

Quarterly Journal of Health Psychology

Open
Access

ORIGINAL ARTICLE

Comparing the Effectiveness of Emotion-Oriented Therapy and Mindfulness Therapy in Improving Self-Efficacy, Conflict in Emotion Expression and Pain Perception in Patients with Chronic Musculoskeletal Pain

Sara Suri¹, Afshin Salahian^{2*}, Bita Nasrollahi³

¹ Ph.D. Student, Department of Psychology, Science and Research Unit, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

² Assistant Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

³ Assistant Professor, Department of Psychology, Science and Research Unit, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Correspondence

Afshin Salahian

Email: salahianafshin@pnu.ac.ir

How to cite

Suri, S., Salahian, A. & Nasrollahi, B. (2025). Comparing the Effectiveness of Emotion-Oriented Therapy and Mindfulness Therapy in Improving Self-Efficacy, Conflict in Emotion Expression and Pain Perception in Patients with Chronic Musculoskeletal Pain. *Quarterly Journal Of Health Psychology*, 14(1), 129-148.

ABSTRACT

Objective: Chronic musculoskeletal pain includes local pain and referred pain that causes pain in the joints of different parts of the body. Chronic pain has negative and detrimental effects on the psychological and physical performance of patients and causes physical and mental problems for patients. Inactivity, excessive mental stress, excessive mental stress, and prolonged poor posture can all cause muscle strain that directly affects nerve endings, causing chronic pain. Although pain as a general sensation has biological bases, but because pain is affected by psychological and social factors in addition to biochemical factors. Recent models have examined pain in a multidimensional way and have emphasized the role of psychological factors in the process of pain perception. In this regard, the present study was conducted with the aim of comparing the effectiveness of emotion-oriented therapy and mindfulness therapy in improving self-efficacy, conflict in emotional expression, and pain perception in patients with chronic musculoskeletal pain. **Method:** The research method in the present study was semi-experimental and a pre-test and post-test design was used along with the control group. The statistical population of the present study includes all patients suffering from chronic musculoskeletal pain in Tehran in 2022. Using the available sampling method, 60 people were randomly selected into 3 groups of 20 people: emotion-oriented treatment, mindfulness treatment and control were divided. Pain self-efficacy, emotional conflict and disease perception questionnaires were used to collect data. Analysis of covariance test and SPSS statistical software were used for data analysis. **Results:** The results showed that emotion-oriented and mindfulness therapy has a

significant effect on improving self-efficacy, emotion expression conflict, and pain perception, and these results were still stable in the 3-month follow-up ($p < 0.05$). Comparing the effect of the two intervention methods, the results of the Sheffe test showed that the effect of emotion-oriented treatment on the conflict of emotion expression and pain perception was significantly higher than that of mindfulness treatment ($p < 0.05$). The results of the Scheffe test show that there is no statistically significant difference between the two experimental groups and the control group in the pain self-efficacy scores ($p < 0.05$), and in other words, the effect of the two methods was almost the same; However, the effect of the treatment on the emotional expression variable had a statistically significant difference ($p < 0.05$). So, it can be said that the emotion-oriented treatment had a greater effect than the mindfulness treatment. Also, the results of the Shefeh test showed that the effect of emotion-oriented treatment on patients' pain perception had a statistically significant difference ($p < 0.05$), in other words, the effect of emotion-oriented treatment on the pain perception variable was greater than that of mindfulness treatment. **Conclusion:** Based on the findings, it can be concluded to help improve self-efficacy, emotional expression conflict and pain perception of patients with chronic pain, emotion-oriented and pain mindfulness treatment is effective and it is recommended due to the higher effect of emotion-oriented treatment intervention in improving conflict expression Emotion and pain perception of chronic pain patients should use this intervention method.

KEY WORDS

Emotional Expression, Pain Perception, Chronic Pain, Mindfulness, Self-Efficacy, Musculoskeletal, Emotion-Oriented.

نشریه علمی

روان‌شناسی سلامت

«مقاله پژوهشی»

اثربخشی درمان هیجان‌محور و درمان ذهن‌آگاهی در بهبود خودکارآمدی، تعارض در ابراز هیجان و ادراک درد در بیماران مبتلا به درد مزمن عضلانی اسکلتی

سارا سوری^۱، دکتر افشین صلاحیان^{۲*} و دکتر بیتا نصرالهی^۳

چکیده

مقدمه: درد مزمن اختلال عضلانی-اسکلتی می‌باشد که موجب بروز درد در نواحی مفاصل نواحی مختلف بدن می‌شود و مشکلات جسمی و روانی برای بیماران به وجود می‌آورد بنابراین پژوهش حاضر به دنبال مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌محور و درمان ذهن‌آگاهی در بهبود خودکارآمدی، تعارض در ابراز هیجان و ادراک درد در بیماران مبتلا به درد مزمن عضلانی اسکلتی می‌باشد.

روش: روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه بیماران مبتلا به درد مزمن عضلانی اسکلتی شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بوده‌اند که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۶۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی به ۳ گروه ۲۰ نفره درمان هیجان‌محور، درمان ذهن‌آگاهی و کنترل تقسیم شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه خودکارآمدی درد، پرسشنامه تعارض هیجانی و ادراک بیماری استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس استفاده شده است.

یافته‌ها: نتایج نشان داد درمان هیجان‌محور و ذهن‌آگاهی بر بهبود خودکارآمدی، تعارض ابراز هیجان و ادراک درد تاثیر معناداری دارد ($P < 0.05$). آزمون شفه نشان داد تاثیر درمان هیجان‌مدار بر تعارض ابراز هیجان و ادراک درد به طور معناداری بیشتر از درمان ذهن‌آگاهی بود ($P < 0.05$).

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت در بهبود خودکارآمدی درد بیماران مبتلا به درد مزمن، مداخله ذهن‌آگاهی و برای بهبود تعارض در ابراز هیجان و ادراک درد بیماران درد مزمن درمان هیجان‌مدار تاثیر بیشتری دارند.

واژه‌های کلیدی

ابرار هیجان، ادراک درد، درد مزمن، ذهن‌آگاهی، خودکارآمدی، عضلانی-اسکلتی، هیجان‌محور.

^۱ دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
^۲ استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.
^۳ استادیار، گروه روانشناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

نویسنده مسئول:

افشین صلاحیان

رایانامه:

salahianafshin@pnu.ac.ir

استناد به این مقاله:

سوری، سارا، صلاحیان، افشین و نصرالهی، بیتا، (۱۴۰۴). اثربخشی درمان هیجان‌محور و درمان ذهن‌آگاهی در بهبود خودکارآمدی، تعارض در ابراز هیجان و ادراک درد در بیماران مبتلا به درد مزمن عضلانی اسکلتی. نشریه علمی روان‌شناسی سلامت، ۱۴(۱)، ۱۲۹-۱۴۸.

<https://hpj.journals.pnu.ac.ir/>

مقدمه

اختلالات عضلانی اسکلتی به آسیب بافتی در نظام عضلانی-اسکلتی اطلاق می‌شود که سبب اختلال در عملکرد می‌شود. مشخصه بارز این اختلال درد در نقاط مختلف بدن مثل مفاصل زانو، مفصل ران آرنج، مچ، شانه، گردن و نیز ضایعات در آن نواحی و اندام‌ها می‌باشد (مائدا و هایاکاوا^۱، ۲۰۱۸). حرکات روتین و عادات به وضعیت نامناسب همچنین تحریک بیش از حد بر روی یک عضله خاص عامل ایجاد و پیشرفت این بیماری است (بی، لی و کیم^۲، ۲۰۲۲). درد مزمن^۳ و تجربه زندگی با آن، یک تجربه منحصربه‌فرد است که از متغیرهای جسمانی، روانی و اجتماعی متعددی تأثیر می‌پذیرد (پیتر^۴، ۲۰۱۵). در جمعیت عمومی بزرگ‌سال ایرانی در محدوده سنی ۱۸ تا ۶۵ سال شیوع ۶ ماهه درد مزمن مستمر از ۹ درصد در پژوهش‌های اصغری مقدم، کرمی، باقری و رضایی (۱۳۸۱) تا ۱۴ درصد در پژوهش اصغری مقدم (۱۳۸۱) و در جمعیت سالمند ۶۵ تا ۹۰ سال حدود ۶۷ درصد گزارش شده است. یکی از شایعترین دردهای مزمن، دردهای عضلانی-اسکلتی هستند (اکلستون^۵ و همکاران، ۲۰۲۰).

سیستم عضلانی-اسکلتی شامل استخوان‌ها، مفصل‌ها، عضلات، تاندون‌ها، رباط‌ها می‌باشد و عملکرد این اعضاء به شدت به یکدیگر وابسته است. همچنین سلامتی و کارکرد مناسب سیستم عضلانی-اسکلتی با نحوه فعالیت سایر دستگاه‌های بدن ارتباط متقابل دارد و دردهای عضلانی-اسکلتی می‌توانند عملکرد طیف وسیعی از ارگان‌های بدن انسان را تحت تأثیر خود قرار دهند (داس^۶ و همکاران، ۲۰۲۰). بیماران مبتلا به این اختلال با مشکلاتی مانند خستگی، اختلال خواب، مشکلات شناختی مواجه می‌شوند (البربری^۷ و همکاران، ۲۰۲۲). کم تحرکی، استرس روانی بیش از حد، استرس ذهنی بیش از حد و وضعیت بدنی نامناسب و طولانی مدت، همگی می‌توانند باعث کشیدگی عضلانی شوند که مستقیماً بر انتهای عصب تأثیر می‌گذارد و باعث ایجاد درد مزمن می‌شود (سوگوارا، لیما و دیاس^۸، ۲۰۱۸). درد مزمن اسکلتی عضلانی شامل درد موضعی و درد ارجاعی می‌شود (مارتینز-جیمنز^۹ و همکاران، ۲۰۲۲). درد

مزمن اثرات منفی و زیان باری بر عملکرد روان شناختی و جسمانی بیماران دارد. وجود درد مزمن و شدت آن با اضطراب (بهفر و همکاران، ۱۳۹۷) و ناتوانی‌های جسمی در ارتباط است (فورلانتو و گارسز^{۱۰}، ۲۰۰۶). اگر چه درد به عنوان یک حس عمومی، دارای پایه‌های زیستی است، اما از آنجا که درد علاوه بر عوامل بیوشیمیایی از عوامل روانی و اجتماعی نیز تأثیر می‌پذیرد. مدل‌های اخیر درد را به صورت چند بعدی بررسی کرده و بر نقش عوامل روانشناختی در فرآیند ادراک درد تأکید داشته‌اند (طاهری‌زاده، ثمری و آهی، ۱۴۰۰).

