



The Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy on Pain Catastrophizing and Psychological Well-being in Women with Chronic Pain

Bahareh Vajdi¹ , Hadi Smkhani Akbarinejad^{2*} 

1. MA in General Psychology, Islamic Azad University, Tabriz, Iran
2. Department of Psychology, University College of Nabi Akram, Tabriz, Iran

ABSTRACT

Aim and background: In addition to physical problems, chronic pain causes sufferers to experience psychological problems; therefore, the present study was conducted with the aim of determining the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) on pain catastrophizing and psychological well-being in women with chronic pain.

Material and Methods: This study was semi-experimental with a pretest-posttest and follow-up with a control group design. The statistical population were made up of female patients with chronic pain referred to Emma Reza hospital in Tabriz city in 2024. In total, 30 people were selected by purposive sampling method, and randomly divided into two groups (15 people each). Members of the experimental group received their treatment in eight sessions of 1.5 hours; however, the control group did not receive any treatment. Both groups answered the 29-question Sullivan & et al pain catastrophic and 18-question Ryff's psychological well-being Questionnaires, before, after and 4 months after the intervention. Data were Analyzed using ANOVA with repeated measures.

Results: There was no significant difference between the scores of pain catastrophizing and psychological well-being in the experimental and control groups in the pre-test ($P < 0.05$). The results showed that MBCT reduced and increased pain catastrophizing and psychological well-being of women with chronic pain in the post-test, compared to the control group, respectively ($P < 0.001$). The effect of MBCT on pain catastrophizing and psychological well-being was lasting in the follow-up phase ($P < 0.001$).

Conclusion: It seems that well-being can reduce pain catastrophizing and increase psychological well-being in women with chronic pain, therefore it is likely to be a useful treatment strategy to improve the pain catastrophizing and psychological well-being in women with chronic pain.

Keywords: Mindfulness-based Cognitive Therapy, Pain Catastrophizing, Psychological Well-being, Chronic Pain

►Please cite this paper as:

Vajdi B, Smkhani Akbarinejad H [The Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy on Pain Catastrophizing and Psychological Well-being Women with Chronic Pain (Persian)]. J Anesth Pain 2025;16(2): 13-24.

Corresponding Author: Hadi Smkhani Akbarinejad, Department of Psychology, University College of Nabi Akram, Tabriz, Iran

Email: hadiakbarinejad@yahoo.com

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۱۶، شماره ۲، تابستان ۱۴۰۴

اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر فاجعه‌پنداری درد و بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به درد مزمن

بهاره وجدی^۱، هادی اسمخانی اکبری‌نژاد^{۲*}

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران

۲. گروه روانشناسی، موسسه آموزش عالی نبی اکرم (ص)، تبریز، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۴/۱۹

تاریخ بازبینی: ...

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۲/۲۹

چکیده

زمینه و هدف: درد مزمن علاوه بر مشکلات جسمانی، مبتلایان را درگیر مشکلات روان‌شناختی می‌کند؛ از این‌رو، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر فاجعه‌پنداری درد و بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به درد مزمن انجام شد.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری را بیماران زن مبتلا به درد مزمن مراجعه‌کننده به بیمارستان اما رضا (ع) شهر تبریز در سال ۱۴۰۳ تشکیل داد. ۳۰ نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب، و به‌صورت تصادفی در دو گروه (هر کدام ۱۵ نفر) قرار گرفتند. اعضای گروه آزمایش درمان مختص گروه خود را در ۸ جلسه ۱/۵ ساعته دریافت کرد؛ اما گروه کنترل درمانی دریافت نکرد. هر دو گروه، پیش، پس و ۴ ماه پس از مداخله به پرسشنامه‌های ۱۳ سوالی فاجعه‌پنداری درد سالیوان و همکاران و ۱۸ سوالی بهزیستی روان‌شناختی ریف پاسخ دادند. داده‌ها توسط آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج: بین نمرات فاجعه‌پنداری درد و بهزیستی روان‌شناختی در گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ($P > 0/05$). نتایج نشان داد که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در مقایسه با گروه کنترل، فاجعه‌پنداری درد و بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به درد مزمن را در پس‌آزمون به‌ترتیب کاهش و افزایش داده است ($P < 0/001$). تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر فاجعه‌پنداری درد و بهزیستی روان‌شناختی در مرحله پیگیری ماندگار بود ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند سبب کاهش فاجعه‌پنداری درد و افزایش بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به درد مزمن شود، از این‌رو به احتمال زیاد می‌تواند راهبرد درمانی مفیدی برای بهبود فاجعه‌پنداری درد و بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به درد مزمن باشد.

واژه‌های کلیدی: شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، فاجعه‌پنداری درد، بهزیستی روان‌شناختی، درد مزمن

نویسنده مسئول: هادی اسمخانی اکبری‌نژاد، گروه روان‌شناسی، موسسه آموزش عالی نبی اکرم (ص)، تبریز، ایران

پست الکترونیک: hadiakbarinejhad@yahoo.com

مقدمه

درد (pain) از نظر طول مدت به دو نوع حاد (acute) و مزمن (chronic) تقسیم می‌شود، که معمولاً یک دوره ۳ تا ۶ ماهه را به عنوان ملاک تشخیصی برای آن در نظر می‌گیرند و اگر ادامه پیدا کند منجر به درد مزمن می‌شود^(۱). درد مزمن یک وضعیتی تحلیل‌بر است، به طوری که فرد درگیر با درد را نه تنها با تنیدگی ناشی از درد، بلکه با بسیاری از عوامل تنیدگی‌زای دیگر که بخش‌های مختلف زندگی وی را تحت تأثیر قرار می‌دهد روبه‌رو می‌کند، به خصوص زمانی که شدت درد بیش‌تر باشد^(۲)؛ این امر در نهایت باعث درگیری بیماران مبتلا به درد مزمن با انواع مشکلات روانی- اجتماعی نظیر افسردگی، اضطراب، اختلالات مصرف مواد و سیگار، و خودکشی می‌شود^(۳). درد یک تجربه حسی یا هیجانی ناخوشایندی است که با آسیب واقعی یا بالقوه مرتبط است و شامل دو بعد حسی و عاطفی می‌باشد. بعد حسی درد به شدت درد اشاره دارد و بعد عاطفی آن به میزان ناخشنودی که یک فرد تجربه می‌کند، اطلاق می‌شود. درد مزمن از جمله مشکلاتی است که در آن میزان درد تجربه شده توسط بیمار شدیداً آزاردهنده است^(۴). متغیرهای زیادی با شدت درد بیماران مبتلا به درد مزمن در ارتباط است که یکی از مهم‌ترین آن‌ها فاجعه پنداری درد (pain catastrophizing) می‌باشد^(۵).

