

اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر درماندگی روانشناختی، پذیرش و شدت

درد در افراد با علائم کم‌درد

سیده فاطمه عدالتیان حسینی^۱، سعید تیموری^۲، فرشته یزدان‌پناه^۳

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران.

۲. استادیار، گروه روانشناسی بالینی، واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران.

۳. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران

(تاریخ دریافت مقاله: ۹۹/۰۱/۰۹ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۲/۰۴)

The Effect of Mindfulness-Based Psychotherapy on Psychological Helplessness, Acceptance and Pain Intensity in People With Low Back Pain Symptoms

Seyyede Fatemeh Edalatian Hoseini¹, * Saeed Teimory², Fereshteh Yazdanpanah³

1. M.A. in Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Torbate-Jam Branch, Islamic Azad University, Torbate-Jam, Iran.

2. Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Torbate-Jam Branch, Islamic Azad University, Torbate-Jam, Iran.

3. M.A. in Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Torbate-Jam Branch, Islamic Azad University, Torbate-Jam, Iran

Original Article

(Received: Mar. 28, 2020 - Accepted: Apr. 24, 2021)

مقاله پژوهشی

Abstract

Objective: The aim of this study was to evaluate the effectiveness of mindfulness-based psychotherapy on psychological helplessness, acceptance and pain intensity in People with symptoms of back pain. **Method:** In order to achieve the research goal, 28 people suffered from chronic low back pain symptoms by sampling method were selected and randomly assigned to the control and experimental groups and were assessed using multidimensional pain questionnaires, pain acceptance questionnaire and Psychological helplessness questionnaires. The experimental group underwent 8 sessions of treatment intervention and the collected data were analyzed using multivariate analysis of covariance. **Findings:** The results of covariance analysis showed that mindfulness-based psychotherapy had a significant effect on pain severity, pain acceptance and Psychological helplessness of the experimental group compared to the control group. ($p < 0.05$). **Conclusion:** The results of the study indicate that the effect of mindfulness-based psychotherapy on psychological helplessness, acceptance and pain intensity in people with back pain symptoms can be used as an effective method.

Keywords: Mindfulness-Based Psychotherapy, Psychological Helplessness, Pain Acceptance, Pain Intensity.

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر درماندگی روانشناختی، پذیرش و شدت درد در افراد با علائم کم‌درد انجام شد. روش: به منظور دستیابی به هدف پژوهش تعداد ۲۸ نفر که از علائم کم‌درد مزمن رنج می‌بردند، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه کنترل و آزمایش گمارش شدند و با استفاده از پرسشنامه‌های چندوجهی درد، پرسشنامه پذیرش درد و درماندگی روانشناختی مورد ارزیابی قرار گرفتند. گروه آزمایش ۸ جلسه تحت مداخله درمانی قرار گرفتند و داده‌های گردآوری‌شده با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس چند راهه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها: نتایج تحلیل کواریانس نشان داد روان‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر درماندگی روانشناختی، پذیرش درد، شدت درد گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل تأثیر معناداری داشته است ($p < 0.05$). نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاکی از تأثیر روان‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر درماندگی روانشناختی، پذیرش و شدت درد در افراد با علائم کم‌درد دارد و می‌توان از آن به عنوان روشی کارآمد بهره برد.

واژگان کلیدی: روان‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، درماندگی روانشناختی، پذیرش درد، شدت درد.

*نویسنده مسئول: سعید تیموری

*Corresponding Author: Saeed Teimory

Email: steimory28@yahoo.com

مقدمه

کننده است و کیفیت زندگی بیماران را به شدت کاهش می‌دهد (گو و همکاران، ۲۰۱۹).

طبق آمار سازمان بهداشت جهانی ۱۰-۴۲ درصد از مردم در ۱۲ ماه گذشته درد مزمن کمر یا گردن را تجربه کرده‌اند (دمیتنار^۴ و همکاران، ۲۰۰۷). نقش عوامل روان‌شناختی در شکل‌گیری و تداوم کمردرد مزمن و ناتوانی ناشی از آن، بیانگر مؤثر بودن این عوامل در شکل‌گیری انواع علائم روان‌شناختی است (والین و مورالی^۵، ۲۰۰۵؛ نقل از عبدالقادری و همکاران، ۱۳۹۲).

بسیاری از مطالعات اپیدمیولوژیک نشان داده‌اند که درد کمر اغلب با بیماری‌های جسمی دیگر و اختلالات روانی مانند اختلالات خلقی، اختلالات اضطرابی، سوءمصرف مشروبات الکلی همراه است (دمیتنار، ۲۰۰۷؛ آهرنس و استیچنولف^۶، ۲۰۱۰؛ آشینا و همکاران^۷، ۲۰۱۵) و این همبودی با اختلالات روان منجر به پایین آمدن کیفیت زندگی و سطح بالایی از ناتوانی است (آهرنس و همکاران، ۲۰۱۰). میزان شیوع افسردگی در بین این بیماران نسبت به جمعیت عادی ۴ برابر گزارش شده است. میزان افسردگی با ناتوانی جسمی روانی- اجتماعی، افزایش استفاده از دارو و افزایش احتمال بیکاری و شدت درد در آنان ارتباط دارد افسردگی با ایجاد بی‌احساسی، بی‌انگیزشی و خلق پایین عامل خطر مهمی در پیدایش و گسترش کمردرد مزمن است

درد به‌عنوان یک حس ناخوشایند همراه با آسیب واقعی بافت تعریف می‌شود و یک تجربه ذهنی است که نه تنها احساس درد، بلکه مؤلفه‌های عاطفی، شناختی و اجتماعی را نیز شامل می‌شود (گو، چن، ایکسینگ و لی^۱، ۲۰۱۹). همه‌ی مردم در گروه‌های سنی مختلف درد را به نحوی احساس کرده‌اند، به‌طور مثال درد زایمان، درد دندان، درد زخمی شدن یا بیماری‌های دوران کودکی یا بزرگسالی نمونه‌هایی از این موارد است. بعضی از دردها مانند درد التهاب مفاصل، دردهای قسمت پایین کمر، درد میگرن و دردهای سرطان مزمن هستند. در صورتی که درد بیش از زمان لازم برای بهبود بافت ادامه داشته و با وجود ارائه اقداماتی جهت کاهش آن همچنان شش ماه یا بیشتر احساس می‌شود درد مزمن نامیده می‌شود (گارسیا و همکاران، ۲۰۱۷؛ نقل از حشمتی، علمی منش، حشمتی، ۱۳۹۶).

