

The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Anxiety, Depression, and Physical Symptoms among Patients with Chronic Pain

Minoo Gueserse¹, Alireza Zali², Saeed Hassanzadeh^{3*}, Mohammad Hatami⁴,
Morvarid Ahadi⁵

1. PhD Student in Health Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, UAE Branch, Dubai, UAE.
2. Professor, Department of Neurosurgery, School of Medicine, Functional Neurosurgery Research Center, Shohada Tajrish Hospital, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. Associate Professor, Department of Psychology and Education of Exceptional Children, University of Tehran, Tehran, Iran.
4. Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran.
5. Assistant Professor, Department of Psychology, East Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

***Corresponding Author:** Saeed Hassanzadeh, Department of Psychology and Education of Exceptional Children, University of Tehran, Tehran, Iran.

Email: shasan@ut.ac.ir

Received: 11 November 2020

Accepted: 14 December 2020

Published: 5 January 2021

How to cite this article:

Gueserse M, Zali A, Hassanzadeh S, Hatami M, Ahadi M. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Anxiety, Depression, and Physical Symptoms among Patients with Chronic Pain. *Salamat Ijtimai (Community Health)*. 2021; 8(1):91-102. DOI:<http://doi.org/10.22037/ch.v8i1.31286>.

Abstract

Background and Objective: Chronic pain is among the most common causes of referring to primary medical care centers. The aim of this study was to determine the effectiveness of acceptance and commitment therapy on anxiety, depression, and physical symptoms in patients with chronic pain.

Materials and Methods: This study was a quasi-experimental study with pre-test, post-test, follow-up, and a control group. Participants included 60 patients with chronic pain who were referred to medical centers in Tehran in 2019, who were selected in a two steps sampling method. First, a questionnaire was circulated among patients with chronic pain at medical centers who were selected via convenience sampling method. Then, 60 participants were randomly selected from patients who received the highest scores, then randomly assigned to intervention (30 patients) and control (30 patients) groups. Data were collected using the Beck Depression Inventory and Beck Anxiety Inventory. The experimental group received acceptance and commitment therapy in eight sessions of 90 minutes once a week for two months, but the control group did not receive any treatment. Both groups responded to the research questionnaires in three stages: pre-test, post-test, and two-month follow-up. Data analysis was performed using repeated measure ANOVA using SPSS software version 22.

Results: The mean (SD) age of participants in the experimental group was 43.7 (8.9) and in the control group 45.2 (9.2). In the experimental group, the mean (SD) depression score decreased from 32.6 (4.4) in the pre-test to 23.2 (5.1) in the post-test, and 22.1 (5.2) follow-up ($P<0.001$) and the mean (SD) anxiety score decreased from 33.6 (4.9) in the pre-test to 22.6 (4.2) in the post-test and 22.6 (5.1) in follow-up ($P<0.001$) and the mean (SD) of physical symptoms decreased from 41.5 (3.2) in the pre-test to 33.7 (3.1) in the post-test and 31.8 (3.3) follow-up stages ($P<0.001$). In the control group, the scores in the three stages of pre-test, post-test and follow-up were not different.

Conclusion: Acceptance and commitment therapy was effective in reducing anxiety, depression and physical symptoms in patients with chronic pain.

Keywords: Chronic Pain, Physical Symptoms, Depression, Anxiety, Acceptance and Commitment Therapy.

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

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

Ethical code: IR.HUMS.REC.1399.233.

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

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب، افسردگی و نشانه های جسمانی افراد مبتلا به درد مزمن

مینو گزرسه^۱، علیرضا زالی^۲، سعید حسن زاده^{۳*}، محمد حاتمی^۴، مروارید احدی^۵

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد امارات، دبی، امارات متحده عربی.
۲. استاد، گروه جراحی مغز و اعصاب، دانشکده پزشکی مرکز تحقیقات جراحی اعصاب عملکردی، بیمارستان شهدای تجریش، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۳. دانشیار، گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.
۴. دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.
۵. استادیار، گروه روانشناسی، واحد تهران شرق، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

* نویسنده مسئول: سعید حسن زاده، گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

Email: shasanz@ut.ac.ir

تاریخ دریافت: آبان ۱۳۹۹

تاریخ پذیرش: آذر ۱۳۹۹

چکیده

زمینه و هدف: درد مزمن یکی از رایج ترین علل مراجعه به مراکز خدمات پزشکی اولیه است. هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب، افسردگی و نشانه های جسمانی افراد مبتلا به درد مزمن بود.

روش و مواد: این مطالعه از نوع نیمه تجربی با پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با گروه شاهد بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران سرپایی زن و مرد مراجعه کننده با شکایت درد مزمن به همه مراکز درمانی شهر تهران در سال ۱۳۹۸ بود که به روش نمونه گیری در دسترس، از بین تعدادی از مردان و زنانی که دارای تشخیص قطعی درد مزمن بودند، ۶۰ نفر از افرادی که بالاترین نمرات را (به عنوان خط پایه) پس از تکمیل پرسشنامه ها کسب کردند، با روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب و پس از تخصیص تصادفی در دو گروه مداخله (۳۰ نفر) و شاهد (۳۰ نفر) جایگزین شد. داده ها با استفاده از پرسشنامه افسردگی Beck، پرسشنامه اضطراب Beck و پرسشنامه درد McGill بدست آورده شد. گروه آزمایش در هشت جلسه ۹۰ دقیقه ای و یک بار در هفته به مدت دو ماه تحت درمان پذیرش و تعهد قرار گرفت اما گروه شاهد، درمانی دریافت نکرد. هر دو گروه در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری دو ماهه به پرسشنامه های پژوهش پاسخ دادند. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر با استفاده از نرم افزار SPSS-22 انجام شد.

یافته ها: میانگین (انحراف معیار) سن شرکت کنندگان در گروه آزمایش، (۸/۹) ۴۳/۷ و در گروه شاهد، (۹/۲) ۴۵/۲ سال بود. در گروه آزمایش میانگین (انحراف معیار) افسردگی از (۴/۴) ۳۲/۶ در پیش آزمون به (۵/۱) ۲۳/۲ در پس آزمون و (۵/۲) ۲۲/۱ مرحله پیگیری کاهش یافت ($P<0/001$)، میانگین (انحراف معیار) اضطراب از (۴/۹) ۳۳/۶ در پیش آزمون به (۴/۲) ۲۲/۶ در پس آزمون و (۵/۱) ۲۲/۶ در مرحله پیگیری کاهش یافت ($P<0/001$) و میانگین (انحراف معیار) نشانه های جسمانی از (۳/۲) ۴۱/۵ در پیش آزمون به (۳/۱) ۳۳/۷ در پس آزمون و (۳/۳) ۳۱/۸ مرحله پیگیری کاهش یافت ($P<0/001$). در گروه شاهد نمرات در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوتی نداشت.

نتیجه گیری: براساس یافته های این پژوهش می توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب، افسردگی و نشانه های جسمانی افراد مبتلا به درد مزمن موثر بود.

واژگان کلیدی: افراد مبتلا به درد مزمن، نشانه های جسمانی، افسردگی، اضطراب، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد.

مقدمه

درد مزمن و تجربه زندگی با آن، یک تجربه منحصر به فرد است. ادراک فرد از درد از متغیرهای جسمانی، روانی و اجتماعی تأثیر می‌پذیرد (۱). انجمن بین‌المللی مطالعه درد (IASP) آن را تجربه‌ای حسی و هیجانی ناخوشایند که با آن آسیب واقعی یا بالقوه بافت همراه است، تعریف می‌کند (۲). پژوهشگران در مورد اینکه درد مزمن یکی از شایع‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین مسائل سلامتی مزمن است، اتفاق نظر دارند. درد مزمن یک مشکل عمده مرتبط با سلامتی در جهان می‌باشد و به طور جدی کیفیت زندگی اجتماعی و شغلی مبتلایان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۳). بررسی مطالعات همه‌گیرشناسی، میانگین شیوع درد مزمن را در جمعیت بزرگسال ۱۵٪ گزارش کردند و سازمان بهداشت جهانی این رقم را ۲۰٪ تخمین می‌زند (۴). نتایج مطالعات در ایران نیز بیانگر آن هستند که این مشکل از شیوع بالایی برخوردار است و منجر به درماندگی روان-شناختی می‌گردد (۵).

