامه (مقیاس افسردگی بک) اکثراً در کشورها و فرهنگها به کار گرفته شد و روایی و پایایی آن مورد پذیرش قرار گرفته است (گروث و همکاران ۲۰۰۵) (کاپسی و همکاران ۲۰۰۸)، (بک و همکاران ۱۹۹۶)، پایایی بازآزمایی ۹۳٫۰ را برای مقیاس افسردگی بک به دست آوردند و آرنه او و همکاران (۲۰۰۱) همسانی درونی ۸۹٫۰ تا ۹۴٫۰ را گزارش دادند. در ایران نیز این مقیاس افسردگی بک فراوان به کار بسته شده و ویژگی های روانسنجی آن تایید شده است. برای نمونه دابسون و محمد خانی (۱۳۸۶) پایایی بازآزمایی ۹۳٫۰ را گزارش دادند و روایی همگرایی آن را در همبستگی میان نمرات مقیاس افسردگی بک با نمرات مقیاس های ناامیدی بک، افکار خود کشی و مقیاس هامیلتون برای افسردگی نشان دادند. قاسمزاده و همکاران (۲۰۰۵)، آلفای کرونباخ ۸۷٫۰ را برای همسانی درونی، ضریب همبستگی ۷۴٫۰ را برای پایایی باز آزمایی و ضریب همبستگی ۰٫۷۷، باغ پرسشنامه افکار خودآیند منفی را برای این مقیاس گزارش دادند.

یافته ها

جدول شماره (۱) شاخص های توصیفی برای گروه کنترل در دو مرحله پیش آزمون - پس آزمون نشان داده

شده است. (N=16)

شاخص	متغیر	تعداد	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف
	پیش آزمون	۱۶	۲۰	۲۹	۲۳٫۶۹	۲٫۵۷
افسردگی	پس آزمون	۱۶	۲۰	۲۶	۲۲٫۶۳	۴٫۸۲
	پیش آزمون	۱۶	۷۶	۸۵	۷۹٫۷۵	۲٫۸۴
مدیریت درد	پس آزمون	۱۶	۷۷	۸۶	۷۹٫۸۸	۳٫۴۴

اطلاعات مندرج در جدول شماره (۱) میانگین و انحراف استاندارد شاخص های افسردگی و مدیریت درد در مراحل پیش آزمون و پس آزمون برای گروه کنترل نشان داده شده است همان طوری که قابل مشاهده است در شاخص ها تفاوت بین نمرات در مراحل پیش آزمون و پس آزمون جزئی می باشد.

جدول شماره (۲) شاخص های توصیفی برای گروه آزمایش در دو مرحله پیش آزمون - پس آزمون نشان داده شده است. (N=16)

شاخص	متغیر	تعداد	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار
	پیش آزمون	۱۶	۱۷	۲۵	۲۲,۸۸	۲,۳۳
افسردگی	پس آزمون	۱۶	۱۰	۲۳	۱۳,۹۴	۳,۱۷
	پیش آزمون	۱۶	۷۶	۸۷	۷۸,۹	۳,۸۸
مدیریت درد	پس آزمون	۱۶	۱۲۵	۱۴۲	۱۳۲,۸۱	۵,۵۷

اطلاعات مندرج در جدول شماره (۲) میانگین و انحراف استاندارد شاخص های افسردگی و مدیریت درد در مراحل پیش آزمون و پس آزمون برای گروه آزمایش نشان داده شده است. همان طوری که قابل مشاهده است در شاخص ها تفاوت بین نمرات در مراحل پیش آزمون و پس آزمون زیاد می باشد.