درد مزمن، یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن است، با تخمین، نسبت افراد مبتلا در کشورهای مختلف بین ۲۴ تا ۶۰ درصد متفاوت است (ایکس یو^۲ و همکاران، ۲۰۲۰). بیماران با درد مزمن معمولاً افسردگی، آشفتگی در روابط بین‌فردی به‌ویژه خانواده، آشفتگی در خواب، خستگی و کاهش کارکردهای جسمی و روانشناختی را تجربه می‌کنند (گاتچل و تراک^۳، ۱۹۹۶، نقل از عبدالقادری، کافی، صابری و آریاپوران، ۱۳۹۲). بدون شک درد مزمن ناتوان

4. Demyttenaere

5. Vlaeyn & Morley

6. Ahrens & Schiltewolf

7. Ashina

1. Guo, Chen, Xing & Liu

2. Xu

2. Gatchel & Turk

سَطوح بالای استرس و اضطراب موجب عدم سازش موفقیت‌آمیز با درد می‌شود (ادواردز، آگوستوم و فیلینگهام^۲، ۲۰۰۳). در نتیجه عوامل روان‌شناختی می‌تواند در بهبود درد نقش مهمی داشته باشد. یکی از عوامل روان‌شناختی مثبت، پذیرش است. منظور از پذیرش، تغییر هدف کنترل از رویدادهای کنترل‌ناپذیر (خود درد و هیجانات منفی همراه با آن) به سمت عوامل قابل‌کنترل است، به عبارت دیگر تغییر رفتاری که متضمن کارکرد روزانه بهتر برخلاف وجود درد است (استیو، رامیرزماستر، لویزمارینز^۳، ۲۰۰۷). مطالعات متعددی از نقش پذیرش درد در کارکرد روزانه افراد مبتلا به دردهای مزمن، حمایت می‌کنند. به صورتی که پذیرش درد با تجربه درد، مشکلات روانشناختی و بهزیستی روانشناختی بیشتر و ناتوانایی‌های جسمانی کمتر ارتباط دارد (مک کراکن و زائو برین^۴، ۲۰۱۰). در همین راستا، مشاهده می‌شود که استفاده از داروها (از جمله: داروهای افیونی، ضد تشنج‌ها و ضدافسردگی) برای بیماران مبتلا به درد، مشکل درد آن‌ها را تنها ۳۰ تا ۴۰ درصد کاهش می‌دهد بسیاری از بیماران مبتلا به دردهای مزمن، علیرغم مداخلات دارویی، همچنان درد را تجربه می‌کنند و اگر قادر به سازش با دردشان نباشند، کیفیت زندگی‌شان به‌طور چشمگیری تحت تأثیر قرار می‌گیرد (مک ماهون و کولتزبرگ^۵، ۲۰۰۶؛ نقل از قرایی اردکانی، آزاد فلاح و تولانی، ۱۳۹۱).

(هانسن، دایکین، لامب^۱، ۲۰۱۰؛ نقل از معصومیان، گلزاری، شعیری و مومن‌زاده، ۱۳۹۱) و همچنین افسردگی علت اصلی الگوی درماندگی آموخته شده است. درماندگی آموخته شده در مفهوم کلی به معنای درک کنترل ناپذیر بودن رویدادها است و معرف منفی‌پذیرترین حالت درک از خود است. در زمینه سبک‌های اسنادی، علل درک شده یک حادثه بیشتر براساس سه بعد درونی - بیرونی، پایدار - ناپایدار و کلی - اختصاصی تغییر می‌کند. سبک اسناد می‌تواند به دو صورت خوشبینانه یا بدبینانه باشد. در اسناد خوشبینانه (سازگارانه)، فرد موفقیت‌ها و رویدادهای مثبت را به عوامل درونی، پایدار و عام نسبت می‌دهد و در اسناد بدبینانه (ناسازگار) فرد بالعکس عمل می‌کند یعنی موفقیت‌ها را به عوامل بیرونی، خاص و ناپایدار نسبت می‌دهد و شکست‌ها را به عوامل درونی، پایدار و عام نسبت می‌دهد، در نتیجه افرادی که خصیصه‌های خوشبینانه را برای توضیح عوامل استرس‌زا و کنترل‌ناپذیر به کار می‌برند کمتر دچار درماندگی آموخته شده می‌شوند تا افرادی که از خصیصه‌های بدبینانه برای برخورد با عوامل استرس‌زا استفاده می‌کنند. همچنین درماندگی آموخته شده تأثیر بسزایی بر بیولوژی اعصاب انسان و پیامدهای مهم سلامت جسمی و افسردگی دارد (سلیگمن، ۱۹۷۶؛ عباسی، حسینی، گلستانه، ۱۳۹۵؛ اسوینسون، دوگال و بام، ۲۰۱۲؛ نقل از نامنی، عبدالله‌زاده، پیرانی، جاجرمی، ۱۳۹۷).

همچنین در مطالعات نشان داده شده که

2. Edwards, Augustson & Fillingham
3. Esteve, Ramirez-Maestre & Lopez-Marinez
4. McCracken & Zhao-O'Brien
5. McMahon & Koltzenberg

1. Hansen, Daykin & Lamb

آگاهی منجر به کاهش شدت درد و ناتوانی ناشی از آن و افزایش عملکرد جسمانی در افراد مبتلا به کمردرد مزمن می‌شود (آنهیر^۵ و همکاران، ۲۰۱۷؛ کرامر، هالر، لانچو دابس^۶، ۲۰۱۲). آشر^۷ و همکاران (۲۰۱۲) در مطالعه خود نشان دادند که تمرینات ذهن‌آگاهی از جمله تمرین بازمینی بدن بر کاهش درد در بیماران مبتلا به کمردرد مزمن مؤثر است. همچنین عبدالقادری و همکاران (۱۳۹۲) در پژوهشی نشان دادند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی رفتاری بر کاهش درد، افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به کمردرد مزمن مؤثر می‌باشد. در تحقیقی دیگر نتایج آن نشان داد که درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس منجر به کاهش معنی‌دار میانگین نمرات افسردگی افراد مبتلا به کمردرد مزمن می‌شود (معصومیان و همکاران، ۱۳۹۱).

با توجه به اینکه بیماری‌های جسمی مثل کمردرد مزمن می‌تواند ابعاد گسترده‌ی روانشناختی و جسمی زندگی این بیماران را تحت تأثیر قرار دهد و با توجه به مطالعات پیشین درمان‌های روانشناختی در کنار سایر درمان‌ها می‌توانند به این بیماران در کاهش آسیب‌های جسمی و روانشناختی ناشی از بیماری‌های جسمی کمک کند، لذا این پژوهش ضروری دانست اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر درماندگی روانشناختی، پذیرش و شدت درد در افراد با علائم کمردرد را بررسی نماید.

بنابراین برای به حداقل رساندن این ناتوانی‌ها، علاوه بر کاهش شدت درد، می‌توان روش‌های درمانی روانشناختی که مبتنی بر افزایش میزان پذیرش درد مزمن است، پیشنهاد نمود یکی از این روش‌ها درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی است. ذهن‌آگاهی روش خاصی از توجه است که به وسیله کابات زین^۱ (۲۰۰۳) به عنوان آگاهی از توجه به خواست و هدف و توجه غیرقضاوتی در گشودگی به تجربه در لحظه حال نشات می‌گیرد توصیف می‌شود (نقل از شعبانی و خلعتبری، ۱۳۹۷). مفهوم ذهن‌آگاهی به افراد کمک می‌کند تا بپذیرند که اگرچه هیجانات منفی در زندگی همه انسان‌ها وجود دارد، اما بخشی ثابت از شخصیت و روند زندگی نیستند. پذیرش این مسئله فرد را قادر می‌سازد که به جای واکنش غیرعادی به هیجانات و رویدادهای برانگیزنده آن‌ها آگاهانه واکنش نشان دهد و به شیوه‌ی کارآمدتر با زندگی رابطه برقرار کند (سگال^۲، ۲۰۱۰؛ نقل از شعبانی و همکاران، ۱۳۹۷).

