

اثربخشی گروه درمانی پذیرش و تعهد بر میزان علائم افسردگی، استرس و شاخص های درد در زنان مبتلا به درد مزمن

سهیلا صبور^{۱*}، کیوان کاکابرایی^۲

^۱ کارشناس ارشد روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

^۲ استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرمانشاه، کرمانشاه، ایران
نویسنده مسئول: سهیلا صبور، کارشناس ارشد روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات کرمانشاه، کرمانشاه، ایران. ایمیل: Soheila67.sabour@gmail.com

DOI: 10.21859/ijrn-02041

چکیده

مقدمه: درد مزمن از مشکلات شایع و پدیده ای چندمولفه ای است که مدیریت آن مستلزم مداخلات طبی و روان شناختی است. هدف از مطالعه حاضر بررسی اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر علائم افسردگی، استرس و شاخص های درد در زنان مبتلا به درد مزمن بود.

روش کار: روش این پژوهش نیمه تجربی و جامعه آماری، بیماران زن مبتلا به درد مزمن مراجعه کننده به مراکز درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه بود. بیمارانی که دارای بالاترین نمرات بودند، با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه مداخله و شاهد تقسیم شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه های پذیرش درد مزمن (CPAQ)، مقیاس شدت درد (PIS)، فرم کوتاه مقیاس افسردگی و استرس (DASS-21) و پرسشنامه جمعیت شناختی بود. مداخله به صورت ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه ای، دو بار در هفته و به مدت یک ماه برگزار گردید. مرحله پیگیری یک ماه پس از آخرین جلسه درمان انجام شد. داده ها با استفاده از نسخه ۱۶ نرم افزار SPSS و آزمون های آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: نتایج پژوهش نشان داد که مداخله گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث ایجاد تفاوت معنی داری بین گروه های مداخله و شاهد در نمرات کلی علائم شدت درد، افسردگی و استرس وجود دارد ($P < 0/05$). همچنین در نمرات پذیرش درد نیز این تفاوت معنادار بود ($P < 0/05$).
نتیجه گیری: با توجه به اثر بخش بودن گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد پیشنهاد می گردد از این روش درمانی در مراکز درمانی کشور جهت کنترل و پذیرش دردهای مزمن مورد استفاده قرار گیرد.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۰۶/۰۵

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۰۱/۲۱

واژگان کلیدی:

درمان پذیرش و تعهد

افسردگی

استرس

شاخص های درد مزمن

زنان

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

مناسب است ولی برای مقاصد پژوهشی بهتر است، مقطع زمانی ۶ ماه به عنوان ملاک تشخیص در نظر گرفته شود [۴]. درد جسمانی اغلب به درد روانی تبدیل می شود [۵]. پیامدهای عاطفی زندگی با درد؛ استرس، اضطراب، ناامیدی و افسردگی است [۶]. همچنین، گروهی از پژوهشگران معتقدند که خلق افسرده آستانه تحمل درد را کاهش می دهد. براین اساس، از یک سو، درد عواطف منفی را به دنبال دارد و از سوی دیگر، عاطفه منفی به نوبه خود باعث تداوم درد می شود. تأثیر علی هر یک بر دیگری یکی از مهم ترین اسرار تجربه درد است [۷]. پژوهشگران در مورد اینکه درد مزمن یکی از شایع ترین و ناتوان کننده ترین مسایل سلامتی مزمن است، اتفاق نظر دارند [۸]. یکی از دلایلی که درد مزمن را در زمره مسئله ساز ترین بیماری های عصر حاضر قرار می دهد، همبودی آن با بیماری های جسمانی و اختلالات روانی است. ادبیات همه گیرشناسی بی شماری وجود دارد که از شیوع بالای اختلالات روان پزشکی عمده بین مبتلایان به درد مزمن

درد مزمن و تجربه زندگی با آن، یک تجربه منحصر به فرد است. ادراک فرد از درد از متغیرهای جسمانی، روانی و اجتماعی تأثیر می پذیرد [۱]. انجمن بین المللی مطالعه درد (IASP) آن را "تجربه ای حسی و هیجانی ناخوشایند که با آسیب واقعی یا بالقوه بافت همراه است" تعریف می کند [۲]. درد اساساً از نظر مدت به دو نوع حاد و مزمن تقسیم می شود. درد حاد به عنوان دردی با شروع سریع و کوتاه مدت توصیف می شود. این درد نقشی حفاظتی بر عهده دارد که شخص را از صدمات آگاه می سازد و باعث حرکات دور شونده از محرک آزارنده می گردد. نشانگان درد مزمن (Chronic Pain Syndrom: CPS) مشکلی شایع است که به علت ماهیت پیچیده، سبب شناسی مبهم و پاسخ ضعیف به درمان چالش های عظیمی را برای درمانگران ایجاد می کند [۳]. براساس توصیه های این انجمن، در فعالیت های بالینی و به هنگام سروکار داشتن با دردهای غیرسرطانی، انتخاب مقطع زمانی ۳ ماه برای تفکیک بین درد حاد و مزمن

تا در پایان دوره درمان، درمانجو علائم کمتر و از نظر هیجانی احساس بهتری را تجربه کند. ولی درمان ACT صراحتاً بر زندگی بهتر تمرکز دارد؛ صرف نظر از اینکه زندگی بهتر با احساس بهتر همراه باشد یا نباشد. گاهی زندگی بهتر عملاً مستلزم احساس درد است. اگر احساس درد، ارتباط و زندگی پویا را ارتقا ببخشد، درمان پذیرش و تعهد تلاش می کند مهارت های لازم برای ایجاد درد را بدون دفاع غیرضروری فراهم کند [۱۱].

نتیجه مطالعه Vowles و همکاران با تمرکز بر دو فرآیند اصلی درمان ACT (پذیرش و عمل مبتنی بر ارزش) نشان داد که در مقایسه با شروع درمان بیماران کارکرد جسمانی و هیجانی بهتری داشتند و در مقایسه با پیگیری اولیه، دستاورد های درمان را بهتر حفظ کرده بودند [۱۲].

