

The effectiveness of acceptance and commitment therapy on intensity pain and pain catastrophizing in women with chronic pain

Farzaneh Shaghaghi¹, Hadi Smkhani Akbarinejad²

¹ MA in General Psychology, Islamic Azad University, Tabriz, Iran

²Department of Psychology, University College of Nabi Akram, Tabriz, Iran

Abstract

Background: The present study was conducted with the aim of determining the effectiveness of acceptance and commitment therapy on intensity pain and pain catastrophizing in women with chronic pain.

Materials and methods: This study was semi-experimental with a pretest-posttest and follow-up with a control group design. The statistical population was made up of female patients with chronic pain referred to Emma Reza hospital in Tabriz city in 2023. In total, 30 people were selected by purposive sampling method, and randomly divided into two groups (15 people each). Members of the experimental group received their treatment in eight sessions of 1.5 hours; however, the control group did not receive any treatment. Both groups answered the 20-question sleep quality Pittsburgh McGill pain intensity and 29-question Sullivan et al pain catastrophic Questionnaires, before, after and 3 months after the intervention. Data were Analyzed using ANOVA with repeated measures.

Results: The results showed that the acceptance and commitment therapy reduced the intensity pain and pain catastrophizing women with chronic pain in the post-test compared to the control group ($P<0.001$). The effect of acceptance and commitment therapy on intensity pain and pain catastrophizing was lasting in the follow-up phase ($P<0.001$).

Conclusion: It seems that acceptance and commitment therapy can reduce the intensity pain and pain catastrophizing in women with chronic pain, therefore it is likely to be a useful treatment strategy to improve the intensity and pain catastrophizing in women with chronic pain.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, Intensity Pain, Pain Catastrophizing, Chronic Pain.

Cited as: Shaghaghi F, Smkhani Akbarinejad H. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on intensity pain and pain catastrophizing in women with chronic pain. Medical Science Journal of Islamic Azad University, Tehran Medical Branch 2025; 35(1): 56-64.

Correspondence to: Hadi Smkhani Akbarinejad

Tel: +98 9369943438

E-mail: Hadiakbarinejad@yahoo.com

ORCID ID: 0000-0001-5997-1790

Received: 6 Mar 2024; **Accepted:** 13 May 2024

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شدت و فاجعه‌پنداری درد زنان مبتلا به درد مزمن

فرزانه شقاقی^۱، هادی اسمخانی اکبری نژاد^۲

^۱ کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران

^۲ گروه روان‌شناسی، موسسه آموزش عالی نبی اکرم (ص)، تبریز، ایران

چکیده

سابقه و هدف: پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شدت و فاجعه‌پنداری درد زنان مبتلا به درد مزمن انجام شد.

روش بررسی: روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل بیماران زن مبتلا به درد مزمن مراجعه‌کننده به بیمارستان امام رضا (ع) شهر تبریز در سال ۱۴۰۲ بود. ۳۰ نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب، و به صورت تصادفی در دو گروه (هر کدام ۱۵ نفر) قرار گرفتند. اعضای گروه آزمایش درمان مختص گروه خود را در ۸ جلسه ۱/۵ ساعته دریافت کرد؛ اما گروه کنترل درمانی دریافت نکرد. هر دو گروه، پیش، پس و ۳ ماه پس از مداخله به پرسشنامه‌های ۲۰ سوالی شدت درد مک‌گیل و ۱۳ سوالی فاجعه‌پنداری درد سالیوان و همکاران پاسخ دادند. داده‌ها توسط آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه کنترل، شدت و فاجعه‌پنداری درد زنان مبتلا به درد مزمن را در پس‌آزمون کاهش داده است ($P < 0/001$). تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شدت و فاجعه‌پنداری درد در مرحله پیگیری ماندگار بود ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند سبب کاهش شدت و فاجعه‌پنداری درد زنان مبتلا به درد مزمن شود؛ از این رو به احتمال زیاد می‌تواند راهبرد درمانی مفیدی برای بهبود شدت و فاجعه‌پنداری درد زنان مبتلا به درد مزمن باشد.

واژگان کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شدت درد، فاجعه‌پنداری درد، درد مزمن.

مقدمه

درد (pain) از نظر طول مدت به دو دسته حاد (acute) و مزمن (Chronic) تقسیم می‌شود، که معمولاً یک دوره ۳ تا ۶ ماهه را به‌عنوان ملاک تشخیصی برای آن در نظر می‌گیرند و اگر ادامه پیدا کند منجر به درد مزمن می‌شود (۱). درد مزمن یک وضعیتی تحلیل‌بر است، به‌طوری‌که فرد درگیر با درد را نه‌تنها با تنیدگی

ناشی از درد، بلکه با بسیاری از عوامل تنیدگی‌زای دیگر که بخش‌های مختلف زندگی وی را تحت تأثیر قرار می‌دهد روبه‌رو می‌کند، به‌خصوص زمانی که شدت درد (intensity pain) بیش‌تر باشد (۲)؛ این امر در نهایت باعث درگیری بیماران مبتلا به درد مزمن با انواع مشکلات روانی-اجتماعی نظیر افسردگی، اضطراب، اختلالات مصرف مواد و سیگار، و خودکشی می‌شود (۳).