یکی از دلایلی که درد مزمن را در زمره مسئله‌سازترین بیماری‌های عصر حاضر قرار می‌دهد، همبودی آن با بیماری‌های جسمانی و اختلالات روانی است. ادبیات همه‌گیرشناسی بی‌شماری وجود دارد که از شیوع بالای اختلالات روانپزشکی عمده بین مبتلایان به درد مزمن حمایت می‌کند. شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی همبود با درد مزمن، افسردگی (۱۰ تا ۱۰۰٪)، اضطراب (با شیوع بالاتر از افسردگی)، اختلالات خواب، اعتیاد به مواد مخدر (با شیوع بالاتر از جمعیت عمومی) ذکر شده است (۶). اضطراب مستلزم مفهومی نالیمنی یا تهدیدی است که فرد منبع آن را به وضوح درک نمی‌کند و به صورت یک موقعیت تهدیدآمیز که تحت تأثیر بالا رفتن تحریکات، اعم از درونی و بیرونی تصور می‌گردد که فرد در کنترل کردن آنها ناتوان است (۷). دومین تشخیص روانپزشکی شایع در این بیماران، اختلال افسردگی می‌باشد. اکثر بیماران دوره‌هایی از انکار و ناامیدی را با علائم افسردگی، اضطراب دنبال می‌شوند تجربه می‌کنند (۸). از سوی دیگر، درد مزمن در افراد می‌تواند به ایجاد علایم و نشانه‌های جسمانی منجر شود. علائم جسمی درد مزمن عبارتند از دردهای خفیف تا بسیار شدید که آنگونه که انتظار می‌رود تسکین نمی‌یابد و درد می‌تواند به صورت لحظه‌ای (مانند تیرخوردن)، سوزش، دردهای معمولی و یا مانند برق گرفتگی باشد و کوفتگی، سنگینی و یا گرفتگی می‌باشد (۹).

در مورد درمان‌های روان‌شناختی برای درد مزمن، می‌توان به رفتار درمانی، روانکاوی، پس‌خوراند زیستی و آرمیدگی تدریجی و درمان شناختی-رفتاری اشاره کرد. امروزه با نسل سوم این درمان‌ها مواجه هستیم. در این درمان‌ها به جای تغییر شناخت‌ها سعی می‌شود تا ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. یکی از این درمان‌ها که اخیراً در مرکز توجه جدی پژوهشگران قرار گرفته است، درمان پذیرش و تعهد (Acceptance and commitment therapy) می‌باشد (۱۰). اساس این درمان نظریه نظام ارتباطی است، براساس این نظریه بسیاری از روش‌هایی که برای حل مشکلات مان استفاده می‌کنیم ما را به دام‌هایی می‌اندازند که موجب رنجش خاطر ما می‌شوند. این درمان اجتناب از درد و استرس را مشکل اصلی بیماران می‌داند که به ناتوانی و کاهش رضایت از زندگی می‌انجامد. طبق این نظریه، اجتناب زمانی اتفاق می‌افتد که افکار و هیجانات منفی اثر مفرط و نامناسب بر رفتار می‌گذارند. بنابراین، شیوه اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مواجهه‌سازی بیمار با موقعیت‌هایی است که پیشتر از آن‌ها اجتناب شده است (۱۱). برخلاف سایر درمان‌ها (از جمله درمان شناختی-رفتاری) که بر کاهش یا کنترل علائم تأکید دارند، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افزایش پذیرش واکنش‌های منفی (افکار، هیجانات، حواس بدنی) به نفع درگیری در فعالیت‌های معنی‌داری که تغییر مستقیم آن‌ها امکان‌پذیر نیست را در مرکز توجه قرار می‌دهد، هر چند که ممکن است این کار درد و استرس زیادی را فراخواند. هدف درمان بهبود کارکرد بیمار از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روانی است (۱۲). Vowles, & Thompson با تمرکز بر دو فرآیند اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نشان داد که در مقایسه با شروع درمان بیماران کارکرد جسمانی و هیجانی بهتری داشتند و در مقایسه با پیگیری اولیه، دستاوردهای درمان را بهتر حفظ کرده بودند (۱۳).

همانطور که بیان شد افراد دارای درد مزمن احساس‌هایی از قبیل خشم، تنهایی ناامیدی، اضطراب، ناکامی و انزوا و افسردگی را تجربه می‌کنند و در اثر دردهای مقاوم به درمان این افراد دچار اختلالات خلقی و اختلال در کارکرد روزانه می‌

گردند. این قبیل افکار، احساسات و رفتارها، پریشانی این افراد را بیشتر می‌کند و به تدریج ناتوانی را به آنها القاء می‌کند که منجر به اجتناب از فعالیت های روزانه، احساس ناتوانی بیشتر و از کارافتادگی زودهنگام در آنها می‌گردد و در نتیجه تبدیل به چرخه‌ای معیوب و تقریباً دائمی می‌شود. با توجه به تأثیرات همه جانبه این قبیل اختلالات بر زندگی بیماران مبتلا و شکست درمان‌های پزشکی صرف و اثرات درمانی کوتاه مدت، یافتن روش های درمانی مناسب که به بیماران در سازگاری و کنترل درد کمک کند ضروری به نظر می‌رسد. پژوهش در این خصوص می‌تواند اطلاعات زمینه‌ای را برای به کارگیری درمان‌های روان‌شناختی به منظور بهبود درماندگی روان‌شناختی (اضطراب و افسردگی) و علائم جسمی افراد مبتلا به درد مزمن فراهم سازد. هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر اضطراب، افسردگی و نشانه‌های جسمانی افراد مبتلا به درد مزمن بود.

روش و مواد

این مطالعه به لحاظ هدف کاربردی و به لحاظ روش اجرا شبه آزمایش با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه شاهد بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران سرپایی زن و مرد مراجعه کننده با شکایت درد مزمن به مراکز درمانی شهر تهران در نیمه دوم سال ۱۳۹۸ و نیمه اول سال ۱۳۹۹ سال بود که توسط متخصصین مغز و اعصاب، نورولوژی و روماتولوژی تشخیص قطعی درد مزمن را دریافت کرده بودند. بنابراین جامعه این تحقیق را کلیه بیماران افراد مبتلا به درد مزمن که بر اساس معیارهای ورود و خروج واجد شرایط بودند انتخاب شدند. تعداد نمونه لازم با در نظر گرفتن اندازه اثر ۰/۴۰، سطح اطمینان ۰/۹۵، توان آزمون ۰/۸۰ و میزان ریزش ۱۰٪ برای هر گروه ۳۰ نفر محاسبه شد. ملاک‌های ورود شامل تشخیص قطعی درد مزمن براساس پرونده پزشکی و توسط پزشک متخصص، دامنه سن بین ۳۰ تا ۶۰ سال، دریافت نکردن قبل درمان‌های روان‌شناختی تا شش ماه قبل از انجام پژوهش، نداشتن اختلالات شخصیت و روان‌پریشی و عدم سوء مصرف و وابستگی به مواد بود. ملاک خروج از پژوهش شامل: رعایت نکردن قوانین گروه که در اولین جلسه بیان شد و غیبت در بیش از دو جلسه بود. گروه آزمایش در هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و یکبار در هفته به مدت دو ماه تحت درمان پذیرش و تعهد قرار گرفت اما گروه شاهد، درمانی دریافت نکرد. هر دو گروه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (دو ماه پس از اجرای پس‌آزمون) به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند.

