

# Evaluating the Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Reducing Stress on Childhood Abuse Symptoms, Depression, and Chronic Pain Relief of Women Living in Sari City, Iran

Fadai Bashi A<sup>1</sup>, \*Tajeri B<sup>2</sup>, Salehi M<sup>3</sup>

## Author Address

1. Ph.D. Student, Health Psychology, Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran;

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran;

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

\*Corresponding Author Email: [tajeri@yahoo.com](mailto:tajeri@yahoo.com)

Received: 8 May 2020; Accepted: 11 June 2020

## Abstract

**Background & Objectives:** Today, chronic pain is one of the most common problems, and the most common types of chronic pain are seen in people with low back pain, headache, cancer, and arthritis. Depression is more common in patients with chronic pain, and its growing prevalence has become a global concern. Depression in patients with chronic pain is associated with childhood abuse symptoms. Mindfulness-based cognitive therapy in reducing stress is one of the treatment methods that promotes psychological well-being and reduces depression in patients with chronic pain. We hope that this research draws the attention of therapists and psychological researchers to reduce the symptoms of chronic pain and associated psychological problems. This study aimed to evaluate the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy in reducing stress on childhood abuse symptoms, depression, and chronic pain relief in women with chronic pain living in Sari City, Iran.

**Methods:** The present research was a quasi-experimental study with a pretest-posttest, two months follow-up design, and a control group. The study's statistical population included all women with chronic pain living in Sari in 2019. Among the eligible volunteers, 20 women with chronic pain were randomly selected and assigned to two groups of 10 subjects (experimental and control). The study data were collected with the Self-Rating Depression Scale (Zung, 1965), Psychological Maltreatment Inventory (Coates & Messman-Moore, 2014), and Multidimensional Pain Inventory (Kerns et al., 1994). The experimental group received cognitive therapy training in eight 90-min sessions once a week for two months, but no intervention was performed for the control group. The obtained data were analyzed using descriptive statistics, including mean, standard deviation, and inferential statistics, including repeated measures analysis of variance and Bonferroni post hoc test in SPSS software version 22. The significance level of statistical tests was set at 0.05.

**Results:** The effects of group, time, and time  $\times$  group interaction on the variables of childhood abuse symptoms ( $p < 0.001$ ), depression ( $p < 0.001$ ), and chronic pain ( $p < 0.001$ ) were significant. In the experimental group, the scores of childhood abuse symptoms and depression in the posttest and follow-up stages decreased significantly compared to the pretest ( $p < 0.05$ ) and significantly increased (improved) for the chronic pain variable ( $p < 0.05$ ). No significant difference was observed in the scores of childhood abuse symptoms and depression between the posttest and follow-up stages ( $p > 0.05$ ), but there was a significant difference in the scores of chronic pain variables between the two stages ( $p < 0.05$ ). For all three variables, the results showed the sustained effectiveness of the intervention in the follow-up phase.

**Conclusion:** Based on the study findings, cognitive therapy based on reducing stress is effective in reducing symptoms of childhood abuse and depression and improving chronic pain in women with chronic pain living in Sari.

**Keywords:** Mindfulness-based cognitive therapy in reducing stress, Symptoms of abuse, Depression, Chronic pain.

# بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر کاهش استرس بر نشانگان بدرفتاری دوران کودکی، افسردگی و بهبود درد مزمن زنان شهر ساری

آتنا فدایی باشی<sup>۱</sup>، \*بیوک تاجری<sup>۲</sup>، مهدیه صالحی<sup>۳</sup>

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری، روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران؛

۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران؛

۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

\*رایانامه نویسنده مسئول: [tajeri@yahoo.com](mailto:tajeri@yahoo.com)

تاریخ دریافت: ۱۹ اردیبهشت ۱۳۹۹؛ تاریخ پذیرش: ۲۲ خرداد ۱۳۹۹

## چکیده

**زمینه و هدف:** درد مزمن می تواند باعث مشکلات متعدد روان شناختی مانند اضطراب، افسردگی و ناامیدی شود. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر کاهش استرس بر نشانگان بدرفتاری دوران کودکی، افسردگی و بهبود درد مزمن در زنان شهر ساری انجام گرفت.

**روش بررسی:** روش پژوهش، نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری دوماهه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی زنان مبتلا به درد مزمن شهر ساری در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. از بین افراد واجد شرایط داوطلب، بیست نفر از زنان انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه ده نفری آزمایش و گواه قرار گرفتند. صرفاً گروه آزمایش در هشت جلسه نود دقیقه ای و هفته ای یک بار به مدت دو ماه، آموزش شناخت درمانی را دریافت کرد. به منظور گردآوری داده ها، سیاهه نشانگان بدرفتاری روان شناختی دوران کودکی (کوئس و سمن- مور، ۲۰۱۴)، سیاهه چندوجهی درد مزمن (کرنز و همکاران، ۱۹۹۴) و مقیاس خودارزیابی افسردگی (زانگ، ۱۹۶۵) به کار رفت. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ در سطح معناداری ۰/۰۵ صورت گرفت.

**یافته ها:** اثرهای گروه، زمان و تعامل بین زمان و گروه بر متغیرهای نشانگان بدرفتاری دوران کودکی، افسردگی و درد مزمن معنادار بود ( $p < ۰/۰۰۱$ ). در گروه شناخت درمانی، نمرات متغیرهای نشانگان بدرفتاری دوران کودکی و افسردگی در مراحل پس آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش آزمون به طور معناداری کاهش یافت و برای متغیر درد مزمن به طور معناداری افزایش (بهبود) یافت ( $p < ۰/۰۵$ ). تفاوت معناداری در نمرات متغیرهای نشانگان بدرفتاری دوران کودکی و افسردگی بین پس آزمون و پیگیری مشاهده نشد و تفاوت معناداری در نمرات متغیر درد مزمن بین دو مرحله مذکور وجود داشت ( $p < ۰/۰۵$ ). برای هر سه متغیر، نتایج، تداوم اثربخشی مداخله در مرحله پیگیری را نشان داد.

**نتیجه گیری:** شناخت درمانی مبتنی بر کاهش استرس بر کاهش نشانگان بدرفتاری دوران کودکی، کاهش افسردگی و بهبود درد مزمن در زنان مبتلا به درد مزمن در شهر ساری مؤثر است.

**کلیدواژه ها:** شناخت درمانی مبتنی بر کاهش استرس، نشانگان بدرفتاری، افسردگی، درد مزمن.

دردهای مزمن<sup>۱</sup>، یکی از مشکلات شایع امروزی است که نمونه رایجتر آن دردهای ناحیه تحتانی کمر، سردرد، درد سرطانی و آرتريت است. درد مزمن می تواند باعث مشکلات متعدد روان شناختی مانند اضطراب و افسردگی و ناامیدی شود (۱،۲). دردهای ناحیه تحتانی کمر بعد از سردرد مزمن، علت رایج تر مراجعه به مطب پزشکان است (۳). برآوردهای موجود نشان می دهد، ۱۲ تا ۴۵ درصد تمام بزرگسالان و ۶۰ تا ۸۰ درصد کل جامعه در طول زندگی خود یک بار به کمر درد مبتلا خواهند شد (۴،۵). همچنین ۱۲ درصد مرخصی های استعلاجی به سبب این مشکل است و دلیل ۲۵ درصد کل هزینه های جبرانی، از ناتوانی در محیط کار ناشی می شود (۳،۶).