امروزه با توجه به ماهیت چند بعدی درد مزمن، رویکرد کنونی در مدیریت درد به طور فزاینده‌ای از رویکرد جسمانی و دارویی فراتر رفته و نقش متغیرهای روانشناختی در مدیریت درد مزمن مورد توجه قرار گرفته است. بر اساس نظریه ملزاک و وال^{۱۱} (۱۹۸۸)، ادراک درد بخشی از فرآیند پیچیده‌ای است که نه تنها تحت تأثیر درون داد حسی است، بلکه تحت تأثیر بر انگیزش و فعالیت سیستم عصبی و تحت تأثیر تجربیات و انتظارات و فعالیت سیستم عصبی نیز هست (داس، کومار و شرما^{۱۲}، ۲۰۱۸). از این‌رو در بیماران مبتلا به درد عوامل روانشناختی بسیاری درگیر می‌باشد، خودکارآمدی درد از جمله متغیرهای روانشناختی درد است که میزان اطمینان فرد به توانایی اش برای حفظ عملکرد علی رغم وجود درد را نشان می‌دهد (صالحی، ۲۰۱۸). خودکارآمدی ظرفیت فرد برای مقابله با درد را افزایش می‌دهد (فیروزی، بشارت و سوری، ۱۳۹۷). خودکارآمدی منفی با شدت درد و ناتوانی حاصل از آن مرتبط می‌باشد (دولین، کاسی، ویلیامز و گیومارا^{۱۳}، ۲۰۲۰) و افزایش خودکارآمدی به کاهش افسردگی در بیماران مبتلا به درد مزمن منجر می‌شود (صالحی و سجادیان، ۱۳۹۶). خودکارآمدی^{۱۴} به عنوان «باور افراد» در توانایی‌های خود برای تولید دستاوردهای معین تعریف می‌شود (بندورا^{۱۵}، ۱۹۹۴؛ به نقل نورالدین و ملتون^{۱۶}، ۲۰۲۱). خودکارآمدی بیشتر از این که تحت تأثیر ویژگی‌های هوش و توان یادگیری باشد تحت تأثیر ویژگی‌های شخصیتی از جمله باور داشتن خود (اعتماد به نفس)، تلاشگر بودن و تسلیم نشدن، واریسی علل عدم موفقیت به هنگام ناکامی (خودسنجی)، آرایش

10 Furlaneto, M. E., & Garcez-Leme

11 Melzack, R., & Wall

12 Das, Kumar & Sharma

13 Devlin, Casey, Williams & Giummarra

14 Self efficacy

15 Bandura

16 Noureldin & Melton

1 Maeda, T., & Hayakawa, T

2 Yi, K. H., Lee, J. H., & Kim, H. J

3Chronic Pain

4 Peters

5 Eccleston

6 Das

7 Elbarbary

8 Sugawara, A. T., Lima, M. D. C., & Dias, C. B

9 Martínez-Jiménez, E. M

هیجانان به احساس درد بیشتری در بیماران منجر می‌شود (سفری‌زاده، بودراج و الاشور^۸، ۲۰۱۷).

میزان احساس و ادراک درد در بیماران دارای درد مزمن علاوه بر جنبه زیستی طبی به جنبه‌های روانشناختی بستگی دارد (لطیفیان و همکاران، ۱۳۹۸). منظور از ادراک بیماری، بازنمایی شناختی سازمان یافته بیمار از بیماری خود می‌باشد (عباسی و همکاران، ۲۰۱۵). ادراک درد^۹ یعنی شکلی که فرد درد را حس می‌کند و نحوه‌ای که آن را تفسیر می‌کند. فاجعه‌آمیز کردن درد، گرایشی مبالغه‌آمیز و منفی نسبت به تجربه‌ی درد واقعی یا پیش‌بینی‌شده، باعث افزایش شدت درد، آشفتگی و ناتوانی در بیماران مبتلا به دردهای مزمن می‌شود (صادقی و مرادی، ۱۳۹۹)؛ بنابراین ادراک درد شامل تجربه‌ای عینی از فرآیندهای بدنی و یک تجربه ذهنی شامل ویژگی‌های انگیزشی عاطفی به‌عنوان نتیجه‌ای از آسیب‌های واقعی یا بالقوه بافتی است (ترک و گاتچل^{۱۰}، ۲۰۱۸). مطالعات مختلفی از رابطه بین ادراک بیماری و تبعیت از درمان حمایت کرده‌اند (راجپورا و نایک^{۱۱}، ۲۰۱۴). متغیرهای روانشناختی از جمله حمایت اجتماعی، خودکارآمدی و راهبردهای مقابله با درد با ادراک شدت درد و فرایند سازگاری با درد ارتباط دارند (خضولو و همکاران، ۱۳۹۸). بهبود خودکارآمدی درد و درک بیماری بخشی از مکانیسم‌های تغییر است که نحوه عملکرد مداخلات برای شرایط درد اسکلتی عضلانی را بهبود می‌بخشد (ژورن، کنگستد، توماسن هارتویگسن و رون^{۱۲}، ۲۰۲۲).

برای کمک به افراد مبتلا به درد مزمن اسکلتی-عضلانی شیوه‌های مداخله‌ای مختلفی وجود دارد، نسل جدیدی از درمان‌ها وجود دارد که در آن به‌جای تغییر شناخت‌ها سعی می‌شود تا ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. یکی از انواع این درمان‌ها که اخیراً در مرکز توجه جدی پژوهشگران قرار گرفته است، درمان هیجان‌محور می‌باشد، درمان هیجان‌محور^{۱۳}، به عنوان جایگزینی برای دو رویکرد عمده درمان بین فردی^{۱۴} و درمان شناختی-رفتاری^{۱۵} در درمان درد مزمن ارائه شده

جدید مقدمات و روش‌های اجتماعی رسیدن به هدف (خودتنظیمی) و تحت کنترل درآوردن تکان‌ها (خودرهبری) قرار دارد (انی^۱ و همکاران، ۲۰۲۱) و شامل ویژگی‌های همچون: نیازها، انگیزه‌ها، نگرش‌ها، تواناییها، معلومات و آگاهی‌هایی است (حسین‌پور، الهی قمشی و محمدی، ۱۳۹۸).

از دیگر مواردی که افراد مبتلا به درد مزمن عضلانی - اسکلتی با آن درگیر می‌باشند، تعارض در ابراز هیجان می‌باشد، فراوانی بروز هیجان‌هایی مانند اضطراب، ناراحتی و عصبانیت می‌تواند درد را در فرد تشدید کند (خجسته مهر، پارس و شیرالی نیا، ۱۳۹۴). ابرازگری هیجانی به نمایش بیرونی هیجان بدون توجه به ارزش (مثبت یا منفی) یا روش (چهره ای، کلامی یا حالت بدنی) اطلاق می‌شود (برسابه زرین بخش، زارع و مهدویان، ۱۳۹۲). افراد توانمند از نظر هیجانی در رویارویی با هر آنچه آزار دهنده است، احساس‌های خود را تشخیص می‌دهند، مفاهیم ضمنی آن را درک می‌کنند و به گونه مؤثرتری حالت‌های هیجانی خود را برای دیگران بیان می‌کنند (ولد، والراون و ورث^۲، ۲۰۱۲) تعارض در ابرازگری هیجانی دارای طیف وسیعی است که از تمایل به ابراز ولی ناتوانی در ابراز، ابراز کردن بدون تمایل واقعی تا ابراز هیجان و بعد پشیمان شدن را شامل می‌شود (برونو، لوتواکا و آگین^۳، ۲۰۰۹). هلدن^۴ و همکاران (۲۰۱۴) نشان دادند که ابراز هیجان از جمله مهمترین عوامل موثر بر کنترل درد است. فرآیندهای کنترل و ابراز هیجان نقش اساسی در سلامت روانشناختی افراد ایفا می‌کنند و یکی از عوامل زمینه ساز آسیب شناسی روانی و بیماری‌های جسمانی مطرح می‌باشند (مک‌لئود و گرافتون^۵، ۲۰۱۶). سرکوب هیجانان و عدم ابراز آنها، باعث افزایش برانگیختگی فیزیولوژیکی و ایجاد علائم جسمانی مانند درد مداوم، ضعف و علائم غیرقابل توجه پزشکی در افراد مبتلا به درد مزمن عضلانی اسکلتی می‌شود و هیجانان منفی در صورتی منجر به افزایش درد در افراد می‌گردند که فرد نتواند آنها را ابراز نماید (چن^۶ و همکاران، ۲۰۲۰). ون میدندورپ^۷ و همکاران (۲۰۰۸) نشان دادند که راهبردهای اجتناب هیجانی با پریشانی هیجانی و بطور متوسطی با درد و خستگی در بیماران مبتلا به درد عضلانی-اسکلتی ارتباط دارد و تجربه شدید

8 Saffarizadeh, Boodraj, M & Alashoor

9 Pain Perception

10 Turk & Gatchel,

11 Rajpura & Nayak

12 Joern, L., Kongsted, A., Thomassen, L., Hartvigsen, J., & Ravn

13 Emotion-Focused Therapy (EFT)

14 interpersonal therapy (IPT)

15 cognitive behavioral therapy (CBT)

1 Ene

2 Veld, Walraven & Weerth

3 Bruno, Lutwaka, Agina

4 Holden

5 MacLeod, & Grafton,

6 Chen

7 van Middendorp

درمان اکثر اختلالات روانشناختی برخوردار است، بلکه نسبت به دیگر انواع روان درمانی کوتاه مدت‌تر است (یج و همکاران، ۲۰۱۹). ذهن‌آگاهی^{۱۰}، روشی مدرن برای فرار از خیالات و قرار گرفتن در زمان حال است و شکلی متفاوت از نگاه به زمان حال و حضور دائم در حال را برای افراد به ارمان می‌آورد (پاپنیوز، لومن، گرینبرگ^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۱). در تمرین ذهن‌آگاهی، لحظه به لحظه فرد تلاش می‌کند تا نسبت به الگوهای افکار، عواطف و تعامل با دیگران بینش و بصیرت پیدا کند و بتواند بصورت ماهرانه پاسخ‌های هدفمند و مفید را انتخاب کند به جای آنکه بطور خودکار به روش‌های خو گرفته و ناهشیار واکنش نشان دهد (عسگری‌نژاد و حبیبی عسگرآباد، ۱۴۰۰). نتایج بررسی‌ها نشان می‌دهد درمان ذهن‌آگاهی بر خودکارآمدی (عباسلو و ابولقاسمی، ۱۳۹۹)؛ ابراز هیجان (کبیری نسب و عبدالله زاده، ۱۳۹۵)؛ ادراک کاهش درد (سبحانی و همکاران، ۱۳۹۸)، خودکارآمدی و ادراک درد (پاک نهاد و صفاری‌نیا، ۱۴۰۲) و درماندگی روانشناختی، پذیرش و شدت درد و خودبیمارانگاری و اضطراب درد (سرافراز و همکاران، ۱۴۰۰) و خودکارآمدی (پتروویچ و همکاران^{۱۲}، ۲۰۲۴) و بهبود درد و بهزیستی بیماران مبتلا به درد مزمن تاثیر دارد (اسمیت و همکاران^{۱۳}، ۲۰۲۴).

تاثیر دارد. تاثیر این دو روش درمان در تحقیقات مختلف ثابت شده است، از این‌رو با توجه به مشکلات روانشناختی که افراد مبتلا به درد مزمن عضلانی-اسکلتی تجربه می‌کنند و در این راستا پژوهش حاضر به مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌محور و درمان ذهن‌آگاهی در بهبود خودکارآمدی، تعارض در ابراز هیجان و ادراک درد در بیماران مبتلا به درد مزمن عضلانی اسکلتی پرداخته است.