روش نمونه‌گیری در این مطالعه دارای دو مرحله بود که ابتدا از طریق نمونه‌گیری در دسترس، از بین تعدادی از افرادی که دارای تشخیص قطعی درد مزمن بودند، تعداد ۹۷ نفر انتخاب و سپس، براساس معیارهای ورود به مطالعه و اجرای یک جلسه پیش‌آزمون با مصاحبه بالینی که توسط پژوهشگر زیر نظر روانپزشک و براساس معیارهای تشخیصی DSM-5 انجام شد، ۶۰ نفر (برای هر گروه ۳۰ نفر) از زنان و مردانی که بالاترین نمرات را (به عنوان خط پایه) پس از تکمیل پرسشنامه‌ها کسب کردند، با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب و پس از تخصیص تصادفی در دو گروه مداخله و شاهد، هر گروه ۳۰ نفر جایگزین شدند. ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر به شرح ذیل بود: ۱- کلیه شرکت‌کنندگان به صورت شفاهی اطلاعاتی در مورد پژوهش دریافت کرده و در صورت تمایل در پژوهش مشارکت می‌نمایند. ۲- این اطمینان به مشارکت‌کنندگان داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی مورد استفاده قرار خواهند گرفت. ۳- به منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد. ۴- برای اطمینان از روند کار، کلیه پرسشنامه‌ها توسط خود پژوهشگر اجرا شد.

پرسشنامه افسردگی: پرسشنامه افسردگی Beck ویرایش دوم که برای سنجش شدت افسردگی تدوین شده و با ملاک های افسردگی DSM-5 انطباق دارد. این پرسشنامه شامل ۲۱ سوال که هر سوال شامل چهار گزینه با دامنه نمره‌گذاری بین صفر-۱-۲-۳ می‌باشد که مجموع نمرات بین صفر تا ۶۳ متغیر بوده که امتیاز بالا نشانه شدت بیشتر افسردگی است. نقطه برش در پرسشنامه افسردگی Beck، ۱۳ است. پایایی باز آزمایی یک هفته‌ای آن ۰/۹۳ و همسانی درونی از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۱ است (۱۴). همچنین بررسی روایی سازه بر پایه روش محاسبه روایی همگرا به محاسبه ضریب همبستگی نمرات حاصل از ویرایش دوم نسخه افسردگی Beck و مقیاس افسردگی پرسشنامه نشانگان مختصر پرداخته شده است که نشان

دهنده همبستگی معادل ۰/۸۷ بوده است. در پژوهش طوسی و همکاران (۱۵) روایی همزمان ضریب همبستگی بین میانگین ۲۰ سوال اول و با سوال ۲۱ مقدار ۰/۸۳ به دست آمد و در بررسی روایی محتوایی ضریب روایی کل سوال‌های پرسشنامه افسردگی ۰/۸۵ محاسبه شد. روایی و پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر به ترتیب ۰/۷۳ و ۰/۷۹ به دست آمد.

پرسشنامه اضطراب Beck: Beck و همکارانش این پرسشنامه را معرفی کردند که به طور اختصاصی شدت علائم اضطراب بالینی را در افراد می‌سنجد. در هر ماده یکی از چهار گزینه که نشان دهنده شدت اضطراب است را انتخاب می‌کند. چهار گزینه هر سؤال در یک طیف چهار بخشی از صفر تا ۳ نمره گذاری می‌شود. هر یک از ماده‌های آزمون یکی از علایم شایع اضطراب (علایم ذهنی، بدنی و هراس) را توصیف می‌کند. بنابراین نمره کل این پرسشنامه در دامنه‌ای از صفر تا ۶۳ قرار می‌گیرد. ضریب همسانی درونی آن (ضریب آلفا) ۰/۹۲، اعتبار آن با روش بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۷۵ و همبستگی ماده‌های آن از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ متغیر است (۱۶). کاویانی و موسوی (۱۷) در بررسی ویژگی‌های روانسجی این آزمون در جمعیت ایرانی، ضریب روایی در حدود ۰/۷۲ و ضریب اعتبار بازآزمایی به فاصله یک ماه را ۰/۸۳ و آلفای کرونباخ ۰/۹۲ را گزارش کرده‌اند. روایی و پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر به ترتیب ۰/۷۷ و ۰/۸۲ به دست آمد.

پرسشنامه درد McGill (MPQ): در سال ۱۹۹۷ توسط Melzack و همکاران ساخته شد و دارای ۲۰ مجموعه عبارت است و هدف آن سنجش درک افراد از درد از ابعاد مختلف درد (ادراک حسی درد، ادراک عاطفی، ادراک ارزیابی درد و درد های متنوع و گوناگون) می‌باشد. پرسشنامه درد McGill از برجسته ترین ابزارهای اندازه گیری درد است که برای اولین با توسط Melzack و بر روی ۲۹۷ بیمار که از انواع مختلف درد رنج می برده‌اند مورد استفاده قرار گرفته شده است. پرسشنامه درد McGill شامل دو عامل مستقل است، یکی تحت عنوان درد حسی که توصیف کننده تجربه درد در فرد و دیگری درد عاطفی که تشریح تأثیر احساسی از تجربه درد را نشان می دهد. کسب نمرات بالاتر در این پرسشنامه به معنای ادراک درد بیشتر در فرد است (۱۸). در پژوهش مهدی‌زاده (۱۹)، ضریب آلفای کرونباخ برای کلیه مؤلفه‌ها بین ۰/۸۳ تا ۰/۸۷ بدست آمد. روایی و پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر به ترتیب ۰/۷۵ و ۰/۷۹ به دست آمد.

جدول شماره ۱- برنامه و محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات	محتوا
اول	شناخت ماهیت هیجان و افکار و عمل، ایجاد درماندگی خلاقانه کنترل کردن تجارب درونی خود مانند افکار منفی و هیجانات منفی).
دوم	بررسی عادت کردن به اجتناب از هیجانات، جایگزین کردن تمایل (پذیرش) تجارب به جای اجتناب کردن، آماده کردن مراجع برای ذهن آگاهی.
سوم	تغییر دادن ارتباط مراجع با تجارب درونی، اجرای تمرینات ذهن آگاهی و گسلش شناختی.
چهارم	گسترش دادن مهارت ذهن آگاهی و گسلش شناختی، تمرین آگاهی از احساسات همراه با بحث پیرامون آن‌ها، تفاوت بین رنج تمیز و کثیف.
پنجم	ارائه مقدمه‌ای برای تنظیم اهدافی مؤثر مرتبط با ارزش‌ها، مطرح کردن و شناسایی ارزش‌های فرد، تفاوت بین ارزش و هدف.
ششم	ادامه دادن تمرینات ذهن آگاهی و تمرین گسلش شناختی، مطرح کردن خود مفهوم سازی شده و خود به عنوان زمینه، شناسایی مراحل عمل (رفتارهای کوچک برای رسیدن به اهداف بزرگ تر).
هفتم	تمرین‌های ذهن آگاهی در حین راه رفتن، شناسایی اهداف رفتار برای رسیدن به ارزش‌ها، الگوریتم fear برای شناسایی موانع رسیدن به ارزش‌ها
هشتم	آموزش دادن مراجع برای اینکه درمانگر خودش باشد، تفاوت بین لغزش و بازگشت، عادی سازی سطحی از هیجانات منفی، تدریجی بودن پیشرفت و تاکید بر اهداف رفتاری.

در بخش آمار توصیفی از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی مانند میانگین و انحراف معیار استفاده شد. در بخش آمار استنباطی از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. جهت بررسی اثر زمان از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. شایان ذکر است به منظور بررسی پیش‌فرض‌های آزمون استنباطی از آزمون لوین (جهت بررسی همگنی واریانس‌ها)، آزمون کولموگروف اسمیرنوف (جهت نرمال بودن توزیع داده‌ها)، آزمون Mbox و آزمون کرویت موچلی استفاده شد. تحلیل‌های آماری فوق با بهره‌گیری از نرم افزار SPSS-22 به اجرا درآمد. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین (انحراف معیار) سن شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش، ۴۳/۷ (۸/۹) و در گروه شاهد، ۴۵/۲ (۹/۲) سال بود. در گروه آزمایش، تعداد ۱۶ (۵۳/۳٪) نفر را زنان و ۱۴ (۴۷/۷٪) نفر را مردان تشکیل می‌دادند و در گروه گواه، تعداد ۱۴ (۴۷/۷٪) نفر را زنان و ۱۶ (۵۳/۳٪) نفر را مردان تشکیل می‌دادند. در گروه آزمایش ۶ (۲۰٪) نفر ۳۰ تا ۴۰ سال، ۱۲ (۴۰٪) نفر ۴۱ تا ۵۰ سال و ۱۲ (۴۰٪) نفر ۵۱ تا ۶۰ سال داشتند. در گروه شاهد ۴ (۱۳/۳٪) نفر ۳۰ تا ۴۰ سال، ۱۴ (۴۶/۷٪) نفر ۴۱ تا ۵۰ سال و ۱۲ (۴۰٪) نفر ۵۱ تا ۶۰ سال داشتند.

