تأثیر گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شاخص‌های روان‌شناختی (افسردگی، اضطراب و استرس) در بیماران زن مبتلا به فیبرومیالژیا

نگین صالحی[1]، حمید طاهر نشاط‌دوست[2]، حمید افشار[3]

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: همبودی اختلالات روان‌شناختی در بین افراد دارای دردهای مزمن و از جمله مبتلایان به فیبرومیالژیا بسیار رایج است که در طیفی از افسردگی، اضطراب، استرس، ناامیدی، ناکامی و خشم قرار دارد و با پیامدهای روان‌شناختی همچون اختلال در خواب، اختلال در کارکردهای روزانه و نگرانی در مورد آینده همراه می‌باشد. مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance and commitment therapy یا ACT) بر افسردگی، اضطراب و استرس مرتبط با آن در زنان مبتلا به فیبرومیالژیا انجام شد.

مواد و روش‌ها: روش این تحقیق، نیمه آزمایشی و در قالب طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، همراه با گروه شاهد بود. از میان بیماران مراجعه‌کننده به مراکز درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و مطب‌های خصوصی شهر اصفهان در نیمه دوم سال ۱۳۹۵، ۲۴ بیمار مبتلا به سندرم فیبرومیالژیا به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه قرار گرفتند. داده‌ها با کمک فرم کوتاه مقیاس افسردگی، اضطراب و فشار روانی (Depression Anxiety and Stress Scales-۲۱ یا DASS-۲۱) جمع‌آوری گردید. گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۲ ساعته، درمان ACT را دریافت کرد. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: روش ACT در راستای کنترل علایم بیماری، منجر به کاهش علایم افسردگی، اضطراب و استرس در زنان مبتلا به فیبرومیالژیا نسبت به گروه شاهد شد ($P < ۰/۰۵۰$). همچنین، میانگین سه زیرمقیاس افسردگی ($P = ۰/۰۰۱$)، اضطراب ($P = ۰/۰۰۱$) و استرس ($P = ۰/۰۰۶$) در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون به طور معنی‌داری کاهش یافت.

نتیجه‌گیری: گروه درمانی مبتنی بر ACT از طریق ایجاد و توسعه پذیرش و افزایش عمل مبتنی بر ارزش‌ها، می‌تواند از آسیب‌های روان‌شناختی بیماران بکاهد و با وجود درد و بیماری، به زندگی آن‌ها غنای بیشتری بخشد.

واژه‌های کلیدی: افسردگی، اضطراب، استرس زندگی، فیبرومیالژیا، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

ارجاع: صالحی نگین، نشاط‌دوست حمید طاهر، افشار حمید. **تأثیر گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شاخص‌های روان‌شناختی (افسردگی، اضطراب و استرس) در بیماران زن مبتلا به فیبرومیالژیا.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۷؛ ۱۶ (۱): ۸۳-۷۸

دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۹/۸ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۱۱/۵ تاریخ چاپ: ۱۳۹۷/۱/۱۵

مقدمه

بیماری فیبرومیالژیا، نوعی سندرم بالینی و یک اختلال درد شایع است که از علایم اصلی آن می‌توان به دردهای عضلانی- اسکلتی مزمن و گسترده، خستگی و بی‌خوابی اشاره کرد (۱). این بیماری شایع‌ترین علت درد منتشر بدن در زنان ۲۰ تا ۵۵ ساله است و بیش از ۴۰ درصد بیمارانی که به مراکز تخصصی درد مراجعه می‌کنند، دچار فیبرومیالژیا هستند و با توجه به علایم متعدد بیماری، دردهای مستمر بر وجوه گوناگون زندگی این افراد تأثیر منفی می‌گذارد (۲).

درد مزمن، یکی از مهم‌ترین علایم فیبرومیالژیا می‌باشد که روی زندگی فردی، خانوادگی و شغلی این بیماران تأثیر جدی دارد (۳). پژوهشگران در مورد این که درد مزمن یکی از شایع‌ترین و ناتوان کننده‌ترین مسایل سلامتی مزمن است، اتفاق نظر دارند. از جمله دلایلی که درد مزمن را در زمره مسأله‌سازترین بیماری‌های عصر حاضر قرار می‌دهد، همبودی آن با بیماری‌های جسمانی و اختلالا ت روانی می‌باشد (۴). زندگی کردن با درد مزمن مستلزم فشار عاطفی قابل توجهی است؛ به طوری که توانایی‌های عاطفی و هیجانی بیمار را کاهش می‌دهد و در نهایت، باعث تضعیف روحیه بیمار، احساس ناامیدی، درماندگی و افسردگی در وی می‌گردد (۵).

