



The Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Therapy on Acceptance of Pain in Female Patients with Multiple Sclerosis

Mohammadreza Hosseinpour¹, Laleh Samiei²

1. PhD student of Psychology. Torbat Jam Branch, Islamic Azad University, Torbat Jam, Iran
2. M.A in Clinical Psychology, Lorestan University of Medical Sciences

ABSTRACT

Aims and background: There is ample evidence that pain is a common problem in multiple sclerosis patients. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of acceptance-based therapy and commitment to acceptance in female patients with multiple sclerosis.

Material and Methods: The research method was semi-experimental pre-test-post-test with control group. Among patients with multiple sclerosis who visited Imam Sadegh Hospital in Aligudarz, 30 were randomly selected and replaced in two experimental and control groups (15 in each group). The subjects answered the McCracken et al. Pain acceptance questionnaire has been filled in three stages: pre-test, post-test, and one month later in the follow-up phase. The experimental group underwent 10-hour group therapy sessions based on Welsh and Sorrel acceptance and commitment methods, but the control group did not receive any intervention.

Results: To analyze the data, repeated analysis of variance was used. The results showed that the difference between the research stages, groups and the interaction of research stages and groups in changing pain acceptance was significant ($p < 0.05$).

Conclusion: These findings, while confirming the effectiveness of acceptance-based therapy and commitment to pain acceptance, showed that acceptance-based therapy and commitment can be used as a psychological intervention along with other interventions to reduce the problems of these patients.

Keywords: multiple sclerosis, pain acceptance, treatment based on acceptance and commitment

► Please cite this paper as:

Hosseinpour M R, Samiei L [The Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Therapy on Acceptance of Pain in Female Patients with Multiple Sclerosis(Persian)]. J Anesth Pain 2021;11(4): 30-40.

Corresponding Author: Mohammadreza Hosseinpour, PhD student of Psychology. Torbat Jam Branch, Islamic Azad University, Torbat Jam, Iran

Email: psych.researcher89@gmail.com

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۱۱، شماره ۴، زمستان ۱۳۹۹

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پذیرش درد در بیماران

مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس



محمد رضا حسین پور^۱، لاله سمیعی^۲

۱. دانشجوی دکترای روان شناسی، واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران

۲. کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوارسگان

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۵/۱

تاریخ بازبینی: ۱۳۹۹/۴/۲۹

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۴/۲

چکیده

زمینه و هدف: شواهد مبرهنی وجود دارد که درد به عنوان یک مشکل شایع در بیماران مالتیپل اسکلروزیس وجود دارد. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پذیرش و تعهد بر پذیرش در بیماران زن مبتلا مالتیپل اسکلروزیس انجام شد.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش، نیمه تجربی از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود. از بین بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس که به بیمارستان امام صادق شهرستان الیگودرز مراجعه کرده بودند ۳۰ نفر به طور تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایشی و کنترل جایگزین شدند (هر گروه ۱۵ نفر). و آزمودنی‌ها به پرسشنامه پذیرش درد مزمن مک کراکن و همکاران، در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و یک ماه بعد در مرحله پیگیری پاسخ دادند. گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه گروهی یک ساعته تحت درمان به روش مبتنی بر پذیرش و تعهد ولز و سورل صورت گرفتند ولی گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند.

یافته‌ها: برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، از تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری استفاده شد. نتایج نشان داد که تفاوت بین مراحل پژوهش، گروه‌ها و تعامل مراحل پژوهش و گروه‌ها در متغیر پذیرش درد، معنی‌دار بوده است ($p < 0.05$).

نتیجه‌گیری: این یافته‌ها ضمن تأیید اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پذیرش درد، نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند به عنوان یک مداخله‌ی روان شناختی در کنار سایر مداخلات جهت کاهش مشکلات این بیماران مورد استفاده قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: مالتیپل اسکلروزیس، پذیرش درد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

مقدمه

سلول‌های سیستم عصبی مرکزی است که با دمی‌لینه شدن و ریزش آکسون با انواع علائم و نشانه‌ها از جمله

مالتیپل اسکلروزیس (MS) یک بیماری خود ایمنی

نویسنده مسئول: محمد رضا حسین پور، دانشجوی دکترای روان شناسی، واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران

پست الکترونیک: psych.researcher89@gmail.com

لاینفک بیماری آنهاست که نمی‌توان برای درمان آن مداخله‌ای صورت داد، و باید همانطور که با بیماری خود زندگی می‌کنند آن را نیز تحمل کند^(۱۱). درد در افراد مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس به طور معناداری برای شرکت در فعالیت‌های روزانه تداخل می‌کند و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را به طور منفی تحت تاثیر قرار می‌دهد^(۱۱).