جدول شماره ۲- سن و جنسیت شرکت‌کنندگان به تفکیک دو گروه آزمایش و شاهد

اطلاعات	جمعیت شناختی	گروه آزمایش (درصد) تعداد	گروه شاهد (درصد) تعداد	χ^2	P
سن	۳۰ تا ۴۰ سال	۶ (۲۰)	۴ (۱۳/۳)	۰/۳۱	۰/۶۲
	۴۱ تا ۵۰ سال	۱۲ (۴۰)	۱۴ (۴۶/۶)		
	۵۱ تا ۶۰ سال	۱۲ (۴۰)	۱۲ (۴۰)		
جنس	زن	۱۶ (۵۳/۳)	۱۴ (۴۷/۷)	۰/۰۷	۰/۹۴
	مرد	۱۴ (۴۷/۷)	۱۶ (۵۳/۳)		

همان گونه که نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد دو گروه در متغیرهای سن و جنسیت تقریباً همگن می‌باشند. نتایج آزمون خی دو نیز نشان می‌دهد تفاوت دو گروه از نظر سن و جنسیت معنادار نیست.

جدول شماره ۳- میانگین (انحراف معیار) متغیرهای افسردگی، اضطراب و نشانه‌های جسمانی به تفکیک مرحله سنجش در گروه‌ها

متغیر	گروه	پیش آزمون (انحراف معیار) میانگین	پس آزمون (انحراف معیار) میانگین	پیگیری (انحراف معیار) میانگین	P
افسردگی	آزمایش	۳۲/۶ (۴/۴)	۲۳/۲ (۵/۱)	۲۲/۱ (۵/۲)	۰/۰۰۱
	شاهد	۳۳/۷ (۵/۱)	۳۳/۳ (۷/۳)	۳۵/۱ (۷/۵)	۰/۵۳۲
اضطراب	آزمایش	۳۳/۶ (۴/۹)	۲۲/۶ (۴/۲)	۲۲/۶ (۵/۱)	۰/۰۰۱
	شاهد	۳۴/۱ (۴/۴)	۳۲/۵ (۷/۱)	۳۲/۹ (۵/۶)	۰/۴۸۱
نشانه‌های جسمانی	آزمایش	۴۱/۵ (۳/۲)	۳۳/۷ (۳/۱)	۳۱/۸ (۳/۳)	۰/۰۰۱
	شاهد	۴۰/۴ (۳/۱)	۳۸/۱ (۴/۹)	۳۹/۷ (۵/۵)	۰/۳۵۷

در گروه آزمایش میانگین (انحراف معیار) افسردگی از ۳۲/۶ (۴/۴) در پیش آزمون به ۲۳/۲ (۵/۱) در پس آزمون و ۲۲/۱ (۵/۲) در مرحله پیگیری کاهش یافت ($P < ۰/۰۰۱$). اما در گروه شاهد از ۳۳/۷ (۵/۱) در پیش آزمون به ۳۳/۳ (۷/۳) در پس آزمون و ۳۵/۱ (۷/۵) در مرحله پیگیری رسید که تفاوت معنی‌دار نبود. در گروه آزمایش میانگین (انحراف معیار) اضطراب از ۳۳/۶ (۴/۹) در پیش آزمون به ۲۲/۶ (۴/۲) در پس آزمون و ۲۲/۶ (۵/۱) در مرحله پیگیری کاهش یافت ($P < ۰/۰۰۱$). اما در گروه شاهد از ۳۴/۱ (۴/۴) در پیش آزمون به ۳۲/۵ (۷/۱) در پس آزمون و ۳۲/۹ (۵/۶) در مرحله پیگیری رسید که تفاوت معنی‌دار نبود. در گروه آزمایش میانگین (انحراف معیار) نشانه‌های جسمانی از ۴۱/۵ (۳/۲) در پیش آزمون به ۳۳/۷ (۳/۱) در پس آزمون و ۳۱/۸ (۳/۳) در مرحله پیگیری رسید که تفاوت معنی‌دار نبود.

در پس آزمون و (۳/۳) ۳۱/۸ مرحله پیگیری کاهش یافت ($P < ۰/۰۰۱$). اما در گروه شاهد از (۳/۱) ۴۰/۴ در پیش آزمون به (۴/۹) ۳۸/۱ در پس آزمون و (۵/۵) ۳۹/۷ در مرحله پیگیری رسید که تفاوت معنی دار نبود. قبل از انجام آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر، جهت رعایت پیش فرض ها، نتایج آزمون های M باکس، کرویت موچلی، و لوین، بررسی شد. از آن جایی که آزمون M باکس برای هیچ یک از متغیرهای پژوهش معنادار نبود، بنابراین شرط همگنی ماتریس های واریانس-کوواریانس رد نشد. همچنین عدم معناداری هیچ یک از متغیرها در آزمون لوین نشان داد که فرض برابری واریانس های بین گروهی رد نشد. در نهایت بررسی نتایج آزمون کرویت موچلی نشان داد که این آزمون نیز برای متغیرهای پژوهش معنی دار بود، و بنابراین فرض برابری واریانس های درون مشارکت کنندگان (فرض کرویت) رعایت نشد ($P < ۰/۰۰۱$). بنابراین از آزمون گرین هاوس گیزر برای بررسی نتایج آزمون تک متغیره برای اثرات درون گروهی و اثرات متقابل استفاده شد. همچنین آزمون گرین هاوس گیزر با مقداری برابر ۰/۴۹ ($P < ۰/۰۰۱$) تفاوت معناداری را از نظر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی، اضطراب و نشانه های جسمانی در گروه های آزمایش و شاهد در سطح معناداری ۰/۰۵ نشان داد.

جدول شماره ۴- تحلیل اندازه گیری مکرر برای بررسی تأثیر زمان و گروه بر افسردگی، اضطراب و نشانه های جسمانی

مقیاس	منبع متغیر	منبع اثر	F	مقدار احتمال	مجذور اتا
افسردگی	درون گروهی	زمان	۸۰/۲۰	۰/۰۰۱	۰/۴۳
	بین گروهی	زمان*گروه	۴۹/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۴۹
	درون گروهی	گروه	۵۶/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۳۹
اضطراب	درون گروهی	زمان	۱۹/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۶۳
	بین گروهی	زمان*گروه	۷۳/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۵۲
	درون گروهی	گروه	۴۹/۱۵	۰/۰۰۱	۰/۳۶
نشانه های جسمانی	درون گروهی	زمان	۸۷/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۵۹
	بین گروهی	زمان*گروه	۸۳/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۴۶
	درون گروهی	گروه	۸۶/۸	۰/۰۰۶	۰/۲۴

جدول ۵- نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه زوجی میانگین زمان های اندازه گیری متغیرهای پژوهش

متغیر	مراحل	تفاوت میانگین	خطای معیار برآورد	مقدار احتمال
افسردگی	پیش آزمون	پس آزمون	۱/۱۱	۰/۰۰۱
	پیگیری	پس آزمون	۱/۱۱	۰/۰۰۱
	پیگیری	پس آزمون	۰/۵۹	۰/۱۰۵
اضطراب	پیش آزمون	پس آزمون	۰/۵۱	۰/۰۰۱
	پیگیری	پس آزمون	۰/۵۱	۰/۰۰۱
	پیگیری	پس آزمون	۰/۵۳	۰/۸۰۴
نشانه های جسمانی	پیش آزمون	پس آزمون	۰/۵۱	۰/۰۰۱
	پیگیری	پس آزمون	۰/۵۱	۰/۰۰۱
	پیگیری	پس آزمون	۰/۵۳	۰/۸۰۴

نتایج جدول شماره ۴ نشان داد که تحلیل واریانس متغیر افسردگی برای اثر زمان ($P < ۰/۰۰۱$) و اثر گروه ($P < ۰/۰۰۱$) معنادار و اندازه اثر مداخله گروهی برای این افسردگی ۰/۳۹ بود. تحلیل واریانس متغیر اضطراب برای اثر زمان ($P < ۰/۰۰۱$) و اثر گروه ($P < ۰/۰۰۱$) معنادار و اندازه اثر مداخله گروهی برای اضطراب ۰/۳۶ بود. تحلیل واریانس متغیر نشانه های

جسمانی برای اثر زمان ($P < 0.001$) و اثر گروه ($P < 0.001$) معنادار و اندازه اثر مداخله گروهی برای نشانه‌های جسمانی ۰/۲۴ بود. این بدین معنی بود که هر دو متغیر افسردگی، اضطراب و نشانه‌های جسمانی بین دو گروه آزمایش و شاهد در طی مراحل پژوهش اختلاف معنی‌داری وجود داشت که حاکی از تأثیر مداخله بود.