فاجعه پنداری درد به مجموع پاسخ‌های شناختی، روانی و رفتاری اشاره دارد که معمولاً به عنوان اضطراب قلمداد، و در پاسخ به درد یا رویدادهای مرتبط با درد نشان داده می‌شوند^(۶). سطح بالای اضطراب مرتبط با درد و فاجعه پنداری آن، به اجتناب از فعالیت‌هایی که گمان می‌رود درد را گسترش می‌دهند کمک می‌کند که به نوبه خود اغلب اوقات به شرطی‌زدایی جسمانی، مشکلات رفتاری ثانویه و کاهش تماس اجتماعی منجر می‌شود و سرانجام به صورت یک چرخه درمی‌آید. همچنین گوش‌به‌زنگی نسبت به محرک‌های درد را به دنبال دارد^(۷). نتیجه پژوهش Suso-Ribera و همکاران نشان می‌دهد بین فاجعه پنداری درد و بهزیستی روان‌شناختی

(psychological well-being) در بیماران مبتلا به درد مزمن رابطه معنی‌داری وجود دارد^(۸).

به نظر Ryff بهزیستی روان‌شناختی فرآیندی در جهت تحقق توانایی‌های بالقوه خود می‌باشد^(۹). وی بر نقش مهم حمایتی این سازه در سلامتی روانی و جسمی تأکید می‌کند. افرادی که با وجود بیماری، بهزیستی روان‌شناختی بالایی دارند، بیش‌تر در اجتماع نقشی بر عهده می‌گیرند، وقت فراغت پرشورتری برای خود ایجاد می‌کنند و در فعالیت‌های عمومی بیش‌تری شرکت می‌کنند، دارای روحیه مشارکتی بیش‌تری هستند و عمدتاً دارای هیجانات مثبت‌اند و از ارزیابی مثبت روی داده‌های در حال وقوع استقبال می‌کنند، و به همین دلیل هیجانات نامطلوب مثل اضطراب، افسردگی و پرخاشگری را کم‌تر تجربه می‌کنند^(۱۰).

با وجود پیشرفت‌های مهم و چشمگیر در کالبدشناسی، فیزیولوژی، زیست‌شناسی شیمیایی درد، و ساخت داروهای جدید، همچنان درد مزمن به عنوان مشکلی قابل توجه در نظر گرفته می‌شود. در همین راستا، مشاهده می‌شود که استفاده از داروها برای درمان و مدیریت مشکلات بیماران مبتلا به درد مزمن، تنها ۳۵ تا ۴۵ درصد شمر ثمر هستند^(۱۱). اکثر مبتلایان به درد مزمن، علی‌رغم مداخلات دارویی همچنان درد را تجربه می‌کنند، و اگر سازش با سردردشان نباشند، فاجعه پنداری دردشان به طور چشم‌گیری تحت تأثیر قرار می‌گیرد. از این رو، پیشرفت‌های نظری و رشد پژوهش‌ها، مبانی لازم را برای مفهوم‌سازی درد مزمن به عنوان یک اختلال روانی فیزیولوژیکی (اختلال جسمانی که از استرس‌های روانی و اجتماعی و محیطی تأثیر می‌گیرد) فراهم آورده و سرانجام باعث استفاده از درمان‌های رفتاری و روان‌شناختی برای درد مزمن شده است. به عنوان مثال یک بررسی فراتحلیلی نشان داده است که مداخلات روان‌شناختی، ۲۶ تا ۳۷ درصد سبب بهبود مشکلات روانی فیزیولوژیکی بیماران مبتلا به درد مزمن شده است^(۱۲). با این حال، درمان‌های موج سوم رفتاری از قبیل شناخت درمانی

نبود، از این رو پرداختن به این متغیرها از جنبه‌های نوآوری پژوهش حاضر می‌باشد. بنابراین، سوال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر فاجعه‌پنداری درد و بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به درد مزمن اثربخش است؟

مواد و روش‌ها

کد اخلاق پژوهش حاضر (IR.TABRIZU.REC.1403.831) بود. روش پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی و طرح آن از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه زنان مبتلا به درد مزمن عضلانی-اسکلتی مراجعه‌کننده به بیمارستان اما رضا (ع) شهر تبریز در سال ۱۴۰۳ تشکیل داد. برای نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی هدفمند استفاده شد؛ به‌طوری‌که پس از کسب رضایت از مسئولین و بیماران، پرسشنامه فاجعه‌پنداری درد Sullivan و همکاران و بهزیستی روان‌شناختی Ryff و همکاران در بین بیمارانی که مایل به شرکت در پژوهش بودند توزیع شد (۳۲۸ نفر) (توضیح این‌که پرسشنامه‌ها توسط آزمودنی‌ها و در حضور پژوهشگران پر شدند)، و از بین آن‌هایی که در این پرسشنامه‌ها به‌ترتیب یک انحراف معیار بالاتر و پایین‌تر از میانگین نمره کسب کردند (۲۹۹ نفر)، با در نظر گرفتن معیارهای ورود (حداقل سپری‌شدن زمان سه ماه از دردهای مزمن عضلانی-اسکلتی، تداوم درد طی هفته قبل از مداخله، حداقل تحصیلات دیپلم، دامنه سنی ۴۰ تا ۶۵ سال، تأهل، عدم استفاده از هرگونه مداخله روان‌شناختی در طی دوره مداخله، و عدم ابتلا به اختلالات روان‌شناختی (به‌تشخیص روان‌پزشک) (۲۴۳ نفر)، ۳۰ نفر انتخاب و به‌صورت تصادفی (روش بلوک‌سازی تصادفی) به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند (هر کدام ۱۵ نفر). ملاک خروج از مطالعه (همبودی بیماری‌های جسمانی توجیه‌کننده شدت درد یا اختلالات روان‌پزشکی (به‌تشخیص روان‌پزشک) و غیبت بیش از دو جلسه در فرآیند درمان) بودند. تعداد ۱۵ نفر برای هر گروه بر اساس نرم‌افزار تعیین حجم نمونه G Power 3 و با در نظر

