

مقاله اصلی

اثربخشی ذهن آگاهی بر بهزیستی ذهنی، سبک‌های دلبستگی و اضطراب سلامت در بیماران مبتلا به درد مزمن

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۹/۰۶ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۱/۲۰

خلاصه

مقدمه: پژوهش حاضر باهدف بررسی ذهن آگاهی بر بهزیستی ذهنی، سبک‌های دلبستگی و اضطراب سلامت در بیماران مبتلا به درد مزمن انجام شد.

روش کار: روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی افراد مبتلا به درد مزمن مراجعه‌کننده به کلینیک‌های تخصصی شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بود. از میان آن‌ها، ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش ذهن آگاهی (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) گمارده شدند. گروه آزمایش ذهن آگاهی را دریافت کردند. درحالی‌که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. هر دو گروه با استفاده از پرسشنامه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری مورد ارزیابی قرار گرفتند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی استفاده شد.

نتایج: نتایج نشان داد که بین نمرات پس‌آزمون و پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0.05$) و ذهن آگاهی توانست باعث افزایش معنی‌داری در بهزیستی ذهنی، سبک‌های دلبستگی و کاهش معناداری در اضطراب سلامت شود.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج به‌دست آمده، متخصصان روانشناسی می‌توانند برای افزایش بهزیستی ذهنی و سبک‌های دلبستگی و کاهش اضطراب سلامت از ذهن آگاهی بهره‌برند.

کلمات کلیدی: ذهن آگاهی، درد مزمن، بهزیستی ذهنی، سبک‌های دلبستگی، اضطراب سلامت

رکسانا نخعی مقدم^۱

سیدعبدالمجید بحرینیان*^۲

^۱ دانشجوی دکتری تخصصی، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران
^۲ استاد تمام، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران. (نویسنده مسئول)

Email:
roksananakhaeimoghadam@gmail.com

مقدمه

هم‌راستا با درمان‌های طبی، درمان‌های روان‌شناختی نیز موج جدیدی از تأثیرگذاری را ایجاد کردند. ذهن‌آگاهی یکی از رویکردهای موج جدید است که کابات دین آن را به کاربرد (۱). ذهن‌آگاهی درمان مراقبه‌ای از ترکیب مراقبه ذهن‌آگاهی و تمرین‌های روان‌شناختی است. شامل مجموعه‌ای از فنون و روش‌هایی است که فرد بدون قضاوت و هوشیارانه و بدون ارزیابی با حوادثی که در اینجا و اکنون رخ می‌دهد روبه‌رو می‌شود. در این نوع درمان، افراد یاد می‌گیرند تا فقط مشاهده‌گر جریان‌های ذهنی، احساسات، افکار و حس‌های بدنی خود باشند که ممکن است احساسات منفی (نظیر ترس و تشویش، افکار فاجعه‌پندار و نشخوار فکری در مورد آینده) و حس‌های بدنی منفی (مانند درد ناشی از بیماری‌های مزمن) را در پی داشته باشد. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث می‌شود افراد یاد بگیرند که احساسات و افکار خود را بدون ارزیابی مشاهده‌گر باشند و از مکانیسم‌های اجتناب استفاده نکنند (۲). درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی و پذیرش به‌عنوان درمان‌های موج سوم شناختی-رفتاری شناخته می‌شود. این درمان، حضور ذهن را به‌عنوان هدف درمان با تمرین‌هایی مانند توقف تفکر هوشیار و مشاهده غیر قضاوتی افکار خود فرد ادغام می‌کند. حضور ذهن تحت عنوان "توجه به‌طور ویژه، به هدف، در حال حاضر و بدون قضاوت" تعریف می‌شود (۲).

یکی از متغیرهای مرتبط با تجربه درد، سبک دلبستگی می‌باشد (۳) به این گونه که تجربه درد مزمن به‌عنوان یک عامل استرس‌زا، فعال‌کننده سبک دلبستگی ویژه فرد و درنهایت الگوهای هیجانی، شناختی و رفتاری مرتبط با آن سبک دلبستگی می‌باشد و چنین الگوهایی، تعیین‌کننده نحوه تعامل فرد با بیماری، پاسخ‌های زیستی، روانی و اجتماعی و هم چنین روند بهبود و کیفیت زندگی بیماران می‌باشد (۴) و نشان داده شده که سبک دلبستگی نقش مهمی در مقابله با درد و سازگاری با آن در بیماران مبتلا به آرتریز روماتوئید و ناتوانی مرتبط با آن ایفاء می‌نماید (۵). عامل دیگری که در ارتباط با درد مزمن قرار دارد یکی از رایج‌ترین مشکلات سلامت روان

در مراکز مراقبت‌های اولیه جسمانی‌سازی است (۶) و در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی در طبقه اختلال علائم جسمی و اختلالات مرتبط قرار گرفت. این طبقه از اختلالات، با یک یا چند علائم بدنی مشخص می‌شود که با افکار، احساسات و رفتارهای بیش‌ازحد همراه است. شیوع این اختلال در جمعیت عمومی حدود ۵ تا ۷ درصد است (۷). استرس و اضطراب ناشی از حوادث می‌تواند سیستم ایمنی بدن را تضعیف کرده و آن‌ها را در برابر بیماری‌ها از جمله کرونا آسیب‌پذیر کند (۸). با توجه به این موضوع که این علائم تجربه‌شده در طی حالت‌های اضطرابی از علائم و نشانه‌های بیماری کووید-۱۹ نیز به شمار می‌رود بنابراین در این شرایط پراسترس و ملتهب گسترش بیماری کووید-۱۹، ممکن است افراد خود را متهم به آلوده شدن ویروس **Cov2-SARS** بدانند بدون اینکه واقعاً به این بیماری ویروسی دچار شده باشند (۹). این حالت به وجود آمده می‌تواند با یک چرخه معیوب بر میزان شدت اضطراب و بروز علائم اضطرابی بیافزاید (۱۰). اضطراب سلامت اختلال شناختی گسترده‌ای است که به‌صورت ادراک نادرست درباره علائم و تغییرات بدنی که نتیجه باورهای فرد در مورد بیماری یا سلامت است شکل می‌گیرد (۱۱). بر اساس مشاهدات بالینی، ممکن است اضطراب سلامتی یک شاخص پیش‌آگهی برای سایر اختلالات اضطرابی باشد. از این رو، اضطراب سلامتی در انواع اختلالات روان‌شناختی تشدید می‌گردد (۱۲). بر اساس نتایج یک تحقیق که در طی شیوع بیماری کووید-۱۹ در سال ۲۰۲۰ گزارش شده است سطح اضطراب سلامتی در اثر مواجهه با اخبار مربوط به بیماری بیشتر شده (۱۳). و در مناطق آلوده به ویروس میزان آن از شدت بالاتری برخوردار است. همچنین بر اساس گزارش تحقیقات، اضطراب سلامتی ممکن است از والدین به کودکان منتقل شود (۱۴).

