

مقایسه اثربخشی معنویت‌درمانی مبتنی بر فرهنگ ایرانی با رویکرد شناختی- رفتاری با رویکرد ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس در کاهش افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران مبتلا به درد مزمن

علی اکبر حدادی کوهسار^۱، علیرضا مرادی^۲، باقر غباری بناب^۳، فرناد ایمانی^۴

تاریخ پذیرش: ۹۷/۰۲/۲۰

تاریخ وصول: ۹۶/۰۸/۱۱

چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی معنویت‌درمانی مبتنی بر فرهنگ ایرانی با رویکرد شناختی- رفتاری با رویکرد ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس در کاهش افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران مبتلا به درد مزمن بود. جامعه آماری پژوهش کلیه بیماران مبتلا به درد مزمن عضلانی-اسکلتی مراجعه کننده به بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص) در شهر تهران بود. روش پژوهش از نوع شبه آزمایشی با پیش آزمون-پس آزمون، گروه کنترل و دوره پیگیری بود. در این پژوهش تعداد ۴۵ نفر با استفاده از روش نمونه گیری داوطلبانه در سه گروه ۱۵ نفره (معنویت‌درمانی، ذهن آگاهی و کنترل) طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت مداخله قرار گرفتند. برای جمع آوری داده‌ها از پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی و مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس استفاده شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد. نتایج پژوهش نشان داد که میانگین افسردگی، اضطراب و استرس در دو گروه معنویت‌درمانی مبتنی بر فرهنگ ایرانی با رویکرد شناختی- رفتاری و ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس با یکدیگر تفاوت معناداری ندارند. به عبارت دیگر اثربخشی مداخله‌های درمانی در هر دو گروه یکسان می‌باشد. مقایسه‌های زوجی نشان می‌دهد که بین افسردگی، اضطراب و استرس در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. افزون بر این میانگین افسردگی، اضطراب و استرس در بین گروه‌های معنویت‌درمانی و ذهن آگاهی با گروه کنترل تفاوت معناداری دارند. میانگین افسردگی، اضطراب و استرس در گروه‌های معنویت‌درمانی و ذهن آگاهی پایین تر از گروه کنترل می‌باشد. به عبارت دیگر اثربخشی معنویت‌درمانی و ذهن آگاهی در کاهش افسردگی، اضطراب و استرس بیشتر از گروه کنترل در بیماران مبتلا به درد مزمن می‌باشد. نتایج پژوهش نشان داد که مداخله معنویت‌درمانی مبتنی بر فرهنگ ایرانی با رویکرد شناختی- رفتاری و مداخله ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس در کاهش افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران مبتلا به درد مزمن اثربخش بودند.

واژگان کلیدی: معنویت‌درمانی، ذهن آگاهی، افسردگی، اضطراب، استرس، درد مزمن، بیماران

۱. دکترای تخصصی روان‌شناسی سلامت دانشگاه تهران (نویسنده مسؤل) haddadi280@ut.ac.ir

۲. استاد روان‌شناسی دانشگاه خوارزمی Moradi90@yahoo.com

۳. استاد روان‌شناسی دانشگاه تهران

۴. استاد بیهوشی دانشگاه علوم پزشکی ایران

مقدمه

افسردگی، اضطراب و استرس از اختلالات شایع هستند که کارایی و عملکرد افراد را در محیط‌های حرفه‌ای به شدت تحت تاثیر قرار می‌دهند (سازمان بهداشت جهانی^۱، ۲۰۰۸). این اختلالات موجب پایین آمدن کارآمدی شخصی، مرگ و میر، خودکشی و هزینه‌های زیادی برای دولت و خود فرد می‌شوند. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که مرگ و میر در میان این افراد دو برابر جمعیت عمومی است (کووینسکی و همکاران^۲، ۱۹۹۹؛ داویدو و همکاران، ۲۰۱۱؛ شران، بایر و بروس^۳، ۲۰۱۰). درمان‌های پزشکی که برای درمان افراد مبتلا به این اختلالات بکار گرفته می‌شود در ۶۰ درصد آنها اثربخش می‌باشد (گارت لحنر و همکاران^۴، ۲۰۰۷). و علاوه بر این، درمان‌های پزشکی فقط در موارد خفیف تا متوسط اثربخش می‌باشند (فورنیر و همکاران، ۲۰۱۰). همچنین زمانی که این بیماری‌ها با اختلالات دیگر توأم هستند میزان اثربخشی کاهش می‌یابد (سیمون، ون کرف، و لین، ۲۰۰۵؛ سینیور، شافر، و لوید^۵، ۲۰۱۰).

افزون بر این روش‌های دیگری که برای درمان این افراد با بیماریهای روانی و جسمانی در نظر گرفته شده است عبارتند از روان‌درمانگری و دین/معنویت‌درمانی^۶ (کونیک، کینگ و کارسون^۷، ۲۰۱۲). یکی از برجسته‌ترین درمان‌های روانشناختی که دائماً در پیشینه‌های پژوهشی اثربخش گزارش شده است، درمان‌های شناختی و رفتاری می‌باشد (چامبلس، الدندیک، ۲۰۰۱، پیترسن، اسپریچ و ویلهلم^۸، ۲۰۱۶). پژوهش‌های کنترل شده با گروه‌های تصادفی نشان می‌دهد که درمان شناختی و رفتاری هم به اندازه روش‌های پزشکی و روانپزشکی اثربخش می‌باشد (لاستمند و همکاران، ۱۹۹۸؛ ساوارد و همکاران، ۲۰۰۶)، هر چند که مطالعه منظم و سیستماتیک^{۲۳} پژوهش آزمایشی کنترل شده و با تقسیم تصادفی نشان داده است که یافته‌های این پژوهش‌ها مورد بحث می‌باشد (وانستران و همکاران، ۲۰۱۰). پژوهش‌های انجام شده در زمینه اثربخشی روش‌های شناختی و رفتاری اغلب در مورد افراد افسرده است که با یک بیماری دیگر (مانند سرطان) توأم است که احتمال دارد در برخی از مواقع بیماری توأم با وضعیت افسردگی در مورد تاثیر درمان شناختی و رفتاری در کاهش افسردگی اثربخش باشد. برای مثال پژوهش‌ها نشان داده‌اند که وقتی افسردگی توأم با سرطان است در مقایسه با افرادی که افسردگی آنها ناشی از یا همراه با HIV و ایدز می‌باشد بهتر جواب می‌دهند (وان استراتن و همکاران، ۲۰۱۰). افزون بر این گزارش‌ها نشان

1. World Health Organization
2. Covinsky, & et al.
3. Sheeran, Byers & Bruce
4. Gartlehner, & et al.
5. Sinyor, Schaffer & Levitt
6. Spirituality Therapy
7. Koenig, King & Carson
8. Petersen, Sprich & Wilhelm

می‌دهند، افرادی که بیماری‌های جسمانی دارند، برای آرامش و شفا یافتن و پیدا کردن معنا در زندگی به مذهب پناه می‌برند (کونیک، شلپ، گلی، کوهن و بلازر، ۱۹۸۹، پارگامنت^۱، ۱۹۹۷). مطالعات تجربی متعددی نشان داده‌اند که بین باورها، اعمال و رفتارهای معنوی و مذهبی با افسردگی، اضطراب، و کیفیت زندگی ارتباط منفی و معکوس وجود دارد (کونیک، کینگ و کارسون، ۲۰۱۲؛ ریچاردز و برگین^۲، ۱۹۹۷؛ حمید، احمدیان و اکبری‌شایه، ۱۳۹۱).

تعدادی از مقالات نظری و تجربی نشان داده‌اند که نیاز شدید برای مذهب و تلفیق مذهب و معنویت با درمان‌های دیگر می‌تواند اثربخشی درمان‌ها را بیشتر کند (هاج^۳، ۲۰۰۶؛ هوک و همکاران، ۲۰۱۰؛ پارگامنت، ۲۰۰۷؛ رز، وست‌فلد و آنسل^۴، ۲۰۰۱؛ اسمیت، بارتز، ریچاردز، ۲۰۰۷؛ ورتینگتون، هوک داویس و مک دانیل^۵، ۲۰۱۱). درمان‌های متعدد تلفیقی توأم با معنویت برای درمان این افراد تدوین شده‌اند. این برنامه شامل خودطرحواره درمانی معنوی برای درمان اعتیاد، HIV و ایدز و رفتارهای پرخطر بکار می‌روند (آواتس و مارگولین، ۲۰۰۴). افزون بر این معنویت‌درمانی مبتنی بر مقابله‌های مذهبی برای افرادی که مبتلا به HIV (تاراکشور، پیرس، و سگما^۶، ۲۰۰۵)؛ سوء استفاده جنسی (موری-سواناک و پارگامنت، ۲۰۰۵) و سرطان^۷ (کول و پارگامنت، ۱۹۹۹) هستند، بکار گرفته شده است. همچنین مداخلات معنوی برای درمان اضطراب تعمیم یافته (کوزوکی و همکاران، ۲۰۱۴؛ ۲۰۱۰)، اختلال استرس پس‌آسیبی^۸ (برمان و همکاران، ۲۰۰۶؛ برمان و همکاران، ۲۰۱۳) و افزایش کیفیت زندگی^۹ (تیلور، ۲۰۰۹؛ هربرت، وینستین و مارتین، ۲۰۰۶؛ کیرانو، ۲۰۱۳) بکار گرفته شده است. افزون بر این پژوهش‌های متعددی نقش دین و معنویت را در کیفیت زندگی، افسردگی، اضطراب و تنیدگی^{۱۰} نشان داده‌اند (فابویکاتور، هاندال، و فنزل^{۱۱}، ۲۰۰۰؛ پارگامنت، ۱۹۹۰؛ مک کولی، ۲۰۰۸؛ وانگ و همکاران، ۲۰۰۸؛ اکسلاین، ۲۰۰۸؛ زولینک، وارد و هورن، ۲۰۰۶؛ حمید، ۱۳۸۸). همچنین برخی اختلالات روانی در اثر آسیب دیدن معنویت افراد ایجاد می‌شوند و به محض درمان معنویت آسیب دیده، اختلالات روانی افراد از قبیل اضطراب و افسردگی نیز درمان می‌شوند (ریچاردز و پوتس^{۱۱}، ۱۹۹۵؛ ریچاردز

1. Pargament
2. Richards & Bergin
3. Hodge
4. Rose, Westefeld & Ansely
5. Worthington, Hook, Davis & McDaniel
6. Tarakeshwar, Pearce & Sikkema
7. Cancer
8. Post Traumatic Stress Disorder
9. Quality of life
10. Depression, Anxiety and Stress
11. Fabricator, Handal & Fenzel

و پوتس، ۱۹۹۵^b؛ ریچاردز و پوتس، ۱۹۹۱). افزون بر این معنویت با افزایش مهارت‌های سازگاری و کیفیت زندگی در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن^۱ که مشکلات روان‌شناختی و جسمانی تنیدگی‌زایی را تجربه می‌کنند ارتباط دارد (ماکروس و مک کابی، ۲۰۰۳؛ ریچاردز، سنتن و سلین، ۲۰۰۷).

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که مداخلات معنوی یا روان‌درمانی‌های مبتنی بر مذهب و معنویت نسبت به درمان‌های غیرمعنوی در کاهش افسردگی موثر می‌باشند (اذهار و وارما، ۱۹۹۵؛ اذهار و وارما، و داراب، ۱۹۹۴؛ بری، ۲۰۰۲؛ هوج، ۲۰۰۶؛ هوک و همکاران، ۲۰۱۰؛ مکلاف، ۱۹۹۹؛ پارگامنت، ۱۹۹۷؛ رضالی، حسانا، امینا، و سوبرا مانیام، ۱۹۹۸؛ اسمیت و همکاران، ۲۰۰۷، تن و جانسون، ۲۰۰۵؛ ودی و وارتینگتون و وگل، ۲۰۰۷؛ وارتینگتون و سندج، ۲۰۰۱). وارتینگتون و همکاران (۲۰۱۱) با انجام فراتحلیلی از ۴۶ مداخله معنویت محور به این نتیجه رسیدند که درمان‌های معنوی با افراد مذهبی و معنوی خیلی بیشتر از درمان‌های مبتنی بر روان‌درمانگری موثرتر بودند. زمانیکه این درمان‌ها با درمان‌های غیرمعنوی مورد مقایسه قرار گرفتند، نشان دادند که درمان‌های معنوی دو برابر دیگر درمان‌ها اثربخش بودند. علاوه بر این ۷۷ تا ۸۳ درصد از بیماران بالای ۵۵ سال سن ترجیح می‌دادند که برای درمان بیماری آنها از روان‌درمانی مبتنی بر معنویت استفاده شود (استانلی و همکاران، ۲۰۱۱). در پژوهشی پوکرت و همکاران (۲۰۰۹) نشان دادند که درمان ترکیبی شناختی-رفتاری^۲ با مذهب و معنویت^۳، باعث بهبود مهارت‌های مقابله‌ای در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب تعمیم یافته^۴ شد. افزون بر این، ویسمن، مامان، تاچمن و دورته^۵ (۲۰۱۰) با انجام درمان ترکیبی مذهبی/معنوی با فنون خانواده درمانی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی^۶، نشان دادند که این رویکرد درمانی در بیماران مبتلا به اختلالات شدید روانی از جمله اسکیزوفرنی اثربخش بوده و باعث کاهش علائم بیماری و سازگاری بیماران شده است. باررا و همکاران (۲۰۱۲) نشان دادند که درمان ترکیبی شناختی-رفتاری با تأکید بر مذهب و معنویت، در کاهش علائم اضطراب مانند نگرانی در افراد سالمند اثربخش است. از سوی دیگر نتایج این پژوهش نشان دهنده تداوم بهبودی ناشی از درمان در مدت ۶ ماه پیگیری بود. از دیدگاه این پژوهشگران، رویکرد شناختی-رفتاری مبتنی بر مذهب و معنویت، اثربخش‌تر از سایر فنون می‌باشد. نتایج پژوهش کوزیکی و همکاران (۲۰۱۰)، مداخلات مبتنی بر معنویت را در درمان بیماران مبتلا به اختلال اضطرابی اثربخش گزارش کردند. این

1. patients with chronic pain
2. cognitive behavioral therapy
3. religion and spirituality
4. generalized anxiety disorder
5. Weisman, Maman, Tuchman & Duarte
6. schizophrenia

پژوهش نشان داد که این مداخله باعث کاهش نگرانی، نشانه‌های افسردگی و بهبود سازگاری اجتماعی بیماران شده است. نتایج پژوهش لطفی‌کاشانی، مفید و سرافرازمهر (۱۳۹۲) نشان داد که معنویت‌درمانی در کاهش اضطراب، افسردگی، استرس و پریشانی زنان مبتلا به سرطان سینه اثربخش است.