Wicksell و همکاران نیز در پژوهشی شش میانجی گر تغییر در درمان مبتنی بر (باورهای مربوط به آسیب ناشی از درد، واکنش به درد، خودکارآمدی، ترس از حرکت، فاجعه پنداری و شدت درد) ACT را مورد بررسی قرار دادند که نتایج بیانگر آن بود که ACT باعث بهبود کارکرد بیماران مبتلا به درد ناتوان کننده می گردد [۱۳].

یافته های مطالعات انجام شده، ضرورت توجه بیشتر به دردهای مزمن را روشن می سازد ولی آنچه بر اهمیت این پژوهش می افزاید بهره گیری از درمان روان شناختی نسبتاً جدیدی است که پژوهش حاضر قصد بررسی اثر بخشی آن را دارد. بیشترین حوزه ی مطالعات صورت گرفته در مورد درمان پذیرش و تعهد، اثر بخشی آن بر درد مزمن است. نتایج اکثر پژوهش های انجام شده در این زمینه در سایر کشورها حاکی از کارآیی این درمان بر بهبود شاخص های روانی و جسمانی درد از قبیل؛ افسردگی، اضطراب مرتبط با درد، فاجعه پنداری، کیفیت زندگی، رضایت مندی از زندگی، خودکارآمدی، تعداد ویزیت پزشک، ناتوان کنندگی درد می باشد، ولی طبق بررسی های انجام شده تاکنون هیچ پژوهشی در این خصوص در ایران به گونه ای که درخور توجه باشد، صورت نگرفته بنابراین انجام پژوهش حاضر می تواند زمینه ساز تحقیق در این حوزه باشد. لذا هدف از مطالعه حاضر بررسی اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر علائم افسردگی، استرس و شاخص های درد در زنان مبتلا به درد مزمن می باشد.

روش کار

این مطالعه از نوع نیمه تجربی با پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با گروه شاهد بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران سرپایی زن مراجعه کننده با شکایت درد مزمن

حمایت می کند. شایع ترین اختلالات روان پزشکی همبود با درد مزمن، افسردگی (۱۰ تا ۱۰۰ درصد)، اضطراب (با شیوع بالاتر از افسردگی)، اختلالات خواب، اعتیاد به مواد مخدر (با شیوعی به مراتب بالاتر از جمعیت عادی) ذکر شده است [۸]. درد مزمن یک مشکل عمده ی مرتبط با سلامتی در جهان می باشد و به طور جدی کیفیت زندگی اجتماعی و شغلی مبتلایان را تحت تأثیر قرار می دهد [۳] نتایج مطالعات در ایران نیز بیانگر آن هستند که این مشکل از شیوع بالایی برخوردار است و منجر به اختلال در خواب و نیز تأثیر منفی بر ابعاد گوناگون زندگی افراد می گردد [۴].

با وجود اثربخشی متوسط برخی درمان های دارویی و روانی برای درد، درد مزمن همچنان برای بسیاری یک بیماری استرس آور و ناتوان کننده است و برای آن درمان کامل و موفقی وجود ندارد [۹]. در مورد درمان های روان شناختی برای درد مزمن، می توان به رفتار درمانی، روانکاوی، پسخوراند زیستی و آرمیدگی تدریجی و درمان شناختی- رفتاری اشاره کرد. امروزه با نسل سوم این درمان ها مواجه هستیم. در این درمان ها به جای تغییر شناخت ها سعی می شود تا ارتباط روان شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. یکی از این درمان ها که اخیراً در مرکز توجه جدی پژوهشگران قرار گرفته است، درمان پذیرش و تعهد (Acceptance and Commitment Therapy: ACT) می باشد [۱۰]. اساس این درمان نظریه نظام ارتباطی (Relational Frame Theory: RFT) است؛ براساس این نظریه بسیاری از روش هایی که برای حل مشکلاتمان استفاده می کنیم ما را به دام هایی می اندازند که موجب رنجش خاطر ما می شوند. این درمان اجتناب از درد و استرس را مشکل اصلی بیماران می داند که به ناتوانی و کاهش رضایت از زندگی می انجامد. طبق این نظریه، اجتناب زمانی اتفاق می افتد که افکار و هیجانات منفی اثر مفرط و نامناسب بر رفتار می گذارند. بنابراین، شیوه اصلی درمان ACT مواجهه سازی بیمار با موقعیت هایی است که پیشتر از آن ها اجتناب شده است [۹، ۱۱]. برخلاف سایر درمان ها (از جمله CBT) که بر کاهش یا کنترل علائم تأکید دارند، ACT افزایش پذیرش واکنش های منفی (افکار، هیجانات، حواس بدنی) به نفع درگیری در فعالیت های معنی داری که تغییر مستقیم آن ها امکان پذیر نیست را در مرکز توجه قرار می دهد، هرچند که ممکن است این کار درد و استرس زیادی را فراخواند. هدف درمان بهبود کارکرد بیمار از طریق افزایش انعطاف پذیری روانی است [۱۰]. بسیاری از درمان ها به درمانجویان کمک می کنند تا احساس بهتری داشته باشند. این درمان ها قصد دارند

جهت هنجاریابی داخلی ابزار اعتبار آن با استفاده از بازآزمایی برای افسردگی (۰/۸۱)، استرس (۰/۸۰) و کل مقیاس را (۰/۸۲) گزارش شده است. همچنین، همسانی درونی (ضریب آلفا) برای استرس، و افسردگی به ترتیب؛ ۰/۸۷، ۰/۸۵ گزارش و روایی افتراقی و تحلیل عاملی آن تأیید شد [۱۵]. دامنه نمرات در هر خرده مقیاس بین صفر تا ۲۱ و برای کل مقیاس از صفر تا ۶۳ با نقطه برش ۱۵ و بالاتر است [۱۵]. پرسشنامه شدت درد: شدت درد با استفاده از یک مقیاس درجه بندی عددی ۰ (عدم وجود درد) تا ۱۰ (بدترین درد ممکن) ارزیابی شد. از بیماران خواسته شد تا متوسط درد روزانه ی خود را در هفته ی گذشته درجه بندی کنند. ملاک نمره گذاری درد، عددی بود که بیمار دور آن خط می کشید و عدد ۵ و بالاتر نشانگر شدت درد می باشد. این شاخص به طور گسترده در پژوهش های مربوط به درد استفاده شده است [۱۶]. در ایران نیز افشارزاده، رضایی و یوسف زاده روایی و پایایی این مقیاس را برای پژوهش های داخلی ۰/۷۳ گزارش کرده اند [۱۷].