درد یک تجربه حسی یا هیجانی ناخوشایندی است که با آسیب واقعی یا بالقوه مرتبط است و شامل دو بعد حسی و عاطفی می‌باشد. بعد حسی درد به‌شدت درد اشاره دارد و بعد عاطفی آن به‌میزان ناخشنودی که یک فرد تجربه می‌کند، اطلاق می‌شود. درد مزمن از جمله مشکلاتی است که در آن میزان درد

آدرس نویسنده مسئول: تبریز، موسسه آموزش عالی نبی اکرم (ص)، گروه روان‌شناسی، هادی اسمخانی اکبری نژاد (email: : Hadiakbarinejad@yahoo.com)

ORCID ID: 0000-0001-5997-1790

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۱۲/۱۵

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۲/۲۴

تجربه شده توسط بیمار شدیداً آزاددهنده است (۴). متغیرهای زیادی با شدت درد در بیماران مبتلا به درد مزمن در ارتباط است که یکی از مهم ترین آن ها فاجعه پنداری درد (pain catastrophizing) است (۵).

فاجعه پنداری درد به مجموع پاسخ های شناختی، روانی و رفتاری اشاره دارد که معمولاً به عنوان اضطراب قلمداد، و در پاسخ به درد یا رویدادهای مرتبط با درد نشان داده می شوند (۶). سطح بالای اضطراب مرتبط با درد و فاجعه پنداری آن، به اجتناب از فعالیت هایی که گمان می رود درد را گسترش می دهند کمک می کند که به نوبه خود اغلب اوقات به شرطی زدایی جسمانی، مشکلات رفتاری ثانویه و کاهش تماس اجتماعی منجر می شود و سرانجام به صورت یک چرخه درمی آید. همچنین گوش به زنگی نسبت به محرک های درد را به دنبال دارد (۷).

علی رغم پیشرفت های مهم و چشمگیر در کالبدشناسی، فیزیولوژی، زیست شناسی شیمیایی درد، و ساخت داروهای جدید، همچنان درد مزمن به عنوان مشکلی قابل توجه در نظر گرفته می شود. در همین راستا، مشاهده می شود که استفاده از داروها برای درمان و مدیریت مشکلات بیماران مبتلا به درد مزمن، تنها ۳۵ تا ۴۵ درصد مثر ثمر هستند (۸). اکثر مبتلایان به درد مزمن، علی رغم مداخلات دارویی همچنان درد را تجربه می کنند، و اگر سازش با سردردشان نباشند، فاجعه پنداری دردشان به طور چشم گیری تحت تأثیر قرار می گیرد. از این رو، پیشرفت های نظری و رشد پژوهش ها، مبانی لازم را برای مفهوم سازی درد مزمن به عنوان یک اختلال روانی فیزیولوژیکی (اختلال جسمانی که از استرس های روانی و اجتماعی و محیطی تأثیر می گیرد) فراهم آورده و سرانجام باعث استفاده از درمان های رفتاری و روان شناختی برای درد مزمن شده است. به عنوان مثال یک بررسی فراتحلیلی نشان داده است که مداخلات روان شناختی، ۲۶ تا ۳۷ درصد سبب بهبود مشکلات روانی فیزیولوژیکی بیماران مبتلا به درد مزمن شده است (۹). با این حال، درمان های موج سوم رفتاری از قبیل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (compassion-focused therapy) که علاوه بر این که از مولفه های تغییرات شناختی برخوردار است، بر پذیرش و تعهد فعالانه متمرکز می باشد (۱۰) و این غنای محتوایی می تواند اثربخشی بیش تر و برجسته تری نسبت به درمان های سنتی شناختی - رفتاری رایج در درمان مشکلات بیماران مبتلا به درد مزمن داشته باشد، کم تر در ایران مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است، که پژوهش حاضر می خواهد این خلأ پژوهشی را مورد توجه قرار دهد.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک مداخله روان شناختی مبتنی بر شواهد است که راهبردهای پذیرش و ذهن آگاهی را به شیوه های مختلفی با راهبردهای تعهد و تغییر رفتار ادغام می کند. این امر با هدف افزایش انعطاف پذیری روان شناختی انجام می شود. انعطاف پذیری روان شناختی به این معنی است که فرد به طور کامل با لحظات کنونی تماس داشته باشد و براساس مقتضیات وضعیتی که در آن قرار دارد متعهد شود که رفتار خود را در راستای ارزش هایی که برگزیده است تغییر یا ادامه دهد (۱۰). با کمک این درمان افراد می توانند با پذیرش افکار و احساسات به جای اجتناب از آن ها و با آگاهی و شناخت از ارزش های اصلی شخصی در زندگی در بین گزینه های مختلف عملی را انتخاب کنند که مناسب تر باشد و به ارزش هایشان نزدیک تر باشد، نه این که عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطرات یا تمایلات آشفته به فرد تحمیل شود (۱۱). نتایج پژوهش ها حاکی از این است که این درمان بر فاجعه پنداری و ناتوان کنندگی درد در زنان مبتلا به درد مزمن لگن (۱۲)، پذیرش درد، اضطراب مرتبط با درد و شدت درد بیماران مرد مبتلا به درد مزمن (۱۳)، آشفتگی های روان شناختی بیماران مبتلا به درد مزمن (۱۴) و ادراک درد و خودکارآمدی درد در بیماران مبتلا به درد مزمن عضلانی - اسکلتی (۱۵) اثربخش است.

با توجه به مطالب مطرح شده، در پژوهش حاضر پژوهشگران سعی دارند رویکردی را عملیاتی کنند که ضمن قابلیت اجرایی پژوهش، جنبه جدیدی را دربر داشته باشد و در عین حال، فرضیه اساسی آن ها که معتقدند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شدت و فاجعه پنداری درد زنان مبتلا به درد مزمن موثر می باشد را مورد بررسی قرار دهد. با توجه به این که نتایج پژوهش های قبلی در راستای اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مشکلات روان شناختی زنان مبتلا به درد مزمن کم تر بر متغیرهای شدت و فاجعه پنداری درد پرداخته اند، از این رو پرداختن به این متغیرها از جنبه های نوآوری پژوهش حاضر است. هدف اصلی پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شدت و فاجعه پنداری درد زنان مبتلا به درد مزمن بود.

