

بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ادراک شدت درد در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید شهر اصفهان

فردوس فاطمی^۱، غلامرضا منشئی^۲

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند وسیله‌ای برای کاهش مشکلات روان‌شناختی افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید باشد. هدف از انجام پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ادراک شدت درد در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید شهر اصفهان بود.

مواد و روش‌ها: در این پژوهش نیمه آزمایشی، از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه شاهد و دوره پیگیری استفاده شد. بدین منظور، به مدت دو ماه تعداد ۳۰ نفر از زنان مراجعه‌کننده به مراکز روماتولوژی شهر اصفهان که تشخیص اختلال را توسط روماتولوژیست دریافت کرده و سایر ملاک‌های ورود و خروج به پژوهش را نیز دارا بودند، با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس به عنوان نمونه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و شاهد (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل پرسش‌نامه ادراک شدت درد (McGill) بود که توسط شرکت‌کنندگان تکمیل گردید. سپس، گروه آزمایش در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای مداخله درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفت. تجزیه و تحلیل داده‌ها با روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر انجام شد.

یافته‌ها: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ادراک شدت درد در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید در گروه آزمایش تأثیر معنی‌دار داشت ($P < 0.05$). همچنین، این نتیجه در مرحله پیگیری یک ماهه نیز پایدار بود ($P < 0.05$).

نتیجه‌گیری: با استناد به یافته‌های به دست آمده از پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان یک روش مداخله‌ای در کاهش ادراک شدت درد در افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید مورد استفاده قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: آرتریت روماتوئید، ادراک شدت درد، پذیرش و تعهد

ارجاع: فاطمی فردوس، منشئی غلامرضا. بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ادراک شدت درد در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید شهر اصفهان. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۵؛ ۱۴ (۳): ۳۰۱-۳۹۶

پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۶/۲۳

دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۲/۳۰

مقدمه

پا به طور قریه مبتلا می‌شود، بروز می‌کند. التهاب در مفاصل موجب درد، تورم، خشکی کامل مفاصل و در همراهی آن کاهش قدرت عضلانی در عضلات متصل به مفصل درگیر و ناتوانی در حرکت می‌شود. این وضعیت گاهی می‌تواند بسیار دردناک باشد و علاوه بر تأثیر مخربی که بر مفاصل بدن دارد با تأثیر بر سایر بافت‌ها و ارگان‌های بدن باعث کاهش طول عمر و کارایی آن‌ها می‌گردد. در دوره‌هایی از خاموشی نشانه‌هایی مثل تورم، درد، اختلال خواب و ضعف محو و یا ناپدید می‌شود، اما در سایرین بیماری همیشه فعال است و با زمان پیشرفت می‌کند. درمان‌های موجود در درجه اول بر تسکین درد و کاهش التهاب تمرکز دارد (۲).

دردهای مزمن یکی از مهم‌ترین معضلات پزشکی در جهان است که سالیانه میلیون‌ها نفر دچار آن می‌شوند، ولی درمان مناسبی پیدا نمی‌کنند. در سراسر دنیا دردهای مزمن مهم‌ترین علت رنج و معلولیت انسان بوده است و به طور جدی بر کیفیت زندگی افراد بشر تأثیر می‌گذارد (۳). بسیاری از بیماران

بیماری همانند سلامتی نتیجه تعامل پیچیده متغیرهای زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی است. از این منظر، تنوع در جلوه‌های بیماری به خاطر روابط درونی میان تغییرات بیولوژیک (Biological)، حالت‌های روانی‌شناختی و زمینه‌های فرهنگی و اجتماعی است که به ادراک بیمار از بیماری و پاسخ او به آن، شکل می‌دهد (۱). یکی از بیماری‌هایی که همه ابعاد وجود انسان را تحت تأثیر قرار می‌دهد و علاوه بر مشکلات و ناتوانی‌های جسمانی، پیامدهای اجتماعی و روان‌شناختی مانند افسردگی، اضطراب و فقدان یک زندگی هدفمند را به دنبال دارد، آرتریت روماتوئید (Arthritis rheumatoid) است. این بیماری، یک بیماری چند سیستمی مزمن (Multi chronic system) است که به طور تفریقی در دو سوم بیماران به طور تدریجی با خستگی، بی‌اشتهایی، ضعف عمومی و علائم عضلانی اسکلتی مبهم آغاز شده، هفته‌ها یا ماه‌ها پایدار مانده و هنگامی که چندین مفصل به خصوص مفاصل دست، مچ، زانو و