همبودی اختلالات روان‌شناختی در بین افراد دارای درد مزمن بسیار رایج است که در طیف گسترده‌ای از افسردگی، اضطراب یا راهبردهای مقابله‌ای

۱- کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران
۲- استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
۳- دانشیار، مرکز تحقیقات روان‌تنی و گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
نویسنده مسؤول: نگین صالحی
Email: salehi.negin2009@gmail.com

http://rbs.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.1.11.7]

ناسازگارانه و استرس قرار دارد. حدود ۲۰ تا ۲۵ درصد بیماران دارای درد مـزمن، نشانگان روان‌شناختی معنی‌داری را تجربه می‌کنند (۶). تعداد زیـادی از بیمـاران مبتلا به فیبرومیالژیای مراجعه‌کننده به مراکـز درمـانی ارجـاعی یـا متخصصـان روماتولوژی، درصد بالایی از اختلالات روانی را نشـان می‌دهنـد. ایـن مسـأله و نداشتن فیزیوپاتولوژی مشخص سبب شده است که بعضی از محققان منشأ ایـن بیماری را روانی تلقی نمایند (۷).

مطالعات اولیه اختلالات روانی در بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا که به طـور عمده از طریق پرسش‌نامه‌های تکمیل شده توسط خود بیماران بـوده اسـت نیـز شیوع بالای اختلالات روانی را تأیید می‌کند (۸). فیبرومیالژیا همراهی بالایی بـا دیگر سندرم‌های جسـمی- عملکـردی و مشـکلات روان‌شـناختی دارد (۹)؛ بـه نحوی که اختلال افسردگی اساسی با شیوع ۲۰ تا ۸۰ درصد، بیشـترین اخـتلال روان‌پزشکی همراه با این سندرم می‌باشد (۱۰). طبـق گـزارش Goldenberg، ۸۱ درصد افراد مبتلا به فیبرومیالژیا سابقه اختلالات افسردگی را نشان دادند (۸). Epstein و همکاران ۱۶ درصد ترس‌های روانی را در این افراد گزارش کردند (۱۱). همچنین، این بیماران دارای مسایل بیشتری در برخورد با استرس هستند (۱۲).

مطابق نتایج پژوهش‌های پیشین، فراوانی کل اختلالات خلقی در بیمـاران مبتلا به فیبرومیالژیا، ۳۴/۳۴ درصد گزارش شده است (۱۳). با توجـه بـه شـیوع بالای افسردگی در میان مبتلایان به فیبرومیالژیا، تداخل افسردگی بـا درمـان و بهبـود درد و سـرخوردگی روزافـزون ایـن بیمـاران از درمان‌هـای تـک بعـدی (محـوری) زیسـتی، درمـان افسـردگی و سـایر اخـتلالات روانـی بایـد یکـی از اولویت‌های درمانی در نظر گرفته شود.

شواهد درباره درمان افسردگی در بیماران مبتلا به دردهای مـزمن نشـان داده است که ترکیبی از درمان‌های دارویی و روان‌شناختی، نسبت به استفاده هر یک بـه تنهایی، نتیجه بهتری در درمان این بیماران دارد؛ چـرا کـه درد مـزمن بـا درمـان و بهبود افسردگی و اختلالات اضطرابی تداخل می‌نمایـد و مـانع بهبـود افسـردگی و تعادل خلق می‌شود. درمان توأم این دو منجر به ایجاد احساس کنترل بهتر بر درد و درمان مؤثرتر می‌شود (۱۴). بنابراین، با توجه به ایـن کـه فیبرومیالژیـا واجـد ابعـاد روان‌شناختی است، درمان‌های دارویـی بـه تنهـایی کـافی نمی‌باشـد و لازم اسـت درمان‌های غیر دارویی به برنامه درمانی اضافه گـردد کـه یکـی از ایـن درمان‌هـا، درمـان پـذیرش و تعهـد (Acceptance and commitment therapy یـا ACT) است. این رویکرد نوعی مداخله روان‌شناختی مبتنی بر تجربـه می‌باشـد که چهارچوب فلسفی و نظری منسجمی دارد و راهبردهای مبتنـی بـر آگـاهی و پـذیرش را همـراه بـا راهبردهـای تعهـد و تغییـر رفتـار بـه منظـور افـزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به کار می‌گیرد (۱۵). شش فرایند مرکزی ACT که منجر به افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شود، شامل «پذیرش، گسـلش، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهدانه» است (۱۶).

پژوهش‌های بسیاری اثربخشی شیوه ACT را بر کاهش علایم جسمانی و روان‌شناختی دردهای مزمن و از جمله فیبرومیالژیا تأیید کرده‌اند. McCracken و همکاران تأثیر درمان ACT بر روی اختلال درد مزمن را بررسی کردند و بـه این نتیجه رسیدند که این درمان تأثیر مثبتی بر نشانه‌های هیجانی، اجتمـاعی و عملکرد جسمانی شـرکت‌کنندگان دارد و موجـب کـاهش اضـطراب، اسـترس و افسردگی آن‌ها می‌شود (۱۷).

