

تاثیر برنامه کاهش استرس بهشیاری محور گروهی بر شدت فیبرومیالژی

The effect of group mindfulness-based stress reduction program on the severity of fibromyalgia

Isaac Rahimian Boogar*

University of Semnan

Mohammad Ali Besharat

University of Tehran

اسحق رحیمیان بوگر*

دانشگاه سمنان

محمدعلی بشارت

دانشگاه تهران

Abstract

The purpose of this study was to investigate the effect of group administered form of mindfulness-based stress reduction program for fibromyalgia severity. In a quasi-experimental design, a randomized controlled trial with baseline, post treatment, and follow-up assessments along with control group was conducted. Twenty-five patients with fibromyalgia by convenience sampling selected from patients attending Parsian Hospital in Tehran. Participants were randomly assigned to either the experimental group ($n = 13$; under administration of mindfulness-based stress reduction program in 8 group sessions once a week) or control group ($n = 12$). All participants completed a questionnaire requesting demographic information and the Combined Index of Severity of Fibromyalgia (ICAF) in three phases of baseline, post treatment and follow-up. Results of analysis of variance with repeated measures indicated that the patients receiving the mindfulness-based stress reduction program reported less severity of fibromyalgia and overall better functioning than control group patients in post treatment (3 months after the baseline assessment) and follow-up (9 months after the baseline assessment) periods. According to the results, group mindfulness-based stress reduction program is an effective method in decreasing the severity of fibromyalgia. Implications for further research and possible clinical applications are discussed.

Keywords: stress, mindfulness, depression, fibromyalgia

چکیده

هدف مطالعه حاضر بررسی اثربخشی برنامه کاهش استرس بهشیاری محور به شکل گروهی بر شدت فیبرومیالژی بود. در یک طرح شبه آزمایشی، یک کارآزمایی کنترل شده تصادفی با سنجش در خط پایه، پس از مداخله و پی گیری با گروه کنترل انجام گرفت. تعداد ۲۵ بیمار با تشخیص فیبرومیالژی از میان بیماران مراجعه کننده به بیمارستان پارسیان شهر تهران به صورت در دسترس انتخاب شدند و به طور تصادفی به گروه آزمایش ($n = 13$)؛ تحت برنامه کاهش استرس بهشیاری محور طی ۸ جلسه گروهی یک بار در هفته) و گروه کنترل ($n = 12$) گماشته شدند. کلیه شرکت کنندگان پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی و شاخص ترکیبی شدت فیبرومیالژی (ICAF) را در سه مرحله خط پایه، پس از مداخله و پی گیری تکمیل کردند. نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر نشان داد که بیماران دریافت کننده برنامه کاهش استرس بهشیاری محور در دو مرحله پس از مداخله (سه ماه بعد از سنجش خط پایه) و پی گیری (۹ ماه پس از سنجش خط پایه) شدت پایین تر فیبرومیالژی را گزارش کردند و عملکرد کلی آنان در مقایسه با گروه کنترل بهتر شده بود. طبق نتایج این پژوهش، برنامه کاهش استرس بهشیاری محور به شیوه گروهی روش موثری برای کاهش شدت فیبرومیالژی است. این یافته دارای دستاوردهای کاربردی برای مسیرهای پژوهشی در آینده و نیز کار بالینی در این زمینه است.

واژه های کلیدی: استرس، بهشیاری، افسردگی، فیبرومیالژی

*نشانی پستی نویسنده: سمنان، دانشگاه سمنان، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، گروه روانشناسی بالینی. پست الکترونیکی: eshaghrAhimian@yahoo.com

Received: 09 Apr 2012 Accepted: 16 Dec 2012

دریافت: ۹۱/۰۱/۲۱ پذیرش: ۹۱/۰۹/۲۶

مقدمه

فیبرومیالژی^۱ سندرم شایع و ناتوان کننده‌ای است که با درد پراکنده و چندجانبه عضلانی- استخوانی، وجود نقاط چندگانه و ناپایدار حساس به درد، آشفتگی خواب، خستگی و انعطاف‌ناپذیری عضلانی مشخص است (ولف، کلاو، فیتچارلز، گلدنبرگ، کتز و همکاران، ۲۰۱۰؛ ولفولک، آلن و آپتر، ۲۰۱۲). تخمین زده می‌شود که فیبرومیالژی به طور تقریبی ۲٪ تا ۷٪ جمعیت عمومی را تحت تاثیر قرار می‌دهد (بنت، ۲۰۰۹؛ بنورت، بلاتمن، لی، کابر، اندر و همکاران، ۲۰۰۹؛ ولف و هازر، ۲۰۱۱). بیماران دارای تشخیص فیبرومیالژی از خدمات مراقبت بهداشتی زیاد از حد استفاده می‌کنند و نیز دارای میزان بالایی از ناتوانی و اختلال در عملکرد هستند (اسمیت و بارکین، ۲۰۱۱؛ اسمیت، هاریس و کلابو، ۲۰۱۱).

در شرایط کنونی، درمان‌های روانشناختی متعددی در فیبرومیالژی به کار رفته‌اند که نتایج نسبتاً مفیدی در بهبود درد، خواب، افسردگی، فاجعه‌نمایی و وضعیت عملکردی این بیماران داشته‌اند که در این میان درمان‌های شناختی رفتاری و مداخلاتی که از فنون این درمان‌ها استفاده می‌کنند دارای بالاترین اندازه اثر بوده‌اند (گلوبیوسکی، ساویر، گاترمن، کوپینگ، ریف و همکاران، ۲۰۱۰). مداخلات روانشناختی در بهبود علائم فیبرومیالژی مداخلاتی امیدوارکننده و مناسب‌تر از اثرات کوتاه مدت درمان‌های دارویی در کنترل علائم فیبرومیالژی هستند (تایم و گراسلی، ۲۰۰۹؛ هاسر، برناردی، آرنولد، اوفنباخر و شیلتنولف، ۲۰۰۹). اثرات ثابت طولانی مدت مداخله روانشناختی در بهبود علائم فیبرومیالژی نشان می‌دهد که این مداخلات ممکن است در مقایسه با دیگر مداخلات غیر روانشناختی که تنها اثرات کوتاه مدت دارند، مناسب‌تر باشند (هاسر، اشموتزر، براهلر و گلسمر، ۲۰۰۹).

در واقع اگرچه برخی از درمان‌های دارویی مزایای متوسطی داشته‌اند، اما درمان‌های روانشناختی نظیر درمان شناختی- رفتاری و درمان به‌شیراری‌محور^۲ از لحاظ بالینی به طور معناداری باعث بهبود در اکثریت این بیماران می‌گردد

(لاش، سالمون، فلویید، استارز، ویسبرگ و همکاران، ۲۰۰۹؛ لنگ، کرون- گریمبرگ و پیترومن، ۲۰۱۱). پیشینه پژوهشی آزمایش‌های کنترل شده تصادفی نیز نشان می‌دهد که اگرچه عامل‌های دارویی در کنترل علائم فیبرومیالژی دارای تاثیرات متوسطی هستند، اما این مداخلات باعث رهایی اندک بیماران فیبرومیالژیک از علائم ناخوشایند طی زمان می‌شوند (گلوبیوسکی، ساویر، گاترمن، کونینگ، ریف و همکاران، ۲۰۱۰). از طرفی، مداخلات روانی اجتماعی از جمله درمان‌های شناختی- رفتاری، مواجهه هیجانی و آموزش به‌شیراری مزایایی مهم در تسکین علائم فیبرومیالژی داشته‌اند (گروسمن، تیفتنلر- گیلمر، رایز و کسپر، ۲۰۰۷؛ لاملی، ۲۰۱۱). اگرچه در بررسی‌های مروری تجربی در مورد کارآمدی مداخلات روانشناختی برخی مطالعات نتایج آمیخته‌ای داشته‌اند و نشان داده‌اند که این درمان‌ها در درمان فیبرومیالژی دارای اندازه اثر پایین تا متوسط بوده‌اند، اما اغلب مطالعات نشان داده‌اند که طی درمان و چندی پس از آن موثر بوده‌اند (اشمیت، گروسمن، شوارزر، جنا، نامن و همکاران، ۲۰۱۱؛ کاشیکار- ذاک، تینگ، آرنولد، بین، پاورس و همکاران، ۲۰۱۲؛ وازکیوز- ریورا، گونزالس- بلنچ، رودریگز- مویا، مورون، گونزالس- ویوس و همکاران، ۲۰۰۹).

