Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
Vol. 21, No. 6, Jan-Feb 2014
Pages: 795-807

مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
دوره ۲۱، شماره ۶، بهمن و اسفند ۱۳۹۲
صفحه: ۸۰۷-۷۹۵

اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی ـ رفتاری بر کاهش درد، افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به کمر درد مزمن

ماریه عبدالقادری*[۱]، سیدموسی کافی[۲]، عالیا صابری[۳]، سعید آریاپوران[۴]

۱- کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران
۲-دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه گیلان، رشت، ایران
۳- استادیار گروه داخلی اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان، رشت، ایران
۴- استادیار گروه روانشناسی دانشگاه ملایر، ملایر، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۶/۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۸/۳۰

چکیده

مقدمه: در میان دردهای مزمن، کمر درد بالاترین درصد را دارد. در این میان عوامل روان‌شناختی در ایجاد و تداوم ناتوانی جسمی و محدودیت عملکردی بیماران مبتلا به کمر درد مزمن دارای اهمیت می‌باشد. هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT) و رفتاردرمانی شناختی (CBT) در کاهش درد، افسردگی و اضطراب در مبتلایان به کمر درد مزمن بود.

روش بررسی: روش این پژوهش آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه شاهد بود. از میان افراد مبتلا به کمر درد مزمن مراجعه کننده به کلینیک امام رضا و بعثت شهر رشت در سال‌های ۱۳۹۱ و ۱۳۹۲، ۳۰ نفر به طور تصادفی انتخاب و در سه گروه مساوی (دو گروه آزمون و یک گروه شاهد) جایگزین شدند. برای گروه آزمایش اول، درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس و برای گروه آزمایش دوم، درمان شناختی رفتاری در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد. از پرسشنامه‌های درد مک‌گیل و پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس یک عاملی و چند متغیری استفاده شد.

نتایج: بین میانگین نمرات درد، افسردگی و اضطراب در بین دو گروه آزمایش تفاوت معنی‌دار مشاهده نشد، اما بین دو گروه با گروه کنترل در متغیرهای بالا تفاوت معنی‌دار بود.

نتیجه‌گیری: نتایج از تأثیر دو روش درمانی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و رفتار درمانی شناختی بر کاهش درد، افسردگی و اضطراب حمایت می‌کند و توجه به این دو روش درمانی برای افراد مبتلا به کمر درد مزمن از اهمیت خاصی برخوردار است.

واژه‌های کلیدی: درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، کمر درد مزمن، رفتار درمانی شناختی، افسردگی، اضطراب

* (نویسنده مسئول)؛ تلفن: ۸۳۲-۶۲۲۲۶۶۶، پست الکترونیکی: marya.a6557@yahoo.com

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

مقدمه

درد عمومی‌ترین فشار روانی است که انسان با آن رو به رو می‌شود. هیچکدام از علائم جسمانی دیگر به فراگیری درد نیستند(۱). تجربه درد از دو بعد حسی و عاطفی تشکیل می‌شود. بعد حسی درد، بیانگر شدت درد و بعد عاطفی آن، نشان‌دهنده میزان ناخشنودی فرد از تجربه درد است(۲). درد مزمن دردی است غیرسرطانی که کم و بیش از تداوم برخوردار است و معمولاً دوره زمانی ۶ ماهه‌ای را به عنوان ملاک تشخیصی برای مزمن شدن درد در نظر می‌گیرد(۳). طبق مطالعه‌ای میزان شیوع درد مزمن مستمر و درد مزمن عود کننده به ترتیب برابر با ۱۴درصد و ۱۵ درصد است. در میان دردهای مزمن، کمر درد با شیوع ۷۰ تا ۸۵ درصد بالاترین درصد کل دردها را به خود اختصاص داده است(۴). بیماران با درد مزمن معمولاً افسردگی، آشفتگی در روابط بین فردی به ویژه خانواده، آشفتگی در خواب، خستگی و کاهش کارکردهای جسمی و روان‌شناختی را تجربه می‌کنند(۲).

کمر درد مزمن یکی از مشکلات شایع بهداشتی در بسیاری از کشورها است. اغلب افرادی که از این مشکل رنج می‌برند در طول زندگی خود در معرض مشکلات عمده جسمی و روانی(۵) نظیر کاهش عملکردهای جسمی، روانی و اجتماعی، کاهش سلامت عمومی و ایجاد دردهای ثابت و یا دوره‌ای هستند(۶). مدت و شدت درد غیرقابل پیش‌بینی بوده و مستقیماً با میزان آسیب، دوره و نوع درمان مرتبط نمی‌باشد(۷). بر اساس نظر لینتون در ناتوانی ناشی از کمر درد متغیرهای روان‌شناختی معمولاً مؤثرتر از عوامل زیست پزشکی یا زیست شیمیایی‌اند و موجب تغییر از حالت درد حاد به حالت درد مزمن می‌شوند(۸). نقش عوامل روان‌شناختی در شکل‌گیری و تداوم کمر درد مزمن و ناتوانی ناشی از آن، بیانگر مؤثر بودن این عوامل در شکل‌گیری انواع علائم روان‌شناختی است(۹). در مطالعات نشان داده شده که سطوح بالای استرس و اضطراب موجب عدم سازش موفقیت‌آمیز با درد می‌شود(۱۰). پژوهش‌های انجام شده در زمینه بررسی تأثیرات کمر درد مزمن در وضعیت روانی بیماران مبتلا، حاکی از شیوع بیشتر اختلال‌های روانی در بین آنها نسبت به جمعیت عادی است. افسردگی اساسی، اختلال‌های اضطرابی، سوء مصرف مواد، اختلال‌های شخصیتی و اختلال جسمانی سازی شایع‌ترین موارد همراه با کمر درد هستند(۱۱). همچنین نشان داده شده، کسانی که به مدت طولانی مبتلا به کمر درد مزمن هستند، مستعد ناتوانی‌های جسمی و دامنه‌ای از مشکلات روان‌شناختی و اجتماعی می‌باشند(۱۲). میزان شیوع افسردگی در بین این بیماران نسبت به جمعیت عادی ۴ برابر گزارش شده است(۱۳). حدود ۲۰ درصد از بیماران مبتلا به کمر درد از اختلال افسردگی عمده(۱۴) و در مجموع ۳۲ تا ۸۲ درصد، از انواع افسردگی رنج می‌برند(۱۵).