مبتنی بر ذهن‌آگاهی (mindfulness-based cognitive therapy) که علاوه بر این‌که از مولفه‌های تغییرات شناختی برخوردار است، بر توجه فعالانه بر بدن متمرکز می‌باشد^(۱۳) و این غنای محتوایی می‌تواند اثربخشی بیش‌تر و برجسته‌تری نسبت به درمان‌های سنتی شناختی-رفتاری رایج در درمان مشکلات بیماران مبتلا به درد مزمن داشته باشد، کم‌تر در ایران مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است، که پژوهش حاضر می‌خواهد این خلأ پژوهشی را مورد توجه قرار دهد.

تمرین‌های شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی طوری طراحی شده است که توجه به بدن را افزایش می‌دهد. این درمان به‌بیماران کمک می‌کند تا یاد بگیرند چگونه از احساسات بدنی، افکار و هیجانات خود آگاه شوند و به‌شکل غیرمستقیم با کاهش میزان استرس، پاسخ سازگاران‌های به‌علائم هشداردهنده عود بیماری نشان دهند^(۱۳). اصول اساسی این درمان حضور در زمان حال و قضاوت‌نکردن است^(۱۴). نتایج پژوهش‌ها حاکی از این است که این درمان بر کاهش درد، افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به کمر درد مزمن^(۱۵)، کیفیت خواب و شادکامی بیماران مبتلا به درد مزمن^(۱۶)، تاب‌آوری و شدت تجربه درد زنان مبتلا به سردرد مزمن^(۱۷)، خودکارآمدی درد و کیفیت زندگی مردان مبتلا به سردرد مزمن^(۱۸)، کیفیت خواب و شدت درد زنان مبتلا به میگرن^(۱۹) اثربخش است.

با توجه به مطالب مطرح‌شده، در پژوهش حاضر پژوهشگران سعی دارند رویکردی را عملیاتی کنند که ضمن قابلیت اجرایی پژوهش، جنبه جدیدی را دربر داشته باشد و در عین حال، فرضیه اساسی آن‌ها که معتقدند شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر فاجعه‌پنداری درد و بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به درد مزمن موثر می‌باشد را مورد بررسی قرار دهد. با توجه به این‌که نتایج پژوهش‌های قبلی در راستای اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر مشکلات روان‌شناختی زنان مبتلا به درد مزمن بر متغیرهای فاجعه‌پنداری درد و بهزیستی روان‌شناختی در دسترس

مقیاس افکار منفی مرتبط با درد را ارزیابی می کنند. پرسشنامه به صورت لیکرتی از صفر (هیچ وقت) تا ۴ (همیشه) می باشد و شرکت کنندگان از بین آن ها برای توصیف ۱۳ احساس و فکر متفاوت مرتبط با تجربه درد انتخاب می کنند. حداقل نمره فرد در این آزمون صفر و حداکثر ۵۲ می باشد. نمرات پایین تر نشان دهنده فاجعه سازی کم تر می باشد^(۲۰). روایی پرسشنامه در پژوهش Sullivan و همکاران^(۲۰) با روش تحلیل عاملی در مجموع ۶۹/۲۱ درصد از واریانس آزمون تبیین شد که نشان دهنده روایی بالای پرسشنامه بود. در پژوهش Sullivan و همکاران^(۲۰) آلفای کرونباخ خرده مقیاس نشخوار را ۰/۷۰، بزرگنمایی را ۰/۵۹، درماندگی را ۰/۸۳ و نمره کل پرسشنامه را ۰/۸۷ گزارش کردند. در ایران روایی همگرایی این مقیاس با فرم کوتاه افسردگی بک محاسبه شده و همبستگی مثبت و مهنی داری (۳=۰/۴۶) بین این دو مقیاس به دست آمده است^(۳۱). پژوهش Mohammadi و همکاران^(۳۲) آلفای کرونباخ خرده مقیاس نشخوار ۰/۶۵، بزرگنمایی ۰/۵۳، درماندگی ۰/۸۱ و نمره کل پرسشنامه ۰/۸۴ گزارش شده است. در این پژوهش، آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۸۲ محاسبه گردید.

مقیاس بهزیستی روان شناختی: این مقیاس را Ryff در سال ۱۹۸۰ طراحی نمود. فرم اصلی دارای ۱۲۰ پرسش بود ولی در بررسی های بعدی فرم های کوتاه تر ۸۴ سوالی، ۵۴ سوالی و ۱۸ سوالی نیز پیشنهاد گردید. در این پژوهش از فرم ۱۸ سوالی آن استفاده شد. مقیاس های بهزیستی روان شناختی دارای شش خرده مقیاس پذیرش خود، رابطه مثبت با دیگران، خودمختاری، زندگی هدفمند، رشد شخصی و تسلط بر محیط است. در فرم ۸۴ سوالی هر عامل دارای ۱۴ پرسش، و در فرم ۱۸ سوالی هر عامل ۳ سوال دارد. گزینه های این پرسشنامه شش گانه بوده و از کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافق (۶) نمره گذاری می شود. حداقل نمره پرسشنامه ۱۸ و حداکثر آن ۱۰۸ است. نمره بالاتر بیانگر بهزیستی روان شناختی بهتر است. ضریب پایایی این پرسشنامه به روش بازآزمایی برای کل

