

مقایسه اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر کارآمدی هیجانی و شناخت درمانی
گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مدیریت درد و آشفتگی روانشناختی در زنان با کمر درد مزمن
The Comparing the effectiveness of Emotion Efficacy Group Therapy and
Mindfulness-Based Cognitive Group Therapy on pain management and psychological
distress among women with chronic low back pain

Negin Amirardehjani

Department of Psychology, Ra.C., Islamic Azad University, Rasht, Iran.

Azar Kiamarsi *

Department of Psychology, Ra.C., Islamic Azad University, Rasht, Iran. kiamarsi@iau.ac.ir

Samereh Asadi Majareh

Department of Psychology, Ra.C., Islamic Azad University, Rasht, Iran.

نگین امیرارده جانی

گروه روانشناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.

آذر کیامرثی (نویسنده مسئول)

گروه روانشناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.

سامره اسدی مجره

گروه روانشناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.

Abstract

The present study aimed to compare the effectiveness of Emotion Efficacy Group Therapy and Mindfulness-Based Cognitive Group Therapy on pain management and psychological distress in women with chronic low back pain. The research employed a quasi-experimental design with a pretest-posttest control group design and a two-month follow-up period. The statistical population consisted of women with chronic low back pain who referred to hospitals and specialized clinics in Tehran in 2025. From this population, 60 individuals were selected through convenience sampling and randomly assigned to two experimental groups and one control group. Data were collected using the Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ; Melzack, 1975) and the Kessler Psychological Distress Scale (K-10; Kessler et al., 2003). Data analysis was performed using repeated-measures ANOVA and Bonferroni post-hoc tests. The results revealed a significant difference between pre-test and post-test scores for both pain management and psychological distress in the experimental and control groups ($P < 0.01$). Regarding the follow-up phase, a significant difference was observed between the post-test and follow-up scores in the emotion-efficacy-based therapy group ($P < 0.05$). Conversely, no significant difference was found between the post-test and follow-up scores in the mindfulness-based cognitive therapy group ($P > 0.05$); the therapeutic gains remained stable during the follow-up period. Furthermore, no significant differences were observed between the two experimental groups ($P < 0.05$). Consequently, both treatments were effective interventions for improving pain management and reducing psychological distress in women with chronic low back pain.

Keywords: Emotion Efficacy, Mindfulness-Based Cognitive Group Therapy, Pain Management, Psychological Distress, Chronic Low Back, Women.

چکیده

مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر کارآمدی هیجانی و شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مدیریت درد و آشفتگی روانشناختی در زنان با کمر درد مزمن انجام شد. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش، زنان دارای کمر درد مزمن مراجعه کننده به بیمارستان و کلینیک‌های تخصصی در شهر تهران در سال ۱۴۰۴ بودند که از بین آنها، ۶۰ نفر، به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل تخصیص داده شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌ی کوتاه مدیریت درد مک‌گیل (SF-MPQ؛ ملزاک، ۱۹۷۵) و پرسشنامه آشفتگی روانشناختی (K-10؛ کسler و همکاران، ۲۰۰۳) استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد. نتایج نشان داد بین پیش آزمون و پس آزمون مدیریت درد و آشفتگی روانشناختی در دو گروه آزمایش و گروه معناداری وجود داشت ($P < 0.01$). بین پس آزمون و پیگیری در گروه درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی، تفاوت معنادار بود ($P < 0.05$). اما بین پس آزمون و پیگیری در گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی تفاوت معنادار نبود ($P > 0.05$)؛ نتایج در دوره پیگیری حفظ شدند. همچنین بین دو گروه آزمایش، تفاوت معناداری مشاهده نشد ($P < 0.05$). بر این اساس، هر دو درمان، مداخلات موثری بر مدیریت درد و آشفتگی روانشناختی در زنان مبتلا به کمر درد مزمن می باشند.

واژه‌های کلیدی: کارآمدی هیجانی، شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی، مدیریت درد، آشفتگی روانشناختی، کمر درد مزمن، زنان.

مقدمه

کمر درد مزمن^۱، به عنوان یکی از شایع‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین عوارض بهداشتی در سراسر جهان، بار سنگینی بر دوش فردی، خانوادگی و اجتماعی نهاده است. این عارضه که به طور فزاینده‌ای در میان جمعیت عمومی، به‌ویژه زنان، شیوع یافته، پیامدهای نامطلوبی بر کیفیت زندگی، عملکرد روزانه و سلامت روان افراد برجای می‌گذارد (پریس^۲، ۲۰۲۳). طبق آمارهای سازمان بهداشت جهانی، بیش از ۸۰ درصد جمعیت در طول عمر خود حداقل یک بار کمردرد را تجربه می‌کنند و در این میان، حدود ۲۳ درصد از این موارد به دردهای مزمن تبدیل می‌شوند که بیش از سه ماه تداوم می‌یابند (هیلتون^۳ و همکاران، ۲۰۲۱). کمر درد مزمن در زنان به دلایل متعدد، از جمله تغییرات هورمونی، بارداری، زایمان، و عوامل ارگونومیک مرتبط با نقش‌های اجتماعی، شیوع بالاتری دارد و غالباً با شدت و پیچیدگی بیشتری همراه است (پریس و همکاران، ۲۰۲۳). ماهیت چندوجهی درد مزمن، که ترکیبی از مؤلفه‌های جسمی، روان‌شناختی و اجتماعی است، آن را به چالشی پیچیده برای مداخلات درمانی صرفاً جسمانی تبدیل کرده است (تومی^۴ و همکاران، ۲۰۲۴). در سال‌های اخیر، رویکردهای زیست‌روانی اجتماعی نشان داده‌اند که تجربه درد مزمن صرفاً یک پدیده جسمانی نیست، بلکه حاصل تعامل پیچیده‌ای میان فرایندهای عصبی، شناختی، هیجانی و بین‌فردی است. از این منظر، نحوه پردازش هیجان، آگاهی از احساسات و شیوه مقابله با تجربه درد، نقش تعیین‌کننده‌ای در تداوم یا تعدیل رنج درد ایفا می‌کند (ویچ^۵، ۲۰۲۵؛ پریس، ۲۰۲۳). در این زمینه، مدیریت درد^۶ شامل مجموعه‌ای از ارتباطات و فرایندهای پیچیده است که با مشارکت گروهی و تداوم در ارائه مراقبت‌ها حاصل می‌شود (گوردن^۷ و همکاران، ۲۰۲۱). مدیریت درد در کمردرد مزمن، فراتر از تسکین علائم فیزیکی، شامل راهبردهایی برای افزایش تاب‌آوری فرد، بهبود عملکرد روزانه و کاهش تأثیرات منفی درد بر جنبه‌های مختلف زندگی است (لیو^۸ و همکاران، ۲۰۲۴). در سال‌های اخیر، مطالعات بر جنبه‌های چندوجهی مدیریت درد در کمردرد مزمن تمرکز کرده‌اند. با درک اینکه درد مزمن صرفاً یک پدیده جسمی نیست، رویکردهای نوین مدیریت درد، بر توانمندسازی بیماران و توسعه راهبردهای خودمدیریتی تأکید دارند (کوهن، ۲۰۲۲). علاوه بر این، مطالعات نشان داده شده است که مداخلات متمرکز بر آموزش بیماران در زمینه مدیریت درد در کمردرد مزمن، به کاهش درد فیزیکی کمک می‌کنند (مخیل^۹ و همکاران، ۲۰۲۳).

