

Comparing the Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy and Solution Focused Brief Therapy on Unconditional Self-Acceptance and Pain Anxiety among Patients with Breast Cancer

Ommoalbanin Baghernezhad¹, Ramezan Hasanzadeh^{2*}, Ghodatollah Abbasi³

1. Ph. D Student, Department of Psychology, Islamic Azad University, Sari Branch, Sari, Iran.
2. Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Sari Branch, Sari, Iran.
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Sari Branch, Sari, Iran.

*Corresponding Author: Ramezan Hasanzadeh, Department of Psychology, Islamic Azad University, Sari Branch, Sari, Iran.

Email: hasanzadeh@iausari.ac.ir

Received: 2 February 2019

Accepted: 14 April 2019

Published: 29 April 2019

How to cite this article:

Baghernezhad O, Hasanzadeh R, Abbasi Gh, Forghani M.S. Comparing the Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy and Solution Focused Brief Therapy on Unconditional Self-Acceptance and Pain Anxiety among Patients with Breast Cancer. *Salamat Ijtimai (Community Health)*. 2019; 6(3):253-263. DOI: <http://doi.org/10.22037/ch.v6i3.24183>.

Abstract

Background and Objective: Breast cancer affects the various aspects of mental health of patients and aggravates mental stress by causing disturbance in the mental image of the patient which consequently challenges patient's mental health. The purpose of the present study was to compare the efficacy of acceptance and commitment therapy and solution focused brief therapy on unconditional self-acceptance and pain anxiety among patients with breast cancer.

Materials and Methods: The study of was semi-experimental design with pre-test and post-test design and control group. The statistical population included all patients with breast cancer who were referred to health centers and hospitals in the cities of Babol and Babolsar, in northern Iran, in 2018. A sample of 90 patients was selected by random sampling method and three groups of 30 women with breast cancer were randomly divided into three groups. Acceptance and commitment therapy (ACT) and solution focused brief therapy (SFBT) was performed for experimental groups and no intervention was performed in the control group. To obtain the data, the scale of pain anxiety symptoms and unconditional admission questionnaire were used. To analyze the data, multivariate analysis of covariance and statistical software SPSS 23 were used.

Results: The mean (SD) age of participants in the ACT group was 36.2 (7.4), SFBT 35.7 (7.2), and the control group 38.1 (9.4) years. The mean (SD) pain anxiety score in the ACT group was 76.3 (10.5) in the pre-test which decreased to 52.7 (10.2) in post-test ($P<0.001$); and from 77.1 (8.4) in the pre-test to 67.1 (6.4) in the post-test in SFBT group ($P<0.001$). The mean (SD) unconditional self-acceptance score in the ACT group increased from 60.3 (5.6) to 94.1 (21.5) in the post-test ($P<0.001$); and from 62.4 (3.1) in the pre-test to 90.4 (9.3) in the post-test in the SFBT group ($P<0.001$). However, the mean (SD) of both variables in the pre-test and posttest of the control group did not show a significant difference. The acceptance and commitment therapy was more effective than solution focused brief therapy ($P<0.01$).

Conclusion: The study showed that both acceptance and commitment therapy and solution focused brief therapy had a desirable effect on reducing pain anxiety and increasing unconditional self-acceptance in patients with breast cancer; however, the acceptance and commitment therapy was more effective than solution focused brief therapy.

Keywords: Acceptance and commitment therapy; anxiety; Pain; Breast cancer.

Conflict of Interest: None of the authors has any conflict of interest to disclose.

Ethical publication statement: We confirm that we have read the Journal's position on issues involved in ethical publication and affirm that this report is consistent with those guidelines.

Ethical code: IR.IAUSARI.REC.1396.23195

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

مقایسه اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روان درمانی کوتاه مدت راه حل محور بر اضطراب درد و پذیرش خود بیماران مبتلا به سرطان پستان

ام البنین باقرنژاد^۱، رمضان حسن زاده^{۲*}، قدرت الله عباسی^۳

۱. دانشجوی دکتری، روانشناسی عمومی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

۲. استاد، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

* نویسنده مسئول: رمضان حسن زاده، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساری، ساری، ایران.

Email: hasanzadeh@iausari.ac.ir

تاریخ دریافت: بهمن ۱۳۹۷

تاریخ پذیرش: فروردین ۱۳۹۸

چکیده

زمینه و هدف: سرطان پستان جنبه‌های مختلف سلامت روان را به مخاطره می‌اندازد و به علت اختلال در تصویر ذهنی فرد از جسم خودش تنش روانی را تشدید و سلامت روانی فرد را با چالش روبه رو می‌کند. هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روان درمانی کوتاه مدت راه حل محور بر اضطراب درد و پذیرش خود بیماران مبتلا به سرطان پستان بود.

روش و مواد: روش پژوهش از نوع نیمه تجربی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه بیماران مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به مراکز درمانی و بیمارستان های شهر بابل و بابلسر در سال ۱۳۹۷ بودند. ۹۰ نفر به روش نمونه گیری تصادفی انتخاب شدند و به صورت تصادفی در سه گروه ۳۰ نفری قرار داده شد و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روان درمانی کوتاه مدت راه حل محور برای گروه های آزمایش اجرا شد و در گروه گواه هیچ مداخله ای صورت نگرفت. برای به دست آوردن داده ها، مقیاس علائم اضطراب درد و پرسشنامه پذیرش بی قید و شرط خود استفاده شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کواریانس چندمتغیره و نرم افزار آماری SPSS-23 استفاده شد.

یافته ها: میانگین (انحراف معیار) سن شرکت کنندگان گروه درمان پذیرش و تعهد (۷/۴) (۳۶/۲)، گروه درمان راه حل محور (۷/۲) (۳۵/۷) و گروه گواه (۹/۴) (۳۸/۱) سال بود. مطالعه نشان داد که میانگین (انحراف معیار) اضطراب درد در گروه پذیرش و تعهد از (۱۰/۵) (۷۶/۳) در پیش آزمون به (۱۰/۲) (۵۲/۷) در پس آزمون کاهش یافت ($P < 0/001$)، در گروه راه حل محور از (۸/۴) (۷۷/۱) در پیش آزمون به (۶/۴) (۶۷/۱) در پس آزمون کاهش یافت ($P < 0/001$). میانگین (انحراف معیار) پذیرش خود در گروه پذیرش و تعهد از (۵/۶) (۶۰/۳) در پیش آزمون به (۹/۳) (۹۰/۴) در پس آزمون افزایش یافت ($P < 0/001$) اما میانگین (انحراف معیار) هر دو متغیر در پیش آزمون و پس آزمون گروه گواه تفاوت آماری معنادار نشان نداد. روش درمانی پذیرش و تعهد نسبت به روش درمانی راه حل محور تأثیر بیشتری داشته است ($P < 0/01$).

