



Effectiveness of group acceptance and commitment therapy on perceived stress and pain perception of women with fibromyalgia

Parisa Soleymani¹, Reza kazemi^{2*}, Somayyeh Taklavi³, Mohammad Narimani⁴

1. Ph.D. Student of General Psychology, Islamic Azad University, Ardabil, Iran

2. Psychiatrist, Assistant Professor, Department of psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Ardabil, Iran

3. Assistant Professor, Department of psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Ardabil, Iran

4. Professor, Department of psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Ardabil, Iran/

ABSTRACT

Aims and background: Fibromyalgia syndrome is a chronic condition associated with widespread musculoskeletal pain that primarily affects women and has negative impact on psychosocial aspects of one's life. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of group acceptance and commitment therapy on perceived stress and pain perception in women with fibromyalgia.

Materials and methods: This was an experimental single-blind clinical trial study with pretest – posttest design on control group. The statistical population included all women with fibromyalgia who referred to rheumatology specialists in Ardabil in 2019. The subjects were 36 patients with fibromyalgia who were selected based on convenience sampling and were randomly divided into one experimental (N=18) and one control (N=18) group. Patients were evaluated by two questionnaires including Cohen's perceived Stress Scale and MC Gill Pain Questionnaire. Data were analyzed by MANCOVA.

Findings: Result showed that there was a significant difference in perceived stress and pain perception between acceptance and commitment group and control group after treatment.

Conclusion: Group acceptance and commitment therapy might be effective in reducing psychological problems in women with fibromyalgia.

Keywords: Acceptance and commitment therapy[<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/D064869>]

Stress (psychological) [<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/D013315>]

Pain perception[<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/D058748>]

Fibromyalgia[<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/D005356>]

► Please cite this paper as:

Soleymani P, Kazemi R, Taklavi S, Narimani M[Effectiveness of group acceptance and commitment therapy on perceived stress and pain perception of women with fibromyalgia(Persian)]. J Anesth Pain 2020;11(2):68-79.

Corresponding Author: Reza Kazemi, Psychiatrist, Assistant Professor, Department of psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Ardabil, Iran.

Email: dr_reza.kazemi@yahoo.com

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۱۱، شماره ۲، تابستان ۱۳۹۹

اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس ادراک شده و ادراک درد زنان مبتلا به فیبرومیالژیا

پریسا سلیمانی^۱، رضا کاظمی*^۲، سمیه تکلوی^۳، محمد نریمانی^۴

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران
۲. روان‌پزشک، استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران
۳. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران
۴. استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۲/۸

تاریخ بازبینی: ۱۳۹۸/۱۲/۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۹/۲

چکیده

زمینه و هدف: سندرم فیبرومیالژیا یک بیماری مزمن همراه با درد گسترده اسکلتی عضلانی است که در درجه اول زنان را مبتلا می‌کند و بر بسیاری از ابعاد زندگی روان‌شناختی و اجتماعی فرد تاثیر منفی می‌گذارد. این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس ادراک‌شده و ادراک درد زنان مبتلا به فیبرومیالژیا انجام شد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر یک مطالعه آزمایشی یک‌سویه کور با کارآزمایی بالینی بود که با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل اجرا شد. جامعه آماری شامل کلیه زنان مبتلا به فیبرومیالژیا بود که در نیمه اول سال ۱۳۹۸ به مطب متخصصان روماتولوژی شهر اردبیل مراجعه کرده بودند. نمونه، ۳۶ بیمار زن مبتلا به فیبرومیالژیا بود که به صورت در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی ساده در دو گروه آزمایش (۱۸ نفر) و کنترل (۱۸ نفر) جای گرفتند. جهت ارزیابی بیماران از پرسشنامه‌های استرس ادراک‌شده کوهن و پرسشنامه درد مک‌گیل استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس انجام گردید.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که در استرس ادراک‌شده و ادراک درد بین دو گروه پذیرش و تعهد و گروه کنترل در مرحله بعد از درمان اختلاف معناداری وجود دارد.

نتیجه‌گیری: درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند در کاهش مشکلات روان‌شناختی زنان مبتلا به فیبرومیالژیا موثر باشد.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، استرس (روان‌شناختی)، ادراک درد، فیبرومیالژیا

مقدمه

و وجود نقاط حساس منتشر در غیاب هرگونه التهاب یا نابهنجاری ماهیچه‌ای - اسکلتی مشخص می‌گردد^(۱). این سندرم با علائمی نظیر خستگی، بی‌خوابی، سفتی

سندرم فیبرومیالژیا (FMS)، یک بیماری بسیار شایع و مزمن ماهیچه‌ای - اسکلتی می‌باشد که با درد گسترده

نویسنده مسئول: رضا کاظمی، روان‌پزشک، استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران
پست الکترونیک: dr_reza.kazemi@yahoo.com