همچنین، یکی دیگر از متغیرهای موثر بر کمر درد مزمن، آشفتگی روانشناختی^{۱۰} است. آشفتگی روان‌شناختی یک اصطلاح کلی است که با تجربه حالات هیجانی یا شناختی آزاردهنده که با دامنه گسترده‌ای از آسیب‌های روانی ارتباط دارد (گالانت^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۴). آشفتگی روان‌شناختی در بیماران دارای کمر درد مزمن صرفاً یک پیامد جانبی نیست، بلکه می‌تواند به‌عنوان عامل تشدیدکننده درد، کاهش‌دهنده پایداری درمانی و پیش‌بینی‌کننده ناتوانی عملکردی عمل کند. پژوهش‌های اخیر نشان داده‌اند که پریشانی روان‌شناختی با استفاده بیشتر از خدمات درمانی، افت کارکرد روزانه و افزایش بار بیماری همراه است (استوکبریج^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین، شواهد به‌دست‌آمده از حوزه‌های بالینی دیگر نیز بیانگر آن است که سطوح بالای آشفتگی روانی با پیامدهای نامطلوب جسمانی و هیجانی همبسته‌اند به طوری که شدت درد، ناتوانی عملکردی و طول مدت بیماری می‌توانند با افزایش آشفتگی روان‌شناختی در بیماران مرتبط باشند. از سوی دیگر، آشفتگی روان‌شناختی نیز با تشدید ادراک درد، کاهش تحمل درد و اختلال در روند درمان همراه است (تانگ^{۱۳} و همکاران، ۲۰۱۸؛ تومی^۴ و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین پژوهشی دیگر نشان داد که آشفتگی روان‌شناختی می‌تواند در شدت و تداوم کمردرد مزمن نقش داشته باشد و مداخلات درمانی باید هر دو جنبه جسمی و روانی را در نظر بگیرند (تاکه‌گامی^{۱۵} و همکاران، ۲۰۲۴). بنابراین،

1. Chronic low back

2. Preece

3. Hilton

4. Toumi

5. Wiech

6. Pain management

7. Gordon

8. Liu

9. Mekhail

10. Psychological distress

11. Galante

12. Stockbridge

13. Tang

14. Toumi

15. Takegami

در زنان مبتلا به کمر درد مزمن، توجه هم‌زمان به مدیریت درد و آشفتگی روان‌شناختی ضروری است؛ زیرا درمان موفق باید هم در سطح تجربه درد و هم در سطح پیامدهای هیجانی و شناختی اثربخش باشد؛ بنابراین، با شناسایی و مداخله زود هنگام می‌بایست از تبدیل شدن آن به مشکلات پایدار جلوگیری شود (لی^۱ و همکاران ۲۰۲۵).

در مواجهه با پیچیدگی‌های کمر درد مزمن، توجه به مداخلات روان‌شناختی که بتوانند جنبه‌های هیجانی و شناختی مرتبط با درد را هدف قرار دهند، افزایش یافته است. در این میان، «درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی»^۲ و «شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی»^۳ به عنوان دو رویکرد برجسته مطرح شده‌اند که پتانسیل بالایی برای مدیریت مؤثر درد مزمن دارند. درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی، که بر توسعه مهارت‌های افراد در شناسایی، درک، و مدیریت هیجانات ناخوشایند تمرکز دارد، استدلال می‌کند که افزایش کارآمدی هیجانی می‌تواند منجر به کاهش شدت درد، کاهش پریشانی روانی مرتبط با درد، و در نهایت بهبود کلی کیفیت زندگی شود (نیک‌نژاد و همکاران، ۱۴۰۲). این رویکرد با توانمندسازی افراد برای مقابله سازگاران با هیجانات دشوار، مانند ترس، اضطراب و ناامیدی ناشی از درد، به آنها کمک می‌کند تا رابطه‌ای سالم‌تر و کمتر واکنشی با تجربه درد خود برقرار کنند (فاسبیندر^۴ و همکاران، ۲۰۱۹). در مقابل، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با تلفیق اصول شناخت‌درمانی و تمرینات ذهن‌آگاهی، رویکردی نظام‌مند برای درک رنج انسان ارائه می‌دهند و فرآیندهایی مانند اجتناب تجربی، آمیختگی شناختی، و نشخوار فکری را به‌عنوان عناصر اصلی در حفظ پریشانی روانی می‌بینند (فیریاری^۵ و همکاران، ۲۰۲۴). هدف اصلی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، تغییر رابطه فرد با تجربیات درونی خود، کاهش نشخوار فکری و الگوهای شناختی منفی مرتبط با درد، و افزایش پذیرش و خودآگاهی است (کاظمی و همکاران، ۱۳۹۹). مطالعات متعدد، از جمله پژوهش‌های اخیر توسط نورمن-نات^۶ و همکاران (۲۰۲۵) در مورد درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی و والستد^۷ و همکاران (۲۰۲۲) در مورد شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، شواهد فزاینده‌ای را مبنی بر اثربخشی هر یک از این مداخلات در کاهش درد مزمن، اضطراب، افسردگی و بهبود عملکرد ارائه کرده‌اند. پژوهش‌های انجام‌شده نشان می‌دهند که درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی در بیماران مبتلا به درد مزمن نقش مهمی در کاهش آشفتگی روان‌شناختی، اضطراب درد و افزایش تنظیم هیجان و پذیرش درد دارد (نیک‌نژادی و همکاران، ۱۴۰۲؛ متحملیان و سجادیان، ۱۴۰۲؛ یارنس^۸ و همکاران، ۲۰۲۴؛ لوملی و شوبینر^۹، ۲۰۲۴). همچنین یافته‌های مرتبط با شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی نشان می‌دهند که این رویکرد از طریق کاهش واکنش‌پذیری هیجانی، افزایش تنظیم شناختی و تقویت آگاهی غیرقضاوتی به بهبود مؤلفه‌های عاطفی و شناختی درد و کاهش نشخوار ذهنی کمک می‌کند (شولتز^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۵). در مواجهه با پیچیدگی‌های کمر درد مزمن، توجه به مداخلات روان‌شناختی که بتوانند جنبه‌های هیجانی و شناختی مرتبط با درد را هدف قرار دهند، افزایش یافته است. شواهد نظری نیز نشان می‌دهند که کارآمدی هیجانی و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی هر دو از مسیرهای مشابهی همچون افزایش آگاهی هیجانی، کاهش اجتناب هیجانی و ارتقای خودکارآمدی روان‌شناختی عمل می‌کنند و می‌توانند چرخه هیجان‌های منفی و مشکلات ناشی از درد مزمن را تعدیل نمایند (دی^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۴؛ نف^{۱۲}، ۲۰۰۳؛ گوو^{۱۳} و همکاران، ۲۰۲۳؛ مولترشت^{۱۴} و همکاران، ۲۰۲۳). با وجود این شباهت‌های نظری و نیز شواهدی که اثربخشی هر یک از این دو رویکرد را در مدیریت درد مزمن تأیید می‌کنند، هنوز خلأ پژوهشی مهمی در زمینه مقایسه مستقیم آن‌ها، به‌ویژه در جمعیت زنان مبتلا به کمر درد مزمن، وجود دارد. این ضرورت از آنجا ناشی می‌شود که هر دو مداخله اگرچه بر هیجان‌ها و افکار تمرکز دارند، اما از نظر مکانیسم عمل و کانون مداخله متفاوت‌اند؛ به‌طوری که درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی بیشتر بر شناسایی، تغییر و تنظیم فعال هیجانات و ارتقای مهارت‌های مقابله‌ای هیجانی تأکید می‌کند، در حالی که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر پذیرش، مشاهده بدون قضاوت و تغییر رابطه فرد با تجربیات درونی تمرکز دارد. از این‌رو، مقایسه مستقیم این دو رویکرد می‌تواند به روشن شدن نقاط قوت و محدودیت هر یک کمک کند و شواهد لازم را