روش‌شناسی پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش از نوع پژوهش‌های نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل است. به همین منظور یک گروه از بیماران مبتلا به درد مزمن عضلانی اسکلتی تحت درمان هیجان‌محور و گروه دیگر تحت درمان ذهن‌آگاهی قرار گرفتند و گروه سوم نیز به‌عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شدند. جامعه آماری شامل تمامی بیماران مبتلا

است (الیوت و گرینبرگ^۱، ۲۰۰۷). آگاهی هیجانی می‌تواند بر کنترل درد مزمن تاثیر دارد (یارنس و همکاران^۲، ۲۰۲۴). درمان هیجان‌محور سیستم رفتاری، انگیزشی، شناختی و هیجانی را در درمان بسیار بااهمیت می‌داند و پردازش هیجانی را هدف اصلی درمان خود قرار داده و می‌تواند به یکپارچه‌سازی در درمان بپردازد (الیوت و گرینبرگ^۳، ۲۰۱۶). در درمان هیجان‌محور تمرکز درمانگر نه تنها به آگاهی درآوردن محتوای ذهنی است که از جانب درمانجو مورد انکار^۴ یا تحریف^۵ قرار گرفته است که ایجاد معنی تازه متأثر از تجربه بدنی درمانجو را نیز در نظر دارد (شیخی تلیابی، ۱۳۹۶). از منظر رویکرد هیجان‌محور، انسان‌ها به عنوان سیستم‌های پویایی عمل میکنند که فرایندهای دیالکتیکی بسیاری را در سطوح مختلف، سطح عصب‌شیمیایی^۶ تا سطوح آگاهانه و مفهومی، یکپارچه میکنند و این یکپارچه‌سازی^۷، پیوند جدایی ناپذیر عاطفه و شناخت را به بار می‌آورد. بنابراین افراد دایما با ترکیب و مدیریت بر ترکیب اطلاعات بیولوژیکی و یادگیری‌های فرهنگی که به ظاهر متضاد هستند، با کارآمدی بیشتری زندگی میکنند (مونل^۸ و همکاران، ۲۰۱۸). نتایج بررسی‌ها نشان می‌دهد درمان هیجان‌مدار بر تاب‌آوری، خودکارآمدی و مقابله با مشکلات در زنان مبتلا به دیابت (پاینده و برجعلی، ۱۳۹۷)، بهبود ابراز گری هیجانی و کنش‌وری (بجستانی و همکاران، ۱۳۹۷) و آگاهی از افکار، رفتار، هیجانات و احساسات تاثیر دارد (ترابی و اعراب شیبانی، ۱۳۹۵). همچنین نشان داد درمان هیجان‌مدار بر خودکارآمدی و رشد پس از آسیب (ترابی و همکاران، ۲۰۲۴)؛ ابراز هیجان (اسمری برده‌زردو همکاران، ۱۴۰۰)؛ ادراک درد (قدسی، ۱۴۰۰) تاثیر دارد.

درمان هیجان‌مدار می‌توان به عنوان یک درمان موثر در انواع علائم بیماران مبتلا به درد مزمن کاربرد داشته باشد، ولی باید توجه داشت که درمان‌های روانشناختی دیگری نیز هستند که می‌توانند در مقام مقایسه با درمان هیجان‌مدار استفاده کرد که از آن جمله می‌توان به درمان ذهن‌آگاهی اشاره کرد. درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی^۹ (MBCT) یکی از انواع روان درمانی است که شواهد پژوهشی نشان داده که نه تنها از کارایی بالایی برای

1 Elliott, R., & Greenberg

2- Yarns et al

3 Elliott, R., & Greenberg, L. S.

4 deny

5 distort

6 neurochemical

7 integration

8 Monell

9 Mindfulness- Based Cognitive Therapy (MBCT)

10 mindfulness

11 Papenfuss, Lommen, Grillon

12- Petrovic et al

13 Smith et al

برای جمع آوری داده‌ها ابتدا گروه‌ها انتخاب و به روشی که اشاره شد گروه بندی شدند و زمان و مکان جلسات هماهنگ شد و پیش آزمون اجرا شد. در ادامه گروه آزمایش اول ده جلسه مداخله مبتنی بر درمان هیجان‌مدار دریافت کردند و گروه آزمایش هشت جلسه مبتنی بر درمان ذهن‌آگاهی دریافت کردند و در این مدت گروه کنترل برنامه عادی روزانه خود را سپری کردند و هیچگونه درمان روانشناختی-روانپزشکی دریافت نکردند. پس از اتمام جلسات مداخله از هر سه گروه پس آزمون اجرا شد و نتایج بدست آمده یا استفاده از نرم افزار آماری SPSS و با بهره گیری از آزمون کوواریانس تحلیل شدند.

به درد مزمن عضلانی-اسکلتی شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بوده‌اند. روش نمونه گیری بصورت دردسترس بود و با استفاده از این روش تعداد ۶۰ نفر انتخاب شدند و به صورت تصادفی به سه گروه ۲۰ نفره شامل دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل تقسیم شدند.

ملاک ورود: داشتن رضایت آگاهانه، تعهد به قوانین گروهی و شرکت در تمامی جلسات، داشتن حداقل سن ۲۵ و حداکثر ۷۰ سال، تشخیص بیماری درد مزمن عضلانی اسکلتی توسط پزشک متخصص، عدم دریافت درمان دارویی یا روان‌شناختی همزمان، عدم ابتلا به اختلال‌های روانشناختی.

ملاک خروج: غیبت بیش از ۲ جلسه، منبع پزشک متخصص، خروج خود خواسته، تشدید نشانه‌های بیماری، عدم رعایت قوانین و عدم تعهد به درمان، تشخیص اختلالات روانپزشکی یا سوء مصرف دارو یا مواد موثر بر سیستم اعصاب مرکزی.

پروتکل درمان هیجان‌محور در ده جلسه ۹۰ دقیقه	
جلسه اول	آشنایی با یکدیگر و قوانین گروهی و اجرای پیش آزمون
جلسه دوم	شناسایی و معرفی تمرینات و هیجانات پایه در افراد گروه
جلسه سوم	آشنایی با هیجانات اولیه، ثانویه و ابزاری
جلسه چهارم	توضیح دادن چرخه تجربه و کار بر روی وقفه‌های تجربه ای
جلسه پنجم	توضیح نقش زبان در ابراز و یابازداری هیجانی و معرفی فن تاکشایی خاطره انگیز (یا بازنمایی تجربه ای)
جلسه ششم	کار با تروما
جلسه هفتم	کوچینگ هیجانی افراد در اینجا و اکنون جلسه
جلسه هشتم	بازنمایی احساسات باقیمانده و فراخوانی آنها از طریق سایر فنون بیانگر
جلسه نهم	تقویت پردازشهای هیجانی و بدنی و جلوگیری از شناختی کردن روایتها
جلسه دهم	کمک به معناسازی و کشف عاملیت افراد در تجارب هیجانی جدید

پروتکل درمان ذهن‌آگاهی در هشت جلسه ۹۰ دقیقه (کابات زین، ۲۰۰۳)	
جلسه اول	معارفه و تنظیم خط مشی کلی جلسات، اجرای پیش آزمون و تمرین ابتدایی خوردن کشکمش، تنفس آگاهانه و واری بدن و تکلیف خانگی تنفس آگاهانه و واری بدن به کمک فایل صوتی.
جلسه دوم	تمرین واری بدن، تمرین مراقبه نشسته، توجه به تفسیر ذهنی به عنوان شروع مسئولیت شخصی برای افکار و احساسات و تکلیف خانگی تمرین آگاهی از وقایع خوشایند و فعالیت‌های معمول روزانه زندگی
جلسه سوم	تمرین دیدن و شنیدن آگاهانه، بحث پیرامون بودن در لحظه حال و مشاهده و توجه به افکار تنها به عنوان افکار و نه به عنوان حقایق یا حوادث و تکلیف خانگی واری بدن، نشستن آگاهانه با تمرکز بر تنفس، آگاهی از رویدادهای ناخوشایند و آگاهی از فعالیت‌های معمول متفاوت
جلسه چهارم	انجام مراقبه نشسته با تاکید بر ادراک احساس بدن (به عنوان تفسیر احساسات و افکار مخالف)، معرفی پیاده روی آگاهانه و تکلیف خانگی واری بدن، نشستن آگاهانه و طولانی، راه رفتن آگاهانه و به آگاهی آوردن واکنش‌ها در مقابل استرس و اضطراب.
جلسه پنجم	صحبت در خصوص گذاردن نیمی از دوره آموزشی و بیان تجربیات، اثرات تعهد به انجام تکالیف خانگی، نشستن آگاهانه و گسترش آگاهی از افکار، بحث درباره نقش ذهن‌آگاهی در پاسخ به استرس در زندگی روزمره و تکلیف خانگی واری بدن، راه رفتن، نشستن و تنفس آگاهانه و هم چنین تمرین در خصوص آگاهی از تمایز بین واکنش روزمره (بدون انتخاب آگاهانه) و پاسخ (انتخاب آگاهانه) در ارتباط با دیگران.
جلسه ششم	مراقبه نشستن طولانی مدت، آگاهی از تنفس، اصوات و سپس افکار، تمرین بازنگری تکلیف خانگی، بحث پیرامون آماده شدن برای اتمام دوره و تکلیف خانگی شناسایی و آگاهی از احساسات و نام گذاری آن‌ها در طول هفته
جلسه هفتم	مراقبه نشستن، آگاهی از تنفس، بدن، صداها و سپس افکار و بازنگری تمرین‌ها و تکالیف خانگی، تمرین مشاهده ارتباط بین فعالیت و خلق و تکالیف خانگی بر اساس تمرینات قبلی.
جلسه هشتم	بازنگری بدن، مراقبه نشسته، بحث و بررسی کوتاه در خصوص موانع موجود در به کارگیری روش‌ها، علت یابی و رفع آن برای انجام مستمر تمرینات، بازنگری مطالب گذشته و در نهایت جمع بندی و اجرای پس آزمون.

و شناختی بیماری طراحی شده است. (IPQ-R) فرم تجدیدنظر شده پرسشنامه ادراک بیماری در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از (۱ = شدیداً مخالف و ۵ = شدیداً موافقی) پاسخ داده می‌شود. بررسی همسانی درونی خرده مقیاس نشان داد که همسانی درونی خرده مقیاس‌ها بین ۰/۲۳ (اسناد شانس و تصادف) تا ۰/۸۹ سیر بیماری، حاد (مزمین) قرار دارد. پایایی باز آزمایی خرده مقیاس بعد از سه هفته بین ۰/۴۶ (کنترل شخصی) تا ۰/۸۸ (اسناد عامل خطر) و بعد از شش ماه بین ۰/۳۵ (پیامدها) تا ۰/۸۱ (ابرازات هیجانی) قرار داشت. به علاوه روایی همگرا و واگرایی مقیاس نیز مورد تأیید قرار گرفت (سرارودی ۶ و همکاران، ۲۰۱۰). ضریب پایایی این پرسشنامه به روش باز آزمایی برای هر یک از خرده مقیاس‌ها از $r = 0.48$ تا $r = 0.70$ بود (موس موریس و همکاران، ۲۰۰۲). باقریان و همکاران نسخه فارسی این مقیاس را تهیه نموده‌اند. آلفای کرونباخ نسخه R، ۰/۷۱ است. به‌طور کلی استخراج‌شده از ارزیابی نسخه فارسی این مقیاس بیانگر اعتبار خوب و رضایت‌بخش آن بوده است

یافته‌ها

تحلیل داده‌ها نشان داد در گروه با درمان هیجان‌مدار ۶۰ درصد زن و ۴۰ درصد مرد بودند و در گروه ذهن‌آگاهی و کنترل ۵۰ درصد گروه مرد و ۵۰ درصد زن بودند که از بین این افراد بیشتر گروه سنی مربوط به ۳۶-۴۵ و ۵۶-۶۵ سال و کمترین گروه سنی مربوط به افراد بالای ۶۶ سال بودند.