تعریف کرده است^(۱۶). مطالعات نشان دهنده این هستند که بیماران مبتلا به این سندرم سطوح بالایی از استرس را ادراک می نمایند^(۱۷) و بالا بودن استرس ادراک شده با ادراک درد ماهیچه‌ای - اسکلتی بیشتر در سندرم فیبرومیالژیا همراه است^(۱۸). با این حال چگونگی تعامل جنبه‌های روان‌شناختی استرس با پردازش درد مرتبط با مغز تا حد زیادی ناشناخته مانده است. به نظر می‌رسد که استرس یک نقش اساسی در تنظیم تعداد زیادی فرایند کلیدی در فیبرومیالژیا داشته باشد که منجر به افزایش علائم بیماری از جمله درد می‌شود^(۱۵) انجمن بین‌المللی مطالعه درد، درد را به عنوان تجربه حسی یا هیجانی ناخوشایند مرتبط با آسیب واقعی یا بالقوه تعریف می‌کند. ادراک درد از دو بعد حسی و عاطفی تشکیل می‌شود، بعد حسی ادراک درد بیانگر شدت درد و بعد عاطفی آن نشان دهنده میزان ناخوشنودی فرد از تجربه درد است^(۱۹). درد، مشخص‌ترین علامت فیبرومیالژیا می‌باشد^(۹) و بر بسیاری از ابعاد زندگی فرد تاثیر می‌گذارد و با اختلال در فعالیت‌های روزمره و عادی، تغییر در توانایی برای کار کردن، ممانعت از خواب کافی و عدم رضایت از زندگی همراه است^(۲۰). نتایج تحقیقات نشان داده‌اند که بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا نمرات بالا در مقیاس درد و ادراک درد دارند^(۲۱). درمان‌های مختلف دارویی و غیردارویی برای درمان بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا به کار گرفته شده است. رایج‌ترین درمان‌های دارویی شامل ضدافسردگی‌های سه‌حلقه‌ای، مهارکننده‌های بازجذب مجدد سروتونین و نیز گاباپنتین می‌باشد^(۲۲). ولی زمانی که از داروها برای کاهش علائم این سندرم استفاده می‌شود ممکن است اثرات جانبی این داروها خود باعث افزایش بروز سایر مشکلات گردد^(۲۳). درمان‌های غیردارویی بیشتر شامل استفاده از طب سوزنی، ماساژ درمانی، تمرینات ورزشی و نیز درمان‌های روان‌شناختی می‌باشد^(۲۴). از جمله درمان‌های روان‌شناختی به کار برده شده، درمان شناختی - رفتاری، هیپنوتراپی، درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی و تن‌آرامی می‌باشد که تاثیرات متفاوتی بر روی علائم جسمانی و روان‌شناختی

صبحگاهی، اضطراب و افسردگی همراه است و نقص‌های شناختی نظیر فراموشی و دشواری در تمرکز به وفور در بیماران مبتلا مشاهده می‌شود^(۳). شیوع جهانی فیبرومیالژیا در جمعیت عمومی مابین ۰/۲ تا ۶/۶ درصد گزارش شده است^(۴). در ایران نیز شیوع این سندرم در جمعیت عمومی ۱/۷۸ درصد؛ در زنان ۳/۹۸ درصد و در مردان ۰/۱ درصد گزارش شده است^(۵). با این حال مطالعات مختلف نشان دهنده شیوع بالاتر آن در زنان به ویژه در دوران میانسالی می‌باشد، لذا دانش موجود درباره این سندرم اغلب از تحقیقات انجام گرفته بر روی زنان به دست آمده است^(۶). سبب شناسی این بیماری به طور کامل شناخته شده نمی‌باشد با این حال به نظر می‌رسد که هم عوامل ژنتیکی و هم محیطی و روان‌شناختی در شکل‌گیری آن دخیل می‌باشند^(۷). از موارد احتمالی بیان شده در سبب‌شناسی فیبرومیالژیا میتوان به پلی‌مورفیسم در ژن‌های خاص، پایین بودن سطح ویتامین D، کمبود برخی اسیدهای آمینه، بیش‌حساسیتی سیستم عصب مرکزی، بیش‌حساسیتی نسبت به محرک‌های فیزیکی و روان‌شناختی حاضر در محیط، نوع سبک زندگی نظیر استعمال دخانیات؛ نبود فعالیت فیزیکی؛ سواستفاده جسمانی یا جنسی در دوران کودکی و نیز افسردگی و اضطراب اشاره نمود^(۷-۹-۱۰-۱۱). فیبرومیالژیا منجر به کاهش شدید کیفیت زندگی و آسیب روان‌شناختی می‌گردد^(۳). مطالعات مختلف نشان دهنده شیوع بالای اختلالات روانی در بیماران مبتلا به فیبرومیالژیاست^(۱۲). استرس و اضطراب از شایع‌ترین همبودهای روان‌پزشکی در بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا می‌باشند. به نظر می‌رسد که اضطراب و استرس ادراک شده یکی از عوامل راه‌انداز علائم در این سندرم باشد^(۱۳،۱۴). نتایج تحقیقات نشان داده‌اند که در زنان مبتلا به فیبرومیالژیا، استرس ادراک شده با علائم اصلی و دامنه‌ای از متغیرهای روان‌شناختی همراه با سندرم ارتباط دارد^(۱۵). کوهن، استرس ادراک شده را به صورت درجه‌ای که موقیعت‌ها در زندگی فرد استرس‌آور تلقی می‌شوند،

شاخص‌های روان‌شناختی زنان مبتلا به فیبرومیالژیا نشان دادند که این روش درمانی منجر به کاهش افسردگی، اضطراب و استرس در این بیماران می‌گردد^(۳۳). در مقابل برخی از پژوهش‌ها نیز نشان دهنده تأثیر اندک و نامعلوم روش‌های درمانی روان‌شناختی بوده‌اند^(۳۴). با توجه به نتایج متناقض تحقیقات یاد شده و نقش استرس و تأثیر آن بر ادراک درد در این سندرم، پژوهش حاضر درصدد پاسخ‌گویی به این سوال بود که اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس ادراک شده و ادراک درد زنان مبتلا به فیبرومیالژیا به چه میزان است؟

روش مطالعه

پژوهش حاضر یک مطالعه آزمایشی یکسویه کور با کارآزمایی بالینی بود که با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری این پژوهش کلیه زنان مبتلا به فیبرومیالژیا بود که در نیمه اول سال ۱۳۹۸ به مطب متخصصین روماتولوژی شهر اردبیل مراجعه کرده بودند و توسط فوق تخصص روماتولوژی مبتلا به فیبرومیالژیا تشخیص داده شده بودند.