در بین بیماران افرادی وجود دارند که بر خلاف درد، هم چنان به انجام وظایف و فعالیت‌های معمول خود ادامه می‌دهند. در سال‌های اخیر علاقه زیادی به شناسایی مکانیزم‌های سازگارانهای که این افراد از طریق آنها سلامت روان شناختی و توانایی کارکردی خود را حفظ می‌کنند، به وجود آمده است^(۱۲). یکی از این عوامل روان شناختی مثبت، پذیرش درد است. پذیرش شکل دیگری از مقابله، تسلیم، نادیده گرفتن درد یا افزایش فعالیت رفتاری با هدف کنترل درد نیست^(۱۳). بلکه منظور از پذیرش، تغییر هدف کنترل از رویدادهای کنترل ناپذیر (خود درد و هیجانات منفی همراه با آن) به سمت عوامل قابل کنترل است؛ به عبارت دیگر، تغییر رفتاری که متضمن کارکرد روزانه بهتر بر خلاف وجود درد است^(۱۴). اورس و همکاران در سال ۲۰۰۱ حوزه‌ای از روان شناسی مثبت را در رابطه با درد مزمن مطرح کرده‌اند که بر مبنای آن، بر نقش مفاهیم مثبتی از قبیل پذیرش تأکید دارند. نقش پذیرش در سازگاری با درد مزمن ساهاست که در مراکز پزشکی مورد بحث است. پذیرش درد به معنای میل به درگیر شدن در فعالیت‌ها، علیرغم حضور درد است و اینکه درد، بدون تلاش برای کنترل آن یا اجتناب از آن، تجربه شود^(۱۵). پذیرش درد به معنای میل به درگیر شدن در فعالیت‌ها، علیرغم حضور درد است و اینکه درد، بدون تلاش برای کنترل آن یا اجتناب از آن، تجربه شود. پذیرش درد مزمن شامل تمایل فعال بر حضور درد، همچنین افکار و احساسات همراه با آن در کنار مشغله و درگیری در خصوص انجام فعالیت‌های ارزشمند و رسیدن به اهداف فردی است^(۱۶).

درد همراه است. بیشتر افراد مبتلا به MS در طول دوره بیماری خود دچار انواع مختلف درد از جمله درد عصبی و / یا درد مختلط می‌شوند^(۱). مالتیپل اسکلروزیس (MS) منجر به تعدادی از اختلالات جدی نظیر فلج، ضعف حسی، اسپاستیسیته، اختلالات شناختی و اختلال عملکرد روده و تخمدان می‌شود. اما احتمالاً هیچ اختلال مرتبط با بیماری MS بیشتر از درد مزمن به درمان بالینی بیماران آسیب نمی‌رساند^(۲). شواهد مبرهنی وجود دارد که درد به عنوان یک مشکل شایع در بیماران مالتیپل اسکلروزیس وجود دارد. مطالعات در این زمینه حاکی از آن است که ۴۳ الی ۸۰ درصد بیماران مالتیپل اسکلروزیس، درد را گزارش کرده‌اند^(۳) که ۳۰ درصد از آنها شدیدترین علائم را توصیف می‌کنند^(۴).

درد هم توانایی‌های جسمانی و هم جنبه‌های روانی زندگی را تحت تاثیر قرار می‌دهد^(۵). بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیسی که درد را تجربه می‌کنند، تمایل به کاهش فعالیت دارند که این امر منجر به سفتی و ضعف عضلات می‌شود که متعاقباً درد را افزایش می‌دهد^(۶) و همچنین خطر ابتلا به بیماری‌هایی مانند بیماری‌های قلبی، فشار خون بالا و دیابت را نیز افزایش می‌دهد^(۷). بررسی‌های متعدد نشان می‌دهد که بیماران مبتلا به درد مالتیپل اسکلروزیس به لحاظ فعالیت‌های خانگی، اجتماعی و سایر فعالیت‌ها در مقایسه با افراد سالم در سطح پایین تری قرار دارند^(۸،۹).