براساس برآوردهای موجود، همه روزه ۰/۵ درصد از نیروی انسانی برای بیشتر از شش ماه بر اثر کمر درد مزمن از کار کناره گیری می کنند (۷،۸). اگرچه زنان علائم کمر درد مزمن را با همان فراوانی مردان نشان می دهند، مردان دوبرابر بیش از زنان تحت عمل جراحی قرار می گیرند (۵). برآورد هزینه های پزشکی مستقیم مانند حق ویزیت، جراحی، بستری در بیمارستان و جبران مالی به دلیل ناتوانی در انجام فعالیت ها، بسیار زیاد است. همچنین برآورد هزینه های پزشکی غیرمستقیم آن مانند غیبت از کار و فقدان بهره وری مشکل است (۹،۱۰). مطالعات مشخص می کند، ویژگی های روانی اجتماعی می توانند عامل مهمی در طول مدت درد و ناتوانی باشند و درمان های روان شناختی در کاهش درد مؤثر هستند (۱۱). همچنین مشکلات هیجانی<sup>۲</sup> همراه با درد کمر، به مزمن شدن بیماری کمک می کند (۱۲). به علاوه خود درد کمر باعث تظاهرات و مشکلات روان شناختی<sup>۳</sup> در بیماران می شود (۱۱). اگرچه اکثر بیماران به طور موقت کمر درد می گیرند و طی یک یا دو ماه نیز وضعیت بهتری پیدا می کنند، بخش درخور توجهی از این بیماران، به نوع مزمن آن مبتلا می شوند و این بخش از جمعیت مبتلایان به کمر درد مزمن، در سال های اخیر پیوسته افزایش یافته است؛ این موضوع می تواند توانایی درمان موفقیت آمیز بیماران مذکور را مورد سؤال قرار دهد. از سوی دیگر درک ما از عوامل مؤثر در علت شناسی و حفظ این اختلال مزمن به گونه ای چشمگیر، محدود است. به عبارت دیگر فقط ۱۰ تا ۱۵ درصد از بیماران مبتلا به کمر درد مزمن نوعی آسیب شناسی با علت روشن و قطعی برای علائم خود نشان داده اند (۱۳،۱۴). نتایج مطالعات پیش بینی می کند ۹۰/۷ درصد از بیماران مبتلا به درد حاد ناحیه تحتانی کمر دچار مشکلات ناتوانی مزمن می شوند (۱۲،۱۵). دیده شده است افرادی که یکی از اختلالات حول محور روان پزشکی را همراه مشکل خود دارند، شانس بسیار بیشتری برای داشتن ناتوانی مزمن دارند (۱۶). دردی که برای مدت زمانی نزدیک به سه ماه یا بیشتر در بدن باقی بماند، عنوان درد مزمن را به خود می گیرد. این درد می تواند خیلی ملایم باشد یا آن قدر شدید باشد که فعالیت های روزانه را مختل کند. هر فردی می تواند مبتلا به درد مزمن شود؛ البته بیشتر در بزرگسالان در سنین بیشتر رایج است؛ اما نمی توان گفت که درد مزمن

به عنوان بخش طبیعی فرایند سالخوردگی به شمار می رود؛ البته افراد میانسال بیشتر در معرض ابتلا به این بیماری هستند؛ به ویژه افرادی که بیماری های خاصی نظیر دیابت، آرتروز و غیره دارند (۱۷). افسردگی ویژگی شایع تر در بیماران مبتلا به درد مزمن به شمار می رود که شیوع رو به رشد آن به نگرانی جهانی تبدیل شده است (۱۸). براساس بعضی مطالعات، از پیامدهای مهم تر ناخوشایند درد مزمن، افسردگی و ناامیدی شدید برای ادامه زندگی است (۱۶). از طرفی برخی از مطالعات کم و بیش نشان داده اند، افسردگی در بیماران مبتلا به درد مزمن با نشانگان بدرفتاری<sup>۴</sup> در دوران کودکی رابطه دارد (۱۹)؛ بنابراین بدیهی است فرد مبتلا به بیماری درد مزمن نه تنها با استرس مزمن بیماری دست و پنجه نرم می کند، بلکه تحت تأثیر عوامل درون روانی دیگری نظیر تغییرات مطرح شده نیز قرار دارد.

بدرفتاری دوران کودکی عبارت است از انجام هر عملی درباره کودک یا غفلت از وی که منجر به صدمه چشمگیر جسمانی یا روان شناختی به کودک شود یا او را تهدید کند (۲۰). بدرفتاری می تواند هر سنی از قبل تولد تا نوجوانی و هر جنس و نژادی را در بر گیرد (۲۱). بدرفتاری شامل چهار نوع آزار جسمی، جنسی، هیجانی و مسامحه درباره کودک است (۲۲). از بین انواع سوء رفتارهای دوران کودکی، بدرفتاری روان شناختی رایج تر است (۲۳)؛ به حدی که برخی از پژوهشگران معتقد هستند، در بین انواع سوء رفتارها، بدرفتاری های روان شناختی اثرات منفی بیشتر و بلند مدت تری را به دنبال دارد (۲۴). دانش موجود در زمینه تأثیر بلند مدت بدرفتاری های روان شناختی در دوران کودکی در مقایسه با سوء رفتارهای جنسی یا جسمانی، بسیار کمتر است (۲۵). به عبارت دیگر، از انواع مختلف بدرفتاری کودکی، سوء استفاده جسمانی ارتباط کمتری با علائم افسردگی در بزرگسالی دارد و سوء رفتارهای جنسی، عامل خطری برای آسیب شناسی روانی به طور عام محسوب می شود (۲۶). از طرفی افسردگی در زنان مبتلا به درد مزمن عاملی پیش بین قوی است که باعث آسیب هایی مانند کاهش ادراک بهینه، امید به زندگی، امید به موفقیت هایی در همه زمینه ها و نیز بهبود آن می شود (۲۷).

یکی از روش های درمانی که با افزایش بهزیستی روان شناختی<sup>۵</sup> و کاهش افسردگی<sup>۶</sup> در بیماران مبتلا به درد مزمن همراه است، شناخت درمانی مبتنی بر کاهش استرس است. در شناخت درمانی مبتنی بر کاهش استرس، مراجعان یاد می گیرند چگونه با افکار و احساس های غیر منطقی خود رابطه برقرار کنند و روی تغییر محتوای افکار متمرکز شوند و آن ها را تغییر دهند و در چشم انداز وسیع تری افکار و احساس ها را ببینند (۲۸). درد مزمن و طولانی می تواند با غلبه بر زندگی فرد مبتلا، او را از انجام دادن کارهای عمومی باز دارد و قدرت کار، روابط اجتماعی، حالت های روانی و چگونگی سازگاری را تحت تأثیر قرار دهد (۲۹). نکته درخور توجه این است که درد با وضعیت روانی افراد رابطه دارد (۳۰). خوش خطی و همکاران به این نتیجه رسیدند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی روش درمانی مؤثری در کاهش

4. Symptoms of abuse  
5. Psychological well-being  
6. Depression

1. Chronic pain  
2. Emotional problems  
3. Psychological problems

علائم افسردگی، اضطراب و استرس بیماران کلیوی تحت همدیالیز محسوب می‌شود (۳۱). همچنین یافته‌های پژوهش عبدالقادری و همکاران نشان داد که دو روش درمانی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و رفتار درمانی شناختی بر کاهش درد، افسردگی و اضطراب مؤثر است و توجه به این دو روش درمانی برای افراد مبتلا به کمر درد مزمن از اهمیت خاصی برخوردار است (۳۲). نتایج پژوهش نوروژی و هاشمی، بیانگر اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود نظم جویی هیجانی بیماران مبتلا به درد مزمن از طریق به چالش کشیدن افکار و اصلاح هیجان بود (۳۳)؛ از این رو درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی برای بهبود پیامدهای روانی اجتماعی و خودمراقبتی بیماران مبتلا به درد مزمن سودمند است.

ضرورت پژوهش حاضر از آن جنبه بود که درد مزمن یکی از بیماری‌های ناتوان کننده است و می‌تواند منجر به خسارات جبران ناپذیر مالی از نظر درمان‌های دارویی برای بیماران مبتلا شود؛ زیرا درمان‌های دارویی، بیشتر جنبه‌های جسمانی بیماری را تحت تأثیر قرار می‌دهد. از این لحاظ، انجام پژوهش در زمینه درمان‌های روان شناختی از جمله شناخت درمانی مبتنی بر کاهش استرس می‌تواند در کاهش این خسارت‌ها اثربخش باشد و در کنار درمان‌های دارویی نقش مؤثری در کاهش درد مزمن بیماران مبتلا به کمردرد مزمن و علائم روان شناختی آن مانند افسردگی و اضطراب داشته باشد. انجام این پژوهش نقش مهمی در توجه درمانگران و پژوهشگران روان شناختی به کاهش علائم درد مزمن و مشکلات روان شناختی همراه آن دارد؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر کاهش استرس بر نشانگان بد رفتاری دوران کودکی، افسردگی و بهبود درد مزمن در زنان مبتلا به درد مزمن در شهر ساری انجام شد.

