

اثربخشی ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و مدیریت درد مزمن

تاریخ دریافت: ۹۸/۰۸/۱۳ - تاریخ پذیرش: ۹۸/۱۱/۰۱

خلاصه

مقدمه: بیماری درد مزمن علاوه بر مسائل جسمانی بر جنبه‌های روانی نیز تأثیر منفی دارد. اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر حیطه‌های مختلف نشان داده شده است؛ اما بر کیفیت زندگی و مدیریت درد مزمن مغفول واقع شده است. این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و مدیریت درد مزمن انجام شد.

روش کار: در پژوهش حاضر بر حسب نوع گردآوری داده‌ها از نوع طرح‌های نیمه آزمایشی استفاده شد، طرح این پژوهش از نوع طرح‌های پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود. از جامعه آماری بیماران مراجعه کننده به کلینیک تخصصی درد پردیس در فصل بهار سال ۱۳۹۸ به روش در دسترس، ۲۶ نفر انتخاب شد که به صورت تصادفی به دو گروه ۱۳ تایی با عنوان گروه آزمایش و گروه گواه را تقسیم شدند. پرسشنامه‌های پژوهش پرسشنامه کیفیت زندگی (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۸۹) و خودمدیریتی درد (نیکولاس و همکاران، ۲۰۰۰) بود و از بسته آموزشی ذهن آگاهی کابات زین (۲۰۰۳) استفاده شد. داده‌ها با آزمون کواریانس مورد تحلیل قرار گرفت.

نتایج: نتایج کواریانس نشان داد که ذهن آگاهی بر افزایش کیفیت زندگی و مدیریت درد بیماران مبتلا به درد مزمن تأثیر مثبت و معنی داری دارد ($p \leq 0.01$).

نتیجه گیری: آموزش ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و مدیریت درد مزمن موثر است؛ از این رو پیشنهاد می‌شود از تکنیک‌های ذهن آگاهی بر بیماران مبتلا به درد مزمن استفاده شود.

کلمات کلیدی: ذهن آگاهی، کیفیت زندگی، مدیریت درد، درد مزمن

بهاره سالاریان^۱

آرزو شمالی اسکویی*^۲

مسعود عارف نظری^۳

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی، گروه روانشناسی،

دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن، رودهن، ایران

^۲ استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد

رودهن، رودهن، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد

رودهن، رودهن، ایران

Email: arezooskoei@yahoo.com

مقدمه

انجمن بین‌المللی درد، تعریف درد را یک تجربه حسی و روانی ناخوشایند بیان کرده‌اند که با آسیب احتمالی یا واقعی بافت در ارتباط است (۱). در یک تقسیم‌بندی می‌توان درد را به دو دسته مزمن و حاد تقسیم کرد. دردهای مزمن و عودکننده مشکلی اساسی برای بخش عمده‌ای از جمعیت جهان است (۲). درد مزمن وضعیتی تحلیل‌برنده است به گونه‌ای که فرد دردمند را نه تنها با فشار روانی ناشی از درد، بلکه با بسیاری از عوامل فشار آور دیگر روبرو می‌کند که بخش‌های گوناگون زندگی او را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۳).

مطالعات مختلف شیوع درد مزمن در جمعیت بزرگسال را حدود ۱۵ درصد گزارش کردند و سازمان بهداشت جهانی این رقم را ۲۰ درصد تخمین می‌زند (۴). در ایران شیوع ۶ ماهه درد مزمن مستمر در جمعیت عمومی بزرگسال (۱۸ تا ۶۵ سال) از ۹ تا ۱۴ درصد و در جمعیت سالمند (۶۰ تا ۹۰ سال) حدود ۶۷ درصد گزارش شده است (۵). احساس و تجربه درد، معمولی‌ترین علائم بیماری یا آسیب به شمار می‌رود. در ایالات متحده آمریکا، احساس درد عامل بیش از ۸۰ درصد مراجعات پزشکی است. زندگی کردن با درد مزمن مستلزم فشار روانی و عاطفی قابل توجهی است. به طوری‌که توانایی‌های عاطفی، هیجانی و روانشناختی فرد بیمار را کاهش می‌دهد و باعث تضعیف روحیه بیمار، احساس ناتوانی، ناامیدی و کاهش بهزیستی روانشناختی فرد می‌گردد (۶). به عبارتی درد، عمومیت‌ترین مشکل جسمانی است که در زندگی با آن مواجه هستیم همچنین به عنوان یک عامل بسیار قدرتمند بر کیفیت زندگی افراد در ابعاد مختلف تأثیر می‌گذارد (۷).

کیفیت زندگی به عنوان قضاوت شناختی آگاهانه راجع به رضایت فرد از زندگی تعریف می‌شود. به دیگر سخن سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را به تصورات افراد از موقعیت خود با توجه به شرایط فرهنگی و ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، تعریف کرده است. هرچه این تصورات مثبت‌تر و بهتر باشد، افراد از کیفیت زندگی بهتر و بالاتری برخوردارند و بر عکس هر چه تصورات منفی‌تر باشد، کیفیت زندگی نیز پایین خواهد بود. پژوهشگران سطوح شادکامی و حس رضایت در ابعاد مختلف زندگی را مشخص‌کننده سطح کیفیت زندگی افراد می‌دانند (۸).

