

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۷، شماره ۳، بهار ۱۳۹۶

اثر بخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش فاجعه آمیزی و شدت درد در بیماران دارای درد مزمن عضلانی - اسکلتی



فائزه شفیعی*^۱، مریم امینی فسخودی^۲

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی خانواده درمانی، دانشگاه شهیدبهشتی، تهران، ایران

۲. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۱۲/۹

تاریخ بازبینی: ۱۳۹۵/۹/۲۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۸/۲۳

چکیده

زمینه و هدف: درد مزمن یک موقعیت تحلیل برنده و ناتوان کننده است که با برخی از متغیرهای روان شناختی همراه می شود. بنابراین، هدف مطالعه حاضر اثربخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) در کاهش فاجعه آمیزی و شدت درد در بیماران مبتلا به درد مزمن عضلانی - اسکلتی بود.

مواد و روش ها: پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به درد مزمن مراجعه کننده به کلینیک تخصصی درد تبریز در سال ۱۳۹۳ بود که از میان آنها ۴۰ بیمار با روش نمونه گیری غیرتصادفی هدفمند بر اساس تشخیص متخصص درد و انجام مصاحبه بالینی انتخاب شدند. سپس، شرکت کنندگان به شکل تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ابزارهای این پژوهش شامل مقیاس فاجعه آمیزی و مقیاس شدت دیداری درد بود که شرکت کنندگان در مراحل پیش آزمون و پس آزمون تکمیل نمودند. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از روش های آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس استفاده گردید.

نتایج و یافته ها: نتایج نشان داد که آموزش مهارت های ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس، در کاهش فاجعه آمیزی و شدت درد بیماران موثر بود.

بحث و نتیجه گیری: به کارگیری درمان های روان شناختی می تواند به کاهش مشکلات ناشی از درد در بیماران مبتلا به درد مزمن کمک کند.

کلمات کلیدی: ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس، فاجعه آمیزی، شدت درد و درد مزمن

مقدمه

اهداف بالینی، حداقل ۶ ماه تعیین شده است^(۱). طبق نظر انجمن بین المللی درد، هیچ توضیح زیستی - روانی - اجتماعی مشخصی برای درد مزمن وجود ندارد و علت درد بیش از یک سوم بیماران مبتلا به دردهای مزمن، بیماری های ارگانیکی

درد مزمن دردی است که بیشتر از زمان لازم برای بهبود یا آسیب ایجاد شده باقی بماند. بنابر معیارهای انجمن بین المللی درد، این زمان برای اهداف پژوهشی، حداقل ۳ ماه و برای

نویسنده مسئول: فائزه شفیعی، کارشناسی ارشد روانشناسی خانواده درمانی، دانشگاه شهیدبهشتی، تهران، ایران

پست الکترونیک: faezeh.shafiei@gmail.com

ماهیت کنترل نشدنی درد خود را انکار و در عین حال اثبات می‌کنند. تناقض موجود در موقعیت‌هایی از این قبیل، منجر به گرایش به رویکردهایی متعادل‌تر از قبیل رویکردهای مبتنی بر پذیرش شده است که در آن‌ها به بیمار جهت کنترل جنبه‌های قابل کنترل و پذیرش جنبه‌های غیرقابل کنترل آموزش داده می‌شود^(۱۱).

در این راستا، اخیراً رویکردهای درمانی دیگری که به درمان‌های موج سوم مشهورند، جایگزین رویکردهای درمانی پیشین شده‌اند که در آن‌ها به جای به چالش کشیدن افکار ناکارآمد، با تمرکز بر متغیرهای فراشناختی نظیر ذهن آگاهی، بر پذیرش تجربیات درونی (افکار، احساسات و هیجانات) تاکید می‌شود^(۷). در یک پژوهش، نتایج حاصل از مدل‌یابی نشان داد که آموزش تکنیک‌های ذهن آگاهی می‌تواند رابطه میان شدت درد و فاجعه‌آمیزی را در بیماران مبتلا به درد مزمن تبیین کند. به عبارتی، پس از آموزش ذهن آگاهی، فاجعه‌آمیزی به عنوان یک متغیر میانجی در رابطه با سطوح شدت درد و آسیب مربوط به درد، نقش خود را از دست می‌دهد^(۱۲). نتایج یک مطالعه مروری که شامل ده مطالعه کنترل شده (شامل دو گروه آزمایش و کنترل) بود، نشان داد که برنامه مداخله ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس به عنوان یکی از مداخلات این رویکرد، موجب بهبود مشکلات روان شناختی در بیماران با انواع دردهای مزمن می‌شود^(۱۳). همچنین، در یک پژوهش آموزش مهارت‌های ذهن آگاهی در بیماران مبتلا به دردهای مزمن عضلانی-اسکلتی، با کاهش فاجعه‌آمیزی به عنوان مهمترین و اولین مکانیسم فعال در چرخه درد مزمن، موجب کاهش سایر مکانیسم‌های درگیر در این فرایند از قبیل ترس از حرکت، ناتوانی ناشی از درد و شدت درد شد^(۷).

