

اثربخشی بهره‌گیری توأم از درمان شناختی رفتاری و راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان در ذهن آگاهی، تاب‌آوری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به درد مزمن

میترا قاسمی*، محمد حاتمی**، جعفر حسینی***

* کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

** دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

*** دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

چکیده

تاریخچه:

دریافت: ۱۳۹۴/۰۲/۱۳

تجدیدنظر: ۱۳۹۴/۱۲/۰۵

پذیرش: ۱۳۹۵/۰۳/۰۴

هدف: درد مزمن از جمله بیماری‌های جسمی شایعی است که مشکلات جسمانی، روانشناختی، اقتصادی و اجتماعی متعددی را برای مبتلایان به آن پدید می‌آورد. هدف پژوهش حاضر اثربخشی بهره‌گیری توأم از درمان شناختی رفتاری و راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان در ذهن آگاهی، تاب‌آوری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به درد مزمن شهر تهران بود.

کلیدواژه‌ها:

درمان شناختی رفتاری، راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان، ذهن آگاهی، تاب‌آوری، کیفیت زندگی و درد مزمن.

روش: ۲ نفر از مبتلایان به اختلال درد مزمن به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و ۵ بار به وسیله پرسشنامه‌های تاب‌آوری کانر و دیویدسون، ذهن آگاهی بائر و همکاران (*FFMQ*) و کیفیت زندگی (*QOL*) مورد ارزیابی قرار گرفتند. با توجه به طرح پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های درصد بهبودی، درصد کاهش نمرات، اندازه اثر، ضریب کوهن، تغییرات روند و شیب برای هر بیمار استفاده شد و روند تغییرات نمرات در طی جلسات بر روی نمودارها به طور جداگانه نشان داده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که نمره بیماران تحت درمان شناختی رفتاری به همراه راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان، پس از درمان در هر سه مقیاس افزایش معناداری نشان داده است. به طوری که درصد بهبودی در سه مقیاس ذهن آگاهی، تاب‌آوری و کیفیت زندگی، به ترتیب برای بیمار اول معادل ۷۱/۵۷، ۶۳/۰۴ و ۶۴/۹۳- و برای بیمار دوم معادل ۷۶/۶۶، ۷۶- و ۷۲/۰۹- بوده است.

نتیجه‌گیری: بهره‌گیری توأم از درمان شناختی رفتاری و راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان با افزایش ذهن آگاهی و تاب‌آوری بیماران، انعطاف‌پذیری و توانمندی آن‌ها را در مقابل مشکلات ناشی از این بیماری افزایش داده و با بهبود کیفیت زندگی بیماران درد مزمن، در بهبود شرایط زندگی بیماران درد مزمن اثرگذار می‌باشد و تغییرات درمانی ایجاد شده در طول پیگیری یک ماهه پایدار باقی می‌ماند.

The effectiveness of combination of Cognitive Behavior Therapy and Cognitive Emotion Regulation Strategies on mindfulness, resiliency and quality of life in patients with chronic pain

*M. Ghasemi, **M. Hatami, ***J. Hasani

* M.A in Psychology, Kharazmi university, Tehran, Iran.

** Associate Professor of psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran.

*** Associate Professor of psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran.

Abstract

Objective: Chronic pain is a common medical illnesses . Purpose of this study is investigating the effectiveness of combination of Cognitive Behavior Therapy and Cognitive Emotion Regulation Strategies on mindfulness, resiliency and quality of life in patients with chronic pain in Tehran.

Methods: 2 patients with chronic pain were selected through convenience sampling and answered to these questionnaire; Connor and Davidson Resiliency Scale, Bauer and colleagues mindfulness questionnaire and quality of life questionnaire. This study was a basic, multiline, and single subject research.

Results: CBT and Cognitive Emotion Regulation Strategies has significant effects on increasing the scores of all three scales in both cases. So that the percentage of improvement in the scale of the mind awareness, resiliency and quality of life, for the first case has been respectively -71/57, -63/04 and -64/93 and for the second case was -76/66, -76 and -72/09 .

Conclusion: Cognitive behavior therapy and Cognitive Emotion Regulation Strategies is effective in increasing the mindfulness, resiliency and quality of life in patients with chronic pain.

Article Information:

History:

Receipt: 2013/08/06

Revise: 2013/09/26

Acceptance: 2013/10/20

Keywords:

cognitive behavioral
therapy, Cognitive
Emotion Regulation
Strategies ,mindfulness,
resiliency, quality of life
and chronic pain.

مقدمه

درد مزمن به نوعی از درد اطلاق می‌شود که اگرچه در پاسخ به یک آسیب معین بروز می‌یابد، اما در مدت کمتر از شش ماه از بین نرفته و دوام می‌یابد (استنارد، ۲۰۱۰). این نوع از درد، طی ۶ ماه گذشته دست کم به مدت ۳ ماه هر روز ادامه داشته است و با وجود اقدامات درمانی که فرد مبتلا در راستای بهبود آن انجام می‌دهد، باقی می‌ماند و عواطف منفی مانند افسردگی، اضطراب، استرس و خشم، اختلالاتی در خواب، مشکلات شغلی، اجتماعی و خانوادگی را با خود به همراه می‌آورد (مک کلاین و سورش، ۲۰۱۰). انجمن درد آمریکا، اعلام داشت که درد مزمن یکی از عمده ترین علل بروز ناتوانی و از کارافتادگی در بزرگسالان این جامعه می‌باشد (آگارویلسون و جکسون، ۲۰۱۲).

در طبقه بندی انواع درد مزمن؛ می‌توان به کمر درد، سردرد، درد ناشی از التهاب مفاصل و درد ناشی از بیماری سرطان اشاره کرد (استنارد، ۲۰۱۰). درد مزمن یکی از شایع ترین اختلالات است، حدود ۴۰٪ مراجعہ کنندگان به مراکز درمانی و ۲۳٪ از کل جامعه به آن دچار هستند. در بین این بیماران شیوع درد در سه ناحیه از همه بیشتر است که عبارتند از کمر درد (۵۳٪)، سر درد (۴۸٪)، درد مفاصل (۴۶٪) (مارکوس^۱، کوپ، دهر و پین، ۲۰۰۹).

بررسی مطالعات گسترده نشان داده است که شیوع درد مزمن در کشورهای مختلف از ۲۰٪ تا ۶۰٪ متفاوت است و بین ۳۳ تا ۵۰ درصد از این بیماران، برای انجام فعالیت‌ها و اجرای وظایف معمول

خود کم توان یا ناتوان می‌شوند. در جمعیت عمومی بزرگسالان (۱۸ تا ۶۵ سال) ایرانی، شیوع ۶ ماهه درد مزمن مستمر از ۹ درصد تا ۱۴ درصد و در جمعیت سالمند (۶۰ تا ۹۰ سال) حدود ۶۷ درصد گزارش شده است (اصغری مقدم و همکاران، ۱۳۸۷).

این اختلال نه تنها باعث بروز مشکلات جسمی متعددی در فرد می‌گردد، بلکه علایم و اختلالات روانشناختی و همچنین واکنش‌های هیجانی مخرب متعددی را در فرد پدید می‌آورد. برخی از واکنش‌های هیجانی که در بیماران مبتلا به اختلال درد مزمن نمود می‌یابد عبارتند از، افسردگی، خشم، تحریک پذیری، اضطراب، کاهش عزت نفس، کاهش حافظه و افکار خودکشی. شایان ذکر است که هر چه علت درد موجود مبهم تر باشد، هیجان‌های منفی بیشتر و شدیدتری در فرد مبتلا نمود می‌یابد (فالو^۲، ۲۰۰۵).