برای کیفیت زندگی شش حیطه بیان شده که شامل: سلامت جسمانی، وضعیت روانی، سطوح استقلال، ارتباطات اجتماعی، ارتباطات محیطی و علایق معنوی است. ابعاد مختلفی بر روی کیفیت زندگی اثر می‌گذارند و این ابعاد شامل وضعیت اقتصادی، اجتماعی، روحی روانی و شغلی است. ارزیابی مثبت یا منفی فرد از مشخصه‌ها و خصوصیات زندگی وی با محیط، کیفیت زندگی او را نشان می‌دهد. بطور کلی می‌توان گفت کیفیت زندگی فقط از نظر فرد مشخص می‌شود اگر چه کیفیت زندگی را می‌توان به‌طور کلی با عبارت شادی یا رضایت تعریف کرد، اما این دریافت کلی بوسیله جنبه‌های مختلف زندگی فرد تحت تأثیر قرار می‌گیرد. رضایت از زندگی به وسیله درک هر فرد از شرایط کنونی‌اش، در مقایسه با انتظارات، آرزوها و شرایط دلخواه و ایده‌آل او تعیین می‌گردد (۹). اگرچه چندین مطالعه نشان داده‌اند که درد بر کیفیت زندگی تأثیر منفی می‌گذارد و می‌تواند بر افسردگی و اضطراب منجر شود. اما مکانیزم‌هایی که بین نشانه ذهنی و درد ارتباط برقرار می‌کنند روشن نیست (۱۰). بر خلاف دردهای حاد، دردهای مزمن و مداوم معمولاً هیچگونه عملکرد بیولوژیک هشداردهنده ندارند. کیفیت زندگی تقریباً در تمام بیماری‌ها بسیار مهم است زیرا با بیماری‌زایی و مرگ و میر مرتبط است. درد مدزمن از جمله مسائلی است که کیفیت زندگی را به علل گوناگون تحت تأثیر قرار می‌دهد (۷). به نظر می‌رسد میزان انعطاف‌پذیری و مدیریت درد فرد می‌تواند در میزان مقابله درد، خصوصاً از نوع مزمن نقش داشته باشد (۱۱). پژوهش ماسودا و تولی نشان از این دارد که افراد با مدیریت بهتر و انعطاف‌پذیری روانشناختی بالاتر، سازگاری بهتری نشان می‌دهند و متعاقب آن با درد هم‌بهرتر کنار می‌آیند (۱۲).

متخصصان همواره در پی یافتن راهی بوده‌اند که ضمن داشتن کمترین آثار منفی و کمترین هزینه، بیشترین اثربخشی را برای بیماران درد مزمن داشته باشد. برای مدیریت و کاهش درد و همچنین افزایش کیفیت زندگی این بیماران درمان‌های زیادی توصیه شده است که بیشتر دارویی است؛ در حالیکه به دلیل عوارض جانبی درمان دارویی، استفاده از رویکردهای درمانی دیگر ضروری به نظر می‌رسد (۱۳). از درمان‌های غیردارویی که احتمال می‌رود برای افراد دارای درد مزمن موثر باشد، ذهن‌آگاهی یا مدیتیشن است.

بیماران پیشنهاد کرده‌اند که پژوهش‌های محدودی در این زمینه انجام شده است؛ لذا برای پر کردن این شکاف پژوهشی و پرداختن به درمان‌های غیردارویی برای بیماران درد مزمن، مساله اصلی این پژوهش این است که ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و مدیریت درد مزمن چه تأثیری دارد؟

روش

در این پژوهش از روش نیمه‌آزمایشی و طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل به منظور بررسی تأثیر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و مدیریت درد مزمن استفاده شد. جامعه آماری این پژوهش را تمامی بیماران مراجعه کننده به کلینیک تخصصی درد پردیس، واقع در منطقه ۷ شهر تهران در فصل بهار ۱۳۹۸ تشکیل داده بودند. به منظور تعیین حجم نمونه روش‌ها و معیارهای مختلفی وجود دارد، یکی از معیارهای اصلی انتخاب حجم نمونه بر اساس روش پژوهش است. مطابق با اصول روش تحقیق، برای روش‌های آزمایشی ۱۰ نفر نمونه برای هر گروه کفایت می‌کند اما به منظور پیش‌بینی احتمال ریزش در اجرا، ۱۵ نمونه برای هر گروه و مجموعاً ۳۰ نفر در نظر گرفته شد. ابتدا ۳۰ نفر به صورت در دسترس از جامعه آماری انتخاب شد سپس با استفاده از روش جایگزین تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. در حین اجرای پژوهش ۲ نفر از گروه آزمایش دچار افت شدند و بدین ترتیب ۲ نفر نیز از گروه کنترل حذف شدند؛ مجموع نمونه‌ها ۲۶ نفر شد. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از داشتن درد مزمن، محدود سنی ۴۵ تا ۶۰ و عدم مصرف قرص‌های روانپزشکی در طول درمان. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز مصرف داروهای روانپزشکی و غیبت بیش از سه جلسه در طول درمان گروهی بود. روش اجرا بدین ترتیب بود که ابتدا پیش‌آزمون‌های پژوهش بر هر دو گروه آزمایش و گواه اجرا شد، سپس برای گروه آزمایش مداخله ذهن آگاهی کابات زین (۲۱) در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد و در انتها بر هر دو گروه اجرا شد و داده‌های مورد نیاز جمع‌آوری شد. جهت بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کالموگراف اسمیرنوف، آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس درون گروهی و همچنین از روش کویاریانس (ANCOVA) برای سنجش معنادار بودن تفاوت پیش‌آزمون - پس‌آزمون، استفاده شد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ استفاده شد.

