

مقایسه اثربخشی مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان فیزیوتراپی بر افسردگی، اضطراب و تنیدگی در بیماران مبتلا به درد مزمن*

مهناز قطره سامانی^۱، محمود نجفی^۲، اسحق رحیمیان بوگر^۳

Comparing the effectiveness of acceptance and commitment therapy and physiotherapy on depression, anxiety, and stress in patients with chronic pain

Mahnaz Ghatreh Samani¹, Mahmoud Najafi², Isaac Rahimian Boogar³

چکیده

زمینه: درد مزمن پدیده‌ای فراگیر است که بر بسیاری از جنبه‌های زندگی فرد تأثیر منفی می‌گذارد. تحقیقات به اثربخشی درمان‌های پذیرش و تعهد و فیزیوتراپی اشاره دارد، اما مسئله اصلی این است که چه درمانی برای بیماران مبتلا به درد مزمن کارایی بیشتری دارد؟ **هدف:** هدف از این پژوهش مقایسه اثربخشی مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان فیزیوتراپی بر افسردگی، اضطراب و تنیدگی در افراد مبتلا به درد مزمن بود. **روش:** این پژوهش شبه‌آزمایشی با طراحی پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. نمونه شامل ۷۵ بیمار با درد مزمن بود. از میان آنها، ۵۰ بیمار انتخاب و به صورت تصادفی در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ولز و سورل، ۲۰۱۲) و گروه گواه گمارده شدند. همچنین، ۲۵ نفر از افراد به صورت نمونه دسترس برای گروه تحت درمان فیزیوتراپی انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان پرسشنامه‌های اضطراب، تنیدگی و افسردگی لوی‌بوند و لوی‌بوند (۱۹۹۵) را در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تکمیل کردند. **یافته‌ها:** بین مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان فیزیوتراپی و گروه کنترل بر نمرات اضطراب، افسردگی و تنیدگی اختلاف معناداری مشاهده شد ($p < 0/001$)، تفاوت معناداری بین گروه فیزیوتراپی با گروه گواه بر نمرات اضطراب، افسردگی و تنیدگی مشاهده نشد ($p > 0/05$). **نتیجه‌گیری:** مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد مداخله‌ای مؤثر برای بهبود اضطراب، افسردگی و تنیدگی در افراد مبتلا به درد مزمن است، اما فیزیوتراپی نمی‌تواند اضطراب، افسردگی و تنیدگی حاصل از درد مزمن را کاهش دهد. **واژه کلیدها:** اضطراب، افسردگی، تنیدگی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، فیزیوتراپی

Background: Chronic pain is a pervasive phenomenon that negatively affects many aspects of an individual's life, research has refer to acceptance and commitment therapy and physiotherapy, but the main issue of this study is what treatment is more effective for chronic pain **Aims:** The present study aimed to compare the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) and physiotherapy on depression, anxiety, and stress in patients with chronic pain. **Method:** The research was a quasi-experimental with pretest-posttest design with control group. The study sample included 75 patients with chronic pain. Among them, 50 patients were selected and placed randomly into acceptance and commitment therapy (Wales and Sorrell, 2012) and control groups. Also, 25 subjects were selected through convenience sampling for the physiotherapy group. Participants completed Lovibond and Lovibond (1995) depression, anxiety, and stress scales in pre-test and post-test. **Results:** There was significant difference between ACT and physiotherapy and control group on the scores of anxiety, depression, and stress ($p < 0/001$), but there was no significant difference between physiotherapy and control group on the scores of anxiety, depression, and stress ($p > 0/05$). **Conclusions:** The results of this study showed that ACT is an effective intervention to improve anxiety, depression, and stress in patients with chronic pain, but physiotherapy cannot reduce anxiety, depression, and stress resulted from chronic pain. **Key words:** Anxiety, Depression, Stress, Acceptance and commitment therapy, Physiotherapy

Corresponding Author: m_najafi@semnan.ac.ir

* این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول است.

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

1. MA in Clinical Psychology, Semnan University, Semnan, Iran

۲. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران (نویسنده مسئول)

2. Associate Professor, Department of Psychology, Semnan University, Semnan, Iran (Corresponding Author)

۳. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

3. Associate Professor, Department of Psychology, Semnan University, Semnan, Iran

پذیرش نهایی: ۹۸/۰۱/۲۲

دریافت: ۹۷/۱۱/۲۰

مقدمه

بیشتری نسبت به گذشته نماید. این احساس افسردگی و درماندگی ممکن است با تکرار نافرجام درمان‌های مختلف تشدید شود. اکثر افراد دردمند انواع داروها و طبابت‌ها خصوصاً داروهای ضد درد را امتحان می‌کنند؛ غالباً دارو درمانگری برای درمان‌های حاد مؤثر هستند چون این داروها انتقال‌دهنده‌های شیمیایی را در آسیب بافتی مهار می‌کنند؛ اما درد مزمن عملکرد پیچیده‌تر دارد و همان‌طور که به آن اشاره شد علاوه بر عامل جسمانی عوامل متعدد دیگری در درد مزمن مؤثر هستند (ولکو و مک للان^۴، ۲۰۱۶). در درد مزمن فرد تجارب حسی و عاطفی در ارتباط با درد مزمن خود حس می‌کند. تجربه حسی به میزان ادراک شده توسط فرد و بعد عاطفی به میزان نارضایتی فرد گفته می‌شود (اردکانی، آزاد فلاح و تولایی، ۱۳۹۱). عوامل غیر فیزیولوژیک از جمله ترس، خشم، باورها و عوامل غیر موقعیتی می‌توانند بر تجربه درد تأثیر بگذارند. بیماری‌های مزمن و بعلاوه درد مزمن پتانسیل واژگون کردن زندگی بیمار را دارند، به‌طوری‌که بسیاری از چیزهایی که ارزشمندند به خطر می‌افتند یا از دست می‌روند (عزیزی، حسن‌آبادی، مهram و سعیدی، ۱۳۹۳). می‌توان شدت درد مزمن را به‌صورت پیوستار مشخص کرد که در سطح پایین شدت درد مشخص می‌شود و در سطح‌های بالا علاوه بر شدت درد میزان اختلال‌های موجود در زندگی و فعالیت‌های روزانه مرتبط با درد مزمن مشخص می‌شود (فون کورف، اورمل و دورکین^۵، ۱۹۹۲). افراد مبتلا به درد مزمن مجبورند هزینه‌های بسیاری را صرف بیماری خود کنند. همچنین ضرر بسیاری را در اثر اختلال در شغل، متحمل می‌شوند که باعث ایجاد مشکلات روانشناختی در این افراد می‌شود (راوندی، تسلیمی، حق‌پرست و قلعه‌ای‌ها، ۱۳۹۵). غالباً درد مزمن با ناامیدی، افسردگی و اضطراب همراه است. افرادی که مبتلا به درد مزمن هستند به دلیل شرایط خاصی که دارند ممکن است تحرک کافی نداشته باشند و در زندگی خود با تغییراتی مواجه شوند که باعث ایجاد مزاج افسرده در این بیماران شود. بین افسردگی و درد ارتباط دوسویه وجود دارد. درد مزمن منجر به افسردگی می‌شود و از طرف دیگر افراد با مزاج افسرده شکایت در مورد درد دارند. یکی از پیامدهای درد مزمن پریشانی روانی است (کولیوند، نظری میهن و جعفری، ۱۳۹۴). نشانه‌های پریشانی روانی

