

## مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی - رفتاری مثبت نگر بر

## آشفته‌گی‌های روانشناختی بیماران مبتلا به درد مزمن

\* سیاوش کیانی<sup>۱</sup>، پرویز صباحی<sup>۲</sup>، شاهرخ مکوندحسینی<sup>۳</sup>، پروین رفیعی‌نیا<sup>۴</sup>، محمودرضا آل‌بویه<sup>۵</sup>  
 ۱. دانشجوی دکتری تخصصی، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.  
 ۲. استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.  
 ۳. دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.  
 ۴. استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.  
 ۵. دانشیار، گروه بیهوشی و فلوشیب درد، دانشگاه علوم پزشکی، ایران، ایران.  
 (تاریخ دریافت مقاله: ۹۹/۰۱/۰۱ - تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۶/۰۳)

## The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Positive Cognitive-Behavioral Therapy (PCBT) on the Psychological Disquietudes of Patients with Chronic Pain

\*Siavash Kiani<sup>1</sup>, Parviz Sabahi<sup>2</sup>, Shahrokh Makvand Hosseini<sup>3</sup>, Parvin Rafieinia<sup>4</sup>, Mahmoudreza Alebouyeh<sup>5</sup>

1. Ph.D Student, Department of clinical Psychology, Semnan University, Semnan, Iran.
2. Assistant Professor, Department of clinical Psychology, Semnan University, Semnan, Iran.
3. Associate Professor, Department of clinical Psychology, Semnan University, Semnan, Iran.
4. Assistant Professor, Department of clinical Psychology, Semnan University, Semnan, Iran.
5. Associate Professor, Department of Anesthesia and Pain Fellowship, Medical Sciences University, Iran, Iran.

Original Article

(Received: Mar. 20, 2020 - Accepted: Aug. 24, 2020)

مقاله پژوهشی

## Abstract

## چکیده

**Objective:** The purpose of this study was to compare of the effectiveness of acceptance and commitment therapy and positive cognitive-behavioral therapy on the psychological disquietudes of patients with chronic pain. **Method:** The present study was semi-experimental with pretest, posttest, and follow-up design with a three-month with control-group. The sample of this study included of 45 people of patients with chronic pain referring to Rasool Akram Hospital of Tehran sity. selected by available sampling method and were assigned randomly into two experimental groups and one control group. three groups completed Depression, Anxiety, Stress Scall (DASS-21) in pre-test, post-test and follow-up. 2 group received intervention duration in 8 sessions of 90 minutes a week for 1 session, acceptance and commitment therapy and positive cognitive behavioral therapy. and did not received the control group any intervention. at the end was performed post-test of all three groups. Data were analyzed by SPSS- 25 and using descriptive statistics indices and repeated measure. **Findings:** There was significant difference between acceptance and commitment-based therapy and positive cognitive-behavioral therapy with control group on the psychological disquietudes of patients with chronic pain ( $p < 0/001$ ). But there was no significant difference between acceptance and commitment-based therapy and positive cognitive-behavioral therapy on the psychological disquietudes of patients with chronic pain ( $p > 0/05$ ). **Conclusion:** acceptance and commitment-based therapy and positive cognitive-behavioral therapy can be used as a useful intervention method for decreasing on the psychological disquietudes of patients with chronic pain.

**مقدمه:** هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی - رفتاری مثبت نگر بر آشفته‌گی‌های روانشناختی بیماران مبتلا به درد مزمن بود. روش: پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری به مدت ۳ ماه همراه با گروه گواه بود. نمونه این پژوهش شامل ۴۵ نفر از بیماران مبتلا به درد مزمن مراجعه‌کننده به بیمارستان حضرت رسول اکرم شهر تهران بود؛ که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه گماشته شدند. سه گروه، مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس (DASS-۲۱) را در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تکمیل نمودند. دو گروه طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک جلسه تحت مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری مثبت‌نگر قرار گرفتند و گروه گواه هیچ مداخله‌ای صورت نگرفت. در پایان از هر سه گروه پس‌آزمون به عمل آمد. داده‌ها به کمک SPSS-۲۵ و با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی و روش اندازه‌گیری مکرر تجزیه و تحلیل شد. یافته‌ها: بین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری مثبت‌نگر با گروه گواه بر آشفته‌گی‌های روانشناختی بیماران مبتلا به درد مزمن تفاوت معناداری وجود داشت ( $P < 0/001$ ). اما بین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری مثبت‌نگر بر آشفته‌گی‌های روانشناختی بیماران مبتلا به درد مزمن تفاوت معناداری وجود نداشت ( $P > 0/05$ ). نتیجه‌گیری: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی - رفتاری مثبت‌نگر می‌تواند به‌عنوان روش‌های مداخله‌ای مؤثری برای کاهش آشفته‌گی‌های روانشناختی در بیماران مبتلا به درد مزمن بکار روند.

**Keywords:** Acceptance and Commitment-Based Therapy, Positive Cognitive-Behavioral Therapy, Psychological Disquietudes, Chronic Pain.

**واژگان کلیدی:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان شناختی - رفتاری مثبت‌نگر، آشفته‌گی‌های روان‌شناختی، درد مزمن.

\* Corresponding Author: Siavash Kiani

Email: s.kiani88@semnan.ac.ir

مقدمه

بسیاری از عوامل تنیدگی‌زای دیگر که بخش‌های گوناگون زندگی وی را تحت تأثیر قرار می‌دهد، روبرو می‌کند. زندگی کردن با درد مزمن مستلزم تحمل فشار عاطفی قابل توجهی است. همچنین درد مزمن، توانایی‌های عاطفی و هیجانی فرد را کاهش می‌دهد و خواست مداوم فرد برای رهایی از آن در بیشتر اوقات دست‌نیافتنی می‌شود؛ این امر نهایتاً باعث تضعیف روحیه بیمار، ترس، استرس<sup>۷</sup>، اضطراب<sup>۸</sup>، احساس ناامیدی، درماندگی و افسردگی<sup>۹</sup> در وی می‌گردد. گذشته از این، درد مزمن نه تنها توانمندی‌های بیمار، بلکه توانایی‌های اطرافیان حامی وی را نیز به تحلیل می‌برد (گچل و ترک، ۲۰۰۲؛ رویزپاراگا و لویزمارتینز<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۵).

پیامدهای روان‌شناختی و عاطفی زندگی با درد مزمن؛ استرس، اضطراب، ناامیدی و افسردگی است. گروهی از پژوهشگران معتقدند که خلق افسرده آستانه تحمل درد را کاهش می‌دهد. بر این اساس، از یک‌سو، درد عواطف منفی را به دنبال دارد و از سوی دیگر، عاطفه منفی به‌نوبه خود باعث تداوم درد می‌شود. تأثیر علی‌هریک بر دیگری یکی از مهم‌ترین اسرار تجربه درد است (کاستا<sup>۱۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۵). همچنین پژوهش‌گران در مورد اینکه درد مزمن یکی از شایع‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین مسائل مرتبط با سلامتی است، اتفاق نظر دارند. یکی از

درد<sup>۱</sup> پدیده‌ای است که توسط هر فرد در طول زندگی تجربه می‌شود. طبق تعریف انجمن بین‌المللی مطالعه درد<sup>۲</sup>، درد تجربه حسی یا هیجانی ناخوشایندی است که با آسیب واقعی یا بالقوه مرتبط است و دارای دو بعد حسی و عاطفی است. بعد حسی درد به شدت درد اشاره دارد و بعد عاطفی آن نشان‌دهنده میزان ناخشنودی فرد از تجربه درد است که معمولاً تحت تأثیر باورها و هیجان‌ات می‌باشد، همچنین درد از نظر طول مدت به دو دسته درد حاد<sup>۳</sup> و درد مزمن<sup>۴</sup> تقسیم می‌شود؛ که معمولاً یک دوره ۳ تا ۶ ماهه را به‌عنوان ملاک تشخیصی در نظر می‌گیرند که اگر ادامه پیدا کند منجر به درد مزمن می‌شود (گچل و ترک<sup>۵</sup>، ۲۰۰۲؛ هازینسکی<sup>۶</sup>، ۲۰۱۳).