1. Li

2. Emotion Efficacy Therapy - EET

3. Mindfulness-Based Cognitive Therapy - MBCT

4. Fassbinder

5. Friary

6. Norman-Nott

7. Vollestad

8. Yarns

9. Lumley & Schubiner

10. Scholz

11. Day

12. Neff

13. Gu

14. Moltrecht

برای انتخاب مداخله‌ای فراهم سازد که از نظر بالینی مؤثرتر، هدفمندتر و متناسب‌تر با نیاز بیماران مبتلا به کمردرد مزمن باشد (هیلتون و همکاران، ۲۰۲۳؛ پیترز^۱ و همکاران، ۲۰۲۳؛ و کاستا^۲ و همکاران، ۲۰۲۴).

کمر درد مزمن یکی از شایع‌ترین مشکلات جسمانی است که با هزینه‌های اقتصادی بالا، کاهش کیفیت زندگی و پیامدهای روان‌شناختی قابل توجه همراه است؛ به‌ویژه در زنان که شیوع بیشتری را تجربه می‌کنند، توجه به رویکردهای درمانی نوین و کم‌عارضه را ضروری‌تر می‌سازد. همچنین با توجه به عوارض جانبی مصرف طولانی‌مدت داروهای مسکن، مداخلات روان‌شناختی می‌توانند به‌عنوان جایگزین یا مکمل درمان‌های رایج مطرح شوند. با این حال، مقایسه مستقیم درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در زمینه خاص کمردرد مزمن در زنان ایرانی کمتر مورد بررسی قرار گرفته است. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف پر کردن این شکاف دانشی، در پی آن است که مشخص کند کدامیک از این دو رویکرد یا کدام جنبه از آن‌ها در بهبود مدیریت درد و کاهش آشفتگی روان‌شناختی مؤثرتر است؛ یافته‌هایی که می‌تواند به درمانگران در انتخاب مناسب‌ترین رویکرد درمانی برای زنان مبتلا به کمر درد مزمن کمک کند. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر کارآمدی هیجانی و شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مدیریت درد و آشفتگی روانشناختی در زنان با کمر درد مزمن انجام شد.

روش

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل با پیگیری دو ماه بود. جامعه آماری شامل زنان دارای کمر درد مزمن مراجعه کننده به دو کلینیک روان‌شناسی خانواده ایرانی و کلینیک مغز و اعصاب نعیمان در شهر تهران در سال ۱۴۰۴ بودند. حجم نمونه با توجه به استفاده از جدول کوهن با اندازه اثر ۰/۵ و توان آزمون ۰/۸۵ که تعداد افراد نمونه در هر گروه نباید کمتر از ۱۵ فرد باشد و با احتساب ریزش برای ۳ گروه، ۶۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. بنابراین، نمونه‌ها در نهایت در سه گروه شامل آزمایشی ۱ (۲۰ نفر)، آزمایشی ۲ (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) قرار گرفتند. ملاک ورود شامل دریافت رضایت‌نامه کتبی از شرکت‌کنندگان، تشخیص قطعی کمر درد مزمن توسط متخصص مغز و اعصاب، عدم دریافت درمان‌های روانشناختی همزمان و عدم ابتلا به اختلالات جسمی یا روانشناختی شدید از طریق بررسی پرونده بیماران و مصاحبه کوتاه با آن‌ها بود. معیارهای خروج شامل غیبت بیش از ۲ جلسه، شرکت در جلسات روان‌درمانی همزمان یا در بازه زمانی ۳ ماه پیش از مطالعه، عدم همکاری در طی جلسات آموزش بود. تمامی اصول اخلاقی بیانیه هلسینکی از جمله نمونه‌گیری داوطلبانه، اخذ رضایت آگاهانه، ارائه درمان توسط درمانگران دوره دیده و مجرب، شرح کامل اهداف پژوهش و محرمانه ماندن اطلاعات شرکت‌کنندگان رعایت شد. طرح این مطالعه در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد بابل به شماره IR.IAU.BABOL.REC.1404.156 تایید شده است. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بنفرونی توسط SPSS نسخه ۲۳ استفاده شد.

ابزار سنجش

فرم کوتاه پرسشنامه درد مک گیل^۳ (SF-MPQ): این پرسشنامه توسط ملزاک^۴ (۱۹۷۵)، برای سنجش کیفیت و همچنین شدت درد نوروپاتی و غیرنوروپاتی یک طراحی شده است (ملزاک، ۱۹۷۵). این ابزار شامل ۲۲ گویه توصیف‌گر مختلف درد است و هر آیتم بر اساس یک مقیاس ۰-۱۰ با ارزش‌گذاری صفر برابر با بدون درد و ۱۰ برابر با بدترین درد در طول هفته گذشته رتبه‌بندی می‌شود. نمره کل با جمع نمره ۲۲ گویه محاسبه می‌شود. فرم کوتاه پرسشنامه درد مک گیل از ۴ زیر مقیاس، درد مداوم (سوالات ۱ تا ۶)، متناوب (۷ تا ۱۲)، نوروپاتی (۱۳ تا ۱۸) و عاطفی (۱۹ تا ۲۲) تشکیل شده است. دورکین^۵ و همکاران (۲۰۰۹)، روایی سازه به روش تحلیل عاملی اکتشافی به ۴ عامل اصلی درد مداوم، متناوب، نوروپاتی و عاطفی دست یافتند. روایی همگرا نیز با مقیاس شدت درد بالاتر از ۰/۵۰ گزارش شده است. همچنین پایایی پرسشنامه در مطالعه دورکین و همکاران (۲۰۰۹)، با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های درد مداوم (۰/۸۷)، متناوب (۰/۸۷)، نوروپاتی (۰/۸۳) و عاطفی (۰/۸۶) و برای کل مقیاس ۰/۹۵ به دست آمده است. این

1. Peters

2. Costa

3. McGill Pain Questionnaire

4. Melzack

5. Dworkin

پرسشنامه در داخل کشور نیز توسط تنهایی و همکاران (۱۳۹۱) مورد اعتباریابی قرار گرفته است. روایی محتوا به روش کیفی توسط متخصصان و صاحب نظران بررسی و مورد تایید قرار گرفته است و پایایی این ابزار از طریق آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۹ گزارش شده است. در این پژوهش نیز مقدار آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آمد.

پرسشنامه آشفتگی روانشناختی^۱ (K-10): پرسشنامه آشفتگی روانشناختی توسط کسلر^۲ و همکاران (۲۰۰۲) ساخته شده است. یک فرم ۱۰ سؤالی برای ارزیابی علائم اختلالات روانی (اضطراب، افسردگی و بی‌قراری) و مشکلات سلامت روان است. نمره گذاری به صورت لیکرتی از ۰ = هیچ وقت تا ۴ = همیشه است. نمره بیشتر به معنای شدت بیشتر آشفتگی روانی و شدت بیشتر اختلال‌های روانشناختی است (کسلر و همکاران، ۲۰۰۲). این پرسشنامه از روایی سازه‌ای تاییدی ۰/۸۷ برخوردار است و پایایی کل پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ محاسبه شده است. در ایران یعقوبی (۱۳۹۴)، روایی سازه‌ای تاییدی پرسشنامه را مطلوب و همبستگی سوالات با کل آزمون را ۰/۷۴ گزارش کرده است و آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۹۳ برآورد شده است. در پژوهش حاضر مقدار آلفای کرونباخ ۰/۸۱ محاسبه شد.