مواد و روشها

روش پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی و طرح آن از نوع پیش آزمون - پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه زنان مبتلا به درد مزمن عضلانی - اسکلتی مراجعه کننده به بیمارستان امام رضا (ع) شهر تبریز در سال

۱۴۰۲ تشکیل داد. برای نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی هدفمند استفاده شد؛ به‌طوری‌که پس از کسب رضایت از مسئولین و بیماران، پرسشنامه شدت درد و فاجعه‌پنداری درد در بین بیمارانی که مایل به شرکت در پژوهش بودند توزیع شد (۲۴۱ نفر)، و از بین آن‌هایی که در این پرسشنامه‌ها یک انحراف معیار بالاتر از میانگین نمره کسب کردند (۲۰۹ نفر) (توضیح این‌که پرسشنامه‌ها توسط آزمودنی‌ها و در حضور پژوهشگران پُر شدند)، با در نظر گرفتن معیارهای ورود (حداقل سپری شدن زمان سه ماه از دردهای مزمن عضلانی-اسکلتی، تداوم درد طی هفته قبل از مداخله، حداقل تحصیلات دیپلم، دامنه سنی ۴۰ تا ۶۵ سال، تأهل، عدم استفاده از هرگونه مداخله روان‌شناختی در طی دوره مداخله، و عدم ابتلا به اختلالات روان‌شناختی (به تشخیص روانپزشک) (۱۸۱ نفر)، ۳۰ نفر به‌صورت تصادفی انتخاب و به‌صورت تصادفی (روش بلوک‌سازی تصادفی) به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند (هر کدام ۱۵ نفر). ملاک خروج از مطالعه (همبودی بیماری‌های جسمانی توجیه‌کننده شدت درد یا اختلالات روان‌پزشکی (به تشخیص روانپزشک) و غیبت بیش از دو جلسه در فرآیند درمان) بودند. شایان ذکر است که تمام اصول اخلاقی در این مقاله رعایت گردیده است. شرکت‌کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. اطلاعات آن‌ها محرمانه نگه داشته شد. در پایان درمان، گروه کنترل نیز تحت مداخله قرار گرفت. برای برگزاری جلسات درمانی، از افراد هیچ هزینه‌ای دریافت نشد. کد اخلاق پژوهش حاضر (IR.TABRIZU.REC.1402.089) بود. اطلاعات جمعیت‌شناختی که از نمونه‌ها جمع‌آوری شوند شامل سن، زمان سپری شده از شروع دردهای مزمن عضلانی-اسکلتی و سطح تحصیلات بود.

پرسشنامه درد McGill پرسشنامه درد مک‌گیل در سال ۱۹۹۷ توسط Melzack ساخته شد (۱۶) و دارای ۲۰ مجموعه عبارت است و هدف آن سنجش درک افراد از درد از ابعاد مختلف درد (چهار بعد ادراک حسی درد، ادراک عاطفی درد، ادراک ارزیابی درد و دردهای متنوع و گوناگون) است. پرسشنامه درد McGill از برجسته‌ترین ابزارهای اندازه‌گیری درد است که برای اولین بار توسط ملزاک روی ۲۹۷ بیمار که از انواع مختلف دردها رنج می‌برد مورد استفاده قرار گرفت (۱۶). نسخه اصلاح‌شده پرسشنامه درد McGill نیز توسط Melzack و همکاران برای یک اقدام کوتاه اما مفید در زمینه درد ساخته شد که در ۲۵۰ مطالعه به کار گرفته شده است (۱۶). پرسشنامه درد تعدیل‌شده McGill متشکل از سه بخش است که عبارت‌اند از: بخش اول شامل ۱۵

توصیف کلامی در دو گروه اصلی (حسی ۱۱ شاخص، عاطفی ۴ شاخص) که هر توصیف دارای رتبه‌ای خاص در محدوده (بدون درد=۰، خفیف=۱، متوسط=۲ و شدید=۳) است. بخش دوم شامل مقیاس دیداری درد است که از «صفر تا ۱۰» رتبه‌بندی می‌شود و بیمار ارزیابی خود را از درد موجود روی یک خط مندرج از صفر (بدون درد) تا ۵ (شدیدترین درد) رتبه‌بندی می‌کند. مقیاس دیداری درد همان خط‌کش درد است شامل خطی افقی است که از صفر تا ۱۰ مدرج شده و صفر نشانگر بی‌دردی مطلق و ۱۰ نشانه درد غیرقابل تحمل است (۱۶). بخش سوم شامل درد در حال حاضر در محدوده (۰=بدون درد، ۱=خفیف، ۲=ناراحت‌کننده، ۳=زجرآور، ۴=وحشتناک، ۵=مشقت‌بار) است. مجموع نمرات کل درد بیمار برابر با نمره کل حاصل‌شده از کلیه مجموعه‌ها در ابعاد مختلف درد است (۱۷). حداقل نمره در این پرسشنامه صفر و حداکثر آن ۷۵ است؛ که نمره بالاتر نشان‌دهنده شدت در بیش‌تر است (۱۷). روایی و پایایی این پرسشنامه در سال ۲۰۰۹ توسط Dworkin و همکاران مورد بررسی قرار گرفته است (۱۶). پایایی این پرسشنامه در مطالعات داخلی مناسب گزارش شده است (۱۸). در پژوهش حاضر، پایایی کل این پرسشنامه توسط آزمون آلفای کرونباخ ۰/۸۳ محاسبه شده است.

