Journal of Anesthesiology and Pain Summer 2021, Vol 13, NO 2



Comparison the Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy with Acceptance & Commitment Therapy on Intensity of Pain Experience & Psychological Well-being of Patients with Spinal Cord Injury

Mina Banan[1], Helen Khalili[2], Hadi Smkhani Akbarinejhad[3]

1. *MA in General Psychology, Islamic Azad University, Tabriz, Iran*
2. *MA in General Psychology, Islamic Azad University, Tabriz, Iran*
3. *Dept of Psychology, University College of Nabi AKram, Tabriz, Iran*

ABSTRACT

Aims and background: The aim of the present study was to compare the efficacy of MBCT with ACT on intensity of pain experience & psychological well-being of patients with spinal cord injury.

Material and Methods: The method of this study was semi-experimental with pre-test, post-test and follow up with the control group. The population of the study consisted of patients with spinal cord injury who referred to welfare counseling centers in Tabriz in year 2021. In total, 30 people were selected by using simple random sampling and randomly divided into three groups. The experimental groups received their group-specific treatment in 8 sessions 1.5 hours. Measuring instruments were visual measurement of pain and Reef's psychological well-being questionnaire. Analysis of findings through repeated measures analysis of variance & Bonferroni post hoc test.

Results: In the pretest, mean and standard deviation of MBCT for intensity of pain experience was (8.50±1.08) and for psychological well-being was (46.10±6.83); in ACT for intensity of pain experience was (8.70±1.16) and for psychological well-being was (45.50±6.31); and in the control group for intensity of pain experience was (8.40±0.96) & for psychological well-being was (44.50±6.68). Both treatments compared to the control group, reduced intensity of pain experience and increased psychological well-being of patients after the test ($p<0.001$). In the follow-up phase, the effect of these two treatments on intensity of pain experience and psychological well-being was lasting ($p<0.001$). The effect of these two treatments on intensity of pain experience and psychological well-being on posttest and follow-up was not different ($p>0.05$).

Conclusion: MBCT and ACT increased the acceptance of the disease in patients with spinal cord injury; thus, they can be considered useful treatment strategies to improve the mental status of this patients.

Keywords: Mindfulness, Acceptance & Commitment Therapy, Intensity of Pain Experience, Psychological Well-being, Spinal Cord Injury

Please cite this paper as:
Banan M, Khalili H, Smkhani Akbarinejhad H[Comparison the Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy with Acceptance & Commitment Therapy on Intensity of Pain Experience & Psychological Well-being of Patients with Spinal Cord Injury (Persian)J Anesth Pain 2021;13(2):98-114.

Corresponding Author: AmirAli Jafarnezhadgero, Associate Prof. of Sports Biomechanics, Dept. of Sports Management Hadi Smkhani Akbarinejhad, Dept of Psychology, University College of Nabi Akram, Tabriz, Iran.
Email: Hadiakbarinejhad@yahoo.com

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-19]

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۱۳، شماره ۲، تابستان ۱۴۰۱

مقایسه اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شدت تجربه درد و بهزیستی روان‌شناختی بیماران آسیب طناب نخاعی

مینا بانان[۱]، هلن خلیلی[۲]، هادی اسمخانی اکبری‌نژاد[۳*]

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز، تبریز، ایران
۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز، تبریز، ایران
۳. گروه روان‌شناسی، موسسه آموزش عالی نبی اکرم (ص)، تبریز، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۰/۱۶ **تاریخ بازبینی: ۱۴۰۱/۱/۲۶** **تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۲/۵**

چکیده

زمینـه و هـدف: هـدف پژوهـش حاضـر مقایسـه اثربخشـی شـناخت‌درمانی مبتنـی بـر ذهن‌آگاهـی بـا درمـان مبتنـی بـر پذیـرش و تعهـد بـر شـدت تجربـه درد و بهزیسـتی روان‌شـناختی بیمـاران آسـیب طنـاب نخاعـی بـود.

مـواد و روش‌هـا: روش پژوهـش، نیمه‌تجربـی بـا طـرح پیش‌آزمـون- پس‌آزمـون و پیگیـری بـا گـروه کنتـرل بـود. جامعـه آمـاری پژوهـش را بیمـاران آسـیب طنـاب نخاعـی مراجعه‌کننـده به‌مراکـز مشـاوره بهزیسـتی شـهر تبریـز در سـال ۱۴۰۰ تشـکیل دادنـد. ۳۰ نفـر بـا اسـتفاده از روش نمونه‌گیـری هدفمنـد انتخـاب، و به‌صـورت تصادفـی در سـه گـروه قـرار گرفتنـد. گروه‌هـای آزمایشـی، درمـان مختـص گـروه خـود را در ۸ جلسـه ۱,۵ سـاعته دریافـت کردنـد. گـروه کنتـرل درمانـی را دریافـت نکـرد. ابزارهـای اندازه‌گیـری، پرسشـنامه‌های دیـداری سـنجش درد و بهزیسـتی روان‌شـناختی ریـف بودنـد. تجزیـه و تحلیـل یافته‌هـا از طریـق آزمـون تحلیـل واریانـس آمیختـه بـا اندازه‌گیـری مکـرر و آزمـون تعقیبـی بونفرونـی انجـام گرفـت.

یافته‌هـا: در پیش‌آزمـون، میانگیـن و انحـراف معیـار شـناخت‌درمانی مبتنـی بـر ذهن‌آگاهـی بـرای شـدت تجربـه درد (۸,۵۰±۱,۰۸) و بـرای بهزیسـتی روان‌شـناختی (۴۶,۱۰±۶,۸۳)، در درمـان مبتنـی بـر پذیـرش و تعهـد بـرای شـدت تجربـه درد (۸,۷۰±۱,۱۶) و بـرای بهزیسـتی روان‌شـناختی (۴۵,۵۰±۶,۳۱)، و در گـروه کنتـرل بـرای شـدت تجربـه درد (۸,۴۰±۰,۹۶) و بـرای بهزیسـتی روان‌شـناختی (۴۴,۵۰±۶,۶۸) بـود. هـر دو درمـان در مقایسـه بـا گـروه کنتـرل، شـدت تجربـه درد و بهزیسـتی روان‌شـناختی بیمـاران را در پس‌آزمـون به‌ترتیـب کاهـش و افزایـش دادنـد ($p<۰,۰۰۱$). در مرحلـه پیگیـری، اثـر ایـن دو درمـان بـر شـدت تجربـه درد و بهزیسـتی روان‌شـناختی مانـدگار بـود ($p<۰,۰۰۱$). تأثیـر ایـن دو درمـان بـر شـدت تجربـه درد و بهزیسـتی روان‌شـناختی در مراحـل پس‌آزمـون و پیگیـری یکسـان بـود ($p>۰,۰۵$).

نتیجه‌گیـری: شـناخت‌درمانی مبتنـی بـر ذهن‌آگاهـی و درمـان مبتنـی بـر پذیـرش و تعهـد سـبب افزایـش پذیـرش بیمـاری در بیمـاران آسـیب طنـاب نخاعـی شـدند، از ایـن‌رو می‌تواننـد راهبـرد درمانـی مفیـدی بـرای ارتقـای وضعیـت روانـی ایـن بیمـاران تلقـی شـوند.