برنامه مداخله ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس برای اولین بار توسط کابات زین برای مدیریت دردهای مزمن طراحی و اجرا شد؛ اما مطالعه زین که در سال ۱۹۸۹ انجام گرفت، کنترل نشده بود. در واقع، اولین مطالعه کنترل شده توسط براکستین در سال ۱۹۹۹ انجام گرفت و شامل دو گروه آزمایش با ۱۵ نفر و کنترل با ۷ نفر بود که به شیوه

نمی‌باشد^(۱۴). در این راستا، نتایج اغلب پژوهش‌ها حاکی از نقش بالقوه عوامل متعددی در پیش‌بینی مزمن شدن درد در بیماران با تجربه درد، می‌باشد. این عوامل شامل فرایندهای شناختی و هیجانی، رفتارهای اجتنابی، گوش به زنگی و افکار فاجعه‌آمیز درباره درد است^(۳).

فاجعه‌آمیزی تمرکز اغراق آمیز منفی روی شدت درد، درماندگی روانشناختی و پیامدهای منفی ناشی از آن می‌باشد^(۳). فاجعه‌آمیزی به عنوان یک متغیر میانجی، نقش مهمی در مزمن شدن درد دارد^(۴). برای مثال، در یک پژوهش که بر روی ۱۶۴ بیمار مبتلا به درد انجام گرفت، نمرات آزمودنی‌ها در متغیر فاجعه‌آمیزی قبل و بعد از شرکت در مداخله آموزشی با هم مقایسه شد و نتایج نشان داد که کاهش نمرات فاجعه‌آمیزی موجب کاهش شدت درد و نیز بازگشت به کار در این افراد می‌شود^(۵). به عبارتی، تغییرات در سطوح شدت درد، مستلزم تغییرات در متغیر فاجعه‌آمیزی است^(۶). به نظر می‌رسد تحریف‌های شناختی در مکانیسم فاجعه‌آمیزی به عنوان اولین مکانیسم فعال در بیماران با تجربه درد، در تفسیر کارکرد هر یک از متغیرهای دیگر مربوط به درد نظیر شدت درد مفید باشد^(۷). در واقع، فاجعه‌آمیزی به عنوان یک فرایند فکری منفی و اغراق آمیز در طول مواجهه با درد واقعی و یا درد مورد انتظار، موجب پیشرفت درد و ناتوانی ناشی از آن می‌شود^(۸). به طور کلی، نتایج پژوهش‌های مرتبط با درمان دردهای مزمن، حاکی از آن است که روش‌های درمانی مختلف به کار برده شده برای بیماران، چندان رضایت بخش نبوده است که بیشترین آمار مربوط به درمان‌های زیستی نظیر جراحی و یا درمان‌های دارویی می‌باشد^(۹). در واقع، نتایج آماری در خصوص اثربخشی درمان‌های دارویی تنها در حدود ۰/۳۲ گزارش شده است. از طرفی، علاوه بر اثربخشی اندک این درمان‌ها، عوارض جانبی استفاده از داروها و خطر بروز اعتیاد دارویی در نتیجه مصرف مداوم آن‌ها نیز از جمله مشکلات کاربرد این روش‌ها می‌باشد^(۱۰). برخلاف این واقعیت، بیماران با درد مزمن گاهی با سرسختی زیاد به جستجو جهت یافتن راهی برای کنترل درد خود پافشاری می‌کنند. آن‌ها با پافشاری برای رهایی از درد،

توجه به‌طور مستقیم بر فاجعه‌آمیزی که به‌شکل خودکار با تفسیر کردن، پردازش‌های مفهومی و قضاوت کردن رابطه دارد، تاثیر می‌گذارد^(۳۳).

از طرفی، با وجود اینکه مطالعات پیشین نشان دادند که مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی، پذیرش را در بیماران با درد مزمن افزایش می‌دهد؛ اما نتایج این پژوهش‌ها درباره شدت درد، فاقد همسویی بود^(۱۶). برای مثال، دو مطالعه مروری شواهدی بر این اساس ارائه کردند^(۱۳ و ۲۴). در حالیکه، مطالعات بعدی حاکی از اثربخشی این مداخلات در کاهش شدت درد بیماران بود^(۲۵ و ۲۶). این موضوع توسط محققان بعدی نیز دنبال شد^(۲۷). در این راستا، فقدان مطالعات کنترل شده علاوه بر عدم همسویی نتایج پیشین، لزوم انجام پژوهش‌های بیشتر در این حوزه را تبیین می‌کند^(۱۶). با توجه به یافته‌های پژوهش‌های پیشین، پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش فاجعه‌آمیزی و شدت درد در بیماران مبتلا به دردهای مزمن عضلانی-اسکلتی انجام گرفت.