انجمن بین‌المللی مطالعات درد، درد مزمن را به‌عنوان دردی که به مدت سه ماه یا بیشتر ادامه دارد، تعریف می‌کند (۱۵). درد مزمن به‌عنوان یک نگرانی و مشکل جهانی در زمینه سلامتی،

شیوه قرعه‌کشی) در یک گروه آزمایش (۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند.

ملاک‌های ورود به مطالعه شامل: رضایت کامل جهت شرکت در جلسات درمانی، نداشتن بیماری دیگری (با سؤال کردن از افراد شرکت‌کننده در پژوهش)، تحصیلات حداقل در سطح راهنمایی و بالاتر (به جهت درک درمان پویشی)، عدم مصرف داروهای اعصاب و روان (مانند فلوکستین و سرتالین)، عدم دریافت خدمات روان‌شناختی (مانند درمان افسردگی و یا اضطراب) در سه ماه گذشته و عدم سابقه دریافت آموزش درمان پویشی کوتاه‌مدت و فشرده بود. ملاک‌های خروج از مطالعه شامل غیبت بیشتر از دو جلسه، ابتلا به بیماری‌های روانی از جمله افسردگی، شرکت هم‌زمان در سایر کارگاه‌های آموزشی روان‌شناختی و انصراف از ادامه همکاری بود. رضایت آگاهانه، توجیه مشارکت‌کنندگان در مورد روش و هدف انجام پژوهش، رعایت اصل رازداری و محرمانه نگه‌داشتن اطلاعات به‌دست‌آمده، آزادی مشارکت‌کنندگان در ترک مطالعه از جمله اصول اخلاقی رعایت شده در این مطالعه بوده است.

برای جمع‌آوری داده‌ها علاوه بر فرم اطلاعات جمعیت شناختی (شامل: سن، جنسیت، سطح تحصیلات و وضعیت تأهل) از پرسش‌نامه‌های خود گزارشی سبک‌های دلبستگی، جسمانی سازی و اضطراب سلامت در ۳ مرحله پیش‌آزمون (قبل از آموزش)، پس‌آزمون (بعد از آموزش) و پیگیری (۲ ماه بعد از اتمام آموزش) استفاده گردید. نمونه‌گیری در بهمن ۱۴۰۰ انجام و مداخله از فروردین ۱۴۰۱ شروع و تا آخر تیرماه ادامه داشت و تا اواخر شهریورماه دوره پیگیری نیز انجام گرفت. مداخله‌ها توسط روان‌شناس بالینی (پژوهش‌گر نفر اول) دوره‌دهیده به صورت فردی در روزهای یکشنبه و سه‌شنبه در ساعت ۲۰-۱۷ عصر در کلینیک روان‌شناختی (کلینیک کار پژوهش‌گر) انجام شد. شرکت‌کنندگان در پژوهش ریزش نداشتند و آموزش‌ها به صورت رایگان ارائه شد. لازم به ذکر است به این افراد اطلاع‌رسانی شد که هر زمان تمایل داشتند می‌توانند از این مطالعه خارج شده و اقدام به دریافت خدمات روان‌شناختی کنند.

پیامدهای روانی، اجتماعی و اقتصادی زیادی را برای فرد و جامعه ایجاد می‌کند (۱۶). بررسی‌های صورت گرفته حاکی از این واقعیت دارد که درد مزمن در تمامی سنین ممکن است رخ دهد و تأثیر قابل‌توجهی بر کیفیت زندگی و سلامت روانی کودکان و نوجوانان بر جای بگذارد (۱۷). درد مزمن در ابعاد گوناگونی مانند گردن درد، کمردرد، سردرد، درد اسکلتی-عضلانی و شکم‌درد می‌تواند در سنین پایین وجود داشته باشد (۱۸). یافته‌های پژوهش مروری کینگ و همکاران نشان از شیوع ۸/۸۳ درصدی سردرد، ۴/۵۳ درصدی شکم‌درد، ۱۴/۲۴ درصدی کمردرد، ۴/۴۰ درصدی درد اسکلتی-عضلانی و ۴/۴۹ درصدی دردهای چندگانه در کودکان و نوجوانان داشت. در این بین دختر بودن، اضطراب، استرس، وضعیت اقتصادی و تحصیلی پایین با شیوع درد مزمن در کودکان و نوجوانان ارتباط معناداری داشت (۱۹). عدم آگاهی از داشتن درد مزمن در سنین پایین به علت این که فرد نمی‌داند این بیماری تا بزرگ‌سالی ممکن است او را درگیر کند، بسیار نگران‌کننده تلقی می‌شود (۲۰)؛ بنابراین هدف از پژوهش حاضر بررسی ذهن‌آگاهی بر بهزیستی ذهنی، سبک‌های دلبستگی و اضطراب سلامت در بیماران مبتلا به درد مزمن می‌باشد.

روش کار

این مطالعه به روش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دوماهه با گروه کنترل بود. جامعه موردپژوهش تمامی بیماران مبتلا به درد مزمن مراجعه‌کننده به کلینیک تخصصی درد شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بود. حجم نمونه موردبررسی با مراجعه به جدول کوهن تعیین شد. به این طریق که در سطح اطمینان ۹۵ درصد، اندازه اثر ۰/۳۰ و توان آماری ۰/۸۳، برای هر گروه ۱۲ نفر تعیین شد؛ اما از آنجایی که احتمال ریزش برخی نمونه‌ها وجود داشت و هم‌چنین در جهت تعمیم‌پذیری بیشتر نتایج، حجم نمونه در هر گروه ۱۵ نفر تعیین شد. در مرحله اول به شیوه نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ نفر انتخاب و این ۳۰ نفر در گام دوم به صورت تصادفی ساده (به

بعد از خاتمه مطالعه، آزمودنی‌های گروه کنترل به‌طور رایگان خدمات روان‌شناختی رایگان توسط روان‌شناس بالینی دریافت کردند.

پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت شناختی: این پرسشنامه شامل اطلاعات جمعیت شناختی سن، جنس، سطح تحصیلات، جنسیت، شغل و وضعیت تأهل بود.

پرسش‌نامه سبک‌های دلبستگی: این پرسش‌نامه توسط شاور و هازان ساخته شده است که دارای ۱۵ سؤال می‌باشد و سه سبک دلبستگی اجتنابی (شامل سؤالات ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵)، ایمن (شامل سؤالات ۶، ۷، ۸، ۹ و ۱۰) و دوسوگرا (شامل سؤالات ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴ و ۱۵) را در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (کاملاً مخالفم=۱، مخالفم=۲ تا حدی موافقم، ۴=موافقم، کاملاً موافقم=۵) موردسنجش قرار می‌دهد. کمینه و بیشینه نمره در خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۵ و ۲۵ می‌باشد. نمره بیش‌تر نشان‌دهنده سبک دلبستگی غالب فرد می‌باشد (۲۱). شاور و هازان ضریب پایایی این پرسش‌نامه را از طریق روش باز

آزمایی ۰/۸۱ و از طریق روش آلفای کرونباخ را ۰/۸۷ به دست آوردند (۲۱). ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های ایمن، اجتنابی و دوسوگرا در پژوهش قبیری و همکاران در مورد یک نمونه ایرانی به ترتیب برابر با ۰/۸۶، ۰/۸۴ و ۰/۸۵ گزارش شده است که میزان قابل قبولی می‌باشد (۲۲). ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر برای سبک‌های دلبستگی ایمن ۰/۵۷، سبک دلبستگی اجتنابی ۰/۷۶، سبک دلبستگی دوسوگرا ۰/۵۶ و برای کل مقیاس ۰/۶۸ به دست آمد که مطلوب می‌باشد.