موضوعی که در حوزه عوامل و فرایندهای روان‌شناختی مؤثر در تجربه درد، بیش از همه موردبررسی و پژوهش قرار گرفته، بحث درد مزمن است. یا به‌عبارتی، عوامل روان‌شناختی نقشی کلیدی در تداوم و استمرار دردهای مزمن عضلانی اسکلتی دارند. مبتلایان درد مزمن، علاوه بر تحمل درد، عوارض زیستی، روانی و اجتماعی دیگری را هم تجربه می‌کنند. همچنین درد مزمن وضعیتی تحلیل‌برنده است، به‌گونه‌ای که فرد دردمند را نه تنها با تنیدگی ناشی از درد، بلکه با

1. Pain
2. International Association for the Study of Pain (ASP)
3. Acute Pain
4. Chronic pain
5. Gatchel & Turk
6. Hazinski

7. Stress
8. Anxiety
9. Depression
10. Ruiz – Parraga & Lopez – Martínez
11. Costa

یابد. یکی از این درمان‌ها که اخیراً در مرکز توجه جدی پژوهش‌گران قرار گرفته است، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>۴</sup> (ACT) می‌باشد (پریودینی<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۱).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بخشی از یک مکتب روان‌شناسی بالینی است که به ارائه روش‌های درمانی علمی می‌پردازد. این مدل روان‌درمانی بخشی از آنچه امروز به موج سوم درمان نامیده می‌شود بیان می‌شود. این درمان اجتناب از درد و استرس را مشکل اصلی بیماران می‌داند که به ناتوانی و کاهش رضایت از زندگی می‌انجامد. طبق این نظریه، اجتناب زمانی اتفاق می‌افتد که افکار و هیجانات منفی اثر مفرط و نامناسب بر رفتار می‌گذارند؛ بنابراین شیوه اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مواجهه‌سازی بیمار با موقعیت‌هایی است که بیشتر از آن اجتناب شده است (هیز<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۳).

در مطالعات دیگر، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب و افسردگی مرتبط با درد مزمن، احساس ناتوانی، عملکرد شغلی و تعداد مراجعه به پزشک، بر تعدیل متغیرهای میانجی‌گری درد نظیر باورهای مربوط به آسیب ناشی از درد، ترس از حرکت، فاجعه‌پنداری درد و خودکارآمدی گزارش شده است (ویکسل، السون<sup>۷</sup> و هیز، ۲۰۱۱).

بررسی پیشینه پژوهش نشان می‌دهد، گستره‌ای از پژوهش‌ها تاکنون، علاقه جهانی به مدل تغییر رفتار از منظره نظری چارچوب

دلایلی که درد مزمن را در زمره مسئله‌سازترین بیماری‌های عصر حاضر قرار می‌دهد، همبودی آن با بیماری‌های جسمانی و اختلالات روانی است (گرینوود<sup>۱</sup>، ۲۰۱۵).

درد مزمن معمولاً همراه با استرس، اضطراب، افسردگی، پرخاشگری، اختلال‌های خواب، ناامیدی و احساس تنهایی است. تحقیقات مختلف نیز نشان داده‌اند که درد مزمن با هیجانات منفی مثل ترس، اضطراب، ناراحتی و افسردگی همبستگی مستقیم دارد که با شرایط درد مرتبط‌اند. میزان شیوع درد مزمن در آمریکا ۳۰/۷ درصد و در اروپا ۱۹ درصد گزارش شده است (ساکاکبارا<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۳). در ایران زارعی و همکاران میزان شیوع درد مزمن را ۳۹/۹ درصد گزارش کرده‌اند (نصرالهی و همکاران، ۱۳۹۱).

با وجود اثربخشی متوسط برخی درمان‌های دارویی و روانی برای درد، درد مزمن همچنان برای بسیاری یک بیماری استرس‌آور و ناتوان‌کننده است و برای آن درمان کامل و موافقی وجود ندارد (هیراتزکا<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۵). در مورد درمان‌های روان‌شناختی برای درد مزمن، می‌توان به رفتاردرمانی، روان‌کاوی، پس‌خوراند زیستی، آرمیدگی تدریجی و درمان شناختی-رفتاری اشاره کرد. امروزه با نسل سوم این درمان‌ها مواجه هستیم. در این درمان‌ها به‌جای تغییر شناخت‌ها سعی می‌شود تا ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش

7. Acceptance and Commitment Therapy

5. Prevedini

6. Hayes

7. Wicksell & Olsson

1. Greenwood

2. Sakakibara

3. Hiratzka

قوت، توانایی‌ها و منابع مراجعان است که مهمترین عامل در کمک به ایجاد تغییر می‌باشد. بعلاوه یکی از مهمترین اهداف درمان شناختی-رفتاری مثبت‌نگر انعطاف‌پذیری درازمدت است که بر نیروهای شخصی و توانایی‌های سازگاری فرد تمرکز دارد (بن‌نینک<sup>۹</sup>، ۲۰۱۴).

از نگاهی دیگر، در سی سال گذشته، یک تغییر اساسی به‌وجود آمده که منجر به رشد و بالندگی دیدگاه‌های مشارکتی شده است که مبتنی بر تلاش و کار بیشتر بر روی بیماران می‌باشد. به‌عبارتی تقویت سلامت روانی اهمیت بیشتری برای از بین بردن بیماری روانی دارد. تأکید درمان شناختی-رفتاری مثبت‌نگر در مورد آسیب‌شناسی و اختلالات روانی دلالت بر بهبود صرفاً بیماری نیست، بلکه بر سلامت روان‌شناختی و نقاط قوت بیمار تأکید دارد. این تمرکز بیشتر برای آنچه بهتر است در جهت مثبت انجام گیرد و در ایجاد آنچه بهتر است برای بیمار صورت پذیرد دلالت دارد. درمان شناختی-رفتاری مثبت‌نگر به دنبال تمرکز کردن بر نقاط قوت بیمار برای بهتر شدن است، نه فقط به دنبال کاهش مشکلات بیمار تلاش می‌کند. درمان شناختی-رفتاری مثبت‌نگر می‌تواند به‌عنوان طرف دیگر (آن روی سکه) درمان شناختی-رفتاری در نظر گرفته شود و می‌تواند به‌راحتی با درمان شناختی-رفتاری کلاسیک ترکیب شود (سالیبی<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۷؛ کویکن، پادسکی و دالی<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۹).

درمان شناختی - رفتاری مثبت‌نگر رویکرد

ارتباطی و درمان پذیرش و تعهد را تأیید کرده‌اند. ازجمله این پژوهش‌ها می‌توان به مطالعه سوین<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۳) اشاره کرد که نشان دادند با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌توان علائم بالینی استرس، اضطراب و افسردگی را کاهش داد. همچنین ایفرت و فورسیث<sup>۲</sup> (۲۰۰۵) و لویت، برون، ارسیلو و بارلو<sup>۳</sup> (۲۰۰۴) نشان دادند که با درمان پذیرش و تعهد می‌توان اضطراب فراگیر را کاهش داد.

علاوه بر درمان‌های روان‌شناسی که در بالا ذکر شد در دهه‌های اخیر رویکردهای مشارکتی مبتنی بر شایستگی برای کار با مراجعان در روان‌درمانی گسترش یافته است. به‌ویژه رویکردهای روان‌درمانی که برای ترویج بهزیستی‌روانی و انعطاف‌پذیری پایه‌گذاری شده‌اند؛ و آزمایش‌های کنترل شده تصادفی درباره آن‌ها مورد تأیید واقع شده است (فاوا و تومبا<sup>۴</sup>، ۲۰۰۹).

