



The Effect of Acceptance and Commitment Group Therapy on Self-Care, Self-Perception, and Quality of Life in Patients with Chronic Pain in Borujerd City

Zahra Ebadi¹, Ali Nemati Fard^{1*}

1. Department of Psychology, Boroujerd Branch, Islamic Azad University, Boroujerd, Iran

ABSTRACT

Aim and background: Chronic pain is a common and disabling problem that affects the physical, psychological, and social aspects of patients' lives. Acceptance and Commitment Therapy (ACT), with its focus on accepting unpleasant experiences and committing to value-based actions, can effectively improve psychological adjustment. The present study aimed to investigate the effect of group-based Acceptance and Commitment Therapy on self-care, self-perception, and quality of life among patients with chronic pain in the city of Borujerd.

Material and Methods: This experimental study employed a pretest–posttest design with a control group and a follow-up stage. The statistical population consisted of patients with chronic pain in Borujerd during the years 2023–2025 (1403–1404 in the Iranian calendar). Thirty individuals were selected through purposive sampling and randomly assigned to two groups of 15 participants each. The experimental group received ten 120-minute weekly sessions of ACT-based group intervention, while the control group received no intervention. A follow-up assessment was conducted one month after the completion of the intervention. Data were analyzed using repeated-measures ANOVA in SPSS version 26.

Results: The findings indicated that group Acceptance and Commitment Therapy (ACT) significantly increased self-care ($p < 0.01$), improved self-perception ($p < 0.05$), and enhanced quality of life ($p < 0.01$) compared to the control group. Furthermore, the therapeutic effects remained stable at the one-month follow-up.

Conclusion: Group-based Acceptance and Commitment Therapy (ACT), by promoting acceptance of pain experiences and directing behaviors toward personal values, can enhance self-care, self-perception, and quality of life in patients with chronic pain. It is recommended that this approach be applied alongside medical and rehabilitation care for these patients.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy (ACT), Self-Care, Self-Perception, Quality of Life, Chronic Pain

►Please cite this paper as:

Ebadi Z, Nemati Fard A. [The Effect of Acceptance and Commitment Group Therapy on Self-Care, Self-Perception, and Quality of Life in Patients with Chronic Pain in Borujerd City (Persian)]. J Anesth Pain 2026;17(1): 54-65.

Corresponding Author: Ali Nemati Fard, Department of Psychology, Boroujerd Branch, Islamic Azad University, Boroujerd, Iran

Email: iau.ac.ir@ali.nematifard3227

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۱۷، شماره ۱، بهار ۱۴۰۵

تأثیر درمان گروهی پذیرش و تعهد بر خودمراقبتی، ادراک خود و کیفیت زندگی در بیماران دارای درد مزمن در شهر بروجرد

زهرا عبادی^۱، علی نعمتی فرد^{۱*}

۱. گروه روان‌شناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۱۱/۴

تاریخ بازبینی: ...

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۱/۲۰

چکیده

زمینه و هدف: درد مزمن یکی از مشکلات شایع و ناتوان‌کننده است که بر جنبه‌های جسمی، روانی و اجتماعی زندگی بیماران تأثیر می‌گذارد. رویکرد درمانی پذیرش و تعهد (ACT) با تمرکز بر پذیرش تجربه‌های ناخوشایند و تعهد به عمل ارزش‌محور، می‌تواند در بهبود سازگاری روان‌شناختی مؤثر باشد. هدف پژوهش حاضر، بررسی تأثیر درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودمراقبتی، ادراک خود و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به درد مزمن در شهر بروجرد بود.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و همراه با مرحله پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش را بیماران مبتلا به درد مزمن شهر بروجرد در سال‌های ۱۴۰۳-۱۴۰۴ بودند. ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره قرار گرفتند. افراد گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه مداخله ۱۲۰ دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای یک بار تحت مداخله قرار گرفتند. افراد گروه کنترل نیز مداخله‌ای دریافت نکردند. ۱ ماه پس از اتمام مداخله مرحله پیگیری انجام گشت. جهت تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر توسط نرم‌افزار آماری SPSS-26 استفاده شد.

نتایج: نتایج نشان داد که درمان گروهی پذیرش و تعهد (ACT) در مقایسه با گروه کنترل موجب افزایش معنادار خودمراقبتی ($P < 0/01$)، بهبود ادراک خود ($P < 0/05$) و ارتقای کیفیت زندگی بیماران ($P < 0/01$) شد. همچنین اثرات درمان در پیگیری یک‌ماهه نیز پایدار باقی ماند.