مداخلات مبتنی بر معنویت می‌تواند شامل درمان‌های مذهبی و یا تقوا با رویکرد معنوی بکار گرفته شود، در حالیکه در درمان‌های مذهب محور فقط از اعتقادات مذهبی مراجعان و از منابع مذهبی آنان برای درمان استفاده می‌گردد. بر اساس گزارش کونیک (۲۰۱۲)، و پیرس و کونیک (۲۰۱۳) درمان‌های معنوی می‌توانند اثر درمان‌های دیگر را افزایش دهند در این مورد در جوامع مسیحی (تاراکشور و همکاران، ۲۰۰۵) و مسلمان (اذهار و وارما، ۱۹۹۵؛ رزالی و همکاران، ۱۹۹۸) پژوهش‌های چندی صورت گرفته و اثربخشی درمان‌های توأم با معنویت را نشان داده‌اند. در یک جمع‌بندی به نظر می‌رسد که تلفیق و ترکیب رویکردهای درمانی معنوی و مذهبی با روش‌های مختلف روان‌درمانی می‌تواند باعث ارتقای اثربخشی این روش‌ها گردد.

افزون بر این روش دیگری که برای درمان افراد مبتلا به درد مزمن^۱ (بیماران مبتلا به شرایط مزمن پزشکی) با مشکلات روانشناختی و جسمانی (اختلالات افسردگی و اضطرابی) در نظر گرفته شده است (طرح‌ریزی شده است)، مدل ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس^۲ که دائماً در پیشینه‌های پژوهشی اثربخش گزارش شده است (کابات-زین^۳، ۱۹۹۰؛ پیترسن و همکاران، ۲۰۱۶). این درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی تلفیقی، مبتنی بر روان‌شناسی شرقی بودایی است که برای کاهش مشکلات روانشناختی و بیماری‌های روانی بکار گرفته شده‌اند (اپستین، ۱۹۹۵؛ روبین، ۱۹۹۶؛ پیترسن و همکاران، ۲۰۱۶؛ شونین، وان‌گوردون و گریفیت^۴، ۲۰۱۶). اثربخشی روش ذهن آگاهی در اختلال‌های روانشناختی و جسمانی مانند افسردگی، اضطراب و نشخوار ذهنی^۵ (کراولی، ۲۰۱۵)؛ تحمل درد، بهزیستی روانشناختی، فعالیت جسمانی (کینکستون و همکاران، ۲۰۰۷)؛ اضطراب، افسردگی و سوء مصرف مواد (هافمن، سایر، وایت و او^۶، ۲۰۱۰؛ ولش همکاران، ۲۰۰۹؛ پیترسن و همکاران، ۲۰۱۶؛ گروسمن و همکاران، ۲۰۰۷)؛ اختلالات روانپزشکی^۷ (چیسا و سرتی^۸، ۲۰۱۱)؛ کاهش علائم روانشناختی و افزایش کیفیت زندگی^۹ (کابات-زین، ۱۹۸۲، ۱۹۹۰)؛ و افزایش سلامت‌روانی

1. chronic pain
2. Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)
3. Kabat-Zinn
4. Shonin, Van Gordon & Griffiths
5. mental rumination
6. Hofmann, Sawyer, Witt & Oh
7. psychiatric disorders
8. Chiesa & Serretti
9. quality of Life

و جسمانی (بی‌شاپ، ۲۰۰۲؛ گراسمان و همکاران، ۲۰۰۴؛ تیزدل و همکاران، ۲۰۰۲) گزارش شده است. افزون بر این اثربخشی مدل ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس در مقابله با تنیدگی^۱، بیماری، درد و زندگی روزانه (روزنزیوینگ و همکاران، ۲۰۱۰)؛ مقابله با مشکلات بالینی و غیربالینی (گراسمان و همکاران، ۲۰۰۴)؛ افراد مبتلا به اختلالات مرتبط با تنیدگی و درد مزمن (کابات-زین، ۲۰۰۳)؛ اضطراب^۲ (کابات-زین و همکاران، ۱۹۹۲)؛ درد مزمن (کابات-زین، لپ ورت، و بورنی^۳، ۱۹۸۵)، کاهش اندوه بیماران (بنی‌اسدی و همکاران، ۲۰۱۴)، و کاهش تنیدگی والدین (ون‌دراورد و همکاران، ۲۰۱۲) تأیید شده است. از سوی دیگر، پژوهش‌های انجام شده بیانگر کارایی و اثربخشی درمان‌های روانشناختی^۴ در بیماران مبتلا به درد مزمن می‌باشند (وان‌استراتن و همکاران، ۲۰۱۰؛ کینکستون، چادویک، مرون و اسکینر^۵، ۲۰۰۷؛ هافمن و همکاران، ۲۰۱۰؛ ولش همکاران، ۲۰۰۹؛ روزنزیوینگ و همکاران، ۲۰۱۰؛ گروسمان و همکاران، ۲۰۰۷؛ بنی‌اسدی و همکاران، ۲۰۱۴؛ درویشی، ۱۳۸۸؛ سیگل و همکاران، ۲۰۱۱؛ شمسی و همکاران، ۲۰۰۹؛ پدram و همکاران، ۱۳۸۹). افزون بر این در بین مداخلات روان‌شناختی که در سال‌های اخیر در درمان بیماران مبتلا به درد مزمن جسمانی استفاده شده است، مدل ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس، نخستین بار توسط کابات-زین (۲۰۰۳؛ کابات-زین، لپ ورت، و بورنی، ۱۹۸۵) برای دامنه وسیعی از افراد مبتلا به درد مزمن و اختلالات مرتبط با استرس طراحی و تدوین شده است، و اثربخشی آن نیز در مورد بیماران (مونتی و همکاران، ۲۰۰۶) تأیید شده است.

در هر صورت بسیاری از مطالعات با گروه‌های کوچک انجام شده و نتایج آنها مورد بحث می‌باشد. علاوه بر این پژوهش‌های کنترل شده تجربی که مقایسه اثربخشی معنویت‌درمانی مبتنی بر فرهنگ ایرانی با رویکرد شناختی-رفتاری با ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس را در کاهش افسردگی، اضطراب، استرس در بین بیماران مبتلا به درد مزمن انجام داده باشند، در فرهنگ ایران اسلامی یافت نشده است. افزون بر این، در بافت فرهنگی جوامع جمع‌گرا مانند آسیای شرقی و جوامع مذهبی که تأکید بر نوع دوستی، کمک به دیگران و نزدیکی دارد، افراد وابسته به گروه‌هایشان هستند، برتری و تفوق را به اهداف گروهی می‌دهند و همواره درصدد هستند که با گروه خودی هماهنگ باشند. در مقابل، در بافت فرهنگی جوامع فردنگر مانند آمریکای شمالی و اروپای غربی بر تفرد و حفظ تمایز یافتگی از دیگران تأکید دارد (تریاندیس و سیو^۶، ۲۰۰۲). برای مثال، حضرت نبی اکرم (ص)

-
1. stress
 2. anaxity
 3. Kabat-Zinn, Lipworth & Burney
 4. psychological treatments
 5. Kingston, Chadwick, Meron & Skinner
 6. Triandis & Suh

درباره همت گماشتن به امور مسلمین و خیرخواهی و سود رساندن به آنها فرمودند: «مَنْ أَصْبَحَ وَ لَمْ يَهْتَمَّ بِأُمُورِ الْمُسْلِمِينَ فَلَيْسَ مِنْهُمْ وَ مَنْ سَمِعَ رَجُلًا يُنَادِي يَا لِلْمُسْلِمِينَ فَلَمْ يُجِبْهُ فَلَيْسَ بِمُسْلِمٍ؛ هر کس صبح کند و به امور مسلمانان همت نرزد، از آنان نیست و هر کس فریاد کمک‌خواهی کسی را بشنود و به کمک او نشتابد، مسلمان نیست» (کلینی، ۱۳۷۹). در این میان، مطالعات فرهنگی اندکی به بررسی افسردگی، اضطراب و استرس بیماران مبتلا به درد مزمن در فرهنگ‌های مختلف پرداخته شده است و پژوهش حاضر از این حیث قابل اهمیت می‌باشد. با توجه به اینکه جامعه ایرانی، یک جامعه مذهبی و جمع‌گرا می‌باشد، احتمال دارد که ارتباط این متغیرها متفاوت از جوامع فردگرای امریکایی و اروپایی باشد. لازم است که به طور تجربی این فرضیه مورد آزمایش قرار گیرد و به همین جهت پژوهشگر قصد بررسی اثربخشی این متغیرها را در بافت فرهنگ ایرانی اسلامی دارد. این خلاء پژوهش، پژوهشگر را بر آن واداشت که با الهام از پژوهش‌های قبلی، در مورد جوامع مسیحی این سوال‌ها را مورد بررسی قرار دهد که آیا بین معنویت‌درمانی مبتنی بر فرهنگ ایرانی با رویکرد شناختی-رفتاری با ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس در کاهش افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران مبتلا به درد مزمن تفاوت وجود دارد.

روش

جامعه و نمونه: طرح پژوهش شبه‌آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری است که دارای دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل می‌باشد و هر سه گروه سه بار مورد اندازه‌گیری (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) قرار گرفتند. در این پژوهش دو گروه آزمایش در معرض سطوح مختلف متغیر مستقل بسته‌های آموزشی (۱) معنویت‌درمانی مبتنی بر فرهنگ ایرانی با رویکرد شناختی-رفتاری و (۲) ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس قرار گرفتند. جامعه آماری پژوهش کلیه بیماران مبتلا به درد مزمن عضلانی-اسکلتی مراجعه‌کننده به بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص) در شهر تهران بود. در این پژوهش تعداد ۴۵ نفر که واجد ویژگی‌ها و شاخص‌های شرکت در پژوهش بودند با استفاده از روش نمونه‌گیری داوطلبانه در سه گروه ۱۵ نفره (معنویت‌درمانی، ذهن‌آگاهی و کنترل) طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت مداخله قرار گرفتند. پس از اجرای پیش‌آزمون، دو گروه آزمایش تحت مداخلات معنویت‌درمانی مبتنی بر فرهنگ ایرانی با رویکرد شناختی-رفتاری و درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس قرار گرفتند. در پایان دوره مداخله، هر سه گروه با استفاده از پرسشنامه‌های پژوهش در پس‌آزمون و پیگیری شرکت کردند.

ملاک‌های ورود و خروج آزمودنی‌ها: ملاک ورود آزمودنی‌ها عبارت از داشتن درد مزمن بر اساس معیارهای متخصصین درد مزمن با توجه به ملاک‌های انجمن بین‌المللی درد (IASP)، عدم استفاده از هر نوع مداخله روانشناختی / مشاوره در طی دوره‌ای که

آزمودنی‌ها در جریان درمان قرار می‌گیرند، عدم اختلال‌های روانشناختی مانند افسردگی، و ...، دارا بودن مدرک تحصیلی دیپلم و بالاتر، رضایت شرکت در دوره‌های مورد نظر. افزون بر این ملاک خروج آزمودنی‌ها عبارت از مصرف داروهای روانپزشکی و یا مراجعه به متخصص رفتاری در شش ماه گذشته، عدم وجود درد مزمن و تحصیلات کمتر از دیپلم، و فقدان اختلالات روانپزشکی در سابقه و در زمان اجراء.

ابزارهای پژوهش: (۱) پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی: از این ابزار برای جمع‌آوری اطلاعات جمعیت‌شناختی نظیر سن، تاهل، میزان تحصیلات، وضعیت اقتصادی، محل اصلی درد و ... استفاده شده است.