عوامل مختلفی نظیر ویژگی‌های روانشناختی، موقعیت اقتصادی - اجتماعی، استرس‌های اجتماعی، مشکلات هیجانی و وجود گروه‌های حمایت‌کننده و ... در تعیین شدت مشکلات حاصل از این اختلال حائز اهمیت می‌باشند. ویژگی‌های روانشناختی مبتلایان به اختلال درد مزمن، پیش‌بینی‌کننده‌ی طول مدت درد و ناتوانی حاصل از آن می‌باشند، علاوه بر این مشکلات هیجانی همراه با این اختلال در طولانی‌تر شدن سیر اختلال و ناتوانی فرد در سازگاری با این مشکل نقش بسزایی دارد (فلورمند^۳، ۲۰۰۵).

می شود. به واسطه تمرین ها و تکنیک های مبتنی بر ذهن آگاهی فرد نسبت به فعالیت های روزانه ی خود آگاهی پیدا می کند، به کارکرد اتوماتیک ذهن در دنیای گذشته و حال آگاهی می یابد و از طریق آگاهی لحظه به لحظه از افکار ، احساسات و حالت های جسمانی بر آن ها کنترل پیدا می کند و از ذهن روزمره و اتوماتیک متمرکز بر گذشته و آینده رها می شود (کایون، ۲۰۱۱).

در رابطه با چگونگی اثرگذاری ذهن آگاهی در بهبود شرایط بیماران مبتلا به بیماری مزمن و کاهش مشکلات آن ها باید ادعان داشت که، ذهن آگاهی به بیمار یاری می دهد تا این نکته را درک کند که هیجان های منفی ممکن است رخ دهند، اما آن ها جزء ثابت و دائمی شخصیت نیستند. همچنین به فرد این امکان را می دهد تا به جای آنکه به رویدادها به طور غیرارادی و بی تأمل پاسخ دهد، با تفکر و تأمل پاسخ دهد. ذهن آگاهی روشی است برای زندگی بهتر، تسکین دردها و غنا بخشی و معنادار سازی زندگی (امانوئل^۵ و همکاران، ۲۰۱۰).

عامل روانشناختی دیگری که در تعیین شدت ناتوانی و مشکلات حاصل از درد مزمن حائز اهمیت می باشد و در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفته است؛ تاب آوری است. کارولی^۶ و ریولمن^۷ (۲۰۰۶) و لوپرینزی^۸ و همکاران (۲۰۱۱) در بررسی های خود نقش تاب آوری در تعیین میزان ناتوانی حاصل از اختلال درد مزمن و کیفیت

عوامل روانشناختی متعددی وجود دارند که بر شدت درد تجربه شده از سوی بیمار، میزان از کار افتادگی ناشی از اختلال، نحوه ی سازگاری فرد با این اختلال و کیفیت زندگی فرد تأثیر می گذارند. در خصوص عوامل روانشناختی اثر گذار در ناتوانی و مشکلات حاصل از اختلال درد مزمن، بررسی های متعددی صورت گرفته است که از این بین می توان به عواملی نظیر سبک های مقابله ای (پریزتری^۱ و همکاران، ۲۰۱۱)، خودکارآمدی (نش^۲ و همکاران ۲۰۱۳) اشاره کرد.

یکی از عوامل روانشناختی که شدت ناتوانی و مشکلات حاصل از درد مزمن را تعیین می کند و در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفته است؛ ذهن آگاهی می باشد. پژوهش های متعددی نشان داده اند که ذهن آگاهی نقش بسزایی در تعیین میزان ناتوانی حاصل از بیماری درد مزمن و کیفیت زندگی این افراد دارد (زیدان^۳ و همکاران، ۲۰۱۲؛ کسیدی^۴ و همکاران، ۲۰۱۲).

ذهن آگاهی شکلی از مراقبه است که بر گرفته از تعالیم و آیین های مذهبی شرقی خصوصاً بودا می باشد. کابات - زین ، ذهن آگاهی را توجه خاص ، هدفمند، در زمان حال و بدون هرگونه قضاوت و پیش داوری تعریف کرده است. ذهن آگاهی به رشد سه کیفیت خودداری از قضاوت ، آگاهی قصدمندانه و تمرکز بر لحظه ی کنونی در توجه فرد نیاز دارد که توجه متمرکز بر لحظه حال پردازش تمام جنبه های تجربه ی بلاواسطه شامل فعالیت های شناختی ، فیزیولوژیکی یا رفتاری را موجب

5. Emanuel
6. Karoly
7. Ruehlman
8. Loprinzi

1. Prasertsri
2. Nash
3. Zeidan
4. Cassidy

سازند (کانر^۲ و دیویدسون^۳، ۲۰۰۳ به نقل از سامانی و همکاران، ۱۳۸۶).

درد مزمن مشکلات چند بعدی را در زندگی فرد مبتلا و حتی اطرافیان وی پدید می‌آورد و کیفیت زندگی فرد را عمیقاً متأثر می‌سازد. سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را به عنوان درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، هدف‌ها، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان تعریف می‌کند. لذا کیفیت زندگی کاملاً ذهنی بوده و قابل مشاهده توسط سایر افراد نبوده و مبتنی بر درک افراد از جنبه‌های مختلف زندگی‌شان می‌باشد (توزون، ۲۰۰۷). شایان ذکر است که کیفیت زندگی مفهومی چند بعدی است که زندگی افراد را از جنبه‌های گوناگون مورد بررسی قرار می‌دهد. کیفیت زندگی ۵ بعد فیزیکی، روانی، اجتماعی، روحی و علائم مربوط به بیماری یا تغییرات مربوط به درمان را در بر می‌گیرد (فریس، ۲۰۱۰).

بررسی‌های اخیر در سطح جهان نشان داده است که عوامل روانشناختی در توانبخشی و تقلیل مشکلات ناشی از بیماری درد مزمن بسیار حائز اهمیت می‌باشند (اسمیتز، ولین، کستر و کانتروس، ۲۰۰۶). از میان مجموعه عوامل روانشناختی مرتبط با بیماری درد مزمن، ذهن آگاهی و تاب‌آوری به عنوان دو عامل اثرگذار در کیفیت زندگی افراد مبتلا به اختلال درد مزمن شناخته شده است. لذا می‌توان اظهار داشت که بهره‌گیری از روش‌های درمانی که موجب افزایش

زندگی مبتلایان به درد مزمن را مورد تأیید قرار داده‌اند.

تاب‌آوری اشاره به فرایندی پویا دارد که انسان‌ها در زمان مواجهه با شرایط ناگوار یا ضربه‌های روحی به صورت رفتار انطباقی مثبت از خود نشان می‌دهند. تاب‌آوری به قابلیت تطابق انسان در مواجهه با بلا یا فشارهای جانکاه، غلبه یافتن و حتی تقویت شدن به وسیله‌ی آن تجارب اطلاق می‌شود. این خصیصه با توانایی درونی شخص و مهارت‌های اجتماعی و تعامل با محیط حمایت می‌شود، توسعه می‌یابد و به عنوان یک ویژگی مثبت متبلور می‌گردد (دینر و همکاران، ۲۰۰۹). خودتاب‌آوری، توانایی سازگاری سطح کنترل بر حسب شرایط محیطی می‌باشد. افراد خودتاب‌آور دارای رفتارهای خودشکناهی نیستند؛ از نظر عاطفی آرام هستند و توانایی تبدیل شرایط استرس‌زا را دارند (بلاک^۱ و همکاران، ۲۰۰۵ به نقل از نریمانی و عباسی، ۱۳۸۸).

