

بررسی اثربخشی موریتادرمانی بر کیفیت زندگی و شدت درد در سالمندان مبتلا به درد مزمن زانو^۱

Evaluation of the effectiveness of Morita therapy on quality of life and pain intensity in older adults with chronic knee pain

Behnaz Dehghan

PhD Student, Urmia University, Urmia, Iran.

Dr. Ali Esazadeghan

Professor, Urmia university, Urmia, Iran.

Dr. Esmaiel Soleimani*

Associate Professor, Urmia university, Urmia, Iran.

E.soleimani@urmia.ac.ir

بهناز دهghan

دانشجو دکتری، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران.

دکتر علی عیسی زادگان

استاد، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران.

دکتر اسماعیل سلیمانی (نویسنده مسئول)

دانشیار، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران.

Abstract

The aim of this study is to evaluate the effectiveness of Morita therapy on quality of life and pain intensity in older adult women with chronic knee pain. The research method was pretest-posttest with a control group. The statistical population of the study included the older adults with chronic knee pain in 1399 in the period of June to August in Tabriz. The sample consisted of 30 female patients aged 60-70 years with chronic knee pain who entered the study by convenience sampling method and randomly assigned to the experimental and control groups (15 patients each group). The research instruments included the WHO Quality of Life - BREF questionnaire (WHO, 1996) and the intermittent and constant osteoarthritis pain questionnaire (Hawker et al, 2008). For the experimental group, Morita therapy was held for nine 90-minutes sessions one day each week. The results of multivariate analysis of covariance showed that Morita therapy significantly increased the quality of life and its components and reduced pain intensity in the experimental group. According to research results, Morita therapy can help increase the quality of life and reduce the severity of pain in older adult women with chronic knee pain and can be used as an effective and complementary method along with other common therapies.

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی موریتادرمانی بر کیفیت زندگی و شدت درد در زنان سالمند مبتلا به درد مزمن زانو است. روش پژوهش از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری مطالعه شامل سالمندان مبتلا به درد مزمن زانو در سال ۱۳۹۹ در بازه زمانی ۷۰ تا ۶۰ بیمار ۳۰ نمونه پژوهش بودند. نمونه پژوهش ۳۰ بیمار زن مبتلا به درد مزمن زانو بودند که براساس روش نمونه‌گیری در دسترس وارد پژوهش شدند و به صورت جایگزینی تصادفی در گروه آزمایش و گواه گمارده شدند (هر گروه ۱۵ نفر). ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی - فرم کوتاه (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۶) و پرسشنامه درد مداوم و متناوب استن孚ارتریت (هاکر و همکاران، ۲۰۰۸) بود. برای گروه آزمایش، موریتا درمانی به مدت ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هر هفتگه یک روز برگزار شد. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان داد موریتادرمانی به طور معناداری باعث افزایش کیفیت زندگی و کاهش شدت درد در گروه آزمایش شده است. بر اساس نتایج تحقیق، موریتادرمانی می‌تواند به افزایش کیفیت زندگی و کاهش شدت درد در زنان سالمند مبتلا به درد مزمن زانو کمک کند و به عنوان شیوه‌ای موثر و مکمل در کنار درمان‌های رایج دیگر به کار گرفته شود.

Keywords: Chronic knee pain, quality of life, pain intensity, older adults, Morita therapy.

واژه‌های کلیدی: درد مزمن زانو، کیفیت زندگی، شدت درد، سالمندان، موریتا درمانی

ویرایش نهایی: تیر ۱۴۰۰

پذیرش: بهمن ۹۹

دريافت: آذر ۹۹

نوع مقاله: پژوهشی

^۱. مقاله مذبور مستخرج از رساله دکتری دانشجوی دکتری روانشناسی دانشگاه ارومیه است.

مقدمه

طبق تعریف انجمن بین‌المللی مطالعه درد (IASP)^۱، درد تجربه حسی و عاطفی ناخوشایندی است که با آسیب بالقوه یا بالفعل بافت مرتبط است (کومار و الاواراسی،^۲ ۲۰۱۶). در حالی که درد حاد به عنوان علامت حیاتی، دردی در نظر گرفته می‌شود که به طور طبیعی از بین می‌رود، اما درد مزمن علامت حیاتی به شمار نمی‌آید، بلکه ناشی از هم‌گرایی بسیاری از عوامل زیستی- اجتماعی- روانی محسوب می‌شود (مورن و وینر،^۳ ۲۰۱۳). درد مزمن به عنوان دردی تعریف می‌شود که مدت آن بیش از فرایند عادی بهمودی طول بکشد، از شروع درد بیش از ۶ ماه گذشته باشد و در ۳ ماه گذشته هر روز ادامه داشته باشد (کرومبوی، کرافت، لینتون، ال رشه و ونکراف،^۴ ۱۹۹۹). برآورد شیوع درد مزمن نشان می‌دهد ۲۸ درصد از جمعیت جهان از درد مزمن رنج می‌برند (الزاھاف، تاشانی، آنزورس و جانسن،^۵ ۲۰۱۲). اکثر افراد مسن از دردهای مزمن مرتبط با بیماری‌های دیزنتراپی مانند استئوارتیت،^۶ به خصوص استئوارتیت زانو، که شایع‌ترین نوع التهاب مفصل است، رنج می‌برند (یانگچارون، هرشبرگر، آریو،^۷ ۲۰۱۶). افراد مسن مبتلا به آرتروز در فعالیت‌های طبیعی مشکل دارند و ۲۷ درصد درد شدید مفصلی را گزارش می‌دهند (باربور، بورینگ، هلیمک، مورفی و کین،^۸ ۲۰۱۶). درد مداوم در سالمندان عوارض جانبی جدی و کیفیت زندگی نامطلوب به همراه دارد (الکسیو، روشاپاس، واریتیمیدیس،^۹ ۲۰۱۸).

در ایران میزان شیوع درد مزمن توسط مطالعات پراکنده‌ای بررسی شده است. میزان شیوع درد در سالمندان ایرانی مقیم خانه‌های نگهداری از سالمندان نشان می‌دهد که در هر دوره حداقل ۷۲ درصد آنان از درد مزمن رنج می‌برند (علیزاده فرد،^{۱۰} ۱۳۹۱). مطالعه شیرازی، منوجهری، زاغری تفرشی، زایری و علیپور (۱۳۹۴) نیز میزان بالای شیوع درد مزمن سالمندان به ویژه در ناحیه زانو (۸۰ درصد) را در نمونه مبتلا به درد مزمن در شهر اهواز نشان می‌دهد. همچنین در تحقیق فوق درد در زنان بیشتر از مردان گزارش می‌شود. در پژوهش تقی‌پور، حسینی، کیا، عباسپور و قدیمی (۱۳۹۲) درد در اندام تحتانی در زانو به میزان ۶۳/۱ درصد در سالمندان مورد بررسی گزارش شده است. در این پژوهش نیز درد در زنان بیشتر از مردان دیده می‌شود و در مردان و زنان در اندام تحتانی (زانو) بیشتر از سایر نقاط بدن گزارش می‌شود.