گرفتن پارامترهای زیر محاسبه شد. اندازه اثر=۰/۳۹؛ ضریب آلفا=۰/۰۵؛ توان آزمون=۰/۶۸؛ Repetitions=۲؛ Critical F=۲/۱۹۹؛ Noncentrality parameter $\lambda=۱۲/۰۸۹$ ؛ Numerator df=۱؛ Denominator df=۲۹؛ Pillai V=۰/۲۹؛ power همه اصول اخلاقی در این مقاله رعایت شده است. شرکت کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. اطلاعات آن ها محرمانه نگه داشته شدند و در پایان درمان، گروه کنترل نیز تحت مداخله قرار گرفتند. برای برگزاری جلسات درمانی، از افراد هیچ هزینه ای دریافت نشد. اطلاعات جمعیت شناختی که از نمونه ها جمع آوری شوند شامل سن، زمان سپری شده از شروع دردهای مزمن عضلانی-اسکلتی و سطح تحصیلات بود.

برای جلوگیری از تبادل اطلاعات بین افراد گروه آزمایش و کنترل، از آن ها خواسته شد تا چهار ماه پس از اتمام درمان، درباره محتوای جلسات با یکدیگر گفتگویی نداشته باشند. جلسات درمانی، دوشنبه ها بعد از ظهر، از ساعت ۱۷ الی ۱۸ و نیم، توسط یک مشاور با درجه دکتری تخصصی مشاوره و یک روان شناس با درجه کارشناسی ارشد در یک مرکز مشاوره خصوصی در شهر تبریز برگزار شد. بعد از اتمام جلسات (پس آزمون) و چهار ماه پس از اتمام درمان (پیگیری)، اعضای هر دو گروه با استفاده از ابزارهای اندازه گیری ارزیابی شدند. جهت جلوگیری از ریزش اعضای گروه ها، حین مصاحبه اولیه با تک تک آن ها از اعضا خواسته شد تعهد خود را نسبت به شرکت در کل جلسات حفظ کنند. این امر در طول جلسات نیز رصد می شد و همبستگی گروهی که بین اعضا ایجاد شده بود، مانع ریزش افراد گروه گردید.

پرسشنامه فاجعه پنداری درد: این پرسشنامه توسط Sullivan و همکاران در سال (۱۹۹۵) ساخته شده و هدف آن ارزیابی ابعاد مختلف فاجعه سازی درد و مکانیزم اثر این فاجعه سازی است. این پرسشنامه ۱۳ سوالی دارای سه خرده مقیاس نشخوار، بزرگنمایی و درماندگی می باشد و این سه خرده

بازآزمایی، با دو ماه فاصله، ضریب پایایی ۰/۸۲ برای کل مقیاس، و برای خرده‌مقیاس‌های پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد شخصی به‌ترتیب ضرایب ۰/۷۱، ۰/۷۷، ۰/۷۸، ۰/۷۷، ۰/۷۸ و ۰/۷۰ و ۰/۷۸ به‌دست آمد^(۳۴). در پژوهش حاضر، پایایی کل این مقیاس توسط ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به‌دست آمد.

پس از اجرای پیش‌آزمون، اعضای گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (دو ماه؛ هفته‌ای یک جلسه) شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را به‌صورت گروهی طبق برنامه درمانی Segal و همکاران^(۳۵) دریافت کردند (جدول ۱)؛ اما اعضای گروه کنترل هیچ درمانی را دریافت نکردند. برای تجزیه و تحلیل آماری از نرم‌افزار SPSS ورژن 24 استفاده شد. در این پژوهش از آزمون تی مستقل، خی‌دو و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده گردید. در این پژوهش سطح معناداری معادل ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

پرسشنامه ۰/۸۲ و خرده‌مقیاس‌های پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد شخصی به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۷۷، ۰/۷۸، ۰/۷۷، ۰/۷۸ و ۰/۷۰ به‌دست آمده است. روایی این آزمون با استفاده از روش روایی سازه با اجرای مقیاس بهزیستی روان‌شناختی و پرسشنامه شادکامی محاسبه شده که همبستگی آن‌ها ۰/۶۸ به‌دست آمده است، که نشانگر روایی قابل قبولی است^(۳۳). روایی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی در ایران به‌کمک روش روایی سازه، با اجرای مقیاس بهزیستی روان‌شناختی، پرسشنامه شادکامی آکسفورد، پرسشنامه عزت‌نفس روزنبرگ و همبستگی خرده‌مقیاس‌ها با یکدیگر و با مقیاس اصلی محاسبه گردید. همبستگی بین مقیاس بهزیستی روان‌شناختی با مقیاس رضایت از زندگی، پرسشنامه شادکامی آکسفورد و پرسشنامه عزت‌نفس روزنبرگ به‌ترتیب ۰/۴۸، ۰/۵۸ و ۰/۱۷ به‌دست آمد^(۳۴). در تعیین پایایی این ابزار در ایران به‌روش