پرسشنامه فاجعه‌پنداری درد PCS این پرسشنامه توسط Sullivan و همکاران در سال ۱۹۹۵ ساخته شده و هدف آن ارزیابی ابعاد مختلف فاجعه‌سازی درد و مکانیزم اثر این فاجعه‌سازی است. این پرسشنامه ۱۳ سوالی دارای سه خرده‌مقیاس نشخوار، بزرگ‌نمایی و درماندگی می‌باشد و این سه خرده‌مقیاس افکار منفی مرتبط با درد را ارزیابی می‌کنند. پرسشنامه به‌صورت لیکرتی از صفر (هیچ وقت) تا ۴ (همیشه) می‌باشد و شرکت‌کنندگان از بین آن‌ها برای توصیف ۱۳ احساس و فکر متفاوت مرتبط با تجربه درد انتخاب می‌کنند. حداقل نمره فرد در این آزمون صفر و حداکثر ۵۲ می‌باشد. نمرات پایین‌تر نشان‌دهنده فاجعه‌سازی کم‌تر می‌باشد. روایی پرسشنامه در پژوهش Sullivan و همکاران با روش تحلیل عاملی در مجموع ۶۹/۲۱ درصد از واریانس آزمون تبیین شد که نشان‌دهنده روایی بالای پرسشنامه بود. در پژوهش Sullivan و همکاران آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس نشخوار را ۰/۷۰، بزرگ‌نمایی را ۰/۵۹، درماندگی را ۰/۸۳ و نمره کل پرسشنامه را ۰/۸۷ گزارش کردند (۱۹). در ایران روایی همگرایی این مقیاس با فرم کوتاه افسردگی بک محاسبه شده و همبستگی مثبت و مهنی‌داری ($r=0/46$) بین این دو مقیاس به‌دست آمده است (۲۰). پژوهش Mohammadi و همکاران (۲۱) آلفای

جدول ۱- خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد Vowles و Sorrell (۲۲)

جلسه	هدف	محتوا	تکلیف
۱	معرفی، مقدمه و مفاهیم اساسی درمان	فراهم کردن فرصت برای بیماران برای معرفی و شناخت همدیگر، بیان قواعد اصلی درمان شامل انجام به موقع تمرین‌ها، مرور کلی درمان و اهداف برنامه درمانی، بیان ارزش‌های بالقوه و انتخاب بررسی درمان‌های گذشته برای درد مزمن	استفاده از تمرین ناامیدی خلاق (افزایش انعطاف‌پذیری)
۲	گزینه‌هایی برای زندگی با درد مزمن	تغییر رفتار و ذهن آگاهی با اولویت مرور تکلیف، تمرین ذهن آگاهی اسکن بدن و توجه به تنفس و اعضای بدن، رابطه بین درد، خلق و عملکرد، ارائه تکلیف	تمرین ذهن آگاهی اسکن بدن در منزل
۳	یادگیری زندگی با درد مزمن	مرور تکلیف، شفاف‌سازی ارزش‌ها، تمثیل مراسم دفن و تمثیل سفر طولانی، کشف ارزش‌های زندگی شرکت کنندگان، ارائه تکلیف (تکمیل فرم رتبه‌بندی ارزش‌ها)	تمرین ذهن آگاهی (تمرین تنفسی پایه)
۴	ارزش‌ها و عمل به آن	مرور تکلیف، تمرین ذهن آگاهی (برگ‌های شناور روی آب) بررسی ارزش‌های رتبه‌بندی شده و موانع رسیدن به آن‌ها، بررسی اهداف برای رسیدن به ارزش‌ها (ارزش‌ها همانند علامت‌هایی هستند که ما را به ارزش‌ها نزدیک می‌کنند).	تکمیل فرم اهداف و اقداماتی که الزام است. برای رسیدن به ارزش‌ها می‌توان انجام داد.
۵	اقدام و حرکت رو به جلو	مرور تکلیف، گزارش پیشرفت: واریسی کردن، طرح‌ریزی و اقدام لازم برای رسیدن به ارزش‌ها (بررسی اقدامات شرکت کنندگان)، تمرین ذهن آگاهی (فرض کنید افکار تان همانند مطالب روی یک صفحه نمایش می‌آیند و می‌روند)، عمل متعهدانه برای رسیدن به ارزش‌ها، ارائه تکلیف	خودتان را متعهد به اقدام برای رسیدن به اهداف و سپس ارزش‌ها کنید.
۶	انتیژه، اهداف و احساسات	مرور تکلیف، یکنواخت کردن حرکت، گسستگی از تهدیدهای زبان، تمرین اعداد چه هستند و قطبیت ذهنی تمرین اتوبوس پُر از مسافر، ذهن آگاهی (آگاهی) عمومی، تکلیف شروع کار مربوط به عمل متعهدانه و اجازه بروز به موانع و شناسایی آن‌ها و همچنین راهنمایی ذهن آگاه شدن از اعمال و پیامد آن	تنفس توجه آگاهانه
۷	تعهد	مرور تکلیف، بررسی تمایل شرکت کنندگان برای حرکت در مسیر ارزش‌ها (استعاره اتوبوس پُر از مسافر)، بررسی موانع و اقدامی که هر شرکت کننده برای عبور از آن دارد تمرین پرش، ذهن آگاهی و تمرین خود-مشاهده‌گری.	تکلیف ثبت رفتار ساده به سمت تصمیم‌گیری مستقل
۸	حفظ عایدات درمانی در طول زندگی	تعهد، خداحافظی، پیامدهای منفی و پیشگیری از عود و تکلیف مادام‌العمر پیشرفت به معنی چیست؟ (از شرکت کنندگان می‌خواهیم در این مورد صحبت کنند)، شناسایی پیشرفت‌ها، تعهد برای پیشرفت و حرکت به سمت ارزش‌ها، در مسیر پیشرفت همیشه خطر وجود دارد، شناسایی موقعیت‌های خطرناک در زندگی.	اجرای پس‌آزمون و جمع‌بندی