نتیجه گیری: مطالعه نشان داد هر دو روش درمانی پذیرش و تعهد و راه حل کوتاه محور تأثیر مطلوبی بر کاهش اضطراب درد و افزایش پذیرش خود در بیماران مبتلا به سرطان پستان داشتند اما تأثیر روش درمانی پذیرش و تعهد بیشتر از روش روان درمانی کوتاه مدت راه حل محور بود.

واژگان کلیدی: درمان پذیرش و تعهد، اضطراب، درد، سرطان پستان.

مقدمه

با وجود پیشرفت‌های فراوان در عرصه علم پزشکی و توسعه دانش بشری در مهار و درمان انواع بیماری‌ها، سرطان هنوز هم به عنوان یکی از امراض جدی و در بسیاری موارد غیر قابل درمان به شمار می‌رود که متأسفانه جان بسیاری از انسان‌ها را تهدید می‌کند و خطر ابتلا به آن برای بخش قابل توجهی از جامعه بشری وجود دارد (۱). پس از بیماری‌های قلبی عروقی و سوانح و حوادث، سرطان سومین عامل مرگ و میر در ایران است. سالانه بیش از ۳۰۰۰۰ نفر از ایرانیان در اثر سرطان، جان خود را از دست می‌دهند. تخمین زده می‌شود سالیانه بیش از هفتاد هزار مورد جدید سرطان، در کشور اتفاق بیافتد. با افزایش امید به زندگی و افزایش درصد سالمندی در جمعیت کشور، انتظار می‌رود موارد بروز سرطان در دو دهه آینده به دو برابر فعلی، افزایش یابد. در این میان سرطان پستان شایع‌ترین سرطان و شایع‌ترین علت مرگ و میر ناشی از سرطان در زنان ایرانی می‌باشد و اکثراً به صورت آدنوکارسینوم‌های ارتشاحی مجاری و لبولار است (۲) سرطان پستان که دومین سرطان کشنده بعد از سرطان ریه در میان زنان است عامل فشارزای بزرگی در چندین سطح است تهدید کننده زندگی، مداخله‌های مربوط به جراحی اغلب باعث زشت شدن بدن می‌شوند (۳). از طرف دیگر خوشبختانه، این سرطان از دسته سرطان‌های قابل پیشگیری و قابل تشخیص زودرس است که با ارائه راهکارهای ویژه می‌توان منجر به کاهش مراجعه دیرهنگام و ارائه درمان مؤثر به منظور افزایش بقاء، کاهش مرگ و ارتقاء کیفیت زندگی بیماران شد (۴). سرطان جنبه‌های مختلف سلامت روان را به مخاطره می‌اندازد و به علت اختلال در تصویر ذهنی فرد از جسم خودش تنش روانی را تشدید و سلامت روانی فرد را با چالش روبه رو می‌کند، این موارد می‌تواند بر بهزیستی روان شناختی این افراد نیز تأثیرگذار باشد (۵). به طور کلی تهدید خودانگاره، عزت نفس، از دست دادن احساس آزادی، راحتی جسمانی، انکار، خشم، افسردگی، عدم اطمینان، تنهایی و به دنبال آن کاهش بهزیستی روان شناختی و اضطراب درد از پیامدهای بیماری سرطان هستند (۶). اضطراب درد شامل چهار زیر مقیاس علائم اضطراب شناختی مرتبط با تجربه درد، رفتار فرار و اجتناب مرتبط با کاهش درد، ارزیابی ترسناک از درد و علائم اضطراب فیزیولوژیک مرتبط با درد است (۷). ترس از درد همان گونه که برخی از پژوهشگران اعتقاد دارند حالت غیر منطقی و یا مرضی به خود بگیرد، نه تنها دیگر جنبه انطباق پذیری و کمک به سلامت انسان ندارد، بلکه می‌تواند با اثرگذاری بر ابعاد شناختی و رفتاری، مشکلاتی را در سلامت روان فرد پدید آورد. با تداوم استفاده از راهبردهای شناختی و رفتاری ناسازگارانه، میل اجتناب از منبع درد شدت می‌گیرد (۸). همچنین یکی دیگر از متغیرهایی که در بیماران مبتلا به سرطان پستان مشاهده می‌شود، نگرانی از تصویر بدنی و عواقب جراحی سرطان پستان می‌باشد که می‌تواند بر پذیرش خود این افراد تأثیرگذار باشد. پذیرش بی قید و شرط خود عبارت است از احساسی که فرد نسبت به خود و توانمندی‌ها و وضعیت کنونی خود دارد فارغ از منابع هویت بیرونی. در ساده‌ترین تعریف، پذیرش بی قید و شرط خود یعنی این که فرد خود را به صورت کامل و آن چنان که هست، بپذیرد و این که فرد هم پذیرای نکات مثبت وجود خود باشد و هم پذیرای نکات منفی آن (۹).

از روش‌های درمان‌های غیر دارویی در روانشناسی جهت سازگاری با بیماری‌های مزمن به کار می‌رود روان‌درمانی می‌باشد که در این پژوهش دو رویکرد روان‌درمانی جهت پذیرش خود و اضطراب درد استفاده و مورد مقایسه قرار گرفته شده‌اند. پذیرش و تعهد نوعی رفتار درمانی مبتنی بر توجه آگاهی است (۱۰). در این رویکرد، افراد می‌آموزند به جای چالش با افکارشان آنها را بدون قضاوت بپذیرند و هدف این است که افراد بیاموزند تا ارزش‌های زندگی‌شان را شناسایی کنند و بر اساس آنها طرح و اقدام عملی بریزند. رویکرد پذیرش و تعهد در بین رویکردهای شناختی شبیه‌ترین و نزدیک‌ترین رویکرد به تئوری انتخاب و واقعیت‌درمانی است. درمان پذیرش و تعهد یکی از درمان‌های موج سوم رفتار درمانی است که توسط Hayes و همکارانش از ابتدای دهه ۱۹۸۰ معرفی و با نام اختصاری ACT شناخته شد (۱۰). پذیرش این موضوع که زندگی ارزشمندانه با رنج همراه است، و حرکت در مسیر ارزش‌ها مستلزم تعهد است، و نیز این که واژه‌ها جای تجربه کردن را نمی‌گیرند، بنیان راهبردها و نیز فنون مورد استفاده در پذیرش و تعهد است. جنبه‌های واکنشی رفتار در این رویکرد حذف می‌شوند. درمان پذیرش و تعهد بر این موضوع اذعان دارد که هر واژه حجم عظیمی از محتوا را با خود حمل می‌کند ولی

نهایت استفاده را از جنبه های واکنش برانگیز زبان می کند. تمثیل ها جایگاه خاصی در درمان پذیرش و تعهد دارند. شش فرایند بنیادین درمان پذیرش و تعهد: (۱) پذیرش (۲) ناهم آمیزی شناختی (۳) تماس با لحظه لحظه های زندگی (۴) خودآنگاره (۵) روشن سازی ارزش ها (۶) تعهد و پایبندی. این شش مؤلفه را می توان در دو حیطه فرایندهای ذهن آگاهی و تغییر رفتار دسته بندی کرد، فرایندهایی که در ترکیب با هم انعطاف پذیری شناختی را ایجاد می کنند (۱۱).