تیتراژ

جلسه	شرح جلسات
اول	هدف: آگاهی بیش‌تر از احساسات، افکار و حس‌های بدنی لحظه به لحظه و تجربه بودن در لحظه. موضوع: توضیح درباره اهمیت حضور در لحظه حال و بودن در این‌جا و اکنون، و بازکردن مفهوم ذهن‌آگاهی برای اعضا با استفاده از چند فن، و یاد گرفتن انجام امور روزمره، همراه با توجه کردن به آن‌ها.
دوم	هدف: توجه به احساسات و افکار، و گسترش و پذیرش افکار و احساسات ناخوشایند. موضوع: پی‌بردن به ذهن سرگردان و تمرین توجه به بدن، احساس جسمی و فیزیکی و توجه به تنفس.
سوم	هدف: مهارت‌های پاسخ‌گویی به فکر یا احساس ناخوشایند. موضوع: آرام گرفتن ذهن سرگردان با تمرین تنفس و مرور بدن، مراقبه نشسته و انجام تمرین‌هایی که توجه را به‌لحظه حال می‌آورند.
چهارم	هدف: جلوگیری از ایجاد تثبیت افکار منفی. موضوع: یاد گرفتن این‌که بدون فرار و دوری کردن از افراد، در لحظه اکنون باقی بمانیم و تلاطم افکار را نظاره کنیم.
پنجم	هدف: تغییر عادات قدیمی فکر کردن مانند شناخت امور روزمره خودکار، بی‌انگیزه بودن در کارها، بی‌نتیجه دانستن فعالیت‌ها، فرار یا اجتناب از موقعیت‌های سخت زندگی، آرزوهای بزرگ داشتن، مقایسه همیشگی وضع موجود خود با وضعیت دل‌خواه. موضوع: آگاهی کامل از افکار و احساسات و پذیرفتن آن‌ها بدون قضاوت و دخالت مستقیم.
ششم	هدف: آگاه شدن از علایم هشداردهنده تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی. موضوع: تغییر خلق و افکار از طریق تلقی افکار به‌عنوان فقط فکر و نه واقعیت.
هفتم و هشتم	هدف: آگاهی از تغییرات جزئی خلق. موضوع: هشیار بودن از نشانه‌های کاهش تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی، و تنظیم برنامه برای روبه‌رو شدن احتمالی با نشانه‌های کاهش تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی؛ برنامه‌ریزی برای آینده و استفاده از فنون حضور در لحظه برای ادامه زندگی و تعمیم آن‌ها به کل جریان زندگی.

تیترا

متغیر	گروه آزمایش	گروه کنترل	p
سن (سال) (میانگین $\pm$ انحراف معیار)	۴۷/۹۳ $\pm$ ۴/۱۴	۴۷/۰۷ $\pm$ ۴/۳۴	۰/۶۶۱ •
زمان سپری شده از شروع دردهای مزمن عضلانی-اسکلتی (ماه) (میانگین $\pm$ انحراف معیار)	۶/۱۳ $\pm$ ۱/۴۵	۶/۷۳ $\pm$ ۱/۲۸	۰/۲۴۱ •
سطح تحصیلات			
دیپلم و فوق دیپلم (تعداد- درصد)	۴ (۲۶،۷)	۴ (۲۶،۷)	۰/۲۰۲ ••
لیسانس (تعداد- درصد)	۷ (۴۶/۷)	۶ (۴۰)	
فوق لیسانس و بالاتر (تعداد- درصد)	۴ (۲۶،۷)	۵ (۳۳،۳)	

آزمون: تی مستقل، •، خی دو •• * $p < ۰/۰۵$ اختلاف معنی دار**دول ۱: خلاصه جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذه****نتایج**

اطلاعات مربوط به ویژگی‌های جمعیت شناختی زنان مبتلا به درد مزمن در جدول ۲ ارائه شده است. در این پژوهش هیچ ریزشی در نمونه‌ها اتفاق نیفتاد و ۱۵ عضو گروه آزمایش به‌طور کامل مداخله را دریافت کردند. در جدول ۲، یافته‌های توصیفی متغیرهای سن، زمان سپری شده از شروع دردهای مزمن عضلانی-اسکلتی و سطح تحصیلات آزمودنی‌ها آورده شده است. در جدول ۲، سطوح معناداری به‌دست آمده نشان می‌دهند که بین اعضای دو گروه از نظر سن، زمان سپری شده از شروع دردهای مزمن عضلانی-اسکلتی و سطح تحصیلات تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($p > ۰/۰۵$).

جدول ۲ در درد پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، آزمون Shapiro-Wilk نشان دادند که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع متغیرهای مورد مطالعه در نمونه مورد بررسی محقق شده است؛ زیرا مقادیر Z محاسبه شده در سطح ($p > ۰/۰۵$) معنی دار نیستند. در آزمون ام باکس، از آنجایی که F متغیرهای فاجعه‌پنداری درد ($F = ۲/۰۲۹$) و بهزیستی روان‌شناختی ($F = ۲/۰۴۴$) به‌ترتیب در سطح ۰/۰۵۸ و ۰/۰۵۵ معنادار نبودند، می‌توان گفت که مفروضه همسانی

ماتریس واریانس-کوواریانس برای متغیرها برقرار شده است. از سوی دیگر، آزمون کرویت موخلی نشان دادند با توجه به این که مقدار کرویت موخلی (۰/۶۰۰) متغیر فاجعه‌پنداری درد در سطح خطای داده شده (۰/۳۸۳) و مقدار کرویت موخلی (۰/۶۵۰) متغیر بهزیستی روان‌شناختی در سطح خطای داده شده (۰/۳۲۱) معنی دار نیست، می‌توان کرویت ماتریس واریانس-کوواریانس متغیرهای وابسته را پذیرفت؛ بنابراین، این پیش‌فرض نیز برقرار است. در آخر، نتایج آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس خطا در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان داد که با توجه به عدم معنی‌داری مقدار F متغیرها در سطح خطای کوچک‌تر از (۰/۰۵) می‌توان گفت که واریانس خطای متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با هم برابر بوده و از این جهت فرض همسانی واریانس‌های خطا نیز برقرار است.

همان‌طور که در جدول ۳ نشان داده شده است، میانگین نمرات فاجعه‌پنداری درد و بهزیستی روان‌شناختی در گروه آزمایش و کنترل قبل از مداخله یکسان بوده و بعد از مداخله در گروه آزمایش کاهش داشته‌اند و این کاهش تا چهار ماه پس از درمان و در مرحله پیگیری دارای ثبات است.