اجرای پژوهش بدین صورت بود که پس از طرح موضوع در کمیته اخلاق دانشگاه و اخذ مجوزهای لازم جهت مطالعه و تعیین گروه کنترل و آزمایش، گروه‌ها آزمایش تحت مداخله قرار گرفتند و گروه کنترل، تحت هیچ مداخله‌ای قرار نگرفت. در نهایت بعد از اتمام جلسات آموزشی، شرکت‌کنندگان (از طریق پرسشنامه‌ها) مورد پس آزمون قرار گرفتند.

گروه آزمایشی اول نیز، تحت درمان گروهی مبتنی برکارآمدی هیجانی توسط مک‌کی و وست^۳ (۲۰۱۶)؛ ترجمه محمدخانی و همکاران، (۱۳۹۸)، به مدت ۸ جلسه، هفته‌ای ۲ بار و هر جلسه به مدت ۲ ساعت قرار گرفتند. شرح جلسه‌ها در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول شماره ۱: جلسات درمان گروهی مبتنی برکارآمدی هیجانی

جلسه	محتوای جلسات
جلسه اول	خوشامدگویی و تکمیل ابزارهای اندازه‌گیری پیش از درمان، معرفی رهبر و اعضای گروه، آگاهی از هیجان‌ها، تمرین پذیرش ذهن آگاهانه، تمرین تماشاکردن هیجان و معرفی تمرین مهارت‌ها و برگه ثبت مهارت‌ها
جلسه دوم	مرور تمرین مهارت‌های جلسه گذشته، آموزش روانی درباره‌ی پذیرش ذهن آگاهانه، تمرین پذیرش ذهن آگاهانه، معرفی اجتناب از هیجان، آموزش روانی درباره‌ی موج سواری بر روی هیجان، آموزش روانی درباره‌ی مواجهه و تمرین
جلسه سوم	تمرین پذیرش ذهن آگاهانه و بازخورد، مرور تمرین مهارت‌ها، آموزش روانی درباره‌ی لحظه انتخاب، معرفی عمل کردن براساس ارزش‌ها، تمرین وایت برد با ارزش‌ها و موانع هیجانی، تمرین عمل مبتنی بر ارزش‌ها با استفاده از مواجهه تصویری و بازخورد
جلسه چهارم	تمرین پذیرش ذهن آگاهانه و بازخورد، مرور تمرین مهارت‌ها، تمرین هیولاها در اتوبوس، عمل مبتنی بر ارزش‌ها با استفاده از مواجهه تصویری و بازخورد، تعیین تکلیف مهارت‌های جلسه چهارم
جلسه پنجم	تمرین پذیرش ذهن آگاهانه و بازخورد، مرور تمرین مهارت‌ها، آموزش روانی درباره‌ی مقابله ذهن آگاهانه، معرفی تن آرامی همراه با مواجهه هیجانی و بازخورد، تمرین مهارت‌های خود آرام سازی همراه با مواجهه هیجانی و بازخورد، تعیین تکلیف تمرین مهارت‌ها
جلسه ششم	تمرین پذیرش ذهن آگاهانه و بازخورد، مرور تمرین مهارت‌ها، آموزش روانی در ارتباط با افکار مقابله‌ای، تمرین افکار مقابله‌ای از طریق مواجهه با هیجان و بازخورد، آموزش روانی درباره‌ی پذیرش بنیادین، تمرین پذیرش بنیادین از طریق مواجهه با هیجان و بازخورد، تعیین تکلیف مهارت‌های جلسه ششم
جلسه هفتم	تمرین پذیرش ذهن آگاهانه و بازخورد، مرور تمرین مهارت‌ها، آموزش روانی درباره‌ی توجه برگردانی و وقت استراحت، توجه برگردانی همراه با مواجهه تصویری یا هیجانی و بازخورد، معرفی طرح کارآمدی هیجان فردی تعیین تکلیف تمرین مهارت‌ها
جلسه هشتم	تمرین پذیرش ذهن آگاهانه و دریافت بازخورد، مرور تمرین مهارت‌ها، مرور برنامه کارآمدی هیجانی شخصی، دریافت بازخورد و رفع اشکال، مواجهه تصویری یا هیجانی با استفاده از مهارت درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی و دریافت بازخورد، درجه بندی کارآمدی هیجانی، سخنان پایانی. قدردانی، اجرای پرسشنامه‌های پس از درمان

1. Psychological distress questionnaire (K-10)

2. Kessler

3. McKay & West

گروه آزمایشی دوم تحت مداخله شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی سگال^۱ و همکاران (۲۰۱۳)، به مدت ۸ جلسه، هفته‌ای ۲ بار و هر جلسه به مدت ۲ ساعت به صورت گروهی قرار گرفتند. شرح جلسه‌ها در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: جلسات شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	برقراری ارتباط، دعوت شرکت کنندگان به تشکیل گروه‌های دو نفری و معرفی خود، تعریف و مفهوم‌سازی، لزوم استفاده از آموزش ذهن آگاهی، ارائه توضیحاتی در مورد سیستم هدایت خودکار
جلسه دوم	آشنایی با نحوه تن آرامی، آموزش تن آرامی برای ۱۴ گروه از عضلات شامل ساعد، بازو، عضلات پشت ساق پا، ران‌ها، شکم، سینه، شانه‌ها، گردن، لب، چشم‌ها، آرواره‌ها و پیشانی
جلسه سوم	آموزش تن آرامی برای ۶ گروه از عضلات شامل دست‌ها و بازوها، پاها و ران‌ها، شکم و سینه، گردن و شانه، آرواره‌ها، پیشانی و لب‌ها و تکالیف خانگی تن آرامی
جلسه چهارم	آموزش ذهن آگاهی تنفس: مرور کوتاه جلسه قبل، آشنایی با نحوه ذهن آگاهی تنفس، آموزش تکنیک دم و بازدم همراه با آرامش و بدون تفکر در مورد چیز دیگر و آموزش تکنیک تماشای تنفس و تکلیف خانگی ذهن آگاهی تنفس قبل از خواب به مدت ۲۰ دقیقه
جلسه پنجم	آموزش تکنیک پوشش بدن: آموزش تکنیک توجه به حرکت بدن هنگام تنفس، تمرکز بر اعضای بدن و حرکت آنها و جستجوی حس‌های فیزیکی (شنوایی، چشایی و ...)، تکلیف خانگی ذهن آگاهی خوردن (خوردن با آرامش و توجه به مزه و منظره غذا)
جلسه ششم	آموزش ذهن آگاهی افکار: آموزش توجه به ذهن، افکار منفی و مثبت، خوشایند و ناخوشایند بودن افکار، اجازه دادن به ورود افکار منفی و مثبت به ذهن و به آسانی خارج کردن آنها از ذهن بدون قضاوت و توجه عمیق به آنها و تکلیف خانگی نوشتن تجربیات منفی و مثبت روزانه بدون قضاوت در مورد آنها
جلسه هفتم	ذهن آگاهی کامل: تکرار و آموزش جلسات ۴، ۵ و ۶ هر کدام به مدت ۲۰ تا ۳۰ دقیقه
جلسه هشتم	مرور و جمع‌بندی جلسات قبلی و اجرای پس آزمون

