

اثربخشی گروه‌درمانی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر خودبیمارانگاری و اضطراب مردان مبتلا به درد مزمن

مهدی رضا سرافراز^۱، * احسان بدایت^۲، شهرزاد درخشان^۳

۱. استادیار روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.
۲. دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.
۳. کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد مرودشت، مرودشت، ایران.
(تاریخ دریافت مقاله: ۹۹/۰۱/۱۰ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۲/۰۴)

The Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction Group Therapy on Hypochondriasis and Anxiety in Men Suffering from Chronic Pain

Mehdi Reza Sarafraz¹, *Ehsan Bedayat², Shahrzad Derakhshan³

1. Assistant Professor of Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Education and Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran.
2. Ph.D. Student in Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Education and Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran.
3. M.A. in General Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Marvdasht Branch, Marvdasht, Iran.

Original Article

(Received: Mar. 29, 2020 - Accepted: Apr. 24, 2021)

مقاله پژوهشی

Abstract

Objective: The aim of this study was to evaluate the effectiveness of mindfulness based stress reduction therapy on hypochondriasis and anxiety in men suffering from chronic pain. **Method:** The research method was quasi-experimental with pre-test-post-test design and control group. The target population of this study consisted of male patients suffering from chronic musculoskeletal pain who previously received treatment from Shiraz rehabilitation centers in the second half of 2019. Based on initial evaluation and by use of targeted sampling 30 patients who scored highest in the McGill Pain Questionnaire were selected as the research sample and were randomly assigned to two experiment and control groups, (15 patients) control group and (15 patients) experiment group. For the purpose of data collection Ahwaz Hypochondriasis Questionnaire and Cattell Anxiety Scale questionnaire were administered in pre-test and post-test post stages of this study. Multivariate analysis of covariance was used to analyze the data. **Findings:** the analysis of research data showed that by controlling the effect of pre-test, there was a statistically significant difference between the mean of post-test scores of the experimental and control groups in both hypochondriasis and anxiety. **Conclusion:** it is recommended that mindfulness based stress reduction group therapy be used as an effective treatment strategy by mental health counselors, psychologists, and psychotherapists for the reduction of hypochondriasis and anxiety in patients suffering from chronic pain.

Keywords: Anxiety, Hypochondriasis, Chronic Pain, Mindfulness Based Stress Reduction.

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر کاهش استرس بر اساس ذهن‌آگاهی بر خودبیمارانگاری و اضطراب مردان مبتلا به درد مزمن انجام شد. روش: روش این پژوهش شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل بیماران مرد مبتلا به درد مزمن عضلانی-اسکلتی مراجعه‌کننده به مراکز توانبخشی شهر شیراز در شش ماهه دوم سال ۱۳۹۸ بوده‌اند. با توجه به ارزیابی اولیه، تعداد ۳۰ نفر از بیمارانی که نمره بالاتری در پرسشنامه شدت درد مزمن مگ‌گیل کسب کردند، با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، به‌عنوان نمونه پژوهش انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) گمارده شدند. به‌منظور جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه‌های خودبیمارانگاری اهواز و اضطراب کتل در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج حاصل از تحلیل داده‌های پژوهش نشان داد که با کنترل اثر پیش‌آزمون، بین میانگین نمرات پس‌آزمون افراد گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای خودبیمارانگاری و اضطراب، تفاوت معناداری وجود داشت. **نتیجه‌گیری:** در مجموع، پیشنهاد می‌شود که مشاوران، روان‌شناسان و روان‌درمانگران، از نتایج گروه‌درمانی مبتنی بر کاهش استرس بر اساس ذهن‌آگاهی به‌عنوان مداخله‌ای سودمند، جهت کاهش خودبیمارانگاری و اضطراب افراد مبتلا به درد مزمن، بهره ببرند.

واژگان کلیدی: اضطراب، خودبیمارانگاری، درد مزمن، ذهن‌آگاهی.

* نویسنده مسئول: احسان بدایت

* Corresponding Author: Ehsan Bedayat

Email: ehsanbedayat@gmail.com

مقدمه

به‌عنوان ملاک تشخیص در نظر گرفته شود (عسگری مقدم، ۲۰۰۴).

پژوهشگران در مورد اینکه درد مزمن یکی از شایع‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین مسائل سلامتی مزمن است، اتفاق نظر دارند (هیراتزکا، رستگار، کونتاک، نورویل^۶ و همکاران، ۲۰۱۵). در این رابطه، یکی از دلایلی که درد مزمن را در زمره مسئله‌سازترین بیماری‌های عصر حاضر قرار می‌دهد، همبودی^۷ آن با بیماری‌های جسمانی و اختلالات روانی است. ادبیات همه‌گیرشناسی بی‌شماری وجود دارد که از شیوع بالای اختلالات روان‌پزشکی عمده بین مبتلایان به درد مزمن با اضطراب (با شیوع بالاتر از افسردگی)، اختلالات خواب، اعتیاد به مواد مخدر (با شیوعی به‌مراتب بالاتر از جمعیت عادی) ذکر شده است (مک‌درموت، گریفین، مک‌هاق، فیتزماریس^۸ و همکاران، ۲۰۱۹؛ گرین‌وود^۹، ۲۰۱۵).

بر اساس نتایج مطالعات انجام‌شده، اضطراب^{۱۰} یکی از عوامل مهمی است که در کاهش آستانه تحمل و افزایش احساس درد، نقش دارد (فرید، رحیمی و محمدی، ۱۳۹۷؛ وکیلی، عشگری، کلانتری، مولوی و عاشقان، ۱۳۹۴). در مطالعه بایر، رابینسون، کاتون و کرویتی^{۱۱}

طبق تعریف انجمن بین‌المللی مطالعه درد (I.A.S.P.)^۱، درد تجربه حسی یا هیجانی ناخوشایندی است که با آسیب واقعی یا بالقوه مرتبط است و دارای دو بعد؛ حسی و عاطفی است. بعد حسی درد به‌شدت درد و بعد عاطفی درد به میزان ناخشنودی که یک فرد تجربه می‌کند، اطلاق می‌شود. همچنین از نظر طول مدت به دو دسته تقسیم می‌شود: درد حاد^۲ (کمتر از سه ماهه ادامه دارد) و درد مزمن^۳ (بیش از سه ماه و طولانی است) (حبیبی و صفرزاده، ۱۳۹۶). درد مزمن وضعیتی تحلیل‌برنده است، به‌گونه‌ای که فرد دردمند را نه‌تنها با فشار روانی ناشی از درد، بلکه با بسیاری از عوامل فشارآور دیگر روبرو می‌کند و بخش‌های گوناگون زندگی او را تحت تأثیر قرار می‌دهد (گچل و کسرین^۴، ۲۰۰۸). درد مزمن، مشکل شایع است که به علت ماهیت پیچیده، سبب‌شناسی مبهم و پاسخ ضعیف به درمان، چالش‌های بزرگی را برای درمانگران ایجاد می‌کند (کاتز، روسنبلوم و فاشلر^۵، ۲۰۱۵). براساس