نتیجه‌گیری: درمان گروهی پذیرش و تعهد (ACT) با تقویت پذیرش تجربه درد و جهت‌دهی به رفتارهای ارزش‌محور، می‌تواند به بهبود خودمراقبتی، ادراک خود و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به درد مزمن منجر شود. پیشنهاد می‌شود این رویکرد در کنار مراقبت‌های پزشکی و توانبخشی برای این بیماران مورد استفاده قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: درمان پذیرش و تعهد، خودمراقبتی، ادراک خود، کیفیت زندگی، درد مزمن

نویسنده مسئول: علی نعمتی فرد، گروه روان‌شناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران

پست الکترونیک: iau.ac.ir@ali.nematifard3227

مقدمه

درد مزمن یکی از شایع‌ترین، پیچیده‌ترین و پرهزینه‌ترین مشکلات نظام سلامت در جوامع امروزی به‌شمار می‌رود و نه‌تنها یک تجربه فیزیولوژیک بلکه پدیده‌ای چندوجهی است که ابعاد روان‌شناختی، اجتماعی و فرهنگی را نیز دربرمی‌گیرد. بر اساس تعریف انجمن بین‌المللی مطالعه درد (IASP)، درد مزمن به دردی اطلاق می‌شود که بیش از سه ماه تداوم یابد یا فراتر از دوره طبیعی ترمیم بافت ادامه پیدا کند. شیوع درد مزمن در جهان حدود ۳۰٪ گزارش شده است و در ایران نیز برآوردها بین ۲۵ تا ۳۵ درصد از جمعیت بزرگسال را شامل می‌شود^(۱). این اختلال، علاوه بر کاهش کارکردهای جسمی، به افت کیفیت زندگی، احساس ناتوانی، افسردگی، اضطراب، انزوای اجتماعی و آسیب به خودپنداره فرد منجر می‌شود^(۲). یکی از مهم‌ترین جنبه‌های تأثیرپذیر در بیماران مبتلا به درد مزمن، رفتارهای خودمراقبتی است. خودمراقبتی شامل مجموعه‌ای از فعالیت‌های هدفمند فرد برای حفظ سلامت، کاهش علائم و بهبود کیفیت زندگی است. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که بیماران مزمن با سطوح پایین‌تر خودمراقبتی، معمولاً از راهبردهای ناسازگارانه مقابله با درد استفاده می‌کنند و در نتیجه کیفیت زندگی پایین‌تری دارند^(۳). از سوی دیگر، خودمراقبتی با ادراک خود فرد نسبت به توانایی کنترل درد و مدیریت زندگی روزمره رابطه تنگاتنگ دارد؛ افرادی که خود را توانمندتر و سازگارتر ارزیابی می‌کنند، نه‌تنها در مدیریت درد موفق‌ترند بلکه در سطح هیجانی و اجتماعی نیز سازگاری بیشتری از خود نشان می‌دهند^(۴). در دهه‌های اخیر، مداخلات روان‌شناختی به‌ویژه درمان‌های موج سوم شناختی-رفتاری مورد توجه ویژه قرار گرفته‌اند. در میان آن‌ها، درمان پذیرش و تعهد (ACT) یکی از رویکردهای مؤثر در ارتقای سازگاری روان‌شناختی در بیماران مزمن محسوب می‌شود^(۵). این درمان به‌جای تمرکز بر حذف یا کنترل کامل درد، به فرد کمک

می‌کند تا تجربه درد را بپذیرد، از مبارزه ناکارآمد با آن دست بردارد و در راستای ارزش‌های شخصی خود اقدام کند. ACT با شش فرایند اصلی شامل پذیرش، گسلش شناختی، تماس با لحظه حال، خود به‌عنوان زمینه، ارزش‌ها و اقدام متعهدانه، در پی افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی فرد است^(۶). مطالعات متعدد اثربخشی ACT را در بیماران مبتلا به درد مزمن اثبات کرده‌اند^(۷و۸). در ایران نیز مطالعات مشابهی تأیید کرده‌اند که مداخلات مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند بهبود کیفیت زندگی، کاهش افسردگی و افزایش خودکارآمدی بیماران دارای درد مزمن را به‌دنبال داشته باشد^(۹). باوجود این، بسیاری از بیماران ایرانی، به‌ویژه در مناطق نیمه‌مرکزی کشور نظیر شهر بروجرد، کمتر از مداخلات روان‌شناختی بهره‌مند می‌شوند. اغلب درمان‌های رایج در این مناطق مبتنی بر رویکرد دارویی یا فیزیوتراپی است، درحالی‌که مؤلفه‌های روانی-رفتاری نقش تعیین‌کننده‌ای در پایداری درد مزمن دارند. لذا ضرورت طراحی و ارزیابی مداخلاتی که ابعاد روان‌شناختی و رفتاری درد را هدف قرار دهند بیش از پیش احساس می‌شود. درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند علاوه بر جنبه‌های درمانی، بستر مناسبی برای تبادل تجربیات و حمایت‌های اجتماعی بین بیماران فراهم کند که این امر خود به افزایش ادراک خود و خودمراقبتی آن‌ها منجر می‌شود^(۱۰). از سوی دیگر، تأثیر ACT بر ادراک خود بیماران بسیار مهم است. نظریه‌های شناختی نشان می‌دهند که در بیماران مزمن، ادراک منفی از خود به احساس ناتوانی و درماندگی می‌انجامد، درحالی‌که پذیرش خود و فاصله‌گیری از افکار ناکارآمد می‌تواند حس ارزشمندی و توانمندی شخصی را بازسازی کند^(۱۱). فرایند خود به‌عنوان زمینه در مدل ACT به فرد کمک می‌کند خود را فراتر از افکار و تجارب دردناک مشاهده کند، که این امر به ایجاد احساس ثبات در هویت و افزایش سازگاری

