



جهانگیری، محمد مهدی (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش شدت درد بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس.

DOI: 10.22067/ijap.v8i2.67091

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۸(۲)، ۱۲۷-۱۱۶.

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش شدت درد بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

محمد مهدی جهانگیری^۱

تاریخ پذیرش: ۹۷/۶/۲۵

تاریخ دریافت: ۹۶/۶/۴

چکیده

هدف: تعیین اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش شدت درد بیماران مبتلا به «مولتیپل اسکلروزیس» می باشد.

روش: روش این پژوهش، نیمه تجربی از نوع پیش آزمون پس آزمون با گروه گواه است. جامعه پژوهش کلیه بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس در تابستان سال ۱۳۹۵ شهر اراک بودند. از میان بیماران مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر «اراک»، سی نفر به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و در دو گروه آزمایش و گواه، به صورت تصادفی گمارش شدند. برای گروه آزمایش، ۸ جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اجرا شد. از مقیاس چند بعدی درد «وست هان ییل» در دو مرحله پیش آزمون- پس آزمون استفاده شد؛ همچنین برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کوواریانس استفاده شده است.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که تفاوت معناداری بین نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایش در شدت درد وجود داشت؛ اما این تفاوت در گروه کنترل مشاهده نشد. نتایج به دست آمده، از تأثیر روش پذیرش و تعهد بر کاهش درد مبتلایان به ام. اس. حمایت می کند. همچنین با توجه به داده‌های حاصله مبتنی بر تأثیر مثبت پذیرش و تعهد، توصیه می گردد تا از این روش در مراکز درمانی استفاده شود

واژه های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درد، مولتیپل اسکلروزیس.

۱. استاد یار گروه روانشناسی، واحد محلات، دانشگاه آزاد اسلامی، محلات، ایران

m_jahangiri@iaumahallat.ac.ir

مقدمه

«مولتیپل اسکلروزیس»^۱ یک بیماری میلین زدای سیستم عصبی مرکزی است که از شایع‌ترین بیماری‌های نورولوژیک در انسان بوده و ناتوان‌کننده‌ترین بیماری سنین جوانی است. این بیماری تأثیر منفی بر کیفیت زندگی و عملکردهای جسمانی و روانشناختی دارد (Mioduszewski, MacLean, Poulin, 2010; Smith, & Walker, 2018; Stern, Sorkin, Milton, & Sperber, 2010).

شایع‌ترین دوره پیدایش بیماری بین بیست تا سی و پنج سالگی است و شیوع آن در زنان، ۲ برابر مردان گزارش شده است. در این بیماری، پوشش میلین سیستم عصبی مرکزی از قبیل مغز، عصب بینایی و نخاع شوکی، دچار آسیب می‌شود. پزشکان عواملی مانند نارسایی ایمنی، استعداد ژنتیکی فرد، زمینه خانوادگی، منطقه جغرافیایی، عفونت‌های ویروسی و فشارهای روانی را در پیدایش آن مؤثر می‌دانند. از عارضه‌های رایج و ناهمگون^۲ «مولتیپل اسکلروزیس» می‌توان به درد اشاره نمود (Fiest et al., 2015; Solaro et al., 2018). گاهی درد، به محض شروع اولین حمله بروز می‌کند؛ در حالی که هیچ تناسب منطقی با طول و مدت بیماری ندارد. با توجه به طبقه‌بندی درد از سوی سازمان بهداشت جهانی، بیماران مبتلا به ام. اس. دو نوع درد را تجربه می‌کنند: دردهای نوروپاتی که میلین در سیستم عصبی مرکزی را مختل می‌کند و دردهای مبهم که با تغییر مکان درد در اسکلت عضلانی، منجر به ضعف و اسپاسم می‌شود (Montero-Homs, 2009). مطالعات متفاوتی، میزان شیوع درد را در مبتلایان، از دامنه سی تا نود درصد گزارش کرده‌اند (Foley et al., 2013; Österberg, Boivie, & Thuomas, 2005; Solaro et al., 2004). این گزارش‌ها از دردهای متوسط تا شدید را شامل می‌شود و تأثیری منفی بر عملکرد اجتماعی و سلامت روانی مبتلایان دارد (Ehde, Kratz, Robinson, & Jensen, 2013; Forbes, While, Mathes, & Griffiths, 2006).