تا به امروز نتایج مداخلات شناختی- رفتاری به دو صورت فردی و گروهی در بیماران مبتلا به فیبرومیالژی بررسی شده است. اما این مداخلات بیش از آن که متناسب با جمعیت پزشکی باشند، برای جمعیت‌های روانپزشکی و یا جمعیت‌های عمومی مناسب‌تر بوده‌اند. بنابراین، فرض می‌شود که اجرای برنامه کاهش استرس به‌شیراری‌محور^۳ (MBSR) به صورت متناسب شده برای بیماران فیبرومیالژیک با طرحی شبه‌آزمایشی و کنترل شده، اثرات قدرتمندتری نسبت به مداخله فردی یا گروهی با این روش به شکل عام برای شدت علائم این بیماران داشته باشد که در مطالعات قبلی مورد بررسی قرار گرفته‌اند. اگرچه در ایران پژوهشی مشابه موجود نیست، اما در جوامع دیگر مطالعات مشابهی در این زمینه انجام گرفته است. در مطالعه‌ای ولفولک و همکاران (۲۰۱۲) اثر

1. Fibromyalgia (FM)
2. mindfulness-based

3. mindfulness-based behavior cognitive therapy

قرار نگرفته‌اند، لذا این خلاء پژوهشی در این مطالعه مورد بررسی قرار می‌گیرد. همچنین عدم بررسی چنین مدلی در میان بیماران فیبرومیالژیک ایرانی خلاء دیگر است که با این مطالعه پر خواهد شد و نتیجه چنین مطالعه‌ای به عنوان مبنایی مقدماتی برای بررسی‌های بیشتر و نیز طراحی مداخلات متناسب شده برای این بیماران ثمربخش خواهد بود. در واقع این مدل مداخله برای بیماران دارای علائم جسمی کارکردی، بسیار مناسب است (اشمیت و همکاران، ۲۰۱۱). بنابراین، هدف مطالعه حاضر، بررسی اثربخشی برنامه کاهش استرس به‌شیری محور به روش گروهی بر شدت فیبرومیالژی در یک کارآزمایی بالینی همراه با پی‌گیری است. فرض می‌شود که برنامه کاهش استرس به‌شیری محور به روش گروهی بر شدت فیبرومیالژی پس از مداخله و پیگیری موثر است.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش: طرح مطالعه حاضر شبه‌آزمایشی است که طی آن در یک کارآزمایی بالینی کنترل‌شده تصادفی و دو سرکور، بیماران دارای تشخیص فیبرومیالژی به طور تصادفی به یکی از دو گروه افراد تحت جلسات هفتگی برنامه کاهش استرس به‌شیری محور به روش گروهی (گروه آزمایش) و گروه افراد فاقد مداخله (گروه کنترل) قرار گرفتند. جامعه آماری مطالعه حاضر مردان و زنانی بودند که به درمانگاه داخلی بیمارستان پارسیان شهر تهران طی مرداد ماه تا مهر ماه ۱۳۹۰ مراجعه می‌کردند. از میان این بیماران، تعداد ۲۵ نفر (۱۲ مرد و ۱۳ زن) در دامنه سنی ۲۷ تا ۵۳ سال به صورت در دسترس انتخاب شدند و به طور تصادفی به گروه آزمایش شامل ۱۳ نفر (۷ مرد و ۶ زن) و گروه کنترل شامل ۱۲ نفر (۵ مرد و ۷ زن) اختصاص یافتند. نمونه پژوهش طبق نظر پزشک متخصص واجد معیار تشخیصی ACR^۲ برای فیبرومیالژی بودند. تشخیص فیبرومیالژی علاوه بر معیار ACR به‌وسیله شرح حال پزشکی توسط متخصصان روماتولوژیست تایید شد. افرادی که تظاهرات بالینی زیر را نشان می‌دادند، از مطالعه خارج شدند: (۱) درد ناشی از آسیب

درمان شناختی رفتاری به شیوه فردی با استفاده از آموزش آرمیدگی، تنظیم فعالیت، تسهیل آگاهی هیجانی، بازسازی شناختی و آموزش ارتباط بین فردی را در علائم فیبرومیالژی بررسی کردند و نشان دادند که این درمان متناسب شده برای بیماران فیبرومیالژیک طی یک دوره ۹ ماهه اثربخش باقی مانده است. همچنین، مطالعات انجام شده نشان داده‌اند که درمان‌های به‌شیری محور کارایی مناسبی در حالات جسمانی دارند و در ترکیب با فنون شناختی- رفتاری و به شکل درمان متناسب شده برای فیبرومیالژی با تقویت مجموعه مهارت‌های مقابله‌ای بیمار قادر خواهند بود شدت علائم را در طولانی مدت کنترل نمایند (اشمیت و همکاران، ۲۰۱۱؛ وان سون، نیکلیک، پاپ و پاور، ۲۰۱۱؛ هافمن، ساویر، ویت و اوه، ۲۰۱۰). در واقع، ابراز عواطف توأم با به‌شیری یک رویکرد درمانی است که در تلفیق با فنون شناختی- رفتاری کاهش استرس و تنش، اثرات درمان‌ها را بالا می‌برد (بایر، ۲۰۰۹). در واقع، مولفه به‌شیری ابزار قدرتمند بالینی برای بیمارانی است که نمی‌توانند و یا تمایلی ندارند به هیجان‌ها و عواطف خود دسترسی یافته و آنها را تجربه نمایند (اشمیت و همکاران، ۲۰۱۱). بنابراین، رویکرد درمانی مورد استفاده در این مطالعه کاهش استرس به‌شیری محور (MBSR) به شکل گروهی است که متناسب با علائم خاص بیماران فیبرومیالژیک بر اساس مدل‌های درمان شناختی رفتاری- عاطفی (ACBT)^۱ و لفلوک، آلن و آپتر (۲۰۱۲)، مدل کاهش استرس به‌شیری محور (MBSR) اشمیت و همکاران (۲۰۱۱) و نیز مدل درمان شناختی- رفتاری متناسب شده وان کولیل و همکاران (۲۰۰۸) برای بیماران فیبرومیالژیک طراحی شده است. اصل مدل مداخله نیز مربوط به کابات- زین (۱۹۹۰، ۲۰۰۳، ۲۰۰۵) است. اغلب پژوهش‌ها نشان داده‌اند که کاهش استرس به‌شیری محور (MBSR) واجد پیامدهای مفیدی در سلامتی آموزش‌گیرندگان است (دیدونا، ۲۰۰۹؛ گروسمن، نیمن، اشمیت و والاچ، ۲۰۰۴). با توجه به این که در این سه مدل مطرح‌شده و نیز دیگر مدل‌های مداخله‌ای مشابه رویکردهای اثربخش درمانی برای فیبرومیالژی در ترکیب با هم به شکل گروهی مورد استفاده