برای بررسی فرضیه‌های پژوهش از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. نتایج آزمون کلموگراف-اسمیرنوف نشان داد سطح معناداری برای هیچ کدام از متغیرها معنادار نمی‌باشد ($p < 0.05$)، بر این اساس پیش فرض توزیع نرمال داده‌ها به درستی رعایت شده است و استفاده از آزمون‌های پارامتریک بلامانع می‌باشد. نتیجه‌ی آزمون باکس جهت بررسی مفروضه‌ی همگنی ماتریس واریانس‌ها حاکی از سطح معناداری بزرگتر از ۰/۰۵؛ و تأیید مفروضه‌ی همگنی ماتریس واریانس‌ها بود. نتیجه‌ی آزمون لوین جهت بررسی مفروضه‌ی همگنی واریانس‌های خطا نیز حاکی از تأیید مفروضه‌ی همگنی واریانس‌های خطا بود.

داده‌های پژوهش حاضر با استفاده از پرسشنامه جمع آوری شده است که در ادامه مشخصات ابزارها گزارش شده است. پرسشنامه خودکارآمدی مربوط به درد: این پرسشنامه ده سؤال بر اساس نظریه بندورا در انجام فعالیت‌های گوناگون علی رغم وجود درد توسط نیکولاس (۲۰۰۷) ساخته شده است و کارآمدی و بسندگی فرد در زندگی با درد را ارزیابی می‌کند. پاسخگویی به این پرسشنامه در مقیاس لیکرت ۱ تا ۶ درجه‌ای بوده و نمرات آن از ۱ تا ۶۰ است. نمره بالاتر بیانگر باور قدرتمندتر در انجام فعالیت‌های روزمره علی رغم وجود درد است. برای بررسی اعتبار پرسشنامه، اصغری مقدم و همکاران (۲۰۰۴) ضریب بازآزمایی پرسشنامه را با فاصله زمانی ۹ روز مناسب گزارش نمودند، ضریب آزمون را با استفاده از روش‌های آلفای کرونباخ، روش تنصیف و روش بازآزمایی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۸ و ۰/۷۷ به دست آوردند که بیانگر پایایی مطلوب و رضایت بخش آزمون است. جولائی‌ها (۲۰۰۶) در پژوهش خود آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۹۲ به دست آورد.

پرسشنامه تعارض در ابراز گری هیجان ۲: این پرسشنامه دارای ۲۸ عبارت می‌باشد و کینگ و امونز (۱۹۹۰) با آزمون تحلیل عاملی اکتشافی نشان دادند ساختار دو عاملی برای پرسشنامه دوسوگرایی در ابراز هیجان بود که شامل دوسوگرایی در ابراز هیجانهای مثبت (همانند عشق و محبت) و دوسوگرایی در ابراز هیجانهای مرتبط با حق به جانب بودن ۳ (هیجان‌هایی مانند خشم و حسادت). علوی و همکاران (۱۳۹۶) پرسشنامه دوسوگرایی در ابراز هیجان، همسانی درونی بالا (آلفای کرونباخ ۰/۸۹ برای کل پرسشنامه، ۰/۸۷ برای خرده مقیاس دوسوگرایی در ابراز هیجانهای مثبت و ۰/۷۷ برای خرده مقیاس دوسوگرایی در ابراز هیجانهای مرتبط با حق به جانب بودن) و پایایی بازآزمایی مناسبی (۰/۷۸ بعد از ۶ هفته) را نشان داد. همچنین اعتبار همگرایی این پرسشنامه از طریق همبستگی مثبت معنادار با پرسشنامه‌ی دوسوگرایی شدید رالین (۱۹۸۴) و پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۷۴) تأیید شد.

پرسشنامه ادراک بیماری ۴ (IPQ): پرسشنامه ادراک بیماری (IPQ) توسط برادبنت ۵ و همکاران (۲۰۰۶) تهیه شده است. این ابزار یک پرسشنامه ۹ سؤال است که برای ارزیابی تجسم عاطفی

1 - Pain Self-efficacy Questionnaire

2 Ambivalence over Emotional Expression Questionnaire

3 Ambivalence over emotions of entitlement

4 illness perception questionnaire

5 Broadbent

جدول ۱. نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر بر میانگین نمرات متغیرهای پژوهش

متغیرها	نام آزمون	مقدار	F	Df1	Df2	sig	اندازه اثر
خودکارآمدی درد*گروه	لامبدا ویلکز	۰,۳۶	۱۸,۴۹	۴	۱۱۲	۰,۰۰۰	۰,۴۰
ابراز هیجان*گروه	لامبدا ویلکز	۰,۱۵	۴۳,۴۲	۴	۱۱۲	۰,۰۰۰	۰,۶۱
ادراک درد*گروه	لامبدا ویلکز	۰,۲۸	۲۵,۰۴	۴	۱۱۲	۰,۰۰۰	۰,۴۷

وابسته و عضویت گروهی است) نشان می‌دهد که تفاوت بین سه گروه با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنی دار است و میزان این تفاوت با توجه به آزمون لامبدا ویلکز برای خودکارآمدی درد ۰,۴۲ درصد، ابراز هیجان ۰,۶۱ درصد و ادراک درد ۰,۴۷ درصد از واریانس‌های بدست آمده ناشی از تاثیر متغیر مستقل (درمان ذهن‌آگاهی و هیجان مدار) بوده است.

جدول شماره ۱ نتایج آزمون معناداری تحلیل کوواریانس را بر نمرات خودکارآمدی درد، ابراز هیجان و ادراک درد در گروه دو آزمایش و کنترل را نشان می‌دهد. نتایج نشان می‌دهد که بین بیماران مبتلا به درد اسکلتی-عضلانی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل از نظر یکی از متغیرها تفاوت معناداری وجود دارند. مجذور اتا (که در واقع مجذور ضریب همبستگی بین متغیرهای

جدول ۲. نتایج آزمون‌های کرویین ماخلی نمرات متغیرهای پژوهش

	Sig	df	Approx. Chi-Square	Mauchly's W
خودکارآمدی درد*گروه	۰,۹۷	۲	۱,۷۷	
ابراز هیجان*گروه	۰,۶۲	۲	۲۶,۴۹	
ادراک درد*گروه	۰,۷۲	۲	۱۸,۵۲	

جدول ۳. نتایج آزمون اثرات درون گروهی برای نمرات متغیرهای پژوهش

متغیرها	شاخص‌های آماری	SS	df	MS	F	sig	مجذور اتا
خودکارآمدی درد*گروه	Huynh-Feldt	۳۲۴,۸۹	۴	۸۱,۲۲	۲۷,۴۳	۰,۰۰۰	۰,۴۹
ابراز هیجان*گروه	Sphericity Assumed	۴۶۶۵,۳۷	۴	۱۱۶۶,۳۴	۷۶,۷۱	۰,۰۰۰	۰,۷۳
ادراک درد*گروه	Sphericity Assumed	۸۲۳,۳۳	۴	۲۰۵,۸۳	۳۹,۶۴	۰,۰۰۰	۰,۵۸

جدول شماره ۳ مشاهده می‌شود جدول زیر آزمون‌های اثرات درون آزمودنی‌ها را نشان می‌دهد. با توجه به نتایج آزمون کرویین ماخلی، اثر تعاملی متغیرها مشاهده می‌شود و اندازه اثر برای خودکارآمدی درد ۰,۳۴۹ درصد، ابراز هیجان ۰,۷۳ درصد و ادراک درد ۰,۵۸ درصد بدست آمده است.

نتایج جدول (۲) نشان دهنده نتایج آزمون کروویت ماخلی را می‌باشد. آزمون کروویت ماخلی این فرض صفر را آزمون می‌کند که ماتریس کوواریانس خطای مربوط به متغیرهای وابسته تبدیل شده نرمال یک ماتریس همانی است، نتایج آزمون در صورت تایید از آزمون اسپریکتی-اسموند و در صورت عدم تایید تا از سه آزمون دیگر گرینه‌هاوس گیسر، هیون-فلت یا حد پایین استفاده می‌شود که این آزمون‌ها درجه آزادی تصحیح می‌نمایند و معروف‌ترین و متداول‌ترین این آزمون هیون-فلت می‌باشد.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر اثربخشی مداخله دو روش مداخله بر متغیرهای پژوهش

شاخص‌های آماری	SS	df	MS	F	sig	مجذور اتا
خودکارآمدی درد*گروه	۴۲,۴۱	۲	۲۱,۰۲۱	۱۴,۹۲	۰,۰۰۰	۰,۳۴
ابراز هیجان*گروه	۸۵۷۳۲,۷۰	۲	۴۲۸۶,۸۵	۱۴۰,۰۹	۰,۰۰۰	۰,۸۳
ادراک درد*گروه	۱۸۰۶,۲۳	۲	۹۰۳,۱۲	۶۳,۱۹	۰,۰۰۰	۰,۶۹

جدول ۵. نتایج آزمون شفه جهت تعیین تفاوت اثر بخشی مداخله دو روش مداخله بر متغیرهای پژوهش

گروه ها	شاخص‌های آماری	MD	SE	sig
بهبود خودکارآمدی	درمان هیجان‌مدار	ذهن‌آگاهی	۰,۰۵	۰,۶۸
	ذهن‌آگاهی	کنترل	۳,۲۶	۰,۰۰
		هیجان‌مدار	-۰,۰۵	۰,۶۸
	کنترل	کنترل	۳,۲۲	۰,۰۰
		هیجان‌مدار	-۳,۲۶	۰,۰۰
	کنترل	ذهن‌آگاهی	-۳,۲۱	۰,۰۰
ابراز هیجان	درمان هیجان‌مدار	ذهن‌آگاهی	۴,۸۵	۱,۰۰۹
	ذهن‌آگاهی	کنترل	۱۶,۴۵	۱,۰۰۹
		هیجان‌مدار	-۴,۸۵	۱,۰۰۹
	کنترل	کنترل	۱۱,۶۰	۱,۰۰۹
		هیجان‌مدار	-۱۶,۴۵	۱,۰۰۹
	کنترل	ذهن‌آگاهی	-۱۱,۶۰	۱,۰۰۹
ادراک درد	درمان هیجان‌مدار	ذهن‌آگاهی	۱,۷۳	۰,۶۹
	ذهن‌آگاهی	کنترل	۷,۴۱	۰,۶۹
		هیجان‌مدار	-۱,۷۳	۰,۶۹
	کنترل	کنترل	۵,۶۸	۰,۶۹
		هیجان‌مدار	-۷,۴۱	۰,۶۹
	کنترل	ذهن‌آگاهی	-۵,۶۸	۰,۶۹

نتیجه‌گیری و بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌محور و درمان ذهن‌آگاهی در بهبود خودکارآمدی، تعارض در ابراز هیجان و ادراک‌درد در بیماران مبتلا به درد مزمن عضلانی اسکلتی انجام شد که نتایج بدست آمده نشان داد درمان هیجان‌محور بر بهبود خودکارآمدی درد در بیماران مبتلا به درد مزمن عضلانی-اسکلتی تاثیر معناداری داشته است ($p < 0.05$) بر این اساس می‌توان گفت مداخله مبتنی بر ذهن‌آگاهی موجب افزایش معنادار میانگین خودکارآمدی درد در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است. نتایج بدست آمده با این پژوهش همسو با نتایج تحقیقات معتکف فر و همکاران (۱۴۰۱)؛ رئیسی، کهرآزئی ثناگوی محرر (۱۳۹۹)؛ داودی و همکاران (۱۳۹۸)؛ فره‌زاد بروجنی و همکاران (۱۴۰۰)؛ شفیع، امینی فسخودی (۱۳۹۶)؛ عزیزی و محمدی (۱۳۹۶)؛ چان، یو و لی (۲۰۲۱)؛ پاردوس-گاسکون و همکاران (۲۰۲۱) و دی و تورن، (۲۰۱۶) می‌باشد.