پرسشنامه ی پذیرش درد مزمن: این پرسشنامه که به وسیله McCracken و Vowles تهیه شده بطور گسترده در پژوهش های مرتبط با درد مزمن مورد استفاده قرار می گیرد. این پرسشنامه ۲۰ آیتم دارد که در یک مقیاس ۷ درجه ای (از صفر تا ۶) نمره گذاری می شود و دارای دو خرده مقیاس است که خرده مقیاس اول درگیری در فعالیت ها (پیگیری فعالیت های روزانه با وجود درد) و خرده مقیاس دوم پذیرش درد (عدم وجود نسیب تلاش ها برای اجتناب از درد یا کنترل آن) را مورد ارزیابی قرار می دهد. ۱۱ آیتم این پرسشنامه به پذیرش درد مربوط و مستقیم نمره گذاری می شود (آیتم های ۱، ۲، ۳، ۵، ۶، ۸، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۵ و ۱۹). در حالی که ۹ آیتم درگیری در فعالیت ها (آیتم های ۴، ۷، ۱۱، ۱۳، ۱۴، ۱۶، ۱۷، ۱۸ و ۲۰) نمره گذاری معکوس دریافت می کنند [۱۸]. سپس، نمرات دو زیر مقیاس با هم جمع می گردد دامنه نمرات از صفر تا ۱۲۰ متغیر بوده و نمرات بالاتر از ۶۰ نشان دهنده پذیرش خواهد بود [۱۴، ۱۸]. آلفای کرونباخ این پرسشنامه توسط Cascarilla برای درگیری در فعالیت و پذیرش درد به ترتیب؛ ۰/۷۹ و ۰/۷۵ گزارش شده است [۱۴]. در مطالعه پایلوت پایایی درونی (با استفاده از روش آلفای کرونباخ) این پرسشنامه ۰/۷۴ به دست آمد. جهت انجام مطالعه پژوهشگر پس از اخذ مجوز از دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه و ارائه آن به مسئولین همه مراکز درمانی (شامل امام رضا (ع)، آیت الله طالقانی، امام حسین (ع) و امام خمینی (ره) و انجام نمونه گیری ابتدا خود را به

به همه مراکز درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه در سال ۹۴-۱۳۹۳ بود که توسط متخصصین نورولوژی، روماتولوژی و روانپزشک و دیگر متخصصین مربوطه تشخیص قطعی درد مزمن را دریافت کرده بودند. حجم نمونه با توجه به توان آماری، سطح آلفای ۰/۰۵، اندازه اثر ۰/۸، و نیز مطالعات پیشین [۱۳-۱۵] برآورد شد. روش نمونه گیری در این مطالعه دارای دو مرحله بود که ابتدا از طریق نمونه گیری در دسترس ۱۱۴ نفر از زنانی که دارای تشخیص قطعی درد مزمن بودند، انتخاب و سپس، براساس معیارهای ورود به مطالعه و اجرای یک جلسه پیش آزمون با مصاحبه بالینی که توسط پژوهشگر زیر نظر روانپزشک و براساس معیارهای تشخیصی DSM_IV_TR انجام شده بود، ۳۰ نفر (برای هر گروه ۱۵ نفر) از زنانیکه بالاترین نمرات را (به عنوان خط پایه) پس از تکمیل پرسشنامه ها کسب کردند، با روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب و پس از تخصیص تصادفی در دو گروه مداخله (۱۵ نفر) و شاهد (۱۵ نفر) جایگزین شدند. ملاک های ورود به پژوهش شامل؛ تمایل خود بیمار برای شرکت در پژوهش، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، دریافت تشخیص قطعی درد مزمن حداقل به مدت ۶ ماه از جانب متخصصین مربوطه، عدم دریافت روان درمانی و دارو درمانی قبل از ورود به پژوهش، سن حداقل ۲۰ سال، عدم همبودی بیماری های جسمانی یا اختلالات شدید روانی، عدم ابتلاء به هر گونه بیماری ناتوان کننده و مزمن دیگر از قبیل بیماری های کلیوی، کبدی، قلبی-عروقی و غیره، عدم سوء مصرف مواد مخدر و تکمیل فرم رضایت نامه به وسیله آزمودنی جهت شرکت در پژوهش بود. ملاک های خروج نیز شامل؛ انصراف آزمودنی ها از ادامه شرکت در مطالعه و استفاده از مواد مخدر در حین مطالعه بود.

در این مطالعه از پرسشنامه های دموگرافیک، فرم کوتاه افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21)، شدت درد (Pain Interference Score: PIS)، و پذیرش درد مزمن (Chronic Pain Acceptance Questionnaire: CPAQ) استفاده شد. فرم کوتاه پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس: در این مقیاس ۲۱ عبارتی هر عامل روانی (افسردگی، اضطراب و استرس) توسط ۷ سؤال مورد ارزیابی قرار می گیرد و سؤالات آن به صورت طیف لیکرت چهار درجه ای (کاملاً شبیه من = ۳، تا کاملاً متفاوت از من = ۰) است. این پرسشنامه دارای پایایی درونی ۰/۸۱ برای افسردگی، ۰/۸۲ برای اضطراب، ۰/۹۰ برای استرس و ۰/۹۳ برای مقیاس کلی می باشد و همچنین، اعتبار سازه، همگرا و واگرایی آن بالا گزارش شده است [۱۴].