کیفیت زندگی عامل روان‌شناختی مهمی در بیماری‌های مزمن به شمار می‌آید. کیفیت زندگی حالت ذهنی فرد درباره زندگی و سلامتی اش است و به قضاوت ادراک شده‌ی فرد درباره نحوه رضایت او از زندگی در بافت فرهنگی و سیستم ارزشی خود و همچنین اهداف، انتظارها، استانداردها و نگرانی‌ها مربوط است (فیشمن، بالانتین و راتمن،^{۱۱} ۲۰۱۰). کیفیت زندگی علاوه بر اینکه با ارزیابی درونی و بیرونی و برداشت‌های فرد از روند پیری مرتبط است، همچنین با میزان سلامت جسمانی ارتباط دارد. زمانی که سلامت زانوها به ویژه در دوره یائسگی در زنان کاهش می‌یابد، با خطر ناتوانی و کاهش کیفیت زندگی و مرگ و میر همراه است (سازمان بهداشت جهانی،^{۱۲} ۲۰۱۵). از سوی دیگر زمانی که درد در تمام فعالیت‌ها از جمله کار، لذت بردن از زندگی و پیاده‌روی مداخله می‌کند در کیفیت زندگی بیماران تأثیر می‌گذارد (والرند، هاسنو و تمپلین،^{۱۳} ۲۰۱۰). مطالعه ایماگاما^{۱۴} و همکاران (۲۰۲۰) نیز نشان می‌دهد درد عضلانی - اسکلتی منجر به کاهش کیفیت زندگی می‌شود.

متغیر مهم دیگری که در زندگی سالمند تداخل می‌کند شدت درد است. شدت درد بیشتر در سالمندان، موجب تداخل بیشتر درد در زندگی روزانه و میزان حمایت و وابستگی به همسر یا فرد مهم زندگی آنان می‌شود (میر زمانی، حلی ساز، سدیدی، صفری،^{۱۵} ۱۳۸۷).

1. International Association for the Study of Pain (IASP)

2. Kumar & Elavarasi

3. Morone & Weiner

4. Crombie, Croft, Linton, LeResche, Von Korff

5. Elzahaf, Tashani, Unsworth, Johnson

6. osteoarthritis

7. Youngcharoen, Hershberger, Aree-Ue

8. Barbour, Boring, Helmick, Murphy, Qin

9. Alexiou, Roushias, Varitimidis, Malizos

10. Fishman, Ballantyne, Rathmell 0

11. World Health Organization 1

12. Villerand, Hasenau, Templin 2

13. Imagama 3

همچنین شدت درد باعث محدودیت حرکتی می‌گردد که این محدودیت‌های فیزیکی، مانع عملکرد اجتماعی و عاطفی هستند (چیارانی، کلاری و سیرینگ لانگ، ۲۰۱۸). در اغلب مراکز درمانی کشور به منظور کنترل درد سالمدنان، از روش‌های چند دارویی کمک گرفته می‌شود که در بیشتر موارد به عدم رضایت بیماران منتج می‌گردد. بنابراین علی‌رغم استفاده از این داروها، سالمدنان هم‌چنان به کمک گرفتن از سایر درمان‌ها جهت مقابله با درد نیاز دارند (بری، گیل، کرنز، رید، ۲۰۰۵).

اخیراً مطالعات تصویربرداری مغز، به درک تغییرات مغزی مرتبط با درد مزمن که در اثر روان‌درمانی ایجاد می‌شوند کمک کرده است. مطالعه مژوی نسیمنتو، اولیورا و دسانانا (۲۰۱۸) نشان می‌دهد روان‌درمانی منجر به افزایش فعالیت در قشر پیش‌پیشانی^۱ و قشر سینگیولت^۲ می‌گردد. درمان‌ها، تجارت هیجانی درد را کاهش می‌دهند، بنابراین تغییرات ساختاری یا فعالیتی در اثر به کارگیری مداخله‌های بالینی نشان داده شده است. از جمله درمان‌هایی که می‌تواند در افراد دارای درد مزمن مورد توجه قرار گیرد، موریتادرمانی^۳ است؛ نوعی روان‌درمانی به روش ژاپنی که به وسیله شوما موریتا به عنوان یک درمان روان‌شناختی مکمل، برای درمان افراد دارای اضطراب ابداع شد، اما بعدها برای طیف وسیعی از اختلالات گسترش پیدا کرد (ساغ، ریچاردز و فراتست، ۲۰۲۰). زیرینای موریتادرمانی این است که افراد می‌توانند هیجان‌ها را تجربه کنند، اما در سطح رفتاری قربانی آنها نشوند (ایشی یاما، ۱۹۸۷). در این درمان به بیماران کمک می‌شود حالتی به نام آروگاماما^۴ را تجربه کنند، یعنی واقعیت را به همان صورتی که هست، پیذیرند و بر لذت بردن از زندگی همان‌گونه که هست تمرکز کنند (سنگ، ۱۹۹۹). موریتادرمانی بیماران را تشویق می‌کند به جای توجه مستقیم و صرف انرژی برای تغییر هیجان، تلاش‌های خود را در جهت زندگی بهتر متمرکز کنند، ترس از مرگ، ناراحتی، دوست نداشتن ناراحتی، فاجعه و شکایت از آنچه که افراد نمی‌توانند کنترل کنند، پاسخ‌ها و هیجان‌های طبیعی انسان است که در این شیوه درمانی تنها نیاز به پذیرش آنها مطرح است (موریتا، لوین و کندو، ۱۹۹۸). یکی از باورهایی که در بیماران مشاهده می‌شود این است که به دنبال کنترل علائم هستند و علائم را بد می‌دانند. تمرکز و حساسیت بیش از حد به علائم و سعی در حذف آن‌ها، فرد را در چرخه معیوبی گرفتار می‌سازد که باعث می‌شود ناراحتی فعلی را بیش از حد ارزیابی کنند (ایشی یاما، ۱۹۸۶). از این رو هدف از موریتادرمانی، کمک به بیمار برای سازگار شدن با علائم منفی روان‌شناختی و کسب مسئولیت بیشتر جهت مراقبت از خود و کمک به سازگاری آنها با تغییراتی است که در وضعیت جسمی و عملی پدیدار گشته است.

