

تأثیر درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به کمر درد مزمن



سمیرا معصومیان^۱، محمدرضا شعیری^۲، سید مسعود هاشمی^{۳*}

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبائی

۲- دانشیار گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه شاهد

۳- استادیار بیهوشی، فلوشیپ درد، دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۸/۱۹

تاریخ بازبینی: ۱۳۹۲/۷/۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۲/۱۵

چکیده

زمینه و هدف: پژوهش حاضر با هدف تعیین میزان اثربخشی درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به کمر درد مزمن انجام شده است.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر از نوع مطالعه‌های نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است. بدین منظور، از بین بیماران مبتلا به درد مزمن مراجعه‌کننده به کلینیک‌های درد شهر تهران، تعداد ۱۸ نفر انتخاب و به گونه‌ای تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایشی قرار گرفتند. پرسش‌نامه کیفیت زندگی (SF-۳۶)، توسط آزمودنی‌ها قبل و بعد از مداخله تکمیل شد.

یافته‌ها: نتایج آزمون یومن-وینتی حاکی از آن بود که درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) منجر به افزایش کیفیت زندگی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شد.

نتیجه‌گیری: مطابق با یافته‌های پژوهش، درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR)، منجر به بهبود کیفیت زندگی و به‌کارگیری راهبردهای کنار آمدن با درد در بیماران مبتلا به کمر درد مزمن می‌شود.

واژه‌های کلیدی: کمر درد، کیفیت زندگی، استرس

مقدمه

تجربه‌ی درد است^(۳). درد بدون شک احساسی در نقطه یا نقاطی از بدن است اما همواره ناخوشایند است و بنابراین یک تجربه هیجانی نیز محسوب می‌شود^(۴). در واقع درد مزمن دردی است غیرسرطانی که کم و بیش از تداوم برخوردار است و معمولاً دوره‌ی زمانی ۶ ماهه‌ای را به‌عنوان ملاک تشخیصی برای مزمن شدن درد در نظر می‌گیرند^(۵).

درد کمر شایعترین درد در میان جمعیت بیماران مبتلا به درد مزمن^(۶) و شایعترین علت مراجعه به پزشکان بعد از

درد شایعترین نشانه‌ای است که بیمار و پزشک با آن مواجه‌اند و هیچ کدام از علائم جسمانی دیگر به فراگیری و عمومیت درد نیست^(۱). انجمن بین‌المللی درد (IASP)، درد را به‌عنوان تجربه‌ی حسی یا هیجانی ناخوشایندی که با آسیب واقعی یا بالقوه مرتبط است تعریف می‌کند^(۲). تجربه درد از دو بعد حسی و عاطفی تشکیل می‌شود. بعد حسی درد بیانگر شدت درد و بعد عاطفی آن نشاندهنده‌ی میزان ناخوشایندی فرد از

نویسنده مسئول: سیدمسعود هاشمی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، بیمارستان اختر، کلینیک درد

ایمیل: dr.hashemi@sbm.ac.ir

فیزیولوژیکی یا رفتاری را موجب می‌شود. به واسطه تمرین و تکنیک‌های مبتنی بر ذهن آگاهی فرد نسبت به فعالیت‌های روزانه خود آگاهی پیدا می‌کند، به کارکرد اتوماتیک ذهن در دنیای گذشته و آینده آگاهی می‌یابد و از طریق آگاهی لحظه به لحظه از افکار و احساسات و حالت‌های جسمانی بر آنها کنترل پیدا می‌کند و از ذهن روزمره و اتوماتیک متمرکز بر گذشته و آینده رها می‌شود^(۱۷،۱۸).

مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی با هدف کاهش علائم روانشناختی پریشانی و افزایش کیفیت زندگی^(۱۹،۲۰) به‌طور فزاینده‌ای هم در زمینه سلامت روان و هم در زمینه سلامت جسمی به‌کار برده می‌شود^(۲۱-۲۳). هدف این مداخلات ایجاد ذهن آگاهی روشن و غیرقضاوتی از آنچه که هر لحظه متوالی در ادراک رخ می‌دهد، می‌باشد. منظور از ادراک، شامل دامنه‌ای از پدیده‌های ممکن از وضعیت‌ها و فرایندهای روان‌شناختی درونی (افکار، احساسات و تصاویر و غیره)، و اطلاعات صادره از بدن، تا محرک بیرونی وارد شده به حس‌ها می‌باشد. این رویکرد ریشه در عقاید بودایی دارد که ریشه رنج کشیدن روان‌شناختی را ناشی از ذهن قضاوتی می‌دانست که تجارب را به خوب و بد تقسیم می‌کند و اینکه باید مبارزه یا اجتناب کرد، بنابراین منجر به سطوحی از ناکامی، پریشانی، اضطراب و افسردگی می‌شود^(۲۴). مطالعات زیادی خصوصاً در سال‌های اخیر انجام شده که به اثرات MBSR در گستره‌های بالینی پرداخته است. اکثر مطالعات اثرات مفید MBSR را در نمونه‌های مختلف وضعیت‌های روان‌شناختی شامل علائم پریشانی کلی^(۲۵،۲۶)، نگرانی، نشخوار و اضطراب^(۲۷-۲۹)، درد^(۲۹،۳۰) و کیفیت زندگی^(۳۱،۳۰،۳۶)، علائم افسرده‌ساز^(۳۲،۳۰،۳۰) نشان داده است. تحقیقی توسط فلوگل و همکاران^(۳۳) با هدف بررسی میزان کیفیت زندگی افرادی که برای اولین بار در برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در کلینیک مایو شرکت کردند، انجام شد. نتایج این بررسی نشان داد از نظر آماری بهبودی به‌طور کلی در کیفیت زندگی، بهزیستی روانی، بهزیستی جسمانی، بهزیستی هیجانی، میزان فعالیت اجتماعی و بهزیستی معنوی این افراد ایجاد شده است. همچنین تغییرات مثبت در میزان درد، شدت درد،