نتایج تحقیقات بسیاری نشان داده است کـه روش ACT کیفیـت زنـدگی بیماران مبتلا به دردهای مزمن را افزایش می‌دهد و باعـث کـاهش افسـردگی، اضطراب و درد آن‌ها می‌گردد (۱۹، ۱۸). Wicksell و همکاران در مطالعه خود که با هدف ارزیابی اثربخشی روش ACT بر روی بیماران فیبرومیالژیا و نقـش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به عنوان یک واسطه بهبود انجام شد، به این نتیجـه دست یافتند که روش ACT اختلاف معنی‌داری در مورد شاخص‌های مبتنی بـر عملکرد درد، خودکارامدی، افسردگی، اضـطراب و انعطاف‌پـذیری روان‌شـناختی بیماران به وجود می‌آورد (۲۰).

از زمان ظهور و گسـترش روش ACT، ادبیـات پژوهشـی کلیـه دردهـای مزمن شاهد استقبال روزافزون پژوهشگران از این درمان می‌باشد، امـا بـا وجـود اثربخشی ایـن روش در بهبـود ابعـاد جسـمانی و روانـی دردهـای عضـلانی در فیبرومیالژیا، در مطالعات بالینی صورت گرفته بر روی بیماری مـذکور در ایـران، اشاره‌ای به این نوع درمان نشده است. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف بررسـی تأثیر روش ACT بر شاخص‌های روانـی (افسـردگی، اضـطراب و اسـترس) در بیماران زن مبتلا به فیبرومیالژیا انجام شد.

مواد و روش‌ها

روش این تحقیق، نیمه آزمایشی و در قالب طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیـری، همراه با گروه شاهد بـود. جامعـه آمـاری مطالعـه را زنـان مبـتلا بـه فیبرومیالژیـای مراجعه‌کننده به مراکز درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصـفهان در نیمـه دوم سال ۱۳۹۵ تشکیل داد که توسط روماتولوژیست‌ها تشخیص سندروم فیبرومیالژیا داده شده بودند. نمونه‌ها به صورت در دسترس انتخاب شدند. نمونه‌ها با توجه به طـولانی بودن دوره پژوهش و امکان افزایش شدت علایم به خصوص درد در بیماران، تعـداد بیشتری در نظر گرفته شد (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه شاهد). همان‌گونه که پیش‌بینی می‌شد، هر دو گروه دارای ریزش بودند و اطلاعات ۷ نفر از گروه آزمایش و ۸ نفر از گروه شاهد جهت تجزیه و تحلیل مورد استفاده قرار گرفت.

معیارهای ورود به پژوهش شامل دامنه سنی ۵۰-۳۵ سـال، طـول مـدت درد حداقل ۶ ماه، درد مربوط به بیماری صعب‌العلاج دیگری مانند سرطان نباشد، تمایل به همکاری، توانایی حضور آزمودنی در جلسـات درمـان و عـدم شـرکت در برنامـه درمان روان‌شناختی طی ۶ ماه گذشته بود. همچنین، غیبت بیش از ۲ جلسه، وجـود یک بیماری حاد روان‌پزشکی و یا شـروع بـه مصـرف داروی روان‌پزشـکی جهـت کاهش علایم نیز به عنوان ملاک‌های خروج آزمودنی در نظر گرفته شد.

پروتکل درمانی تحقیق برگرفتـه از مطالعـات Vowles و Sorrell بـرای دردهای مزمن بود (۲۱) که این پروتکل برای بیماری فیبرومیالژیا بازبینی شـد و شامل ۸ جلسه گروه درمانی ACT دو ساعته، هر هفته ۱ جلسه بود و به صورت جلسات گروه درمانی هفتگی اجرا گردید (جدول ۱).

ابزارهای جمع‌آوری داده‌ها در ادامه به تفصیل آمده است.

فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی: میانگین سنی گروه آزمایش ۴۳ سال بود و بیماران به طور متوسط حدود ۲/۵ سال از درد رنج می‌بردند.