پژوهش‌ها در زمینه درد عمدتاً متمرکز بر برنامه‌های خودمدیریتی شامل انجام یوگا، ماساژ‌درمانی، تای چی و موسیقی‌درمانی سالمدنان مبتلا به درد زانو است که نشان می‌دهد شدت درد و ناتوانی با بکارگیری این درمان‌ها کاهش می‌یابد (رید و همکاران، ۲۰۰۸). پژوهش کیو و زیونگوی و ییمینگ (۲۰۰۰) بر روی بیماران دارای اختلال وسوسی جبری نشان می‌دهد کیفیت زندگی و کارکرد اجتماعی بعد از شش هفته موریتادرمانی افزایش می‌یابد. چند پژوهش دیگر نیز اثربخشی این درمان را در کاهش نشانه‌های اختلال وسوسی-اجباری

-
1. Gharanai & Chularee
 2. Bry, Gill, Kerns, Reid,
 3. Nascimento, Oliveira, DeSantana
 4. prefrontal cortex
 5. cingulate cortex
 6. Morita therapy
 7. Sugg, Richards, Frost
 8. Ishiyama
 9. arugamama
- | | |
|---------------------------|---|
| 1 .Tseng | 0 |
| 1 .Hofmann | 1 |
| 1 .Morita, Levin, Kondo | 2 |
| 1 .Rid | 3 |
| 1 .Qiyi, Xiongwei, Yiming | 4 |

بررسی اثربخشی موریتادرمانی بر کیفیت زندگی و شدت درد در سالمندان مبتلا به درد مزمن زانو
Evaluation of the effectiveness of Morita therapy on quality of life and pain intensity in older adults with ...

(زنگ، خو، وانگ، زنگ، فی،^۱ ۲۰۱۲؛ یانهانگ و فی،^۲ ۲۰۰۶؛ هو و منگ،^۳ شی، تاو، زنگ،^۴ ۲۰۰۲)، اضطراب (وو^۵ و همکاران، ۲۰۱۵؛ اسماعیلی، ۱۳۹۰) و دلزدگی زناشویی (آزادی، جهانشاهی حصاری، برزگر، ترناس، پاشایی،^۶ ۱۳۹۶) نشان داده‌اند. آگاه سازی سالمندان در مورد ارتباط بین متغیرهای روانی و شدت درد و کیفیت زندگی پایین، راهبردهای مقابله‌ای موثر برای سالمندان ایجاد می‌کند. آموزش سالمندان و آگاهی از تجربه هر فرد از درد خود، لازمه طراحی برنامه درمانی واقع‌گرایانه، هدفمند و بیمار محور است؛ درمانی که عملکرد و کیفیت زندگی را به حداقل و اثرات جانبی را به حداقل می‌رساند. در موریتادرمانی، بیماران از تغییر دیدگاه خود و فراوانی تجارب لذت‌بخش و متوقف شدن تلاش‌های خود برای تحلیل تجارب ناخوشایند رضایت دارند (ساگ، فرات و ریچارد، ۲۰۱۹). با توجه به مرور ادبیات پژوهشی و در نظر گرفتن خلاصه پژوهشی در زمینه بکارگیری درمان موریتا بر افراد مبتلا به درد مزمن، این پژوهش به دنبال مشخص کردن تأثیر موریتادرمانی بر کیفیت زندگی و شدت درد سالمندان مبتلا به درد مزمن زانو است.

روش

این پژوهش از نوع شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون – پس‌آزمون با گروه گواه بود. طبق پرونده بهزیستی و مدارک پژوهشی از میان مراجعه کنندگان به مراکز روزانه سالمندان شهر تبریز، افراد بساد ۷۰ ساله دارای شواهد تصویربرداری آرتروز زانو در پرونده، به صورت نمونه‌گیری در دسترس وارد مطالعه شدند. تجربه فرد از درد زانو در مقیاس بصری با طیف لیکرت صفر تا ده سنجیده شد و ملاک ورود کسب نمره بالاتر از ۵ بود. بر این اساس، تعداد ۳۰ پرونده انتخاب و به هر کدام شماره اختصاص داده شد. در مرحله بعد بر اساس نمونه‌گیری تصادفی ساده، افراد به دو گروه آزمایش و گواه اختصاص داده شدند (۱۵ نفر در هر گروه). با توجه به ابتلای بیشتر زنان و استقبال زنان از کلینیک‌های روزانه سالمندان این پژوهش در جمعیت زنان اجرا شد. معیارهای ورود پژوهش عبارت بودند از تحصیلات ششم ابتدایی و بالاتر، داشتن حداقل توانایی جسمانی و شناختی جهت شرکت در جلسات مداخله، شدت درد ۵ و بالاتر بر اساس مقیاس خط کش ده درجه. معیارهای خروج عبارت بودند از: غیبت بیش از دو جلسه پیاپی، دریافت سایر روان درمانی‌ها، دارا بودن سابقه شکستگی و جراحی اندام‌های تحتانی.

ابزار سنجش

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی - فرم کوتاه WHOQOL-BREF^۷: این پرسشنامه توسط گروه سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۶ تهیه شده است. در مجموع، ۲۶ سوال پنج گزینه‌ای دارد و چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را می‌سنجد. پایایی و روایی این پرسشنامه در یک نمونه از ۸۹ بیمار سرپایی با افسردگی عمده مورد ارزیابی قرار گرفته است. آلفای کرونباخ برای نمره کل این پرسشنامه ۰/۸۴ و برای هر حوزه به ترتیب سلامت جسمی ۰/۸۱، روانی ۰/۸۵، روابط اجتماعی ۰/۷۶ و محیط ۰/۷۹ بود. روایی همگرای این پرسشنامه با پرسشنامه افسردگی بک معنadar بود (برلیم، پاوانلو، کالدیرارو و فلک، ۲۰۰۵). پایایی آن در ایران با استفاده از روش آزمون-آزمون مجدد در هر چهار حیطه مورد بررسی بالینی ۰/۰ به دست آمده است. مقادیر پایایی با شاخص همبستگی درون خوشای در حیطه سلامت فیزیکی ۰/۷۷، سلامت روانی ۰/۷۷، روابط اجتماعی ۰/۷۵ و در حیطه سلامت محیط برابر با ۰/۸۴ بود (نجات و همکاران، ۱۳۸۵). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ این ابزار اندازه‌گیری ۰/۷۴ به دست آمد.