طی سالیان متمادی پزشکان روش‌های گسترده‌ای را برای تسکین درد مورد استفاده قرار داده‌اند. امروزه روش‌های روان‌شناختی هم به صورت جداگانه و هم توام با روش‌های پزشکی در درمان درد مزمن مورد استفاده قرار می‌گیرد و تحقیقات بیانگر کارایی بالای درمان‌های روان‌شناختی است. در فراتحلیلی که از پژوهش‌های سال‌های ۱۹۸۰ تا ۲۰۰۰ میلادی درباره درمان افسردگی در بیماران مبتلا به کمر درد صورت گرفت، نشان داده شد که ترکیبی از درمان‌های پزشکی و روان‌شناختی، نسبت به استفاده هر یک به تنهایی نتیجه بهتری در درمان این بیماران دارد. چرا که درد مزمن با درمان و بهبود افسردگی تداخل نموده و مانع بهبود افسردگی می‌شود. درمان توأم این دو منجر به ایجاد احساس کنترل بیشتر بر درد و درمان مؤثرتر می‌شود(۱۶).

آموزش ذهن‌آگاهی با تلفیقی از تن‌آرامی و مراقبه ذهن‌آگاهی، یکی از روش‌های درمانی مبتنی بر کاهش استرس و روان‌درمانی است که در آن بازنمایی ذهنی اشیاء موجود در زندگی که از کنترل بلافاصله انسان خارج است، از طریق تنفس و فکر کردن آموزش داده می‌شود(۱۷). تمرینات ذهن آگاهی می‌توانند نگرش به درد را تغییر دهند(۱۸) و امکانی را فراهم آورند که درد به رنج منجر نشود(۱۹). تحقیقات نشان می‌دهد که تمرینات ذهن آگاهی از جمله تمرین بازبینی بدن بر کاهش درد در بیماران مبتلا به کمردرد مزمن مؤثر است(۲۰). تحقیقات دیگر نشان می‌دهد که ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر شدت درد و ناتوانی ناشی از آن مؤثر است(۲۱). همچنین نشان داده شده است که آموزش ذهن‌آگاهی، کاهش درد، اضطراب(۲۲) و پریشانی روانشناختی را

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

به دنبال دارد(۲۳) و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، نشانه‌های اضطراب و افسردگی را کاهش می‌دهد(۲۴). Teasdale و همکاران نشان دادند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (Mindfulness Based Cognitive Therapy) بر کاهش افسردگی بیماران دارای عود افسردگی اثربخش بوده است(۲۵). Mc Cracken و همکارش در پژوهش خود نشان دادند که انعطاف‌پذیری شناختی و ذهن‌آگاهی بالاتر با رنج و ناتوانی کمتر در بیماران همراه است(۲۶).

هدف کلی درمان شناختی رفتاری (Cognitive-Behavioral Therapy) جایگزین کردن شناخت‌ها، هیجان‌ها، رفتارها و مهارت‌های مقابله‌ای غیرانطباقی بیماران مبتلا به کمر درد مزمن، با حالات انطباقی برای این بیماران می‌باشد(۲۷). درمان شناختی رفتاری به تنهایی به همه متغیرهای بالقوه مهم و سهیم نظیر عوامل زیستی در کمر درد مزمن توجه ندارد، اما قادر است مراقبت درمانی را در بیماران مبتلا به کمر درد توأم با اختلال‌ها و حالات همبود بهبود بخشد(۲۸). تحقیقات نشان می‌دهد که درمان شناختی ـ رفتاری میزان فاجعه‌آمیزی درد را در بیماران مبتلا به کمردرد مزمن به طور معنی‌داری کاهش می‌دهد(۲۹) و موجب کاهش درد و سطوح پریشانی مرتبط با آن، بهبود مدیریت درد، افزایش اعتماد به انجام فعالیت‌ها علی‌رغم درد و کاهش اضطراب، افسردگی و استرس بیماران مبتلا به درد مزمن می‌شود(۳۰). همچنین تحقیقات در ایران نشان می‌دهد که درمان شناختی رفتاری در بهبود کمر درد مزمن مؤثر است(۳۱). بر اساس تحقیقات، درمان شناختی-رفتاری بر کاهش افسردگی بیماران مبتلا به درد مزمن مؤثر است(۳۲) و راهنمایی‌های اینترنتی درمان شناختی-رفتاری بر کاهش علایم اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به درد مزمن اثربخش است(۳۳).

درد مزمن یکی از بیماری‌های ناتوان کننده است که می‌تواند منجر به خسارات جبران‌ناپذیر مالی از نظر درمان‌های داوریی برای بیماران مبتلا شود. زیرا درمان‌های داوریی، بیشتر جنبه‌های جسمانی بیماری را تحت تأثیر قرار می‌دهد. از این جهت انجام تحقیق در زمینه درمان‌های روانشناختی از جمله ذهن‌آگاهی و درمان شناختی- رفتاری می‌تواند در کاهش این خسارت‌ها مؤثر واقع شود و در کنار درمان‌های دارویی نقش مؤثری در کاهش درد مزمن بیماران مبتلا به کمر درد مزمن و علایم روانشناختی آن از جمله اضطراب، افسردگی شود. انجام این پژوهش نقش مهمی در توجه درمانگران و پژوهشگران روانشناختی به کاهش علایم درد مزمن و مشکلات روانشناختی همراه آن دارد. با توجه به فراوانی بالای افسردگی و اضطراب در بین مبتلایان به کمر درد مزمن، و حجم ناچیز مطالعات انجام شده در این زمینه در داخل کشور، در پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی «درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی» و «رفتار درمانی شناختی» بر کاهش درد و افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به کمر درد مزمن پرداخته شده است.

روش بررسی

این پژوهش یک پژوهش آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون همراه با گروه شاهد بود. مداخله درمانی در این مطالعه، درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی رفتاری بود که متشکل از ۸ جلسه به مدت ۹۰ دقیقه بود. جامعه آماری پژوهش بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک امام رضا و بعثت شهر رشت بودند که در دی ماه ۱۳۹۱تا تیر ماه ۱۳۹۲ توسط متخصص مغز و اعصاب تشخیص کمر درد مزمن داده شدند. تعداد ۳۰ نفر به عنوان نمونه به شیوه تصادفی در دسترس انتخاب شدند. این افراد به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل ۱۰ نفره جایگزین شدند. شرکت‌کنندگان پرسشنامه مقیاس درد مک گیل(۳۴) و مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس(۳۵) را در دوره پیش‌آزمون و پس آزمون تکمیل کردند.