شیوه نمونه‌گیری

نمونه پژوهش شامل ۳۶ نفر از این بیماران بود که به صورت در دسترس انتخاب و سپس به صورت تصادفی ساده در دو گروه به شرح زیر گمارده شدند: ۱۸ نفر در گروه آزمایش (جهت درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد) و ۱۸ نفر در گروه کنترل (پلاسبو).

ملاک‌های ورود به پژوهش

- ۱- تشخیص ابتلا به فیبرومیالژیا توسط پزشک فوق تخصص روماتولوژی
- ۲- تمایل و رضایت آگاهانه برای شرکت در طرح پژوهش
- ۳- دامنه سنی ۲۵-۵۵
- ۴- تحصیلات بالاتر از دیپلم
- ۵- عدم دریافت درمان‌های روان‌شناختی طی ۶ ماه گذشته

این بیماران دارند^(۳۵). دیدگاه‌های روان‌شناختی به خصوص درمان‌های شناختی- رفتاری تاریخچه طولانی در موفقیت برای تسکین دردهای مزمن دارند^(۳۶). از جمله درمان‌های موج سوم شناختی- رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌باشد^(۳۷). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای دامنه گسترده‌ای از مشکلات روان‌شناختی مورد استفاده قرار می‌گیرد و ریشه در تئوری یادگیری و مطالعات آزمایشگاهی فرایندهای پایه‌ای رفتار دارد. این درمان از سنت نظریه چهارچوب ارتباطی و بافتارگرایی کارکردی تبعیت می‌کند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با تکنیک‌های تغییر رفتار از تکنیک‌های پذیرش و ذهن‌آگاهی استفاده می‌کند. در این روش درمانی مجموعه‌ای از فرایندهای درمانی کاربردی و یکپارچه وجود دارد که هسته اصلی آنها انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌باشد. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، عبارت است از ظرفیت برای ادامه دادن رفتار یا تغییر رفتار بر اساس اهداف موجود^(۳۸) و فقدان انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، منشا اصلی درد و رنج حاصل از بیماری‌های مزمن می‌باشد^(۳۸). تحقیقات نشان دهنده مقرون به صرفه‌تر بودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به دارودرمانی در بهبود علائم فیبرومیالژیا می‌باشد^(۳۹). دیون و همکاران با بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر درد مزمن به این نتیجه رسیدند که این روش درمانی تأثیر به‌سزایی در کاهش علائم بیماران مبتلا به درد دارد^(۴۰). ولز و همکاران با به کارگیری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بیماران مبتلا به درد مزمن نشان دادند که این بیماران در طول دوره درمان و دوره‌های پیگیری، حداقل در یکی از معیارهای عملکرد مرتبط با افسردگی، اضطراب، درد و ناتوانی تغییر قابل ملاحظه‌ای پیدا کردند و این تغییرات ارتباط قابل ملاحظه‌ای با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی داشتند^(۴۱). سیمیستر و همکاران در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که درمان آنلاین مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش بسیاری از علائم از جمله درد در بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا می‌شود^(۴۲). صالحی و همکاران (۱۳۹۷) با بررسی تأثیر گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر

۶- عدم وابستگی به مواد مخدر

ملاک‌های خروج

- ۱- غیبت بیش از ۲ جلسه
- ۲- ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی و یا سایر بیماری‌های جسمانی مزمن در حین فرایند درمان

روش مداخله

شیوه مداخله در این پژوهش، درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بود. این شیوه درمانی بر اساس بسته درمانی ولز و سورل بود که در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و به صورت گروهی برگزار شد و فاصله زمانی جلسات یک بار در هفته بود. در پایان تمامی جلسات تکالیف خانگی جهت تسلط آزمودنی‌ها بر موارد آموزش داده شده، ارائه می‌شد. جلسه اول شامل بیان مفاهیم اساسی و آشنایی با درمان، تمرین ناامیدی خلاق و مرور درمان‌های قبلی درد مزمن، بررسی هزینه‌ها و فواید درمان‌های درد، نتیجه‌گیری از جلسه و ارائه تکالیف خانگی بود. در جلسه دوم بحث در مورد ارزش‌های بالقوه و مسئله انتخاب، معرفی مدل رفتاری و مفهوم تغییر رفتار، بحث در مورد ارتباط درد، خلق و عملکرد، تمرین ذهن‌آگاهی، نتیجه‌گیری از جلسه و ارائه تکالیف خانگی انجام گرفت. جلسه سوم شامل بحث در مورد پذیرش درد مزمن و جستجوی ارزش‌های زندگی، تمرین ذهن‌آگاهی، نتیجه‌گیری از جلسه و ارائه تکالیف خانگی بود. در جلسه چهارم شفاف‌سازی ارزش‌ها، بحث در مورد موانع ارزش‌ها، تعیین اهداف و معرفی عمل متعهدانه، تمرین ذهن‌آگاهی، نتیجه‌گیری از جلسه و ارائه تکالیف خانگی صورت گرفت. جلسه پنجم شامل مرور تکلیف و یکنواخت کردن حرکت، تمرین گسستگی از تهدیدهای زبانی و ترفندهای ذهنی، تمرین ذهن‌آگاهی، نتیجه‌گیری از جلسه و ارائه تکالیف خانگی بود. در جلسه ششم، مرور پیشرفت درمان، بحث در مورد عمل متعهدانه، تمرین ذهن‌آگاهی و خودمشاهده‌گری، نتیجه‌گیری از جلسه و ارائه تکالیف خانگی انجام شد.