برای بهبودی درد مزمن در بیماران ام. اس.، درمان‌های محدودی معرفی شده است. در یک مطالعه گزارش شد که حدود شصت و چهار درصد بیماران، برای تسکین درد از دارو و بیست و هشت درصد آنان از تکنیک‌های رفتاری، مانند کنترل استرس و استراحت استفاده کرده‌اند (Ehde et al., 2015). همچنین، چهار و هشت درصد این بیماران، مصرف دارو را به عنوان روشی غیرمفید گزارش کرده‌اند (Heckman-Stone & Stone, 2001). در مطالعات «کرنز»، «کسیرر» و «اتیس» (Kerns, Kassirer & Otis, 2002) مشخص شد که علی‌رغم تلاش‌های مستمر، کنترل درد با دارو در بیماران مبتلا به ام. اس.، با شکست مواجه شده است. به طور مثال «کاربامازپین» در مراحل اولیه درد عصبی مؤثر است؛ اما در طول زمان، اثر بخشی

1. Multiple Sclerosis
2. Heterogeneous

خود را از دست می‌دهد (Kerns, Kassirer, & Otis, 2002). از سوی دیگر، شواهد نشان می‌دهد که رویکردهای شناختی- رفتاری^۱، در درمان افسردگی و سازگار شدن مبتلایان با بیماری ام. اس، مؤثر است (Thomas et al., 2010).

تنها شکل CBT که در آزمایش‌های کنترل شده تصادفی بیمارستان‌های ایالات متحده، در بخش روانپزشکی مورد آزمایش قرار گرفته‌است، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۲ است (Gaudiano et al., 2017). پذیرش درد در رویکردهای شناختی- رفتاری، می‌تواند در روند درمان و بهبودی مبتلایان، اثربخش باشد (Åkerblom, Perrin, Rivano Fischer, & McCracken, 2015). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نوعی از درمان رفتاری- شناختی است که شامل یک فرآیند خاص، انعطاف‌پذیری روانشناختی است، که متمرکز بر تغییر رفتار است (Hann & McCracken, 2014). این رویکرد، در درمان اختلالات جسمانی و سازگاری با درد و بیماری‌های مزمن، مؤثر گزارش شده است (A-tjak et al., 2015; Cope, Poole, & Agrawal, 2017; Karekla, Karademas, & Gloster, 2018).

از دیدگاه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، احساساتی همچون درد، غم، اندوه، ناامیدی و اضطراب، ویژگی‌های اجتناب‌ناپذیر زندگی انسان است (Dindo, Van Liew, & Arch, 2017). رنج انسان‌ها، ریشه در انعطاف‌پذیری روانی دارد که به وسیله هم‌جوشی شناختی و اجتناب از تجارب، ایجاد شده است؛ پس تمایل به جذب تجارب و در عین حال مقابله با آن‌ها از طریق اجتناب نمودن از تجارب است که آسیب‌زا تلقی می‌شود (Blackledge & Hayes, 2001). هدف اصلی این رویکرد آن است که فرد، با کنترل مؤثر دردها، رنج‌ها و تنش‌هایی که در زندگی بر او تحمیل شده است، یک زندگی پربار و معنادار برای خود بسازد (Eifert et al., 2009).

در این رویکرد، به محض آن که افکار، احساسات و خاطرات، برچسب و نشانه می‌خورند، بلادرنگ در وجود شخص، نزاع و کشمکش آغاز می‌شود؛ چرا که این علایم به عنوان یک موضوع آسیب‌زا و مرضی تلقی می‌گردند. ACT ارتباط بین احساسات و افکار مشکل‌زا را تغییر می‌دهد؛ تا افراد نه تنها آنان را به عنوان علایم مرضی پردازش نکنند، بلکه بیاموزند تا آن را بی‌ضرر درک کنند (Harris, 2009). به عبارت دیگر، این روش بر افزایش کیفیت زندگی متمرکز است و توجه کمتری بر نشانه‌ها دارد (Hayes, Levin, Plumb-Villardaga, Villatte, & Pistorello, 2013).