هرمان^۳ و همکاران (۲۰۱۷) در پژوهش خود که بر روی بیماران کمردرد مزمن انجام شده بود نشان دادند که روان‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی سبب کاهش استرس این بیماران می‌شود، هیلتون^۴ و همکاران (۲۰۱۷) در نتایج مطالعه خود نشان دادند روان‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش افسردگی، اضطراب و دردهای مزمن و افزایش کیفیت زندگی افراد مبتلا به درد مزمن مؤثر است. همچنین برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن

5. Anheyer
6. Cramer, Haller, Lauche & Dobos
7. Ussher

1. Kabat zin
2. Siegel
3. Herman
4. Hilton

روش

روش پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش کلیه افرادی را شامل می‌شد که از علائم کم‌درد مزمن رنج می‌بردند و در بیمارستان امام رضا شهر مشهد در سال ۱۳۹۷ تحت درمان بودند. برای نمونه‌گیری، از روش نمونه‌گیری دردسترس استفاده شد، علت استفاده از نمونه‌گیری دردسترس در این پژوهش بدین دلیل است که اگر پژوهشگران از این روش استفاده نکنند، ممکن است انجام تحقیق دشوار یا محال باشد (گال، بورگ و گال، ۱۳۹۸). تعداد افراد شرکت‌کننده ۳۰ نفر (۱۵ نفر آزمایش و ۱۵ نفر کنترل) ۱ نفر از گروه آزمایش انصراف دادند، در نهایت به ۱۴ نفر هر گروه تقلیل یافت و به صورت گمارش تصادفی در گروه‌ها قرار گرفتند و مفروضه‌های کواریانس یکسان بوده است.

همچنین معیارهای ورود و خروج از تحقیق برای هر دو گروه آزمایش و کنترل یکسان بوده و آزمودنی‌ها از نظر توانایی جسمانی، پایگاه اجتماعی و اقتصادی مشابه بودند. معیارهای ورود به تحقیق شامل این موارد بودند: ساکن شهر مشهد، تمایل به شرکت در مطالعه و جلسات آموزشی درمان ذهن‌آگاهی، سواد خواندن و نوشتن، سن ۲۵ تا ۵۰ سال، همچنین آزمودنی‌ها دیسک کمر فاقد جراحی و قابلیت تحرک داشتند و به مراکز درمانی برای انجام فیزیوتراپی مراجعه می‌کردند و آن‌ها در صورت عدم شرکت در کلاس‌های آموزشی و غیبت بیش از چند جلسه و عدم همکاری لازم، از تحقیق خارج می‌شدند.

آزمودنی‌ها در فرآیند درمان، به کمک تجهیزات پزشکی مثل بالش طبی مخصوص در جلسات شرکت می‌کردند.

ابزار:

پرسشنامه پذیرش درد مزمن^۱ (CPAQ): نسخه فارسی این ابزار همانند نسخه اصلی آن، پذیرش درد مزمن را در قالب دو خرده‌مقیاس تعهد به فعالیت (۱۱ عبارت) و رضایت از درد (۹ عبارت) ارزیابی کرد. پاسخ‌دهنده باید پاسخ خود را در مقیاس لیکرت هفت‌درجه‌ای روبروی هر عبارت علامت بزند. نحوه محاسبه نمره کل پذیرش بدین صورت است که ابتدا عبارات مقیاس تعهد به فعالیت بر اساس مقیاس لیکرت هفت‌درجه‌ای، از صفر (اصلاً) تا ۶ (همیشه) و عبارات مقیاس رضایت از درد به‌طور معکوس، یعنی از ۶ (اصلاً) تا صفر (همیشه) نمره‌گذاری شده است و سپس نمرات حاصل از دو خرده‌مقیاس با هم جمع می‌شوند. در این مقیاس، نمره بین صفر تا ۱۲۰ متغیر است و نمرات بالاتر نشان‌دهنده پذیرش بیشتر درد خواهد بود. در بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و ضرایب باز آزمایی ۰/۷۱ گزارش شد اعتبار همگرا در بررسی همبستگی با خودکارامدی درد و اعتبار واگرا از طریق محاسبه همبستگی با ناتوانی جسمی، افسردگی، اضطراب، شدت درد و فاجعه‌آفرینی مورد تأیید قرار گرفت. (مسگریان و همکاران، ۱۳۹۱).

مقیاس درماندگی روان‌شناختی: این مقیاس

دارای ۲۰ عبارت و از بیمار می‌خواهد در قالب ۵ خرده مقیاس ارزیابی خودش را از شدت درد، اختلال در زندگی روزانه، کنترل بر زندگی، اختلال عاطفی و حمایت گزارش دهد. بخش دوم دارای ۱۴ عبارت است و از بیمار می‌خواهد که ارزیابی خودش را از واکنش همسر یا سایر اطرفیانی که در زندگی او صاحب نقش هستند نسبت به دردی که از آن رنج می‌برد، در قالب ۳ خرده مقیاس واکنش منفی، تلاش برای انحراف توجه از درد و نشان دادن دلسوزی درجه‌بندی کند. بخش سوم دارای ۱۸ عبارت است و در قالب ۴ خرده مقیاس، فراوانی فعالیت بیمار را در مورد خانه‌داری، امور مربوط به تعمیر و نگهداری وسایل منزل، فعالیت‌های اجتماعی و انجام فعالیت‌های بیرون از منزل مورد ارزیابی قرار دهد (کریم‌ثانی، مهدی‌لو، منصوری، ساجدی‌زاده، ۱۳۹۷)؛ بنابراین پرسشنامه در سه محور عمده طبقه‌بندی شده است: بدکارکردی، پریشانی بین فردی و سازگاری و آزمودنی هر عبارت را با توجه به وضعیت خود بین ۰ تا ۶ درجه‌بندی می‌کند. نمره‌های بالاتر در مقایسه با نمره‌های پایین‌تر نشان‌دهنده‌ی تأثیر شدیدتر درد بر حوزه موردبررسی است. اعتبار بخش اول پرسشنامه بر اساس آزمون آلفای کرونباخ عدد ۰/۸۶، اعتبار بخش دوم ۰/۷۸ و اعتبار بخش سوم ۰/۷۵ هست. از طرف دیگر اعتبار مقیاس تداخل درد در زندگی روزانه بر اساس آزمون آلفای کرونباخ ۰/۹۱ هست. ضریب پایایی این پرسشنامه با روش بازآزمایی معادل ۰/۹۵ هست، همچنین تمام ابعاد با کل پرسشنامه ضریب همبستگی مثبت و معناداری داشتند (میرزمانی و همکاران، ۱۳۸۷).