(۲) مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی! مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی که توسط لوی‌باند و لوی‌باند (۱۹۹۵) ساخته شده است، و دارای سه مولفه و ۲۱ ماده است و هر مولفه شامل ۷ ماده می‌باشد. آزمودنی‌ها هر کدام از این ماده‌ها را در یک مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت از صفر (اصلاً در مورد من صدق نمی‌کند) تا ۳ (کاملاً در مورد من صدق می‌کند) پاسخ دادند. ضریب آلفای کرونباخ برای هر یک از مولفه‌های افسردگی، اضطراب و تنیدگی به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۱ و ۰/۸۹ می‌باشد (لوی‌باند و لوی‌باند، ۱۹۹۵). در ایران روایی و اعتبار این مقیاس توسط صاحبی و همکاران (۲۰۰۵) مورد بررسی قرار گرفته بود و اعتبار بازآزمایی برای مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۷۷ و ۰/۷۴ و ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۴ و ۰/۷۸ گزارش شده است. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۷۹ و ۰/۷۶ بود.

روش اجرای پژوهش: در این پژوهش گروه‌های آزمایش هفته‌ای دوبار با استفاده از بسته‌های آموزشی معنویت‌درمانی مبتنی بر فرهنگ ایرانی با رویکرد شناختی-رفتاری و ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس برای هر کدام ۸ جلسه و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه برگزار شد. به منظور رعایت اخلاق پژوهش به تمامی آزمودنی‌ها در مورد محرمانه بودن نتایج پژوهش اطمینان داده شد. در مورد گروه کنترل که تنها ابزارهای پژوهش را تکمیل کردند، جلسات برنامه‌ای خنثی که ارتباطی با درمان گروه‌های آزمایشی (۲۱) و متغیرهای وابسته نداشت، اجراء گردید. پس از پایان دوره مجدداً در مرحله پس‌آزمون و پیگیری ابزارهای پژوهش اجرا شد تا تأثیر دوره درمانی بر کاهش اضطراب، افسردگی و استرس در بیماران مبتلا به درد مزمن اندازه‌گیری گردد. در نهایت بررسی پایداری اثرات درمانی در بستر زمان بعد از یک ماه انجام شد.

طراحی و تدوین پروتکل‌های پژوهش: الف) طراحی و تدوین پروتکل معنویت‌درمانی مبتنی بر فرهنگ ایرانی با رویکرد شناختی-رفتاری با بررسی و الهام از (راهنمای عملی) پروتکل‌های موجود در حیطه معنویت‌درمانی در پژوهش‌هایی که بر روی بیماران مبتلا به درد مزمن اجراء شده، ساخته شده است (ریچاردز و برگین، ۲۰۰۴، ۲۰۰۵؛ پارگامنت، ۲۰۰۷؛ پروپست و همکاران، ۲۰۱۴). مراحل طراحی و تدوین پروتکل معنویت‌درمانی عبارت است از: ۱) بررسی پروتکل‌هایی که در پژوهش‌های معنویت‌درمانی انجام شده است، ابعاد آنها را مشخص و بعنوان یک منبع غنی از آنها استفاده شد. ۲) با بررسی متون تجربی (مقالات و کتاب‌های متخصصان در حوزه معنویت و متون دینی و اسلامی (شامل: قرآن کریم، احادیث، روایات، ذکر و دعا‌هایی مانند دعای کمیل، صحیفه سجاده، مفاتیح الجنان، اصول کافی و ...)) ابعاد مهم معنویت را استخراج کرده و از آن منابع در تدوین پروتکل نهایی استفاده شد. ۳) در زمان ساخت و تدوین پروتکل معنویت‌درمانی از نظرات متخصصان داخلی و خارجی استفاده شد. ۴) در نهایت الگوی معنویت‌درمانی با استفاده از روش تحقیق کمی و کیفی ارائه شد و این الگو را در عملیاتی کردن و پیاده نمودن بصورت برنامه مداخله بکار برده شد. در مجموع منابع فوق‌الذکر اطلاعات وسیع و مستند درباره درمان‌های معنوی در اختیار ما گذاشتند. در این صورت به تدوین پروتکل اقدام شد.

ب) طراحی و تدوین پروتکل ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس با بررسی و الهام از (راهنمای عملی) پروتکل‌های موجود در حیطه ذهن‌آگاهی در پژوهش‌هایی که بر روی بیماران مبتلا به درد مزمن اجراء شده، ساخته شده است (کابات-زین، ۲۰۱۳؛ کابات-زین، ۱۹۹۰؛ کابات-زین و سانتورلی، ۱۹۹۹؛ مونتی و همکاران، ۲۰۰۶). مراحل طراحی و تدوین پروتکل ذهن‌آگاهی عبارت است از: ۱) با استفاده از پروتکل درمانی ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس، که توسط کابات-زین برای دامنه‌ی وسیعی از افراد مبتلا به درد مزمن و اختلالات مرتبط با استرس طراحی و تدوین شده است و در پژوهش‌های قبلی بکار برده شده استفاده شد. ۲) در نهایت برای بررسی تناسب فرهنگی و بومی این پروتکل از نظرات افراد متخصص در ایران استفاده شد. افزون بر این پس از تهیه پروتکل‌ها با استفاده از منابع فوق‌الذکر و نظرات اساتید خبره ایرانی اعتباریابی شدند. برای سنجش پایایی و دقت آنها، برنامه آماده شده به چند نفر ارائه شد تا ضریب حساسیت و اختصاصی این پروتکل‌ها در مورد بیماران مبتلا به درد مزمن را مشخص کنند. در این پژوهش ارزیابی محتوای جلسات توسط داوران برای بسته آموزشی معنویت‌درمانی با میانگین ۸/۱۴ و بسته ذهن‌آگاهی ۸/۱۸ که نشان دهنده توافق بالای داوران درباره اعتبار و روائی آنها می‌باشد. افزون بر این اعتبار و روائی محتوایی این بسته‌ها با استفاده از روش لاشه که ضریب روائی محتوایی^۱ نیز معروف

است (شولتز، ویتنی و زیکار، ۲۰۱۴) برای معنویت‌درمانی نمره ۰/۷۱ و ذهن‌آگاهی ۰/۷۵ بدست آمد و این رقم بزرگ و نزدیک به عدد یک نشان دهنده روایی بالای بسته‌های آموزشی معنویت‌درمانی و ذهن‌آگاهی می‌باشد. شرح مختصری از محتوای جلسات بسته‌های آموزشی عبارت از:

جدول ۱. بسته آموزشی معنویت‌درمانی مبتنی بر فرهنگ ایرانی با رویکرد شناختی-رفتاری	
جلسه ۱	معارفه و اجراء پیش‌آزمون، ایجاد ارتباط و جلب اعتماد، آگاه نمودن بیماران با ساختار جلسات، تعیین اهداف درمانی با همکاری و مشارکت بیماران. توصیف بعد معنوی انسان: تعریف معنویت و دین، تفاوت‌ها و شباهت‌های آنها. ارائه تکالیف برای جلسه بعد.
جلسه ۲	مرور تکالیف جلسه قبل، آسیب‌های معنوی: تحریفات شناختی درباره صفات خداوند و ارتباط خدا با انسان‌ها. توصیف افسردگی، اضطراب، استرس و نشانگان روابط بین آنها. ارائه تکالیف برای جلسه بعد.
جلسه ۳	مرور تکالیف جلسه قبل، بکارگیری روش‌های شناختی برای برطرف کردن تحریفات شناختی درباره صفات خداوند و ارتباط خدا با انسان‌ها. افکار خودآیند تحریف شده، پیشایندها، افکار و پیامدها. ارائه تکالیف برای جلسه بعد.
جلسه ۴	مرور تکالیف جلسه قبل، بکارگیری مقابله‌های معنوی در حل مشکلات و کاهش استرس‌ها: توکل، تفویض و واگذاری به خدا، و صبر. مروری بر تحریفات شناختی. ارائه تکالیف برای جلسه بعد.
جلسه ۵	مرور تکالیف جلسه قبل، شکرگذاری از خدا و تشکر از مردم به خاطر خوبی‌ها (لطف و محبت خدا و مردم به انسان). روش‌های اصلاح افکار خودآیند ناکارآمد. ارائه تکالیف برای جلسه بعد. جلسه
جلسه ۶	مرور تکالیف جلسه قبل، ذکر، نماز، نیایش و دعا. بکارگیری روش‌های رفتاری مانند: ریلکسیشن- (تنش‌زدایی) و حساسیت‌زدایی تدریجی. ارائه تکالیف برای جلسه بعد.
جلسه ۷	مرور تکالیف جلسه قبل، مدارا و محبت، احسان و بخشش (عفو و گذشت) با مردم. روش‌های حل مسئله در مسائل اجتماعی، ارائه تکالیف برای جلسه بعد.
جلسه ۸	مرور تکالیف جلسه قبل، مشاهده طبیعت بعنوان نشانه خداوند و لذت بردن از تحسین شاعرانه طبیعت (پخش تصاویر و فیلم). روش‌های مواجهه تدریجی، تصویری و در محیط واقعی، اجراء پس‌آزمون، پاسخ به سؤالات و جمع‌بندی و نتیجه‌گیری
جدول ۲. بسته آموزشی ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس	
جلسه ۱	معرفی اعضا، اجرای پیش‌آزمون، مشخص کردن ضوابط و روابط بین اعضا، معرفی کردن تمرین مربوط به کشمش و یا هر تمرین دیگری که انسان را در زمان حال نگه می‌دارد، تمرکز بر دم و بازدم، ارائه تکالیف برای جلسه بعد.
جلسه ۲	معرفی اعضا، اجرای پیش‌آزمون، مشخص کردن ضوابط و روابط بین اعضا، معرفی کردن تمرین مربوط به کشمش و یا هر تمرین دیگری که انسان را در زمان حال نگه می‌دارد، تمرکز بر دم و بازدم، ارائه تکالیف برای جلسه بعد.
جلسه ۳	مرور تکالیف جلسه قبل، تمرینات مربوط به دیدن و شنیدن در زمان حال، مراقبه در حال نشستن، تمرینات تنفسی سه دقیقه‌ای، قدم زدن و تفریح ذهن آگاهانه، آگاهی به رویدادهای ناخوشایند روزانه. ارائه تکالیف برای جلسه بعد.
جلسه ۴	مرور تکالیف جلسه قبل، ادامه تمرینات مربوط به دیدن و شنیدن در زمان حال، مراقبه در حال نشستن، تعریف حد و مرز افسردگی، تعیین افکار خودآیند منفی، مشخص کردن ملاک تشخیص افسردگی. ارائه تکالیف برای جلسه بعد.

جلسه ۵	مرور تکالیف جلسه قبل، انجام مراقبه در حال نشستن، تمرینات تنفسی، تمرین‌های مربوط با ذهن- آگاهی و حضور در لحظه، ارائه تکالیف برای جلسه بعد.
جلسه ۶	مرور تکالیف جلسه قبل، مراقبه در حال نشستن، نظارت و مشاهده بر خلق و خوی خویشتن، تمرینات تنفسی در فضای آزاد، بکارگیری تکنیک مشاهده افکار و احساسات. ارائه تکالیف برای جلسه بعد.
جلسه ۷	مرور تکالیف جلسه قبل، مراقبه در حال نشستن، تمرینات مرتبط با پیدا کردن رابطه بین فعالیت‌های گوناگون و خلق و خو و احوال انسان، انجام فعالیت‌های لذت‌آور و خوشایند که چیرگی انسان را نسبت به طبیعت نشان می‌دهد. مشخص کردن فعالیت‌هایی که در هنگام خلق پایین، انسان باید انجام دهد. ارائه تکالیف برای جلسه بعد.
جلسه ۸	مرور تکالیف جلسه قبل، اسکن بدن یا واریسی اعضاء مختلف بدن از لحاظ داشتن یا نداشتن استرس. مرور بر تمام جلسات قبلی، بحث در مورد برنامه‌های مثبت برای حفظ شادابی و تمرینات مرتبط با آن، و اجراء پس آزمون.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها: در این پژوهش از میانگین، انحراف معیار و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-22 استفاده شده است.