آزمون کالموگروف-اسمیرنوف

جدول (۳): آزمون کالموگروف-اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات (N=32)

متغیرها	حداکثر اختلافات	کالموگروف اسمیرنوف	سطح معناداری
		K-S	P
مطلق	مثبت	منفی	
۱۱۷، افسردگی	۰،۱۱۷	-۰،۰۷۹	۲۰۰،۰
۱۵۰، مدیریت درد	۰،۱۵۰	-۰،۰۸۹	۱۶۴،۰

اطلاعات حاصل از اجرای آزمون کالموگروف-اسمیرنوف را نشان داده است که سطح معنی داری گزارش شده برای نرمال بودن نمرات افسردگی در سطح معناداری ۰،۲۰۰ یا آماره ی کالموگروف-اسمیرنوف ۱۱۷،۰ است که سطح معنی داری این گروه بسیار بزرگ تر از ۰،۰۵ است که نشان دهنده ی نرمال بودن توزیع نمرات در این متغیر است. سطح معنی داری گزارش شده برای نرمال بودن نمرات مدیریت درد، در سطح معناداری ۰،۱۶۴ یا آماره ی کالموگروف-اسمیرنوف ۰،۱۵۰۸ است که سطح معنی داری این گروه بزرگ تر از ۰،۰۵ بوده که نشان دهنده ی نرمال بودن توزیع نمرات در این متغیر است.

جدول شماره (۴): بررسی برابری واریانس (آزمون لوین) در دو گروه

سطح معنی داری	DF2	DF1	F
۰،۳۹۱	۳۰	۱	۰،۷۵۶ افسردگی
۰،۱۱۲	۳۰	۱	۱،۶۷۰ مدیریت درد

در جدول شماره (۴) مشاهده می شود مقدار سطح معنی داری نشان دهنده آن است که داده ها مفروضه تساوی خطای واریانس را زیر سوال نبرده اند. در واقع نتایج آزمون لوین برای بررسی مفروضه همگنی واریانس گروه ها نشان داد که در هر دو گروه (آزمایش و گواه) از نظر واریانس همگنت هستند و نشان می دهد که نتایج بعدی ما پایا خواهند بود.

فرضیه پژوهش: مراقبت های روانشناختی با رویکرد سی بی تی بر کاهش افسردگی و مدیریت درد در بیماران مبتلا به کم خونی داسی شکل موثر است.

جدول شماره (۵): خلاصه نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکووا) برای کاهش افسردگی و افزایش مدیریت درد در بیماران مبتلا به کم خونی داسی شکل

آزمون	مقدار	F	درجه آزادی	خطای درجه آزادی	سطح معناداری	ضریب ایتم
اثر پیلایی	۰,۹۷۶	۵۴۰,۳۲	۲	۲۷	۰,۰۰۰	۰,۹۷۶
لامبدی ویلکز	۰,۰۲۴	۵۴۰,۳۲	۲	۲۷	۰,۰۰۰	۰,۹۷۶
اثر هتلینگ	۴۰,۰۲۴	۵۴۰,۳۲	۲	۲۷	۰,۰۰۰	۰,۹۷۶
بزرگ ترین ریشه روی	۴۰,۰۲۴	۵۴۰,۳۲	۲	۲۷	۰,۰۰۰	۰,۹۷۶

با توجه به نتایج جدول (۵) مداخله مراقبت های روانشناختی با رویکرد سی بی تی در سطح (F=540.32, P=0.01) در بهبود افسردگی و مدیریت درد در مرحله پس آزمون حداقل در یکی از متغیرها اثر معناداری داشته است. بنابراین فرضیه صفر رد شده و فرضیه تحقیق تایید می گردد. یعنی، نتیجه گرفته می

شود در این پژوهش، درمان مراقبت های روانشناختی با رویکرد سی بی تی بر کاهش افسردگی و مدیریت درد در بیماران مبتلا به کم خونی داسی شکل موثر است.