2. American College of Rheumatology (ACR)

1. Affective-Cognitive Behavioral Therapy (ACBT)

گرفتن در وضعیت مراقبه^۵ با تمرکز توجه بر تنفس، یوگای بهشیار^۶، قرار گرفتن در وضعیت مراقبه فراتر از تمرکز و نیز توجه به آگاهی بدون انتخاب^۷ بود. مراقبه‌های دیگری نیز در جلسه تمام روز (۷ ساعته) تمرین یا تقویت شد که شامل مراقبه در حالت قدم زدن^۸، مراقبه در حالت دوستی-مهربانی^۹ و مراقبه با تجربه اوج^{۱۰} بود. برنامه اصلی این مداخله بر اساس جامعه محلی، موقعیت و عوامل مربوط به مربی قابل تعدیل است. موضوع جلسه اول برنامه MBSR، صادق و روراست بودن با خود بود. در این جلسه نحوه شناسایی مشکلات تمرکز، فرصت‌های تقویت تمرکز، نحوه کاربرد آگاهی در لحظه حاضر^{۱۱} از احساسات بدنی، تفکرات و هیجان‌ها در کاهش استرس، نقش مهم لحظه حاضر در یادگیری، رشد و تغییر، و شناخت ماهیت حضور ذهن آموزش داده شد. تمرین ارایه شده در این جلسه آگاهی از تنفس و اسکن بدن بود. موضوع جلسه دوم، ادراک و پاسخ‌دهی خلاق بود. در این جلسه، نحوه تاثیر دیدگاه افراد بر نوع پاسخ‌دهی آنها، و تاثیر کنترل و مدیریت وقایع بر بدن و ذهن آموزش داده شد. تمرین تقویت شده در این جلسه اسکن بدن و تمرین ارایه شده نیز در حالت مراقبه^{۱۲} قرارگرفتن (تمرکز بر آگاهی از تنفس) بود. موضوع جلسه سوم، احساس لذت و قدرت در حال حاضر بودن و زیستن در لحظه کنونی بود. در این جلسه تاثیر تمرکز بر موارد ناخوشایندی نظیر بحران یا درد بر از دست دادن لحظه‌های لذت‌بخش زندگی، و نحوه فهم عمیق‌تر و تماس با لحظه حاضر با تشکیل مثلث آگاهی- آگاهی از احساسات بدنی، آگاهی از افکار و آگاهی از هیجان‌ها- طی زمان‌های بحران یا درد آموزش داده شد. تمرین ارایه شده در این جلسه یوگای بهشیار و تمرین‌های تقویت شده نیز اسکن بدن و نشستن با حضور ذهن (آگاهی از تنفس) بود. موضوع جلسه چهارم، سایه استرس و ترس از آن بود. در این جلسه اثر بهشیاری بر کاهش پیامدهای فیزیولوژیکی و

ترماتیک یا حوادث و سوانح، ۲) درد ناشی از بیماری روماتیسم ساختاری یا ناحیه‌ای، رماتیسم آرتروئید^۱، آرتروز التهابی^۲، بیماری خود ایمن^۳، بیماری‌های روانپزشکی یا پزشکی شدید و دارای علائم حاد، ۳) ایده‌پردازی فعال خودکشی، ۴) سابقه سایکوز، ۵) وابستگی کنونی به مواد روان گردان، ۶) وابستگی به یک رژیم دارویی طی حداقل ۲ ماه قبل از مطالعه (خط پایه سنجش). همچنین، زنان در وضعیت بارداری و افراد شرکت‌کننده در انواع روان‌درمانی‌ها و آموزش‌های روانی به طور همزمان با دوره بین سنجش خط پایه و نقطه پس از مداخله (۳ ماه بعد از خط پایه) نیز از مطالعه خارج شدند. شرکت‌کنندگان در سه نوبت، یعنی در خط پایه قبل از مداخله در گروه آزمایش، سه ماه بعد از خط پایه (مرحله پس از مداخله) و ۹ ماه بعد از خط پایه (مرحله پیگیری) مورد سنجش قرار گرفتند. مطالعه در درمانگاه داخلی بیمارستان پارسیان شهر تهران توسط دو متخصص روانشناسی بالینی در سطح کارشناسی ارشد و دکتری با آشنایی لازم از روش مداخله انجام گرفت. رضایت آگاهانه به شکل مکتوب از شرکت‌کنندگان اخذ شد. معیارهای اخلاقی پژوهش نظیر حفظ اسرار شرکت‌کنندگان، حمایت از رفاه و راحتی آنان در مطالعه و امکان ترک پژوهش در هر مقطعی از مطالعه برای کلیه شرکت‌کنندگان برقرار بود.

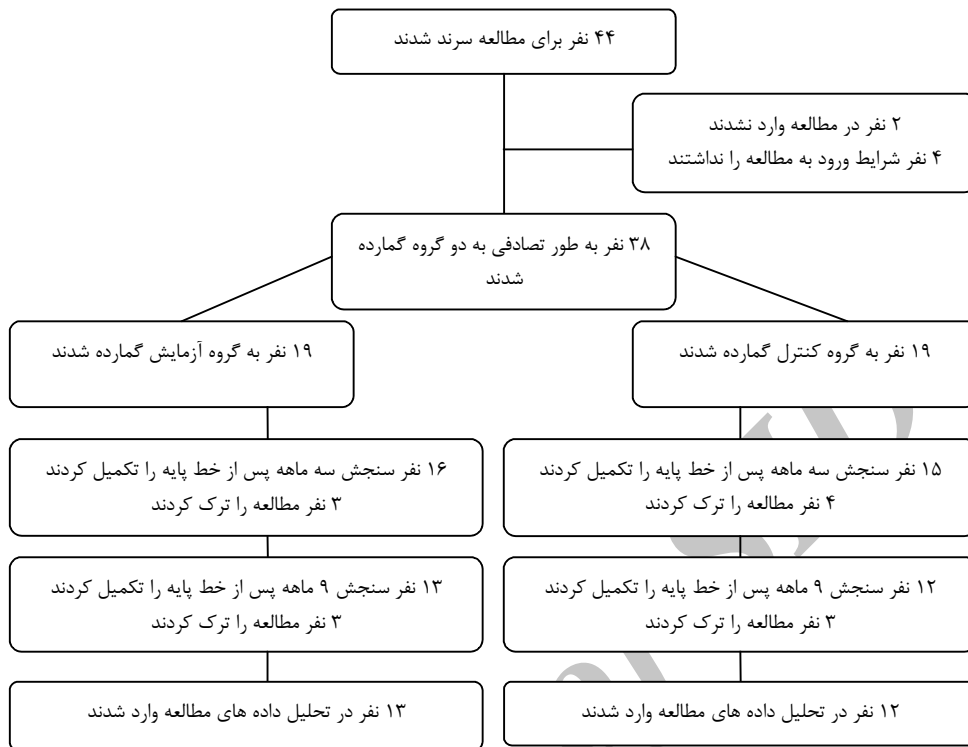
خلاصه راهنمای برنامه MBSR: برنامه MBSR مداخله‌ای هشت هفته‌ای است و در ۹ جلسه آموزشی، تجربی و بیمار محور اجرا می‌شود (کابات- زین، ۱۹۹۰). شرکت‌کنندگان در جلسات ۲ و نیم ساعته یک‌بار در هفته به مدت هشت هفته با یک روز کامل (۷ ساعت) کلاسی بین جلسات ششم و هفتم به شکل گروهی وارد فرایند برنامه شدند. زمان کلاسی هر هفته با تمرین‌های مشخص مراقبه، ارایه موضوعات آموزشی معین توسط مربی، بحث‌های گروه کوچک و بزرگ و نیز تحقیق طی زمان جلسه گروهی با افراد در مورد تجارب لحظه حاضر آنان سپری شد. تمرین‌های اصلی بهشیاری شامل اسکن بدن^۴، قرار

5. sitting meditation
6. mindful Hatha yoga
7. choiceless awareness
8. walking meditation
9. loving-kindness meditation
10. mountain experience meditation
11. present-moment awareness
12. meditation

1. rheumatoid arthritis
2. inflammatory arthritis
3. autoimmune disease
4. body scan