یافته‌ها

جدول ۳. ویژگی‌های جمعیت شناختی بیماران مبتلا به درد مزمن در گروه‌های مورد پژوهش

گروه‌ها	معنویت‌درمانی با رویکرد		ذهن آگاهی مبتنی		کنترل	
	شناختی-رفتاری	شناختی-رفتاری	بر کاهش استرس	بر کاهش استرس	کنترل	کنترل
متغیرها	n= ۱۵		n= ۱۵		n= ۱۵	
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
جنسیت	مرد	۴	۲۶/۷	۴	۲۶/۷	۵
	زن	۱۱	۷۳/۳	۱۱	۷۳/۳	۱۰
تاهل	متاهل	۱۴	۹۳/۳	۱۱	۷۳/۳	۱۲
	مجرد	۱	۶/۷	۴	۲۶/۷	۳
سن	۳۱-۴۰	۲	۱۳/۳	۳	۲۰/۰	۴
	۴۱-۵۰	۶	۴۰/۰	۹	۶۰/۰	۹
	۵۱-۶۰	۷	۴۶/۷	۳	۴۰/۰	۲
شغل	شاغل	۴	۲۶/۷	۱۴	۹۳/۳	۱۰
	بیکار	۱۱	۷۳/۳	۱	۶/۷	۵
	دیپلم	۹	۶۰/۰	۶	۴۰/۰	۳
سطح تحصیلات	لیسانس	۴	۲۶/۷	۶	۴۰/۰	۸
	فوق لیسانس	۱	۶/۷	۲	۱۳/۳	۴
	دکتری	۱	۶/۷	۱	۶/۷	-
سطح درآمد	کمتر از ۱ میلیون تومان	۳	۲۰/۰	۲	۱۳/۳	۳
	۱ تا ۲ میلیون تومان	۷	۴۶/۷	۵	۳۳/۳	۵
	۲ تا ۳ میلیون تومان	۴	۲۶/۷	۴	۲۶/۷	۴
	۳ تا ۴ میلیون تومان	-	-	۳	۲۰/۰	۳

-	-	۶/۷	۱	۶/۷	۱	۴ تا ۵ میلیون تومان	
۶/۷	۱	۲۰/۰	۳	۲۰/۰	۳	سر	
۶/۷	۱	۶/۷	۱	۶/۷	۱	گردن	
۶/۷	۱	۶/۷	۱	۱۳/۳	۲	شانه‌ها	
۶/۷	۱	-	-	۱۳/۳	۲	سینه و شکم	محل اصلی
۳۳/۳	۵	۲۰/۰	۳	۲۶/۷	۴	پشت و کمر	درد
۶/۷	۱	۶/۷	۱	-	-	لگن	
۲۰/۰	۳	-	-	-	-	دست‌ها	
۱۳/۳	۲	۴۰/۰	۶	۲۰/۰	۳	پاها	

جدول ۱ فراوانی و درصد ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بیماران مبتلا به درد مزمن در گروه‌های آزمایشی معنویت‌درمانی مبتنی بر فرهنگ ایرانی با رویکرد شناختی-رفتاری، ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس و گروه کنترل را نشان می‌دهد.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای افسردگی، اضطراب و استرس در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های مورد پژوهش

گروه‌ها	متغیرها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
معنویت‌درمانی	افسردگی	۱۵/۴۷	۱/۶۴	۴/۸۷	۱/۹۶	۳/۰۰
مبتنی بر فرهنگ ایرانی با رویکرد شناختی-رفتاری	اضطراب	۱۴/۲۰	۱/۷۰	۴/۲۰	۲/۳۴	۲/۳۰
افسردگی	اضطراب	۱۵/۸۷	۲/۴۲	۵/۰۷	۲/۵۲	۲/۲۶
مبتنی بر کاهش استرس	افسردگی	۱۴/۴۰	۲/۱۳	۵/۵۳	۳/۴۶	۲/۷۰
مبتنی بر کاهش استرس	اضطراب	۱۴/۶۰	۱/۵۹	۵/۴۷	۲/۰۰	۲/۲۱
افسردگی	اضطراب	۱۵/۰۷	۱/۷۵	۶/۱۳	۲/۷۲	۳/۲۰
گروه کنترل	افسردگی	۱۶/۶۰	۱/۹۲	۱۵/۶۷	۲/۰۲	۲/۸۸
	اضطراب	۱۳/۴۷	۲/۷۰	۱۲/۶۷	۱/۹۵	۱/۱۳
	استرس	۱۴/۰۰	۲/۳۳	۱۲/۸۰	۱/۹۷	۱/۶۴

نتایج جدول ۲ میانگین و انحراف معیار افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران مبتلا به درد مزمن در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را در گروه‌های آزمایشی معنویت‌درمانی مبتنی بر فرهنگ ایرانی با رویکرد شناختی-رفتاری و ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس و کنترل نشان می‌دهد. برای اجرای آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مفروضه‌های مربوط به این روش آماری ضروری است. افزون بر این مفروضه‌های اساسی نرمال بودن مانند ضریب چولگی، ضریب کشیدگی، آزمون کولموگراف اسمیرنف، آزمون کرویت موچلی درباره همگنی ماتریس واریانس-کواریانس و آزمون لوین برای بررسی یکسانی خطای واریانس درباره متغیرهای وابسته رعایت شده است. در جدول ۳ نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر ارائه شده است. همانطور که مشاهده می‌شود نتایج

آزمون چندمتغیره اثر شاخص لامبدای ویلکز برای هر یک از اثرات درون‌گروهی و بین‌گروهی گزارش شده است. به طور معمول در بیشتر ادبیات پژوهش لامبدای ویلکز گزارش می‌شود.

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیری

اثر	ارزش F	df فرضیه	df خطا	P	مجدوراتای پاره ای	توان آزمون
گروه‌ها	۰/۱۲۴	۶/۰۰۰	۸۰/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۶۴۷	۱/۰۰۰
زمان	۰/۰۳۹	۶/۰۰۰	۳۷/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۹۶۱	۱/۰۰۰
زمان* گروه‌ها	۰/۰۹۷	۱۲/۰۰۰	۷۴/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۶۸۸	۱/۰۰۰

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که (۱) اثر گروه‌ها بر افسردگی، اضطراب و استرس در آزمون ویلکز (۰/۱۲۴) معنادار است ($F=۲۴/۴۹, P> ۰/۰۰۱$). افزون بر این بین گروه‌های آزمایش و کنترل در افسردگی، اضطراب و استرس تفاوت معنادار وجود دارد. (۲) اثر زمان اندازه‌گیری بر افسردگی، اضطراب و استرس در آزمون ویلکز (۰/۰۳۹) معنادار است ($F=۱۵۳/۸۲, P< ۰/۰۰۱$). افزون بر این بین میانگین افسردگی، اضطراب و استرس در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین میانگین افسردگی، اضطراب و استرس در اثر مداخلات در پس‌آزمون و پیگیری کاهش یافته است. (۳) اثر تعامل بین گروه‌ها و زمان اندازه‌گیری بر افسردگی، اضطراب و استرس در آزمون ویلکز (۰/۰۹۷) معنادار است ($F=۱۳/۶۰, P> ۰/۰۰۱$). بنابراین می‌توان بیان کرد که میانگین افسردگی، اضطراب و استرس در زمان‌های مختلف با توجه به سطوح متغیرها تفاوت معناداری دارد.

جدول ۴. نتایج تحلیل درون‌آزمودنی برای متغیرهای افسردگی، اضطراب و استرس

منبع	توان آزمون	مجدوراتای پاره‌ای	P	F	میانگین مجدوراتان	درجه آزادی	مجموع مجدوراتان	آزمون‌ها	تفسیر
زمان	۱/۰۰۰	۰/۸۳۱	۰/۰۰۱	۲۰۶/۵۴	۱۰۵۲/۶۴	۱/۷۲	۱۸۱۳/۱۷	گرین‌هاس-گیسر	افسردگی
	۱/۰۰۰	۰/۸۳۴	۰/۰۰۱	۲۱۱/۴۸	۷۰۲/۰۲	۲	۱۴۰۴/۰۴	فرض کرویت	اضطراب
	۱/۰۰۰	۰/۷۳۶	۰/۰۰۱	۱۱۷/۲۰	۶۰۱/۶۷	۲	۱۲۰۳/۳۳	فرض کرویت	استرس
زمان* گروه‌ها	۱/۰۰۰	۰/۵۹۵	۰/۰۰۱	۳۰/۹۱	۱۵۷/۵۶	۳/۴۵	۵۴۲/۷۹	گرین‌هاس-گیسر	افسردگی
	۱/۰۰۰	۰/۶۳۸	۰/۰۰۱	۳۷/۰۴	۱۲۲/۹۴	۴	۴۹۱/۷۸	فرض کرویت	اضطراب
	۱/۰۰۰	۰/۵۱۷	۰/۰۰۱	۲۲/۴۷	۱۱۵/۳۶	۴	۴۶۱/۴۲	فرض کرویت	استرس

	۵/۱۰	۷۲/۳۵	۳۶۸/۷۱	گرین‌هاس- گیسر	افسردگی	
خطا	۳/۳۲	۸۴	۲۷۸/۸۴	فرض کرویت	اضطراب	
	۵/۱۳	۸۴	۴۳۱/۲۴	فرض کرویت	استرس	

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که اثر زمان بر افسردگی ($F=206/54, P< 0/001$)، اضطراب ($F=211/48, P< 0/001$) و استرس ($F=117/20, P< 0/001$) معنادار است. افزون بر این بین نمرات افسردگی، اضطراب و استرس در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد. (۲) اثر تعامل زمان و گروه‌ها بر افسردگی ($F=30/91, P< 0/001$)، اضطراب ($F=37/04, P< 0/001$) و استرس ($F=22/47, P< 0/001$) معنادار است. افزون بر این تفاوت میانگین نمرات افسردگی، اضطراب و استرس در زمان‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با توجه به سطوح متغیر گروه‌ها (گروه‌های آزمایش و کنترل) متفاوت است.

جدول ۵. نتایج مقابله‌های درون آزمودنی‌ها برای متغیرهای افسردگی، اضطراب و استرس

منبع	متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات آزادی	درجه	میانگین مجذورات	F	P	مجذوراتی توان پاره‌ای	آزمون
۱ زمان	افسردگی	۱۴۶۴/۱۰	۱	۱۴۶۴/۱۰	۲۳۸/۹۶	۰/۰۰۱	۰/۸۵۱	۱/۰۰۰
	اضطراب	۱۱۰۹/۵۱	۱	۱۱۰۹/۵۱	۳۰۸/۸۸	۰/۰۰۱	۰/۸۸۰	۱/۰۰۰
	استرس	۹۰۲/۵۰	۱	۹۰۲/۵۰	۱۹۱/۷۰	۰/۰۰۱	۰/۸۲۰	۱/۰۰۰
۱ زمان* گروه‌ها	افسردگی	۳۲۱/۰۷	۲	۱۶۰/۵۳	۲۶/۲۰	۰/۰۰۱	۰/۵۵۵	۱/۰۰۰
	اضطراب	۳۴۹/۶۲	۲	۱۷۴/۸۱	۴۸/۶۷	۰/۰۰۱	۰/۶۹۹	۱/۰۰۰
	استرس	۳۸۸/۲۷	۲	۱۹۴/۱۳	۴۱/۲۴	۰/۰۰۱	۰/۶۶۳	۱/۰۰۰
خطا	افسردگی	۲۵۷/۳۳	۴۲	۶/۱۳				
	اضطراب	۱۵۰/۸۷	۴۲	۳/۵۹				
	استرس	۱۹۷/۷۳	۴۲	۴/۷۰				

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که اثر زمان بر افسردگی ($F=238/96, P< 0/001$)، اضطراب ($F=308/88, P< 0/001$) و استرس ($F=191/70, P< 0/001$) معنادار است. افزون بر این بین زمان‌ها در افسردگی، اضطراب و استرس تفاوت معناداری وجود دارد و تغییرات روند در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری از روند درجه ۲ (تغییرات غیرخطی) برخوردار است. به عبارت دیگر سه مرحله با یکدیگر متفاوت می‌باشند. (۲) اثر تعامل زمان و گروه‌ها بر افسردگی ($F=26/20, P< 0/001$)، اضطراب ($F=48/67, P< 0/001$) و استرس ($F=41/24, P< 0/001$) معنادار است. افزون بر این بین زمان‌ها در افسردگی، اضطراب و استرس تفاوت معناداری وجود دارد و تغییرات روند در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری از روند درجه ۲ (تغییرات غیرخطی) برخوردار است. به عبارت دیگر سه مرحله با یکدیگر متفاوت می‌باشند.

جدول ۶. نتایج مقایسه زوجی سه گروه معنویت‌درمانی با رویکرد شناختی-رفتاری، ذهن‌آگاهی و کنترل برای افسردگی، اضطراب و استرس

متغیر وابسته	گروه (i)	گروه (j)	تفاوت میانگین‌ها (i-j)	خطای انحراف استاندارد	سطح معناداری
افسردگی	معنویت‌درمانی	ذهن‌آگاهی	-۰/۱۵۶	۰/۵۸۰	۰/۷۹۰
	معنویت‌درمانی	کنترل	-۶/۹۳۳*	۰/۵۸۰	۰/۰۰۱
	ذهن‌آگاهی	کنترل	-۶/۷۷۸*	۰/۵۸۰	۰/۰۰۱
اضطراب	معنویت‌درمانی	ذهن‌آگاهی	-۰/۹۵۶	۰/۵۰۹	۰/۰۶۷
	معنویت‌درمانی	کنترل	-۵/۲۴۴*	۰/۵۰۹	۰/۰۰۱
	ذهن‌آگاهی	کنترل	-۴/۲۸۹*	۰/۵۰۹	۰/۰۰۱
استرس	معنویت‌درمانی	ذهن‌آگاهی	-۰/۸۲۲	۰/۶۱۷	۰/۱۹۰
	معنویت‌درمانی	کنترل	-۵/۱۷۸*	۰/۶۱۷	۰/۰۰۱
	ذهن‌آگاهی	کنترل	-۴/۳۵۶*	۰/۶۱۷	۰/۰۰۱

نتایج جدول ۶ به منظور بررسی تفاوت بین افسردگی، اضطراب و استرس در دو گروه معنویت‌درمانی مبتنی بر فرهنگ ایرانی با رویکرد شناختی-رفتاری و ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس نشان می‌دهد که میانگین افسردگی، اضطراب و استرس در هر دو گروه با یکدیگر تفاوت معناداری ندارند. به عبارت دیگر اثربخشی مداخله درمانی در هر دو گروه معنویت‌درمانی مبتنی بر فرهنگ ایرانی با رویکرد شناختی-رفتاری و ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس در بیماران مبتلا به درد مزمن یکسان بوده است. افزون بر این افسردگی، اضطراب و استرس در بین گروه‌های معنویت‌درمانی مبتنی بر فرهنگ ایرانی با رویکرد شناختی-رفتاری و ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس با گروه کنترل تفاوت معناداری دارند. میانگین افسردگی، اضطراب و استرس (مراجعه به جدول ۱) در گروه‌های معنویت‌درمانی مبتنی بر فرهنگ ایرانی با رویکرد شناختی-رفتاری و ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس پایین‌تر از گروه کنترل می‌باشد. به عبارت دیگر اثربخشی معنویت‌درمانی مبتنی بر فرهنگ ایرانی با رویکرد شناختی-رفتاری و ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس در کاهش افسردگی، اضطراب و استرس بیشتر از گروه کنترل در بیماران مبتلا به درد مزمن می‌باشد. در نهایت مقایسه زوجی سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش در جدول ۷ گزارش شده است.