یکی از این رویکردهای مشارکتی، درمان شناختی-رفتاری مثبت‌نگر<sup>۵</sup> (PCBT) است که ترکیبی از درمان شناختی - رفتاری<sup>۶</sup> (CBT)، درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت<sup>۷</sup> (SFBT) و روان‌شناسی مثبت‌نگر<sup>۸</sup> (PP) است. از اهداف مهم مهم درمان شناختی-رفتاری مثبت‌نگر می‌توان به ارتقاء بهزیستی روان‌شناختی، خودکارآمدی و کیفیت زندگی افراد اشاره کرد؛ یعنی این نقاط

1. Swain
2. Eifert & Forsyth
3. Levitt, Brown, Orsillo & Barlow
4. Fava & Tomba
5. Positive Cognitive-Behavioral Therapy
6. Cognitive-Behavioral Therapy
7. Solution-focused Brief Therapy (SFBT)
8. Positive Psychology

9. Bannink  
10. Saleebey  
11. Kuyken, Padesky & Dudley

زندگی، توانایی بالا بردن روابط بین‌فردی، انعطاف‌پذیری و منبع کنترل درونی ایجاد می‌کند که تقویت احساس خودکارآمدی را به دنبال دارد (فاوا و تومبا، ۲۰۰۹).

همچنین درمان شناختی-رفتاری مثبت‌نگر با تغییر تمرکز درمان از آنچه که به‌غلط به‌عنوان تغییر در مراجعان است به آنچه به‌درستی در اهدافشان در راستای ارتقاء بهزیستی با استفاده از رویکرد "فلش بالا"<sup>۲</sup> به‌جای "فلش پایین"<sup>۳</sup> است تلاش تلاش می‌کند؛ یعنی این نقاط قوت، توانایی‌ها و انعطاف‌پذیری مراجعان است که مهمترین کمک در به‌وجود آمدن تغییر می‌کند. درمان‌گران سعی می‌کنند تا مراجعانشان را در ارتقاء تاب‌آوری بلندمدت به‌وسیله افزایش خودکارآمدی و حرمت‌خود حمایت کنند. درمان شناختی-رفتاری مثبت‌نگر نقشه، تحقیق و برنامه کاربردی روان‌شناسی مثبت‌نگر و درمان راه‌حل‌مدار کوتاه‌مدت است. اغلب بیماران با مشکلات سازگاری و اختلال اضطراب خفیف همانند بیماران درد مزمن برای درمان شناختی - رفتاری مثبت‌نگر مناسب‌ترین هستند. در جریان جلسات اول و پیگیری، مشخص خواهد شد که آیا تشخیص پیشرفته لازم است یا خیر؟ همچنین کاربرد درمان شناختی - رفتاری مثبت‌نگر در بیماران، ایده‌ال است که بعد از درمان حاد و اختلال روان‌پزشکی جدی، جهت بهبود روابط بین‌فردی و مسائل شغلی که دارند صورت گیرد. راهبردهای درمان شناختی - رفتاری مثبت‌نگر می‌تواند علاوه بر راهبردهای درمان

آینده‌مداری است که هدف از مداخله درمانی را افزایش سلامت می‌داند. این مداخله با تمرکز به مواردی صورت می‌گیرد که موجب شکوفایی فرد می‌شود یا شکوفایی او را تشکیل می‌دهد. درمان شناختی - رفتاری مثبت‌نگر دارای اهداف روی‌آوری مثل آینده مطلوب، توجه به خواسته‌های مراجع به‌جای مسائل و شکایت‌ها، تأکید روی توانمندی‌ها، راه‌حل‌ها و نقاط قوت است که مراجع خواهان آن است. در این رویکرد درمانی بیشتر بر رفتار انطباقی و کنش‌گری مراجع تمرکز دارد و نه بر رفتار نافع و پاسخ‌گر او. همچنین درمان شناختی-رفتاری مثبت‌نگر، با تمرکز بر شناخت‌ها، استعدادها و توانایی‌های افراد به‌جای پرداختن به ناهنجاری‌ها و اختلالات، هدف نهایی خود را شناختن شیوه‌هایی می‌داند که علاوه بر به چالش کشیدن و تغییر افکار، تفکر مثبت، بهزیستی و شادکامی افراد را هم تقویت نماید، به همین خاطر این‌گونه مداخلات می‌تواند در کاهش هیجانات منفی و برانگیختگی فیزیولوژیکی ناشی از درد مؤثر باشد (بن‌نینک، ۲۰۱۴).

درمان شناختی - رفتاری مثبت‌نگر از مشکل و حل مسئله دوری نمی‌کند. بیماران فرصت دارند تا درباره مشکلات و علائمشان صحبت کنند و درمانگران مؤدبانه و محترمانه گوش می‌دهند، یافته‌ها نشان می‌دهد که مداخلات ویژه درمان شناختی-رفتاری مثبت‌نگر می‌تواند قدرت اثربخشی داشته باشد. این مداخلات خودپنداره مثبت<sup>۱</sup>، حس پرورش درونی مداوم و معنای

2. upward arrow  
3. downward arrow

1. Positive self-concept

مبتلا به درد مزمن جسمی به‌خوبی عمل کند؛ و از طرف دیگر بتواند در مقایسه با رویکرد پذیرفته‌شده و موفق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر درد مزمن جسمی قدرت اثربخشی بالایی داشته باشد. لذا پژوهش حاضر درصدد پاسخ به این مسئله می‌باشد که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی - رفتاری مثبت‌نگر بر استرس، اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به درد مزمن تأثیر دارد؟ و آیا بین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری مثبت‌نگر بر استرس، اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به درد مزمن تفاوت وجود دارد؟

#### روش

طرح: پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی، از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه و گمارش تصادفی بود.

جامعه آماری، نمونه: جامعه آماری پژوهش کلیه بیماران مبتلا به درد مزمن عضلانی - اسکلتی مراجعه‌کننده به بیمارستان حضرت رسول اکرم شهر تهران بود. حجم نمونه ۴۵ نفر که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه جای داده شد.

روش نمونه‌گیری: در این پژوهش پس از تعیین جامعه و حجم نمونه موردنظر، ابتدا با مراجعه به بیمارستان حضرت رسول اکرم از بین کلیه بیماران مبتلا به درد مزمن عضلانی - اسکلتی مراجعه‌کننده به بیمارستان خواسته شد که پرسش‌نامه DASS-21 را تکمیل نمایند. سپس

شناختی - رفتاری کلاسیک در همه طیف بیماران مورد استفاده قرار گیرد (بن‌نینک، ۲۰۱۴).

نقش استرسورهای روانی - اجتماعی، همواره به‌عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل پیدایش و شکل‌گیری بیماری‌های مختلف جسمانی و روانی و مرگ‌ومیر افراد مطرح بوده است. روشن است که استرس، اضطراب و افسردگی بر عملکرد تحصیلی، اجتماعی و شغلی، رضایت شخصی و از همه مهم‌تر، کیفیت زندگی و سلامت روانی افراد مبتلا به درد مزمن جسمی تأثیر نامطلوب خواهد داشت. به همین منظور در پژوهش حاضر به‌منظور جلوگیری از افکار مخرب و منفی، کاهش مشکلات روان‌شناختی و افزایش توانمندی و تفکر مثبت بیماران مبتلا به درد مزمن از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی - رفتاری مثبت‌نگر استفاده شده است. از آنجا که بر اساس نتایج تحقیقات قبلی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک درمان شایع و موفق بر بیماری درد مزمن می‌باشد و موجب بهزیستی روان‌شناختی می‌شود. از طرف دیگر درمان شناختی-رفتاری مثبت‌نگر که درمان نسبتاً جدیدی می‌باشد و هنوز میزان کارایی و موفقیت این مداخله درمانی در بیماران مبتلا به درد مزمن مشخص نشده است و تحقیقاتی در این زمینه صورت نگرفته است و با توجه به تلفیقی بودن این رویکرد با رویکردهای دیگر، همچنین با تأکید بر نقاط قوت و توانمندی‌ها، انعطاف‌پذیری بیشتر در بیماران، مورد انتظار است که درمان شناختی-رفتاری مثبت‌نگر هم به‌عنوان یک مداخله درمانی بتواند در کاهش مشکلات روان‌شناختی بیماران

دارای سه مؤلفه و ۲۱ ماده است و هر مؤلفه شامل ۷ ماده می‌باشد. آزمودنی‌ها هرکدام 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 می‌دهند. ضریب آلفای کرونباخ برای هر یک از مؤلفه‌های افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۱ و ۰/۸۹ می‌باشد (لاویبوند و لاویبوند، ۱۹۹۵). در ایران روایی و اعتبار این مقیاس توسط صاحبی، اصغری و سالاری (۱۳۸۴) مورد بررسی قرار گرفته و اعتبار بازآزمایی برای مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۷۶، ۰/۷۷ و ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۴ و ۰/۷۸ گزارش شده است.