نسبت به خود و دیگران بود. در این جلسه، نحوه پیدایش نگرش‌ها و تدابیری برای کمک به گسترش گرایش به تجربه‌پذیری، بخشندگی و پذیرا بودن در حالت مراقبه آموزش و نحوه کار مداوم در زمینه ارتباط بین فردی داده شد. تمرین‌های تقویت شده این جلسه، قرار گرفتن در وضعیت مراقبه (آگاهی بدون انتخاب) و مراقبه در حالت دوستی-مهربانی بود. موضوع جلسه هشتم، بررسی راهکارهای به‌شیری برای زندگی آینده بود. چگونگی حفظ تمرکز لحظه به لحظه و نیز آگاهی از چگونگی گسترش تمرین‌های به‌شیری شرکت‌کنندگان طی هفته‌های گذشته تا این جلسه آموزش داده شد. منابعی نظیر کتاب‌ها، ضبط صوت‌ها، برنامه‌های پیشرفته و فرصت‌های دیگر برای تمرین در جامعه خارج از درمان برای حمایت از تداوم تمرین‌های حضور ذهن ارائه شد. تمرین‌های مراقبه و فرصت‌هایی برای مشارکت با دیگران و نحوه تداوم سیر مداخله نیز صورت گرفت. تمرین‌های تقویت شده در این جلسه نیز اسکن بدن، تداوم و گسترش مراقبه، نشستن در وضع مراقبه همراه با آگاهی بدون انتخاب و دوستی-مهربانی بود. شرکت‌کنندگان در این مطالعه با استفاده از توالی اعداد تصادفی توسط کامپیوتر انتخاب و به گروه‌های آزمایشی و کنترل اختصاص یافتند. افرادی که ابزارهای پژوهش را اجرا می‌کردند برای کلیه شرکت‌کنندگان گمنام باقی ماندند. در سنجش آغازین (خط پایه) قبل از شروع مداخله برای گروه آزمایش، کلیه شرکت‌کنندگان در خط پایه مورد سنجش قرار گرفتند. خصوصیات جمعیت‌شناختی و سطوح خط پایه در مقیاس پیامد درمانی مورد سنجش و ثبت قرار گرفت. شرکت‌کنندگان در این مطالعه تحت درمان دارویی توسط پزشک معالج قرار داشتند که نوع دارو، میزان مصرف، مدت مصرف و شرایط مصرف دارو بین شرکت‌کنندگان دو گروه کنترل شد و تفاوت برجسته‌ای از لحاظ عوامل دارویی بین دو گروه وجود نداشت که بتواند بر یافته‌های مطالعه اثر بگذارد. روش تصادفی‌سازی شرکت‌کنندگان در مطالعه در نمودار ۱ ارائه شده است.

روانشناختی منفی و نامطلوب استرس، شیوه ساخت روش‌های موثرتر پاسخدهی مثبت و فعال به موقعیت‌ها و تجارب استرس آمیز، و نیز فیزیولوژی استرس آموزش داده شد. تمرین‌های ارائه شده در این جلسه یوگای به‌شیار (تمرکز بر وضعیت بدنی)، در وضعیت مراقبه قرار گرفتن (گسترش تمرکز از آگاهی از تنفس به احساسات و صداها بدنی) و تمرین‌های تقویت شده نیز اسکن بدن و نشستن توام با حضور ذهن (آگاهی از تنفس) بود. موضوع جلسه پنجم، نحوه یافتن فضایی برای انتخاب صحیح بود. در این جلسه نحوه ارتباط برقرار کردن بین حضور ذهن با ادراک، ارزیابی، و انتخاب در لحظه حساس، مشاهده افکار به عنوان رخدادها و متمایز کردن رخدادها از محتوا و نیز روش برخورد کردن از تفکر آگاهانه آموزش داده شد. تمرین ارائه شده در این جلسه در وضعیت مراقبه قرار گرفتن (گسترش و بسط آگاهی به آنچه در لحظه حاضر پدید می‌آید یا آگاهی بدون انتخاب) و تمرین تقویت شده، یوگای به‌شیار بود. موضوع جلسه ششم، کار در موقعیت‌های سخت بود. چگونگی تداوم تمرکز در لحظه حاضر، شناسایی الگوهای عاداتی ارتباط و تشخیص گزینه‌های مناسب در تبادلات بین فردی استرس آمیز، و نیز نحوه انجام فعالیت‌های عملی برای نشان دادن ارتباطات احتمالی قلمروهای کلامی و غیرکلامی آموزش داده شد. تمرین‌های ارائه شده این جلسه، مراقبه توام با قدم زدن و تمرین‌های تقویت‌شده نیز قرار گرفتن در حالت مراقبه (آگاهی بدون انتخاب) بود. موضوع جلسه تمام روز (۷ ساعته) تقویت خزانه رفتاری با تمرین‌های عملی بود. در این جلسه، نحوه عمیق کردن به‌شیری از تجارب با حضور ذهن به شیوه عاداتی طی یک دوره گسترده زمانی، پرورش دید مثبت به اثربخشی تمرین‌ها و تقویت بینش به موقتی و ناپایدار بودن حالات خوشایند و ناخوشایند ذهن- بدن آموزش داده شد. تمرین‌های انجام گرفته در این روز شامل تقویت دامنه کاملی از تمرین‌های جلسات قبلی و نیز ارائه دو تمرین جدید یعنی مراقبه همراه با تجربه اوج و مراقبه در حالت دوستی-مهربانی بود. موضوع جلسه هفتم، ساخت و گسترش مهربانی و دوستی



نمودار ۱

روش تصادفی سازی شرکت کنندگان در مطالعه

ابزار سنجش

پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی: این پرسشنامه به منظور جمع‌آوری داده‌های جمعیت‌شناختی لازم به عنوان اطلاعات پایه (جنس، سن، تحصیلات) و سنجش وضعیت اجتماعی- اقتصادی، زمینه آموزشی و سابقه شغلی شرکت‌کنندگان بر اساس شاخص چهار عاملی هالینگستد^۱ (۱۹۷۵) تهیه و استفاده شد.

شاخص ترکیبی شدت فیبرومیالژی (ICAF): شاخص ترکیبی شدت فیبرومیالژی^۲، مقیاسی ۵۹ گویه‌ای است که جنبه‌های گوناگون فیبرومیالژی را ارزیابی می‌کند و پنج شاخص هیجانی، جسمی، مقابله فعال، مقابله نفعال و نمره کل به‌دست می‌دهد (والیجو، ریورا، استو- ویوس و گروه ICAF، ۲۰۱۱). عامل هیجانی بر نقش جنبه‌های هیجانی نظیر اضطراب و افسردگی تاکید دارد. عامل جسمی به ارزیابی درد،

خستگی، کیفیت خواب و ظرفیت عملکردی می‌پردازد. مقابله فعال شامل راهبردهای مثبت مقابله‌ای است و مقابله نفعال گروهی از خصوصیات را می‌سنجد که بر تشدید علائم بیمار می‌افزایند. نمره کلی مقیاس نیز نتیجه این چهار عامل را ادغام می‌سازد (والیجو و همکاران، ۲۰۱۰). گویه‌های ۱ و ۲ شدت درد را می‌سنجد و نمره این دو گویه در دامنه لیکرتی ۰ تا ۱۰ و دامنه نمرات ۰ تا ۲۰ است که نمره بالاتر مبین درد شدیدتر است. گویه ۳ کیفیت خواب را می‌سنجد و در دامنه لیکرتی ۰ تا ۱۰ و دامنه نمرات ۰ تا ۱۰ قرار دارد که نمره بالاتر مبین آشفتگی بالاتر در کیفیت خواب است. گویه‌های ۴ تا ۶ تاثیرات خواب بر کسب راحتی بعد از خواب را در دامنه لیکرتی ۰ تا ۱۰ می‌سنجد و دامنه نمرات آن ۰ تا ۳۰ و نمره بالاتر مبین احساس کسالت و خستگی صبحگاهی بعد از خواب است. گویه‌های ۷ تا ۱۱ خستگی فرد را در دامنه لیکرتی ۰ تا ۴ می‌سنجد و دامنه نمرات آن ۰ تا ۲۰ است که نمره بالاتر مبین احساس خستگی بالاتر است. گویه‌های ۱۲ تا ۱۶ اختلال

1. The Hollingshead four-factor index
2. Combined Index of Severity of Fibromyalgia (ICAF)

همسانی درونی این ابزار با آلفای کرونباخ در این مطالعه در ایران بین ۰/۷۶ تا ۰/۸۹ و پایایی بازآزمایی در فاصله‌ای ۴ هفته‌ای برابر با ۰/۷۹ به‌دست آمد. همچنین، این شاخص از روایی ملاکی با شاخص‌های کیفیت زندگی برخوردار بوده است (والیجو و همکاران، ۲۰۱۱). در این مطالعه تنها از زیرمقیاس‌های شدت درد، کیفیت خواب، خستگی، کارکرد بدنی، اضطراب و افسردگی، و سلامت عمومی شاخص ترکیبی شدت فیبرومیالژی (ICAF) استفاده شد.