تاب‌آوری تنها پایداری در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدیدکننده نیست و حالتی انفعالی در رویارویی با شرایط خطرناک نمی‌باشد، بلکه شرکت فعال و سازنده در محیط پیرامونی خود است. می‌توان گفت تاب‌آوری توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی - روانی، در شرایط خطرناک است. علاوه بر این تاب‌آوری نوعی ترمیم خود با پیامدهای مثبت هیجانی، عاطفی و شناختی است. لذا افزایش تاب‌آوری در افراد؛ آن‌ها را قادر می‌سازد تا به صورتی فعالانه با مسائل و مشکلات پیرامون خود مواجه شده و تعادل زیست - روانی خود را در این شرایط برقرار

در این بررسی اثربخشی بهره‌گیری همزمان از درمان شناختی - رفتاری و راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان در رابطه با بیماری درد مزمن مورد مطالعه قرار گرفته است. درمان شناختی رفتاری در مدیریت درد مزمن درمانی بسیار کاربردی است و اغلب بیماران را ترغیب می‌کند تا از لحاظ جسمی فعال‌تر باشند (نش و همکاران، ۲۰۱۳). به علاوه، بیماران ممکن است حس کنند که بهبود عملکرد آن‌ها بر بهبود نقش‌های مشخص طولانی‌مدت اعضای خانواده اثر دارد. برای مثال، بیمار ممکن است ترجیح دهد که فعالیتی را خودش انجام دهد تا اینکه از دیگری بخواهد تا آن را برای او انجام دهد (آرچر، موتزنی، آبراهام، یاف، سیچ و دوین، ۲۰۱۳).

بررسی‌ها نشان داده‌اند که در حال حاضر، اساسی‌ترین درمان غیرپزشکی به منظور کاهش عوارض ناشی از درد مزمن، درمان شناختی رفتاری می‌باشد و این درمان روانشناختی در اکثر برنامه‌های کنترل درد، نقش بسزایی ایفا می‌کند (کسلر و همکاران، ۲۰۰۵). پژوهش‌های متعددی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری را بر ابعاد مختلف اختلال درد مزمن مورد بررسی قرار داده‌اند (زاگوستین، ۲۰۱۳؛ پالرمو و همکاران، ۲۰۱۰؛ ثورن و همکاران، ۲۰۱۱). باید توجه داشت که پژوهش‌هایی که در مورد اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر روی بیماران درد مزمن صورت گرفته است، عمدتاً اثربخشی این درمان را در توانمندتر کردن افراد به لحاظ رفتاری و شناختی در مقابله با ناتوانایی‌های حاصل از این بیماری مورد بررسی قرار داده‌اند. این درحالی

تاب‌آوری و ذهن‌آگاهی بیماران می‌گردند، منجر به افزایش کیفیت زندگی آن‌ها نیز می‌گردد. اگرچه در حال حاضر درمان دارویی پرکاربردترین درمان برای اختلال درد مزمن می‌باشد، اما واقعیت این است که این درمان دو نقطه‌ی ضعف عمده دارد، که عبارتند از: ۱) بر اساس بررسی‌های عملی آمده درمان‌های دارویی موجود برای اختلال مزبور، قادر به کاهش چشم‌گیر درد حاصل از این اختلال نبوده و نمی‌توانند کیفیت زندگی مبتلایان را به صورت قابل توجهی افزایش دهند (رابینز^۱ و همکاران، ۲۰۱۳). ۲) به دلیل درد زیاد ناشی از این اختلال، بسیاری از مصرف‌کنندگان داروهای مسکن برای رفع درد ناشی از آن، میزان بیش از اندازه‌ای از داروهای مسکن را مصرف می‌کنند. به طوری که بررسی‌های به عمل آمده در ایالات متحده نشان می‌دهد که بیش از یک سوم مبتلایان به این اختلال بیش از مقدار تعیین شده توسط پزشکشان داروی مسکن مصرف می‌کنند. این موضوع احتمال وابستگی به داروهای مسکن و بروز عوارض ناشی از مصرف بیش از اندازه‌ی آن‌ها را افزایش می‌دهد (پیولی^۲، ۲۰۱۳).

همین امر سبب گردیده است که در سال‌های اخیر، درمانگران و پژوهشگران متعددی نسبت به یافتن درمان‌های غیر دارویی اثربخش بر مشکلات بیماران درد مزمن علاقه نشان دهند. از جمله این درمان‌ها می‌توان به درمان‌های شناختی - رفتاری، آموزش تن آرامی، بایوفیدبک، نظم‌جویی هیجان، درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی و ... اشاره کرد.

روزمره و اتوماتیک متمرکز بر گذشته و آینده راه می‌شود (کایون، ۲۰۱۱).

بنابراین می‌توان اظهار داشت که درمانی که بتواند سطوح ذهن آگاهی بیماران درد مزمن را افزایش دهد؛ برای آن‌ها این امکان را فراهم می‌آورد تا بتوانند از طریق اعمال کنترل بر افکار، رفتار و هیجان‌های خود مشکلات زندگی خویش را تقلیل داده و آرامش بیشتری را تجربه کنند (پریمسن، ۲۰۰۸).

با توجه به اینکه بیماری درد مزمن، اثرات درازمدتی را بر زندگی فرد بیمار و حتی اطرافیان وی برجای می‌گذارد، بسیار اهمیت دارد که فرد بتواند با تغییرات منفی حاصله از این بیماری در زندگی خود کنار بیاید و روندی سازنده را در برابر رویکردی خودشکانه در پیش گیرد (لوپریزی و همکاران، ۲۰۱۱). لذا درمانی که بتواند تاب‌آوری بیماران درد مزمن را افزایش دهد؛ این امکان را برای مبتلایان به این بیماری فراهم می‌آورد که بتوانند با انعطاف‌پذیری بیشتری به مقابله با ناتوانی‌ها و مشکلات حاصله از بیماری خود بپردازند.

از سوی دیگر درمان‌هایی که بتوانند میزان کنترل فرد بیمار بر زندگی، هیجان، رفتار و افکارش را افزایش داده و توانمندی‌های وی را در راستای مقابله با مشکلاتش بهبود بخشند، منجر به افزایش کیفیت زندگی این بیماران می‌گردند (کادیالا، باتریناریانان، کیدامبارام و دانداپانی، ۲۰۱).

درد مزمن اختلالی است که زندگی مبتلایان را در تمامی ابعاد زیستی، روانشناختی، اجتماعی، بین فردی، حرفه‌ای، تحصیلی و ... متأثر می‌سازد و با ناتوان ساختن فرد از انجام وظایف روزمره خود، نه تنها خود بیمار را متضرر می‌سازد بلکه حتی جامعه

است که در رابطه با این موضوع که آیا درمان شناختی- رفتاری می‌تواند با ایجاد تغییر در برخی عوامل روانشناختی بیماران، در روند زندگی و مشکلات آن‌ها تغییری ایجاد کند؛ بررسی چندانی صورت نگرفته است.

درمان دیگری که در این بررسی مورد مطالعه قرار گرفته است راهبردهای نظم‌جویی هیجان می‌باشد. اختلال درد مزمن هیجان‌های منفی متعددی را به همراه دارد که باعث افزایش مشکلات ناشی از این اختلال و تخریب هرچه بیشتر عملکرد فرد می‌گردد (فالو، ۲۰۰۵). لذا راهبردهای نظم‌جویی هیجان می‌تواند با تقلیل و کنترل هیجان‌های منفی این بیماران، کیفیت زندگی آنان را افزایش دهد.