پروتکل‌ها:

خلاصه محتوای طرح درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هیز و همکاران، ۲۰۱۳)؛ همچنین درمان شناختی - رفتاری مثبت‌نگر (فردریک بن‌نینک؛ ۲۰۱۴) که در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای طراحی شده است، در جدول ۱ نمایش داده شده است.

۴۵ نفر از بیماران را که در پرسش‌نامه مربوطه نمره بالاتری از میانگین نسبت به سایرین کسب کرده بودند انتخاب شدند؛ و با رعایت ملاک‌های ورود شامل حداقل سپری شدن زمان سه‌ماهه از دردهای عضلانی اسکلتی، تداوم درد طی هفته قبل از مداخله، حداقل تحصیلات دیپلم، دامنه سنی ۴۰ تا ۶۵ سال، عدم استفاده از هرگونه مداخله روان‌شناختی در طی دوره مداخله و عدم اختلالات روان‌شناختی؛ همچنین ملاک‌های خروج شامل همبودی بیماری‌های جسمانی توجیه‌کننده شدت درد یا اختلالات روان‌پزشکی و همراهی نکردن بیش از ۳ جلسه مداخله، در سه گروه ۱۵ نفری شامل دو گروه آزمایش (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری مثبت‌نگر) و گروه گواه گمارده شدند. سپس آزمودنی‌های دو گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه تحت درمان پذیرش و تعهد و درمان شناختی- رفتاری مثبت‌نگر قرار گرفتند و در طی این مدت گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. در انتها هر سه گروه آزمایش و گواه مورد پس‌آزمون قرار گرفتند.

ابزار پژوهش:

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس<sup>۱</sup> (DASS-۲۱): مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس توسط لاویبوند و لاویبوند<sup>۲</sup> (۱۹۹۵) ساخته شده است و

1. Depression, Anxiety and Stress Scale  
2. Lovibond & Lovibond

کیانی و همکاران: مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری مثبت‌نگر بر...

جدول ۱. خلاصه محتوای طرح درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هیز و همکاران، ۲۰۱۳)؛ همچنین درمان شناختی - رفتاری مثبت‌نگر (فردریک بن‌نینک؛ ۲۰۱۴) که در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای طراحی شده است.

جلسات	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	درمان شناختی - رفتاری مثبت‌نگر
اول	معارفه اعضای گروه، اجرای پیش‌آزمون، تعیین اهداف و قوانین درمان، ارائه اطلاعات درباره درد مزمن جسمی، مرور درمان‌های مربوطه، هزینه‌ها و فواید آن‌ها.	معارفه اعضای گروه، اجرای پیش‌آزمون، معرفی برنامه و قوانین گروه، ارائه چهارچوب مفهومی درد، آموزش شناخت احساسات و هیجانات مثبت و منفی درد، تکلیف.
دوم	مرور تجارب، بازخورد و ارزیابی آن‌ها، ارزیابی میزان تمایل فرد برای تغییر، بررسی انتظارات بیماران از درمان، ایجاد درماندگی خلاق، جمع‌بندی، تکلیف.	عوامل ایجادکننده مرتبط با نشانه‌های درد، شناسایی افکار فاجعه‌آمیز، باورهای منفی و تفسیرهای نادرست درد، موقعیت مثبت‌اندیشی، جدول شناختی جملات مثبت، تکلیف.
سوم	راهبردهای ناکارآمد مهارگری، مفهوم پذیرش و تفاوت آن با مفاهیم شکست، یأس، انکار، مقاومت، مشکلات و چالش‌های پذیرش، جمع‌بندی، تمرین، تکلیف.	خودنظاره‌گری در درک درد، شیوه‌های تغییر باورهای درونی از منفی به مثبت و به چالش کشیدن و تبدیل به افکار مثبت، توانش تفکیک افکار مفید از غیرمفید درد، تکلیف.
چهارم	تکلیف و تعهد رفتاری، تفهیم آمیختگی به خودمفهوم‌سازی شده و گسلش‌شناختی، تکنیک‌های گسلش‌شناختی، مداخله در عملکرد زنجیره‌های مشکل‌ساز زبان و استعاره‌ها، تضعیف اتلاف خود با افکار و عواطف، جمع‌بندی، تکلیف.	مرور جلسات قبل، خودگویی مثبت و تغییر کلمات به صورت مثبت، نقش افکار منفی و خطاهای شناختی در تجربه درد، پرهیز از دید تونلی، تمرکز بر آینده با هدف‌گذاری، داشتن دید بخشش، توجه بر توانمندی‌های خود، تکلیف.
پنجم	جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار، مشاهده خود به عنوان زمینه، تمرکز بر فعالیت‌های خود (نظیر تنفس، پیاده‌روی و ...)، آگاهی لحظه‌ای از احوال خود هنگام پردازش هیجانات و شناخت‌ها و مشاهده بدون قضاوت، جمع‌بندی، تکلیف.	فنون مهارکردن افکار فاجعه‌آمیز درد، تنش‌زدایی عضلات، ایجاد وقفه، تصویرسازی و تمرکز ذهنی، رفتار قاطعانه به جای واکنش مایوسانه، توجه بر اینجا و اکنون، تکلیف.
ششم	شناسایی ارزش‌های زندگی بیماران و تصریح و تمرکز بر این ارزش‌ها و توجه به قدرت انتخاب آن‌ها، استفاده از راهبردهای ذهن‌آگاهی با تأکید بر زمان حال، جمع‌بندی، تکلیف.	شیوه‌های مقابله با تنیدگی، ایجاد مرحله‌ای تجربه اضطراب و نظارت بر خود، تنفس دیافراگمی و آرام‌سازی، تمرکز بر نقاط مثبت خود، تمرین شکرگذاری، تکلیف.
هفتم	بررسی ارزش‌های فردی و تعمیق مفاهیم قبلی، تفاوت بین ارزش‌ها، اهداف و اشتباهات معمول در انتخاب ارزش‌ها، موانع درونی و بیرونی احتمالی در دنبال کردن ارزش‌ها، خطرات تمرکز بر نتایج، تکلیف.	آموزش راهبردهای گسترش هیجان‌های مثبت، روش‌های امیددرمانی، همدلی، شفقت، برنامه‌ریزی برای شروع یک روز مثبت، تمرین قرار ملاقات بر توانمندی‌ها، تکلیف.
هشتم	درک ماهیت تمایل و تعهد، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل، عود و مقابله با آن، بیان تجارب با یکدیگر و انتظارات برآورده نشده، مرور و جمع‌بندی، تشکر، پس‌آزمون.	آموزش ایجاد محیط مثبت، آموزش خوش‌بینی و داشتن نگرش مثبت، تمرکز بر هدف‌گذاری آینده، داشتن دید بخشش، مرور و جمع‌بندی، تشکر، پس‌آزمون.