یافته‌ها

دامنه سنی شرکت‌کنندگان ۲۷ تا ۵۳ سال با میانگین سنی ۳۹/۴۴ سال (انحراف معیار ۲/۳۸) بود. از لحاظ وضعیت اجتماعی - اقتصادی ۹ نفر (۳۶٪) دارای وضعیت پایین، ۹ نفر (۳۶٪) دارای وضعیت متوسط و ۷ نفر (۲۸٪) دارای وضعیت اجتماعی - اقتصادی بالا بودند. از لحاظ شغل، ۸ نفر (۳۲٪) بیکار یا دارای شغل نیمه وقت، ۱۰ نفر (۴۰٪) دارای شغل آزاد و ۷ نفر (۲۸٪) دارای شغل دولتی تمام وقت بودند. از لحاظ عوامل درون گروهی، سه نمره سنجش در خط پایه، سنجش سه ماه بعد از خط پایه (پس از مداخله) و سنجش ۹ ماه بعد از سنجش خط پایه (پی‌گیری) وجود داشت. از لحاظ عوامل بین گروهی، گروه آزمایش شامل ۱۳ نفر (۷ مرد و ۶ زن) و گروه کنترل شامل ۱۲ نفر (۵ مرد و ۷ زن) بود (جدول ۱).

کارکرد بدنی را در دامنه لیکرتی ۰ تا ۳ می‌سنجد و دامنه نمرات آن ۰ تا ۱۵ است که نمره بالاتر مبین اختلال بیشتر در کارکرد بدن است. گویه‌های ۱۷ تا ۲۲ اضطراب و افسردگی را در دامنه لیکرتی ۰ تا ۳ می‌سنجد و دامنه نمرات آن ۰ تا ۱۸ است که نمره بالاتر مبین اضطراب و افسردگی بالاتری است. گویه‌های ۲۳ تا ۳۳ سلامت عمومی را در دامنه لیکرتی ۰ تا ۳ می‌سنجد و دامنه نمرات آن بین ۰ تا ۳۳ است که نمره بالاتر مبین سلامت عمومی پایین‌تر است. گویه‌های ۳۴ تا ۵۵ راهبردهای مقابله‌ای را در دامنه لیکرتی ۰ تا ۷ می‌سنجد و دامنه نمرات آن ۰ تا ۸۴ است که نمره بالاتر مبین راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمدتر است. گویه‌های ۵۶ تا ۵۹ خودکارآمدی بیمار را در دامنه لیکرتی ۰ تا ۱۰ می‌سنجد که دامنه نمرات آن بین ۰ تا ۴۰ است و بر عکس نمره‌گذاری می‌شود که نمره بالاتر مبین خودکارآمدی پایین‌تر است. دامنه نمرات کل شاخص ترکیبی شدت فیبرومیالژی بین ۰ تا ۳۴۰ است و نمرات بالاتر مبین شدت بیشتر فیبرومیالژی است. در مطالعه حاضر از نمرات خام شرکت‌کنندگان استفاده گردید. به طور میانگین حدود ۱۵ دقیقه تکمیل این مقیاس طول می‌کشد. پایایی بازآزمایی و همسانی درونی ICAF بسیار مطلوب بوده است. ضریب همبستگی میان طبقه‌ای و ضریب آلفای کرونباخ برای عامل هیجانی، جسمی، مقابله فعال، مقابله نفعال و کل مقیاس به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۸۸، ۰/۸۷ و ۰/۷۷، ۰/۸۷ و ۰/۸۵ و ۰/۸۲ و ۰/۷۷، ۰/۸۶ و ۰/۸۵ بود (والیجو و همکاران، ۲۰۱۱).

جدول ۱

میانگین و انحراف معیار سه بار اندازه‌گیری نمره شدت فیبرومیالژی در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	تعداد	پیش آزمون		پس آزمون		پی‌گیری
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
شدت فیبرومیالژی	آزمایش	۱۳	۷۹/۹۲	۱۳/۹۷۸	۳۸/۰۰	۹/۲۹۱	۴۱/۳۰
	کنترل	۱۲	۷۶/۹۳	۱۱/۸۲۵	۷۷/۹۱	۱۰/۷۲۳	۷۸/۷۵
	کل	۲۵	۷۸/۰۸	۱۲/۸۳۰	۵۷/۱۶	۲۲/۵۸۶	۵۹/۲۸

(جدول ۲). بررسی نتایج آزمون M باکس (۱۷/۰۵۵) در مورد تساوی ماتریس‌های کواریانس نیز حاکی از آن بود که مفروضه همگنی ماتریس واریانس - کواریانس برقرار است و ماتریس‌های کواریانس مشاهده شده متغیرهای وابسته در

میانگین نمره شدت فیبرومیالژی در گروه آزمایش پس از مداخله و پی‌گیری نسبت به سنجش در خط پایه (پیش از مداخله) به طور معنادار تغییر کرده است، در حالی که میانگین‌های گروه کنترل در سه مرحله تغییر معناداری ندارد

فیبرومیالژی در سه زمان تفاوت معنادار با هم دارند (جدول ۲). به عبارتی، بین نمره‌های عامل (پیش از مداخله، پس از مداخله و پی‌گیری) در شدت فیبرومیالژی تفاوت معنادار به‌دست آمد ($p = 0/001$). همچنین، بین نمره‌های عامل (پیش از مداخله، پس از مداخله و پی‌گیری) و گروه‌ها در شدت فیبرومیالژی تعامل معنادار مشاهده شد ($p = 0/001$). این نتایج بیانگر اثربخشی برنامه کاهش به‌شیری محور به روش گروهی در بهبود شدت فیبرومیالژی است. بنابراین، آزمون چند مقایسه‌ای نشان داد که در سنجش پس از مداخله و پی‌گیری در مقایسه با سنجش پیش از مداخله، میزان شدت فیبرومیالژی گروه تحت مداخله (آزمایش) به طور معناداری تغییر کرده است. توان آماری ۱ نیز حاکی از دقت معناداری این تاثیرات هستند.