را همه افراد ۲۰ تا ۵۰ سال مبتلا به درد مزمن شهر بروجرد که در سال‌های ۱۴۰۳-۱۴۰۴ به بیمارستان های شهر بروجرد مراجعه کرده‌اند و تحت درمان دارویی قرار گرفته‌اند بودند. ۲۵۷ نفر دارای پرونده با سابقه درد مزمن و تحت درمان دارویی به پژوهش دعوت شدند و از بین افراد متمایل به شرکت در پژوهش ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. شرکت کنندگان در پژوهش به شکل تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره (یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل) گمارده شدند. پیش آزمون در تمام گروه ها اجرا و سپس مداخله گروهی پذیرش و تعهد (ACT) در ۸ جلسه به صورت هفته ای یک بار و هر جلسه ۱۲۰ دقیقه بر روی گروه آزمایش انجام شد. در این مدت گروه گواه هیچ مداخله‌ای را دریافت نکردند. در پایان مداخله، از تمامی گروه ها پس آزمون گرفته شد. بعد از پایان یافتن پژوهش، بنا به رعایت اصل اخلاق در پژوهش، مداخله بر گروه کنترل اجرا شد. معیارهای ورود به پژوهش شامل قرار داشتن در محدوده سنی ۲۰ تا ۵۰ سال، سپری شدن دست کم ۶ ماه از بروز علائم و تشخیص درد مزمن، پیروی از درمان دارویی مناسب و از زمان آغاز درمان، رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش بود. معیارهای خروج از پژوهش شامل غیبت بیش از ۲ جلسه شرکت کننده از مداخله، دریافت مداخله روانشناختی دیگر در حین جلسات، عدم تمایل برای ادامه همکاری در پژوهش، وجود سایر اختلالات روان پزشکی و همچنین سابقه سایر اختلالات مغز و اعصاب بود. در پژوهش حاضر گروه آزمایش در مرکز مشاوره شهر بروجرد توسط کارشناسی ارشد روان شناسی آموزش دیده و زیر نظر روان-درمانگر تحت مداخله قرار گرفتند. انجام مرحله پیگیری ۳ ماه پس از اتمام مداخلات صورت پذیرفت. لازم به ذکر است این پژوهش دارای کد اخلاق به شماره IR.IAU.H.REC.1404.088 از دانشگاه آزاد اسلامی می-باشد.