توصیه‌های انجمن مطالعه درد، در فعالیت‌های بالینی و به‌هنگام سروکار داشتن با دردهای غیرسرطانی، انتخاب مقطع زمانی ۳ ماهه برای تفکیک بین درد حاد و مزمن مناسب است؛ ولی برای مقاصد پژوهشی بهتر است، مقطع زمانی ۶ ماه

6. Hiratzka, Rastegar, Contag, Norvell

7. comorbidity

8. McDermott, Griffin, McHugh, Fitzmauricid

9. Greenwood

10. anxiety

11. Bair, Robinson, Katon & Kroenke

1. Internal Association For The Study Of Pain

2. acute pain

3. chronic pain

4. Gatchel and Kathryn

5. Katz, Rosenbloom & Fashler

دستگاه‌های بدن مثل دستگاه گوارش یا دستگاه قلبی-عروقی حساس و نگران شود. به صورتی که حتی اطمینان‌دهی پزشک و آزمایش‌های کامل پزشکی باعث از بین رفتن ترس‌های فرد نمی‌شود (نویز، استوارت، لانگبن، هاپپیل^۷ و همکاران، ۲۰۰۳). بیماران مبتلا به خودبیمارانگاری ممکن است بپذیرند که ترس‌هایشان افراطی است ولی نمی‌پذیرند که پزشک به آن‌ها اطمینان داده که مشکلی ندارند. تحقیقات مربوط به شیوع خودبیمارانگاری نسبت به تحقیقات انجام گرفته بر روی سایر اختلال‌های ذهنی کمتر است (محلوجی و لطفی کاشانی، ۱۳۹۸). نتایج مطالعات ملحوجی و لطفی کاشانی (۱۳۹۸)؛ زوتا، گلر و گلافات، مارفوری^۸ و همکاران (۲۰۱۸)؛ دی آل^۹ (۲۰۱۷)؛ کورف و همکاران (۲۰۱۵) و اسمیت، جونگ و مایر^{۱۰} (۲۰۰۳)، نشان داده است که اضطراب و درد مزمن می‌تواند بر خودپنداشت و خودبیمارانگاری تأثیر منفی بگذارند و بالعکس.

تاکنون درمان‌های روان‌شناختی مختلفی برای درمان یا کاهش مشکلات روان‌شناختی افراد مبتلا به درد مزمن انجام شده است. در این میان، درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی^{۱۱} (MBSR) یکی از درمان‌های جدیدی است که کارایی بالایی را از نظر تطبیق‌پذیری بر اکثر مشکلات روان‌شناختی و بیماری‌های روانی، نشان داده است (شونین، وانگوردون و گریفیت^{۱۲}، ۲۰۱۶)؛ گونزالو،

(۲۰۰۳)، شیوع اضطراب در بین افراد مبتلا به درد مزمن ۴۰ تا ۸۰ درصد گزارش شده است. اضطراب در بیماران با درد مزمن را می‌توان به علت تفاوت در سطح آستانه درد و سطح تحمل، گوش‌به‌زنگی و سوگیری توجه نسبت به محرک‌های دردزا و عوامل روانی اجتماعی، ترس از حرکت دانست (وویلک، گورلیتز و واپهولتز^۱، ۲۰۱۹). شیوع اختلالات اضطرابی در بیماران با درد مزمن کمتر تا ۰/۲۶ و در جمعیت عمومی نیز بین ۰/۷ تا ۰/۱۸ گزارش شده است (کولابوراتورز^۲، ۲۰۱۵). شواهد پژوهشی نشان داده است که همبودی بسیار بالایی بین درد مزمن و اضطراب وجود دارد (کرچاو، بودیو، اورتیز، بوردیر^۳ و همکاران، ۲۰۱۹)؛ اولیورا، مندانشا، سامپایو، کاسترو-لوپز^۴ و همکاران، ۲۰۱۹). یکی از متغیرهای دیگری که ارتباط قوی با درد مزمن دارد، خودبیمارانگاری^۵ است (کورف، کرین، لن، می روتی و سیمون^۶، ۲۰۱۵). خودبیمارانگاری یا هیپوکندریا، ترس مداوم از داشتن یک بیماری جدی است. فرد مبتلا به این اختلال معمولاً حس‌های عادی، عملکردهای طبیعی بدن و علائم بسیار جزئی را نشانه یک بیماری جدی تلقی می‌کند. به‌عنوان مثال، فرد ممکن است بترسد که عرق کردن یا ایجاد یک لکه روی پوست نشانه‌های یک بیماری خطرناک باشند. فرد مبتلا به خودبیمارانگاری ممکن است به‌طور خاص نسبت به یکی از اعضا یا

7. Noyes, Stuart, Langbehn, Happel

8. Zota, Geller, Calafat, Marfori

9. Deale

10. Smeets, Jong & Mayer

11. Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR)

12. Shonin, Van Gordon & Griffiths

1. Woelk, Goerlitz & Wachholtz

2. Collaborators

3. Kerckhov, Boudieu, Ourties, Bourdier

4. Oliveira, Mendonça, Sampaio, Castro-Lopes

5. hypochondriasis

6. Korff, Crane, Lane, Miglioretti & Simon

میرزایی و شعیری، ۱۳۹۷). سبحانی، باباخانی و آل بویه (۱۳۹۸) ضمن مطالعه‌ای نشان دادند که MBSR در کاهش افسردگی، اضطراب، استرس و ادراک کاهش درد، در زنان مبتلا به کمر دردهای مزمن پس از زایمان تأثیر دارد. حدادی کوهسار، مرادی، غباری بناب و ایمانی (۱۳۹۷) ضمن مطالعه‌ای نشان دادند که MBSR در کاهش افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران مبتلا به درد مزمن تأثیر دارد. بادان فیزوز، مکنون حسینی و محمدی‌فر (۱۳۹۶) ضمن مطالعه‌ای نشان دادند که سطوح بالای ذهن‌آگاهی با کاهش اضطراب و افسردگی، ارتباط منفی و معناداری دارد. معصومیان، شعیری و هاشمی (۱۳۹۲) در مطالعه‌ای نشان دادند که MBSR منجر به بهبود کیفیت زندگی و به‌کارگیری راهبردهای کنار آمدن با درد در بیماران مبتلا به کمردرد مزمن شده است. همچنین، مرور پژوهش‌ها حاکی از اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر خودپنداشت (سلگی و ویسی، ۱۳۹۷) بیماران مبتلا به درد مزمن بوده است. از سوی دیگر، ملحوجی و لطفی کاشانی (۱۳۹۸) ضمن مطالعه‌ای نشان دادند که درمان ذهن‌آگاهی بر کاهش خودبیمارانگاری بیماران مبتلا به درد مزمن تأثیر نداشت.