اصطلاح مدیتیشن اصطلاحی جهانی است که برای بیان حسی و حس معنوی، تجارب روحی و ذهنی خودجوش و دور هدفمند به کار می‌رود. تمامی مکاتب، ادیان و نظام‌های روان‌درمانی بخش مهمی از آموزش‌های خود را به تمرین ذهن آگاهی و شبه ذهن آگاهی اختصاص داده‌اند. بسته به فرهنگ و نیازهای زمانی و مکانی، سبک‌های مختلفی از نوع ذکرهای ویژه یا نگاره‌های نمادین نوآفرینی شده که معمولاً شرقی هستند. با وجود تفاوت‌های ظاهری در توصیف ذهن آگاهی یا مدیتیشن، همه توضیحات ریشه یکسانی در دنیای درون دارند. اگر بخواهیم تعریف کلی از مدیتیشن ارائه دهیم می‌توان گفت که این مفهوم فرایندی فراذهنی دارد و مجموعه‌ای از تمرینات درونی است که موجب رشد و پرورش روحی و توان حضور در دم می‌شود که به موازات آن تغییر بنیادین در کل زندگی روحی، روانی و مادی فرد به وجود می‌آید (۱۴). ذهن آگاهی تفکری با افزایش دقت روی حواس همراه است. در این روش بدون الزام به فکر کردن، اطلاعات دریافتی از حواس پنجگانه و افکار ناراحت کننده دیگر، از جلوی ذهن انسان رژه رفته و شخص در حالیکه آرام نشسته، بدون انجام فعالیت خاص، شاهد این رژه و تخلیه فشار وارده به ذهن و حواس پنجگانه خواهد بود. در نوع دیگر ذهن آگاهی، روی یک تصویر، صدا و تنفس تمرکز می‌شود (۶).

مرور پژوهشی نشان از اثربخش بودن ذهن آگاهی در حیطه‌های مختلفی دارد؛ برای مثال اثربخشی ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و ادراک بیماری بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر (۱۵)، کاهش فاجعه آمیزی و شدت درد مزمن (۱۶)، کیفیت زندگی زنان مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر (۱۷)، استرس و حالات روانشناختی بیماران آلزایمری (۱۸)، کاهش و بهبود علائم بیماران با نارسایی قلبی (۱۹) نشان داده شده است.

با توجه به مطالب گفته شده همانطور که گفته شد افراد دارای درد مزمن و مرگ و میرهای متاثر از آن در حال افزایش است (۲۰) به رغم عوارض روانی که برای فرد مبتلا دارد، درمان‌های غیردارویی به ندرت برای آن به کار رفته و با وجود عوارض جانبی زیاد داروها، اغلب مداخلات دارویی به عنوان روش ارجح برگزیده می‌شود. اما علاوه بر درمان‌های دارویی، روانشناسان فعال در حیطه بیماران درد مزمن، درمان‌های مختلفی را برای درمان و پیشگیری از مسائل

پرسشنامه‌ی مدیریت درد: پرسشنامه مدیریت درد ساخته نیکولاس، مولوی، تونکین و بیستون (۲۴) جهت سنجش میزان خودمدیریتی درد مزمن طراحی شده است. این مقیاس دارای ۲۵ سوال با طیف چندگزینه‌ای «هیچ‌وقت، به‌ندرت، گاهی، اکثر اوقات، همیشه» بوده که در مجموع سه عامل خودمدیریتی عملکردی (سوالات ۱ تا ۱۴)، خودمدیریت هیجانی (۱۵ تا ۱۹) و خودمدیریتی پزشکی (سوالات ۲۰ تا ۲۵) را مورد بررسی قرار می‌دهد. لازم به ذکر است که نمره بالاتر معرف خودمدیریتی بیشتر درد مزمن می‌باشد. نتایج تحلیل عاملی این مقیاس بیانگر مقبولیت مقادیر شاخصه ای برازندگی آنها بوده، روایی محتوا ۰/۸۰، روایی همگرا (با مقیاس خودمدیریتی درد مزمن نیکوالس، سرسختی روانشناختی، خودکارآمدی درد، افکار فاجعه آفرین درد و باورها و ادراکات درد به ترتیب با ضرایب ۰/۴۷، ۰/۵۰؛ ۰/۲۶؛ ۰/۳۳ و پایایی بازآزمایی ۰/۸۷ و پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ مقیاس نیز مورد تأیید قرار گرفت (۲۵). در این پژوهش نیز قابلیت اعتماد پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به دست آمد.

پرسشنامه کیفیت زندگی: پرسشنامه کیفیت زندگی، این پرسشنامه جهت سنجش کیفیت زندگی فرد در دو هفته اخیر مورد استفاده قرار می‌گیرد، سازنده آن سازمان جهانی بهداشت با همکاری ۱۵ مرکز بین‌المللی سال ۱۹۸۹ است، تعداد آن سوالات ۲۴ سوال در قالب ۴ حیطه، که دو سوال اول به هیچ یک از حیطه‌ها تعلق ندارد و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می‌دهند، بنابراین پرسشنامه در مجموع ۲۶ سوال دارد. در نتایج گزارش شده توسط گروه سازندگان مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی که در ۱۵ مرکز بین‌المللی این سازمان انجام شده، ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ برای خرده مقیاس‌های چهارگانه و کل مقیاس گزارش شده است (۲۲). همچنین پایایی مقیاس کیفیت زندگی را رحیمی و مخیر (۲۳) سنجیده و ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس برابر با ۰/۸۸، برای سلامت جسمی ۰/۷۰، برای سلامت روانی ۰/۷۷ و برای روابط اجتماعی ۰/۶۵ و برای کیفیت محیط زندگی برابر با ۰/۷۷ گزارش کرده است. در این پژوهش نیز قابلیت اعتماد پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمد.