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: دارا بودن کمر درد مزمن به تشخیص پزشک متخصص، رضایت آگاهانه برای شرکت در درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی رفتاری، دامنه سنی بین ۱۸تا۶۰ سال، سطح تحصیلات متوسطه به بالا و عدم سوء مصرف مواد. معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از: عدم حضور بیماران گروه‌های مداخله در تمامی جلسه‌های درمانی، بیماری‌های جسمی دیگر در حین درمان مانند سرماخوردگی.

دو گروه آزمایشی هر کدام به مدت ۸ هفته با پروتکل درمان‌شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی- رفتاری تحت درمان قرار گرفتند. همه مشارکت‌کنندگان در ابتدای شروع

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

پژوهش توسط متخصص مغز و اعصاب معاینه شدند و بنا به اینکه در زمان انجام تحقیق، حجم نمونه بسیار پایین بود امکان مساوی بودن افراد از نظر مدت و شدت درد فراهم نبود. اما به نظر متخصص مغز و اعصاب افراد مبتلا به کمر درد مزمن از لحاظ شدت و مدت درد و شدت علائم روانشناختی در ابتدای پژوهش تقریباً در وضعیت مشابهی قرار داشتند.

برای گروه اول، درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی(۳۶) هر هفته یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به مدت ۸ هفته اجرا شد. جلسه اول: گرفتن پیش‌آزمون تنظیم خطمشی کلی با در نظر گرفتن جنبه محرمانه بودن و زندگی شخصی افراد؛ دعوت شرکت‌کنندگان به معرفی خود، تمرین خوردن کشمش، تمرین وارسی بدنی، تکلیف خانگی، بحث و تعیین جلسات هفتگی توزیع نوارها و جزوات جلسه اول؛ جلسه دوم: تمرین وارسی بدنی، بازنگری تمرین، بازنگری تکلیف خانگی، تمرین افکار و احساسات، ثبت وقایع خوشایند، مراقبه نشسته به مدت ۱ تا ۱۰ دقیقه؛ جلسه سوم: تمرین دیدن یا شنیدن، ۳۰ تا ۴۰ دقیقه مراقبه بازنگری تکلیف، تمرین فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای و بازنگری قدم زدن با حضور ذهن؛ جلسه چهارم: تمرین پنج دقیقه‌ای «دیدن یا شنیدن»، ۴۰ دقیقه مراقبه، آگاهی از تنفس، بدن، صدا و افکار و بازنگری تمرین بازنگری، تکلیف خانگی، تعیین تکلیف خانگی؛ جلسه پنجم:۴۰ دقیقه مراقبه نشسته بازنگری، تمرین بازنگری، تکلیف خانگی، فضای تنفس و بازنگری آن؛ جلسه ششم: مراقبه نشسته ۴۰ دقیقه‌ای، آگاهی از تنفس بدن، اصوات و سپس افکار بازنگری، تمرین بازنگری تکلیف خانگی، آماده شدن برای اتمام دوره؛ جلسه هفتم: ۴۰ دقیقه مراقبه نشسته، آگاهی از تنفس بدن، صداها و سپس افکار بازنگری تمرین‌ها، بازنگری تکالیف خانگی، تمرین مشاهده ارتباط بین فعالیت و خلق؛ جلسه هشتم: بازنگری مطالب گذشته، جمع‌بندی و گرفتن پس آزمون.

برای گروه آزمایش دوم درمان شناختی رفتاری هر هفته یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به مدت ۸ هفته اجرا شد. جلسه اول: معرفی و تنظیم جلسات و گرفتن پیش آزمون و معرفی الگوی شناختی درد، معرفی نظریه کنترل دروازه‌ای درد و ارائه تکلیف خانگی برای جلسه بعد؛ جلسه دوم: آموزش تنفس شکمی و تکنیک تن‌آرامی؛ جلسه سوم: توضیح و معرفی باورها و افکار منفی و تأثیر آنها بر درد و شناسایی این افکار؛ جلسه چهارم: معرفی و توضیح روش‌های ارزیابی و اصلاح افکار و تمرین چالش عملی با افکار و باورهای غیرمنطقی؛ جلسه پنجم: توضیح و معرفی مهارت‌های مقابله با درد و آموزش و تمرین راهبردهای توجه برگردانی از درد در راستای آموزش مهارت‌های مقابله با درد؛ جلسه ششم: توضیح و آموزش چرخه فعالیت استراحت، جلسه هفتم: آموزش مراحل مدیریت بر زمان به عنوان راهبردی برای مقابله با تنش و فشار محیطی؛ جلسه هشتم: دریافت بازخورد در جلسات درمان شناختی رفتاری و مرور تکالیف و رفع اشکالات اعضا و جمع‌بندی مطالب و گرفتن پس آزمون.

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش عبارت بودند از:

الف-پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت شناختی: بیماران با استفاده از یک پرسشنامه محقق ساخته اطلاعات خود را در مورد سن، جنس، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل گزارش کردند.

ب- پرسشنامه درد مک گیل: این پرسشنامه در سال ۲۰۰۹ میلادی توسط Dworkin و همکاران بر اساس پرسشنامه قدیمی مک‌گیل تنظیم شد که درد نوروپاتیک و غیرنوروپاتیک را می‌سنجد این پرسشنامه ۲۲ ماده دارد که به هر ماده بر مبنای شدت درد نمره صفر تا ۱۰ داده می‌شود. یافته‌های حاصل از این پرسشنامه بر روی ۸۸۲ بیمار دارای درد متنوع و همچنین ۲۲۶ بیمار مبتلا به درد نوروپاتیک حاکی از اعتبار و پایایی قابل قبول آن است. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی حاکی از وجود چهار خرده مقیاس درد پیوسته، درد متنوع، درد نوروپاتیک و درد عاطفی بود. ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۷، ۰/۸۳ و ۰/۸۶ گزارش شده است(۳۴). در ایران نشان داده شده است که ضریب آلفای این مقیاس برابر با ۰/۸۵ و ضریب پایایی در تمام حیطه‌ها (حسی، عاطفی و نوروپاتیک) برابر با ۰/۸۰ بوده است(۳۷).