نتایج جدول شماره ۵ نشان داد نمرات متغیر افسردگی در گروه آزمایش و در مرحله پس‌آزمون پایین‌تر از پیش‌آزمون بود ($P < 0.001$). نتایج نشان داد که افسردگی در مرحله پیگیری، تفاوت معناداری با مرحله پیش‌آزمون داشت ($P < 0.001$) اما تفاوت معناداری بین دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری مشاهده نشد. همچنین نتایج نشان داد نمرات متغیر اضطراب در گروه آزمایش و در مرحله پس‌آزمون پایین‌تر از پیش‌آزمون بود ($P < 0.001$). اضطراب در مرحله پیگیری، تفاوت معناداری با مرحله پیش‌آزمون داشت ($P < 0.001$) اما تفاوت معناداری بین دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری مشاهده نشد. نتایج نشان داد نمرات متغیر نشانه‌های جسمانی در گروه آزمایش و در مرحله پس‌آزمون پایین‌تر از پیش‌آزمون بود ($P < 0.001$). نشانه‌های جسمانی در مرحله پیگیری، تفاوت معناداری با مرحله پیش‌آزمون داشت ($P < 0.001$) اما تفاوت معناداری بین دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری مشاهده نشد. نتایج حاکی از این بود که اثربخشی درمان پذیرش و تعهد در مرحله پیگیری برای هر دو متغیر افسردگی، اضطراب و نشانه‌های جسمانی ماندگار بود.

بحث

مطالعه نشان داد در گروه آزمایش میانگین (انحراف معیار) افسردگی از ۳۲/۶ (۴/۴) در پیش‌آزمون به ۲۳/۲ (۵/۱) در پس‌آزمون و ۲۲/۱ (۵/۲) مرحله پیگیری، میانگین (انحراف معیار) اضطراب از ۳۳/۶ (۴/۹) در پیش‌آزمون به ۲۲/۶ (۴/۲) در پس‌آزمون و ۲۲/۶ (۵/۱) در مرحله پیگیری و میانگین (انحراف معیار) نشانه‌های جسمانی از ۴۱/۵ (۳/۲) در پیش‌آزمون به ۳۳/۷ (۳/۱) در پس‌آزمون و ۳۱/۸ (۳/۳) مرحله پیگیری کاهش یافت. در گروه شاهد نمرات در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوتی نداشت. بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر کاهش افسردگی افراد مبتلا به درد مزمن اثربخش است. این یافته با نتایج پژوهش Livheim و همکاران (۱۳) مبنی بر تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر بهبود سلامت روان نوجوانان همسو بود.

در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر کاهش افسردگی افراد مبتلا به درد مزمن می‌توان گفت که تمایل برای صمیمیت بین فردی با هر انسانی از زمان تولد تا مرگ وجود دارد و هیچ انسانی نیست که به دلیل از دست دادن آن مورد تهدید قرار نگیرد. انسان با نیاز به ارتباط و صمیمیت متولد می‌شود و هسته اصلی بیشتر اختلال‌های عاطفی، احساس انزوا و تنهایی است. این امر به خصوص در افراد مبتلا به یک اختلال از جمله درد مزمن نمود بیشتری دارد. انسان‌ها موجوداتی اجتماعی هستند و به پشتیبانی، آرامش و اطمینان خاطری که در همکاری‌های گروهی از جانب دیگران فراهم می‌شود، نیاز دارند. افزون بر آن افراد از طریق بیان نگرانی‌های خود در گروه غالباً می‌توانند مشکلات خود را واضح‌تر ببینند. گروه درمانی بیماران مبتلا به درد مزمن فرصتی است برای حمایت متقابل و وسیله‌ای است برای کمک به بیمار برای مقابله موثر با استرس و سازش با مانع کاهنده زندگی. همچنین بیماران مبتلا به درد مزمن در نتیجه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در می‌یابند که می‌توانند واکنش خود را آزادانه برای موقعیت‌های پیش‌رو انتخاب کنند و مسئولانه نتایج اعمال و انتخاب‌های خود را بپذیرند. در فرایند درمان پذیرش و تعهد آنها متوجه می‌شوند که غم و اندوه، کمبودها، بیماری‌ها و مشکلات جسمانی و روانی اجتناب‌ناپذیر هستند و فقط یک فرصت باقی می‌ماند که در این موقعیت شیوه نگرش و طرز برخورد با مشکل و تحمل مصائب را تغییر دهند و با معنا دادن به رنج‌ها و دردها بر از دست رفته‌ها تمرکز نکنند و با توجه به گذار بودن زندگی وقت، عمر و امکانات خود را صرف کیفیت بخشیدن به زندگی و نه کمیت بخشیدن به آن کنند (۱۳).

این شیوه درمانی آگاهی و درک جدیدتر و عمیق‌تری برای بیماران ایجاد می‌کند و آنان را ترغیب می‌نماید که امیدوارانه و با انگیزه‌تر به زندگی خود ادامه دهند و با تمرکز نکردن به زمان و چگونگی مرگ خود، زندگی هدفمندتری داشته باشند. به طور کلی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تمرین‌های تعهد رفتاری به همراه تکنیک‌های گسلش و پذیرش و نیز بحث

های مفصل پیرامون ارزش ها و اهداف فرد و لزوم تصریح ارزش ها منجر به کاهش افسردگی می گردد. در این شیوه درمانی هدف از تاکید بسیار بر تمایل افراد به تجربه های درونی کمک به افراد در راستای تجربه کردن افکار آزردهنده صرفا به عنوان یک فکر و انجام امور مهم زندگی در راستای ارزش ها است. در این درمان با جایگزین کردن خود به عنوان زمینه، افراد می توانند رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به سادگی تجربه کنند و قادر به جدا کردن خود از واکنش ها، خاطرات و افکار ناخوشایند باشند. در واقع در این روش به افراد آموزش داده می شود که چگونه از افکار آزردهنده رهایی یابند، به جای خودمفهوم سازی شده خود مشاهده گر را تقویت کنند، رویدادهای درونی را به جای کنترل کردن بپذیرند و ارزش هایشان را تصریح کنند و به آنها بپردازند. در نتیجه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق فرایندهای توضیح داده شده می توانند باعث کاهش افسردگی بیماران مبتلا به درد مزمن گردند. از سویی یکی از مهم ترین فنون درمان پذیرش و تعهد، تصریح ارزش ها و عمل متعهدانه است (۲۰).

یافته ها نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر کاهش اضطراب افراد مبتلا به درد مزمن اثربخش است. این یافته با نتایج پژوهش Sharp (۲۰) مبنی بر تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر اضطراب همسو بود.