تأثیر درد مزمن بر بیمار مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس به دلیل ماهیت طولانی و مزمن بیماری به صورت مشکلات روانی (افسردگی، کاهش اعتماد به نفس) و اختلالات عملکردی (ناتوانی و از کار افتادگی) بروز می‌کند^(۱۰). به طور کلی تاثیر درد مزمن بر بیمار مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس شامل بروز مشکلات روانی (افسردگی و کاهش اعتماد به نفس) و اختلالات عملکردی (ناتوانی و از کار افتادگی) می‌باشد. یکی از علل بدون درمان ماندن درد در بیماران مالتیپل اسکلروزیس طبق یافته‌های پژوهشی آن است که بیماران تصور می‌کنند درد جزء

می‌تواند منجر به پیشبرد درمان‌های طبی شود و کنار آمدن با شرایط جدید کارساز باشد و وضعیت زندگی بیمار را ارتقاء بخشد. این پژوهش به دنبال پاسخگویی به این سوال است که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد پذیرش درد در بیماران مولتیپل اسکلروزیس موثر است؟

مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر، تجربی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد یک ماه از اتمام مرحله پس‌آزمون، آزمون پیگیری به منظور بررسی پایداری اثر درمان صورت گرفت. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس بودند که به بیمارستان امام صادق (ع) شهرستان الیگودرز در تابستان سال ۱۳۹۸ مراجعه می‌کردند. جهت نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شده است. در این پژوهش از میان کل لیست بیماران مبتلا مالتیپل اسکلروزیس که در یک محدود زمانی ۳ ماهه از تیر تا شهریور سال ۱۳۹۸ مراجعه کرده بودند (۵۲ نفر زن) به صورت هدفمند ۳۰ نفر که ملاک‌های ورود به مطالعه را دارا بودند انتخاب و بعد بصورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل جایگزین شدند (هر گروه ۱۵ نفر). مداخله درمانی (پذیرش و تعهد) برای گروه آزمایشی بر اساس بسته درمانی ولز و سورل به صورت گروهی اجرا گردید، در حالی که گروه کنترل این مداخلات درمانی دریافت نکردند. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی این گروه در لیست انتظار درمان در نوبت دوم قرار گرفت تا بعد از آزمون پیگیری نیز مداخلات درمانی برای گروه کنترل اجرا شود.

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: تشخیص اختلال مالتیپل اسکلروزیس توسط متخصص مغز و اعصاب، ابتلا به این بیماری حداقل برای یک سال، عدم ابتلا به اختلالات حاد روانپزشکی همزمان داشتن دیپلم یا سیکل، عدم مشکل شنوایی و یا تکلم، رضایت داشتن از شرکت در درمان و ملاک‌های خروج از پژوهش شامل:

تا کنون درمان روانشناختی زیادی بر روی جنبه‌های مختلف بیماران مولتیپل اسکلروزیس کار شده از جمله اثر بخشی، درمان گروهی شناختی- رفتاری بر سلامت روان^(۱۷)، درمان شناختی- رفتاری بر خستگی^(۱۸)، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و اضطراب^(۱۹) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش شدت درد^(۲۰).

بر خلاف درمان‌های رایج سنتی هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد حذف یا کاهش فراوانی یا شدت تجارب درونی (مثل افکار، هیجانات، احساسات، خاطرات و تمایلات) نیست بلکه قصد دارد مبارزه با کنترل یا حذف این تجارب را کاهش دهد و مشغولیت با فعالیت‌های زندگی معنادار را افزایش دهد. در طول این روش، با اضافه شدن تعهد به تغییر رفتار در جهت ارزش‌ها، پذیرش تعدیل می‌شود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، یک رفتار درمانی موج سوم است که شش فرایند مرکزی دارد که منجر به انعطاف‌پذیری روان شناختی می‌شوند. این شش فرایند عبارتند از: پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهدانه^(۲۱). این نوع روان درمانی، دارای اساس تجربی است که هدفش مبارزه با علائمی است که ممکن است در اختلالات مزمن بسیار برجسته و مخمل باشند. این درمان بر پذیرش به عنوان فرایندی که انعطاف‌پذیری روانشناختی را افزایش می‌دهد متمرکز است و به عنوان یک نیروی بر خلاف اجتناب تجربی و مقابله‌ی ناموثر عمل می‌کند. تمرکز دیگر درمان بر تعهد و عمل در جهت ساختن زندگی پایدار در جهت ارزش‌های مراجع است^(۲۲).