درمان کوتاه مدت راه حل محور یکی از رویکردهای درمانی مؤثر جهت کمک به افرادی است که با استرس مواجه هستند. این رویکرد به عنوان یک رویکرد پست مدرن نسبت به مداخلات رفتاری وابسته به همکاری بین درمانگر و مراجع برای درمان طبقه بندی می شود. درمان راه حل محور یک دیدگاه غیر بیماری شناختی نسبت به مراجع دارد و به مراجعین کمک می کند برای مشکلات کنونی خود راه حل بیابند (۱۲). در این رویکرد بر خلاف دیدگاه مشکل محور به جای تمرکز بر مشکلات بر یافتن راه حل ها تاکید می شود. بنابراین درمان راه حل محور بر پایه راه حل سازی است نه حل مسأله و به واسطه کشف نیروهای جاری مراجع و امیدواری به آینده هدایت می شود نه بحث در مورد مسائل موجود و علت های آن ها در گذشته (۱۳).

ضرورت پژوهش حاضر از این جهت است که با توجه به پژوهش های انجام شده و با در نظر گرفتن مسائل روان شناختی و تأثیر آن در بروز یا تشدید علایم بیماری های روان تنی از جمله سرطان، ایجاد شرایط مناسب زندگی برای بیماران از مهم ترین فواید آتی در این پژوهش می باشد. یکی از شرایط مناسب در این خصوص آگاه کردن کادر درمانی از جمله پرستاران است که باید نحوه برخورد با بیماران را بدانند تا بتوانند خدمات خود را به خوبی ارائه دهند. نتایج این پژوهش می تواند اطلاعات مفیدی را در اختیار بیماران، مسئولین، متخصصان، خانواده های بیماران و سایر علاقه مندان قرار دهد، تا جهت رفاه هرچه بیشتر بیماران تلاش صورت گیرد. هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روان درمانی کوتاه مدت راه حل محور بر اضطراب درد، پذیرش خود بیماران مبتلا به سرطان پستان بود.

روش و مواد

این پژوهش به صورت نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه بیماران مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به مراکز درمانی و بیمارستان های شهر بابل و بابلسر در سال ۱۳۹۷ بودند. برای انتخاب نمونه، ابتدا یک فراخوان با هماهنگی های لازم با بیمارستان و سایر مراکز خصوصی برای برگزاری کلاس های آموزشی و درمانی نصب گردید و تعداد ۹۰ بیمار به صورت تصادفی ساده از بین آن ها انتخاب شده و و پس از تایید ملاک های ورود و ملاک های تشخیص و غربالگری یعنی نمره اضطراب درد بالاتر از ۵۰ و پذیرش خود کمتر از ۵۰، به صورت تصادفی در سه گروه ۳۰ نفری شامل گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روان درمانی کوتاه مدت راه حل محور و گروه گواه قرار داده شدند، سپس دو گروه آزمایشی در معرض دو نوع مداخله آزمایشی شامل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روان درمانی کوتاه مدت راه حل محور قرار گرفتند. بر اساس اندازه اثر ۰/۲۵، آلفای ۰/۰۵ و توان ۰/۸۰ در سه گروه، حداقل تعداد نمونه برای دست یابی به توان مورد نظر، ۳۰ نفر در هر گروه جمعاً ۹۰ نفر به دست آمد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: ابتدا به سرطان پستان براساس پرونده پزشکی، آزمایشات قبلی و تایید پزشک معالج، داشتن تحصیلات حداقل سوم راهنمایی، رضایت از شرکت در مطالعه بود و معیارهای خروج از مطالعه شامل سابقه مصرف داروهای روان پزشکی و سابقه دریافت درمان های روان شناختی در شش ماه گذشته، غیبت بیش از دو جلسه در جلسات و افزایش شدت علائم و بروز اختلال عملکرد بیمار می شد. بیماران به ترتیب ورود به مطالعه به تصادف در یکی از دو گروه آزمایش و گواه تقسیم شدند.

ابتدا از هر دو گروه پیش آزمون گرفته شد و سپس گروه آزمایش الف (درمان پذیرش و تعهد) را در طی ۹ جلسه ۹۰ دقیقه ای و گروه آزمایش ب (درمان راه حل محور) طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای به صورت هفتگی دریافت کردند و برای گروه گواه هیچ گونه مداخله ای صورت نگرفت و سپس از هر دو گروه پس آزمون گرفته شد. شرکت کنندگان در شرکت یا ترک همکاری شان در مطالعه، در هر زمان و بدون جریمه آزاد بودند. استدلال کافی برای ضرورت انجام مطالعه بر این گروه ارائه

شده است. به تک تک افراد حفظ رازداری و محرمانه بودن اطلاعات شرح داده شد. به شرکت کنندگان اطمینان خاطر داده شد که نحوه گزارش نتایج پژوهش ضامن حقوق مادی و غیرمادی آنان و مربوط به تحقیق می باشد. در هیچ یک از مراحل پژوهش، هزینه‌ای به فرد شرکت کننده تحمیل نشد.