**یافته‌ها**

در جدول ۲ داده‌های مربوط به میانگین و انحراف استاندارد نمرات استرس، اضطراب و افسردگی به تفکیک گروه‌های آزمایش و گروه گواه ارائه شده است.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های آماری توصیفی و استنباطی شامل: فراوانی، میانگین، انحراف معیار، تحلیل واریانس چندمتغیری به روش اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. همچنین جهت تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS-۲۵

استفاده شد. **جدول ۲.** آماره‌های توصیفی استرس، اضطراب و افسردگی به تفکیک گروه و نوع آزمون

DASS						متغیر	منبع
افسردگی		اضطراب		استرس			
n=۴۵		n=۴۵		n=۴۵			
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۳/۰۲	۱۳/۶۷	۲/۵	۱۱/۶	۲/۳۶	۱۵/۳۳	پذیرش و تعهد	پیش‌آزمون
۳/۳۵	۱۲/۶۷	۲/۴۲	۱۱/۸۷	۲/۵	۱۵/۱۳	شناختی - رفتاری مثبت‌نگر	
۲/۳۹	۱۱/۸۷	۱/۷۳	۱۲	۲/۷۷	۱۴/۱۳	کنترل	
۱/۷۷	۵	۱/۳۵	۳/۶	۲/۱۳	۵/۶۷	پذیرش و تعهد	پس‌آزمون
۱/۹۶	۴/۶	۲/۱۳	۴/۵۳	۲/۴۴	۶/۶۷	شناختی - رفتاری مثبت‌نگر	
۱/۹۱	۱۱/۶۷	۲/۰۲	۱۱/۶۷	۲/۴۷	۱۳/۱۳	کنترل	
۲/۰۷	۴/۸۷	۱/۴	۳/۴	۱/۵۵	۵/۱۳	پذیرش و تعهد	پیگیری
۱/۹۹	۴/۶	۱/۹۳	۴/۲	۱/۶۴	۶/۶	شناختی - رفتاری مثبت‌نگر	
۲/۶۹	۱۱/۶	۱/۹۸	۱۱/۷۳	۲/۷۲	۱۳/۸۷	کنترل	

برای  $(F=۱/۱۴۲, P=۰/۱۷۱, BOX=۱۵۰/۵۰۷)$ ؛ برای هیچ‌یک از متغیرها معنی‌دار نبوده است و شرط همگنی ماتریس‌های واریانس به‌درستی رعایت شده است. بعلاوه نتایج آزمون لون در مورد پیش‌فرض

برای آزمون فرضیه‌های پژوهش از تحلیل واریانس چندمتغیری با اندازه‌گیری مکرر روی میانگین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل استفاده گردید که برای رعایت پیش‌فرض آزمون مربوطه براساس نتایج آزمون ام‌باکس

پیش‌فرض برابری واریانس‌ها سه گروه آزمایش و گواه در متغیرهای استرس، اضطراب و افسردگی تأیید می‌شود. همچنین نتایج آزمون لامبدا ویلکز،  $F_{6,80} = 16/835$ ,  $P < 0/001$ ,  $F_{6,80} = 0/195$  (لامبدا ویلکز)، نشان می‌دهد که سطوح معناداری همه آزمون‌ها قابلیت استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری با اندازه‌گیری مکرر را مجاز می‌شمارد، این نتایج نشان می‌دهد که در گروه‌های مورد مطالعه حداقل از نظر یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد.

تساوی واریانس‌های سه گروه در مؤلفه‌های آشفتگی‌های روان‌شناختی (استرس، اضطراب و افسردگی) مقادیر  $F$  نشان‌دهنده مقدار آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس گروه‌های آزمایش و گواه می‌باشد؛ که در هیچ‌یک از متغیرهای استرس، اضطراب و افسردگی معنادار نیست. (استرس:  $F_{2,42} = 0/302$ ,  $P = 0/741$ )؛ (اضطراب:  $F_{2,42} = 0/982$ ,  $P = 0/383$ ) و (افسردگی:  $F_{2,42} = 0/707$ ,  $P = 0/499$ ) با توجه به این نتیجه

جدول ۳. نتایج تحلیل درون‌گروهی و بین‌گروهی با اندازه‌گیری مکرر برای سه بار اندازه‌گیری استرس، اضطراب و

افسردگی در سه گروه

منبع	متغیر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	مجذور اتای پاره‌ای	توان آزمون
زمان	استرس	۹۲۱/۶	۱	۹۲۱/۶	۳۸۲/۷۳۴	۰/۰۰۱	۰/۹۰۱	۱
	اضطراب	۶۵۰/۷۱۱	۱	۶۵۰/۷۱۱	۳۰۵/۹۳۱	۰/۰۰۱	۰/۸۷۹	۱
	افسردگی	۷۳۳/۸۷۸	۱	۷۳۳/۸۷۸	۲۲۱/۵۳۵	۰/۰۰۱	۰/۸۴۱	۱
	استرس	۴۳۶/۲۶۷	۲	۲۱۸/۱۳۳	۹۰/۵۸۹	۰/۰۰۱	۰/۸۱۲	۱
زمان*گروه	اضطراب	۲۹۴/۹۵۶	۲	۱۴۷/۴۷۸	۶۹/۳۳۷	۰/۰۰۱	۰/۷۶۸	۱
	افسردگی	۳۳۵/۴۸۹	۲	۱۶۷/۷۴۴	۵۰/۶۳۷	۰/۰۰۱	۰/۷۰۷	۱
	استرس	۶۴۲/۴۱۵	۲	۳۲۱/۲۰۷	۲۵/۸	۰/۰۰۱	۰/۵۵۱	۱
گروه	اضطراب	۸۴۲/۱۳۳	۲	۴۲۱/۰۶۷	۵۳/۲۲۵	۰/۰۰۱	۰/۷۱۷	۱
	افسردگی	۵۲۲/۲۳۷	۲	۲۶۱/۱۱۹	۲۱/۶۸۵	۰/۰۰۱	۰/۵۰۸	۱

نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری استرس، اضطراب و افسردگی در گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود دارد؛ و این نتایج بیانگر این است که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و درمان شناختی-رفتاری مثبت‌نگر بر استرس، اضطراب و افسردگی اثربخش بوده است.

سرانجام نتایج آزمون بن‌فرونی برای مقایسه زوجی سه مرحله زمان، پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و سه گروه درمانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان شناختی-رفتاری مثبت‌نگر و گواه برای استرس، اضطراب و افسردگی که در جدول ۴ آمده است.

نتایج جدول ۳، نشان می‌دهد که اثر زمان بر استرس، اضطراب و افسردگی معنادار است؛ یعنی بین نمرات استرس، اضطراب و افسردگی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین تعامل زمان (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) با گروه‌ها (آزمایش و گواه) بر استرس، اضطراب و افسردگی معنادار است؛ یعنی تفاوت میانگین نمرات استرس، اضطراب و افسردگی در زمان‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با توجه به سطوح متغیر گروه‌ها (گروه‌های آزمایش و گواه) متفاوت است.

همچنین طبق نتایج جدول ۳، بین

جدول ۴. نتایج آزمون بن‌فرونی برای مقایسه زوجی سه مرحله اثر زمان و سه مرحله اثر گروه برای استرس،

اضطراب و افسردگی

متغیر وابسته	زمان و گروه (i)	زمان و گروه (j)	تفاوت میانگین (i-j)	خطای انحراف استاندارد	سطح معناداری
استرس	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۶/۴۴۴	۰/۲۳۸	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۶/۴	۰/۳۲۷	۰/۰۰۱
اضطراب	پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۴۴	۰/۲۹۴	۱
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۵/۲۲۲	۰/۳۰۹	۰/۰۰۱
افسردگی	پیش‌آزمون	پیگیری	۵/۳۷۸	۰/۳۰۷	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۱۵۶	۰/۲۵۵	۱
استرس	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۵/۶۴۴	۰/۳۰۴	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۵/۷۱۱	۰/۳۸۴	۰/۰۰۱
اضطراب	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۰۶۷	۰/۳۴۲	۱
	پذیرش و تعهد	شناختی - رفتاری مثبت‌نگر	-۰/۶۸۹	۰/۷۴۴	۱
اضطراب	پذیرش و تعهد	کنترل	-۴/۹۳۳	۰/۷۴۴	۰/۰۰۱
	شناختی - رفتاری مثبت‌نگر	کنترل	-۴/۲۴۴	۰/۷۴۴	۰/۰۰۱
اضطراب	پذیرش و تعهد	شناختی - رفتاری مثبت‌نگر	-۰/۶۶۷	۰/۵۹۳	۰/۸۰۲
	پذیرش و تعهد	کنترل	-۵/۶	۰/۵۹۳	۰/۰۰۱
افسردگی	شناختی - رفتاری مثبت‌نگر	کنترل	-۴/۹۳۳	۰/۵۹۳	۰/۰۰۱
	پذیرش و تعهد	شناختی - رفتاری مثبت‌نگر	۰/۵۵۶	۰/۷۳۲	۱
اضطراب	پذیرش و تعهد	کنترل	-۳/۸۶۷	۰/۷۳۲	۰/۰۰۱
	شناختی - رفتاری مثبت‌نگر	کنترل	-۴/۴۲۲	۰/۷۳۲	۰/۰۰۱