## ۲ روش بررسی

روش پژوهش حاضر، از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه همراه با دوره پیگیری بود. جامعه آماری این پژوهش را تمامی زنان مبتلا به درد مزمن شهر ساری در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند که تعداد آن‌ها با توجه به آمار گرفته شده از دانشگاه علوم پزشکی شهر ساری، ۱۷۵ نفر بود. در این تحقیق نمونه لازم از کل جامعه آماری بیست نفر (ده نفر در گروه گواه، ده نفر در گروه آزمایش) در نظر گرفته شد که از بین افراد واجد شرایط داوطلب و براساس ملاک‌های ورود و خروج، انتخاب شدند. تعداد نمونه لازم، با در نظر گرفتن اندازه اثر ۰/۴۰، سطح اطمینان ۰/۹۵، توان آزمون ۰/۸۰ و میزان ریزش ۱۰ درصد برای هر گروه ده نفر محاسبه شد. گروه آزمایش به مدت هشت جلسه نود دقیقه‌ای، هفته‌ای یکبار، مداخله شناخت درمانی را دریافت کرد؛ اما برای گروه گواه هیچ مداخله‌ای ارائه نشد. پس از گذشت دو ماه دوره پیگیری نیز انجام گرفت. ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر به شرح ذیل بود: تمامی افراد به طور کتبی اطلاعاتی درباره پژوهش دریافت کردند و در صورت تمایل در آن مشارکت کردند؛ این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات

محرمانه هستند و برای امور پژوهشی استفاده خواهند شد؛ به منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت کنندگان ثبت نشد؛ اما برای مقایسه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری هریک از شرکت کنندگان، به هر کدام از آن‌ها شماره‌ای تعلق گرفت که براساس آن، هریک از افراد شناسایی شدند.

ابزارها و جلسات درمانی زیر در پژوهش به کار رفت.

– مقیاس خودارزیابی افسردگی<sup>۱</sup>: این مقیاس در سال ۱۹۶۵ توسط زانگ برای ارزیابی میزان افسردگی براساس ملاک‌های سنجش در افراد بالغ ساخته شد (۳۴). این مقیاس بیست سؤال چهارگزینه‌ای (کاملاً موافقم=۴، موافقم=۳، مخالفم=۲، کاملاً مخالفم=۱) برای پاسخ دارد. حداقل نمره ۲۰ و حداکثر نمره ۸۰ است که اکثر مردم امتیازی از ۵۰ تا ۶۹ کسب می‌کنند. تعداد کمی از افراد امتیاز بیشتر از ۷۰ می‌گیرند. نمره کل از جمع کردن نمره کسب شده پاسخ‌ها به دست می‌آید و حداکثر نمره افسردگی ۸۰ است. اکثر افراد دارای افسردگی، نمره بین ۵۰ تا ۵۹ می‌گیرند (۳۴). روایی پرسشنامه، ۰/۶۹ و پایایی آن ۰/۹۲ گزارش شده است (۳۴). در پژوهش صدیقی و همکاران، در ایران، آلفای کرونباخ این مقیاس بیشتر از ۰/۷۰ به دست آمد که نشان دهنده پایایی پذیرفتنی مقیاس است (۳۵).

– سیاهه نشانگان بد رفتاری روان شناختی دوران کودکی<sup>۲</sup>: این ابزار توسط کوتس و مسمن – مور در سال ۲۰۱۴ ارائه شد (۳۶). سیاهه نشانگان بد رفتاری روان شناختی دوران کودکی، ابزاری خود گزارشی ۲۴ آیتمی گذشته نگر از حوادث مربوط به بد رفتاری‌های استرس‌زای گذشته است. در ابتدا این مقیاس دارای ۵۷ سؤال بود؛ اما بعد به پنج عامل اصلی تقلیل یافت. در پنج زیرمقیاس شامل عدم پاسخ‌گویی از نظر هیجانی، طرد کردن/ترساندن، غیر اخلاقی/صادقانه نبودن، پرتوقع/انعطاف ناپذیر بودن و منزوی سازی، سنجش صورت می‌گیرد. پاسخ دهندگان در طیفی پنج نمره‌ای کاملاً مخالف=۱ و کاملاً موافق=۵ به آن پاسخ می‌دهند. آلفای همسانی درونی برای مقیاس حاضر در میان دانشجویان بین ۹۰ تا ۹۶ درصد بود (۳۶). در پژوهش کوتس و مسمن – مور، آلفای همسانی درونی برای زیرمقیاس عدم پاسخ‌گویی از نظر هیجانی ۹۱ درصد، برای زیرمقیاس طرد کردن/ترساندن ۸۰ درصد، برای زیرمقیاس غیر اخلاقی/صادقانه نبودن ۵۸ درصد و برای زیرمقیاس پرتوقع/انعطاف ناپذیر ۷۰ درصد و برای زیرمقیاس منزوی سازی ۷۵ درصد به دست آمد (۳۶). نتایج پژوهش نظری و فراهادی حاکی از آن بود که آلفای کرونباخ این ابزار در ایران، ۰/۸۹ است (۳۷).

– سیاهه چندوجهی درد مزمن<sup>۳</sup>: سیاهه چندوجهی درد مزمن توسط کرنز و همکاران در سال ۱۹۹۴ ساخته شد (۳۸). این پرسشنامه از سه بخش مستقل از یکدیگر تشکیل شده است: اولین بخش دارای ۲۰ عبارت است و از بیمار می‌خواهد تا در قالب پنج خرده مقیاس ارزیابی خود را از شدت درد، اختلال در عملکرد روزانه، کنترل بر زندگی، پریشانی هیجانی و حمایت اجتماعی گزارش کند. بخش دوم دارای ۱۴ عبارت است و از بیمار می‌خواهد تا ارزیابی خود را از واکنش همسر

3. Multidimensional Pain Inventory

1. Self-Rating Depression Scale

2. Psychological Maltreatment Inventory

۶ است (۳۸). کرنز و همکاران برای اعتبار سیاهه چندوجهی درد از روش تحلیل عامل و محاسبه همبستگی بین عوامل استخراج شده با نتایج پرسشنامه‌های معتبر استفاده کردند و همچنین آن‌ها اعتبار عوامل سیاهه چندوجهی درد را در حد مطلوب گزارش دادند (ضرایب همسانی بین ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ و ضرایب بازآزمایی بین ۰/۶۰ تا ۰/۹۲) (۳۸). در ایران نیز اعتبار و روایی این ابزار تأیید شد. براساس یافته‌های پژوهش اصغری و همکاران، ضرایب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های این سیاهه بین ۰/۷۰ تا ۰/۹۲ و میانگین ضرایب همبستگی بین عبارات خرده‌مقیاس بین ۰/۲۵ تا ۰/۵۴ متغیر بود (۳۹).