از آنجای که شیوع مولتیپل اسکلروزیس در زنان رو به افزایش است و با توجه به افزایش اختلالات روانشناختی در این بیماران و به دلیل تاثیر درمان‌های روانشناختی بر بهبود علائم جانبی و کندسازی روند بیماری به نظر می‌رسد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر مولفه پذیرش و ارزش‌ها و تغییر رفتار قادر به کاهش علائم جانبی و بهبود وضعیت زندگی این دسته از بیماران می‌باشد. افزایش پذیرش درد بیماران مولتیپل اسکلروزیس

پذیرش بیشتر درد خواهد بود^(۳۳). در بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی ۰/۷۱ گزارش شد. اعتبار همگرا در بررسی همبستگی با خودکارآمدی درد و اعتبار واگرا از طریق محاسبه همبستگی با ناتوانی جسمی، افسردگی، اضطراب، شدت درد و فاجعه آفرینی مورد تأیید قرار گرفت^(۳۴). میزان آلفای کرونباخ پرسشنامه پذیرش درد در این پژوهش برابر با ۰/۸۳ به دست آمد.

یافته‌ها

داده‌های گردآوری شده با استفاده نرم افزار SPSS ویرایش ۲۱ مورد تجزیه و تحلیل داده‌های قرار گرفت. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری استفاده شد. میانگین و انحراف استاندارد سن، تحصیلات و مدت ابتلا به بیماری افراد شرکت کننده در پژوهش به تفکیک عضویت گروهی در جدول ۱ آمده است.

غیبت در بیش از دو جلسه، عدم تمایل به شرکت در جلسات درمانی بودند.

ابزار سنجش

پرسشنامه پذیرش درد مزمن: پرسشنامه حاضر توسط پرسشنامه حاضر توسط مک کراکن، وولز و اکلستون در سال (۲۰۰۴) طراحی شده است. پاسخ دهنده باید پاسخ خود را در مقیاس لیکرت هفت درجه‌ای روبروی هر عبارت علامت بزند. نحوه محاسبه نمره کل پذیرش بدین صورت است که ابتدا عبارات مقیاس تعهد به فعالیت بر اساس مقیاس لیکرت هفت درجه‌ای، از صفر (اصلاً) تا ۶ (همیشه) و عبارات مقیاس رضایت از درد به طور معکوس، یعنی از ۶ (اصلاً) تا صفر (همیشه) نمره‌گذاری شده است و سپس نمرات حاصل از دو خرده مقیاس با هم جمع می‌شوند. در این مقیاس، نمره بین صفر تا ۱۲۰ متغیر است و نمرات بالاتر نشان دهنده

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی شرکت کنندگان به تفکیک عضویت گروهی

گروه‌ها	آزمایش		کنترل	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
سن	۲۷	۲/۵	۲۷/۲	۳/۰۷
تحصیلات	۱۴/۳	۲/۵	۱۴/۲۷	۲/۷
مدت ابتلا	۲/۴۹	۱/۰۸	۲/۰۸	۱/۰۳

برابر با ۲/۴۹ و ۲/۰۸ سال است. به منظور بررسی فرض نرمال بودن داده‌ها از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف استفاده گردید. نتایج حاصل از اجرای این پیش فرض در مورد نمرات متغیرهای این پژوهش در مرحله پیش آزمون در جدول ۲ آمده است.

همان طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین سن در گروه آزمایش برابر با ۲۷ و در گروه کنترل ۲۷/۲ سال است. میانگین تحصیلات در گروه آزمایش و کنترل به ترتیب برابر با ۱۴/۳ و ۱۴/۲۷ سال است. هم چنین میانگین مدت ابتلا به گروه آزمایش و کنترل به ترتیب

جدول ۲. آزمون کلموگروف-اسمیرنف جهت ارزیابی نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای پژوهش در مرحله پیش آزمون

متغیر	گروه‌ها	آماره	درجه آزادی	معناداری
پذیرش درد	پیش آزمون	۰/۲۰۷	۱۳	۰/۱۲۳
	پس آزمون	۰/۱۴۷	۱۵	۰/۲

همان طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، فرض صفر مبنی بر نرمال بودن توزیع نمرات در متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش باقی است یعنی توزیع نمرات صفر مبنی بر نرمال و همسان با جامعه است و کجی و کشیدگی حاصل اتفاقی است (همه سطوح معنی داری بزرگ‌تر از ۰/۰۵ می‌باشد).

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی نمرات متغیرهای پژوهش

متغیر پیش آزمون	آزمایش		کنترل	
	پس آزمون	پیگیری	پس آزمون	پیگیری
میانگین	۵۳/۳۸	۶۰/۶۹	۵۶/۱۵	۵۱/۴۷
پذیرش درد	انحراف استاندارد	۱۰/۴۴	۹/۱	۱۵/۵
			۹/۸	۹/۲

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود میانگین نمرات پذیرش درد در گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری برابر با ۵۳/۳۸، ۶۰/۶۹، ۵۶/۱۵ به دست آمده است. میانگین نمرات گروه کنترل در این متغیر در سه مرحله پژوهش نیز به ترتیب برابر با ۵۱/۴۷، ۶۰/۶۹ و ۵۳/۳۸ می‌شود میانگین در یافته‌های توصیفی مشاهده می‌شود که میانگین نمرات در همه متغیرهای پژوهش در مرحله پس آزمون و پیگیری در گروه آزمایش بهبود بیشتری نسبت به گروه کنترل داشته است.