توسط لاوبوند و لاوبوند در سال ۱۹۹۵ تهیه شد، فرم کوتاه مقیاس دارای ۲۱ سؤال است و هر یک از سازه‌های افسردگی، اضطراب و استرس را بر اساس ۷ سؤال موردسنجش قرار می‌دهد (مرادی‌منش، احدی، جمهری و رهگذر، ۱۳۹۱)؛ نقل از کوشکی و هارون رشیدی، ۱۳۹۸). سوالات فرم کوتاه مقیاس بر اساس یک مقیاس لیکرت چهاردرجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود به طوری که اصلاً امتیاز صفر، کمی امتیاز ۱، زیاد امتیاز ۲ و خیلی زیاد امتیاز ۳ را دریافت می‌کند. هنری و کرافورد^۱ (۲۰۰۵) ضرایب پایایی (بر مبنای آلفای کرونباخ) این عوامل را به ترتیب برابر ۰/۸۸، ۰/۸۲ و ۰/۹۰ و برای کل مقیاس ۰/۹۳ گزارش می‌کنند. در ایران سامانی و جوکار (۱۳۸۶) فرم کوتاه مقیاس بر روی ۶۳۸ دانشجوی دانشگاه شیراز اجرا شد، ضریب پایایی بازآزمایی فرم کوتاه مقیاس در فاصله‌ای سه‌هفته‌ای برای استرس ۰/۸۰، افسردگی ۰/۸۱ و اضطراب ۰/۷۸ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ بود (نقل از کوشکی و همکاران، ۱۳۹۸).

پرسشنامه‌ی چندوجهی درد: یکی از ابزارهایی که به منظور بررسی ابعاد چندگانه درد مزمن تهیه شده، پرسشنامه چندبعدی درد وست هاون-بیل WHYMPI است. این آزمون دارای ۴۸ آیتم و ۱۲ مقیاس است و تقریباً ۲۰ دقیقه زمان برای اجرا لازم دارد (برنستین، جارمکو و هینکلی^۲، ۱۹۹۵)؛ نقل از میرزمانی، حلی‌ساز، سدیدی و صفری، ۱۳۸۷). این پرسشنامه از سه بخش مستقل از هم تشکیل شده که اولین بخش

1. Henry & Crawford
2. Bernstein, Jaremko & Hinkley

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات درمان

جلسه	محتوا
اول	آشنایی هدایت خودکار، تعیین اصول و قواعد دوره و مرزهای آن؛ شرکت‌کننده خود را معرفی می‌کند (درباره آنچه او را به شرکت در مداخله ترغیب کرده و آنچه از فرایند مداخله می‌خواهد صحبت می‌کنند)، تأمل واریسی بدنی.
دوم	مقابله با موانع تمرین افکار و احساسات، تأمل واریسی بدنی، ده دقیقه ذهن آگاهی بر روی جریان تنفس.
سوم	ذهن آگاهی بر روی تنفس (و بر بدن در زمان حرکت) حرکت با حالت ذهن آگاهانه، «تمرین تنفس و کشش»- انجام تأمل در وضعیت نشسته متمرکز بر آگاهی از تنفس و بدن، شناسایی و ثبت تقویم تجربه‌های خوشایند.
چهارم	ماندن در زمان حال حضور ذهن دیداری یا شنیداری، تأمل در وضعیت نشسته، راه رفتن با حالت حضور ذهن، تعریف قلمرو و سواس یا حوزه دیگری که مشکل اعضا می‌باشد مانند خستگی مزمن، استرس و غیره.
پنجم	پذیرش و اجازه/ مجوز حضور تأمل در وضعیت نشسته- آگاهی از تنفس و بدن؛ تأکید بر ادراک چگونگی واکنش دهی به افکار، احساسات و حس‌های بدنی ایجادشده، معرفی یک حالت دشوار در تمرین و کاوش اثراتش بر روی بدن و ذهن
ششم	فکرها نه حقایق تأمل در وضعیت نشسته- آگاهی از تنفس و بدن- به‌اضافه معرفی مشکل مربوط به تمرین و پی بردن به اثراتش بر روی بدن و ذهن
هفتم	چگونه می‌توانم به بهترین شکل از خود مراقبت کنم؟ تأمل در وضعیت نشسته- آگاهی از تنفس، بدن، اصوات، افکار و هیجان‌ها، سه دقیقه فضای تنفس و طرح مشکلی که در انجام تکلیف به وجود آمده و پی بردن به اثرات آن بر بدن و ذهن.
هشتم	استفاده از آموخته‌ها برای کنار آمدن با وضعیت‌های خلقی در آینده تأمل واریسی بدنی، به پایان رساندن تأمل

شد و سپس دوره درمانی در هشت جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای و به‌صورت هفته‌ای یک جلسه، براساس پروتکل روان‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (کرین، ۱۳۹۰) برای گروه آزمایش اجرا شد و برای گروه کنترل هیچ مداخله‌ای صورت نگرفت. پس از اتمام جلسات درمانی از آزمودنی‌های دو گروه

در ابتدا یک جلسه توجیهی برای آزمودنی‌ها برگزار شد و افراد فرم مربوط به رضایت آگاهانه برای شرکت در این تحقیق را پر کردند و به آن‌ها اطمینان داده شد که کلیه اطلاعات در طی فرآیند این پژوهش محرمانه باقی می‌ماند، قبل از اجرای جلسات درمان از آزمودنی‌ها پیش‌آزمون گرفته

پس‌آزمون گرفته شد.

فوق دیپلم و لیسانس به ترتیب ۱، ۸، ۲ و ۳ نفر بود همچنین وضعیت اشتغال آن‌ها بیکار ۲ نفر (۱۴٪)، خانه‌دار ۵ نفر (۳۶٪)، کارمند ۴ نفر (۲۹٪) و آزاد ۳ نفر (۲۱٪) بود و سابقه درمان آن‌ها در گروه آزمایش ۱۳ نفر (۸۶٪) تحت درمان دارویی و ۴ نفر (۲۹٪) تحت درمان روانشناختی بوده‌اند و در گروه کنترل میانگین و انحراف استاندارد ۴۲ و ۵/۲۹ و وضعیت تحصیلات دیپلم، فوق دیپلم و لیسانس به ترتیب ۸، ۲ و ۴ نفر بود وضعیت اشتغال آن‌ها، بیکار ۳ نفر (۲۱٪)، خانه‌دار ۴ نفر (۲۹٪)، کارمند ۳ نفر (۲۱٪) و آزاد ۴ نفر (۲۹٪) بود و سابقه درمان در این گروه ۱۳ نفر (۹۳٪) تحت درمان دارویی و ۵ نفر (۳۶٪) تحت درمان‌های روانشناختی بوده‌اند.