جدول ۱- خلاصه بسته آموزش ذهن‌آگاهی (۲۱)

ردیف	محتوا
اول	بحث و گفتگو در مورد «ذهن‌آگاهی و تمرین آگاهی» و اصلاح نگرش بیماران در این مورد - تمرین حضور ذهن نسبت به تنفس در طول روز (ذهن‌آگاهی تنفس) - لقمه‌های همراه با حضور ذهن؛ آموزش ذهن‌آگاهی خوردن، در وهله اول با خوردن کشمش آغاز شد ولی در حضور ذهن واری‌های بعدی پیشنهاد شد بیماران خوراکی مورد علاقه خود را بیاورند و تمرین را بر همین مبنا انجام دادیم. تمرین رسمی بدنی، ۶ روز در هفته هر بار ۱۵ دقیقه حضور آگاهانه در هر یک از اعضای بدن تا به وجود خود نزدیک شوند و به وجود خود آگاه شوند.
دوم	هر روز ۱۵ دقیقه واری‌های بدنی - تمرین ذهن‌آگاهی (یوگای) حضور ذهن - تمرین حضور ذهن تنفس در طول روز تمرین حضور ذهن رسمی خواندن و انعکاس مقاله «حضور ذهن و ذهن‌آگاهی» - افزایش سطح آگاهی در طی فعالیت‌های روزانه مانند غذا خوردن، حمام کردن، مسواک زدن، ظرف شستن، خواندن
سوم	هر روز ۱۵ دقیقه واری‌های بدنی - تمرین ذهن‌آگاهی نشسته - افسانه‌هایی درباره ذهن‌آگاهی - افکار درباره تفکر تمرین حضور ذهن رسمی - تکمیل «تقویم وقایع خوشایند» - تداوم فعالیت‌های روزانه همراه با آگاهی عمده مانند غذا خوردن، حمام کردن، مسواک زدن، ظرف شستن، خواندن
چهارم	هر روز ۱۵ دقیقه یوگا - خواندن و انعکاس مقاله «هرج و مرج یا آرامش» - بازخورد نسبت به شکل «واکنش به تمرین حضور ذهن رسمی استرس در برابر پاسخ به آن» - تکنیک توقف فکر - تکمیل «تقویم وقایع ناخوشایند» - تداوم فعالیت‌های روزانه همراه با آگاهی عمده مانند غذا خوردن، حمام کردن، مسواک زدن، ظرف شستن، خواندن
پنجم	هر روز ۱۵ دقیقه به تناوب ذهن‌آگاهی نشسته، واری‌های بدنی و یوگا - مقاله اثرات ذهن‌آگاهی بر قشر خاکستری تمرین حضور ذهن رسمی مغز دعای مهربانی - خواندن و بازخورد مقاله «گفتگوی بینشی» - تکمیل «کاربرگ ارتباطی» جهت تمرکز بر تعاملاتی که طی هفته با افراد مهم زندگی‌تان دارید. تداوم فعالیت‌های روزانه همراه با آگاهی عمده مانند غذا خوردن، حمام کردن، مسواک زدن، ظرف شستن، خواندن و مخصوصاً طی تعاملات با دیگران (که می‌تواند مطالب زیادی در مورد خودمان به دست بدهد).
ششم	هر روز ۱۵ دقیقه به تناوب ذهن‌آگاهی نشسته، واری‌های بدنی و یوگا - آگاهی از قضاوت‌های روزمره - تکلیف تمرین حضور ذهن رسمی

خانگی نوشتن تجربیات مثبت و منفی روزانه بدون قضاوت در مورد آن‌ها

هفتم ذهن آگاهی کامل: تکرار آموزش جلسات ۴، ۵ و ۶ هر کدام به مدت ۲۰ تا ۳۰ دقیقه

هشتم هر روز ۱۵ دقیقه به تناوب ذهن آگاهی نشسته، واریسی بدنی و یوگا - پذیرش و تغییر - جمع بندی جلسات - تمرین حضور ذهن رسمی

واریسی و بحث در مورد برنامه‌ها و ادامه تمرینات تکالیف - آمادگی برای خاتمه (پایان دهی)

نتایج

گروه آزمایش برابر با ۵۰/۱۱ (با انحراف معیار ۹/۱۵) بود. در ادامه

در این پژوهش ۲۶ نفر در دو گروه شرکت کرده بودند که میانگین

سن گروه کنترل ۵۱/۱۲ (با انحراف معیار ۸/۶۵) و میانگین سن

جدول ۲- نتایج تحلیل کواریانس پس از آموزش نمرات کیفیت زندگی پس از تعدیل پیش از آموزش

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگن مجذورات	F مقدار	سطح معناداری
مدل تصحیح شده	۱۶۴۱/۲۶۵	۲	۸۲۰/۶۳۲	۱۹/۲۳۳	۰/۰۰۰
عرض از مبدا	۴۲/۶۶۱	۱	۴۲/۶۶۱	۱/۰۰۰	۰/۳۲۸
پیش‌آزمون	۹۰۸/۸۰۳	۱	۹۰۸/۸۰۳	۲۱/۳۰۰	۰/۰۰۰
گروه (متغیر مستقل)	۷۹۱/۹۲۸	۱	۷۹۱/۹۲۸	۱۸/۵۶۰	۰/۰۰۰
خطا	۹۸۱/۳۵۱	۲۳	۴۲/۶۶۷		
کل	۶۷۰۲۴/۰۰۰	۲۶			
کل تصحیح شده	۲۶۲۲/۶۱۵	۲۵			

عبارتی دیگر، بین دو گروه کنترل و آزمایش در میزان کیفیت زندگی بعد از تعدیل اثر پیش‌آزمون تفاوت معنی‌دار می‌باشد. بنابراین به این نتیجه می‌توان رسید که آموزش ذهن‌آگاهی بر افزایش کیفیت زندگی افراد مبتلا به درد مزمن اثربخش است.