روش اجرا

پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های نیمه تجربی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و گروه کنترل می‌باشد. متغیر مستقل، روش درمانی آموزش مهارت‌های ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس و متغیرهای وابسته شامل فاجعه‌آمیزی و شدت درد بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به درد مزمن عضلانی-اسکلتی مراجعه کننده به کلینیک درد شهر تبریز در سال ۱۳۹۳ بودند که از میان آن‌ها ۴۰ بیمار زن به روش نمونه‌گیری هدفمند از طریق انجام مصاحبه بالینی توسط یک کارشناس ارشد روانشناسی بالینی و زیر نظر پزشک متخصص بیهوشی و درد انتخاب و پس از احراز شرایط ورود و خروج پژوهش وارد فرایند درمان شدند. نمونه مورد پژوهش پس از مطالعه فرم رضایت نامه و پر کردن آن به شکل تصادفی ساده ۲۰ نفر در گروه آزمایش و ۲۰ نفر در گروه کنترل گماشته شدند. دامنه سنی شرکت‌کنندگان بین ۲۵ تا ۵۱ سال بود. بسته درمانی به کار رفته شامل ۸ جلسه بود که

تصادفی در گروه‌ها قرار گرفته بودند^(۱۴). در پژوهشی با دو گروه آزمایش و کنترل، برنامه آموزشی ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس به‌طور موثر در مدیریت درد مزمن بیماران با طول دوره طولانی به‌کار رفت^(۱۴). نتایج یک مطالعه نیز حاکی از اثربخشی برنامه آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس در کاهش علائم بیماران مبتلا به انواع دردهای مزمن بود^(۱۵). همچنین، نتایج پژوهشی دیگر نشان داد که آموزش ۸ هفته برنامه مداخله ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس به بیماران با درد مزمن موجب افزایش مهارت‌های ذهن آگاهی، پذیرش درد، بهزیستی و رضایت از زندگی در آن‌ها شد که همراه با کاهش شدت درد، ناتوانی و درماندگی ناشی از درد بود^(۱۶). منظور از ذهن آگاهی، آگاهی لحظه به لحظه از حس‌های بدنی مانند احساس گرما و سرما، فشار، سوزش و درد، افکار و احساسات می‌باشد و آموزش‌های مبتنی بر ذهن آگاهی، با به‌کارگیری تکنیک‌های مراقبه و اسکن بدن در جهت افزایش فهم و آگاهی از افکار، احساسات و حس‌های بدنی خودکار و غیرارادی، برنامه‌ریزی شده است؛ به طوری که بتوان با به‌کارگیری تکنیک‌های آن، پاسخ‌های وابسته به این افکار، احساسات و حس‌های بدنی را از حالت خودکار خارج کرده و در بروز و تجربه آن‌ها تغییر ایجاد نمود^(۱۷).

بر اساس یک مدل فراشناختی از ذهن آگاهی، ذهن آگاهی به عنوان حالتی از هشیاری توصیف می‌شود که مربوط به آگاهی از تغییرات مداوم در بافتی از فرایندهای هشیاری مانند افکار، ادراکات، احساسات، هیجانات و تصاویر ذهنی می‌باشد^(۱۸). در مدل فراشناختی ذهن آگاهی، بر مشاهده کردن تجربیات بدون قضاوت کردن درباره آن‌ها تاکید شده است. به عبارتی، این مدل به عدم تمرکز بر تجربیات یا همان تمرکز زدایی اشاره می‌کند^(۱۹). در واقع، ذهن آگاهی به عنوان یک متغیر فراشناختی به تنظیم توجه کمک می‌کند و نتایج پاره‌ای از تحقیقات حاکی از تاثیر ذهن آگاهی در نقش یک متغیر فراشناختی در کاهش فاجعه‌آمیزی به عنوان یک متغیر شناختی، مشخص شده است^(۲۰). مکانیسم عمل ذهن آگاهی با خود تنظیمی و درگیر نشدن در پردازش‌های مفهومی مشخص می‌شود^(۲۱ و ۲۲). بنابراین، از نظر تئوری این نوع از

ذهنی ۴۱٪ واریانس کل، بزرگ‌نمایی ۱۰٪ واریانس کل و درماندگی ۸٪ واریانس کل را تشکیل می‌دادند. ضریب آلفا برای خرده‌مقیاس‌های نشخوار ذهنی، بزرگ‌نمایی و درماندگی به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۶۰ و ۰/۷۹ و برای نمره کل مقیاس فاجعه‌سازی درد برابر با ۰/۸۷ به دست آمد^(۲۸). در پژوهش محمدی و همکاران ضریب آلفای کرونباخ برای این خرده‌مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۶۵، ۰/۵۳، ۰/۸۱ و برای نمره کل ۰/۸۴ بود^(۲۹).

پرسشنامه شدت درد (VAS- Visual Analogue Scale): این مقیاس شامل یک خط درجه بندی شده است که ۰ به معنی عدم وجود درد و ۱۰۰ به معنی بیشترین درد ممکن است که از فرد خواسته می‌شود میزان شدت درد خود را به صورت دیداری در زمان حال، هفته گذشته و هفته آینده، بر روی هر سه خط به طور جداگانه علامت بزند. این مقیاس در پژوهش‌های متعددی به کار رفته است^(۳۰).