فـرم کوتـاه مقیـاس افسـردگی، اضـطراب و اسـترس (DASS-۲۱ یـا Depression Anxiety and Stress Scales-۲۱):

این مقیاس از ۲۱ آیتم تشکیل شـده اسـت کـه سـه عامـل روانـی (افسـردگی، اضطراب و استرس) هر کدام با ۷ سؤال مورد ارزیابی قرار می‌گیرد و سؤالات آن به صورت مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت (خیلی زیـاد = ۳، زیـاد = ۲، کـم = ۱ و اصلاً = صفر) نمره‌گذاری می‌شود.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.1.11.7]
http://rbs.mui.ac.ir

جدول ۱. پروتکل درمانی و خلاصه رئوس جلسات درمانی Acceptance and commitment therapy (ACT) برای زنان مبتلا به فیبرومیالژیا

جلسات	برنامه‌ها
اول	معرفی و آشنایی اعضا و برقراری رابطه درمانی، تعیین قوانین حاکم بر جلسات درمان، بررسی انتظارات بیماران از درمان، مرور و توضیح کامل بیماری فیبرویالژیا، مرور درمان و اهداف این برنامه درمانی و تأکید برتمرینات خانگی
دوم	مرور تکالیف، رابطه درد، خلق و کارکرد، ذهن‌آگاهی و آموزش فنون توجه، جمع‌بندی مباحث و ارایه تمرین خانگی
سوم	پذیرش درد، پی بردن به ارزش‌های زندگی، تمرین ذهن‌آگاهی، تکلیف خانگی
چهارم	شفاف‌سازی ارزش‌ها، موانع ارزش‌ها، اهداف و اعمال، تکلیف خانگی
پنجم	مرور تکالیف و یکنواخت کردن فعالیت‌ها، ترفندهای ذهن، گسترش ذهن‌آگاهی، تکلیف خانگی
ششم	بازخورد، برنامه‌ریزی و عمل، ذهن‌آگاهی و خودمشاهده‌گری، عمل محوری: جدا کردن «من» از عمل، تکلیف خانگی
هفتم	تمایل، تعهد به اعمال و ارزش‌ها با وجود موانع، ذهن‌آگاهی در پیاده‌روی، تکلیف خانگی
هشتم	تعهد، پیشامدهای منفی و پیشگیری از عود، خداحافظی با گروه، تکلیف مادام‌العمر

Luciano و همکاران ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسش‌نامه را در جمعیت مبتلایان به درد برزیل بررسی کردند که تحلیل عاملی اکتشافی نشانگر وجود فقط یک عامل، همبستگی آیتم مقیاس کافی و همسانی درونی عالی بود (ضریب Cronbach's alpha = ۰/۹۶). همچنین، ضریب اعتبار بازآزمایی برای افسردگی۰/۸۱، برای اضطراب ۰/۸۲، برای استرس ۰/۹۰ و برای مقیاس کلی ۰/۹۳ به دست آمد (۲۲).

به منظور کنترل اثر پیش‌آزمون، جهت تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کواریانس با هدف حذف آماری اثر متغیرهای مزاحم استفاده شد. بنابراین، ابتدا پیش‌فرض کلی آزمون‌های پارامتریک شامل بهنجار بودن توزیع داده‌ها و پیش‌فرض‌های تحلیل کواریانس شامل یکسانی واریانس‌ها، رابطه خطی بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون و یکسانی شیب رگرسیون بررسی گردید.

یافته‌ها

نتایج تحلیل پیش‌فرض نرمال بودن توزیع متغیرها در پس‌آزمون و پیگیری با استفاده از آزمون Kolmogorov-Smirnov و پیش‌فرض یکسانی واریانس‌ها نیز با استفاده از آزمون Levene بررسی گردید. بر اساس داده‌های جدول ۲، سطح معنی‌داری مربوط به شاخص‌های آماری این آزمون‌ها بیشتر از ۰/۰۵ به دست آمد ($P > ۰/۰۵۰$). پس این پیش‌فرض‌ها برقرار می‌باشد.

نتایج آزمون هم‌خطی رابطه بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون و همچنین، پیش‌آزمون و پیگیری در جدول ۳ ارایه شده است. سطح معنی‌داری آماره F این آزمون کمتر از ۰/۰۵ به دست آمد ($P < ۰/۰۵۰$). بنابراین، می‌توان گفت که این پیش‌فرض برقرار است. همچنین، نتایج تحلیل یکسانی ضرایب رگرسیون در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۳ نشان داده است. سطح معنی‌داری آماره F این آزمون بیشتر از ۰/۰۵ گزارش شد ($P > ۰/۰۵۰$) و فرض یکسانی ضرایب رگرسیون برقرار است.

با توجه به برقراری مفروضه‌ها، در ادامه پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، گروه‌ها در مراحل پس‌آزمون و پیگیری مقایسه شدند.