1. Cognitive Behavior Therapy
2. Acceptance and Commitment Therapy

«نوردین» و «روزمن» (Nordin, Rorsman, 2013) در پژوهشی که بر روی بیست و یک نفر از بیماران ام. اس. - که دارای نشانه های اضطراب و افسردگی بودند- انجام دادند، یافتند که ACT بر کاهش استرس روان شناختی بیماران مؤثر است (Nordin & Rorsman, 2012). در پژوهشی دیگر، اثربخشی ACT بر پانزده بیمار مبتلا بر ام. اس. انجام شد و نتایج، حاکی از اثر بخش بودن مداخله، در زمینه های افسردگی، اضطراب، سرکوب افکار و تأثیر درد بر رفتار بود (Sheppard, Forsyth, Hickling, & Bianchi, 2010). در یک فراتحلیل ارزیابی مبتنی بر شواهد، که شامل شصت تحقیق کنترل شده تصادفی در زمینه های اختلالات روانپزشکی و اختلال جسمانی بود، نتایج نشان داد که احتمال موفقیت آمیز بودن این رویکرد برای دردهای مزمن، بیشتر از اضطراب و افسردگی است (Öst, 2014). در پژوهشی دیگر که به مقایسه اثربخشی تن آرامی و ACT، در یک کارآزمایی بالینی کنترل شده تصادفی، با حجم نمونه شصت نفر از مبتلایان درد مزمن انجام شد، نتایج نشان داد که رویکرد ACT، با توجه به نقش انعطاف پذیری روانشناختی آن، به عنوان یک عامل واسطه در کاهش شدت درد، مؤثرتر از تن آرامی است (Kemani, Hesser, Olsson, Lekander, & Wicksell, 2016). پژوهش های اخیر که بر اساس درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش صورت گرفته اند، نشان می دهند که این درمان می تواند به عنوان یک درمان مناسب برای افسردگی (Bramwell & Richardson, 2018; Zettle, 2015)، رفتارهای خود آسیب رسان و افکار خودکشی (Tighe, Nicholas, Shand, & Christensen, 2015)، درد مزمن (Johnston, Foster, Shennan, Starkey, & Johnson, 2010; Scott & McCracken, 2015) مفید باشد. با توجه به این که درد، از شایع ترین و ناتوان کننده ترین علایمی است که باعث اختلال در کار، فعالیت اجتماعی و عملکرد روزانه در بیماران «مولتیپل اسکلروزیس» می شود (Grau-Lopez, Sierra, 2011; Martinez-Caceres, & Ramo-Tello, 2011)، خلاء پژوهش در این زمینه، انگیزه ای برای انجام تحقیق حاضر شد که هدف از آن، اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، بر شدت درد مبتلایان «مولتیپل اسکلروزیس» است.

روش

روش پژوهش حاضر، نیمه تجربی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل کلیه مبتلایان «مولتیپل اسکلروزیس» است که در بازه زمانی تیر تا شهریور ماه سال ۱۳۹۵ به پزشکان

متخصص نورولوژیست و پلی‌کلینیک تخصصی و فوق تخصصی امام رضا (ع) شهر «اراک» مراجعه داشته‌اند. با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند و با توجه به معیارهای پژوهشی (ملاک‌های ورود و خروج)، نمونه‌ای واجد شرایط انتخاب شد. ملاک‌های ورود و خروج شامل: کسب نمره حداقلی در مقیاس چند بعدی درد «وست هاون ییل»، حداقل تحصیلات دیپلم، دامنه‌ی سنی ۲۰ تا ۴۰ سال در زمان اجرای مداخله، رضایت آگاهانه و ملاک‌های خروج شامل: سوء مصرف مواد مخدر یا الکل، غیبت بیش از سه جلسه، انجام ندادن تکالیف جلسات بیش از دو جلسه. برای برآورد حجم نمونه بر اساس برنامه نرم‌افزار جی پاور^۱ با اندازه اثر $f^2=0/68$ ، تعداد گروه = ۲، توان آماری = ۰/۹۵ و با روش تحلیل کوواریانس تک متغیری، تعداد ۳۰ نفر برآورد شد و به صورت تصادفی در دو گروه (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه گواه) تخصیص یافتند. پس از انتخاب افراد مورد نظر، پرسشنامه چند بعدی درد «وست هاون ییل»^۲ پیش از مداخله برای گروه آزمایش و گواه اجرا شد.