سرماخوردگی به‌شمار می‌آید. ۲۵ درصد بیماران که به‌علت درد مزمن غیر بدخیم به درمانگاه‌های درد مراجعه می‌کنند از کم‌درد مزمن رنج می‌برند. درد مزمن بر همه‌ی وجوه زندگی فرد تاثیر می‌گذارد. زندگی کردن با درد مزمن مستلزم تحمل فشار عاطفی قابل توجهی است و همچنین درد توانایی‌های عاطفی و هیجانی فرد را کاهش می‌دهد و خواست مداوم فرد برای رهایی از آن در بیشتر اوقات دست نیافتنی می‌شود. این امر نهایتاً باعث تضعیف روحیه‌ی فرد بیمار، احساس ناامیدی، درماندگی و افسردگی در وی می‌گردد. یافته‌های موجود از این اندیشه حمایت می‌کند که درد مزمن تنها یک علامت نیست بلکه پدیده‌ای است بسیار فراتر از یک علامت یا یک نشانگان^(۷). درد مزمن با افسردگی^(۸،۹)، مشکلات خواب^(۱۰)، کاهش اشتها^(۱۱)، کاهش کیفیت زندگی کلی^(۱۲) مرتبط است. تقریباً از هر سه بیمار مبتلا به درد مزمن، یک بیمار با کاهش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (Health Related Quality of Life) و سطوح بالایی از پریشانی روان‌شناختی روبرو می‌شود^(۱۳). علاوه بر این، هنگامی که درد مزمن به‌درستی درمان نشود، اثرات زیان بخشی بر تمام جنبه‌های کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (HRQoL) در افراد مبتلا به درد می‌گذارد و ممکن است تمام ابعاد HRQoL کاهش یابد، که این مسئله یکی از شایعترین مشکلات در این بیماران می‌باشد^(۱۴). در بین درمان‌های روان‌شناختی، الگوهای متنوعی در مورد درد مزمن طراحی و مورد بررسی قرار گرفته‌اند، در میان درمان‌هایی که در دو دهه‌ی اخیر مورد توجه قرار گرفته است، برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) می‌باشد که نخستین بار توسط کابات - زین برای دامنه‌ی وسیعی از افراد مبتلا به اختلالات مرتبط با استرس و درد مزمن طراحی شده است^(۱۵). مارشال لینهان برای اولین بار به ضرورت گنجاندن ذهن آگاهی به‌عنوان یکی از مولفه‌های اساسی درمان‌های روان‌شناختی تاکید کرد^(۱۶). ذهن آگاهی به‌رشد سه کیفیت خودداری از قضاوت، آگاهی قصدمندانه و تمرکز بر لحظه کنونی در توجه فرد، نیاز دارد که توجه متمرکز بر لحظه حال پردازش تمام جنبه‌های تجربه بلاواسطه شامل فعالیت‌های شناختی،

محدودیت‌های عملکرد ناشی از درد بهبودهای معنی‌داری نشان دادند^(۱۳).

با توجه به تمهیدات یادشده و اثربخشی MBSR در گستره مشکلات بالینی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به درد مزمن و اهمیت پرداختن به متغیر یاد شده در زندگی مبتلایان به درد مزمن، مساله اساسی پژوهش حاضر این بود، که آیا برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) بر افزایش میزان کیفیت زندگی بیماران مبتلا به کم‌درد مزمن موثر است؟

مواد و روش‌ها

تحقیق حاضر در قالب طرح نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است. نمونه مورد بررسی در این پژوهش از میان بیماران زن مبتلا به کم‌درد مزمن که برای درمان به بیمارستان‌ها و کلینیک‌های درد در شهر تهران مراجعه نموده بودند، انتخاب شدند. براساس نمونه‌گیری مبتنی بر هدف، از میان این افراد، ۲۳ نفر در مرحله اولیه انتخاب شدند و به تصادف بر اساس ستون‌های اعداد تصادفی، ۹ نفر به گروه کنترل و ۱۴ نفر به گروه برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) اختصاص یافتند. با توجه به فرایند عملی درمانی، ۴ نفر در آغاز از شرکت در جلسات انصراف دادند و یک نفر نیز به دلیل شرکت نامنظم در جلسات درمانی، از اواسط فرایند مداخلات، جلسات را ترک کرد. در نهایت، در هر دو گروه ۹ نفر باقی ماندند. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها در این مطالعه عبارت بودند از: داشتن کم‌درد مزمن براساس معیارهای متخصصین درد مزمن با توجه به ملاک‌های انجمن بین‌المللی درد (IASP)، عدم استفاده از هر نوع مداخله روان‌شناختی/مشاوره‌ای دیگر، طی دوره‌ای که آزمودنی‌ها در جریان این مداخله قرار داشتند، دارا بودن مدرک تحصیلی راهنمایی و بالاتر، رضایت شرکت در دوره‌های مورد نظر و ملاک‌های خروج آزمودنی‌ها عبارت بودند از: مصرف داروهای روان‌پزشکی و یا مراجعه به متخصص رفتاری در شش ماه گذشته، عدم وجود درد مزمن و تحصیلات کمتر از راهنمایی.