پروتکل شناخت درمانی مبتنی بر کاهش استرس: این پروتکل در هشت جلسه نود دقیقه‌ای و هفته‌ای یک‌بار به مدت دو ماه براساس بسته آموزشی دابسون و همکاران اجرا شد. روایی این پروتکل توسط سازندگان آن به تأیید رسید و از روایی صوری و محتوایی خوبی برخوردار است (۴۰). همچنین روایی محتوایی این بسته آموزشی در پژوهش حاضر توسط پنج تن از اساتید دکتری روان‌شناسی دانشگاه تهران تأیید شد و سپس در این پژوهش به کار رفت. در جدول ۱، خلاصه‌ای از جلسات شناخت درمانی مبتنی بر کاهش استرس ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه‌ای از جلسات شناخت درمانی مبتنی بر کاهش استرس

| جلسه  | محتوای جلسات                                                                                                                                                                                        |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| اول   | خوشامدگویی، مروری بر ساختار جلسات، قوانین و اهمیت انجام دادن آن، مطرح شدن مشکلات و مسائل افراد در رابطه با افسردگی، ارائه اطلاعات به اعضا درباره افسردگی، تن آرامی و منطق درمان شناختی، اخذ بازخورد |
| دوم   | آموزش و تمرین مرحله اول آرام سازی پیش‌رونده برای اعضا، آموزش به اعضا درباره واقعیت و برداشت ذهنی، آگاهی و تفاوت بین احساس و افکار، ارائه تکلیف، اخذ بازخورد                                         |
| سوم   | مرور تکالیف، آموزش مرحله دوم آرام سازی پیش‌رونده و به تفکر واداشتن اعضا با پرسش از آن‌ها که چرا دچار ناراحتی می‌شویم، آموزش به اعضا درباره پنج خطای شناختی، ارائه تکلیف، اخذ بازخورد                |
| چهارم | مرور تکالیف، آموزش مرحله سوم آرام سازی پیش‌رونده، آموزش پنج خطای شناختی دیگر، ارائه تکلیف، اخذ بازخورد                                                                                              |
| پنجم  | مرور تکالیف، آموزش مرحله چهارم آرام سازی پیش‌رونده، بحث و گفت‌وگو درباره تجربه هیجانی اخیر و تجسم و ایفای نقش، ارائه تکلیف، اخذ بازخورد                                                             |
| ششم   | مرور تکالیف، بحث و گفت‌وگو درباره تجربه هیجانی اخیر و تکنیک‌های آموخته شده اخیر، آشنا کردن اعضا با شناخت‌واره‌های بنیادی، عشق، موفقیت، کمال‌گرایی، ارائه تکلیف، اخذ بازخورد                         |
| هفتم  | مرور تکالیف، بحث درباره بایدها به عنوان یکی از تکنیک‌های شناسایی طرح‌واره‌های بنیادی، بررسی نقش تحریفات شناختی در ایجاد و تداوم افسردگی، ارائه تکلیف، اخذ بازخورد                                   |
| هشتم  | مرور و بررسی تکالیف، جمع‌بندی از جلسات گذشته توسط اعضا و درمانگر، انجام پس‌آزمون و اهدای هدیه                                                                                                       |

شامل شد. در جدول ۲، شاخص‌های توصیفی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری آورده شده است. قبل از اجرای روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، برای بررسی رعایت پیش‌فرض‌های لازم از آزمون‌های شاپیرو-ویلک، ام‌باکس و لون استفاده شد. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک برای توزیع متغیرهای پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان داد، متغیرهای تحقیق از توزیع نرمال برخوردار بودند ( $p > 0/05$ ). همچنین براساس نتایج آزمون ام‌باکس، فرض همگنی ماتریس واریانس‌کواریانس رد نشد ( $\text{Box's } M = 0/80, p = 0/75$ ). برای بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌های خطا از آزمون لون استفاده شد. نتایج آزمون لون مشخص کرد، فرض همگنی واریانس‌ها رد نشد

و سایر اطمینانی که در زندگی او صاحب نقش هستند، درباره دردی که از آن رنج می‌برد، در قالب سه خرده‌مقیاس واکنش منفی، تلاش برای انحراف توجه از درد و نشان دادن دلسوزی درجه‌بندی کند. بخش سوم دارای ۱۸ عبارت است و در قالب چهار خرده‌مقیاس، فراوانی فعالیت‌های بیمار را درمورد خانه‌داری، امور مربوط به تعمیر و نگهداری وسایل منزل، فعالیت‌های اجتماعی و انجام دادن فعالیت‌های بیرون از منزل ارزیابی می‌کند. نحوه پاسخ‌دهی به هرکدام از سؤالات پرسشنامه در یک مقیاس لیکرت از صفر تا ۶ متغیر است و در همه خرده‌مقیاس‌های این پرسشنامه، حداقل نمره صفر و حداکثر ۶ است (۳۸). در این پژوهش از دو خرده‌مقیاس شدت درد و اختلال در عملکرد روزانه استفاده شد. خرده‌مقیاس شدت درد شامل سه سؤال است که میزان درد فرد را ارزیابی می‌کند. حداقل و حداکثر نمره در این خرده‌مقیاس، صفر و ۶ است. به منظور نمره‌گذاری شدت درد، نمره‌های آزمودنی در عبارات ۱، ۷، ۱۲ با یکدیگر جمع می‌شود و سپس حاصل بر عدد ۳ تقسیم می‌شود. همچنین برای سنجش میزان اختلال در عملکرد روزانه، نمره آزمودنی در عبارات ۲، ۳، ۸، ۹، ۱۳، ۱۴، ۱۷، ۱۹ و ۴۰ با یکدیگر جمع می‌شود و سپس حاصل بر عدد ۹ تقسیم می‌شود. حداقل و حداکثر نمره در این خرده‌مقیاس نیز صفر و

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار و آمار استنباطی شامل تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ صورت گرفت. به منظور بررسی پیش‌فرض نرمال بودن تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر از آزمون شاپیرو-ویلک و برای بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد. سطح معناداری آزمون‌های آماری ۰/۰۵ بود.

### ۳ یافته‌ها

در این پژوهش میانگین و انحراف معیار سن گروه آزمایش  $39/5 \pm 7/4$  سال و گروه گواه  $37/8 \pm 6/2$  سال بود که دامنه سنی از ۲۰ تا ۵۵ سال را

( $p > 0.05$ )؛ بنابراین پیش فرض های لازم برای اجرای تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر اشاره شده است. با اندازه گیری مکرر وجود داشت. در جدول ۳، نتایج تحلیل واریانس

جدول ۲. شاخص های توصیفی متغیرهای افسردگی، درد مزمن و نشانگان بدرفتاری به تفکیک دو گروه مطالعه شده در سه زمان

| متغیر                 | گروه   | پیش آزمون |              | پس آزمون |              | پیگیری  |              |
|-----------------------|--------|-----------|--------------|----------|--------------|---------|--------------|
|                       |        | میانگین   | انحراف معیار | میانگین  | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار |
| افسردگی               | آزمایش | ۳/۵۴      | ۰/۳۴         | ۲/۶۴     | ۰/۲۶         | ۲/۵۱    | ۰/۲۲         |
|                       | گواه   | ۳/۸۷      | ۰/۴۳         | ۳/۷۷     | ۰/۴۱         | ۳/۷۵    | ۰/۳۸         |
| درد مزمن              | آزمایش | ۳/۶۴      | ۰/۴۵         | ۴/۰۶     | ۰/۳۲         | ۴/۲۰    | ۰/۳۵         |
|                       | گواه   | ۳/۲۴      | ۰/۳۶         | ۳/۲۱     | ۰/۳۴         | ۳/۱۳    | ۰/۳۰         |
| نشانگان بدرفتاری (کل) | آزمایش | ۴/۶۲      | ۰/۲۵         | ۳/۵۳     | ۰/۴۹         | ۳/۱۲    | ۰/۳۴         |
|                       | گواه   | ۴/۵۷      | ۰/۴۶         | ۴/۵۱     | ۰/۳۶         | ۴/۴۷    | ۰/۳۳         |