ج- مقیاس افسردگی اضطراب و استرس داس ۲۱ (Depression anxiety Stress Scale -21): که از عبارات مرتبط با علایم عواطف منفی (افسردگی، اضطراب، استرس) تشکیل شده است. ویژگی‌های روانسنجی این مقیاس، در چند مطالعه بررسی

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

شده است که با استفاده از یک نمونه بزرگ انگلیسی (۱۷۹۴ نفر) انجام شده است(۳۵). در مطالعه آنها آلفای کرونباخ کل مقیاس و نیز سه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۸۸، ۰/۸۲، ۰/۹۰ گزارش شده است. نتایج تحلیل عامل تأییدی نیز وجود سه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس هر یک را با عامل ۷ تأیید کرده است. در ایران اعتبار و پایایی این مقیاس مناسب ارزیابی شده است که بر اساس آن همبستگی‌ها بین زیر مقیاس افسردگی با آزمون افسردگی بک ۰/۷۰، زیر مقیاس اضطراب با آزمون اضطراب زانگ ۰/۶۷ و زیر مقیاس تنیدگی با آزمون تنیدگی ادراک شده ۰/۴۹ بوده است(۳۸). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس برابر با ۰/۸۲ بوده است.

پس از تصویب طرح پژوهش در دانشگاه گیلان، پژوهشگر با مراجعه به کلینیک امام رضا و بعثت شهر رشت در تاریخ دی ماه ۱۳۹۱ تا تیر ماه ۱۳۹۲، تعداد ۳۲ نفر که در تاریخ مذکور توسط متخصص تشخیص کمر درد مزمن داده شده بودند را مورد ارزیابی قرار داد. پس از حذف دو نفر از آنان که بالای ۶۰ سال سن داشتند، ۳۰ نفر بقیه به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. برای گروه اول ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی و برای گروه دوم درمان شناختی ـ رفتاری اعمال شد. گروه سوم هیچ آموزشی را دریافت نکردند. قبل و بعد از اتمام جلسات درمانی (هر گروه ۸ جلسه) پیش آزمون و پس آزمون به مدت ۲۰ تا ۳۰ دقیقه به عمل آمد. در نهایت داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ و با استفاده از تحلیل واریانس یک طرفه و تحلیل واریانس چند متغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج

میانگین و انحراف معیار متغیرهای درد و افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به کمر درد مزمن در سه گروه آموزش ذهن‌آگاهی، درمان شناختی رفتاری و گروه کنترل به تفکیک پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱: شدت درد (شدت درد حسی، عاطفی و نوروپاتیک) و افسردگی و اضطراب در پیش آزمون و پس آزمون به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	میانگین		انحراف استاندارد	
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
شدت درد حسی	ذهن‌آگاهی	۴۳/۷۰	۱۸/۳۰	۱۳/۷۰	۱۰/۰۱
	رفتار درمانی شناختی	۵۳/۹۰	۲۷/۵۰	۱۸/۰۲	۱۱/۷۹
	کنترل	۵۳/۴۰	۵۷	۱۳/۵۱	۸/۴۹
شدت درد عاطفی	ذهن‌آگاهی	۴۶/۰	۱۳/۵۰	۱۰/۷۴	۷/۱۶
	رفتار درمانی شناختی	۴۸/۰	۲۳/۳۰	۱۵/۱۸	۱۲/۵۳
	کنترل	۵۶/۷۰	۵۳/۶۰	۱۴/۴۳	۱۱/۵۱
شدت درد نوروپاتیک	ذهن‌آگاهی	۳۱/۱۰	۱۰/۵۰	۱۱/۷۷	۳/۹۲
	رفتار درمانی شناختی	۳۱/۸۰	۲۳/۳۰	۱۶/۰۱	۱۲/۵۳
	کنترل	۳۶/۳۰	۳۸/۷۰	۵۲	۷/۱۰
شدت درد	ذهن‌آگاهی	۱۴۶/۴۰	۱۴۹/۳۰	۲۷/۶۵	۲۱/۵۳
	رفتار درمانی شناختی	۱۳۳/۷۰	۶۳/۱۰	۴۶/۳۵	۲۸/۳۹
	کنترل	۵۷	۱۴۹/۳۰	۸/۴۹	۲۱/۵۳
افسردگی	ذهن‌آگاهی	۵/۱۰۰۰	۱/۶۰۰۰	۳/۱۰۷۳۴	۲/۲۲۱۱۱
	رفتار درمانی شناختی	۴/۶۰۰۰	۱/۴۰۰۰	۲/۰۱۱۰۸	۲/۰۱۱۰۸
	کنترل	۸/۸۰۰۰	۹/۲۰۰۰	۲/۹۷۳۶۹	۴/۲۱۱۱۰
اضطراب	ذهن‌آگاهی	۵/۸۰۰۰	۰/۷۰۰۰	۲/۶۵۸۳۲	۱/۵۶۷۰۲
	رفتار درمانی شناختی	۵/۹۰۰۰	۱/۸۰۰۰	۳/۳۴۸۳۰	۲/۴۴۰۴۰
	کنترل	۸/۸۰۰۰	۸/۳۰۰۰	۳/۲۵۹۱۸	۳/۳۶۸۱۵

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

جدول ۲ نشان می‌دهد که با رعایت پیش فرض برابری واریانس‌ها (p<۰/۰۵۹؛ f=۲/۱۲ آزمون لوین) بین میانگین تفاضل نمرات پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون درد در سه گروه آموزش ذهن‌آگاهی، شناخت درمانی و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد (p<۰/۰۰۱ ؛ f=۲۸/۶۲۱). برای بررسی دقیق میانگین گروه‌ها از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد. بر اساس نتایج آزمون توکی میانگین تفاضل نمرات پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون درد در گروه ذهن‌آگاهی نسبت به گروه کنترل کمتر و میانگین تفاضل نمرات گروه رفتار درمانی شناختی کمتر از گروه کنترل بوده است (p<۰/۰۰۱). به عبارت دیگر، گروه ذهن‌آگاهی و رفتار درمانی شناختی نسبت به گروه کنترل بر میزان شدت درد اثر بخش بوده‌اند. اما بین میانگین تفاضل نمرات پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون گروه ذهن‌آگاهی و رفتار درمانی شناختی تفاوت معنی‌داری به دست نیامد.