جدول ۷. نتایج مقایسه زوجی سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برای افسردگی، اضطراب و استرس

متغیر وابسته	زمان (i)	زمان (j)	تفاوت میانگین‌ها (i-j)	خطای انحراف استاندارد	سطح معناداری
افسردگی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۷/۴۴۴*	۰/۴۰۹	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۸/۰۶۷*	۰/۵۲۲	۰/۰۰۱

۰/۱۱۰	۰/۳۸۱	۰/۶۲۲	پیگیری	پس آزمون	
۰/۰۰۱	۰/۳۴۳	۶/۶۴۴*	پس آزمون	پیش آزمون	
۰/۰۰۱	۰/۴۰۰	۷/۰۲۲*	پیگیری	پیش آزمون	اضطراب
۰/۳۵۸	۰/۴۰۷	-۰/۳۷۸	پیگیری	پس آزمون	
۰/۰۰۱	۰/۵۰۱	۶/۳۳۳*	پس آزمون	پیش آزمون	
۰/۰۰۱	۰/۴۵۷	۶/۶۳۳*	پیگیری	پیش آزمون	استرس
۱/۰۰۰	۰/۴۷۳	-۰/۰۰۰	پیگیری	پس آزمون	

نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد که بین افسردگی، اضطراب و استرس در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت از مرحله پیش آزمون تا پس آزمون و پیش آزمون تا پیگیری میانگین گروه آزمایش تغییر معنادار داشته است. در مقایسه پیش آزمون تا پس آزمون و پیش آزمون تا پیگیری تفاوت میانگین گروه آزمایش در سطح ۰/۰۰۱ معنادار می‌باشد. افزون بر این مقایسه میانگین پس آزمون با پیگیری در گروه آزمایش معنادار نمی‌باشد و نشان می‌دهد که در مرحله پیگیری تغییر معناداری در گروه آزمایش ایجاد نشده است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که میانگین افسردگی، اضطراب و استرس در دو گروه معنویت‌درمانی مبتنی بر فرهنگ ایرانی با رویکرد شناختی-رفتاری و ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس با یکدیگر تفاوت معناداری ندارند. به عبارت دیگر اثربخشی مداخله درمانی در هر دو گروه معنویت‌درمانی مبتنی بر فرهنگ ایرانی با رویکرد شناختی-رفتاری و ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس در بیماران مبتلا به درد مزمن یکسان بوده است. مقایسه‌های زوجی نشان می‌دهد که بین افسردگی، اضطراب و استرس در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت از مرحله پیش آزمون تا پس آزمون و پیش آزمون تا پیگیری میانگین گروه آزمایش تغییر معنادار داشته است. در مقایسه پیش آزمون تا پس آزمون و پیش آزمون تا پیگیری تفاوت میانگین گروه آزمایش معنادار می‌باشد. افزون بر این مقایسه میانگین پس آزمون با پیگیری در گروه آزمایش معنادار نمی‌باشد و نشان می‌دهد که در مرحله پیگیری تغییر معناداری در گروه آزمایش ایجاد نشده است. افزون بر این افسردگی، اضطراب و استرس در بین گروه‌های معنویت‌درمانی مبتنی بر فرهنگ ایرانی با رویکرد شناختی-رفتاری و ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس با گروه کنترل تفاوت معناداری دارند. میانگین‌های افسردگی، اضطراب و استرس (مراجعه به جدول ۲) در گروه‌های معنویت‌درمانی مبتنی بر فرهنگ ایرانی با رویکرد شناختی-رفتاری و ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس پایین‌تر از گروه کنترل می‌باشند. به عبارت دیگر اثربخشی معنویت‌درمانی مبتنی بر فرهنگ ایرانی با

رویکرد شناختی-رفتاری و ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس در کاهش افسردگی، اضطراب و استرس بیشتر از گروه کنترل در بیماران مبتلا به درد مزمن می‌باشند. پژوهش‌هایی که بتوان نتایج این پژوهش را با نتایج آنها مقایسه کرد، در دسترس نبودند، و به نظر می‌رسد که در این زمینه خاص، پژوهش مقایسه‌ای بین معنویت‌درمانی مبتنی بر فرهنگ ایرانی با رویکرد شناختی-رفتاری با ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس صورت نگرفته است. اما با توجه به مبانی نظری و پیشینه پژوهش، پژوهش‌هایی که در زمینه اثربخشی معنویت‌درمانی و ذهن‌آگاهی بر روی بیماران انجام شده است، نتایج آنها اثربخش گزارش شده است. از سوی دیگر تحلیل این فرضیه نشان داد که (۱) آموزش معنویت‌درمانی مبتنی بر فرهنگ ایرانی با رویکرد شناختی-رفتاری به طور معناداری موجب کاهش افسردگی، اضطراب و استرس در مقایسه با گروه کنترل در بیماران مبتلا به درد مزمن شده است. این نتایج با یافته‌های بسیاری از پژوهش‌های گذشته (اکور، ۲۰۱۶؛ لین، یو، و لوین، ۲۰۱۴؛ بوری سنکو و بوری سنکو، ۱۹۹۴؛ اکستین و کرن، ۲۰۰۲؛ لطفی کاشانی و همکاران، ۱۳۹۲؛ محمدی، ۱۳۹۲؛ یعقوبی، سهرابی و محمدزاده، ۱۳۹۱؛ ساندرس و همکاران، ۲۰۱۵؛ کوزیکی و همکاران، ۲۰۱۰؛ اونگ و همکارانش، ۲۰۰۸) همسو است. (۲) آموزش ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس به طور معناداری موجب کاهش افسردگی، اضطراب و استرس در مقایسه با گروه کنترل در بیماران مبتلا به درد مزمن شده است. این نتایج با یافته‌های بسیاری از پژوهش‌های گذشته - (روزنزیویگ و همکاران، ۲۰۱۰؛ کابات-زین، ۲۰۰۳؛ کابات-زین و همکاران، ۱۹۹۲؛ گروسمن و همکاران، ۲۰۰۷؛ ون در اورد و همکاران، ۲۰۱۲؛ هافمن و همکاران، ۲۰۱۰؛ ولش همکاران، ۲۰۰۹؛ فورر و همکاران، ۲۰۱۳؛ شونین، وان‌گوردون و گریفیت، ۲۰۱۶، ۲۰۱۴؛ گوپال و همکاران؛ ۲۰۱۴؛ مک‌کون، ریبل، و مکوزی، ۲۰۱۶؛ فیشر و اسپریچ، ۲۰۱۶؛ شونین، وان‌گوردون و گریفیت، ۲۰۱۶؛ سرپا، تیلور و تیلیچ، ۲۰۱۴؛ هیلتون و همکاران، ۲۰۱۷؛ ولدی و همکاران، ۲۰۱۷؛ کنک، اسموگی و روبینز، ۲۰۱۱ بی‌شاب، ۲۰۰۲؛ گراسمان و همکاران، ۲۰۰۴؛ تیزدل و همکاران، ۲۰۰۲؛ تان و مارتین، ۲۰۱۳؛ سبینجا و همکاران، ۲۰۱۳) همسو است.

در تبیین این یافته که آموزش معنویت‌درمانی مبتنی بر فرهنگ ایرانی با رویکرد شناختی-رفتاری به طور معناداری موجب کاهش افسردگی، اضطراب و استرس در مقایسه با گروه کنترل در بیماران مبتلا به درد مزمن شده است می‌توان گفت که در این جلسات آموزشی تمرکز اصلی بر روی شناخت‌درمانی با استفاده از تغییر شناختی در مورد تصور بیماران در مورد خداوند از طریق چالش‌های شناختی تصاویر منفی از خداوند صورت می‌گرفت متوجه شدند که دیدگاه منفی آنان به خدا اساس منطقی ندارد و ناشی از تعبیر و تفسیر نادرست آنها از خداوند، در دسترس نبودن خداوند و پاسخگو نبودن به خواسته‌ها از طریق انتقال از والدین به خدا صورت گرفته است و اساس نگرش آنها را تشکیل می‌دهد نه تجربه

زیسته آنها به خدا. زمانی که این دیدگاه عوض شد نگرش آنها به خدا مثبت شد و به دنبال آن آنها توانسته اند خدا را در تجربیات زندگی خودشان به صورت پاسخگو و در دسترس ملاحظه نمایند. از سوی دیگر درمانگر هر یک از تحریفات شناختی درباره صفات خداوند را از طریق به چالش کشیدن به اصلاح دیدگاه بیماران درباره خداوند پرداخته تا بیماران به یک بینش و آگاهی درست نسبت به تحریفات شناختی درباره صفات خدا برسند و منجر به تغییرات شناختی و فکری مثبت و مطلوب در بیماران گردد. افزون بر این از طریق فنون و روش‌های شناختی دیگر مانند پژوهش در قرآن، متون دینی و دعاهای معنوی و مذهبی؛ داستان‌های قرآنی، مطالعه کتاب‌ها و منابع شناختی در روانشناسی، درباره صفات خداوند آنچه بیان شده به بیماران بینش و شناختی می‌دهد که از این طریق باعث تغییر شناختی افراد درباره صفات خداوند می‌گردد و این فنون باعث کاهش افسردگی، اضطراب و استرس در مقایسه با گروه کنترل در بیماران مبتلا به درد مزمن در پژوهش حاضر شده است.

افزون بر این آموزش فن تنش زدایی در جلسات آموزشی با بیماران باعث کاهش علائم استرس و اضطراب شده و به آنها کمک کرده تا از یک زندگی با کیفیت بهتر بهره‌مند گردند (بیماران این فن را در جلسات مداخله یاد گرفته‌اند و در خانه و هر مکان دیگری انجام می‌داند). فن آرام‌سازی راهی عالی برای کمک به مدیریت استرس و اضطراب آنها بوده است. آرام‌سازی فرآیندی است که اثرات استرس و اضطراب را بر روی ذهن و بدن کاهش می‌دهد. فن آرام‌سازی به بیماران کمک کرده تا با استرس‌ها و اضطراب‌های روزمره کنار بیایند و در مقابل افسردگی، اضطراب و استرس ناشی از درد جسمانی مزمن آنها محافظت کند.

افزون بر این راهبردها، روش‌ها و فنون مقابله اسلامی ریشه عمیقی در معنویت اسلامی دارند و آمیخته با اشکال متعدد عبادت و نظم اخلاقی می‌باشند. این راهبردهای اسلامی برای مسلمانان عامل بالقوه درمانی، برای مقابله با مشکلات و تغییرات زندگی می‌باشند. فنون مقابله معنوی اسلامی مانند نماز (مهمترین راهبرد دینی عملی)، تضرع به خدا، صبر، توکل به خدا، ذکر (یاد خدا)، و تلاوت قرآن باعث کاهش افسردگی، اضطراب و تنیدگی در زندگی می‌گردد (اکور، ۲۰۱۶). افزون بر این توکل به خدا، موثرترین راه برای هدایت انگیزه و افزایش عملکرد رفتاری مسلمانان است و توکل به خدا نشان دهنده بخش درونی زندگی مسلمانان، بویژه در طی زمانهای تنیدگی‌زا و سختی است و توکل به خدا باعث کاهش افسردگی و اضطراب و تنیدگی در زندگی می‌گردد (اکور، ۲۰۱۶). همچنین توکل و ایمان به خدا باعث درمان بیماران مبتلا به سرطان شده است و تمرینات معنوی و دینی مانند توکل به خدا، حضور در کلیسا، دعا، خواندن متون مقدس و حمایت از طرف دیگران مانند روحانیون در مقابله با بیماری و درمان بیماران سرطانی اثربخش بود (لین، یو، و لوین، ۲۰۱۴).

افزون بر این روان‌درمانگران مداخلات معنوی، تمرینات و فنون درمانی را مورد استفاده قرار می‌دهند که قرن‌ها است به نحوی از انحاء در رفتارهای دینی، معتقدان به ادیان الهی (برای مثال: توکل به خدا، تفویض و واگذاری به خدا، صبر، ذکر، نماز، دعا و نیایش، مدارا و محبت با مردم، و بخشایشگری) از آنها استفاده می‌کنند. افزون بر این تمرینات معنوی و فنون درمانی که بالقوه اثر درمانی دارند و هر کدام از این تمرینات معنوی به اشکال مختلف در ادیان توحیدی از جمله اسلام مورد تأیید قرار گرفته و به کار گرفته شده‌اند. از نظر روانشناسان علت اینکه این تمرینات در ادیان مختلف به کار گرفته شده‌اند و قرون متمادی بشر آنها را به کار بسته است دلالت بر این دارند که نیازهای عمیق انسانی را مطرح نموده و یا به آنها پاسخ می‌گویند و در حل مشکلات انسانها در قرون متمادی مفید واقع شده‌اند. تحقیقات نشان می‌دهند که بسیاری از این تمرینات قدرت بازسازی، توانبخشی و شفابخشی بالایی در بیماریهای روانشناختی و جسمانی دارند (بوری سنکو و بوری سنکو، ۱۹۹۴).