روان‌شناختی منجر می‌شود^(۱۲). کیفیت زندگی نیز یکی از شاخص‌های اصلی ارزیابی تأثیر مداخلات درمانی در بیماران مزمن است. این مفهوم چندبعدی شامل وضعیت جسمی، روانی، اجتماعی و عملکردی فرد می‌شود. بهبود کیفیت زندگی از طریق فعال‌سازی ارزش‌ها، کاهش اجتناب تجربه و افزایش مشارکت در فعالیت‌های هدف‌دار از اهداف اصلی ACT به‌شمار می‌رود^(۱۳). مطالعات نشان داده‌اند که بیماران پس از شرکت در جلسات گروهی ACT از نظر رضایتمندی از زندگی، مشارکت اجتماعی و احساس معنا در زندگی افزایش قابل‌توجهی نشان داده‌اند^(۱۴). در مجموع، مرور پیشینه نشان می‌دهد که درمان گروهی پذیرش و تعهد می‌تواند یکی از روش‌های کارآمد برای ارتقای خودمراقبتی، اصلاح ادراک خود و بهبود کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به درد مزمن باشد. با این حال، پژوهش‌های اندکی در ایران به‌ویژه در مناطق غیرمرکزی کشور به‌صورت جامع به بررسی هم‌زمان این سه متغیر پرداخته‌اند. از این‌رو، پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر درمان گروهی پذیرش و تعهد بر خودمراقبتی، ادراک خود و کیفیت زندگی در بیماران دارای درد مزمن در شهر بروجرد طراحی و اجرا شد. این مطالعه می‌تواند به غنای ادبیات پژوهشی حوزه روان‌شناسی سلامت در ایران کمک کند و راهنمای عملی برای متخصصان سلامت روان، روان‌شناسان بالینی، پزشکان درد و پرستاران در جهت تلفیق مداخلات روانی-رفتاری در کنار درمان‌های پزشکی فراهم نماید بنابراین هدف پژوهش حاضر، بررسی تأثیر درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودمراقبتی، ادراک خود و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به درد مزمن در شهر بروجرد بود.

روش مطالعه

روش پژوهش حاضر از نوع تجربی با طرح پیش آزمون -پس آزمون با گروه گواه و مرحله پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش

ابزار

پرسشنامه خودمراقبتی

مقیاس خود مراقبتی بیماران توسط باستروپ و اورم جهت بررسی عادات مراقبت از خود در بیماران دارای درد مزمن ساخته شده است که شامل ابعاد جسمی، عاطفی و رفتاری است. این آزمون دارای ۲۴ جمله است. مقیاس پاسخ‌دهی طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای (از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) می باشد. روایی این پرسشنامه با استفاده از آزمون همبستگی مقیاس مورد تأیید قرار گرفت. همچنین پایایی پرسشنامه یا قابلیت اعتماد آن با استفاده از روش اندازه‌گیری آلفای کرونباخ محاسبه شد. آلفای کرونباخ برای پرسشنامه ۰/۸۵ بدست آمد که نشان دهنده پایایی خوب این ابزار است^(۱۵).

پرسشنامه ادراک خود

مقیاس ادراک خود توسط هارتر جهت بررسی ادراک خود ساخته شده است که شامل ارزیابی ادراک فرد از توانمندی‌ها، ارزش شخصی، و تأثیر درد بر تصویر ذهنی از خود است. ابعاد این پرسشنامه شامل شایستگی اجتماعی، شایستگی فیزیکی، اعتماد به نفس کلی، ارزش خود می باشد. این آزمون دارای ۴۵ آیت دوگزینه‌ای است. روایی این پرسشنامه با استفاده از آزمون همبستگی مقیاس مورد تأیید قرار گرفت. همچنین پایایی پرسشنامه یا قابلیت اعتماد آن با استفاده از روش اندازه‌گیری آلفای کرونباخ محاسبه شد. آلفای کرونباخ برای پرسشنامه بین ۰/۷۶ تا ۰/۸۹ بدست آمد که نشان دهنده پایایی خوب این ابزار است^(۱۶).

جدول ۱: خلاصه جلسات

جلسه	محتوا
اول	آشنایی و مقدمه، معرفی اعضا، تبیین اهداف درمان، قواعد گروه، مفهوم درد مزمن و رابطه آن با عوامل روان‌شناختی. معرفی مدل شش‌وجهی ACT و مفهوم اجتناب تجربه‌ای. تمرین: آگاهی از لحظه حال.
دوم	پذیرش و اجتناب تجربه‌ای، بررسی شیوه‌های مقابله اجتنابی بیماران. آموزش پذیرش احساس و درد بدون قضاوت. تمرین تنفس ذهن‌آگاه و مشاهده‌ای افکار.
سوم	آموزش جداسازی خود از افکار منفی نسبت به درد (من مشاهده‌کننده افکارم هستم). تمرین با استعاره برگ‌های روی رودخانه.
چهارم	حضور در لحظه (Mindfulness)، تمرین‌های ذهن‌آگاهی: تمرکز بر تنفس، بدن، و حواس پنج‌گانه. بحث درباره تفاوت بین «بودن در حال» و «غرق شدن در افکار».
پنجم	خود به عنوان زمینه (Self-as-context)، کمک به بیماران برای درک «خود شاهد» در مقابل «خود مفهوم‌سازی شده». تمرین مشاهده‌ای درونی بدون داوری.
ششم	ارزش‌ها (Values)، شناسایی ارزش‌های شخصی در زندگی (خانواده، کار، سلامت). تمرین نوشتن و گفت‌وگوی گروهی درباره‌ی معنا و جهت زندگی.
هفتم	عمل مبتنی بر ارزش‌ها (Committed Action)، طراحی برنامه عملی برای رفتارهای منطبق بر ارزش‌ها، برنامه‌ریزی تغییر تدریجی در سبک زندگی، کاهش اجتناب.
هشتم	جمع‌بندی و بازنگری، مرور مفاهیم کلیدی، بررسی تجربیات شرکت‌کنندگان، ارزیابی تغییرات، ایجاد تعهد به ادامه مسیر و حفظ دستاوردها.