یافته‌ها

در پژوهش حاضر، پیش از انجام تحلیل داده‌ها به روش تحلیل کوواریانس چند متغیری، پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای هیچ یک از متغیرها معنادار نبود که این یافته حاکی از آن است که فرض نرمال بودن برقرار است. همچنین، نتایج آزمون M باکس و آزمون لوین معنادار نبودند که این یافته‌ها به ترتیب حاکی از آن است که فرض برابری ماتریس‌های کوواریانس و فرض برابری واریانس‌ها برقرار است. در جدول شماره ۱ شاخص‌های آماری میانگین و انحراف معیار فاجعه‌آمیزی و شدت درد در مراحل پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایش و گروه کنترل ارائه شده است. طبق یافته‌های این جدول، در مرحله پس آزمون میانگین فاجعه‌آمیزی گروه آزمایش (۳/۵۰) از میانگین فاجعه‌آمیزی گروه کنترل (۱/۷۳) بیشتر است. همچنین، در مرحله پس آزمون میانگین شدت درد گروه آزمایش (۲/۸۹) از میانگین شدت درد گروه کنترل (۱/۷۱) بیشتر است.

توسط پژوهشگر در کلینیک درد شهر تبریز برای گروه آزمایش آموزش داده شد.

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: کاندیدای عمل جراحی نبودن (در صورت داشتن سابقه جراحی، بیش از ۳ ماه از عمل آنها گذشته باشد)، انواع درد در ناحیه کمر، پا و ستون فقرات که حداقل ۶ ماه طول کشیده باشد، سن حداقل ۱۸ سال و حداکثر ۵۰ سال، دارا بودن سطح تحصیلات حداقل دیپلم، و امضاء رضایت‌نامه کتبی توسط بیمار. ملاک‌های خروج شامل: درد مزمن به علت داشتن عفونت، سرطان، آرتریت روماتوئید (استئو آرتریت)، تومور، شکستگی شدید مهره‌ها، کمردرد به علت انحراف ساختاری در ستون فقرات، اسکولیوزیس، کمردرد به علت بارداری، داشتن بیش از دو بار جراحی، سابقه دریافت درمان و مدیریت درد، استفاده از مواد روانگردان، سابقه ضربه مغزی یا هر بیماری دیگری که در روند تحقیق اختلال ایجاد کند.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

داده‌های حاصل از پژوهش ابتدا با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار توصیف شدند؛ سپس، با کمک شاخص آمار استنباطی تحلیل کوواریانس، تفاوت‌های موجود بین دو گروه آزمایش و کنترل بررسی شد که استفاده از این آزمون مستلزم رعایت پیش فرض‌های آماری نرمال بودن و تساوی واریانس‌ها می‌باشد. در تجزیه و تحلیل داده‌ها، تاثیر متغیرهای کنترل پیش آزمون و جنس از روی نمرات پس آزمون برداشته شد و سپس دو گروه با توجه به نمرات باقی مانده مقایسه شدند.

ابزارهای اندازه‌گیری

پرسشنامه فاجعه‌آمیز کردن (Pain Catastrophizing Scale - PCS): این مقیاس دارای ۱۳ سوال است که ۳ خرده‌مقیاس نشخوار ذهنی، بزرگ‌نمایی و درماندگی را اندازه‌گیری می‌کند و بر اساس مقیاس لیکرتی ۵ نمره‌ای (۰ تا ۴) نمره‌گذاری می‌شود^(۲۸). در یک مطالعه نشخوار

جدول شماره ۱: میانگین و انحراف معیار پیش آزمون و پس آزمون فاجعه‌آمیزی و شدت درد در گروه‌های آزمایش و کنترل

شدت درد		فاجعه آمیزی				تعداد	گروهها		
پس آزمون		پیش آزمون		پس آزمون				پیش آزمون	
SD	M	SD	M	SD	M	SD	M		
۰/۷۳	۲/۸۹	۰/۵۵	۱/۵۵	۰/۸۵	۳/۵۰	۰/۷۷	۱/۹۶	۲۰	آزمایش
۰/۶۷	۱/۷۴	۰/۶۵	۱/۷۰	۰/۶۳	۱/۸۰	۰/۶۹	۱/۸۵	۲۰	کنترل

و شدت درد تفاوت معنادار دارند ($P \leq 0/0005$). بنابراین، برای بررسی اثر بخشی آموزش مهارت‌های ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر کاهش فاجعه‌آمیزی و شدت درد از آزمون آماری تحلیل کوواریانس چند متغیری با کنترل پس آزمون استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

در جدول شماره ۲ نتایج آزمون چند متغیری برای بررسی تاثیر متغیر مستقل بر متغیر وابسته ارائه شده است. طبق یافته‌های این جدول، نتایج هر چهار آزمون حاکی از آن است که متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته موثر بوده است. به عبارت دیگر، گروه آزمایش و کنترل حداقل در یکی از متغیرهای فاجعه‌آمیزی

جدول شماره ۲: نتایج آزمون‌های چند متغیره برای فاجعه‌آمیزی و شدت درد

متغیر مستقل	آزمونها	مقدار	F	Sig	مجذور اتا (PES)
MBSR	اثر پیلایی	۰/۸۵۰	۱۷/۳۷۰	۰/۰۰۰۵	۰/۳۸۰
	لامبدای ویلکز	۰/۳۶۲	۲۸/۰۵۵	۰/۰۰۰۵	۰/۴۹۸
	اثر هاتلینگ	۲/۸۹۳	۳۹/۴۶۰	۰/۰۰۰۵	۰/۶۴۰
	بزرگترین ریشه روی	۲/۸۳۰	۷۸/۳۷۰	۰/۰۰۰۵	۰/۷۷۵