تیترا

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
فاجعه‌پنداری درد	آزمایش	۳۷/۰۷±۴/۵۷	۳۱/۸۷±۴/۷۴	۳۲/۰۰±۴/۸۲
	کنترل	۳۹/۰۰±۵/۲۹	۳۹/۲۷±۵/۱۳	۳۹/۴۰±۵/۳۰
	سطح معنی‌داری بین گروه‌ها	$p > ۰/۲۹۴$	$p < ۰/۰۰۱$	$p < ۰/۰۰۱$
بهزیستی روان‌شناختی	آزمایش	۴۷/۲۰±۴/۱۵	۵۵/۸۷±۴/۲۲	۵۵/۸۰±۴/۱۳
	کنترل	۴۶/۶۰±۴/۵۶	۴۶/۷۳±۴/۵۸	۴۶/۸۰±۴/۶۳
	سطح معنی‌داری بین گروه‌ها	$p > ۰/۷۸۲$	$p < ۰/۰۰۱$	$p < ۰/۰۰۱$

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار متغیر فاجعه‌پنداری درد و بهزیستی روان‌شناختی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری زنان مبتلا به درد مزمن شهر تبریز در سال ۱۴۰۳ (نوع آزمون: تحلیل واریانس آمیخته $p < ۰/۰۵$ *اختلاف معنادار)

تیترا

تیت متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	MS	F	مقدار اتا	value-P
فاجعه‌پنداری درد	اثر درون گروهی	۱۴۹/۴۲۲	۲	۷۴/۷۱۱	۱۰۵/۱۸۰	۰/۵۹	۰/۰۰۱
	اثر گروه	۷۰۰/۰۱۱	۱	۷۰۰/۰۱۱	۹/۵۶۴	۰/۲۵	۰/۰۰۴
	اثر بین گروهی	۱۱۹۴۶۴/۹۰۰	۱	۱۱۹۴۶۴/۹۰۰	۱/۶۳۲	۰/۷۸	۰/۰۰۱
بهزیستی روان‌شناختی	اثر درون گروهی	۳۵۸/۴۸۹	۲	۱۷۹/۲۴۴	۱۶۴/۶۱۲	۰/۶۵	۰/۰۰۱
	اثر گروه	۸۷۷/۳۴۴	۱	۸۷۷/۳۴۴	۸/۶۱۲	۰/۲۳	۰/۰۰۷
	اثر بین گروهی	۲۲۳۵۰۲/۵۰۰	۱	۲۲۳۵۰۲/۵۰۰	۲/۱۹۴	۰/۷۸	۰/۰۰۱

طول زمان در گروه کنترل نشان داد که بین نمرات آزمودنی‌ها در فاجعه‌پنداری درد و بهزیستی روان‌شناختی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و دوره پیگیری تفاوت معناداری وجود نداشت؛ به این معنی که در طول زمان بهبودی که از لحاظ آماری معنادار باشد، برای این گروه حاصل نشده است. در واقع در این گروه از نظر نمرات فاجعه‌پنداری درد و بهزیستی روان‌شناختی بین سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و دوره پیگیری تفاوت معناداری وجود نداشت ($p > ۰/۰۵$)؛ در صورتی که در گروه آزمایش مقایسه پیامدها در طول زمان نشان داد که در هر دو متغیر فاجعه‌پنداری درد و بهزیستی روان‌شناختی بین پیش‌آزمون نسبت به پس‌آزمون و پیش‌آزمون نسبت به پیگیری تفاوت معناداری وجود داشت ($p < ۰/۰۵$). اما بین پس‌آزمون نسبت به دوره پیگیری تفاوت معناداری وجود نداشت ($p > ۰/۰۵$). این بدین معناست که تا

در جدول ۴ نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای متغیرهای فاجعه‌پنداری درد و بهزیستی روان‌شناختی ارائه شده است. همان‌گونه که نتایج نشان می‌دهد شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی منجر به کاهش معنادار فاجعه‌پنداری درد و افزایش بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به درد مزمن شده است.

جدول ۴: تحلیل اندازه‌گیری مکرر نمره نمرات فاجعه‌پنداری درد و بهزیستی روان‌شناختی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری بین گروه‌ها همان‌گونه که از نتایج جدول ۴ در بعد اثر بین‌گروهی و همچنین مقایسه میانگین‌ها در جدول ۳ مشهود است، بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود داشته است؛ به این معنا که در مقایسه با گروه کنترل، مداخله در گروه آزمایش منجر به بهبود معناداری هم در فاجعه‌پنداری درد و هم سلامت روان‌شناختی شده است. همچنین بررسی مقایسه پیامدها در

یافته است و پس از پایان مداخله این بهبودی ثابت مانده و تغییری نکرده است.

زمانی که مداخله بر روی زنان مبتلا به درد مزمن صورت گرفته نمرات آن‌ها در فاجعه‌پنداری درد و بهزیستی روان‌شناختی بهبود

تیترا

متغیر	مراحل	تفاوت میانگین	سطح معناداری
فاجعه‌پنداری درد	پیش‌آزمون	۲/۴۶	۰/۰۰۱
	پیگیری	۲/۳۳	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	-۲/۴۶	۰/۰۰۱
	پیگیری	-۰/۱۳	۰/۳۱۱
	پیش‌آزمون	-۲/۳۳	۰/۰۰۱
	پیگیری	۰/۱۳	۰/۳۱۱
بهزیستی روان‌شناختی	پیش‌آزمون	-۴/۴۰	۰/۰۰۱
	پیگیری	-۴/۴۰	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۴/۴۰	۰/۰۰۱
	پیگیری	۰/۰۰۱	۱/۰۰۰
	پیش‌آزمون	۴/۴۰	۰/۰۰۱
	پیگیری	-۰/۰۰۱	۱/۰۰۰

ج

آزمون در جدول ۵ نتایج آزمون تقییبی بونفرونی برای مقایسه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و دوره پیگیری نشان داده شده است. در تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر صرفاً مشخص می‌شود که آیا بین میانگین‌ها در دو گروه در سطوح مختلف سنجش تفاوت وجود دارد یا خیر؛ اما نمی‌تواند مشخص کند که این تفاوت مربوط به کدام مراحل سنجش بوده است. به‌همین دلیل از مقایسه‌های دوتایی بین گروه‌ها استفاده می‌شود. یعنی تفاوت نمرات در مراحل سنجش را در دو گروه با هم مقایسه می‌کند. همان‌گونه که جدول نشان می‌دهد بین پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیش‌آزمون-پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد که این نشان‌دهنده این است که تا زمانی که درمان صورت گرفته بین دو گروه مداخله و گواه تفاوت معناداری از نظر میانگین‌ها وجود داشته و در واقع مداخله‌ای که بر روی گروه مداخله انجام گرفته، باعث این تفاوت شده است. اما بررسی

