MEJDS. 2022; 12:32.

Published online 2022 May. **Original Article**

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[1], *Tajeri B[2], Salehi M[3]

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:** btajeri@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 × 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.

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-05]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.99.8]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.96]

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۱؛ (۱۲):۳۲.

انتشار برخط اردیبهشت ۱۴۰۱ مقاله پژوهشی اصیل

بررسی اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی‌بر کاهش استرس بر نشانگان بدرفتاری دوران کودکی، افسردگی و بهبود درد مزمن زنان شهر ساری

آتنا فدایی باشی[۱]، *بیوک تاجری[۲]، مهدیه صالحی[۳]

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.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** btajeri@yahoo.com

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

چکیده

زمینه و هدف: درد مزمن می‌تواند باعث مشکلات متعدد روان‌شناختی مانند اضطراب، افسردگی و ناامیدی شود. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی‌بر کاهش استرس بر نشانگان بدرفتاری دوران کودکی، افسردگی و بهبود درد مزمن در زنان شهر ساری انجام گرفت.

روش‌بررسی: روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دوماهه با گروه گواه بود. جامعهٔ 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 به‌صورت تصادفی در دو گروه ده‌نفری آزمایش و گواه قرار گرفتند. صرفاً گروه آزمایش در هشت جلسهٔ نوددقیقه‌ای و هفته‌ای یک‌بار به‌مدت دو ماه، آموزش شناخت‌درمانی را دریافت کرد. به‌منظور گردآوری داده‌ها، سیاههٔ نشانگان بدرفتاری روان‌شناختی دوران کودکی (کوتس و مسمن ـ مور، ۲۰۱۴)، سیاههٔ چندوجهی درد مزمن (کرنز و همکاران، ۱۹۹۴) و مقیاس خودارزیابی افسردگی (زانگ، ۱۹۶۵) به‌کار رفت. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۲ در سطح معناداری ۰/۰۵ صورت گرفت.

یافته‌ها: 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 شناخت‌درمانی، نمرات متغیرهای نشانگان بدرفتاری دوران کودکی و افسردگی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری درمقایسه با پیش‌آزمون به‌طور معناداری کاهش یافت و برای متغیر درد مزمن به‌طور معناداری افزایش (بهبود) یافت ($p<۰/۰۵$). تفاوت معناداری در نمرات متغیرهای نشانگان بدرفتاری دوران کودکی و افسردگی بین پس‌آزمون و پیگیری مشاهده نشد و تفاوت معناداری در نمرات متغیر درد مزمن بین دو مرحلهٔ مذکور وجود داشت ($p<۰/۰۵$). برای هر سه متغیر، نتایج، تداوم اثربخشی مداخله در مرحلهٔ پیگیری را نشان داد.

نتیجه‌گیری: شناخت‌درمانی مبتنی‌بر 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.

کلیدواژه‌ها: شناخت‌درمانی مبتنی‌بر کاهش استرس، نشانگان بدرفتاری، افسردگی، درد مزمن.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار ـ غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.99.8]

[DOI: 10.29252/mejds.0.0.96]

۱ مقدمه

دردهای مزمن[1]، یکی از مشکلات شایع امروزی است که نمونهٔ رایج‌تر آن دردهای ناحیهٔ تحتانی کمر، سردرد، درد سرطانی و آرتریت است. درد مزمن می‌تواند باعث مشکلات متعدد روان‌شناختی مانند اضطراب و افسردگی و ناامیدی شود (۱،۲). دردهای ناحیهٔ تحتانی کمر بعد از سردرد مزمن، علت رایج‌تر مراجعه به مطب پزشکان است (۳). برآوردهای موجود نشان می‌دهد، ۱۲تا۴۵درصد تمام بزرگسالان و ۶۰تا۸۰درصد کل جامعه در طول زندگی خود یک‌بار به کمردرد مبتلا خواهند شد (۴،۵). همچنین ۱۲درصد مرخصی‌های استعلاجی به‌سبب این مشکل است و دلیل ۲۵درصد کل هزینه‌های جبرانی، از ناتوانی در محیط کار ناشی می‌شود (۳،۶).