جدول شماره ۱- خلاصه جلسات آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات	شرح
جلسه اول	آشنایی مراجعین و درمانگر با یکدیگر، رضایت آگاهانه: هشدار نسبت به این که درمان ممکن است به ناراحتی هیجانی بینجامد، تعهد نسبت به تکمیل جلسات درمانی با رعایت اصول اخلاقی، ارزیابی کلی: درخواست از مراجعان که شرح دهند چگونه نگرانی، بلا تکلیفی و احساسات و افکار ناخوشایند زندگی شان را مختل کرده و فهم این که چرا در جست و جوی درمان برآمده و چه امید و انتظاراتی از درمان دارند؟
جلسه دوم	شناسایی تأثیر منفی تلاش برای کنترل نگرانی و احساس و افکار منفی و ناخوشایند، برجسته سازی ماهیت متناقض تلاش برای کنترل این افکار با استفاده از استعاره مسابقه طناب کشی با هیولا.
جلسه سوم	کنترل به عنوان مساله یا مشکل گسلش: کمک به پرورش گسلش توسط تمرین جسمانی سازی و واداشتن مراجع به کشیدن تصویری از این شی. هدف برقراری ارتباط غیر تدافعی با هیجاناتی که پیش از این احتنا می شدند بود. پذیرش: معرفی پذیرش به عنوان یک جایگزین برای کنترل با استفاده از استعاره دروغ سنج. این تمرین نشان دهنده این است که کنترل مساله مشکل است نه یک راه حل.
جلسه چهارم	مرور پذیرش به عنوان یک رفتار برگزیده و جایگزین کنترل. تمرین گسلش و آموزش محدودیت های زبان و نقش آن در رنج کشیدن با استناد از تمرین استعاره کودکی در سوپرمارکت.
جلسه پنجم	پذیرش و گسلش، ارزش ها: معرفی ارزش ها از طریق استعاره مسافران سوار بر اتوبوس توسط درخواست از مراجع تا درباره جهتی که اتوبوس می خواهد سفر کند به تفکر بپردازند.
جلسه ششم	تماس با لحظه اکنون: کمک به مراجع در زندگی کردن با تجربیات درونی خود در زمان حال با استفاده از تمرین آگاهی از تجارب درونی و رهایی از آن. شناسایی اهمیت در حال بودن، در حالی که به سختی به تجارب درونی نچسبیده باشد با استفاده از فنون ذهن آگاهی.
جلسه هفتم	خود به عنوان زمینه: شناخت خود به عنوان زمینه جایی که تجارب درونی در آن روی می دهند با استفاده از استعاره شطرنج.
جلسه هشتم	تعریف مفهوم ارزش ها و آن چیزی که در زندگی برای مراجعین اهمیت دارد. روشن سازی ارزش های مراجع با استفاده از تمرین لیست سنجش ارزش ها در حوزه های مختلف زندگی مانند روابط صمیمانه، روابط خانوادگی، دوستی ها، شغل، رشد و پیشرفت آموزشی، تفریح. پذیرش: ادامه دادن به ترغیب هرگونه تجربه درونی مشکل دار با استفاده از بازدید مجدد از استعاره مسافران سوار بر اتوبوس. تعهد رفتاری نسبت به درگیر شدن در فعالیت های مبتنی بر ارزش.
جلسه نهم	مرور و اختتام: خلاصه سازی درمان با استفاده از مرور مجدد تمارین و استعاره ها. جمع بندی مفاهیم بررسی شده در طی جلسات، درخواست از مراجعین برای توضیح دستاوردهای شان و برنامه آنها برای ادامه زندگی.

جدول شماره ۲- شرح جلسات روان درمانی کوتاه مدت راه حل محور

جلسه	هدف	محتوا
اول	برقراری رابطه درمانی آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش اجرای پیش آزمون	معارفه و آشنایی، بیان اهداف پژوهشی و چگونگی روند پژوهش، تعداد جلسات و قوانین و مقررات گروه آموزشی، اجرای پیش آزمون.
دوم	تبدیل مشکل به اهداف قابل دسترس	بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره موارد مثبتی که در زندگی درمانجویان وجود دارد، ترغیب درمانجویان در بیان آنچه که می خواهند به جای تمرکز بر مشکل، تعیین اهداف ملموس، عینی، مثبت و عملی.
سوم	بررسی راه حل های برطرف کننده شکایت	بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره اهداف درمانجویان، تدوین راه حل ها با بررسی تغییراتی که در صورت حل مشکلات در زندگی درمانجویان اتفاق می افتد.
چهارم	بررسی میزان تعهد و امیدواری درمانجویان	بررسی تکالیف جلسه قبل و مرور اهداف درمانجویان، استفاده از مقیاس بندی برای ارزیابی میزان تعهد و امیدواری افراد برای حل مشکل.
پنجم	یافتن یک داستان مثبت با بررسی استثناها	بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث در مورد چگونگی ایجاد تغییرات، کمک به درمانجویان در جهت یافتن استثناها یعنی مواردی که توانسته اند بر اضطراب و شدت درد غلبه کنند یا از کارکرد بهتری برخوردار باشند، ایجاد امید در جهت تغییر و مقابله با مشکل.
ششم	آموزش راه حل یابی در موقعیت های مختلف با استفاده از سوال معجزه	بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره استثناها و برجسته سازی راه حل های مناسب، پرسیدن سوال معجزه و ترغیب درمانجویان به بیان توانمندی ها و تقویت آنها.
هفتم	یافتن راه های متفاوت برای احساس، تفکر و رفتار	بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره پاسخ درمانجویان به سوال معجزه، تأکید بر عملی کردن راه حل ها با استفاده از واژه "به جای" و جایگزین کردن افکار، احساسات و رفتار مناسب به جای افکار، احساسات و رفتار مشکل ساز.
هشتم	بررسی تغییرات سازنده و تثبیت و تحکیم آنها	بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره افکار، احساس و رفتارهای جایگزین و تأثیر آنها در زندگی درمانجو، بررسی تغییرات سازنده ای که در طول جلسات درمانی اتفاق افتاده است، برجسته سازی قابلیت ها و توانمندی های درمانجویان، بحث در مورد چگونگی تثبیت.
نهم	جمع بندی جلسات، اجرای پس آزمون	ارائه خلاصه ای از جلسات درمانی، بحث درباره نکات مثبت و نقطه ضعف های درمانگر و طرح درمانی و دریافت بازخورد از درمانجویان، اجرای پس آزمون و اتمام جلسات درمانی.

مقیاس اضطراب درد: مقیاس علایم اضطراب درد، یک ابزار خودگزارشی است که برای ارزیابی اضطراب و واکنش های ترس مرتبط با درد که توسط McCracken و همکاران در سال ۱۹۹۲ ساخته شده است. پرسشنامه اضطراب درد، علایم اضطراب مرتبط با درد را ارزیابی می کند که مقیاس اصلی ۴۰ سوالی علایم اضطراب درد است. دامنه نمرات فرم کوتاه بین ۰ تا ۱۰۰ است و آزمودنی ها باید در دامنه ای از (صفر هرگز تا ۵ همیشه) به سؤال های این مقیاس پاسخ دهند. یک نمره کلی و سه نمره برای خرده مقیاس به دست می آید که نمره کلی عموماً با جنبه های زیادی از عملکرد بیماران مرتبط است و سه خرده مقیاس نیز در پیش بینی جنبه های متفاوت عملکرد بیماران مفید است. زیر مقیاس های فرم کوتاه مقیاس علائم اضطراب درد شامل اجتناب، ارزیابی ترسناک، واکنش فیزیولوژیک است. روایی این پرسشنامه در پژوهش های مختلف بین ۰/۶۹ تا ۰/۸۱

به دست آمد و ضریب همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ گزارش گردیده است (۱۴). روایی و پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر به ترتیب ۰/۷۷ و ۰/۸۵ به دست آمد.