از سوی دیگر اکستین و کرن (۲۰۰۲) در زمینه تأثیر معنویت بر بهبود کیفیت زندگی و سلامت جسمانی و روانشناختی، بیان می‌دارند که معنویت مانند آگاهی از هستی یا نیرویی فراتر از جنبه‌های مادی زندگی بوده و احساس عمیقی از وحدت یا پیوند با کائنات را به وجود می‌آورد. افزون بر این افکار مثبت و سخت‌رویی هر دو از مؤلفه‌های معنویت بوده و با سلامت و مقاومت در برابر تنیدگی ارتباط دارند. تکیه گاه معنوی می‌تواند تأثیر ضربه‌گیری در برابر تنیدگی داشته باشد. از سوی دیگر معنویت به دلیل تأثیر مثبت بر سلامت و بهزیستی فردی، راهی است که در آن، معنای برتر نهایی خلق می‌شود و می‌توان آن را تا حدودی به عنوان یک جنبه سازماندهی شده بنیادی شخصیت در نظر پیدمنت، (۲۰۰۴). نتایج پژوهش لطفی کاشانی و همکاران (۱۳۹۲) نشان داد که معنویت‌درمانی در کاهش اضطراب، افسردگی، تنیدگی و پریشانی زنان مبتلا به سرطان سینه اثربخش است. افزون بر این در پژوهشی ساندرس و همکاران (۲۰۱۵) نشان دادند که معنویت و دینداری درون سو پیش‌بینی‌کننده سلامت‌روانی و عملکرد مثبت شامل سطوح پایین افسردگی، اضطراب، و وسواس اجباری، و سطوح بالای حرمت‌خود کلی، انسجام هویت، خود-تاییدی اخلاقی و معنایابی در زندگی می‌باشد. همچنین معنویت و دین با سلامت‌روانی و عملکرد روانی-اجتماعی مثبت در نوجوانان و جوانان ارتباط مثبت دارد. نتایج پژوهش کوزیکی و همکاران (۲۰۱۰) مداخلات مبتنی بر معنویت را در درمان بیماران مبتلا به اختلال اضطرابی اثربخش گزارش کردند. این پژوهش نشان داد که این مداخله باعث کاهش نگرانی، نشانه‌های افسردگی و بهبود سازگاری اجتماعی بیماران شده است.

افزون بر این نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که انجام فرامین مذهبی و معنوی، ایمان و شرکت در مراسمات معنوی و دینی، می‌توانند نقش مؤثری در پیشگیری افراد از

ابتلا به مشکلات روانی و درمان آن داشته و موجب ارتقاء سطح سلامتی و بهزیستی افراد شوند (هکنی و ساندرز، ۲۰۰۳؛ هیلز و فرانسیس، ۲۰۰۴). این امر برای متخصصان بهداشت روان مهم است که با شناخت باورها و برنامه‌های مذهبی مراجعان، از آن به عنوان یک منبع جایگزین مهم و حمایتی استفاده کرده و با توصیه مراجعان به معنویت و شرکت در مراسمات مذهبی، بتوانند آنها را به آرامش درونی سوق دهند (سولان، ۲۰۰۵). همچنین پژوهش‌های تجربی و دانش بالینی نشان دهنده تأثیر مثبت معنویت و مذهب در سلامت روانی و زندگی بوده است (لوین و چاترز، ۱۹۹۸). این بعد مثبت معنویت تنها در کاهش اختلالات روانی خود را نشان نداده است، بلکه تأثیر معنویت در شادکامی، رضایت از زندگی، داشتن عمر طولانی، کسب درآمد بالا و فرهیختگی علمی نیز نشان داده شده است (فریس، ۲۰۰۲). افزون بر این معنویت و دعا کردن و ارتباط با خداوند (نماز خواندن) باعث ایجاد آرامش و امیدواری و ارتقاء سطح ارتباطات فردی-اجتماعی و در نهایت ارتقاء سطح سلامت و احساس سلامت در مبتلایان به سرطان پستان شده و کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان پستان با عبادت و معنویت افزایش می‌یابد (ریچارد، سنتن و سلین، ۲۰۰۷). امید است که روان‌درمانگران بطور مؤثر این درمانهای معنوی را در جلسات درمانی به کارگیرند و به مراجعان خود کمک کنند تا با مشکلات بهتر کنار بیایند، سریعتر شفا یابند و به رشد و شکوفایی لازم برسند.

از سوی دیگر در تبیین این یافته که آموزش ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس به طور معناداری موجب کاهش افسردگی، اضطراب و استرس در مقایسه با گروه کنترل در بیماران مبتلا به درد مزمن شده است می‌توان گفت که روش مداخله ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس از طریق تمرین‌های مراقبه منظم باعث بالارفتن آگاهی لحظه به لحظه فرد نسبت به احساسات و عواطف معطوف به جسم خود می‌شود و از این طریق بیماران یاد می‌گیرند که با آگاهی و هشیارشدن به افکار هیجانی منفی خود، این نوع افکار را به صورت غیرقضاوتی، پذیرا و همراه با آرامش بیان کنند. این روش به بیماران در ایجاد، حفظ و ارتقای سبک‌های مقابله با بیماری، کاهش استرس، اختلال‌های خلقی و بهبود عملکرد سیستم ایمنی بدن (کارلسون و همکاران، ۲۰۰۱؛ ۲۰۰۳؛ ۲۰۰۴)؛ بهبود اختلالات سلامت روانی (تان و مارتین، ۲۰۱۳)؛ اضطراب (سیبینجا و همکاران، ۲۰۱۳)؛ و درد مزمن (جاسترو و سکی مانو و همکاران، ۲۰۱۳) کمک می‌کند. افزون بر این کاربرد و هدف این مداخلات ایجاد ذهن‌آگاهی روشن و واضح و غیرقضاوتی از آنچه که در هر لحظه متوالی در ادراک فرایندهای روانشناختی درونی مانند افکار، احساسات، تصاویر و غیره، و پیام‌های ارسال از بدن، تا محرک‌های بیرونی وارد شده به اندام‌های حسی بدن رخ می‌دهد، می‌باشد و در نتیجه می‌تواند در کاهش افسردگی، اضطراب و استرس بیماران جسمانی اثربخش باشد.

افزون بر این فرایند درمان در مدل ذهن آگاهی بدین صورت است که با استفاده از فنون ذهن آگاهی افراد مشاهده‌ی عاری از قضاوت و انتقاد، همراه با شفقت نسبت به خود و دیگران را در عمل یاد می‌گیرند؛ آنها می‌آموزند که با مشاهده افکار و هیجانات استرس‌زا الگوی افکار منفی را قبل از آنکه به چرخه معیوب کشیده شوند، تشخیص و شناسایی کنند، به این ترتیب در درازمدت، ذهن آگاهی تغییرات بسیاری در سطوح خلق و خو و سلامت افراد ایجاد می‌کند. پژوهش‌های متعددی نشان داده‌اند که ذهن آگاهی نه تنها از افسردگی جلوگیری می‌کند بلکه اثرات مثبتی بر روی الگوهای ذهنی در زمینه نگرانی، اضطراب، افسردگی، تحریک‌پذیری و عصبانیت دارد (ویلیامز و پنمن، ۲۰۱۲). همچنین در جلسات مداخله درمانی بیماران یاد می‌گیرند از تمرکز بر افکار و احساسات منفی دست بردارند و به ذهن‌شان اجازه دهند تا از الگوی تفکر خودکار به پردازش هیجانی آگاهانه عبور کنند. هر چند هدف اصلی ذهن آگاهی آرام‌سازی نیست اما مشاهده غیر قضاوتی رویدادهای منفی درونی یا برانگیختگی فیزیولوژی باعث بروز این حالت می‌شود. مراقبه ذهن آگاهی باعث فعال شدن ناحیه‌ای از مغز می‌شود که اثربخشی سودمندی در ایجاد عواطف مثبت و کارکرد ایمن‌سازی بدن دارد (دیویدسون و همکاران، ۲۰۰۳).

افزون بر این رویکرد انتخاب شده برای ذهن آگاهی، الگوی کابات-زین برای درمان بیماران مبتلا به درد مزمن می‌باشد. این رویکرد، یک الگوی زیستی-شناختی می‌باشد. برای مثال، با آرام کردن عضلات بدن بیماران به آنها فرصت می‌دهد که میزان تنیدگی خود را با فنون شناختی مانند مراقبه کاهش دهند و این منجر به کاهش افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران مبتلا به درد مزمن می‌شود. افزون بر این برنامه ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بدلیل دارا بودن فنون آگاهانه و به دور از قضاوت می‌تواند در بهبود و کاهش افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران مبتلا به درد مزمن و کاهش شدت درد و کاهش استفاده از راهبردهای مقابله ناکارآمد و فاجعه آفرین اثرات سودمندی داشته باشد. اما باید توجه داشت که تداوم این اثربخشی مستلزم انجام تمرینات مستمر و گسترش فنون ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس در سراسر زندگی بیماران می‌باشد. و این شیوه می‌تواند به یک سبک زندگی در بیماران تبدیل شود.

در یک جمع‌بندی کلی می‌توان نتیجه گرفت که بیماران مبتلا به درد مزمن به دلیل وضعیت دشوار و ناکام کننده بیماری خود، دچار مشکلات روانشناختی متعددی می‌شوند که مهمترین و شایعترین آنها اضطراب، افسردگی و استرس می‌باشد. افزون بر این تحمل درد در بیماران مزمن جسمانی اثر شدیدی بر روی جنبه‌های جسمانی و روانشناختی آنها دارد. در دنیای امروز ارتقای سلامت روانشناختی بیماران از اهمیت زیادی برخوردار می‌باشد. افزون بر این نقش معنویت و دین در بیماری و سلامت در سال‌های اخیر مورد توجه قرار گرفته است. با توجه به نقش معنویت در ارتقای سلامت روانشناختی و جسمانی

(کرو و همکاران، ۲۰۰۵)، اهمیت معنویت و رشد معنوی انسان در چند دهه گذشته به صورت روزافزونی، توجه روانشناسان و پژوهشگران بهداشت روانی را به خود جلب کرده است (اسپیلکا و همکاران، ۲۰۰۳؛ آتن و اسشنسک، ۲۰۰۷؛ آتن و ورتینگوت، ۲۰۰۹؛ کیزدی و همکاران، ۲۰۱۰). از سوی دیگر رویکرد ذهن آگاهی یک الگوی زیستی-شناختی می‌باشد. برای مثال، با آرام کردن عضلات بدن بیماران به آنها فرصت می‌دهد که میزان تنیدگی خود را با فنون شناختی مانند مراقبه کاهش دهند. افزون بر این برنامه ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بدلیل دارا بودن فنون آگاهانه و به دور از قضاوت می‌تواند در کاهش افسردگی، اضطراب و استرس بیماران مبتلا به درد مزمن و کاهش شدت درد و کاهش استفاده از راهبردهای مقابله ناکارآمد و فاجعه آفرین اثرات سودمندی داشته باشد. اما باید توجه داشت که تداوم این اثربخشی مستلزم انجام تمرینات مستمر و گسترش فنون ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس در سراسر زندگی بیماران می‌باشد. و این شیوه می‌تواند به یک سبک زندگی در بیماران تبدیل شود. با گسترش روزافزون رشته روانشناسی سلامت، روانشناسان نقش فعال‌تری در فرایند درمان این بیماری‌ها به عهده گرفته‌اند. افزون بر این با توجه به نتایج پژوهش‌های داخلی و خارجی و نتایج پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که معنویت‌درمانی با رویکرد شناختی-رفتاری و درمان ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس در کاهش افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران مبتلا به درد مزمن اثربخش می‌باشد.

محدودیت‌های پژوهش حاضر این است که پیگیری نتایج درمانی پس از درمان امری ضروری است. در این پژوهش به دلیل محدودیت زمانی و پیش‌بینی افت نمونه، ارزیابی اثربخشی درمان در فواصل زمانی چند ماهه پس از درمان امکانپذیر نبود. افزون بر این پژوهش حاضر به استفاده از نمونه‌ی در دسترس (داوطلبانه) مربوط می‌شود که باید در تعمیم نتایج احتیاط کرد. پیشنهاد می‌گردد با توجه به اینکه در پژوهش حاضر نشان داده شد ۸ جلسه درمان گروهی معنویت‌درمانی مبتنی بر فرهنگ ایرانی با رویکرد شناختی-رفتاری و درمان ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس در کاهش افسردگی، اضطراب و استرس بیماران مبتلا به درد مزمن اثربخش بوده است. حال جا دارد بررسی شود آیا استفاده از تعداد جلسات درمانی بیشتر بر میزان اثربخشی درمان می‌افزاید یا نه؟ افزون بر این پیگیری بهبودی ناشی از درمان در فواصل زمانی مختلف درباره‌ی فواید درمان اطلاعات بیشتری را فراهم می‌کند و علاوه بر جنبه‌ی عملی، از لحاظ نظری نیز حائز اهمیت است. بنابراین پیشنهاد می‌شود اثرات درازمدت درمان نیز مورد بررسی قرار گیرد. همچنین برای پژوهش‌های آینده توصیه می‌شود که درمان گروهی معنویت‌درمانی مبتنی بر فرهنگ ایرانی با رویکرد شناختی-رفتاری و درمان ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس در جمعیت‌های مختلف با حجم نمونه‌های بالاتری آزموده شود تا تعمیم‌پذیری نتایج افزایش یابد.