پذیرش و تعهد می‌باشد که از لحاظ علمی و عملی، توسط مورد مشاورین علمی مورد تأیید قرار گرفته است [۱۱] که این محتوا به صورت جلسات درمانی سازمان‌یافته اجرا شد. لازم به ذکر است که در طول دوره ی اجرای درمان، آزمودنی های گروه شاهد و مداخله هیچگونه درمانی را دریافت نکردند. همچنین به دلیل ملاحظات اخلاقی برای گروه شاهد، جلسات به صورت مشاوره حمایتی اجرا شد و بعد از اتمام پژوهش و معلوم شدن نتایج، این گروه نیز تحت طرح درمانی پذیرش و تعهد قرار گرفتند. طرح درمانی جلسات به اختصار در جدول ۱ ارائه شده است.

تجزیه و تحلیل داده ها نیز با استفاده از نسخه ۱۶ نرم افزار آماری SPSS و به کارگیری روش های آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس چندمتغیری (MANCOVA) انجام شد.

آزمودنی ها معرفی و پس از توضیحات کامل و روشن در مورد اهداف و روش انجام پژوهش و تأکید در خصوص بی نامی آزمودنی ها و محرمانه ماندن اطلاعات و پس اخذ رضایت نامه کتبی از آن ها درخواست نمود که سؤالات پرسشنامه ها را به دقت خوانده و پاسخی را که مناسب تر به نظر می‌رسد را انتخاب کنند. سپس مداخله درمانی به صورت جلسات ۱۲۰ دقیقه ای در هر هفته دو جلسه و به مدت یک ماه برای گروه مداخله برگزار شد و گروه شاهد، مداخله درمانی مذکور را دریافت نکردند. پس از اتمام جلسات، از هر دو گروه پس از آزمون به عمل آمد و بعد از ۱ ماه، مرحله پیگیری اجرا شد. در نهایت کل برنامه درمانی از یک پیش جلسه، ۸ جلسه درمانی و یک جلسه پیگیری تشکیل شد. روش درمانی مورد استفاده در پژوهش حاضر، نسخه ی بسط یافته از طرح درمان

جدول ۱: خلاصه محتوای طرح درمانی پذیرش و تعهد (ACT)

جلسات	مداخلات / محتوا
پیش جلسه	آشنایی اولیه با مراجع و برقراری رابطه مناسب با هدف پر کردن صحیح پرسش نامه‌ها و ایجاد اعتماد؛ اجرای پرسش نامه جمعیت شناختی و اجرای پیش آزمون.
جلسه اول	معرفی درمانگر، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و برقراری رابطه درمانی؛ معرفی درمان ACT، اهداف و محورهای اصلی آن؛ تعیین قوانین حاکم بر جلسات درمان؛ ارائه اطلاعات درباره درد مزمن و انواع آن؛ مرور درمان های مربوطه، هزینه ها و فواید آن ها
جلسه دوم	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیماران؛ بحث در مورد تجربیات و ارزیابی آن ها؛ ارزیابی میزان تمایل فرد برای تغییر؛ بررسی انتظارات بیماران از درمان ACT؛ ایجاد درماندگی خلاق؛ جمع بندی بحث های مطرح شده در جلسه و ارائه تکلیف خانگی.
جلسه سوم	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیماران؛ تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل گری و پی بردن به بهبودی آن ها؛ توضیح دادن مفهوم پذیرش و تفاوت آن با مفاهیم شکست، یأس، انکار، مقاومت و سپس، مشکلات و چالش های پذیرش بیماری مورد بحث قرار گرفت؛ جمع بندی بحث های مطرح شده در جلسه و بررسی تمرین جلسه بعد؛ ارائه تکلیف خانگی
جلسه چهارم	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیماران؛ تکلیف و تعهد رفتاری؛ معرفی و تفهیم آمیختگی به خود مفهوم سازی شده و گسلس؛ کاربرد تکنیک های گسلس شناختی؛ مداخله در عملکرد زنجیره های مشکل ساز زبان و استعاره ها؛ تضعیف اتلاف خود با افکار و عواطف؛ جمع بندی بحث های مطرح شده در جلسه و بررسی تمرین جلسه بعد؛ ارائه تکلیف خانگی
جلسه پنجم	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیماران؛ نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار؛ مشاهده خود به عنوان زمینه؛ تضعیف خود مفهومی و بیان خود؛ در این تمرینات، شرکت کنندگان می آموزند بر فعالیت های خود (تظیر تنفس، پیاده روی و ...) تمرکز کنند و در هر لحظه از احوال خود آگاه باشند و زمانی که هیجانات، حس ها و شناخت ها پردازش می شوند، بدون قضاوت مورد مشاهده قرار گیرند؛ جمع بندی بحث های مطرح شده در جلسه و بررسی تمرین جلسه بعد؛ ارائه تکلیف خانگی
جلسه ششم	مرور تجارب جلسه قبلی و دریافت بازخورد از بیماران؛ شناسایی ارزش های زندگی بیماران و تصریح و تمرکز بر این ارزش ها و توجه به قدرت انتخاب آن ها؛ استفاده از تکنیک های ذهن آگاهی با تأکید بر زمان حال؛ جمع بندی بحث های مطرح شده در جلسه؛ بررسی تمرین جلسه بعد و ارائه تکلیف خانگی
جلسه هفتم	مرور تجارب جلسه قبلی و دریافت بازخورد از بیماران؛ بررسی ارزش های هر یک از افراد و تعمیق مفاهیم قبلی؛ تفاوت بین ارزش ها، اهداف و اشتباهات معمول در انتخاب ارزش ها توضیح داده شد؛ موانع درونی و بیرونی احتمالی در دنبال کردن ارزش ها بحث شد؛ اعضا مهم ترین ارزش هایشان و موانع احتمالی در پیگیری آن ها را فهرست نموده و با سایر اعضا در میان گذاشتند. اهداف مرتبط با ارزش ها و ویژگی های اهداف (اختصاصی، قابل ارزیابی، واقع گرایانه و همسو با ارزش های شخصی) برای گروه بحث شد. سپس اعضا سه مورد از مهم ترین ارزش هایشان را مشخص و اهدافی که مایل بودند در راستای هر یک از آن ارزش ها دنبال کنند را تعیین کردند و در آخر کارها / رفتارهایی که قصد داشتند تا برای تحقق آن اهداف انجام دهند را مشخص کردند؛ نشان دادن خطرات تمرکز بر نتایج
جلسه هشتم	درک ماهیت تمایل و تعهد (آموزش تعهد به عمل)؛ شناسایی طرح های رفتاری مطابق با ارزش ها و ایجاد تعهد برای عمل به آن ها؛ درباره مفهوم عود و آمادگی برای مقابله با آن نکاتی بیان شد؛ مرور تکالیف و جمع بندی جلسات به همراه مراجع؛ در میان گذاشتن تجارب اعضای گروه با یکدیگر و دستاوردها و انتظاراتی که برآورده نشده بود؛ و در نهایت از بیماران برای شرکت در گروه تشکر و پس آزمون اجرا شد