نداشته باشند. جلسات درمانی توسط یک مشاور با درجه دکتری تخصصی مشاوره و یک روان‌شناس با درجه کارشناسی ارشد در یک مرکز مشاوره خصوصی در شهر تبریز برگزار شد. بعد از اتمام جلسات (پس‌آزمون) و سه ماه پس از اتمام درمان (پیگیری)، اعضای هر دو گروه با استفاده از ابزارهای اندازه‌گیری ارزیابی شدند. جهت جلوگیری از ریزش اعضای گروه‌ها، حین مصاحبه اولیه با تک‌تک آن‌ها از اعضا خواسته شد تعهد خود را نسبت به شرکت در کل جلسات حفظ کنند. این امر در طول جلسات نیز رصد می‌شد و همبستگی گروهی که بین اعضا ایجاد شده بود، مانع ریزش افراد گروه گردید.

فرضیه پژوهش: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شدت و فاعه‌پنداری درد زنان مبتلا به درد مزمن اثربخش است.

کرونباخ خرده مقیاس نش‌خوار ۰/۶۵، بزرگنمایی ۰/۵۳، درماندگی ۰/۸۱ و نمره کل پرسشنامه ۰/۸۴ گزارش شده است. در این پژوهش، آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۸۰ محاسبه گردید.

پس از اجرای پیش‌آزمون، اعضای گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (یک و نیم ماه؛ هفته‌ای یک جلسه) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را به صورت گروهی طبق برنامه درمانی Vowles و Sorrell (۲۲) دریافت کردند (جدول ۱)؛ اما اعضای گروه کنترل هیچ درمانی را دریافت نکردند. برای جلوگیری از تبادل اطلاعات بین افراد گروه آزمایش و کنترل، از آن‌ها خواسته شد تا سه ماه پس از اتمام درمان، درباره محتوای جلسات با یکدیگر گفتگویی

متغیرهای مستقل: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

متغیرهای وابسته: شدت و فاجعه‌پنداری درد

برای تحلیل آماری از نرم‌افزار SPSS ورژن ۲۴ استفاده شد. در این پژوهش از آزمون تی مستقل، مجذور کای و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده گردید. سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این پژوهش هیچ ریزشی در نمونه‌ها اتفاق نیفتاد و ۱۵ عضو گروه آزمایش به‌طور کامل مداخله را دریافت کردند. در جدول ۲، یافته‌های توصیفی متغیرهای سن، زمان سپری‌شده از شروع دردهای مزمن عضلانی- اسکلتی و سطح تحصیلات آزمودنی‌ها آورده شده است. در جدول ۲، سطوح معنی‌داری به‌دست آمده نشان می‌دهند که بین اعضای دو گروه از نظر سن، زمان سپری‌شده از شروع

جدول ۲- یافته‌های توصیفی زنان مبتلا به درد مزمن شهر تبریز در سال ۱۴۰۲ (تعداد در هر گروه ۱۵ نفر)

متغیر	گروه آزمایش	گروه کنترل	p-value
سن (سال)	۵۱/۴۷±۷/۱*	۵۲/۰۷±۶/۷۸	۰/۸۱۵
زمان سپری‌شده از شروع دردهای مزمن عضلانی- اسکلتی (ماه)	۵/۴۷±۱/۶۴	۶/۴۰±۱/۱۸	۰/۰۸۵
سطح تحصیلات			۰/۲۷۳
دیپلم و فوق‌دیپلم	۳** (۲۰)	۳ (۲۰)	
لیسانس	۶ (۴۰)	۷ (۴۶/۷)	
فوق‌لیسانس و بالاتر	۶ (۴۰)	۵ (۳۳/۳)	

* میانگین و انحراف معیار، ** تعداد (درصد)

برای داده‌های کمی از آزمون تی مستقل و برای داده‌های کیفی از آزمون خی‌دو استفاده شد؛ $p < 0.05$ اختلاف معنی‌دار

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار متغیرهای شدت و فاجعه‌پنداری درد در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	تغییرات داخل گروهی	تغییرات بین گروهی
شدت درد					$P < 0.001$
آزمایش	۴۶/۴۷±۴/۴۳	۴۱/۴۰±۵/۱۸	۴۱/۳۳±۵/۲۴	$P < 0.001$	
کنترل	۴۶/۰۷±۳/۷۷	۴۶/۰۰±۳/۷۶	۴۵/۷۳±۴/۴۳	$P > 0.08$	
سطح معنی‌داری بین گروه‌ها	$p > 0.792$	$p < 0.010$	$p < 0.019$	-	-
فاجعه‌پنداری درد					$P < 0.001$
آزمایش	۳۷/۲۰±۴/۸۷	۳۲/۹۳±۵/۱۶	۳۳/۱۳±۵/۱۸	$P < 0.001$	
کنترل	۳۸/۶۰±۵/۱۹	۳۸/۶۰±۴/۸۹	۳۸/۷۳±۵/۰۶	$P > 0.09$	
سطح معنی‌داری بین گروه‌ها	$p > 0.453$	$p < 0.005$	$p < 0.006$	-	-

نوع آزمون: تحلیل واریانس آمیخته * $p < 0.05$ اختلاف معنی‌دار

دردهای مزمن عضلانی- اسکلتی و سطح تحصیلات تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($p > 0.05$).

در پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، آزمون Shapiro-Wilk نشان دادند که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع متغیرهای مورد مطالعه در نمونه مورد بررسی محقق شده است؛ زیرا مقادیر Z محاسبه‌شده در سطح ($p > 0.05$) معنی‌دار نیستند. در آزمون ام‌باکس، از آن‌جایی که F متغیرهای شدت درد ($F = 2/434$) و فاجعه‌پنداری درد ($F = 2/003$) به‌ترتیب در سطح ۰/۲۶۱ و ۰/۲۳۶ معنی‌دار نبودند، می‌توان گفت که مفروضه همسانی ماتریس واریانس-کوواریانس برای متغیرها برقرار شده است. از سوی دیگر، آزمون کرویت موخلی نشان دادند با توجه به این‌که مقدار کرویت موخلی (۰/۶۰۰) متغیر شدت درد در سطح خطای داده‌شده (۰/۴۱۱) و مقدار کرویت موخلی (۰/۵۵۰) متغیر فاجعه‌پنداری درد در سطح خطای

جدول ۴- نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در نمرات متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و کنترل

متغیر	تأثیر	آزمون	مقدار	F	فرضیه درجه آزادی	خطای درجه آزادی	سطح معنی داری	مجذور اتا
شدت درد	زمان	اثر پیلاهی	۰/۵۴	۳۹/۵۳	۲/۰	۲۷/۰	۰/۰۰۱	۰/۵۴
زمان*مداخله	اثر پیلاهی	۰/۵۲	۳۸/۸۲	۲/۰	۲۷/۰	۰/۰۰۱	۰/۵۲	۰/۵۲
فاجعه‌پنداری درد	زمان	اثر پیلاهی	۰/۶۰	۵۵/۵۰	۲/۰	۲۷/۰	۰/۰۰۱	۰/۶۰
زمان*مداخله	اثر پیلاهی	۰/۶۲	۶۲/۵۰	۲/۰	۲۷/۰	۰/۰۰۱	۰/۶۲	۰/۶۲

نوع آزمون: تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر؛ اختلاف معنی دار $P < ۰/۰۵$

شدت درد (۰/۵۲) نشان می‌دهد که ۵۲٪ از تغییرات این متغیر مربوط به اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بوده است. علاوه بر این، اطلاعات مربوط به متغیر فاجعه‌پنداری درد بیان می‌کند که بین نمرات این متغیر در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین بخش دوم اطلاعات مربوط به متغیر فاجعه‌پنداری درد نشان می‌دهد که بین نمرات این متغیر در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به عبارتی بین زمان و مداخله تعامل وجود دارد. اندازه اثر به‌دست‌آمده برای متغیر فاجعه‌پنداری درد (۰/۶۲) نشان می‌دهد که ۶۲٪ از تغییرات این متغیر مربوط به اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بوده است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین میزان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شدت و فاجعه‌پنداری درد زنان مبتلا به درد مزمن انجام شد. با توجه به نتایج حاصل از تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر، یافته اول نشان داد که پس از مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، میانگین نمرات شدت و فاجعه‌پنداری درد در گروه مداخله به‌طور معناداری کاهش داشتند و این تغییرات در مرحله پیگیری نیز ماندگار بود. درحالی‌که تغییرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گروه کنترل معنادار نبود؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد سبب کاهش شدت و فاجعه‌پنداری درد زنان مبتلا به درد مزمن شده است.

تفسیر زنان مبتلا به درد مزمن از احساس درد و پاسخ‌های آن‌ها نسبت به دردشان تعیین‌کننده تجربه درد در آن‌هاست. افکار فاجعه‌ساز درد پیش‌بینی‌کننده افسردگی و ناتوانی عملکرد در آینده است (۱۹). در جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با استفاده از فنون ذهن‌آگاهی و ضمیر

داده‌شده (۰/۳۵۴) معنی‌دار نیست، می‌توان کروییت ماتریس واریانس- کواریانس متغیرهای وابسته را پذیرفت؛ بنابراین، این پیش‌فرض نیز برقرار است. در آخر، نتایج آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس خطا در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان داد که با توجه به عدم معنی‌داری مقدار F متغیرها در سطح خطای کوچک‌تر از (۰/۰۵) می‌توان گفت که واریانس خطای متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با هم برابر بوده و از این جهت فرض همسانی واریانس‌های خطا نیز برقرار است.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهند که بین نمرات متغیر شدت و فاجعه‌پنداری درد در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < ۰/۰۰۱$). همچنین نتایج حاکی از آن هستند که شدت و فاجعه‌پنداری درد در گروه آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری دارد ($P < ۰/۰۰۱$). علاوه بر این، تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شدت و فاجعه‌پنداری درد زنان مبتلا به درد مزمن پس از سه ماه پیگیری ماندگار بوده است ($P < ۰/۰۰۱$). نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان می‌دهند که اختلاف میانگین نمره شدت و فاجعه‌پنداری درد در گروه آزمایش با گروه کنترل معنی‌دار است ($P < ۰/۰۰۱$).