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای مقایسه پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نشانگان بدرفتاری دوران کودکی، افسردگی و درد مزمن در گروه آزمایش و گروه گواه

| متغیر            | منبع       | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F مقدار | مقدار احتمال | اندازه اثر |
|------------------|------------|---------------|------------|-----------------|---------|--------------|------------|
| نشانگان بدرفتاری | زمان       | ۳۶۰۰/۰۱۸      | ۱          | ۳۶۰۰/۰۱۸        | ۸۳/۵۳   | <۰/۰۰۱       | ۰/۷۶       |
|                  | خطا        | ۱۱۲۰/۴۶۴      | ۲۶         | ۴۳/۰۹۵          |         |              |            |
| دوران کودکی      | گروه       | ۱۸۸۵/۷۶۲      | ۱          | ۱۸۸۵/۷۶۲        | ۱۹/۹۱   | <۰/۰۰۱       | ۰/۴۳       |
|                  | خطا        | ۲۴۶۲/۵۷۱      | ۲۶         | ۹۴/۷۱۴          |         |              |            |
| افسردگی          | گروه* زمان | ۵۹۸/۰۱۸       | ۱          | ۵۹۸/۰۱۸         | ۱۳/۸۷   | <۰/۰۰۱       | ۰/۳۴       |
|                  | زمان       | ۲۸۳/۵۰۰       | ۱          | ۲۸۳/۵۰۰         | ۵۵/۶۹   | <۰/۰۰۱       | ۰/۶۸       |
|                  | خطا        | ۱۳۲/۳۵۷       | ۲۶         | ۵/۰۹۱           |         |              | -          |
|                  | گروه       | ۲۳۳/۳۳۳       | ۱          | ۲۳۳/۳۳۳         | ۲۲/۰۴   | <۰/۰۰۱       | ۰/۴۵       |
|                  | خطا        | ۲۷۵/۲۳۸       | ۲۶         | ۱۰/۵۸۶          |         |              | -          |
|                  | گروه* زمان | ۷۳/۱۴۳        | ۱          | ۶۲۷۹/۴۴۶        | ۱۴/۳۶   | <۰/۰۰۱       | ۰/۳۵       |
|                  | زمان       | ۱۱۳۹۱/۲۷۹     | ۱          | ۱۱۳۹۱/۲۷۹       | ۸۹/۴۷   | <۰/۰۰۱       | ۰/۷۴       |
|                  | خطا        | ۳۳۰۷/۶۶۳      | ۲۶         | ۱۲۷/۳۱۱         |         |              | -          |
|                  | گروه       | ۵۸۵۱/۷۴۹      | ۱          | ۵۸۵۱/۷۴۹        | ۱۷/۱۲   | <۰/۰۰۱       | ۰/۴۰       |
| درد مزمن         | خطا        | ۸۵۷۳/۲۲۳      | ۲۶         | ۳۴۱/۷۰۸         |         |              | -          |
|                  | گروه* زمان | ۶۳۰۸/۷۸۶      | ۱          | ۶۳۰۸/۷۸۶        | ۹۲/۷۸   | <۰/۰۰۱       | ۰/۶۴       |

نتایج جدول ۳ مشخص می کند، بین گروه مداخله شناخت درمانی و گروه گواه در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در متغیرهای نشانگان بدرفتاری دوران کودکی، افسردگی و درد مزمن در زنان مبتلا به درد مزمن در شهر ساری تفاوت معناداری وجود داشت ( $p < 0.001$ ). نتایج جدول نشان می دهد که اثر گروه بر متغیرهای مذکور معنادار بود



نمودار ۱. مقایسه پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری متغیرهای افسردگی، درد مزمن و نشانگان بدرفتاری دوران کودکی در گروه آزمایش و گروه گواه<sup>۱</sup>

۱. مقادیر ۱ تا ۵ موجود بر محور عمودی، دامنه نمرات متغیرهای پژوهش است.

براساس نتایج حاصل از نمودار ۱، میانگین نمرات افسردگی در گروه آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری کاهش یافت؛ اما وضعیت گروه گواه تغییری چشمگیر نداشت. میانگین نمرات درد مزمن در گروه آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری افزایش (بهبود) پیدا کرد؛ اما وضعیت گروه گواه

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای نشانگان بدررفتاری دوران کودکی، افسردگی و درد مزمن در گروه آزمایش

| متغیر                         | گروه                | دوره      | اختلاف میانگین‌های هر دوره |
|-------------------------------|---------------------|-----------|----------------------------|
| نشانگان بدررفتاری دوران کودکی | مداخله شناخت‌درمانی | پیش‌آزمون | ۲۶/۴۲۹*                    |
|                               |                     | پس‌آزمون  | ۲۲/۵۷۱*                    |
| افسردگی                       | مداخله شناخت‌درمانی | پیش‌آزمون | ۷/۲۸۶*                     |
|                               |                     | پس‌آزمون  | ۶/۷۸۶*                     |
| درد مزمن                      | مداخله شناخت‌درمانی | پیش‌آزمون | ۲۲/۴۲۹*                    |
|                               |                     | پس‌آزمون  | ۲۶/۸۵۷*                    |

$p < 0.05$

براساس یافته‌های پژوهش، اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر کاهش استرس بر کاهش نشانگان بدررفتاری دوران کودکی مؤثر بود. در زمینه عوامل مستعدساز اختلال روانی، مطالعات متعددی به تجارب تروماتیک در سنین کم اشاره کرده است. استاد نوروژی و زمستانی تأکید کردند، تجارب تروماتیک دوران کودکی و نوجوانی بیماران مرزی، اغلب در بافت آشفته خانواده رخ می‌دهد که در آن والدین، خود مشکلات روانی دارند و از تأمین محیطی امن و قابل‌پیش‌بینی و پیشگیری از تروما عاجزند یا خود عامل تروما هستند. به باور این محققان، افراد مرزی در خانواده‌های به شدت بی‌نظم و پرهرج و مرج و خانواده‌هایی پراشتناش با مراقبی که درگیر مشکلات متعدد است، پرورش می‌یابند. علاوه بر این، آن‌ها گزارش کردند، افراد مرزی تجارب سوءاستفاده جسمی و جنسی را در بافتی از رفتارهای والدینی بسیار نامناسب، دلبستگی‌های گسیخته و غفلت و طرد تجربه می‌کنند (۴۶). در بحث‌های روان‌شناختی، دوران کودکی پایه‌ای برای ساختار روانی فرد است. امروزه مطالعات متعددی در حوزه سلامت جسمی حاکی از این است که بدررفتاری با فرد در اوایل دوران کودکی، با افزایش خطر ابتلا به بیماری‌های مختلفی همراه است (۴۷). بدررفتاری با کودک اصطلاحی است که به داشتن تجربیاتی منجر به آسیب به سلامت جسمی یا روانی مانند سوءاستفاده جسمی، جنسی، روانی یا غفلت اشاره دارد (۴۸). براساس یافته‌های پژوهش اسماعیل‌زاده مشکی و زینالی، اغلب تجربه‌های سوءرفتار دوران کودکی یعنی سوءرفتارهای عاطفی، جسمی، جنسی و غفلت با روان‌بنه‌های هیجانی، رابطه معنادار دارند. همچنین تجربه‌های سوءرفتار دوران کودکی، توانایی پیش‌بینی معنادار روان‌بنه‌های هیجانی سازش‌ناپایسته شامل تأییدطلبی، غیرقابل درک بودن، احساس گناه، دیدگاه ساده‌انگارانه درمورد هیجان‌ها، فقدان مهارگری، تلاش برای منطقی‌بودن، توافق، نشخوارذهنی و سرزنش و همچنین روان‌بنه‌های هیجانی سازش‌یافته شامل ارزش‌های والایتر، خودآگاهی هیجانی، پذیرش احساس‌ها و ابراز هیجانی را داشتند (۴۹). مشکلات ناشی از سوءرفتار در دوران کودکی، علاوه بر بروز اختلال شخصیت مرزی در بزرگسالی، گاهی به صورت اختلالات

نتایج جدول ۴ مشخص می‌کند، در گروه شناخت‌درمانی، نمرات پس‌آزمون و پیگیری متغیر نشانگان بدررفتاری دوران کودکی درمقایسه با نمرات پیش‌آزمون به طور معناداری کاهش پیدا کرده است ( $p < 0.05$ ). تفاوت معناداری در نمرات متغیر مذکور بین مراحل پس‌آزمون و پیگیری مشاهده نشد که نشان‌دهنده تداوم اثربخشی مداخله در مرحله پیگیری است ( $p > 0.05$ ). همچنین نمرات پس‌آزمون و پیگیری متغیر افسردگی در گروه شناخت‌درمانی درمقایسه با نمرات پیش‌آزمون کاهش معنادار پیدا کرده است ( $p < 0.05$ ). تفاوت معناداری در نمرات متغیر مذکور بین مراحل پس‌آزمون و پیگیری مشاهده نشد که نشان‌دهنده تداوم اثربخشی مداخله در مرحله پیگیری است ( $p > 0.05$ ). به علاوه، در گروه شناخت‌درمانی، نمرات پس‌آزمون و پیگیری متغیر درد مزمن درمقایسه با پیش‌آزمون افزایش (بهبود) پیدا کرده است ( $p < 0.05$ ). تفاوت معناداری نیز در نمرات متغیر مذکور بین مراحل پس‌آزمون و پیگیری وجود داشت که براساس میانگین نمرات این متغیر، نشان‌دهنده تداوم اثربخشی مداخله در مرحله پیگیری است ( $p < 0.05$ ).