جدول شماره ۳: نتایج تفکیکی تحلیل واریانس چند متغیری گروه آزمایش و گروه کنترل

متغیرهای وابسته	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	احتمال	مجذور اتا
فاجعه آمیزی	پیش آزمون	۱/۳۲۰	۱	۱/۳۲۰	۱۵/۶۸	۰/۰۰۰۵	۰/۲۹۸
	گروه	۱۶/۵۹۰	۱	۱۶/۵۹۰	۱۸۵/۴۸۰	۰/۰۰۰۵	۰/۸۶۵
	واریانس خطا	۳/۳۰۵	۳۶	۰/۰۸۸			
	واریانس کل	۳۶۸/۳۵۹	۳۹				
شدت درد	پیش آزمون	۰/۲۴۲	۱	۰/۲۴۲	۳/۷۱۶	۰/۰۰۰۵	۰/۱۸۷
	گروه	۱/۷۸۱	۱	۱/۷۸۱	۲۸/۲۶۵	۰/۰۰۰۵	۰/۷۳۵
	واریانس خطا	۲/۳۴۶	۳۶	۰/۰۶۵			
	واریانس کل	۳۸۰/۳۴۱	۳۹				

لحظه به لحظه ديگر است. با اين حال، زمانی که ذهن به سوی افکار، احساسات، صداها و به طور کلی تجربيات منحرف می‌شود، محتوای اين تجربيات به خاطر سپرده شده و سپس توجه به آرامی اما به طور جدی به سمت اهداف محافظت شده مشخص بر می‌گردد. اين فرایند بارها تکرار می‌شود. در واقع، با به کار بردن تکنیک‌های ذهن آگاهی نظیر تمرین تنفس آگاهانه، می‌توان مجدداً برای بازگشت به زمان حال استفاده کرد. همانطور که در تکنیک مشاهده فراگیر، افکار تنها به صورت یک شی مشاهده می‌شوند نه اینکه آن‌ها ضرورتاً خود واقعیت‌اند^(۳۱).

پرواضح است افرادی که به‌هنگام تجربه درد، درگیر نشخوارهای فکری منفی درباره درد می‌شوند تا حد زیادی توانایی تمرکز بر تجربيات لحظه حال با یک دیدگاه غیرقضاوتی را از دست می‌دهند. همانطور که در مقدمه پژوهش به آن اشاره شد، ذهن آگاهی به‌عنوان یک متغیر فرا شناختی از طریق توقف پردازش‌های مفهومی به تنظیم هیجان کمک می‌کند. ولز اين نوع آگاهی را آگاهی با سطوح پایین ارزیابی‌های منفی و تحلیلی مانند گفتار درونی توصیف کرد^(۳۱). اين آگاهی همان هسته اصلی ذهن آگاهی است که در آن به جای به چالش کشیدن افکار فاجعه‌آمیز و یا تلاش برای تغییر، آن‌ها را با یک دیدگاه غیرقضاوتی می‌پذیریم. در مقابل، فاجعه‌آمیزی یک نوع تحریف شناختی است که طبق یک مدل از فاجعه‌آمیزی درد، اين فرایند شناختی درگیر فرایندهای مفهومی از محرک دردآور شده و بر تهدید آمیز بودن آن تمرکز می‌کند^(۸). بنابراین، اين دو سازه شناختی به لحاظ نظری دارای یک رابطه دوسویه مخالف هستند و جای تعجب نیست که افراد ذهن آگاه (یعنی افراد دارای صفت ذهن آگاهی) تمایل کمتری به فاجعه‌آمیز کردن درد خود داشته باشند.

به بیان دیگر، در مدل ولز بیشتر فعاليت‌های شناختی به عوامل فراشناختی که آن‌ها را ارزیابی، بازبینی و کنترل می‌کند، بستگی دارد. حال در فاجعه‌آمیزی که افکار تکرار شونده منفی (نشخوارهای فکری منفی) هسته اصلی آن را تشکیل می‌دهند، چنین ارزیابی‌هایی منجر به فعال شده فرایندهای فراشناختی می‌شود. در نتیجه، به کارگیری

طبق یافته‌های جدول شماره ۳، مداخله گروه آزمایش تاثیر معناداری بر نمرات پس آزمون داشته است که با در نظر گرفتن مجذور اتا می‌توان گفت ۰/۸۶۵ درصد تغییرات در متغیر فاجعه‌آمیزی و ۰/۷۳۵ درصد تغییرات در متغیر شدت درد ناشی از تاثیر آموزش است. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که روش درمان MBSR باعث کاهش معنادار در متغیرهای فاجعه‌آمیزی (۱۸۵/۴۸۰ و $P \leq 0/0005$) و شدت درد (۲۸/۲۶۵ و $P \leq 0/0005$) در بیماران مبتلا به درد مزمن شده است.