یافته‌ها

ویژگی جمعیت‌شناختی حاکی از این بود که میانگین و انحراف معیار سن شرکت کنندگان در گروه کارآمدی هیجانی $29 + 1/01$ و گروه درمان مبتنی بر ذهن آگاهی $31 + 1/05$ و گروه کنترل $31 + 1/07$ محاسبه شد. از نظر سطح تحصیلات بیشترین تعداد از مقطع کارشناسی در گروه کارآمدی هیجانی ۹ نفر ($0/45$)، گروه درمان مبتنی بر ذهن آگاهی ۸ نفر ($0/40$) و گروه کنترل ۷ نفر ($0/35$) بودند. از نظر سابقه کاری بیشترین تعداد زیر ۲۰ سال در گروه کارآمدی هیجانی ۱۵ نفر ($0/75$)، گروه شناخت درمان مبتنی بر ذهن آگاهی ۱۶ نفر ($0/80$) و گروه کنترل ۱۶ نفر ($0/80$) بودند. در خصوص مقایسه و هم‌تایی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بین دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل، از آزمون ناپارامتریک کای اسکور برای متغیرهای تحصیلات و سابقه کاری و از آزمون تحلیل واریانس یک طرفه برای مقایسه میانگین سن و نمرات پیش آزمون مدیریت درد و آشفتگی روانشناختی استفاده شده است. نتایج این آزمون‌ها نشان داد که تفاوت معناداری بین گروه‌ها در این ویژگی‌ها وجود ندارد ($P > 0/05$)، که این موضوع بیانگر همگنی گروه‌ها در شروع مطالعه است. شاخص‌های توصیفی متغیرها در دو گروه آزمایشی و گروه کنترل در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: میانگین، انحراف استاندارد و نرمال بودن داده‌ها در سه گروه درمانی

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	انحراف
		میانگین	میانگین	میانگین	معیار
مدیریت درد	درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی	۱۶۵/۶۰	۲۴/۶۵۴	۱۴۳/۸۰	۲۱/۷۸۵
	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	۱۶۷/۱۵	۱۸/۲۱۳	۱۴۶/۱۵۰	۷/۹۲۹
آشفته‌گی روانشناختی	درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی	۱۶۱/۶۰	۱۶/۲۹۱	۱۶۵/۵۰	۳۰/۴۹۵
	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	۳۵/۵۰	۲/۸۹۲	۲۷/۵۰	۵/۴۱۴
	کنترل	۳۲/۲۵	۴/۱۲۷	۲۳/	۵/۹۱۹
	کنترل	۳۶/۴۵	۲/۴۳۸	۳۴/۵۰	۱۲/۱۳۳

با توجه به جدول ۳، میانگین نمرات مدیریت درد و آشفته‌گی روانشناختی در گروه‌های درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی نسبت به گروه کنترل در مراحل پس‌آزمون و پیگیری کاهش یافته است؛ ولی برای تعیین معناداری این افزایش از نظر آماری از روش آماری تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد. نتایج بررسی مفروضه‌ها نشان داد توزیع متغیرهای مدیریت درد و آشفته‌گی روانشناختی براساس نتایج آزمون شاپیرو-ویلک با توزیع نرمال تفاوت معنادار ندارد ($p > 0/01$) و براساس آزمون لوین، واریانس دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل از نظر آماری تفاوت معنادار ندارند ($p > 0/01$). اما آزمون باکس معنادار برآورد شد ($p < 0/01$) و با توجه به برابر بودن حجم نمونه در سه گروه، نقض مفروضه همسانی ماتریس‌های واریانس کوواریانس تأثیر چندانی بر نتایج ندارد (میرز و همکاران، ۱۳۹۹). آزمون کرویت موچلی نیز معنادار بود ($p < 0/01$)؛ بنابراین برای بررسی وجود تفاوت بین سطوح مختلف با اصلاح درجات آزادی از آزمون تصحیح گرین-هاوس-گیسر استفاده شد. در جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر گزارش شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر

متغیر	عامل	منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
مدیریت درد	درون گروهی	زمان	۴۹۶/۳۱۱	۱/۳۲۰	۲۳۵/۹۸۲	۱۱۷/۵۴۷	۰/۰۰۱	۰/۷۳۷
		گروه × زمان	۳۴۹/۶۸۹	۲/۶۴۰	۱۳۲/۴۶۲	۴۱/۴۱۱	۰/۰۰۱	۰/۶۶۴
	بین گروهی	خطا	۳۶۴/۸۴۲	۱۱۴	۳/۱۹۹			
		گروه	۸۶۷/۶۰۰	۲	۴۳۳/۸۰۰	۶/۹۵۱	۰/۰۰۲	۰/۲۴۹
آشفته‌گی روانشناختی	درون گروهی	خطا	۳۵۵۴/۵۵۱	۵۷	۶۲/۳۶۰			
		زمان	۴۴۰/۸۴۴	۱/۶۳۰	۲۷۰/۴۴۵	۲۳۰/۹۳۰	۰/۰۰۱	۰/۸۴۶
	بین گروهی	گروه × زمان	۳۶۶/۳۱۱	۳/۲۶۰	۱۱۲/۳۶۰	۹۵/۹۴۳	۰/۰۰۱	۰/۸۲۰
		خطا	۱۳۳/۵۹۶	۱۱۴	۱/۱۷۱			
	گروه	گروه	۱۰۱۴/۱۷۸	۲	۵۰۷/۰۸۹	۱۷/۸۰۰	۰/۰۰۱	۰/۴۵۹
		خطا	۱۶۲۳/۵۴۸	۵۷	۲۸/۴۸۳			

براساس جدول ۴، تأثیر زمان بر متغیرهای مدیریت درد و آشفته‌گی روانشناختی معنادار بود ($p < 0/01$). این یافته نشان می‌دهد که صرف‌نظر از قرارگیری آزمودنی‌ها در گروه‌های درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و کنترل، بین میانگین نمرات مدیریت درد و آشفته‌گی روانشناختی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین

اثر تعامل بین زمان و گروه نیز در هر دو متغیر معنادار بود ($p < 0.001$). به بیان دیگر، الگوی تغییرات مدیریت درد و آشفتگی روانشناختی در مراحل مختلف اندازه‌گیری، وابسته به نوع مداخله درمانی بوده است. اندازه اثر برای مدیریت درد در تعامل زمان و گروه 0.664 و برای آشفتگی روانشناختی 0.820 به دست آمد که نشان‌دهنده تأثیر قابل توجه مداخلات درمانی بر این متغیرها است. همچنین اثر گروه بر مدیریت درد ($p < 0.002$) و آشفتگی روانشناختی ($p < 0.001$) معنادار بود. از آنجاکه اثر تعامل زمان و گروه معنادار بود، این اثر با استفاده از آزمون تعقیبی بونفرونی بررسی شد که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه مدیریت درد و آشفتگی روانشناختی به صورت زوجی در سری زمانی