جدول ۲: مقایسه تفاضل نمرات پس آزمون- پیش آزمون درد در سه گروه آموزش ذهن آگاهی، رفتار درمانی شناختی و کنترل

منبع	مجموع مجذورات(SS)	Df	میانگین مجذورات(MS)	f	P-Value
گروه	۴۹۹۰۴/۰۶۷	۲	۲۰۴۵۲/۰۳۳	۲۸/۶۲۱	۰/۰۰۱
خطا	۱۹۲۹۳/۸	۲۷	۷۱۴/۵۸۵		
کل	۱۳۲۴۲۴/۰	۳۰			

جدول ۳ نشان می‌دهد که با رعایت پیش فرض برابری واریانس‌ها برای درد حسی (p<۰/۰۵۹ ؛ f=۲/۱۲ آزمون لوین)، عاطفی (p<۰/۰۵۹ ؛ f=۲/۱۲ آزمون لوین) و نوروپاتیک (p<۰/۰۵۹ ؛ f=۲/۱۲ آزمون لوین) و رعایت پیش فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کواریانس (p<۰/۱۴۸ ؛ f=۱/۴۲ آزمون باکس) بین میانگین تفاضل نمرات پیش‌آزمون ـ پس آزمون درد حسی، عاطفی و نوروپاتیک در سه گروه آموزش ذهن آگاهی، رفتاردرمانی شناختی و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد (p<۰/۰۰۱؛ Lambda Wilks=۶/۹۰۴). بر اساس نتایج آزمون توکی میانگین تفاضل نمرات پیش‌آزمون ـ پس آزمون درد حسی، عاطفی و نوروپاتیک در گروه ذهن‌آگاهی نسبت به گروه کنترل کمتر و میانگین تفاضل نمرات گروه رفتار درمانی شناختی کمتر از گروه کنترل بوده است (p<۰/۰۰۱). به عبارت دیگر، گروه ذهن‌آگاهی و رفتار درمانی شناختی نسبت به گروه کنترل بر میزان درد حسی، عاطفی و نوروپاتیک اثربخش بوده‌اند. اما بین میانگین تفاضل نمرات پیش‌آزمون ـپس آزمون درد حسی، عاطفی و نوروپاتیک گروه ذهن‌آگاهی و رفتار درمانی شناختی تفاوت معنی‌داری به دست نیامد.

جدول ۳: مقایسه تفاضل نمرات پس آزمون- پیش آزمون درد حسی، عاطفی و نوروپاتیک در سه گروه آموزش ذهن آگاهی، رفتار درمانی شناختی و کنترل

منبع(متغیر مستقل)	متغیر وابسته	مجموع مجذورات(SS)	df	میانگین مجذورات(MS)	f	P-Value
گروه	شدت درد حسی	۶۰۰۰/۰۰	۲	۳۰۰۰/۰۰	۱۹/۶۲۶	۰/۰۰۱
	شدت درد عاطفی	۴۶۳۹/۲۰۰	۲	۲۳۱۹/۶۰۰	۱۴/۹۷۸	۰/۰۰۱
	شدت درد نوروپاتیک	۴۹۹۰۴/۰۶۷	۲	۲۰۴۵۲/۰۳۳	۱۶/۳۰۳	۰/۰۰۱
خطا	شدت درد حسی	۴۱۲۷/۲۰۰	۲۷	۱۵۲/۸۵۹		
	شدت درد عاطفی	۴۱۸۱/۵۰۰	۲۷			
	شدت درد نوروپاتیک	۲۷۸۷/۳۰۰	۲۷			
کل	شدت درد حسی	۱۸۱۹۶/۰	۳۰			
	شدت درد عاطفی	۲۰۹۴۱/۰	۳۰			
	شدت درد نوروپاتیک	۱۰۸۹۱/۰	۳۰			

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

جدول ۴ نشان می‌دهد که با رعایت پیش فرض برابری واریانس‌ها برای افسردگی (p<۰/۵۵ ؛ f=۰/۶۰۲ آزمون لوین) و اضطراب (p<۰/۹۳۲؛ f=۰/۰۷ آزمون لوین) و رعایت پیش فرض همگنی ماتریس های واریانس-کواریانس (p<۰/۴۷۸؛ f=۰/۹۶۸ آزمون باکس) بین میانگین تفاضل نمرات پیش‌آزمون-پس آزمون افسردگی و اضطراب در سه گروه آموزش ذهن آگاهی، رفتاردرمانی شناختی و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد (p<۰/۰۲۸؛ Lambda Wilks=۲/۶۰۲). بنابراین بر اساس نتایج آزمون تعقیبی توکی می‌توان گفت که بین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی رفتاری در افسردگی و اضطراب تفاوت معنی‌داری وجود ندارد (p<۰/۷۸۱). اما در مقایسه با گروه کنترل شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش افسردگی (p<۰/۰۳؛ ۳/۹۱- = اختلاف میانگین‌ها) و اضطراب (p<۰/۰۱؛ ۴/۶- = اختلاف میانگین‌ها) مؤثر بوده است. همچنین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر کاهش افسردگی (p<۰/۰۴۲؛ ۳/۵۹- =اختلاف میانگین‌ها) و اضطراب (p<۰/۰۵؛۳/۶۱-=اختلاف میانگین‌ها) مورد تأیید قرار گرفت.

جدول ۴: مقایسه تفاضل نمرات پس آزمون- پیش آزمون افسردگی و اضطراب در سه گروه آموزش ذهن آگاهی، رفتار درمانی شناختی و کنترل

منبع(متغیر مستقل)	متغیر وابسته	مجموع مجذورات(SS)	df	میانگین مجذورات(MS)	f	P-Value
گروه	افسردگی	۹۴/۲۰۰	۲	۴۷/۱۰۰	۴/۷۷۲	۰/۰۱۷
	اضطراب	۱۱۷/۰۶۷	۲	۵۸/۵۳۳	۵/۲۹۸	۰/۰۱۱
خطا	افسردگی	۲۶۶/۵۰۰	۲۷	۹/۸۷۰		
	اضطراب	۲۹۸/۳۰۰	۲۷	۱۱/۰۴۸		
کل	افسردگی	۴۹۳/۰۰۰	۳۰			
	اضطراب	۷۲۹/۰۰۰	۳۰			

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام این پژوهش، مقایسه اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT) و رفتار درمانی شناختی (CBT) بر کاهش درد، افسردگی، اضطراب در بیماران مبتلا به کمر درد مزمن بود. نتایج تحلیل واریانس یک طرفه و آزمون تعقیبی توکی نشان داد که شناخت درمانی مبتنی ذهن‌آگاهی و رفتار درمانی شناختی نسبت به گروه کنترل بر میزان شدت درد اثربخش بوده‌اند. همچنین نتایج تحلیل واریانس چند متغیری و آزمون تعقیبی توکی نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و رفتار درمانی شناختی نسبت به گروه کنترل بر میزان درد حسی، عاطفی و نوروپاتیک اثربخش بوده‌اند. اما بین اثربخشی دو گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و رفتار درمانی شناختی در کاهش شدت درد و ابعاد آن تفاوت معنی‌داری به دست نیامد. از بعد اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش شدت درد و ابعاد آن می‌توان گفت که این نتیجه در راستای یافته‌های قبلی است که نشان دادند تمرینات ذهن آگاهی بر کاهش درد در بیماران مبتلا به کمردرد مزمن(۲۰) و ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر شدت درد و ناتوانی ناشی از آن مؤثر است(۲۱).