پرسش‌نامه اضطراب سلامت: برای سنجش اضطراب سلامت از فرم کوتاه پرسش‌نامه اضطراب سلامت که توسط ریمز و سالکویسکی در سال ۲۰۰۲ طراحی شده است، استفاده شد. این پرسش‌نامه مشتمل بر ۱۸ سؤال است و در رابطه با هریک از عبارات مذکور، چهار گزینه مطرح شده است و عبارتی را که به بهترین وجه وضعیت فرد را در طی شش ماه گذشته توصیف می‌کند، انتخاب می‌نماید. به هنگام نمره‌گذاری به گزینه‌هایی مطرح شده نمره‌های بین ۰ تا ۳ تعلق می‌گیرد ۱۴

سؤال مربوط به عامل احتمال ابتلای به بیماری است و بخش اصلی پرسش‌نامه ۴ سؤال آخر عامل پیامدهای منفی ابتلای به بیماری است. دامنه نمرات این آزمون بین صفر تا ۵۴ است که نمرات بالاتر بیانگر اضطراب بیشتر است. این پرسش‌نامه دارای سه عامل به نام ابتلا به بیماری، پیامدهای بیماری و نگرانی کلی سلامتی است (۲۳). ضریب آلفای کرونباخ با مقدار ۰/۷۵ اعتبار پرسش‌نامه را مطلوب نشان داد. پرسش‌نامه اضطراب سلامت کفایت لازم را دارد و در پژوهش‌های مختلف و مراکز درمانی قابل استفاده است (۲۴). در پژوهش حاضر پایایی این پرسش‌نامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۶ به دست آمد.

مقیاس بهزیستی ذهنی. مقیاس بهزیستی ذهنی کیز و ماگیارمو (۲۰۰۳) برای سنجش بهزیستی هیجانی، روان‌شناختی و اجتماعی بکار می‌رود که از ۴۵ سؤال تشکیل شده است. ۱۲ سؤال اول مربوط به بهزیستی هیجانی می‌باشد، ۱۸ سؤال بعدی مربوط به بهزیستی روان‌شناختی می‌باشد و در نهایت ۱۵ سؤال بعدی مربوط به بهزیستی اجتماعی می‌باشد.

مؤلفه‌ها و سؤالات مربوط به هر مؤلفه:

۱. بهزیستی هیجانی (۱۲ سؤال اول) دارای دو زیر مؤلفه هیجان‌ات مثبت و منفی است.

۲. بهزیستی روان‌شناختی (۱۸ سؤال بعدی) این مقیاس دارای ۶ زیر مؤلفه است: پذیرش خویش، رشد شخصی، هدف در زندگی، تسلط بر محیط، خودمختاری و روابط مثبت با دیگران.

۳. بهزیستی اجتماعی (۱۵ سؤال بعدی) این مقیاس شامل ۵ زیر مؤلفه است: مقبولیت و پذیرش اجتماعی، واقع‌گرایی اجتماعی، مشارکت اجتماعی، پیوستگی اجتماعی، همبستگی و یکپارچگی اجتماعی.

نحوه نمره‌گذاری پرسش‌نامه: ۱۲ سؤال اول مربوط به بهزیستی هیجانی می‌باشد که از طیف لیکرت ۵ درجه‌ای برای نمره‌گذاری آن استفاده می‌شود. ۱ به معنی بدترین حالت و ۵ به معنی بهترین حالت هیجانی است. ۱۸ سؤال بعدی مربوط به بهزیستی روان‌شناختی می‌باشد که از طیف لیکرت ۷ درجه‌ای برای نمره‌گذاری استفاده می‌شود؛ و در نهایت ۱۵ سؤال بعدی

ضریب پایایی و پایایی باز آزمایشی ۰/۸۶ گزارش شده است. پایایی مقیاس بهزیستی ذهنی و زیر مقیاس‌های بهزیستی هیجانی، بهزیستی روان‌شناختی و بهزیستی اجتماعی به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۶، ۰/۶۴ و ۰/۷۶ می‌باشد (گلستانی بخت، ۱۳۸۶). آلفای کرونباخ برای هر یک از موارد فوق به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۸۶، ۰/۸۰ و ۰/۶۴ محاسبه شده که حاکی از همسانی درونی مطلوب مقیاس است (گلستانی بخت، ۱۳۸۶). در پژوهش حاضر، برای تعیین پایایی پرسشنامه بهزیستی ذهنی از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برابر ۰/۸۳ به دست آمده است.

مربوط به بهزیستی اجتماعی می‌باشد؛ که برای نمره گذاری این خرده مقیاس هم از طیف لیکرت ۷ درجه‌ای استفاده می‌گردد. اعتبار درونی زیر مقیاس بهزیستی هیجانی در بخش هیجان مثبت ۰/۹۱ و بخش هیجان منفی ۰/۷۸ بود. زیر مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی و اجتماعی دارای اعتبار درونی متوسط از ۰/۴ تا ۰/۷ و اعتبار مجموع هر دو این مقیاس‌ها ۰/۸ و بالاتر بود (کی یز و ماگیارمو، ۲۰۰۳). در مطالعه کی یز و ماگیارمو (۲۰۰۳) برای بررسی روایی این مقیاس از روایی عاملی استفاده شده است. نتایج تحلیل عامل تأییدی ساختار سه عاملی این مقیاس را تأیید کرده است. در مطالعه دوست (۲۰۰۴)

جدول ۱. تمرینات ۸ هفته‌ای آموزشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی	
جلسه	اهداف و مداخلات
جلسه اول	آشنایی اعضا، ارائه خلاصه جلسات، تمرین مدیتیشن، ارائه تکلیف خانگی
جلسه دوم	تمرین مدیتیشن، تحلیل موانع انجام تمرین، آموزش مبانی ذهن آگاهی، ادامه تمرین مدیتیشن و ذهن آگاهی
جلسه سوم	تمرین دیدن و شنیدن، تمرین مدیتیشن و تمرین تنفسی، ذهن آگاهی بدن
جلسه چهارم	شناخت استرس و پاسخ‌های افراد به آن، تمرین تنفسی، تمرین اسکن بدن و ذهن آگاهی
جلسه پنجم	تمرین مدیتیشن، تمرین ذهن آگاهی بدن در مقابل استرس
جلسه ششم	ادامه تمرین ذهن آگاهی و مدیتیشن در مقابل واکنش‌های استرسی
جلسه هفتم	تمرین مدیتیشن چهاربعدی، آموزش آگاهی نسبت به لحظه حال، تمرین شناخت و پذیرش رویدادهای خوشایند و ناخوشایند
جلسه هشتم	جمع‌بندی جلسات پیشین

نتایج

در راستای بررسی و توصیف داده‌های به دست آمده از نمونه‌های مورد مطالعه آماره‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) مربوط به متغیرهای پژوهش در گروه‌های مورد مطالعه در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جداول درج گردیده است.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از برنامه SPSS 26 و دو روش آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. از شاخص‌های آمار توصیفی فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار بود و از شاخص‌های آمار استنباطی با توجه به اینکه طرح نیمه آزمایشی است. این پژوهش پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری است، جهت بررسی و آزمون فرضیه‌های پژوهش از آزمون تحلیل کوواریانس و آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده می‌شود.