پرسشنامه کیفیت زندگی

پرسشنامه کیفیت زندگی توسط وار و شربون تهیه شده و دارای ۲۶ سوال در چهار حیطه سلامت جسمی، روانی، روابط اجتماعی، و محیط است و برای سنجش کیفیت زندگی به کار می‌رود. این آزمون دارای ۲۶ سوال است. روایی این پرسشنامه با استفاده از آزمون همبستگی مقیاس مورد تأیید قرار گرفت. همچنین پایایی پرسشنامه یا قابلیت اعتماد آن با استفاده از روش اندازه‌گیری آلفای کرونباخ محاسبه شد. آلفای کرونباخ برای پرسشنامه ۰/۸۸ بدست آمد که نشان دهنده پایایی خوب این ابزار است^(۱۷).

پروتکل پذیرش و تعهد

پذیرش و تعهد اقتباس گرفته شده از هیز و همکاران است که با توجه به نیاز جامعه مورد مطالعه تنظیم شده است. این جلسات به مدت ۸ هفته هفته ای یک بار و هر جلسه ۱۲۰ دقیقه ادامه داشت^(۱۸).

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت شناختی نشان داد ۱۵ نفر (۵۰ درصد) در گروه آزمایش پذیرش و تعهد، ۱۵ نفر (۵۰ درصد) در گروه کنترل شرکت داشته‌اند. در هر دو گروه، ۳۴ درصد دارای تحصیلات دیپلم و پایین تر از آن بودند و ۶۶ درصد دارای تحصیلات لیسانس و بالاتر بودند. در ادامه میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و گروه کنترل در مرحله پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری در جدول ۲ ارائه شده است. همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، تفاوت میانگین گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بیانگر تغییرات در متغیرهای خود مراقبتی، ادراک خود و کیفیت زندگی افراد مبتلا به درد مزمن در مقایسه با گروه کنترل است. به منظور تحلیل داده‌ها از آزمون

تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد، لذا ابتدا مفروضه‌های زیر بنایی این آزمون مورد بررسی قرار گرفت. از آزمون شاپیرو ویلکز برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات استفاده شد. با توجه به اینکه سطح معنا داری در آزمون شاپیرو ویلکز برای تمامی متغیرها بیش از ۰/۰۵ بود، پیش فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها برقرار است. نتایج آزمون لون در متغیرهای خود مراقبتی، ادراک خود و کیفیت زندگی افراد مبتلا به درد مزمن ($F > 0/05$) بدست آمد که مجموع نتایج نشان می‌دهد که سطح معناداری در تمام متغیرهای پژوهش بیشتر از ۰/۰۵ است ($P > 0/05$) و خطای واریانس‌ها یکسان می‌باشند، لذا مفروضه یکسانی خطای واریانس‌ها برای استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر رعایت شده است، همچنین بررسی شیب خط رگرسیون نشان می‌دهد که شیب خط رگرسیون بین متغیرهای همپراش و وابسته در سطوح مختلف متغیر مستقل یعنی گروه آزمایش و گروه کنترل یکسان است. و متغیرهای همپراش با متغیرهای مستقل رابطه ندارند. لذا پیش فرض بعدی استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر رعایت شده است. همچنین نتایج آزمون ام-باکس (۸۸/۳۹۶) بیشتر از مقدار سنجش ۰/۰۵ است. به عبارتی می‌توان گفت تفاوت بین کوواریانس‌ها معنادار نیست و پیش فرض برابری کوواریانس متغیرهای وابسته به منظور انجام تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر رعایت شده است. پیش فرض بعدی، بررسی کروی بودن ماتریس واریانس-کواریانس متغیر وابسته است که برای بررسی آن از آزمون کرویت ماچلی استفاده شد که در این آزمون سطح معناداری در متغیرهای وابسته بیشتر از ۰/۰۵ است که به معنای کروی بودن ماتریس واریانس-کوواریانس متغیر وابسته می‌باشد. شایان ذکر است برای انجام تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد.