در توجیه این یافته می‌توان گفت چون ذهن‌آگاهی، احساس بدون قضاوت و متعادلی از آگاهی است که به واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده‌های فیزیکی، همانطور که اتفاق می‌افتند، کمک می‌کند(۳۹)، بنابراین آموزش آن به بیماران مبتلا به کمردرد مزمن، باعث می‌شود که آنان احساسات و نشانه‌های فیزیکی خود از جمله درد کمر را بپذیرند و قبول و پذیرش این احساسات باعث کاهش توجه و حساسیت بیش از حد نسبت به گزارش این نشانه‌های بدنی و درد در آنان می‌شود. به عبارت دیگر می‌توان گفت که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی موجب می‌شود که افراد مبتلا به کمر درد مزمن با انجام تمرین‌های ذهن آگاهی مانند وارسی بدن و

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

بازارزیابی مثبت افکار شناخت و آگاهی خود را نسبت به درد کاهش دهند و از این طریق به کاهش شدت درد خویش کمک نمایند.

از بعد اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر کاهش شدت درد و ابعاد آن در پژوهش حاضر می‌توان گفت که این نتیجه همخوان با یافته‌های قبلی مبنی تأثیر درمان شناختی ـ رفتاری بر میزان فاجعه‌آمیزی دارد(۲۹)، کاهش درد بیماران مبتلا به درد مزمن(۳۰) و بهبود کمر درد مزمن(۳۱) است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که درمان شناختی-رفتاری به بیماران مبتلا به کمردرد مزمن کمک می‌کند تا به وسیله تغییر دادن رفتارها، احساسات، نگرش‌ها و باورها، باورهای غیرمنطقی و رفتارهای غیرانطباقی را با واقع‌گرایی، احساس کارآمدی و افزایش فعالیت جایگزین کند(۲۷) و از این طریق به کاهش شدت درد کمر در خویش کمک نمایند. به عبارت دیگر، درمان شناختی رفتاری با کاهش افکار غیرمنطقی افراد مبتلا به کمردرد مزمن از جمله فاجعه‌آمیز جلوه دادن شدت درد کمر و کنترل رفتارهای غیرانطباقی از جمله عدم انجام فعالیت‌های شغلی و روزمره باعث می شود که بیماران مبتلا به درد مزمن نگرش‌های منفی خود را نسبت به درد کمر کاهش‌دهند و از این طریق به علایم جسمانی درد در آنان کاهش پیدا می‌کند.

نتایج نشان داد که در مقایسه با گروه کنترل، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی رفتاری بر کاهش افسردگی و اضطراب مؤثر بوده‌اند. اما بین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی رفتاری در افسردگی و اضطراب تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. این نتیجه با یافته‌های قبلی مبنی بر تأثیر ذهن آگاهی و آموزش‌های مرتبط با آن در کاهش افسردگی(۲۵) و اضطراب(۲۴،۲۲) قرار دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت چون ذهن آگاهی و آموزش آن باعث احساسات بدون قضاوت و افزایش آگاهی نسبت به احساسات روانی و جسمی می شود و به واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده‌های جسمی، همانطور که اتفاق می‌افتند، کمک می‌کند(۳۹)، بنابراین می‌تواند در تعدیل نمرات افسردگی و اضطراب نقش مهمی داشته باشد و این امر از این نظر که در پژوهش‌های قبلی نشان داده شده است که ذهن آگاهی به مردم در تعدیل رفتارهای منفی و افکار منفی کمک می‌نماید و منجر به تنظیم رفتارهای مثبت مرتبط با سلامتی می‌شود(۴۰) قابل توجیه است. به عبارت دیگر، می‌توان گفت که آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با تلفیق شیوه های شناختی درمانی و تمرین‌های مفید ذهن‌آگاهی موجب می‌شود که افراد مبتلا به کمردرد مزمن مشکلات روانشناختی مرتبط با کمردرد مزمن (از جمله افسردگی و اضطراب) را بپذیرند و با بازارزیابی مثبت، احساسات منفی خود را نسبت به آثار روانی درد کاهش دهند.

با توجه به اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر کاهش افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به کمردرد مزمن می‌توان گفت که این نتیجه با یافته‌های قبلی مبنی بر اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر کاهش افسردگی(۳۳،۳۲) و اضطراب(۳۳) بیماران مبتلا به درد مزمن همخوان است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که هسته اصلی درمان شناختی رفتاری در مورد کاهش افسردگی این است که خلق افراد مستقیماً با الگوهای فکری آنان مرتبط است و تفکر منفی و بدکارکردی آن باعث خلق، احساس خود، رفتار و حتی حالات فیزیکی افراد می‌شود. بنابراین خلق بیماران مبتلا به کمر درد مزمن با افکار ناخوشایند و منفی آنان مرتبط است. از این رو درمان شناختی-رفتاری به این افراد کمک می‌کند که به بازسازی الگوهای تفکر منفی در مورد درد از جمله افسردگی بپردازند و افکار منفی را با شیوه‌های تفکر مثبت جایگزین کنند که این امر در آنان موجب کاهش علایم افسردگی می‌شود. در مورد اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کاهش اضطراب بیماران مبتلا به کمردرد مزمن در پژوهش حاضر نیز می‌توان گفت که این شیوه درمانی از روش بازسازی شناختی برخوردار است که بر اساس آن فرد الگوهای تفکر منفی از جمله تهدیدآمیز بودن محیط را با افکار منطقی و مثبت جایگزین کند که این امر در بیماران مبتلا به کمر درد مزمن موجب کاهش اضطراب می‌شود. به عبارت دیگر می‌توان گفت که درمان شناختی ـ رفتاری موجب شناسایی افکار اضطرابی، چالش و نبرد روبرو با این افکار و

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

جایگزین کردن آنها با افکار غیراضطرابی و غیرتهدیدآمیز در بیماران مبتلا به کمر درد مزمن می‌شود و همین امر کاهش علایم اضطراب در آنان را به همراه دارد.