نظم‌جویی هیجانی و مدیریت آن‌ها، مجموعه‌ای از فرایندهایی است که واکنش‌های هیجانی فرد را کنترل و ارزیابی می‌کند و یا حتی در صورت لزوم تغییر می‌دهد تا فرد در راستای دستیابی به اهدافش عملکرد مناسبی داشته باشد. هرگونه بدکارکردی در آن‌ها می‌تواند باعث پدیدایی و مزمن شدن اختلالات روانی مانند افسردگی و اضطراب گردد (کرینگ و اسلون، ۲۰۱۰). پاکت، کرگوت و لارتنی (۲۰۰۵) نشان دادند که راهبردهای نظم-جویی هیجان در مدیریت درد مزمن اثربخش و مقرون به صرفه می‌باشد.

همان‌طور که پیش از این اشاره شد به واسطه مهارت ذهن آگاهی فرد نسبت به فعالیت‌های روزانه خود آگاهی پیدا می‌کند، به کارکرد اتوماتیک ذهن در دنیای گذشته و حال آگاهی می‌یابد و از طریق آگاهی لحظه به لحظه از افکار، احساسات و حالت‌های جسمانی بر آن‌ها کنترل پیدا می‌کند و از ذهن

را نیز تحت فشار قرار داده و مشکلات اقتصادی متعددی را پدید می‌آورد (هافمن، پاپاس، چتکاف و کرنز، ۲۰۰۷). شایفلاکر و همکاران (۲۰۱۱) در بررسی خود نشان داده‌است که بیش از ۲۰٪ تمامی ویزیت‌های پزشکی و ۱۰٪ فروش داروها مربوط به درد مزمن می‌باشد. بنابراین درد مزمن هزینه‌های بسیاری را بر شرکت‌های بیمه و سیستم بهداشتی و درمانی دوول مختلف تحمیل می‌کند.

لذا در سال‌های اخیر، اهمیت لزوم شناسایی راهبردهای درمانی اثربخش بر ابعاد مختلف زندگی این بیماران به طور فزاینده‌ای به اثبات رسیده است. چرا که از این طریق می‌توان از ازکار افتادگی بیماران، تحمیل فشارهای روحی و روانی به مراقبین آن‌ها و دچار مشکل شدن چرخه تولیدی و اقتصادی کشورها جلوگیری کرد.

با توجه به این که تا کنون در ایران و سایر کشورها پژوهشی در خصوص بررسی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان در تغییر ذهن آگاهی، تاب‌آوری و کیفیت زندگی مبتلایان به درد مزمن انجام نگرفته است و شناسایی چنین شیوه‌های درمانی که بتواند این عوامل را در بیماران درد مزمن افزایش دهد؛ می‌تواند به کاهش مشکلات و افزایش توانمندی این بیماران کمک کند، لذا در این پژوهش قصد داریم میزان اثربخشی بهره‌گیری توأم از درمان‌های شناختی - رفتاری و راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان را در کاهش مشکلات این بیماران از طریق تغییر ذهن آگاهی، تاب‌آوری و کیفیت زندگی آن‌ها مورد بررسی قرار دهیم.

روش

پژوهش حاضر از نوع مطالعه تک‌آزمودنی^۱ چندخط پایه‌ای است. جامعه آماری این پژوهش تمامی مبتلایان به درد مزمن شهر تهران می‌باشند. در این پژوهش حجم نمونه ۲ نفر و روش نمونه‌گیری، تصادفی در دسترس می‌باشد. ملاک‌های ورود در نمونه مورد نظر، داشتن ملاک‌های درد مزمن بر اساس نظر پزشک متخصص ارتوپد، تحصیلات دیپلم و یا بالاتر، محدوده سنی ۶۰-۴۰ بود. بیماران طی ۱۱ جلسه درمانی (هر هفته یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) تحت درمان شناختی - رفتاری و راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان بر اساس راهنمای درمان شناختی - رفتاری درد مزمن (اوتیس، ۲۰۰۷ ترجمه محمدی و علی بیگی، ۱۳۹۰) و راهنمای راهبردهای درمانی نظم‌جویی شناختی هیجان (قائدنای جهرمی، حسنی و حاتمی، ۱۳۹۲) قرار گرفتند. ابزارهایی که در این بررسی مورد استفاده قرار گرفته‌اند عبارتند از:

۱- مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون: این مقیاس دارای ۲۵ گویه پنج‌گزینه‌ای (هرگز، به ندرت، گاهی اوقات، اغلب، همیشه) است که محمدی (۱۳۸۴) آن را برای استفاده در ایران انطباق داده است و همسانی درونی، اعتبار بازمیابی و پایایی همگرا و واگرایی مقیاس را کافی گزارش کرده است. به این صورت که پایایی آن با سنجش همسانی درونی آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمده است.

۲- پرسشنامه‌ی ذهن آگاهی بائر و همکاران (FFMQ): این ابزار یک مقیاس خود

برابر با ۰/۶۷، ۰/۸۷ و ۰/۸۴ بود. همچنین قابلیت اعتماد مقیاس کیفیت زندگی را نجات (۱۳۸۵) 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.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش بازیابی نمودارها و ضرایب اثر استفاده شد. همچنین برای محاسبه تغییرات درصد بهبودی (MPI)، درصد کاهش نمرات (MPR)، ضریب کوهن و ضریب اثر از فرمول‌های زیر استفاده شده است:

$$MPR = [(Baseline\ Mean - Treatment\ Phase\ Mean) / Treatment\ phase\ 100\ Mean] \times$$

$$MPI = [(Baseline\ Mean - Treatment\ 100\ Phase\ Mean) / Baseline\ Mean] \times$$

$$/ \sigma\ pooled \quad Cohen's\ d = M$$

$$/ \sigma \quad Where\ \sigma\ pooled = \sqrt{[(\sigma$$

ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها به شرح زیر می‌باشد:

سنجی ۳۹ آیتمی است. بررسی‌ها نشان داده است که همسانی درونی عامل‌ها مناسب بوده و ضریب آلفا در گستره‌ای بین ۰/۷۵ (در عامل غیر واکنش بودن) تا ۰/۹۱ (در عامل توصیف) قرار دارد. همبستگی بین عامل‌ها متوسط و در تمام موارد معنی‌دار بوده و در طیفی بین ۰/۱۵ تا ۰/۳۴ قرار دارد (نسر، ۲۰۱۰). در مطالعه‌ای که بر روی اعتباریابی و پایایی این پرسشنامه در ایران انجام گرفته است، ضریب همبستگی پیش‌آزمون - بازآزمون این پرسشنامه در نمونه‌ی ایرانی بین ۰/۵۷ (غیر قضاوتی بودن) تا ۰/۸۴ (مشاهده‌مشاهده گردید). همچنین ضریب آلفا در حد قابل قبولی ۰/۵۵ (در عامل غیر واکنش بودن) تا ۰/۸۳ (در عامل توصیف) به دست آمد (احمدوند و همکاران، ۱۳۹۱).