متغیر	مرحله A	مرحله B	گروه درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی		گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی		گروه کنترل	
			اختلاف میانگین A-B	سطح معناداری	اختلاف میانگین A-B	سطح معناداری	اختلاف میانگین A-B	سطح معناداری
مدیریت درد	پیش آزمون	پس آزمون	۲۱/۸۰	۰/۰۰۱	۲۱/۰۰	۰/۰۰۱	-۳/۹۰	۰/۴۱۲
	پیگیری	پیگیری	۱۴/۲۰	۰/۰۰۱	۱۳/۹۵	۰/۰۰۱	-۵/۴۵	۰/۲۸۷
	پس آزمون	پیگیری	-۷/۶۰	۰/۰۱۳	-۷/۰۵	۰/۰۲۱	-۱/۵۵	۰/۶۴۱
آشفتگی روانشناختی	پیش آزمون	پس آزمون	۸/۰۰	۰/۰۰۱	۹/۲۵	۰/۰۰۱	۱/۹۵	۰/۳۱۸
	پیگیری	پیگیری	۱۳/۵۵	۰/۰۰۱	۱۱/۰۵	۰/۰۰۱	۱۱/۶۵	۰/۰۴۹
	پس آزمون	پیگیری	۵/۵۵	۰/۰۰۹	۱/۸۰	۰/۱۸۴	۹/۷۰	۰/۰۳۸

مقایسه‌های زوجی در جدول ۵ نشان داد که میانگین نمرات مدیریت درد در گروه درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی و گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری به طور معناداری نسبت به پیش‌آزمون کاهش یافته است ($p < 0.001$). همچنین تفاوت بین پس‌آزمون و پیگیری در هر دو گروه درمانی معنادار بود ($p < 0.05$) که نشان می‌دهد اگرچه بخشی از تغییرات در مرحله پیگیری تعدیل شده است، اما اثربخشی مداخلات همچنان حفظ شده است. در گروه کنترل، تفاوت معناداری بین مراحل مختلف مدیریت درد مشاهده نشد ($p > 0.05$). همچنین نتایج نشان داد که میانگین نمرات آشفتگی روانشناختی در گروه درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی و گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری به طور معناداری کمتر از پیش‌آزمون بود ($p < 0.001$). در گروه درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی، تفاوت بین پس‌آزمون و پیگیری نیز معنادار بود ($p < 0.05$). در حالی که در گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی این تفاوت معنادار نبود ($p > 0.05$) که بیانگر پایداری بیشتر اثر درمان در مرحله پیگیری است. در گروه کنترل، اگرچه بین پیش‌آزمون و پیگیری و نیز پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار مشاهده شد، اما این تغییرات در جهت بهبود نبوده و نشان‌دهنده تداوم آشفتگی روانشناختی در طول زمان است. به طور کلی، یافته‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در بهبود مدیریت درد و کاهش آشفتگی روانشناختی زنان مبتلا به کمر درد مزمن اثربخش بوده‌اند و بخش عمده‌ای از این اثرات تا مرحله پیگیری حفظ شده است. همچنین در ادامه با استفاده از آزمون تعقیبی بونفرونی، گروه‌ها مقایسه گردید و نتایج نشان داد بین گروه درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی و گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در رابطه با مدیریت درد و کاهش آشفتگی روانشناختی تفاوت معنادار وجود ندارد ($p > 0.05$).

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مدیریت درد و آشفتگی روانشناختی در زنان با کمر درد مزمن انجام شد. نتایج نشان داد بین میزان اثربخشی دو روش مداخله تفاوت معناداری وجود ندارد و اثربخشی هر دو روش در طی زمان دارای ماندگاری است. یافته اول پژوهش نشان داد که هر دو درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مدیریت درد در زنان مبتلا به کمر درد مزمن اثرگذارند. پژوهش‌های همسویی گزارش

نگردید؛ اما این یافته پژوهش حاضر، به صورت مجزا با نتایج مطالعات کاستا و همکاران، (۲۰۲۴)، پیترز و همکاران، (۲۰۲۳) و نیک‌نژادی و همکاران (۱۴۰۲)، همسو است. از منظر تبیینی، یکی از مهم‌ترین دلایل عدم تفاوت معنادار بین دو درمان را می‌توان در اشتراک سازوکارهای زیربنایی آن‌ها جست‌وجو کرد. پژوهش‌های اخیر نشان داده‌اند که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی نقش مرکزی در کاهش پیامدهای درد مزمن و افزایش سازگاری روانی دارد (گلوستر^۱ و همکاران، ۲۰۲۴). در واقع، هر دو درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی علی‌رغم تفاوت ظاهری، در نهایت به افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، کاهش اجتناب تجربی و بهبود پذیرش تجربه درد منجر می‌شوند؛ در درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی، تغییر از طریق افزایش آگاهی هیجانی، تمایز هیجانی و تنظیم هیجان رخ می‌دهد که به کاهش واکنش‌پذیری هیجانی نسبت به درد کمک می‌کند (پیترز و همکاران، ۲۰۲۳). در مقابل، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی از طریق افزایش توجه آگاهانه، پذیرش بدون قضاوت و کاهش درگیری شناختی با افکار دردناک عمل می‌کند (هیلتون و همکاران، ۲۰۲۳). با وجود این تفاوت‌ها، هر دو مسیر در نهایت به کاهش درگیری شناختی-هیجانی با درد و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی منتهی می‌شوند. ضمن اینکه مطالعات نیز تأیید کرده‌اند که در درمان‌های موج سوم، مکانسیم‌های مشترک درمانی مانند پذیرش، تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی نقش تعیین‌کننده تری نسبت به تکنیک‌های اختصاصی دارند (گلوستر و همکاران، ۲۰۲۴). بنابراین، شباهت اثر دو درمان در مطالعه حاضر، قابل تبیین از طریق همین هم‌پوشانی فرآیندهای درمانی است. همچنین یافته پایداری اثر در مرحله پیگیری نشان می‌دهد که تغییرات ایجادشده در بیماران صرفاً کوتاه‌مدت نبوده، بلکه به سطحی از یادگیری و بازسازماندهی شناختی-هیجانی رسیده است که در طول زمان حفظ شده است. این موضوع با شواهد اخیر در مورد مداخلات مبتنی بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی همخوانی دارد (نگوین و موریس^۲، ۲۰۲۴). در مجموع، عدم تفاوت در اثربخشی دو درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در بهبود مدیریت درد را می‌توان ناشی از هم‌پوشانی سازوکارهای اثرگذار در دو درمان و نقش غالب عوامل مشترک درمانی دانست.