واژه‌هـای کلیـدی: ذهن‌آگاهـی، درمان مبتنـی بر پذیرش و تعهد، شـدت تجربه درد، بهزیسـتی روان‌شـناختی، آسـیب طنـاب نخاعی

نویسنده مسئول: هادی اسمخانی اکبری‌نژاد، گروه روان‌شناسی، موسسه آموزش عالی نبی اکرم (ص)، تبریز، ایران
پست الکترونیک: Hadiakbarinejhad@yahoo.com

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-19]

مقدمه

آسیب طناب نخاعی (spinal cord injury) به‌فردی اطلاق می‌شود که به‌هر علتی اعم از ضربه، تومور مغزی یا سرطان، بیماری‌های مغزی و عروقی یا حتی مراحل پیشرفته ضایعات دیسکوپانثی (discopanthy)، نخاع وی از زیر منطقه بصل‌النخاع تا ناحیه انتهای «شبکه دُم‌اسبی» که توسط ستون فقرات محافظت می‌شوند دچار آسیب شده، و مقدار ضایعه آن قسمتی تا قطع کامل و لِه‌شدگی و تغییرات استحاله‌ای است که نتیجه آن ایجاد عوارض حرکتی و حسی و یا خودکار یا یا چند اندام و تنه می‌باشد[۱]. آسیب نخاعی یک عارضه مخرب است که برحسب وسعت و شدت، تغییرات عظیمی در سلامت و سبک زندگی فرد مبتلا ایجاد می‌کند. این عارضه، از جمله مشکل‌ترین معلولیت‌های جسمی به‌حساب می‌آید، که علائم حسی و حرکتی آن، موجب ناتوانی در انجام ساده‌ترین کارهای روزانه شده و شخص مبتلا را در اکثر حوزه‌های زندگی وابسته به‌دیگران می‌کند، و آن‌ها را با اختلال‌های متعدد درگیر می‌کند[۲]. به‌دنبال این تغییرات جدی در زندگی افراد آسیب نخاعی، آن‌ها درگیر مشکلات جسمانی و روان‌شناختی نظیر افسردگی[۳]، افزایش شدت تجربه درد (intensity of pain experience)[۴]، و کاهش بهزیستی روان‌شناختی (psychological well-being)[۵] می‌شوند.

تجربه درد یکی از شایع‌ترین رویدادهایی است که افراد را وادار به درخواست کمک از نظام‌های مراقبتی، بهداشتی و درمانی می‌کند، و نه‌تنها با تنیدگی و ناراحتی ایجاد شده توسط درد، بلکه به‌واسطه پیامدهای تنیدگی‌زای دیگری که برای فرد دردمند دارد، از جمله هزینه‌های درمانی و پیامدهای خانوادگی و شغلی، جنبه‌های مختلف زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد[۶].

به‌نظر Ryff بهزیستی روان‌شناختی فرآیندی در جهت تحقق توانایی‌های بالقوه خود می‌باشد[۷]. 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 به‌همین دلیل هیجانات نامطلوب مثل اضطراب، افسردگی و پرخاشگری را کم‌تر تجربه می‌کنند[۸].

در مداخلاتی که پس از آسیب طناب نخاعی جهت پذیرش، سازگاری و بهبودی هرچه بهتر و سازگاری سریع‌تر با مشکلات برآمده از آن صورت می‌گیرد، لازم است علاوه بر مداخلات پزشکی و طبی، مداخلات روان‌شناختی از جمله مشاوره و روان‌درمانی نیز مدنظر قرار گیرد. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که انواع مداخلات روان‌شناختی نقش موثری در کنترل یا کاهش نشانگان روان‌شناختی، و یا افزایش توانمندی‌های اجتماعی و روانی بیماران آسیب طناب نخاعی دارند[۹]، که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (mindfulness-based cognitive therapy) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (acceptance & commitment therapy) از آن جمله‌اند.

تمرین‌های درمان شناختی 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[۱۰]. اصول اساسی این درمان حضور در زمان حال و قضاوت‌نکردن است[۱۱]. این درمان بر بهزیستی روان‌شناختی[۱۲]، افسردگی[۱۳]، افسردگی و درد مزمن[۱۴]، و درد، افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی[۱۵] بیماران آسیب طناب نخاعی اثربخش است.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک مداخله روان‌شناختی مبتنی بر شواهد است که راهبردهای پذیرش و ذهن‌آگاهی را به‌شیوه‌های مختلفی با راهبردهای تعهد و تغییر رفتار درمی‌آمیزد. این امر با هدف افزایش

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-19]

انعطاف‌پذیری روان‌شناختی انجام می‌شود. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به این معنی است که فرد به‌طور کامل با لحظات کنونی تماس داشته باشد و براساس مقتضیات وضعیتی که در آن قرار دارد متعهد شود که رفتار خود را در راستای ارزش‌هایی که برگزیده است تغییر یا ادامه دهد[۱۶]. با کمک این درمان افراد می‌توانند با پذیرش افکار و احساسات به‌جای اجتناب از آن‌ها و با آگاهی و شناخت از ارزش‌های اصلی شخصی در زندگی در بین گزینه‌های مختلف عملی را انتخاب کنند که مناسب‌تر باشد و به ارزش‌هایشان نزدیک‌تر باشد، نه این‌که عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطرات یا تمایلات آشفته به فرد تحمیل شود[۱۷]. پژوهش‌های مختلف حاکی از این است که این درمان بر تاب‌آوری و خودکارآمدی[۱۸]، اضطراب، افسردگی و استرس[۱۹]، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و تنظیم هیجانی[۲۰]، و توانبخشی[۲۱] بیماران آسیب طناب نخاعی تأثیر دارد. به‌نظر می‌رسد این دو درمان می‌توانند بر شدت تجربه درد و بهزیستی روان‌شناختی بیماران آسیب طناب نخاعی تأثیر بگذارند. با این‌حال، در خصوص اثربخشی آن‌ها بر شدت تجربه درد و بهزیستی روان‌شناختی بیماران آسیب طناب نخاعی، و همچنین مقایسه اثربخشی آن‌ها هیچ پژوهشی صورت نگرفته است. از این‌رو، هدف پژوهش حاضر این است که اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر تجربه درد و بهزیستی روان‌شناختی بیماران آسیب طناب نخاعی مقایسه کند.