مقیاس چند بعدی درد «وست هاون ییل»: از ابزارهای مورد استفاده جهت شناسایی عوامل زیستی، روانی و اجتماعی درد (ابعاد چندگانه درد مزمن) است. از این ابزار، برای استفاده در مدیریت درد به منظور بررسی خط سیر تغییرات در خلال دوره درمان و برآورد نتایج درمان استفاده می‌شود؛ که دارای ۴۸ عنوان و ۱۲ مقیاس است و برای پاسخ به آن ۲۰ دقیقه زمان لازم است. ارزش هر سؤال از صفر تا ۶ درجه بندی شده است. این مقیاس دارای سه بخش ابعاد مهم تجربه درد، پاسخ ادراکی همسر بیمار و گزارش بیمار از فعالیت‌های متداول زندگی است؛ که شامل مقیاس‌هایی به شرح زیر است: حمایت، شدت درد، کنترل زندگی، پریشانی عاطفی، پاسخ‌های افراد مهم زندگی بیمار به درد، برداشت و ادراک فرد به ناتوانی او در موقعیت مربوط به خانه، کار و اجتماع. در این پژوهش فقط بخش اول (ابعاد مهم تجربه درد) مورد استفاده قرار گرفت. روایی بخش اول پرسشنامه بر اساس آزمون آلفای کرونباخ ۰/۸۶، روایی بخش دوم ۰/۷۸، روایی بخش سوم ۰/۷۵ گزارش شده است. از طرف دیگر روایی مقیاس تداخل درد در زندگی روزانه بر اساس آزمون آلفای کرونباخ ۰/۹۱ گزارش شد. ضریب پایایی این پرسشنامه با روش بازآزمایی معادل ۰/۹۵ محاسبه شده است (Mirzamani, Safari, Holisaz, & Sadidi, 2007).

روش اجرا

در پژوهش حاضر، ضمن ارائه توضیحات لازم به شرکت‌کنندگان و اطمینان خاطر در خصوص محرمانه ماندن اطلاعات دریافت‌شده از ایشان، فرم رضایت آگاهانه در اختیار آنها قرار داده شد. روش

1. G*Power

2. West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory

تکمیل پرسشنامه‌ها برای تمام افراد نمونه، یکسان بود. بدین‌سان که پس از کسب رضایت فرد و ارائه توضیح در مورد چگونگی پر کردن پرسشنامه، بر گه‌ها در اختیار آنها قرار گرفت و برای تکمیل پرسشنامه‌ها محدودیت زمانی اعمال نشد. همچنین کدهای رایج اخلاق که شامل کدهای ۱،۳،۲۴، مبتنی بر (رضایت آزمودنی‌ها) است نیز در این مطالعه رعایت گردیده است. پس از اخذ مقیاس چند بعدی درد «وست هاون بیل»، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، هشت جلسه به صورت هفته‌ای یک بار برای گروه آزمایش اجرا شد. در پایان مداخله از هر دو گروه، آزمون یاد شده به عنوان پس‌آزمون دریافت شد. در جدول شماره یک خلاصه‌ای از محتوای جلسات مطابق پروتکل «کوین وولز» و «جان اسکرول» (۲۰۰۸) بیان شده است.

جدول ۱: خلاصه جلسات رویکرد ACT

| جلسات | مداخله درمانی |
|------------|---|
| جلسه یکم | معارفه: ایجاد یک رابطه مبتنی بر تشریک مساعی، بررسی مفاهیم اساسی درمان و اهداف، تکمیل پرسشنامه |
| جلسه دوم | گزینه‌هایی برای یادگیری زندگی علی‌رغم وجود بیماری: آموزش قالب ذهنی "اگر پس" و شیوه‌های کنترل، شرح ارتباط میان "درد، خلق و کارکرد" |
| جلسه سوم | یادگیری زندگی کردن با بیماری: شرح مفاهیم پذیرش، گسلش شناختی، مشاهده خود به عنوان زمینه، تضعیف خود مفهومی و بیان خود به عنوان مشاهده‌گر ارزش‌ها، تکلیف |
| جلسه چهارم | ارزش‌ها: تمرین ذهن آگاهی، مرور تکالیف، بحث راجع به ارزش‌ها، موانع موجود در مسیر کشف ارزش‌های عملی زندگی، ارائه تکلیف |
| جلسه پنجم | اقدام و عمل: مرور تکلیف، پرداختن به مفهوم گسلش شناختی، طرح ریزی اقدام، ذهن آگاهی و مشاهده خود، عمل متعهدانه، ارائه تکلیف |
| جلسه ششم | تعهد: تمرین ذهن آگاهی، مرور تکالیف خانگی، تعهد به اعمال و ارزش‌ها با وجود موانع، ارائه تکلیف |
| جلسه هفتم | مرور تجارب جلسه قبل، مرور تکلیف، کاربرد تکنیک‌های ذهن آگاهی، مشاهده تجربیات درون به عنوان فرایند |
| جلسه هشتم | مرور تجارب جلسه قبل، مباحث تعهد، پیشگیری از عود |

پس از گردآوری داده‌ها برای تجزیه و تحلیل آنها از نرم افزار SPSS19 استفاده گردید و برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد و...) و آمار استنباطی تحلیل کوواریانس استفاده شد. برای بررسی نرمال بودن توزیع از آزمون «کولموگروف-اسمیرنوف» و برای همگنی واریانس‌ها از آزمون «لوین» استفاده گردید. نتایج، حاکی از نرمال بودن توزیع و برابری واریانس‌ها است. همچنین نتایج آزمون همگنی ضرایب رگرسیون، نشان داد که شیب خط رگرسیون برای شرایط آزمایشی یکسان است و شرایط برای آزمون تحلیل کوواریانس مهیا است. توضیح آن که در فرایند اجرای طرح، ۱ نفر از گروه آزمایش تا پایان دوره آزمایش باقی نماند. بنابراین تحلیل فقط در مورد ۱۴ نفر صورت گرفته است.