براساس برآوردهای موجود، همه‌روزه ۰/۵ درصد از نیروی انسانی برای بیشتر از شش ماه بر اثر کمردرد مزمن از کار کناره‌گیری می‌کنند (۷،۸). اگرچه زنان علائم کمردرد مزمن را با همان فراوانی مردان نشان می‌دهند، مردان دوبرابر بیش از زنان تحت عمل جراحی قرار می‌گیرند (۵). برآورد هزینه‌های پزشکی مستقیم مانند حق ویزیت، جراحی، بستری در بیمارستان و جبران مالی به‌دلیل ناتوانی در انجام فعالیت‌ها، بسیار زیاد است. همچنین برآورد هزینه‌های پزشکی غیرمستقیم آن مانند غیبت از کار و فقدان بهره‌وری مشکل است (۹،۱۰). مطالعات مشخص می‌کند، ویژگی‌های روانی‌اجتماعی می‌توانند عامل مهمی در طول مدت درد و ناتوانی باشند و درمان‌های روان‌شناختی در کاهش درد مؤثر هستند (۱۱). همچنین مشکلات هیجانی[2] همراه با درد کمر، به مزمن‌شدن بیماری کمک می‌کند (۱۲). به‌علاوه خود درد کمر باعث تظاهرات و مشکلات روان‌شناختی[3] در بیماران می‌شود (۱۱). اگرچه اکثر بیماران به‌طور موقت کمردرد می‌گیرند و طی یک یا دو ماه نیز وضعیت بهتری پیدا می‌کنند، بخش درخورتوجهی از این بیماران، به نوع مزمن آن مبتلا می‌شوند و این بخش از جمعیت مبتلایان به کمردرد مزمن، در سال‌های اخیر پیوسته افزایش یافته است؛ این موضوع می‌تواند توانایی درمان موفقیت‌آمیز بیماران مذکور را مورد سؤال قرار دهد. از سوی دیگر درک ما از عوامل مؤثر در علت‌شناسی و حفظ این اختلال مزمن به‌گونه‌ای چشمگیر، محدود است. به عبارت دیگر فقط ۱۰تا۱۵درصد از بیماران مبتلا به کمردرد مزمن نوعی آسیب‌شناسی با علت روشن و قطعی برای علائم خود نشان داده‌اند (۱۳،۱۴). نتایج مطالعات پیش‌بینی می‌کند ۹۰/۷درصد از بیماران مبتلا به درد حاد ناحیهٔ تحتانی کمر دچار مشکلات ناتوانی مزمن می‌شوند (۱۲،۱۵). دیده شده است افرادی که یکی از اختلالات حول محور روان‌پزشکی را همراه مشکل خود دارند، شانس بسیار بیشتری برای داشتن ناتوانی مزمن دارند (۱۶). دردی که برای مدت‌زمانی نزدیک به سه ماه یا بیشتر در بدن باقی بماند، عنوان درد مزمن را به خود می‌گیرد. این درد می‌تواند خیلی ملایم باشد یا آن‌قدر شدید باشد که فعالیت‌های روزانه را مختل کند. هر فردی می‌تواند مبتلا به درد مزمن شود؛ البته بیشتر در بزرگسالان در سنین بیشتر رایج است؛ اما نمی‌توان گفت که درد مزمن به‌عنوان بخش طبیعی فرایند سالخوردگی به‌شمار می‌رود؛ البته افراد میانسال بیشتر درمعرض ابتلا به این بیماری هستند؛ به‌ویژه افرادی که بیماری‌های خاصی نظیر دیابت، آرتروز و غیره دارند (۱۷).

افسردگی ویژگی شایع‌تر در بیماران مبتلا به درد مزمن به‌شمار می‌رود که شیوع رو به رشد آن به نگرانی جهانی تبدیل شده است (۱۸). براساس بعضی مطالعات، از پیامدهای مهم‌تر ناخوشایند درد مزمن، افسردگی و ناامیدی شدید برای ادامهٔ زندگی است (۱۶). ازطرفی برخی از مطالعات کم‌وبیش نشان داده‌اند، افسردگی در بیماران مبتلا به درد مزمن با نشانگان بدرفتاری[4] در دوران کودکی رابطه دارد (۱۹)؛ بنابراین بدیهی است فرد مبتلا به بیماری درد مزمن نه‌تنها با استرس مزمن بیماری دست‌وپنجه نرم می‌کند، بلکه تحت‌تأثیر عوامل درون‌روانی دیگری نظیر تغییرات مطرح‌شده نیز قرار دارد.