مواد و روش‌ها

کد اخلاق پژوهش (IR.IAU.Z.REC.1399.099) بود. روش پژوهش حاضر، نیمه‌تجربی و طرح آن از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه بیماران آسیب طناب نخاعی مراجعه‌کننده به‌مراکز مشاوره بهزیستی شهر تبریز در سال ۱۴۰۰ بود. جهت نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری غیراحتمالی هدفمند استفاده شد. پس از کسب رضایت از مسئولین و بیماران، پرسشنامه‌های دیداری سنجش درد و بهزیستی روان‌شناختی Ryff، در بین ۹۳ بیمار که مایل به‌شرکت در پژوهش بودند اجرا شد (توضیح این‌که پرسشنامه‌ها توسط پژوهش‌گران در حضور آزمودنی‌ها تکمیل شدند)، و از بین آن‌هایی که در این پرسشنامه‌ها به‌ترتیب یک انحراف معیار بالاتر و پایین‌تر از میانگین نمره کسب کردند (۷۳ نفر)، ۳۰ نفر به‌صورت تصادفی، و با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود به مطالعه چون ۱) پذیرش داوطلبانه برای شرکت در پژوهش، ۲) شرکت کامل در جلسات درمانی، ۳) بیماران آسیب طناب نخاعی مراجعه‌کننده به‌مراکز مشاوره بهزیستی شهر، ۴) سنین بین ۲۰ تا ۴۰ سال، ۵) مجرد، ۶) ابتلا به آسیب طناب نخاعی بیش از ۲ سال؛ و ملاک‌های خروج از مطالعه چون ۱) ابتلا به بیماری جدی دیگر به‌غیر از آسیب طناب نخاعی همچون ام. اس، سرطان و...، ۲) استفاده از داروهای روان‌پزشکی، ۳) برخورداری از جلسات مشاوه و روان‌درمانی فردی و گروهی انتخاب، و با استفاده از گمارش تصادفی (به‌شیوه قرعه‌کشی) به دو گروه آزمایشی ۱ و ۲ (هر گروه ۱۰ نفر) و کنترل (۱۰ نفر) تقسیم شدند. تعداد ۱۰ نفر برای هر گروه بر اساس نرم‌افزار تعیین حجم نمونه G Power 3 و با در نظر گرفتن پارامترهای زیر محاسبه شد. اندازه اثر=۰,۳۴؛ ضریب آلفا=۰,۰۵؛ توان آزمون=۰,۶۸؛ Repetitions=3؛ Noncentrality parameter λ=14.621؛ Critical F=3.351؛ Numerator df=2؛ Denominator df=24؛ Actual=0.83 power؛ Pillai V=0.26.

$$n = \frac{2\sigma_d^2 (Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta})^2}{\delta^2}$$

پیش از تقسیم تصادفی، کلیه افراد گروه‌ها از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناسی نظیر سن و مدت زمان ابتلا به آسیب طناب نخاعی همسان شدند. توضیح این‌که

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-19]

در پژوهش حاضر ریزش نمونه نداشته‌ایم. همه اصول اخلاقی در این مقاله رعایت شده است. شرکت‌کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. اطلاعات آن‌ها محرمانه نگه داشته شدند و در پایان درمان، گروه کنترل نیز تحت مداخله قرار گرفتند.

پرسشنامه دیداری سنجش درد: این پرسشنامه پرکاربردترین ابزار سنجش درد در دنیاست. مقیاس دیداری اندازه‌گیری شدت درد یک خط‌کش ۱۰ سانتی متری می‌باشد که در انتهای سمت چپ آن واژه بدون درد و در انتهای سمت راست آن واژه شدیدترین حالت درد نوشته شده است. فرد با توجه به میزان درد خود در ۴۸ ساعت گذشته روی پیوستار علامت می‌گذارد[۲۲]. علاوه بر روایی و پایایی، مهم‌ترین خصیصه این ابزار سادگی استفاده از آن می‌باشد. این ابزار یک معیار ۱۰-۰ سانتی‌متری است، که طرف چپ آن (عدد صفر) بیانگر نداشتن درد و طرف راست آن (عدد ده) بیانگر شدیدترین درد است. کسب نمره ۳-۱ نشان‌دهنده درد خفیف، ۷-۴ درد متوسط و ۱۰-۸ نشان‌دهنده درد شدید می‌باشد[۲۲]. در مطالعات متعددی در خارج از کشور روایی و پایایی علمی این ابزار تأیید شده است[۲۳]. در ایران نیز پایایی این مقیاس با ضریب همبستگی r=۰/۸۸ مورد تأیید قرار گرفته است[۲۳]. پایایی این مقیاس در این مطالعه با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به‌دست آمد.

مقیاس بهزیستی روان‌شناختی: این مقیاس را Ryff در سال ۱۹۸۰ طراحی نمود. فرم اصلی دارای ۱۲۰ پرسش بود ولی در بررسی‌های بعدی فرم‌های کوتاه‌تر ۸۴ سوالی، ۵۴ سوالی و ۱۸ سوالی نیز پیشنهاد گردید. در این پژوهش از فرم ۱۸ سوالی آن استفاده شد. مقیاس‌های 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 ۱۸ سوالی هر عامل دارای ۳ پرسش است. گزینه‌های این پرسشنامه شش‌گانه بوده و از کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافق (۶) نمره‌گذاری می‌شود. حداقل نمره پرسشنامه ۱۸ و حداکثر آن ۱۰۸ است. نمره بالاتر بیانگر بهزیستی روان‌شناختی بهتر است[۲۴]. ضریب پایایی این پرسشنامه به روش بازآزمایی برای کل پرسشنامه ۰,۸۲ و خرده مقیاس‌های 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، ۰,۷۰ و ۰,۷۸، به‌دست آمده است[۲۴]. 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[۲۴]. 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[۲۵]. در تعیین پایایی این ابزار در ایران به‌روش بازآزمایی، با دو ماه فاصله، ضریب پایایی ۰/۸۲ برای کل مقیاس، و برای خرده‌مقیاس‌های پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط برمحیط، زندگی هدفمند و رشد شخصی به‌ترتیب ضرایب ۰,۷۱، ۰,۷۷، ۰,۷۸، ۷۷/۰، ۰,۷۰ و ۷۸/۰ به‌دست آمد[۲۵]. در پژوهش حاضر، پایایی کل این مقیاس توسط ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۰ به‌دست آمد.

پس از اجرای پیش‌آزمون، اعضای گروه آزمایش اول، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (۲ ماه، هفته‌ای یک جلسه) شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را به‌صورت گروهی طبق برنامه درمانی Segal, Williams & Teasdale[۲۶] دریافت کردند (جدول ۱). اعضای گروه آزمایش دوم نیز، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (۲ ماه، هفته‌ای یک جلسه) از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌صورت گروهی، طبق برنامه درمانی Hayes & Lillis[۱۶] برخوردار شدند (جدول

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-19]

۲). اعضای گروه کنترل هیچ درمانی را دریافت نکردند. برای جلوگیری از تبادل اطلاعات بین افراد گروه‌های آزمایش، از آن‌ها خواسته شد تا ۴ ماه پس از اتمام درمان، درباره محتوای جلسات با یکدیگر گفت‌وگویی نداشته باشند. جلسات درمانی، توسط ۱ مشاور با درجه دکتری تخصصی مشاوره و ۲ روان‌شناس با درجه کارشناسی ارشد در یک مرکز مشاوره خصوصی در شهر تبریز برگزار شدند. بعد از اتمام جلسات (پس‌آزمون)، و ۴ ماه پس از اتمام درمان (پیگیری)، اعضای هر سه گروه با استفاده از ابزارهای اندازه‌گیری ارزیابی شدند. جهت جلوگیری از ریزش اعضای گروه‌ها، حین مصاحبه اولیه با تک‌تک آن‌ها، از اعضا خواستیم تعهد خود را نسبت به شرکت در کل جلسات حفظ کنند. این امر در طول جلسات هم رصد می‌شد و همبستگی گروهی که بین اعضا ایجاد شده بود، مانع ریزش افراد گروه شد. برای تجزیه و تحلیل آماری از نسخه ۲۴ نرم‌افزار SPSS استفاده شد. جهت بررسی فرضیه پژوهش از آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون تعقیبی بونفرنی استفاده شد. در این پژوهش سطح معنی‌داری ۰،۰۵ در نظر گرفته شد.