چون آزمون اثر پیلاهی در موقعیت‌های عملی قدرت بیش‌تری نسبت به سایر آزمون‌ها دارد، نتایج آن گزارش شده است (جدول ۴). اطلاعات مربوط به متغیر شدت درد بیان می‌کند که بین نمرات این متغیر در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین بخش دوم اطلاعات مربوط به متغیر شدت درد نشان می‌دهد که بین نمرات این متغیر در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارتی بین زمان و مداخله تعامل وجود دارد. اندازه اثر به‌دست‌آمده برای متغیر

بود. همچنین، در این پژوهش جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه استفاده شد که به دلیل خودگزارشی بودن ابزارها، امکان سوگیری در پاسخدهی محتمل به نظر می‌رسد. با توجه به محدودیت جامعه آماری این پژوهش، پیشنهاد می‌شود جهت دستیابی به نتایج دقیق‌تر به منظور به کارگیری یافته‌ها، مطالعات آتی با تعداد نمونه‌های بزرگ‌تر تکرار شود. همچنین پژوهشگران بعدی در مداخلات درمانی، نسبت به هم‌تاسازی دقیق‌تر افراد نمونه اقدام نمایند تا بتوان مقایسه‌های دقیق‌تری از نتایج به دست آورد. همچنین، پیشنهاد می‌شود علاوه بر بررسی پرسشنامه‌ای، از سایر روش‌های گردآوری اطلاعات نظیر مشاهده و مصاحبه نیز استفاده شود. با توجه به نقش مهم زنان در سلامت فرزندان، خانواده و جامعه، و از طرفی لزوم توجه به سلامت جسمانی و روان‌شناختی آن‌ها پیشنهاد می‌شود که در کلینیک‌های روان‌شناسی دولتی و خصوصی، از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در زمینه کاهش شدت و فاجعه‌پنداری درد زنان مبتلا به درد مزمن استفاده شود.

از نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر نتیجه‌گیری می‌شود که پس از ارائه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به زنان مبتلا به درد مزمن، شدت و فاجعه‌پنداری درد آن‌ها به میزان قابل توجهی نسبت به گروه کنترل کاهش یافت. لذا این نتایج می‌تواند چارچوبی به درمانگران و متخصصین حوزه سلامت که در ارتباط با این زنان هستند جهت برنامه‌ریزی مداخلات آموزشی به منظور بهبود شدت و فاجعه‌پنداری درد آن‌ها ارائه بدهد.

تشکر و قدردانی

بنابر اظهار نویسندگان، در این مقاله تعارض منافی وجود ندارد. امور مربوط به گردآوری داده‌ها، نگارش و تجزیه و تحلیل داده‌ها، اصلاحات مقاله، شناسایی نمونه متشکل از زنان مبتلا به درد مزمن و اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بر عهده هر دو نویسنده مقاله حاضر بوده است. در انتها صمیمانه از زنان شرکت‌کننده در پژوهش تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

مشاهده‌کننده، توجه افراد به افکار و حالات ذهن و همچنین، بودن در زمان حال جلب می‌شود که در نمره‌های شدت و فاجعه‌پنداری درد پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش این تأثیر دیده می‌شود (۱۰). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به جای تغییر دادن افکار و احساسات فرد به دنبال تغییر رابطه بیمار با این افکار و احساسات است و به این منظور با استفاده از تکنیک‌های پذیرش افکار و احساسات به جای اجتناب از آن‌ها و تکنیک‌های ذهن‌آگاهی به منظور افزایش توجه و آگاهی فرد نسبت به افکار، هیجانات و تمایلات، باعث افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، هماهنگ شدن رفتارهای سازگارانۀ فرد و افزایش توانایی فرد در جهت فعالیت‌های انفرادی و اجتماعی می‌شود (۲۰) که در این پژوهش، شدت و فاجعه‌پنداری درد زنان مبتلا به درد مزمن را بهبود بخشیده است که این یافته به نوعی با نتایج پژوهش‌های Rezaeian و همکاران (۱۲)، Anvari و همکاران (۱۳)، Kiani و همکاران (۱۴) و Ensandoost و همکاران (۱۵) که به ترتیب نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فاجعه‌پنداری و ناتوان‌کنندگی درد در زنان مبتلا به درد مزمن لگن (۱۲)، پذیرش درد، اضطراب مرتبط با درد و شدت درد بیماران مبتلا به درد مزمن (۱۳)، آشفتگی‌های روان‌شناختی بیماران مبتلا به درد مزمن (۱۴) و ادراک درد و خودکارآمدی درد در بیماران مبتلا به درد مزمن عضلانی-اسکلتی (۱۵) اثربخش است، همسو و همراستا می‌باشد. در تبیین چنین همسویی در این متغیرها باید اشاره نمود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دنبال پذیرش فعالانه توسط افراد است و این چیزی است که این رویکرد با ساختار تبیین‌شده خویش آن را هدف‌گذاری و جستجو می‌کند، اهداف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مسیر تغییر به گونه‌ای است که تغییر در نگرش نسبت به مشکل و عمل متعهدانه را می‌طلبد؛ که این عوامل در پژوهش حاضر نیز سبب تأثیرگذاری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شده است.