بدرفتاری دوران کودکی عبارت است از انجام هر عملی دربارهٔ کودک یا غفلت از وی که منجربه صدمهٔ چشمگیر جسمانی یا روان‌شناختی به کودک شود یا او را تهدید کند (۲۰). بدرفتاری می‌تواند 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 دربارهٔ کودک است (۲۲). از بین انواع سوءرفتارهای دوران کودکی، بدرفتاری روان‌شناختی رایج‌تر است (۲۳)؛ به‌حدی‌که برخی از پژوهشگران معتقد هستند، در بین انواع سوءرفتارها، بدرفتاری‌های روان‌شناختی اثرات منفی بیشتر و بلندمدت‌تری را به‌دنبال دارد (۲۴). دانش موجود در زمینهٔ تأثیر بلندمدت بدرفتاری‌های روان‌شناختی در دوران کودکی درمقایسه با سوءرفتارهای جنسی یا جسمانی، بسیار کمتر است (۲۵). به عبارت دیگر، از انواع مختلف بدرفتاری کودکی، سوءاستفادهٔ جسمانی ارتباط کمتری با علائم افسردگی در بزرگسالی دارد و سوءرفتارهای جنسی، عامل خطری برای آسیب‌شناسی روانی به‌طور عام محسوب می‌شود (۲۶). ازطرفی افسردگی در زنان مبتلا به درد مزمن عاملی پیش‌بین قوی است که باعث آسیب‌هایی مانند کاهش ادراک بهینه، امید به زندگی، امید به موفقیت‌هایی در همهٔ زمینه‌ها و نیز بهبود آن می‌شود (۲۷).

یکی از روش‌های درمانی که با افزایش بهزیستی روان‌شناختی[5] و کاهش افسردگی[6] در بیماران مبتلا به درد مزمن همراه است، شناخت‌درمانی مبتنی‌بر کاهش استرس است. در شناخت‌درمانی مبتنی‌بر کاهش استرس، مُراجعان یاد می‌گیرند چطور با افکار و احساس‌های غیرمنطقی خود رابطه برقرار کنند و روی تغییر محتوای افکار متمرکز شوند و آن‌ها را تغییر دهند و در چشم‌انداز وسیع‌تری افکار و احساس‌ها را ببینند (۲۸). درد مزمن و طولانی می‌تواند با غلبه بر زندگی فرد مبتلا، او را از انجام‌دادن کارهای عمومی باز دارد و قدرت کار، روابط اجتماعی، حالت‌های روانی و چگونگی سازگاری را تحت‌تأثیر قرار دهد (۲۹). نکتهٔ درخورتوجه این است که درد با وضعیت روانی افراد رابطه دارد (۳۰). خوش‌خطی و همکاران به این نتیجه رسیدند که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی روش درمانی مؤثری در کاهش

1. Chronic pain
2. Emotional problems
3. Psychological problems
4. Symptoms of abuse
5. Psychological well-being
6. Depression

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-05]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.99.8]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.96]

علائم افسردگی، اضطراب و استرس بیماران کلیوی تحت همودیالیز محسوب می‌شود (۳۱). همچنین یافته‌های پژوهش عبدالقادری و همکاران نشان داد که دو روش درمانی شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی 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 نوروزی و هاشمی، بیانگر اثربخشی درمان شناختی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر بهبود نظم‌جویی هیجانی بیماران مبتلا به درد مزمن ازطریق به‌چالش‌کشیدن افکار و اصلاح هیجان بود (۳۳)؛ ازاین‌رو درمان شناختی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی برای بهبود پیامدهای روانی‌اجتماعی و خودمراقبتی بیماران مبتلا به درد مزمن سودمند است.

ضرورت پژوهش حاضر از آن جنبه بود که درد مزمن یکی از بیماری‌های ناتوان‌کننده است و می‌تواند منجربه خسارات جبران‌ناپذیر مالی از نظر درمان‌های دارویی برای بیماران مبتلا شود؛ زیرا درمان‌های دارویی، بیشتر جنبه‌های جسمانی بیماری را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد. از این لحاظ، انجام پژوهش در زمینهٔ درمان‌های روان‌شناختی ازجمله شناخت‌درمانی مبتنی‌بر 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 روان‌شناختی آن مانند افسردگی و اضطراب داشته باشد. انجام این پژوهش نقش مهمی در توجه درمانگران و پژوهشگران روان‌شناختی به کاهش علائم درد مزمن و مشکلات روان‌شناختی همراه آن دارد؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی‌بر کاهش استرس بر نشانگان بدرفتاری دوران کودکی، افسردگی و بهبود درد مزمن در زنان مبتلا به درد مزمن در شهر ساری انجام شد.