جدول ۲. آماره‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) سبک‌های دلبستگی				
سبک‌های دفاعی	شاخص‌های آماری	تعداد	میانگین	انحراف معیار

متغیرها					
سبک دلبستگی اجتنابی	آزمایش ۱	پیش از آزمون	۱۵	۱۷/۵۳۳	۲/۲۳۱
		پس از آزمون	۱۵	۸/۵۶۴	۱/۵۹۸
	آزمایش ۲	پیش از آزمون	۱۵	۱۷/۶۶۶	۲/۱۲۶
		پس از آزمون	۱۵	۸/۳۳۳	۱/۷۵۹
	کنترل		۱۵	۱۵/۴۰۰	۴/۱۱۹
	سبک دلبستگی ایمن	آزمایش ۱	پیش از آزمون	۱۵	۱۲/۳۵۱
پس از آزمون			۱۵	۱۷/۶۶۶	۱/۹۵۱
آزمایش ۲		پیش از آزمون	۱۵	۱۱/۰۰۰	۳/۰۴۷
		پس از آزمون	۱۵	۱۷/۲۶۶	۲/۱۲۰
کنترل		۱۵	۱۲/۳۳۳	۲/۴۱۰	
سبک دلبستگی دوسوگرا		آزمایش ۱	پیش از آزمون	۱۵	۲۰/۴۶۶
	پس از آزمون		۱۵	۱۲/۳۳۳	۰/۴۸۷
	آزمایش ۲	پیش از آزمون	۱۵	۲۰/۶۶۶	۱/۲۹۰
		پس از آزمون	۱۵	۱۲/۰۰۰	۰/۸۴۵
	کنترل		۱۵	۱۷/۷۳۳	۳/۷۸۸

میانگین نمرات در خرده‌مقیاس سبک دلبستگی ایمن در گروه آزمایش ۱ و ۲ و کنترل در مرحله پیش‌آزمون به هم نزدیک است، در مرحله پس‌آزمون در گروه آزمایش نمرات افزایش نشان داده است درحالی‌که در گروه کنترل افزایش بارزی صورت نگرفته است.

مطابق جدول ۲، میانگین نمرات در دو خرده‌مقیاس سبک‌های دلبستگی اجتنابی و دوسوگرا در گروه آزمایش ۱ و ۲ و کنترل، در مرحله پیش‌آزمون به هم نزدیک است، در مرحله پس‌آزمون در گروه آزمایش نمرات کاهش نشان داده، درحالی‌که در گروه کنترل کاهش بارزی صورت نگرفته است و

جدول ۳. آماره‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) اضطراب سلامت					
شاخص‌های آماری	تعداد	میانگین	انحراف معیار		
آزمایش ۱	پیش از آزمون	۱۵	۴۶/۶۶۶	۳/۵۱۸	اضطراب سلامت
	پس از آزمون	۱۵	۲۴/۳۳۳	۲/۷۱۶	
آزمایش ۲	پیش از آزمون	۱۵	۴۷/۰۰۰	۲/۷۵۱	
	پس از آزمون	۱۵	۲۶/۹۳۳	۲/۰۸۶	
کنترل		۱۵	۴۴/۴۰۰	۴/۴۳۲	

مطابق جدول ۳، میانگین نمرات در اضطراب سلامت در گروه آزمایش ۱ و ۲ و کنترل در مرحله پیش‌آزمون به هم نزدیک

است، در مرحله پس‌آزمون در گروه آزمایش ۱ و ۲ نمرات کاهش نشان داده، درحالی‌که در گروه کنترل کاهش بارزی صورت نگرفته است.

جدول ۴. آماره توصیفی بهزیستی ذهنی

سبک دفاعی	شاخص‌های آماری	تعداد	میانگین	انحراف معیار
بهزیستی ذهنی	آزمایش ۱	۱۵	۶/۵۰۰	۰/۵۵۸
	پس‌آزمون	۱۵	۱۵/۹۱۴	۰/۸۸۴
آزمایش ۲	پیش‌آزمون	۱۵	۶/۲۱۰	۰/۵۷۸
	پس‌آزمون	۱۵	۹/۸۲۷	۰/۲۰۰
کنترل		۱۵	۷/۵۳۴	۱/۷۶۰

گروه آزمایش ۲ و کنترل در مرحله پیش‌آزمون به هم نزدیک است، در مرحله پس‌آزمون در گروه آزمایش نمرات افزایش کمی را نشان داده درحالی‌که گروه کنترل کاهش بارزی صورت نگرفته است.

مطابق جدول ۴، میانگین نمرات در بهزیستی ذهنی در گروه آزمایش ۱ و کنترل در مرحله پیش‌آزمون به هم نزدیک است، در مرحله پس‌آزمون در گروه آزمایش ۱ نمرات افزایش قابل توجهی نشان داده درحالی‌که در گروه کنترل کاهش بارزی صورت نگرفته است و میانگین نمرات در بهزیستی ذهنی در

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه پیش‌آزمون و پس‌آزمون بهزیستی ذهنی

متغیر	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار SIG	مجذور سهمی اتا	توان آزمون
بهزیستی ذهنی	مدل تصحیح شده	۱۹/۵۶۳	۲	۹/۷۸۲	۳۹۳/۱۸۵	۰/۰۰۰	۰/۹۶۷	۱/۰۰۰
	تعامل (زمان × گروه)	۱/۶۳۱	۱	۱/۶۳۱	۶۵/۵۶۷	۰/۰۰۰	۰/۷۰۸	۱/۰۰۰
	بهزیستی ذهنی	۴/۲۱۱	۱	۴/۲۱۱	۱۶۹/۲۵۵	۰/۰۰۰	۰/۸۶۲	۱/۰۰۰
بین گروهی	گروه	۱۸/۲۶۶	۱	۱۸/۲۶۶	۷۳۴/۲۲۳	۰/۰۰۰	۰/۹۶۵	۱/۰۰۰
	خطا	۰/۶۷۲	۲۷	۰/۰۲۵				
	جمع	۴۰۰/۵۰۹	۳۰					
	جمع تصحیح شده	۲۰/۲۳۵	۲۹					

جدول ۵ نشان می‌دهد که میانگین میزان بهزیستی گروه آزمایش در پس‌آزمون بیشتر از گروه کنترل بوده است. به عبارت دیگر میانگین نمرات پس‌آزمون در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش پیدا کرده است.