با توجه به اثربخشی برنامه درمانی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی در بهبود دردهای مزمن و از طرفی همراه بودن این بیماری با مشکلات روان‌شناختی متعدد از جمله؛ اضطراب، افسردگی، وسواس، خودبیمارانگاری و غیره که ممکن است ابعاد هیجانی، جسمی، بین‌فردی،

اوسیاس و ژواخیوم^۱، ۲۰۱۶). ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس، نخستین بار توسط کابات - زین^۲ (۲۰۰۳) برای دامنه وسیعی از افراد مبتلا به درد مزمن و اختلالات مرتبط با استرس تدوین شده است و اثربخشی آن نیز در مورد بیماران (مونتی، پترسون، کانکیل، هاک^۳ و همکاران، ۲۰۰۶) تأیید شده است.

این درمان بر پایه‌ی سه مؤلفه‌ی اجتناب از قضاوت، بالا بردن آگاهی و متمرکز بودن بر لحظه‌ی حال متمرکز است و کمک می‌کند تا افراد فعالیت‌های شناختی، فیزیولوژیکی و رفتاری خویش را پردازش کنند (درسخوان و وزیری، ۱۳۹۵). آگاهی لحظه‌به‌لحظه از افکار، احساسات و وضعیت‌های فیزیکی باعث می‌شود که افراد یاد بگیرند، خود را کنترل کنند و خویش را از افکار خودآیند رهایی بخشند (ریولی^۴، ۲۰۱۸؛ نجاتی، زهرالدین، افروخته، رحیمی^۵ و همکاران، ۲۰۱۵).

نتایج مطالعات مختلف، حاکی از اثربخشی ذهن‌آگاهی بر کاهش میزان درد، ترس مربوط به درد، گوش‌به‌زنگی نسبت به درد، ناتوانی کارکردی، کاهش آشفتگی روان‌شناختی و استرس، کاهش افسردگی، کاهش روان‌رنجورخویی و اضطراب، ارتقای بهزیستی و ارتقای توانایی سازش و عملکرد هیجانی است (پیترسن، اپریچ و ویلهلم^۶، ۲۰۱۶؛ گایو، فان، ویا یان، زانگ^۷ و همکاران، ۲۰۱۶؛ کراولی^۸، ۲۰۱۵؛

1. Gonzalo, Ausiàs & Joaquim
2. Kabat- Zinn
3. Monti, Peterson, Kunkel, Hauck
4. Reavley
5. Nejati, Zahiroddin, Afrookhteh, Rahmani
6. Petersen, Sprich, & Wilhelm
7. Gao, Fan, Wai Yan Wu, Zhang,
8. Crawley

شغلی و کیفیت زندگی بیماران را تحت تأثیر قرار دهد، استفاده از نتایج سودمند MBSR در این زمینه ضروری به نظر می‌رسد. از سویی دیگر، شواهد تجربی برای اثربخشی MBSR مخصوصاً به‌عنوان درمانی برای مشکلات روانشناختی بیماران با درد مزمن در جامعه بیماران ایرانی بسیار محدود است و تنها به بررسی بر روی چند متغیر خاص بر روی جامعه زنان متمرکز شده است و به مردان مبتلا به درد مزمن از این جهت که این گروه نسبت به زنان از سطح فعالیت کمتر به جهت شدت اختلالات خلقی بیشتر رنج می‌برند و بدین جهت نیز نمی‌توانند به فعالیت‌های شغلی و اجتماعی خود ادامه بدهند (راونیر، سانرهاجین، جوردهال، جیردل^۱ و همکاران، ۲۰۱۷)، توجهی نشده است. از این‌رو، پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سؤال انجام شد که آیا گروه‌درمانی مبتنی بر کاهش استرس بر اساس ذهن‌آگاهی بر کاهش خودبیمارانگاری و اضطراب افراد مبتلا به درد مزمن اثربخش است؟

روش

روش این پژوهش شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی بیماران مرد مبتلا به درد مزمن عضلانی - اسکلتی مراجعه کنند به مراکز توان‌بخشی شهر شیراز در شش‌ماهه دوم سال ۱۳۹۸ بوده‌اند. به‌منظور انتخاب نمونه پژوهش، پرسشنامه شدت درد مزمن مک‌گیل بین

۵۷ نفر از بیمارانی که تشخیص درد مزمن داده شده بودند (گذشت بیش از سه ماه از درد و تقریباً هر روز ادامه‌دار؛ با توجه به ملاک‌های انجمن بین‌المللی درد) توزیع و تعداد ۳۰ نفر از بیمارانی که نمره بالاتری در این ابزار کسب کردند، به روش نمونه‌گیری هدفمند، به‌عنوان نمونه پژوهش انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) گمارش شدند. لازم به ذکر است که بیمارانی برای تحقیق انتخاب شدند که مراحل درمان فیزیکی و توان‌بخشی را کامل طی کرده بودند؛ اما هنوز سمپتوماتیک بودند و درد مزمن برای آن‌ها استمرار داشت. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بودند از: مرد بودن، داشتن حداقل تحصیلات در حد سیکل، کسب نمره بالاتر در پرسشنامه شدت درد مزمن مک‌گیل، عدم ابتلا به هرگونه بیماری ناتوان‌کننده و مزمن دیگر از قبیل بیماری‌های کلیوی، کبدی و قلبی- عروقی، عدم استفاده از هر نوع درمان روان‌شناختی، عدم ابتلا به اختلالات حاد روان‌پزشکی (سایکوز، اختلال استرس پس از سانحه و غیره) (به تشخیص روان‌شناس پژوهش)، عدم اعتیاد به هر نوع ماده مخدر و رضایت شرکت در پژوهش. ملاک‌های خروج از مطالعه شامل: غیبت بیش از دو جلسه و عدم تمایل به شرکت در پژوهش، بود.

ابزار پژوهش:

الف) پرسشنامه شدت درد مک‌گیل^۲
MPQ): پرسشنامه درد مک‌گیل

1. Rovner, Sunnerhagen, Björkdahl, Gerdle

2. McCracken, Mackichan & Eccleston

همسانی درونی این ابزار از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که میزان آن، $0/78$ به‌دست آمد.