بر اساس یافته‌های جدول ۴، تفاوت معنی‌داری بین گروه‌ها (آزمایش و شاهد) در متغیر علایم روانی و مؤلفه‌های آن در مرحله پس‌آزمون وجود داشت ($P < ۰/۰۵۰$). علاوه بر این، در مرحله پیگیری نیز (پس از کنترل اثر پیش‌آزمون) بین گروه‌ها اختلاف معنی‌داری مشاهده شد ($P < ۰/۰۵۰$) ومیانگین علایم روانی و مؤلفه‌های آن در گروه آزمایش که تحت درمان ACT بودند نسبت به گروه شاهد که هیچ درمانی دریافت نکردند، به طور معنی‌داری کاهش یافت.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که روش ACT در راستای کنترل اختلالات روان‌شناختی مرتبط با درد مزمن می‌تواند بر کاهش علایم روانی و مؤلفه‌های آن (افسردگی، اضطراب و استرس) در بیماران زن مبتلا به فیبرومیالژیا نسبت به گروه شاهد مؤثر باشد که این نتایج با یافته‌های پژوهش Luciano و همکاران (۲۳) همخوانی داشت. آن‌ها به این نتیجه رسیدند که درمان ACT منجر به کاهش معنی‌دار درد ذهنی و اضطراب و افسردگی مبتلایان می‌شود (۲۳). همچنین، با نتایج تحقیق Vowles و همکاران مبنی بر تأثیر درمان ACT بر شاخص‌های درد در دردهای مزمن (۲۴)، همسو بود.

جدول ۲. نتایج آزمون پیش‌فرض نرمال بودن متغیرها و یکسانی واریانس‌ها

متغیر	گروه‌ها نوبت ارزیابی	آزمایش		شاهد		آزمون Levene	
		آماره Z	مقدار P	آماره Z	مقدار P	آماره Z	مقدار P
علایم روانی (کل)	پس‌آزمون	۰/۱۵	۰/۲۰۰	۰/۲۱	۰/۲۰۰	۰/۰۴	۰/۸۴۰
	پیگیری	۰/۲۳	۰/۲۰۰	۰/۱۴	۰/۲۰۰	۰/۵۴	۰/۴۷۰
افسردگی	پس‌آزمون	۰/۲۷	۰/۱۰۰	۰/۱۵	۰/۲۰۰	۰/۰۱	۰/۹۱۰
	پیگیری	۰/۱۵	۰/۲۰۰	۰/۲۲	۰/۲۰۰	۰/۱۷	۰/۶۸۰
اضطراب	پس‌آزمون	۰/۲۱	۰/۲۰۰	۰/۱۷	۰/۲۰۰	۰/۱۰	۰/۷۵۰
	پیگیری	۰/۲۷	۰/۱۲۰	۰/۱۶	۰/۲۰۰	۰/۰۶	۰/۸۰۰
استرس	پس‌آزمون	۰/۲۴	۰/۲۰۰	۰/۱۶	۰/۲۰۰	۰/۰۱	۰/۸۹۰
	پیگیری	۰/۲۲	۰/۲۰۰	۰/۱۴	۰/۲۰۰	۰/۰۷	۰/۷۹۰

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.1.11.7]

جدول ۳. نتایج آزمون پیش‌فرض‌های هم‌خطی و یکسانی ضرایب رگرسیون

گروه‌ها	نوبت ارزیابی	آزمون هم‌خطی		آزمون یکسانی ضرایب رگرسیون	
متغیر		آماره F	مقدار P	آماره F	مقدار P
علایم روانی (کل)	پس‌آزمون	۶/۹۷	۰/۰۲۷	۰/۱۲	۰/۷۳۰
	پیگیری	۶/۴۴	۰/۰۳۱	۲/۵۵	۰/۱۳۰
افسردگی	پس‌آزمون	۱۰/۷۱	۰/۰۱۱	۰/۵۸	۰/۴۶۰
	پیگیری	۲۹/۴۶	۰/۰۰۱	۰/۸۳	۰/۳۸۰
اضطراب	پس‌آزمون	۱۱/۰۷	۰/۰۱۰	۰/۹۸	۰/۳۱۰
	پیگیری	۹/۳۰	۰/۰۱۹	۱/۷۸	۰/۲۰۰
استرس	پس‌آزمون	۶/۱۶	۰/۰۳۸	۰/۲۴	۰/۶۲۰
	پیگیری	۱۳/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۰۴	۰/۸۴۰

نگاهی به مطالعات گذشته در دو دهه اخیر نشان می‌دهد که روش ACT بیش از همه با ویژگی‌های اضطرابی و افسردگی ناشی از بیماری‌ها هماهنگ است.