بحث

در پژوهش حاضر، به استناد یافته‌های تحلیل کوواریانس می‌توان نتیجه گرفت که بين دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارتی، آموزش MBSR در افراد گروه آزمایش موثر بوده است. اين یافته همسو با برخی نتایج پژوهش‌های پیشین مبنی بر اثر بخشی ذهن آگاهی در کاهش متغیرهای مربوط به درد مزمن بود^(۲۰، ۲۱-۱۲). همچنین، همسو با نتایج پژوهش‌هایی بود که در آن‌ها ذهن آگاهی با کاهش فاجعه‌آمیزی منجر به کاهش شدت درد بیماران شد^(۷-۵ و ۱۲).

معمولاً افرادی که ادراک منفی از استرس دارند، زمان زیادی را صرف تجزیه و تحلیل مسائل کرده و مسائل را به گونه‌ای منفی برداشت می‌کنند؛ لذا به تدریج محتوای اين افکار و مفاهیم به واقعیت تبدیل می‌شوند و فرد آگاهی خود را نسبت به زمان حال از دست داده و گرفتار نشخوارهای فکری می‌شود و همیشه در نگرانی به سر می‌برد. در حقیقت، به کار بردن تکنیک‌های ذهن آگاهی باعث ایجاد تغییراتی در الگوهای فکری فرد می‌شود. برای مثال، کاربرد تکنیک مشاهده افکار مرتبط با درد بدون قضاوت کردن درباره آن، می‌تواند منجر به فهم و درک اين نکته گردد که اين تجربيات تنها فکر هستند و نمایان‌گر حقیقت یا واقعیت نیستند. بنابراین، نباید باعث رفتارهای اجتنابی در بیماران شوند.

آموزش ذهن آگاهی شامل حفظ آگاهی به صورت ارادی و براساس توجه به موضوعات خاص مانند احساسات بدنی از یک

شدت درد کمتری را گزارش می‌کنند. در واقع، ذهن آگاهی به عنوان یک پدیده فراشناختی با تاثیر بر افکار فاجعه‌آمیز در بافتی از پذیرش، به کاهش ادراک درد در بیماران مبتلا به درد کمک می‌کند.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج پژوهش‌های پیشین و نیز نتیجه حاصل از پژوهش حاضر، توجه به جنبه‌های روانی بیماری خصوصا در بیماری‌های مزمن نظیر درد مزمن، می‌تواند درمان بهتر و سریع‌تر بیماران را به دنبال داشته باشد. بنابراین، شناسایی مشکلات عاطفی شایع در این بیماران و به کارگیری مداخلات روان شناختی برای آن‌ها به موازات انجام درمان‌های پزشکی، در راستای کاهش این مشکلات حائز اهمیت تلقی می‌گردد. همچنین، اطلاع‌رسانی به آحاد جامعه و خانواده‌ها برای مثال از طریق برگزاری کارگاه‌های آموزشی در زمینه مدیریت درد مزمن، می‌تواند به عنوان یک راهکار مفید در جهت پیشگیری از بروز مشکلات روان شناختی این بیماران در نظر گرفته شود.

محدودیت‌ها و پیشنهادات

خود گزارشی بودن ابزارهای به کار رفته، مهم‌ترین محدودیت پژوهش حاضر بود. بنابراین، تکرار دوباره پژوهش با ابزارهای عینی‌تر که در مقابل سوگیری‌ها مقاوم‌تر هستند، توصیه می‌شود. همچنین، بهتر است در مطالعات آتی این روش درمان با سایر درمان‌های روان‌شناختی و درمان دارویی مقایسه گردد. به‌منظور بررسی حفظ نتایج، می‌توان از دوره‌های پیگیری نیز استفاده نمود. از طرفی، برای تعمیم نتایج در هر دو جنس، پیشنهاد می‌شود که اثربخش بودن این شیوه درمانی در جنسیت مذکر نیز بررسی گردد.

تقدیر و تشکر

در پایان به رسم اخلاق و امانت‌داری علمی از همکاری و مساعدت جناب آقای دکتر محمد حسین قدرتی مسئول کلینیک درد تبریز و همچنین بیماران شرکت‌کننده در این پژوهش، تقدیر و تشکر می‌شود.

مدل‌های درمانی مبتنی بر فراشناخت نظیر ذهن آگاهی در کاهش این افکار فاجعه‌آمیز توجیه و تبیین می‌گردد. همانطور که در مقدمه پژوهش حاضر به آن اشاره گردید، نتایج پژوهش‌های پیشین در رابطه با اثربخشی آموزش تکنیک‌های ذهن آگاهی در کاهش شدت درد بیماران مبتلا به انواع دردهای مزمن، حاکی از عدم همسویی است؛ اما نتایج چندین پژوهش اخیر^(۲۶ و ۲۵، ۱۶) نشان دهنده کاهش شدت درد گزارش شده توسط بیمارانی بود که تحت آموزش تکنیک‌های ذهن آگاهی قرار گرفته بودند. این یافته‌ها همسو با نتیجه به‌دست آمده از پژوهش حاضر بود. از آنجاییکه، هسته اصلی درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی، پذیرش می‌باشد؛ آموزش این تکنیک‌ها به تدریج باعث پذیرش تحمل درد در بیماران با درد مزمن می‌شود. این پذیرش به معنی افزایش آستانه تحمل درد و در نتیجه کاهش ادراک درد می‌باشد. همچنین، پذیرش به‌عنوان یک عامل ضربه‌گیر مانع از ایجاد افکار خود به خود در پاسخ به موقعیت‌های استرس‌آمیز می‌شود. و این امر ممکن نیست مگر با تلاش برای اتخاذ یک دیدگاه غیرقضاوتی که در برخورد با شرایط تهدیدآمیز مانع از راه‌اندازی افکار فاجعه‌آمیز می‌شود. به عبارتی، پذیرش شرایط غیرقابل تغییر در این بیماران، در گروی داشتن یک دیدگاه غیرقضاوتی به‌دست می‌آید.