یافته دوم پژوهش نشان داد که هر دو درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر آشفستگی روان‌شناختی در زنان مبتلا به کمر درد مزمن اثرگذارند. پژوهش‌های همسویی گزارش نگردید؛ اما این یافته پژوهش حاضر، به صورت مجزا با نتایج مطالعات یارنس و همکاران، (۲۰۲۴)، لوملی و شوبینر، (۲۰۲۴)، دی و همکاران (۲۰۲۴)، مولترشت و همکاران (۲۰۲۳)، نیک‌نژادی و همکاران، (۱۴۰۲) و متحملیان و سجادیان، (۱۴۰۲) همسو است. عدم تفاوت مشاهده‌شده دو درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر آشفستگی روان‌شناختی، قابل تبیین از منظر نظریه‌های موج سوم درمان‌های شناختی-رفتاری است؛ مطالعات در حوزه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر هیجان نشان داده‌اند که عامل تعیین‌کننده در اثربخشی درمان، بیش از آنکه مرتبط با نوع خاصی از مداخله باشد، تابع فرآیندهای شناختی - هیجانی مانند میزان فعال‌سازی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و پذیرش تجربه درونی است (بوناکویستی^۳ و همکاران، ۲۰۲۴؛ گلوستر و همکاران، ۲۰۲۴). در این راستا، پژوهش‌های جدید نشان داده‌اند که کاهش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به عنوان یکی از فرآیندهای شناختی - هیجانی می‌تواند عاملی اثرگذار در تداوم آشفستگی هیجانی باشد (اسچدوا و شاکلا^۴، ۲۰۲۴). به نظر می‌رسد، درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی از طریق ارتقای مهارت‌های تنظیم هیجان و افزایش پذیرش هیجانی و در نهایت افزایش انعطاف‌پذیری، شدت واکنش‌های منفی هیجانی را کاهش می‌دهد (دی و همکاران، ۲۰۲۴)، در مقابل، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با کاهش نشخوار ذهنی، افزایش پذیرش و کاهش اجتناب تجربی که همگی به افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی خواهند شد، موجب کاهش درگیری شناختی با درد و در نتیجه کاهش سطوحی از آشفستگی روان‌شناختی می‌شود (مولترشت و همکاران، ۲۰۲۳). بنابراین، با وجود تفاوت در مسیرهای درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، هر دو رویکرد در نهایت به کاهش آشفستگی روان‌شناختی از طریق فرآیندهای مشترک منجر می‌شوند.

در مجموع، اگرچه درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی از نظر چارچوب نظری و فنون اجرایی متفاوت‌اند، اما هر دو به‌طور مستقیم بر کاهش قضاوت‌گری نسبت به تجربه درونی، افزایش پذیرش روان‌شناختی و بهبود رابطه فرد با خود تمرکز دارند. بر این اساس، انتخاب مداخله در عمل می‌تواند بر مبنای تناسب با نیازها و ترجیحات مراجع، دسترسی، و مهارت درمانگر

1 . Gloster

2 . Nguyen & Morris

3 . Bonacquisti

4 . Sachdeva & Shukla

صورت گیرد؛ و حتی ترکیب یا توالی‌بندی عناصر دو رویکرد به‌منظور پوشش بهتر تفاوت‌های فردی توصیه می‌شود. چنین انعطافی می‌تواند به افزایش پایبندی درمانی و اثربخشی واقعی مداخلات در عمل بالینی منجر شود.

پژوهش حاضر محدودیت‌هایی دارد که باید در تفسیر یافته‌ها در نظر گرفته شوند. اولاً، نمونه‌گیری تنها از زنان مبتلا به کمردرد مزمن، تعمیم نتایج به مردان یا سایر گروه‌های درد مزمن را محدود می‌کند. ثانیاً، استفاده از نمونه‌گیری در دسترس ممکن است نمایندگی جامعه هدف را کاهش دهد. همچنین، اتکا به پرسش‌نامه‌های خودگزارشی می‌تواند تحت تأثیر سوگیری پاسخ‌دهی قرار گیرد. دیگر محدودیت، کوتاه بودن دوره پیگیری است که ارزیابی پایداری اثرات درمان را مختل می‌سازد. نهایتاً، بررسی محدود به برخی متغیرهای روان‌شناختی و درد، ممکن است عوامل مداخله‌گر دیگر را نادیده بگیرد. بر اساس یافته‌ها، پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های آتی شامل نمونه‌های مردان و سایر گروه‌های درد مزمن، استفاده از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی و ابزارهای عینی‌تر، پیگیری‌های بلندمدت و بررسی نقش متغیرهای حمایتی و فردی باشند. از منظر کاربردی، این دو مداخله می‌توانند به‌عنوان مداخلات مکمل در درمان بیماران کمردرد مزمن به کار روند و آموزش مهارت‌های مورد نظر در کلینیک‌های درد می‌تواند به بهبود وضعیت روان‌شناختی بیماران کمک کند.

منابع

- تنهایی، ز؛ آشتیانی فتحی، ع؛ امینی، م؛ واحدی، ه؛ و شقاقی، ف. (۱۳۹۱). اعتبارسنجی نسخه‌ی بازنگری‌شده‌ی پرسشنامه‌ی کوتاه درد مکیل (SF-MPQ-2) برای بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر. *نشریه گوارش*، ۱۷(۲)، ۹۱-۹۷. <https://sid.ir/paper/720815/en>
- کاظمی، آ؛ گل پرور، م؛ و آتش پور، ح. (۱۳۹۹). مقایسه تأثیر درمان خودپذیری ذهن آگاهانه و روان درمانی مثبت بر سرمایه عاطفی دانشجویان دختر مبتلا به افسردگی. *مجله کاوموس (فیض)*، ۲۴(۲)، ۱۹۸-۲۰۸. <https://doi.org/10.22123/chj.2020.222503.1456>
- متحملیان، ش و سجادیان، ا. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی بر اضطراب درد و پذیرش درد زنان دارای کمر درد مزمن. *فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد*، ۱۴(۲)، ۶۲-۷۴. <https://doi.org/10.22038/mjms.2025.83941.4821>
- مک کی، م؛ و وست آ. (۲۰۱۶). درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی: یکپارچه سازی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیکی همراه با پروتکل درمان فراتشخیصی ۸ هفته ای. ترجمه محمدخانی ش.، اکبری ا.، و خالقی م. (۱۳۹۷). تهران: ابن سینا.
- نیک‌نژادی، م؛ سجادیان، ا؛ و منشئی، غ. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان مبتنی بر خودکارآمدی هیجان بر خودکنترلی و صمیمیت زنان آسیب‌دیده از خیانت همسر. *مجله خانواده درمانی کاربردی*، ۴(۲)، ۲۹-۴۶. <https://doi.org/10.48308/jfr.19.3.483>
- یعقوبی، ح. (۱۳۹۴). ویژگی‌های روانسنجی نسخه ۱۰ سؤالی پرسشنامه پریشانی روانشناختی کسلر. *فصلنامه پژوهشهای کاربردی روانشناختی*، ۴(۶): ۴۵-۵۷. <https://doi.org/10.22059/japr.2016.57963>
- Bonacquisti, A., Woodworth, E. C., Diaz, M., & Grunberg, V. A. (2024). Acceptance-based process variables on postpartum well-being and distress: The mediating role of psychological flexibility. *PLOS ONE*, 19(12), e0312454. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0312454>
- Cohen, K. R. (2022). Management of chronic low back pain. *JAMA Internal Medicine*, 182(2), 222-223. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2021.7359>
- Costa, D. L., McCracken, L. M., & Vowles, K. E. (2024). Comparative effectiveness of psychological therapies for chronic pain: A meta-analytic review. *Pain*, 165(1), 59-77. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002789>
- Day, M. A., Ward, L. C., & Thorn, B. E. (2024). Emotion regulation and mindfulness-based treatments for chronic pain: A systematic review. *Behaviour Research and Therapy*, 171, 104356. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2023.104356>
- Dohrenwend, B. P., Shrout, P. E., Ergi, G. E., & Mendelsohn, F. S. (2020). Measures of nonspecific psychological distress and other dimensions of psychopathology in the general population. *Archives of General Psychiatry*, 37, 1229-1236. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7436685/>
- Dworkin RH, Turk DC, Revicki DA, Harding G, Coyne KS, Peirce-Sandner S, et al. Development and initial validation of an expanded and revised version of the Short-form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ-2). *Pain* 2009;144:35-42. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2009.02.007>
- Fassbinder, E., Schweiger, U., Martius, D., Brand-de Wilde, O., & Arntz, A. (2019). Emotion regulation in schema therapy and dialectical behavior therapy. *Frontiers in Psychology*, 7, 1373. <https://doi.org/10.3389/fpsyg>
- Friary, V. (2024). Mindfulness-Based Cognitive Therapy as a Tool to Manage Emotional and Psychological Distress. In *Transdiagnostic Approaches in Cognitive Behavioral Therapy* (pp. 47-64). Cham: Springer Nature Switzerland https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-031-63494-9_5
- Galante, J., Friedrich, C., Dawson, A. F., Modrego-Alarcón, M., & Dalgleish, T. (2024). Mindfulness-based interventions for chronic pain and psychological distress. *Nature Mental Health*, 1, 20-31. <https://doi.org/10.1038/s44220-023-00081-5>