۳- پرسشنامه کیفیت زندگی (QOL): این پرسشنامه جهت سنجش کیفیت زندگی فرد در دو هفته اخیر مورد استفاده قرار می‌گیرد، سازنده آن سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL- BREF) با همکاری ۱۵ مرکز بین‌المللی سال ۱۹۸۹ است. در ایران نیز نصیری (۱۳۸۵) برای قابلیت اعتماد مقیاس از سه روش بازآزمایی با فاصله سه هفته‌ای، تنصیفی و آلفای کرونباخ استفاده کرد که به ترتیب

جدول شماره ۱: خصوصیات جمعیت شناختی بیماران

آزمودنی	سن	جنسیت	تحصیلات	شغل	وضعیت تأهل
آزمودنی ۱	۵۹	زن	دیپلم	خانه دار	متاهل
آزمودنی ۲	۴۷	مرد	دیپلم	کارمند	متاهل

اثربخشی بهره‌گیری توأم از درمان شناختی رفتاری و راهبردهای ...

نتایج بررسی با چند خط پایه در مرحله خط پایه،
حین مداخله و پس از درمان در جدول شماره ۲
ارائه شده است.

جدول شماره ۲: نمرات آزمودنی‌ها در مرحله خط پایه، حین مداخله، پس از درمان، پیگیری و میزان اثربخشی

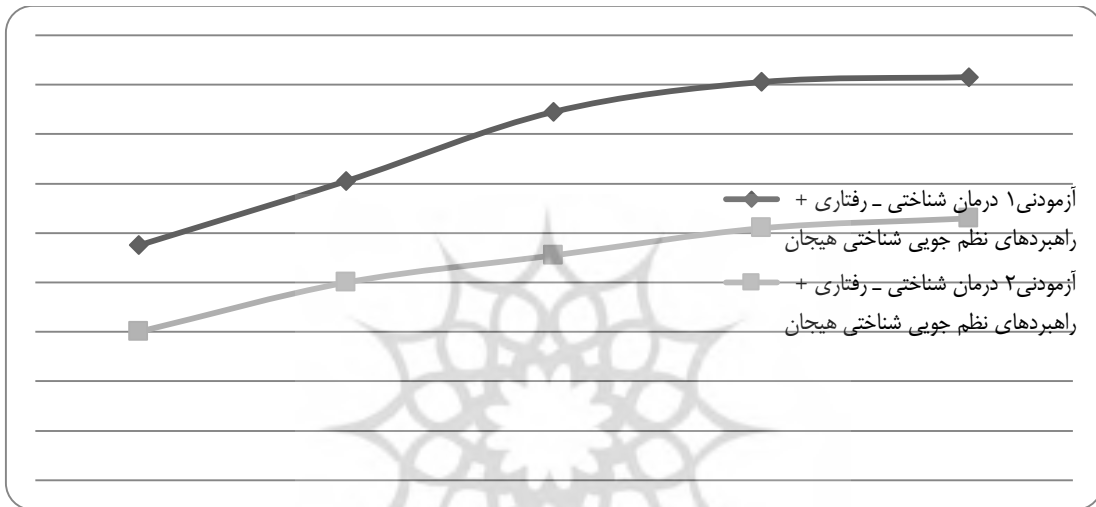
آزمودنی	مقیاس	خط پایه	جلسه چهارم	جلسه هشتم	پس از درمان	میانگین مداخلات	درصد بهبودی پس از مداخله	پس از مداخله	درصد کاهش نمرات	میانگین مداخلات	ضریب اثر میانگین مداخلات	جلسه پیگیری	از پیگیری	درصد بهبودی پس از پیگیری	پس از پیگیری	درصد کاهش نمرات	ضریب کوهن جلسه پیگیری	ضریب اثر جلسه
ذهن آگاهی																		
		۹۵	۱۲۱	۱۴۹	۱۶۱	۱۴۳٫۶۶	-۶۹/۴۷	-۴۰/۹۹	-۳/۳۴	-۰/۸۵	۱۶۳	-۷۱/۵۷	-۴۱/۷۱	-۴/۶۸	-۰/۹۱			
تاب آوری																		
		۴۶	۵۸	۶۷	۷۶	۶۷	-۶۵/۲۱	-۳۹/۴۷	-۳/۲۷	-۰/۸۵	۷۵	-۶۳/۰۴	-۳۸/۶۶	-۴/۵۲	-۰/۹۱			
آزمودنی ۱																		
	کیفیت زندگی	۷۷	۹۷	۱۱۶	۱۲۶	۱۱۳	-۶۳/۶۳	-۳۸/۸۸	-۳/۴۴	-۰/۸۶	۱۲۷	-۶۴/۹۳	-۳۹/۳۷	-۴/۷۸	-۰/۹۲			
	ذهن آگاهی	۶۰	۸۰	۹۱	۱۰۲	۹۱	-۷۰	-۴۱/۱۷	-۳/۹۶	-۰/۸۹	۱۰۶	-۷۶/۶۶	-۴۳/۳۹	-۵/۸۸	-۰/۹۴			
آزمودنی ۲																		
	تاب آوری	۲۵	۳۵	۳۹	۴۲	۳۸/۶۶	-۶۸	-۴۰/۴۷	-۵/۳۰	-۰/۹۳	۴۴	-۷۶	-۴۳/۱۸	-۷/۳۶	-۰/۹۶			
	کیفیت زندگی	۴۳	۶۴	۶۹	۷۱	۶۸	-۶۵/۱۱	-۳۹/۴۳	-۹/۴۶	-۰/۹۷	۷۴	-۷۲/۰۹	-۴۱/۸۹	-۱۱/۷۳	-۰/۹۸			

بر اساس آنچه که از جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود داده‌های به دست آمده نشان می‌دهد بهره‌گیری هم‌زمان از درمان شناختی رفتاری و راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان، باعث افزایش میزان ذهن آگاهی و تاب آوری بیماران شده است و کیفیت زندگی آن‌ها را نیز به صورت معناداری افزایش داده است. این مسئله را می‌توان براساس شاخص بهبودی و اندازه اثر به دست آمده در مقیاس‌ها به ترتیب با درصد بهبودی ۷۱/۵۷- و ۶۳/۰۴- و ۶۴/۹۳- و اندازه اثر ۰/۹۱-، و ۰/۹۲- برای آزمودنی اول و با درصد بهبودی ۷۶/۶۶- و ۷۲/۰۹- و اندازه اثر ۰/۹۴-، و ۰/۹۶- و ۰/۹۸- برای آزمودنی دوم نتیجه‌گیری نمود. در رابطه با علامت منفی این ضرایب باید اظهار داشت که این علامت نشانه‌ی این است که نمره آزمودنی روند افزایشی داشته است و شیب نمودار نمرات حاصله مثبت بوده است. از آنجایی که در درصد بهبودی بالای ۵۰ و اندازه اثر بالای

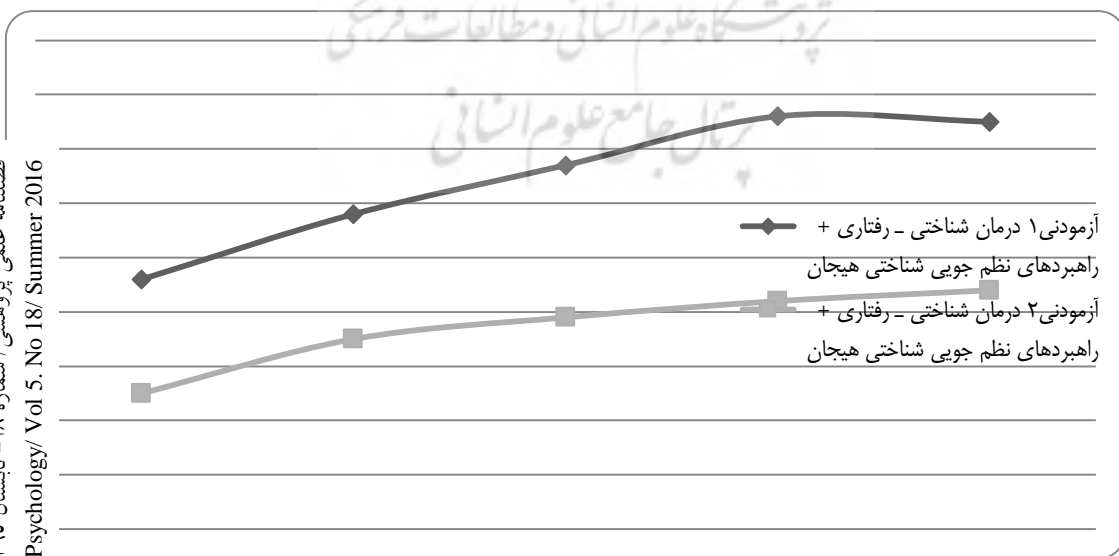
اثربخشی بهره‌گیری توأم از درمان شناختی رفتاری و راهبردهای ...