جدول ۴. آزمون لوین جهت ارزیابی پیش فرض برابری واریانس‌های نمرات در متغیر پذیرش درد

متغیر	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معنی داری
پذیرش درد	۰/۰۰۲	۱	۲۶	۰/۹۶۳

همان طور که در جدول ۴ دیده می‌شود، پیش فرض لوین مبنی بر برابری واریانس‌ها در گروه‌ها در متغیر پذیرش درد در مرحله پیش آزمون در جامعه رد نشده و باقی مانده است. لذا این فرض تأیید می‌شود. (معنی داری به دست آمده بیشتر از ۰/۰۵ است).

جدول ۵. آزمون باکس بررسی برابری کوواریانس‌های نمرات در متغیر پذیرش درد

متغیر	ضریب M باکس	ضریب F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معنی داری
پذیرش درد	۱۱۵/۹۵۴	۱۱۵/۸۶۶	۶	۴۶۰/۳	۰/۰۰۱

همان گونه که در جدول ۵ دیده می‌شود، پیش فرض تساوی کوواریانس‌ها یا روابط بین متغیر در متغیر پذیرش درد تأیید شده است. (معنی داری به دست آمده بیشتر از ۰/۰۵ است).

جدول ۶. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در دو گروه کنترل و آزمایش

متغیر	منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معنی داری	اندازه اثر	توان آماری
پذیرش درد	مراحل پژوهش	۷۵۰/۷۵۶	۱/۳۸۹	۵۴۰/۳۹۱	۴/۸۷	۰/۰۲۳	۰/۱۵۸	۰/۸۸۹
	گروه‌ها	۵۷۷۹/۷۸۹	۱	۵۷۷۹/۷۸۹	۲۹/۳۷	۰/۰۰۱	۰/۵۳	۱/۰۰۰
	تعامل گروه‌ها با مراحل پژوهش	۴۲۳/۴۲۳	۱/۳۸۹	۵۲۰/۷۰۷	۴/۶۹۲	۰/۰۲۶	۰/۱۵۳	۰/۸۷۷

بحث و نتیجه گیری

بر اساس یافته‌های به دست آمده در جدول ۶ تفاوت بین نمرات پذیرش درد در سه مرحله از پژوهش معنی‌دار است ($P=0/023$). همچنین میانگین نمرات این متغیر در دو گروه آزمایش و کنترل نیز تفاوت معنی‌داری دارد ($P=0/001$). نتایج نشان داده است که نزدیک به ۵۳ درصد از تفاوت‌های فردی به تفاوت بین دو گروه مربوط است. علاوه بر این تعامل بین مراحل پژوهش و عضویت گروهی نیز معنی‌دار است ($P=0/026$). به عبارت دیگر تفاوت بین نمرات پذیرش درد در سه مرحله از پژوهش در دو گروه معنی‌دار است. میزان این تفاوت‌ها در حدود ۰/۱۵۳ است. یعنی ۱۵/۳ درصد از واریانس یا تفاوت‌های فردی به تفاوت‌های بین سه مرحله آزمون و عضویت گروهی مربوط است. به عبارت دیگر درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر افزایش پذیرش درد در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مؤثر بوده است.

بر اساس یافته‌های به دست آمده در جدول ۶ تفاوت بین نمرات پذیرش درد در سه مرحله از پژوهش معنی‌دار است ($P=0/023$). همچنین میانگین نمرات این متغیر در دو گروه آزمایش و کنترل نیز تفاوت معنی‌داری دارد ($P=0/001$). نتایج نشان داده است که نزدیک به ۵۳ درصد از تفاوت‌های فردی به تفاوت بین دو گروه مربوط است. علاوه بر این تعامل بین مراحل پژوهش و عضویت گروهی نیز معنی‌دار است ($P=0/026$). به عبارت دیگر تفاوت بین نمرات پذیرش درد در سه مرحله از پژوهش در دو گروه معنی‌دار است. میزان این تفاوت‌ها در حدود ۰/۱۵۳ است. یعنی ۱۵/۳ درصد از واریانس یا تفاوت‌های فردی به تفاوت‌های بین سه مرحله آزمون و عضویت گروهی مربوط است. به عبارت دیگر درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر افزایش پذیرش درد در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مؤثر بوده است.