در جدول ۲ نتیجه آزمون تحلیل کواریانس بوضوح نشان داده شده است. همانطور که در این جدول مبرهن است مجموع مجذورات متغیر مستقل ۷۹۱/۹۲۸ می‌باشد که منجر به اندازه آزمون F ۱۸/۵۶۰ می‌شود که اندازه این آزمون F در سطح ۱٪ معنی‌دار است. به

جدول ۳- نتایج تحلیل کواریانس پس از آموزش نمرات مدیریت درد پس از تعدیل پیش از آموزش

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگن مجذورات	F مقدار	سطح معناداری
مدل تصحیح شده	۸۹۳/۲۸۳	۲	۴۴۶/۶۴۱	۱۵/۸۱۲	۰/۰۰۰
عرض از مبدا	۵۷/۸۳۸	۱	۵۷/۸۳۸	۲/۰۴۸	۰/۱۶۶
پیش‌آزمون	۱۷۱/۳۹۸	۱	۱۷۱/۳۹۸	۶/۰۶۸	۰/۰۲۲
گروه (متغیر مستقل)	۷۱۴/۱۱۰	۱	۷۱۴/۱۱۰	۲۵/۲۸۱	۰/۰۰۰
خطا	۶۴۹/۶۷۹	۲۳	۲۸/۲۴۷		
کل	۴۵۳۳۱/۰۰۰	۲۶			
کل تصحیح شده	۱۵۴۲/۹۶۲	۲۵			

آموزش ذهن‌آگاهی بر کاهش مدیریت درد مزمن اثربخش است.

در جدول ۳ نتیجه آزمون تحلیل کواریانس بوضوح نشان داده شده است. همانطور که در این جدول مبرهن است مجموع مجذورات متغیر مستقل ۷۱۴،۱۱۰ می‌باشد که منجر به اندازه آزمون F 25.281 می‌شود که اندازه این آزمون F در سطح یک درصد معنی‌دار است. به عبارتی دیگر، بین دو گروه کنترل و آزمایش در میزان مدیریت درد بعد از تعدیل اثر پیش‌آزمون تفاوت معنی‌دار می‌باشد. بنابراین به این نتیجه می‌توان رسید که

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش تعیین اثر بخشی ذهن‌آگاهی بر کیفیت زندگی و مدیریت درد مزمن بود. اولین نتیجه پژوهش نشان داد که آموزش ذهن‌آگاهی بر افزایش کیفیت زندگی افراد مبتلا به درد مزمن تأثیر معنی‌داری دارد. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های مرتبطی مثل (۱۵، ۱۷، ۱۸، ۲۶ و ۲۷) همسو می‌باشد.

به مقابله مؤثر قادر می‌سازد (۲۸). به نظر می‌رسد چنین حالتی می‌تواند کیفیت زندگی را بالا ببرد. در واقع، انجام مستمر تمرین‌های ذهن آگاهی، شناخت و آگاهی بیماران درد مزمن را از بدن، احساسات و افکارشان افزایش می‌دهد. در ذهن آگاهی، توجه به بدن و تنفس تمرین می‌شود و ما از حسهای مختلفی که در بدن و حتی تنفس خود تجربه می‌کنند، آگاه می‌شوئید؛ همچنین آگاه می‌شوئید زمانی که در حالت خشم و عصبانیت بدنشان گرم می‌شود و یا در حالت ترس، ضربان قلبشان افزایش می‌یابد و تنفس تغییر می‌کند و کوتاه و تند می‌شود، با انجام تمرین‌های ذهن آگاهی، توجه به بدن را هرچه بیشتر تجربه می‌کنند و این آگاهی کنترل بعدی را زمینه‌سازی می‌کند که همه این عوامل می‌تواند در نهایت به افزایش کیفیت زندگی بیماران دارای درد مزمن منجر بشود.

همچنین به عنوان یکی دیگر از تبیین‌های این نتیجه می‌تواند گفت که با توجه به محتوای جلسات ذهن آگاهی، تاکید این تکنیک بر استفاده از فنون برای کاهش تندیگی و مقابله با درد است. رها کردن مبارزه و پذیرش وضعیت موجود بدون قضاوت، مفهوم اصلی و اساسی در ذهن آگاهی است. در واقع تغییر در پذیرش بدون قضاوت کردن با بهبود در کیفیت زندگی ارتباط دارد (۳۰). از آنجایی که کیفیت زندگی با ناسامانی‌های روانشناختی مانند استرس و افسردگی همبستگی بالایی دارد، انتظار 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.

نتیجه بعدی پژوهش نشان داد که آموزش ذهن آگاهی بر کاهش مدیریت درد مزمن اثربخش است؛ این نتیجه با نتایج پژوهش‌های مرتبطی مثل (۱۶، ۱۸ و ۲۵) که نشان دادند ذهن آگاهی بر مدیریت و خودکارآمدی درد تأثیر مثبت دارد، همسو می‌باشد.