۲ روش‌بررسی

روش پژوهش حاضر، از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه همراه با دورهٔ پیگیری بود. جامعهٔ آماری این پژوهش را تمامی زنان مبتلا به درد مزمن شهر ساری در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند که تعداد آن‌ها باتوجه به آمار گرفته‌شده از دانشگاه علوم‌پزشکی شهر ساری، ۱۷۵ نفر بود. در این تحقیق نمونهٔ لازم از کل جامعهٔ 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 نمونهٔ لازم، با درنظرگرفتن اندازهٔ 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 به‌مدت هشت جلسهٔ نوددقیقه‌ای، هفته‌ای یک‌بار، مداخلهٔ شناخت‌درمانی را دریافت کرد؛ اما برای گروه گواه هیچ مداخله‌ای ارائه نشد. پس از گذشت دو ماه دورهٔ پیگیری نیز انجام گرفت. ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر به‌شرح ذیل بود: تمامی افراد به‌طور کتبی اطلاعاتی دربارهٔ 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 مقایسهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری هریک از شرکت‌کنندگان، به هرکدام از آن‌ها شماره‌ای تعلق گرفت که براساس آن، هریک از افراد شناسایی شدند.

ابزارها و جلسات درمانی زیر در پژوهش به‌کار رفت.

ـ مقیاس خودارزیابی افسردگی[1]: 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 ۵۰تا۶۹ کسب می‌کنند. تعداد کمی از افراد امتیاز بیشتر از ۷۰ می‌گیرند. نمرهٔ کل از جمع‌کردن نمرهٔ کسب‌شدهٔ پاسخ‌ها به‌دست می‌آید و حداکثر نمرهٔ افسردگی ۸۰ است. اکثر افراد دارای افسردگی، نمرهٔ بین ۵۰تا۵۹ 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 به‌دست آمد که نشان‌دهندهٔ پایایی پذیرفتنی مقیاس است (۳۵).

ـ سیاههٔ نشانگان بدرفتاری روان‌شناختی دوران کودکی[2]: این ابزار توسط کوتس و مسمن‌ـ‌مور در سال ۲۰۱۴ ارائه شد (۳۶). سیاههٔ نشانگان بدرفتاری روان‌شناختی دوران کودکی، ابزاری خودگزارشی ۲۴آیتمی گذشته‌نگر از حوادث مربوط به بدرفتاری‌های 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، طردکردن/ترساندن، غیراخلاقی/صادقانه‌نبودن، پرتوقع/انعطاف‌ناپذیربودن و منزوی‌سازی، سنجش صورت می‌گیرد. پاسخ‌دهندگان در طیفی پنج‌نمره‌ای کاملاً مخالف=۱ و کاملاً موافق=۵ به آن پاسخ می‌دهند. آلفای همسانی درونی برای مقیاس حاضر در میان دانشجویان بین ۹۰تا۹۶درصد بود (۳۶). در پژوهش کوتس و مسمن‌ـ‌مور، آلفای همسانی درونی برای زیرمقیاس عدم پاسخ‌گویی از نظر هیجانی ۹۱ درصد، برای زیرمقیاس طردکردن/ترساندن ۸۰درصد، برای زیرمقیاس غیراخلاقی/صادقانه‌نبودن ۵۸درصد و برای زیرمقیاس پرتوقع/انعطاف‌ناپذیر ۷۰درصد و برای زیرمقیاس منزوی‌سازی ۷۵درصد به‌دست آمد (۳۶). نتایج پژوهش نظری و فرهادی حاکی‌از آن بود که آلفای کرونباخ این ابزار در ایران، ۰/۸۹ است (۳۷).