۱- کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

۲- دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

Email: ravanshenasi_kh92@yahoo.com

نویسنده مسؤول: غلامرضا منشئی

پاسخگویی به این پرسش است که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ادراک شدت درد در زنان مبتلا به آرتریت روماتوئید تأثیر دارد؟

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه شاهد و پیگیری بود. در این پژوهش، متغیر مستقل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و متغیر وابسته ادراک شدت درد در نظر گرفته شد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه مراجعه کنندگان مبتلا به آرتریت روماتوئید بودند که در شهر یور و مهرماه سال ۹۴-۹۵ جهت درمان به مراکز روماتولوژی شهر اصفهان مراجعه کردند. از این‌رو، از جامعه مذکور تعداد ۳۰ نفر به شیوه در دسترس انتخاب و سپس، به صورت تصادفی به ۲ گروه آزمایش و شاهد (هر گروه ۱۵ نفر) گمارده شدند. در ابتدا، از هر دو گروه پیش‌آزمون گرفته شد و سپس، گروه آزمایش طی ۸ هفته، هر هفته یک روز و هر روز ۹۰ دقیقه تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس بسته درمانی Lillis و Hayes قرار گرفت و گروه شاهد هیچ گونه مداخله‌ای دریافت نکرد (۱۹). در پایان جلسات از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد، پس از گذشت یک ماه نیز از هر دو گروه دوباره پس‌آزمون گرفته شد. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارتند از:

- ۱- حداقل سن ۲۰ سال و حداکثر ۶۰ سال
- ۲- حداقل میزان تحصیلات سوم راهنمایی
- ۳- داشتن حداقل شش ماه سابقه آرتریت روماتوئید طبق تشخیص پزشک متخصص روماتولوژی
- ۴- تمایل به شرکت در مطالعه
- ۵- عدم ابتلا به بیماری‌های حاد روان‌شناختی (مانند روان‌پریشی)
- ۶- عدم استفاده از هر نوع درمان دیگری غیر از درمان‌های دارویی طی دوره‌ای که درمان مذکور در جریان است.

پرسش‌نامه ادراک شدت درد (McGill pain questionnaire یا MPQ)

پرسش‌نامه درد McGill (MPQ) توسط Melzack ساخته شد، دارای ۲۰ مجموعه عبارت است و هدف آن سنجش درک افراد از درد، در چهار بعد ادراک حسی درد، ادراک عاطفی درد، ادراک ارزیابی درد و دردهای متنوع و گوناگون می‌باشد. این پرسش‌نامه، از برجسته‌ترین ابزار اندازه‌گیری ادراک شدت درد است که برای اولین بار توسط Melzack و بر روی ۲۹۷ بیمار که از انواع مختلف درد رنج می‌بردند، مورد استفاده قرار گرفت (۲۰). پرسش‌نامه ادراک شدت 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 می‌دهد (۲۱).

روایی و پایایی این پرسش‌نامه توسط Dworkin و همکاران مورد بررسی قرار گرفت (۲۲). یافته‌های این پژوهش پایایی و روایی بالایی را برای این پرسش‌نامه نشان داد.

این پرسش‌نامه در ایران مورد بررسی قرار گرفته و روایی و پایایی آن مطلوب گزارش شده است. برای نمونه، خسروی و همکاران در پژوهش خود ضریب Cronbach's alpha کلی این پرسش‌نامه را ۰/۸۵ و ضریب Cronbach's alpha هر چهار مؤلفه آن را بالای ۰/۸۰ گزارش نموده‌اند (۲۳).

مبتلا به درد مزمن (Chronic pain) در انجام فعالیت‌های معمول خود درجات مختلفی از ناتوانی را تجربه می‌کنند (۴، ۵).