جلسه هفتم شامل بحث در مورد رنج اولیه و ثانویه، تعهد و موانع شکل‌گیری رضایت، تمرین ذهن‌آگاهی در پیاده‌روی، نتیجه‌گیری از جلسه و ارائه تکالیف خانگی بود. شفاف‌سازی ارزش‌ها، عود و پیشامدهای منفی-آمادگی نه‌پیشگیری، ارائه تکالیف مادام‌العمر و اختتام جلسه در جلسه هشتم صورت گرفت^(۳۵).

ابزار پژوهش

پرسشنامه استرس ادراک‌شده (PSS)

این پرسشنامه توسط کوهن و همکاران در سال ۱۹۸۳ جهت سنجش استرس عمومی ادراک‌شده در یک ماه گذشته ساخته شد و دارای ۱۴ گویه است که بر روی یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از صفر (هرگز) تا ۴ (همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. آلفای کرونباخ این پرسشنامه بر روی سه نمونه به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۸۵ و ۰/۸۶ و اعتبار همگرایی آن ۰/۳۵ گزارش شده است^(۱۶). در ایران ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۴ به دست آمده است^(۳۶). اعتبار این پرسشنامه از طریق محاسبه همبستگی این پرسشنامه و مقیاس‌های مشابه ۰/۵۲ تا ۰/۷۶ گزارش شده است^(۳۷).

پرسشنامه تجدید نظر شده درد مک‌گیل (۲-MPQ-SF)

این پرسشنامه توسط دورکین و همکاران در سال ۲۰۰۹ به منظور بسط و تکمیل پرسشنامه درد مک‌گیل با اضافه کردن ۲ نوع درد نوروپاتی و غیرنوروپاتی یک طراحی گردید. این پرسشنامه دارای ۲۲ ماده است و در دامنه لیکرت صفر (نداشتن احساس درد) تا ۱۰ (درد خیلی شدید) نمره‌گذاری می‌گردد. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی وجود ۴ خرده‌مقیاس درد پیوسته، درد متناوب، درد نوروپاتی و درد عاطفی را تایید کرده‌اند که ضریب آلفای کرونباخ آنها به ترتیب برابر ۰/۸۷، ۰/۸۷ و ۰/۸۳ و ۰/۸۶ و اعتبار همگرایی آن مابین ۰/۵ تا ۰/۷۴ گزارش شده است^(۳۸). در نسخه فارسی این پرسشنامه، آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های فوق به ترتیب ۰/۶۵، ۰/۷۴ و ۰/۷۰ و ۰/۷۳ گزارش شده است. ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس

نوع داروی درمانی و دوز دریافتی صورت نگرفت. با در نظر گرفتن مسائل اخلاقی و با توجه به نتایج پژوهش، گروه کنترل نیز درمان روان‌شناختی مربوطه را دریافت خواهد نمود.

روش‌های تجزیه و تحلیل داده‌ها

داده‌های آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ مورد تحلیل قرار گرفت و برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس استفاده شد.

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش نشان داد که میانگین سنی بیماران ۳۷/۵ بود. ۲۳ نفر آنها متاهل و ۱۳ نفر آنها مجرد بودند. وضعیت شغلی اکثر بیماران هم در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و هم کنترل، کارمند بود و وضعیت تحصیلی بیماران در هر دو گروه اکثراً فوق دیپلم و لیسانس بود. جدول ۱، یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای وابسته (استرس ادراک شده و ادراک درد) را

نیز ۰/۹۲ به دست آمده است و اعتبار همگرایی آن بالای ۰/۴ گزارش شده است^(۳۹).

روش اجرا

این پژوهش شامل دو مرحله ارزیابی بود. مرحله اول پیش از درمان بود که بیماران پس از داشتن ملاک‌های ورود به صورت تصادفی در دو گروه ۱۸ نفره قرار گرفتند و پرسشنامه‌ها جهت ارزیابی در اختیار بیماران قرار گرفت (پیش‌آزمون). مرحله دوم پس از درمان بود که درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با دارودرمانی به مدت ۸ جلسه بر روی بیماران گروه آزمایش اجرا گردید و سپس بار دیگر ارزیابی بر روی بیماران انجام گرفت (پس‌آزمون). گروه کنترل صرفاً در جلسات پلاسبو حاضر شدند که شامل سخنرانی‌های معمول بدون اهداف درمانی بود. بیماران در هر دو گروه، درمان دارویی معمول برای فیبرومیالژیا را دریافت کردند. در هر دو گروه، همسانی دارویی مورد لحاظ قرار گرفت و طی دوره درمانی در هیچ کدام از دو گروه از طرف پزشک مربوطه تغییری در