یافته‌ها

در جدول شماره ۲، ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت کنندگان بیان شده است.

جدول ۲. مشخصات جمعیت شناختی

| متغیر | زیر گروه‌ها | فراوانی | درصد |
|------------|---------------|---------|------|
| جنس | مرد | ۱۱ | ۳۶/۷ |
| | زن | ۱۸ | ۶۰/۰ |
| وضعیت تاهل | متاهل | ۱۳ | ۴۳/۳ |
| | مجرد | ۱۶ | ۵۳/۳ |
| شغل | شاغل | ۲۴ | ۸۰/۰ |
| | بیکار | ۵ | ۱۶/۷ |
| تحصیلات | دیپلم | ۱۷ | ۵۶/۷ |
| | کارشناسی | ۸ | ۲۶/۷ |
| | ارشد و بالاتر | ۴ | ۱۳/۳ |

جدول ۳: میانگین و انحراف استاندارد شدت درد در گروه آزمایش و گواه در مرحله پیش آزمون و پس آزمون

| گروه | متغیر | تعداد | پیش آزمون | | پس آزمون | |
|--------|-----------|-------|-----------|--------------|----------|--------------|
| | | | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار |
| آزمایش | میزان درد | ۱۴ | ۷۲/۵۷ | ۶/۶۲ | ۶۹/۱۲ | ۶/۳۵ |
| گواه | میزان درد | ۱۵ | ۷۲/۸۶ | ۷/۰۷ | ۷۲/۳۳ | ۶/۷۴ |

همان‌گونه که در جدول شماره (۳) مشاهده می‌شود، میانگین پیش آزمون میزان درد در گروه آزمایش ۷۲/۵۷ و در گروه گواه ۷۲/۸۶ است. پس از اجرای مداخله، میانگین پس آزمون میزان درد در گروه آزمایش ۶۹/۱۲ و در گروه گواه ۷۲/۳۳ به دست آمد.

جدول ۴: نتایج حاصل از آزمون تحلیل کوواریانس مربوط به مقایسه درد در گروه آزمایش و گواه

| منابع تغییرات | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح معناداری | ضریب ای‌تا |
|---------------|---------------|------------|-----------------|-------|--------------|------------|
| همپراش | ۱۱۵۶/۴۰۷ | ۱ | ۱۱۵۶/۴۰۷ | | | |
| گروه | ۷۷/۲۱۵ | ۱ | ۷۷/۲۱۵ | ۲۲/۴۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۶ |
| خطا | ۷۹/۲۳ | ۲۶ | ۳/۰۴۸ | | | |
| کل | ۱۴۳۵۶۷ | ۲۹ | | | | |

همان‌گونه که جدول (۴) نشان می‌دهد بین میانگین‌های تعدیل شده نمرات میزان درد شرکت-کنندگان بر حسب عضویت گروهی (گروه آزمایش و گواه) در مرحله پس از آزمون ($F=22/48$) تفاوت معناداری وجود دارد. ($P=0/01$) بنابراین درمان پذیرش و مبتنی بر تعهد بر کاهش میزان درد گروه آزمایش در پس از آزمون تأثیر داشته است ($R\text{-Squared}=0/46$).

نتیجه

هدف از پژوهش حاضر، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر کاهش میزان درد مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس بود. نتایج به دست آمده حاکی از آن بود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر کاهش میزان درد مبتلایان مؤثر است. این یافته با تحقیقات «کارکلا و همکاران» (Karekła et al., 2018) «جانستون» و همکاران (Johnston et al., 2010)، «کمانی» و همکاران (Kemani et al., 2016)، «اوست» (Öst, 2014)، «اسکات» و مک کارن (Scott & McCracken, 2015)، «شپارد» و همکاران (Sheppard et al., 2010) همخوان است. همچنین «وولز» و همکاران (Vowles et al., 2011) در پژوهشی که بر روی یکصد و هشت نفر از مبتلایان به درد مزمن انجام دادند، دریافتند که نه تنها رویکرد پذیرش مبتنی بر تعهد، در بهبودی عملکرد هیجانی و جسمانی مبتلایان نسبت به شروع درمان مؤثر بوده است، بلکه در پیگیری سه ساله نیز مشخص شد ۶۴/۸ درصد بیماران حداقل در یک زمینه بهبودی پایدار داشته‌اند (Kevin E Vowles, McCracken, & O'Brien, 2011).