در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر کاهش اضطراب افراد مبتلا به درد مزمن می توان گفت که درمان پذیرش و تعهد یک مداخله روانشناختی مبتنی بر تجربه است که راهبردهای مبتنی بر آگاهی و پذیرش را همراه با راهبردهای تعهد و تغییر رفتار به منظور افزایش انعطاف پذیری روانشناختی بکار می گیرد. انعطاف پذیری روانشناختی به این معنی است که فرد به طور کامل با لحظات کنونی تماس داشته و بر اساس مقتضیات وضعیتی که در آن قرار دارد، رفتار خود را در راستای ارزش هایی که برگزیده است تغییر یا ادامه دهد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان یک مداخله رفتاری به انسان کمک می کند تا بیشتر در لحظات کنونی زندگی کند، و به جای افکار، احساسات و تجارب دردناک، بر ارزش ها و اهداف مهم تمرکز نماید (۹).

پذیرش و تعهد، احساس بدون قضاوت و متعادلی از آگاهی است که به واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده های فیزیکی، همان طور که اتفاق می افتند کمک می کند، بنابراین آموزش آن به افراد، باعث می شود که آنان احساسات و نشانه های روانی خود را بپذیرند و قبول و پذیرش این احساسات و افکار، باعث کاهش توجه و حساسیت بیش از می شود که خود عاملی جهت ارتقاء خودکارآمدی ایشان است، همچنین آموزش ها در جلسات دوم و سوم (شامل آموزش انعطاف پذیری روانی، پذیرش روانی، آگاهی روانی، جداسازی شناختی) نیز در این زمینه موثر است. آموزش جدا سازی شناختی باعث می شود که بیماران بتوانند مشکلات خود را از بیرون ببینند و راحت تر در مورد مشکلات خود حرف بزنند و این به فرد کمک می کند تا این که ارزش های شخصی اصلی خود را بشناسد و به طور واضح مشخص سازد و آن ها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند. در طی جلسات که بر افزایش آگاهی روانی تمرکز می شود، افراد تحت درمان نقاط مثبت و منفی خود را دوباره مورد سنجش قرار می دهند و سعی می کنند قضاوت درستی در مورد مشکلات خود نکنند. از سویی وقتی فرد برای کاهش افکار و احساسات تلاش نکند و جنگ با افکار و احساساتش را رها کند و به جای آن به اهداف تعیین شده در جهت های ارزشمند زندگی حرکت کند، کاهش اضطراب رخ می دهد (۲۱).

یافته ها نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر کاهش نشانه های جسمی افراد مبتلا به درد مزمن اثربخش است. این یافته با نتایج پژوهش Vowles & Thompson (۲۱) مبنی بر تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر درد مزمن همسو بود. در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر کاهش نشانه های جسمانی افراد مبتلا به درد مزمن نیز می توان گفت که در جریان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افراد می آموزند که احساسات را بدون اجتناب بپذیرند و از محتوای آزردهنده افکارشان با تمرکز آگاهانه تر بر فرایند تفکرشان رهایی یابند و آن را به عمل مبتنی بر هدف مرتبط سازند. افزایش پذیرش در مبتلایان به دیابت سبب می شود تا اهمیت بیشتری برای خود و سلامتی خود قائل شوند و رفتارهای خودمراقبتی را بهتر و بیشتر انجام دهند، یعنی می کوشند تا داروهای تجویز شده را به موقع مصرف کنند، از رژیم غذایی

توصیه شده بهتر پیروی کنند، فعالیت بدنی بیشتری انجام دهند و مجموع این فعالیت ها سبب کاهش نشانه‌های جسمانی می شود (۱۲).

علاوه بر آن شفاف سازی ارزش ها و درونی شدن عمل متعهدانه که طی گروه درمانی پذیرش و تعهد صورت می گیرد به اعضای گروه انگیزه کافی برای ادامه و پایبندی به درمان می دهد. دو فرایند مهم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یعنی تماس با زمان حال و خود به عنوان زمینه در طول کسب مهارت های ذهن آگاهی در گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد شکل می گیرند که هر دو سبب می شوند تا آگاهی مراجع (بیمار مبتلا به دیابت) از خودش و نیازهایش افزایش یابد و این آگاهی به تداوم رفتارهای خودمراقبتی در بیماران کمک می کند. در این پژوهش به دلیل دادن انگیزه کافی به بیماران مبتلا به درد مزمن، آموزش اهمیت رفتارها مدیریت بیماری و درک آنها توسط بیماران و آموزش های مهارت های لازم برای ایجاد و افزایش رفتارهای سلامت محور، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانست باعث کاهش نشانه‌های جسمانی گردد (۹). از سوی دیگر باید گفت رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به جای آنکه روی برطرف سازی و حذف عوامل آسیبزا تمرکز نماید، به مراجعین کمک می کند تا شناخت های کنترل شده خود را بپذیرند و خود را از کنترل قوانین کلامی که سبب ایجاد مشکلاتشان گردیده است خلاص نمایند و به آنها اجازه می دهد که از کشمکش و منازعه با آنها دست بردارند (۱۰). پذیرش و تعهد درمانی اساساً فرایند محور است و آشکارا بر ارتقا با پذیرش تجربیات روان شناختی و تعهد با افزایش فعالیت های معنا بخش انعطاف پذیر، ناسازگارانه و بدون در نظر گرفتن محتوای تجربیات روان شناختی تأکید می کند. پذیرش و تعهد رویکردی است که از فرایندهای پذیرش، تمرکز ذهنی، تعهد و فرایندهای تغییر رفتار به منظور ایجاد انعطاف پذیری شناخته استفاده می کند (۱۱).

در این پژوهش این روش درمانی به دلیل آموزش عمل مبتنی بر ارزش توأم با تمایل به عمل به عنوان اهداف معنادار شخصی پیش از حذف تجارب ناخواسته باعث شد که بیماران هنگام مواجهه با مشکلات با بیان افکار و احساسات خود برای خود ارزش قائل شوند و با حفظ حرمت خویشتن از دلواپسی، تحریک پذیری، هراس، احساس خطر، بی تابی و بی قراری ناشی از مقابله با مشکلات بکاهند که این عوامل نخست باعث حفظ سلامتی و انرژی و بهبود عملکرد در مقابله با مشکلات مخاطره آمیز و در نهایت باعث بهبود نشانه های جسمانی آنها شد.

یکی از محدودیت های تحقیق، کم بودن تعداد نمونه و از این رو فقدان قابلیت تعمیم یافته ها است. از محدودیت های دیگر این پژوهش استفاده از روش نمونه گیری غیر تصادفی داوطلبانه برای انتخاب مشارکت کنندگان بود. در طول جلسات نوع همکاری و رغبت شرکت کنندگان گروه ها در امر درمان کاملاً با یکدیگر یکسان نبود که این تفاوت های فردی در آزمودنی ها به عنوان یکی از محدودیت های پژوهش می باشد. در این پژوهش فقط از پرسشنامه برای گردآوری اطلاعات استفاده کرد و به دلیل محدودیت های اجرایی از مصاحبه برای گردآوری داده های پژوهش استفاده نشد. لذا با توجه به محدودیت اول پیشنهاد می شود که در پژوهش های آتی از روش های نمونه گیری با خطای کمتر مثل روش های تصادفی استفاده شود. برای این منظور بر روی گروه بزرگی از افراد مبتلا به دردهای مزمن می توان پرسشنامه ها را اجرا کرد و از میان کسانی که در افسردگی و اضطراب نمره بالاتر گرفتند، تعدادی را به روش تصادفی انتخاب کرد، محدودیت دیگر استفاده از ابزارهای خود گزارش دهی برای جمع آوری داده ها بود، لذا توصیه می شود پژوهشگران در پژوهش های آتی برای جمع آوری داده های با دقت و اعتبار بیشتر در کنار پرسشنامه و یا به جای پرسشنامه از مصاحبه استفاده کنند و پیشنهاد می شود پژوهشگران این پژوهش را بر روی بیماران مبتلا به سایر بیماری های مزمن انجام دهند و نتایج آن را با نتایج مطالعه حاضر مقایسه نمایند تا بتوان در تعمیم و اثربخشی نتایج با دقت و اطمینان بیشتری بحث کرد.

نتیجه گیری

مطالعه نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر کاهش اضطراب، افسردگی و نشانه های جسمانی افراد مبتلا به درد مزمن موثر بود.