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی مراقبت های روانشناختی با رویکرد سی بی تی بر کاهش افسردگی و مدیریت درد در بیماران مبتلا به کم خونی داسی شکل شهرستان بروجرد بود. نتیجه این پژوهش نشان داد که مراقبت های روانشناختی با رویکرد شناختی-رفتاری توانسته است که افسردگی بیماران مبتلا به کم خونی داسی شکل را کاهش دهد. این یافته با نتایج تحقیقات توروس و همکاران (۲۰۱۸)^۴ که به بررسی تاثیر بازی های دیجیتالی تلفن هوشمند بر اضطراب، افسردگی، خستگی بیماران مبتلا به تالاسمی پرداختند. نتایج حاصل نشان دهنده این است که نرم افزارهایی مانند بازی یا تصاویر نمایشی به وسیله گوشی های هوشمند، اختلال افسردگی بیماران را بهبود می بخشد. از دیگر نتایج مطالعه حاضر کاهش خستگی بیماران تالاسمی بود که بازی درمانی با استفاده از گوشی هوشمند موجب کاهش معنی دار خستگی می گردد همراستا می باشد. نتیجه برخی مقالات نشان می دهد افسردگی در زنان بیشتر از مردان است. برخی دیگر نشان می دهند افسردگی در مردان بیشتر از زنان است و برخی نیز تفاوت معناداری بین افسردگی زنان و مردان مشاهده نکرده اند. در پژوهش حاضر دلیل وجود چنین تناقضاتی، تسلط رویکرد زیستی و پزشکی در مطالعه اختلالات روانی است. علم روانپزشکی به عنوان رشته مسلط در این زمینه، اختلال روانی را تاثیر گرفته از فیزیولوژیک و شیمی بدن می داند. نتایج این تحقیقات که به روش ذهن آگاهی بر بهبود درد و راهبردهای مقابله فاجعه آفرینی در زنان مبتلا به دردهای مزمن عضلانی پرداختند. عقیده دارند حضور ذهن اندک آغاز گر فاجعه آمیز کردن درد است، در واقع به نظر می رسد که تمایل به درگیر شدن در فرآیندهای پردازشی خودکار به جای فرایندهای مبتنی بر آگاهی به همراه توجه بدون انعطاف و عدم آگاهی نسبت به لحظه کنونی باعث می شود که افراد بیش از پیش به در فکر کرده و در مورد آن دست به نشخوار ذهنی زده و در نتیجه شدت خطر ناشی از آن را بیشتر برآورد کنند. بر مبنای تعریف موجود در رابطه با حضور ذهن به نظر می رسد که حالت بدون قضاوت و بدون ارزیابی موجود در حضور ذهن می تواند از آغاز شدن فرآیندهای ارزیابی کننده شدت درد ممانعت کرده و با قطع و یا کاهش الگوهای عادت گونه در مواجهه با تجربیات مختلف باعث شدت ادراک درد شود. نتایج این پژوهش با نتایج پولیک و همکاران در سال ۲۰۱۰^۵ که کاهش استفاده از راهبردهای مقابله غیر سودمند مانند (فاجعه آفرینی) را پس از مداخله ذهن آگاهی گزارش دادند و پژوهش استین و همکاران در سال ۲۰۰۳^۶ که در مطالعه ای مبتلایان به فیبرومیالگیا کاهش در راهبرد مقابله با فاجعه آفرینی را گزارش دادند و گارلند و همکاران در سال ۲۰۱۱^۷ همخوان می

^۴Touros

^۵Pulik

باشد. براساس اظهارات گارلند و همکاران (۲۰۱۱)، راهبرد مقابله فاجعه آفرینی با ذهن آگاهی همبستگی منفی دارد و با افزایش ذهن آگاهی فاجعه آفرینی کاهش می یابد هم چنین پژوهش نشان می دهد که فاجعه آفرینی در پس آزمون (مداخله ذهن آگاهی) کاهش معناداری داشته است همراستا می باشد. در تبیین یافته های این فرضیه پژوهشی می توان گفت مراقبت های روانشناختی با رویکرد سی بی تی درمانی موثر بر افزایش مدیریت درد در بیماران مبتلا به کم خونی داسی شکل است. ارزیابی نتایج درمان شناختی-رفتاری بیماران کم خونی داسی شکل بر پایه پروتکل هایی است که به ویژه جهت بررسی اختلال های انفرادی به کار می رفته است. درمان شناختی-رفتاری بر این فرض قرار دارد که افراد مبتلا به کم خونی داسی شکل الگوهای ناسازگارانه درک و پاسخ دهی به محیط را یاد گرفته اند و هم چنین فاقد راهبردهای مقابله ای موثر هستند.