منابع:

- پدرام، محمد؛ محمدی، مسعود؛ نظیری، قاسم؛ آیین پرست، ندا. (۱۳۸۹). اثر بخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری بر درمان اختلال اضطراب، افسردگی و ایجاد امیدواری در زنان مبتلا به سرطان سینه. *فصلنامه علمی-پژوهشی زن و جامعه*. ۱، ۴، ۶۱-۷۵.
- حمید، نجمه. (۱۳۸۸). بررسی رابطه نگرش مذهبی با سلامت روانی و عملکرد سیستم ایمنی بدن سلولهای T کمکی، سلولهای مهای/انهدامی و سلولهای ضد سرطانی NK. *مطالعات روانشناختی*. ۵، ۱۷-۲۸.
- حمید، نجمه؛ احمدیان، علی و اکبری شایه، یحیی. (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی درمانگری مذهب محور بر میزان امیدواری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان سینه. *مجله پزشکی هرمزگان*. ۱۶، ۳، ۲۱۳-۲۲۱.
- درویشی، حشمت‌الله. (۱۳۸۸). بررسی کاربرد تصویرسازی ذهنی و ریلکسیشن بر کاهش اضطراب، افسردگی بیمارستان و افزایش امید به زندگی در زنان مبتلا به سرطان سینه بیمارستان گلستان اهواز. *پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز*.
- کلینی، محمدبن یعقوب. (۱۳۷۹). *اصول الکافی*. ج ۲ و ۳، ص ۲۳۹، حدیث ۵. ترجمه محمدباقر کمره‌ای، تهران، دفتر مطالعات تاریخ و معارف اسلامی.
- لطفی کاشانی، فرح؛ مفید، بهرام؛ و سرافرازمهر، سعیده. (۱۳۹۲). اثر بخشی معنویت‌درمانی بر کاهش اضطراب، افسردگی و پریشانی زنان مبتلا به سرطان پستان. *اندیشه و رفتار*. ۷، ۲۷-۳۶.
- محمدی، شهناز. (۱۳۹۲). اثر معنویت‌درمانی بر افسردگی زنان سالمند ساکن آسایشگاه سالمندان. *فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی*. ۱۲، ۳، ۷۱-۸۲.
- یعقوبی، حسن؛ سهرابی، فرامرز و محمدزاده، علی. (۱۳۹۱). مقایسه تأثیر رفتار درمانی شناختی و روان‌درمانی معنوی-مذهبی بر کاهش اضطراب پنهان. *فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی*. ۷، ۲، ۱۶۹-۱۵۱.
- Achour, M., Bensaid, B., & Mohd Nor, M. R. B. (2016). An Islamic Perspective on Coping with Life Stressors. *Applied Research Quality Life*. 11: 663-685. DOI 10.1007/s11482-015-9389-8
- Aten, D.J., & Schenck, J. E. (2007). Reflections on religion and health research: An interview with Dr. Harold G. Koenig. *Journal of Religion and Health*. 46, 183-190.
- Aten, D.J., & Worthington, E. L. (2009). Next Steps for Clinicians in Religious and Spiritual Therapy: An Endpiece. *Journal of clinical psychology*. 65, 224-229.
- Avants, S. K., & Margolin. A. (2004). Development of spiritual self-schema (3-S) therapy for the treatment of addictive and HIV risk behavior: A

- convergence of cognitive and Buddhist psychology. *Journal of Psychotherapy Integration*. 14,253–289.10.1037/1053-0479.14.3.253
- Azhar, M. Z., & Varma, S. L. (1995). Religious psychotherapy as management of bereavement. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 91, 233–235.10.1111/j.1600-0447.
- Azhar, M. Z., Varma, S. L., & Dharap, A. S. (1994). Religious psychotherapy in anxiety disorder patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 90, 1–3.10.1111/j.1600-0447.1994.tb01545.x.
- Baniasadi, H., Lotfi, F., & Jamshidifar, Z. (2014). Effectiveness of mindfulness training on reduction of distress of patients infected by breast cancer. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 114, 944-948. Doi: 10.1016/j.sbspro.
- Barrera, T. L., Zeno, D., Bush, A. L., Barber, C. R., Stanley, M. A. (2012). Integrating religion and spirituality into treatment for late-life anxiety: three case studies. *Cognitive and Behavioral Practice*. 19 (2): 346-58.
- Berry, D. (2002). Does religious psychotherapy improve anxiety and depression in religious adults? A review of randomized controlled studies. *International Journal of Psychiatric Nursing Research*. 8:875–890.
- Bishop, S. R. (2002). What do we really know about mindfulness-based stress reduction? *Psychosom Med*. 64: 71–83.
- Bormann, J. E., Gifford, A. L., Shively M, Smith TL, Redwine L, Kelly A., & Belding, W. (2006). Effects of spiritual mantram repetition on HIV outcomes: A randomized controlled trial. *Journal of Behavioral Medicine*. 29:359–376. 10.1007/s10865-006-9063-6.
- Bormann, J. E., Thorp, S. R., Wetherell, J. L., Golshan, S., & Lang, A. J. (2013). Meditation-based mantram intervention for veterans with posttraumatic stress disorder: A randomized trial. *Psychological Trauma, Theory, Research, Practice, and Policy*. 5, 259–267. 10.1037/a0027522.
- Borysenko, J., & Borysenko, M. (1994). *The power of mind to heal: Renewing body, mind, and spirit*. Carson, CA: Hay House.
- Carlson LE, Speca M, Patel KD, Goodey E. (2003). Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress, and immune parameters in breast and prostate cancer outpatients. *Psychosomatic medicine*. 65(4):571-81.
- Carlson LE, Ursuliak Z, Goodey E, Angen M, Speca M. (2001). The effects of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients: 6-month follow-up. *Supportive Care in Cancer*. 9(2):112-23.
- Carlson, L E, Speca M, Patel KD, Goodey E. (2004). Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress and levels of cortisol, dehydroepiandrosterone sulfate (DHEAS) and melatonin in breast and prostate cancer outpatients. *Psychoneuroendocrinology*. 29(4):448-74.
- Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*. 52:685–716.10.1146/annurev.psych.52.1.685
- Chiesa, A., & Serretti, A. (2011). Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry research*. 187(3):441-53.
- Cole, B., & Pargament, K. I. (1999). Re-creating your life: A spiritual/psychotherapeutic intervention for people diagnosed with cancer. *Psycho-Oncology*. 8:395–407.10.1002/ (SICI) 1099-1611.

- Coruh, B., & et al. (2005). Does religious activity improve health outcomes? A critical review of the recent literature. *Explore*, 1, 186-191.
- Covinsky, K. E., Kahana, E., Chin, M. H., Palmer, R. M., Fortinsky, R. H., & Landefeld, C. S. (1999). Depressive symptoms and 3-year mortality in older hospitalized medical patients. *Annals of Internal Medicine*, 130, 563-569. 10.7326/0003-4819-130-7.
- Crawley, R. (2015). Trait mindfulness and autobiographical memory specificity. *Cognitive processing*, 16(1), 79-86.
- Davidson R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. F Urbanowski, F., Harrington, A., Bonus, K., & Sheridan, J. F. (2003) Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65(4), 564-570.
- Davydow, D. S., Russo, J. E., Ludman, E., Ciechanowski, P., Lin, E.H.B., Korff, M. V., & Katon, W. J. (2011). The association of comorbid depression with intensive care unit admission in patients with diabetes: A prospective cohort study. *Psychosomatics*, 42:117-126. 10. 1016/j. psym. 2010. 12. 020.
- Echstein, D., & Kern, R. (2002). *Life style assessment and interventions, life style skills*. Ed: Iowa: Kend/Hunt. 5, 238.
- Epstein, M. (1995). *Thoughts without a thinker: Psychotherapy from a Buddhist perspective*. New York, NY: Basic Books.
- Exline, J., (2008). Beliefs about God and forgiveness in a Baptist church sample. *Journal of Psychology and Christianity*, 27, 131- 139.
- Fabricatore, A. N., Handal, P. J., & Fenzel, L. M. (2000). Personal spirituality as a moderator of the relationship between stressors and subjective well-being. *Journal of Psychology & Theology*, 28, 221-228.
- Ferriss, A. L. (2002). Religion and the quality of life. *Journal of Happiness Studies*, 3, 199-215.
- Foureur, M., Besley, K., Burton, G., Yu, G., & Crisp, J. (2013). Enhancing the resilience of nurses and midwives: Pilot of a mindfulnessbased program for increased health, sense of coherence and decreased depression, anxiety and stress. *Contemporary Nurse*, 45:1, 114-125.
- Fournier, J. C., DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Dimidjian, S., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., & Fawcett, J. (2010). Antidepressant drug effects and depression severity: A patient-level meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 303, 47-53. 10.1001/jama.2009.1943 .
- Gartlehner, G., Hansen, R. A., Morgan, L. C., Thaler, K., Lux, L. J., Van Noord, M., Mager, U., Gaynes, B. N., Thieda, P., Strobelberger, M., Lloyd, S., Reichenpfader, U., & Lohr, K. N. (2007). *Comparative Effectiveness Reviews, No. 46*. Second-Generation Antidepressants in the Pharmacologic Treatment of Adult Depression: An Update of the 2007 Comparative Effectiveness Review. RTI-UNC Evidence-based Practice Center Research Triangle Park, NC. Retrieved from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK83442/>
- Grossman, P., Tiefenthaler-Gilmer, U., Raysz, A., & Kesper, U. (2007). Mindfulness training as an intervention for fibromyalgia: evidence of post intervention and 3-year follow-up benefits in wellbeing. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76(4), 226-233.
- Grossmana, P., Niemannb, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: a meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 35-43.
- Hackney, C. H. & Sanders, G. S. (2003). Religiosity and mental health: A Meta analysis of recent studies. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 42, 43-55.

- Hebert, R., S. Weinstein, E., Martive, L., & Schuh. R. (2006). Religion, spirituality and the well being of in formal caregivers: A review, critique and research prospectus. *Aging and mental health*. 10, 496- 520.
- Hills, P. & Francis, L. J. (2004). Primary Personality trait correlates religious practice and orientation. *Journal of Personality and Individual Differences*. 36, 61-73.
- Hilton, L., Hilton, L., Hempel, S., Ewing, B. A., Apaydin, E., Xenakis, L., Newberry, S., Colaiaco B., Maher, A. R., Shanman, R. M., Sorbero, M. E., Maglione, M. A. (2017). Mindfulness Meditation for Chronic Pain: Systematic Review and Meta-analysis. *ann. behav. med.* 51: 199–213.
- Hodge, D. R. (2006). Spiritually modified cognitive therapy: A review of the literature. *Social Work*. 51:157–166. 10.1093/sw/51.2.157.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The Effect of Mindfulness-Based Therapy on Anxiety and Depression: A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 78 (2),169-83.
- Hook, J. N., Worthington, E. L., Davis, D. E., Jennings, D. J., Gartner, A. L., & Hook, J. P., (2010). Empirically supported religious and spiritual therapies. *Journal of Clinical Psychology*. 66, 46–72.
- Jastrowski Mano, K. E., Salamon, K. S., Hainsworth, K. R., Anderson Khan, K. J., Ladwig, R. J., Davies, W. H., & Weisman, S. J. (2013). A randomized, controlled pilot study of mindfulness-based stress reduction for pediatric chronic pain. *Altern Ther Health Med*, 19(6), 8–14.
- Kabat-Zinn, J. (1990) Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress Pain and Illness. New York: Dell Publishing.
- Kabat-Zinn J, Lipworth L, Burney R. (1985). The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *J Behav Med*. 8: 163–190.
- Kabat-Zinn J, Massion AO, Kristeller J, Peterson LG, Fletcher KE, Pbert L, et al. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*. 149(7):936-43.
- Kabat-Zinn J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clin Psychol: Sci Pract*. 10: 144-56.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. *Gen Hosp Psych*. 4: 33- 47.
- Keng, S. L., Smoski, M. J., & Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: a review of empirical studies. *Clin Psychol Rev*. 31(6):1041–56.
- Kézdy, A. & et al. (2010). Religious doubts and mental health in adolescence and young adulthood: The association with religious attitudes. *Journal of Adolescence*. 11, 1-9.
- Kingston, J., Chadwick, P., Meron, D., & Skinner, T. C. (2007). A pilot randomized control trial investigating the effect of mindfulness practice on pain tolerance, psychological well-being, and physiological activity. *Journal of psychosomatic research*. 62(3):297-300.
- Koenig, H. G., King, D. E., & Carson, V. B. (2012). *Handbook of religion and health*. 2. New York, NY: Oxford University Press.
- Koenig, H. G., Shelp, F., Goli, V., Cohen, H. J., & Blazer, D. G. (1989). Survival and healthcare utilization in elderly medical inpatients with