میزان فرسودگی، میزان حمایت از سوی دوستان و خانواده و نگرانی‌های مالی و حقوقی مشاهده شد. بنابراین یک مداخله کوتاه مدت ذهن آگاهی به‌طور معنی‌دار کیفیت زندگی شرکت‌کنندگان را بهبود می‌بخشد. نتایج تحقیق دیگری نشان داد، برنامه مراقبه مبتنی بر ذهن آگاهی ۸ هفته‌ای برای بزرگسالان مبتلا به کم‌درد مزمن (CLBP) می‌تواند به بهبود در پذیرش درد و عملکرد جسمی منجر شود. در مقایسه با گروه کنترل گروه مداخله بهبودی معناداری در نمره کل پرسشنامه پذیرش درد مزمن و خرده مقیاس‌های درگیری فعالیت‌ها و عملکرد جسمی SF-۳۶ نشان دادند^(۳۴). در مطالعه‌ای دیگر که توسط مورن و همکاران برای مشخص کردن اثرات مراقبه ذهن آگاهی بر افراد بزرگسال مبتلا به کم‌درد مزمن (CLBP) انجام گرفت، شرکت‌کنندگان در طی جلسه مراقبه و بعد از آن گزارش کردند که مراقبه یاد شده اثرات فوری بر بهبود خلق آنها داشته است. علاوه بر این جلسات مورد نظر اثرات کلی بلندمدتی بر بهبود کیفیت زندگی شرکت‌کنندگان داشته است. همین‌طور کاهش درد، افزایش توجه، بهبود خواب، و به‌دست آوردن بهزیستی و بهتر شدن کیفیت زندگی در نتیجه مراقبه ذهن آگاهی نیز گزارش شد. این نتایج برای درمان غیر دارویی درد مزمن بزرگسالان بسیار امیدوارکننده بود^(۳۵). مطالعه‌ای توسط روزنزیوگ و همکاران به‌منظور مقایسه تغییرات در درد بدنی، سلامت مرتبط با کیفیت زندگی (HRQOL) و علائم روان‌شناختی طی ۸ هفته برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) در میان گروهی از شرکت‌کنندگان مبتلا به وضعیت‌های درد مزمن مختلف انجام شد. زیر گروه‌ها شامل بیماران آرتریت، درد کمر/گردن، و بیمارانی با دو یا بیشتر وضعیت درد بودند. بیماران تغییرات معناداری در شدت درد و محدودیت‌های عملکرد به‌علت درد مبتنی بر مداخله MBSR نشان دادند. بیماران مبتلا به سردرد/میگرن کمترین میزان بهبود در درد و سلامت مرتبط با کیفیت زندگی (HRQOL) را تجربه کردند و بیماران مبتلا به فیبرومیالگیا نیز کمترین میزان بهبود را در پریشانی روان‌شناختی داشتند. در مجموع، گروه‌های مختلف درد مزمن در این مطالعه در شدت درد،

پس آزمون به کار برده شد، پرسشنامه SF-۳۶ است. این پرسشنامه ۸ بعد کیفیت زندگی را بررسی می‌کند که دارای ۳۶ گزینه بوده و در گروه‌های مختلف سنی و بیماری‌های مختلف قابل اجراست. پایایی و روایی این پرسش‌نامه در سال ۱۹۸۸ توسط ویر و همکارانش مورد تایید قرار گرفته است^(۳۷). این پرسش‌نامه درک افراد را از کیفیت زندگی خود در ۸ بعد نشان می‌دهد. ابعاد این پرسش‌نامه شامل عملکرد جسمی، محدودیت فعالیت در اثر مشکلات جسمی، درد جسمانی، سر زندگی، سلامت کلی، سلامت روانی، محدودیت فعالیت در اثر مشکلات روحی و عملکرد اجتماعی است. اعتبار و پایایی این پرسش‌نامه در جمعیت ایرانی مورد تایید قرار گرفته است. ضرایب همسانی درونی خرده مقیاس‌های ۸ گانه بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۵ و ضرایب بازآزمایی آنها با فاصله زمانی یک هفته بین ۰/۴۹ تا ۰/۷۹ گزارش شده است^(۳۸).

در این پژوهش علاوه بر استفاده از شاخص‌های توصیفی، برای مقایسه نتایج دو گروه آزمایش و کنترل، با توجه به برقرار نبودن مفروضه‌های آمار پارامتریک، از آزمون یومن ویتنی (غیر پارامتریک) براساس تفاضل نمرات پیش آزمون و پس آزمون، استفاده شده است.

یافته‌ها

در این قسمت نخست به یافته‌های توصیفی مربوط به پیش آزمون و پس آزمون پرداخته می‌شود. سپس مقایسه نتایج یادشده به واسطه آزمون یومن ویتنی ارائه خواهد شد. نتایج مندرج در جدول ۱ نشان می‌دهد که میانگین خرده مقیاس‌های عملکرد جسمانی، کارکرد نقش - جسمی، درد بدنی، کارکرد نقش هیجانی، سلامت روانی در گروه آزمایش در پس آزمون نسبت به پیش آزمون افزایش یافته است، اما همین متغیرها در گروه کنترل در فاصله پیش آزمون و پس آزمون تغییر چندانی نکرده است. از سوی دیگر، میانگین خرده مقیاس‌های سلامت عمومی، سرزندگی در گروه آزمایش در پس آزمون نسبت به پیش آزمون افزایش یافته، اما میانگین این خرده مقیاس‌ها در

برای اعضای گروه آزمایش جلسات درمانی به صورت جلسات ۲-۲/۵ ساعت در هفته برگزار می‌گردید. در حالی که برای گروه کنترل تا پایان انجام پژوهش هیچ طرح درمانی اعمال نگردید. این برنامه درمانی به مدت ۸ هفته اجرا گردید.

در این تحقیق، از برنامه ۸ جلسه‌ای MBSR استفاده شده است^(۳۶). محتوای جلسات ۸ گانه MBSR به شرح زیر می‌باشد:

جلسه ۱) برقراری ارتباط و مفهوم‌سازی، ارائه توضیحاتی در مورد درد، لزوم استفاده از آموزش ذهن‌آگاهی، ارائه توضیحاتی پیرامون سیستم هدایت خودکار.