در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که سطوح بالای استرس و اضطراب موجب عدم سازش موفقیت آمیز با درد می‌شود. بیماران با درد مزمن معمولاً افسردگی، آشفتگی در روابط بین فردی به ویژه خانواده، آشفتگی در خواب، خستگی و کاهش کارکردهای حسی و روان شناختی را تجربه می‌کنند (۳۱). ذهن

برای مثال نتایج پژوهشی نشان داد که درمان ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و ادراک بیماری بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر اثربخش است (۱۵). همچنین آموزش ذهن آگاهی متعالی (مدیتیشن) بر افزایش کیفیت زندگی زنان مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر تأثیر دارد (۱۷). همچنین پژوهش‌های خارجی مانند مورون و گریکو (۲۷)، آشفورد و همکاران (۱۸)، بارسلوز و همکاران (۲۶) نشان دادند که ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی بیماران تأثیر مثبت دارد.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که از لحاظ نظری بیماران مبتلا به درد مزمن از تکنیک و تمرین‌های ذهن آگاهی به شیوه‌های متنوعی می‌توانند سود ببرند. مشابه با درمان‌های شناختی-رفتاری، هدف ذهن آگاهی با مشاهده گر داخلی کاهش واکنش به احساسات و افکار پریشان‌کننده همراه با تجربه درد است (۲۸). پژوهش‌ها نشان داده است که ذهن آگاهی منجر کاهش ناسامانی‌های روانشناختی شامل اضطراب و افسردگی در بیماران مختلف می‌شود (۲۹). ذهن آگاهی خودنظارت‌گری و تمرکز بیماران جسمی و هوشیاری بدن را افزایش می‌دهد که احتمال منجر به بهبود مکانیسم‌های بدنی و بهبود مراقبت از خود می‌شود. مشابه با آموزش آرمیدگی سنتی، ذهن آگاهی با افزایش میزان فعال‌سازی پاراسمپاتیک همراه است که می‌تواند به آرامش عمیق ماهیچه و کاهش تنش و برانگیختگی و در نهایت کاهش درد منجر شود. ذهن آگاهی ممکن است فرد را در برابر بدعملکردی خلق مرتبط با استرس و توسط افزایش فرایندهای مقابله کردن شناختی مانند ارزیابی مجدد و تقویت مهارت‌های تنظیم هیجان مانند تحمل پریشانی محافظت کند.

کابات زین (۲۱) پیشنهاد می‌کند که در ذهن آگاهی و نشستن‌های طولانی مدت و بدون حرکت، روی حس‌های درد در بدن و مفاصل تمرکز کنند و بدون تکان خوردن و نشان دادن واکنش‌های هیجانی به این دردها، فقط نظاره گر باشند. وی یادآوری می‌کند که این مشاهده‌گری می‌تواند پاسخ‌های هیجانی را که به وسیله درد فراخوانی شده‌اند، کاهش دهد. بنابراین تمرین مهارت ذهن آگاهی، توانایی مراجعان، برای تحمل حالت‌های هیجانی منفی را افزایش می‌دهد و آنها را

نگرانی کاهش می‌یابد. در حقیقت انجام آگاهانه تنفس باعث رشد عواملی مانند مشاهده، غیر قضاوتی بودن، غیر واکنشی بودن، و عمل توأم با هوشیاری می‌شود در نتیجه ما می‌توانیم خود را از الگوهای رفتاری اتوماتیک رها کنیم و از طریق درک و دریافت مجدد، دیگر با حالت‌هایی مثل اضطراب و ترس کنترل نشویم، بلکه می‌توانیم با آگاهی از این حالات، شدت اضطراب را کاهش داده و مدیریت درد را افزایش دهیم. با تنظیم دم و بازدم، اکسیژن کافی به نوروں‌های مغز می‌رسد و سبب قوی شدن سیستم اعصاب و تمرکز حواس می‌گردد و با بازدم‌های طولانی باعث دفع دی‌اکسید کربن و سایر گازهای مضر می‌گردند و سیستم پاراسمپاتیک فعال شده و سبب دفع اضطراب و ایجاد آرامش می‌گردد و در نتیجه مدیریت درد افزایش می‌یابد.

از محدودیت‌های این پژوهش این بود که علی‌رغم تلاش پژوهشگر در همسان نمودن شرکت‌کنندگان از نظر متغیرهای سن و میزان تحصیلات، می‌بایست اثر متغیرهای مداخله‌گری همچون تأثیر خرده فرهنگ‌ها و شرایط اجتماعی و اقتصادی افراد را در نظر داشت. همچنین تعداد زیاد پرسش‌های پرسشنامه‌ها به طولانی شدن زمان اجرای آن انجامید که بر مقدار دقت پاسخ‌های شرکت‌کنندگان بی‌تأثیر نبوده است. با توجه به یافته‌ها و محدودیت‌های پژوهشی، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی، به منظور تعمیم‌دهی بهتر نتایج، از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود. مطالعاتی همسو با این پژوهش در دیگر نواحی کشور انجام داده و نتایج آن با نتایج این پژوهش مقایسه کنند. تحقیقات دیگری با انتخاب نمونه‌های بزرگتری اجرا شده تا علاوه بر مقایسه نتایج آنها با پژوهش حاضر، تعمیم یافته‌ها را با احتیاط زیادی مواجه نکنند و پیشنهاد می‌شود تأثیر ذهن‌آگاهی بر افراد مبتلا به سایر بیماری‌ها از جمله فشارخون بالا، دیابت، ام‌اس و میگرن نیز مورد بررسی قرار گیرد.