جدول ۱: محتوای جلسات و پروتکل شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی

جلسه	شرح جلسات
اول	هدف: آگاهی بیش‌تر از احساسات، افکار و حس‌های بدنی لحظه به لحظه وتجربه بودن در لحظه. موضوع: توضیح درباره اهمیت حضور در لحظه حال و بودن در این‌جا و اکنون، و بازکردن مفهوم ذهن‌آگاهی برای اعضا با ستفاده 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:جلوگیری‌ازایجادتثبیت‌افکارمنفی.موضوع:یادگرفتن‌این‌که‌بدون‌فرارودوری‌کردن‌ازافراد،درلحظه‌اکنون‌باقی‌بمانیم‌وتلاطم‌افکاررانظاره‌کنیم.
پنجم	هدف: تغییرعادات 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 جزیی 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.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-19]

جدول ۲: محتوای جلسات و پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش

جلسه	شرح جلسات
اول	برقراری رابطه درمانی، آشناکردن افراد با موضوع پژوهش، پاسخ به‌پرسشنامه‌ها و بستن قرارداد درمانی
دوم	کشف و بررسی روش‌های درمانی بیمار، ارزیابی میزان تأثیر آن‌ها، بحث درباره موقتی وکم‌اثر بودن درمان‌ها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخوردها و ارائه تکالیف
سوم	کمک به‌مراجع برای تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل و پی بردن به‌بیهودگی آن‌ها، پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آن‌ها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
چهارم	توضیح درباره اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای آن‌ها، آموزش گام‌های پذیرش، تغییر مفاهیم زبان با استفاده از تمثیل، آموزش تن‌آرامی، دریافت بازخورد و ارائه تکالیف
پنجم	معرفی مدل سه‌بُعدی به‌منظور بیان ارتباط مشترک رفتار/ احساسات، کارکر دهای روان‌شناختی و رفتار قابل مشاهده و بحث درباره تلاش برای تغییر رفتار بر اساس آن، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
ششم	توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به‌عنوان زمینه، برقراری ارتباط با خود با استفاده از تمثیل، آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌هایی که جزء محتوای ذهنی هستند، دریافت بازخورد و ارائه تکالیف
هفتم	توضیح مفهوم ارزش‌ها، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمندکردن مراجع برای زندگی بهتر، تمرین تمرکزآگاهی، دریافت بازخورد و ارائه تکالیف
هشتم	آموزش تعهد به‌عمل، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها، جمع‌بندی جلسات و اجرای پس‌آزمون

نتایج

میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان در مطالعه ۶,۲۱±۲۹,۸۳ سال و میانگین و انحراف معیار مدت زمان ابتلا به آسیب طناب نخاعی ۰,۹۰±۴,۵۳ سال بود. در جدول ۳، میانگین و انحراف معیار سن و مدت زمان ابتلا به آسیب طناب نخاعی آزمودنی‌ها مقایسه شده است. نتایج نشان می‌دهد که بین سه گروه از نظر سن و مدت زمان ابتلا به آسیب طناب نخاعی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-19]

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار سن و مدت زمان ابتلا به آسیب طناب نخاعی بیماران آسیب طناب نخاعی شهر تبریز در سال ۱۴۰۰ (تعداد در هر گروه ۱۰ نفر)

متغیر	گروه	انحراف معیار ± میانگین	سطح معنی‌داری
سن	شناخت‌درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی	۲۹,۴۰±۵,۹۶	p=۰,۹۶۶
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۳۰,۱۰±۷,۱۷	
	کنترل	۳۰,۰۰±۶,۰۹	
	کل	۲۹,۸۳±۶,۲۱	
مدت زمان ابتلا به آسیب طناب نخاعی	شناخت‌درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی	۴,۴۰±۰,۸۴	p=۰,۲۸۸
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۴,۹۰±۰,۷۳	
	کنترل	۴,۳۰±۱,۰۵	
	کل	۴,۵۳±۰,۹۰	

آزمون: تحلیل واریانس یکراهه، # اختلاف معنی‌دار p<۰,۰۵

در بررسی پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر، آزمون شاپیرو ویلک نشان داد پیش‌فرض نرمال‌بودن توزیع متغیرهای مورد مطالعه در نمونه مورد مطالعه محقق شده است، چرا که مقادیر z محاسبه‌شده در سطح (p<۰,۰۵) معنی‌دار نیست. در آزمون ام باکس، چون F متغیرهای شدت تجربه درد (F=۲,۲۹) و بهزیستی روان‌شناختی (F=۲,۶۹) به‌ترتیب در سطح (۰,۵۱۷ و ۰,۴۷۰) معنادار نبودند، بنابراین می‌توان گفت که مفروضه همسانی ماتریس واریانس-کوواریانس برای متغیرها برقرار شده است. در آخر، آزمون کرویت موخلی نشان داد چون مقدار کرویت موخلی (۰,۵۳۵) متغیر شدت تجربه درد در سطح خطای داده‌شده (۰,۴۱۷) و مقدار کرویت موخلی (۰,۵۱۰) متغیر بهزیستی روان‌شناختی در سطح خطای داده‌شده (۰,۳۶۵) معنی‌دار نیست، لذا می‌توان کرویت ماتریس واریانس- کوواریانس متغیرهای وابسته را پذیرفت. پس، این پیش‌فرض نیز برقرار است.

جدول ۴ نشان می‌دهد که بین نمرات متغیر شدت تجربه درد و بهزیستی روان‌شناختی در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معنی‌داری وجود دارد (P<۰,۰۰۱). همچنین نتایج نشان می‌دهد نمرات شدت تجربه درد و بهزیستی روان‌شناختی گروه‌های آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری دارد (P<۰,۰۰۱). علاوه بر آن، تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شدت تجربه درد و بهزیستی روان‌شناختی آزمودنی‌ها بعد از چهار ماه پیگیری نیز ماندگار بوده است (P<۰,۰۰۱). نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته نشان داد اختلاف میانگین نمره شدت تجربه درد و بهزیستی روان‌شناختی گروه‌های درمانی با گروه کنترل معنی‌دار می‌باشد (P<۰,۰۰۱)؛ نتایج مقایسه‌های زوجی برای مرحله پیگیری نیز نشان داد اختلاف میانگین نمرات شدت تجربه درد و بهزیستی روان‌شناختی در گروه‌های درمانی با گروه کنترل معنی‌دار می‌باشد (P<۰,۰۰۱). آزمون تعقیبی بونفرونی نشان داد معنی‌داری تغییرات بین‌گروهی به‌دلیل تفاوت تغییرات

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-19]

گروه‌های درمانی با گروه کنترل است؛ به‌طوری که هم در پس‌آزمون و هم پیگیری، نمرات شدت تجربه درد و بهزیستی روان‌شناختی گروه‌های آزمایشی به‌ترتیب کم‌تر و بیش‌تر از نمره گروه کنترل است، ولی نمره شدت تجربه درد و بهزیستی روان‌شناختی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد متفاوت از هم نیست. بنابراین، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش شدت تجربه درد و افزایش بهزیستی روان‌شناختی برتری نسبت به هم ندارند.