جدول ۶. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه پیش‌آزمون و پس‌آزمون سبک دل بستگی ایمن

متغیر	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار SIG	مجذور سهمی اتا	توان آزمون
سبک دل بستگی ایمن	مدل تصحیح شده	۷/۴۴۳	۲	۳/۷۲۱	۱۷/۸۴۹	۰/۰۰۰	۰/۵۶۹	۱/۰۰۰
	تعامل (زمان × گروه)	۱۰/۴۳۱	۱	۱۰/۴۳۱	۵۰/۰۳۲	۰/۰۰۰	۰/۶۴۹	۱/۰۰۰
	دل بستگی ایمن	۰/۱۴۱	۱	۰/۱۴۱	۰/۶۷۸	۰/۴۱۷	۰/۰۲۵	۰/۱۲۵
بین گروهی	گروه	۷/۳۵۷	۱	۷/۳۵۷	۳۵/۲۸۵	۰/۰۰۰	۰/۵۶۷	۱/۰۰۰
	خطا	۵/۶۲۹	۲۷	۰/۲۰۸				
	جمع	۲۷۵/۹۲۰	۳۰					
	جمع تصحیح شده	۱۳/۰۷۲	۲۹					

جدول ۶ نشان می‌دهد که میانگین میزان سبک دل بستگی ایمن در پس‌آزمون بیشتر از گروه کنترل بوده است. به عبارت دیگر میانگین نمرات پس‌آزمون در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش پیدا کرده است.

جدول ۷. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه پیش‌آزمون و پس‌آزمون سبک دل بستگی اجتنابی

متغیر	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار SIG	مجذور سهمی اتا	توان آزمون
سبک دل بستگی اجتنابی	مدل تصحیح شده	۱۹/۷۴۳	۲	۹/۸۷۱	۴۱/۱۵۷	۰/۰۰۰	۰/۷۵۳	۱/۰۰۰
	تعامل (زمان × گروه)	۰/۰۹۲	۱	۰/۰۹۲	۰/۳۸۲	۰/۵۴۲	۰/۰۱۴	۰/۰۹۲

۰/۹۹۰	۰/۴۲۴	/۰۰۰	۱۹/۸۵۲	۴/۷۶۱	۱	۴/۷۶۱	دل بستگی اجتنابی	
۱/۰۰۰	۰/۷۴۸	/۰۰۰	۷۹/۹۶۶	۱۹/۱۸۰	۱	۱۹/۱۸۰	گروه	بین گروهی
				۰/۲۴۰	۲۷	۶/۴۷۶	خطا	
					۳۰	۱۹۵/۲۰۰	جمع	
					۲۹	۲۶/۲۱۹	جمع تصحیح شده	

جدول ۷ نشان می‌دهد که میانگین میزان سبک دل بستگی اجتنابی گروه آزمایش در پس‌آزمون کمتر از گروه کنترل بوده است. به عبارت دیگر میانگین نمرات پس‌آزمون در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش پیدا کرده است.

جدول ۸. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه پیش‌آزمون و پس‌آزمون سبک دل بستگی دوسوگرا								
متغیر	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار SIG.	مجذور سهمی اتا	توان آزمون
سبک دل بستگی دوسوگرا	درون‌گروهی	۱۸/۱۷۸	۲	۹/۰۸۹	۲۰۲۸/۹۷۷	۰/۰۰۰	۰/۹۹۳	۱/۰۰۰
	وهمی	۰/۳۱۳	۱	۰/۳۱۳	۶۹/۷۶۹	۰/۰۰۰	۰/۷۲۱	۱/۰۰۰
بین گروهی	دل بستگی دوسوگرا	۸/۳۱۶	۱	۸/۳۱۶	۱۸۵۶/۵۳۱	۰/۰۰۰	۰/۹۸۶	۱/۰۰۰
	گروه	۱۷/۰۶۱	۱	۱۷/۰۶۱	۳۸۰۸/۶۱۸	۰/۰۰۰	۰/۹۹۳	۱/۰۰۰
	خطا	۰/۱۲۱	۲۷	۰/۰۰۴				
	جمع	۲۸۳/۵۲۰	۳۰					
	جمع تصحیح شده	۱۸/۲۹۹	۲۹					

جدول ۸ نشان می‌دهد که میانگین میزان سبک دل بستگی دوسوگرا گروه آزمایش در پس‌آزمون کمتر از گروه کنترل بوده است. به عبارت دیگر میانگین نمرات پس‌آزمون در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش پیدا کرده است.

جدول ۹. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه پیش‌آزمون و پس‌آزمون اضطراب سلامت								
متغیر	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار SIG.	مجذور سهمی اتا	توان آزمون
اضطراب سلامت	درون‌گروهی	۹/۲۴۰	۲	۴/۶۲۰	۱۳۵/۳۷۶	۰/۰۰۰	۰/۹۰۹	۱/۰۰۰
	وهمی	۰/۱۷۵	۱	۰/۱۷۵	۵/۱۳۸	۰/۰۳۲	۰/۱۶۰	۰/۵۸۹

۱/۰۰۰	۰/۸۶۸	۰/۰۰۰	۱۷۷/۲۶۵	۶/۰۵۰	۱	۶/۰۵۰	اضطراب سلامت	بین گروهی
۱/۰۰۰	۰/۹۰۸	۰/۰۰۰	۲۶۵/۴۷۲	۹/۰۶۰	۱	۹/۰۶۰	گروه	
				۰/۰۳۴	۲۷	۰/۹۲۱	خطا	
					۳۰	۲۰۸/۳۹۴	جمع	
					۲۹	۱۰/۱۶۱	جمع تصحیح شده	