صبور و همکاران

یافته ها

افسردگی و استرس آزمودنی های گروه مداخله و شاهد در هر دو مرحله پس آزمون ($F = 3/90$) و پیگیری ($F = 1/25$) تفاوت معنی دار وجود دارد ($P < 0/05$). بنابراین درمان پذیرش و تعهد بر کاهش نمره افسردگی و استرس گروه مداخله در پس آزمون و پیگیری تأثیر داشته است. میزان تأثیر این مداخله بر افسردگی در مرحله پس آزمون و پیگیری به ترتیب ۰/۶۶ و ۰/۳۸ درصد بود. همچنین میزان این تأثیر این مداخله بر استرس در مرحله پس آزمون و پیگیری به ترتیب ۰/۳۴ و ۰/۳۹ درصد بود. نتایج تحلیل کوواریانس و تأثیر عضویت گروهی بر نمره افسردگی و استرس در آزمودنی های گروه مداخله در مراحل پس آزمون و پیگیری به صورت مجزا در جدول ۳ ملاحظه می گردد.

داده های جمعیت شناختی آزمودنی ها نشان داد که میانگین و انحراف معیار سنی در گروه مداخله، $42/12 \pm 0/91$ و در گروه شاهد، $40 \pm 1/41$ سال می باشد. یافته های توصیفی مربوط به نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نمرات متغیرهای پژوهش در دو گروه مداخله و شاهد در جدول ۲ مشاهده می شود. نتایج بررسی پیش فرض های آماری نشان داد که هر دو پیش شرط تساوی واریانس ها (با استفاده از Levenes Test) و نرمال بودن (با استفاده از Shapiro-Wilk Test) برقرار است ($P > 0/05$)، لذا استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری بلا مانع شناخته شد. نتایج نشان داد که بین میانگین های تعدیل شده نمرات

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به تفکیک گروه ها

متغیر های پژوهش	تعداد	پیش آزمون انحراف معیار \pm میانگین	پس آزمون انحراف معیار \pm میانگین	پیگیری انحراف معیار \pm میانگین
افسردگی				
مداخله	۸	$13/88 \pm 3/25$	$10/33 \pm 2/39$	$11 \pm 2/95$
شاهد	۸	$13/25 \pm 2/91$	$14/62 \pm 4/13$	$13/62 \pm 3/67$
استرس				
مداخله	۸	$15/88 \pm 2/66$	$12/66 \pm 2/06$	$11/44 \pm 2/87$
شاهد	۸	$14/12 \pm 1/35$	$15/12 \pm 2/74$	$14/87 \pm 3/52$
نمره کل				
مداخله	۸	$43/77 \pm 6/18$	$34/33 \pm 4/45$	$33/22 \pm 15/11$
شاهد	۸	$41/25 \pm 6/13$	$43/50 \pm 8/45$	$43/37 \pm 5/44$
پذیرش درد				
مداخله	۸	$37/22 \pm 14/41$	$90/88 \pm 13/60$	$87/44 \pm 15/62$
شاهد	۸	$35/50 \pm 14/05$	$34/87 \pm 13/10$	$35/87 \pm 13/33$
شدت درد				
مداخله	۸	$7/66 \pm 1/58$	$4/88 \pm 1/05$	$5/22 \pm 1/09$
شاهد	۸	$7 \pm 1/92$	$7 \pm 1/60$	$7/50 \pm 1/55$

جدول ۳: تحلیل کوواریانس چند متغیره تأثیر عضویت گروهی بر افسردگی و استرس در پس آزمون و پیگیری

مقیاس	میانگین مجذورات	ضریب F	P-value	میزان تأثیر	توان آماری
افسردگی					
پس آزمون	۹۸/۹۶	۲۷/۴۵	۰/۰۰۰	۰/۶۶۲	۰/۹۳۵
پیگیری	۳۹/۶۹	۸/۸۵	۰/۰۱۰	۰/۳۸۷	۰/۷۹۰
استرس					
پس آزمون	۲۷/۹۵	۴/۵۳	۰/۰۱۱	۰/۳۴۵	۰/۵۰۹
پیگیری	۳۶/۸۰	۳/۳۹	۰/۰۱۷	۰/۳۹۵	۰/۶۰۴
نمره کل DASS					
پس آزمون	۳۲/۸۰	۳/۹۰	۰/۰۱۶	۰/۶۸۹	۰/۹۲۰
پیگیری	۷/۱۵	۱/۲۵	۰/۰۳۴	۰/۶۲۴	۰/۸۸۵

پژوهش های پیشین از جمله؛ McCracken و همکاران [۱۶]؛ Vowles و همکاران [۱۲] و Dindo و همکاران [۱۹] همسو می باشد.

McCracken و همکاران در پژوهشی به بررسی نتایج درمان شناختی - رفتاری زمینه ای که همزمان برای مبتلایان به درد با ناتوانی بالا و کمتر ناتوان اجرا می شد، پرداختند. نتایج درمان برای بیماران با ناتوانی بالا نشانگر بهبود معنی دار پس از درمان در چند متغیر از جمله استرس مرتبط با درد، ناتوانی، افسردگی، اضطراب مرتبط با درد، استراحت روزانه و کارکرد (در یک آزمایش تحمل فعالیت) بود. محاسبه اندازه اثر نشان دهنده اثربخشی درمان برای ناتوانی روان شناختی، افسردگی و پذیرش درد بود. تحلیل تغییرات پایدار نشان دهنده پایداری تغییرات ایجاد شده آماری و بالینی در پیگیری سه ماهه بود. تا به امروز حمایت های پژوهشی متوسطی برای استفاده از هر نوع روان درمانی در درمان و کاهش اختلالات روان شناختی در افراد دچار بیماری های مزمن وجود داشته است [۱۶]. همچنین، نتایج پژوهش Dindo و همکاران نشان داد که بیماران مبتلا به میگرن و افسردگی اساسی گروه مداخله تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در پیگیری سه ماهه نسبت به گروه شاهد به طور معناداری در سه متغیر افسردگی اساسی، کارکرد عمومی و ناتوانی مرتبط با میگرن نمرات بهتری کسب کردند [۱۹].