درد مزمن^۱ می‌تواند سایر جنبه‌های زندگی فرد را تحت تأثیر قرار دهد و در بسیاری از جنبه‌های زندگی مانند جنبه‌های جسمانی، روانی و حتی جنبه‌های اجتماعی فرد را با مشکلات جدی مواجه کند. در بعد جسمانی می‌تواند فرد را در انجام اموری که قبلاً توانا بوده است ناتوان کند و فرد نتواند حتی برخی کارهای روزمره خود را انجام دهد. در بعد روانی می‌تواند منجر به افسردگی، اضطراب و اختلالاتی در خواب شود و در بعد اجتماعی به دلیل فعالیت محدود ممکن است فرد را گوشه‌گیر و منزوی کند. افراد مبتلا به درد مزمن ممکن است بدون مشکل جسمی، درد را تجربه کنند که در این موارد عوامل روانشناختی در شروع، تشدید و تداوم درد نقش مهمی دارند. بیماران مبتلا به درد مزمن نسبت به درد خود بازخورد منفی دارند (جنسن^۲ و همکاران، ۲۰۱۴). درد نقش هشدار دهنده دارد و برای زندگی امری ضروری است اما دردهای مزمن شده علاوه بر این که دیگر نقش هشدار دهنده ندارند بلکه تأثیر منفی در جنبه‌های زندگی افراد مانند کیفیت زندگی می‌گذارند. بخش قابل توجهی از بیماران مبتلا به درد مزمن از هیجان‌های منفی (افسردگی، اضطراب، تنیدگی، خشم) و ناتوانی در انجام فعالیت زندگی شکایت دارند. منشأ دردهای مزمن آسیب جسمی یا عصبی است. درمان‌هایی که برای درد حاد استفاده می‌شوند، ممکن است درد مزمن را بدتر کنند. برای مثال استراحت می‌تواند برای بسیاری از دردهای حاد خوب باشد؛ اما در درد مزمن به ضعف عضلات و ماهیچه‌ها منجر شود (آپکاریان و بالیکی و جها^۳، ۲۰۰۹). دردهای مزمن اثرات نامطلوبی بر ابعاد روانی و عملکردهای فیزیکی این افراد می‌گذارد و هنگامی که این افراد به دلیل درد مزمن خود مزاج پایین را تجربه می‌کنند، کیفیت زندگی‌شان کاهش پیدا می‌کند (پورنقاش تهرانی و عربی، ۱۳۹۵). کیفیت زندگی مشخص‌کننده رضایت فرد از زندگی است و سلامت جسمانی نقش مؤثری در ارزیابی آن دارد (مدحی، نجفی، ۱۳۹۷). افرادی که مبتلا به درد مزمن هستند فعالیت‌های لذت‌بخش خود را به دلیل درد مزمن انجام نمی‌دهند و بنابراین با خطر ابتلا به افسردگی مواجه هستند. در این افراد تغییرات بارزی در حرفه، سرگرمی، ورزش و امور خانه رخ می‌دهد و ممکن است احساس تنهایی، تحریک‌پذیری یا درماندگی

4. Volkow & McLellan

5. Von Korff, Ormel & Dworkin

1. chronic pain

2. Jensen

3. Apkarian, Baliki & Geha

درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش یک روی آورد در حال توسعه برای درد مزمن است. به طور گسترده روی آوردهای شناختی - رفتاری برای درد مزمن، به مدت ۳۰ سال، در درمان روانشناختی پیش‌زمینه و برجسته بوده‌اند و این روی آوردها همان‌طور که از اسم آنها پیدا است بر روی تغییر شناخت و رفتار تمرکز می‌کند و به مردمی که از درد مزمن رنج می‌برند کمک می‌کند عملکرد بهتر داشته باشند و از خدمات پزشکی برای درد مزمن، کمتر استفاده کنند. درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش شکلی از درمان شناختی - رفتاری است که به مدیریت در درد مزمن کمک می‌کند؛ و یک درمان فرآیند محور است که در ابتدا شامل فرآیند درمانی انعطاف‌پذیری روانشناختی می‌شود (مک کراکن، ساتو و تیلور، ۲۰۱۳). این درمان جزئی از رفتار درمانگری نسل سوم است که مؤثر بودن آن بر اختلالات خلقی و اضطرابی تأیید شده است (عظیمی، مکوندحسینی، نجفی، رفیعی‌نیا، ۱۳۹۷). این روی آورد درمانی شش فرآیند روانشناختی دارد و همه این عوامل باعث افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی در فرد می‌شود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نقش اجتناب در مسائل تأکید می‌کند و فرض می‌کند افراد همیشه در حال دوری کردن از افکار، هیجان و یا احساسات آزاردهنده می‌باشند؛ اما تلاش فرد در این زمینه‌ها بی‌نتیجه است و در واقع می‌تواند نتیجه متضاد داشته باشد و احساسات، افکار و هیجان‌های آزارنده را نیز بیشتر کند (هیز، ۲۰۰۴). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای رسیدن به انعطاف‌پذیری روانشناختی، پذیرش روانی فرد را، در مورد تجربه روانشناختی ناخواسته افزایش می‌دهد و متعاقباً اعمالی که در جهت اجتناب و یا مهار کردن درد مزمن هستند، کاهش داده می‌شود و به مرور آنها را حذف می‌کند. همچنین این درمان بر ذهن آگاهی فرد تأکید می‌کند و به بیماران آموزش می‌دهد که هرگونه افکار و رفتار خود را در لحظه حال تجربه کنند؛ و در نهایت به فرد کمک می‌کند تا ارزش‌های خود را مشخص کند و در جهت آنها عمل کند (رادفر، ملازمانی و کاوئی، ۱۳۹۴). هر یک از این فرآیندها بر اعمال زبانی ما تأثیر می‌گذارند. البته برخی از این فرآیندها تنظیم زبانی شناخت را تضعیف و برخی دیگر به فعال‌سازی رفتاری منتهی می‌شوند. به هر حال هر یک از این شش فرآیند به اشکال مختلف با فرآیندهای دیگر

افسردگی، اضطراب و تنیدگی است. متغیرهای روانی - اجتماعی در مقایسه با عوامل زیستی - پزشکی یا زیستی - مکانیکی روی درد مزمن و ناتوانی ناشی از آن تأثیر بیشتری دارند. بارزترین عوامل روانشناختی شناسایی شده در این حوزه بر پایه پژوهش‌های مختلف عبارت‌اند از پریشانی‌های روانشناختی، مانند اضطراب، تنیدگی و افسردگی که به اندازه خود درد مزمن ناتوان کننده بوده‌اند و مانع بهبودی و کاهش درد مزمن می‌شود (جان بزرگی، گلچین، علی پور، آگاه هریس، ۱۳۹۲). افسردگی می‌تواند باعث تغییراتی در احساسات، عملکرد، رفتار، شناخت و دیگر جنبه‌های زندگی افراد شود (آلام دارلوا، مرادزاده خراسانی، نجفی، جباری، شجاعی، ۲۰۱۹). درد می‌تواند باعث تنیدگی شود و تحقیقات نشان داده‌اند که درد مزمن با پریشانی روانی رابطه دارد (برمن و لی، ۲۰۱۷). بیماران با درد مزمن درجات بیشتری از افسردگی، ترس و اضطراب گزارش می‌کنند (لوی لند و بورگهیلد، ۲۰۱۶). اضطراب باعث افکار و نگرانی‌های ناخوانده می‌شود و حافظه کاری را اشغال می‌کند (محمدی فر، عزیزپور، نجفی و نوری پور، ۲۰۱۸). سطوح بالای اضطراب مرتبط با درد به اجتناب از فعالیت‌هایی که گمان می‌رود درد را گسترش می‌دهند کمک می‌کند که به نوبه خود اغلب اوقات منجر به شرطی زدایی جسمانی، مشکلات رفتاری ثانویه و کاهش تماس اجتماعی می‌شود و سرانجام به صورت یک چرخه درمی‌آید. درد کهنه و مزمن انسان را مضطرب می‌سازد برخی از محققان نشان داده‌اند که با ایجاد تحریک دردناک موضعی در افراد، خط پایه فعالیت عضلانی درست مانند پاسخ به تنیدگی روانی و اضطراب افزایش می‌یابد. این بدان معنی است که پاسخ بدن به اضطراب و درد مزمن تقریباً مشابه است (توکل و حیدری، ۱۳۹۴).