جدول ۴: میانگین و انحراف معیار متغیرهای شدت تجربه درد و بهزیستی روان‌شناختی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بیماران آسیب طناب نخاعی شهر تبریز در سال ۱۴۰۰

متغیر	گروه	پیش‌آزمون انحراف معیار ± میانگین	پس‌آزمون انحراف معیار ± میانگین	پیگیری انحراف معیار ± میانگین	سطح معنی‌داری تغییرات داخل گروهی	سطح معنی‌داری تغییرات بین گروهی
شدت تجربه درد	شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	۸,۵۰±۱,۰۸	۶,۷۰±۰,۸۲	۶,۷۰±۰,۸۲	P<۰,۰۰۱*	P<۰,۰۰۱*
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۸,۷۰±۱,۱۶	۶,۰۰±۰,۸۱	۶,۱۰±۰,۹۹	P<۰,۰۰۱*	
	کنترل	۸,۴۰±۰,۹۶	۸,۲۰±۰,۹۱	۸,۱۰±۰,۷۳	P>۰,۸	
	سطح معنی‌داری در هر مقطع اندازه‌گیری بین گروه‌ها	p>۰,۹۱۷	p<۰,۰۰۱*	p<۰,۰۰۱*	-	-
بهزیستی روان‌شناختی	شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	۴۶,۱۰±۶,۸۳	۵۴,۴۰±۵,۵۰	۵۴,۳۰±۶,۴۴	P<۰,۰۰۱*	P<۰,۰۰۱*
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۴۵,۵۰±۶,۳۱	۵۵,۱۰±۶,۱۳	۵۵,۱۰±۵,۹۹	P<۰,۰۰۱*	
	کنترل	۴۵,۵۰±۶,۶۸	۴۴,۳۰±۶,۵۶	۴۴,۱۰±۶,۵۲	P>۰,۸	
	سطح معنی‌داری در هر مقطع اندازه‌گیری بین گروه‌ها	p>۰,۸۶۲	p<۰,۰۰۱*	p<۰,۰۰۱*	-	-

آزمون: تحلیل واریانس آمیخته، # اختلاف معنی‌دار p<۰,۰۵

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-19]

چون آزمون اثر پیلای در موقعیتهای عملی دارای قدرت بیشتری نسبت به سایر آزمونها دارد، در جدول ۵ نتایج آن گزارش شده است. اطلاعات بخش اول جدول ۵ برای متغیر شدت تجربه درد بیان می‌کند که بین نمرات این متغیر در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین بخش دوم نتایج این جدول نشان می‌دهد که بین نمرات متغیر شدت تجربه درد در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های آزمایش (شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. به‌عبارتی بین زمان و مداخله تعامل وجود دارد. و نیز، اطلاعات بخش اول جدول ۵ برای متغیر بهزیستی روان‌شناختی بیان می‌کند که بین نمرات این متغیر در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین بخش دوم نتایج این جدول نشان می‌دهد که بین نمرات متغیر بهزیستی روان‌شناختی در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های آزمایش (شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. به‌عبارتی بین زمان و مداخله تعامل وجود دارد.

جدول ۵: نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره در بین گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیرهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	تأثیر		مقدار	F	فرضیه درجه آزادی	خطای درجه آزادی	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
شدت تجربه درد	زمان	اثر پیلایی	۰,۸۷	۸۷,۷۲	۲,۰۰	۲۶,۰۰	۰,۰۰۱	۰,۸۷
	زمان*مداخله	اثر پیلایی	۰,۷۴	۷,۹۵	۴,۰۰	۵۴,۰۰	۰,۰۰۱	۰,۳۷
بهزیستی روان‌شناختی	زمان	اثر پیلایی	۰,۹۲	۱,۶۱	۲,۰۰	۰۰۲۶,۰۰	۰,۰۰۱	۰,۹۲
	زمان*مداخله	اثر پیلایی	۰,۸۷	۱۰,۴۷	۴,۰۰	۵۴,۰۰	۰,۰۰۱	۰,۴۳

جهت مقایسه اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شدت تجربه درد و بهزیستی روان‌شناختی بیماران آسیب طناب نخاعی از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. نتایج نشان داد که تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شدت تجربه درد و بهزیستی روان‌شناختی بیماران آسیب طناب نخاعی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری متفاوت از هم نیست.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-19]

جدول ۶: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی بر حسب عضویت گروهی در متغیرهای شدت تجربه درد و بهزیستی روان‌شناختی

متغیر وابسته		گروه ۱	گروه ۲	تفاوت میانگین	انحراف استانداردها	سطح معنی‌داری
شدت تجربه درد	(پیش‌آزمون)	شناخت‌درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۰,۲۰	۰,۴۷	۱,۰۰۰
			کنترل	۰,۱۰		۱,۰۰۰
		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	شناخت‌درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی	۰,۲۰		۱,۰۰۰
			کنترل	۰,۳۰		۱,۰۰۰
		کنترل	شناخت‌درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی	-۰,۱۰		۱,۰۰۰
			درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۰,۳۰		۱,۰۰۰
	(پس‌آزمون)	شناخت‌درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۰,۷۰	۰,۸۳	۰,۲۳۴
			کنترل	-۱,۵۰		۰,۰۰۲
		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	شناخت‌درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی	-۰,۷۰		۰,۲۳۴
			کنترل	-۲,۲۰		۰,۰۰۱
		کنترل	شناخت‌درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی	۱,۵۰		۰,۰۰۲
			درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۲,۵۰		۰,۰۰۱
	(پیگیری)	شناخت‌درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۰,۶۰	۰,۳۸	۰,۳۸۹
			کنترل	-۱,۴۰		۰,۰۰۳
		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	شناخت‌درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی	-۰,۶۰		۰,۳۸۹
			کنترل	-۲,۰۰		۰,۰۰۱
		کنترل	شناخت‌درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی	۱,۴۰		۰,۰۰۳
			درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۲,۰۰		۰,۰۰۱

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-19]