درد مزمن از رایج‌ترین و پرهزینه‌ترین مشکلات طبی می‌باشد که زندگی مبتلایان را در تمامی ابعاد زیستی، روانشناختی، اجتماعی و سایر زمینه‌ها تحت تاثیر خود قرار می‌دهد. باید توجه داشت درد یک تجربه ادراکی پیچیده است که عوامل روانشناختی گوناگون

همانطور که در جدول شماره ۴ مشاهده می‌شود نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان می‌دهد بین سه گروه آزمایش و کنترل در نمرات خودکارآمدی درد ($F=14.92$)، ابراز هیجان ($F=140.09$) و ادراک‌درد ($F=63.19$) در پس آزمون و پی‌گیری تاثیر معناداری دارد ($P < 0.005$) و مجذور اتا نشان می‌دهد ۰,۳۴ درصد خودکارآمدی، ۰,۸۳ درصد ابراز هیجان و ۰,۶۹ درصد از ادراک‌درد در بیماران مبتلا به دردهای اسکلتی-عضلانی ناشی از اعمال متغیر مستقل (درمان هیجان‌مدار و ذهن‌آگاهی) می‌باشد.

همانطور که در جدول شماره ۵ مشاهده می‌شود نتایج آزمون شفه نشان می‌دهد بین دو گروه آزمایش با گروه کنترل در نمرات خودکارآمدی درد از نظر آماری تفاوت معناداری وجود ندارد ($p > 0.05$) و به عبارتی تاثیر دو روش تقریباً یکسان بوده است؛ اما تاثیر درمان در متغیر ابراز هیجان از نظر آماری تفاوت معناداری داشته است ($p < 0.05$) به عبارتی می‌توان گفت درمان هیجان‌مدار تاثیر بیشتری نسبت به درمان ذهن‌آگاهی داشته است. همچنین نتایج آزمون شفه نشان داد تاثیر درمان هیجان‌مدار بر ادراک‌درد بیماران از نظر آماری تفاوت معناداری داشته است ($p < 0.05$) به عبارتی تاثیر درمان هیجان‌مدار بر متغیر ادراک‌درد نسبت به درمان ذهن‌آگاهی بیشتر بوده است.

افراد با درد در کنار درمان اصلی، درمان‌های مکمل مانند شناختی، هیجانی و رفتاری نیز انجام شود که علاوه بر تأثیری که بر ادراک درد دارد می‌تواند در راستای بهبود متغیرهای روانشناختی مانند ابراز هیجان نیز کمک کننده باشد. افراد مبتلا به درد مزمن با توجه به تجربه درد در موقعیت‌های اجتماعی و فردی، به مرور مشکلاتی را در ابراز هیجان پیدا می‌کنند و این امر به تبع تناقض و احساسات منفی ناشی از درد بروز می‌کند. داشتن تعارض در ابراز هیجان در کنار اضطراب می‌توند متقابلاً بر شدت درد نیز بیافزاید و موجب بروز نشانه‌های اضطراب درد شود و به عبارتی افراد همیشه در اضطراب و نگرانی شروع درد باشند و این عامل موجب بروز مشکلات هیجانی و تعارض در ابراز هیجان گردد. درمان متمرکز بر هیجان با اجرا تکنیک‌های خاص خود و تأثیر عوامل هیجانی و رفتاری بر نشانه‌های درد و هیجانات و احساساتشان، از طریق فرآیندهای شناختی، فیزیولوژیکی و انگیزشی موجب تغییرات بنیادین روانی در این افراد می‌شود. به مرور و با تغییر دیدگاه‌ها و فرایندهای شناختی و تمرینات متناوب افراد مهارت‌های ذهنی و فردی در راستای مدیریت درد و هیجانات خود دست پیدا می‌کنند و این امر به تبع بر هیجانات و کنترل هیجاناتشان تأثیر می‌گذارد که به مرور موجب بهبود فرایندهای ابراز هیجان و کاهش تعارضات هیجانی در این افراد می‌شود.

نتایج نشان داد درمان هیجان‌محور در بهبود ادراک درد در بیماران مبتلا به درد مزمن عضلانی-اسکلتی تأثیر معناداری داشته است ($p < 0.05$) بنابراین مداخله مبتنی بر ذهن‌آگاهی موجب افزایش معنادار میانگین نمرات ادراک درد در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است.

نتایج بدست آمده این پژوهش همسو با نتایج تحقیقات معتکف فر و همکاران (۱۴۰۱)؛ آرین نژاد و همکاران، (۱۴۰۲)؛ داودی و همکاران (۱۳۹۸)؛ مهدی‌زاده و همکاران (۱۳۹۷)؛ بیات (۱۳۹۷)؛ شفیع، امینی فسخودی (۱۳۹۶)؛ عزیزی و محمدی (۱۳۹۶)؛ ترابی و اعراب شیبانی (۱۳۹۵)؛ چان، یو و و لی (۲۰۲۱)؛ پاردوس-گاسکون و همکاران (۲۰۲۱) و دی و تورن (۲۰۱۶) می‌باشد.

درد مزمن به عنوان یکی از ناتوان کننده‌ترین و منفی‌ترین تجربیات افراد می‌باشد که موجب بروز احساس منفی و نشانه‌های ممتد درد در این افراد می‌شود. درد فرایندی فیزیولوژیک و روانی می‌باشد که با تأثیر فرایندهای فیزیولوژی و عصب رسانه‌ها به درد حسی برای فرد تبدیل می‌شود. باید توجه داشت که درد می‌تواند به شیوه‌ای کاملاً احساسی و روانی و بدون دخالت عوامل فیزیولوژی ایجاد شود و در نقطه مقابل، درد می‌تواند به شیوه روانی نیز کاهش

مانند هیجان، بافت اجتماعی، محیط، ادراک فردی از درد و عقاید و باورهای افراد تحت تأثیر آن قرار می‌گیرد. بروز درد مزمن در افراد موجب مشکلاتی در زمینه‌های عملکردی می‌شود و باورها و دیدگاه منفی افراد نسبت به خود را در این افراد تقویت می‌کند و فرد به نوعی به احساس ناکارآمدی می‌رسد و به نوعی خودکارآمد پنداری در این افراد تحت تأثیر درد افت می‌کند. خودکارآمدی اشاره به قضاوت افراد در زمینه توانایی هایشان برای ساماندهی و اجرای فعالیت‌ها روزمره و برنامه ریزی برای انجام فعالیت‌ها می‌باشد. درد مزمن و محدودیت‌های ناشی از درد موجب تغییر دیدگاه و باورهای فرد می‌شود. هیجانات و احساسات این افراد از جمله زمینه‌های مهم تأثیر گذار در این زمینه می‌باشد. مداخله مبتنی بر هیجان با کاهش سطوح مختلف محدودیت‌های فیزیکی و اجتماعی در بیماران و اصلاح ساختارهای معیوب و کاهش احساس درد زمینه‌بازایی توان روانی افراد برای بهبود احساس فرد نسبت به توانایی هایش را فراهم می‌سازد. درمان هیجان‌مدار یک شیوه درمانی ساختار یافته است که مبنای فلسفی دارد و با تکنیک‌های تجربی تأثیر قابل قبولی در کاهش علام درد دارد. در این شیوه افراد یاد می‌گیرند آگاهی هیجانی خود را بالا ببرند و هیجانات خودشان را پردازش کنند و در مقابل با پذیرش هیجانات خود و اصلاح ترس و اضطراب موجب اصلاح روند معیوب هیجانی شوند از طرفی مقابله با فاجعه سازی درد و اجتناب از احساسات و هیجانات منفی و جایگزینی با هیجانات مثبت و سازش یافته و برنامه ریزی مجدد به اراده فعالیت‌های روزمره بپردازند و با توجه به تأثیر متقابل افکار و احساس و رفتار به مرور زمان روند بهبود احساس خودکارآمدی درد در فرد دارای درد مزمن ظاهر می‌شود.

در یافته‌ای دیگر نتایج نشان داد درمان هیجان‌محور در بهبود ابراز هیجان در بیماران مبتلا به درد مزمن عضلانی-اسکلتی تأثیر معناداری داشته است ($p < 0.05$) بنابراین مداخله مبتنی بر ذهن‌آگاهی موجب افزایش میانگین نمرات ابراز هیجان در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است.

نتایج بدست آمده همسو با نتایج تحقیقات معتکف فر و همکاران (۱۴۰۱)؛ آرین نژاد و همکاران، (۱۴۰۲)؛ داودی و همکاران (۱۳۹۸)؛ عزیزی و محمدی (۱۳۹۶)؛ ترابی و اعراب شیبانی (۱۳۹۵)؛ چان، یو و و لی (۲۰۲۱)؛ پاردوس-گاسکون و همکاران (۲۰۲۱) و دی و تورن (۲۰۱۶) می‌باشد.

درد به عنوان یکی از عوامل ناتوانی در افراد مختلف شناخته شده است و همواره به تبع شدت و موقعیت درد می‌تواند محدودیت‌هایی را برای افراد به همراه داشته باشد. برای سازگاری

اصلاح کند و خود را با شرایط حال حاضر و درد تطابق دهد و از طرف دیگر با کنترل افکار خود در ارتباط با درد میزان احساس درد و ناتوانی ناشی از درد کنترل می‌شود و به مرور این امر موجب بهبود احساس خودکارآمدی درد در این افراد می‌شود.

مداخله مبتنی بر ذهن‌آگاهی موجب افزایش معنادار میانگین نمرات ادراک‌درد در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است ($p < 0.05$) که نشان دهنده تاثیر ذهن‌آگاهی بر بهبود خودکارآمدی درد بیماران مبتلا به درد مزمن عضلانی-اسکلتی موثر بوده است.

نتایج بدست آمده این پژوهش همسو با نتایج تحقیقات ترابی و اعراب شیبانی (۱۳۹۵)؛ پای پوزان (۱۳۹۹)؛ یآوری، آقایی و گل پرور (۱۳۹۸)؛ سید شریفی، نوابی نژاد و قرزاد (۱۳۹۸)؛ حامدی، شهیدی و خادمی (۱۳۹۲) و اشتارهان و همکاران (۲۰۱۷) می‌باشد. درد می‌تواند ناتوان کننده باشد و بر احساسات و هیجانات افراد

تاثیر منفی بگذارد. وقتی فردی با درد مزمن درگیر می‌شود و بخصوص دردهای پیشرونده اسکلتی-عضلانی، به مرور تمرکز افراد از روند عادی زندگی روزمره و احساسات کاسته و توجه فرد بیشتر متمرکز بر درد می‌شود. افرادی که در دراز مدت درگیر درد می‌شوند به مرور مشکلاتی در ابراز هیجان پیدا می‌کنند و تعارضاتی در این زمینه شکل می‌گیرند. درمان ذهن‌آگاهی به این افراد کمک می‌کند تا بتوانند تمرکز خود را از احساسات مربوط به درد برداشته و بیشتر بر سایر عوامل نیز توجه داشته باشند. باورهای غیر منطقی ناشی از درد در این افراد با درمان ذهن‌آگاهی تعدیل شده و فرایندهای ناشی از بوجود آمدن این فرایندهای ذهنی اصلاح می‌شود و این امر در طول زمان موجب بهبود فرایند ابراز هیجان در این افراد می‌شود.