منابع

- اصغری مقدم، محمد علی، رحمتی، وشعیری، محمدرضا، (۱۳۹۱). نقش واسطه ای خودکارآمدی دردوتری از حرکت در تبیین رابطه درد مزمن و ناتوانی، مطالعات روانشناسی ابلینی ۳(۲). ۱۴۱-۱۶۸.
- اصغری مقدم، محمدعلی، گلک، ناصر (۱۳۸۴) فنقش راهبردهای مقابله با درد مزمن، دانشور رفتار ۱۰(۳)، ۱-۲۲.
- اکبری، مهرداد، علی پور احمد، زارع، حسین، وشیخی فعدالکریم، (۱۳۹۳). اثربخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی ومیزان درد در بیماران دچار سرطان پستان. فصل نامه روانشناسی کاربردی، ۸(۱): ۲۸-۷
- برنز از حال بد به حال خوب (شناخت درمانی): ترجمه: مهدی قراچه داغی، چاپ شانزدهم، تهران نشر آسیم، ۱۳۸۵. بابائی فم، معرفی درمان های روانشناختی در حوزه شناختی رفتاری نسل سوم. جمعه ۲۷ آذر ۱۳۹۴.
- جلالی، محمود، جزایری، دوستان فریده: بررسی کم خونی ناشی از کمبود اسید فولیک و ویتامین ب ۱۲ در گروهی از زنان شهر کرمان، مجله بهداشت تهران فسال ۲۴ شماره ۲-۱ ص ۲۵-۳۳.
- جودیت اس بک، شناخت درمانی، مبانی و فراتر از آن، ترجمه دکتر لادن فتی و همکاران.
- رابرت ل، فنون شناخت درمانی، ترجمه لادن فتی و دیگران، نشر دانژه ۱۳۸۲.
- سیف ع، تغییر رفتار و رفتار درمانی، چاپ چهارم، تهران، دوران، ۱۳۷۹.

عباسی ا، بررسی تطبیقی نظریه درمانگری آلیس با منابع و آثار اسلامی، قم پژوهشکده حوزه و دانشگاه
فیست، جس فیست، گریگوری جی، نظریه های شخصیت، ترجمه یحیی سید محمدی چاپ دوم، تهران
۱۳۸۶.

قاسم زاده ح، رفتار درمانی، تهران کنشر دانشگاهی، دانشگاه تهران ۱۳۷۰.

کریمی، بتول: حاجی - زاده، ریحان، قربانی، راهب (۱۳۹۳) وضعیت مصرف مکمل آهن و عوامل مرتبط
با آن در دختران راهنمایی و دبیرستان شهرستان سمنان، ۱۵ (۳).

کمالی زینت (۱۳۸۳) بررسی تاثیر درمان با آهن خوراکی بر عملکرد شناختی زنان مبتلا به کم خونی
فقر آهن مراجعه کننده به بیمارستان های دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، پایان
نامه ارشد علوم تغذیه

محرابیان، فردین، زولی پور، رقیه، کسمایی، پرپسا، عطر کار روشن، زهرا، مهدوی روشن، مرجان،
(۱۳۹۲) بررسی وضعیت و رفتار تغذیه ای پیشگیری از کم خونی فقر آهن در دختران دبیرستانی شهرستان بابل
مجله دانشکده پرستاری و مامایی، ۱۱ (۱۲).

Anemia in otherwise healthy adults. Acta Psychiatrica Scandinavica, 134(2),
150-160.

Beck, Aaron T. (1976). Cognitive therapies and emotional disorders. New
York: New American Library.

Barzegar bafruei A, mjavdani. 2019. Interplays between Nociceptors and
Immune Cells; Mast Cells Neuroscience. Journal of Shefaye khatam. 7: 102-102.

Brousse, V., Makani, J., & Rees, D. C. (2014). Management of sickle cell
disease in the community. Bmj, 348.