پرسشنامه پذیرش بی قید و شرط خود: این پرسشنامه توسط Chimberlin & Haga در سال ۲۰۰۱ ساخته شد. این پرسشنامه شامل ۲۰ عبارت و برای گروه سنی ۱۴ سال و بالا می باشد. دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۰ تا ۱۰۰ است و آزمودنی ها باید در دامنه ای از (۰ هرگز تا ۵ همیشه) به سؤال های این مقیاس پاسخ دهند. Chimberlin & Haga، همسانی درونی پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۲ گزارش کرده اند (۱۵). روایی و پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر به ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۸۱ به دست آمد.

برای تحلیل داده های مربوط به فرضیه های پژوهش از شاخص های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی از آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره با استفاده از نرم افزار SPSS-23 استفاده شد.

یافته ها

میانگین (انحراف معیار) سن شرکت کنندگان گروه درمان پذیرش و تعهد (۷/۴) ۳۶/۲، گروه درمان راه حل محور (۷/۲) ۳۵/۷ و گروه گواه (۹/۴) ۳۸/۱ سال بود که دامنه سنی از ۲۰ تا ۶۰ سال را شامل می شد. از نظر تحصیلات، ۱۸ (۳۰٪) نفر تحصیلاتی در حد دیپلم، و ۲۴ (۴۰٪) نفر کارشناسی و ۱۸ (۳۰٪) نفر کارشناسی ارشد بودند.

جدول شماره ۱- فراوانی ویژگی های متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و گواه

متغیر	گروه	پیش آزمون (انحراف معیار) میانگین	پس آزمون (انحراف معیار) میانگین	P
اضطراب درد	پذیرش و تعهد	۷۶/۳ (۱۰/۵)	۵۲/۷ (۱۰/۲)	۰/۰۰۱
	راه حل محور	۷۷/۱ (۸/۴)	۶۷/۱ (۶/۴)	۰/۰۰۱
	گواه	۷۷/۶ (۷/۹)	۷۷/۴ (۷/۶)	۰/۸۵
پذیرش خود	پذیرش و تعهد	۶۰/۳ (۵/۶)	۹۴/۱ (۲۱/۵)	۰/۰۰۱
	راه حل محور	۶۲/۴ (۳/۱)	۹۰/۴ (۹/۳)	۰/۰۰۱
	گواه	۶۲/۹ (۳/۵)	۶۳/۸ (۴/۲)	۰/۷۹

مطالعه نشان داد که میانگین (انحراف معیار) اضطراب درد در گروه پذیرش و تعهد از (۱۰/۵) ۷۶/۳ در پیش آزمون (۱۰/۲) ۵۲/۷ در پس آزمون کاهش یافت ($P < ۰/۰۰۱$)، در گروه راه حل محور از (۸/۴) ۷۷/۱ در پیش آزمون به (۶/۴) ۶۷/۱ در پس آزمون کاهش یافت ($P < ۰/۰۰۱$). میانگین (انحراف معیار) پذیرش خود در گروه پذیرش و تعهد از (۵/۶) ۶۰/۳ در پیش آزمون به (۲۱/۵) ۹۴/۱ در پس آزمون افزایش یافت ($P < ۰/۰۰۱$)، در گروه راه حل محور از (۳/۱) ۶۲/۴ در پیش آزمون به (۹/۳) ۹۰/۴ در پس آزمون افزایش یافت ($P < ۰/۰۰۱$). اما میانگین (انحراف معیار) هر دو متغیر در پیش آزمون و پس آزمون گروه گواه تفاوت آماری معنادار نشان نداد.

قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل واریانس چند متغیری جهت رعایت پیش فرض های آن، از آزمون های باکس و لوین استفاده شد. بر اساس آزمون باکس که برای هیچ یک از متغیرها معنی دار نبوده است. شرط همگنی واریانس/کواریانس به درستی رعایت شده است. بر اساس آزمون لامبدای ویلکز و عدم معناداری آن برای همه متغیرها، شرط همسانی واریانس های بین گروه ها رعایت شده است. بنابراین استفاده از آزمون تحلیل واریانس مجاز می باشد.

نتایج حاصل از جدول شماره ۲ نشان داد که مقادیر F محاسبه شده در متغیر گروه، اضطراب درد و پذیرش خود در سطح معنادار است ($P < ۰/۰۱$) و این بدین معنا است که حداقل یکی از درمان ها بر اضطراب درد و پذیرش خود زنان مبتلا به سرطان پستان اثربخش بوده است.

جدول شماره ۲- خلاصه اطلاعات تحلیل کواریانس چند متغیره مقایسه میانگین اضطراب درد پس آزمون گروه آزمایش با

کنترل پیش آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آزمون F	سطح معناداری	مجذورات
اضطراب درد	گروه	۱	۵۷۲۱/۵۳۵	۵۷/۳۴	۰/۰۰۱	۵۶۴
	خطا	۱	۶۷/۴۲			
پذیرش بی قید و شرط خود	گروه	۱	۷۷۲۱/۵۳	۷۷/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۷۶
	خطا	۱	۹۷/۴۴			

جدول شماره ۳- آزمون تعقیبی LSD* تفاوت بین میانگین نمرات بر اضطراب درد و پذیرش خود بیماران مبتلا به

سرطان پستان

متغیر	گروه I	گروه های J	تفاوت میانگین های I-J	انحراف استاندارد	P
اضطراب درد	راه حل محور	پذیرش و تعهد	۰/۴۷۸	۰/۸۰۷	۰/۳۴۴
		گواه	-۶/۴۶	۰/۸۰۵	۰/۰۰۱
پذیرش خود	پذیرش و تعهد	گواه	-۸/۳۴	۰/۹۵۶	۰/۰۰۱
	راه حل محور	پذیرش و تعهد	-۰/۷۸۷	۰/۹۱۸	۰/۲۸۸
پذیرش خود	راه حل محور	گواه	-۶/۵۸	۰/۸۳۳	۰/۰۰۱
	پذیرش و تعهد	گواه	-۹/۳۹۷	۰/۹۸۷	۰/۰۰۱

* حداقل تفاوت معنی دار

همان گونه که در جدول شماره ۳ مشاهده می شود با وجود این که هر دو روش درمانی تأثیر مطلوبی بر اضطراب درد و پذیرش خود در بیماران مبتلا به سرطان پستان داشته اند اما روش درمانی پذیرش و تعهد نسبت به روش درمانی راه حل محور کوتاه تأثیر بیشتری داشته است ($P < 0/01$).