لازم به ذکر است که پژوهش حاضر از چندین محدودیت برخوردار است که از مهم‌ترین آن‌ها کوچک بودن حجم نمونه

REFERENCES

1. Sommer C, Rittner H. Pain research in 2023: towards understanding chronic pain. *Lancet Neurol* 2024; 23: 27-28.
2. Langford DJ, Baron R, Edwards RR, Gewandter JS, Gilron I, Griffin PR, et al. What should be the entry pain intensity criteria for chronic pain clinical trials? An IMMPACT update. *Pain* 2023; 164: 1927-30.
3. Hooten WM. Chronic Pain and Mental Health Disorders: Shared Neural Mechanisms, Epidemiology, and Treatment. *Mayo Clin Proc* 2016; 91: 955-970.
4. Pandelani FF, Nnanile Nyalunga SL, Pandelani T. Chronic pain: The prevalence of chronic pain in patients attending Soshanguve Community Health Centre. *Canadian J Pain* 2023; 1-22.

5. Hirata J, Tomiyama M, Koike Y, Yoshimura M, Inoue K. Relationship between pain intensity, pain catastrophizing, and self-efficacy in patients with frozen shoulder: a cross-sectional study. *J Orthop Surg Res* 2021; 16: 524.
6. Whitney CA, Dorfman CS, Shelby RA, Keefe FA, Gandhi V. Reminders of Cancer Risk and Pain Catastrophizing: Relationships with Cancer Worry and Perceived Risk in Women with a First-Degree Relative with Breast Cancer. *Fam Cancer* 2019; 18: 9-18.
7. Schreier AM, Johnson LA, Vohra NA, Muzaffar M. Post-Treatment Symptoms of Pain, Anxiety, Sleep Disturbance, and Fatigue in Breast Cancer Survivors. *Pain Manag Nurs* 2019; 20: 146-151.
8. Ennis ZN, Dideriksen D, Vaegter HB, Handberg G, Pottegård A. Acetaminophen for Chronic Pain: A Systematic Review on Efficacy. *Basic Clin Pharmacol Toxicol* 2016; 118: 184-9.
9. Niknejad B, Bolier R, Henderson Jr CR, Delgado D, Kozlov E, Löckenhoff CE, et al. Association Between Psychological Interventions and Chronic Pain Outcomes in Older Adults. *JAMA Intern Med* 2018; 178: 830-39.
10. Hayes SC, Lillis J, Eds. *Acceptance and Commitment Therapy*. 2nd ed. Washington, DC: American Psychological Association; 2016. P.134-135.
11. Liu H, Liu N, Chong ST, Yau EKB, Badayai ARA. Effects of acceptance and commitment therapy on cognitive function: A systematic review. *Heliyon* 2023; 9: e14057.
12. Rezaeian M, Ebrahimi A, Zargham M. The Effect of Acceptance and Commitment Therapy on Catastrophic and Disabling Pain in Chronic Pelvic Pain in Females. *Research in Cognitive and Behavioral Sciences* 2015; 4: 17-30. [In Persian]
13. Anvari MH, Ebrahimi A, Taher Neshatdoost H, Afshar H, Abedi A. The Effectiveness of Group-Based Acceptance and Commitment Therapy on Pain-Related Anxiety, Acceptance of Pain and Pain Intensity in Patients with Chronic Pain. *Journal of Isfahan Medical School* 2014; 1156-1165. [In Persian]
14. Kiani S, Sabahi P, Makvand Hosseini S, Rafieinia P, Alebouyeh M. The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) and positive cognitive-behavioral therapy (PCBT) on the psychological distress of patients with chronic pain. *Health Psychology* 2021; 9: 133-150. [In Persian]
15. Ensandoost T, Samari AA, Bayazi M H, Rajaei A. The Effectiveness of Acceptance and Commitment based Therapy on Pain Perception and Pain Self-Efficacy in Patients with Chronic Musculoskeletal Pain. *Journal of Rehabilitation Research in Nursing* 2021; 8: 25-34. [In Persian]
16. Dworkin RH, Turk DC, Revicki DA, Harding G, Coyne KS, Peirce-Sandner S, et al. Development and initial validation of an expanded and revised version of the Short-form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ2). *Pain* 2009; 144: 35-42.
17. Alemi S, Abolmaali Alhosseini Kh, Malihialzackerini S, Khabiri M. [Effect of Mindfulness Therapy and Aromatherapy Massage on Pain Perception, Quality of Life and Sleep Quality in Older Women With Chronic Pain. *Iranian Journal of Ageing* 2021; 16: 218-233. [In Persian]
18. Adelmanesh F, Arvantaj A, Rashki H, Ketabchi S, Montazeri A, Raissi G. Results from the translation and adaptation of the Iranian Short-Form McGill Pain Questionnaire (I-SF-MPQ): preliminary evidence of its reliability, construct validity and sensitivity in an Iranian pain population. *Sports Medicine, Arthroscopy, Rehabilitation, Therapy and Technology* 2011; 3: 27. [In Persian]
19. Sullivan M J L, Bishop S, Pivik J. The Pain Catastrophizing Scale: development and validation. *Psychol Assess* 1995; 7: 524-532.
20. Davoudi I, Zargar Y, Mozaffaripour E, Nargesi F, Molah K. The Relationship Between Pain Catastrophizing, Social Support, Pain-Related Anxiety, Coping Strategies and Neuroticism, with Functional Disability in Rheumatic Patients. *Health Psychology* 2012; 1: 54-67. [In Persian]
21. Mohammadi S, Dehghani M, Heidari M, Sedaghat M, Khatibi A. The evaluation of pain-related psychological similarities among patients with musculoskeletal chronic pain and their spouses. *J Behavior Sciences* 2013; 7: 57-66. [In Persian]
22. Vowles KE, Sorrell JT. *Life with chronic pain: An acceptance-based approach; therapist guide and patient workbook*. [Revision Date: July 2007] Available from: https://contextualscience.org/sites/default/files/CP_Acceptance_Manual_09.2008.pdf.