جدول ۱. مقایسه میانگین دو گروه آزمایش و کنترل در استرس ادراک شده و ادراک درد

| متغیرها | گروه‌ها | نوع آزمون | حداقل | حداکثر | میانگین | انحراف استاندارد |
|-----------------|---------|-----------|-------|--------|---------|------------------|
| استرس ادراک شده | آزمایش | پیش‌آزمون | ۳۵ | ۵۵ | ۴۳/۸۹ | ۷/۰۱ |
| | | پس‌آزمون | ۳۱ | ۴۹ | ۳۹/۵۶ | ۵/۹۲ |
| | کنترل | پیش‌آزمون | ۳۹ | ۵۴ | ۴۶/۳۳ | ۴/۷۰ |
| | | پس‌آزمون | ۳۸ | ۵۵ | ۴۵/۴۴ | ۴/۵۶ |
| ادراک درد | آزمایش | پیش‌آزمون | ۱۴۸ | ۱۸۵ | ۱۶۳/۶۱ | ۸/۱۹ |
| | | پس‌آزمون | ۱۳۲ | ۱۶۷ | ۱۴۸/۰۶ | ۶/۹۵ |
| | کنترل | پیش‌آزمون | ۱۴۷ | ۱۷۲ | ۱۵۷/۹۴ | ۷/۷۸ |
| | | پس‌آزمون | ۱۴۲ | ۱۶۳ | ۱۵۳/۳۹ | ۶/۱۱ |

به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل نشان می‌دهد. نتایج نشان‌دهنده وجود تفاوت بین میانگین نمرات استرس ادراک‌شده و ادراک درد و مولفه‌های آن در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون می‌باشد. جهت بررسی معناداری این تفاوت‌ها از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد. قبل از استفاده از این روش تحلیل، پیش‌فرض‌های آن مورد بررسی قرار گرفتند. جهت بررسی پیش‌فرض نرمال بودن توزیع از آزمون کالموگروف-اسمیرنوف استفاده شد که نتایج حاکی از نرمال بودن توزیع داده‌ها بود ($p > 0/05$). برای بررسی فرض همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده گردید. فرض همگنی واریانس‌ها در مورد متغیر استرس ادراک‌شده برقرار نبود ($F=15/271, p=0/0001$) و در مورد متغیر ادراک درد صرفاً در مورد مولفه درد عاطفی برقرار بود ($F=4/86, p=0/034$)، درد پیوسته؛ $p=0/039$ ؛ $F=4/58$ درد متناوب؛ $p=0/032$ ؛ $F=4/99$ درد نوروپاتی؛ $p=0/220$ ؛ $F=1/56$ درد عاطفی). در این راستا صاحب‌نظران اشاره کرده‌اند که در صورت برابر بودن حجم نمونه در گروه‌ها، تاثیر ناهمگنی واریانس‌ها قابل چشم‌پوشی است. در چنین شرایطی، خطای نوع اول واقعی به خطای نوع اول فرض‌شده در تحقیق نزدیک است^(۴۰). همگنی

ماتریس واریانس-کوواریانس مولفه‌های ادراک درد نیز از طریق آزمون باکس مورد بررسی قرار گرفت. نتایج حاکی از عدم معناداری آزمون باکس بود لذا این فرض نیز تایید گردید ($F=1/02, P=0/416, M=11/79$ باکس). همچنین قبل از تحلیل کوواریانس، فرض همگنی شیب رگرسیون در مورد مولفه‌های ادراک درد بررسی شد و این فرض با توجه به معنی دار نبودن F تعامل ($P=0/406, F=1/059$) برقرار بود.

با توجه به برقرار بودن پیش‌فرض‌ها از تحلیل کوواریانس انجام گردید. نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که با در نظر گرفتن نمرات پیش‌آزمون به عنوان متغیر همپراش، درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به تفاوت معنی‌دار بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر استرس ادراک‌شده به میزان ۵۹ درصد شده است. لذا درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش استرس ادراک شده زنان مبتلا به فیبرومیالژیا موثر بوده است. با توجه به نتایج جدول ۳ با کنترل اثر پیش‌آزمون، سطح معناداری آزمون‌ها حاکی از این است که حداقل از نظر یکی از مولفه‌های ادراک درد (درد پیوسته، درد متناوب، درد نوروپاتی و درد عاطفی) در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد و ۶۹ درصد این

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس اثرات بین گروهی برای گروه‌های آزمایش و کنترل در استرس ادراک‌شده

| منبع تغییرات | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | معنی‌داری | ضریب اتا | توان آزمون |
|--------------|---------------|------------|-----------------|-------|-----------|----------|------------|
| گروه | ۱۲۶/۰۳ | ۱ | ۱۲۶/۰۳ | ۴۸/۰۸ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۵۹۳ | ۱ |