که اجتناب از فعالیت نقش تعیین کننده‌ای در تسریع فرایند تبدیل درد حاد به درد مزمن بازی می‌کند^(۳۹). هرچند گاهی شدت درد را می‌توان از طریق دارو یا سایر روش‌های پزشکی کم کرد، اما همان گونه که پژوهش‌ها نشان داده‌اند هنگامی که درد مزمن می‌شود، درمان‌های طبی به ندرت قادر به حذف کامل آن هستند^(۳۹). بنابراین توجه به عوامل روانشناختی نظیر پذیرش درد و رویکردهای مربوطه می‌تواند گامی موثر در کاهش میزان درد در بیماران باشد.

در مجموع یافته‌های پژوهش حاضر حاکی از آن است که یک رویکرد صرفاً پزشکی برای بهبود سلامت روان بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس کافی نیست و بدین ترتیب لازم است متخصصان از تأثیر عوامل روان شناختی آگاه باشند و رویکرد جامع‌تری در درمان بیماری بر اساس اتخاذ نمایند که علاوه بر ویژگی‌های جسمانی بر ویژگی‌های روان شناختی نیز توجه نماید.

مطالعه حاضر با محدودیت‌هایی رو به رو بود که تعمیم‌پذیری یافته‌ها را با احتیاط رو به رو می‌کند. از جمله: ۱- از آنجا که نمونه پژوهش حاضر از بین زنان انتخاب شده بود لذا در تعمیم نتایج این پژوهش در جنس مذکر بهتر است جانب احتیاط رعایت شود. ۲- با توجه به اینکه مدت ابتلا به بیماری بین ۱ تا ۴ سال انتخاب شده است لذا در تعمیم نتایج این پژوهش به مدت ابتلای کمتر از ۱ سال و بیشتر از ۵ سال جانب احتیاط رعایت شود. ۳- از آنجا که در نمونه بیمارانی انتخاب شده بودند که در شرایط بیمارستانی قرار داشته و دریافت مداخلات دارویی خاص، ممکن است در وضعیت جسمی و روحی بیماران اثرگذار باشد لذا توجه به این موضوع می‌تواند ضروری باشد. ۴- فاصله زمانی کم بین مراحل پس آزمون و پیگیری، هم از محدودیت‌های پژوهش محسوب می‌شود. در این پژوهش برای اولین بار، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پذیرش درد زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس در ایران را مورد بررسی قرار داده است. با توجه به نتایج پژوهش، این روش

در افزایش توانایی کارکردهای مرتبط با درد، غلبه بر ترس از حرکت و کاهش شکایت از شدت درد در دوره‌های پیگیری شش ماهه داشته است^(۳۵).

در تبیین یافته فوق می‌توان گفت اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به واسطه‌ی فرایندهای حاکم بر این درمان است. یکی از مهمترین تکنیک‌های این درمان، ذهن آگاهی است. پژوهش‌های متعددی تأثیر ذهن آگاهی بر بهبود بیماران مزمن را پر رنگ کرده‌اند در واقع، ذهن آگاهی از طریق کشاندن فرد به زمان حال و گسلش شناختی (دو فرایند اساسی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد)، او را از افکار و هیجانات منفی خود، آگاه می‌سازد و تأثیر آن را کاهش می‌دهد^(۳۶). همچنین می‌توان گفت رویکردی پذیرنده در مواجهه با درد مزمن، حفظ توانایی‌های بیماران را پیش‌بینی می‌کند. حفظ توانایی‌ها بر خلاف وجود درد مزمن از اهداف مهم در برنامه‌های درمانی گوناگون برای درد بیماران است؛ چرا که شواهد بسیاری نشان داده‌اند که اجتناب از فعالیت نقش تعیین کننده‌ای در تسریع فرایند تبدیل درد حاد به درد مزمن بازی می‌کند^(۳۷). بر خلاف این واقعیت، بیماران درد مزمن گاهی با سرسختی زیاد بر جستجو جهت یافتن راهی برای کنترل درد پافشاری می‌کنند. این افراد با پافشاری برای رهایی از درد، ماهیت کنترل نشدنی درد خود را انکار و در عین حال اثبات می‌کنند. تناقض موجود در موقعیت‌هایی از این قبیل، منجر به گرایش به رویکردهای متعادل‌تر مانند رویکردهای مبتنی بر پذیرش شده است که در آن‌ها به بیمار در جهت کنترل جنبه‌های قابل کنترل و پذیرش جنبه‌های غیرقابل کنترل آموزش‌هایی داده می‌شود^(۳۸).