ـ سیاههٔ چندوجهی درد مزمن[3]: سیاههٔ 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 خرده‌مقیاس 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

[1]. Self-Rating Depression Scale

[2]. Psychological Maltreatment Inventory

[3]. Multidimensional Pain Inventory

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.99.8]

[DOI: 10.29252/mejds.0.0.96]

و سایر اطرافیانی که در زندگی او صاحب نقش هستند، دربارهٔ دردی که از آن رنج می‌برد، در قالب سه خرده‌مقیاس واکنش منفی، تلاش برای انحراف توجه از درد و نشان‌دادن 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 انجام‌دادن فعالیت‌های بیرون از منزل ارزیابی می‌کند. نحوهٔ پاسخ‌دهی به هرکدام از سؤالات پرسشنامه در یک مقیاس لیکرت از صفرتا۶ متغیر است و در همهٔ 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. به‌منظور 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، نمرهٔ 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 ۶ است (۳۸). کرنز و همکاران برای اعتبار سیاههٔ چندوجهی درد از روش تحلیل عامل و محاسبهٔ همبستگی بین عوامل استخراج‌شده با نتایج پرسش‌نامه‌های معتبر استفاده کردند و همچنین آن‌ها اعتبار عوامل سیاههٔ چندوجهی درد را در حد مطلوب گزارش دادند (ضرایب همسانی بین ۰/۷۰تا۰/۹۰ و ضرایب بازآزمایی بین ۰/۶۰تا۰/۹۲) (۳۸). در ایران نیز اعتبار و روایی این ابزار تأیید شد. براساس یافته‌های پژوهش اصغری و همکاران، ضرایب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های این سیاهه بین ۰/۷۰تا۰/۹۲ و میانگین ضرایب همبستگی بین عبارات هر خرده‌مقیاس بین ۰/۲۵تا۰/۵۴ متغیر بود (۳۹).

ـ پروتکل شناخت‌درمانی مبتنی‌بر کاهش استرس: این پروتکل در هشت جلسهٔ نوددقیقه‌ای و هفته‌ای یک‌بار به‌مدت دو ماه براساس بستهٔ 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 بستهٔ آموزشی در پژوهش حاضر توسط پنج تن از اساتید دکتری روان‌شناسی دانشگاه تهران تأیید شد و سپس در این پژوهش به‌کار رفت. در جدول ۱، خلاصه‌ای از جلسات شناخت‌درمانی مبتنی‌بر کاهش استرس ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه‌ای از جلسات شناخت‌درمانی مبتنی‌بر کاهش استرس

جلسه	محتوای جلسات
اول	خوشامدگویی، مروری بر ساختار جلسات، قوانین و اهمیت انجام‌دادن آن، مطرح‌شدن مشکلات و مسائل افراد در رابطه با افسردگی، ارائهٔ اطلاعات به اعضا دربارهٔ افسردگی، تن‌آرامی و منطق درمان شناختی، اخذ بازخورد
دوم	آموزش و تمرین مرحلهٔ اول آرام‌سازی پیش‌رونده برای اعضا، آموزش به اعضا دربارهٔ واقعیت و برداشت ذهنی، آگاهی و تفاوت بین احساس و افکار، ارائهٔ تکلیف، اخذ بازخورد
سوم	مرور تکالیف، آموزش مرحلهٔ دوم آرام‌سازی پیش‌رونده و به تفکر واداشتن اعضا با پرسش از آن‌ها که چرا دچار ناراحتی می‌شویم، آموزش به اعضا دربارهٔ پنج خطای شناختی، ارائهٔ تکلیف، اخذ بازخورد
چهارم	مرور تکالیف، آموزش مرحلهٔ سوم آرام‌سازی پیش‌رونده، آموزش پنج خطای شناختی دیگر، ارائهٔ تکلیف، اخذ بازخورد
پنجم	مرور تکالیف، آموزش مرحلهٔ چهارم آرام‌سازی پیش‌رونده، بحث و گفت‌وگو دربارهٔ تجربهٔ هیجانی اخیر و تجسم و ایفای نقش، ارائهٔ تکلیف، اخذ بازخورد
ششم	مرور تکالیف، بحث و گفت‌وگو دربارهٔ تجربهٔ هیجانی اخیر و تکنیک‌های آموخته‌شدهٔ اخیر، آشناکردن اعضا با شناخت‌واره‌های بنیادی، عشق، موفقیت، کمال‌گرایی، ارائهٔ تکلیف، اخذ بازخورد
هفتم	مرور تکالیف، بحث دربارهٔ بایدها به‌عنوان یکی از تکنیک‌های شناسایی طرح‌واره‌های بنیادی، بررسی نقش تحریفات شناختی در ایجاد و تداوم افسردگی، ارائهٔ تکلیف، اخذ بازخورد
هشتم	مرور و بررسی تکالیف، جمع‌بندی از جلسات گذشته توسط اعضا و درمانگر، انجام پس‌آزمون و اهدای هدیه