جلسه ۲) مرور تکلیف هفته‌ی گذشته، تمرین وارسی بدن، دادن پسخوراند و بحث در مورد تمرین وارسی بدن، تمرین مراقبه ذهن آگاهی تنفس

جلسه ۳) مرور تکلیف هفته‌ی گذشته، تمرین مراقبه نشسته، بازنگری تمرین، تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای

جلسه ۴) مرور تکلیف هفته‌ی گذشته، تمرین پنج دقیقه‌ای "دیدن یا شنیدن"، تمرین مجدد ذهن آگاهی تنفس و وارسی بدن

جلسه ۵) مرور تکلیف هفته‌ی گذشته، تمرین تنفس، مراقبه‌ی نشسته (آگاهی از تنفس، بدن، صداها، افکار)، توضیحاتی پیرامون استرس و رابطه آن با درد، بررسی آگاهی از وقایع خوشایند و ناخوشایند بر احساس، افکار و حس‌های بدنی

جلسه ۶) مرور تکلیف هفته‌ی گذشته، یوگای هشیارانه، بحث پیرامون متفاوت دیدن افکار یا افکار جانشین، مراقبه‌ی نشسته (حضور ذهن از صداها و افکار)

جلسه ۷) مرور تکلیف هفته‌ی گذشته، بهداشت خواب، تکرار تمرینات جلسات قبل، تهیه فهرستی از فعالیت‌های لذت بخش

جلسه ۸) مرور تکلیف هفته‌ی گذشته، تمرین وارسی بدن، جمع‌بندی جلسات، وارسی و بحث در مورد برنامه‌ها و ادامه تمرینات در این پژوهش، علاوه بر پرسش‌نامه محقق ساخته که برخی از شرایط مربوط به ورود و خروج آزمودنی‌ها به طرح حاضر و ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها را اتخاذ نموده، ابزار اصلی که در دو مرحله پیش آزمون و

میانگین تغییر وضعیت سلامت گزارش شده در گروه آزمایش کاهش یافته است، اما در گروه کنترل این مقادیر افزایش یافته است.

گروه کنترل کاهش یافته است. همچنین، میانگین خرده مقیاس عملکرد اجتماعی در هر دو گروه کنترل و آزمایش افزایش یافته، اما این افزایش در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بیشتر بوده است.

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی مربوط به خرده مقیاس‌های SF-۳۶ (کیفیت زندگی) در بیماران مبتلا به کمر درد مزمن در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون

تفاضل نمرات پیش - پس آزمون	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	گروه	شاخص	خرده مقیاس
۵/۱۰	-۵/۴۴	۲۴/۰۰	۱۳/۰۰	۳/۴۳	۱۸/۴۴	پیش آزمون	عملکرد جسمانی
۲/۷۸	۰/۶۶	۲۷/۰۰	۱۷/۰۰	۳/۴۰	۱۶/۸۸	پس آزمون	کنترل
۱/۳۳	-۱/۴۴	۲۱/۰۰	۱۰/۰۰	۳/۶۲	۱۶/۲۲	پیش آزمون	کارکرد نقش - جسمی
۰/۷۰	۰/۳۳	۲۲/۰۰	۱۳/۰۰	۲/۵۳	۱۶/۲۲	پس آزمون	کنترل
۲/۴۴	-۲/۷۸	۶/۰۰	۴/۰۰	۰/۷۰	۴/۳۳	پیش آزمون	درد بدنی
۱/۲۶	۰/۳۸	۸/۰۰	۴/۰۰	۱/۳۹	۵/۷۷	پس آزمون	کنترل
۴/۶۸	-۶/۱۱	۴/۰۰	۴/۰۰	۰/۷۰	۴/۰۰	پیش آزمون	سلامت عمومی
۲/۶۱	۱/۳۱	۱۰/۴۰	۷/۱۰	۱/۲۵	۸/۱۷	پس آزمون	کنترل
		۱۹/۴۰	۵/۰۰	۴/۸۶	۱۲/۵۳	پیش آزمون	
		۲۱/۴۰	۱۲/۰۰	۲/۹۵	۱۸/۶۴	پس آزمون	
		۱۸/۰۰	۶/۰۰	۳/۶۰	۱۲/۴۴	پیش آزمون	
		۱۷/۴۰	۵/۰۰	۴/۰۲	۱۱/۱۳	پس آزمون	