بحث

مطالعه نشان داد که میانگین (انحراف معیار) اضطراب درد در گروه پذیرش و تعهد از (۱۰/۵) ۷۶/۳ در پیش آزمون (۱۰/۲) ۵۲/۷ در پس آزمون و در گروه راه حل محور از (۸/۴) ۷۷/۱ در پیش آزمون به (۶/۴) ۶۷/۱ در پس آزمون کاهش یافت. همچنین میانگین (انحراف معیار) پذیرش خود در گروه پذیرش و تعهد از (۵/۶) ۶۰/۳ پیش آزمون به (۲۱/۵) ۹۴/۱ در پس آزمون و در گروه راه حل محور از (۳/۱) ۶۲/۴ در پیش آزمون به (۹/۳) ۹۰/۴ در پس آزمون افزایش یافت. اما میانگین (انحراف معیار) هر دو متغیر در پیش آزمون و پس آزمون گروه گواه تفاوت آماری معنادار نشان نداد. این یافته ها با نتایج پژوهش Hann & McCracken (۱۶) مبنی بر اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر افراد دارای اختلال درد مزمن و پژوهش Arch و همکاران (۱۷) مبنی بر اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر اختلالات اضطرابی همسو است. با این حال پژوهشی مبنی بر تأثیر درمان راه حل محور بر اضطراب درد و پذیرش خود یافت نشد.

در تبیین این نتایج می توان گفت که پذیرش درد ارتباط قوی با درگیری بیشتر در فعالیت های روزمره زندگی دارد. همچنین مشاهده شده که پذیرش به شدت با کنترل شناختی درد ارتباط دارد. از این رو، محققان نتیجه گرفتند که پذیرش درد بهترین شیوه در جدا کردن جنبه های دردناک زندگی از جنبه های غیردردناک آن است (۱۸). مطالعات متعددی از نقش پذیرش درد در کارکرد روزانه افراد مبتلا به دردهای مزمن حمایت می کنند. در نمونه های بالینی مشاهده شده است که پذیرش درد با تجربه درد مشکلات روان شناختی و ناتوانی های جسمانی به مراتب، کمتر و بهزیستی روان شناختی بیشتر

ارتباط دارد (۱۹). نتایج مطالعات اخیر نشان داده است که پذیرش بالای درد با کیفیت زندگی بالا در بیماران مبتلا به درد کمر (۲۰)، کاهش تأثیر درد بر عملکرد بیماران مبتلا به آرتروز، درگیری بیشتر در انجام امور شخصی روماتوئید (۲۱)، حفظ عملکرد سازشی (۲۲)، کاهش آشفتگی، ناتوانی (۲۳) و شدت درد کمتر و بهزیستی روانی بالا در ارتباط است (۲۴). پذیرش و تعهد درمانی یکی از مداخلات مبتنی بر پذیرش است که برای افرادی که تمایل به تجربه وقایع روان شناختی ناخواسته از قبیل درد را، دارند بسیار اثربخش است. مداخلات مبتنی بر پذیرش منجر به حساسیت کمتر به دردهای مزمن می شود (۲۵). پذیرش و تعهد درمانی یکی از زیر مجموعه های رویکرد است که پذیرش در کاهش تجربه درد بیماران مبتلا به درد مزمن وجود دارد. به نظر می رسد که پذیرش فرآیند کلیدی درگیر در دستاوردهای درمانی کاهش اثر تجربیات دردناک بر کارکردهای هیجانی، همچنین پیش بین کارکردهای فرد در آینده می باشد. Turner و همکاران (۲۶) در خصوص اثربخشی این شیوه درمانی نشان داده اند که تجربه چهار ساعته این درمان به طرز فاحشی منجر به کاهش تجربه درد در این بیماران در مقایسه با سایر درمان های پزشکی معمول می شود.

همچنین نتایج نشان داد که با وجود اینکه هر دو روش درمانی تأثیر مطلوبی بر اضطراب درد و پذیرش خود در بیماران مبتلا به سرطان پستان داشته اند اما روش درمانی پذیرش و تعهد نسبت به روش درمانی راه حل کوتاه محور تأثیر بیشتری داشته است. در تبیین این نتایج می توان گفت که سلامت روانی بیماران مبتلا به درد مزمن با میزان انجام فعالیت های روزانه ارتباط مستقیمی دارد (۲۷). نتایج مطالعات اخیر نشان داده است که پذیرش درد با کیفیت زندگی بالاتر در بیماران مبتلا به درد کمر، با کاهش اثر دوره های درد در کارکرد بیماران مبتلا به آرتروز روماتوئید و حفظ کارکرد سازگاران در بیماران دچار دردهای چندگانه ارتباط دارد (۲۸). نتایج مطالعات آزمایشگاهی نیز از اثربخشی بالای راهبردهای مبتنی بر پذیرش در هنگام رویارویی با دردهای القا شده آزمایشگاهی حکایت می کند و مطالعات صورت گرفته بر اساس مطالعات بالینی بر اهمیت راهبردهای مبتنی بر پذیرش بر کاهش علائم درد و افزایش کیفیت زندگی همراه با حضور درد اشاره می کنند. اصلی ترین سازه نظری در پذیرش، مبتنی بر درمان های رفتاری از قبیل پذیرش و تعهد درمانی، انعطاف پذیری روان شناختی است. درمان راه حل محور کوتاه مدت بیشتر در اورژانس های اجتماعی و ناسازگاری های زناشویی بیشتر کاربرد دارد (۲۹).

این پژوهش نیز همانند سایر پژوهش ها دارای محدودیت هایی است که ایجاب می نماید در تعمیم نتایج به آنها توجه شود. تحقیق حاضر بر روی زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به بیمارستان ها و مراکز درمانی شهر بابل و بابلسر انجام شده است، بنابراین در تعمیم نتایج به افراد دیگر شهرها و مناطق باید جانب احتیاط را رعایت کرد. از محدودیت های دیگر این مطالعه، این مساله بود که به علت محدودیت زمانی و عدم دسترسی به مراجعان مطالعات پیگیری انجام نشد. پیشنهاد می گردد پژوهش هایی به مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد با دیگر رویکردهای درمانی بپردازند تا تصویر روشن تری از کارایی این شیوه درمانی با توجه به بافت فرهنگی کشور ما به دست آید. انجام آزمون پیگیری پس از انجام دوره درمان به منظور ارزیابی بلند مدت تأثیرات این روش درمانی و تثبیت آموزش های جلسات پایانی و بالاخره انجام جلسات یادآوری پس از پایان دوره درمان به منظور جلوگیری از افت اثر درمان پیشنهاد می گردد.