در تبیین عدم معنی‌داری تفاوت بین اثربخشی دو روش ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی و درمان شناختی ـ رفتاری بر متغیرهای پژوهش می‌توان گفت که این نکته می‌تواند به دلیل همپوشانی مراحل دو روش درمانی باشد. زیرا در هر دو روش شناخت درمانی و بازارزیابی شناختی افکار و احساسات وجود دارد. همچنین دو روش مبتنی بر تکالیف رفتاری هستند که تأکیدی دیگر بر همپوشانی بین دو روش است. بنابراین می‌توان گفت که این همپوشانی باعث تأثیرات حدوداً یکسان این دو روش درمانی شده است.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش عدم کنترل متغیر جنسیت، تعداد جلسات کوتاه و عدم کنترل انواع داروها و عدم انجام پیگیری در بیماران مبتلا به کمر درد مزمن بود. از جمله محدودیت‌های دیگر این پژوهش به نمونه پژوهش برمی‌گردد. در این پژوهش بنا به ضرورت زمانی(از دی ماه ۱۳۹۱تا تیر ماه ۱۳۹۲) تعداد مبتلایان به درد مزمن در کلینیک امام رضا و بعثت شهر رشت ۳۲ نفر تشخیص کمر درد مزمن دریافت نمودند که این امر موجب کاهش حجم نمونه و جایگزینی هر ۱۰ نفر به صورت تصادفی در سه گروه مورد مطالعه بوده است. تعداد نمونه کم می‌تواند نتایج تحقیق را تحت تأثیر قرار دهد. بنابراین تعمیم نتایج باید با احتیاط صورت گیرد و تکرار نتایج در این زمینه لازم و ضروری است.

در نتیجه‌گیری کلی با در نظر گرفتن محدودیت‌های بالا، یافته‌های این پژوهش، نتایج مهم و معنی‌داری را در زمینه اثربخشی آموزش‌های ذهن‌آگاهی و رفتار درمانی شناختی بر کاهش درد و افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به کمر درد به دست می‌دهد. اما بین اثربخشی دو روش درمانی تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. بر اساس نتایج این پژوهش، توجه به آموزش ذهن‌آگاهی و رفتار درمانی شناختی می‌تواند در کاهش درد و علائم روانی بیماران مبتلا به کمر درد مزمن از جمله افسردگی و اضطراب مفید و مؤثر واقع شود و راهنمای مشاوران و درمانگران جهت کاهش درد و کمتر کردن هزینه‌های درمانی مبتلایان به کمر درد شود و در جهت کمک به پیش‌گیری از مزمن شدن درد در این افراد گردد.

References:

1- Asghari Moghaddam MA, Najarian B, Mohammadi M, Dehghani M. ***Psychology of pain: control and treatment approaches.*** Tehran: Roshd; 2002 . [Persian]

2- Turk DC, Monarch ES. ***Chronic pain.*** In: Kennedy P, Llewelyn S, editors. The Essentials of Clinical Health Psychol US: Wiley; 2006.p. 111-134.

3- Keef FJ, Williams DA. ***A Comparison of coping strategies in chronic pain patients in different age groups.*** J Gerontol 1990; 45(4): 161-5.

4- Hansen Z, Daykin A, Lamb SE. ***A cognitive behavioural programme for the management of low back pain in primary care: a description and justification of the intervention used in Back Skills Training Trail.*** Physiotherapy 2010; 96(2): 87-94.

5- Wand BM, Oconnell NE. ***Chronic non-specific low back pain sub-groups or a single mechanism.*** BMC Musculoskeletal Disord 2008; 9: 11.

6- Claiborne N, Vandenburgh H, Krause TM, Leung P. ***Measuring quality of life changes in individuals with***

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

chronic low back conditions: a back education program evaluation. Evalu Program Plan 2002; 25(1): 61-70.

7- Lee GK, Chronister J, Bishop M. ***The effects of psychosocial factors on quality of life among individuals with chronic pain.*** Rehabilit Counsel Bulletin 2008: 51(3): 177-89.

8- Koleck M, Mazaux JM, Rascle N, Bruchon –Scheweitzer M. ***Psycho-social factors and coping strategies as predictors of chronic evolution and quality of life in patients with low back pain: a prospective study.*** Eur J Pain 2006; 10(1): 1-11.

9- Vlaeyn JW, Morley S. ***Cognitive-behavioral treatments for chronic pain: what works for whom?.*** Clin J Pain 2005; 21(1):1-8.

10 - Edvards R, Augustson E, Fillingham R. ***Defferential relationships between anxiety and treatment associated pain reduction among male and female chronic pain patients.*** Clin J Pain 2003; 19(4): 208-16.

11 - Dresh J, Gatche R, Polatine P .***Chronic spinal disorders and psychopathology:research finding and theatrical considerations.*** Spine J 2002; 1(2): 88-94.

12- Hamidpour H. ***examination of efficacy and effectiveness of Mindfulness- Based Cognitive Therapy in the treatment and presentation of relapse and recurrence of dysthymia.*** Res Psychol Health 2007; 1(2): 25-26. [Persian]

13- Sullivan MJ, Reesor K, Fisher R. ***The treatment of depression in chronic low back pain:review and recommendations***. Pain 1992; 50(1): 5-13.

14- Currie SR, Wang D. ***chronic back pain and major depression in general Canadian population***. Pain 2004; 107(1-2): 54-60.

15- Sinel MD, Dearalorff WW, Goldstein TB. ***Win the battle Against Back pain: an integrated mind-body approach.*** New York: Bantam-Doubleday Dell; 1996.

16- Pampallona S, Bollini P, Tibaldi G, Kupelinck B, Munizza C. ***Combined pharmacotherapy and psychological treatment for depression: A systematic review.*** Arch Gen Psychiatry 2004; 61(7): 714-9.

17- Kabat-Zinn J, Massion AO, Kristeller J, Peterson LG, Fletcher KE, Pbert L, et al. ***Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders.*** Am J Psychiatry 1992; 149(7): 936-43.

18- Germer CK, Siegel RD, Fulton PR. ***Mindfulness and psychotherapy.*** London: Guilford; 2005.p. 176-8.

19- Kozak A. ***Mindfulness in the management of chronic pain: conceptual and clinical considerations.*** Techn Regional Anesth Pain Manag 2008; 12(2): 115-18.

20- Ussher M, Spatz A, Copland C, Nicolaou A, Cargill A, Amini-Tabrizi N, et al. ***Immediate effects of a brief mindfulness-based body scan on patients with chronic pain.*** J Behav Med 2012.