تفاضل نمرات پیش - پس آزمون		بیشینه	کمینه	انحراف معیار	میانگین	پیش آزمون	پس آزمون	گروه	شاخص خرده مقیاس
انحراف معیار	میانگین								
		۱۸/۰۰	۴/۰۰	۴/۶۸	۱۰/۲۲	پیش آزمون		آزمایش	سرزندگی
۵/۳۴	-۸/۵۵	۲۲/۰۰	۱۱/۰۰	۳/۳۸	۱۸/۷۷	پس آزمون		آزمایش	
		۱۸/۰۰	۵/۰۰	۴/۷۴	۹/۳۳	پیش آزمون		کنترل	
۳/۴۶	۰/۵۵	۱۵/۰۰	۵/۰۰	۳/۱۹	۸/۷۷	پس آزمون		کنترل	
		۷/۰۰	۳/۰۰	۱/۱۶	۵/۱۱	پیش آزمون		آزمایش	عملکرد اجتماعی
۲/۷۸	-۲/۶۶	۱۰/۰۰	۳/۰۰	۲/۳۳	۷/۷۷	پس آزمون		آزمایش	
		۸/۰۰	۲/۰۰	۲/۱۴	۴/۸۸	پیش آزمون		کنترل	
۱/۸۳	-۰/۱۱	۸/۰۰	۲/۰۰	۲/۰۶	۵/۰۰	پس آزمون		کنترل	
		۵/۰۰	۳/۰۰	۰/۷۳	۳/۴۴	پیش آزمون		آزمایش	کارکرد نقش هیجانی
۰/۹۷	-۲/۲۲	۶/۰۰	۵/۰۰	۰/۵۰	۵/۶۶	پس آزمون		آزمایش	
		۶/۰۰	۳/۰۰	۱/۰۱	۳/۵۵	پیش آزمون		کنترل	
۰/۶۰	-۰/۱۱	۵/۰۰	۳/۰۰	۰/۷۰	۳/۶۶	پس آزمون		کنترل	
		۲۱/۰۰	۶/۰۰	۶/۴۰	۱۴/۴۴	پیش آزمون		آزمایش	سلامت روانی
۶/۰۰	-۹/۴۴	۲۷/۰۰	۱۶/۰۰	۳/۲۵	۲۳/۸۸	پس آزمون		آزمایش	
		۲۰/۰۰	۵/۰۰	۵/۲۳	۱۳/۸۸	پیش آزمون		کنترل	
۳/۷۴	۰/۰۰	۲۱/۰۰	۸/۰۰	۴/۶۰	۱۳/۸۸	پس آزمون		کنترل	
		۵/۰۰	۱/۰۰	۱/۳۳	۳/۵۵	پیش آزمون		آزمایش	تغییر وضعیت سلامت گزارش شده
۱/۴۱	۱/۰۰	۴/۰۰	۱/۰۰	۱/۲۳	۲/۵۵	پس آزمون		آزمایش	
		۵/۰۰	۱/۰۰	۱/۴۸	۳/۷۷	پیش آزمون		کنترل	
۱/۱۳	-۰/۴۴	۵/۰۰	۲/۰۰	۱/۰۹	۴/۲۲	پس آزمون		کنترل	

۰/۰۰۱ معنادار است.

ع) در خرده مقیاس سلامت روانی گزارش شده: Z مشاهده شده ناشی از مقایسه دو گروه در مورد خرده مقیاس سلامت روانی گزارش شده، بر مبنای آزمون یومن ویتنی برابر ۳/۴۲۱- است. این میزان، با توجه به مقادیر بحرانی در سطح آلفای ۰/۰۰۱ معنادار است.

ط) خرده مقیاس تغییر وضعیت سلامت گزارش شده: Z مشاهده شده ناشی از مقایسه دو گروه در مورد خرده مقیاس تغییر وضعیت سلامت گزارش شده، بر مبنای آزمون یومن ویتنی برابر ۲/۱۸۵- است. این میزان، با توجه به مقادیر بحرانی در سطح آلفای ۰/۰۵ معنادار است. در مجموع یافته‌های مرتبط با کیفیت زندگی نشان می‌دهد که مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR)، میزان ابعاد مختلف کیفیت زندگی بیماران مبتلا به کمر درد مزمن موثر را تغییر داده است.

بحث

هدف اصلی پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به کمر درد مزمن بود. این بررسی نشان داد که مداخله یاد شده موجب افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به کمر درد مزمن شد. این یافته پژوهش با یافته‌های پیشین همسو می‌باشد^(۳۹،۳۵،۳۴،۳۳،۲۶،۱۳). همچنین، یافته‌های این پژوهش با نتایج روزنزیوگ و همکاران نیز همسو است، نتایج آنها بیان‌گر این بود که برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) بر درد بدنی، کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی بیماران با دردهای مزمن مختلف تاثیرگذار است و حضور ذهن از طریق خودتنظیمی توجه به وسیله فعالیت‌های مراقبه بر مولفه‌های عاطفی و حسی ادراک درد اثر می‌گذارد^(۱۳). این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های قبلی نیز هماهنگ می‌باشد^(۴۰،۲۹،۲۰).

از لحاظ نظری، بیماران مبتلا به درد مزمن از تمرینات ذهن آگاهی به شیوه‌های مختلفی می‌توانند سود ببرند. مشابه با درمان‌های شناختی-رفتاری، هدف ذهن آگاهی کاهش

نتایج ناشی از مقایسه دو گروه بر مبنای آزمون یومن ویتنی در دو گروه کنترل و آزمایش در جدول ۲ ارائه شده است. الف) خرده مقیاس عملکرد جسمانی: Z مشاهده شده ناشی از مقایسه دو گروه در مورد خرده مقیاس عملکرد جسمانی، بر مبنای آزمون یومن ویتنی برابر ۸۳/۲- است. این میزان، با توجه به مقادیر بحرانی در سطح آلفای ۰/۰۰۳ معنادار است.

ب) خرده مقیاس کارکرد نقش- جسمی: Z مشاهده شده ناشی از مقایسه دو گروه در مورد خرده مقیاس کارکرد نقش جسمی، بر مبنای آزمون یومن ویتنی برابر ۳/۱۷- است. این میزان، با توجه به مقادیر بحرانی در سطح آلفای ۰/۰۰۲ معنادار است.

ج) خرده مقیاس درد بدنی: Z مشاهده شده ناشی از مقایسه دو گروه در مورد خرده مقیاس درد بدنی، بر مبنای آزمون یومن ویتنی برابر ۳/۰۰۷- است. این میزان، با توجه به مقادیر بحرانی در سطح آلفای ۰/۰۰۱ معنادار است.

د) خرده مقیاس سلامت عمومی: Z مشاهده شده ناشی از مقایسه دو گروه در مورد خرده مقیاس سلامت عمومی، بر مبنای آزمون یومن ویتنی برابر ۳/۴۰۷- است. این میزان، با توجه به مقادیر بحرانی در سطح آلفای ۰/۰۰۱ معنادار است.