با توجه به نتایج ارائه شده در جدول شماره ۱، نمودارهای شماره ۱، ۲ و ۳ تغییرات مربوط به ذهن آگاهی، تاب آوری و کیفیت زندگی را در هر دو آزمودنی نشان می‌دهد.

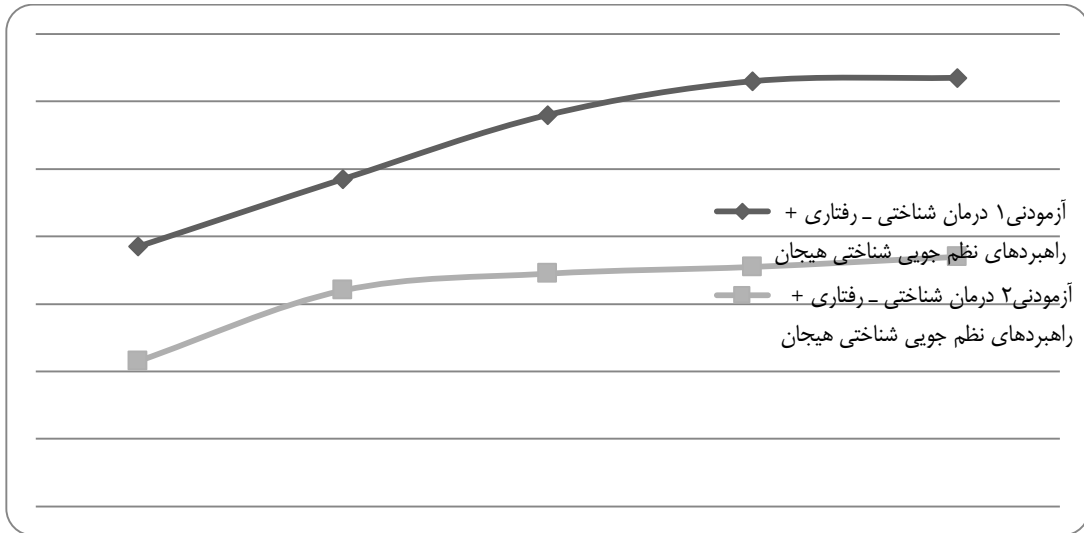
۰٫۸ اثر بخشی درمان را نشان می‌دهد، بنابراین بر اساس درصد بهبودی و اندازه اثر این مقیاس‌ها در هر دو آزمودنی می‌توان نتیجه گرفت که بهره‌گیری همزمان از درمان شناختی رفتاری و راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان اثر بخشی مطلوبی داشته است.



نمودار ۱: نمایش تغییر نمرات آزمودنی‌ها در متغیر ذهن آگاهی



نمودار ۲: نمایش تغییر نمرات آزمودنی‌ها در متغیر تاب آوری



نمودار ۳: نمایش تغییر نمرات آزمودنی‌ها در متغیر کیفیت زندگی

افراد مورد توجه قرار گرفته است (کایون، ۲۰۱۱). پژوهش حاضر نیز با هدف بررسی اثربخشی بهره‌گیری همزمان از درمان شناختی - رفتاری و راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان در افزایش ذهن آگاهی و تاب‌آوری بیماران درد مزمن به عنوان دو عامل روانشناختی مهم که سبب انعطاف‌پذیری و توانمندی بیش‌تری این افراد می‌شوند، صورت گرفته است و همچنین قصد دارد مشخص سازد که آیا درمان مزبور با توانمندتر کردن این بیماران توانسته است کیفیت زندگی آن‌ها را افزایش دهد.

نتایج ارائه شده در جدول شماره ۲ و نمودارها نشان داد که درمان‌های به‌کاربرده شده توانسته است تغییر معناداری در سه متغیر کیفیت زندگی، تاب‌آوری و ذهن آگاهی در بیماران درد مزمن ایجاد کند، لذا می‌توان اظهار داشت که بهره‌گیری همزمان از درمان شناختی - رفتاری و راهبردهای

با مشاهده نمودارها می‌توان دریافت که روند افزایش نمرات برای هر سه متغیر و در هر دو آزمودنی در طول فرایند درمان ادامه داشته است و تغییرات حاصله یا پس از درمان و در طی پیگیری ۱ ماهه روند صعودی خود را حفظ کرده‌اند و یا اینکه ثابت مانده‌اند (مقیاس تاب‌آوری برای آزمودنی ۲).

بحث و نتیجه‌گیری

به تازگی به نقش عوامل روانشناختی در چگونگی شرایط زندگی بیماران درد مزمن و درمان‌هایی که توانایی بهبود این عوامل را دارند توجه ویژه‌ای معطوف شده است، در سال‌های اخیر، با ناکامی درمان دارویی در بهبود شرایط زندگی بیماران درد مزمن و با تمرکز بیش‌تر روانشناسی سلامت بر حوزه درد مزمن، درمان شناختی - رفتاری به عنوان راهکاری روانشناختی برای ایجاد تغییر در زندگی مبتلایان و بهبود وضعیت جسمانی و روانی این

و همکاران (۲۰۱۰) نشان دادند که راهبردهای نظم-جویی شناختی هیجان، از طریق اصلاح شناخت-های افراد و متمرکز کردن آن‌ها بر هیجان‌های مخربشان به افراد کمک می‌کند که هیجان‌های خود را تنظیم کنند. به عبارت دیگر فرد می‌آموزد که چگونه با شناسایی و اصلاح تحریف‌های شناختی خود مانع از بروز هیجان‌های مخرب گردیده و به این شیوه بر افکار و هیجان‌های خود کنترل بیش-تری را اعمال کنند.

اوتیس (۲۰۰۷) در بررسی خود نشان داد که درمان شناختی-رفتاری با تحت تأثیر قرار دادن جنبه‌های مختلف زندگی بیماران درد مزمن، باعث می‌شود که این افراد در زندگی روزمره‌ی خود به صورت توانمندتری عمل کرده و بر ابعاد مختلف زندگی خود کنترل بیش‌تری داشته باشند و همین امر باعث می‌گردد که درد کم‌تری را تجربه کنند و سلامت روان آن‌ها نیز افزایش می‌یابد. زاگوستین^۱ (۲۰۱۳)، نشان داد که درمان شناختی رفتاری را در کاهش درد تجربه شده توسط بیماران درد مزمن اثربخشی معنا داری دارد و باعث بهبود عملکرد آن‌ها و کاهش مشکلاتشان می‌گردد.