21- Cramer H, Haller H, Lauche R, Dobos G. ***Mindfulness-based stress reduction for low back pain. a systematic review.*** BMC Complement Alternat Med 2012; 25(12): 162-70.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

22- Zeidan F, Johnson SK, Diamond BJ, David Z, Goolkasian P. ***Mindfulness meditation improves cognition: Evidence of brief mental training.*** Conscious Cogn 2010; 19(2): 597-605.

23- Ostafin BD, Chawla N, Bowen S, Dillworth TM, Witkiewitz K, Marlatt GA. ***Intensive mindfulness training and the reduction of psychological distress: a preliminary study.*** Cogn Behav Practice 2006; 13(3): 191-7.

24- 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(4): 716-21.

25- Williams JM, Teasdale JD, Segal ZV, Soulsby J. ***Mindfulness-based cognitive therapy reduces over general autobiographical memory in for merely depressed patients.*** J Abnorm Psychol 2000; 109(1): 150-55.

26- Mc Cracken LM, Velleman SC. ***Psychological flexibility in adults with chronic pain: A study of acceptance, mindfulness, and values-based action in primary care.*** Pain 2010; 148(1): 141-47.

27- Gatchel RJ, Rollings KH. ***Evidence-informed management of chronic low back pain with cognitive behavioral therapy.*** Spine J 2008; 8(1): 40-44.

28- Turk DC, Gatchel RJ. ***Psychological approaches to pain management***. Trans. Adghari Moghadam M, Najarian B, Mohammadi SMM, Dehghani M. Tehran: Roshd Publication; 2002. [Persian]

29- Smeets RJE, Vlaeyen JWS, Kester ADM, Knottnerus JA. ***Reduction of pain catastrophizing mediates the outcome of both physical and cognitive-behavioral treatment in chronic low back pain.*** J Pain 2006; 7(4): 261-71.

30- Tan EP, Tan ES, Ng BY. ***Efficacy of cognitive behavioral therapy for patients with chronic pain in Singapore. Efficacy of cognitive behavioural therapy for patients with chronic pain in Singapore.*** Ann Acad Med Singapore 2009; 38(11): 952-9.

31- Pooladi Raishahri A, Najarian B, Shokrkon H, Mehrabizade-Honarmand M. ***The effectiveness of cognitive therapy, relaxation and behavioral therapy on improving the chronic back pain of male teachers in high school of Ahvaz.*** J Educatin 2001; 8(1):49-72. [Persian]

32- Nash VR, Ponto J, Townsend C, Nelson P, Bretz MN. ***Cognitive behavioral therapy, self-efficacy, and depression in persons with chronic pain.*** Pain Manag Nurs 2013; 14 (4): 236-43.

33- Buhrman M, Fredriksson A, Edström G, Shafiei D, Tärnqvist C, Ljótsson B, et al. ***Guided Internet-delivered cognitive behavioural therapy for chronic pain patients who have residual symptoms after rehabilitation treatment: randomized controlled trial.*** Eur J Pain 2013; 17(5): 753-65.

34- Dworkin RH, Turk DC, Revicki DA, Harding G, Coyne KS, Peire-sandner S, et al. ***Development and initial validation of an expanded and revised version of the short-form McGill pain Questionaire (sf-mpq-2).*** Pain 2009; 144(1-2): 35-42.

35- Lovibond PF, Lovibond SH. ***The structure of negative emotional states: comparison of the depression anxiety***

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

stress scales (DASS) with the beck depression and anxiety inventories. Behav Res Therapy 1995; 33(3): 335-43.

36- Mohammadkhani P, Tamannaiy-Far Sh, Jahanie-Tabedh O. ***Mindfulness based cognitive therapy for depreddion.*** 1 ed. Tehran: Faradid Publication 2005. [Persian]

37- Khosravi M, Sadighi S, Moradi S, Zendehdel, K. ***Persian-McGill pain questionnaire; translation, adaptation and reliability in cancer patients: a brief report.*** Tehran Univ Med J 2013; 71(1): 53-8. [Persian]

38- Sahebi A, Asghari MJ, Salari RS. ***Validation of depression, anxiety and stress scale (DASS-21).*** Developmental Psychology 2005; 4(4): 299-312. [Persian]

39- Brown KW, Ryan RM. ***The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being.*** J Pers Social Psychol 2003; 84(4): 822-48.

40- Junkin SE. ***Yoga and self-esteem: exploring change in middle- age women.*** MA [dissertation]. Saskatoon, Canada; University of Saskatchewan; 2007. p. 42-6.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

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

Abdolghaderi M(MA)[*1], Kafee M(PhD)[2], Saberi A(MD)[3], Aryapouran S(PhD)[4]

[1,2]Department of Psychology, University of Guilan, Rasht, Iran
[3]Department of Neurology, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran
[4]Department of Psychology, Malayer University, Malayer, Iran

Received: 30 Aug 2013 ***Accepted:*** 21 Nov 2013

Abstract

Introduction: Within chronic pains, back pain has the highest percentage. Psychological factors play an important role in the establishment and continuation of physical disability as well as in functional limitation in patients with chronic low back pain. Therefore, the purpose of this study was to compare the effectiveness of Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) and Cognitive Behavior Therapy (CBT) on decreasing the pain, depression and anxiety of patients with chronic low back pain.

Methods: This study was an experimental study by pretest- posttest design with a control group. Thirty patients were selected by random sampling among patients with chronic low back pain who referred to Imam Reza and Behsat clinics in Rasht from 2012 to 2013. The study participants were placed in three groups (two experimental and one control group). MBCT (first experimental group) and CBT (second experimental group) were administered in 8 sessions for 90 minutes. The short-form McGill pain Questionnaire (Dworkin et al, 2009) and depression, anxiety, stress scale (Lavibond & Lovibond, 1995) were used for collecting the data in pre-test and post-test stages. One way and multivariate Analysis of Variance were used for analyzing the data.

Results: The results showed that there was no meaningful difference between two experimental groups in the mean score of pain, depression, anxiety, though a meaningful difference was observed between these two groups and the control group in regard to above variables.

Conclusion: The results support the effectiveness of MBCT and CBT in decreasing pain, depression and anxiety. Therefore, taking account of these two therapeutic methods is very important for patients with chronic low back pain.

Keywords: Anxiety; Chronic Low Back Pain; Cognitive Behavior Therapy; Depression; Mindfulness Based Cognitive Therapy

This paper should be cited as:
Abdolghaderi 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***. J Shahid Sadoughi Univ Med Sci 2014; 21(6): 795-807.

****Corresponding author: Tel: +98 832 6222666, Email: marya.a6557@yahoo.com***

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]