بر اساس یافته‌های پژوهشگران به طور کلی می‌توان گفت رویکردی پذیرنده در مواجهه با درد مزمن، به طور مستقل از شدت درد، حفظ توانایی‌های بیماران را پیش‌بینی می‌کند. حفظ توانایی‌ها بر خلاف وجود درد مزمن از اهداف مهم در برنامه‌های درمانی گوناگون برای درد بیماران است؛ چرا که شواهد بسیاری نشان داده‌اند

بررسی قرار گیرد، پژوهش حاضر در بیماران با مدت زمان ابتلا بیشتر از چهار سال نیز مورد بررسی قرار گیرد همچنین پیشنهاد می‌شود درمان‌های روانشناختی دیگر در کنار درمان پذیرش و تعهد بر روی بیماران اجرا شده و نتایج هر کدام مورد مقایسه قرار گیرد.

تقدیر و تشکر

با سپاس ویژه از همکاری کارکنان بیماران محترم بیمارستان امام صادق (ع) شهرستان الیگودرز و کلیه کسانی که با حمایت‌های معنوی خود ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند.

درمان می‌تواند به عنوان شیوه روان درمانی انتخابی و مکمل درمان پزشکی، در جهت افزایش پذیرش درد و تاب‌آوری زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس به کار گرفته شود. امید است تا نتایج این پژوهش متخصصان مربوط را به اهمیت دادن بیشتر به جنبه روانی این بیماری تشویق کند که نتیجه مستقیم آن می‌تواند درمان بهتر و سریع‌تر بیماری باشد و از نظر اجتماعی و اقتصادی نیز فواید مهمی به همراه دارد. به منظور تایید نتایج این پژوهش، اجرای این پژوهش در سایر شهرهای کشور به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود. همچنین جهت ارائه نتایج بهتر پیشنهاداتی بدین شرح ارائه می‌گردد: پژوهش حاضر در نمونه مردان نیز اجرا شده و نتایج آن مورد

References

1. Mazhari A. Multiple Sclerosis-Related Pain Syndromes: An Imaging Update. *Curr Pain Headache Rep*. 2016 Dec;20(12):63.
2. Saulino M. Multiple Sclerosis Pain [Internet]. Challenging Neuropathic Pain Syndromes: Evaluation and Evidence-Based Treatment. Elsevier Inc.; 2017. 167–175 p. Available from: <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-48566-1.00020-6>
3. Motl RW, McAuley E. Symptom cluster as a predictor of physical activity in multiple sclerosis: preliminary evidence. *J Pain Symptom Manage*. 2009 Aug;38(2):270–80.
4. Foley PL, Vesterinen HM, Laird BJ, Sena ES, Colvin LA, Chandran S, et al. Prevalence and natural history of pain in adults with multiple sclerosis: Systematic review and meta-analysis. *PAIN®* [Internet]. 2013;154(5):632–42. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304395912006471>
5. Nick ST, Roberts C, Billiodeaux S, Davis DE, Zamanifekri B, Sahraian MA, et al. Multiple sclerosis and pain. *Neurol Res* [Internet]. 2012 Nov 1;34(9):829–41. Available from: <https://doi.org/10.1179/1743132812Y.0000000082>
6. Dalgas U, Stenager E. Exercise and disease progression in multiple sclerosis: can exercise slow down the progression of multiple sclerosis? *Ther Adv Neurol Disord* [Internet]. 2011 Nov 30;5(2):81–95. Available from: <https://doi.org/10.1177/1756285611430719>
7. Demaneuf T, Aitken Z, Karahalios A, Leong TI, De Livera AM, Jelinek GA, et al. Effectiveness of Exercise Interventions for Pain Reduction in People With Multiple Sclerosis: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Arch Phys Med Rehabil* [Internet]. 2019;100(1):128–39. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2018.08.178>
8. Goverover Y, Genova HM, Smith A, Lengenfelder J, Chiaravalloti ND. Changes in Activity Participation Following Multiple Sclerosis. *Int J MS Care* [Internet]. 2019 Feb 21; Available from: <https://doi.org/10.7224/1537-2073.2018-036>
9. Cattaneo D, Lamers I, Bertoni R, Feys P, Jonsdottir J. Participation Restriction in People With Multiple Sclerosis: Prevalence and Correlations With Cognitive, Walking, Balance, and Upper Limb Impairments. *Arch Phys Med Rehabil* [Internet]. 2017;98(7):1308–15. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003999317301600>
10. Howarth AL. Will aromatherapy be a useful treatment strategy for people with multiple sclerosis who experience pain? *Complement Ther Nurs Midwifery* [Internet]. 2002;8(3):138–41. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1353611702906281>
11. Kalia L V, O'Connor PW. Severity of chronic pain and its relationship to quality of life in multiple sclerosis. *Mult Scler*. 2005 Jun;11(3):322–7.
12. Richardson EJ, Ness TJ, Doleys DM, Banos JH, Cianfrini L, Richards JS. Depressive symptoms and pain evaluations among persons with chronic pain: catastrophizing, but not pain acceptance, shows significant effects. *Pain*. 2009 Dec;147(1–3):147–52.
13. Vowles KE, McCracken LM. Acceptance and values-based action in chronic pain: a study of treatment effectiveness and process. *J Consult Clin Psychol*. 2008 Jun;76(3):397–407.
14. Esteve R, Ramirez-Maestre C, Lopez-Marinez AE. Adjustment to chronic pain: the role of pain acceptance, coping strategies, and pain-related cognitions. *Ann Behav Med*. 2007 Apr;33(2):179–88.
15. McCracken LM, Eccleston C. Coping or acceptance: what to do about chronic pain? *Pain*. 2003 Sep;105(1–