درد مستلزم تلفیق و وساطت تعدادی از فرایندهای انتقالی و مرکزی یعنی فرستادن پیام‌ها از مراکز بالاتر در سیستم اعصاب مرکزی به سمت عضلات و غدد است و حالت هیجانی و انگیزشی اساس درک ماهیت درد را تشکیل می‌دهد (۶). شدت رنج کشیدن به طور عمده تحت تأثیر معنی و مفهوم درد برای بیمار است (۷). درد مزمن وضعیتی تحلیل برنده است؛ به گونه‌ای که نه تنها توانمندی‌های بیمار بلکه توانایی‌های اطرافیان حامی وی را نیز به تحلیل می‌برد (۸). مدل زیستی- روانی- اجتماعی (Biopsychosocial model) درد مزمن به عنوان مدلی چند بعدی، جایگزین مدل ساده انگارانه درد با سرچشمه انسانی شده است. در این مدل عوامل روان‌شناختی و اجتماعی به عنوان عواملی تلقی می‌گردد که به طور غیر مستقیم با فرایند ادراک درد رابطه دارد (۹).

صرف نظر از این که علت درد چیست، درد مزمن تغییرات بسیاری در زندگی روزمره فرد مبتلا ایجاد خواهد کرد و به نظر می‌رسد که چنان چه امکان دستیابی به علاج علت زیربنایی درد وجود نداشته باشد، حل مشکلات به وجود آمده توسط آن از جمله عواطف منفی، حداقل می‌تواند اثر کلی درد را روی بیمار و زندگی او کاهش دهد و کارآمدی فرد را نسبت به قبل بهبود بخشد (۱۰).

رویکردهای زیستی- روانی- اجتماعی نقش بالقوه‌ای در بررسی گسترده‌ای از مؤلفه‌های بدنی، روان‌شناختی و اجتماعی عارضه‌های مزمن دارد و این امر، منطق استفاده از مداخله‌های روان‌شناختی در مدیریت درد مزمن را تشکیل می‌دهد. مداخله‌های روان‌شناختی بر جنبه‌های هیجانی و رفتاری بیماری مانند ادراک شدت درد، اضطراب و استرس تأکید می‌کند (۱۱).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance and commitment therapy) از جمله درمان‌هایی است که در موج سوم مطرح می‌شود (۱۲). از منظر این رویکرد، یکی از عوامل اصلی آسیب‌شناسی در اختلالات هیجانی نحوه ارتباط فرد با افکار، هیجان‌ها و رفتارهای او است. مطالعات انجام شده در این زمینه نیز نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، عملکرد بیماران مبتلا به درد مزمن را بهبود می‌بخشد (۱۳، ۱۴). انوری و همکاران در تحقیقی نشان داده‌اند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، پذیرش درد و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به کمردرد مزمن را افزایش داده است (۱۵). قرایی اردکانی و همکاران نیز نشان داده‌اند که این روش درمانی رویکردی مؤثر در جهت بهبود شدت درد در زنان مبتلا به سردرد میگرنی می‌باشد (۱۶). Kratz و همکاران هم ارتباط پذیرش درد در نتیجه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با کیفیت زندگی بالاتر در بیماران مبتلا به استئوآرتریت را نشان داده‌اند (۱۷). همچنین، McCracken و همکاران تجربه درد و مشکلات روان‌شناختی کمتر و بهزیستی روان‌شناختی بیشتر را در نوجوانان مبتلا به کمردرد مزمن را مرتبط دانسته‌اند (۱۸). از نظر Wicksell و همکاران نیز این رویکرد درمانی عملکرد بیماران مبتلا به درد مزمن را بهبود می‌بخشد (۱۴). با توجه به مشکلات جسمانی و روان‌شناختی افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید از جمله درد زیاد و با توجه به استفاده زیاد این افراد از داروهای ضد درد که خود می‌تواند اثرات جانبی به همراه داشته باشد، استفاده از مداخلات روان‌شناختی کارآمد برای کاهش شدت درد در این افراد ضروری به نظر می‌رسد. از این‌رو، پژوهش حاضر در پی

جدول ۱. آمار توصیفی متغیر ادراک شدت درد به تفکیک گروه آزمایش/ شاهد

متغیر	آماره گروه	میانگین		انحراف معیار	
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
ادراک شدت درد	آزمایش	۵۳/۳۳	۴۳/۸۶	۴۱/۲۰	۳/۸۱
	شاهد	۵۳/۱۳	۵۱/۵۳	۵۲/۸۶	۴/۸۹

حاصل شده در رسیدن به این اهداف بود. در پایان نیز بر لزوم تمرکز بر ذهن‌آگاهی و اهمیت ارزش‌ها به جهت پیشگیری از عود تأکید شد. لازم به یادآوری است که در ابتدای هر جلسه با مرور مطالب و تکالیف جلسه قبل، دشواری‌ها و ابهامات برطرف و در انتهای هر جلسه تکالیف مربوط به جلسه آینده تعیین می‌گردید.