انجمن فیزیوتراپی انگلستان فیزیوتراپی را در سال ۲۰۰۲ این‌طور تعریف می‌کند: «فیزیوتراپی حرفه‌ای از رشته‌های سلامت و بهداشت است که با عملکرد انسان، حرکت و به حداکثر رساندن پتانسیل‌های آدم مرتبط می‌شود. در فیزیوتراپی از فن‌هایی استفاده می‌شود که باعث حفظ و افزایش کارایی بدنی، روانی و اجتماعی انسان می‌گردد. فیزیوتراپی حرفه‌ای است که دانش موجود را در ارزیابی، درمان و ارائه خدمات به کار می‌گیرد.» (جونز، کارتر، مور و ویلز، ۲۰۰۷).

4. Jones, Carter, Moore & Wills
5. McCracken, Sato & Taylor
6. Hayes

1. Alamdarloo
2. Bierman & Lee
3. Loyland, & Borghild

که با ارزش‌های اصلی هماهنگ است (سیمپسون، مارس و استیوز^۵، ۲۰۱۷). یکی دیگر از اجزای اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موضع عمل‌گرایی آن است. مدل انعطاف‌پذیری روانشناختی یک مدل عمل‌گرا است. این مدل به دنبال حقیقت‌تجارب افراد نیست؛ بلکه بر روی کارایی رفتار هماهنگ شده با این تجارب تأکید می‌کند. رفتارهای کارآمد رفتارهایی هستند که به هدف‌ها و ارزش‌های فرد کمک می‌کنند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تلاش نمی‌کند که شدت درد و احساسات مرتبط با درد مانند ترس و خستگی را تغییر دهد و یا به دنبال تغییر افکار در مورد درد نیست. در عوض هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تغییر ارتباط افراد با این تجارب به منظور افزایش کیفیت و اثر این اعمال است (اسکات و مک کراکن^۶، ۲۰۱۵).

هزینه‌های درمانی گزاف و عدم بهبود کامل در درد مزمن بیماران را عاجز از درمان کرده است و بر ابعاد زندگی آنها تأثیر گذاشته است. علی‌رغم وجود پژوهش‌های متعدد در مورد اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر درد مزمن و همچنین تحقیقاتی که نشان می‌دهد فیزیوتراپی می‌تواند بر روی جنبه‌های مختلف زندگی افراد اثربخش باشد، پژوهشی وجود ندارد که به مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و درمان فیزیوتراپی پرداخته باشد. از این رو هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و درمان فیزیوتراپی بر افسردگی، اضطراب و تنیدگی در بیماران با درد مزمن بود. با توجه به آنچه ذکر شد سوال اصلی پژوهش این بود که آیا بین اثربخشی درمان فیزیوتراپی و گروه درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی، اضطراب و تنیدگی حاصل از درد مزمن تفاوت وجود دارد؟

روش

این پژوهش جزء طرح‌های شبه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران زن مبتلا به درد مزمن در بازه زمانی دو ماهه در سال ۹۷ در شهر اصفهان بود که جهت درمان به پزشک متخصص مراجعه و تشخیص درد مزمن دریافت کرده بودند. نمونه آماری توسط این

ارتباط دارند و به همین جهت نیز در تأثیر بر انعطاف‌پذیری روانی با دیگر فرآیندها تعامل می‌کنند (عندلیب، گل پرور و صانعی، ۱۳۹۳). انعطاف‌پذیری روانشناختی کشاکشی است که شامل دو فرآیند وابسته است یعنی شامل تجربه‌ها و رفتارهایی که بر اساس ارزش است. فردی که انعطاف‌پذیری روانشناختی دارد بجای اینکه از تجربه‌های شخصی ناخواسته خود دوری کند و یا آنها را مهار کند، مایل است که با آنها در ارتباط باشد (فلدروس، بلمیجر، فاکس، شروس و اسپینهاون^۱، ۲۰۱۳). خود به‌عنوان زمینه شامل فاصله‌گذاری و جدا کردن خود از تجربه‌های روانشناختی است (یو، نورتون و مک کراکن^۲، ۲۰۱۷). برنامه درمانی مداوم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با کاهش ناتوانی کارکردی، نشانه‌های افسردگی، ترس از درد و افزایش سازش یافتگی با راهبردهای کنار آمدن در ارتباط است (پاتیل، دشموخ، نیک و دوسوا^۳، ۲۰۱۸). در این میان نتایج مطالعات بالینی در حمایت از درمان تعهد و پذیرش نشان داده‌اند که هنگامی که تأکید از روی توجه کاهش نشانه‌ها به ارزش‌های زندگی تغییر می‌کند باعث تسهیل افزایش عملکرد در حضور درد مزمن و ناراحتی می‌شود (ویکسل، کانستراپ، کمانی، هلماستورم و اولسون^۴، ۲۰۱۵). بررسی‌ها نشان می‌دهد که پریشانی روانشناختی به‌طور غیرمعمولی در جمعیت مبتلا به درد مزمن بالا است. همچنین در خانواده افراد مبتلا به درد اختلال افسردگی، اختلالات اضطرابی و سوء مصرف مواد نیز شایع‌تر از جمعیت کلی است (میرزمانی، حلی‌ساز، سدیدی و صفری، ۱۳۸۷). ارتباط قوی بین درد و ناتوانی باعث شده است که خیلی از روی آورده‌های درمانی بر روی کاهش درد تمرکز کنند، در مقابل روی آورده‌های روانشناختی برای درمان درد مزمن بر روی تعویض پاسخ‌ها به درد تمرکز می‌کنند و این پاسخ‌ها باعث کاهش ناتوانی می‌شود (واولز، فینک و کوهن^۵، ۲۰۱۴). درد درک شده به‌طور دقیق، شاخص و نشان‌دهنده آسیب‌بافتی نیستند و روی آورده‌های ساختاری به تنهایی نمی‌توانند تغییرات سازش‌نا یافته را به منظور کاهش درد تغییر دهند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مفهوم‌های رنج روحی را عمدتاً ناشی از پیچیدگی‌های شناختی، اجتناب تجربه‌ای و انعطاف‌ناپذیری روانشناختی می‌داند که مانع توانایی فرد برای انجام رفتارهایی می‌شود

5. Vowles, Fink & Cohen
6. Simpson, Mars & Esteves
7. Scott & McCracken

1. Fledderus, Bohlmeijer, Fox, Schreurs & Spinhoven
2. Yu, Norton & McCracken
3. Patil, Deshmukh, Naik & De Sousa
4. Wicksell, Kanstrup, Kemani, Holmström & Olsson

قابلیت اعتمادیابی شده است. نتایج این پژوهش نشان داد که ۶۸ درصد از واریانس کل مقیاس توسط این سه عامل مورد سنجش قرار می‌گیرد و ضریب آلفای کرونباخ برای این سه عامل به ترتیب ۰/۹۷، ۰/۹۲ و ۰/۹۵ بود. ضریب آلفای کرونباخ در شاخص افسردگی ۰/۷۱، اضطراب ۰/۷۰ و تنیدگی ۰/۷۱ گزارش شده است (صاحبی و سالاری، ۱۳۸۴).