(ب) پرسشنامه خودبیمارانگاری اهواز^۲ (AHT): این پرسشنامه توسط احدی و پاشا (۱۳۸۱) طراحی شده و دارای ۴۵ گویه است که هدف آن ارزیابی میزان اختلال خودبیمارانگاری در افراد از ابعاد مختلف (شکایت‌های بدنی و اشتغالات ذهنی، ترس و نگرانی) است. طیف پاسخ‌گویی این پرسشنامه از نوع دو گزینه‌ای بوده که به هر پاسخ خیر، ۱ امتیاز و هر پاسخ بله، ۲ امتیاز تعلق می‌گیرد. نمرات کل به سه دسته خودبیمارانگاری؛ خفیف ($0-14/9$)، متوسط ($15-29/9$) و شدید ($30-45$)، تقسیم می‌شود. در پژوهش احدی و پاشا (۱۳۸۱) با استفاده از آزمون تحلیل عاملی، دو عامل برای این پرسشنامه استخراج شد و روایی پرسشنامه نیز مورد تأیید قرار گرفت. همچنین، پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آزمون - بازآزمون محاسبه گردید و ضریب همبستگی بین دو نوبت این آزمون $0/67$ به‌دست آمد که حاکی از پایایی خوب این ابزار است. برای ارزیابی اعتبار AHT از روش‌های اجرای همزمان با پرسشنامه MMPI استفاده شد که ضریب همبستگی آن $0/48$ به‌دست آمد و روش اعتبار افتراقی که این آزمون قادر شد بین ۵۷ نفر از افرادی که دارای خودبیمارانگاری بودند و ۱۲۰۰ نفر که چنین اختلالی نداشتند در سطح $0/001$ و با استفاده از آزمون T دو گروه مستقل تمایز قائل شود (پاشا، ۱۳۸۴). در این پژوهش به‌منظور بررسی همسانی درونی

کاربردی‌ترین ابزار استاندارد سنجش درد مزمن است. این پرسشنامه در سال ۱۹۹۷ توسط ملزاک^۱ ساخته شده و دارای ۲۰ گویه است و هدف آن سنجش درک افراد از درد و ابعاد مختلف درد است. پرسشنامه فرم کوتاه مک‌گیل (۱۵-گویه‌ای) به زبان فارسی جهت شدت درد با دو زیرمقیاس دو بعد حسی و عاطفی می‌باشد. نحوه اجرا، قلم کاغذی - جمعی - خودگزارشی است. گویه‌ها در یک مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای از بدون درد = ۰ تا شدید = ۳ نمره‌گذاری می‌شوند (سه نمره به‌دست می‌آید: حسی، عاطفی و کلی). پایایی و روایی نسخه فارسی پرسشنامه کوتاه درد که دارای ۱۵ گویه است توسط وکیل‌زاده و نخعی (۱۳۸۵) مورد ارزیابی قرار گرفته است. سازگاری درونی از طریق ضریب آلفای کرونباخ و نیز ضریب همبستگی گویه - مقیاس مورد تحلیل عامل اکتشافی و تاییدی مورد تأیید قرار گرفت. آلفای کرونباخ در مورد کل پرسشنامه $0/87$ و برای ابعاد شدت درد و واکنش به ترتیب $0/87$ و $0/89$ گزارش شده است. نمره پایین‌تر، نشانه شدت درد کمتر است. در این پرسشنامه ۱۱ آیتم اول حسی و ۴ آیتم بعدی عاطفی است، بنابراین یک نمره حسی، یک نمره عاطفی و یک نمره کلی دارد. در این پژوهش به‌منظور بررسی همسانی درونی این ابزار از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که میزان آن برای کل پرسشنامه، $0/84$ به‌دست آمد (لازم به ذکر است که در این پژوهش از این پرسشنامه تنها به‌عنوان ابزار غربالگری استفاده شد). در این پژوهش به‌منظور بررسی

این ابزار از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که میزان آن برای کل پرسشنامه، ۰/۸۰ به دست آمد.

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات MBSR (بر اساس پروتکل ارائه شده توسط کابات-زین (۲۰۰۳))

هدف	محتوا	تغییر رفتار مورد انتظار	تکالیف منزل
۱ معارفه و هدایت خودکار	برقراری ارتباط و مفهوم‌سازی، ارائه توضیحات در مورد درد مزمن، لزوم استفاده از آموزش ذهن‌آگاهی، ارائه توضیحاتی در مورد هدایت خودکار.	آگاهی نسبت بیماری و حس‌های مربوط به آن	تمرین واریسی بدن
۲ رویارویی با موانع	پس دادن پس‌خوراند و بحث در مورد آن، انجام مراقبه‌ی ذهن آگاهی تنفس.	کاهش اهمیت افکار بیش‌ازحد	تمرین ۱۰-۱۵ دقیقه‌ای مراقبت نشسته
۳ حضور ذهن از تنفس	تنفس با حضور ذهن ۱۰-۱۵ دقیقه، آموزش تکنیک دم و بازدم همراه با آرامش و بدون تفکر در مورد چیز دیگر و آموزش تکنیک تماشای تنفس.	کسب توانایی توجه به رفتارهای ذهنی	ثبت افکار روزانه ۵ ستونی، تمرین هفت دقیقه‌ای «دیدن یا شنیدن»
۴ ماندن در زمان حال	مراقبه‌ی نشسته (آگاهی از تنفس، صدا، بدن و افکار) بررسی آگاهی از وقایع خوشایند و ناخوشایند بر احساس، افکار و حس‌های بدن.	تمرکز بر حال، کاهش اعمال وسواسی	ثبت افکار روزانه ۷ ستونی، تمرین تنفس و اجرای تمرین خانگی تن آرامی
۵ اجازه/ مجوز حضور	یوگای هشیارانه، بحث تفاوت دیدن افکار یا افکار-جانشین، مراقبه‌ی نشسته (صدا و افکار).	تغییر باورهای خودبیمارانگاری	ادامه تمرین هفت دقیقه‌ای «دیدن یا شنیدن»
۶ افکار حقایق نیستند	بهداشت خواب، تنفس با حضور ذهن ۱۰-۱۵ دقیقه.	کاهش خودبیمارانگاری، اضطراب و کسب آرامش	تهیه‌ی فهرستی از فعالیت‌های لذت‌بخش
۷ آموزش ذهن آگاهی افکار	آموزش توجه به ذهن، افکار منفی و مثبت، خوشایند و ناخوشایند بودن افکار، اجازه دادن به ورود افکار منفی و مثبت به ذهن و به‌آسانی خارج کردن آن‌ها از ذهن بدون قضاوت و توجه عمیق به آن‌ها.	آرامش عضلانی و آگاهی کامل از نشانه‌های خودبیمارانگاری و اضطراب	نوشتن تجربیات منفی و مثبت روزانه بدون قضاوت در مورد آن‌ها
۸ پذیرش و تغییر	مرور تکلیف هفته گذشته، تمرین واریسی بدن، جمع‌بندی جلسات و اجرای پس‌آزمون‌ها.	آگاهی از عود و کاش اعمال و افکار اضطرابی و خودبیمارانگاری	تکرار تمام تمرین‌های مؤثر

طرح مداخله: روش اجرا به این صورت بود که بعد اجرای پیش‌آزمون‌ها، افراد گروه آزمایش، درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی را در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هر هفته یک جلسه) به صورت گروهی دریافت کردند؛ درحالی‌که گروه کنترل به مدت ۲ ماه در لیست انتظار قرار گرفت. به منظور سنجش و کنترل روایی جلسات درمانی، در طول جلسات از شرکت‌کنندگان گروه آزمایش خواسته شد تا خلاصه‌ی شفاهی از مطالب مداخله درمانی اجراشده را ارائه دهند تا منطبق بودن آن با ساختار پروتکل جلسات درمانی، مشخص گردد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲، استفاده شد.