آگاهی به عنوان عاملی موثر برای تسکین دردها، بیماری‌ها و ناتوانی‌های مزمن مورد تأیید قرار گرفته است. تنفس آگاهانه باعث کاهش پریشانی هیجانی، شدت درد، و افزایش کنترل در زندگی افراد شده و در نتیجه باعث کاهش ادراک درد و افزایش مدیریت درد می‌شود.

همچنین می‌توان گفت که بیماران مبتلا به درد مزمن اغلب با مسائل روانشناختی متعددی مانند نشخوار فکری در ارتباط با درد، کاهش تحرک محیطی و در نتیجه مختل شدن در روابط اجتماعی رنج می‌برند که همه این مشکلات، به فشار روانی شدید و مداوم منجر می‌شود که اکثر افراد سعی می‌کنند از آنها بگریزند. درحالی‌که به عنوان نخستین گام در جهت افزایش توان مدیریت درد در افراد بیمار، تلاش شد تا آنان بجای اجتناب کردن، با دردهای مسیر رسیدن به سلامتی مواجه شوند چرا که این مواجهه، نقش زیادی در کاهش مسائل دارد. هنگامی‌که افراد دچار درد مزمن سعی می‌کنند از مشکلات فعلیشان اجتناب کنند، اگرچه در کوتاه‌مدت وضعیت بهتری می‌یابند اما در طولانی مدت، دچار وخامت اوضاع می‌شوند. در این مرحله، بیماران یاد گرفتند که حرکت در مسیر ارزش‌های زندگی، دردها و سختی‌هایی به همراه دارد که با اجتناب از این رنج‌ها، نمی‌توان به یک زندگی ارزشمندانه دست یافت. درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی، با استفاده از فونونی که دارد، بیمار را به مسائل و مشکلات خود آگاه کرده و سعی در پذیرش و ذهن‌آگاهی برای درمان آن دارد. پذیرش در این رویکرد، دو مولفه دارد، پذیرش ارادی درد و پرداختن به فعالیت.

همچنین اجرای تکنیک‌های تنفسی ذهن‌آگاهی بر فاکتورهای اضطراب بیماران موثر است. با توجه به تأثیر آموزش تکنیک‌های تنفسی ذهن‌آگاهی بر کاهش اضطراب بیماران مبتلا به درد مزمن می‌توان گفت تکنیک‌های تنفسی ذهن‌آگاهی، شامل دم، حبس و بازدم آگاهانه نفس است. در حین تنفس آگاهانه فرایند افکار و هیجان‌هایی از قبیل قضاوت کردن، ترس، اضطراب و

Reference

1. Sarafino EP, Smith TW. Health psychology: Biopsychosocial interactions. John Wiley & Sons; 2014 Jan 13.

2. Turk DC, Swanson KS, Tunks ER. Psychological approaches in the treatment of chronic pain patients—when pills, scalpels, and needles are not enough. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2008 Apr;53(4):213-23.
3. Gatchel RJ, Rollings KH. Evidence-informed management of chronic low back pain with cognitive behavioral therapy. *The Spine Journal*. 2008 Jan 1;8(1):40-44.
4. Reitsma ML, Tranmer JE, Buchanan DM, Vandenkerkhof EG. The prevalence of chronic pain and pain-related interference in the Canadian population from 1994 to 2008. *Chronic Dis Inj Can*. 2011 Sep 1;31(4):157-64.
5. Taghipour Darzi M, Hoseini R, Kiya K, Abbaspour M. Evaluation of prevalence of musculoskeletal pain and its relation with functional disability in elderly. *Knowledge and health*. 2014; 8 (7): 72-86.
6. Murphy M, Donovan S, & Taylor E. The physical and psychological effects of meditation: A review of contemporary research. Institute of Noetic Sciences. 2017; Petaluma: 1936-1996.
7. Souza CA, Oliveira LM, Scheffel C, Genro VK, Rosa V, Chaves MF, Cunha Filho JS. Quality of life associated to chronic pelvic pain is independent of endometriosis diagnosis—a cross-sectional survey. *Health and quality of life outcomes*. 2011 Dec;9(1):41.
8. Ilhan B, Can M, Alibaz- Oner F, Yilmaz- Oner S, Polat- Korkmaz O, Ozen G, Mumcu G, Maradit Kremers H, Direskeneli H. Fatigue in patients with Behcet's syndrome: relationship with quality of life, depression, anxiety, disability and disease activity. *International journal of rheumatic diseases*. 2018 Dec;21(12):2139-45.
9. Prigerson HG, Bao Y, Shah MA, Paulk ME, LeBlanc TW, Schneider BJ, Garrido MM, Reid MC, Berlin DA, Adelson KB, Neugut AI. Chemotherapy use, performance status, and quality of life at the end of life. *JAMA oncology*. 2015 Sep 1;1(6):778-84.
10. Dersh J, Polatin PB, Gatchel RJ. Chronic pain and psychopathology: research findings and theoretical considerations. *Psychosomatic medicine*. 2002 Sep 1;64(5):773-86.
11. Gharayi Ardakani Sh, AzadFallah P, Tolayi A. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy Approach to Reduce Pain Experience in Women with Chronic Headache Disorder. *Clinical Psychology*. 4 (2): 39-50.
12. Masuda A, Tully EC. The role of mindfulness and psychological flexibility in somatization, depression, anxiety, and general psychological distress in a nonclinical college sample. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*. 2012 Jan;17(1):66-71.
13. Zare M, EbrahimiAfkham A, Birashk B. The effect of music therapy on reducing anxiety in Alzheimer's patients living in nursing homes in Shahriar. *New to Cognitive Science*. 2010; 11 (2): 55-62.
14. Di Renzo GC, Cabero Roura L, Facchinetti F, Helmer H, Hubinont C, Jacobsson B, Jørgensen JS, Lamont RF, Mikhailov A, Papantoniou N, Radzinsky V. Preterm labor and birth management: Recommendations from the European Association of Perinatal Medicine. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2017 Sep 2;30(17):2011-30.
15. Azizi A, mohamadi J. Mindfulness Efficacy on the Perception of the Disease and the Quality of Life of Patients with Irritable Bowel Syndrome. *sjimu*. 2018; 25 (6) :1-9
16. Shafiei F, Amini M. Efficacy of mindfulness-based Stress reduction on reducing catastrophizing and pain intensity in patients suffering chronic musculoskeletal pain. *JAP*. 2017; 8 (1) :1-10
17. Ranjbar Soudjani Y, Jafari F, Nejati T, Sorourosadat S. The Effectiveness of Transcendental Mindfulness (Meditation) on Improving the Quality of Life for Women with Drug Abuse. *First International Conference on Innovation and Research in Education, Management and Psychology*, 2016.
18. Ashford JW, Mahoney L, Burkett T. A role for complementary and integrative medicine in Alzheimer's disease prevention. *Journal of Alzheimer's Disease*. 2015 Jan 1;48(1):13-4.