پروتکل مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد در افراد مبتلابه درد مزمن: هدف از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد این است که فرآیندهای پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، تصریح ارزش‌ها و مشارکت در فعالیت‌های ارزشمند که همه باعث انعطاف‌پذیری روانشناختی می‌شوند، تقویت شود این پروتکل درمانی از کتاب زندگی با درد مزمن (ولز و سورل، ۲۰۱۲، ترجمه فاطمه مسگریان، ۱۳۹۱) اتخاذ شده بود. این مداخله شامل ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای است که به صورت گروهی اجرا می‌شود. شرح جلسات مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد در جدول ۱ آمده است.

یافته‌ها

به منظور استفاده از آزمون‌های پارامتریک، ابتدا پیش شرط نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای مورد مطالعه با استفاده از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف^۲ بررسی شد.

همان‌گونه که یافته‌های جدول ۲ نشان می‌دهد، با توجه به سطح معناداری ($P > 0.05$)، وضعیت متغیرهای افسردگی، اضطراب و تنیدگی به تفکیک گروه‌های مورد مطالعه، از توزیع طبیعی برخوردار است. آماره‌های توصیفی متغیرهای افسردگی، اضطراب و تنیدگی به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون در جدول ۳ ارائه داده شده است.

پژوهش ۷۵ نفر بود که گروه درمان فیزیوتراپی به دلیل محدودیت زمانی دوماهه به روش در دسترس و گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه گواه به صورت تصادفی انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه قرار گرفتند.

روش اجرا: ابتدا از افراد شرکت‌کننده در پژوهش مصاحبه بالینی گرفته شد و ملاک‌های ورود و خروج در آنها بررسی شد. پس از گمارش شرکت‌کنندگان در گروه‌های مورد نظر، شرکت‌کنندگان بسته‌های سنجش پیش‌آزمون که شامل پرسشنامه اضطراب، تنیدگی و افسردگی فرم کوتاه بود را دریافت کرده و آنها را تکمیل کردند. بیماران در هشت جلسه یک ساعت و نیم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به صورت هفتگی شرکت کردند. درمان در کل ۲ ماه به طول انجامید. افرادی که در گروه فیزیوتراپی قرار گرفتند توسط فیزیوتراپیست درمان ۱۰ جلسه‌ای دریافت کردند. شرکت‌کنندگان بعد از درمان برگه‌های پس‌آزمون را پر کردند.

ملاک‌های ورود عبارت بودند از: دامنه سنی بین ۳۰ تا ۶۵ سال، داشتن حداقل سه ماه درد مزمن، رضایت فرد از شرکت در پژوهش، نداشتن درد مزمن ناتوان‌کننده، عدم دریافت مداخلات دیگر به طور هم‌زمان و حداقل تحصیلات سوم راهنمایی. ملاک‌های خروج عبارت بودند از: عدم شرکت در بیش از دو جلسه و داشتن اختلالات روانی هم‌زمان.

ابزار

پرسشنامه اضطراب، تنیدگی و افسردگی: این پرسشنامه توسط لاوبوند در سال ۱۹۹۵ برای سنجش سه مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی ساخته شد. فرم کوتاه آن دارای ۲۱ سؤال است و هر کدام از این حیطه‌ها را در ۷ سؤال مورد ارزیابی قرار داد. سؤالات به صورت سه‌درجه‌ای (کاملاً شبیه من=۳، شبیه من=۲، متفاوت از من=۱) نمره‌گذاری شد. در یک نمونه ۷۱۷ نفری در بررسی درستی نشان داد این پرسشنامه با مقیاس افسردگی در دانشجویان همبستگی بالایی دارد (لاوبوند و لاوبوند، ۱۹۹۵). ضریب قابلیت اعتماد عامل فشار روانی ۰/۸۰، افسردگی ۰/۸۱ و اضطراب ۰/۷۸ و برای کل مقیاس برابر با ۰/۸۲ است. ضریب آلفا برای عوامل روانی، افسردگی و اضطراب به ترتیب برابر با ۰/۸۷، ۰/۸۵ و ۰/۷۵ است (سامانی و جوکار، ۱۳۸۶). فرم ۲۱ سؤالی توسط صاحبی و سالاری (۱۳۸۴) برای جمعیت ایرانی

2. Kolmogorov_smirnov

1. Lovibond & Lovibond

جدول ۱. محتوای جلسات مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد در افراد مبتلابه درد مزمن

| جلسات | محتوای جلسات |
|------------|--|
| جلسه اول | بررسی اهداف گروه درمانگری درد مزمن، تمرین درماندگی خلاق، راهکارهای کنونی افراد برای درد مزمن، بررسی مقایسه سود و زیان این راهکارها. ارائه تکلیف برای جلسه آتی. |
| جلسه دوم | مرور تکلیف جلسه قبل، تغییر رفتار و ذهن آگاهی، معرفی مدل تغییر رفتار و رابطه میان افکار، احساسات و کارکرد فیزیولوژیک، آموزش اولین تمرین ذهن آگاهی با توجه به تمرین تنفس و ارائه تکلیف برای جلسه آتی. |
| جلسه سوم | مرور تکلیف جلسه قبل، تصریح ارزش ها و مقایسه آن با اهداف، مشخص شدن ارزش های اعضای گروه، تصریح مفهوم پذیرش، تمرین ذهن آگاهی و ارائه تکلیف برای جلسه آتی. |
| جلسه چهارم | مرور تکلیف جلسه قبل، شفاف سازی ارزش ها، اهداف و موانعی که ممکن است بر سر این ارزش ها قرار بگیرد، جداسازی ارزش های شخصی از ارزش های دیگران و شفاف سازی ارزش های خود، تمرین ذهن آگاهی و ارائه تکلیف برای جلسه آتی. |
| جلسه پنجم | مرور تکلیف جلسه قبل، بررسی موضوع گسستگی و تعهد به عمل با استفاده از ارزش ها و شناخت موانعی که بر سر ارزش های اعضای گروه وجود دارد و ارائه تکلیف برای جلسه آتی. |
| جلسه ششم | مرور تکلیف جلسه قبل، برنامه ریزی برای عمل کردن به ارزش ها، آموزش تمرین های ذهن آگاهی و خود مشاهده گری و ارائه تکلیف برای جلسه آتی. |
| جلسه هفتم | مرور تکلیف جلسه قبل، بررسی رضایت برای شرکت در یک عمل ناخوشایند، تعهد در مقابل موانع، تمرین ذهن آگاهی و ارائه تکلیف برای جلسه آتی. |
| جلسه هشتم | مرور تکلیف جلسه قبل، بررسی پیشرفت افراد، چگونگی جلوگیری از عود بیماری. |