نتایج در پس‌آزمون-پیگیری نشان داد که تفاوتی بین این دو مرحله در مقایسه بین گروه مداخله و گروه گواه وجود نداشته است که این از یک‌سو نشان‌دهنده حفظ اثر درمان در طول زمان و از سوی دیگر تفاوت بین دو گروه به مداخله‌ای بر می‌گردد که بر روی گروه مداخله اعمال شده است؛ زیرا با اتمام درمان تفاوتی مشاهده نشده است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین میزان اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر فاجعه‌پنداری درد و بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به درد مزمن انجام شد. با توجه به نتایج حاصل از تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر، یافته‌ها نشان داد که پس از مداخله شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، میانگین نمرات فاجعه‌پنداری درد و بهزیستی

Bagherzadeh و همکاران^(۱۹) که به ترتیب نشان دادند شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش درد، افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به کمر درد مزمن؛ کیفیت خواب و شادکامی بیماران مبتلا به درد مزمن؛ تاب آوری و شدت تجربه درد زنان مبتلا به سردرد مزمن؛ خودکارآمدی درد و کیفیت زندگی مردان مبتلا به سردرد مزمن؛ کیفیت خواب و شدت درد زنان مبتلا به میگرن اثربخش است، همسو و همراستا می باشد. در تبیین چنین همسویی در این متغیرها باید اشاره نمود که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به دنبال پذیرش فعالانه توسط افراد است و این چیزی است که این رویکرد با ساختار تبیین شده خویش آن را هدف گذاری و جستجو می کند، اهداف شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در مسیر تغییر به گونه ای است که تغییر در نگرش نسبت به مشکل و عمل متعهدانه را می طلبد؛ که این عوامل در پژوهش حاضر نیز سبب تأثیرگذاری شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی شده است.

لازم به ذکر است که پژوهش حاضر از چندین محدودیت برخوردار است که از مهم ترین آن ها کوچک بودن حجم نمونه بود. همچنین، در این پژوهش جهت جمع آوری داده ها از پرسش نامه استفاده شد که به دلیل خودگزارشی بودن ابزارها، امکان سوگیری در پاسخدهی محتمل به نظر می رسد. با توجه به محدودیت جامعه آماری این پژوهش، پیشنهاد می شود جهت دستیابی به نتایج دقیق تر به منظور به کارگیری یافته ها، مطالعات آتی با تعداد نمونه های بزرگ تر تکرار شود. همچنین پژوهشگران بعدی در مداخلات درمانی، نسبت به همسازی دقیق تر افراد نمونه اقدام نمایند تا بتوان مقایسه های دقیق تری از نتایج به دست آورد. همچنین، پیشنهاد می شود علاوه بر بررسی پرسشنامه ای، از سایر روش های گردآوری اطلاعات نظیر مشاهده و مصاحبه نیز استفاده شود. با توجه به نقش مهم زنان در سلامت فرزندان، خانواده و جامعه، و از طرفی

روان شناختی در گروه مداخله به طور معناداری به ترتیب کاهش و افزایش داشتند و این تغییرات در مرحله پیگیری نیز ماندگار بود در حالی که تغییرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری گروه کنترل معنادار نبود؛ بنابراین می توان نتیجه گرفت که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی سبب کاهش فاجعه پنداری درد و افزایش سلامت روان شناختی درد زنان مبتلا به درد مزمن شده است. نتیجه به دست آمده را می توان این گونه تبیین کرد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی تفسیر زنان مبتلا به درد مزمن از احساس درد و پاسخ های آن ها نسبت به دردشان تعیین کننده تجربه درد در آن ها است. افکار فاجعه ساز درد پیش بینی کننده افسردگی و ناتوانی عملکرد در آینده است^(۲۰). در جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با استفاده از فنون ذهن آگاهی و ضمیر مشاهده کننده، توجه افراد به افکار و حالات ذهن و همچنین، بودن در زمان حال جلب می شود که در نمره های فاجعه پنداری درد پس آزمون و پیگیری گروه آزمایش این تأثیر دیده می شود^(۲۵). شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به جای تغییر دادن افکار و احساسات فرد به دنبال تغییر رابطه بیمار با این افکار و احساسات است و به این منظور با استفاده از تکنیک های پذیرش افکار و احساسات به جای اجتناب از آن ها و تکنیک های ذهن آگاهی به منظور افزایش توجه و آگاهی فرد نسبت به افکار، هیجانات و تمایلات، باعث افزایش انعطاف پذیری روان شناختی، هماهنگ شدن رفتارهای سازگارانۀ فرد و افزایش توانایی فرد در جهت فعالیت های انفرادی و اجتماعی می شود^(۲۱) که در این پژوهش، فاجعه پنداری درد و به تبع آن بهزیستی روان شناختی زنان مبتلا به درد مزمن را بهبود بخشیده است که این یافته به نوعی با نتایج پژوهش های Abdolghadery و همکاران^(۱۵)، Kosari Esfahani و همکاران^(۱۶)، Abotalebi و همکاران^(۱۷)، Miragapourtarrah و همکاران^(۱۸)، Hamamchi

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

سهم نویسندگان

امور مربوط به گردآوری داده‌ها، نگارش و تجزیه و تحلیل داده‌ها، اصلاحات مقاله، شناسایی نمونه متشکل از زنان مبتلا به درد مزمن و اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بر عهده هر دو نویسنده مقاله حاضر بوده است.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر تقدیر و تشکر نمایند.