گروه‌ها مساوی است ($F^{3,6/1756} = 2/435, p = 0/024$). همچنین، با بررسی آزمون لوین در مورد تساوی واریانس‌های خطا، فرض تساوی واریانس‌ها رعایت شد و واریانس خطای متغیر وابسته در گروه‌ها مساوی بود (برای سنجش پیش از مداخله $F^{1,23} = 0/200, p = 1/739$ ؛ برای سنجش پس از مداخله $F^{1,23} = 0/443, p = 0/512$ ؛ برای سنجش در مرحله پی‌گیری $F^{1,23} = 0/824, p = 0/374$). بنابراین، مفروضه استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر رعایت شده است. برای تحلیل داده‌ها ابتدا آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با عامل درون موردی اندازه‌گیری نمره شدت فیبرومیالژی در ۳ بار متوالی و عامل بین موردی گروه انجام شد که نتایج آن نشان داد اندازه‌گیری‌های نمره شدت

جدول ۲

نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره با اندازه‌گیری‌های مکرر برای اثرات بین گروهی و تعاملی

توان آماری	حجم اثر	معناداری	درجه آزادی خطا	درجه آزادی فرض شده	ضریب F	ارزش	تأثیر بین گروهی مداخله گروهی	عامل شدت فیبرومیالژی
۱	۰/۷۵۹	۰/۰۰۱	۲۲	۲	۳۴/۶۱۴	۰/۲۴۱	لاندام و پلکز	عامل شدت فیبرومیالژی
۱	۰/۷۹۶	۰/۰۰۱	۲۲	۲	۴۲/۸۸۱	۰/۲۰۴	لاندام و پلکز	تعامل شدت فیبرومیالژی و گروه

پس از مداخله و پی‌گیری) و گروه‌ها در شدت فیبرومیالژی معنادار بود ($p = 0/001$). یعنی برنامه MBSR به شیوه گروهی در بهبود شدت فیبرومیالژی اثربخش است. به علاوه، در کاهش میزان اثربخشی برنامه MBSR، زمان از مرحله سنجش پس از مداخله به پی‌گیری اثر نداشته است. بنابراین، آزمون چند مقایسه‌ای نشان داد که در سنجش پس از مداخله و پی‌گیری در مقایسه با سنجش پیش از مداخله، میزان شدت فیبرومیالژی گروه تحت آموزش با برنامه MBSR به طور معنادار کاهش یافته است. توان‌های آماری ۱ حاکی از دقت معنادار در این روابط هستند.

بررسی نتایج آزمون کرویت ماچلی^۱ برابر با ۰/۵۰۱ و ($p = 0/001$) برقراری شرط کرویت را، همان‌گونه که آماره‌های چند متغیره نیازمند رعایت کرویت نیستند، رد می‌کند و لذا با عدم فرض کرویت، از تصحیح آزمون گرین هاوس- گایزر^۲ برای انجام آزمون عامل نمره شدت فیبرومیالژی در ۳ بار اندازه‌گیری و در مورد اثرات درون آزمودنی‌ها استفاده شد. نتایج این آزمون (جدول ۳) وجود تفاوت معنادار آماری بین ۳ بار اندازه‌گیری را تایید می‌کند ($p = 0/001$). بر اساس جدول ۳ بین نمره‌های عامل (پیش از مداخله، پس از مداخله و پی‌گیری) در شدت فیبرومیالژی تفاوت معناداری به‌دست آمد ($p = 0/001$) و نیز تعامل بین نمره‌های عامل (پیش از مداخله،

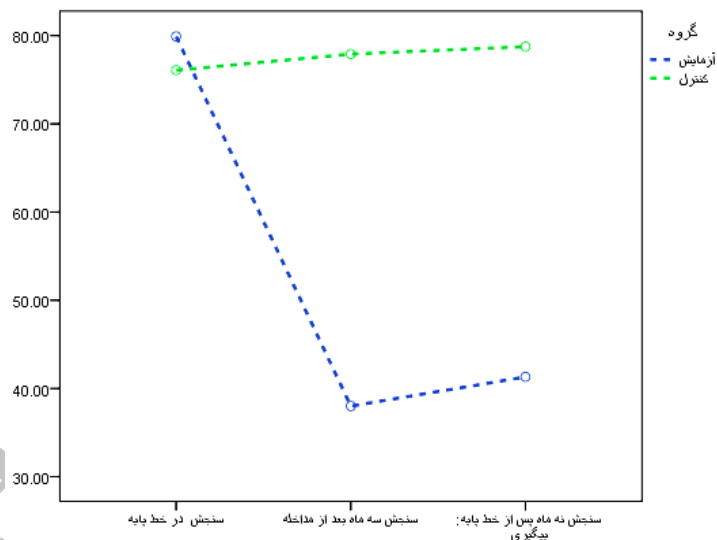
1. Mauchly's test
2. Greenhouse-Geisser

جدول ۳

نتایج تحلیل واریانس بین آزمودنی‌ها و درون آزمودنی‌ها با اندازه گیری‌های مکرر بر سه بار اندازه‌گیری نمره شدت فیبرومیالژی در گروه آزمایش و کنترل

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	معناداری	حجم اثر	توان آماری
بین آزمودنی‌ها							
گروه	۱۱۲۴۲/۵۶۱	۱	۱۱۲۴۲/۵۶۱	۳۴/۹۱۴	۰/۰۰۱	۰/۶۰۳	۱
خطا	۷۴۰۶/۱۸۶	۲۳	۳۲۲/۰۰۸				
درون آزمودنی‌ها							
عامل	۶۰۶۶/۶۲۴	۲	۴۵۴۵/۴۵۵	۶۱/۴۷۹	۰/۰۰۱	۰/۷۲۸	۱
عامل و گروه	۷۵۳۹/۹۰۴	۲	۵۶۴۹/۳۲۰	۷۶/۴۰۹	۰/۰۰۱	۰/۷۶۹	۱
خطا (عامل)	۲۲۶۹/۵۹۰	۴۶	۷۳/۹۳۵				

نمودار ۲ نیز تفاوت میانگین شدت فیبرومیالژی در دو گروه طی سه مرحله سنجش در خط پایه، سنجش بعد از مداخله و سنجش در مرحله پی‌گیری را نشان می‌دهد.



نمودار ۲

تفاوت میانگین شدت فیبرومیالژی در دو گروه طی سه مرحله سنجش در خط پایه، بعد از مداخله و پی‌گیری

خودگزارشی و کاهش شدت علائم بیماران مبتلا به فیبرومیالژی پس از مداخله و پی‌گیری ۹ ماهه می‌شود. این یافته‌ها همسو با بررسی‌های فعلی است که نشان داده‌اند برنامه MBSR می‌تواند یک مداخله روانی-اجتماعی بسیار موثر برای فیبرومیالژی باشد (اشمیت و همکاران، ۲۰۱۱؛ مورون و

بحث

پیرو هدف مطالعه حاضر مبنی بر بررسی اثربخشی برنامه کاهش استرس بهشیاری محور به روش گروهی بر شدت فیبرومیالژی، یافته‌های این مطالعه نشان داد که مداخله فشرده با برنامه MBSR به روش گروهی باعث بهبود معنادار در درد

همراه با فیبرومیالژی در طولانی مدت بسیار سودمند باشد. همچنین، بیماران مورد مطالعه هشت جلسه مداخله گروهی را با یک مربی خاص دریافت نمودند. می‌توان استنباط کرد که احتمال دارد پیوند یا اتحاد درمانی قوی‌تری بین بیماران و مربی بوجود آمده باشد که خود تسهیل کننده فرایند درمان و تداوم بهتر درمان است.

در تبیین اثر بخشی برنامه MBSR به روش گروهی در مطالعه حاضر همان‌گونه که امیل و همکاران (۲۰۰۸) بیان می‌کنند، می‌توان گفت اثرات درمانی برنامه MBSR در فرایندهای گروهی به‌وسیله عوامل مربوط به گروه افزایش می‌یابد و لذا پیامدهای درمانی بیشتری تحت تاثیر قرار می‌گیرند. در واقع می‌توان استنباط نمود که پیرو نتایج چنین کارآزمایی‌های بالینی کنترل شده تصادفی بود که لینهن (۲۰۰۸) پیشنهاد کرد ضروری است مداخلات بهشیاری محور در برنامه‌های درمانی در حوزه پزشکی، مراقبت بهداشتی و جامعه ادغام شوند.

اندازه اثر مشاهده شده در برنامه MBSR بر کاهش شدت درد فیبرومیالژی در مقایسه با دیگر مطالعات گزارش شده در مورد تاثیرات دیگر مداخلات اجتماعی- رفتاری بالاتر و طولانی مدت‌تر بود. در این مطالعه، تاثیر برنامه MBSR به روش گروهی علاوه بر درمان معمول دارویی شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش و کنترل از لحاظ بالینی کاملاً معنادار بود که نشان می‌دهد برنامه MBSR تقریباً به‌طور کامل در کاهش شاخص‌های مورد مطالعه به‌وسیله ابزار سنجش در این نمونه پژوهشی دارای اثربخشی معنادار و دارویی مصرفی تقریباً اثر و منفعت اندکی داشته است. همچنین، قبل از این مطالعه چندین مطالعه در مورد درمان فیبرومیالژی نشان داده‌اند که درمان معمول دارویی از لحاظ بالینی به بهبودی معناداری در کاهش علائم این بیماران منجر نمی‌شود، گرچه در کوتاه مدت علائم حاد بیماران را به خوبی کنترل می‌نماید (مارکوس، ۲۰۰۹؛ وان کولیل و همکاران، ۲۰۰۷).