متغیر وابسته		گروه ۱	گروه ۲	تفاوت میانگین	انحراف استانداردها	سطح معنی‌داری
تاب‌آوری	(پیش‌آزمون)	شناخت‌درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۰,۶۰		۱,۰۰۰
			کنترل	۱,۶۰		۱,۰۰۰
		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	شناخت‌درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی	-۰,۶۰	۲,۹۵	۱,۰۰۰
			کنترل	۱,۰۰		۱,۰۰۰
		کنترل	شناخت‌درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی	-۱,۶۰		۱,۰۰۰
			درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۱,۰۰		۱,۰۰۰
	(پس‌آزمون)	شناخت‌درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۰,۷۰		۱,۰۰۰
			کنترل	۱۰,۱۰		۰,۰۰۵
		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	شناخت‌درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی	۰,۷۰	۲,۸۶	۱,۰۰۰
			کنترل	۱۰,۸۰		۰,۰۰۲
		کنترل	شناخت‌درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی	-۱۰,۱۰		۰,۰۰۵
			درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۱۰,۸۰		۰,۰۰۲
	(پیگیری)	شناخت‌درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۰,۸۰		۱,۰۰۰
			کنترل	۱۰,۲۰		۰,۰۰۴
		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	شناخت‌درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی	۰,۸۰	۲,۸۲	۱,۰۰۰
			کنترل	۱۱,۰۰		۰,۰۰۲
		کنترل	شناخت‌درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی	-۱۰,۲۰		۰,۰۰۲
			درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۱۱,۰۰		۰,۰۰۴

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-19]

بحث

هدف از پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با درمان مبتنی بر پذیرش بر شدت تجربه درد و بهزیستی روان‌شناختی بیماران آسیب طناب نخاعی بود. تحلیل داده‌ها نشان داد که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش بر کاهش شدت تجربه درد و افزایش بهزیستی روان‌شناختی بیماران آسیب طناب نخاعی تأثیر دارند، و تأثیر این دو درمان بر شدت تجربه درد و بهزیستی روان‌شناختی بیماران آسیب طناب نخاعی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری متفاوت از هم نیست. همچنین، یافته‌ها نشان داد که تغییرات نمره شدت تجربه درد و بهزیستی روان‌شناختی در زمان‌های مورد بررسی در گروه‌ها متفاوت بوده و اثر زمان معنی‌دار است؛ یعنی اثر متقابلی بین زمان و مداخله وجود دارد و با گذشت زمان از شروع مداخله، نمرات شدت تجربه درد و بهزیستی روان‌شناختی به‌ترتیب کاهش و افزایش یافتند و تأثیرات ناشی از حضور در گروه‌های آزمایشی با نزدیک شدن به پایان مداخله بر روی نمرات شدت تجربه درد و بهزیستی روان‌شناختی افراد در هر دو گروه آزمایشی مثبت بود. درباره اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌توان نتیجه گرفت که این درمان بر شدت تجربه درد و بهزیستی روان‌شناختی بیماران آسیب طناب نخاعی اثربخش است. در این راستا Abdi و همکاران[۱۲]، Hearn و همکاران[۱۳]، Finlay & Hearn[۱۴]، و Cross & Hearn(۱۵) در پژوهش‌های خود نشان دادند که این درمان بر بهزیستی روان‌شناختی؛ افسردگی؛ افسردگی و درد مزمن؛ و درد، افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی بیماران آسیب طناب نخاعی موثر است. نتیجه پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های مذکور همسو می‌باشد. هیچ پژوهشی مبنی بر ناهمسو بودن با نتیجه پژوهش حاضر پیدا نشد، تا بتوان علت شباهت و تفاوت نتایج مطالعات را بحث و بررسی نمود.

چون ذهن‌آگاهی، احساس بدون‌قضاوت و متعادلی از آگاهی است که به‌واضح‌دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده‌های فیزیکی، همان‌طور که اتفاق می‌افتند، کمک می‌کند[۲۷]، بنابراین آموزش آن به‌بیماران مبتلا به آسیب طناب نخاعی باعث می‌شود که آنان احساسات و نشانه‌های فیزیکی خود از جمله درد را بپذیرند و قبول و پذیرش این احساسات باعث کاهش توجه و حساسیت بیش از حد نسبت به گزارش این نشانه‌های بدنی و درد در آنان می‌شود. به‌عبارت دیگر می‌توان گفت که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی موجب می‌شود که افراد مبتلا به آسیب طناب نخاعی با انجام تمرین‌های ذهن‌آگاهی مانند وارسی بدن و بازارزیابی مثبت افکار شناخت و آگاهی خود را نسبت به درد کاهش دهند و از این طریق به کاهش شدت درد خویش کمک نمایند. مکانیسم‌های اثرگذار ذهن‌آگاهی مانند مواجهه، تغییر شناختی، مدیریت خود، آرام‌سازی و پذیرش باعث کاهش شدت درد می‌شوند؛ به‌بیان دیگر افراد مهارتی یاد می‌گیرند که به‌کمک آن در هر لحظه نسبت به‌حالات بدنی، احساسات و افکار خود آگاه باشند و طی تمرین‌ها حالت‌های بدنی و ذهنی معیوب را شناسایی کنند و به‌جای واپس‌رانی و کنترل آن‌ها، آن‌ها را بپذیرد و در زمان حال نگه دارد و کنار بگذارد، یعنی به‌جای انکار، وجود آن‌ها را می‌پذیرد و همین پذیرش بار منفی این حاالت را پایین آورده و مانع پیشرفت علائم می‌شود. در حقیقت، به‌کاربردن تکنیک‌های ذهن‌آگاهی باعث ایجاد تغییراتی در الگوهای فکری فرد می‌شود. برای مثال، کاربرد تکنیک مشاهده افکار مرتبط با درد بدون قضاوت‌کردن درباره آن، می‌تواند منجر به‌فهم و درک این نکته گردد که این تجربیات تنها فکر هستند و نمایانگر حقیقت یا واقعیت نیستند. بنابراین، نباید باعث رفتارهای اجتنابی در بیماران شوند. آموزش ذهن‌آگاهی شامل حفظ آگاهی به‌صورت ارادی و براساس توجه به‌موضوعات خاص مانند احساسات بدنی از یک لحظه به لحظه دیگر است. پُر واضح است افرادی که به‌وقت تجربه درد، درگیر نشخوارهای

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-19]

فکری منفی درباره درد می‌شوند تا حد زیادی توانایی تمرکز بر تجربیات لحظه حال با یک دیدگاه غیرقضاوتی را از دست می‌دهند، ذهن‌آگاهی به‌عنوان یک متغیر فراشناخت از طریق توقف پردازش‌های مفهومی به‌تنظیم هیجان کمک می‌کند[۲۷].

درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به بیماران 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[۲۸]. انجام تمرینات ذهن‌آگاهی باعث رشد عواملی چون مشاهده، غیرقضاوتی‌بودن، غیرواکنشی‌بودن و عمل همراه با هوشیاری، و در نهایت رشد بهزیستی روان‌شناختی، کاهش استرس و نشانه‌های روان‌شناختی می‌شود. در حقیقت، وقتی ذهن‌آگاهی افزایش می‌یابد توانایی برای عقب ایستادن و مشاهده کردن حالت‌هایی مثل اضطراب افزایش می‌یابد، در نتیجه فرد می‌تواند خود را از الگوهای رفتاری اخودکار رها کند و از طریق درک و دریافت مجدد، دیگر با حالت‌هایی مثل اضطراب و ترس کنترل نشود، بلکه می‌تواند از اطلاعات برخواسته از این حالت‌ها استفاده کند و با هیجانات همراه باشد و در نتیجه بهزیستی روان‌شناختی خود را ارتقاء دهد[۲۶].