ممکن است فرد را در برابر بدعملکردی خلق مرتبط با استرس توسط افزایش فرایندهای مقابله کردن شناختی مانند ارزیابی مجدد و تقویت مهارت‌های تنظیم هیجان مانند تحمل پریشانی محافظت کند. کابات زین (۴) پیشنهاد می‌کند که در ذهن آگاهی و نشستن‌های طولانی مدت و بدون حرکت، روی حس‌های درد در بدن و مفاصل تمرکز کنند و بدون تکان خوردن و نشان دادن واکنش‌های هیجانی به این دردها، فقط نظاره‌گر باشند. وی یادآوری می‌کند که این مشاهده‌گری می‌تواند پاسخ‌های هیجانی را که به وسیله درد فراخوانی شده‌اند، کاهش دهد؛ بنابراین تمرین مهارت ذهن آگاهی، توانایی مراجعان، برای تحمل حالت‌های هیجانی منفی را افزایش می‌دهد و آنها را به مقابله مؤثر قادر می‌سازد. به نظر می‌رسد چنین حالتی می‌تواند کیفیت زندگی را بالا ببرد. در واقع، انجام مستمر تمرین‌های ذهن آگاهی، شناخت و آگاهی بیماران درد مزمن را از بدن، احساسات و افکارشان افزایش می‌دهد. در ذهن آگاهی، توجه به بدن و تنفس تمرین می‌شود و مراجع از حس‌های مختلفی که در بدن و حتی تنفس خود تجربه می‌کنند، آگاه می‌شوند؛ همچنین آگاه می‌شوند زمانی که در حالت خشم و عصبانیت بدنشان گرم می‌شود و یا در حالت ترس، ضربان قلبشان افزایش می‌یابد و تنفس تغییر می‌کند و کوتاه و تند می‌شود، با انجام تمرین‌های ذهن آگاهی، توجه به بدن را هرچه بیشتر تجربه می‌کنند و این آگاهی کنترل بعدی را زمینه‌سازی می‌کند که همه این عوامل می‌تواند در نهایت به افزایش بهزیستی ذهنی بیماران دارای درد مزمن منجر شود.

روان‌درمانی ذهن آگاهی باعث بهبود بر سبک‌های دلبستگی در بیماران مبتلا به درد مزمن می‌شود

میانگین نمرات افراد مبتلا به درد مزمن بر سبک دلبستگی ایمن در گروه آزمایش در مرحله پس از آزمون بیشتر از نمرات

جدول ۹ نشان می‌دهد که میانگین میزان اضطراب سلامت گروه آزمایش در پس‌آزمون کمتر از گروه کنترل بوده است. به عبارت دیگر میانگین نمرات پس‌آزمون در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش پیدا کرده است.

بحث و نتیجه‌گیری

میانگین نمرات افراد مبتلا به درد مزمن بر بهزیستی ذهنی در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون تا حدودی بیشتر از نمرات گروه کنترل بوده و این تفاوت معنادار بوده و این تغییرات طی دوره سه‌ماهه پیگیری پایدار بوده است. به عبارتی می‌توان گفت ذهن آگاهی بر افزایش بهزیستی روانی در افراد مبتلا به درد مزمن تا حدودی تأثیرگذار بوده و این تأثیر تا دو ماه پس از قطع درمان ماندگار بوده است. نتایج حاصل از این پژوهش با (۴) (۵)، (۸)، (۱۰)، همسو می‌باشد و ذهن آگاهی بر بهزیستی ذهنی بیماران تأثیر مثبت دارد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که از لحاظ نظری بیماران مبتلا به درد مزمن از تکنیک و تمرین‌های ذهن آگاهی به شیوه‌های متنوعی می‌توانند سود ببرند. مشابه با درمان‌های شناختی-رفتاری، هدف ذهن آگاهی با مشاهده‌گر داخلی کاهش واکنش به احساسات و افکار پریشان‌کننده همراه با تجربه درد است. پژوهش‌ها نشان داده است که ذهن آگاهی منجر به کاهش نابسامانی‌های روانشناختی شامل اضطراب و افسردگی در بیماران مختلف میشود (۴) ذهن آگاهی خودنظارت‌گری و تمرکز بیماران جسمی و هوشیاری بدن را افزایش می‌دهد که احتمالاً منجر به بهبود مکانیسم‌های بدنی و بهبود مراقبت از خود می‌شود. مشابه با آموزش آرمیدگی سنتی، ذهن آگاهی با افزایش میزان فعالسازی پاراسمپاتیک همراه است که می‌تواند به آرامش عمیق ماهیچه و کاهش تنش و برانگیختگی و در نهایت کاهش درد منجر شود. ذهن آگاهی

داشته باشند، به طوری که توسط مسائل شناختی و عاطفی مربوط به روابط و دلبستگی سالم و ایمن تحلیل نمی روند و بنابراین افراد با سبک دلبستگی ایمن در مقابل افراد دارای سطح اجتنابی و دوسوگرا فضای بیشتری برای آگاهی دارند. از این رو، باید گفت آموزش مهارت‌های ذهن آگاهی می تواند به گسترش الگوی دلبستگی ایمن و کاهش الگوهای دلبستگی اجتنابی و دوسوگرا در افراد مبتلا به درد مزمن منجر شود.

روان‌درمانی ذهن آگاهی باعث بهبود بر اضطراب سلامت در بیماران مبتلا به درد مزمن می شود

برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به کاهش اضطراب سلامت در این مطالعه گردید. این نتیجه با نتایج سایر مطالعات (۱۶-۱۷-۱۹-۲۱) همسو بود. برای مثال کاردان و همکاران در مطالعه ای بر روی زنان در سال ۱۴۰۰ در شهر اهواز به این نتیجه رسیدند که ذهن آگاهی مثبت نگر می تواند منجر به کاهش اضطراب سلامت شود. در تبیین تاثیر برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب سلامت، با توجه به نظریه رفتارگرایی بر اساس اصل شرطی سازی تقابلی می توانیم به سادگی این موضوع را مطرح کنیم که فرد با تمرکز بر تنفس خود و تجسم اینجا و اکنون به آرامش عمیق می رسد و این آرامش با همبود شدن با نگرانی سلامت از شدت این استرس می کاهشد. از سوی دیگر باید توجه داشت که، تمرکز بر تنفس بصورت عمیق (مراقبه) منجر به افزایش سطح اکسیژن خون فرد شده و با فعال شدن عصب پاراسمپاتیکی منجر به کاهش آدرنالین در خون و آرامش می شود و کاهش برانگیختگی فیزیولوژیکی و افزایش آرامش درونی در آنان منجر به کاهش اضطراب سلامتی در آنان می شود.

نتیجه گیری

نتایج نشان داد که ذهن آگاهی توانست باعث افزایش معنی داری در بهزیستی ذهنی، سبک های دلبستگی و کاهش معنا داری در اضطراب سلامت گردد. لذا با توجه به نتایج بدست آمده، متخصصان روانشناسی می توانند برای افزایش بهزیستی ذهنی و سبک های دلبستگی و کاهش جسمانی سازی و