نتایج نشان داد مداخله مبتنی بر ذهن‌آگاهی موجب افزایش معنادار میانگین نمرات ادراک‌درد در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است ($p < 0.05$) بر این اساس می‌توان گفت درمان ذهن‌آگاهی بر بهبود ادراک‌درد در بیماران مبتلا به درد مزمن عضلانی-اسکلتی موثر بوده است.

نتایج بدست آمده این پژوهش همسو با نتایج تحقیقات ترابی و اعراب شیبانی (۱۳۹۵)؛ پای پوزان (۱۳۹۹)؛ یآوری، آقایی و گل پرور (۱۳۹۸)؛ سید شریفی، نوابی نژاد و قرزاد (۱۳۹۸)؛ حامدی، شهیدی و خادمی (۱۳۹۲) و اشتارهان و همکاران (۲۰۱۷) می‌باشد.

تجربه درد بیشتر تحت تاثیر عوامل شناختی، فیزیولوژی و فردی قرار می‌گیرد و افراد با تجارب یکسان می‌توانند تجربه درد متفاوتی را احساس کنند. درد احساس منفی و آزارگری می‌باشد که می‌تواند تحت تاثیر دیدگاه و جنبه شناختی آن‌ها کمتر یا بیشتر از

و یا حتی قطع شود. احساس درد و تحمل درد می‌تواند از فردی به فرد دیگر متفاوت باشد و ادراک از درد نیز می‌تواند به تبع این امر متغیر باشد. ادراک از درد و شدت درد علاوه بر تاثیری که بر احساس درد دارد می‌تواند بر عملکرد افراد نیز تاثیر گذار باشد و در نقطه مقابل تمرینات ذهنی و فردی می‌تواند بر ادراک‌درد افراد تاثیر گذار باشد. درمان هیجان‌محور با آموزش تکنیک‌های شناختی-رفتاری به این افراد کمک می‌کند، این افراد مهارت‌های ذهنی و رفتاری در راستای کنترل هیجان‌اتشان را بدست بیاورند و از طرفی با توجه به تاثیر ذهن بر فرایندهای بدنی، بیماران مبتلا به درد مزمن می‌تواند زمینه کنترل ذهنی برای کنترل نورترانسmitterها را بدست بیاورند و این امر در طول زمان می‌تواند به کنترل ادراک‌درد و حتی میزان احساس افراد از درد کمک کند و به مرور موجب بهبود فرایند ادراک‌درد در این افراد شود.

نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد مداخله ذهن‌آگاهی موجب افزایش معنادار میانگین نمرات ادراک‌درد در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است ($p < 0.05$) بر این اساس می‌توان گفت درمان ذهن‌آگاهی بر بهبود خودکارآمدی در بیماران مبتلا به درد مزمن عضلانی-اسکلتی موثر بوده است.

نتایج بدست آمده این پژوهش همسو با نتایج تحقیقات ترابی و اعراب شیبانی (۱۳۹۵)؛ پای پوزان (۱۳۹۹)؛ یآوری، آقایی و گل پرور (۱۳۹۸)؛ سید شریفی، نوابی نژاد و قرزاد (۱۳۹۸)؛ پاینده و برجعلی (۱۳۹۶)؛ حامدی و همکاران (۱۳۹۲) و اشتارهان و همکاران (۲۰۱۷) می‌باشد.

دردهای مزمن اسکلتی-عضلانی به عنوان یکی از بیماری‌های ناتوان کننده و مزمن در حوزه درد می‌باشد که با دردهایی در ناحیه مفاصل و بیشتر در ناحیه دست و پا خود را نشان می‌دهد. حرکات روتین و عادات نامناسب می‌تواند این امر را تشدید کند و از طرفی با توجه به کارکرد بالای دست و پا در زندگی روزمره، درد در این نواحی می‌تواند برای فرد ناتوان کننده باشد. افراد مبتلا به درد مزمن درگیر مشکلات فراوان روانی و جسمانی هستند و بیشترین علامی مانند خستگی، اختلال خواب و مشکلات شناختی پیدا می‌کنند. درد موجب بروز مشکل در قضاوت‌های این بیماران نسبت به توانمندی‌های خودشان می‌شود و این امر به تبع محدودیت‌های ایجاد شده ناشی از درد می‌باشد که می‌تواند کنترل شود. درد مزمن می‌تواند باورهای افراد نسبت به خود و توانمندی‌شان را تحت تاثیر قرار دهد. درمان ذهن‌آگاهی به مراجع کمک می‌کند با شرایط حال حاضر خود تطابق پیدا کند و فرد با اصلاح الگوهای افکار، عوالم و رفتار بتواند باورهای غیر منطقی و باورهای خودکارآمدی خود را

اصلاح روند فکری و بازآفرینی ذهنی موجب بهبود خودکارآمدی درد و مدیریت درد و زندگی روزمره می‌شود که تبیین کننده نتایج بدست آمده در پژوهش حاضر می‌باشد.

نتایج نشان داد مداخله هیجان‌مدار و ذهن‌آگاهی موجب افزایش معنادار میانگین نمرات ابراز هیجان در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است ($p < 0/01$)، نتایج آزمون LSD نشان داد مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی و هیجان‌مدار در مقایسه با گروه کنترل تاثیر معناداری بر تعارض در ابراز هیجان گروه نمونه داشتند و همچنین بر اساس این نتایج میزان تاثیر مداخله هیجان‌مدار در تعارض ابراز هیجان درد در مقایسه با مداخله ذهن‌آگاهی تاثیر بیشتری داشته است و این تفاوت معنادار می‌باشد ($p < 0/05$).

در زمینه تاثیر دو روش ذهن‌آگاهی و هیجان‌مدار بر تعارض در ابراز هیجان بیماران مبتلا به درد مزمن پژوهشی یافت نشد، اما نتایج تحقیقات انجام شده در زمینه‌های مختلف نشان دهنده تاثیر روش‌های فوق الذکر بر ابراز هیجان گروه‌های مورد مطالعه تاثیر معناداری داشته است.

سلامت هیجانی به عنوان یکی از متغیرهای مهم در سلامت روان می‌باشد و داشتن درک مناسب از هیجانات موجب می‌شود افراد در مقابله با مشکلات زندگی روزمره، بتوانند مناسب‌تر رفتار کنند. افراد دارای سلامت هیجانی قادر هستند احساسات خود را درست تشخیص دهند و به شیوه مناسب آن را ابراز نمایند و این امر موجب تلاش بهتر برای روبرویی با هیجاناتشان می‌شود. احساسات و هیجانات می‌تواند تحت تاثیر فرایندهای جسمی و محیطی قرار گیرند. رویدادهای آزار دهنده زندگی و جسمانی مانند بیماری مثل دردهای مزمن می‌تواند بر تشخیص و درک هیجانات افراد تاثیر زیادی داشته باشد. هیجان بیشتر تحت تاثیر فرایندهای شناختی افراد قرار می‌گیرد و ذهن افراد و ساختار تفکر و حل مساله در این بین نقش زیادی دارد. ذهن‌آگاهی به بیماران کمک می‌کند تا فرایندهای درگیر ذهنیشان در شناخت و ابراز هیجان را شناسایی کنند و به مرور زمان و کسب مهارت بیشتر می‌توانند فرایندهای شناختی معیوب ذهنی خود را اصلاح نمایند. ابراز هیجان به شیوه مناسب می‌تواند در کنار آمدن و سازگاری با رویدادهای منفی تاثیر گذار باشد. تلاش‌های ناکام مانده افراد در ابراز هیجان موجب می‌شود افراد به روند منفی تفسیر خود از موقعیت درد ادامه دهد و به نوعی بیشتر درگیر احساسات درد شود و از طرفی بیماران مبتلا به درد مزمن به دلیل تمرکز بیش از حد در زمینه درد جسمانی و احساسات منفی ناشی از درد، مشکلاتی در ابراز هیجان پیدا می‌کنند. درمان مبتنی بر هیجان به بیماران مبتلا به درد مزمن

حد احساس شود. داشتن توانایی کنترل افکار و بخصوص در زمینه درد موجب می‌شود افراد بتوانند ادراک و احساس دردشان را کنترل کنند و این توانایی با شناخت و آگاهی از فرایندهای ذهنی افراد امکان پذیر می‌باشد. ذهن‌آگاهی با اراه تمرینات ذهنی و آگاهی افراد در زمینه فرایندهای ذهنی و شناخت و اصلاح مسیرهای معیوب شناختی می‌تواند توانایی اصلاح فرایندهای ذهنیشان را کسب کنند و این امر به مرور می‌تواند به فرد توانایی بیشتری در کنترل درد بدهد.

همچنین نتایج نشان می‌دهد مداخله مبتنی بر هیجان‌مدار و ذهن‌آگاهی موجب افزایش معنادار میانگین خودکارآمدی درد در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است ($p < 0/05$)، نتایج آزمون LSD نشان می‌دهد مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی و هیجان‌مدار در مقایسه با گروه کنترل تاثیر معناداری در خودکارآمدی درد داشتند و همچنین بر اساس این نتایج میزان تاثیر ذهن‌آگاهی در خودکارآمدی درد در مقایسه با مداخله هیجان‌مدار به طور معناداری تاثیر بیشتری است ($p < 0/05$).

در زمینه تاثیر دو روش ذهن‌آگاهی و هیجان‌مدار پژوهشی یافت نشد، اما نتایج تحقیقات انجام شده در زمینه‌های مختلف نشان دهنده تاثیر روش‌های فوق الذکر بر خودکارآمدی و خودکارآمدی درد گروه‌های مورد مطالعه تاثیر معناداری داشته است.

خودکارآمدی اشاره به قضاوت افراد در ارتباط با توانمندی هایشان می‌باشد و این امر نشان دهنده تاثیر فرایندهای ذهنی بر افکار و باورهای افراد در ارتباط با احساس خودکارآمدی و توانمندی‌های فرد می‌باشد. خودکارآمدی درد بیانگر اطمینان افراد در مورد توانمندی هایشان می‌باشد که در موقعیت‌های دشوار مانند بیماری و احساس درد می‌تواند کنترل افکار و احساساتشان را داشته باشند. درمان هیجان‌مدار با آموزش تکنیک‌ها و فرایندهای ذهنی به افراد در شناخت و کنترل هیجاناتشان کمک می‌کند که این امر می‌تواند به بهبود احساس خودکارآمدی درد کمک کند. از طرف دیگر ذهن‌آگاهی به افراد کمک می‌کند که فرایندهای ذهن خود را بازسازی کنند و باورهای معیوب و افکار غیر منطقی را بشناسند و این امر با شناخت فرایندهای تشکیل دهنده این افکار و باورها شروع و با اصلاح الگوهای فکری موجب روند فکر و احساسات افکار در ارتباط با خود می‌شود. افراد درگیر درد مزمن با توجه به احساسات منفی و درد طولانی مدت درگیر افکار و شناخت منفی در مورد توانمندی‌های خود می‌شوند و در بیشتر موارد این افکار تعمیم داده می‌شود. ذهن‌آگاهی با اصلاح خطاهای شناختی و معیوب و

ترشح نوروترانسمیترها تاثیر مستقیم داشته باشند. داشتن هیجانات مثبت موجب ترشح نوروترانسمیترهای درگیر درد می‌شود و این امر به نوبه خود در ادراک بهتر درد کمک می‌کند که نشان دهنده تفاوت تاثیر درمان هیجان‌مدار نسبت به ذهن‌آگاهی در افراد درگیر درد می‌باشد.

