

مقاله اصلی

اثر بخشی 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 بهره ببرند.

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

رکسانا نخعی مقدم^۱

سیدعبدالمجید بحرینیان^{۲*}

مریم نصری^۳

^۱ دانشجوی دکترای تخصصی، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران

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

^۳ استادیار، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران

Email: majid.bahrainian@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 آرتروز 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 و 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،

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) دوره‌دیده به‌صورت 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 به‌صورت 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. بعد از خاتمه مطالعه، آزمودنی‌های گروه کنترل به‌طور رایگان

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 به‌صورت تصادفی ساده (به شیوه قرعه‌کشی) در یک گروه آزمایش (۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند.

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 قبلی 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 سالکوویسکی در سال ۲۰۰۲ طراحی شده است، استفاده شد. این پرسش‌نامه مشتمل بر ۱۸ سؤال است و در رابطه با هر یک 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 کبیز و ماگیامو (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 خویشتن، 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.

نحوه‌ی 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 مربوط به بهزیستی اجتماعی می‌باشد؛ که برای نمره‌گذاری این خرده مقیاس هم از طیف لیکرت ۷ درجه‌ای استفاده می‌گردد.

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.

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) ضریب پایایی و پایایی باز آزمایی ۰/۸۶ گزارش شده است.

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

کوواریانس و آزمون تحلیل و واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده می‌شود.

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 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

جدول ۲. آماره‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) سبک‌های دلبستگی

سبک‌های دفاعی	شاخص‌های آماری متغیرها	تعداد	میانگین	انحراف معیار
سبک دلبستگی	پیش از آزمون ۱	۱۵	۱۷/۵۲۳	۲/۲۳۱
اجتنابی	پس از آزمون	۱۵	۸/۵۶۴	۱/۵۹۸
	پیش از آزمون ۲	۱۵	۱۷/۶۶۶	۲/۱۲۶
	پس از آزمون	۱۵	۸/۳۳۳	۱/۷۵۹
	کنترل	۱۵	۱۵/۴۰۰	۴/۱۱۹

۲/۱۲۶	۱۲/۳۵۱	۱۵	پیش از آزمون	آزمایش ۱	سبک دلبستگی ایمن
۱/۹۵۱	۱۷/۶۶۶	۱۵	پس از آزمون		
۳/۰۴۷	۱۱/۰۰۰	۱۵	پیش از آزمون	آزمایش ۲	
۲/۱۲۰	۱۷/۲۶۶	۱۵	پس از آزمون		
۲/۴۱۰	۱۲/۳۳۳	۱۵		کنترل	
۱/۶۴۱	۲۰/۴۶۶	۱۵	پیش از آزمون	آزمایش ۱	سبک دلبستگی دوسوگرا
۰/۴۸۷	۱۲/۳۳۳	۱۵	پس از آزمون		
۱/۲۹۰	۲۰/۶۶۶	۱۵	پیش از آزمون	آزمایش ۲	
۰/۸۴۵	۱۲/۰۰۰	۱۵	پس از آزمون		
۳/۷۸۸	۱۷/۷۳۳	۱۵		کنترل	

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

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

کاهش نشان داده، درحالی‌که در گروه کنترل کاهش بارزی صورت نگرفته است.

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

جدول ۴. آماره توصیفی بهزیستی ذهنی

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

در مرحله پس‌آزمون در گروه آزمایش ۱ نمرات افزایش قابل توجهی نشان داده درحالی‌که در گروه کنترل کاهش بارزی

مطابق جدول ۴، میانگین نمرات در بهزیستی ذهنی در گروه آزمایش ۱ و کنترل در مرحله پیش‌آزمون به هم نزدیک است،

صورت نگرفته است و میانگین نمرات در بهزیستی ذهنی در گروه آزمایش ۲ و کنترل در مرحله پیش‌آزمون به هم نزدیک است، در مرحله پس‌آزمون در گروه آزمایش نمرات افزایش

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	مدل تصحیح شده	۱۹/۵۶۳	۲	۹/۷۸۲	۳۹۳/۱۸۵	۰/۰۰۰	۰/۹۶۷	۱/۰۰۰
ذهنی	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 دلبستگی ایمن

متغیر	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار $SIG.$	مجذور سهمی اتا	توان آزمون
سبک دلبستگی 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
	دلبستگی 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 دلبستگی ایمن 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 ۷. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه پیش‌آزمون و پس‌آزمون سبک دلبستگی اجتنابی

متغیر	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار $SIG.$	مجذور سهمی اتا	توان آزمون
-------	----------	---------------	------------	-----------------	-----------	--------------	----------------	------------