گروه کنترل بوده و این تفاوت معنادار بوده و این تغییرات طی دوره سه ماهه پیگیری پایدار بوده است و میانگین نمرات افراد مبتلا به درد مزمن بر سبک دلبستگی اجتنابی و دوسوگرا در گروه آزمایش در مرحله پس آزمون کمتر از نمرات گروه کنترل بوده و این تفاوت معنادار بوده، به عبارتی می توان گفت ذهن آگاهی بر بهبود سبک دلبستگی ایمن و کاهش دلبستگی اجتنابی و دوسوگرا در افراد مبتلا به درد مزمن تاثیر گذار بوده و این تاثیر تا دو ماه پس از قطع درمان ماندگار بوده است. نتایج حاصل از این پژوهش (۹، ۱۱، ۱۳، ۱۴) از بعد اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش الگوی دلبستگی ایمن و کاهش الگوهای دلبستگی اجتنابی و دوسوگرا می توان گفت براساس شواهد، ذهن آگاهی و دلبستگی در بسیاری از فرآیندهای عصبی و نتایج روانی با هم مرتبط هستند. شاور و همکاران (۲۰۲۰) معتقدند که ذهن آگاهی و دلبستگی خیلی به هم وابسته اند، به طوری که افراد با دلبستگی ایمن ذهن آگاهی بهتری نسبت به افراد دارای دلبستگی اجتنابی و دوسوگرا دارند (۱۵). دلایل متعددی برای ارتباط دلبستگی ایمن و آگاهی بالا از ذهن بیان نموده اند: این ارتباط ممکن است وجود داشته باشد زیرا دریافت مراقبت همراه با حساسیت و پاسخگویی در کودکی منجر به گسترش دلبستگی ایمن و افزایش سطوح آگاهی از ذهن می شود. ثانيا دلبستگی ایمن و ذهن آگاهی در بسیاری از نتایج مثبت روانی با هم در ارتباط هستند. در نهایت، آنها مطرح کردند که این دو سازه ممکن است به صورت متقابل با هم مرتبط باشند. به این صورت که از یک سو، افرادی که به طور طبیعی سطح ذهن آگاهی بالاتری دارند ممکن است توانایی بیشتری به حفظ موضع باز و پذیرا بودن در روابط داشته باشند و سبب می شود واکنش منفی کمتری نسبت به مشکلات رابطه ای داشته باشند. همچنین ذهن آگاهی بالاتر امکان دارد به افراد اجازه دهد به جای غرق شدن در افکار و احساسات رابطه ای که از مؤلفه های سبک دلبستگی اجتنابی و دوسوگرا هست پاسخهای سازنده و مفید بیشتری بدهند. از طرف دیگر، افراد دارای سبک دلبستگی ایمن نسبت به افراد با سبکهای اجتنابی و اضطرابی ممکن است ظرفیت بیشتری برای حفظ توجه و آگاهی

اضطراب سلامت، از روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه مدت و ذهن‌آگاهی بهره‌برند.

از محدودیت‌های پژوهش عدم امکان غربال بیماران به لحاظ متغیرهایی مانند تیپ شخصیت و سازمان شخصیت، انگیزه ورود به درمان و انتظارات و تعمیم نتایج را با دشواری روبه‌رو کرده بود.

تناسب مراجعان با این رویکرد درمانی یکی از عواملی است که می‌بایست به آن توجه نمود. اختلالات خاصی هستند که مناسب این روش درمانی نیستند و نامناسب بودن آنها در مراحل اولیه توالی پویایی مشخص می‌شوند.

این پژوهش در انتخاب آزمودنی‌های مناسب این روش با مشکلات عدیده‌ای مواجه شده بود؛ و برای این کار مجبور به تغییر پی‌در‌پی مراجعان بودیم که این کار باعث تاخیر در شروع و اجرای فرآیند درمانی می‌شد.

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی در رابطه با جمعیت‌های عمومی از رویکردهای مختلف استفاده شود.

در پژوهش‌های آتی نقش متغیرهای تعدیل‌کننده‌ای که بر اثرات درمانی نقش دارند مانند تیپ شخصیتی، سازمان شخصیتی بیماران، انگیزه و انتظارات آنها از درمان و غیره مورد بررسی قرار گیرد. یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند در مراکز درمانی و

مشاوره‌ای و کلینیک‌های درد توسط متخصصین بهداشت روان به کار گرفته شود.

همچنین توصیه می‌شود اهمیت مشکلات روانشناختی افراد تأثیر آن بر اختلالات روانی تنی و ضرورت انجام روان‌درمانی جهت کمک به بهبود این بیماران به صورت گسترده استفاده شود.

با توجه به یافته‌های حاصل از این پژوهش و نتایج پژوهش‌های گذشته و تأثیر عوامل روانشناختی و ارتباط آنها با این بیماری، پیشنهاد می‌شود کارگاه‌های متعدد در زمینه درد مزمن و درمان‌های روانشناختی مرتبط با آن به خصوص ذهن‌آگاهی برگزار شود.

تشکر و قدردانی

از تمامی افرادی که در این پژوهش همکاری نموده‌اند تشکر و قدردانی می‌گردد. این مطالعه با شناسه IR.IAU.BIRJAND.REC.1402.008 در کمیته پژوهش اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی بیرجند ثبت گردیده است

تعارض منافع

این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

References

1. Headache Classification Committee of IHS. The international classification of headache disorders, 3rd edn (beta version). Cephalgia 2013;
2. Martin PR. Stress and Primary Headache: Review of the Research and Clinical Management. *Curr Pain Headache Rep* 2016; 20(7): 45.
3. Lacy BE, Patel NK. Rome criteria and a diagnostic approach to irritable bowel syndrome. *J Clin Med* 2017; 6(11): E99.
4. Patel N, Shackelford K. Irritable Bowel Syndrome. StatPearls Treasure Island (FL) [Serial online] 2022 jan; 1..[1-8]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534810/>. 12/10. 2022.
5. Pashing S, Khosh Lahjeh Sedgh. A Comparison of effectiveness of acceptance commitment therapy and metacognitive therapy on reducing symptoms, psychological capital and quality of life of patients suffering from irritable bowel syndrome. *Medical Sciences* 2019; 29(2): 181-90.
6. Lembo A, Pimentel M, Rao SS, Schoenfeld P, Cash B, Weinstock LB, et al. Repeat treatment with rifaximin is safe and effective in patients with diarrhea-predominant irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 2016; 151(6): 1113-21.