### نتیجه‌گیری و بحث

هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری مثبت‌نگر بر آشفتگی‌های روان‌شناختی بیماران مبتلا به درد مزمن بود. نتایج یافته‌ها نشان داد که بین گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد؛ یعنی آموزش در افراد گروه آزمایش مؤثر بوده است. به عبارتی، درمان پذیرش و تعهد استرس، اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به درد مزمن را به طور معناداری کاهش داده است. این یافته همسو با نتایج پژوهش‌های قبلی مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش متغیرهای مربوطه به درد مزمن بود (اسکاتز، ریس، پریس و اسکاتز<sup>۱</sup>، ۲۰۱۰؛ ولز، مک‌کراکین و برین<sup>۲</sup>، ۲۰۱۱؛ دیندو<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۲؛ مون، اکون و کارولی<sup>۴</sup>، ۲۰۱۴؛ هنریکسون، ویسار و رانلونند<sup>۵</sup>، ۲۰۱۶؛ ترنر<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۶). در همین راستا نتایج تحقیق (عزت‌پناه و لطیفی، ۱۳۹۸) نشان داد که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به بهبود فاجعه‌پنداری درد، تحمل پریشانی و رشد پس از سانحه بیماران مبتلا به سندرم فیبرومیالژیا شده و در طول دوره پیگیری نیز ثابت بوده است. همچنین یافته پژوهش دیگر نشان داد که درمان گروهی به روش پذیرش و تعهد موجب افزایش

نتایج جدول ۴، نشان می‌دهد که بین هریک از متغیرهای وابسته در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت از مرحله پیش‌آزمون تا پس‌آزمون و پیش‌آزمون تا پیگیری میانگین گروه آزمایش تغییر معنادار داشته است ( $P < 0/001$ ). در مقایسه میانگین پس‌آزمون با پیگیری در گروه آزمایش معنادار نمی‌باشد و نشان می‌دهد که در مرحله پیگیری تغییر معناداری در گروه آزمایش ایجاد نشده است که نشان‌دهنده ماندگاری و پایداری اثر مداخله است. همچنین به منظور بررسی تفاوت بین استرس، اضطراب و افسردگی در بین گروه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی - رفتاری مثبت‌نگر با گروه کنترل تفاوت معناداری به دست آمد.

به عبارت دیگر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی - رفتاری مثبت‌نگر در کاهش استرس، اضطراب و افسردگی بیشتر از گروه کنترل بر بیماران مبتلا به درد مزمن می‌باشد ( $P < 0/001$ ). افزون بر این تفاوت بین استرس، اضطراب و افسردگی در دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی - رفتاری مثبت‌نگر نشان می‌دهد که میانگین استرس، اضطراب و افسردگی در هر دو گروه با یکدیگر تفاوت معناداری ندارند. به عبارت دیگر اثربخشی مداخله درمانی در هر دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی - رفتاری مثبت‌نگر بر بیماران مبتلا به درد مزمن یکسان بوده است.

1. Schutze, Rees, Preece & Schutze
2. Vowles, McCracken & O'Brien
3. Dindo
4. Mun, Okun & Karoly
5. Henriksson, Wasara & Ronnlund
6. Turner

هستند و نمایان‌گر حقیقت یا واقعیت نیستند. بنابراین، نباید باعث رفتارهای اجتنابی در بیماران شود. در واقع، با به کار بردن تکنیک‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نظیر تمرین تنفس آگاهانه، می‌توان مجدد برای بازگشت به زمان حال استفاده کرد. همان‌طور که در تکنیک مشاهده فراگیر، افکار تنها به صورت یک شی مشاهده می‌شوند نه اینکه آن‌ها ضرورتاً خود واقعیت‌اند (کور و پیترسون، ۲۰۱۵).

همچنین نتایج یافته‌ها نشان داد که بین گروه درمان شناختی- رفتاری مثبت‌نگر و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد؛ یعنی آموزش در افراد گروه آزمایش مؤثر بوده است. به عبارتی، درمان شناختی- رفتاری مثبت‌نگر استرس، اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به درد مزمن را به طور معناداری کاهش داده است. بر اساس نتایج تحقیق (داودی و همکاران، ۱۳۹۱) که نشان دادند فاجعه‌سازی درد و روان‌رنجورخویی<sup>۴</sup> درد می‌تواند یک عامل خطر ساز برای درد مزمن و ناتوانی باشد به طوری که با تأثیر بر فرآیندهای توجه، درد را تشدید می‌کند و موجب نشخوار فکری و آشفتگی در عملکرد جسمانی و شناختی بیماران می‌شود. همچنین نتایج تحقیق (اکبری، دهقانی و حبیبی، ۱۳۹۴) بر اساس مدل شناختی- رفتاری بیان می‌کند که ادراک‌ها، رفتارها و همچنین بافت بین فردی در رابطه با پریشانی روان‌شناختی بیماران مبتلا به درد مزمن نقش دارند که موجب

پذیرش درد و نیز کاهش شدت درد مزمن در زنان مبتلا به درد مزمن شده است (مک‌کراکین، مک‌کیچان و ایسلستون، ۲۰۰۷). به نظر می‌رسد عاملی که منجر به استرس، اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به انواع دردهای مزمن می‌شود تجربه درد نیست. بلکه نگرش، باور و انتظارات بیماران درباره درد با استرس، اضطراب و افسردگی در بین آنان بیشتر مرتبط است. تحریف‌های شناختی هم‌چون فاجعه‌آفرینی، احساس درماندگی، ارزیابی بیماران از درد و میزان کنترل بر آن، تفسیر آن‌ها از درد و پیامدهای آن و به طور کلی نظام شناختی و باورهای مرتبط با درد با وجود استرس، اضطراب و افسردگی آنان ارتباط دارد (گچل، فوس، پیترز و بوپنگ، ۲۰۰۷). در تبیین، معمولاً افرادی که ادراک منفی از استرس دارند، زمان زیادی را صرف تجزیه و تحلیل مسائل کرده و مسائل را به گونه‌ای منفی برداشت می‌کنند؛ لذا به تدریج محتوای این افکار و مفاهیم به واقعیت تبدیل می‌شود و فرد آگاهی خود را نسبت به زمان حال از دست داده و گرفتار نشخوارهای فکری می‌شود و همیشه در نگرانی به سر می‌برد. در حقیقت، به کار بردن تکنیک‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث ایجاد تغییراتی در الگوهای فکری فرد می‌شود. برای مثال، کاربرد تکنیک مشاهده افکار مرتبط با درد بدون قضاوت کردن درباره آن، می‌تواند منجر به فهم و درک این نکته گردد که این تجربیات تنها فکر