در جمع بندی نتایج بدست آمده می‌توان گفت درمان ذهن‌آگاهی و هیجان‌مدار در بهبود خودکارآمدی درد، تعارض در ابراز هیجان و ادراک درد بیماران تاثیر دارد و نتایج مقایسه بین گروهی نشان داد ذهن‌آگاهی تاثیر بیشتری در خودکارآمدی درد و درمان هیجان‌مدار تاثیر بهتری نسبت به ذهن‌آگاهی در ادراک درد و تعارض ابراز هیجان دارد.

محدودیت جغرافیایی، زمانی، عدم امکان کنترل مصرف داروهای موثر در سیستم اعصاب مرکزی، تفاوت‌های فرهنگی، اجتماعی و خانوادگی در پژوهش حاضر وجود داشت. بنابراین پیشنهاد می‌شود چنین پژوهشی در سایر مناطق جغرافیایی و فرهنگی و کنترل داروهای مصرفی و عوامل فرهنگی، اجتماعی و خانوادگی انجام شود و از مداخلات هیجان‌مدار و ذهن‌آگاهی در راستای کمک به خودکارآمدی درد، تعارض در ابراز هیجان و ادراک درد بیماران مبتلا به درد مزمن عضلانی-اسکلتی استفاده شود.

ملاحظات اخلاقی

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری رشته روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران می‌باشد و دارای مجوز وکد اخلاق از این دانشگاه می‌باشد و تمامی مفاد آئین نامه اخلاق در پژوهش‌های مداخله‌ای رعایت شده است و هیچگونه تضاد و تعارض منافع در این پژوهش وجود ندارد.

سپاسگزاری

محققان پژوهش حاضر از تمامی افرادی که در پژوهش حاضر شرکت داشتند و یاری رساندند کمال تقدیر و تشکر را دارند.

کمک می‌کند هیجانات زیر بنایی خود را بشناسند و چرخه معیوب هیجانات که تحت تاثیر بیماری افراد قرار گرفته است شناسایی کرده و روند معیوب هیجان را اصلاح کنند، بازسازی هیجانات و احساسات و برنامه ریزی مجدد به افراد کمک می‌کند تا به مرور زمان تعارضات ناشی از ابراز گری هیجان را اصلاح کرده و بازسازی مجدد انجام شود.

نتایج نشان داد مداخله هیجان‌مدار و ذهن‌آگاهی موجب افزایش معنادار میانگین نمرات ادراک درد در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است ($p < 0/01$) و نتایج آزمون LSD نشان می‌دهد مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی و هیجان‌مدار در مقایسه با گروه کنترل تاثیر معناداری در ادراک درد گروه نمونه داشتند و همچنین بر اساس این نتایج میزان تاثیر مداخله هیجان‌مدار در ادراک درد در مقایسه با مداخله ذهن‌آگاهی تاثیر بیشتری داشته است و این تفاوت معنادار می‌باشد ($p < 0/05$).

بررسی‌ها نشان داد در زمینه تاثیر دو روش ذهن‌آگاهی و هیجان‌مدار بر ادراک درد بیماران مبتلا به درد مزمن پژوهشی یافت نشد، اما پژوهش‌های جداگانه نشان دهنده تاثیر این دو روش بر ادراک درد گروه‌های مورد مطالعه تاثیر معناداری داشته است.

درد مزمن عضلانی-اسکلتی بیماری مزمن می‌باشد که حس منفی و آزار دهنده برای افراد درگیر به همراه می‌آورد. احساس و ادراک افراد از درد می‌تواند تحت تاثیر عوامل مختلفی قرار بگیرد و در این بین عوامل شناختی و کارکردهای ذهنی نقش فراوانی دارند و می‌تواند بر عملکرد جسمانی، رفتاری و ذهنی تاثیر گذار باشد. عوامل شناختی ممکن است در بروز درد نقش نداشته باشد، اما می‌تواند در ادراک بیشتر درد و استمرار آن نقش داشته باشد و شدت درد را تحت تاثیر خود قرار می‌دهد. داشتن توانایی کنترل ذهنی به این افراد می‌تواند در کنترل و کاهش درد کمک کند. ذهن‌آگاهی می‌تواند به این افراد در شناخت فرایندهای ذهنی و روند معیوب ذهنی درگیر در مسیر تحلیل ذهنی به افراد کمک کند و این امر به این افراد در ادراک درد کمک می‌کند. از طرفی هیجانات و احساسات افراد نیز می‌تواند در درک شدت و عمق درد نقش داشته باشند. درمان هیجان‌مدار به این افراد در شناخت هیجانات منفی و مسیرهای معیوب ذهنی در فرایند تفسیر ذهنی و هیجانی کمک کند و این امر موجب می‌شود فرد بتواند هیجانات و احساسات خود را مدیریت و کنترل کند و توانمندی کنترل هیجانی را بدست بیاورد و این امر در بیماران مبتلا به درد مزمن موجب بهبود ادراک درد در این افراد می‌شود. هیجانات و ادراک افراد از وضعیت درد ارتباط تنگاتنگی دارند و هیجان می‌تواند بر فرایندهای ذهنی و

References

- Abbaslou, F & Abulqasemi, A. (2019). The effectiveness of cognitive therapy based on MBCT mindfulness on improving weight-related self-efficacy of students with neurological disorders, *the first scientific research conference on psychology, counseling, educational sciences and social sciences*.
- Adalatian Hosseini, S. F., Timuri, S & Yazdan Panah, F. (2021). The effectiveness of mindfulness-based psychotherapy on psychological helplessness, acceptance and pain intensity in people with back pain symptoms. *Health Psychology*, 10(38), 23-40. <https://doi.org/10.30473/hpj.2021.52303.4775>
- Zarrinbakhsh, Z.-B., Zare, H., & Mahdavian, A.(2013). The effect of emotion expression styles on memory bias in recall and recognition, *Journal of psychology*. 17(1); 53-66. <https://psycnet.apa.org/record/2013-16919-004>
- Asgarinejad F & Habibi Asgarabad M.(2021). The Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy on Increasing Resilience of Mothers with Autistic Children. *JNIP*; 10 (14) :1-10 <http://jnip.ir/article-1-612-en.html>
- Asghari Moghadam, M.A; Kerami, B & Rezaei, S.(2002). Examining the prevalence of pain throughout life, continuous chronic pain and some characteristics associated with it, *Journal of psychology*, 21, 13-24. <https://sid.ir/paper/54593/fa>
- Azizi A & mohamadi J.(2018). Mindfulness Efficacy on the Perception of the Disease and the Quality of Life of Patients with Irritable Bowel Syndrome . *J. Ilam Uni. Med. Sci*; 25 (6) :1-9. <http://sjimu.medilam.ac.ir/article-1-3397-en.html>
- Bandura, A., & Wessels, S. (1994). *Self-efficacy* (Vol. 4, pp. 71-81). na.
- Behfar, Zahra; Fetty, Laden; Kraskian, Addis and Fathi, Mehdi .(2018). The role of psychological factors in predicting daily dysfunction in patients with chronic pain, *Journal of Principles of Mental Health*, 20(6); 389-397. <https://doi.10.22038/JFMH.2018.11777>
- Bruno S, Lutwaka N, Agina MA. (2009). Conceptualizations of guilt and the corresponding relationships to emotional ambivalence self-disclosure, loneliness and alienation. *Pers Individ Differ*. 2009;47(5):487-91 <https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.04.023>
- Chan, S. H., Yu, C. K. C., & Li, A. W. (2021). Impact of mindfulness-based cognitive therapy on counseling self-efficacy: A randomized controlled crossover trial. *Patient Education and Counseling*, 104(2), 360-368. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.07.022>
- Chen, X., Liu, T., Li, P., Wei, W., & Chao, M. (2022). The relationship between media involvement and death anxiety of self-quarantined people in the COVID-19 outbreak in China: the mediating roles of empathy and sympathy. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 85(4), 974-989. 10.1177/0030222820960283
- Das, D., Kumar, A., & Sharma, M. (2018). A systematic review of work-related musculoskeletal disorders among handicraft workers. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*. <https://doi.org/10.1080/10803548.2018.1458487>

- Das, V., Kroin, J. S., Moric, M., McCarthy, R. J., & Buvanendran, A. (2020). Early treatment with metformin in a mice model of complex regional pain syndrome reduces pain and edema. *Anesthesia & Analgesia*, 130(2), 525-534. 10.1213/ANE.0000000000004057
- Davoudi R, Manshaee G, Golparvar M.(2019). Comparing the Effectiveness of Adolescent-Centered Mindfulness with Cognitive Behavioral Therapy and Emotion-Focused Therapy on Emotion Regulation among Adolescents Girl with Nomo-Phobia. *JHPM*; 8 (4) :16-25. <http://jhpm.ir/article-1-1014-en.html>
- Day, M. A., & Thorn, B. E. (2016). The mediating role of pain acceptance during mindfulness-based cognitive therapy for headache. *Complementary therapies in medicine*, 25, 51-54. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2016.01.002>
- De Veld, D. M., Riksen-Walraven, J. M., & de Weerth, C. (2012). The relation between emotion regulation strategies and physiological stress responses in middle childhood. *Psychoneuroendocrinology*, 37(8), 1309-1319. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2012.01.004>
- Eccleston, C., Blyth, F. M., Dear, B. F., Fisher, E. A., Keefe, F. J., Lynch, M. E & de C Williams, A. C. (2020). Managing patients with chronic pain during the COVID-19 outbreak: considerations for the rapid introduction of remotely supported (eHealth) pain management services. *Pain*, 161(5), 889. 10.1097/j.pain.0000000000001885
- Elbarbary, M., Oren, A., Goldberg, M., Freeman, B. V., Mock, D., Tenenbaum, H. C & Azarpazhooh, A. (2022). Masticatory myofascial pain syndrome: implications for endodontists. *Journal of endodontics*, 48(1), 55-69. <https://doi.org/10.1016/j.joen.2021.10.004>
- Elliott, R., & Greenberg, L. S. (2007). The essence of process-experiential/ emotion-focused therapy. *American Journal of Psychotherapy*, 61 (3), 241-254. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2007.61.3.241>
- Elliott, R., & Greenberg, L. S. (2016). Emotion-focused therapy. Mindfulness- Based Cognitive Therapy (MBCT)
- Ene, C. U., Ugwuanyi, C. S., Okeke, C. I., Nworgu, B. G., Okeke, A. O., Agah, J. J & Ekwueme, U. H. (2021). Factorial Validation of Teachers' Self-Efficacy Scale Using Pre-Service Teachers: Implications for Teacher Education Curriculum. *International Journal of Higher Education*, 10(1), 113-121. 10.5430/ijhe.v10n1p113
- Farahzad Bourojeni S, ahmadi R, Ghazanfari A, Sharifi T. (2021). The effectiveness of mindfulness-based and motivational interviewing group therapy on pain self-efficacy and distress tolerance in patients with multiple sclerosis. *Journal of Psychological Science*. 20(100), 635-651. <http://psychologicalscience.ir/article-1-1084-en.html>
- Firoozi M, Besharat M A, Souri Z.(2018). The predicting effect of attachment styles on pain catastrophizing, self-efficacy and acceptance in patients with chronic pain . *JAP*; 9 (1) :55-67 <http://psychologicalscience.ir/article-1-310-en.html>
- Furlaneto, M. E., & Garcez-Leme, L. E. (2007). Impact of delirium on mortality and cognitive