پرسشنامه درد مداوم و متناوب استئوآرتربیت ICOAP^۸: این پرسشنامه ۱۱ سوالی در دو نسخه (نسخه زانو و نسخه ران) برای اندازه‌گیری درد استئوآرتربیت طراحی شده است (هاوکر^۹ و همکاران، ۲۰۰۸). این مقیاس در دو بخش درد ثابت (۵ سوال) و درد

1 .Zheng, Xu, Wang, Zeng

2 .Yanhong & Fei

3 .Hu, Meng

4. Shi, Tao, Zeng

5 .Wu

6 WHO Quality of Life-Bref

7 Brilm, Pavanello, Caldieraro, Fleck

8 intermittent and constant osteoarthritis pain

9. Hawker

متناب (۶ سوال) طراحی شده و توسط بیمار و بر اساس زانوی بدتر طی هفته گذشته تکمیل می‌شود. در هر دو نوع درد، سوالاتی در مورد شدت درد، میزان تأثیر درد بر خواب، کیفیت زندگی، میزان افسردگی و میزان نگرانی یا اضطراب مطرح می‌شود. پاسخ به سوالات در مقیاس لیکرتی از صفر تا چهار درجه‌بندی می‌شود. میزان کل درد جمع نمره‌های زیر مجموعه‌ها است. دامنه کل درد از صفر تا ۴۴ است (مایل افتاده و همکاران، ۲۰۰۹). آلفای کرونباخ برای تخمین هم خوانی درونی هر کدام از زیرمجموعه‌های درد مداوم/ثبت، درد متناب و نمره کلی پرسشنامه، به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۸۴ و ۰/۸۶ است (رویسن-ویترند و همکاران، ۲۰۱۱). آلفای کرونباخ در نمونه ایرانی مبتلا به درد استئوارتیت زانو برای هر کدام از زیر مجموعه‌های درد مداوم، درد متناب و نمره کلی به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۹۳ و ۰/۸۹ است (حجت پناه، بهارلویی، رضاییان و هاکر، ۲۰۱۶). در این پژوهش از پنج سوال مربوط به درد ثابت استفاده شده است. بنابراین نمره از صفر تا ۲۰ تغییر می‌کند. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ این ابزار اندازه‌گیری ۰/۸۹ به دست آمد.

روش اجرا

جلسات اجرای موریتادرمانی با استفاده از نظریه موریتا (موریتا، لوین و کندو، ۱۹۹۸) و بر اساس مقاله ساگ، فرات و ریچاردز (۲۰۱۹)، و با استفاده از پژوهش و پایان‌نامه‌های موجود در زمینه موریتا درمانی (عظمی، اسماعیلی و کرمی، ۱۳۸۶)، با رعایت پروتکلهای بهداشتی و پیشگیری از شیوع کوید-۱۹ در ۹ جلسه ۱,۵ ساعتی به صورت هفت‌های یک بار و در سه گروه ۵ نفری از سوم خرداد تا اواسط مرداد ماه سال ۱۳۹۹ برگزار شد (جدول ۱). ابتدا به هر یک از افراد شماره تعلق گرفت و شماره‌ها در جعبه ریخته شد و اولین شماره اختحابی به شیوه تصادفی به گروه A اختصاص یافت، دومین شماره در گروه B و سومین شماره در گروه C قرار گرفتند. بدین ترتیب سه گروه پنج نفری گرفت که هر کدام هفت‌های یک جلسه تحت مداخله قرار گرفتند. در طول این مدت گروه گواه به برنامه‌های عادی کلینیک می‌پرداختند. چنین مطرح شد که پس از موثر بودن روش موریتادرمانی این جلسه‌های درمانی برای گروه گواه نیز احرا می‌گردند. شرکت‌کننده‌های هر دو گروه یک بار پیش از آغاز جلسه‌های درمانی و بار دیگر پس از پایان جلسه‌ها به وسیله ابزارهای پژوهش مورد ارزیابی قرار گرفتند.

برای تحلیل تأثیر مداخله از تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده شد. داده‌ها با نرم افزار spss نسخه ۲۲ تحلیل شد. این پژوهش بر اساس کد اخلاقی برگرفته از کمیته پژوهشی دانشگاه ارومیه به شماره IR.URMIA.REC.1399.003 صورت گرفته است. سطح معناداری در مطالعه حاضر ۰/۰۵ در نظر گرفته شده است.

جدول ۱: جلسات، محتوى و تکاليف مراحل موریتادرمانی

جلسه	محتوا	تکلیف
۱	معرفی رهبر گروه و تشریح اهداف گروه. انجام تمرین تنفس ذهن آگاهانه، شناسایی حداقل سه مورد از مشغولیت‌های آگاهانه همراه با توجه به موانع آگاهی از تنفس.	انجام تمرین تنفس ذهن آگاهانه، شناسایی حداقل سه مورد از مشغولیت‌های ذهنی روزانه که در تجربه و حضور کامل در "این جا و اکنون" اختلال ایجاد می‌کنند.
۲	بحث در مورد راهنمای خودکار و تعیین آن به ناگاهی یا کم آگاهی خودمان، خودن هوشیارانه برش‌هایی از سبب در گروه به همراه خوردن و تنفس هوشیارانه توجه به احساسات، افکار و موانع آگاهی.	انجام فعلیت‌های روزانه به صورت ذهن آگاهانه، مانند راه رفتن هوشیارانه، خوردن و تنفس هوشیارانه
۳	درک ماهیت ناپایدار احساسات ناخوشایند، آشنازی با جنبه‌های احساسات موجود، شناسایی چند مورد از همیزیستی جنبه‌های مثبت و منفی نحوه مواجهه با احساسات، تمرین تنفس شکمی.	شناسایی احساسات خوشایند و ناخوشایند، توجه به پایداری و ناپایداری احساسات موجود، شناسایی چند مورد از همیزیستی جنبه‌های مثبت و منفی در طبیعت انسان.
۴	معرفی انواع آگاهی (آگاهی از خود و آگاهی از محیط)، استفاده از تکنیک صندلی داغ در مورد یک عضو داوطلب، لیست کردن احساسات سطحی و عمقی، لیست کردن پیامدهای رفتاری احتمالی. آچه به طور واقعی انجام می‌دهم این است:... افکار، احساسات و رفتاری که بر آنها کنترل ندارم در حین انجام.... عبارتند از...	تکمیل سوالات شفاف سازی زیر: آنچه در طی این رفتار احساس می‌کنم این است....، آنچه در طی این رفتار به خودم در ذهنم می‌گویم این است.... آنچه به طور واقعی انجام می‌دهم این است:... افکار، احساسات و رفتاری که بر

بررسی اثربخشی موریتادرمانی بر کیفیت زندگی و شدت درد در سالمندان مبتلا به درد مزمن زانو
Evaluation of the effectiveness of Morita therapy on quality of life and pain intensity in older adults with ...