جدول ۲. طبیعی بودن توزیع داده ها

| متغیر | گروه | پیش آزمون | | پس آزمون | |
|-----------|--------------|----------------------------|----------|----------------------------|----------|
| | | آزمون کولموگروف - اسمیرنوف | معناداری | آزمون کولموگروف - اسمیرنوف | معناداری |
| افسردگی | تعهد و پذیرش | ۰/۴۴ | ۰/۹۸ | ۰/۷۱ | ۰/۶۸ |
| | فیزیوتراپی | ۰/۳۹ | ۰/۹۹ | ۰/۷۶ | ۰/۶۰ |
| | گروه گواه | ۰/۵۵ | ۰/۹۲ | ۰/۸۹ | ۰/۴۰ |
| اضطراب | تعهد و پذیرش | ۰/۷۳ | ۰/۶۶ | ۰/۷۹ | ۰/۵۴ |
| | فیزیوتراپی | ۰/۷۵ | ۰/۶۱ | ۰/۱۰۲ | ۰/۲۴ |
| تنیدگی | گروه گواه | ۰/۶۹ | ۰/۷۲ | ۰/۸۹ | ۰/۴۰ |
| | تعهد و پذیرش | ۰/۶۲ | ۰/۸۳ | ۰/۶۳ | ۰/۸۱ |
| گروه گواه | فیزیوتراپی | ۰/۷۰ | ۰/۷۳ | ۰/۷۴ | ۰/۶۳ |
| | گروه گواه | ۰/۵۷ | ۰/۸۹ | ۱/۰۹ | ۰/۱۸ |

جدول ۳. آماره های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه ها و نوع آزمون

| متغیر | گروه | پیش آزمون | | پس آزمون | |
|-----------|--------------|-----------|------------------|----------|------------------|
| | | میانگین | انحراف استاندارد | میانگین | انحراف استاندارد |
| افسردگی | تعهد و پذیرش | ۱۲/۹۶ | ۳/۵۹ | ۱۰/۳۰ | ۲/۹۴ |
| | فیزیوتراپی | ۱۳/۸۵ | ۳/۳۴ | ۱۳/۸۰ | ۲/۶۸ |
| | گروه گواه | ۱۱/۷۵ | ۳ | ۱۲/۹۵ | ۳/۰۵ |
| اضطراب | تعهد و پذیرش | ۱۲/۰۹ | ۳/۶۳ | ۱۰/۳۰ | ۳/۰۵ |
| | فیزیوتراپی | ۱۳/۱۰ | ۳/۶۱ | ۱۳ | ۳/۰۶ |
| تنیدگی | گروه گواه | ۱۱/۶۵ | ۲/۵۱ | ۱۲/۴۵ | ۲/۳۰ |
| | تعهد و پذیرش | ۱۳/۸۷ | ۳/۱۶ | ۱۱/۵۷ | ۲/۷۱ |
| گروه گواه | فیزیوتراپی | ۱۵/۴۵ | ۳/۱۰ | ۱۴/۶۰ | ۲/۳۹ |
| | گروه گواه | ۱۳/۵۰ | ۲/۵۲ | ۱۳/۶۵ | ۲/۶۴ |

شیوه های درمانی (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان فیزیوتراپی) بر بهبود افسردگی، اضطراب و تنیدگی می بایستی از تحلیل

آماره های توصیفی جدول فوق نشان می دهد که میانگین متغیرهای پژوهش در پس آزمون کاهش یافته است. برای مقایسه اثربخشی

واریانس‌های خطا وجود دارد ($P > 0.05$). همچنین آزمون ام باکس نشان داد که ماتریس کوواریانس‌های مشاهده‌شده بین گروه‌های مختلف باهم برابرند ($F = 1/136, P > 0.05$). تحلیل کوواریانس چند متغیری انجام و نتایج آن حکایت از تفاوت معناداری در ترکیب خطی مؤلفه‌ها در گروه‌ها داشت ($F = 0/24 = \text{اندازه اثر}, P < 0.001, F = 1/852$ ، $F = 0/566 = \text{لامبدای ویلکز}$). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل کوواریانس تک متغیری به شرح جدول ۶ استفاده شد.

همان‌گونه که در جدول ۶ مشاهده می‌شود در هر سه متغیر تفاوت معنادار وجود دارد. نتایج تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد که با کنترل آماری متغیر پیش‌آزمون، بین میانگین‌های سه گروه در مرحله پس‌آزمون تفاوت وجود دارد و این تفاوت به لحاظ آماری معنادار است. به‌منظور بررسی الگوهای تفاوت در گروه‌ها از آزمون تعقیبی LSD استفاده شد.

نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد که میانگین نمرات افراد در گروه درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد و فیزیوتراپی و گروه گواه در سه متغیر اضطراب، افسردگی و تنیدگی تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0.05$). بدین معنی که گروه درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به فیزیوتراپی و گروه کنترل منجر به کاهش بیشتری در متغیر اضطراب، افسردگی و تنیدگی شده است.

کوواریانس چند متغیره استفاده شود. یکی از پیش‌شرط‌های این تحلیل برابری شیب‌های رگرسیون است که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

| جدول ۴. نتایج تحلیل برابری شیب‌های رگرسیون در مؤلفه‌ها | | | | | |
|--|----------------|------------|-----------------|---------|----------|
| گروه | مجموعه مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | آماره F | معناداری |
| افسردگی | ۴۷/۵۸ | ۳ | ۱۵/۸۶ | ۲/۵۳ | ۰/۰۷ |
| اضطراب | ۳۲/۰۲ | ۳ | ۱۰/۶۷ | ۲/۵۷ | ۰/۰۶ |
| تنیدگی | ۲۸/۱۰ | ۳ | ۹/۳۶ | ۱/۸۶ | ۰/۱۴ |

با توجه به یافته‌های جدول ۴ شرط همگنی شیب‌های رگرسیون در تمام مؤلفه‌ها برقرار است ($P > 0.05$). پیش‌شرط دیگر برابری واریانس‌های خطا در بین نمرات گروه‌های آزمودنی است که از طریق آزمون لون بررسی شد و نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

| جدول ۵. نتایج آزمون لون برای بررسی برابری واریانس‌های خطا در مؤلفه‌ها | | | | |
|---|---------|--------------|--------------|----------|
| متغیر | آماره F | درجه آزادی ۱ | درجه آزادی ۲ | معناداری |
| افسردگی | ۰/۸۴ | ۲ | ۶۰ | ۰/۴۳ |
| اضطراب | ۳/۴۶ | ۲ | ۶۰ | ۰/۳۸ |
| تنیدگی | ۰/۹۹ | ۲ | ۶۰ | ۰/۳۷ |

نتایج تحلیل آزمون لون نشان می‌دهد که تفاوت معناداری در واریانس‌های خطا گروه‌ها مشاهده نمی‌شود؛ بنابراین شرط تساوی

| جدول ۶. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری جهت بررسی الگوهای تفاوت در مؤلفه‌ها | | | | | | |
|---|----------------|------------|-----------------|---------|----------|------------|
| متغیر | مجموعه مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | آماره F | معناداری | اندازه اثر |
| پس‌آزمون افسردگی | ۱۲۳/۵۲ | ۲ | ۶۱/۷۶ | ۹/۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۱۵ |
| گروه پس‌آزمون اضطراب | ۸۲/۶۳ | ۲ | ۴۱/۳۱ | ۹/۱۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۲۴ |
| پس‌آزمون تنیدگی | ۸۱/۶۲ | ۲ | ۴۰/۸۱ | ۷/۷۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۲۵ |