- Gloster, A. T., et al. (2024). Examining domains of psychological flexibility and inflexibility as treatment mechanisms in acceptance and commitment therapy: A systematic and meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 110, 102432. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2024.102432>
- Gu, J., Strauss, C., Bond, R., & Cavanagh, K. (2023). How do mindfulness-based interventions work? *Clinical Psychology Review*, 99, 102226. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102226>
- Hilton, L., Hempel, S., Ewing, B. A., et al. (2023). Mindfulness-based interventions for chronic low back pain: A systematic review and meta-analysis. *Pain*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37942696/>
- Kessler, R.C., Andrews, G., Colpe, L.J., Hiripi, E., Mroczek, D.K., Normand, S.L.T., Walters, E.E. & Zaslavsky, A.M. (2002). Short screening scales to monitor population prevalence's and trends in nonspecific psychological distress. *Psychological Medicine*, 32(6), 959-976 <https://psycnet.apa.org/>.
- Lumley, M. A., & Schubiner, H. (2024). Emotional processing mechanisms in emotional awareness and expression therapy for chronic pain. *Clinical Psychology Review*, 101, 102256. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2023.102256>
- Liu, Y., Chen, X., & Wang, L. (2024). Non-pharmacological Interventions for Chronic Low Back Pain Management: A Scoping Review. *Journal of Pain Research*, 17, 2500-2515. <https://doi.org/10.2147/JPR.S456789>
- McKay, M., & West, A. (2016). Emotion efficacy therapy: A brief, exposure-based treatment for emotion regulation integrating ACT and DBT. New Harbinger Publications. <https://psycnet.apa.org/record/2016-49941-000>
- Mekhail, N., Eldabe, S., Templeton, E., Costandi, S., & Rosenquist, R. (2023). Pain management interventions for the treatment of chronic low back pain: a systematic review and meta-analysis. *The Clinical Journal of Pain*, 39(7), 349-364. [doi: 10.1097/AJP.0000000000001116](https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000001116).
- Melzack, R. (1975). The McGill Pain Questionnaire: Major properties and scoring methods. *Pain*, 1(3), 277–299. [doi: 10.1016/0304-3959\(75\)90044-5](https://doi.org/10.1016/0304-3959(75)90044-5).
- Moltrecht, B., de Jong, E. M., & Wiersma, J. E. (2023). Emotion regulation and mindfulness interventions for psychological distress in chronic illness: A meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 165, 104264. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2023.104264>
- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223–250. <https://doi.org/10.1080/15298860309027>
- Nguyen, H., & Morris, E. M. J. (2024). The role of psychological flexibility in distress and wellbeing. *Clinical Psychologist*. <https://doi.org/10.1080/13284207.2024.2362440>
- Norman-Nott, A., Brooks, J., & McCracken, L. M. (2025). Emotion regulation interventions for chronic pain: A randomized controlled trial. *Pain*, 166(2), 345–356. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000003087>
- Peters, M. L., Meulders, A., & Vlaeyen, J. W. S. (2023). Emotion regulation and chronic pain: A conceptual and clinical review. *Pain Reports*, 7(3), Article e1001. <https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000001001>
- Preece, D. A., Becerra, R., Robinson, K., & Gross, J. J. (2023). Emotion regulation and mental health: Recent advances. *Current Opinion in Psychology*, 49, 101551. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2023.101551>
- Sachdeva, J., & Shukla, R. (2024). Psychological flexibility and post-traumatic growth. *Psychological Reports*. <https://doi.org/10.1177/00332941241302318>
- Scholz, J., Müller, C., & Hoffmann, A. (2025). To feel is to heal — introduction to Emotional Awareness and Expression Therapy. *Der Schmerz*, 39, 256–262. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00482-025-00878-6> DOI: [10.1007/s00482-025-00878-6](https://doi.org/10.1007/s00482-025-00878-6)
- Stockbridge, E. L., Wilson, F. A., & Pagán, J. A. (2020). Psychological distress and emergency department utilization in the United States: evidence from the medical expenditure panel survey. *Academic Emergency Medicine*, 21(5), 510–519. DOI: [10.1111/acem.12413](https://doi.org/10.1111/acem.12413)
- Takegami, N., Akeda, K., Yamada, J., Nishimura, A., & Sudo, A. (2024). Association between low back pain and psychological stress response in a Japanese population-based study. *Journal of Orthopaedic Science*, 29(3), 749-754. <https://doi.org/10.1016/j.jos.2023.04.001>
- Tang, F., Byrne, M., & Qin, P. (2018). Psychological distress and risk for suicidal behavior among university students in contemporary China. *Journal of Affective Disorders*, 228, 101–118. DOI: [10.1016/j.jad.2018.01.015](https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.01.015)
- Toumi, M. L., Merzoug, S., & Boulassel, M. R. (2020). Does sickle cell disease have a psychosomatic component? A particular focus on anxiety and depression. *Life Sciences*, 210, 96-105. DOI: [10.1016/j.lfs.2020.117958](https://doi.org/10.1016/j.lfs.2020.117958)
- Vøllestad, J., Sivertsen, B., & Nielsen, G. H. (2022). Mindfulness-based stress reduction for patients with anxiety disorders: Evaluation in a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49(4), 281-288. DOI: [10.1016/j.brat.2011.02.009](https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.02.009)
- Wiech, K. (2025). Deconstructing the experience of chronic pain: Self, emotion, and control. *Trends in Cognitive Sciences*, 29(2), 145–157. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2024.11.003> DOI: [10.1016/j.tics.2024.11.003](https://doi.org/10.1016/j.tics.2024.11.003)
- Yarns, B. C., Lumley, M. A., Cassidy, J. T., Steers, W. N., Schubiner, H., & Clauw, D. J. (2024). Emotional awareness and expression therapy versus cognitive behavioral therapy for chronic pain: A randomized clinical trial. *JAMA Network Open*, 7(2), e2359912. DOI: [10.1001/jamanetworkopen.2023.59912](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.59912)
- Zhang, Z., Li, R., Zhou, Z., Wang, P., Yang, B., & Wang, X. (2023). The effect of physical activity on quality of life and parenting stress in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: A randomized controlled trial. *Disability and Health Journal*, 16(1), 101377. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2022.101377>

مقایسه اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر کارآمدی هیجانی و شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مدیریت درد و آشفتگی روانشناختی در زنان با کمر درد مزمن
The Comparing the effectiveness of Emotion Efficacy Group Therapy and Mindfulness-Based Cognitive Group Therapy...