یافته‌ها

داده‌های به دست آمده از دو گروه مورد بررسی با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است. در جدول ۲، آماره‌های توصیفی مربوط به متغیرهای وابسته

(ج) پرسشنامه اضطراب کتل^۱ (CAS): این پرسشنامه در سال ۱۹۷۵ توسط ریموند کتل ساخته شده است و شامل ۴۰ گویه است که به صورت دو بخش ۲۰ گویه‌ای تکمیل می‌شود و هر گویه، نمره‌ای بین صفر تا ۲ دارد؛ بنابراین، حداقل نمره در هر بخش بین صفر تا ۴۰ و در کل پرسشنامه ۸۰ است. نمره استاندارد شده، ۰-۳ مربوط به افراد بدون اضطراب، ۴-۶ اضطراب متوسط، ۷-۸ روان آزرده مضطرب و نمرات ۹-۱۰ معرف فردی است که به وضوح، خواه به منظور اصلاح موقعیت خود، خواه به منظور مشورت یا روان‌درمان‌گر، به کمک نیاز دارد. کتل پایایی مقیاس اصلی را ۰/۷۸ گزارش کرده است. در مطالعه سالاری فر و پوراعتقاد (۱۳۹۰) اعتبار این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ محاسبه شد که ضریب آلفا برای خرده مقیاس اضطراب صفت ۰/۵۹، اضطراب حالت ۰/۶۹ و برای کل مقیاس ۰/۷۷ به دست آمد. در این پژوهش به منظور بررسی همسانی درونی این ابزار از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که میزان آن، ۰/۷۹ به دست آمد.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک دو گروه و دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون

مؤلفه‌ها	گروه	آزمایش		کنترل	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
خودبیمارانگاری	پیش‌آزمون	۳۴/۷۸	۳/۸۶	۳۴/۲۳	۳/۱۹
	پس‌آزمون	۱۹/۷۶	۲/۵۴	۳۴/۰۸	۳/۹۸
اضطراب	پیش‌آزمون	۶۳/۸۵	۵/۸۸	۶۴/۴۵	۵/۴۰
	پس‌آزمون	۳۸/۱۵	۳/۸۵	۶۴/۵۵	۵/۶۱

پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل ارائه شده است. قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون کوواریانس، پیش فرض‌های آزمون‌های پارامتریک سنجیده شد که نتایج آن در جدول ۳، ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج مفروضه‌ها برای متغیرهای پژوهش

متغیر	کلموگروف-اسمیرنوف	سطح معناداری	آزمون لون	سطح معناداری
خودبیمارانگاری	۰/۱۷	۰/۱۳۰	۰/۲۳۱	۰/۶۱۰
اضطراب	۰/۱۹	۰/۱۹۰	۰/۷۳۶	۰/۲۰۰

با توجه به جدول ۳، نتایج آزمون نرمال بودن کلموگروف - اسمیرنوف متغیرهای وابسته پژوهش شامل: خودبیمارانگاری و اضطراب، نشان داد که توزیع نمره‌ها نرمال است ($P > ۰/۰۵$). همچنین، نتایج آزمون لوین جهت بررسی تساوی واریانس

گروه‌ها در متغیرهای خودبیمارانگاری و اضطراب، نشان داد که سطح معناداری به دست آمده بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است، بنابراین، گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر پراکندگی نمرات این متغیرها در مرحله پیش‌آزمون یکسان می‌باشند.

جدول ۳. نتایج مفروضه‌ها برای متغیرهای پژوهش

متغیر	کلموگروف-اسمیرنوف	سطح معناداری	آزمون لون	سطح معناداری
خودبیمارانگاری	۰/۱۷	۰/۱۳۰	۰/۲۳۱	۰/۶۱۰
اضطراب	۰/۱۹	۰/۱۹۰	۰/۷۳۶	۰/۲۰۰

جدول ۴. تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای بررسی اثر گروه بر متغیرهای خودبیمارانگاری و اضطراب

متغیر	آزمون	ارزش F	درجه آزادی	درجه آزادی خطا	معناداری	مجذور
خودبیمارانگاری	اثر پیلایی	۰/۶۰	۳	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۴۸
	لامبدای ویلکز	۰/۱۷	۳	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۴۸
	اثر هتلینگ	۳/۱۲	۳	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۴۸
	بزرگ‌ترین ریشه‌روی	۳/۱۲	۳	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۴۸
اضطراب	اثر پیلایی	۰/۵۶	۳	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۵۵
	لامبدای ویلکز	۰/۶۲	۳	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۵۵
	اثر هتلینگ	۱/۳۰	۳	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۵۵
	بزرگ‌ترین ریشه‌روی	۱/۳۰	۳	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۵۵

همچنین، با توجه به نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری جدول ۵، امکان خطای نوع دوم وجود نداشته است و محقق مجاز است تا از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده کند. همان‌طور که نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد، با کنترل اثر پیش‌آزمون، بین میانگین نمرات پس‌آزمون متغیرهای خودبیمارانگاری ($F=13/35$) و $(\eta^2=0/78)$ و اضطراب ($F=23/43$) و $(\eta^2=0/83)$ تفاوت معناداری وجود دارد ($P<0/001$).

نتایج آزمون فرض همگنی شیب رگرسیون نشان داد که تحلیل کوواریانس عاملی تعامل گروه با متغیر خودبیمارانگاری ($F=0/396$ و $P=0/546$) و تعامل گروه با متغیر اضطراب ($F=0/129$) و $(P=0/723)$ ، در سطح ($P>0/05$) معنادار نمی‌باشد. لذا پیش‌فرض همگنی شیب رگرسیون برای هر دو متغیر وابسته پژوهش، رعایت شده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس به‌منظور بررسی اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر کاهش استرس بر اساس ذهن‌آگاهی بر خودبیمارانگاری و اضطراب

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	معناداری	F	مجذورات
خودبیمارانگاری	گروه	۶۵۴/۲۳	۱	۶۵۴/۲۳	۰/۰۰۱	۱۶/۳۵	۰/۷۸
اضطراب	گروه	۲۰۴۵۶/۱۰	۱	۲۰۴۵۶/۱۰	۰/۰۰۱	۲۳/۴۳	۰/۸۳

نتیجه‌گیری و بحث

ذهن‌آگاهی بر خودبیمارانگاری، خودپنداشت، بهزیستی روانشناختی، سازش و عملکرد هیجانی، همسو و با نتایج مطالعه ملحوجی و لطفی کاشانی (۱۳۹۸)، در زمینه عدم اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی بر خودبیمارانگاری بیماران مبتلا به درد مزمن، ناهمسو است.