ه) خرده مقیاس سرزندگی: Z مشاهده شده ناشی از مقایسه دو گروه در مورد خرده مقیاس سرزندگی، بر مبنای آزمون یومن ویتنی برابر ۳/۱۴۶- است. این میزان، با توجه به مقادیر بحرانی در سطح آلفای ۰/۰۰۱ معنادار است.

و) خرده مقیاس عملکرد اجتماعی: Z مشاهده شده ناشی از مقایسه دو گروه در مورد خرده مقیاس عملکرد اجتماعی، بر مبنای آزمون یومن ویتنی برابر ۲/۲۵۹- است. این میزان، با توجه به مقادیر بحرانی در سطح آلفای ۰/۰۲۴ معنادار است.

ز) خرده مقیاس کارکرد نقش هیجانی: Z مشاهده شده ناشی از مقایسه دو گروه در مورد خرده مقیاس کارکرد نقش هیجانی، بر مبنای آزمون یومن ویتنی برابر ۳/۲۶۷- است. این میزان، با توجه به مقادیر بحرانی در سطح آلفای

جدول ۲: مقایسه متغیرهای مربوط به کیفیت زندگی در گروه‌های آزمایش و کنترل براساس آزمون یومن ویتنی با توجه به تفاضل نمرات پیش - پس آزمون

سطح معناداری	z	میانگین رتبه	جمع رتبه	تفاضل نمرات پیش - پس آزمون		تعداد	گروه	شاخص خرده مقیاس
				انحراف معیار	میانگین			
۰/۰۰۳	-۲/۸۳	۱۳/۶۷	۱۲۳/۰۰	۵/۱۰	-۵/۴۴	۹	آزمایش	عملکرد جسمانی
		۵/۳۳	۴۸/۰۰	۲/۷۸	۰/۶۶	۹	کنترل	
۰/۰۰۲	-۳/۱۷	۱۳/۰۰	۱۱۷/۰۰	۱/۳۳	-۱/۴۴	۹	آزمایش	کارکرد نقش-جسمی
		۶/۰۰	۵۴/۰۰	۰/۷۰	۰/۳۳	۹	کنترل	
۰/۰۰۱	-۳/۰۰۷	۱۳/۶۱	۱۲۲/۵۰	۲/۴۴	-۲/۷۸	۹	آزمایش	درد بدنی
		۵/۳۹	۴۸/۵۰	۱/۲۶	۰/۳۸	۹	کنترل	
۰/۰۰۰۱	-۳/۴۰۷	۱۳/۵۰	۱۲۱/۵۰	۴/۶۸	-۶/۱۱	۹	آزمایش	سلامت عمومی
		۵/۵۰	۴۹/۵۰	۲/۶۱	۱/۳۱	۹	کنترل	
۰/۰۰۱	-۳/۱۴۶	۱۳/۷۸	۱۲۴/۰۰	۵/۳۴	-۸/۵۵	۹	آزمایش	سرزندگی
		۵/۲۲	۴۷/۰۰	۳/۴۶	۰/۵۵	۹	کنترل	
۰/۰۲۴	-۲/۲۵۹	۱۲/۳۹	۱۱۱/۵۰	۲/۷۸	-۲/۶۶	۹	آزمایش	عملکرد اجتماعی
		۶/۶۱	۵۹/۵۰	۱/۸۳	-۰/۱۱	۹	کنترل	
۰/۰۰۱	-۳/۲۶۷	۱۳/۸۳	۱۲۴/۵۰	۰/۹۷	-۲/۲۲	۹	آزمایش	کارکرد نقش هیجانی
		۵/۱۷	۴۶/۵۰	۰/۶۰	-۰/۱۱	۹	کنترل	
۰/۰۰۰۱	-۳/۴۲۱	۱۳/۵۶	۱۲۲/۰۰	۶/۰۰	-۹/۴۴	۹	آزمایش	سلامت روانی
		۵/۴۴	۴۹/۰۰	۳/۷۴	۰/۰۰	۹	کنترل	
۰/۰۰۵	-۲/۱۸۵	۶/۳۳	۵۷/۰۰	۱/۴۱	۱/۰۰	۹	آزمایش	تغییر وضعیت سلامت گزارش شده
		۱۲/۶۷	۱۱۴/۰۰	۱/۱۳	-۰/۴۴	۹	کنترل	

می‌رود با انجام تمرینات منظم ذهن آگاهی تغییرات مثبتی در برخی از کارکردهای روان‌شناختی مانند کاهش استرس، افزایش بهزیستی و سلامت روان ایجاد شود و در نهایت منجر به بهبود کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به درد مزمن شود.

عدم دوره پی‌گیری، محدود بودن نمونه‌گیری به بیماران زن مبتلا به کمر درد مزمن از محدودیت‌های پژوهش حاضر به شمار می‌رود. همچنین، ملاک‌های ورود به پژوهش، تعمیم نتایج به افراد خارج از پژوهش و سایر گروه‌های بیماران مبتلا به درد مزمن را با مشکل مواجه می‌سازد.

نتیجه‌گیری

نتایج به‌دست آمده از پژوهش حاضر بیانگر اثربخشی مداخله حاضر می‌باشد، به‌طوریکه MBSR موجب افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به کمر درد مزمن می‌شود. با توجه به نتایج این پژوهش و تأثیر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به کمر درد مزمن، پیشنهاد می‌شود در کنار درمان‌های طبی درد مزمن، از روش‌های روان‌شناختی همچون MBSR نیز استفاده شود. یافته‌های تحقیق حاضر، نشان‌گر این نکته است که وجوه مشترک مشکلات بیماران مبتلا به درد مزمن، جدای از شرایط فرهنگی، می‌تواند مورد توجه باشد.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از کلیه افرادی که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند به‌ویژه مسئولان و کارکنان کلینیک سلامت خانواده دانشگاه شاهد و همچنین از بیمارانی که با شرکت خود در پژوهش امکان اجرای آن را فراهم نمودند، قدردانی می‌نماییم.