- and functional performance among elderly people with femoral fractures. *Clinics*, 62, 545-552. [10.1590/s1807-59322007000500003](https://doi.org/10.1590/s1807-59322007000500003)
- Hamed A, Shahidi S, Khademi A. (2014). Effectiveness of mindfulness-based stress reduction in drug relapse prevention. *etiadpajohi*; 7 (28): 101-118. [//doi.org/10.22100/ijhs.v7i2.848](https://doi.org/10.22100/ijhs.v7i2.848)
- Hayakawa, T., & Maeda, K. (2018). A collapsar model with disk wind: Implications for supernovae associated with Gamma-Ray Bursts. *The Astrophysical Journal*, 854(1), 43. <https://doi.org/10.48550/arXiv.1801.09681>
- Holden, E., Linnerud, K., & Banister, D. (2014). Sustainable development: Our common future revisited. *Global environmental change*, 26, 130-139. <https://doi.org/10.1016/j.gloenvcha.2014.04.006>
- Hosseinpoor, F., fazlollahi, S & Mohamadi, M.(2020).The Relationship between Professional Development and Job Performance and Self-Efficacy of High School Teachers in Qom Province. *Teacher Professional Development*, 4(4); 1-14. [20.1001.1.24765600.1398.4.4.1.6](https://doi.org/10.1001.1.24765600.1398.4.4.1.6)
- Joern, L., Kongsted, A., Thomassen, L., Hartvigsen, J., & Ravn, S. (2022). Pain cognitions and impact of low back pain after participation in a self-management program: a qualitative study. *Chiropractic & Manual Therapies*, 30 (1), 1-8. [10.1186/s12998-022-00416-6](https://doi.org/10.1186/s12998-022-00416-6)
- Kabirinasab, Y., & Abdollahzadeh, H. (2016). The Effectiveness of Mindfulness Training based on Acceptance and Commitment on Body Consciousness and Emotional Expression of The Elderly. *Aging Psychology*, 2(2), 132-125. <https://sid.ir/paper/259382/en>
- kazlou H, akbari M, jasisi H, senaei B.(2019). Compilation of the Relationship between Psychosocial Factors and Self-Efficacy of Pain by Mediating Optimism and Psychological Hardiness in Cancer Patients. *IJPN*; 7 (2) :74-82 <http://ijpn.ir/article-1-1322-en.html>
- Khojaste.Mehr, R; Parsi, E & Shiralynia, K. (2014). The moderating role of positive emotion in the relationship between negative emotion and destructive marital exchanges in women. *Family Psychology*, 2(1), 49-58. https://www.ijfpjournal.ir/article_245504.html?lang=en
- MacLeod, C., & Grafton, B. (2016). Anxiety-linked attentional bias and its modification: Illustrating the importance of distinguishing processes and procedures in experimental psychopathology research. *Behaviour research and therapy*, 86, 68-86. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.07.005>
- Martínez-Jiménez, E. M., Becerro-de-Bengoa-Vallejo, R., Losa-Iglesias, M. E., Rodríguez-Sanz, D., Díaz-Velázquez, J. I., Casado-Hernández, I., ... & López-López, D. (2020). Acute effects of myofascial induction technique in plantar fascia complex in patients with myofascial pain syndrome on postural sway and plantar pressures: A quasi-experimental study. *Physical Therapy in Sport*, 43, 70-76. <https://doi.org/10.1016/j.ptsp.2020.02.008>
- Mehdizadeh, S.; Mohammad Mousavi, A; Jalali, M.R & Kakavand, A.R. (2017). The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on social self-efficacy and depression. *Evolutionary psychology: Iranian psychologists* 305-314. <https://sid.ir/paper/101505/fa>
- Melzack, R., & Wall, P. D. (1988). *The challenge of pain* (p. 15). London: Penguin.

- Mutakiffar, M., Bakhshipour, A & Ghasemi Mutlaq, M. (2022). Comparing the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy and emotion-based therapy on self-care behaviors and sexual performance in patients with type 2 diabetes. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*, 29(1), 131-141. https://jsums.medsab.ac.ir/article_1455.html?lang=en
- Noureldin, M., & Melton, B. (2021). Validity evidence for a pharmacists' patient care process self-efficacy scale among pharmacy students. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 85(2), 8290. <https://doi.org/10.5688/ajpe8290>
- Pak Nohad, N & Safarinia, M. (2023). The effectiveness of mindfulness-based stress reduction on perceived stress, negative mood, self-efficacy and pain perception in patients with rheumatoid arthritis. *Health Psychology*, 12(45), 129-146. <https://doi.org/10.30473/hpj.2023.53231.4838>
- Pardos-Gascón, E. M., Narambuena, L., Leal-Costa, C., Ramos-Morcillo, A. J., Ruzafa-Martínez, M., & Van-der Hofstadt Roman, C. J. (2021). Effects of mindfulness-based cognitive therapy for chronic pain: a multicenter study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13), 6951 <https://doi.org/10.3390/ijerph18136951>
- Pay.Pouzan, S.(2020). The effectiveness of Emotion-oriented cognitive therapy on self-efficacy and cognitive emotional regulation in obese women. *JNIP*; 4 (8): 1-13. <https://doi.org/10.22038/mjms.2021.19462>
- Payandeh, F & Barjali, M. (2017). The effectiveness of emotional therapy on resilience and self-efficacy in dealing with problems in women with diabetes. The second international conference of psychology, counseling, education.
- Peters, K. M. (2015). Pilot study exploring chronic pudendal neuromodulation as a treatment option for pain associated with pudendal neuralgia. *LUTS: Lower Urinary Tract Symptoms*, 7(3), 138-142. <https://doi.org/10.1111/luts.12066>
- Petrovic, J., Bastien, L., Mettler, J., & Heath, N. L. (2024). Mindfulness Receptivity, Dispositional Mindfulness, and Coping Self-Efficacy in University Students with and Without a History of Self-Injury. *Journal of College Student Mental Health*, 38(1), 57–76. <https://doi.org/10.1080/87568225.2022.2127075>
- Raisi, M; Kehrazai, F & sanagoyeh.Mohrar, G. (2019). The effectiveness of mindfulness-based stress reduction training on pain self-efficacy in patients with thalassemia major. *Cognitive Analytical Psychology Quarterly*, 11(40), 59-68. <https://sanad.iau.ir/Journal/psy/Article/866727>
- Rajpura, J., & Nayak, R. (2014). Medication adherence in a sample of elderly suffering from hypertension: evaluating the influence of illness perceptions, treatment beliefs, and illness burden. *Journal of Managed Care Pharmacy*, 20(1), 58-65. <https://doi.org/10.18553/jmcp.2014.20.1.58>
- Salehi, S. (2018). The Relation between Self-compassion with Intensity, Catastrophizig, and Self-efficacy of Pain and affect in Women with Musculoskeletal Pain. *Anesthesiology and Pain*, 8(4), 72-83. <https://sid.ir/paper/216313/fa>
- Sarafraz, M. R., Badait, A & Derakhshan, Sh. (2021). The effectiveness of mindfulness-based

- stress reduction group therapy on self-morbidity and anxiety in men with chronic pain. *Health Psychology*, 10(38), 41-56.
<https://doi.org/10.30473/hpj.2021.52316.4776>
- Seyyedsharifi M, Navabi Nezhad S, farzad V. (2019). Comparison of the effectiveness of emotional - focused and schema therapy approach on the self-Efficacy of parenting in mothers of the household head. *Journal of Psychological Science*. 18(76), 407-415.
<http://dorl.net/dor/20.1001.1.17357462.1398.18.76.8.9>
- Shafiei F & Amini M.(2017). Efficacy of mindfulness-based Stress reduction on reducing catastrophizing and pain intensity in patients suffering chronic musculoskeletal pain. *JAP*; 8 (1) :1-10 <http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-3307-fa.html>
- Smith, F., Howie, L., Malsingh, J., O'Mant, A., Shakespeare, S., & Tunney, K. (2024). Effects of nature-based mindfulness on pain and wellbeing for adults with persistent pain: a systematic literature review. *Physical Therapy Reviews*, 29(1-3), 101-116.
<https://doi.org/10.1080/10833196.2024.2367814>
- Subhani, E; Babakhani, N & Al-Boye, M.R. (2018). The effectiveness of mindfulness-based stress reduction treatment on depression, anxiety, stress and perception of pain reduction in women with chronic back pain after childbirth. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 25(3), 266-277. <http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-2905-fa.html>
- Sugawara, A. T., Lima, M. D. C., & Dias, C. B. (2018). Extracorporeal shockwave therapy for pain reduction of musculoskeletal diseases: Predictors and responders. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 61, e171.
<https://doi.org/10.1016/j.rehab.2018.05.390>
- taherizadeh S, Samari A, ahi G.(2021). Structural modeling of pain perception in people with chronic pain syndrome based on behavioral inhibition system: mediated by pain catastrophe and perceived social support. *JAP*; 12 (2):19-31.
<https://sid.ir/paper/1015247/en>
- Torabi, E.S & Arab.Shibani, K. (2015). The effectiveness of emotion-oriented couple therapy on marital coping strategies of couples, 4th National Counseling and Mental Health Conference, Qochan.
- Torabiyani, A., Gholipour, M., Yektaparast, S., Ghodsi, B., & Tarnas, G. (2024). Effectiveness of Emotion-Focused Therapy on Self-Efficacy and Posttraumatic Growth in Women with Breast Cancer. *Applied Family Therapy Journal (AFTJ)* , 5(3), 124-132.
10.22034/AFTJ.2023.349781.1678
- van Middendorp, H., Lumley, M. A., Jacobs, J. W., van Doornen, L. J., Bijlsma, J. W., & Geenen, R. (2008). Emotions and emotional approach and avoidance strategies in fibromyalgia. *Journal of psychosomatic research*, 64(2), 159-167.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.08.009>
- Watankhah Amjad, F; Ali Akbari Dehkordi, M & Akhundi, N. (2016). The effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness on the psychological capital of people with chronic pain. International conference of social sciences, education, humanities and psychology.
- Yarns BC, Jackson NJ, Alas A, Melrose RJ, Lumley MA, Sultzer DL.(2024) Emotional Awareness and Expression Therapy vs Cognitive Behavioral Therapy for Chronic Pain in Older Veterans: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw*

Open. 2024;7(6):e2415842.

<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.15842>

yavari F, aghayei A, gholparvar M.(2019). The Effectiveness of “Emotionally Focused -Meta Cognitive Couple Therapy” and “Mindfulness-Based Cognitive Therapy” on the Psychological Capital of Couples with Hyperactive Children. *JHPM*; 8 (3) :35-45 <http://jhpm.ir/article-1-1021-fa.html>

Yi, K. H., Lee, J. H., & Kim, H. J. (2022). Intramuscular neural distribution of the serratus anterior muscle: regarding botulinum neurotoxin injection for treating myofascial pain syndrome. *Toxins*, 14(4), 271. <https://doi.org/10.3390/toxins14040271>.