بنابراین از این دیدگاه، رابطه قوی میان ذهن آگاهی با جنبه‌های شناختی درد حاکی از آن است که مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی با تمرین توجه و تمرکز بر تجربیات در لحظه حال، به پرورش این فرایندهای فراشناختی کمک می‌کند. در حقیقت، این پدیده فراشناختی (یعنی ذهن آگاهی) به بیماران می‌آموزد تا از یک حالت توجه به علامت‌های مربوط به درد، با یک حالت عدم تمرکز به به سوی این علائم حرکت کنند و این عمل محقق نمی‌گردد، مگر از طریق تمرین مکرر و مستمر تمرکز و توجه به تجربیات زمان حال.

از طرفی، براساس نتایج اغلب پژوهش‌های پیشین^(۷-۵ و ۱۲)، نقش فاجعه‌آمیزی در شدت درد به اثبات رسیده است. این یافته‌ها که همسو با یافته پژوهش حاضر نیز می‌باشد، حاکی از آن است که به دنبال کاهش در افکار فاجعه‌آمیز، بیماران

References

1. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by the IASP Subcommittee on Taxonomy. *Pain* 1979; 6(3): 249.
2. Kremer R, Granot M, Yarnitsky D, Crispa K, Fadel S, Best L, Nir RR. The role of pain catastrophizing in the prediction of acute and chronic post operative pain. *The Open Pain* 2013; 6: 176-182.
3. Cano A, Leonard MT, Franz A. The significant other version of the pain catastrophizing scale (PCS-S): Preliminary validation. *Pain* 2004; 119(1-3): 26-37.
4. Lang k, Corbunova A, Christ O. The influence of pain mindfulness different aspects aspects of pain perception and affective reactivity to pain: Feasibility of opermultimethodical approach. *Mind* 2012; 3: 209-217.
5. Scott W, Wideman TH, Sulliva MJ. Clinically meaningful scores on pain catastrophizing before and after multidisciplinary rehabilitation: a prospective study of individuals with subacute pain after whiplash injury. *Clin j pain* 2014; 30(3): 183-190.
6. Turner JA, Mancl L, Aron LA. Pain- related catastrophizing: A daily process study. *Pain* 2004; 110: 103-111.
7. Schutze R, Rees C, Preece M, Schutze M. Low mindfulness predicts pain catastrophizing in a fear-avoidance model of chronic pain. *Pain* 2010; 148: 120-127.
8. Sullivan MJL, Thorn B, Haythornthwaite J, Keefe FJ, Martin M, Bradley L, Lefebvre J. Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *Clin J Pain* 2001; 17: 52-64.
9. Turk DC, Loeser JD, Monarch ES. Chronic pain: Purposs and costs of inter disciplinary pain rehabilitation programs. *Economics Neuro* 2002; 4(2): 64-69.
10. Dowell D, Haegerich TM, Chou R. CDC guideline for prescribing opioids for chronic pain- USA. *JAMA* 2016; 315(15): 1624-1645.
11. Mc Cracken LM, Zhao-O'Brien J. General psychological acceptance and chronic pain: There is more to accept than pain it self. *Eur J Pain* 2010; 14(2): 170-175.
12. Mun C, Okun M, Karoly P. Trait mindfulness and catastrophizing as mediators of the association between pain severity and pain-related impairment. *Pers & Diff* 2014; 66: 68-73.
13. Chiesa A, Serretti A. Mindfulness-based interventions for chronic pain: A systematic review of the evidence. *J Alternative & Complementary Med* 2011; 17(1): 83-93.
14. Cour P, Peterson M. Effects of mindfulness meditation on chronic pain: A randomized controlled trial. *Pain Med* 2015; 16: 641-652.
15. Cherkin DC, Sherman KJ, Balderson BH, Cook AJ, Andersson ML, Hawkes RI, Turner JA. Effects of mindfulness based stress reduction vs cognitive behavioral therapy or usual care on back pain and functional limitations in adults with chronic low back pain: Arandomized clinical trial. *JAMA* 2016, 315: 1240-1249.
16. Henriksson J, Wasara E, Ronnlund M. Effects of eight-week web-based mindfulness training on pain intensity, pain acceptance, and life satisfaction in individuals with chronic pain. *Pschol Rep* 2016; 119(3): 586-607.
17. Ma SH, Teasdale JD. Mindfulness based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential relaps prevention effects. *J Consult Clin Psychol* 2004; 72(1): 31-40.
18. Kabat-Zinn J. Mindfulness- based interventions in context: Past, present, and future. *Clin Psychol: Sci & Cog* 2003; 10: 144-156.
19. Jankowski T, Holas P. Metacognitive of mindfulness. *Consciousness & Cog* 2014; 28: 64-80.