جدول ٤. نتایج آزمون تحلیل کواریانس برای ارزیابی تفاوت‌های بین گروهی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری

مرحله	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	مقدار P	اندازه اثر
پس‌آزمون	علایم روانی (کل)	۳۱۱/۱۲	۱	۳۱۱/۱۲	۳۵/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۷۴
	افسردگی	۲۵/۷۱	۱	۲۵/۷۱	۲۰/۸۹	۰/۰۰۱	۰/۶۳
	اضطراب	۴۸/۱۲	۱	۴۸/۱۲	۱۶/۸۵	۰/۰۰۱	۰/۵۸
	استرس	۳۰/۴۵	۱	۳۰/۴۵	۱۰/۸۲	۰/۰۰۶	۰/۴۷
پیگیری	علایم روانی(کل)	۲۰۵/۸۲	۱	۲۰۵/۸۲	۱۲/۸۴	۰/۰۰۴	۰/۵۱
	افسردگی	۸/۸۲	۱	۸/۸۲	۵/۷۳	۰/۰۳۴	۰/۳۲
	اضطراب	۲۸/۶۵	۱	۲۸/۶۵	۱۰/۳۷	۰/۰۰۷	۰/۴۶
	استرس	۳۴/۶۴	۱	۳۴/۶۴	۱۰/۱۲	۰/۰۰۸	۰/۴۵

در تبیین چگونگی تأثیر شیوه درمانی ACT بر علایم روان‌شناختی در بیماران مبتلا به درد مزمن و از جمله فیبرومیالژیا، می‌توان گفت که ممکن است علت این تأثیر، تغییر نگرش مراجعان در جلسه نخست نسبت به علت ایجاد افکار غیر منطقی، سیکل منفی و معیوب این افکار و هدف درمان، شروع تمرینات مبتنی بر آگاهی و ایجاد درماندگی خلاق نسبت به راه‌حل‌های گذشته از همان جلسات نخست و همچنین، استقبال بیماران از این نگرش جدید باشد. در واقع، در این شیوه متغیر پذیرش و افزایش توجه و عمل به ارزش‌ها، در درمان افسردگی، اضطراب و استرس به عنوان میانجی تغییر عمل می‌کند. به عبارت دیگر، می‌توان گفت که روش ACT از طریق ایجاد و توسعه «پذیرش» و «افزایش عمل به ارزش‌ها» در مراجعان، تغییرات درمانی را ایجاد می‌کند.

در این درمان تمرینات تعهد رفتاری به همراه تکنیک‌های گسلش و پذیرش و نیز بحث‌های مفصل پیرامون ارزش‌ها و اهداف فرد و لزوم تصحیح ارزش‌ها همگی منجر به کاهش شدت افسردگی، اضطراب و استرس در زنان مبتلا به فیبرومیالژیا شد. این درمان بر تمایل افراد به تجارب درونی تأکید کرد و هدف این بود که به آن‌ها کمک شود تا افکار آزار دهنده‌شان را به عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارامد برنامه فعلی‌شان آگاه شوند و به جای پاسخ به آن، به انجام آنچه در زندگی برایشان مهم و در راستای ارزش‌هایشان است، بپردازند. در اینجا با جایگزین کردن خود به عنوان بافتار، مراجعان توانستند رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به سادگی تجربه نمایند و قادر به جدا کردن خود از واکنش‌ها، خاطرات و افکار ناخوشایند شدند و در نتیجه، منجر به افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی افراد گردید.

در شیوه ACT افراد یاد می‌گیرند که احساساتشان را بپذیرند و در جهت اهداف و ارزش‌هایشان کار کنند؛ به جای این که از آن‌ها فاصله بگیرند یا تلاش نمایند که آن‌ها را متوقف سازند. به افکار و فرایند تفکرشان به وسیله ذهن‌آگاهی بیشتر می‌پردازند و آن‌ها را در جهت فعالیت‌های هدف محور پیوند می‌دهند.

یکی از عوامل مهم در روش ACT، گسلش شناختی است. گسلش شناختی و تمرینات آن باعث می‌شود که افکار کمتر اضطراب‌زا باشد (۲۵). در نتیجه، مبتلایان به فیبرومیالژیا با انجام تمرینات گسلش شناختی، از افکار مربوط به بیماری رها و کمتر به آن آمیخته می‌شوند و این امر منجر به کاهش اضطراب آن‌ها می‌گردد. «خود به عنوان زمینه» از جمله عوامل شش‌گانه روش ACT است و به یک حس متعالی از خود گفته می‌شود که می‌توان از طریق فرایندهای ذهن‌آگاهی و گسلش شناختی به آن دسترسی پیدا کرد. این درمان به بیمار مبتلا کمک می‌نماید تا خود را فارغ از بیماری‌اش ببیند، خود را با افکار و احساسات ناشی از بیماری و با جسمش یا به عبارت دقیق‌تر، با بیماری‌اش یکی نداند. این عمل از طریق تمرین «مشاهده‌گر» تسهیل می‌شود؛ تمرینی که به بیمار کمک می‌کند تا فقط یک مشاهده‌گر باشد، یک مشاهده‌گر بیرونی و جدا از جسم، افکار و احساسات. بنابراین، «خود به عنوان زمینه» پذیرش را تسهیل می‌نماید. با به کارگیری این درمان، به خوبی می‌توان مشکلات روان‌شناختی بیماران زن مبتلا به فیبرومیالژیا از جمله افسردگی، اضطراب و استرس را کاهش داد و باعث کاهش اجتناب تجربه‌ای در این افراد شد که این امر منجر به افزایش امید به زندگی، وفق یافتن با شرایط بیماری و روابط بهتر با اطرافیان می‌شود و کاهش مشکلات مربوط به افسردگی و اضطراب از جمله کاهش علاقمندی به فعالیت‌ها، کندی روانی- حرکتی و... را در برخواهد داشت.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به فقدان زمان کافی برای پیگیری نتایج درمان، عدم بررسی مردان مبتلا به فیبرومیالژیا، کاهش حجم نمونه مورد بررسی در جریان تحقیق و محدود بودن نمونه به افراد با سطح اجتماعی و اقتصادی متوسط و بالا اشاره نمود. پیشنهاد می‌شود پژوهشگران در تحقیقات آینده این موارد را مد نظر قرار دهند.