References

1. Sommer C, Rittner H. Pain research in 2023: towards understanding chronic pain. *Lancet Neurol* 2024; 23(1): 27-28.
2. Langford DJ, Baron R, Edwards RR, Gewandter JS, Gilron I, Griffin PR, et al. What should be the entry pain intensity criteria for chronic pain clinical trials? An IMMPACT update. *Pain* 2023, 164(9): 1927-1930.
3. Hooten WM. Chronic Pain and Mental Health Disorders: Shared Neural Mechanisms, Epidemiology, and Treatment. *Mayo Clin Proc* 2016; 91(7): 955-970.
4. Pandelani FF, Nnanile Nyalunga SL, Pandelani T. Chronic pain: The prevalence of chronic pain in patients attending Soshanguve Community Health Centre. *Canadian Journal of Pain* 2023; 1-22.
5. Hirata J, Tomiyama M, Koike Y, Yoshimura M, Inoue K. Relationship between pain intensity, pain catastrophizing, and self-efficacy in patients with frozen shoulder: a cross-sectional study. *J Orthop Surg Res* 2021; 16(1): 524.
6. Whitney CA, Dorfman CS, Shelby RA, Keefe FA, Gandhi V. Reminders of Cancer Risk and Pain Catastrophizing: Relationships with Cancer Worry and Perceived Risk in Women with a First-Degree Relative with Breast Cancer. *Fam Cancer* 2019; 18(1): 9-18.
7. Schreier AM, Johnson LA, Vohra NA, Muzaffar M. Post-Treatment Symptoms of Pain, Anxiety, Sleep Disturbance, and Fatigue in Breast Cancer Survivors. *Pain Manag Nurs* 2019; 20(2): 146-151.
8. Suso-Ribera C, García-Palacios A, Botella C, Ribera-Canudas MV. Pain Catastrophizing and Its Relationship with Health Outcomes: Does Pain Intensity Matter? *Pain Res Manag* 2017; 2017:9762864.

نتیجه‌گیری

لزوم توجه به سلامت جسمانی و روان‌شناختی آن‌ها پیشنهاد می‌شود که در کلینیک‌های روان‌شناسی دولتی و خصوصی، از شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در زمینه کاهش فاجعه پنداری درد و افزایش بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به درد مزمن استفاده شود.

نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش حاضر نشان داد که پس از ارائه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به زنان مبتلا به درد مزمن، فاجعه پنداری درد آن‌ها به میزان قابل توجهی نسبت به گروه کنترل کاهش و بهزیستی روان‌شناختی‌شان افزایش یافت. لذا این نتایج می‌تواند چارچوبی به درمانگران و متخصصین حوزه سلامت که در ارتباط با این زنان هستند جهت برنامه‌ریزی مداخلات درمانی به‌منظور بهبود فاجعه پنداری درد و بهزیستی روان‌شناختی آن‌ها ارائه بدهد.

9. Ryff CD. Articolo Target. Psychological well-being and health: Past, present and future. JPDS 2016; 1: 7-26.
10. Weiss L A, Westerhof G J, Bohlmeijer ET. Can We Increase Psychological Well-Being? The Effects of Interventions on Psychological Well-Being: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Plos One 2016; 11(6): e0158092.
11. Ennis ZN, Dideriksen D, Vaegter HB, Handberg G, Pottegård A. Acetaminophen for Chronic Pain: A Systematic Review on Efficacy.
12. Niknejad B, Bolier R, Henderson Jr CR, Delgado D, Kozlov E, Löckenhoff CE, et al. Association Between Psychological Interventions and Chronic Pain Outcomes in Older Adults. JAMA Intern Med 2018; 178(6): 830-839.
13. Fumero A, Peñate W, Oyanadel C, Porter B. The Effectiveness of Mindfulness-Based Interventions on Anxiety Disorders. A Systematic Meta-Review. EJIHPE 2020; 10(3): 704-719.
14. Burgess EE, Selchen S, Diplock BD, Rector NA. A Brief Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) Intervention as a Population-Level Strategy for Anxiety and Depression. Int J Cogn Ther 2021; 20:1-19.
15. Abdolghadery M, Kafee M, Saberi A, Aryapouran S. The Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) and Cognitive Behavior Therapy (CBT) on Decreasing Pain, Depression and Anxiety of Patients with Chronic Low Back Pain. JSSU 2014; 21(6): 795-807. [in Persian].
16. Kosari Esfahani L, Fallahi F, Khodagholipour N, Alizadeh Kondori S, Saghiha H. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) on sleep quality and happiness in patients with chronic pain. MJMS 2020; 62(6): 1971-1980. [in Persian].
17. Abotalebi H, yazdchi N, Smkhani Akbarinejhad H. Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy on Resilience and Intensity of Pain Experience of Women With Chronic Headache. JAP 2022; 13(1): 1-13. [in Persian].
18. Miragapourtarrah A, Asadian K, Smkhani Akbarinejhad H. Comparison of the effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness and meaning therapy on pain self-efficacy and quality of life in of men with chronic headache. JAP 2024; 15(1): 1-12. [in Persian].
19. Bagherzadeh Hamamchi N, Abkhooy SH, Smkhani Akbarinejhad H. Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy on Sleep Quality and Intensity Pain of Women with Migraine. JAP 2023; 14(3): 39-49. [in Persian].
20. Sullivan M J L, Bishop S, Pivik J. The Pain Catastrophizing Scale: development and validation. Psychol Assess 1995; 7(4): 524-532.
21. Davoudi I, Zargar Y, Mozaffari pour E, Nargesi F, Molah K. The Relationship Between Pain Catastrophizing, Social Support, Pain-Related Anxiety, Copying Strategies and Neuroticism, with Functional Disability in Rheumatic Patients. Health Psychology, 1(1): 68-80. [in Persian]
22. Mohammadi S, Dehghani M, Heidari M, Sedaghat M, Khatibi A. The evaluation of pain-related psychological similarities among patients with musculoskeletal chronic pain and their spouses. J Behavior Sciences 2013; 7(1): 57- 66. [in Persian].
23. Ryff, C. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. JPSP. 1989; 57: 1069-81.
24. Bayani AA, Mohammad Koochekya A, Bayani A. Reliability and Validity of Ryff's Psychological Well-being Scales. IJPCP 2008; 14(2): 146-51. [in Persian].
25. Segal ZV, Williams JM, Teasdale JD. Mindfulness Based cognitive therapy for

depression. 3rd ed. New York: The Guilford

Press;2013. p.86.