رویش روان شناسی، سال۱۰ ، شماره۴، شماره پیاپی ۶۱، تیر ۱۴۰۰
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),10(4), 2021

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

بهناز دهقان
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.

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 خرداد تا مرداد در شهر تبریز بودند. نمونه پژوهش ۳۰ بیمار ۶۰ تا ۷۰ ساله زنِ 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 استئوآرتریت (هاوکر و همکاران، ۲۰۰۸) بود. برای گروه آزمایش، موریتا درمانی به مدت ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هر هفته 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.

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

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

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.

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

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت : آذر ۹۹** **پذیرش: بهمن ۹۹** **ویرایش نهایی : تیر ۱۴۰۰**

[۱]. مقاله مزبور مستخرج از رساله دکتری دانشجوی دکتری روانشناسی دانشگاه ارومیه است.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.4.5.1]

مقدمه

طبق تعریف انجمن بین‌المللی مطالعه درد (IASP)[1] درد تجربهٔ حسی و عاطفی ناخوشایندی است که با آسیب بالقوه یا بالفعل بافت مرتبط است (کومار و الاواراسی[2] ۲۰۱۶). در حالی‌که 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[3] ۲۰۱۳). درد مزمن به عنوان دردی تعریف می‌شود که مدت آن بیش از فرایند عادی بهبودی طول بکشد، از شروع درد بیش از ۶ ماه گذشته باشد و در ۳ ماه گذشته هر روز ادامه داشته باشد (کرومبی، کرافت، لینتون، ال رشه و ونکراف[4] ۱۹۹۹). برآورد شیوع درد مزمن نشان می‌دهد ۲۸ درصد از جمعیت جهان از درد مزمن رنج می‌برند (الزاهاف، تاشانی، آنزورس و جانسن[5] ۲۰۱۲). اکثر افراد مسن از دردهای مزمن مرتبط با بیماری‌های دژنراتیو مانند استئوآرتریت[6] به خصوص استئوآرتریت زانو، که شایع‌ترین نوع التهاب مفصل است، رنج می‌برند (یانگچارون، هرشبرگر، آریو[7] ۲۰۱۶). افراد مسن مبتلا به آرتروز در فعالیت‌های طبیعی مشکل دارند و ۲۷ درصد درد شدید مفصلی را گزارش می‌دهند (باربور، بورینگ، هلمیک، مورفی و کین[8] ۲۰۱۶). درد مداوم در سالمندی عوارض جانبی جدی و کیفیت زندگی نامطلوب به همراه دارد (الکسیو، روشیاس، واریتیمیدیس[9] 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، ۱۳۹۱). مطالعه شیرازی، منوچهری، 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 سالمندانِ 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 سلامتی‌اش 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 راتمل؛[10] 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؛[11] ۲۰۱۵). از سوی دیگر زمانی که درد در تمام فعّالیّت‌ها از جمله کار، لذت بردن از زندگی و پیاده‌روی مداخله می‌کند در کیفیت زندگی بیماران تأثیر می‌گذارد (والرند، هاسنو و تمپلین؛[12] ۲۰۱۰). مطالعه ایماگاما[13] 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 دردِ 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، 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
11. World Health Organization
12. Vallerand, Hasenau, Templin
13. Imagama

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.4.5.1]

همچنین شدت درد باعث محدودیت حرکتی می‌گردد که این محدودیت‌های فیزیکی، مانع عمده‌ای برای عملکرد اجتماعی و عاطفی هستند (چیارانی، کلاری و سیریتنگ لانگ،[1] ۲۰۱۸). در اغلب مراکز درمانی کشور به منظور کنترل درد سالمندان، از روش‌های چند دارویی کمک گرفته می‌شود که در بیشتر موارد به عدم رضایت بیماران منتج می‌گردد. بنابراین علی‌رغم استفاده از این داروها، سالمندان هم‌چنان به کمک گرفتن از سایر درمان‌ها جهت مقابله با درد نیاز دارند (بری، گیل، کرنز، رید،[2] ۲۰۰۵).