تجزیه‌وتحلیل 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 نسخهٔ ۲۲ صورت گرفت. به‌منظور بررسی پیش‌فرض نرمال‌بودن تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر از آزمون شاپیرو ـ 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 ۳۹/۵±۷/۴ سال و گروه گواه ۳۷/۸±۶/۲ سال بود که دامنهٔ سنی از ۲۰تا۵۵ سال را شامل شد. در جدول ۲، شاخص‌های توصیفی در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری آورده شده است.

قبل از اجرای روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، برای بررسی رعایت پیش‌فرض‌های لازم از آزمون‌های شاپیرو ـ ویلک، ام‌باکس و لون استفاده شد. نتایج آزمون شاپیرو ـ ویلک برای توزیع متغیرهای پژوهش در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان داد، متغیرهای تحقیق از توزیع نرمال برخوردار بودند (p>۰/۰۵). همچنین براساس نتایج آزمون ام‌باکس، فرض همگنی ماتریس واریانس‌کوواریانس رد نشد (Box's M=۰/۸۰،p=۰/۷۵). برای بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌های خطا از آزمون لون استفاده شد. نتایج آزمون لون مشخص کرد، فرض همگنی واریانس‌ها رد نشد

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-05]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.99.8]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.96]

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-05]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.99.8]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.96]

(p>۰/۰۵)؛ بنابراین پیش‌فرض‌های لازم برای اجرای تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر وجود داشت. در جدول ۳، نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر اشاره شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای افسردگی، درد مزمن و نشانگان بدرفتاری به‌تفکیک دو گروه مطالعه‌شده در سه زمان

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		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 اندازه‌گیری مکرر برای مقایسهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشانگان بدرفتاری دوران کودکی، افسردگی و درد مزمن در گروه آزمایش و گروه گواه

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار احتمال	اندازهٔ اثر
نشانگان بدرفتاری دوران کودکی	زمان	۳۶۰۰/۰۱۸	۱	۳۶۰۰/۰۱۸	۸۳/۵۳	<۰/۰۰۱	۰/۷۶
	خطا	۱۱۲۰/۴۶۴	۲۶	۴۳/۰۹۵			
	گروه	۱۸۸۵/۷۶۲	۱	۱۸۸۵/۷۶۲	۱۹/۹۱	<۰/۰۰۱	۰/۴۳
	خطا	۲۴۶۲/۵۷۱	۲۶	۹۴/۷۱۴			
	گروه*زمان	۵۹۸/۰۱۸	۱	۵۹۸/۰۱۸	۱۳/۸۷	<۰/۰۰۱	۰/۳۴
افسردگی	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
درد مزمن	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
	خطا	۸۵۷۳/۲۲۳	۲۶	۳۴۱/۷۰۸	–		–
	گروه*زمان	۶۳۰۸/۷۸۶	۱	۶۳۰۸/۷۸۶	۹۲/۷۸	<۰/۰۰۱	۰/۶۴

نتایج جدول ۳ مشخص می‌کند، بین گروه مداخلهٔ شناخت‌درمانی و گروه گواه در پیش‌آزمون، پس‌آزمون 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<۰/۰۰۱). نتایج جدول نشان می‌دهد که اثر گروه بر متغیرهای مذکور معنادار بود (p<۰/۰۰۱). به عبارت دیگر شناخت‌درمانی بر کاهش نشانگان بدرفتاری دوران کودکی و کاهش افسردگی و بهبود درد مزمن در زنان گروه آزمایش اثربخش بود. همچنین اثر زمان بر متغیرهای مذکور معنادار بود (p<۰/۰۰۱). در نمودار ۱، مقایسهٔ متغیرهای پژوهش در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مشاهده می‌شود.