| جدول ۷. مقایسه میانگین گروه‌ها از طریق آزمون LSD | | | | | | |
|--|--------------------------|------------|------------------|------------|--------------|--|
| متغیر | گروه‌ها | گروه‌ها | تفاوت میانگین‌ها | خطای معیار | سطح معناداری | |
| افسردگی | گروه آزمایش تعهد و پذیرش | فیزیوتراپی | -۳/۰۱ | ۰/۸۴ | ۰/۰۰۱ | |
| | گروه آزمایش فیزیوتراپی | کنترل | -۳/۰۱ | ۰/۸۱ | ۰/۰۰۱ | |
| | گروه آزمایش فیزیوتراپی | کنترل | ۰/۰۲ | ۰/۸۷ | ۰/۹۷ | |
| اضطراب | گروه آزمایش تعهد و پذیرش | فیزیوتراپی | -۲/۳۳ | ۰/۶۹ | ۰/۰۰۱ | |
| | گروه آزمایش تعهد و پذیرش | کنترل | -۲/۵۹ | ۰/۶۶ | ۰/۰۰۱ | |
| | گروه آزمایش فیزیوتراپی | کنترل | -۰/۲۵ | ۰/۷۱ | ۰/۷۱ | |
| تنیدگی | گروه آزمایش تعهد و پذیرش | فیزیوتراپی | -۲/۴۵ | ۰/۷۴ | ۰/۰۰۱ | |
| | گروه آزمایش تعهد و پذیرش | کنترل | -۲/۴۷ | ۰/۷۲ | ۰/۰۰۱ | |
| | گروه آزمایش فیزیوتراپی | کنترل | -۰/۰۱ | ۰/۷۶ | ۰/۹۸ | |

بحث و نتیجه گیری

هدف از این پژوهش مقایسه اثربخشی مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان فیزیوتراپی بر اضطراب، افسردگی و تنیدگی بیماران مبتلابه درد مزمن بود. نتایج حاصل از یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که مداخله گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به درمان فیزیوتراپی و گروه گواه در کاهش و بهبود نشانگان اضطراب، افسردگی و تنیدگی مؤثرتر است، نتایج پژوهش‌های این تحقیق همسو با مطالعه‌ای است که نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش پریشانی روانشناختی و میزان درد در بیماران مبتلابه کم‌درد مزمن می‌شود (ایران‌دوست، نشاط دوست، نادری و صفری، ۱۳۹۳). این یافته‌ها می‌تواند به این دلیل باشد که یک راهبرد متداول در افراد مبتلابه درد مزمن برای مهار کردن درد، انحراف توجه است. همچنین در بیشتر مداخلات شناختی - رفتاری توانش معطوف کردن حواس به افکار دیگر، قسمت مهم از درمان است؛ درحالی که در مداخله مبتنی بر تعهد و پذیرش یکی از عواملی که باعث افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی می‌شود عدم اجتناب از افکار مربوط به درد است. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد درمان‌جو تلاش می‌کند، احساسات و عواطف بدنی خویش را بدون اجتناب از هرگونه احساس ناخواسته بپذیرد. در واقع در درمان‌هایی که سرکوبی افکار جزوی از ساختار درمان به حساب می‌آید، افراد نمی‌توانند احساسات را تجربه کنند و میزان پریشانی روانشناختی این افراد بعد از سرکوبی افکار خود بالاتر می‌رود. درحالی که درمان‌هایی که از راهبردهایی بر اساس پذیرش استفاده می‌کنند سطح پریشانی روانشناختی‌شان کاهش پیدا می‌کند. سرکوبی افکار و یا پذیرش این افکار نه تنها در مورد افکار مربوط به درد است بلکه در مورد احساسات و عواطف مربوط به درد هست. در واقع توجه به درد (به صورت پذیرش درد) بهتر از انحراف حواس است (ماسدو و استیوا، ۲۰۰۷). مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد مشکلات را به صورت درمانی و آسیب‌شناسی مورد توجه قرار می‌دهد و مشکلات انسان را از ترکیبی از ابعاد زیستی، محیطی و فرآیندهای یادگیری می‌داند؛ بنابراین برخلاف درمان‌های دیگر، برخی از جلسات درمانی به

پاسخ‌های ناکارآمد اختصاص دارد (صالحیان، احدی، کراسکیان موجهاری، کربلایی محمد میگوئی، ۱۳۹۷). مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب و افسردگی افراد مبتلابه درد مزمن تأثیر مثبت دارد؛ به دلیل اینکه روی آورد پذیرش به فاجعه‌سازی درد باعث کاهش توجه به افکار هشداردهنده و احساسات درگیر در این فعالیت‌ها می‌شود (بورمن و همکاران، ۲۰۱۳). مطالعات نشان داده‌اند که اجتناب تجربی با شدت درد بیشتر، اضطراب مرتبط با درد، افسردگی و ناتوانی روانشناختی ارتباط دارد (فلدندر و همکاران، ۲۰۰۶). پذیرش درد و عدم اجتناب از درد و یا کاهش درد مزمن افراد را قادر می‌سازد تا بیشتر با زمان حال در ارتباط باشند (فلتچر و هیز، ۲۰۰۵). در تحقیقی توسط گیزر، لوسیانو و رودریگز و فینک^۵ (۲۰۰۴) نشان دادند گروهی از این افراد که ابتدا تحت مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار می‌گیرند بیشتر از گروه گواه درد را تحمل می‌کنند و اضطراب کمتری را گزارش می‌کنند. و اول و مک کراکن نشان دادند بیماران مبتلابه درد مزمن که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دریافت می‌کنند نمرات بهتری در افسردگی، اضطراب و کارکرد جسمانی کسب می‌کنند (و اول و مک کراکن، ۲۰۰۸). همچنین هان و مک کراکن در مطالعه‌ای نشان دادند که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در فعالیت بدنی و کاهش پریشانی روانی در مقایسه با گروه گواه اثربخشی بیشتر در بیماران با درد مزمن دارد (هان و مک کراکن، ۲۰۱۴). در تبیین یافته‌های فوق می‌توان به این موضوع اشاره کرد که رنج کشیدن و ناتوانی که از درد مزمن به وجود می‌آید، می‌تواند باعث اجتناب ناخواسته از احساسات و فعالیت‌های فرد شود. فرآیندهای شناختی که باعث تقویت پریشانی روانشناختی و محدود کردن انتخاب‌های رفتاری می‌شود، درنهایت منجر به کاهش انعطاف‌پذیری روانشناختی در این افراد می‌شود. اضطراب با میزان بالای پریشانی روانشناختی، شدت درد و کاهش فعالیت روزانه در افراد مبتلابه درد مزمن در ارتباط است. در واقع اضطراب در این افراد با ابتلا شدن به افسردگی و ناتوانی ارتباط قوی دارد. به نظر می‌رسد اگر افراد مبتلابه درد مزمن در مورد تجربه‌های خود نگران باشند و از این‌گونه تجربه‌ها بترسند پریشانی روانشناختی

5. Gutiérrez, Luciano, Rodríguez & Fink

6. Vowles & McCracken

7. Hann & McCracken

1. Masedo & Esteve

2. Buhrman

3. Feldner

4. Fletcher & Hayes

می‌شود در پژوهش‌های آتی، این پژوهش بر روی افراد مذکر نیز اجرا شود و به تفاوت این ابعاد در هر دو جنس پرداخته شود و همچنین بررسی تعقیبی انجام شود تا اثربخشی درمان در دوره‌های پیگیری مشخص شود.