جدول ۲: شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و گروه کنترل

متغیر	زمان	گروه آزمایش		گروه گواه	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
خود مراقبتی	پیش آزمون	۸۳/۰۰	۳/۱۹	۴۲/۴۲	۱/۷۷
	پس آزمون	۲۴/۰۶	۱/۷۳	۳۵/۰۷	۱/۳۸
	پیگیری	۳۲/۹۱	۱/۳۱	۳۳/۰۰	۲/۰۸
ادراک خود	پیش آزمون	۳۷/۷۵	۱/۰۵	۳۴	۴/۴۷
	پس آزمون	۲۷/۰۸	۱/۵۶	۳۵	۵/۱۴
	پیگیری	۳۳/۵۸	۱/۹۳	۳۵/۲۶	۴/۸۶
کیفیت زندگی	پیش آزمون	۹۱/۲۵	۲/۸۶	۶۲/۷۳	۹/۱۴
	پس آزمون	۴۰/۶۶	۲/۴۹	۶۳/۷۳	۱۱/۸۸
	پیگیری	۸۱/۲۴	۲/۱۲	۶۲/۳۶	۱۱/۶۲

جدول ۳: آزمون چند متغیره برای بررسی آثار بین آزمودنی و درون آزمودنی

اثر	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معنی داری	مربع اینا
بین آزمودنی	اثر پیلایی	۰/۹۹۳	۴	۲۸	۰/۰۰۱	۰/۹۸
	لامبدای ویلکز	۰/۰۰۲	۴	۲۸	۰/۰۰۱	۰/۹۸
	اثر هوتلینگ	۴۳۱/۲۹۵	۴	۲۸	۰/۰۰۱	۰/۹۸
	بزرگترین ریشه روی	۴۳۱/۲۹۵	۴	۲۸	۰/۰۰۱	۰/۹۸
بین آزمودنی	اثر پیلایی	۰/۹۸۹	۴	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۹۹
	لامبدای ویلکز	۰/۰۲۱	۴	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۹۹
	اثر هوتلینگ	۴۶/۱۱۲	۴	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۹۹
	بزرگترین ریشه روی	۴۶/۱۱۲	۴	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۹۹
درون آزمودنی	اثر پیلایی	۰/۹۸۵	۵	۲۴	۰/۰۰۱	۰/۹۷
	لامبدای ویلکز	۰/۰۱۵	۵	۲۴	۰/۰۰۱	۰/۹۷
	اثر هوتلینگ	۶۴/۷۳۹	۵	۲۴	۰/۰۰۱	۰/۹۷
	بزرگترین ریشه روی	۶۴/۷۳۹	۵	۲۴	۰/۰۰۱	۰/۹۷
درون آزمودنی	اثر پیلایی	۰/۹۸۲	۵	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۹۶
	لامبدای ویلکز	۰/۰۱۸	۵	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۹۶
	اثر هوتلینگ	۵۳/۰۸۴	۵	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۹۶
	بزرگترین ریشه روی	۵۳/۰۸۴	۵	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۹۶

تفاوت میانگین نمرات افراد در متغیرهای خود مراقبتی ، ادراک خود و کیفیت زندگی را به تفکیک پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری در گروه آزمایش و کنترل نشان می دهد.

تفاوت میانگین گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بیانگر تغییرات در متغیر ها در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل است.

نمرات ترکیب متغیرهای خود مراقبتی ، ادراک خود و کیفیت زندگی در گروه آزمایش در سه مرحله اندازه گیری تاثیر بیشتری نسبت به گروه کنترل می گیرد و این تاثیر از نظر آماری معنی دار است.

با توجه به جدول ۴ مشخص است که بین گروه و وهله اندازه گیری در نمرات خود مراقبتی ، ادراک خود و کیفیت زندگی معنی داری وجود دارد. با توجه به نتایج آمار توصیفی مشخص است که بین دو گروه در نمرات پیش آزمون خود مراقبتی ، ادراک خود و کیفیت زندگی تفاوت معنی داری وجود ندارد. ولی در مرحله پس آزمون بین دو گروه در خود مراقبتی ، ادراک خود و کیفیت زندگی تفاوت معنی داری وجود دارد. در مرحله پیگیری نیز بین دو گروه در نمرات خود مراقبتی ، ادراک خود و کیفیت زندگی تفاوت معنی داری وجود دارد. این امر حاکی از تاثیر گذاری پذیرش و تعهد بر متغیرهای پژوهش می باشد.