نمودار ۱. مقایسهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای افسردگی، درد مزمن و نشانگان بدرفتاری دوران کودکی در گروه آزمایش و گروه گواه[1]

[1]. مقادیر ۱ تا ۵ موجود بر محور عمودی، دامنهٔ 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 تغییری چشمگیر نشان نداد. همچنین میانگین نمرات نشانگان بدرفتاری دوران کودکی در گروه آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری کاهش یافت؛ اما وضعیت گروه گواه تغییری چشمگیر نداشت.

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

متغیر	گروه	دوره	اختلاف میانگین‌های هر دوره	
			پس‌آزمون	پیگیری
نشانگان بدرفتاری دوران کودکی	مداخلهٔ شناخت‌درمانی	پیش‌آزمون	۲۶/۴۲۹*	۲۲/۵۷۱*
		پس‌آزمون	–	۳/۸۵۷–
افسردگی	مداخلهٔ شناخت‌درمانی	پیش‌آزمون	۷/۲۸۶*	۶/۷۸۶*
		پس‌آزمون	–	۰/۵۰۰–
درد مزمن	مداخلهٔ شناخت‌درمانی	پیش‌آزمون	۲۲/۴۲۹*	۲۶/۵۷۱*
		پس‌آزمون	–	۲۶/۸۵۷*

$p<۰/۰۵$

نتایج جدول ۴ مشخص می‌کند، در گروه شناخت‌درمانی، نمرات پس‌آزمون و پیگیری متغیر نشانگان بدرفتاری دوران کودکی درمقایسه با نمرات پیش‌آزمون به‌طور معناداری کاهش پیدا کرده است ($p<۰/۰۵$). تفاوت معناداری در نمرات متغیر مذکور بین مراحل پس‌آزمون و پیگیری مشاهده نشد که نشان‌دهندهٔ تداوم اثربخشی مداخله در مرحلهٔ پیگیری است ($p>۰/۰۵$). همچنین نمرات پس‌آزمون و پیگیری متغیر افسردگی در گروه شناخت‌درمانی درمقایسه با نمرات پیش‌آزمون کاهش معنادار پیدا کرده است ($p<۰/۰۵$). تفاوت معناداری در نمرات متغیر مذکور بین مراحل پس‌آزمون و پیگیری مشاهده نشد که نشان‌دهندهٔ تداوم اثربخشی مداخله در مرحلهٔ پیگیری است ($p>۰/۰۵$). به‌علاوه، در گروه شناخت‌درمانی، نمرات پس‌آزمون و پیگیری متغیر درد مزمن درمقایسه با پیش‌آزمون افزایش (بهبود) پیدا کرده است ($p<۰/۰۵$). تفاوت معناداری نیز در نمرات متغیر مذکور بین مراحل پس‌آزمون و پیگیری وجود داشت که براساس میانگین نمرات این متغیر، نشان‌دهندهٔ تداوم اثربخشی مداخله در مرحلهٔ پیگیری است ($p<۰/۰۵$).

۴ بحث

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

براساس یافته‌های پژوهش، اثربخشی شناخت درمانی مبتنی‌بر کاهش استرس بر کاهش نشانگان بدرفتاری دوران کودکی مؤثر بود. در زمینهٔ عوامل مستعدساز اختلال روانی، مطالعات متعددی به تجارب تروماتیک در سنین کم اشاره کرده است. استاد نوروزی و زمستانی تأکید کردند، تجارب تروماتیک دوران کودکی و نوجوانی بیماران مرزی، اغلب در بافت آشفتهٔ 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 به‌شدت بی‌نظم و پرهرج‌ومرج و خانواده‌هایی پراغتشاش با مراقبی که درگیر مشکلات متعدد است، پرورش می‌یابند. علاوه‌براین، آن‌ها گزارش کردند، افراد مرزی تجارب سوءاستفادهٔ 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 حوزهٔ سلامت جسمی حاکی از این است که بدرفتاری با فرد در اوایل دوران کودکی، با افزایش خطر ابتلا به بیماری‌های مختلفی همراه است (۴۷). بدرفتاری با کودک اصطلاحی است که به داشتن تجربیاتی منجربه آسیب به سلامت جسمی یا روانی مانند سوءاستفادهٔ 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، رابطهٔ معنادار دارند. همچنین تجربه‌های سوءرفتار دوران کودکی، توانایی پیش‌بینی معنادار روان‌بنه‌های هیجانی سازش‌نایافته شامل تأییدطلبی، غیرقابل درک‌بودن، احساس گناه، دیدگاه ساده‌انگارانه درمورد هیجان‌ها، فقدان مهارگری، تلاش برای منطقی‌بودن، توافق، نشخوارذهنی و سرزنش و همچنین روان‌بنه‌های هیجانی سازش‌یافته شامل ارزش‌های والاتر، خودآگاهی هیجانی، پذیرش احساس‌ها و ابراز هیجانی را داشتند (۴۹). مشکلات ناشی از سوءرفتار در دوران کودکی، علاوه‌بر بروز اختلال شخصیت مرزی در بزرگسالی، گاهی به‌صورت اختلالات