منابع

- اردکانی، شایسته؛ آزاد فلاح، پرویز و تولایی، سید عباس (۱۳۹۱). اثربخشی رویکرد پذیرش و تعهد درمانی در کاهش شدت تجربه درد در زنان مبتلا به اختلال سردرد مزمن. *مجله روانشناسی بالینی*، ۲(۱۴)، ۴۳-۴۰.
- ایران‌دوست، فروزان؛ نشاط دوست، حمید طاهر؛ نادى، محمدعلی و صفری، سهیلا (۱۳۹۳). تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان درد مزمن و فاجعه‌آفرینی درد در زنان مبتلا به کمردرد مزمن. *فصلنامه پژوهش در سلامت روانشناختی*، ۸(۳)، ۴۰-۳۱.
- پورنقاش تهرانی، سید سعید و عربی، الهام (۱۳۹۵). بررسی نقش میانجی گرانه افسردگی و شدت درد در رابطه بین راهبردهای نظم‌جویی هیجانی و کیفیت زندگی در افراد مبتلا به درد مزمن. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۵(۵۸)، ۲۴۶-۲۳۵.
- توکلی، حدیث و حیدری، فاطمه (۱۳۹۴). *اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر درد مزمن و اضطراب در سالمندان*. دومین کنفرانس بین‌المللی علوم رفتاری و مطالعات اجتماعی.
- جان‌بزرگی، مسعود؛ گلچین، ندا؛ علی پور، احمد و آگاه هریس، مژگان (۱۳۹۲). اثربخشی درمان شناختی - رفتاری گروهی در کاهش شدت درد و پریشانی‌های روانشناختی زنان مبتلا به کمردرد مزمن. *مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۹(۲)، ۱۰۸-۱۰۲.
- رادفر، شکوفه؛ ملازمانی، فاطمه و کاوئی، سوسن (۱۳۹۴). مقایسه اثربخشی دو روش درمانی پذیرش و تعهد و روش رفتاردرمانی دیالکتیکی بر نافرمانی مقابله در یک بیمارستان نظامی. *فصلنامه روانشناسی نظامی*، ۷(۲۵)، ۹-۵.
- راوندی، سعید؛ تسلیمی، زهرا؛ حق‌پرست، عباس و قلعه‌ای‌ها، علی (۱۳۹۵). کیفیت زندگی در افراد مبتلا به درد مزمن: تعیین نقش شدت و مدت درد. *مجله کومش*، ۱۷(۴)، ۸۳۹-۸۳۶.
- سامانی، سیامک و جوکار، بهرام (۱۳۸۶). بررسی اعتبار و روایی فرم کوتاه مقیاس افسردگی، اضطراب و فشار روانی. *مجله علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز*، ۲۶(۳)، ۷۶-۶۵.

بیشتری را تجربه می‌کند و تأثیر منفی بیشتری بر عملکرد روزانه خود، دارند (مک کراکن و کیوگ، ۲۰۰۹). بر اساس مطالعات افرادی که مبتلا به درد مزمن بودند، فعالیت آن قسمت از قشر مخ که با فعالیت‌های عاطفی، از جمله افسردگی ارتباط دارد بیشتر بود (گریسلی و همکاران، ۲۰۰۴). افکار فاجعه‌آفرین حتی بعد از مهارگری اثر شدت درد و تعداد روزهای توقف فعالیت‌های معمول بر اثر درد، با نشانه‌های افسردگی بیشتر همراه است (مسگریان، اصغری مقدم و شعیری، ۱۳۹۰). گروه درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به بهبود و کاهش نشانگان شدت درد، افسردگی و تنیدگی می‌گردد و نیز از طریق ایجاد و توسعه پذیرش و افزایش عمل به ارزش‌ها در مراجعین تغییرات درمانی ایجاد می‌کند (صبور و کاکابرایی، ۱۳۹۵). نتایج دیندو و همکاران نشان داد که بیماران مبتلا به میگرن و افسردگی اساسی گروه مداخله تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در پیگیری سه‌ماهه نسبت به گروه شاهد در سه متغیر افسردگی اساسی، کارکرد عمومی و ناتوانی مرتبط با میگرن نمرات بهتری کسب کردند. (دیندو، رکوبر، مارچمن و تروی، ۲۰۱۲). در تبیین یافته‌های فوق می‌توان اظهار کرد که در مراحل اولیه درد، مشکلات روانشناختی به وجود نمی‌آید بلکه به موازات اینکه درد مزمن می‌شود تغییرات روانشناختی نیز رخ می‌دهد. این دگرگونی‌ها احتمالاً به ناراحتی مستمر، ناامیدی و اندیشیدن به دردی که بر زندگی بیمار مسلط می‌گردد مربوط می‌شود.

امروزه فیزیوتراپی درمانی رایج برای درد مزمن است، در حالی که عوامل روانشناختی بیشتر از علائم جسمانی باعث تداوم درد مزمن می‌شود. اگرچه فیزیوتراپی می‌تواند باعث بهبود جزئی در شدت درد شود اما بعد از برطرف کردن میزان درد، تأثیراتی که بر جنبه‌های دیگر زندگی فرد گذاشته است را از بین نمی‌برد؛ در واقع عوامل روانشناختی می‌تواند باعث برگشت و تداوم درد مزمن حتی بعد از فیزیوتراپی در این افراد شود.

محدودیت زمانی و عدم دسترسی به نمونه و عدم امکان اجرای درمان بر روی ریخت خاصی از درد مزمن برای مثال درد مزمن کتف، درد مزمن پا و... از جمله محدودیت‌های این پژوهش بود و به دلیل اینکه این پژوهش تنها بر روی زنان مبتلا به درد مزمن انجام شده است بنابراین یافته‌های آن قابل تعمیم به جامعه مردان نیست. پیشنهاد