#### ۴ بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر کاهش استرس بر نشانگان بدررفتاری دوران کودکی، افسردگی و بهبود درد مزمن زنان مبتلا به درد مزمن در شهر ساری بود. نتایج نشان داد، شناخت‌درمانی مبتنی بر کاهش استرس بر کاهش نشانگان بدررفتاری دوران کودکی، کاهش افسردگی و بهبود درد مزمن زنان مبتلا به درد مزمن در شهر ساری مؤثر بود. آموزش‌های شناختی-رفتاری چه به صورت مجزا و چه همگام با درمان دارویی در درمان بیماری‌های مزمن و عوارض منتج از آن‌ها مؤثر است (۴۱). پژوهشی به طور مستقیم با یافته‌های پژوهش حاضر یافت نشد؛ اما به صورت غیرمستقیم، یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های مطالعات عبدالقادری و همکاران (۳۲)، یوسفی و خیام‌نکوهی (۴۱)، نقیعی و همکاران (۴۲)، جعفری و همکاران (۴۳)، شهنی و همکاران (۴۴) و حمیدپور (۴۵) همسوست.

شناختی، تجزیه‌ای، کاهش اعتماد به نفس، افسردگی، اختلال شخصیت ضد اجتماعی، هجوم ترس‌های ناگهانی، افکار خودکشی و ترس نیز خود را در بزرگسالی نمایان می‌کند.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر کاهش استرس بر کاهش افسردگی مؤثر بود. پژوهش‌ها نشان داده است که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، نشانه‌های اضطراب و افسردگی را کاهش می‌دهد (۵۰). ویلیامز و همکاران نشان دادند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش افسردگی بیماران دارای عود افسردگی اثربخش است (۵۱). براساس یافته‌های مطالعه عبدالقادری و همکاران نیز شناخت درمانی بر کاهش درد، افسردگی و اضطراب مؤثر است (۳۲). کارنی در مطالعه خود به این نتیجه رسید که شناخت درمانی گروهی، افسردگی مبتلایان را بهبود می‌بخشد (۵۲). در تبیین این یافته می‌توان گفت که مداخلات شناخت درمانی در یک ساختار درمانی نظام‌مند با ایجاد بینش و تغییر در نگرش، آگاهی و شناخت آزمودنی‌ها را افزایش می‌دهد؛ در نتیجه آنان را قادر می‌سازد در مقابله با موقعیت‌های افسرده‌زا با تدارک برنامه‌های شناختی و کاربرد آن‌ها به تدریج افسردگی را کاهش دهند؛ به عبارتی مداخلات شناخت درمانی متغیر پیش‌بینی‌کننده مهمی برای موفقیت در درمان اختلال افسردگی محسوب می‌شود و موجب افزایش آگاهی و شناخت زنان مبتلا به درد مزمن درباره افسردگی می‌شود.

از دیگر یافته‌های پژوهش حاضر، اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر کاهش استرس بر بهبود درد مزمن زنان مبتلا به درد مزمن بود. درد مزمن مانند درد حاد دارای اثرات نامطلوب است. سرکوب سیستم ایمنی در اثر درد می‌تواند موجب تسهیل رشد تومور شود. همچنین، درد مزمن غالباً به افسردگی و ناتوانی منجر می‌شود. تجویز نشدن میزان کافی دارو برای تسکین درد ممکن است به دلیل پیامدهای ناشی از تسکین نیافتن درد خطرناک باشد. صرف نظر از نحوه سازگاری بیمار با درد مزمن، درد طولانی مدت اغلب ناتوانی به دنبال دارد. بیمارانی که دچار تعدادی از سندرم‌های درد مزمن هستند، دچار افسردگی، خشم و خستگی می‌شوند. بیمار ممکن است قادر به ادامه روابط و فعالیت‌های قبلی نباشد. محدوده ناتوانی امکان دارد از محدودیت انجام فعالیت‌های جسمی تا توانایی نداشتن در رفع نیازهای شخصی مثل غذا خوردن و لباس پوشیدن متفاوت باشد (۲۱). اگر درد برای مدتی طولانی وجود داشته باشد، احساس خستگی شدید ایجاد می‌کند یا ممکن است به افسردگی منجر شود (۲۲)؛ به علاوه می‌تواند در فعالیت‌های اجتماعی و فیزیکی اختلال به وجود آورد. چرکین و همکاران در بررسی اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس و درمان شناختی رفتاری در مقایسه با مراقبت‌های معمولی در افراد مسن، نشان دادند این رویکردهای درمانی تأثیر بیشتری بر بهبود کمردردهای مزمن دارند (۵۳). معصومیان و همکاران در بررسی تأثیر درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به درد مزمن مراجعه‌کننده به کلینیک‌های درد شهر تهران نشان دادند که درمان مذکور، منجر به بهبود کیفیت زندگی و به کارگیری راهبردهای کنار آمدن با درد در بیماران مبتلا به کمردرد مزمن می‌شود (۵۴). همچنین براساس یافته پژوهش شفيعی و امینی، آموزش

مهارت‌های ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس، بر کاهش فاجعه‌آمیزی و شدت درد در بیماران دارای درد مزمن عضلانی مؤثر است (۵۵). در حالت کلی، کیفیت درد به واسطه شدت، تازگی، پیش‌بینی ناپذیری و میزان تهدیدآمیز بودن آن تغییر می‌کند و این تغییر می‌تواند باعث تمرکز فرد بر درد شده و به نوسان افزایش درد منجر شود (۵۶). اطلاعات مرتبط با درد در برنامه آموزشی می‌تواند به کاهش درد منجر شده و باعث شود که بیماران نگرانی کمتری از درد داشته باشند و به رویارویی فعال با آن مبادرت ورزند. همچنین دیک و راشیک معتقدند آموزش ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس از طریق آموزش راهبردهای مقابله‌ای فعال باعث افزایش توان افراد برای مقابله با درد می‌شود و افراد ناتوانایی کمتری را گزارش می‌کنند (۵۷). شناخت درمانی مبتنی بر کاهش استرس، نه تنها باعث کاهش نتایج زیانبار ناشی از شرایط استرس‌زا می‌شود، بلکه همچنین از طریق عادت‌زدایی استفاده از راهبردهای مقابله‌ای نامناسب باعث کاهش مشکلات مربوط به شرایط استرس‌زا می‌شود.

باتوجه به یافته‌های پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌شود شناخت درمانی مبتنی بر کاهش استرس که در واقع مجموعه راهکارهای عملی برای کیفیت زندگی است، در زمانی مجزا و در چارچوبی مشخص به بیماران آموزش داده شود؛ همچنین مراکز مشاوره و دانشگاه‌ها برنامه‌هایی در این زمینه برگزار کنند. پیشنهاد می‌شود برنامه‌های آموزش کیفیت زندگی و غنی‌سازی کیفیت زندگی به بیماران دارای درد مزمن مختلف ارائه شود.