یافته‌ها

تعداد شرکت‌کنندگان در این تحقیق ۳۰ (۱۵ نفر آزمایش و ۱۵ نفر کنترل) که ۱ نفر از گروه آزمایش انصراف داد و در نهایت نمونه به ۱۴ نفر کاهش پیدا کرد. جنسیت بدین‌صورت بود که ۱۴ نفر از شرکت‌کنندگان زن و ۱۴ نفر مرد بودند. جنسیت در هر دو گروه آزمایش و کنترل شامل ۷ زن (۵۰٪) و ۷ مرد (۵۰٪) بود و وضعیت تأهل آن‌ها در گروه آزمایش ۱۰ نفر (۷۱٪) متأهل و ۴ نفر (۲۹٪) مجرد و در گروه کنترل ۱۱ نفر (۷۱٪) متأهل و ۳ نفر (۲۱٪) مجرد بود. در گروه آزمایش میانگین و انحراف استاندارد سن به ترتیب ۳۹/۴۲ و ۴/۹۷ بود و وضعیت تحصیلات سیکل، دیپلم،

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های پذیرش درد در دو مرحله ارزیابی در دو گروه کنترل و آزمایش

متغیرها	مرحله ارزیابی	گروه	M	SD
پذیرش درد	پیش‌آزمون	آزمایش	۳۷/۴۰	۱/۸۱
		کنترل	۳۷/۶۰	۷/۵۵
	پس‌آزمون	آزمایش	۴۳/۶۰	۱/۱۵
		کنترل	۳۸/۱۰	۱/۶۶
تعهد کاری	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۸/۵۰	۳/۱۳
		کنترل	۱۷/۹۰	۳/۳۸
	پس‌آزمون	آزمایش	۲۲/۴۰	۵/۵۸
		کنترل	۱۹/۷۰	۲/۱۳
رضایت از درد	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۸/۹۰	۱/۷۵
		کنترل	۱۹/۷۰	۱/۴۴
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۹/۲۰	۱/۸۳
		کنترل	۱۹/۱۰	۲/۳۷

جدول ۳ میانگین و انحراف استاندارد نمرات شدت درد دو گروه آزمایش و کنترل در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون را نشان می‌دهد. نتایج نشان می‌دهد که میانگین نمرات گروه آزمایش بالاتر از نمرات گروه کنترل است.

همچنین نتایج مندرج در جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین و انحراف استاندارد نمرات پذیرش درد، تعهد کاری و رضایت از درد دو گروه آزمایش و کنترل در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون را نشان می‌دهد. نتایج نشان می‌دهد که میانگین نمرات گروه آزمایش بالاتر از نمرات گروه کنترل است.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار شدت درد در دو گروه کنترل و آزمایش

متغیرها	مرحله ارزیابی	گروه	M	SD
شدت درد	پیش‌آزمون	آزمایش	۴۹/۵۰	۳/۸۱
		کنترل	۵۰/۱۰	۳/۵۵
	پس‌آزمون	آزمایش	۴۴/۷۰	۴/۳۲
		کنترل	۵۰/۱۰	۲/۹۹

اطلاعات جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری تفاوت معناداری بین میانگین پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل در مقیاس‌های درماندگی روان‌شناختی را نشان می‌دهد. تفاوت بین نمرات دو گروه، بیان‌کننده این مطلب است که به‌طور کلی مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود درماندگی روان‌شناختی تأثیر معناداری داشته است.

برای بررسی اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر درماندگی روان‌شناختی، پذیرش درد و شدت درد افراد با علائم کم‌درد، از شیوه تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شده است، قبل از انجام تحلیل کوواریانس چند متغیره، آزمون ام‌باکس و لون جهت همگن بودن واریانس‌ها انجام شد، نتایج نشان داد که پیش‌فرض مربوط به همگنی واریانس‌ها رعایت شده است ($P > 0/18$ ، $F = 1/94$ ، $F = 2/07$ ، $P > 0/05$).

جدول ۴. تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکوا) تفاوت گروه‌های آزمایش و کنترل در درماندگی روان‌شناختی

منبع	لامبدا ویکلز	F	ضریب اثر
گروه	۰/۳۷	۱۱/۵۶**	۰/۶۲

** $P < 0/001$

عدالتیان حسینی و همکاران: اثر بخشی روان‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر درماندگی روانشناختی، پذیرش و شدت...

با توجه به جدول ۵ مشاهده می‌شود که روان‌درمانی گروهی مبتنی بر ذهن‌آگاهی توانسته است بر پذیرش درد تأثیر معناداری داشته باشد ($P < 0/001$).

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره برای مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل در پذیرش درد

خرده مقیاس	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	گروه
پذیرش درد	۱۴۹/۵۷	۱	۱۴۹/۵۷	**۲۲/۰۹	
تعهد	۳۲/۴۰	۱	۳۲/۴۰	**۸/۵۰	
رضایت درد	۰/۵۷	۱	۰/۵۷	۰/۱۳	
خطا	۱۶۲/۲۱	۲۴	-	-	
تعهد	۹۳/۰۶	۲۴	-	-	
رضایت درد	۱۰۲/۶۵	۲۴	-	-	
خطا	۴۶۷۳۷	۲۸	-	-	
تعهد	۱۱۸۹۸	۲۸	-	-	
رضایت درد	۱۰۰۲۳	۲۸	-	-	

جدول ۶. نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه شدت درد در دو گروه کنترل و آزمایش

منبع پراکندگی	مجموع	درجه	میانگین	F	سطح	ضریب
	مجذورات	آزادی	مجذورات		معنی‌داری	ایتا
پیش‌آزمون	۱۵۱/۵۱	۱	۱۵۱/۱۵	۲۶/۴۲	۰/۰۰۰۱	
گروه	۱۱۷/۱۴	۱	۱۱۷/۱۴	۲۰/۴۳	۰/۰۰۰۱	۰/۵۵
خطا	۹۷/۴۸	۱۷	۵/۷۳			

می‌شود و عبدالقادری و همکاران (۱۳۹۲) در پژوهش به این نتایج دست یافتند که ذهن آگاهی می‌تواند درد، افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به کمردرد مزمن را کاهش دهد.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت ذهن آگاهی به‌عنوان یکی از روش‌های اصلی راهبردهای مبتنی بر پذیرش باعث می‌شود که افراد به‌جای چالش و پرهیز از افکار و احساسات ناراحت‌کننده ناشی از افکار و یا با برقراری یک سبک ارتباطی متفاوت بدون واکنش و نوعی شیوه جدید پردازش اطلاعات، افکار و احساسات ناراحت‌کننده خود را بدون داوری و ارزیابی بپذیرد و از این راه با حساسیت‌زدائی با آن‌ها کنار بیاید برخی از پژوهشگران بر این باورند که به‌کارگیری روش‌های ذهن آگاهی به‌علت سازوکارهای نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت‌زدایی، حضور در لحظه، مشاهده‌گری بدون داوری، رویارویی و رهاسازی در تلفیق با فنون رفتاردرمانی شناختی سنتی، به‌علت تأثیر بر این فرایندها، می‌تواند ضمن کاهش علائم اثربخشی درمان را افزایش در واقع سازوکار اصلی ذهن آگاهی را باید خودکنترلی دانست (وتیکوتیز، مارلات و والکر^۳، ۲۰۰۵؛ نقل از فرهادی، موحدی، کریمی نژاد و موحدی، ۱۳۹۲).

ویژگی روش حضور ذهن آن است که بیمار را نسبت به ریشه‌های اختلال و مکانیسم آن در مغز آگاه نموده، از مضطرب شدن او جلوگیری می‌نماید، بر افکار و تمایلات او در حالت هشیاری متمرکز می‌شود و به فرد امکان می‌دهد تا

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که با کنترل پیش‌آزمون، بین دو گروه آزمایش و کنترل از لحاظ نمره شدت تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین فرضیه تایید می‌گردد. به‌عبارت‌دیگر بین شدت درد شرکت‌کنندگان گروه آزمایش و کنترل با حذف پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/0001$ و $f = 20/43$). بعلاوه ضریب اتا $0/55$ بوده است و بدین معنی است که ۵۵ درصد تغییرات ایجاد شده در گروه آزمایش مربوط به کاربندی مداخله بوده است.