3. Dindo, Recober, Marchman, Turvey & O'Hara

1. McCracken & Keogh

2. Gracely

- صاحبی، علی؛ اصغری، محمدجواد و سالاری، راضیه سادات (۱۳۸۴). اعتبار یابی مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی آزمون (DASS-21) برای جمعیت ایرانی. *مجله روانشناسی تحولی (روانشناسان ایرانی)*، ۱(۴)، ۳۱۲-۲۹۹.
- صالحیان، مریم؛ احدی، حسن؛ کراسکیان موجمباری، آدیس و احمد، کربلایی محمد میگوی (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با گروه درمانی مبتنی بر توجه آگاهی بر اختلالات روانشناختی و الگوهای رفتاری دانشجویان دارای تیپ شخصیتی D. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۷(۶۸)، ۴۹۰-۴۸۱.
- صبور، سهیلا و کاکابرابی، کیوان (۱۳۹۵). اثربخشی گروه درمانی پذیرش و تعهد بر میزان علائم افسردگی، استرس و شاخص‌های درد در زنان مبتلا به درد مزمن. *مجله پژوهش توانبخشی در پرستاری*، ۲(۴)، ۹-۱.
- عزیزی، مریم؛ حسن‌آبادی، حسن؛ مهram، بهروز و سعیدی، مرتضی (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر بهبود تاب‌آوری افراد مبتلا به سردرد مزمن. دومین همایش ملی پژوهش و درمان در روانشناسی بالینی.
- عظیمی، عظیم؛ مکوند حسینی، شاه‌رخ؛ نجفی، محمود و رفیعی‌نیا، پروین (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم اضطراب، افسردگی و استرس زنان مبتلا به اسکروز چندگانه نوع عودکننده - فروکش‌کننده: یک مطالعه با کاربندی تصادفی کنترل‌شده. *مجله کومش*، ۲۰(۴)، ۶۱۹-۶۱۲.
- عندلیب، سیما؛ گل پرور، محسن و صانعی، حمید (۱۳۹۳). تأثیر تعهد و پذیرش درمانی (ACT) بر ارزشمندی زندگی و پردازش شناختی بیماران قلبی - عروقی زن. *مجله زن و مطالعات خانواده*، ۷(۲۶)، ۷۵-۵۷.
- کولیوند، پیر حسین؛ نظری میهن، آزاده و جعفری، ربابه (۱۳۹۴). اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر کاهش پریشانی در بیماران با درد مزمن. *مجله شفای خاتم*، ۳(۳)، ۶۹-۶۳.
- مدحی، صغری و نجفی، محمود (۱۳۹۷). رابطه رواندستی معنوی و امید با کیفیت زندگی و شادزیستی در سالمندان. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۷(۶۵)، ۹۴-۷۸.
- مسگریان، فاطمه؛ اصغری مقدم، محمدعلی؛ شعیری، محمدرضا (۱۳۹۱). نقش خودکارآمدی و فاجعه‌آفرینی در پیش‌بینی افسردگی در بیماران درد مزمن. *مجله روانشناسی بالینی*، ۴(۱۶)، ۸۲-۷۳.
- میرزمانی، سید محمود؛ حلی‌ساز، محمدتقی؛ سدیدی، احمد و صفری، اکبر (۱۳۸۷). مقایسه میزان تأثیر درد بر ابعاد مختلف زندگی
- سالمندان و افراد مبتلا به درد مزمن. *مجله سالمند ایران*، ۳(۷)، ۵۸-۴۸.
- ولز، کوین و سورل، جان (۲۰۰۴). *زندگی با درد مزمن رویکرد مبتنی بر تعهد و پذیرش*. ترجمه: فاطمه مسگریان (۱۳۹۰). چاپ اول، تهران: نشر ارجمند.
- Alamdarloo, G. H., Khorasani, S. M., Najafi, M., Jabbari, F. S., & Shojaee, S. (2019). The effect of cognitive-behavioral therapy on depression, anxiety, and stress levels in Iranian males with addiction. *Sage open*, 9(1), 1-7.
- Apkarian, A. V., Baliki, M. N., & Geha, P. Y. (2009). Towards a theory of chronic pain. *Progress in Neurobiology*, 87(2), 81-97.
- Bierman, A., & Lee, Y. (2018). Chronic Pain and Psychological Distress Among Older Adults: A National Longitudinal Study. *Research on Aging*, 40(5), 432-455.
- Buhrman, M., Skoglund, A., Husell, J., Bergström, K., Gordh, T., Hursti, T., & Andersson, G. (2013). Guided internet-delivered acceptance and commitment therapy for chronic pain patients: a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 51(6), 307-315.
- Dindo, L., Recober, A., Marchman, J. N., Turvey, C., & O'Hara, M. W. (2012). One-day behavioral treatment for patients with comorbid depression and migraine: a pilot study. *Behaviour Research and Therapy*, 50(9), 537-543.
- Feldner, M. T., Hekmat, H., Zvolensky, M. J., Vowles, K. E., Secrist, Z., & Leen-Feldner, E. W. (2006). The role of experiential avoidance in acute pain tolerance: A laboratory test. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37(2), 146-158.
- Fledderus, M., Bohlmeijer, E. T., Fox, J. P., Schreurs, K. M., & Spinhoven, P. (2013). The role of psychological flexibility in a self-help acceptance and commitment therapy intervention for psychological distress in a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 51(3), 142-151.
- Fletcher, L., & Hayes, S. C. (2005). Relational frame theory, acceptance and commitment therapy, and a functional analytic definition of mindfulness. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 23(4), 315-336.
- Gracely, R. H., Geisser, M. E., Giesecke, T., Grant, M. A. B., Petzke, F., Williams, D. A., & Clauw, D. J. (2004). Pain catastrophizing and neural responses to pain among persons with fibromyalgia. *Brain*, 127(4), 835-843.
- Gutiérrez, O., Luciano, C., Rodríguez, M., & Fink, B. C. (2004). Comparison between an acceptance-based

- Patil, V., Deshmukh, A., Naik, R., & De Sousa, A. (2016). A cross-sectional observational study on the levels of anxiety, depression, and somatic symptoms in patients with chronic pain undergoing physiotherapy treatment. *Indian Journal of Pain*, 30(2), 108-110.
- Scott, W., & McCracken, L. M. (2015). Psychological flexibility, acceptance and commitment therapy, and chronic pain. *Current Opinion in Psychology*, 2, 91-96.
- Simpson, P. A., Mars, T., & Esteves, J. E. (2017). 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*, 24, 18-31.
- Volkow, N. D., & McLellan, A. T. (2016). Opioid abuse in chronic pain—misconceptions and mitigation strategies. *New England Journal of Medicine*, 374(13), 1253-1263.
- Von Korff, M., Ormel, J., Keefe, F. J., & Dworkin, S. F. (1992). Grading the severity of chronic pain. *Pain*, 50(2), 133-149.
- Vowles, K. E., Fink, B. C., & Cohen, L. L. (2014). Acceptance and Commitment Therapy for chronic pain: A diary study of treatment process in relation to reliable change in disability. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(2), 74-80.
- Vowles, K. E., & McCracken, L. M. (2008). Acceptance and values-based action in chronic pain: a study of treatment effectiveness and process. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(3), 397-407.
- Wicksell, R. K., Kanstrup, M., Kemani, M. K., Holmström, L., & Olsson, G. L. (2015). Acceptance and commitment therapy for children and adolescents with physical health concerns. *Current Opinion in Psychology*, 2, 1-5.
- Yu, L., Norton, S., & McCracken, L. M. (2017). Change in “Self-as-Context” (“Perspective-Taking”) Occurs in Acceptance and Commitment Therapy for People With Chronic Pain and Is Associated With Improved Functioning. *The Journal of Pain*, 18(6), 664-667.
- and a cognitive-control-based protocol for coping with pain. *Behavior Therapy*, 35(4), 767-783.
- Hann, K. E., & 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.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639-666.
- Jensen, M. P., Smith, A. E., Alschuler, K. N., Gillanders, D. T., Amtmann, D., & Molton, I. R. (2016). The role of pain acceptance on function in individuals with disabilities: a longitudinal study. *Pain*, 157(1), 247-254.
- Jones, R., Carter, J., Moore, P., & Wills, A. (2005). A study to determine the reliability of an ankle dorsiflexion weight-bearing device. *Physiotherapy*, 91(4), 242-249.
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343.
- Loyland, & Borghild. (2016). The co-occurrence of chronic pain and psychological distress and its associations with salient socio-demographic characteristics among long-term social assistance recipients in Norway. *Scandinavian Journal of Pain*, 11(1), 65-72.
- Masedo, A. I., & Esteve, M. R. (2007). Effects of suppression, acceptance and spontaneous coping on pain tolerance, pain intensity and distress. *Behaviour Research and Therapy*, 45(2), 199-209.
- McCracken, L. M., & Keogh, E. (2009). Acceptance, mindfulness, and values-based action may counteract fear and avoidance of emotions in chronic pain: an analysis of anxiety sensitivity. *The Journal of Pain*, 10(4), 408-415.
- McCracken, L. M., Sato, A., & Taylor, G. J. (2013). A trial of a brief group-based form of acceptance and commitment therapy (ACT) for chronic pain in general practice: pilot outcome and process results. *The Journal of Pain*, 14(11), 1398-1406.
- Mohammadyfar, M. A., Azizpour, M., Najafi, M., & Nooripour, R. (2018). Comparison of audio-visual short-term and active memory in multiple sclerosis patients and non-patients regarding their depression, stress and anxiety level. *Nordic Psychology*, 70(2), 115-128.