اخیراً مطالعات تصویربرداری مغز، به درک تغییرات مغزی مرتبط با درد مزمن که در اثر روان‌درمانی ایجاد می‌شوند کمک کرده است. مطالعهٔ مروری نسیمنتو، اولیورا و دسانتاناً[3](۲۰۱۸) نشان می‌دهد روان‌درمانی منجر به افزایش فعالیّت در قشر پیش‌پیشانی[4] و قشر سینگیولت[5] می‌گردد. درمان‌ها، تجارب هیجانی درد را کاهش می‌دهند، بنابراین تغییرات ساختاری یا فعّالیّتی در اثر به کارگیری مداخله‌های بالینی نشان داده شده است. از جمله درمان‌هایی که می‌تواند در افراد دارای درد مزمن مورد توجّه قرار گیرد، موریتادرمانی[6] است؛ نوعی روان‌درمانی به روش ژاپنی که به وسیلهٔ 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 (ساگ، ریچاردز و فراست،[7] ۲۰۲۰). زیربنای موریتادرمانی این است که افراد می‌توانند هیجان‌ها را تجربه کنند، امّا در سطح رفتاری قربانی آنها نشوند (ایشی یاما،[8] ۱۹۸۷). در این درمان به بیماران کمک می‌شود حالتی به نام آروگاماما[9] را تجربه کنند، یعنی واقعیّت را به همان صورتی که هست، بپذیرند و بر لذت بردن از زندگی همان‌گونه که هست تمرکز کنند (سنگ،[10] ۱۹۹۹). موریتادرمانی بیماران را تشویق می‌کند به جای توجّه مستقیم و صرف انرژی برای تغییر هیجان، تلاش‌های خود را در جهت زندگی بهتر متمرکز کنند (هافمن،[11] ۲۰۰۸). 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،[12] ۱۹۹۸). یکی از باورهایی که در بیماران مشاهده می‌شود این است که به دنبال کنترل علائم هستند و علائم را بد می‌دانند. تمرکز و حساسیّت بیش از حدّ به علائم و سعی در حذف آن‌ها، فرد را در چرخهٔ 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 وضعیّت جسمی و عملی پدیدار گشته است.

پژوهش‌ها در زمینه درد عمدتا متمرکز بر برنامه‌های خودمدیریتی شامل انجام یوگا، ماساژدرمانی، تای چی و موسیقی‌درمانی سالمندان مبتلا به درد زانو است که نشان می‌دهد شدت درد و ناتوانی با بکارگیری این درمان‌ها کاهش می‌یابد (رید[13] و همکاران، ۲۰۰۸). پژوهش کیو و زیونگوی و ییمینگ[14] (۲۰۰۰) بر روی بیماران دارای اختلال وسواسی 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 وسواسی- اجباری

1. Chiaranai & Chularee
2. Barry, Gill, Kerns, Reid,
3. Nascimento, Oliveira, DeSantana
4. prefrontal cortex
5. cingulate cortex
6. Morita therapy
7. Sugg, Richards, Frost
8. Ishiyama
9. arugamama
10. Tseng
11. Hofmann
12. Morita, Levin, Kondo
13. Reid
14. Qiyi, Xiongwei, Yiming

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.4.5.1]

(ژنگ، خو، وانگ، زنگ[1]،۲۰۱۲؛ یانهانگ و فی[2] ۲۰۱۲؛ هو و منگ[3]،۲۰۰۶؛ شی، تاو، زنگ[4] ۲۰۰۲)، اضطراب (وو[5] و همکاران، ۲۰۱۵؛ اسماعیلی، ۱۳۹۰) و دلزدگی زناشویی (آزادی، جهانشاهی حصاری، برزگر، ترناس، پاشایی،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، لازمهٔ طراحی برنامه درمانی واقع‌گرایانه، هدفمند و بیمارمحور است؛ درمانی که عملکرد و کیفیت زندگی را به حداکثر 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، فراست و ریچارد، ۲۰۱۹). با توجه به مرور ادبیات پژوهشی و در نظر گرفتن خلاء 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 پزشکی از میان مراجعه‌کنندگان به مراکز روزانه سالمندان شهر تبریز، افراد باسواد ۶۰ تا 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، تعداد۳۰ پرونده انتخاب و به هرکدام 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 حـداقل 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 بـیش از دو جلسـه پیـاپی، دریافت سایر روان درمانی‌ها، دارا بودن سابقه شکستگی و جراحی اندام‌های تحتانی.