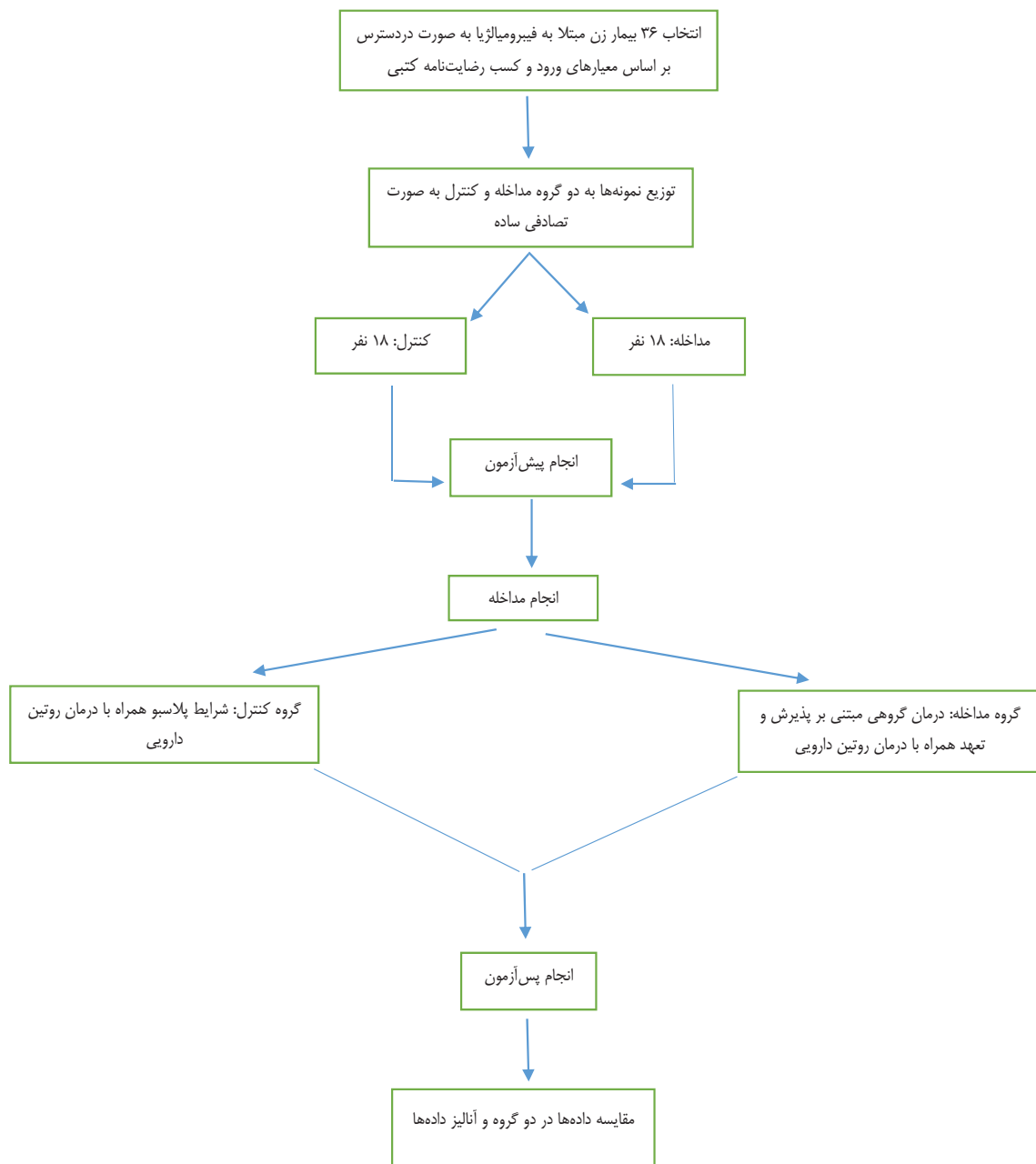
جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای دو گروه در مولفه‌های ادراک درد

| نام آزمون | ارزش | F | معنی‌داری | ضریب اتا | توان آزمون |
|-------------------|-------|--------|-----------|----------|------------|
| اثر پیلایی | ۰/۶۹۵ | ۱۵/۳۷۲ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۶۹۵ | ۱ |
| لامبدای ویلکز | ۰/۳۰۵ | ۱۵/۳۷۲ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۶۹۵ | ۱ |
| اثر هتلینگ | ۲/۲۷۷ | ۱۵/۳۷۲ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۶۹۵ | ۱ |
| بزرگترین ریشه روی | ۲/۲۷۷ | ۱۵/۳۷۲ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۶۹۵ | ۱ |

تفاوت مشاهده شده مربوط به تاثیر درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد است. نتایج جدول ۴ بیانگر این است که تفاوت معنی دار در همه مولفه‌های ادراک درد در دو گروه آزمایش و کنترل وجود دارد. لذا درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش ادراک درد و مولفه‌های آن در زنان مبتلا به فیبرومیالژیا موثر بوده است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس ادراک شده و ادراک درد زنان مبتلا به فیبرومیالژیا انجام گردید. نتایج تحقیق نشان داد که بین دو گروه آزمایش و کنترل در مورد متغیرهای یادشده تفاوت معنادار وجود دارد. لذا درمان