در تبیین یافته اول پژوهش می‌توان گفت که افراد مبتلا به درد مزمن به دلیل خودبیمارانگاری، دچار اضطراب سلامتی شدید و احساسات غیرمنطقی نسبت به خود و بیماری‌شان، می‌شوند و هرگونه تسکینی برای آن‌ها از سوی پزشک، تأثیر موقتی خواهد داشت؛ این درحالی است که

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر کاهش استرس بر اساس ذهن‌آگاهی بر خودبیمارانگاری و اضطراب افراد مبتلا به درد مزمن انجام شد.

نتایج نشان داد که گروه‌درمانی مبتنی بر کاهش استرس بر اساس ذهن‌آگاهی بر کاهش خودبیمارانگاری افراد مبتلا به درد مزمن، اثربخش بود. این یافته با نتایج مطالعات سلگی و ویسی (۱۳۹۷)؛ میرزایی و شعیری (۱۳۹۷)؛ پیترسن و همکاران (۲۰۱۶) و گایو و همکاران (۲۰۱۶)، در زمینه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر

پذیرش افکار ناخوشایند و حالت‌های هیجانی گوناگون شکل گرفته است؛ توانمندی فرد را در تأثیرپذیری از افکار و هیجاناتش به‌طور چشمگیری بالا می‌برد و به فرد اجازه می‌دهد تا طیف وسیعی از افکار و هیجانات را در ذهن خود بدون تجربه آشفتگی هیجانی، تجربه کند. بیماران مبتلا به درد مزمن، در جریان گروه‌درمانی مبتنی بر کاهش استرس بر اساس ذهن‌آگاهی، آموختند تا احساس‌های بدنی خود را که عمدتاً با ادراک تجربه ناخوشایند مرتبط هستند، به‌طور آگاهانه دریابند و به شناسایی نقاطی از بدن که سبب این برافراشتگی‌ها می‌شود و همچنین به پذیرش هیجان‌ها و افکار مرتبط با این حس‌ها بپردازند؛ به‌این‌ترتیب این فرایند سبب می‌شود که برای این بیماران روشن شود که چه چیزی در بدنشان در حال رخ دادن است و ضمن شناسایی افکار، هیجانات و حس‌های مربوط به بیماری‌شان، اجازه ورود به افکار و هیجان‌های منفی را که باعث ایجاد اشتغالات ذهنی در آن‌ها می‌شوند را ندهد، که این امر توانست تأثیر بسزایی در کاهش میزان خودبیمارانگاری آن‌ها داشته باشد.

نتایج دیگر این پژوهش نشان داد که گروه‌درمانی مبتنی بر کاهش استرس بر اساس ذهن‌آگاهی بر کاهش اضطراب افراد مبتلا به درد مزمن، اثربخش بود. این یافته با نتایج مطالعات سبحانی و همکاران (۱۳۹۸)؛ حدادی کوهسار و همکاران (۱۳۹۷)؛ بادان فیروز و همکاران (۱۳۹۶)؛ گونزالز و همکاران (۲۰۱۶) و کراولی و همکاران (۲۰۱۵)، در زمینه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش اضطراب،

در جریان گروه‌درمانی مبتنی بر کاهش استرس بر اساس ذهن‌آگاهی، مراجعان می‌آموزند که چطور با افکار و احساس‌های غیرمنطقی خود که حاصل خودبیمارانگاری‌شان هستند، رابطه برقرار کنند و بر محتوای افکار خود متمرکز شوند و آن‌ها را تغییر دهند و در چشم‌انداز وسیع‌تری افکار و احساس‌های خود را ببینند (ریولی، ۲۰۱۸). از سویی دیگر، در این درمان، هدف فقط کاهش فشار روانی نیست، بلکه هدف حضور در لحظه مراجعان است. به این طریق می‌توان به ذهن‌آگاهی در دو قالب فرآیند حساس شدن و حساسیت‌زدایی نگریست. درواقع، ذهن‌آگاهی به‌واسطه کاهش اجتناب در افراد، نسبت به جنبه‌های آزاردهنده منفی، حساسیت‌زدایی کرده و از طریق توجه به ارتباط، بین حالت‌های هیجانی و تجربه پاسخ‌های خودکار در افراد حساسیت ایجاد می‌کند. ماهیت حساسیت‌زدایی ذهن‌آگاهی، انعطاف‌پذیری ذهنی فرد را بالا می‌برد و اشتغالات ذهنی که خصیصه اصلی خودبیمارانگاری است را کاهش می‌دهد. بدین طریق بیماران آموختند تا پاسخ‌های هیجانی و رفتاری خود را کنترل کنند، به‌گونه‌ای که مراجعان گزارش می‌کردند به‌راحتی می‌توانند به نگرش‌های منفی‌شان درباره تصور از خود، اجازه خروج بدهند و با امیدواری (با آموزش تکنیک افکار حقایق نیستند) از قابلیت بالاتری نسبت به قبل در مواجهه با فشارهای روانی ازجمله؛ تغییر غیرواقعی علائم جسمانی و حس‌های طبیعی به‌عنوان حس‌های غیرطبیعی، برخوردار شده‌اند. گایو و همکاران (۲۰۱۶) معتقدند ذهن‌آگاهی که زیربنای آن بر اساس

افسردگی، استرس، روان‌رنجوری خویی و ادراک درد، همسو است.

در تبیین یافته دوم پژوهش می‌توان گفت که بر اساس دیدگاه شناختی، اضطراب و اختلال‌های اضطرابی در افراد مبتلا به درد مزمن، نتیجه افکار و باورهای نادرست غیرواقعی و غیرمنطقی و ترس هستند؛ به‌ویژه باورهای غیرمنطقی نسبت به محرک‌های دردزا (وویلیک و همکاران، ۲۰۱۹).

این درحالی است که در گروه‌درمانی مبتنی بر کاهش استرس بر اساس ذهن‌آگاهی با تلفیق شیوه‌های شناختی درمانی و تمرین‌های مفید ذهن‌آگاهی موجب می‌شود که افراد مبتلا به درد مزمن، مشکلات روان‌شناختی مرتبط با درد مزمن (جمله افسردگی و اضطراب) را بپذیرند و با بازاریابی مثبت، احساسات منفی خود را نسبت به آثار روانی درد کاهش دهند (کابات-زین، ۲۰۰۳). در این پژوهش، شرکت‌کنندگان با به‌کار بستن تکنیک‌های ذهن‌آگاهی همچون؛ یوگای هشیارانه، بحث تفاوت دیدن افکار یا افکار جانشین و مراقبه‌ی نشسته، آموختند تا بر احساسات، افکار و حالت‌های جسمانی خود کنترل بیشتری پیدا کنند و از طریق آگاهی لحظه‌به‌لحظه از افکار، از ذهن روزمره و خودکار متمرکز بر گذشته و آینده‌ی رهایی یابند. از سویی دیگر، یکی از گذرگاه‌های اصلی اثرگذاری ذهن‌آگاهی بر اضطراب به‌نوعی ضدیت ذهن‌آگاهی با نشخوار است. به‌عبارت‌دیگر نشخوار که بیشتر متمرکز بر تجربه‌های ناخوشایند گذشته است، ممکن است در طی ذهن‌آگاهی که بر تجربه حالاً و اکنون تأکید می‌کند، کاهش یابد. این جهت‌گیری متمایل