در جدول ۳ مشاهده می شود که همه آزمون های آماری نشان دهنده معنی دار بودن کنش متقابل بین گروه و عامل مکرر برای متغیرهای خود مراقبتی ، ادراک خود و کیفیت زندگی است. با توجه به میانگین نمرات این سه بعد در سه مرحله سنجش مشخص می شود که پذیرش و تعهد موجب افزایش نمرات متغیرهای خود مراقبتی ، ادراک خود و کیفیت زندگی در گروه آزمایش در مراحل پس آزمون و تعقیبی نسبت به گروه کنترل می شود. این نتیجه نشان دهنده این است که بین عامل گروهی و عامل مکرر اندازه گیری متغیرهای خود مراقبتی ، ادراک خود و کیفیت زندگی کنش متقابل وجود دارد. وجود کنش متقابل به این معنی است که ترکیب خطی نمرات متغیرهای خود مراقبتی ، ادراک خود و کیفیت زندگی در سه بار اندازه گیری (عامل مکرر) تحت تاثیر قرار گرفتن آن ها در گروه (آزمایش و کنترل) قرار دارد. به عبارت دیگر،

جدول ۴: آزمون های مقایسه ای

منبع	مقیاس	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	سطح معنی داری	مربع ایثا
کنش متقابل بین گروه و عامل مکرر	خود مراقبتی	با فرض مفروضه کروییت	۲	۴۳۲۰/۸۷۸	۵۲۳/۹۸۹	۰/۰۰۱	۰/۹۶
		گرین هاوس- گیزر	۱/۶۳۵	۵۲۸۶/۷۴۳	۵۲۳/۹۸۹	۰/۰۰۱	۰/۹۶
		هیون-فلت	۱/۷۸۴	۴۸۴۳/۷۵۶	۵۲۳/۹۸۹	۰/۰۰۱	۰/۹۶
		پایین ترین باند	۱	۸۶۴۱/۷۵۶	۵۲۳/۹۸۹	۰/۰۰۱	۰/۹۶
ادراک خود	خود مراقبتی	با فرض مفروضه کروییت	۲	۳۸۷/۴۷۸	۳۰۳/۸۱۰	۰/۰۰۱	۰/۹۲
		گرین هاوس- گیزر	۱/۷۶۶	۴۳۸/۸۰۴	۳۰۳/۸۱۰	۰/۰۰۱	۰/۹۲
		هیون-فلت	۱/۹۴۳	۳۹۸/۷۷۱	۳۰۳/۸۱۰	۰/۰۰۱	۰/۹۲
		پایین ترین باند	۱	۷۷۴/۹۵۶	۳۰۳/۸۱۰	۰/۰۰۱	۰/۹۲
کیفیت زندگی	خود مراقبتی	با فرض مفروضه کروییت	۲	۴۶۹/۳۰۰	۴/۳۱۶	۰/۰۱۸	۰/۱۵
		گرین هاوس- گیزر	۱/۷۷۴	۵۲۹/۲۲۶	۴/۳۱۶	۰/۰۲۲	۰/۱۵
		هیون-فلت	۱/۹۵۲	۴۸۰/۷۲۸	۴/۳۱۶	۰/۰۱۹	۰/۱۵
		پایین ترین باند	۱	۹۳۸/۶۰۰	۴/۳۱۶	۰/۰۴۷	۰/۱۵

جدول ۵: آزمون تی مستقل برای مقایسه نمرات متغیرها در وهله های سنجشی بین گروه کنترل و آزمایش

متغیرها	T	درجه آزادی	سطح معنی داری
پیش آزمون خود مراقبتی	۰/۳۹۶	۲۷	۰/۸۶
پیش آزمون ادراک خود	۰/۷۷۷	۲۷	۰/۶۲
پیش آزمون کیفیت زندگی	۰/۰۷۹	۲۷	۰/۹۴
پس آزمون خود مراقبتی	۱۳/۷۴	۲۷	۰/۰۰۱
پس آزمون ادراک خود	۵/۸۳۲	۲۷	۰/۰۰۱
پس آزمون کیفیت زندگی	۵/۸۶	۲۷	۰/۰۰۱
پیگیری آزمون خود مراقبتی	۱۶/۶۸	۲۷	۰/۰۰۱
پیگیری آزمون ادراک خود	۲/۹۹	۲۷	۰/۰۰۱
پیگیری آزمون کیفیت زندگی	۳/۵۷	۲۷	۰/۰۰۱

با توجه به جدول ۵ مشخص است که خود مراقبتی، ادراک خود و کیفیت زندگی نمرات افزایش محسوس در مرحله پس آزمون و پیگیری نسبت به گروه کنترل پیدا می کند.