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-05]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.99.8]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.96]

شناختی، تجزیه‌ای، کاهش اعتمادبه‌نفس، افسردگی، اختلال شخصیت ضداجتماعی، هجوم ترس‌های ناگهانی، افکار خودکشی و ترس نیز خود را در بزرگسالی نمایان می‌کنند.

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

از دیگر یافته‌های پژوهش حاضر، اثربخشی شناخت درمانی مبتنی‌بر 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. تجویزنشدن میزان کافی دارو برای تسکین درد ممکن است به‌دلیل پیامدهای ناشی‌از تسکین‌نیافتن درد خطرناک باشد. صرف‌نظر از نحوهٔ سازگاری بیمار با درد مزمن، درد طولانی‌مدت اغلب ناتوانی به‌دنبال دارد. بیمارانی که دچار تعدادی از سندرم‌های درد مزمن هستند، دچار افسردگی، خشم و خستگی می‌شوند. بیمار ممکن است قادر به ادامهٔ روابط و فعالیت‌های قبلی نباشد. محدودهٔ ناتوانی امکان دارد از محدودیت انجام فعالیت‌های جسمی تا توانایی‌نداشتن در رفع نیازهای شخصی مثل غذاخوردن 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)؛ به‌علاوه می‌تواند در فعالیت‌های اجتماعی و فیزیکی اختلال به وجود آورد. چرکین و همکاران در بررسی اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر کاهش استرس و درمان شناختی‌رفتاری درمقایسه 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 مبتنی‌بر کاهش استرس بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به درد مزمن مراجعه‌کننده به کلینیک‌های درد شهر تهران نشان دادند که درمان مذکور، منجربه بهبود کیفیت زندگی و به‌کارگیری راهبردهای کنارآمدن با درد در بیماران مبتلا به کمردرد مزمن می‌شود (۵۴). همچنین براساس یافتهٔ پژوهش شفیعی و امینی، آموزش مهارت‌های ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر کاهش استرس، بر کاهش فاجعه‌آمیزی و شدت درد در بیماران دارای درد مزمن عضلانی مؤثر است (۵۵). در حالت کلی، کیفیت درد به‌واسطهٔ شدت، تازگی، پیش‌بینی‌ناپذیری و میزان تهدیدآمیزبودن 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 برنامهٔ 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 مبتنی‌بر 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). شناخت‌درمانی مبتنی‌بر کاهش استرس، نه‌تنها 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 شناخت‌درمانی مبتنی‌بر کاهش استرس که درواقع 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 شناخت‌درمانی مبتنی‌بر 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

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان: تمامی افراد شرکت‌کننده در این پژوهش، به‌طور کتبی اطلاعاتی دربارهٔ 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 مقایسهٔ 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 رسالهٔ دکتری دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی است. همچنین مجوز اجرای پژوهش حاضر بر گروه مطالعه‌شده از کلینیک‌های شهرستان ساری با شماره نامهٔ ۱۶ صادر

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-05]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.99.8]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.96]

شده است.

رضایت برای انتشار: این امر غیر قابل اجرا است.

تضـــاد منافع: نویســـندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضـــاد منافعی ندارند.

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
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
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
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
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
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 ÁC, 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
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
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
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
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
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.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.99.8]

[DOI: 10.29252/mejds.0.0.96]

doi: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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
46. Hamidpour H. Examination of efficacy and effectiveness of mindfulness–based cognitive therapy in treatment and preventation 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

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-05]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.99.8]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.96]

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, Rashiq 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

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-05]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.99.8]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.96]