تشکر و قدردانی

از تمامی افرادی که در این پژوهش ما را یاری رساندند، نهایت تشکر و قدردانی می‌شود. این مقاله دارای کد کمیته اخلاق به شماره IR.HUMS.REC.1399.233 از دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان می‌باشد.

تعارض در منافع

نویسندگان اظهار می‌دارند هیچ گونه تعارض منافع در مورد این مقاله وجود ندارد.

REFERENCES

1. An J, Sun Y, Wan Y, Chen J, Wang X, Tao F. Associations between problematic internet use and adolescents' physical and psychological symptoms: possible role of sleep quality. *Journal of addiction medicine*. 2014;1;8(4):282-7.
2. Andrew R, Derry S, Taylor RS, Straube S, Phillips CJ. The costs and consequences of adequately managed chronic non-cancer pain and chronic neuropathic pain. *Pain Practice*. 2014;14(1):79-94.
3. Bluett EJ, Homan KJ, Morrison KL, Levin ME, Twohig MP. Acceptance and commitment therapy for anxiety and OCD spectrum disorders: An empirical review. *Journal of anxiety disorders*. 2014;28(6):612-24.
4. Brassington L, Ferreira NB, Yates S, Fearn J, Lanza P, Kemp K, Gillanders D. Better living with illness: A transdiagnostic acceptance and commitment therapy group intervention for chronic physical illness. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2016;5(4):208-14.
5. Davies CD, Niles AN, Pittig A, Arch JJ, Craske MG. Physiological and behavioral indices of emotion dysregulation as predictors of outcome from cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for anxiety. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 2015;46:35-43.
6. Ehde DM, Dillworth TM, Turner JA. Cognitive-behavioral therapy for individuals with chronic pain: efficacy, innovations, and directions for research. *American Psychologist*. 2014;69(2):153.
7. Arch JJ, Wolitzky-Taylor KB, Eifert GH, Craske MG. Longitudinal treatment mediation of traditional cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for anxiety disorders. *Behaviour research and therapy*. 2012;50(7-8):469-78.
8. Fledderus M, Bohlmeijer ET, Pieterse ME, Schreurs KM. Acceptance and commitment therapy as guided self-help for psychological distress and positive mental health: a randomized controlled trial. *Psychological medicine*. 2012;42(3):485-95.
9. Hill ML, Masuda A, Melcher H, Morgan JR, Twohig MP. Acceptance and commitment therapy for women diagnosed with binge eating disorder: A case-series study. *Cognitive and behavioral practice*. 2015;22(3):367-78.
10. Hinman RS, McCrory P, Pirotta M, Relf I, Forbes A, Crossley KM, Williamson E, Kyriakides M, Novy K, Metcalf BR, Harris A. Acupuncture for chronic knee pain: a randomized clinical trial. *Jama*. 2014;312(13):1313-22.
11. Hou WK, Lau KM, Ng SM, Cheng AC, Shum TC, Cheng ST, Cheung HY. Savoring moderates the association between cancer-specific physical symptoms and depressive symptoms. *Psycho-oncology*. 2017;26(2):231-8.
12. Hughes LS, Clark J, Colclough JA, Dale E, McMillan D. Acceptance and commitment therapy (ACT) for chronic pain. *The Clinical journal of pain*. 2017;33(6):552-68.
13. Livheim F, Hayes L, Ghaderi A, Magnusdottir T, Högfeldt A, Rowse J, Turner S, Hayes SC, Tengström A. The effectiveness of acceptance and commitment therapy for adolescent mental health: Swedish and Australian pilot outcomes. *Journal of Child and Family Studies*. 2015;24(4):1016-30.
14. García-Batista ZE, Guerra-Peña K, Cano-Vindel A, Herrera-Martínez SX, Medrano LA. Validity and reliability of the Beck Depression Inventory (BDI-II) in general and hospital population of Dominican Republic. *PloS one*. 2018;13(6):19-29.

15. Toosi F, Rahimi C, Sajjadi S. Psychometric properties of beck depression inventory-II for high school children in Shiraz City, Iran. *International journal of school health*. 2017;4(3):1-6.
16. Lemos MF, Lemos-Neto SV, Barrucand L, Verçosa N, Tibirica E. Preoperative education reduces preoperative anxiety in cancer patients undergoing surgery: Usefulness of the self-reported Beck anxiety inventory. *Revista brasileira de anesthesiologia*. 2019;69(1):1-6.
17. Ghasemi M, Lotfollahzadeh H, Kermani-Ranjbar T, Kharazifard MJ. Effect of music practice on anxiety and depression of Iranian dental students. *Journal of Dentistry (Tehran, Iran)*. 2017;14(3):138-42.
18. Sandhu SS. Validating the factor structure and testing measurement invariance of modified Short-Form McGill Pain Questionnaire (Ortho-SF-MPQ) for orthodontic pain assessment. *Journal of orthodontics*. 2017;44(1):34-43.
19. Mehdizadeh M, Fereshtehnejad SM, Goudarzi S, Moshtagh A, Dehghanian Nasrabadi F, Habibi SA, Taghizadeh G. Validity and Reliability of Short-Form McGill Pain Questionnaire-2 (SF-MPQ-2) in Iranian People with Parkinson's Disease. *Parkinson's Disease*. 2020;2(1):20-26.
20. Sharp K. A review of acceptance and commitment therapy with anxiety disorders. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 2012;12(3):359-72.
21. Vowles KE, Thompson M. Acceptance and commitment therapy for chronic pain. *Mindfulness and acceptance in behavioral medicine: Current theory and practice*. 2011:31-60.

پرسشنامه افسردگی Beck

ردیف	گزینه	عبارات
۱	الف.	احساس غمگینی نمی کنم.
	ب.	خیلی اوقات احساس غمگینی می کنم.
	ج.	همیشه غمگین هستم.
	د.	به قدری غمگین هستم که نمی توانم تحمل کنم.
۲	الف.	نسبت به آینده بدبین نیستم.
	ب.	بیشتر از گذشته، نسبت به آینده بدبین هستم.
	ج.	انتظار ندارم اوضاع بر وفق مراد من باشد.
	د.	احساس می کنم امیدی به آینده نیست و اوضاع فقط بدتر می شود.
۳	الف.	احساس نمی کنم فردی شکست خورده ام.
	ب.	بیش از آن چه که سزاوار بودم، شکست خورده ام.
	ج.	وقتی به گذشته می نگرم، شکست های زیادی را می بینم.
	د.	احساس می کنم شخص کاملاً شکست خورده ای هستم.
۴	الف.	به اندازه ی گذشته، از زندگی لذت می برم.
	ب.	دیگر به اندازه ی گذشته از زندگی لذت نمی برم.
	ج.	از چیزهایی که در گذشته از آن ها لذت می بردم، خیلی کم لذت می برم.
	د.	اصلاً نمی توانم از چیزهایی که قبلاً از آن ها لذت می بردم، لذت ببرم.
۵	الف.	احساس گناه خاصی ندارم.
	ب.	در مورد خیلی از چیزهایی که انجام داده ام و باید انجام می دادم، احساس گناه می کنم.
	ج.	اغلب اوقات احساس گناه می کنم.
	د.	همواره احساس گناه می کنم.
۶	الف.	احساس نمی کنم دارم تنبیه می شوم.
	ب.	احساس می کنم ممکن است تنبیه شوم.
	ج.	من انتظار تنبیه شدن را دارم.
	د.	احساس می کنم که دارم تنبیه می شوم.
۷	الف.	همان احساسی را که در مورد خودم دارم همیشه داشته ام.
	ب.	اعتماد به نفسم را از دست داده ام.
	ج.	از خود مایوس شده ام.
	د.	از خودم بدم می آید.
۸	الف.	بیشتر از حد معمول، خودم را مورد انتقاد و سرزنش قرار نمی دهم.
	ب.	بیشتر از گذشته، از خودم انتقاد می کنم.
	ج.	بخاطر تمامی اشتباهاتم، از خودم انتقاد می کنم.
	د.	برای هر چیز بدی که اتفاق می افتد، خود را سرزنش می کنم.
۹	الف.	اصلاً در آن فکر نیستم که به خودم آسیبی برسانم.
	ب.	درباره ی این که به خودم آسیبی برسانم فکر می کنم، ولی این کار را نمی کنم.
	ج.	دلم می خواهد خودم را بکشم.
	د.	اگر امکان داشت، خودم را می کشتم.