درباره اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هم می‌توان نتیجه گرفت که این درمان بر شدت تجربه درد و بهزیستی روان‌شناختی بیماران آسیب طناب نخاعی اثربخش است. پژوهش‌های Abedini و همکاران[۱۸]، Torabian و همکاران[۱۹]، Khanjani و همکاران[۲۰]، و Huang و همکاران[۲۱] نشان دادند که این درمان بر تاب‌آوری و خودکارآمدی، اضطراب، افسردگی و استرس، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و تنظیم هیجانی، و توانبخشی بیماران آسیب طناب نخاعی اثربخش است. هیچ پژوهشی مبنی بر ناهمسو بودن با نتیجه پژوهش حاضر پیدا نشد، تا بتوان علت شباهت و تفاوت نتایج مطالعات را بحث و بررسی نمود.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد رویکردی است که از فرآیندهای پذیرش، تمرکز ذهنی، تعهد و فرآیندهای تغییر رفتار به‌منظور ایجاد انعطاف‌پذیری استفاده می‌کند. مدل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پذیرش هرچه بیش‌تر، آگاهی متمرکز بر لحظه حال و درگیری و مشارکت در فعالیت‌هایی که در راستای ارزش‌های شخصی است تأکید دارد. به‌نظر می‌رسد که پذیرش فرآیند کلیدی درگیر در دستاوردهای درمانی کاهش اثر تجربیات دردناک بر کارکردهای هیجانی، همچنین پیش‌بین کارکردهای فرد در آینده می‌باشد[۱۶]. اصلی‌ترین سازه نظری در پذیرش، مبتنی بر درمان‌های رفتاری از قبیل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است، که به‌معنای توانایی برای انجام عمل مؤثر در راستای ارزش‌های فردی علی‌رغم حضور درد است[۱۷]. اجتناب از درد که بنابر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد معادل اجتناب تجربه‌ای است به‌واسطه نقش مهمی که در آسیب‌شناسی روانی دارد، تاب‌آوری افراد را در مقابل درد مزمن کاهش می‌دهد. در واقع اجتناب از درد با ایجاد رفتارهای انعطاف‌ناپذیر و غیرموثر مانع تجربه مستقیم درد (اجتناب تجربه‌ای) و در نهایت مختل شدن عملکرد فرد می‌شود. در صورتی‌که در تاب‌آوری فرد با وجود درد و هیجانات منفی، باز هم عملکرد موثر خود را حفظ می‌کند. بنابراین با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به‌کمک فرآیند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اجتناب از درد و رفتارهای غیرموثر خنثی می‌شود، عملکرد فرد مختل نمی‌شود[۱۸] و در واقع تاب‌آوری فرد در مقابل درد افزایش می‌یابد. همچنین در دیدگاه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اجتناب تجربه‌ای از رویدادهای درونی به‌واسطه آمیختگی شناختی ایجاد می‌شود و فرد به‌دلیل این‌که فکر یک رویداد را با اتفاق واقعی رویداد یکی می‌کند، دست به‌رفتارهایی برای جلوگیری از آن اتفاق می‌زند[۱۹].

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بهزیستی روان‌شناختی بیماران آسیب طناب نخاعی را از طریق عواملی چون

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-19]

پذیرش بدون قضاوت، بودن در لحظه حال، کنار آمدن با تجارب درونی بدون اجتناب، سرکوب و یا تلاش برای تغییر آن‌ها، بهبود تنظیم هیجان با مکانیسم‌هایی مانند کاهش آسیب‌پذیری برای هیجانات منفی بهبود می‌بخشد. بیمار مبتلا به آسیب طناب نخاعی نیازمند راهبردهایی است تا بتواند قدرت سازگاری و توان مقابله خود را حفظ نماید، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به این بیماران کمک می‌کند تا خود را بهعنوان شکست‌خورده، آسیب‌دیده و یا بدون امید تصور نکرده تا زندگی دارای معنا و ارزش شود. همچنین به این بیماران کمک می‌کند تا درد را به‌عنوان جزیی از زندگی در نظر بگیرند نه یک وجود خارجی برای خلاص‌شدن از آن[۲۹]. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تأثیراتی که بر تنظیم هیجان و تغییرات رفتاری فرد می‌گذارد، منجر به‌تغییراتی در سبک زندگی و نگرش به زندگی در فرد می‌شود؛ پذیرش شرایط، بدون تلاش برای تغییر آن می‌تواند مستقیماً در بهبود بهزیستی روان‌شناختی موثر باشد[۳۰]. این پژوهش نشان داد که تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش بر شدت تجربه درد و بهزیستی روان‌شناختی بیماران آسیب طناب نخاعی متفاوت از هم نیست. هیچ پژوهشی اثربخشی این دو درمان را بر شدت تجربه درد و بهزیستی روان‌شناختی بیماران آسیب طناب نخاعی مقایسه نکرده است. درباره عدم تفاوت تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با درمان مبتنی بر پذیرش بر شدت تجربه درد و بهزیستی روان‌شناختی بیماران آسیب طناب نخاعی می‌توان بیان نمود که بیماران آسیب طناب نخاعی علاوه بر تحمل پریشانی و عدم پذیرش شرایط برآمده از بیماری‌شان، درگیر عدم ایجاد راه‌حل‌های مناسب می‌شوند که این عوامل سبب بروز مشکلات روان‌شناختی زیادی در آن‌ها می‌شود که یکی از آن‌ها افزایش شدت تجربه درد و کاهش بهزیستی روان‌شناختی است. شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش با کمک به بیماران آسیب طناب نخاعی به آن‌ها کمک کرده تا بیماری و شرایط برآمده از آن را آگاهانه بپذیرند و در قبال آن‌ها، اعمال متعهدانه‌ای داشته باشند تا به‌معنای جدیدی نسبت به وضعیت و بیماری خود برسند. بنابراین، هر دوی این رویکردها در کاهش شدت تجربه درد و افزایش بهزیستی روان‌شناختی بیماران آسیب طناب نخاعی به‌صورت برابر اثربخش بوده‌اند اما هر کدام با روش‌های منحصر به فرد خود.

نتیجه‌گیری

با توجه به‌نتایج پژوهش می‌توان گفت که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با درمان مبتنی بر پذیرش، با کاربرد فنون و روش‌های خاص خود، احتمالاً سبب پذیرش بیماری و مواجهه آگاهانه با درد ناشی از آن شده، و در نتیجه مقابله بهتر با بیماری و کاهش شدت درد و افزایش بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به آسیب طناب نخاعی را موجب شده است. با توجه به لزوم توجه به سلامت جسمانی و روان‌شناختی بیماران مبتلا به آسیب طناب نخاعی، پیشنهاد می‌شود که در کلینیک‌های روان‌شناسی بیمارستان‌ها و کلنیک‌های دولتی و خصوصی، از این درمان‌ها به‌صورت فردی و گروهی در زمینه کاهش شدت درد و افزایش بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به آسیب طناب نخاعی استفاده شود.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

سهم نویسندگان

امور مربوط به نگارش مقاله، تجزیه و تحلیل داده‌ها بر عهده هادی اسمخانی اکبری‌نژاد و هلن خلیلی بود؛ اصلاحات مقاله بر عهده مینا بانان بود و گردآوری داده‌ها و شناسایی نمونه‌ها را بر عهده داشت و پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را اجرا کرد.