ابزار سنجش

پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی- فرم کوتاه[6](WHOQOL-BREF): این پرسش‌نامه توسط گروه سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۶ تهیه شده است. در مجموع، ۲۶ سوال پنج گزینه ای 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 ۸۴/. و برای هر حوزه به ترتیب سلامت جسمی ۸۱/. ، روانی ۸۵/.، روابط اجتماعی ۷۶/. و محیط ۷۹/. بود. روایی همگرای این پرسش‌نامه با پرسش‌نامه افسردگی بک معنادار بود (برلیم، پاوانلو، کالدیرارو و فلک،[7] ۲۰۰۵). پایایی آن در ایران با استفاده از روش آزمون- آزمون مجدد در هر چهار حیطه مورد بررسی باالینی ۰/۷ به دست آمده است. مقادیر پایایی با شاخص همبستگی درون خوشه‌ای در حیطه سلامت فیزیکی ۷۷/.، سلامت روانی ۷۷/.، روابط اجتماعی ۷۵/. و در حیطه سلامت محیط برابر با ۸۴/. بود (نجات و همکاران، ۱۳۸۵). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ این ابزار اندازه‌گیری ۰/۷۴ به دست آمد.

پرسش‌نامه درد مداوم و متناوب استئوآرتریت[8](ICOAP): این پرسش‌نامه ۱۱ سوالی در دو نسخه (نسخه زانو و نسخه ران) برای اندازه‌گیری درد استئو آرتریت طراحی شده است (هاوکر[9] 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 Wh Quality of Life-Bref
7 Berlim, Pavanello, Caldieraro, Fleck
8 intermittent and constant osteoarthritis pain
9. Hawker

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.4.5.1]

متناوب (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 افرت[1]و همکاران، ۲۰۰۹). آلفای کرونباخ برای تخمین هم‌خوانی درونی هرکدام از زیرمجموعه‌های درد مداوم/ثابت، درد متناوب و نمره کلی پرسش‌نامهِ، به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۸۴، ۰/۸۶ است (رویسن-ویترند[2]و همکاران، ۲۰۱۱). آلفای کرونباخ در نمونه ایرانی مبتلا به درد استئوآرتریت زانو برای هر کدام از زیر مجموعه‌های درد مداوم، درد متناوب و نمره کلی به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۹۳، ۰/۹۲ است (حجت پناه، بهارلویی، رضاییان و هاوکر، ۲۰۱۶). در این پژوهش از پنج سوال مربوط به درد ثابت استفاده شده است. بنابراین دامنه 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، فراست و ریچاردز (۲۰۱۹)، و با استفاده از پژوهش و پایان‌نامه‌های موجود در زمینه موریتا درمانی (عظیمی، 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 انتخابی 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 شکل 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 اجرا می‌گردد. 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 پزشکی دانشگاه ارومیه به شماره IR.URMIA.REC.1399.003 صورت گرفته است. سطح معناداری در مطالعه حاضر ۰/۰۵ در نظر گرفته شده است.

جدول۱: جلسات، محتوی و تکالیف مراحل موریتادرمانی

جلسه	محتوا	تکلیف
۱	معرفی رهبر گروه و تشـــریح اهداف گروه. انجام تمرین تنفس ذهن آگاهانه همراه با توجه به موانع آگاهی از تنفس.	انجام تمرین تنفس ذهن آگاهانه، شناسایی حداقل سه مورد از مشغولیت های ذهنی روزانه که در تجربه و حضـــور کامل در "این جا و اکنون" اختلال ایجاد می‌کنند.
۲	بحث در مورد راهنمای خودکار و تعمیم آن به ناآگاهی یا کم آگاهی خودمان، خوردن هوشـــیارانه برش‌هایی از ســـیب در گروه به همراه توجه به احساسات، افکار و موانع آگاهی.	انجام فعالیت‌های روزانه به صـــورت ذهن آگاهانه، مانند راه رفتن هوشـــیارانه، خوردن و تنفس هوشیارانه
۳	درک ماهیت ناپایدار احســاســات ناخوشــایند، آشــنایی با جنبه‌های مثبت و منفی در طبیعت انســان، به چالش کشــیدن باورها در مورد نحوه مواجهه با احساسات، تمرین تنفس شکمی.	شـناسـایی احسـاسـات خوشـایند و ناخوشـایند، توجه به پایداری و ناپایداری احساسات موجود، شناسایی چند مورد از همزیستی جنبه‌های مثبت و منفی در طبیعت انسان.
۴	معرفی انواع آگاهی (آگاهی از خود و آگاهی از محیط)، اســـتفاده از تکنیک صـــندلی داغ در مورد یک عضـــو داوطلب، لیســـت کردن احساسات سطحی و عمقی، لیست کردن پیامدهای رفتاری احتمالی.	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 آنها کنترل ندارم در حین انجام.... عبارتند از:...