۱۰	الف.	بیشتر از گذشته، گریه نمی کنم.
	ب.	بیشتر از گذشته، گریه می کنم.
	ج.	بخاطر هر چیز کوچکی گریه می کنم.
	د.	دلم می خواهد گریه کنم، ولی نمی توانم.
۱۱	الف.	بیشتر از حد معمول بی قرار و تحریک پذیر نیستم.
	ب.	احساس می کنم بیشتر از حد معمول، بی قرار و تحریک پذیر شده ام.
	ج.	به قدری بی قرار و ناراحت هستم که نمی توانم آرام بگیرم.
	د.	به قدری بی قرار و ناراحت هستم که باید دائما یا حرکت کنم یا به کاری مشغول باشم.
۱۲	الف.	علاقه ام را نسبت به مردم و فعالیت ها از دست نداده ام.
	ب.	در مقایسه با قبل، کمتر به مردم و چیزها علاقه دارم.
	ج.	بیشتر علاقه ام را نسبت به مردم و چیزها از دست داده ام.
	د.	علاقه مند شدن به هر چیز برایم دشوار است.
۱۳	الف.	تقریبا به خوبی گذشته، تصمیم گیری می کنم.
	ب.	تصمیم گیری برایم دشوارتر از حد معمول است.
	ج.	بیشتر از گذشته در تصمیم گیری مشکل دارم.
	د.	در گرفتن هر نوع تصمیمی مشکل دارم.
۱۴	الف.	احساس می کنم آدم ارزشمندی هستم.
	ب.	احساس نمی کنم به اندازه ی گذشته، ارزشمند و مفید هستم.
	ج.	در مقایسه با دیگران، خود را کم ارزش تر می دانم.
	د.	بی نهایت احساس بی ارزشی می کنم.
۱۵	الف.	من به اندازه ی گذشته انرژی دارم.
	ب.	نسبت به گذشته، انرژی ام کمتر شده است.
	ج.	انرژی لازم برای انجام کارهای زیاد را ندارم.
	د.	انرژی انجام هیچ کاری را ندارم.
۱۶	الف.	در الگوی خوابم، هیچ تغییری ایجاد نشده است.
	ب.	کمی بیشتر یا کمتر از حد معمول می خوابم.
	ج.	خیلی بیشتر یا کمتر از حد معمول می خوابم.
	د.	بیشتر اوقات روز را می خوابم یا صبح زودتر از خواب بیدار شده و دیگر خوابم نمی برد.
۱۷	الف.	بیش از حد معمول تحریک پذیر نیستم.
	ب.	بیش از حد معمول تحریک پذیر هستم.
	ج.	خیلی بیش از حد معمول تحریک پذیر هستم.
	د.	همیشه تحریک پذیر هستم.
۱۸	الف.	اشتهایم تغییری نکرده است.
	ب.	اشتهایم بیشتر یا کمتر از حد معمول است.
	ج.	اشتهایم خیلی بیشتر یا کمتر از حد معمول است.
	د.	اصلا اشتها ندارم یا همیشه میل به غذا خوردن دارم.
۱۹	الف.	تمرکز ه خوبی گذشته است.
	ب.	نمی توانم به خوبی گذشته، تمرکز داشته باشم.
	ج.	نمی توانم فکرم را روی موضوعی به مدت طولانی متمرکز کنم.
	د.	احساس می کنم نمی توانم روی هیچ موضوعی تمرکز کنم.

۲۰	الف.	بیش از حد معمول خسته یا کسل نیستم.
	ب.	زودتر از حد معمول خسته یا کسل می شوم.
	ج.	به قدری خسته یا کسل هستم که نمی توانم کارهایی را که قبلا انجام می دادم، انجام دهم.
	د.	به قدری خسته یا کسل هستم که نمی توانم اغلب کارهای را که قبلا انجام می دادم، انجام دهم.
۲۱	الف.	متوجه تغییر تازه ای در علاقه ی جنسی ام نشده ام.
	ب.	کمتر از گذشته به امور جنسی علاقه دارم.
	ج.	در حال حاضر خیلی کم به امور جنسی علاقه دارم.
	د.	علاقه جنسی را کتلا از دست داده ام.

پرسشنامه اضطراب Beck

لطفاً هر عبارت را با دقت بخوانید و مشخص کنید در خلال هفته ی گذشتها امروز چه قدر از آن علامت در رنج بوده اید. پاسخ خود را به صورت X در ستون مقابل هر علامت مشخص کنید.

گزینه ها	اصلا	خفیف (زیاد ناراحت نکرده)	متوسط (خیلی ناخوش آیند بود اما تحمل کردم)	شدید (نمی توانستم آن را تحمل کنم)
۱	کرخی و گز گز شدن (مور مور شدن).			
۲	احساس داغی (گرما).			
۳	ارزش در پاها.			
۴	ناتوانی در آرامش.			
۵	ترس از وقوع حادثه.			
۶	سرگیجه و منگی.			
۷	تپش قلب و نفس نفس زدن.			
۸	حالت متغیر (بی ثبات).			
۹	وحشت زده.			
۱۰	عصبی.			
۱۱	احساس خفگی.			
۱۲	لرزش دست.			
۱۳	لرزش بدن.			
۱۴	ترس از دست دادن کنترل.			
۱۵	به سختی نفس کشیدن.			
۱۶	ترس از مردن.			
۱۷	ترسیده (حالت ترس).			
۱۸	سوء هاضمه و ناراحتی در شکم.			
۱۹	غش کردن (از حال رفتن).			
۲۰	سرخ شدن صورت.			
۲۱	عرق کردن (نه در اثر گرما)			

پرسشنامه درد McGill

شیوه تکمیل: میزان درک خود را از دردتان بر اساس مجموعه های زیر مشخص نمایید. به عبارتی، در هر مجموعه چندین عبارت برای توصیف دردتان ارائه گردیده است. بنابراین، در هر مجموعه تنها یک گزینه را که به بهترین حالت ممکن درد شما را توصیف می کند مشخص نمایید.

شماره	گزینه					
	الف	ب	پ	ت	ج	چ
مجموعه ۱	دل زدن	لرزان	نبض دار	تپش دار	ضربان دار	کوبش دار
مجموعه ۲	شدت ناگهانی	برق آسا	تیر کشیدن			
مجموعه ۳	خراشنده	سوراخ کننده	میخ فرو کردن	زخم خنجر	نیزه فرو کردن	
مجموعه ۴	سوزنده	برنده	پاره کردن			
مجموعه ۵	گاز گرفتن (نیشگون)	فشارنده	جونده	در گیره قرار دادن	له شدن	
مجموعه ۶	کشیدن	کنده شدن	پیچاندن			
مجموعه ۷	داغ	سوزنده	جوشان	داغ کردن		
مجموعه ۸	خارش	سوزن سوزن	گزگز	گزنده (نیش زدن)		
مجموعه ۹	میهم	کوفتگی	ضرب خوردگی	گسترده	احساس سنگینی	
مجموعه ۱۰	حساس	سخت	شدید	شکافنده		
مجموعه ۱۱	خسته کننده	از پا در آوردن				
مجموعه ۱۲	ضعیف کننده	احساس خفگی				
مجموعه ۱۳	توأم با ترس	هراسناک	وحشت زا			
مجموعه ۱۴	زجر دهنده	فرساینده	مشقت بار	کشیف	کشنده	
مجموعه ۱۵	شکست بار	مصیبت بار				
مجموعه ۱۶	رنجش آور	مزاحم	بد	قوی	غیر قابل تحمل	
مجموعه ۱۷	منتشر	گسترش یافته	فرو رفتن	سوراخ کننده		
مجموعه ۱۸	کرخت	مکیدن	له کردن	دریدن		
مجموعه ۱۹	خنک	سرد	یخ زده			
مجموعه ۲۰	آزار دهنده	تهوع آور	رنج آور	ترسناک	عذاب آور	