<p>۵ تنفس شکمی به همراه تضمیر سازی ذهنی اضطراب. توجه به سیال تمرين تمرکز بر سوژه‌های متفاوت (اشیا یا افکار)، انجام حداقل سه رفتار بودن افکار، توجه به تغییر هیجان با تغییر تمرکز و توجه، به چالش کارآمد علی‌رغم وجود احساس‌های ناخوشایند و توجه به پیامد حاصله. کشیدن باورها در حیطه‌های قابل کنترل و غیر قابل کنترل.</p>
<p>۶ آشنایی با مفهوم موریتایی اضطراب؛ بدین ترتیب که امیال سازنده توجه به حوزه‌های مختلف زندگی از جمله بدنی، هیجانی و... توجه به میل سازنده به عنوان روی دیگر سکه اضطراب و گام رفتاری جهت امیال سازنده. روی دیگر سکه اضطراب هستند، هدایت انرژی و توجه از تمرکز بر اضطراب به انجام رفتارهای کارآمد در راستای امیال سازنده.</p>
<p>۷ درک تجربی ترس از مرگ و میل به زندگی، توجه به فرصت‌های شناسایی اهداف و نیازها و اولویت بندی آن‌ها، برداشتن گام‌های رفتاری در باقیمانده‌ی زندگی و انجام اقدامات کارآمد در جهت امیال سازنده.</p>
<p>۸ انجام حداقل سه مورد رفتار کارآمد و سازگار در راستای امیال واقع بینانه، شناسایی امیال واقع بینانه و کمال گرایانه، بررسی اسلایدهای شناسایی وقفه‌های نگرشی رفتار.</p>
<p>۹ آموزش مهارت حل مسئله، تحکیم یادگیری، بررسی کارهای تمام نشده در گروه، بررسی نگرانی‌های اعضاء در مرحله پایانی، ارزیابی و مواجهه با احساس‌های جدایی، بیان احساس‌های ناتمام اعضاء گروه نسبت به یکدیگر، پایان جلسه.</p>

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان با دامنه سنی ۶۰ تا ۷۰، از میانگین ۶۷/۴ و انحراف معیار ۱/۸۲ برخوردار بودند. میانگین سنی در گروه آزمایش برابر ۶۶/۸ و انحراف معیار ۱/۵۹ سال بود. میانگین سنی گروه گواه برابر ۶۸/۲ و انحراف معیار ۱/۴۳ بود. در جدول ۲، میانگین و انحراف استاندارد کیفیت زندگی و شدت درد در دو گروه آزمایش و گواه گزارش شده است.

جدول ۲: اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش در دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

مرحله آزمون	متغیر	گروه گواه	گروه آزمایش	میانگین	انحراف معیار
شدت درد		۱۶/۸۰	۱/۶۸	۱۶/۶۰	۱/۶۹
سلامت جسمانی		۱۵/۰۶	۲/۱۴	۱۴/۸۰	۲/۰۱
سلامت روان‌شناختی		۱۲/۸۶	۱/۷۵	۱۳/۳۳	۱/۹۵
پیش‌آزمون	روابط اجتماعی	۵/۲۰	۰/۸۸۳	۵/۲۶	۱/۱۴
محیط و وضعیت زندگی		۲۱/۰۶	۲/۳۴	۲۰/۰۶	۲/۰۸
کیفیت زندگی		۵۴/۲۰	۴/۲۴	۵۳/۴۶	۳/۹۸
شدت درد		۱۶/۵۳	۱/۶۳	۱۲/۶۶	۱/۶۸
سلامت جسمانی		۱۴/۹۳	۲/۴۶	۲۰/۹۳	۲/۴۶
سلامت روان‌شناختی		۱۳/۰۰	۲/۰۲	۱۸/۶۶	۲/۲۳
پس‌آزمون	روابط اجتماعی	۵/۵۳	۱/۴۵	۸/۶۰	۰/۹۹۰
محیط و وضعیت زندگی		۲۱/۲۶	۲/۳۸	۲۱/۵۳	۱/۳۸
کیفیت زندگی		۵۴/۷۳	۴/۸۵	۷۰/۶۶	۳/۳۶

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد در گروه آزمایش، میانگین نمرات پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون در کیفیت زندگی به صورت کلی و مولفه‌های آن افزایش و در شدت درد کاهش یافته است. در بخش یافته‌های استنباطی میزان معناداری این تفاوت مورد سنجش قرار گرفته است.

به منظور رعایت پیش فرض نرمالیته بودن داده‌ها از آزمون کولموگروف- اسمیرنف استفاده شد. آماره Z برای متغیرهای کیفیت زندگی و شدت درد به ترتیب برابر با -0.893 و -0.529 است که در سطح ($P \leq 0.05$) معنی دار نیست، یعنی توزیع متغیرها در بین نمونه با توزیع آن در جامعه آماری نرمال است. براساس نتایج آزمون لوین، سطح آماره F برای همه متغیرهای وابسته مورد مطالعه معنی دار نیست ($P \geq 0.05$) و این نشان‌دهنده آن است که واریانس خطای این متغیرها در بین شرکت‌کننده‌ها (گروه آزمایش و گروه گواه) متفاوت نیست. همچنین برای بررسی فرض همگنی کواریانس‌ها از آزمون باکس استفاده شد و نتایج نشان داد که مقدار باکس معنی دار نیست ($P = 0.653$ و $F = 0.239$ و $BOX = 0.237$) و در نتیجه پیش‌فرض تفاوت بین کواریانس‌ها برقرار است. جدول ۳ نتیجه چهار آزمون چندمتغیره جهت معنی داری اثر متغیر مستقل در مدل را نشان می‌دهد.