به زمان حال در طی ذهن‌آگاهی با نشخوار؛ که بر شکست‌های گذشته و نگرانی؛ که بر تهدیدهای آینده متمرکز است نوعی حالت ضدونقیضی به وجود می‌آورد که درنهایت این مقابله و چالش با نشخوار، می‌تواند باعث کاهش اضطراب می‌شود. در این رابطه، بادان فیروز و همکاران (۱۳۹۶) ضمن مطالعه خود نشان دادند که سطوح فزون یافته ذهن‌آگاهی با سطوح کمتر نشخوار فکری، تفکرات خودآیندمنفی، سرکوبی افکار، اجتناب از تجربه و نگرانی یا بهتر است بگوییم اضطراب، ارتباط دارد؛ چراکه نگرانی ویژگی اصلی اختلال اضطراب است.

این پژوهش نیز مانند سایر مطالعات با محدودیت‌های روبه‌رو بوده است که می‌توان گفت با توجه به اینکه جامعه مورد مطالعه این پژوهش بیماران مبتلا به درد مزمن بوده که در تعمیم‌یافته‌های پژوهش به مردان با سایر بیماری‌ها باید احتیاط نمود. همچنین علاوه بر این جامعه پژوهش این مطالعه مختص به مردان شهر تهران بود که پیشنهاد می‌شود با توجه به تفاوت‌های اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی در پژوهش‌های آتی در انتخاب جامعه آماری، مردان مبتلا به درد مزمن شهرستان‌ها مورد مطالعه قرار گیرند. همچنین، در مطالعه بر روی این جامعه، از روش‌های جمع‌آوری اطلاعات دیگری مانند مصاحبه نیز استفاده شود تا بتوان بر غنای اطلاعات به‌دست‌آمده افزود. علاوه بر این، در این پژوهش اثرات درمانی در فواصل زمانی مختلف مورد پیگیری قرار نگرفته است؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از نمونه‌های

جهت کاهش خودبیمارانگاری و اضطراب افراد مبتلا به درد مزمن، بهره ببرند.

سپاسگزاری

در پایان بر خود لازم می‌دانیم تا از تمامی افرادی که به‌عنوان شرکت‌کننده با مشارکت و همکاری خود در این پژوهش به افزایش دانش در مورد اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر کاهش استرس بر اساس ذهن‌آگاهی بر خودبیمارانگاری و اضطراب افراد مبتلا به درد مزمن کمک کردند، نهایت تقدیر و تشکر را به‌عمل آوریم.

گسترده‌تر استفاده گردد و اثر برخی متغیرهای احتمالی تأثیرگذار نیز کنترل گردد. همچنین پیشنهاد می‌شود که سایر روش‌های مداخله و متغیرها در این حوزه نیز مورد بررسی قرار گرفته و نتایج حاصل با یکدیگر مورد مقایسه و ارزیابی قرار گیرند و در پژوهش‌های آینده اثرات درمان در مراحل پس از درمان در فواصل زمانی طولانی مورد بررسی قرار گیرد. در مجموع، پیشنهاد می‌شود که مشاوران، روان‌شناسان و روان‌درمانگران، از نتایج گروه‌درمانی مبتنی بر کاهش استرس بر اساس ذهن‌آگاهی به‌عنوان مداخله‌ای سودمند،

منابع

- حدادی کوهسار، ع.؛ مرادی، ع.؛ غباری‌بناب، ب.؛ ایمانی، ف. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی معنویت‌درمانی مبتنی بر فرهنگ ایرانی با رویکرد شناختی-رفتاری با رویکرد ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس در کاهش افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران مبتلا به درد مزمن. *مجله مطالعات روانشناسی بالینی*، ۱۱(۳۱)، ۳۰-۱.
- حدادی کوهسار، ع.؛ مرادی، ع.؛ غباری‌بناب، ب.؛ ایمانی، ف. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی معنویت‌درمانی مبتنی بر فرهنگ ایرانی با رویکرد شناختی-رفتاری با رویکرد ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس در کاهش افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران مبتلا به درد مزمن. *مجله مطالعات روانشناسی بالینی*، ۱۱(۳۱)، ۳۰-۱.
- درسخوان، م.؛ وزیری، ش. (۱۳۹۵). اثربخشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر احساس انسجام روان و سبک مقابله‌ای در افراد مبتلا به آسم. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۱۱(۴۲)، ۸۵-۴۷.
- سالاری فر، م. ح.؛ پورا اعتماد، ح. ر. (۱۳۹۰). رابطه باورهای فراشناختی با اختلال افسردگی و اضطراب. *مجله یافته*، ۱۳(۴)، ۳۸-۲۹.
- احمدی، ح.؛ و غلامرضا، پ. (۱۳۸۱). ساخت و اعتباریابی مقیاسی برای سنجش اختلال هیپوکندریا در شهرستان اهواز. *مجله دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۱۱(۱۲)، ۲۸-۱۵.
- بادان فیروز، ع.؛ مکوند حسینی، ش.؛ محمدی‌فر، م. ع. (۱۳۹۶). رابطه تنظیم هیجانی با نشانگان افسردگی و اضطراب در دانشجویان: نقش واسطه‌ای ذهن‌آگاهی. *مجله روانشناسی و روان‌پزشکی شناخت*، ۴(۲)، ۳۸-۲۴.
- حبیبی، ف.؛ صفرزاده، س. (۱۳۹۶). پیش‌بینی استرس شغلی بر اساس راهبردهای مقابله‌ای، هوش معنوی و تاب‌آوری در کارکنان مبتلا به دردهای مزمن شرکت ملی مناطق نفت‌خیز جنوب. *مجله دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۱۸(۳)، ۸۵-۷۶.