در پژوهشی دیگر که با هدف تعیین اثربخشی ACT بر درد مزمن انجام شد، یافته‌ها حاکی از آن است که ۵۸ درصد مبتلایان، حداقل در یکی از زمینه‌های افسردگی، اضطراب، درد و ناتوانی، تغییر پایا داشته‌اند و نیز در پیگیری سه ماهه، چهل و شش درصد بهبودی گزارش شده است (Kevin E. Vowles, Witkiewitz, Sowden, & Ashworth, 2014). بنابراین ایده زیربنایی ACT چنین است که آنچه را از تسلط و اراده انسان خارج است، بپذیریم و نیروی خود را به جای صرف کردن در مسیری که به تغییری مثبت و سازنده نمی‌انجامد، به سوی آنچه که برای زندگی ارزش و اهمیت دارد، هدایت کنیم (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2011).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، یک درمان رفتاری است که از مهارت‌های ذهن آگاهی، پذیرش و گسلس شناختی برای افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی استفاده می‌کند. در سطوح بالای پذیرش، افراد متوجه افکار و احساسات خود می‌شوند بدون آن که تلاشی برای مهار آن انجام دهند یا از آن اجتناب کنند. احتمالاً همین موضوع سبب می‌شود که تأثیر افکار و احساسات، بر عملکرد رفتاری افراد

(درد) کاهش یابد. در این راستا، «سندرز»، «بورگاتی»، «هانس» و «شاینتو» (Senders, Borgatti, Hanes, & Shinto, 2018) معتقدند بین ذهن آگاهی و ادراک درد، در مبتلایان به ام. اس. رابطه معناداری وجود دارد. لذا، در سطوح پایین پذیرش، فردی که دچار برانگیختگی‌های روانی می‌شود، درگیر راهبردهای کنترلی به منظور تغییر شکل و فراوانی افکار و احساساتش می‌گردد.

به عبارت دیگر، ACT درمان افزایش توانایی مراجعان، برای ایجاد ارتباط با تجربه خود در زمان حال و بر مبنای امکانات لحظه است؛ به شیوه‌ای که دلخواه فرد و منطبق با ارزش‌های منتخب اوست. بنابراین محتمل به نظر می‌رسد که تمرین‌های تعهد رفتاری به همراه تکنیک‌های گسلش و پذیرش و نیز بحث‌های مفصل پیرامون ارزش‌ها و اهداف فرد و لزوم تصریح آنها، همگی منجر به کاهش شدت درد مبتلایان به ام. اس. شده است.

یکی از اهداف این رویکرد، تأکید بر تمایل افراد به تجربه‌های درونی است. از این لحاظ، به مبتلایان کمک می‌شود تا افکار آزاردهنده خود را فقط به عنوان یک فکر تجربه کنند؛ از ماهیت ناکارآمد برنامه فعلی خود آگاه شوند و به جای پاسخ به آن، به انجام آنچه در زندگی مهم یا ارزشمند می‌انگارند، بپردازند. در واقع به افراد آموزش داده می‌شود که به جای خود مفهوم‌سازی شده، خود مشاهده‌گر را تقویت کنند و رویدادهای درونی را به جای کنترل کردن، بپذیرند. در این درمان، افراد می‌آموزند که نه تنها از احساسات خود فاصله نگیرند بلکه آنها را تجربه کنند، بپذیرند و بزنند؛ و به وسیله ذهن آگاهی، به چگونگی افکار و فرایند تفکر خود بنگرند و آنها را با فعالیت‌های هدف محور، پیوند دهند. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت، «مولتیل اسکروزیس» با یک دوره بالینی چالش برانگیز، که علائم ناهمگون و خاصی مانند درد به همراه دارد، به طور منظم و با فرکانس متغیر و بدون در نظر گرفتن درمان‌های دارویی رخ می‌دهد. لذا، یکی از مدل‌های مدیریت علائم که نتایج مطلوب را برای بیماران به ارمغان آورد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش، می‌توان به محدود بودن جامعه آماری به شهر «اراک»، فقدان زمان کافی برای پیگیری نتایج درمان و عدم بررسی گروه‌های سنی مختلف، اشاره نمود.