واکنش به احساسات و افکار پریشان‌کننده همراه با تجربه درد است^(۹). نشان داده شده است، ذهن آگاهی منجر به کاهش علائم روان‌شناختی شامل اضطراب و افسردگی در بیماران مختلف می‌شود^(۴۱). ذهن آگاهی خودنظارت‌گری جسمی و هوشیاری بدن را افزایش می‌دهد که احتمالاً منجر به بهبود مکانیسم‌های بدنی و بهبود مراقبت از خود می‌شود. مشابه با آموزش آرمیدگی سنتی، مراقبه ذهن آگاهی با افزایش فعال‌سازی پاراسمپاتیک همراه است که می‌تواند به آرامش عمیق ماهیچه و کاهش تنش و برانگیختگی و در نهایت کاهش درد منجر شود^(۴۲،۴۳). ذهن آگاهی ممکن است فرد را در برابر بدعملکردی خلق مرتبط با استرس و توسط افزایش فرایندهای مقابله کردن شناختی مانند ارزیابی مجدد مثبت^(۴۴) و تقویت مهارت‌های تنظیم هیجان مانند تحمل پریشانی^(۱۶) محافظت کند.

با توجه به محتوای جلسات ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس (MBSR)، تأکید این برنامه بر به‌کارگیری تکنیک‌هایی برای کاهش استرس و مقابله با درد و هوشیار بودن نسبت به وضعیت خویش می‌باشد. رها کردن مبارزه و پذیرش وضعیت موجود بدون قضاوت، مفهوم اصلی و اساسی در برنامه MBSR است^(۳۳). در واقع، تغییر در پذیرش بدون قضاوت کردن با بهبود در کیفیت زندگی ارتباط دارد^(۳۴). هدف MBSR افزایش هشیاری لحظه حاضر می‌باشد. MBSR روشی جدید و شخصی در مقابله کردن با استرس برای فرد فراهم می‌کند. استرسورهای بیرونی بخشی از زندگی هستند و غیر قابل تغییرند، اما روش‌های مقابله با استرس و نحوه پاسخ‌دهی به استرس‌ها می‌تواند تغییر کند^(۳۳). بنابراین، از آنجا که کیفیت زندگی به‌طور معنی‌داری با استرس و افسردگی همبستگی دارد، انتظار

References

1. Gatchel R, Turk D. Psychological approaches to pain management. The Guilford Press ;1996.
2. International Association for the Study of Pain, Classification of Chronic Pain, Descriptions of Chronic Pain Syndroms and Definition of Pain Terms, Pain 1986; 31–222.
3. Turk DC, Monarch ES. Chronic Pain, In P. Kennedy, & S.Llewelyn (Eds.), The Essentials of Clinical Health Psychology 2006; 111 –134.
4. Merskey H, Lau CL, Russell ES, Brooke RI, James M, Lappano S, et al. Screening for psychiatric morbidity. The pattern of psychological illness and premorbid characteristics in four chronic pain populations. Pain 1987;30: 141–57.
5. Keef fj ,Williams DA. A Comparison of coping strategies in chronic pain patients in different age groups. j. of Gerontology 1990 ;45 : 161 –165.
6. Nicholas MK, Molloy A ,Tonkin L ,Beeston L. manage Your pain : practical and positive ways of Adapting to chronic pain: Sydney, ABC Books; 2006.
7. McCracken LM. Learning to live with the pain: acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. Pain 1999;74:21 - 7.
8. Fishbain DA, Cutler R, et al. Chronic pain-associated depression: antecedent or consequence of chronic pain? A review. Clin J Pain 1997;13:116-37.
9. Baer R A, Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review, Clinical Psychology: Science and Practice 2003,10, 125–143.
10. Benca RM, Ancoli-Israel S, et al. Special considerations in insomnia diagnosis and management: depressed, elderly, and chronic pain populations. J Clin Psychiatry 2004;8:26- 35.
11. Bosley BN, Weiner DK, et al. Is chronic nonmalignant pain associated with decreased appetite in older adults? Preliminary evidence. J Am Geriatr Soc 2004;52:247–51.
12. Cooper JK, Kohlmann T. Factors associated with health status of older Americans. Age & Ageing 2001;30:495–501.
13. Rosenzweig S, Greeso JM, Reibel DK, Green JS, Jasser SA, Beasley D. Mindfulness-based stress reduction for chronic pain conditions: Variation in treatment outcomes and role of home meditation practice. Journal of Psychosomatic Research 68 (2010) 29 – 36.
14. Reibel DK, Greeson JM, Brainard GC, Rosenzweig S. Mindfulness-based stress reduction and health-related quality of life in a heterogeneous patient population. Gen Hosp Psychiatry 2001 Jul–Aug;23(4):183–92.
15. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. Clin Psychol: Sci Pract 2003;10: 144 –56.
16. Linehan MM. Skills training manual for treating borderline personality disorder. New York (NY): Guilford Press, 1993.
17. Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. New York: Guilford Press 2002.
18. Kaplan KH, Goldenberg DL, Galvin-Nadeau M. The impact of a meditation based stress reduction program on fibromyalgia. Gen Hosp Psychiatry 1993sep;15(5):284–9.
19. Kabat-Zinn J. Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness. New York: Delacourt; 1990.
20. 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. Gen Hosp