سپاسگزاری

مطالعه حاضر برگرفته از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد روان‌شناسی با شماره‌ی ۲۳۸۲۰۷۰۵۹۲۰۰۶، مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) می‌باشد. بدین وسیله نویسندگان از کلیه بیماران شرکت‌کننده در پژوهش و همچنین، متخصصان مرکز تحقیقات روماتولوژی بیمارستان الزهرا (س) و مطب‌های خصوصی شهر اصفهان تقدیر و تشکر به عمل می‌آورند.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.1.11.7]
http://rbs.mui.ac.ir

References

1. Amutio A, Franco C, Perez-Fuentes MC, Gazquez JJ, Mercader I. Mindfulness training for reducing anger, anxiety, and depression in fibromyalgia patients. Front Psychol 2014; 5: 1572.
2. Goldenberg DL, Schur PH, Romain PL. Clinical manifestations and diagnosis of fibromyalgia in adults [Online]. [cited 2017]; Available from: URL: https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-fibromyalgia-in-adults
3. Delgado P, Latorre JM. Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy in the treatment of fibromyalgia: A randomised trial. Cogn Ther Res 2013; 37: 1015-26.
4. Greenwood M. Essentials of medical history-taking in dental patients. Dent Update 2015; 42(4): 308-5.
5. Asghari Moghadam MA, Karami B, Rezaei S. The prevalence rates of lifetime pain and chronic pain in two small cities in Iran. Journal of Psychology: 2002; 6(1): 30-51.
6. White CA. Cognitive Behaviour therapy for chronic medical problems: A guide to assessment and treatment in practice. Hoboken, NJ: Wiley; 2001.
7. Mahdavinejad R. The impact of a physical rehabilitation program to reduce symptoms and improve quality of life in patients with fibromyalgia syndrome. Journal of Sports Sciences. 2007; 22: 81-96. [In Persian].
8. Goldenberg DL. Treatment of fibromyalgia syndrome. Rheum Dis Clin North Am 1989; 15(1): 61-71.
9. Wolfe F, Ross K, Anderson J, Russell IJ, Hebert L. The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. Arthritis Rheum 1995; 38(1): 19-28.
10. Aguglia A, Salvi V, Maina G, Rossetto I, Aguglia E. Fibromyalgia syndrome and depressive symptoms: Comorbidity and clinical correlates. J Affect Disord 2011; 128(3): 262-6.
11. Epstein SA, Kay G, Clauw D, Heaton R, Klein D, Krupp L, et al. Psychiatric disorders in patients with fibromyalgia. A multicenter investigation. Psychosomatics 1999; 40(1): 57-63.
12. Samimi M, Khalili B. Analysing depression and anxiety disorders in patients with fibromyalgia. Proceedings of the 5th Congress of psychosomatic; 2013 May 29-30; Shahrekord, Iran. [In Persian].
13. Hosseini SH, Yaghoobi H, Mobin M. Analysing axis one psychiatric disorders in fibromyalgia patients. J Mazandaran Univ Med Sci 2015; 24(122): 348-53. [In Persian].
14. Pampallona S, Bollini P, Tibaldi G, Kupelnick B, Munizza C. Combined pharmacotherapy and psychological treatment for depression: A systematic review. Arch Gen Psychiatry 2004; 61(7): 714-9.
15. Hayes SC, Strosahl KD. A practical guide to acceptance and commitment therapy. Berlin, Germany: Springer Science & Business Media; 2004.
16. Hayes SC, Strosahl KD. A practical guide to acceptance and commitment therapy. Berlin, Germany: Springer Science & Business Media; 2010.
17. McCracken LM, Vowles KE, Eccleston C. Acceptance-based treatment for persons with complex, long standing chronic pain: A preliminary analysis of treatment outcome in comparison to a waiting phase. Behav Res Ther 2005; 43(10): 1335-46.
18. Wicksell RK, Ahlqvist J, Bring A, Melin L, Olsson GL. Can exposure and acceptance strategies improve functioning and life satisfaction in people with chronic pain and whiplash-associated disorders (WAD)? A randomized controlled trial. Cogn Behav Ther 2008; 37(3): 169-82.
19. Johnston M, Foster M, Shennan J, Starkey NJ, Johnson A. The effectiveness of an acceptance and commitment therapy self-help intervention for chronic pain. Clin J Pain 2010; 26(5): 393-402.
20. Wicksell RK, Kemani M, Jensen K, Kosek E, Kadetoff D, Sorjonen K, et al. Acceptance and commitment therapy for fibromyalgia: A randomized controlled trial. Eur J Pain 2013; 17(4): 599-611.
21. Vowles KE, Sorrell JT. Life with chronic pain: An acceptance-based approach therapist guide and patient workbook [Online]. [cited 2008]; Available from: URL: https://contextualscience.org/files/CP_Acceptance_Manual_09.2008.pdf
22. Luciano JV, Guallar JA, Aguado J, Lopez-Del-Hoyo Y, Olivan B, Magallon R, et al. Effectiveness of group acceptance and commitment therapy for fibromyalgia: A 6-month randomized controlled trial (EFFIGACT study). Pain 2014; 155(4): 693-702.
23. Luciano JV, Sabes-Figuera R, Cardenosa E, Penarrubia-Maria T, Fernandez-Vergel R, Garcia-Campayo J, et al. Cost-utility of a psychoeducational intervention in fibromyalgia patients compared with usual care: An economic evaluation alongside a 12-month randomized controlled trial. Clin J Pain 2013; 29(8): 702-11.
24. Vowles KE, McCracken LM, O'Brien JZ. Acceptance and values-based action in chronic pain: A three-year follow-up analysis of treatment effectiveness and process. Behav Res Ther 2011; 49(11): 748-55.
25. Deacon BJ, Fawzy TI, Lickel JJ, Wolitzky-Taylor KB. Cognitive defusion versus cognitive restructuring in the treatment of negative self-referential thoughts: An investigation of process and outcome. J Cogn Psychother 2011; 25: 218-32.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.1.11.7]