1. Maillefert
2 .Ruyssen-Witrand

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.4.5.1]

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

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

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.4.5.1]

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 ۰/۸۹۳ و ۰/۵۲۹ است که در سطح (P≥۰/۰۵) 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 معنی‌دار نیست (P≥ ۰/۰۵) 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 معنی‌دار نیست (P=۰/۶۵۳ و F=۰/۲۳۹ و BOX= ۱۹/۳۷) و در نتیجه پیش‌فرض تفاوت بین کوواریانس‌ها برقرار است. جدول ۳ نتیجه چهار آزمون چندمتغیره جهت معنی‌داری اثر متغیر مستقل در مدل را نشان می‌دهد.

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

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

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.

جدول۴: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره (MANCOVA) بر روی متغیرهای پژوهش

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

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 ≤ ۰/۰۰۱) 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 معنی‌داری 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 سالمندانِ 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

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.4.5.1]

(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 رویکردی بر پایهٔ شفقت و تشویق افراد برای پذیرش (کاردوسی[1] 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[2]، 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[3]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 می‌کردند، 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 ادراک 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 تعدیل‌کننده جنسیت ارزیابی شود. به‌علاوه، 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؛ برزگر، زهرا؛ ترناس، غزاله؛ پاشایی، زیبا. (۱۳۹۶). بررسی اثر بخشی موریتا درمانی بر دلزدگی زناشویی زنان متاهل، چهارمین کنفرانس بین المللی نوآوری های اخیر در روانشناسی، مشاوره و علوم رفتاری، تهران.

اسماعیلی، معصومه. (۱۳۹۰). بررسی تاثیر موریتا درمانی بر کاهش اضطراب، پژوهش های روان شناسی بالینی و مشاوره، ۱(۱)، ۱۵-۳۰.

تقی پوردرزی، محمد؛ حسینی، سیدرضا؛ کیا، کلثوم؛ عباسپور، معصومه؛ و قدیمی، رضا. (۱۳۹۲). بررسی میزان شیوع دردهای عضلانی اسکلتی و ارتباط آن با ناتوانی عملکردی در سالمندان. مجله دانش و تندرستی، ۸ (۲)، ۸۲-۷۶.

1 .Carducci
2 .Jia
3. Sheila

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.4.5.1]

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

علیزاده فرد، سوسن. (۱۳۹۱). تأثیر روش درمان گروهی مرور زندگی در سالمندان مبتلا به درد مزمن، مجله سالمندی ایران، ۷(۲)، ۶۷-۶۰.

عظیمی، بیتا؛ اسماعیلی، معصومه؛ کرمی، آرین. (۱۳۸۶). بررسی اثربخشی موریتا درمانی به شیوه گروهی بر میزان خودمتمایز 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 تاثیر درد بر ابعاد مختلف زندگی سالمندان و افراد مبتلا به درد مزمن. مجله سالمند، ۳ (۱)، ۴۸ – ۵۷.

نجات، سحرناز؛ منتظری، علی؛ هلاکوئی نائینی، کوروش؛ و مجدزاده، سیدرضا. (۱۳۸۵). استاندارد سازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF) : ترجمه و روان‌سنجی گونه ایرانی، مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، ۴ (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. (201۷). 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. *Psychothera*py, 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 adaptation 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.*

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.4.5.1]

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.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.4.5.1]