با این وجود، با توجه به ساختار طرح شبه آزمایشی این مطالعه نمی‌توان با اطمینان کامل استنباط نمود و نتیجه گرفت که عوامل خاص مربوط به برنامه MBSR عناصر علی در تغییرات مشاهده شده بودند و نیز نمی‌توان یقیناً استنباط کرد

همکاران، ۲۰۰۸). کارمودی و بایر (۲۰۰۸) نشان داده‌اند که رابطه مهمی بین تمرین‌های بهشیاری و سطوح بهشیاری، علائم طبی و روانشناختی و نیز بهزیستی کلی در یک برنامه کاهش استرس بهشیاری محور وجود دارد. در مطالعه‌ای گروسمن و همکاران (۲۰۰۷) نشان دادند که آموزش بهشیاری با تاکید بر کاهش استرس، شاخص‌های شدت فیبرومیالژی را پس از مداخله و نیز پیگیری سه ماهه بعد از اتمام مداخله کاهش داده و بهزیستی این بیماران را بهبود می‌بخشد. در مطالعه‌ای دیگر، آستین و همکاران (۲۰۰۳) در یک طرح کارآزمایی کنترل شده تصادفی، کارآمدی مراقبه بهشیار را به همراه حرکت درمانی در درمان فیبرومیالژی نشان دادند. لاش و همکاران (۲۰۰۹) نشان دادند که مراقبه بهشیار در کاهش علائم فیبرومیالژی موثر است و همبسته‌های روانی و فیزیولوژیکی فیبرومیالژی را بهبود می‌بخشد. برخی مطالعات انجام گرفته در مورد کاهش شدت علائم فیبرومیالژی در یک جنبه خاص نیز نتایج مثبتی داشته‌اند. برای مثال، سفتون و همکاران (۲۰۰۷) در یک کارآزمایی بالینی تصادفی نشان دادند که مراقبه بهشیار، علائم افسردگی را در زنان مبتلا به فیبرومیالژی کاهش می‌دهد. مطالعه بایر (۲۰۰۳) نیز نشان داد که آموزش بهشیاری به‌عنوان یک مداخله بالینی دارای اندازه اثر مطلوبی (۰/۵۵) در کاهش شدت علائم فیبرومیالژی است.

دلایل متعددی وجود دارد مبنی بر این‌که برنامه MBSR به روش گروهی به طور خاص در کاهش شدت علائم بیماران فیبرومیالژی در این مطالعه سودمند بوده است. مداخله MBSR به شکل گروهی باعث می‌شود که بیماران راهبردهای اثربخش کنترل علائم نوروتیک را از هم بیاموزند. استفاده از آموزش آرمیدگی به شکل گسترده و نیز ابزار هیجان‌ها طی تمام جلسات برنامه فایده‌های درمانی متعدد دارد. استمرار اثرات درمانی بر کاهش اثرات درد ممکن است تحت تاثیر جلسات بسیار فشرده مداخله به شکل گروهی حاصل آمده باشد. استفاده زیاد از آموزش آرمیدگی سرتاسر این مداخله و تاکید زیاد بر آن به عنوان یک مهارت ارزشمند مدیریت استرس که بایستی به طور منظم در زندگی فرد استفاده شود و به عنوان جزیی پایدار از مهارت‌های مقابله فرد درآید ممکن است برای بیماران ابزاری فراهم سازد که در کاهش ناراحتی

در نهایت نتیجه گرفته می‌شود که برنامه MBSR به روش گروهی به بهبود ماندگاری در کنترل بهتر درد و علامت شناسی مربوط به آن در نمونه‌ای از بیماران دچار فیبرومیالژی منجر شد که به نحو در دسترس از میان بیماران مراجعه کننده به درمانگاه داخلی بیمارستان پارسین تهران انتخاب شده بودند و نیز توسط متخصصان روماتولوژیست تحت درمان دارویی بودند. این پژوهش دارای محدودیت‌هایی بوده است. انتخاب در دسترس نمونه پژوهش، محلی بودن جامعه پژوهش، عدم کنترل کامل متغیرهای مداخله گر، سنجش به کمک ابزار خودگزارشی و عدم بررسی نقش عوامل زمینه‌ای در اثربخشی این مداخله مهم‌ترین محدودیت‌هایی هستند که در هنگام استنباط از یافته‌های این مطالعه توجه به آنها اهمیت دارد. پژوهش‌های بیشتری مورد نیاز است تا چنین مطالعاتی را در نمونه‌های دیگر تکرار نمایند و برخی از سوالات برخاسته از این مطالعه و پیشینه پژوهشی را مورد بررسی علمی قرار دهند. به طور مختصر، برخی از مسائلی که بایستی مورد بررسی جدی قرار بگیرند این است که آیا برنامه MBSR به روش گروهی مداخله قدرتمند و موثرتری نسبت به مداخلات روانی-اجتماعی دیگر، درمان‌های شناختی- رفتاری و سایر آموزش‌های روانشناختی در کاهش علائم فیبرومیالژی است. همچنین، در مطالعات بعدی لازم است حمایت تجربی بیشتری برای عوامل اثربخش درمانی در این مطالعه نظیر فنون به‌شیاری و آرمیدگی و تاکید بر خودآگاهی هیجانی بیمار برای موفقیت یک مداخله روانشناختی در بیماران دچار فیبرومیالژی در نمونه‌های ایرانی جمع آوری شوند.

که اجرای برنامه MBSR بدون درمان معمول دارویی می‌تواند یک درمان موثر باشد، زیرا این برنامه در این مطالعه در کنار درمان معمول دارویی بررسی شده است، اگرچه اثر درمان کنترل شده است. در واقع آنچه در این مطالعه مشاهده گردید، تکمیل موفقیت‌آمیز درمان معمول دارویی به کمک برنامه MBSR بود، زیرا علائم فیبرومیالژی گروه تحت برنامه MBSR به طور موفقیت‌آمیزی نسبت به گروه کنترل کاهش یافت. بنابراین، به طور کلی و به طور خاص در این مطالعه، می‌توان استنباط کرد که درمان‌های معمول دارویی درمان ریشه‌ای اثربخش برای فیبرومیالژی نیستند، بلکه این درمان‌ها عمدتاً علامتی هستند. این مطالعه نشان داد که پژوهش‌های بیشتری بایستی به بررسی کاربرد بالقوه درمانی مداخلاتی نظیر آنچه در این مطالعه انجام گرفت، صورت پذیرد. سوالی که بایستی در مطالعات آینده مورد توجه بیشتر قرار گیرد این است که آیا جلسات اضافی یا بیشتر برنامه MBSR خواه به شکل گسترش مداخله درمانی و طولانی کردن دوره درمان و خواه به صورت جلسات پیگیری که ماه‌ها بعد از مداخله آغازین صورت می‌پذیرد، قادر است اثرات درمانی بیشتری را به بار آورد. همچنین، این که آیا یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های برنامه MBSR در این مطالعه، یعنی عامل به‌شیاری، بیمار را در رابطه نزدیکتر با حالات بدنی، شناختی و هیجانی قرار می‌دهد که سرکوب یا انکار شده‌اند می‌تواند عاملی در کارآمدی این مداخله درمانی باشد یا نه سوالی است که بایستی در مطالعات آینده پاسخ داده شود. از نقطه نظر کاربرد بالینی، به نظر می‌رسد که رویکرد این مطالعه یعنی برنامه MBSR در درمان فیبرومیالژی می‌تواند با احتمال زیادی علائم این بیماران را بهبود بخشد.