همانطور که در جدول ۴ ملاحظه می شود بین میانگین های تعدیل شده نمرات پذیرش درد آزمودنی های گروه مداخله و شاهد در هر دو مرحله پس آزمون ($F = 370/33$) و پیگیری ($F = 163/36$) تفاوت معنی دار وجود دارد ($P < 0/001$). بنابراین درمان پذیرش و تعهد بر افزایش پذیرش درد گروه مداخله در پس آزمون و پیگیری تأثیر داشته است. میزان این تأثیر در مرحله پس آزمون ۹۶ درصد و در مرحله پیگیری ۹۲ درصد بوده است.

همانطور که جدول ۵ نشان داده شده است بین میانگین های تعدیل شده نمرات شدت درد آزمودنی های گروه مداخله و شاهد در هر دو مرحله پس آزمون ($F = 27/45$) و پیگیری ($F = 8/85$) تفاوت معنی دار وجود دارد ($P < 0/01$). بنابراین درمان پذیرش و تعهد بر کاهش شدت درد گروه مداخله در پس آزمون و پیگیری تأثیر داشته است. میزان این تأثیر در مرحله پس آزمون ۵۴ درصد و در مرحله پیگیری ۵۳ درصد بوده است.

بحث

نتایج این پژوهش حاکی از آن است که گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، منجر به بهبود و کاهش افسردگی، استرس و نمره کلی ابزار و نیز افزایش پذیرش درد و کاهش شدت درد گردیده است. نتایج به دست آمده در این مطالعه با نتایج

جدول ۴: تحلیل کوواریانس چند متغیره تأثیر عضویت گروهی بر پذیرش درد در مراحل پس آزمون و پیگیری

مرحله	df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	مجذور اتا (میزان تأثیر)	توان آماری
پس آزمون						
پیش آزمون	۱	۲۲۲۷/۴۵	۶۵/۷۴	۰/۰۰۰	۰/۸۲۴	۱/۰۰۰
عضویت گروهی	۱	۱۲۵۴۶/۸۲	۳۷۰/۳۳	۰/۰۰۰	۰/۹۶۴	۱/۰۰۰
پیگیری						
پیش آزمون	۱	۲۲۹۲/۷۴	۳۵/۴۱	۰/۰۰۰	۰/۷۱۷	۱/۰۰۰
عضویت گروهی	۱	۱۰۵۷۶/۲۲	۱۶۳/۳۶	۰/۰۰۰	۰/۹۲۱	۱/۰۰۰

جدول ۵: تحلیل کوواریانس چند متغیره تأثیر عضویت گروهی بر شدت درد در مراحل پس آزمون و پیگیری

مرحله	df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	مجذور اتا (میزان تأثیر)	توان آماری
پس آزمون						
پیش آزمون	۱	۷/۵۷	۵/۴۹	۰/۰۳۴	۰/۲۸۲	۰/۵۸۷
عضویت گروهی	۱	۲۳/۰۷	۱۶/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۵۴۴	۰/۹۶۷
پیگیری						
پیش آزمون	۱	۱۰/۲۰	۹/۳۰	۰/۰۰۹	۰/۳۹۹	۰/۸۱۰
عضویت گروهی	۱	۱۷/۸۰	۱۶/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۵۳۷	۰/۹۶۳

تغییر در تجربه درد، افزایش در کیفیت و حفظ خواب و پذیرش درد مزمن به طور معنی داری موثر است. محققان در نهایت ادعا کردند که مولفه های اصلی ACT از قبیل؛ مهارت های ذهن آگاهی و تمرکز بر ارزش ها بر افزایش اثربخشی CBT برای درد مزمن موثر است. در این درمان برخلاف بسیاری از شیوه های درمانی دیگر، هیچگونه ارزش یا سبک خاص زندگی به مراجع (بیمار) تحمیل نمی شود. در عوض، مراجعان بر اساس نظام ارزش های خود به تصمیم گیری درباره ی تغییر می پردازند. برای مثال، وقتی که برای یک مراجع بخصوص، مسأله ی آبرو و حرف مردم مهم و ارزشمند است، درمانگر مانند آنچه که در برخی از شیوه های درمانی مرسوم است، به غیرمنطقی بودن آن حمله نمی کند و اجازه می دهد تا مراجع در راستای فرهنگ، عرف و شرایط زندگی خود، دست به انتخاب های بهتری بزند [۲۰]. فرآیند دیگری که در ACT بر آن تأکید می شود و نقش آن در این پروتکل درمانی نیز برجسته بود، تأکید بر عمل متعهدانه است. ترغیب بیماران به روشن کردن ارزش ها، تعیین اهداف، پیش بینی موانع و نهایتاً، تعهد به انجام اعمالی در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در جهت ارزش ها، علیرغم وجود بیماری باعث می شود تا ضمن تحقق اهداف و شادکامی ناشی از آن که بر ارتقاء و بهبود کیفیت زندگی بیمار می افزاید، او را از گیر افتادن در حلقه ای از افکار و احساسات منفی رهایی بخشد [۱۱]. از جمله محدودیت های پژوهش حاضر، عدم امکان انجام پیگیری شش ماهه و نیز حجم کم نمونه ها بود. همچنین، به دلیل تک جنسیتی بودن آزمودنی های این پژوهش در تعمیم یافته های آن به مردان باید جانب احتیاط را رعایت نمود. بنابراین پیشنهاد می گردد مطالعه مشابه با حجم نمونه بیشتر و در مردان انجام گردد. همچنین، استفاده از این روش درمانی در درمان سایر اختلالات روان شناختی در سایر گروه های فرهنگی و مقایسه آن با درمان دارویی چه به صورت فردی و چه گروهی پیشنهاد می گردد.

گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به بهبود و کاهش علائم شدت درد، افسردگی و استرس می گردد و نیز از طریق ایجاد و توسعه "پذیرش" و "افزایش عمل به ارزش ها" در مراجعان، تغییرات درمانی را ایجاد می کند. لذا با توجه به اثربخش بودن این نوع از درمان مناسب است که این روش درمانی در مراکز درمانی موجود در کشور جهت کنترل و پذیرش دردهای مزمن مورد استفاده قرار گیرد.

سپاسگزاری

این مطالعه حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده مسئول

در تبیین چگونگی تأثیر شیوه درمانی ACT بر علائم روان شناختی در بیماران با درد مزمن می توان گفت که ممکن است علت این تأثیر، تغییر در نگرش مراجعان در جلسه نخست نسبت به علت ایجاد افکار غیرمنطقی، سیکل منفی و معیوب این افکار و هدف درمان، شروع تمرینات مبتنی بر آگاهی و ایجاد درماندگی خلاق نسبت به راه حل های گذشته، از همان جلسات نخست و نیز استقبال بیماران از این نگرش جدید بوده است. با توجه به یافته های پژوهش، چون متغیر "پذیرش"، پیش از کاهش معنی دار نشانگان اختلالات روان شناختی افزایش یافت، نتیجه می گیریم که، متغیر پذیرش و افزایش توجه و عمل به ارزش ها در درمان افسردگی و استرس به روش درمانی پذیرش و تعهد، به عنوان میانجی تغییر عمل می کند. به عبارت دیگر، می توان گفت درمان پذیرش و تعهد از طریق ایجاد و توسعه ی "پذیرش" و "افزایش عمل به ارزش ها" در مراجعان، تغییرات درمانی را ایجاد می کند.

یافته دیگر پژوهش حاضر نشان داد که درمان گروهی به روش پذیرش و تعهد موجب افزایش پذیرش درد و نیز کاهش شدت درد مزمن در زنان مبتلا به درد مزمن شده است. این یافته از پژوهش حاضر با نتایج مطالعه Baranoff و همکاران همسو می باشد. آن ها در پژوهشی به بررسی نقش پذیرش درد به عنوان یک فرآیند در CBT در فاجعه پنداری و شدت درد بیماران پرداختند. در این پژوهش ۱۸۶ بیمار مبتلا به درد مزمن در یک دوره درمانی سه هفته ای مبتنی بر CBT شرکت کردند. یافته ها حکایت از آن داشت که هم فاجعه پنداری و هم پذیرش پس از درمان بهبود معنی داری یافته بودند، تغییرات در این دو متغیر رابطه معنی داری با تغییر در تقریباً تمام متغیرهای دیگر داشت. تحلیل رگرسیون نشان داد که با کنترل فاجعه پنداری و شدت درد، تغییر در پذیرش می تواند به طور معنی داری تغییر در افسردگی، ناتوانی و کارکرد جسمانی را پیش بینی کند [۱۶]. همچنین، با نتایج پژوهش Nordhus و Lunde و McCracken همسو می باشد [۲۰، ۱۶]. نتایج مطالعه McCracken نشان داد بین نمرات پذیرش درد و نمرات شدت درد، اجتناب، اضطراب مرتبط با درد، افسردگی و ناتوانی روان شناختی رابطه منفی و بین پذیرش و بهبود روزانه و موقعیت کاری رابطه مثبت وجود دارد. همچنین، همبستگی پایین بین پذیرش و شدت درد نشان داد که، پذیرش فقط تابع شدت درد نیست. تحلیل رگرسیون نشانگر آن بود که، پذیرش صرف نظر از شدت درد ادراک شده تعدیل کننده نمرات مقیاس های دیگر است [۱۶].

Nordhus و Lunde نیز با ترکیب CBT و ACT برای درمان بیماران مبتلا به درد مزمن دریافتند، ۸ هفته مداخله در ایجاد

مقاله به شماره (۸۱۲۶۷۲۰۰۶) در دانشگاه آزاد اسلامی کرمانشاه و سپاسگزاری می‌نمایند.

در سال ۱۳۹۴ می‌باشد. پژوهشگران از زحمات یکایک عزیزان شرکت‌کننده در این پژوهش، و همچنین، از خانواده‌های محترم آنان و همه مسئولین دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه که ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند، صمیمانه تشکر

تضاد منافع

نویسندگان مقاله اعلام می‌دارند که برای این کار تضاد منافی وجود ندارد.