- ملحوجی، آ؛ لطفی کاشانی، ف. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر خودپنداشت و خودبیمارانگاری بیماران مبتلا به درد مزمن. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۸(۷۶)، ۲۵۷-۴۵۱.
- میرزایی، آ؛ شعیری، م. ر. (۱۳۹۷). بررسی اثربخشی الگوی درمانی کاهش استرس براساس ذهن‌آگاهی بر عواطف مثبت و منفی و نشانگان افسردگی. *مجله علوم پزشکی دانشگاه مشهد*، ۶۱(۱)، ۸۷۶-۸۶۴.
- وکیل‌زاده، پ؛ نخعی، ن. (۱۳۸۵). پایایی و روایی نسخه فارسی پرسش‌نامه کوتاه درد در بیماران مبتلا به سرطان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۵(۴)، ۲۵۸-۲۵۳.
- وکیلی، ن؛ عسگری، ک؛ کلانتری، م؛ مولوی، ح؛ عاشقان، م. (۱۳۹۴). تأثیر الکسی تایمیا، اضطراب و افسردگی بر شدت درد در بیماران زن با فیبرومیالژی در تهران. *مجله علوم اعصاب شفای خاتم*، ۳(۴)، ۵۶-۴۹.
- سبحانی، آ؛ باباخانی، ن؛ آل بویه، م. ر. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افسردگی، اضطراب، استرس و ادراک کاهش درد، در زنان مبتلا به کم‌دردهای مزمن پس از زایمان. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲۵(۳)، ۲۷۷-۲۶۶.
- سلگی، ز؛ ویسی، ر. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر حساسیت اضطرابی، خودپنداره و خودکارآمدی تحصیلی دانش‌آموزان دچار نارسا نویسی. *فصلنامه روانشناسی کاربردی*، ۱۲(۴)، ۴۵-۲۸.
- فرید، م؛ رحیمی، چ؛ محمدی، ن. ا. (۱۳۹۷). پیش‌بینی درد بر اساس ویژگی‌های شخصیتی، اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به درد مزمن. *مجله یافته*، ۲۰(۲)، ۸۵-۷۶.
- معصومیان، س؛ شعیری، م. ر؛ و هاشمی، س. م. (۱۳۹۲). تأثیر درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کیفیت زندگی بیماران. *مجله بیهوشی و درد*، ۴(۳)، ۳۷-۲۵.
- Asghari Moghaddam, M. (2004). [The Prevalence Rate of Chronic Pain and some of its Associations among the Employees of a Big Industrial Company in Tehran]. *Journal of Clin Psychol Personal*, 1(4), 1-14.
- Bair, M.J., Robinson, R.L., Katon, W., Kroenke, K. (2003). Depression and pain comorbidity: literature review. *Arch Intern Med*, 163, 2433-2445.
- Deale, A. (2017). Psychopathology and treatment of severe health anxiety. *Psychiatry*, 6(6), 240-246.
- Gao, J., Fan, J., Wai Yan Wu, B., Zhang, Z., Chang, C., Hung, Y-S., Fung, P. C. W., & Sik, H. (2016). Entrainment of chaotic activities in brain and heart during MBSR. *Neuroscience Letters*, 61(6), 218-223.
- Gatchel, R. J., & Kathryn, H. R. (2008). Evidence-informed management of chronic low back pain with cognitive behavioral therapy. *Journal The Spine*, 8(1), 40-44.
- Gonzalo, H., Ausiàs, C., & Joaquim, S.

- (2016). Mindfulness-based psychological interventions and benefits: State of the art. *Clínica y Salud Journal*, 27(3), 115-124.
- Greenwood, M. (2015). Essentials of medical history-taking in dental patients. *Dent Update Journal*, 42(4), 5-13
- Hiratzka, J., Rastegar, F., Contag, A.G., Norvell, D.C., Anderson, P.A., & Hart, R. (2015). Adverse Event Recording and Reporting in Clinical Trials Comparing Lumbar Disk Replacement with Lumbar Fusion: A Systematic Review. *Global Spine Journal*, 5(6), 486-495.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present and future. *Clinical psychological: Science & Practice*, 10(2), 144-156.
- Katz, J., Rosenbloom, B.N., & Fashler, S. (2015). Chronic Pain, Psychopathology, and DSM-5 Somatic Symptom Disorder. *Can Journal Psychiatry*, 60(4):160- 167.
- Kerckhove, N., Boudieu, L., Ourties, G., Bourdier, J., Daulhac, L., Eschalier, A., & Mallet, C. (2019). Ethosuximide improves chronic pain-induced anxiety- and depression-like behaviors. *Eur Neuropsychopharmacol*, 29(12), 1419-1432.
- Korff, M., Crane, P., Lane, M., Miglioretti, D. L., Simon, G., Saunders, K., ... Kessler, R. (2015). Chronic spinal pain and physical-mental comorbidity in the United States: Results from the national comorbidity survey replication. *Journal of Pain*, 113(3), 331-339.
- McDermott KA, Griffin ML, McHugh RK, Fitzmaurice GM, Jamison RN, Provost SE, Weiss RD. Long-term naturalistic follow-up of chronic pain in adults with prescription opioid use disorder. *Drug and Alcohol Dependence*. 205: 107675. PMID 31715440 DOI: 10.1016/j.drugalcdep. 2019.107675.
- Nejati, S., Zahiroddin, A., Afrookhteh, G., Rahmani, S., & Hoveida, Sh. (2015). Effect of Group Mindfulness-Based Stress-Reduction Program and Conscious Yoga on Lifestyle, Coping Strategies, and Systolic and Diastolic Blood Pressures in Patients with Hypertension. *The Journal of Tehran University Heart Center*, 10(3),140-148.
- Noyes, J. R., Stuart, S. P., Langbehn, D. R., Happel, R. L., Longley, S. L., Muller, B. A., & Yagla, S. J. (2003). Test of an interpersonal model of hypochondriasis. *Psychosomatic Medicine*, 65(2), 292-300.
- Oliveira, D.S., Mendonça, V. M., Sampaio, S, M., De Castro-Lopes, D. J., de Azevedo, L,F. (2019). The Impact of Anxiety and Depression on the Outcomes of Chronic Low Back Pain Multidisciplinary Pain Management-A Multicenter Prospective Cohort Study in Pain Clinics with One-Year Follow-up. *Pain Med*, 20(4), 736-746.
- Reavley, N. (2018). Mindfulness training in higher education students. *The Lancet Public Health*, 3(2): e55-e56.
- Rovner, G.S., Sunnerhagen, K.S.,

- Björkdahl, A., Gerdle, B., Börsbo, B., Johansson, F., & Gillanders, D. (2017). Chronic pain and sex-differences; women accept and move, while men feel blue. *PLoS One*, 12(4), e0175737.
- Shonin, E., Gordon, W. V. & Griffiths, M. D. (2016). Mindfulness as a Treatment for Behavioural Addiction. *J Addict Research & Therapy*, 5(1), e122.
- Smeets, G., de Jong, P. J., & Mayer, B. (2003). If you suffer from a headache, then you have a brain tumour: Domain-specific reasoning 'bias' and hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, 38(8), 763-776.
- Woelk, J., Goerlitz, D., & Wachholtz, A. (2019). I'm tired and it hurts! Sleep quality and acute pain response in a chronic pain population. *Sleep Med*, 15(67), 28-32.
- Zota, A. R., Geller, R. J., Calafat, A. M., Marfori, C. Q., Baccarelli, A. A., & Moawad, G. N. (2018). Phthalates exposure and uterine fibroid burden among women undergoing surgical treatment for fibroids: a preliminary study. *Fertility and sterility*. 4(7), 11-26.