References

- Astin, J. A., Berman, B. M., Bausell, B., Lee, W. L., Hochberg, M., & Forsys, K. L. (2003). The efficacy of mindfulness meditation plus qigong movement therapy in the treatment of fibromyalgia: a randomized controlled trial. *The Journal of Rheumatology*, *30*, 2257–2262.
- Baer, R. A. (2009). Self-focused attention and mechanisms of change in mindfulness-based treatment. *Cognitive Behaviour therapy*, *1*, 15–20.
- Baer, R. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *10*, 125–148.
- Bannwarth, B., Blotman, F., Lay, K. R., Caubere, J. P., Andre, E., & Taieb, C. (2009). Fibromyalgia syndrome in the general population of France. A prevalence study. *Joint, Bone, Spine: Revue Du Rhumatisme*, *76*, 184–187.
- Bennett, R. M. (2009). Clinical manifestations and diagnosis of fibromyalgia. *Rheumatic Diseases Clinics of North America*, *35*, 215–232.
- Carmody, J., & Baer, R. A. (2008). Relationships between mindfulness practice and levels of mindfulness, and psychological symptoms and well-being in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of Behavioral Medicine*, *31*, 23–33.
- Didonna, F. (2009). *Clinical handbook of mindfulness* (p. 523). New York: Springer.
- Glombiewski, J. A., Sawyer, A. T., Gutermann, J., Koenig, K., Rief, W., & Hofmann, S. G. (2010). Psychological treatments for fibromyalgia: A meta-analysis. *Pain*, *151*, 280–295.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: a meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, *57*, 35–43.
- Grossman, P., Tiefenthaler-Gilmer, U., Raysz, A., & Kesper, U. (2007). Mindfulness training as an intervention for fibromyalgia: evidence of postintervention and 3-year follow-up benefits in well-being. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *76*, 226–233.
- Hauser, W., Bernardy, K., Arnold, B., Offenbacher, M., & Schiltenswolf, M. (2009). Efficacy of multicomponent treatment in fibromyalgia syndrome: a meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Arthritis & Rheumatism*, *61*, 216–224.
- Hauser, W., Schmutzer, G., Brahler, E., & Glaesmer, H. (2009). A cluster within the continuum of biopsychosocial distress can be labeled “fibromyalgia syndrome” – evidence from a representative german population survey. *The Journal of Rheumatology*, *36*, 2806–2812.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *78*, 169–183.
- Hollingshead, A. B. (1975). *Four factor index of social status*. New Haven, Conn, USA: Yale University Press.
- Imel, Z., Baldwin, S., Bonus, K., & MacCoon, D. (2008). Beyond the individual: Group effects in mindfulness-based stress reduction. *Psychotherapy Research*, *18*, 735–742.
- Kabat-Zinn, J. (2005). *Coming to our senses: Healing ourselves and the world through mindfulness*. New York: Hyperion.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *10*, 144–154.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Delta.
- Kashikar-Zuck, S., Ting, T. V., Arnold, L. M., Bean, J., Powers, S. W., Graham, T. B., et al. (2012). Cognitive behavioral therapy for the treatment of juvenile fibromyalgia: A multisite, single-blind, randomized,

- controlled clinical trial. *Arthritis and Rheumatism*, 64, 297-305.
- Lange, M., Krohn-Grimberghe, B., & Petermann, F. (2011). Effects of a cognitive-behavioral patient education on fibromyalgia: a controlled efficacy study. *Zeitschrift für Rheumatologie*, 70, 324-31.
- Linehan, M. M. (2008). Keynote address. 6th Annual Conference: *Integrating Mindfulness-Based Interventions into Medicine, Health Care, and Society*, Worcester, MA, April 10–12.
- Lumley, M. A. (2011). Beyond cognitive-behavioral therapy for fibromyalgia: addressing stress by emotional exposure, processing, and resolution. *Arthritis Research & Therapy*, 13, 136.
- Lush, E., Salmon, P., Floyd, A., Studts, J. L., Weissbecker, I., & Sephton, S. E. (2009). Mindfulness meditation for symptom reduction in fibromyalgia: psychophysiological correlates. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 16, 200-207.
- Marcus, D. A. (2009). Fibromyalgia: diagnosis and treatment options. *Gender Medicine*, 6, 139–151.
- Morone, N., Greco, C., & Weiner, D. (2008). Mindfulness meditation for the treatment of chronic low back pain in older adults: a randomized controlled pilot study. *Pain*, 134, 310–9.
- Schmidt, S., Grossman, P., Schwarzer, B., Jena, S., Naumann, J., & Walach, H. (2011). Treating fibromyalgia with mindfulness-based stress reduction: results from a 3-armed randomized controlled trial. *Pain*, 152, 361-369.
- Sephton, S. E., Salmon, P., Weissbecker, I., Ulmer, C., Floyd, A., Hoover, K., et al. (2007). Mindfulness meditation alleviates depressive symptoms in women with fibromyalgia: results of a randomized clinical trial. *Arthritis and Rheumatism*, 57, 77–85.
- Smith, H. S., & Barkin, R. L. (2011). Fibromyalgia syndrome: a discussion of the syndrome and pharmacotherapy. *Disease-a-Month: DM*, 57, 248-285.
- Smith, H. S., Harris, R., & Clauw, D. (2011). Fibromyalgia: an afferent processing disorder leading to a complex pain generalized syndrome. *Pain Physician*, 14, 217-245.
- Thieme, K., & Gracely, R. H. (2009). Are psychological treatments effective for fibromyalgia pain? *Current Rheumatology Reports*, 11, 443–450.
- Vallejo, M. A., Rivera, J., Esteve-Vives, J., & ICAF Group. (2010). Development of a self reporting tool to obtain a Combined Index of Severity of Fibromyalgia (ICAF). *Health and Quality of Life Outcomes*, 8, 2.
- Vallejo, M. A., Rivera, J., Esteve-Vives, J., Rejas, J., & Group ICAF. (2011). A confirmatory study of the Combined Index of Severity of Fibromyalgia (ICAF): factorial structure, reliability and sensitivity to change. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9, 39.
- van Koulil, S., Eftting, M., Kraaimaat, F. W., van Lankveld, W., van Helmond, T., Cats, H., et al. (2007). Cognitive-behavioral therapies and exercise programmes for patients with fibromyalgia: state of the art and future directions. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 66, 571–581.
- van Koulil, S., van Lankveld, W., Kraaimaat, F. W., van Helmond, T., Vedder, A., van Hoorn, H., et al. (2008). Tailored cognitive-behavioral therapy for fibromyalgia: Two case studies. *Patient Education and Counseling*, 71, 308–314.
- van Son, J., Nyklíček, I., Pop, V. J., & Pouwer, F. (2011). Testing the effectiveness of a mindfulness-based intervention to reduce emotional distress in outpatients with diabetes (DiaMind): design of a randomized controlled trial. *BMC public health [electronic resource]*, 11, 131.
- Vázquez-Rivera, S., González-Blanch, C., Rodríguez-Moya, L., Morón, D., González-Vives, S., & Carrasco, J. L. (2009). Brief cognitive-behavioral therapy with

- fibromyalgia patients in routine care. *Comprehensive Psychiatry*, 50, 517-525.
- Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzcharles, M., Goldenberg, D. L., Katz, R. S., Mease, P., et al. (2010). The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care & Research*, 62, 600-610.
- Wolfe, F., & Häuser, W. (2011). Fibromyalgia diagnosis and diagnostic criteria. *Annals of medicine*, 43, 495-502.
- Woolfolk, R. L., Allen, L. A., & Apter, J. T. (2012). Affective-cognitive behavioral therapy for fibromyalgia: A randomized controlled trial. *Pain Research and Treatment*, Article ID 937873, 6 pages.

Archive of SID