نتیجه‌گیری و بحث

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر درماندگی روان‌شناختی، پذیرش و شدت درد افراد با علائم کمردرد انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که روان‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند بهبود درماندگی روان-شناختی تأثیر داشته باشد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های دی^۱ و همکاران (۲۰۱۹)؛ هرمان و همکاران (۲۰۱۷)؛ هیلتون و همکاران (۲۰۱۷)؛ عبدالقادری و همکاران (۱۳۹۲)؛ معصومیان و همکاران (۱۳۹۱)؛ میچالاک، هالز و تیسمن^۲ (۲۰۱۱) و همسو هست.

دی و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهشی نشان دادند که ذهن آگاهی می‌تواند باعث کاهش افسردگی افراد مبتلا به کمردرد مزمن شود.

هرمان و همکاران (۲۰۱۷) در پژوهشی نشان دادند که روان‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش استرس افراد مبتلا به کمردرد مزمن

1. Day
2. Michalak, Hölz & Teismann

3. Witkiewitz, Marlatt & Walker

منفی را افزایش می‌دهد و آن‌ها را به مقابله مؤثر قادر می‌سازد (بائر^۴، ۲۰۰۳).

از این رو به نظر می‌رسد درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با افزایش آگاهی افراد نسبت به لحظه حال، از طریق فنونی مثل توجه به تنفس و بدن و معطوف کردن آگاهی به اینجا و اکنون، بر نظام شناختی و پردازش اطلاعات اثر دارد. لذا با توجه به مؤثر واقع شدن این نوع آموزش و با در نظر گرفتن سودمندی‌های این روش در زمینه افزایش بهزیستی ذهنی و یا به‌طور کلی افزایش کیفیت زندگی، به‌کارگیری گسترده این روش در جهت افزایش سلامت روان افراد توصیه می‌شود. همچنین نتایج پژوهش نشان داد که روان‌درمانی گروهی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، بر پذیرش درد تأثیر مثبت و معناداری دارد. نتایج این پژوهش همسو با یافته‌های راسکین، گانگن، کوهات، ستینسون و والکر^۵ (۲۰۱۷)؛ مسگریان و همکاران (۱۳۹۱)؛ زارع، محمدی، متقی، افشار و پورکاظم (۱۳۹۳) هست.

زارع و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند بر پذیرش درد افراد مبتلا به بیماری مزمن مؤثر باشد.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت که یکی از مهارت‌های حضور ذهن که می‌تواند کمک‌کننده باشد، پذیرش هست، رابطه بین پذیرش و تغییر، یک مفهوم محوری در بحث‌های رایج روان‌درمانی است (هایز و همکاران، ۱۹۹۴)؛ به نقل از امیدی و محمدخانی، (۱۳۸۷). دو عنصر پذیرش

تکرار اعمال یا افکار و نشخوار آن‌ها را برای کاهش اضطراب انتخاب نکند و به ریشه‌های زیستی اختلال بیندیشد (موسویان و همکاران، ۱۳۸۹؛ نقل از بیرامی، موحدی و علیزاده گورادل، ۱۳۹۴). تأثیر روان‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افسردگی و اضطراب و نیز دیگر احساسات جسمی - روانی و بهبود شرایط فرد می‌تواند ارتقای کیفیت زندگی را در پی داشته باشد. وجود همبستگی منفی بین افسردگی و کیفیت زندگی پشتیبان جدی این ایده نظری است.

تغییر نگرش درباره اوضاع، تصحیح هر نوع تحریف شناختی یا منفی‌گرایی، مستلزم ارزیابی مجدد یا نگاه جدید به هر بخش از زندگی است (فریش^۱، ۱۳۸۹)، به نظر می‌رسد تمرین‌های شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با افزایش آگاهی افراد از لحظه حال از طریق فنونی مثل توجه به تنفس و بدن و توجه دادن آگاهی به اینجا و اکنون، بر نظام شناختی و پردازش اطلاعات اثر می‌گذارد. رویکرد بهبود بخشیدن به کیفیت زندگی نسبت به آموزش مبتنی بر ذهن‌آگاهی^۲، تنفس ذهن آگاهانه نامیده می‌شود، تنفس ذهن آگاهانه در کنترل عواطف و هیجانات منفی، به هنگام تلاش مراجع برای رسیدن به اهداف زندگی خود، مفید است. این روش همچنین در پیشگیری از عود در شناخت درمانی کمک‌کننده گزارش شده است (سگال، ویلیام و تیزدل^۳، ۲۰۰۲)؛ بنابراین تمرین مهارت ذهن‌آگاهی، توانایی مراجعان، برای تحمل حالت‌های هیجانی

4. Baer
5. Ruskin, Gagnon, Kohut, Stinson & Walker

1. Frisch
2. mindfulness
3. Segal, Williams & Teasdale

زگیسکا (۲۰۱۶) در پژوهش خود نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی می تواند بر کاهش شدت درد افراد مبتلا به کمردرد مزمن مؤثر باشد؛ و همچنین دی و همکاران (۲۰۱۹) در یافته های پژوهش خود نشان دادند که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی می تواند بر کاهش شدت درد و افزایش عملکرد جسمانی تأثیر بگذارد.

در تبیین این نتایج می توان گفت درمان های شناختی رفتاری مخصوص درد مزمن استفاده شود که به صورت هدفمند روی آگاهی بیماران از درد، افکار و هیجانات مربوط به درد و خطاهای شناختی در این زمینه تمرکز می کند. به احتمال زیادی این عناصر شناخت درمانی در تسهیل یک دیدگاه جدا شدن و متمرکز نشدن که از تکنیک افکار درد تأثیر دارد (بائر، ۲۰۰۳؛ نقل از زارع و همکاران، ۱۳۹۳). دلیل اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در این مطالعات این است که درمان ذهن آگاهی، منجر به تغییر شناختی در طرز تفکر و اعمال بیمار می شود و از اصول تقویت شرطی سود می برد. بدین ترتیب که فرد مبتلا برای رفتن به گام به بعدی تلاش می کند تا خود را در گامی بالاتر ببیند و این تمایل به طور مستمر باعث بهبود تدریجی مرحله به مرحله بیمار می شود و درعین آرامش و آگاهی، به درمان ادامه خواهد داد و نواقص و اشکالات خود را در جلسات حضوری حل می نماید. همچنین می توان گفت که ذهن آگاهی باعث تعدیل احساسات بدون قضاوت و افزایش آگاهی نسبت به احساسات روانی و جسمانی می شود و به واضح