جدول ۳: نتایج شاخص‌های اعتباری آزمون معناداری تحلیل کوواریانس چند متغیری بر روی متغیرها

Eta	P	df خطا	df فرضیه	F	مقدار	نام آزمون	منبع
۰/۹۶۵	۰/۰۰۰	۱۸/۰۰	۶/۰۰	۸۲/۶۲	۰/۹۶۵	اثر پیلایی	گروه
۰/۹۶۵	۰/۰۰۰	۱۸/۰۰	۶/۰۰	۸۲/۶۲	۰/۰۳۵	لامبدا ویلکز	
۰/۹۶۵	۰/۰۰۰	۱۸/۰۰	۶/۰۰	۸۲/۶۲	۲۷/۵۴	اثر هتلینگ	
۰/۹۶۵	۰/۰۰۰	۱۸/۰۰	۶/۰۰	۸۲/۶۲	۲۷/۵۴	بزرگترین ریشه خطأ	

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که سطوح معناداری همه آزمون‌ها قابلیت استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری را مجاز می‌شمارد. این نتایج حاکی از آن است که در بین دو گروه آزمایش و گروه گواه حداقل از نظر یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنادار وجود دارد. در نهایت جدول ۴ نتایج اثرات بین آزمودنی‌ها را با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان می‌دهد.

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره (MANCOVA) بر روی متغیرهای پژوهش

Eta	Sig	F	MS	df	SS	متغیر وابسته	منبع
۰/۷۹۷	۰/۰۰۰	۹۰/۴۰	۸۸/۰۶	۱	۸۸/۰۶	شدت درد	گروه
۰/۸۹۱	۰/۰۰۰	۱۸۸/۶۷	۲۷۱/۸۲	۱	۲۷۱/۸۲	سلامت جسمانی	
۰/۸۶۱	۰/۰۰۰	۱۴۲/۸۵	۱۷۹/۶۵	۱	۱۷۹/۶۵	سلامت روان شناختی	
۰/۶۷۰	۰/۰۰۰	۴۶/۷۷	۵۷/۶۱	۱	۵۷/۶۱	روابط اجتماعی	
۰/۱۶۱	۰/۴۷	۴/۴۰	۶/۷۲	۱	۶/۷۲	محیط و وضعیت زندگی	
۰/۹۴۳	۰/۰۰۰	۳۸۱/۹۰	۱۸۲۱/۳۰	۱	۱۸۲۱/۳۰	کیفیت زندگی	

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد بین گروه‌های آزمایش و گروه گواه در ابعاد و نمره کل کیفیت زندگی (به جز بعد محیط و وضعیت زندگی) و شدت درد تفاوت معنادار آماری در سطح ($P \leq 0.001$) وجود دارد. بدین معنی که بعد از موریتادرمانی، نمرات گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه در نمره کلی کیفیت زندگی و مولفه‌های آن (به جز محیط و وضعیت زندگی) به طور معنی داری افزایش و در شدت درد به طور معناداری کاهش یافته است

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این مطالعه، ارزیابی اثربخشی موریتادرمانی بر کیفیت زندگی و شدت درد در سالماندان زن مبتلا به درد مزمن زانو بود. یافته‌ها نشان داد موریتادرمانی به طور معناداری منجر به افزایش کیفیت زندگی و کاهش شدت درد شده است. این نتیجه با یافته کیو و همکاران

بررسی اثربخشی موریتادرمانی بر کیفیت زندگی و شدت درد در سالمندان مبتلا به درد مزمن زانو
Evaluation of the effectiveness of Morita therapy on quality of life and pain intensity in older adults with ...

(۲۰۰۰) مطابقت دارد که نشان داد کیفیت زندگی و کارکرد اجتماعی بعد از موریتادرمانی افزایش می‌یابد. همچنین مطالعاتی نیز در زمینه اثربخشی این درمان بر کاهش اضطراب وجود دارد (وو و همکاران، ۲۰۱۵؛ اسماعیلی، ۱۳۹۰).

موریتادرمانی با رویکردنی بر پایه شفقت و تشویق افراد برای پذیرش (کاردوسی^۱، ۲۰۱۷)، به جای آن که علائم خاصی را هدف قرار دهد به دنبال بهبود عملکرد روزمره است. در این درمان بیماران از چرخه معیوب توجه زیاد به فرایندهای بدنی، کارکرد ضعیف در موقعیت‌های اجتماعی، خودآگاهی بیشتر و نگرانی درباره بی‌کفایتی رها می‌شوند. افراد در صورتی که ارزیابی‌های مثبتی از شرایط خود داشته باشند، می‌توانند به بالا بردن کیفیت زندگی خود کمک کنند. یکی از اهداف اولیه در موریتادرمانی، رسیدن بیمار به حالت آروگاماما یا پذیرش واقعیت است. در این درمان سالمندان تشویق می‌شوند ضمن اینکه خود را از محدودیت عاطفی آزاد کنند، انرژی و توجه خود را برای داشتن زندگی بهتر صرف کنند. زمانی که سالمندان احساس کنند نیازی به کنترل احساساتشان نیست و توانایی خود را در برآوردن نیازها و خواسته‌هایشان به دلیل پذیرفتن احساسات ناخوشایند مرتبط با درد کافی بدانند، کیفیت زندگی افزایش می‌یابد چرا که سالمندان تشویق می‌شوند به سمت آنچه در زندگی مهم است گام بردارند (جیا^۲، ۲۰۱۸)، و بدون توجه به احساسات ناخوشایند، اهداف و نیازهایشان را با در نظر گرفتن فرصت محدود زندگی اولویت‌بندی نمایند و از فرصت‌های باقیمانده در جهت ایجاد زندگی بهتر بهره‌مند گردند.

همچنین در این درمان، تفکیک امیال، به امیال واقع‌بینانه و کمال‌گرایانه وجود دارد. کمال‌گرایی به عنوان یک متغیر کلیدی در شدت درد و جلوگیری از اقدام عملی است (شیلا^۳ و همکاران، ۲۰۲۰). زمانی که سالمندان از تمرکز افراطی بر هیجان‌ها و تلاش‌های بی‌حاصل برای تغییر آن‌ها دست می‌کشند، از ناراحتی‌های عاطفی آنها کاسته می‌شود چرا که سالمندان بین آنچه که در لحظه تجربه می‌کنند و آنچه که فکر می‌کنند باید احساس می‌کردد، شکافی نمی‌بینند. بنابراین آگاهی به موقعیت اینجا و اکنون، بیش‌اشتغالی ذهنی در مورد شدت درد را کم می‌کند. اقدام عملی، همدلی، پذیرش و تکنیک تفسیر مجدد مثبت، راه‌هایی است که توجه بیمار از ادرارک درد شدید به سمت قبول آن سوق می‌یابد (ساگ و همکاران، ۲۰۱۷). در موریتادرمانی، سالمندان از تلاش برای از بین بردن نشانه‌های جسمانی به سمت پذیرفتن آن به عنوان علایم طبیعی و تمرکز بر خود و فعالیت‌های عملی هدایت می‌شوند. به حداقل رساندن مقاومت بیمار و ایجاد انگیزه برای بکار گرفتن دیدگاه‌های موریتا در زندگی روزمره کلیدهای اساسی کاهش شدت درد در موریتادرمانی است.