تشکر و قدردانی

در پایان لازم می‌دانم بدین وسیله، از همه بیمارانی که تا انتها در این پژوهش همکاری داشتند، تشکر و قدردانی نمایم.

References

- A-tjak, J. G., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A., & Emmelkamp, P. M. (2015). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *84*(1), 30-36.
- Åkerblom, S., Perrin, S., Rivano Fischer, M., & McCracken, L. M. (2015). The Mediating Role of Acceptance in Multidisciplinary Cognitive-Behavioral Therapy for Chronic Pain. *The Journal of Pain*, *16*(7), 606-615.
doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.jpain.2015.03.007
- Blackledge, J. T., & Hayes, S. C. (2001). Emotion regulation in acceptance and commitment therapy. *Journal of clinical psychology*, *57*(2), 243-255.
- Bramwell, K., & Richardson, T. (2018). Improvements in Depression and Mental Health After Acceptance and Commitment Therapy are Related to Changes in Defusion and Values-Based Action. *Journal of contemporary psychotherapy*, *48*(1), 9-14.
- Cope, S. R., Poole, N., & Agrawal, N. (2017). Treating functional non-epileptic attacks – Should we consider acceptance and commitment therapy? *Epilepsy & Behavior*, *73*, 197-203. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.yebeh.2017.06.003
- Dindo, L., Van Liew, J. R., & Arch, J. J. (2017). Acceptance and commitment therapy: transdiagnostic behavioral intervention for mental health and medical conditions. *Neurotherapeutics*, *14*(3), 546-553.
- Ehde, D. M., Alschuler, K. N., Osborne, T. L., Hanley, M. A., Jensen, M. P., & Kraft, G. H. (2015). Utilization and patients' perceptions of the effectiveness of pain treatments in multiple sclerosis: A cross-sectional survey. *Disability and health journal*, *8*(3), 452-456.
- Ehde, D. M., Kratz, A., Robinson, J., & Jensen, M. (2013). Chronic pain. *Multiple sclerosis rehabilitation: from impairment to participation*. London: Taylor & Francis, 199-226.
- Eifert, G. H., Forsyth, J. P., Arch, J., Espejo, E., Keller, M., & Langer, D. (2009). Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: Three case studies exemplifying a unified treatment protocol. *Cognitive and Behavioral Practice*, *16*(4), 368-385.
- Fiest, K., Fisk, J., Patten, S., Tremlett, H., Wolfson, C., Warren, S., . . . Marrie, R. (2015). Comorbidity is associated with pain-related activity limitations in multiple sclerosis. *Multiple sclerosis and related disorders*, *4*(5), 470-476.
- Foley, P. L., Vesterinen, H. M., Laird, B. J., Sena, E. S., Colvin, L. A., Chandran, S., . . . Fallon, M. T. (2013). Prevalence and natural history of pain in adults with multiple sclerosis: systematic review and meta-analysis. *PAIN®*, *154*(5), 632-642.
- Forbes, A., While, A., Mathes, L., & Griffiths, P. (2006). Health problems and health-related quality of life in people with multiple sclerosis. *Clinical Rehabilitation*, *20*(1), 67-78.
- Gaudio, B., Davis, C., Epstein-Lubow, G., Johnson, J., Mueser, K., & Miller, I. (2017). Acceptance and Commitment Therapy for Inpatients with Psychosis (the REACH Study): Protocol for Treatment Development and Pilot Testing. *Healthcare*, *5*(2), 23.
- Grau-Lopez, L., Sierra, S., Martinez-Caceres, E., & Ramo-Tello, C. (2011). Analysis of the pain in multiple sclerosis patients. *Neurología (English Edition)*, *26*(4), 208-213.
- Hann, K. E. J., & McCracken, L. M. (2014). 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*, 3(4), 217-227. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.10.001
- Harris, R. (2009). *ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy*: New Harbinger Publications.
- 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.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*: Guilford Press.
- Heckman-Stone, C., & Stone, C. (2001). Pain management techniques used by patients with multiple sclerosis. *The Journal of Pain*, 2(4), 205-208.
- Johnston, M., Foster, M., Shennan, J., Starkey, N. J., & Johnson, A. (2010). The effectiveness of an acceptance and commitment therapy self-help intervention for chronic pain. *The Clinical journal of pain*, 26(5), 393-402.
- Karekla, M., Karademas, E. C., & Gloster, A. T. (2018). The Common Sense Model of Self-Regulation and Acceptance and Commitment Therapy: integrating strategies to guide interventions for chronic illness. *Health psychology review*, 1-14.
- Kemani, M., Hesser, H., Olsson, G., Lekander, M., & Wicksell, R. (2016). Processes of change in Acceptance and Commitment Therapy and Applied Relaxation for long-standing pain. *European Journal of Pain*, 20(4), 521-531.
- Kerns, R. D., Kassirer, M., & Otis, J. (2002). Pain in multiple sclerosis: a biopsychosocial perspective. *Journal of rehabilitation research and development*, 39(2), 225.
- Mioduszewski, O., MacLean, H., Poulin, P. A., Smith, A. M., & Walker, L. A. (2018). Trait Mindfulness and Wellness in Multiple Sclerosis. *Canadian Journal of Neurological Sciences*, 1-3.
- Mirzamani, S., Safari, A., Holisaz, M., & Sadidi, A. (2007). Validation of the West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI) for Iranian Patients with Chronic Pain. *Qom University of Medical Sciences Journal*, 1(3), 13-25.[InPersian]
- Montero-Homs, J. (2009). Dolor nociceptivo, dolor neuropático y Memoria de dolor. *Neurología*, 24(6), 419-422.
- Nordin, L., & Rorsman, I. (2012). Cognitive behavioural therapy in multiple sclerosis: a randomized controlled pilot study of acceptance and commitment therapy. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 44(1), 87-90.
- Öst, L.-G. (2014). The efficacy of Acceptance and Commitment Therapy: an updated systematic review and meta-analysis. *Behaviour research and therapy*, 61, 105-121.
- Österberg, A., Boivie, J., & Thuomas, K. Å. (2005). Central pain in multiple sclerosis—prevalence and clinical characteristics. *European Journal of Pain*, 9(5), 531-531.
- Scott, W., & McCracken, L. M. (2015). Psychological flexibility, acceptance and commitment therapy, and chronic pain. *Current Opinion in Psychology*, 2, 91-96.
- Senders, A., Borgatti, A., Hanes, D., & Shinto, L. (2018). Association Between Pain and Mindfulness in Multiple Sclerosis. *International Journal of MS Care*, 20(1), 28-34. doi:10.7224/1537-2073.2016-076
- Sheppard, S. C., Forsyth, J. P., Hickling, E. J., & Bianchi, J. (2010). A Novel Application of Acceptance and Commitment Therapy for Psychosocial Problems Associated