تشکر و قدردانی

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

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-19]

References

1. Shah M, Peterson C, Yilmaz E, Halalmeh DR, Moisi M. Current advancements in the management of spinal cord injury: A comprehensive review of literature. Surg Neurol Int 2020; 11(2): 2. DOI:10.25259/SNI_568_2019
2. Waddell O, McCombie A, Frizelle F. Colostomy and quality of life after spinal cord injury: systematic review. BJS Open 2020; 4(6): 1054-1061. DOI:10.1002/bjs5.50339
3. Adhikari SP, Gurung G, Khadka B, Rana C. Factors influencing depression in individuals with traumatic spinal cord injury and caregivers' perceived burden in a low-income country: a cross-sectional study. Spinal Cord 2020; 58(10): 1112-1118. DOI: 10.1038/s41393-020-0451-5.
4. Chambel SS, Tavares I, D Cruz C. Chronic Pain After Spinal Cord Injury: Is There a Role for Neuron-Immune Dysregulation? Front Physiol 2020; 11: 748. DOI:10.3389/fphys.2020.00748.
5. Pasipanodya EC, Dirlikov B, Castillo K, Shem KL. Cognitive Profiles Among Individuals With Spinal Cord Injuries: Predictors and Relations With Psychological Well-being.

Arch Phys Med Rehabil 2021; 102(3): 431-439. DOI: 10.1016/j.apmr.2020.06.022.

6. Pan F, Tian J, Cicuttini F, Jones G. Sleep Disturbance and Its Association with Pain Severity and Multisite Pain: A Prospective 10.7-Year Study. Pain Ther 2020; 9(2): 751-763.DOI: 10.1007/s40122-020-00208-x
7. Ryff CD. Articolo Target. Psychological well-being and health: Past, present and future. JPDS 2016; 1: 7-26.
8. 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. DOI: 10.1371/journal.pone.0158092.
9. Li Y, Bressington D, Chien WT. Systematic Review of Psychosocial Interventions for People With Spinal Cord Injury During Inpatient Rehabilitation: Implications for Evidence-Based Practice. Worldviews Evid Based Nurs 2017; 14(6): 499-506. DOI: 10.1111/wvn.12238.
10. 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. DOI: 10.3390/ejihpe10030052.
11. 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. DOI: 10.1007/s41811-021-00105-x.
12. Abdi R, Kheyrjoo E, Javidfar S, Jabari G. Effectiveness of Group Training of Mindfulness-Based Techniques on Improvement of Psychological Well-Being of Individuals With Spinal Cord Injury. JMR 2016; 10(4): 155-162. https://doi.org/10.18869/nirp.jmr.10.4.155.
13. Hearn JH, Cotter I, Finlay KA. Efficacy of Internet-Delivered Mindfulness for Improving Depression in Caregivers of People With Spinal Cord Injuries and Chronic Neuropathic Pain: A Randomized Controlled Feasibility Trial. Arch Phys Med Rehabil 2019; 100(1): 17-25. DOI: 10.1016/j.apmr.2018.08.182.
14. Hearn JH, Finlay KA. Internet-delivered mindfulness for people with depression and chronic pain following spinal cord injury: a randomized, controlled feasibility trial. Spinal Cord 2018; 56(8): 750-761. DOI: 10.1038/s41393-018-0090-2.
15. Hearn JH, Cross A. Mindfulness for pain, depression, anxiety, and quality of life in people with spinal cord injury: a systematic review. BMC Neurology 2020; 20(32): 1-11. DOI:10.1186/s12883-020-1619-5.
16. Hayes SC, Lillis J. Acceptance and Commitment Therapy. 2en ed. Washington, DC: American

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-19]

Psychological Association; 2016: 134-135.

17. Burckhardt R, Manicavasagar V, Batterham PJ, Hadzi-Pavlovic D. A randomized controlled trial of strong minds: A school-based mental health program combining acceptance and commitment therapy and positive. J Sch Psychol 2016; 57: 41-52. DOI: 10.1016/j.jsp.2016.05.008.
18. Abedini M, Latifi Z, Soltanizadeh M. Effectiveness of ACT Enriched with Compassion in Increasing Resilience and Self-efficacy of Patients with Spinal Cord Injury. RBS 2020; 18(3): 310-319. [in Persian]. URL: http://rbs.mui.ac.ir/article-1-813-fa.html
19. Torabian S, Hemmati Sabet V, Meschi F. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Anxiety, Depression, and Stress in Patients with Spinal Cord Injuries. ICNSJ 2019; 6(2): 46-52. DOI: 10.15171/icnj.2019.10.
20. Khanjani M S , Kazemi J, Younesi J , Dadkhah A , Biglarian A , et al. The Effect of Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Flexibility and Emotional Regulation in Patients with Spinal Cord Injuries: A Randomized Controlled Trial. Iran J Psychiatry Behav Sci 2021; 15(2): e105378. DOI: 10.5812/ijpbs.105378.
21. Huang G, Lin BL, Hu JH, Qiu FH, Zhang WY, Zhang ZL. Effect of acceptance and commitment therapy on rehabilitation patients with spinal cord injury. Contemp Clin Trials Commun 2021; 6(24): 100778. DOI: 10.21227/5a66-ah35
22. Fathi S, Pouyamanesh J, Ghamari M, Fathiaghdam Gh. The Effectiveness of Emotion-based Therapy and Acceptance & Commitment Therapy on the Pain Severity and Resistance in Women with Chronic Headaches. CHJ 2021; 14(4): 75-87. [in Persian]. http://chj.rums.ac.ir/article_126398_9b359a7fbc902e84b33f0dd0f390e057.pdf
23. Ahangarzadeh Rezaei S, Rasoli M. Psychometric Properties Of The Persian Version Of "Connor-Davidson Resilience Scale" in adolescents with cancer. Nurs Midwifery J 2015; 13(9): 739-747. [in Persian]. http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-2369-en.html
24. Ryff, C. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. JPSP 1989; 57: 1069–1081. https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069
25. Bayani AA, Mohammad Koochekya A, Bayani A. Reliability and Validity of Ryff's Psychological Well-being Scales. IJPCP 2008; 14(2): 146-151. [in Persian]. URL: http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-464-en.html
26. Segal ZV, Williams JM, Teasdale JD. Mindfulness Based cognitive therapy for depression. 3nd ed. New York: The Guilford Press;2013. p.86.
27. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. J Pers Social Psychol 2003; 84(4): 822-48. DOI: 10.1037/0022-3514.84.4.822
28. Garland E, Gaylord S, Park J. The role of mindfulness in positive reappraisal. Explore (NY) 2009; 5: 37-44. DOI: 10.1016/j.explore.2008.10.001
29. Peterson BD, Eifert GH. Using acceptance and commitment therapy to treat infertility stress. Cogn Behav Pract 2011; 18(4): 577-587. DOI:10.1016/j.cbpra.2010.03.004
30. Hayes-Skelton SA, Orsillo SM, Roemer L. An acceptance-based behavioral therapy for individuals with generalized anxiety disorder. Cogn Behav Pract 2013; 20(3): 264-281. https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.02.005

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-19]