نتیجه گیری

مطالعه نشان داد هر دو روش درمانی پذیرش و تعهد و راه حل کوتاه محور تأثیر مطلوبی بر کاهش اضطراب درد و افزایش پذیرش خود در بیماران مبتلا به سرطان پستان داشتند اما تأثیر روش درمانی پذیرش و تعهد بیشتر از روش درمانی کوتاه مدت راه حل محور بود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می دانند از همه کسانی که در اجرا و پیشبرد این تحقیق همکاری و مساعدت داشته اند و همچنین تمامی شرکت کنندگان در پژوهش کمال تشکر و قدردانی را کنند. این مقاله دارای کد کمیته اخلاق IR.IAUSARI.REC.1396.23195 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری می باشد.

تعارض در منافع

نویسندگان اظهار می‌دارند هیچ‌گونه تعارض منافی در مورد این مقاله وجود ندارد.

REFERENCES

- Stephens PJ, Tarpey PS, Davies H, Van Loo P, Greenman C, Wedge DC, Nik-Zainal S, Martin S, Varela I, Bignell GR, Yates LR. The landscape of cancer genes and mutational processes in breast cancer. *Nature*. 2012;486(7403):400-15.
- Sachs N, de Ligt J, Kopper O, Gogola E, Bounova G, Weeber F, Balgobind AV, Wind K, Gracanin A, Begthel H, Korving J. A living biobank of breast cancer organoids captures disease heterogeneity. *Cell*. 2018;172(1-2):373-86.
- Swain SM, Baselga J, Kim SB, Ro J, Semiglazov V, Campone M, Ciruelos E, Ferrero JM, Schneeweiss A, Heeson S, Clark E. Pertuzumab, trastuzumab, and docetaxel in HER2-positive metastatic breast cancer. *New England Journal of Medicine*. 2015;372(8):724-34.
- DeSantis CE, Fedewa SA, Goding Sauer A, Kramer JL, Smith RA, Jemal A. Breast cancer statistics, 2015: Convergence of incidence rates between black and white women. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2016;66(1):31-42.
- Kale HP, Carroll NV. Self-reported financial burden of cancer care and its effect on physical and mental health-related quality of life among US cancer survivors. *Cancer*. 2016;122(8):283-9.
- Reich RR, Lengacher CA, Alinat CB, Kip KE, Paterson C, Ramesar S, Han HS, Ismail-Khan R, Johnson-Mallard V, Moscoso M, Budhrani-Shani P. Mindfulness-based stress reduction in post-treatment breast cancer patients: immediate and sustained effects across multiple symptom clusters. *Journal of pain and symptom management*. 2017;53(1):85-95.
- Soo MS, Jarosz JA, Wren AA, Soo AE, Mowery YM, Johnson KS, Yoon SC, Kim C, Hwang ES, Keefe FJ, Shelby RA. Imaging-guided core-needle breast biopsy: impact of meditation and music interventions on patient anxiety, pain, and fatigue. *Journal of the American College of Radiology*. 2016;13(5):526-34.
- Quinlan-Woodward J, Gode A, Dusek JA, Reinstein AS, Johnson JR, Sendelbach S. Assessing the impact of acupuncture on pain, nausea, anxiety, and coping in women undergoing a mastectomy. *In: Oncol Nurs Forum*. 2016; 43:725-32.
- Makri-Botsari E. Adolescents' unconditional acceptance by parents and teachers and educational outcomes: A structural model of gender differences. *Journal of adolescence*. 2015;43:50-62.
- Mohabbat-Bahar S, Maleki-Rizi F, Akbari ME, Moradi-Joo M. Effectiveness of group training based on acceptance and commitment therapy on anxiety and depression of women with breast cancer. *Iranian journal of cancer prevention*. 2015;8(2):71-84.
- Sarizadeh MS, Mozaffari S. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on the fear of cancer recurrence and post-traumatic growth among patients with breast cancer. *Koomesh*. 2018;20(4):626-32.
- Kazi MA, Coombes M, Krause D, Anderson J. Effect of solution focused training on the permanency outcome in child welfare: A realist evaluation. *International Journal of Interdisciplinary Social and Community Studies*. 2015;10(4):27-39.
- Hsu WS, Lin HJ, Sun ST, Chen HJ. The Training Effects of Solution-Focused Brief Counseling on Telephone-Counseling Volunteers in Taiwan. *Journal of Family Psychotherapy*. 2017;28(4):285-302.
- Knaster P, Karlsson H, Estlander AM, Kalso E. Psychiatric disorders as assessed with SCID in chronic pain patients: the anxiety disorders precede the onset of pain. *General hospital psychiatry*. 2012 Jan 1;34(1):46-52.
- Xu W, Oei TP, Liu X, Wang X, Ding C. The moderating and mediating roles of self-acceptance and tolerance to others in the relationship between mindfulness and subjective well-being. *Journal of health psychology*. 2016;21(7):1446-56.
- Hann KE, McCracken LM. A systematic review of randomized controlled trials of Acceptance and Commitment Therapy for adults with chronic pain: Outcome domains, design quality, and efficacy. *Journal of contextual behavioral science*. 2014;3(4):217-27.
- Arch JJ, Wolitzky-Taylor KB, Eifert GH, Craske MG. Longitudinal treatment mediation of traditional cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*. 2012;50(7-8):469-78.