- major depression. *Journal of the American Geriatrics Society*. 37:599–606.
- Koenig, H. G. (2012). Religious versus conventional psychotherapy for major depression in patients with chronic medical illness: Rationale, methods, and preliminary results. *Depression Research and Treatment. Online first*. 10.1155/2012/460419
- Koszycki, D., Bilodeau C., Raab-Mayo, K., & Bradwejn, J. (2014). A multifaith spiritually based intervention versus supportive therapy for generalized anxiety disorder: A pilot randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychology*. 10.1002/jclp.22052.
- Koszycki, D., Raab, K., Aldosary, F., & Bradwein, J. (2010). A multifaith spiritually based intervention for generalized anxiety disorder: A pilot randomized trial. *Journal of Clinical Psychology*. 66, 4, 430–441.
- Kyranou, M. et al., (2013). Differences in depression, anxiety, and quality of life between women with and without breast pain prior to breast cancer surgery. *European Journal of Oncology Nursing*. 17, 190-195.
- Levin, J. S., & Chatters, L. M. (1998). *Research on religion and mental health: An overview of empirical findings and theoretical issues*. In H. G. Koenig (Ed.), *Handbook of religion and mental health* (pp. 70–84). San Diego, CA: Academic Press.
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. E (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*, (2nd Ed.). Sydney, Australia: Psychology Foundation of Australia.
- Lustman, P. J., Griffith, L. S., Freedland, K. E., Kissel, S. S., & Clouse, R. E. (1998). Cognitive behavioral therapy for depression in type 2 diabetes mellitus. A randomized controlled trial. *Annals of Internal Medicine*. 129:613–621.
- Lynn, B., Yoo, G. J., Levine, E. G. (2014). “Trust in the Lord”: Religious and Spiritual Practices of African American Breast Cancer Survivors. *J Relig Health*. 53:1706–1716. DOI 10.1007/s10943-013-9750-x
- Makros J, Maccabe M. (2003). The relationship between religion spirituality psychological adjustment and quality of life among people with multiple sclerosis. *Journal of religion and health* 42(2): 143-59.
- McCauley, J., Tarpley, M. J., Haaz, S., & Bartlett, S. J. (2008). Daily spiritual experiences of order adults with and without arthritis and the relationship to health outcomes. *Arthritis Rheum*. 59(1): 122-8.
- Monti, D., Peterson, C., Kunkel, E., Hauck, W., Pequignot, E., Rhodes, L., et al. (2006). A randomized, controlled trial of mindfulness-based art therapy (MBAT) for women with cancer. *Psycho-oncology*. 15(5):363-73.
- Murray-Swank, N. A., & Pargament, K. I. (2005). God, where are you? Evaluating a spiritually-integrated intervention for sexual abuse. *Mental Health, Religion and Culture*. 8, 191–203. 10. 1080/13694670500138866.
- Ong, S. C., Mak, B., Aung, M. O., Li, S. C., & Lim, S. G. (2008). Health related quality of life in chronic hepatitis B patients. *Hepatology*. 47, 1108-17.
- Pargament, K. I. (1990). God help me: Toward a theoretical framework of coping for the psychology of religion. *Research in the Social Scientific Study of Religion*. 2, 195–224.
- Pargament, K. I. (1999). The psychology of religion and spirituality? Yes and no. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 9, 3-16.
- Pargament, K. I. (2007). *Spiritually integrated psychotherapy: Understanding and addressing the Sacred*. New York, NY: Guilford Press.

- Paukert, A. L., Phillips, L., Cully, J. A., Loboprabhu, S. M., Lomax, J. W., Stanley, M.A. (2009). Integration of religion into cognitive-behavioral therapy for geriatric anxiety and depression. *J Psychiatr Pract.* 15 (2): 103-12.
- Pearce, M. J., & Koenig, H. K. (2013). Cognitive behavioral therapy for the treatment of depression in Christian patients with medical illness. *Mental Health, Religion, and Culture.* 16:730–740. 10.1080/13674676.2012.718752
- Petersen, T. J, Sprich, S. E., & Wilhelm, S. (2016). *The Massachusetts General Hospital Handbook of Cognitive Behavioral Therapy.* Humana press.
- Picdmont, R. L. (2004). The logoplex as a paradigm understanding spiritual transcndnce. *Research in the Social Scientific study of Religion.* 15, 262-284.
- Propst, R., Robins, C., Pearce, M. G., Koenig, H. G. (2014). *Conventional Cognitive Behavioral Therapy* (Treatment Manual for Depression in Clients with Chronic Physical Illness).
- Razali, S. M., Hasanah, C. I., Aminah, K., & Subramaniam, M. (1998). Religious–sociocultural psychotherapy in patients with anxiety and depression. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry.* 32, 867–872.10.3109/00048679809073877.
- Richards, P. S., & Bergin, A. E. (2004). Casebook for a Spiritual Strategy in Counseling and Psychotherapy. American Psychological Association, 1nd ed. Washington, DC, US.
- Richards, P. S., & Bergin, A. E. (2005). A spiritual strategy for counseling and psychotherapy. *American Psychological Association.* 2nd ed. Washington, DC, US:
- Richard. J., Santen, M. D., & Sellin M. D. (2007). Breast cancer prevention. *Journal of clinical Endocrinology and metabolism.* 33-39.
- Richards, P. S., & Bergin, A. E. (1997). *A spiritual strategy for counseling and psychotherapy.* Washington, DC: *American Psychological Association.*
- Richards, P. S., & Potts, R. (1995a). Using spiritual interventions in psychotherapy: Practices, success, failure, and ethical concerns of Mormon psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice.* 26, 163-170.
- Richards, P. S., & Potts, R. (1995b). Spiritual interventions in psychotherapy: A survey of practices and beliefs of AMCAP members. *Association of Mormon Counselors and Psychotherapists Journal.* 21, 39-68.
- Rose, E. M., Westefeld, J. S., & Ansely, T. N. (2001). Spiritual counseling: Clients' beliefs and preferences. *Journal of Counseling Psychology.* 48, 61–71. 10.1037/0022-0167.48.1.61
- Rosenzweig, S., Greeso, J. M., Reibel, D. K., Green, J. S., Jasser, S. A., Beasley, D. (2010). Mindfulness-based stress reduction for chronic pain conditions: Variation in treatment outcomes and role of home meditation practice. *Journal of Psychosomatic Research.* 68, 29- 36.
- Rubin, J. B. (1996). *Psychology and Buddhism.* New York, NY: Plenum Press.
- Sahebi, A., Salari, R., & Asgari, J. (2005). Validation of Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21) for an Iranian Population. *Developmental Psychology.* 1(4):299-312.
- Sanders, P. W., et al., (2015). Intrinsic Religiousness and Spirituality as Predictors of Mental Health and Positive Psychological Functioning in Latter-Day Saint Adolescents and Young Adults. *Journal of Religion Health.* 54: 871–887.

- Savard, J., Simard, S., Giguere, I., Ivers, H., Morin, C. M., Manusell, E., & Marceau, D. (2006). Randomized clinical trial on cognitive therapy for depression in women with metastatic breast cancer: Psychological and immunological effects. *Palliative Supportive Care*, 4, 219–237.
- Serpa, J. G., Taylor, S. L., & Tillisch, K. (2014). Mindfulness-based stress reduction (MBSR) reduces anxiety, depression, and suicidal ideation in veterans. *Medical Care*, 52, 19–24.
- Sheeran, T., Byers, A. L., & Bruce, M. L. (2010). Depression and increased short-term hospitalization risk among geriatric patients receiving home healthcare services. *Psychiatric Services*, 61, 78–80. 10.1176/appi.ps.61.1.78.
- Shonin, E., Van Gordon, W., & Griffiths, M. D. (2014). The emerging role of Buddhism in clinical psychology: Toward effective integration. *Psychology of Religion and Spirituality*, 6, 123–137.
- Shonin, E., Van Gordon, W., & Griffiths, M. D. (2016). *Mindfulness and Buddhist-Derived Approaches in Mental Health and Addiction*. Springer.
- Shultz, Whitney & Zickar. (2014). *Measurement theory in action: case studies and exercises*. Taylor & Francis. Second Edition.
- Sibinga, E. M., Perry-Parrish, C., Chung, S. E., Johnson, S. B., Smith, M., & Ellen, J. M. (2013). School-based mindfulness instruction for urban male youth: A small randomized controlled trial. *Prev Med*, 57(6), 799–801. doi:10.1016/j.ypmed.2013.08.027
- Siegle, G., Steinhauer, S., Friedman, E., Thompson, W., & Thase, M. (2011). Remission Prognosis for cognitive therapy for Recurrent Depression Using the Pupil: Utility and Neural Correlates. *Biological Psychiatry*, 69 (8): 726-733.
- Simon, G. E., Von Korff, M., Lin, E. (2005). Clinical and functional outcomes of depression treatment in patients with and without chronic medical illness. *Psychological Medicine*, 35, 271–279. 10.1017/S0033291704003071.
- Sinyor, M., Schaffer, A., Levitt, A. (2010). The sequenced treatment alternatives to relieve depression (STAR*D) Trial: A review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 55, 126–135.
- Smith, T. B., Bartz, J., & Richards, P. S. (2007). Outcomes of religious and spiritual adaptations in psychotherapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy Research*, 17, 643–655. 10.1080/10503300701250347.
- Spilka, B.; Hood, R. W.; Hunsberger, B. Gorsuch, R. (2003). *The psychology of religion*. 3rd Edition. New York: Guilford.
- Stanley, M. A., Bush, A. L., Camp, M. E., Jameson, J. P., Phillips, L. L., Barber, C. R., & Cully, J. A. (2011). Older adults' preferences for religion/spirituality in treatment of anxiety and depression. *Aging and Mental Health*, 2011; 15:334–343. 10.1080/13607863.2010.519326.
- Tan, L., & Martin, G. (2013). Taming the adolescent mind: Preliminary report of a mindfulness-based psychological intervention for adolescents with clinical heterogeneous mental health diagnoses. *Clin Child Psychol Psychiatr*, 18(2), 300–312.
- Tan, S. Y., & Johnson, W. B. (2005). *Spiritually-oriented cognitive-behavioral-therapy*. In: Sperry, L.; Shafranske, EP., editors. *Spiritually-oriented psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association. 77-103.
- Tarakeshwar, N., Pearce, M. J., & Sikkema, K. J. (2005). Development and implementation of a spiritual coping group intervention for adults living with HIV/AIDS: A pilot study. *Mental Health, Religion, and Culture*, 8, 179–190. 10.1080/13694670500138908.

- Taylor, E. (2009). Promoting spiritual health in home health care. *Home health care*. 26 (6), 367-374.
- Teasdale, J. D., Moore, R. G., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S., & Segal, Z. V. (2002). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: empirical evidence. *J Consult Clin Psychol*. 70: 275–287.
- Triandis, H. C. & Suh, E. M. (2002). Culture influences on personality. *Annual Review of Psychology*. 53(1): 133- 160.
- Van der Oord, S., Bogels, S. M., & Peijnenberg, D. (2012). The effectiveness of mindfulness training for children with ADHD and mindful parenting for their parents. *Journal of Child and Family Studies*. 21(1), 139–147.
- Van Straten, A., Geraedts, A., Verdonck-de Leew, I., Andersson, G., & Cuijpers, P. (2010). Psychological treatment of depressive symptoms in patients with medical disorders: A meta analysis. *Journal of Psychosomatic Research*. 69:23–32.
- Van Straten, A., Geraedts, A., Verdonck-de Leew, I., Andersson, G., & Cuijpers, P. (2010). Psychological treatment of depressive symptoms in patients with medical disorders: A meta analysis. *Journal of Psychosomatic Research*. 69:23–32.
- Wade, N. G., Worthington, E. L., Vogel, D. L. (2007). Effectiveness of religiously tailored interventions in Christian therapy. *Psychotherapy Research*. 17: 91–105.
- Waelde, L. C. et al. (2017). A Pilot Study of Mindfulness Meditation for Pediatric Chronic Pain. *Children*. 4, 32. doi:10.3390/children4050032
- Walsh, J. J., Balint, M. G., Smolira, S. J. D. R., Fredericksen, L. K., & Madsen, S. (2009). Predicting individual differences in mindfulness: The role of trait anxiety, attachment, anxiety and attentional control. *Personality and Individual Differences*. 46(2):94-9.
- Wang, C.-W., Chan, C. L. W., Ng, S.-M., & Ho, A. H. Y. (2008). The impact of spirituality on health-related quality of life among Chinese older adults with vision impairment. *Aging & Mental Health*, 12(2), 267–75.
- Weisman, D. E., Maman, A. G., Tuchman, N., Duarte, E. A. (2010). Incorporating religion/spirituality into treatment for serious mental illness. *Cognitive and Behavioral Practice*. 17 (4): 348-57.
- Williams, & Penman, D. (2012). *Mindfulness: A practical guide to finding peace in a frantic world*. Piatkus. co. uk
- World Health Organization. (2008). *Global burden of disease summary tables*. Geneva, Switzerland: Health statistics and informatics Department, World Health Organization.
- Worthington, E. L Jr., Hook, J. N., Davis, D. E., McDaniel, M. A. (2011). Religion and spirituality. *Journal of Clinical Psychology: In Session*. 67, 204–214. 10.1002/jclp.20760.
- Worthington, J. R., & Sandage, S. J. (2016). *Forgiveness and spirituality in psychotherapy: a relational approach*. 1ed. American Psychological Association.
- Zulling, K. J., Ward, R. M. & Horn, T. (2006). The Association between Perceived Spirituality, Religiosity and Life Satisfaction: the Mediating Role of Self-Rated Health. *Social Indicators Research*. 79, 255-274.