برخورداری از یک پیش‌زمینه پذیرش روان‌شناختی قوی سبب می‌شود تا افراد در صورت مواجهه با درد، آن را با میزان پذیرش بیشتری تجربه نمایند و به واکنش‌های اجتنابی کمتری دست بزنند. پذیرش درد به معنای نادیده گرفتن درد نیست بلکه منظور از آن، تغییر کانون کنترل از رویدادهای کنترل‌ناپذیر (درد) به سمت عوامل قابل کنترل (هیجان‌ناهی منفی همراه با درد) است^(۳۵). لذا با کاهش هیجان‌ناهی منفی، ادراک درد نیز هم از لحاظ بعد حسی و هم عاطفی کاهش پیدا می‌کند. همچنین در پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ذهن‌آگاهی تاکید بسیاری شده است و تقریباً در تمامی جلسات درمانی این تکنیک به مراجعان آموزش داده می‌شود. ذهن‌آگاهی به معنای زندگی کردن در اینجا و اکنون و پریشان نبودن افکار است. در این حالت فرد بدون تلاش برای کنترل تفکر و احساسات خود، به آنها اجازه می‌دهد تا همان‌گونه که هستند، نمود پیدا کنند. لذا هنگامی که با ذهن‌آگاهی و پذیرش ناظر تجربیات خود هستیم، استرس‌آورترین تجربیات نیز کمتر تهدیدکننده شده و قابل تحمل‌تر می‌شوند^(۴۳). تحقیقات نشان داده‌اند که ذهن‌آگاهی منجر به کاهش استرس و اضطراب مرتبط با درد در بیماران می‌شود^(۴۳). فرایند دیگری که ممکن است در اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نقش داشته باشد، تاکید آن بر عمل متعهدانه است. شناسایی و شفاف‌سازی ارزش‌ها، پیش‌بینی موانع موجود در مسیر بهبودی، تعیین اهداف و معرفی عمل متعهدانه نه تنها منجر به افزایش رضایت از زندگی می‌گردد بلکه فرد را از گیر کردن در حلقه افکار و احساسات منفی (استرس و اضطراب و افسردگی) که به نوبه خود باعث افزایش درد می‌گردد، رهایی می‌بخشد^(۴۴).

نتیجه‌گیری

با توجه به اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش استرس و ادراک درد و افزایش سلامت روان بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا، همکاری روان‌شناسان

گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به کاهش استرس ادراک‌شده و ادراک درد در زنان مبتلا به فیبرومیالژیا شده است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های دیون و همکاران^(۳۰)، ولز و همکاران^(۳۱)، سیمستر و همکاران^(۳۲) و صالحی و همکاران^(۳۳) همسو می‌باشد. اثربخشی این روش درمانی را می‌توان به واسطه فرایندهای حاکم بر این درمان تبیین نمود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با تکنیک‌های تغییر رفتار از تکنیک‌های پذیرش و ذهن‌آگاهی استفاده می‌کند و هسته اصلی آن انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌باشد. فرایندهای حاکم بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، الگویی را برای نحوه تفکر، باورها، قوانین و همچنین درد یا سایر تجربیات روان‌شناختی ارائه می‌دهد و می‌تواند دامنه پاسخ‌های موجود یک فرد را محدود نموده و موانعی را برای رفتار سالم و تغییر رفتار ایجاد نماید. این فرایندها شامل پذیرش، گسلش شناختی، توجه منعطف به زمان حال، خودمشاهده‌گری، اقدام مبتنی بر ارزش‌ها و عمل متعهدانه می‌باشند. فرایند گسلش شناختی، مشکلاتی را هدف قرار می‌دهد که ریشه در فرایندهای شناختی، افکار و اعتقادات دارند. این فرایند به محتوای آزاردهنده افکار (افکار استرس‌آور، فاجعه‌آمیز و دلسردکننده) توجه ندارد و صرفاً تسلط و تاثیر محتوای آزاردهنده را کاهش می‌دهد^(۳۶). می‌توان این‌گونه فرض کرد که افزایش توانایی تسلط بر افکار بتواند میزانی از استرس را که ادراک می‌گردد، کاهش دهد. این روش درمانی مشکلات سلامت روان را ناشی از تلاش برای اجتناب از رویارویی با تجربیات دردناک، استرس‌آور و پریشان‌کننده می‌داند. لذا هدف این درمان ایجاد پذیرش و ذهن‌آگاهی بیشتر نسبت به این تجربیات در مقایسه با اجتناب از آنها است^(۴۱). پذیرش در انطباق افراد با بسیاری از تجارب هیجانی ناخواسته، خاطرات و افکار ناخوشایند یا وضعیت جسمی خاص، نقش برجسته‌ای دارد و فقدان آن می‌تواند افراد را مستعد ابتلا به اضطراب، استرس و افسردگی نماید. پذیرش درد بخشی از پذیرش روان‌شناختی کلی است و

در این حیطة می‌تواند مفید و کمک کننده باشد.

محدودیت‌ها

نتایج پژوهش حاضر مربوط به زنان مبتلا به فیبرومیالژیا در بازه سنی ۲۵ تا ۵۵ سال می‌باشد که در شهرستان اردبیل صورت گرفته است لذا تعمیم نتایج به سایر بازه‌های سنی و استان‌های دیگر باید با احتیاط صورت گیرد. از محدودیت‌های دیگر پژوهش حاضر، عدم پیگیری شش ماهه و یک ساله می‌باشد.

تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل رساله دانشجویی در مقطع دکتری روان‌شناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل می‌باشد. در پایان از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش کمال تشکر و قدردانی را داریم.

این مقاله استخراج از پایان‌نامه دکتری می‌باشد.

کد پایان‌نامه: 11920705971011

کد کمیته اخلاق: IR.ARUMS.REC.1397.168

کد ثبت در سامانه IRCT:IRCT20181201041810N1

تامین منابع مالی: منابع مالی این تحقیق توسط دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل تامین گردیده است.