سبک دلبستگی اجتنابی	درون‌گروهی	مدل تصحیح‌شده	19/743	2	9/871	41/157	000 0/	0/753	1/000
		تعامل (زمان × گروه)	0/092	1	0/092	0/382	542 0/	0/014	0/092
		دلبستگی اجتنابی	4/761	1	4/761	19/852	000 0/	0/424	0/990
بین‌گروهی		گروه	19/180	1	19/180	79/966	000 0/	0/748	1/000
		خطا	6/476	27	0/240				
		جمع	/200 195	30					
		جمع تصحیح‌شده	26/219	29					

جدول 7 نشان می‌دهد که میانگین می‌زان سبک دلبستگی اجتنابی گروه آزمائش در پس‌آزمون کمتر از گروه کنترل بوده است. به عبارت‌دی‌گر می‌توان گفت که نمرات پس‌آزمون در گروه آزمائش نسبت به گروه کنترل کاهش پیدا کرده است.

متغیر	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار $SIG.$	مجذور سهمی اتا	توان آزمون
سبک دلبستگی دوسوگرا	درون‌گروهی	مدل تصحیح‌شده	18/178	2	9/089	/977 2028	0/993	1/000
		تعامل (زمان × گروه)	0/313	1	0/313	69/769	0/721	1/000
		دلبستگی دوسوگرا	8/316	1	8/316	/531 1856	0/986	1/000
بین‌گروهی		گروه	17/061	1	/061 17	/618 3808	0/993	1/000
		خطا	0/121	27	0/004			
		جمع	/520 283	30				
		جمع تصحیح‌شده	18/299	29				

جدول 8 نشان می‌دهد که میانگین می‌زان سبک دلبستگی دوسوگرا گروه آزمائش در پس‌آزمون کمتر از گروه کنترل بوده است. به عبارت‌دی‌گر می‌توان گفت که نمرات پس‌آزمون در گروه آزمائش نسبت به گروه کنترل کاهش پیدا کرده است.

متغیر	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار $SIG.$	مجذور سهمی اتا	توان آزمون
اضطراب	درون‌گروهی	مدل تصحیح‌شده	9/240	2	4/620	/376	0/909	1/000

جدول 9. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه پیش‌آزمون و پس‌آزمون اضطراب سلامت

		0/	135					روهی	سلامت
0/589	0/160	032 0/	5/138	0/175	1	0/175	تعامل (زمان × گروه)		
1/000	0/868	000 0/	/265 177	6/050	1	6/050	اضطراب سلامت		
1/000	0/908	000 0/	/472 265	9/060	1	9/060	گروه	بین گروهی	
				0/034	27	0/921	خطا		
					30	/394 208	جمع		
					29	10/161	جمع تصحیح شده		

برانگیختگی و در نهایت کاهش درد منجر شود. ذهن آگاهی ممکن است فرد را در برابر بدعملکردی خلق مرتبط با استرس توسط افزایش فرایندهای مقابله کردن شناختی مانند ارزیابی مجدد و تقویت مهارت-های تنظیم هیجان مانند تحمل پریشانی محافظت کند. کابات زین (4) پیشنهاد می‌کند که در ذهن آگاهی و نشستن‌های طولانی مدت و بدون حرکت، روی حس-های درد در بدن و مفاصل تمرکز کنند و بدون تکان خوردن و نشان دادن واکنش‌های هیجانی به این دردها، فقط نظاره گر 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 گروه کنترل بوده و این

جدول 9 نشان می‌دهد که میانگین می‌زان اضطراب سلامت گروه آزمایشی در پس‌آزمون کمتر از گروه کنترل بوده است. به عبارت دیگر می‌توان نمرات پس‌آزمون در گروه آزمایشی 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 (4) (5)، (8)، (10)، 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 (4) 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

الگوی دلبستگی ایمن و کاهش الگوهای دلبستگی اجتنابی و دوسوگرادر افراد مبتلا به درد مزمن منجر شود.

روان‌درمانی ذهن‌آگاهی باعث بهبود بر اضطراب سلامت در بیماران مبتلا به درد مزمن می‌شود
 برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی منجر به کاهش اضطراب سلامت در این مطالعه گردید. این نتیجه با نتایج سایر مطالعات (16-17-19-21) همسو بود. برای مثال کاردان و همکاران در مطالعه‌ای بر روی زنان در سال 1400 در شهر اهواز به این نتیجه رسیدند که ذهن‌آگاهی مثبت نگر می‌تواند منجر به کاهش اضطراب سلامت شود. در تبیین تاثیر برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اضطراب سلامت، با توجه به نظریه رفتارگرایی بر اساس اصل شرطی سازی تقابلی می‌توانیم به سادگی این موضوع را مطرح کنیم که فرد با تمرکز بر تنفس خود و تجسم اینجا و اکنون به آرامش عمیق می‌رسد و این آرامش با همبود شدن با نگرانی سلامت از شدت این استرس می‌کاهد. 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 پاراسمپاتیک منجر به کاهش آدرنالین در خون و آرامش می‌شود و کاهش برانگیختگی فیزیولوژیکی و افزایش آرامش درونی در آنان منجر به کاهش اضطراب سلامتی در آنان می‌شود.

نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد که ذهن‌آگاهی توانست باعث افزایش معنی‌داری در بهزیستی ذهنی، سبک‌های دلبستگی و کاهش معنا‌داری در اضطراب سلامت گردد. لذا با توجه به نتایج بدست آمده، متخصصان روانشناسی می‌توانند برای افزایش بهزیستی ذهنی و سبک‌های دلبستگی و کاهش جسمانی سازی و اضطراب سلامت، از روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه مدت و ذهن‌آگاهی بهره ببرند.

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.

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 پس‌آزمون کمتر از نمرات گروه کنترل بوده و این تفاوت معنادار بوده، به عبارتی می‌توان گفت ذهن‌آگاهی بر بهبود سبک دلبستگی ایمن و کاهش دلبستگی اجتنابی و دوسوگرا در افراد مبتلا به درد مزمن تاثیرگذار بوده و این تاثیر تا دو ماه پس از قطع درمان ماندگار بوده است. نتایج حاصل از این پژوهش (9، 11، 13، 14) از بعد اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افزایش الگوی دلبستگی ایمن و کاهش الگوهای دلبستگی اجتنابی و دوسوگرا می‌توان گفت براساس شواهد، ذهن‌آگاهی و دلبستگی در بسیاری از فرایندهای عصبی و نتایج روانی با هم مرتبط هستند. شاور و همکاران (2020) معتقدند که ذهن‌آگاهی و دلبستگی خیلی به هم وابسته‌اند، به طوری که افراد دلبستگی ایمن ذهن‌آگاهی بهتری نسبت به افراد دارای دلبستگی اجتنابی و دوسوگرا دارند (15). دلایل متعددی برای ارتباط دلبستگی ایمن و آگاهی بالا از ذهن بیان نموده‌اند: 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 می‌شود. ثانیاً دلبستگی ایمن و ذهن‌آگاهی در بسیاری از نتایج مثبت روانی با هم در ارتباط هستند. درنهایت، 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 ذهن‌آگاهی بالاتری دارند ممکن است توانایی بیشتری به حفظ موضع باز و پذیرا بودن در روابط داشته باشند و سبب می‌شود واکنش منفی کمتری نسبت به مشکلات رابطه‌ای داشته باشند. همچنین ذهن‌آگاهی بالاتر امکان دارد به افراد اجازه دهد به جای غرق شدن در افکار و احساسات رابطه‌ای که از مؤلفه‌های 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 داشته باشند، به طوری که توسط مسائل شناختی و عاطفی مربوط به روابط و دلبستگی سالم و ایمن تحلیل نمی‌روند 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 ذهن‌آگاهی می‌تواند به گسترش

روانشناختی و ارتباط آنها با این بیماری، پیشنهاد میشود کارگاه های متعدد در زمینه درد مزمن و درمان های روانشناختی مرتبط با آن به خصوص ذهن آگاهی برگزار شود.

تشکر و قدردانی

از تمامی افرادی که در این پژوهش همکاری نموده اند 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 می باشد.

این پژوهش در انتخاب آزمودنی های مناسب این روش با مشکلات عدیده ای مواجه شده بود؛ و برای این کار مجبور به تغییر پی در پی مراجعان بودیم که این کار باعث تاخیر در شروع و اجرای فرآیند درمانی می شد.

پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی در رابطه با جمعیت های عمومی از رویکردهای مختلف استفاده شود.

در پژوهش های آتی نقش متغیرهای تعدیل کننده ای که بر اثرات درمانی نقش دارند مانند تیپ شخصیتی، سازمان شخصیتی بیماران، انگیزه و انتظارات آنها از درمان و غیره مورد بررسی قرار گیرد. یافته های پژوهش حاضر می‌تواند در مراکز درمانی و مشاوره ای و کلینیک های درد توسط متخصصین بهداشت روان به کار گرفته شود.

همچنین توصیه می شود اهمیت مشکلات روانشناختی افراد تاثیر آن بر اختلالات روانی تنی و ضرورت انجام روان درمانی جهت کمک به بهبود این بیماران به صورت گسترده استفاده شود.

با توجه به یافته های حاصل از این پژوهش و نتایج پژوهش های گذشته و تأثیر عوامل

References

1. Headache Classification Committee of IHS. The international classification of headache disorders, 3rd edn (beta version). Cephalalgia 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 syndrom. *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, Allder 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, Kordnoghi 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*}
Maryam Nasri³

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)

³ Assistant Professor, Department of Psychology, branch Birjand, Islamic Azad university, Birjand, Iran

Email: majid.bahrainian@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