Ballas SK. (2005). Pain management of sickle cell disease.
Hematology/oncology clinics of North America. 19(5):785-802.

Clark M, Hampson SE: Implementing a cognitive behavioral therapy
intervention to improve lifestyle self-management in patients with type 2
diabetes. Endocrine 2003; 42: 245-56

Creary, M., Williamson, D., & Kulkarni, R. (2007). Sickle cell disease:
current activities, public health implications, and future directions. Journal of
women's health, 16(5), 575-582.

Dobson, K. (2010). Handbook of cognitive-behavior therapy. New
York: Guilford press.

- Dampier, C. (2020). Preliminary evaluation of the clinical implementation of cognitive-behavioral therapy for chronic pain management in pediatric sickle cell disease. *Complementary therapies in medicine*, 49, 102348.
- Freeman, A. (2005). *Encyclopedia of cognitive behavior therapy*. New York: Springer press.
- Fauci AS. {Harrisons of internal medicine}. Trans sotoodeh Nia Gh, samadani Fards H. Tehran: Nasleforda; 2005 [In persian].
- Francis, R. B. (1991). Large-vessel occlusion in sickle cell disease: pathogenesis, clinical consequences, and therapeutic implications. *Medical hypotheses*, 35(2), 88-95.
- Herrick, J. B. (1910). Peculiar elongated and sickle-shaped red blood corpuscles in a case of severe anemia. *Archives of internal medicine*, 6(5), 517-521.
- Jáuregui-Lobera, I. (2014). Iron deficiency and cognitive functions. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 10, 2087.
- Jazayeri, A. (2004). Psychological aspects of pain perception in children. *Journal of Rehabilitation*. 2(5): 64-70.
- Kharat, P. S., & Waghmare, P. P. (2015). Could anemia be the reason for dysfunctional cognition.
- Kolivand, P., Nazari Mahin, A., & Jafari, R. (2015). The Effect of Cognitive-Behavioral Therapy on Pain Intensity in Patients with Chronic Pain. *The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam*, 3(3), 70-5.
- Linda S. Thomas (2010). A PILOT STUDY: THE EFFECT OF HEALING TOUCH ON ANXIETY, STRESS, PAIN, PAIN MEDICATION USAGE, AND PHYSIOLOGICAL MEASURES IN HOSPITALIZED SICKLE CELL DISEASE ADULTS EXPERIENCING A VASO-OCCLUSIVE PAIN EPISODE.
- Leonard, A. J., Chalmers, K. A., Collins, C. E., & Patterson, A. J. (2014). The effect of nutrition knowledge and dietary iron intake on iron status in young women. *Appetite*, 81, 225-231.
- Lonergan GJ, Cline DB, Abbondanzo SL. (2001). Sickle cell anemia. *Radiographics*. 21(4):971-94.
- Murray-Kolb, L. E., Wenger, M. J., Scott, S. P., Rhoten, S. E., Lung'aho, M. G., & Haas, J. D. (2017). Consumption of iron-biofortified beans positively affects cognitive performance in 18-to 27-year-old Rwandan female college students in an 18-week randomized controlled efficacy trial. *The Journal of nutrition*, 147(11), 2109-2117.