داده‌ها در سطح آمار توصیفی و استنباطی تجزیه و تحلیل شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید و داده‌ها به کمک بسته آماری برای علوم اجتماعی نسخه ۲۱ تحلیل شد.

یافته‌ها

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ادراک شدت درد در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید شهر اصفهان مؤثر بود.

جدول ۱ نشان می‌دهد که میانگین نمرات ادراک شدت درد در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش نسبت به گروه شاهد کاهش داشته است. حال با بررسی نتایج جدول کوواریانس، از لحاظ آماری معنی‌دار بودن یا نبودن کاهش میانگین گروه آزمایش نسبت به گروه شاهد مشخص شد. پیش از آرایه نتایج تحلیل کوواریانس، باید اشاره نمود که نتایج جداول تحلیل آزمون Kolmogorov-Smirnov (جهت بررسی پیش‌فرض نرمال بودن داده‌ها در مرحله پیش‌آزمون) و آزمون Levene (جهت بررسی پیش‌فرض برابری واریانس‌ها) نشان داد که توزیع نمرات پژوهش حاضر دارای برقراری شرط نرمال بودن توزیع نمرات و یکسانی واریانس می‌باشد ($P > 0/05$).

با توجه به نتایج جدول ۲، آموزش متغیر مستقل (آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) توانسته منجر به ایجاد تفاوت معنی‌دار میانگین نمرات متغیر وابسته (میزان ادراک شدت درد در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید) در مرحله پس‌آزمون در سطح خطای ۰/۰۵ گردد. از این رو، این نتیجه حاصل شد که با شاهد متغیرهای مداخله‌گر، میانگین نمرات متغیر ادراک شدت درد در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید با آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کاهش یافت. مقدار تأثیر آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان ادراک شدت درد در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید ۰/۵۵ بود. این بدان معنی است که ۵۵ درصد از تغییرات متغیر وابسته توسط عضویت گروهی تبیین می‌شود.

در ضمن، در پژوهش حاضر ضریب Cronbach's alpha کلی این پرسش‌نامه ۰/۷۸ و ضریب Cronbach's alpha مؤلفه‌ها به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۷۵، ۰/۷۲ و ۰/۷۸ محاسبه شد.

در جلسه نخست پس از آرایه قوانین فرایند درمان در مورد شکایت اصلی، انتظارات و اهداف مراجع از درمان صحبت شد و استفاده از استعاره گودال در جهت تلاش برای رسیدن درمانجو به این بینش که راهبردهای او در مقابل با بیماری ناکارآمد است، از اهداف اصلی این جلسه بود. جلسه دوم، در جهت درماندگی خلاق و این که شاهد خود مسأله است، از استعاره تقلا در جنگ با هیولا با هدف افزایش تعامل درمانجو در جهت فعال‌سازی رفتاری برای زندگی کامل‌تر و غنی‌تر استفاده شد. جلسه سوم با ادامه استخراج تجربه درمانجو برای تقویت شناخت شاهد خود یک مشکل است و انجام تمرینات حمایتی از جمله تعیین درجه موفقیت ظاهری در شاهد عمدی احساسات، رنج ناپاک و هزینه‌های شاهد با استفاده از استعاره‌های ببر گرسنه و لیموترش انجام گرفت. جلسه چهارم با هدف معرفی مفهوم گسلش شناختی از افکار و احساسات ناخوشایند و تسهیل راهبردهایی برای گسلش و تغییر کلامی که در خدمت افزایش تمایل است، با استفاده از استعاره‌های مربوط از جمله استعاره اتوبوس برگزار شد. همچنین، شناسایی هدف ساده رفتاری که نیازمند گسلش و تمایل باشد، در این جلسه انجام شد. سنجش توانایی درمانجو برای گسلش از افکار و احساسات ناخوشایند و نشان دادن سایر راه‌های عملی برای پرورش گسلش با استفاده از استعاره دست‌ها و تمرینات ذهن‌آگاهی و شناسایی اهداف رفتاری نیازمند گسلش و تمایل در جلسه پنجم انجام گرفت. اهمیت ارزش‌ها، تصریح آن‌ها و تفهیم به درمانجو که چگونه ارزش‌ها تمایل یا پذیرش را ارزشمند جلوه می‌دهد، با هدف این که درمانجو پیوسته ارزش‌های خود را به عنوان منشأ تعهد درک کند و در خدمت فعال‌سازی رفتاری و اهداف شخصی خود به کار برد، با استفاده از استعاره مراسم تدفین در جلسه ششم مورد توجه قرار گرفت. هدف اصلی در جلسه هفتم معرفی تمایز خود مفهوم‌سازی شده در برابر خود مشاهده‌گر که به عنوان یک چشم‌انداز در محدوده گسلش و ذهن‌آگاهی اتفاق می‌افتد و استفاده از استعاره‌های تخته شطرنج و تمرین خود مشاهده‌گر در جهت هدف اصلی این جلسه از درمان صورت گرفت. هدف اصلی جلسه هشتم کشف ارتباط بین اهداف، فعالیت‌ها و همچنین، استحکام بخشیدن به عوامل تمایل و گسلش در خدمت دستیابی به ارزش‌ها، اهداف رفتاری و همچنین، منعکس کردن پیشرفت