The Impact of Group Therapy Based on Acceptance and Commitment on Psychological Indicators (Depression, Anxiety, and Stress) in Women with Fibromyalgia

Negin Salehi[1], Hamid Taher Neshatdoost[2], Hamid Afshar[3]

Original Article

Abstract

Aim and Background: Comorbidity of psychological disorders is very common in patients with chronic pain, including patients with fibromyalgia; it is in a range of depression, anxiety, stress, disappointment, failure, and anger, and accompanied with psychological consequences such as sleep disturbances, disruptions in daily functions, and worries about the future. The purpose of this study was to evaluate the effectiveness of group-based acceptance and commitment therapy on depression, anxiety, and stress in women with fibromyalgia.

Methods and Materials: This study was quasi-experimental study with pretest, posttest, and follow-up, and control group. Among the patients referring to medical centers affiliated to in Isfahan University of Medical Sciences, Iran, in 2016, 24 patients with fibromyalgia syndrome were selected through convenient sampling method, and randomly divided into two groups. The instrument of this study was a short form of Depression, Anxiety, and Psychological Stress Scale (DASS-21). The experimental group received the therapy based on acceptance and commitment during 8 sessions of 2 hours. The covariance analysis method was used to analyze the data.

Findings: Acceptance and commitment therapy in women with fibromyalgia is more effective to control the symptoms of depression, anxiety, and stress, compared to the control group ($P < 0.050$). Moreover, the mean of 3 subscales of depression ($P = 0.001$), anxiety ($P = 0.001$), and stress ($P = 0.006$) decreased significantly in the experimental group in the posttest and follow-up stages compared to the pretest stage.

Conclusions: Group therapy based on acceptance and commitment can reduce the psychological damage in patients and increase their life-richness, in spite of pain and illness, through the creation and development of acceptance and increasing value-based practices.

Keywords: Depression, Anxiety, Stress life, Fibromyalgia, Acceptance and commitment therapy

Citation: Salehi N, Neshatdoost HT, Afshar H. **The Impact of Group Therapy Based on Acceptance and Commitment on Psychological Indicators (Depression, Anxiety, and Stress) in Women with Fibromyalgia.** J Res Behav Sci 2018; 16(1): 78-83.

Received: 29.11.2017 Accepted: 25.01.2018 04.04.2018

1- Department of Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran
2- Professor, Department of Psychology, School of Psychology and Education, University of Isfahan, Isfahan, Iran
3- Associate Professor, Psychosomatic Research Center AND Department of Psychiatry, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
Corresponding Author: Negin Salehi, Email: salehi.negin2009@gmail.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.1.11.7]