## ۵ نتیجه‌گیری

براساس نتایج این پژوهش نتیجه گرفته می‌شود که شناخت درمانی مبتنی بر کاهش استرس بر کاهش نشانگان بدرفتاری دوران کودکی، کاهش افسردگی و بهبود درد مزمن در زنان مبتلا به درد مزمن در شهر ساری مؤثر است؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود این روش درمانی بیش از پیش مدنظر درمانگران و مراکز مشاوره قرار گیرد.

## ۶ تشکر و قدردانی

از تمامی افرادی که در این پژوهش ما را یاری کردند، نهایت تشکر و قدردانی می‌شود.

## ۷ بیانیه‌ها

**تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان:** تمامی افراد شرکت‌کننده در این پژوهش، به‌طور کتبی اطلاعاتی درباره پژوهش دریافت کردند و در صورت تمایل در آن مشارکت کردند؛ این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی استفاده خواهند شد؛ به‌منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد؛ اما برای مقایسه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری هریک از شرکت‌کنندگان، به هرکدام از آن‌ها شماره‌ای تعلق گرفت که براساس آن، هریک از افراد شناسایی شدند. این مقاله برگرفته از رساله دکتری دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی است. همچنین مجوز اجرای پژوهش حاضر بر گروه مطالعه‌شده از کلینیک‌های شهرستان ساری با شماره نامه ۱۶ صادر



## References

1. Fleurmond J. Is it all in the head? the Psychological effects of chronic pain and the effectiveness of modern therapies. *Ethn Dis*. 2005;15(3):47–8.
2. Pozek JP, Beausang D, Baratta JL, Viscusi ER. The acute to chronic pain transition: can chronic pain be prevented? *Med Clin North Am*. 2016;100(1):17–30. doi:[10.1016/j.mcna.2015.08.005](https://doi.org/10.1016/j.mcna.2015.08.005)
3. Cavanaugh JM, Weinstein JN. Low back pain: epidemiology, anatomy and neurophysiology. In: Wall PD, Melzack R; editors. *Textbook of pain*. London: Churchill Livingstone; 1994.
4. Andrasik F, Blanchard EB. Biofeedback treatment of muscle contraction headache. *Biofeedback: Studies in Clinical Efficacy*. 1987, pp.281–315.
5. Romano C, Lloyd A, Nair S, Wang JY, Viswanathan S, Vydyanathan A, et al. A randomized comparison of pain control and functional mobility between proximal and distal adductor canal blocks for total knee replacement. *Anesth Essays Res*. 2018;12(2):452–8. doi:[10.4103/aer.AER\\_17\\_18](https://doi.org/10.4103/aer.AER_17_18)
6. Hoy D, Brooks P, Blyth F, Buchbinder R. The epidemiology of low back pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2010;24(6):769–81. doi:[10.1016/j.berh.2010.10.002](https://doi.org/10.1016/j.berh.2010.10.002)
7. Teasell RW, White K. Clinical approaches to low back pain. Part 1. Epidemiology, diagnosis, and prevention. *Can Fam Physician*. 1994;40:481–6.
8. Maher PC, Underwood PM, Buchbinder PR. Non-specific low back pain. *The Lancet*. 2017;389(10070):736–47. doi:[10.1016/S0140-6736\(16\)30970-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30970-9)
9. Olbrich D. Psychological and psychosocial factors in chronic backache. Findings and social medicine consequences. *Versicherungsmedizin*. 2003;55(2):70–5.
10. Turk DC, Gatchel R. Ravan shenasi dard: rouykard haye control va darman: rahnamaye motakhasesan balini [Pain psychology: control and treatment approaches: a guide for clinicians]. Asghari Moghaddam MA. (Persian translator). Tehran: Roshd pub; 2003.
11. Weiser S, Cedraschi C. Psychosocial issues in the prevention of chronic low back pain—a literature review. *Baillière's Clinical Rheumatology*. 1992;6(3):657–84. [https://doi.org/10.1016/s0950-3579\(05\)80132-3](https://doi.org/10.1016/s0950-3579(05)80132-3)
12. Gatchel RJ, Polatin PB, Mayer TG. The dominant role of psychosocial risk factors in the development of chronic low back pain disability. *Spine*. 1995;20(24):2702–9. <https://doi.org/10.1097/00007632-199512150-00011>
13. Baena AC, Martínez S, Ibatá L, Abella P. Evidence-based recommendations for the management of low back pain. *Archives in Family Medicine*. 2018;20(3):57–145.
14. Frymoyer JW. Clinical perspectives. *New Perspectives on Low Back Pain*. 1989.
15. Casazza BA. Diagnosis and treatment of acute low back pain. *Am Fam Physician*. 2012;85(4):343–50.
16. Pulliam CB, Gatchel RJ, Gardea MA. Psychosocial differences in high risk versus low risk acute low-back pain patients. *J Occup Rehabil*. 2001;11:43–52. doi:[10.1023/A:1016604208480](https://doi.org/10.1023/A:1016604208480)
17. Qaseem A, Wilt TJ, McLean RM, Forciea MA. Noninvasive treatments for acute, subacute, and chronic low back pain: a clinical practice guideline from the American college of physicians. *Annals of Internal Medicine*. 2017;166(7):514–30. doi:[10.7326/M16-2367](https://doi.org/10.7326/M16-2367)
18. Van Vuuren B, Zinzen E, Van Heerden HJ, Becker P, Meeusen R. Psychosocial factors related to lower back problems in a South African manganese industry. *J Occup Rehabil*. 2005;15(2):215–25.
19. Linton SJ. A review of psychological risk factors in back and neck pain. *Spine*. 2000;25(9):1148–56.
20. Ackerman MD, Stevens MJ. Acute and chronic pain: Pain dimensions and psychological status. *J Clin Psychol*. 1989;45(2):223–8. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(198903\)45:2<223::aid-jclp2270450208>3.0.co;2-y](https://doi.org/10.1002/1097-4679(198903)45:2<223::aid-jclp2270450208>3.0.co;2-y)
21. Kamimura A, Nourian MM, Assasnik N, Franchek-Roa K. Depression and intimate partner violence among college students in Iran. *Asian Journal of Psychiatry*. 2016;23:51–5. doi:[10.1016/j.ajp.2016.07.014](https://doi.org/10.1016/j.ajp.2016.07.014)
22. Kimbrel NA, Meyer EC, DeBeer BB, Gulliver SB, Morissette SB. A 12-month prospective study of the effects of PTSD-depression comorbidity on suicidal behavior in Iraq/Afghanistan-era veterans. *Psychiatr Res*. 2016;243:97–9. doi:[10.1016/j.psychres.2016.06.011](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.06.011)
23. Mahati K, Bhagya V, Christofer T, Sneha A, Shankaranarayana Rao BS. Enriched environment ameliorates depression-induced cognitive deficits and restores abnormal hippocampal synaptic plasticity. *Neurobiol Learn Mem*. 2016;134:379–91. <https://doi.org/10.1016/j.nlm.2016.08.017>
24. Fischer B, Murphy Y, Kurdyak P, Goldner EM. Depression –a major but neglected consequence contributing to the health toll from prescription opioids? *Psychiatry Res*. 2016;243:331–4. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.06.053>
25. Liang L, Zhou D, Yuan C, Shao A, Bian Y. Gender differences in the relationship between internet addiction and depression: a cross-lagged study in Chinese adolescents. *Comput Hum Behav*. 2016;63:463–70.