درد یعنی تمایل به درد و تعهد در فعالیت کاملاً برعکس باورهای این بیماران است؛ یعنی ما در پذیرش درد انتظار داریم که فرد مبتلا به درد مزمن تلاش های غیر مؤثر برای کاهش درد را رها کند و علیرغم وجود درد به فعالیت های روزمره زندگی خود ادامه دهد؛ بنابراین با این توضیحات پذیرش درد، تأثیر درمان ذهن آگاهی نقش مهمی در فرایندهای درمانی بیماران مبتلا به درد مزمن دارد. نسل سوم درمان های روان شناختی مهارت ها و راهکارهایی تدارک می بیند که به بیماران اجازه می دهد، تجربیات درونی ناسازگار خود را بپذیرند و با زمان حال در تماس باشند، به همین دلیل این درمان در بین متخصصان بالینی و پژوهشگران علاقه مندی زیادی پیدا کرده است. شاید به این دلیل که پذیرش علائمی را بهبود می دهد که مشکل و غیرقابل تغییر هستند. (هیس و فلدمن، ۲۰۰۴؛ لوسیانو^۲ و همکاران، ۲۰۱۴؛ نقل از زارع و همکاران، ۱۳۹۳)

همچنین نتایج پژوهش نشان داد که روان درمانی گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی، بر کاهش شدت درد گروه تأثیر مثبت و معناداری دارد. یافته های پژوهش حاضر با نتایج پژوهش های دی و همکاران (۲۰۱۹)؛ آنهیر و همکاران (۲۰۱۷)؛ زگیسکا^۳ و همکاران (۲۰۱۶)؛ آشر و همکاران (۲۰۱۲)؛ کرامر و همکاران (۲۰۱۲)؛ عبدالقادری و همکاران (۱۳۹۲) و مسگریان و همکاران (۱۳۹۱) همسو هست.

1. Hayes & Feldman
2. Luciano
3. Zgierska

درد کاهش می‌یابد براساس نظریه دروازه‌ای درد، ارسال پیام درد و در نتیجه شدت درد نیز کاهش می‌یابد (ملزاک و وال،^۳، ۱۹۶۰؛ اوتیس،^۴، ۲۰۰۷؛ بائر،^{۲۰۰۳}؛ نقل از زارع و همکاران، ۱۳۹۳).

محدودیت‌های پژوهش حاضر عبارت‌اند از: تعداد محدود آزمودنی‌ها، عدم تنوع بومی و فرهنگی، عدم امکان انجام مرحله پیگیری به خاطر زمان محدود پژوهش. با توجه به نقش مؤثر روان‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در درماندگی روان‌شناختی، پذیرش درد و شدت درد در افراد با علائم کم‌درد علاوه بر برنامه‌های درمانی و پزشکی موجود برای افراد مبتلا به کم‌درد مزمن مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند انجام شود.

سپاسگزاری

در پایان از تمام کسانی که در این پژوهش همکاری کردند و این پژوهش را میسر ساختند، تشکر به عمل می‌آید.

نگرش‌های ناکارآمد نوجوانان». *شناخت اجتماعی*، (۴)، ۴۱-۵۲.

حشمتی، ف؛ علمی منش، ن و حشمتی، ر. (۱۳۹۶). «مدلسازی معادلات ساختاری تعیین گره‌های درد مزمن: نقش سیستم‌های فعال ساز و بازداری رفتاری و بهوشیاری زمینه‌ای». *فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت*، (۲۴)۶، ۱۲۰-۱۳۷.

دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده‌های فیزیکی، همان‌گونه که اتفاق می‌افتد، کمک می‌کند (نیف^۱، ۲۰۰۳؛ روث و رابینز^۲، ۲۰۰۴؛ نقل از فرهادی و همکاران، ۱۳۹۲).

همچنین طبق نظریه دروازه‌ای درد تجربه دردناک به‌سادگی نتیجه تفسیر تکانه‌های عصبی که به‌طور مستقیم از نورون‌های حسی به مغز فرستاده می‌شوند، نیست. بلکه پیام درد قبل از ورود به مغز می‌تواند تحت تأثیر دیگر محرک‌های ورودی از جمله افکار، هیجانات، لمس و فشار در قسمت دروازه درد را بازی می‌کنند و اطلاعات بیشتری درباره درد مغز می‌رسد و برعکس افکار و هیجانات مثبت دروازه درد را بسته و پیام درد را محدود می‌کنند. به نظر می‌رسد به دنبال مکانیسم‌های زمینه‌ای تمرینات MBCT مثل بینش، پذیرش، مواجهه، نجسپیدن، افزایش عملکرد ذهن و بدن، تغییر شناختی و خودمدیریتی افکار و هیجانات منفی مربوط به

منابع

امیدی، ع و محمدخانی، پ. (۱۳۸۷). «آموزش حضور ذهن به‌عنوان یک مداخله بالینی: مروری مفهومی و تجربی». *فصلنامه سلامت روان*، (۱)۱، ۳۰-۳۸.

بیرامی، م؛ موحدی، ی و علیزاده گورادل، ج. (۱۳۹۴). «اثر بخشی درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت در کاهش اضطراب اجتماعی و

3. Melzack & Wall
4. otis

1. Neff
2. Roth & Robbins

قرایی اردکانی، ش؛ آزاد فلاح، پ و تولانی، ع. (۱۳۹۱). «اثربخشی رویکرد پذیرش و تعهد درمانی در کاهش شدت تجربه درد در زنان مبتلا به اختلال سردرد مزمن». *مجله روانشناسی بالینی*، (۴) ۲، ۳۹-۵۰.

کریمی ثانی، پ؛ مهدی لو، س؛ منصوری، س و سجادی زاده، ز. (۱۳۹۷). «تأثیر آموزش کمک‌های روان‌شناختی اولیه بر بهبود علائم چندوجهی درد و سبک مقابله با استرس در زنان مبتلا به بیماری ام‌اس». *مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت*، (۴) ۵، ۸۷-۹۸.

کرین، ر. (۱۳۹۰). «شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی»، ترجمه انیس خوش‌لهجه، تهران: بعثت.

گال، م؛ بورگ و گال، ج. (۱۳۹۸). «روش‌های تحقیق کمی و کیفی در علوم تربیتی و روانشناسی»، ترجمه احمدرضا نصر اصفهانی و همکاران، تهران: انتشارات سمت.

مسگریان، ف؛ اصغری مقدم، م؛ شعیری م؛ برومند، ا؛ معروفی، ن؛ ابراهیمی تکامچانی، ا و نایب آقایی، ح. (۱۳۹۱). «نقش پذیرش درد در کاهش شدت درد و ناتوانی بیماران مبتلا به درد مزمن». *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، (۳) ۱۰، ۱۹۴-۲۰۳.

معصومیان، س؛ گلزاری، م؛ شعیری، م و مومن‌زاده، ش. (۱۳۹۱). «اثربخشی برنامه

زارع، ح؛ محمدی، ن؛ متقی، پ؛ افشار، ح و پورکاظم، ل. (۱۳۹۳). «تأثیر درمان تعدیل شده شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر فاجعه پنداری، پذیرش و شدت درد بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا». *فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت*، (۳) ۱۲، ۹۷-۱۱۷.

شعبانی، م و خلعتبری، ج. (۱۳۹۷). «اثربخشی آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر دشواری‌های تنظیم هیجان و بهزیستی روان‌شناختی در سندرم پیش از قاعدگی». *فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت*، (۲۹) ۸، ۱۳۴-۱۵۲.