- with Multiple Sclerosis. *International Journal of MS Care*, 12(4), 200-206.
doi:10.7224/1537-2073-12.4.200
- Solaro, C., Bricchetto, G., Amato, M., Cocco, E., Colombo, B., D'aleo, G., . . . Milanese, C. (2004). The prevalence of pain in multiple sclerosis A multicenter cross-sectional study. *Neurology*, 63(5), 919-921.
- Solaro, C., Cella, M., Signori, A., Martinelli, V., Radaelli, M., Centonze, D., . . . Bonavita, S. (2018). Identifying neuropathic pain in patients with multiple sclerosis: a cross-sectional multicenter study using highly specific criteria. *Journal of Neurology*, 265(4), 828-835.
- Stern, M., Sorkin, L., Milton, K., & Sperber, K. (2010). Aging with multiple sclerosis. *Physical medicine and rehabilitation clinics of North America*, 21(2), 403-417.
- Thomas, S., Thomas, P., Nock, A., Slingsby, V., Galvin, K., Baker, R., . . . Hillier, C. (2010). Development and preliminary evaluation of a cognitive behavioural approach to fatigue management in people with multiple sclerosis. *Patient Education and counseling*, 78(2), 240-249.
- Tighe, J., Nicholas, J., Shand, F., & Christensen, H. (2018). Efficacy of acceptance and commitment therapy in reducing suicidal ideation and deliberate self-harm: systematic review. *JMIR mental health*, 5(2).
- Vowles, K. E., McCracken, L. M., & O'Brien, J. Z. (2011). Acceptance and values-based action in chronic pain: a three-year follow-up analysis of treatment effectiveness and process. *Behaviour research and therapy*, 49(11), 748-755.
- Vowles, K. E., Witkiewitz, K., Sowden, G., & Ashworth, J. (2014). Acceptance and Commitment Therapy for Chronic Pain: Evidence of Mediation and Clinically Significant Change Following an Abbreviated Interdisciplinary Program of Rehabilitation. *The Journal of Pain*, 15(1), 101-113.
doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.jpain.2013.10.002
- Zettle, R. D. (2015). Acceptance and commitment therapy for depression. *Current Opinion in Psychology*, 2, 65-69.

Archive