3. Cour &amp; Peterson

4. neuroticism

1. McCracken, MacKichan &amp; Eccleston

2. Gatchel, Fuchs, Peters &amp; BoPeng

۲۰۰۷). این درمان در وهله دوم آموزش فنون و توانش‌های مثبت‌اندیشی به افراد، به‌منظور تقویت و بهبود ارتباط مثبت با خود، دیگران و دنیا و نیز افزایش شادکامی انجام می‌گیرد تا افراد خود را بهتر شناخته و تجربه‌های مثبت خود را بازشناسند و به نقش این تجارب مثبت در افزایش و ارتقای احترام به خود پی‌برند؛ و هنگام مواجهه با درد و پیامدهای منفی مانند استرس، اضطراب و افسردگی با در نظر گرفتن جنبه‌های منفی آن بیشتر در ارتقاء جنبه‌های مثبت آن تلاش کند. توجه به نقاط مثبت و تجارب خوب گذشته، احتمال بروز برداشت‌های مثبت‌تر از خویشتن را افزایش می‌دهد و همین امر سبب می‌شود که افراد قادر به پذیرش مسئولیت و تعهد بیشتری در مورد ارزش خود شوند و به درک کامل‌تری از خویش نایل آیند تا هنگام بروز استرس، اضطراب و افسردگی به‌خوبی عمل کنند. نتیجه پژوهش حاضر با تحقیقات (بن‌نینک، ۲۰۱۲؛ دون، ویلنر، واتس و گریفیتس<sup>۱</sup>، ۲۰۱۱؛ بک<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰) همسو می‌باشد.

یافته دیگر پژوهش حاضر نشان داد که درمان پذیرش و تعهد در مقایسه با درمان شناختی-رفتاری مثبت‌نگر در کاهش استرس، اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به درد مزمن تفاوت معناداری وجود ندارد؛ یعنی درمان شناختی-رفتاری مثبت‌نگر توانسته است همانند درمان پذیرش و تعهد که درمانی با پیشینه قدیمی‌تر و اثبات‌شده‌تری در درمان بیماران مبتلا به درد مزمن می‌باشد مؤثر واقع شود. تحقیقاتی

تشدید درد و افسردگی می‌گردد؛ اما تأثیر درمان شناختی-رفتاری مثبت‌نگر در بهبود سلامت روانی بیماران مبتلا به درد مزمن در وهله اول کمک به بیماران برای دستیابی مفهوم تازه از درد است. در جلسات درمان شناختی-رفتاری، ابتدا به معرفی نظریه‌های تبیین‌کننده درد مزمن پرداخته می‌شود. شرح نظریه کنترل دروازه‌ای درد و دادن آگاهی به بیماران که عوامل شناختی (افکار، باورها درباره درد)، فعالیت‌ها، عوامل هیجانی، عوامل اجتماعی (درگیری منطقی با دیگران) می‌تواند در باز و بسته شدن دروازه درد و در نتیجه افزایش و کاهش شدت درد مؤثر باشد. همچنین می‌تواند در جهت کاهش تعبیر و تفسیرهای غلط، فاجعه‌آفرینی غیرقابل‌کنترل دانستن درد اثرگذار باشد؛ و درمان‌گر تلاش می‌نماید افکار غیرمنطقی و ناکارآمد برانگیزاننده علائم استرس، اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به درد مزمن را شناسایی کند و بیمار را نسبت به نقش این عوامل در بیماری آگاه کند. سپس افکار صحیح‌تری را جایگزین این افکار کند، در جلسات درمان شناختی-رفتاری به‌مرور افکار خودآیند منفی و اینکه این افکار به هیجان‌های منفی مانند استرس، اضطراب و افسردگی منجر می‌شود، پرداخته می‌شود. لیستی از خطاهای شناختی که منجر به افکار منفی درباره درد می‌شود مرور می‌شود و به بیماران آموزش داده می‌شود تا به شناسایی این افکار و هیجان‌های همراه آن بپردازند. سپس تکنیک‌های بازسازی شناختی به آن‌ها آموزش داده می‌شود تا به بازسازی این افکار و جایگزینی آن‌ها با افکار سازگارانه‌تر و مثبت‌تر بپردازند (اوتیس،

1. Down, Willner, Watts & Griffiths

2. Beck

در وی ارتقاء می‌یابد که می‌تواند در برابر آشفتگی‌های روان‌شناختی به‌خوبی عمل نماید (الگو، هایدت و گابل<sup>۱</sup>، ۲۰۰۸). به‌طورکلی هر درمانی که بتواند در کاهش نشانه‌های آشفتگی‌های روان‌شناختی بیماران درد مزمن مؤثر واقع شود می‌تواند زمینه‌های پژوهشی فراوانی را ایجاد کند. به همین جهت درمان شناختی رفتاری مثبت‌نگر با توجه به جدید بودن می‌تواند زمینه‌های پژوهشی بسیار متفاوتی را در آینده فراهم کند. از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به محدودیت پیشینه درمان شناختی - رفتاری مثبت‌نگر در زمینه بیماران مبتلا به درد مزمن و جمع‌آوری حجم نمونه با توجه به مشکلات فاصله‌ای (رفت‌وآمد)، شغلی و اقتصادی اشاره کرد.

### سپاسگزاری

از همه کسانی که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند از جمله شرکت‌کنندگان، مسئولان، کارکنان و پزشکان مرکز آموزشی - درمانی بیمارستان حضرت رسول اکرم شهر تهران تشکر و قدردانی می‌نماییم.

که اثربخشی این دو رویکرد درمانی را بر روی کاهش استرس، اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به درد مزمن مقایسه کرده باشد، یافت نشد. در تبیین این یافته که درمان شناختی - رفتاری مثبت‌نگر در مقایسه با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قدرت اثربخشی بالایی داشته است می‌توان گفت که با توجه به اینکه درمان شناختی - رفتاری مثبت‌نگر از تلفیق درمان شناختی - رفتاری و روان‌درمانی مثبت‌نگر به‌وجود آمده، هم بر تغییر افکار و باورهای معیوب فرد و هم بر توانمندی‌های فرد تأکید دارد؛ یعنی به‌طور مستقیم فرد را با چالش‌های عمیق فکری، فاعلی، جسمی، شناختی، هیجانی و رفتاری مواجه می‌کند و هم به توانمندی و جنبه‌های مثبت فرد می‌پردازد. تا ضمن بازسازی شناختی، فرد دنیا را از زاویه مثبت نگاه کند. در گروه‌های شناختی - رفتاری مثبت‌نگر افراد بر اساس درمان شناختی - رفتاری مثبت‌نگر، اگر یک فرد بتواند بر توانایی، فضایل و نکات مثبت یک‌چیز تمرکز و توجه داشته باشد، می‌تواند زندگی آسان‌تر و بی‌دغدغه‌تری را تجربه کند همچنین انعطاف‌پذیری روان‌شناختی

### منابع

اوتیس، جان. دی (۲۰۰۷). راهنمای عملی درمان شناختی - رفتاری درد مزمن. ترجمه فرزانه محمدی و ندا علی‌یگی (۱۳۹۰). تهران: انتشارات ارجمند.

اکبری، فاطمه؛ دهقانی، محسن و حبیبی، مجتبی (۱۳۹۴). رضایت زناشویی و فاجعه‌آفرینی در پیش‌بینی افسردگی در بیماران مبتلا به درد مزمن. فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی سلامت، ۴(۱۳): ۷۳-۸۸.

1. Algoe, Haidt & Gable

صاحبی، علی؛ اصغری، محمدجواد و سالاری، راضیه‌سادات (۱۳۸۴). اعتباریابی مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی (DASS-21) برای جمعیت ایرانی. فصلنامه روانشناسان ایرانی، ۴(۲): ۲۹۹-۳۱۸.

عزت‌پناه، فلورا و لطیفی، زهره (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد و شفقت بر فاجعه‌پنداری درد، تحمل پریشانی و رشد پس از سانحه بیماران مبتلا به سندرم فیبرومیالژیا. فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی سلامت، ۸(۳۲): ۱۲۷-۱۴۲.

Algoe, S.B., Haidt, J., & Gable, S.L. (2008). Beyond reciprocity: Gratitude and relationships in everyday life. *Emotion*; 8(2): 425-436.