REFERENCES

- Peters KM, Killinger KA, Jaeger C, Chen C. Pilot Study Exploring Chronic Pudendal Neuromodulation as a Treatment Option for Pain Associated with Pudendal Neuralgia. *Low Urin Tract Symptoms*. 2015;7(3):138-42. DOI: [10.1111/luts.12066](https://doi.org/10.1111/luts.12066) PMID: [26663728](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26663728/)
- Costello E, Bogue JE, Sarma K, McGuire BE. Chronic Pain in Irish Prison Officers: Profile and Predictors of Pain-Related Disability and Depression. *Pain Med*. 2015;16(12):2292-301. DOI: [10.1111/pme.12822](https://doi.org/10.1111/pme.12822) PMID: [26620036](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26620036/)
- Katz J, Rosenbloom BN, Fashler S. Chronic Pain, Psychopathology, and DSM-5 Somatic Symptom Disorder. *Can J Psychiatry*. 2015;60(4):160-7. PMID: [26174215](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26174215/)
- Asghari Moghaddam M. [The Prevalence Rate of Chronic Pain and some of its Associations among the Employees of a Big Industrial Company in Tehran]. *Clin Psychol Personal*. 2004;1(4):1-14.
- Costa MA, Trentini CA, Schafranski MD, Pipino O, Gomes RZ, Reis ES. Factors Associated With the Development of Chronic Post-Sternotomy Pain: a Case-Control Study. *Braz J Cardiovasc Surg*. 2015;30(5):552-6. DOI: [10.5935/1678-9741.20150059](https://doi.org/10.5935/1678-9741.20150059) PMID: [26735602](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26735602/)
- Wade JB, Price DD, Hamer RM, Schwartz SM, Hart RP. An emotional component analysis of chronic pain. *Pain*. 1990;40(3):303-10. PMID: [2326095](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2326095/)
- Janz NK, Hawley ST, Mujahid MS, Griggs JJ, Alderman A, Hamilton AS, et al. Correlates of worry about recurrence in a multiethnic population-based sample of women with breast cancer. *Cancer*. 2011;117(9):1827-36. DOI: [10.1002/cncr.25740](https://doi.org/10.1002/cncr.25740) PMID: [21445916](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21445916/)
- Greenwood M. Essentials of medical history-taking in dental patients. *Dent Update*. 2015;42(4):308-10, 13-5. PMID: [26062253](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26062253/)
- Hiratzka J, Rastegar F, Contag AG, Norvell DC, Anderson PA, Hart RA. Adverse Event Recording and Reporting in Clinical Trials Comparing Lumbar Disk Replacement with Lumbar Fusion: A Systematic Review. *Global Spine J*. 2015;5(6):486-95. DOI: [10.1055/s-0035-1567835](https://doi.org/10.1055/s-0035-1567835) PMID: [26682099](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26682099/)
- Prevedini AB, Presti G, Rabitti E, Miselli G, Moderato P. 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*. 2011;33(1 Suppl A):A53-63. PMID: [21488484](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21488484/)
- Hayes SC, Levin ME, Plumb-Villardaga J, Villatte JL, Pistorello J. Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behav Ther*. 2013;44(2):180-98. DOI: [10.1016/j.beth.2009.08.002](https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.08.002) PMID: [23611068](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23611068/)
- Vowles KE, McCracken LM, O'Brien JZ. Acceptance and values-based action in chronic pain: a three-year follow-up analysis of treatment effectiveness and process. *Behav Res Ther*. 2011;49(11):748-55. DOI: [10.1016/j.brat.2011.08.002](https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.08.002) PMID: [21885034](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21885034/)
- Wicksell RK, Olsson GL, Hayes SC. Mediators of change in acceptance and commitment therapy for pediatric chronic pain. *Pain*. 2011;152(12):2792-801. DOI: [10.1016/j.pain.2011.09.003](https://doi.org/10.1016/j.pain.2011.09.003) PMID: [21995881](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21995881/)
- Carfora V, Caso D, Conner M. The role of self-identity in predicting fruit and vegetable intake. *Appetite*. 2015. DOI: [10.1016/j.appet.2015.12.020](https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.12.020) PMID: [26723237](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26723237/)
- Mesgarian F, Asghari-Moghaddam M, Shairi M. [The role of self-efficacy in predicting catastrophic depression in patients with chronic pain]. *J Clin Psychol*. 2013;4(4):74-83.
- McCracken LM, MacKichan F, Eccleston C. Contextual cognitive-behavioral therapy for severely disabled chronic pain sufferers: effectiveness and clinically significant change. *Eur J Pain*. 2007;11(3):314-22. DOI: [10.1016/j.ejpain.2006.05.004](https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2006.05.004) PMID: [16762571](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16762571/)
- Zadeh T, Rezaei S, Yosef Zadeh S. [Related fear of movement and sensory disability in patients with chronic low back pain]. *Quarter J Rehab*. 2010;11(2):21-8.
- McCracken LM, Eccleston C. Coping or acceptance: what to do about chronic pain? *Pain*. 2003;105(1-2):197-204. PMID: [14499436](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14499436/)
- Dindo L, Recober A, Marchman JN, Turvey C, O'Hara MW. One-day behavioral treatment for patients with comorbid depression and migraine: a pilot study. *Behav Res Ther*. 2012;50(9):537-43. DOI: [10.1016/j.brat.2012.05.007](https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.05.007) PMID: [22728646](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22728646/)
- Lunde L, Nordhus I. Combining acceptance and commitment therapy and cognitive behavioral therapy for the treatment of chronic pain in older adults. *Clin Case Studi*. 2009;8(4):296-308.

The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Depression, Stress and Indicators of Pain in Women with Chronic Pain

Soheila Sabour^{1,*}, Keyvan Kakabraee²

¹ MS of Psychology, Islamic Azad University, Science and Research Branch Kermanshah, Kermanshah, Iran

² Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Science and Research Branch Kermanshah, Kermanshah, Iran

* Corresponding author: Soheila Sabour, MS of Psychology, Islamic Azad University, Science and Research Branch Kermanshah, Kermanshah, Iran. E-mail: Soheila67.sabour@gmail.com

DOI: 10.21859/ijrn-02041

Received: 27.08.2015

Accepted: 04.04.2016

Keywords:

Acceptance and Commitment Therapy

Depression

Stress

Chronic Pain Indicators

Women

© 2016 Iranian Nursing Scientific Association

Abstract

Introduction: Chronic pain is a common problem that requires medical intervention and psychological management. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of acceptance and commitment therapy on depression, stress and indicators of pain in women with chronic pain.

Methods: The study method was semi-empirical and the population included women with chronic pain referred to hospitals affiliated of Kermanshah University of Medical Sciences. The study subjects were randomly divided into experimental and control groups. The instruments included chronic pain acceptance questionnaire (CPAQ), pain intensity scale (PIS), the short form of depression and stress scales (DASS-21), and a demographic questionnaire. The experimental group was exposed to eight two-hour sessions of ACT. Follow-up was one month after the last session of treatment. The data was analyzed using descriptive statistics and multivariate analysis of covariance (MANCOVA) with SPSS-16 software.

Results: The results showed a significant difference between experimental and control groups in total scores of the symptoms of pain, depression and stress ($P < 0.05$). The acceptance of pain had a significant difference as well ($P < 0.05$).

Conclusions: The results emphasized the importance of this intervention in psychosomatic and chronic diseases and provided new horizons in clinical interventions.