در تبیین این نتیجه باید اذعان داشت که، همان‌طور که پیش از این هم اشاره شد هر دو روش درمانی شناختی رفتاری و راهبردهای نظم‌جویی هیجان از روش‌های درمانی اثربخش در حوزه بیماری درد مزمن می‌باشند و کاربرد هم زمان این دو روش درمانی اثربخشی آن‌ها را افزایش می‌دهد (برکینگ، ابرت، کویپرز و هافمن، ۲۰۱۳)، به کارگیری هم

نظم‌جویی شناختی هیجان در افزایش ذهن آگاهی، تاب‌آوری و کیفیت زندگی آزمودنی‌ها اثربخش بوده و تأثیرگذاری این درمان در طول مرحله‌ی پیگیری نیز مشهود بوده است.

اگرچه تاکنون پژوهشی در مورد اثربخشی بهره‌گیری همزمان از درمان شناختی-رفتاری و راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان در افزایش ذهن آگاهی، تاب‌آوری و کیفیت زندگی صورت نگرفته است اما بررسی‌های متعددی اثربخشی این درمان‌ها را بر ابعاد مختلف بیماری درد مزمن به اثبات رسانده‌اند. لیتونی و فرازتی (۲۰۱۴) نشان دادند که راهبردهای درمانی هیجان‌مدار در بهبود ناتوانی‌های حاصل از بیماری درد مزمن اثربخش بوده و مواجهه با هیجان‌های منفی و مدیریت آن‌ها، به بیماران امکان عملکرد مناسب‌تر و کارآمدتر را می‌دهد. علاوه بر این یافته‌های این بررسی با نتایج پژوهش باشنل، ککو و لو (۲۰۱۳) نیز همسو می‌باشد. باشنل و همکارانش نشان دادند که به کارگیری راهبردهای درمانی هیجان‌مدار باعث کاهش تجربه درد توسط بیماران گردیده و توانایی آن‌ها را برای انجام فعالیت‌ها و وظایف روزمره‌شان افزایش داده است. نایچلیک و همکاران در بررسی خود نشان دادند که آموزش راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان به شیوه‌ای صحیح این امکان را برای بیماران فراهم می‌آورد که به جای توسل به راهکارهای آسیب‌زا و پرخطر برای تعدیل هیجان-هایشان بتوانند از طریق به کارگیری تکنیک‌های شناختی مقابله با هیجان‌ها و افکار منفی، وضعیت زندگی خود را بهبود بخشند. همچنین رویزآراندا

1.Zagustin

زمان درمان شناختی رفتاری و راهبردهای نظم-جویی شناختی باعث اصلاح شناخت، هیجان و رفتارهای ناکارآمد و آسیب رسان در بیماران درد مزمن به صورت هم‌زمان می‌گردد (باشنل، ککو و لو، ۲۰۱۳).

از آنجا که بروز بیماری درد مزمن و تبعات مختلف اجتماعی، اقتصادی، جسمانی، عاطفی، بین فردی و... آن، منجر به تزلزل افراد و ناتوان شدنشان می‌گردد، استفاده هم‌زمان از این دو شیوه درمانی از طریق تقویت این بیماران در حوزه شناختی، رفتاری و هیجانی منجر به آگاهی آن‌ها از افکار، رفتار و هیجان‌های معیوب خود به صورت هم‌زمان می‌شود و امکان اعمال کنترل بر آن‌ها را برای بیمار فراهم می‌آورد، با توجه به تعریف ذهن آگاهی و اثرگذاری آن در آگاهی یافتن غیرقضاوتی افراد از اعمال، هیجان‌ها و رفتارهایشان؛ می‌توان اظهار داشت که کاربرد هم‌زمان این دو راهبرد درمانی منجر به افزایش ذهن آگاهی بیماران می‌گردد (هیل و آپدگرف، ۲۰۱۲؛ فرگوسن و همکاران، ۲۰۱۲).

از سوی دیگر کاربرد هم‌زمان این دو درمان باعث می‌گردد که فرد با اصلاح هم‌زمان افکار، رفتار و هیجان‌های ناتوانی‌های حاصل از بیماری درد مزمن به شیوه‌ای سازگارانه مقابله کند و با توجه به تعریف تاب‌آوری که بر افزایش انعطاف پذیری و سازگاری فردی دلالت دارد، می‌توان اظهار داشت که بهره‌گیری هم‌زمان از این دو راهبرد درمانی باعث افزایش تاب‌آوری این بیماران گردیده است (پادسکی و مونی، ۲۰۱۲؛ مین و همکاران، ۲۰۱۳). باید اظهار داشت که به کار بستن هم‌زمان این دو درمان باعث بهبود شرایط اجتماعی، جسمانی و روانی بیماران درد مزمن

گردیده است و کیفیت زندگی آن‌ها را ارتقاء داده است (کاسترو و همکاران، ۲۰۱۲؛ میول و همکاران، ۲۰۱۳).

در مجموع یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که بهره‌گیری هم‌زمان از درمان شناختی - رفتاری و راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان در بهبود میزان ذهن آگاهی و تاب‌آوری بیماران درد مزمن اثربخش بوده و کیفیت زندگی آن‌ها را افزایش می‌دهد و تأثیر آن در گذر زمان نیز پابرجا باقی می‌ماند. لذا پیشنهاد می‌شود که از این درمان‌های روانشناختی به منظور بهبود کیفیت زندگی و افزایش توانمندی بیماران درد مزمن بهره‌گرفته شود تا به این صورت این بیماران بتوانند با دریافت درمان روانشناختی اثربخش از میزان ناتوانی‌های خود کاسته و شرایط بهتری را تجربه نمایند. همچنین به دلیل کم‌شمار بودن تحقیقات پیشین در این زمینه، پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های دیگری در این حوزه انجام شود.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به محدود بودن آن به جنس مؤنث و تعداد اندک آزمودنی‌ها اشاره کرد، لذا توصیه می‌شود که پژوهش‌های آتی به بررسی هر دو جنس پرداخته و بر روی نمونه‌ی بزرگتری از مبتلایان به درد مزمن انجام گیرد.

تقدیر و تشکر

این پژوهش با همکاری جناب آقای دکتر سعیدی، جناب آقای مدنی، جناب آقای راد و مسئولین محترم درمانگاه خیریه شهدای مسجد جامع غدیر خم انجام گرفته است که در اینجا شایسته است مراتب قدردانی و سپاس خود را اعلام نماییم. همچنین از مبتلایان به درد مزمن که با شرکت در

پژوهش حاضر ما را یاری رساندند به پاس زحمت هایشان صمیمانه قدردانی می‌شود.