جدول ۲. تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی بر میزان ادراک شدت درد در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید

متغیرها	شاخص‌های آماری	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر	توان آزمون
پیش‌آزمون		۲/۳۲	۱	۱/۳۲	۰/۱۷	۰/۶۷۰۰	۰/۰۷	۰/۰۶
عضویت گروهی		۴۳۹/۰۸	۱	۴۳۹/۰۸	۳۳/۳۸	۰/۰۰۰۱	۰/۵۵۰	۱/۰۰
خطا		۳۵۵/۱۴	۲۷	۱۳/۱۵				
کل		۶۹۰/۵۷	۳۰					

جدول ۳. نتایج مربوط به اثرات درون گروهی با در نظر گرفتن متغیر زمان

مدل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات S	F آماره آزمون	Sig سطح معنی داری	مجذورات اندازۀ اثر	توان آماری
زمان × گروه	۴۹۱/۲۶	۲	۲۴۵/۶۳	۱۵/۷۹	۰/۰۰۰۱	۰/۳۶	۱
خطای زمان	۸۷۰/۷۱	۵۶	۱۵/۵۴				

ناخوشایند، آگاهی متمرکز بر لحظه حال و درگیری و مشارکت در فعالیت‌هایی که در راستای ارزش‌های شخصی مرتبط با اهداف رفتاری است، تأکید دارد. بنابراین، در جهت تبیین علت کاهش ادراک شدت درد در پژوهش حاضر، باید اصلی‌ترین سازه نظری در پذیرش و تعهد درمانی یعنی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را در نظر گرفت که به معنی توانایی برای انجام عمل مؤثر در راستای ارزش‌های فردی برخلاف حضور درد است. در واقع، مکانیسم اصلی اثرگذاری این روش درمانی، متمرکز بر این نکته می‌باشد که این روش درمانی به جای این که بر روی برطرف‌سازی و حذف عوامل آسیب‌زا تمرکز نماید، به ایجاد تمایل برای درگیر شدن در اهداف و فعالیت‌های ارزشمند شخص تأکید دارد. پذیرش و تعهد درمانی فرایند محور هستند و آشکارا بر ارتقای پذیرش تجربیات روان‌شناختی بدون پیش گرفتن روشی ارزیابانه و تعهد از طریق افزایش فعالیت‌های معنی‌بخش، انعطاف‌پذیر و سازگارانه مراجعان تأکید می‌کند.

بر اساس نتایج این پژوهش، بیمار می‌آموزد که از طریق تمرکز بر وقایع واقعی زمان حال و درگیری با اهداف ارزشمند خود، درد ناشی از بیماری را آگاهانه پذیرفته و آن را جزئی از بیماری خود بداند. طبق نظریه Melzack و Wall عوامل روان‌شناختی بر ادراک شدت درد تأثیر دارد (۲۴).

بنابراین، وقتی به مراجعان آموزش داده می‌شود که هیجانات و احساسات خود را بدون به کارگیری مکانیسم‌های دفاعی بپذیرند و بتوانند فارغ از ارزیابی اغراق‌آمیز تجارب درونی، به دیگر امور شناختی و رفتاری ارزشمند خود ادامه دهند، به طور معمول از میزان فشار روانی وی کاسته شده و در نتیجه این کاهش فشار روانی منجر به افزایش کیفیت زندگی و کاهش شدت تجربه درد می‌گردد.