عبدالقادری، م؛ کافی، م؛ صابری، ع و آریا پوران، س. (۱۳۹۲). «اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی رفتاری بر کاهش درد، افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به کمردرد مزمن». *مجله علمی و پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، (۶) ۲۱، ۷۹۵-۸۰۷.

فرهادی، ع؛ موحدی، ی؛ کریمی نژاد، ک و موحدی، م. (۱۳۹۲). «تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی مردان مبتلا به بیماری عروق کرونر». *فصلنامه پرستاری قلب و عروق*، (۴) ۲، ۱۳۹۲، ۶-۱۴.

فریش، م (۱۳۸۹). «روان‌درمانی مبتنی بر بهبود زندگی»، ترجمه اکرم خمسه. تهران: ارجمند.

عدالتیان حسینی و همکاران: اثر بخشی روان‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر درماندگی روانشناختی، پذیرش و شدت...

نامنی، ا؛ عبدالله‌زاده، ح؛ جاجرمی، م و پیرانی، ح. (۱۳۹۷). «اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) به شیوه گروهی بر سرکوبی افکار منفی و درماندگی آموخته‌شده در زنان نابارور». *مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*، ۲۵(۵)، ۶۰۰-۶۰۷.

کوشکی، ف و هارون رشیدی؛ ه. (۱۳۹۸). «اثر بخشی ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر کیفیت خواب و درماندگی روان-شناختی افراد مبتلا به دیابت نوع ۲». *فصلنامه علمی پژوهشی پرستاری دیابت زابل*، ۷(۳)، ۸۴۴-۸۵۶.

کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش افسردگی (MBSR) بیماران مبتلا به کمردرد مزمن». *فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد*، ۳(۲)، ۸۲-۸۷.

میرزمانی، م؛ حلی‌ساز، م؛ سدیدی، ا و صفری، ا. (۱۳۸۷). «مقایسه میزان تأثیر درد بر ابعاد مختلف زندگی سالمندان و افراد مبتلا به درد مزمن». *مجله سالمندی ایران*، ۳(۷)، ۴۷-۵۵.

Ahrens, M., & Schiltenwolf, H. (2010). WangHealth-related quality of life (SF-36) in chronic low back pain and comorbid depression. *Der Schmerz*, 24, 251-256.

Anheyer, D., Haller, H., Barth, J., Lauche, R., Dobos, G., & Cramer, H. (2017). Mindfulness-Based Stress Reduction for Treating Low Back Pain A Systematic Review and Meta-analysis Mindfulness-Based Stress Reduction for Treating Low Back Pain. *Annals of Internal Medicine*, 166(11), 799-807.

Ashina, L., Bendtsen, A., Lyngberg, R. B., Lipton, N., Hajiyeva, R., Jensen, R. (2015). Prevalence of neck pain in migraine and tension-type headache: a population study. *Cephalalgia*, 35(3), 211-219.

Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review. *Clinical psychology: Science and practice*, 10(2), 125-143.

Cramer, H., Haller, H., Lauche, R., & Dobos, G. (2012). Mindfulness-based stress reduction for low back pain. a systematic review. *BMC Complement Alternat Med*, 25(12), 162-70.

Day, M. A., Thorn, B. E., Ehde, D. M., Burns, J. W., Barnier, A., Mattingley, J. B., Matthews, N., & Jensen, M. P. (2019). Moderators of Mindfulness Meditation, Cognitive Therapy, and Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Chronic Low Back Pain: A Test of the Limit, Activate, and Enhance Model. *The*

- Journal of Pain*, 25, 1526-5900.
Demyttenaere.
- Demyttenaere, R., Bruffaerts, S., Lee, J., Posada-Villa, V., Kovess, M. C., Angermeyer, D., Levinson, G., DeGirolamo, H., Nakane, Z., Mneimneh, C., Lara, R., deGraaf, K. M. Scott, O. Gureje, D. J. Stein, J. M. Haro, E. J., Bromet, R. C., Kessler, J., Alonso, M., & Von, K. (2007). Mental disorders among persons with chronic back or neck pain: results from the world mental health surveys. *Pain*, 129(3), 332–342.
- Edwards, R., Augustson, E., & Fillingham, R. (2003). Defferential relationships between anxiety and treatment associated pain reduction among male and female chronic pain patients. *The Clinical Journal of Pain*, 19(4), 208-16.
- Esteve, R., Ramirez-Maestre, C., & Lopez-Marinez, A. E. (2007). Adjustment to chronic pain: the role of pain acceptance, coping strategies, and pain-related cognitions. *Annals of Behavioral Medicine*, 33(2), 179-88.
- Guo, Y. R., Chen, Y. L. H., Xing, C. H., & Liu, T. (2019). Pain regulation by gut microbiota: molecular mechanisms and therapeutic potential. *British Journal of Anaesthesia*, 123 (5), 637-654.
- Herman, P. M., Anderson, M. L., Sherman, K. J., Balderson, B. H., Turner, J. A., & Cherkin, D. C. (2017). Cost-Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction vs Cognitive Behavioral Therapy or Usual Care among Adults with Chronic Low-Back Pain. *Spine*, 42(20),1511-1520.
- Hilton, L., Hempel, S., Ewing, B. A., Apaydin, E., Xenakis, L., Newberry, S., & Maglione, M. A. (2017). Mindfulness meditation for chronic pain: systematic review and meta-analysis. *Annals of Behavioral Medicine*, 51(2), 199-213.
- McCracken, L. M., & Zhao-O'Brien, J. (2010). General psychological acceptance and chronic pain: There is more to accept than the pain itself. *European Journal of Pain*, 14(2), 170-5.
- Michalak, J., Hölz, A., & Teismann, T. (2011) Rumination as a predictor of relapse in mindfulness- based cognitive therapy for depression. *Psychol Psychother Theory Res Pract*, 84, 230–36.
- Segal, z. v., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. F. (2002). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. New York: Guilford Press.

- Ruskin, D. A., Gagnon, M. M., Kohut, S. A., Stinson, J. N., & Walker, K. S. (2017). A Mindfulness Program Adapted for Adolescents With Chronic Pain: Feasibility, Acceptability, and Initial Outcomes. *The Clinical Journal of Pain*, 33(11), 1019-1029.
- Ussher, M., Spatz, A., Copland, C., Nicolaou, A., Cargill, A., Amini-Tabrizi, N., & McCracken, L. M. (2012). Immediate effects of a brief mindfulness-based body scan on patients with chronic pain. *Journal of behavioral medicine*, 37(1), 127-34.
- Xu, Y., Wang, Y., Chen, J., He, Y., Zeng, Q., Huang, Y., et al. (2020). The comorbidity of mental and physical disorders with self-reported chronic back or neck pain: Results from the China Mental Health Survey. *Journal of Affective Disorders*, 1(260), 334-341.
- Zgierska, A. E., Burzinski, C. A., Cox, J., Kloke, J., Stegner, A., Cook, D. B., Singles, J., Mirgain, S., Coe, C. L., & Bačkonja, M. (2016). Mindfulness Meditation and Cognitive Behavioral Therapy Intervention Reduces Pain Severity and Sensitivity in Opioid-Treated Chronic Low Back Pain: Pilot Findings from a Randomized Controlled Trial. *Pain Medicine Journal*, 17(10), 1865-1881.