20. Williams AC, McCracken L. Cognitive-Behavioral Therapy for chronic pain: An overview with specific reference to fear and avoidance. In: Asmundson GJ, Vlaeyen JW, Crombez G, editors. *Understanding and Treating Fear of Pain*. Oxford: Oxford University Press, 2004. pp. 293-312.
21. Wells A. Detached mindfulness in cognitive therapy: A metacognitive analysis and ten techniques. *J Rat-Emot Cogn Behav Ther* 2005; 23: 337-355.
22. Mc Cracken LM, Keogh E. Acceptance, mindfulness, and values-based action may counteract fear and avoidance of emotions in chronic pain: An analysis of anxiety sensitivity. *Pain* 2009;10: 408-415.
23. Sullivan MJ, Lynch ME, Clark AJ. Dimensions of catastrophic thinking associated with pain experience and disability in patients with neuropathic pain conditions. *Pain* 2005; 113: 310-315.
24. Veehof MM, Oskam M, Schreurs KG, Bohlmeijer ET. Acceptance based interventions for the treatment of chronic pain: A systematic review and meta-analysis *pain* 2011; 152(3): 533-542.
25. Reiner K, Tibi L, Lipsitz JD. Do mindfulness- based interventions reduce pain intensity? A critical review of the literature. *Pain Med* 2013; 14 (2): 230-242.
26. Dowed H, Hogan MJ, Mc Guire BE, Danis MC, Sarma KM, Zautra AJ. Comparison of an online mindfulness-based cognitive therapy interventions with online pain management psychoeducation: A randomized controlled study. *Clin J Pain* 2015; 31(6): 517-527.
27. Bava FL, Mercer SW, Atherton RJ, Clague F, Keen A, Scott NW, Bond CM. Does mindfulness improve outcoms in patients with chronic pain? A systematic review and meta- analysis. *British J General Prac* 2015; 65: 387-400.
28. Sullivan MJL, Bishop SR, Pivik J. The Pain Catastrophizing Scale: Development and validation. *Psychol Assess* 1995; 7(4): 524-32.
29. Mohammadi S, Dehghani M, Heidari M, Sedaghat M, Khatibi A. The evaluation of pain- related psychological similarities among patients with musculoskeletal chronic pain and their spouses *J Behave Sci* 2013; 7(1): 57-66.
30. Khatibi A, Dehghani M, Sharpe L, Asmundson GJG, Pouretamad H. Selective attention towards painful faces among chronic pain patients: Evidence from a modified version of the dot-probe. *Pain* 2009; 142(1-2): 42-7.
31. Golpour Chamar Kohee R, Mohammad amini G. Mindfulness-based stress reduction to improve the effectiveness in student with test anxiety. *J Sch Psychol* 2011; 1(3): 82-100.

Efficacy of mindfulness-based Stress reduction on reducing catastrophizing and pain intensity in patients suffering chronic musculoskeletal pain

Faezeh Shafiei*¹, Maryam Amini Fasakhoudi²

1. Master of Clinical Psychology, Shahidbeheshhti University, Tehran, Iran.

2. Master of Clinical Psychology, Tabriz University, Tehran, Iran.

ABSTRACT

Aim and Background: Chronic pain is a degenerative and disabling situation which is accompanied by several psychological variables. Therefore, this study aimed at investigating results the effectiveness of mindfulness-based stress reduction (MBSR) in reduction of catastrophizing, and pain intensity in patients suffering musculoskeletal chronic pain.

Materials and methods: The present study was an sub - experimental study with pre-test and post-test design and a control group. The study statistical population included all the patients with musculoskeletal chronic pain referred to the professional clinic of pain of Tabriz in 2014 who overall, 40 patients were selected through purposive non-random sampling method based on pain specialist diagnosis, and clinical interview. Then participants were randomly allocated into two experimental and control groups. The instrumentals of this study were catastrophizing scale (PCS) and visual analog scale (VAS) who participants completed in pre-test and post-test. Descriptive statistical methods and covariance analysis were used for analysis of the data.

Findings: The results showed that training mindfulness based stress was effective in reducing catastrophizing, and pain intensity in patients.

Conclusion: Performing psychological treatments beside medicine treatment is effective in treating patients suffering chronic musculoskeletal pain.

Keywords: Mindfulness based stress reduction, catastrophizing, pain intensity. and chronic musculoskeletal pain.

► Please cite this paper as:

Shafiei F, amini fasakhoudi M. [Efficacy of mindfulness-based stress reduction on reducing catastrophizing and pain intensity in patients suffering chronic musculoskeletal pain (Persian)]. J Anesth Pain 2017;7(2):1-10.

Corresponding Author: faezeh shafiei, Master of Clinical Psychology, Shahidbeheshhti University, Tehran, Iran.

Email: faezeh.shafiei@gmail.com