- doi:[10.1016/j.chb.2016.04.043](https://doi.org/10.1016/j.chb.2016.04.043)
26. Top ED, Karaçam Z. Effectiveness of structured education in reduction of postpartum depression scores: a quasi-experimental study. *Arch Psychiatr Nurs*. 2016;30(3):356–62. doi:[10.1016/j.apnu.2015.12.009](https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.12.009)
  27. Block JA. Acceptance or change of private experiences: a comparative analysis in college students with public speaking anxiety [PhD dissertation]. [Albany, USA]: State University of New York At Albany; 2002.
  28. Frisch MB. Quality of life therapy. In: Wood AM, Johnson J, Wood A; editors. *The Wiley handbook of positive clinical psychology*. Chichester, West Sussex Malden, MA Oxford: Wiley Blackwell; 2016.
  29. Heshmati F, Elmy Manesh N, Heshmati R. Structural relationship of behavioral activation and inhibition system, dispositional mindfulness and chronic pain. *Health Psychology*. 2018;6(4):120–37. [Persian] [https://hpj.journals.pnu.ac.ir/article\\_4539.html?lang=en](https://hpj.journals.pnu.ac.ir/article_4539.html?lang=en)
  30. Anchorena MN, Ghiglione F, Nader M. Psychometric properties of the Five Facet Mindfulness Questionnaire in an Argentine sample. *Archives of Assessment Psychology*. 2017;7(1):29–41.
  31. Khoshkhatti N, Amiri majd M, Bazzazian S, Yazdinezhad A. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on symptoms of anxiety, depression and stress in renal patients under Hemodialysis. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2020;14(6):9–17 [Persian] <http://ijnr.ir/article-1-2292-en.html>
  32. 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.
  33. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences*. 2014;21(6):795–807. [Persian] <http://jssu.ssu.ac.ir/article-1-2533-en.html>
  34. Norouzi H, Hashemi E. The efficacy of mindfulness-based cognitive therapy (mbct) on emotion regulation among patients with breast cancer. *Iranian Journal of Breast Disease*. 2017;10(2):38. [Persian]
  35. Zung WWK. Zung self-rating depression scale and depression status inventory. In: Sartorius N, Ban TA, editors. *Assessment of depression*. Berlin: Springer, Heidelberg; 1986. pp:221–31. doi:[10.1007/978-3-642-70486-4\\_21](https://doi.org/10.1007/978-3-642-70486-4_21)
  36. Sedighi S, Najarzadegan M, Ghasemzadeh H, Khodabandeh M, Khazaei M, Mirzadeh M, et al. Factor structure and psychometric properties of Zung self-rating depression scale in a population of women with a sick child. *Int J Pediatr*. 2020;8(7):11581–6. doi:[10.22038/ijp.2020.47163.3822](https://doi.org/10.22038/ijp.2020.47163.3822)
  37. Coates AA, Messman-Moore TL. A structural model of mechanisms predicting depressive symptoms in women following childhood psychological maltreatment. *Child Abuse Negl*. 2014;38(1):103–13. doi:[10.1016/j.chiabu.2013.10.005](https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.10.005)
  38. Nazari H, Farhadi A. Predicting depression symptoms following childhood psychological maltreatment: the mediating role of early maladaptive schemas and difficulties in emotion regulation. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2016;26(136):85–98. [Persian] <http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-7483-en.html>
  39. Kerns RD, Rosenberg R, Jacob MC. Anger expression and chronic pain. *J Behav Med*. 1994;17:57–67. doi:[10.1007/BF01856882](https://doi.org/10.1007/BF01856882)
  40. Asghari A, Nicholas MK. An investigation of pain self-efficacy beliefs in Iranian chronic pain patients: a preliminary validation of a translated English-language scale. *Pain Medicine*. 2009;10(4):619–32. doi:[10.1111/j.1526-4637.2009.00623.x](https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2009.00623.x)
  41. Dobson KS, Hollon SD, Dimidjian S, Schmaling KB, Kohlenberg RJ, Gallop RJ, et al. Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. *J Consult Clin Psychol*. 2008;76(3):468–77. doi:[10.1037/0022-006X.76.3.468](https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.3.468)
  42. Yousefy A, Khayam Nekouei Z. Basis of cognitive-behavioral trainings and its applications in recovery of chronic diseases. *Iranian Journal of Medical Education*. 2011;10(5):792–800. [Persian] <http://ijme.mui.ac.ir/article-1-1548-en.html>
  43. Naghibi F, Ahadi H, Tajeri B, Seairafi MR. Effectiveness of mindfulness-based stress reduction training on psychological symptoms, pain in patients with thalassemia major. *Adv Cogn Sci*. 2020;22(2):45–53. [Persian] <http://dx.doi.org/10.30699/icss.22.2.45>
  44. Jafari D, Salehi M, Mohamadkhani P. Comparing the effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness with group therapy of behavioral activation in depression rate and quality of life of depressed people. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*. 2013;8(29):7–16. [Persian] [https://jtbcp.riau.ac.ir/article\\_18.html?lang=en](https://jtbcp.riau.ac.ir/article_18.html?lang=en)
  45. Shahni R, Shairi MR, Asghari Moghaddam MA, Naseri M, Delavari M. The effectiveness of cognitive-behavioral treatment of pain on reduction of negative emotions and pain severity in patients with chronic pain. *Journal of Psychological Achievements*. 2011;18(2):1–20. [Persian] [https://psychac.scu.ac.ir/article\\_11718.html?lang=en](https://psychac.scu.ac.ir/article_11718.html?lang=en)
  46. Hamidpour H. Examination of efficacy and effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy in treatment and prevention of relapse and recurrence of dysthymia. *Research in Psychological Health*. 2007;1(2):25–36. [Persian]
  47. Ostad Noroozi M, Zemestani M. Comparative study of the relationship between childhood traumas with

personality function and pathological traits in patients with borderline personality disorder and non-patient group. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*. 2021;7(6):85–99. [Persian] <http://dx.doi.org/10.52547/shenakht.7.6.85>

48. Miller GE, Rohleder N, Cole SW. Chronic interpersonal stress predicts activation of pro- and anti-inflammatory signaling pathways 6 months later. *Psychosom Med*. 2009;71(1):57–62. <https://dx.doi.org/10.1097/PSY.0b013e318190d7de>
49. Tyrka AR, Burgers DE, Philip NS, Price LH, Carpenter LL. The neurobiological correlates of childhood adversity and implications for treatment. *Acta Psychiatr Scand*. 2013;128(6):434–47. <https://doi.org/10.1111/acps.12143>
50. Esmaeilzadeh Meshki P, Zeinali A. The role of childhood abuse experiences in predicting emotional schemas in adulthood. *J Child Ment Health*. 2020;7(3):128–41. [Persian] <http://dx.doi.org/10.52547/jcmh.7.3.11>
51. Evans S, Ferrando S, Findler M, Stowell C, Smart C, Haglin D. Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disord*. 2008;22:716–21. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.07.005>
52. Williams JMG, Teasdale JD, Segal ZV, Soulsby J. Mindfulness-based cognitive therapy reduces overgeneral autobiographical memory in formerly depressed patients. *J Abnorm Psychol*. 2000;109(1):150–5. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.109.1.150>
53. Carney RM, Freedland KE, Stein PK, Skala JA, Hoffman P, Jaffe AS. Change in heart rate and heart rate variability during treatment for depression in patients with coronary heart disease. *Psychosom Med*. 2000;62(5):639–47. <https://doi.org/10.1097/00006842-200009000-00007>
54. Cherkin DC, Sherman KJ, Balderson BH, Cook AJ, Anderson ML, Hawkes RJ, et al. Effect of mindfulness-based stress reduction vs cognitive behavioral therapy or usual care on back pain and functional limitations in adults with chronic low back pain: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2016;315(12):1240–9. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.2323>
55. Masumian S, Shairi MR, Hashemi M. The effect of mindfulness-based stress reduction on quality of life of the patients with chronic low back pain. *Anesthesiology and Pain*. 2013;4(1):25–37. [Persian]
56. Shafiei F, Amini M. Efficacy of mindfulness-based stress reduction on reducing catastrophizing and pain intensity in patients suffering chronic musculoskeletal pain. *Anesthesiology and Pain*. 2017;8(1):1–10. [Persian] <http://jap.iums.ac.ir/article-1-5316-en.html>
57. Eccleston C, Crombez G. Pain demands attention: A cognitive–affective model of the interruptive function of pain. *Psychol Bull*. 1999;125(3):356–66. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.125.3.356>
58. Dick BD, Rashedi S. Chronic low back pain: review of treatment practices and standards. *J Behav Anal Health Sports Fit Med*. 2008;1(1):19–25. <http://dx.doi.org/10.1037/h0100364>