References

1. Conversano C, Carmassi C, Bertelloni CA, Marchi L, Micheloni T, Carbone MG, et al. Potentially traumatic events, PTSD and post – traumatic stress spectrum in patients with fibromyalgia. *Clin Exp Rheumatol* 2019; 116(1): 39-43
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29745889>
2. Martinez E, Aira Z, Buesa I, Aizpua I, Rada D, Azkue JJ. Embodied pain in fibromyalgia: disturbed somatopresentations and increased plasticity of the body schema. *PLoS One* 2018; 13(4): e0194534.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29624596>
3. Galvez – Sanchez CM, Munos Ladron de Guevara C, Montoro CI, Fernandez – Serrano MJ, Duschek S, Reyos Del Paso GA. Cognitive deficits in fibromyalgia syndrome are associated with pain responses to low intensity pressure stimulation. *Plos One* 2018; 13(8): e0201488.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30067829>
4. Marques AP, Santo ASDE, Berssaneti AA, Matsutani LA, yuan SLK. Prevalence of fibromyalgia: literature review update. *Rev Bras Reumatol Engl Ed* 2017; 57(4): 356-363.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28743363>
5. Heidari F, Afshar M, Moosazadeh M. Prevalence of fibromyalgia in general population and patients, a systematic review and meta– analysis. *Rheumatol* 2017; 37(9): 1527-1539. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28447207>
6. Miro E, Diener FN, Martinez MP, Sanchez AI, Valenza MC. Fibromyalgia in men and women: comparison of the main clinical symptoms. *Psicothema* 2012; 24(1): 5-10.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22269357>
7. Calandre EP, Rico-Villademoros E. The role of antipsychotics in the treatment of fibromyalgia. *CNS Drugs* 2012; 26(2): 135-53.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22296316>
8. Sommer C, Hauser W, Burgmer M, Engelharat R, Gerhold K, Petzke F, et al. Etiology and pathophysiology of fibromyalgia syndrome. *Schmerz* 2012; 26(3): 259-267.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22760458>
9. Cassisi G, Sarzi – Puttini P, Casale R, Cazzola M, Boccassini L, Atzeni F, et al. Pain in fibromyalgia and related conditions. *Reumatismo*; 2014; 66(1): 72-86
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24938199>
10. Makrani AH, Afshari M, Ghajar M, Foroozi Z, Moosazadeh M. Vitamin D and fibromyalgia: a meta – analysis. *Korean J Pain* 2017; 30(4): 250-257.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29123619>
11. Biorklund G, Dader M, Chirumbolo S, Aaseth J. Fibromyalgia and nutrition: therapeutic possibilities? *Biomed Pharmacother* 2018; 103: 534-538.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29677539>
12. Arnold LM, Hudson JL, Keck PE, Auchenbach MB, Jararas KN, Hess EV. Comorbidity of fibromyalgia and psychiatric disorders. *J Clin Psychiatry* 2006; 67(8): 1219-1225. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16965199>
13. Bayram K, Erol A. Childhood traumatic experiences, anxiety and depression levels in fibromyalgia and rheumatoid arthritis. *Noro Psikiyator Ars* 2014; 51(4): 346-349. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28360652>
14. Homann D, Stefanello JM, Goes SM, Breda CA, Paiva Edos S, Leite N. Stress perception and depressive symptoms: functionality and impact on the quality of life of women with fibromyalgia. *Rev Bras Reumatol* 2012; 52(3): 319-330.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22641587>
15. Malin K, Littlejohn GO. Stress modulates key psychological processes and characteristic symptoms in female with fibromyalgia. *Clin Exp Rheumatol* 2013; 31(6): 64-71.

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24143887>
16. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav* 1983; 24(4): 385-396.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6668417>.
 17. Ramiro Ede S, Lombardi Junior I, da Silva RC, Montesano FT, Oliveira NR, Diniz RE, et al. Investigation of stress, anxiety and depression in women with fibromyalgia: a comparative study. *Rev Bras Reumatol* 2014; 54(1): 27-32.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24878788>
 18. Osteras B, Sigmundsson H, Haga M. Perceived stress and musculoskeletal pain are prevalent and significantly associated in adolescent: an epidemiological cross – sectional study. *BMC Public health* 2015; 15:1081.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26498498>
 19. Ghazaie M, Tajikzade F, Sadeghi R, Ramezan Sotchi L. [The comparison of pain perception, coping strategies with pain and self- efficacy of pain in athlete and non-athlete women (Persian)]. *JFMH* 2015; 17(4): 58-66.
http://jfmh.mums.ac.ir/article_4462.html
 20. Mirzamani M, Safari A, Holisaz MT, Sadidi M. [The effect of pain on life dimensions of patients with chronic pain (Persian)]. *HJBS* 2008; 1(2): 143-153.
<http://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=74671>
 21. Fraqa MM, Terreri MT, Azevedo RT, Hilario MOE, LEN CA. Pain perception and pain coping mechanisms in children and adolescents with juvenile fibromyalgia and polyarticular juvenile arthritis. *Rev Paul Pediat* 2019; 37(1): 11-19.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29898009>
 22. Clauw DJ. Fibromyalgia: a clinical review. *JAMA* 2014; 311(15): 1547-1555.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24737367>.
 23. Borchers AT, Gershwin ME. Fibromyalgia: a critical and comprehensive review. *Clin Rev Allergy Immunol* 2015; 49(2): 100-151.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26445775>
 24. Chinn S, Caldwell W, Gritsenko K. Fibromyalgia pathogenesis and treatment options update. *Curr Pain Headeche Rep* 2016; 20(4): 25.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26922414>
 25. Lami MJ, Martinez MP, Sanchez AI. Systematic review of psychological treatment in fibromyalgia. *Curr Pain Headeche Rep* 2013; 17(7): 345.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23715945>
 26. Mc Crachen LM, Vowles KE. Acceptance and commitment therapy and mindfulness for chronic pain. *Am Psychol* 2014; 69(2): 178-87.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24547803>