محدودیت مهم این پژوهش عدم انتخاب تصادفی شرکت‌کنندگان بود. همچنین پژوهش فقط در جمعیت زنان انجام گرفت. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده، مطالعاتی برنامه‌ریزی شود که علاوه بر گزینش تصادفی شرکت‌کنندگان، نقش متغیر تعديل کننده جنسیت ارزیابی شود. به علاوه، به جهت توانایی تعمیم دادن نتایج، بهتر است این مداخله به شکل‌های گسترده‌تری توسعه یابد، یعنی با گروه‌های سالمندی مبتلا به درد در نواحی مختلف بدن. همچنین حجم نمونه بزرگتر و در شرایط بالینی و غیربالینی مختلف مورد بررسی قرار گیرد. در نهایت پیشنهاد می‌شود اعتبار این مداخله با ارزیابی پاسخ‌های خانواده در مورد سالمندان و رفتارهای آنها در زندگی روزمره نیز ارزیابی گردد و نه صرفا با تکیه بر خودگزارش‌دهی سالمندان.

سپاسگزاری

از پرسنل و سالمندان مرکز مهرگان تبریز به دلیل یاری در این پژوهش سپاسگزاریم.

منابع

- آزادی، نرگس؛ جهانشاهی حصاری، ناهید؛ بزرگر، زهرا؛ ترناس، غزاله؛ پاشایی، زیبا. (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی موریتا درمانی بر دلزدگی زناشویی زنان متاهل، چهارمین کنفرانس بین المللی نوآوری های اخیر در روانشناسی، مشاوره و علوم رفتاری، تهران.
- اسماعیلی، مصصومه. (۱۳۹۰). بررسی تاثیر موریتا درمانی بر کاهش اضطراب، پژوهش های روان شناسی بالینی و مشاوره، (۱)، ۱۵-۳۰.
- تقی پوردرزی، محمد؛ حسینی، سیدرضا؛ کیا، کلثوم؛ عباسپور، مصصومه؛ و قدیمی، رضا. (۱۳۹۲). بررسی میزان شیوع دردهای عضلانی اسکلتی و ارتباط آن با ناتوانی عملکردی در سالمندان. مجله دانش و تدرستی، ۸(۲)، ۸۲-۷۶.

1 . Carducci

2 . Jia

3 . Sheila

شیرازی، منوچهر؛ منوچهری، همان؛ زاغری تفرشی، منصوره؛ زایری، فرید؛ علی پور، وبولت. (۱۳۹۵). بررسی رابطه بین میزان پذیرش درد، الگوی زندگی و محدودیت ناشی از درد مزمن در سالمندان، مجله علمی دانشکده پرستاری و مامائی همدان، (۳)، ۲۴، ۱۴۸-۱۵۸.

علیزاده فرد، سوسن. (۱۳۹۱). تأثیر روش درمان گروهی مرور زندگی در سالمندان مبتلا به درد مزمن، مجله سالمندی ایران، (۲)، ۶۷-۶۰.

عظیمی، بیتا؛ اسماعیلی، معصومه؛ کرمی، آرین. (۱۳۸۶). بررسی اثربخشی موریتا درمانی به شیوه گروهی بر میزان خودمتایز سازی دانشجویان دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی ایران، پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبایی.

میرزمانی، محمود؛ حلی ساز، احمد؛ سدیدی، اکبری؛ و صفری، اکبری. (۱۳۸۷). مقایسه میزان تأثیر درد بر ابعاد مختلف زندگی سالمندان و افراد مبتلا به درد مزمن. مجله سالمند، (۱)، ۴۸-۵۷.

نجات، سحرناز؛ منظری، علی؛ هلاکوئی نائینی، کوروش؛ و مجذاده، سیدرضا. (۱۳۸۵). استاندارد سازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF) : ترجمه و روان‌سنجی گونه ایرانی، مجله دانشکده بهداشت و انسنتیو تحقیقات بهداشتی، (۴)، ۱-۱۲.

Alexiou, K. I., Roushias, A., Varitimidis, S. E., Malizos, K. N. (2018). Quality of life and psychological consequences in elderly patients after a hip fracture: a review. *Clinical Interventions in Aging*, 24(13), 143-150.

Barbour, K. E., Boring, M., Helmick, C. G., Murphy, L. B., Qin, J. (2016). Prevalence of severe joint pain among adults with doctor-diagnosed arthritis — United States, 2002–2014. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 65, 1052–1056.

Barry, L. C., Gill, T. M., Kerns, R. D., Reid, M. C. (2005). Effective pain-reduction strategies among community dwelling older persons with chronic pain. *The Journals of Gerontology Series A Biological Sciences and Medical Sciences*.60, 1569–1575.

Berlim, M. T., Pavanello, D. P., Caldieraro, M. A. K., Fleck, M. P. A. (2005). Reliability and validity of the WHOQOL BREF in a sample of Brazilian outpatients with major depression. *Quality of Life Research*, 14(2), 561-564.

Carducci, B. J. (2011). Shyness. *Encyclopedia of Mental Health*, Second Edition, 4, 147–151.

Chiaranai, C., Chularee, S. (2018). Older people living with chronic illness. *Geriatric Nursing*, 39(5), 513-520

Crombie, I. K., Croft, P. R., Linton, S. J., LeResche, L., Von Korff, M. (1999). Requirements for epidemiological studies. *Epidemiology of Pain*. Seattle: IASP Press, 17-24. ISBN 0-931092-25-6.

Elzahaf, R. A., Tashani, O. A., Unsworth, B. A., Johnson, M. I. (2012). The prevalence of chronic pain with an analysis of countries with a Human Development Index less than 0.9: a systematic review without meta-analysis. *Current Medical Research and Opinion*. 28(7), 1221–1229.

Fishman, S. M., Ballantyne, J. C., Rathmell, J. P. (2010). Bonica's management of pain. New York: Wolters Kluwer press.p.17.