19. Greeson J, Eisenlohr-Moul T. Mindfulness-based stress reduction for chronic pain. In *Mindfulness-Based Treatment Approaches* 2014 Jan 1 (pp. 269-292). Academic Press.
20. Davis RN, Massman PJ, Doody RS. Cognitive intervention in Alzheimer disease: a randomized placebo-controlled study. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*. 2001 Jan 1;15(1):1-9.
21. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Constructivism in the Human Sciences*. 2003 Jul 1;8(2):73.
22. Digesu GA, Khullar V, Cardozo L, Robinson D, Salvatore S. P-QOL: a validated questionnaire to assess the symptoms and quality of life of women with urogenital prolapse. *International Urogynecology Journal*. 2005 Jun 1;16(3):176-81.
23. Rahimi M, Mokhayyer M. Relationship between family communication patterns and quality of life of middle school students in Shiraz. *Journal of Educational Studies and Psychology of Ferdowsi University of Mashhad*. 2010; 10 (1): 5-25.
24. Law, R. Y., Harvey, L. A., Nicholas, M. K., Tonkin, L., De Sousa, M., & Finnis, D. G. (2009). Stretch exercises increase tolerance to stretch in patients with chronic musculoskeletal pain: a randomized controlled trial. *Physical Therapy*, 89(10), 1016-1026.
25. razavi S B, abolghasemi S, akbari B, naderinabi B. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Feeling Hope and pain management of Women with Chronic pain. *JAP*. 2019; 10 (1) :36-49
26. Barcelos PR, Conde DM, Deus JM, Martinez EZ. Quality of life of women with chronic pelvic pain: a cross-sectional analytical study. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2010 May;32(5):247-53.
27. Morone NE, Greco CM. Mind-body interventions for chronic pain in older adults: A structured review. *Pain medicine*. 2007 May 1;8(4):359-75.
28. Baer RA. Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical psychology: Science and practice*. 2003 Jun;10(2):125-43.
29. Brown KW, Ryan RM, Creswell JD. Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological inquiry*. 2007 Oct 19;18(4):211-37.
30. Nyklíček I, Kuijpers KF. Effects of mindfulness-based stress reduction intervention on psychological well-being and quality of life: is increased mindfulness indeed the mechanism? *Annals of Behavioral Medicine*. 2008 Jun 1;35(3):331-40.
31. Turk DC, Okifuji A. Psychological factors in chronic pain: Evolution and revolution. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2002 Jun;70(3):678

*Original Article***The Effect of Mindfulness on Quality of Life and Chronic Pain Management**

Received: 04/12/2019 - Accepted: 21/01/2020

Bahareh Salarian¹
Arezou ShomaliOskoei*²
Masoud ArefNazari³

¹ MA Student in psychology, Roudehen branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran.

² Assistant Professor in Department of psychology, Roudehen branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran. (Corresponding Author)

³ Assistant Professor in Department of psychology, Roudehen branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran

Email: arezooskoei@yahoo.com

Abstract

Introduction: In addition to physical problems, chronic pain also has a negative impact on psychological aspects. The effectiveness of mindfulness training has been shown in various areas; But it neglects quality of life and chronic pain management. The aim of this study was to determine the effectiveness of mindfulness on quality of life and chronic pain management.

Method: In this study, semi-experimental design was used according to the type of data collection. The design of this study was pre-test-post-test with control group. From the statistical population of patients referred to the Campus Pain Specialist Clinic in the spring of 1398 by available method, 26 patients were selected and randomly divided into two groups of 13 as experimental and control groups. The research questionnaires were the Quality of Life Questionnaire (World Health Organization, 1989) and Pain Self-Management Questionnaire (Nicholas et al., 2000). Data were analyzed using covariance test.

Result: The results of covariance showed that mindfulness has a positive and significant effect on enhancing quality of life and pain management in patients with chronic pain ($p \leq 0/001$).

Conclusions: Mindfulness training is effective on quality of life and chronic pain management; therefore, it is suggested that mindfulness techniques be applied to patients with chronic pain.

Keywords: Mindfulness, quality of life, pain management, chronic pain