18. Åkerblom S, Perrin S, Fischer MR, McCracken LM. The mediating role of acceptance in multidisciplinary cognitive-behavioral therapy for chronic pain. *The Journal of Pain*. 2015;16(7):606-15.
19. Herbert MS, Afari N, Robinson JB, Listvinsky A, Bondi MW, Wetherell JL. Neuropsychological functioning and treatment outcomes in acceptance and commitment therapy for chronic pain. *The Journal of Pain*. 2018;19(8):852-61.
20. Scott W, Hann KE, McCracken LM. A comprehensive examination of changes in psychological flexibility following acceptance and commitment therapy for chronic pain. *Journal of contemporary psychotherapy*. 2016;46(3):139-48.
21. Martel ME, Dionne F, Scott W. The mediating role of pain acceptance in the relation between perceived injustice and chronic pain outcomes in a community sample. *The Clinical journal of pain*. 2017;33(6):509-16.
22. Clementi MA, Kao GS, Monico E. Pain acceptance as a predictor of medical utilization and school absenteeism in adolescents with chronic pain. *Journal of pediatric psychology*. 2017;43(3):294-302.
23. Veehof MM, Trompetter HR, Bohlmeijer ET, Schreurs KM. Acceptance-and mindfulness-based interventions for the treatment of chronic pain: a meta-analytic review. *Cognitive behaviour therapy*. 2016;45(1):5-31.
24. Lillis J, Graham Thomas J, Seng EK, Lipton RB, Pavlovi JM, Rathier L, Roth J, O'leary KC, Bond DS. Importance of pain acceptance in relation to headache disability and pain interference in women with migraine and overweight/obesity. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2017;57(5):709-18.
25. Baranoff JA, Hanrahan SJ, Burke AL, Connor JP. Changes in acceptance in a low-intensity, group-based acceptance and commitment therapy (ACT) chronic pain intervention. *International journal of behavioral medicine*. 2016;23(1):30-8.
26. Turner J, Sherman K, Anderson M, Balderson B, Cook A, Cherkin D. Catastrophizing, pain self-efficacy, mindfulness, and acceptance: relationships and changes among individuals receiving CBT, MBSR, or usual care for chronic back pain. *The Journal of Pain*. 2015;16(4):96-107.
27. Lin J, Paganini S, Sander L, Lüking M, Ebert DD, Buhman M, Andersson G, Baumeister H. An Internet-Based Intervention for Chronic Pain: A Three-Arm Randomized Controlled Study of the Effectiveness of Guided and Unguided Acceptance and Commitment Therapy. *Deutsches Ärzteblatt International*. 2017;114(41):681-697.
28. Simpson PA, Mars T, Esteves JE. A systematic review of randomised controlled trials using Acceptance and commitment therapy as an intervention in the management of non-malignant, chronic pain in adults. *International Journal of Osteopathic Medicine*. 2017;24:18-31.
29. Carriere J, Darnall B, Kao M, Mackey S. An examination of the roles of perceived injustice and pain acceptance on pain interference and pain intensity in patients with chronic pain: A Collaborative Health Outcomes Information Registry (CHOIR) Study. *The Journal of Pain*. 2016;17(4):97-105.

پرسشنامه اضطراب درد

ما می خواهیم بدانیم که شما وقتی درد دارید چکار می کنید و به چه چیزی فکر می کنید.

ردیف	سوال	بسیار زیاد	بسیار کم	بدردت	اغلب اوقات	همیشه
۱	فکرمی کنم که اگر خیلی شدید شود، هرگز کاهش پیدا نمی کند.					
۲	وقتی درد می کشم می ترسم چیز وحشتناکی اتفاق بیافتد.					
۳	وقتی که درد دارم فوراً به رختخواب می روم.					
۴	وقتی درد دارم کاری انجام می دهم که درد را افزایش می دهد لرزه بر اندامم می افتد.					
۵	وقتی درد دارم نمی توانم درست فکر کنم.					
۶	همین که احساس کنم درد دارد شروع می شود دست از هرکاری می کشم.					
۷	به نظر می رسد درد باعث می شود که ضربان قلبم شدیدتر یا سریع تر شود.					
۸	همین که درد شروع می شود برای تسکین آن دارو می خورم.					
۹	وقتی درد دارم فکر می کنم شاید به طور جدی بیمار باشم.					
۱۰	در طول دوره های درد نمی توانم جز درد به چیز دیگری فکر کنم.					
۱۱	وقتی صدمه یا آسیب می بینم حتی از فعالیت مهم پرهیز می کنم.					
۱۲	وقتی درد دارم احساس سرگیجه یا ضعف می کنم.					
۱۳	احساس درد وحشتناک است.					
۱۴	وقتی صدمه ای می بینم دایم به درد فکر می کنم.					
۱۵	هنگام درد تهوع پیدا می کنم.					
۱۶	وقتی که درد سخت و شدید می شود فکر می کنم شاید فلج یا ناتوان تر شوم.					
۱۷	متوجه شده ام وقتی که صدمه ای می بینم تمرکز برایم سخت است.					
۱۸	متوجه شده ام برایم سخت است بعد از دوره ای درد بدنم را آرام نگه دارم.					
۱۹	وقتی درد دارم نگرانم.					
۲۰	سعی می کنم از انجام کارهایی که باعث درد می شوند پرهیز کنم.					

پرسشنامه پذیرش بی قید و شرط خود

ردیف	عبارت ها	همیشه درست	درست	تا حدودی درست	تا حدودی نادرست	نادرست	کاملاً نادرست
۱	وقتی از من تعریف و تمجید می شود احساس اهمیت و ارزشمندی می کنم.						
۲	حتی اگر به برخی خلاف اهداف مهم خودم دست نیابم باز هم حس خوبی (ارزشمندی) به خودم دارم.						
۳	وقتی کسی به اشتباهم اشاره می کند و به من بازخورد منفی می دهد از آن برای بهتر کردن رفتارم و عملکردم استفاده می کنم.						
۴	احساس می کنم که بعضی از مردم ارزش و اهمیت بیشتری نسبت به دیگران دارند.						
۵	یک اشتباه بزرگ ممکن است ناامید کننده باشد اما احساس کلی ام را به خودم عوض نمی کند.						
۶	گاهی اوقات با خودم در مورد خوب یا بد بودن خودم فکر می کنم.						
۷	اگر کسانی که برایم مهم هستند دوستم داشته باشند، احساس می کنم آدم خوب با ارزشی هستم.						
۸	اهدافم را با این امید که دستیابی به آنها مرا شاد یا شادتر کنند تعیین می کنم						
۹	فکر می کنم که وقتی دو نفر در بسیاری از موارد و موقعیت ها خوب باشد یعنی به طور کلی آدم خوبی است.						
۱۰	احساس ارزشمندی می کنم چنانچه در مقایسه با دیگران بهتر باشم.						
۱۱	مهم نیست که چه کسی هستم یا چه دارم، چون یک انسان هستم پس موجودی ارزشمند هستم.						
۱۲	وقتی اشتباهاتم تذکر داده می شود و بازخورد منفی دریافت می کنم، اغلب پذیرش آن برایم مشکل است.						
۱۳	اهدافم را با این امید که ارزشم مرا ثابت کنند، تعیین می کنم.						
۱۴	اگر در زمینه های خاصی بد باشم باعث می شود احساس کم ارزشی کنم.						
۱۵	فکر می کنم افرادی که در کارهایشان موفق هستند افرادی فوق العاده ارزشمند هستند.						
۱۶	احساس می کنم که بهترین فایده تشویق شدن شناخت نقطه قوت خود است.						
۱۷	احساس می کنم که آدم مهم و ارزشمندی هستم حتی وقتی که افرادی دیگری مرا تایید نمی کنند.						
۱۸	برای قضاوت در مورد اهمیت و ارزش خود سعی می کنم خود را با دیگران مقایسه نکنم.						
۱۹	وقتی مورد انتقاد قرار می گیرم یا وقتی که شکست می خورم احساس بدی در مورد خودم پیدا می کنم.						
۲۰	به نظرم درست نیست که برای قضاوت در مورد ارزش و اهمیت خودم فقط به این که یک انسانم توجه کنم.						