منابع

- احمدوند، زهرا؛ حیدری نسب، لیلا؛ شعیری، محمد رضا. (۱۳۹۱). تبیین بهزیستی روانشناختی بر اساس مؤلفه‌های ذهن آگاهی. *فصلنامه روانشناسی سلامت*، ۲، ۶۹-۶۰.
- اصغری مقدم، محمدعلی؛ جولائیها، سکینه. (۱۳۸۷). بررسی نقش خشم و ادراک خطا در سازگاری با درد مزمن. *مجله روانشناسی*، ۱۲(۳). ۳۳۱-۳۱۴.
- سامانی، سیامک؛ ج.کار، بهرام؛ صحراگرد، نرگس. (۱۳۸۶). بررسی تاب‌آوری، سلامت روان و رضایت از زندگی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۳(۳). ۲۹۵-۲۹۰.
- نجات، سحرناز؛ منتظری، علی؛ هلاکویی نایینی، کوروش؛ محمد، کاظم؛ مجدزاده، رضا. (۱۳۸۵). استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (*WHOQOL-Bref*): ترجمه و روان‌سنجی گونه ایرانی. *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، ۴(۴)، ۱۲-۱.
- نصیری، حسین. (۱۳۸۵). بررسی روایی و پایایی مقیاس کوتاه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت و تهیه نسخه ایرانی آن. *سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان*. تهران: دانشگاه علم و صنعت.
- محمدی، فرزانه؛ علی بیگی، ندا. (۱۳۹۰). راهنمای عملی درمان شناختی - رفتاری درد مزمن. تهران: انتشارات ارجمند.
- محمدی، مسعود؛ جزایری، علیرضا؛ رفیعی، امیر حسین؛ جوکار، بهرام؛ پورشهناز، عباس. (۱۳۸۴). بررسی عوامل مؤثر بر تاب‌آوری در افراد در معرض سوء مصرف مواد مخدر. *فصلنامه علمی - پژوهشی دانشگاه تبریز*، ۱(۲)، ۴۷-۳۶.
- نریمانی، محمد؛ عباسی، مسلم. (۱۳۸۸). بررسی ارتباط بین سرسختی روانشناختی و خود تاب‌آوری با فرسودگی شغلی. *فرا سوی مدیریت*، ۲(۸). ۹۲-۷۵.

References

- Agar-Wilson, M. & Jackson, T. (2012). Are emotion regulation skills related to adjustment among people with chronic pain, independent of pain coping? *European Journal of Pain*, 16(1), 105-14.
- Archer, K. R., Motzny, N., Abraham, C. M., Yaffe, D., Seebach, C. L., Devin, C. J. (2013). Cognitive-behavioral-based physical therapy to improve surgical spine outcomes: A case series. *Physical Therapy*, 93(8), 1130° 1139.

- Berking, M., Ebert, D., Cuijpers, P. & Hofmann, S.G. (2013). Emotion regulation skills training enhances the efficacy of inpatient cognitive behavioral therapy for major depressive disorder: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82(4):234-45.
- Bushnell, M. C., eko, M., Low, L. A. (2013). Cognitive and emotional control of pain and its disruption in chronic pain. *Nature Reviews Neuroscience*. 14,502-511.
- Cayoun BA. (2011). Mindfulness Intergrated CBT. UK: John Wiley & Sons .
- Emanuel AS, Updegraff JA, Kalmbach AD, Ciesla JA. (2010), "The role of mindfulness facets in affective forecasting", *Personality and Individual differences*, 49.815-818.
- Diener, E., Lucas, R., Schimmack, U., & Helliwell, J. (2009). *Well-being for Public Policy*. New York: Oxford University Press.
- Falvo, D. (2005). *Medical and psychosocial aspects of chronic illness and disability*. London: Jones and Batlett publishers.
- Ferguson, M., Weinrib, A. & Katz, J. (2012). Examining a Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) intervention to improve activities of daily living and well-being in patients with chronic pain. *The Journal of Pain*, 13(4), 99-110.
- Ferriss AL. (2010). Approaches to Improving the Quality of Life. New York: Springer Science+Business Media.
- Hill, C.L. & Updegraff, J.A. (2012). Mindfulness and its relationship to emotional regulation. *Emotion*, 12(1), 81-90.
- Hoffman BM, Papas RK, Chatkoff DK, Kerns RD. (2007). Meta-Analysis of psychological intervention for chronic low back pain. *Health Psychology*. New York: Willy.
- Kadiyala, M., Bathrinarayanan, R., Chidambaram, S. & Dhandapani, V.E. (2014). A study on Quality of life index in patients with prosthetic valve. *Global Heart*, 9(1), 189-195.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T. & Demler, O. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-

- IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617-27.
- Kring, A. M. & Sloan, D. M. (2009). *Emotion Regulation and Psychopathology*. New York: Guilford Press.
- Linton, S. J. & Fruzzetti, A. E. (2014). A hybrid emotion-focused exposure treatment for chronic pain: A feasibility study. *Scandinavian Journal of Pain*, 5(3), 151-158.
- Marcus, D. A., Cope, D. K., Deodhar, A. & Payne, R. (2009). *Chronic Pain*. London: Clinical Publishing.
- Min, J.A., Yu, J.J., Lee, C.U. & Chae, J.H. (2013). Cognitive emotion regulation strategies contributing to resilience in patients with depression and/or anxiety disorders. *Compr Psychiatry*, 54(8), 1190-7.
- Nash VR, Ponto J, Townsend C, Nelson P, Bretz MN. (2013). [Cognitive Behavioral Therapy](#). Self-Efficacy, and Depression in [Persons with Chronic Pain](#). *Pain Management Nursing* 14(4):236-243.
- Neuser, N. J. (2010), "Examining The Factors of mindfulness: A confirmatory Factor Analysis of the Five Facet mindfulness Questionnaire", *School of professional psychology paper*. 128(5), 57-89.
- Padesky, C.A. & Mooney, K.A. (2012). Strengths-based cognitive-behavioural therapy: a four-step model to build resilience. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 19(4), 283-90.
- Palermo, T. M., Eccleston, C., Lewandowski, A. S., Williams, A. & Morley, S. (2010). Randomized controlled trials of psychological therapies for management of chronic pain in children and adolescents: An updated meta-analytic review. *PAIN*, 148(3), 387-397.
- Paquet, C., Kergoat, M. & Laurette, D. (2005). The role of everyday emotion regulation on pain in hospitalized elderly: Insights from a prospective within-day assessment. *Pain*, 115(3), 355-363.

- Pioli SF.(2013).Mechanism and Management of Headache. Newyork: James Lance.
- Praissman, S.(2008). Mindfulness-based stress reduction: A literature review add clinician s gii ee. *Journal of the American Academy of Nurse* ,20,212° 216.
- Prasertsri N, Holden J, Keefe FJ, Wilkie DJ.(2011).Repressive coping style: Relationships with depression, pain, and pain coping strategies in lung cancer out patients .Lung Cancer, 71(2) : 235-240.
- Robbins MS, Grosberg BM, Lipton RB.(2013). Headache. UK: John Wiley & Sons.
- Ruiz-Aranda, D., Salguero, J. M. & ndez-Berrocal, P. F.(2010). Emotional Regulation and Acute Pain Perception in Women. *The Journal of Pain*, 11(6), 564-569.
- Schopflocher, D., Taenzer, p. & Jovey, R.(2011). The prevalence of chronic pain in Canada. *Pain research & management* .16(6),445-450.
- Smeets, R. J., Vlaeyen, J. W., Kester, A. D. & Knottnerus, J. A .(2006).Reduction of Pain Catastrophizing Mediates the Outcome of Both Physical and Cognitive-Behavioral Treatment in Chronic Low Back Pain .*The Journal of Pain*, 7(4), 261-271.
- Thorn, B. E., Day, M. A., Burns, J., Kuhajda, M. C., Gaskins, S. W., Sweeney, K. & Charles, R. M. (2004).Randomized trial of group cognitive behavioral therapy compared with a pain education control for low-literacy rural people with chronic pain .*PAIN*, 152(12), 2710-2720.
- Tüzün, E. H.(2007).Quality of life in chronic musculoskeletal pain .*Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 21(3),567-579.
- Zagustin, T. K. (2013).The Role of Cognitive Behavioral Therapy for Chronic Pain in Adolescents .*Physical Medicine & Rehabilitation*,5(8), 697-704.
- Zeidan F, Grant JA, Brown CA, McHaffie JG, Coghill RC.(2012).Mindfulness meditation-related pain relief: Evidence for unique brain mechanisms in the regulation of pain .*Neuroscience Letters*, 520(2):Pages 165-173.