7. Holmes HJ, Thakur ER, Carty JN, Ziadni MS, Doherty HK, Lockhart NA, et al. Ambivalence over emotional expression and perceived social constraints as moderators of relaxation training and emotional awareness and expression training for irritable bowel syndrome. *General hospital psychiatry* 2018; 53: 38-43.
8. Preece DA, Mehta A, Petrova K, Sikka P, Bjureberg J, Becerra R, et al. Alexithymia and emotion regulation. *J Affect Disord* 2023; 32(4): 232-38.
9. Habibi Asgarabad M, Salehi Yegaei P, Jafari F, Azami-Aghdash S, Lumley MA. The relationship of alexithymia to pain and other symptoms in fibromyalgia: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Pain* 2023; 27(3): 321-37.
10. Martino G, Caputo A, Schwarz P, Bellone F, Fries W, Quattropiani MC, et al. Alexithymia and Inflammatory Bowel Disease: A Systematic Review. *Front Psychol* 2020; 11: 1763.
11. Saeed F, Salehi M, Alavi K, Ajdarkosh H, Kashaninasab F, Nasr Esfahani F. Defense Mechanisms in Patients with Irritable Bowel Syndrome and Their Relationship with Symptom Severity and Quality of Life. *Middle East J Dig Dis* 2019; 11(3): 158-65.
12. Badaye A, Vaziri SH, Lotfi Kashani F. Developing a psychosomatic symptoms model based on emotional regulation, defense mechanisms, and attachment styles mediated by distress level in psychosomatic patients. *Hormozgan Medical Journal* 2021; 25(3): 98-103.
13. Dehghan Manshadi Z, Neshat Doost HT, Talebi H. Coping strategies among Iranian children with experience of Sarpol-e-Zahab earthquake: factor structure of children's Coping Strategies Checklist-revision1 (CCSC-R1). *BMC Psychol* 2020; 8(1): 92.
14. Perry JC, Presniak MD, Olson TR. Defense mechanisms in schizotypal, borderline, antisocial, and narcissistic personality disorders. *Psychiatry* 2013; 76(1): 32-52.
15. Heshmati R, Lo C, Khooy MP, Naseri E. Pathway linking Emotional Suppression to Depression and Anxiety in Cancer Patients undergoing Chemotherapy: The Mediating Role of Ego-strength. *Curr Aging Sci* 2022; 6(1): 105
16. Messina I, Scottà F, Marchi A, Benelli E, Grecucci A, Sambin M. Case Report: Individualization of Intensive Transactional Analysis Psychotherapy on the Basis of Ego Strength. *Front Psychol* 2021; 12(1): 1-12.
17. Abbass A, Kisely S, Kroenke K. Short-Term Psychodynamic Psychotherapy for somatic Disorders. *Psychotherapy and psychosomatic* 2009; 78: 265-74.
18. Russell L, Abbass A, Alder S. A review of the treatment of functional neurological disorder with intensive short-term dynamic psychotherapy. *Epilepsy Behav* 2022; 130.
19. Farzdi H, Heidarei A, Moradimanesh F, Naderi F. The Effectiveness of Short-Term Dynamic Psychotherapy on Symptoms Severity and Disease Perception among Patients with Irritable Bowel Syndrome: A Pilot study". *Community Health* 2021; 8 (2): 221-31. [Farsi]
20. Bagby R, Parker JDA, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia scale: I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research* 1994; 38(1): 23-32.
21. Besharat MA. Reliability and factorial validity of a Farsi version of the 20-item Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students. *Psychological Reports* 2007; 101(1): 209-20. [Farsi]

22. Andrews G, Singh M, Bond M. The defense style questionnaire. *Journal of Nervous and mental Disease* 1993; 181(4): 246-56.
23. Heidarinasab L, Shaeiri M. Factorial Structure of the Defense Style Questionnaire (DSQ-40). *Journal of Modern Psychological Researches* 2011; 6(21): 77-97. [Farsi]
24. Markstrom CA, Sabino VM, Turner BJ, Berman RC. The psychosocial inventory of ego strengths: Development and validation of a new Eriksonian measure. *Journal of youth and adolescence* 1997; 26(6): 705-32.
25. Altafi Sh. Examining and comparing self-efficacy and personality traits of drug addicts and non-addicts. Master's thesis in clinical psychology: Tehran; Shahed University; 2009: 56-79 [Farsi]
26. Davanloo H. Management of tactical defenses in intensive short-term dynamic psychotherapy, Part I: Overview, tactical defenses of cover words and indirect speech. *Int J Intensive Short Term Dyn Psychother* 1996; 11(3): 129-52.
27. Ahmadi F. The effectiveness of intensive and short-term psychodynamic therapy on mental health, quality of life and disability caused by headache in patients with chronic tension headache, master's thesis: Tehran Allameh Tabatabai University Faculty of Psychology and Educational Sciences; 2016: 78-89. [Farsi]
28. Mami S, Safarnia A, Tardast L, Abbasi B. Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) to Reducing Alexithymia in Women Applicant for Divorce. *Journal of Psychological Studies* 2021; 16(4): 127-42.
29. Nabizadeh A, Farhadi M, Rashid K, Kordnoghabi R. The Effectiveness of Tactical Defenses Neutralization in Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy on Defensive Styles, Anxiety, and Fear of Intimacy in Non-Clinical Sample. *RPH* 2019; 13(1): 24-39. [Farsi]
30. Shams S, Ghelichkhan N, Yousefi N, Alijani S. Comparison of the effectiveness of short-term intensive dynamic psychotherapy and mentalization-based therapy on emotional dysregulation, defense mechanisms and insecure attachment styles in women who have experienced the trauma of marital infidelity. *IJPN* 2022; 10(1): 106-21. [Farsi]
31. Mahdavi A, Mosavimoghadam SR, Madani Y, Aghaei M, Abedin M. Effect of Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy on Emotional Expressiveness and Defense Mechanisms of Women With Breast Cancer. *Arch Breast Cancer* 2019; 28(1): 35-41.
32. Orvati Aziz M. The Effectiveness of Integrative Therapy Short-Term Psychodynamic Psychotherapy and Cognitive-Behavioral Therapy in Increasing Ego Strength and Reducing Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Applied Psychological Research* 2021; 12(3): 353-69. [Farsi]
33. Cyranka K, Rutkowski K, Mielimąka M, Sobański JA, Klasa K, Müldner-Nieckowski Ł, et al. Changes in ego strength in patients with neurotic and personality disorders treated with a short-term comprehensive psychodynamic psychotherapy. *Psychiatr Pol* 2018 28; 52(1): 115-27.
34. Knekt P, Grandell L, Sares-Jäske L, Lindfors O. Poor suitability for psychotherapy - a risk factor for treatment non-attendance. *J Affect Disord* 2021; 295: 1432-9.

*Original Article***The effectiveness of mindfulness on mental well-being, attachment styles and health anxiety in patients with chronic pain**

Received: 27/11/2023 - Accepted: 09/02/2024

Roksana Nakhaeimoghadam¹
Seyed Majid Bahrainian^{2*}¹ PhD student, Department of Psychology,
Birjand Branch, Islamic Azad University,
Birjand, Iran.² Full Professor, Department of
Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad
University, Birjand, Iran. (Corresponding
author)Email:
roksananakhaeimoghadam@gmail.com**Abstract****Introduction:** The present study was conducted with the aim of investigating mental awareness on mental well-being, attachment styles and health anxiety in patients with chronic pain.**Methods:** The research method was semi-experimental with a pre-test-post-test design with a control group. The statistical population of this research included all people suffering from chronic pain who referred to specialized clinics in Tehran in 1402. Among them, 30 people were selected by purposeful sampling and randomly assigned to two groups of mindfulness experiment (15 people) and control (15 people). The group received the mindfulness test. While, the control group did not receive any intervention. Both groups were evaluated using questionnaires in pre-test, post-test and follow-up. Analysis of variance with repeated measurements and post hoc test were used to analyze the data.**Results:** The results showed that there is a significant difference between the post-test and pre-test scores ($p < 0.05$) and mindfulness could cause a significant increase in mental well-being, attachment styles and a significant decrease in health anxiety.**Conclusion:** According to the obtained results, psychologists can use mindfulness to increase mental well-being and attachment styles and reduce health anxiety.**Keywords:** Mindfulness, Chronic Pain, Mental Well-Being, Attachment Styles, Health Anxiety