Hawker, G. A., Davis, A. M., French, M. R., Cibere, J. Jordan, J. M., March, L., Suarez - Almazor. M., Katz, J. N., Dieppe, P. (2008). Development and preliminary psychometric testing of a new OA pain measure--an OARSI/OMERACT initiative. *Osteoarthritis Cartilage*, 16(4), 409-14.

Hofmann, S. G. (2008). Acceptance and commitment therapy: New wave or Morita therapy?. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15(4), 280–285.

Hojat Panah, S., Baharlouie, H., Rezaeian, Z. S., Hawker, G. (2016). Cross-cultural adaptation and validation of the Persian version of the Intermittent and Constant Osteoarthritis Pain Measure for the knee. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 21(4), 417-423.

Hu, H. Meng, H. Q. (2006). A comparative study of clinical Morita therapy and SSRIs treatment of obsessive-compulsive disorder. *Chongqing Medicine*,35(9), 828-30.

Imagama, S., Ando, K., Kobayashi, K., Seki, T., Hamada, T., Machino, M., Ota, K., Tanaka, S., Morozumi, M., Kanbara, S., Ito, S., Ishiguro, N., Hasegawa, Y. (2020). Shoulder pain has most impact on poor quality of life among various types of musculoskeletal pain in middle-aged and elderly people: Yakumo study. *Modern Rheumatology*, 30(3), 568-572.

Ishiyama, F. I. (1986). Morita therapy: Its basic features and cognitive intervention for anxiety treatment. *Psychotherapy*, 23(3), 375-381.

Ishiyama, F. I. (1987). Use of morita therapy in shyness counseling in the west: promoting elient self- acceptance and action taking. *Journal of counseling and development*, 65(10), 547–551.

Jia, y., Li, M., Cheng, Z., Cui, L., Zhao, J., Liu, Y., Leng, M., Li, F., Chen, L. (2018). Morita therapy for depression in adults: A systematic review and meta- analysis. *Psychiatry research*, 8(108), 763-771.

Kumar, K. H., Elavarasi, P. (2016). Definition of pain and classification of pain disorders. *Journal of Advanced Clinical Research Insights*, 3(3), 87-90.

Levine, p. (1993). Morita- based therapy and its use across cultures in the treatment of Bulimia Nervosa. *Journal of counseling development*, 72(1),82-90.

Maillefert, J. F., Kloppenburg, M., Fernandes, L., Punzi, L., Gunther, K. P., Martin, M. E., et al. (2009). Multi-language translation and crosscultural adaptaiton of the OARSI/OMERACT measure of intermittent and constant osteoarthritis pain (ICOAP). *Osteoarthritis Cartilage*, 17(10), 1293-6

Morita, S. H., Levin, P., Kondo, A. (1998). *Morita therapy and the true of anxiety based disorders (shinkeishitsu)*, New York press.

- Morone, N. E., Weiner, D. K. (2013). Pain as the 5TH vital sign: exposing the vital need for pain education. *Clinical Therapeutics. Author manuscript*, 35(11), 1728–1732.
- Nascimento, S. S., Oliveira, L. R., DeSantana, M. J. (2018). Correlations between brain changes and pain management after cognitive and meditative therapies: A systematic review of neuroimaging studies. *Complementary Therapies in Medicine*, 39(2), 137–145.
- Qiyi, M., Xiongwei, Z., Yiming. (2000). Morita therapy in the treatment of obsessive-compulsive disorder: efficacy and follow-up. *Chinese Mental Health Journal*. 11(1), 148-151.
- Reid,C. M., Papaleontiou, M., Ong, A., Breckman, R., Wethington, E., Pillemer, K. (2008). Self management strategies to reduce pain and improve function among older adults in community settings: A review of the evidence, *Pain Aging Section*, 9(4), 409–424.
- Ruyssen - Witrand, A., Fernandez-Lopez, C. J., Gossec, L., Anract, P., Courpied, J.P., Dougados, M. (2011). Psychometric properties of the OARSI/OMERACT osteoarthritis pain and functional impairment scales: ICOAP, KOOS-PS and HOOS-PS. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 29(2), 231-237.
- Sheila, B., Octavio, L. R., Patricia, C., Dolores, B., Lilian, V., Cecilia, P. (2020). Perfectionism and Pain Intensity in women with Fibromyalgia: Its influence on activity avoidance from the contextual perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22), 8442.
- Shi, J., Tao, J., Zeng, Q. (2002). A Controlled study of Morita therapy combined with Citalopram in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Chinese Mental Health Journal*, 19(12), 849-850.
- Sugg, H. V. R., Richards, D. A., Frost, J. (2017). Optimising the acceptability and feasibility of novel complex interventions: An iterative, person-based approach to developing the UK Morita therapy outpatient protocol. *Pilot and Feasibility Studies*, 3(3), 37.
- Sugg, H. V. R., Richards, D. A., Frost, J. (2020). What is morita therapy? The nature, origins, and cross-cultural application of a unique Japanese psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 50(1), 1-10.
- Sugg, H. V. R., Frost, J., Richards, D. A. (2019). Morita Therapy for depression (Morita Trial): an embedded qualitative study of acceptability. *BMJ Journal*, 9(5),1-13.
- Tseng, W. S. (1999). Culture and Psychotherapy: Review and Practical. Guidelines. *Transcultural Psychiatric Research Review*, 19(1), 5–24.
- Vallerand, A. H., Hasenau, S. M., Templin, T. (2010). Improving Cancer Pain Management in the Home. *Journal of pain management*, 3(1), 41-52.
- WHOQOL group. (1996). WHOQOL-BREF Introduction, Administration and scoring, Field Trial version, World Health Organization, Geneva.
- World Health Organization (WHO). The World Health Report. (2015). A Safer Future, Global Public Health Security in the 21st century. Geneva.
- Wu, H., Yu, D., He, Y., Wang, J., Xiao, Z., Li, C. (2015). Morita therapy for anxiety disorders in disorders in adults (Review), *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 19 (2), 1-43.
- Yanhong, G., Fei, H. (2012). A control study of Morita therapy combined with Venlafaxine in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Medical Journal of Qilu*.
- Youngcharoen, P., Hershberger, P. E., Aree-Ue, S. (2016). Pain in elderly patients with knee osteoarthritis: An integrative review of psychosocial factors. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 20 (2), 91-94.
- Zheng, Z., Xu, Y., Wang, K., Zeng, B.T. (2012). A comparative study of clinic morita therapy and sertraline treatment of obsessive-compulsive disorder. *The Chinese Journal of Clinical Pharmacology*, 28,420-421.