- 2):197–204.
16. Samiei L. Effectiveness of Acceptance and Commitment Based Therapy on Fatigue, Pain Acceptance and Resilience in Women with Multiple Sclerosis Imam Sadegh Aligodarz Hospital. Islamic Azad University of Khorasgan Branch; 2015.
 17. Famil Sharifian Y, Khalili M, Hasanzadeh Pashang S, Kamarzarin H TME. THE STUDY OF EFFECTIVENESS OF COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY IN GROUP ON MENTAL HEALTH AMONG PRIMARY MS PATIENTS TT . Vol. 24, URMJAMJ. 2013. p. 652–64. Available from: <http://umj.umsu.ac.ir/article-1-1916-en.html>
 18. Chalah MA, Ayache SS. Cognitive behavioral therapies and multiple sclerosis fatigue: A review of literature. J Clin Neurosci [Internet]. 2018;52:1–4. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0967586818302236>
 19. Nordin L, Rorsman I. Cognitive behavioural therapy in multiple sclerosis: a randomized controlled pilot study of acceptance and commitment therapy. J Rehabil Med. 2012 Jan;44(1):87–90.
 20. Kemani MK, Hesser H, Olsson GL, Lekander M, Wicksell RK. Processes of change in Acceptance and Commitment Therapy and Applied Relaxation for long-standing pain. Eur J Pain. 2016 Apr;20(4):521–31.
 21. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. Behav Res Ther. 2006 Jan;44(1):1–25.
 22. Jason B. Luoma, Steven C. Hayes RDW. Learning ACT: An Acceptance and Commitment Therapy Skills-Training Manual for Therapists. Oakland: New Harbinger Publications; 2007.
 23. McCracken LM, Vowles KE, Eccleston C. Acceptance of chronic pain: component analysis and a revised assessment method. Pain. 2004 Jan;107(1–2):159–66.
 24. MESGARIAN F, ASGHARIMOGHADAM MALI, SHAEIRI MR, BROUMAND A, MAROUFI N, EBRAHIMI TAKAMJANI I, et al. THE RELATION BETWEEN ACCEPTANCE OF PAIN AND REDUCED PAIN INTENSITY AND DISABILITY AMONG CHRONIC PAIN PATIENTS. J Res Behav Sci [Internet]. 2012;10(3 (24)):194–203. Available from: <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?ID=339012>
 25. 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 Feb;141(3):248–57.
 26. Anvari MH, Ebrahimi A, Neshat-Doost H, Afshar H, Abedi A. The effectiveness of group-based acceptance and commitment therapy on pain-related anxiety, acceptance of pain and pain intensity in patients with chronic pain. J Isfahan Med Sch. 2014 Jul 20;32:1156–65.
 27. Linton SJ. A review of psychological risk factors in back and neck pain. Spine (Phila Pa 1976). 2000 May;25(9):1148–56.
 28. McCracken LM, Zhao-O'Brien J. General psychological acceptance and chronic pain: there is more to accept than the pain itself. Eur J Pain. 2010 Feb;14(2):170–5.
 29. Dworkin RH, Turk DC, Farrar JT, Haythornthwaite JA, Jensen MP, Katz NP, et al. Core outcome measures for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. Pain. 2005 Jan;113(1–2):9–19.