سپاسگزاری

این پژوهش با مشارکت بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید مراجعه کننده به مراکز روماتولوژی شهر اصفهان انجام گرفت. بدین وسیله از مسؤولان محترم و بیماران مشارکت کننده در پژوهش تقدیر و تشکر می‌گردد.

حال به بررسی نتایج جدول واریانس با اندازه‌گیری مکرر پرداخته می‌شود تا تداوم تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ادراک شدت درد در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید در طول زمان مشخص گردد.

نتایج آزمون Mauchly نشان داد که فرض کرویت که از پیش فرض‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بوده، برآورده شد ($0/98 = \text{نمره آزمون}$ ، $0/41 = \text{مجذور تقریبی } \chi^2$ ، $2 = \text{درجه آزادی}$ ، $P = 0/81$).

با توجه به نتایج جدول ۳، آموزش متغیر مستقل (آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) توانسته منجر به ایجاد تفاوت معنی‌دار میانگین نمرات متغیر وابسته (میزان ادراک شدت درد در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید) در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در سطح خطای $0/05$ گردد. از این‌رو، آموزش درمان پذیرش و تعهد منجر به تأثیر معنی‌دار در طول زمان بر ادراک شدت درد در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید شد.

بحث و نتیجه‌گیری

در این مطالعه مشخص شد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ادراک شدت درد تأثیر معنی‌داری داشت و نتایج در طول زمان نیز ثابت بود ($P < 0/05$). این یافته با نتایج پژوهش‌های Wicksell و همکاران (۱۴)، انوری و همکاران (۱۵) قرایی اردکانی و همکاران (۱۶)، Kratz و همکاران (۱۷) و McCracken و همکاران (۱۸) همخوان است و یافته‌های آن‌ها را مورد تأیید قرار می‌دهد.

فرد از فعالیت‌هایی با این تصور که درد را گسترش می‌دهد، اجتناب می‌کند. درد همراه با واکنش‌های هیجانی خاصی است که نه تنها بر تجربه ادراک شدت درد تأثیر می‌گذارد، بلکه بر طول مدت ناتوانی و از کارافتادگی بیمار نیز تأثیرگذار است. در همین راستا، در جهت حضور و نقش فعال هیجانات در زمینه درد باید به اصل پذیرش و تصریح ارزش‌ها اشاره نمود. پذیرش درد شامل تمایل فعال بر حضور درد و همچنین، افکار و احساسات همراه با آن در کنار انجام فعالیت‌های ارزشمند و رسیدن به اهداف فردی است.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پذیرش هرچه بیشتر احساسات

References

- Gatchel RJ, Peng YB, Peters ML, Fuchs PN, Turk DC. The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. Psychol Bull 2007; 133(4): 581-624.
- Fusi A, Longo, Kasper, Hoser, Lewskalgiro. Rheumatology diseases. Trans. Montazery M. Tehran, Iran: Arjmand Publications; 2013. [In Persian].
- Loeser JD, Butler SH, Chapman CR, Turk DC. Bonica's management of pain. 3rd ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins; 2001.
- Asghari A. Psychometric properties of a modified version of the Roland-Morris disability questionnaire (M-RMDQ). Arch Iran Med 2011; 14(5): 327-31.
- Blyth FM, March LM, Nicholas MK, Cousins MJ. Chronic pain, work performance and litigation. Pain 2003; 103(1-2): 41-7.
- Thorn BE. Cognitive therapy for chronic pain: a step-by-step guide. New York, NY: Guilford Press; 2004. [In Persian].
- Turk DC, Melzack R. Handbook of pain assessment. New York, NY: Guilford Press; 2001.