- Mahmutoğlu, S., & Küçüközkan, T. (2017). Relationship between anemia and depressive mood in the last trimester of pregnancy. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 30(8), 977-982.
- Sigel, B. A., Kramer, T. L., Conners-Burrow, N. A., Church, J. K., Worley, K. B., & Mitrani, N. A. (2013). Statewide dissemination of trauma-focused cognitive-behavioral therapy (TF-CBT). *Children and Youth Services Review*, 35(6), 1023-1029..
- O'Keeffe, J., Carlson, B., DeStefano, L., Wenger, M., Craft, M., Hershey, L., ... & Yuan, H. (2017, July). EEG fluctuations of wake and sleep in mild cognitive impairment. In 2017 39th Annual International Conference of the IEEE Engineering in Medicine and Biology Society (EMBC) (pp. 3612-3615). IEEE.
- Pal, S., Dixit, R., Moe, S., Godinho, M. A., Abas, A. B., Ballas, S. K., & Yousuf, U. A. M. (2020). Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for pain management in sickle cell disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3).
- Rahimi, Z., Merat, A., Haghshenass, M., Madani, H., Rezaei, M., & Nagel, R. L. (2006). Plasma lipids in Iranians with sickle cell disease: hypocholesterolemia in sickle cell anemia and increase of HDL-cholesterol in sickle cell trait. *Clinica Chimica Acta*, 365(1-2), 217-220.
- Sickle Cell Disease Guideline Panel:Sickle cell disease :screening diagnosis,and managment 93-0562.Rockville,MD:Agency for Health Care Policy and Research , Public Health Services,U.S.Department of Health and Human Services.April 1993.
- Scheinman JJ. (2009). Sickle cell disease and the kidney. *Nature Clinical Practice Nephrology*. 5(2):78-88.
- Smeltzer SC,Bare BG,Hinkle JI,Cheever KH,editors,Burnner&Suddarths textbook of medical-surgical nursing.11th ed.Philadelphia:Lippincott Williams ;Wiknis;2008.P.382-5.
- Smiley D,Dagogo-Jack S,Umpierrez G.Therapy insight:metabolic and endocrine disorders in sickle cell diseases.Nat Clin Pract Endocrinol Metab 2008;4:102-9.
- Serjeant GR. (1974). Leg ulceration in sickle cell anemia. *Archives of internal medicine*. 133(4):690-4.
- Sil, S., Lai, K., Lee, J. L., Marchak, J. G., Thompson, B., Cohen, L., & Dampier, C. (2020). Preliminary evaluation of the clinical implementation of

- cognitive-behavioral therapy for chronic pain management in pediatric sickle cell disease. *Complementary therapies in medicine*, 49, 102348.
- Sickle Cell Disease: A Booklet for patients and the community written by: Adelte Inati khoriaty (M.D) Translated into Persian by: Dr. M.A. Thorn, B. E. (2017). *Cognitive therapy for chronic pain: a step-by-step guide*. Guilford Publications.
- Turk DC, Okifuji A. (2002). Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution. *J Consult Clin Psychol*. 70(3): 678-90.
- Verstovsek, S., Harrison, C. N., Kiladjian, J. J., Miller, C., Naim, A. B., Paranagama, D. C., ... & Vannucchi, A. M. (2017). Markers of iron deficiency in patients with polycythemia vera receiving ruxolitinib or best available therapy. *Leukemia research*, 56, 52-59.
- Vulser, H., Wiernik, E., Hoertel, N., Thomas, F., Pannier, B., Czernichow, S., ... & Lemogne, C. (2016). Association between depression and anemia in otherwise healthy adults. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 134(2), 150-160.
- Ware RE, Rees RC, Sarnaik SA, Iyer RV, Alvarez OA, Casella JF, et al. . (2010). Renal function in infants with sickle cell anemia: baseline data from the BABY HUG trial. *The Journal of pediatrics*. 156(1):66-70.
- Wrightj, Ahmedzai SH, The management of painful crisis in sickle cell d opin support Palliat Care 2010;4(2):97-106
- Wallen GR, Middleton KR, Ames N, Brooks AT, Handel D. Randomized Trial of Hypnosis as a Pain and symptom Management Strategy in Adults with Sickle Cell Disease *Integr Med Insights* 2014;9:25-33.
- Wallen GR, Minniti CP, Krumlauf M, Eckes E, Allen D, Oguhebe A, et al, Sleep disturbance, depression and pain in adults with sickle cell disease. *BMC Psychiatry* 2014;14(207):1-8.
- Yılmaz, E., Yılmaz, Z., Çakmak, B., Gültekin, İ. B., Çekmez, Y..
- Yuasa, N., Taniguchi, T., & Yoshida, I. (1979). Isolation and some characteristics of an agent inducing anemia in chicks. *Avian diseases*, 366-385.