Bannink, FP. (2012). Practicing positive CBT. From reducing distress to building success. Oxford: Wiley, ISBN 978-1-119-95270-1, 320 p.

Bannink, FP. (2013). Are you ready for positive cognitive behavioral therapy? *The Journal of Happiness & Well-Being*; 1(2): 61-69.

Bannink, FP. (2014). Positive CBT: From reducing distress to building success. *Journal of Contemporary Psychotherapy*; 44: 18.

Beck, A.T. (2010). A social belief as predictors of antisocial behavior in schizophrenia. *Journal of psychiatry research*; 177(1): 65-70.

Costa, MA., Trentini, CA., Schafranski, MD., Pipino, O., Gomes, RZ., & Reis, ES. (2015). Factors Associated with the Development of Chronic

بن‌نینک، فردریک (۲۰۱۲). رفتار درمان‌گری شناختی‌مثبت‌نگر از کاستن درد و رنج تا افزایش موفقیت. ترجمه، اکرم خمسه (۱۳۹۴). تهران: نشر ارجمند.

داودی، ایران؛ زرگر، یدالله؛ مظفری‌پورسی‌سخت، الهام؛ نرگسی، فریده و مولا، کریم (۱۳۹۱). رابطه فاجعه‌سازی درد، اضطراب درد، روان‌رنجورخویی، حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله با ناتوانی عملکردی در بیماران روماتیسمی. فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی سلامت، ۱(۱): ۱-۱۵.

Post-Sternotomy Pain: A Case-Control Study. *Brazil Journal Cardiovascular Surgery*; 30(5): 552-556. DOI: 10.5935/1678-9741.20150059 PMID: 26735602.

Cour, P., Peterson, M. (2015). Effects of mindfulness meditation on chronic pain: A randomized controlled trial. *Pain Med*; 16(4): 641-652.

Dindo, L., Recober, A., Marchman, JN., Turvey, C., & O'Hara, MW. (2012). Oneday behavioral treatment for patients with comorbid depression and migraine: a pilot study. *Behavior Research Therapy*; 50(9): 537-43. DOI: 10.1016/j.brat.2012.05.007 PMID: 22728646.

Down, R., Willner, P., Watts, L., & Griffiths, J. (2011). Anger management groups for adolescents: A mixed-methods study of efficacy and treatment preferences. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*; 16(3): 33-52.

Eifert, H.G., & Forsyth, P.J. (2005). Acceptance & Commitment Therapy



- for anxiety disorders. Oakland: harbinger.
- Fava, G.A., & Tomba, E. (2009). Increasing psychological wellbeing and resilience by psychotherapeutic methods. *Journal Pers.* 77(6): 1903-1934.
- Gatchel, J.R., & Turk, C.D. (2002). Psychological approaches to pain management. *1st Edition, The Guilford Press*: New York: The Guilford Press.
- Gatchel, R.J., Fuchs, P.N., Peters, M.L., & BoPeng, Y. (2007). The Biopsychosocial Approach to Chronic Pain: Scientific advances and future directions. *Psychol Bull*; 133(4): 581-624.
- Greenwood, M. (2015). Essentials of medical history-taking in dental patients. *Dent Update*; 42(4): 308-310.
- Hayes, S.C., Levin, M.E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J.L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior Therapy*; 44(2): 180-198.
- Hazinski, M.F. (2013). Analgesia, sedation, and neuromuscular blockade. 3rd ed. Chapter 5: *Nursing care of the critically ill child. Elsevier Mosby*; 78.
- Henriksson, J., Wasara, E., & Ronnlund, M. (2016). Effects of eight-week web-based mindfulness training on pain intensity, pain acceptance, and life satisfaction in individuals with chronic pain. *Pschol Rep*; 119(3): 586-607.
- Hiratzka, J., Rastegar, F., Contag, A.G., Norvell, D.C., Anderson, P.A., & Hart, R.A. (2015). Adverse Event Recording and Reporting in Clinical Trials Comparing Lumbar Disk Replacement with Lumbar Fusion: A Systematic Review. *Global Spine J*; 5(6): 486-95.
- Kuyken, W., Padesky, C.A., & Dudley, R. (2009). Collaborative case conceptualization. New York: Guilford, ISBN 978 1462504480, 366 p.
- Levitt, J.T., Brown, T.A., Orsillo, S.M., & Barlow, D.H. (2004). The Effect of Acceptance versus Suppression of Emotion on Subjective and Psychophysiological Response to Carbon Dioxide Challenge in Patient with Panic Disorder. *Behavior Therapy*; 35(3): 747-766.
- Lovibond, P.F., & Lovibond, S.H. (1995). Manual for the depression anxiety stress scales (2nd. Ed.). Sydney: psychology foundation.
- Lovibond, P.F., & Lovibond, S.H. (1995). The structure of negative emotional states: comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the beck depression and anxiety inventories. *Behaviour Research and Therapy*; 33(3): 335-343.
- McCracken, L.M., MacKichan, F., & Eccleston, C. (2007). Contextual cognitive-behavioral therapy for severely disabled chronic pain sufferers: effectiveness and clinically significant change. *Eur J Pain*; 11(3): 314-322.

- Mun, C., Okun, M., & Karoly, P. (2014). Trait mindfulness and catastrophizing as mediators of the association between pain severity and pain-related impairment. *Pers & Diff*; 66(4): 68-73.
- Nasrollahi, B., Mazaheri, M.A., Dehghani, M., Kiamanesh, K., & Jomehri, H. (2013). [Comparison of Hypervigilancy and Ambivalence over Emotional Expressiveness in Patients with Chronic Musculoskeletal Pain and Non-Patient Group (Persian)]. *Journal Psychol*; 16(2): 339-354.
- Prevedini, AB., Presti, G., Rabitti, E., Miselli, G., & Moderato, P. (2011). Acceptance and commitment therapy (ACT): the foundation of the therapeutic model and an overview of its contribution to the treatment of patients with chronic physical diseases. *G Ital Med Lav Ergon*; 33(1 Suppl A): A53-63.
- Ruiz – Parraga, G.T., & Lopez – Martínez, A.E. (2015). The role of experiential avoidance, resilience and pain acceptance in the adjustment of chronic back pain patients who have experienced a traumatic event: a path analysis. *Annual Behavior Medicine*; 49(2): 247-257.
- Sakakibara, T., Wang, Z., Paholpak, P., Kosuwon, W.O.M., & Kasai, Y.A. (2013). Comparison of Chronic Pain Prevalence in Japan, Thailand, and Myanmar. *Pain Physician*; 16(1): 603-608.
- Saleebey, D. (2007). The Strengths Perspective in Social Work Practice. Boston: Allyn & Bacon, ISBN 9780205408177, 312 p.
- Schutze, R., Rees, C., Preece, M., & Schutze, M. (2010). Low mindfulness predicts pain catastrophizing in a fearavoidance model of chronic pain. *Pain*; 148: 120-127.
- Swain, J., Hancock, K., Dixon, A., Koo, S., & Bowman J. (2013). Acceptance and Commitment Therapy for anxious children and adolescents: study protocol for a randomized controlled trial. (Retrieved 18 OCT 2015, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3662565>).
- Turner, JA., Anderson, ML., Balderson, BH., Cook, AJ., Sherman, KJ., & Cherkin, DC. (2016). Mindfulnessbased stress reduction and cognitive behavioral therapy for chronic low back pain: similar effects on mindfulness, catastrophizing, self efficacy, and acceptance in a randomized controlled trial. *Pain Journal* ;157(11): 2434-2444.
- Vowles, KE., McCracken, LM., & O'Brien, JZ. (2011). Acceptance and values-based action in chronic pain: a three-year follow-up analysis of treatment effectiveness and process. *Behavior Research Therapy*; 49(11): 748-55. DOI: 10.1016/j.brat.2011.08.002 PMID: 21885034.
- Wicksell, R.K., Olsson, G.L., & Hayes, S.C. (2011). Mediators of change in acceptance and commitment therapy for pediatric chronic pain. *Pain Journal*;152(12): 801-2792.