- Psych 1982; 4: 33- 47.
21. Bishop SR. What do we really know about mindfulness-based stress reduction? *Psychosom Med* 2002; 64: 71–83.
 22. Grossman P, Niemann L, Schmidt S, Walach H. Mindfulnessbased stress reduction and health benefits: a meta-analysis. *J Psychosom Res* 2004; 57:35–43.
 23. Teasdale JD, Moore RG, Hayhurst H, Pope M, Williams S, Segal ZV. Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: empirical evidence. *J Consult Clin Psychol* 2002; 70: 275–287.
 24. Nyklíček I, Karlijn F, Kuijpers M.A. Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction Intervention on Psychological Well-being and Quality of Life: Is Increased Mindfulness Indeed the Mechanism?. *ann. behav. Med* 2008; 35:331 – 340.
 25. Speca M, Carlson LE, Goodey E, Angen M. A randomized, waitlist controlled clinical trial: the effect of a mindfulness meditationbased stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients. *Psychosom Med* 2000; 62: 613–622.
 26. Carlson LE, Speca M, Patel KD, Goodey E. Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress, and immune parameters in breast and prostate cancer outpatients. *Psychosom Med* 2003; 65:571 –581.
 27. Jain S, Shapiro SL, Swanick S, et al. A randomized controlled trial of mindfulness meditation versus relaxation training: effects on distress, positive states of mind, rumination, and distraction. *Annals Behav Med* 2007; 33: 11–21.
 28. Kabat-Zinn J, Massion AO, Kristeller J, et al. Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *Am J Psychiatr* 1992; 149: 936–943.
 29. Kabat-Zinn J, Lipworth L, Burney R. The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *J Behav Med* 1985; 8: 163–190.
 30. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *J Pers Soc Psychol*. 2003; 84: 822–848.
 31. Roth B, Robbins D. Mindfulness-based stress reduction and health-related quality of life: findings from a bilingual inner-city patient population. *Psychosom Med*. 2004; 66: 113–123.
 32. Astin JA. Stress reduction through mindfulness meditation. Effects on psychological symptomatology, sense of control, and spiritual experiences. *Psychother Psychosom*. 1997; 66: 97–106.
 33. Flugel Colle, K F. Cha, S S. Loehrer, L. Bauer, B A. Wahner-Roedler, D L. Measurement of quality of life and participant experience with the mindfulness-based stress reduction program. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 16 (2010) 36–40.
 34. Morone NE, Greco CM (2007). Mind-body interventions for chronic pain in older adults: A structured review. *Pain Med* 8:359–375.
 35. Morone NE, Greco CM, Weiner DK. Mindfulness meditation for the treatment of chronic low back pain in older adults: a randomized controlled pilot study. *Pain* 2008;134:310–9.
 36. Chaskalon M ,Wiley J & sons, *The mindful workplace: developing resilient individuals and resonant organizations with MBSR*, 2011.
 37. Ware JE, Kosinsky M, Gandek B. *SF-36 Health Survey: manual and interpretation guide*. Boston (Mass): The Health Institute, New England Medical Center, 1993.
 38. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. [The Short Form Health Survey (SF36): translation and validation study of the Iranian version] *Persian. Qual Life Res* 2005; 14(3): 875–82.
 39. Chang VY, Palesh O, Caldwell R, Glasgow N, Abramson M, Luskin, F, et al. The effects of a

- mindfulness-based stress reduction program on stress, mindfulness self-efficacy, and positive states of mind. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress* 2004;20:141-147.
40. Randolph P, Tacone A, et al. The long-term combined effects of medical treatment and a mindfulness-based behavioral program for the multidisciplinary management of chronic pain in West Texas. *Pain Digest* 1999;9:103-12.
41. Brown KW, Ryan RM, Creswell JD. Mindfulness: theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychol Inquiry* 2007; 18:211-37.
42. Greeson JM. Mindfulness research update: 2008. *Compl Health Prac Rev* 2009;14:10-8
43. Ditto B, Eclache M, Goldman N. Short-term autonomic and cardiovascular effects of mindfulness body scan meditation. *Ann Behav Med* 2006; 32:227-34.
44. Garland E, Gaylord S, Park J. The role of mindfulness in positive reappraisal. *Explore (NY)* 2009;5:37-44.

The Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction on Quality of Life of the Patients with Chronic Low Back Pain

Samira Masumian¹, Mohammad Reza Shairi², Masoud Hashemi^{2,3}

1. MA. clinical psychdogy, Allameh Tabatabaai university

2. Associate Professor of Anesthesiology, Clinical psychology, Shahed University

3. Pain fellowship, assistant professor of Anesthesiology, Shahid Beheshti University

ABSTRACT

Aim and Background: The aim of the present study was to determine the effectiveness of (Mindfulness-Based Stress Reduction) MBSR on quality of life in patients with Chronic Low back Pain (CLBP).

Materials and Methods: This research was conducted by using semi- experimental study with pretest-posttest design, using control group. So, from Patients with chronic back pain who appointed the Pain clinics in Tehran, 18 patients were selected and randomly allocated into two equal experimental and control groups. The Short Form Health Survy (sf 36) questionnaire was completed by subjects before and after the intervention.

Findings: The results of this research using Mann-Whitney Test showed that the mean Quality of Life in experimental group had increased significantly in comparison with the control group.

Conclusions: According to our findings, the Mindfulness-Based Stress Reduction Therapy leads to improvement of Quality of Life and use of coping strategie with pain in patients with chronic low back pain(CLBP).

Keywords: Back Pain, Quality of Life, Stress

► Please cite this paper as:

Masumian S, Shairi M, Hashemi M. [The Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction on Quality of Life of the Patients with Chronic Low Back Pain (persian)].JAP 2013;4(1): 25 -37.

Corresponding Author: Masoud hashemi, Pain fellowship, assistant professor of Anesthesiology, Shahid Beheshti University

Email: dr.hashemi@sbmu.ac.ir