8. Gatchel RG, Turk DC. Psychology of pain. Trans. Asghari Moghaddam MA, Najarian B, Mohammadi M, Dehghan M. Tehran, Iran: Roshd Publications; 2002. [In Persian].
9. Turk DC, Okifuji A. Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution. *J Consult Clin Psychol* 2002; 70(3): 678-90.
10. Nicholas MK, Asghari A. Investigating acceptance in adjustment to chronic pain: is acceptance broader than we thought? *Pain* 2006; 124(3): 269-79.
11. Morley S, Eccleston C, Williams A. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain* 1999; 80(1-2): 1-13.
12. Twohig MP. Acceptance and commitment therapy: Introduction. *Cogn Behav Pract* 2012; 19(4): 499-507.
13. Wicksell RK, Melin L, Lekander M, Olsson GL. Evaluating the effectiveness of exposure and acceptance strategies to improve functioning and quality of life in longstanding pediatric pain-a randomized controlled trial. *Pain* 2009; 141(3): 248-57.
14. 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.
15. Anvari MH, Ebrahimi A, Neshatdoust HT, Afshar H, Abedi A. The effectiveness of acceptance and commitment therapy accepting pain, pain-related anxiety and pain in male patients with chronic pain. *J Isfahan Med Sch* 2014; 32(295): 1-9. [In Persian].
16. Gharaei Ardakani S, Azadfallah P, Tavallaei A. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on pain experience in women with chronic pain. *Journal of Clinical Psychology* 2012; 4(2): 39-50. [In Persian].
17. Kratz AL, Davis MC, Zautra AJ. Pain acceptance moderates the relation between pain and negative affect in female osteoarthritis and fibromyalgia patients. *Ann Behav Med* 2007; 33(3): 291-301.
18. McCracken LM, Gauntlett-Gilbert J, Eccleston C. Acceptance of pain in adolescents with chronic pain: validation of an adapted assessment instrument and preliminary correlation analyses. *Eur J Pain* 2010; 14(3): 316-20.
19. Lillis J, Hayes SC. Measuring avoidance and inflexibility in weight related problems. *Int J Behav Consult Ther* 2008; 4(1): 30-40.
20. Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: Major properties and scoring methods. *Pain* 1975; 1(3): 277-99.
21. Mason ST, Arceneaux LL, Abouhassan W, Lauterbach D, Seebach C, Fauerbach JA. Confirmatory factor analysis of the Short Form McGill Pain Questionnaire with burn patients. *Eplasty* 2008; 8: e54.
22. 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-MPQ-2). *Pain* 2009; 144(1-2): 35-42.
23. Khosravi M, Sadighi S, Moradi Sh, Zendehdel K. Persian-McGill pain questionnaire translation, adaptation and reliability in cancer patients: a brief report. *Tehran Univ Med J* 2013; 71(1): 53-8. [In Persian].
24. Melzack R, Wall PD. Pain mechanisms: a new theory. *Science* 1965; 150(3699): 971-9.

The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy Based on Pain Intensity Perception among Patients with Rheumatoid Arthritis in Isfahan

Ferdos Fatemi¹, Gholamreza Manshaei²

Original Article

Abstract

Aim and Background: Acceptance and commitment therapy can decrease psychological problems of the patients with rheumatoid arthritis. The purpose of the present study was to determine the effectiveness of acceptance and commitment therapy on the pain intensity perception in the patients with rheumatoid arthritis in Isfahan, Iran.

Methods and Materials: This semi-experimental study was conducted using pretest-posttest and control group, with follow-up of the patients. Therefore, 30 women were randomly selected from those who referred to rheumatology centers in Isfahan and were diagnosed with rheumatoid arthritis by a rheumatologist and met other inclusion criteria. They were randomly assigned into experimental group and control group (15 individuals in each group) and followed up for two months. The data was collected using McGill's pain intensity perception questionnaire which was completed by the participants. Then the experimental group received eight 90-minute sessions of acceptance commitment therapy intervention. The data was analyzed using repeated measures ANOVA.

Findings: Acceptance and commitment therapy had significant effect on the pain intensity perception in patients with rheumatoid arthritis in experimental group ($P < 0.50$). This result was also observed after a one-month follow-up ($P < 0.05$).

Conclusions: It can be concluded that acceptance and commitment therapy can be used as an intervention to decrease pain intensity perception in patients with rheumatoid arthritis.

Keywords: Rheumatoid arthritis, Pain intensity perception, Acceptance and commitment

Citation: Fatemi F, Manshaei G. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy Based on Pain Intensity Perception among Patients with Rheumatoid Arthritis in Isfahan. J Res Behav Sci 2016; 14(3): 296-301.

Received: 19.05.2016

Accepted: 13.09.2016

1- Department of Psychology, School of Educational Sciences and Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

2- Associate Professor, Department of Psychology, School of Educational Sciences and Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Gholamreza Manshaei, Email: ravanshenasi_kh92@yahoo.com