بحث

یافته های پژوهش حاضر نشان داد که اجرای درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) سبب افزایش معنادار سطح خودمراقبتی، بهبود ادراک خود و ارتقای کیفیت زندگی در بیماران دارای درد مزمن در مقایسه با گروه کنترل شد. این نتایج با مجموعه ای از شواهد بین المللی و داخلی همخوانی دارد که اثربخشی مداخلات مبتنی بر پذیرش و ذهن آگاهی را در بهبود شاخص های روانی-اجتماعی بیماران مزمن تأیید کرده اند (۱۹-۲۰). افزایش رفتارهای خودمراقبتی در گروه دریافت کننده درمان ACT را می توان ناشی از چارچوب نظری خاص این رویکرد دانست که پذیرش درد و تعهد به اقدام در راستای ارزش ها را جایگزین اجتناب و درگیری هیجانی با درد می کند. فرایندهای اصلی درمانی مانند پذیرش و گسلش شناختی به بیمار کمک می کند از چرخه افکار منفی درباره ناتوانی یا ترس از درد خارج شود و انرژی روانی خود را بر رفتارهای سازنده تر چون استراحت مؤثر، انجام تمرین های

فیزیوتراپی و پایبندی به برنامه درمانی متمرکز نماید. پژوهش برنارد و همکاران در سال ۲۰۲۲ نیز نشان داد که شرکت کنندگان در جلسات گروهی ACT، نسبت به گروه کنترل، پایبندی بیشتری به راهبردهای خودمراقبتی و مراقبت دارویی داشتند (۲۱). در همین راستا، می توان گفت که ACT از طریق افزایش انعطاف پذیری روان شناختی زمینه ساز درک واقع بینانه تر از شرایط بیماری و افزایش احساس کنترل در بیماران مزمن می گردد. مدل پذیرش و تعهد برخلاف درمان های شناختی سنتی، بر تغییر رابطه فرد با افکار و احساسات تأکید دارد، نه بر محتوای آن ها؛ بنابراین بیماران می آموزند که صرف نظر از وجود درد، به اقدامات مؤثر و مطابق ارزش های شخصی خود ادامه دهند (۲۲-۲۳). این رویکرد مستقیماً با مؤلفه های خودمراقبتی از جمله تغذیه سالم، فعالیت بدنی و مدیریت هیجانی مرتبط است (۲۴). بهبود ادراک خود در شرکت کنندگان گروه آزمایش را می توان ناشی از ایجاد نوعی بازسازی در مفهوم خود در نظریه ACT دانست. در این درمان، مفهومی تحت عنوان خود به عنوان زمینه مطرح می شود که به فرد کمک می کند خود را مشاهده گر ثابت تجارب خود بداند، نه همانند آن ها. این دیدگاه موجب جدا شدن هویت فرد از درد و ناکامی شده و در نتیجه ادراک مثبت تری از توانایی ها و ارزش های شخصی به وجود می آورد.

در سایر کشورها مشابه است، اما از نظر فرهنگی و ساختاری حائز نکاتی خاص است. در جوامع ایرانی، تلقی اجتماعی از درد و رنج اغلب با احساس شرم یا ضعف همراه است، و بیماران تمایل دارند درد را پنهان کنند یا تنها به درمان دارویی تکیه نمایند. درمان گروهی ACT با فراهم‌سازی بستر گفت‌وگو و پذیرش اجتماعی درد، این تابو را شکسته و تجربه مشترک رنج را به فرصتی برای رشد روانی تبدیل می‌کند. از این رو، اثر چشمگیر درمان بر مؤلفه‌های روانی-اجتماعی در جامعه بوجودد قابل پیش‌بینی است^(۳۱). از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به حجم نمونه نسبتاً کوچک، نبود گروه پیگیری بلندمدت و اتکای نتایج بر سنجش‌های خودگزارشی اشاره کرد. همچنین تفاوت‌های فردی در نوع و شدت درد یا در متغیرهای شخصیتی ممکن است بر میزان اثربخشی درمان تأثیر گذاشته باشد. برای پژوهش‌های آینده پیشنهاد می‌شود اجرای ACT به صورت ترکیبی با برنامه‌های توان‌بخشی جسمی یا فیزیوتراپی انجام گیرد و در طراحی برنامه‌ها به ابعاد فرهنگی و سطح سواد سلامت بیماران توجه شود. همچنین استفاده از ابزارهای عینی‌تر مانند پایش فیزیولوژیک، مشاهدات بالینی و گزارش خانواده می‌تواند به افزایش دقت در تبیین اثرات ACT بر رفتارهای خودمراقبتی کمک کند.

نتیجه‌گیری

در مجموع، نتایج این پژوهش نشان داد که درمان گروهی پذیرش و تعهد می‌تواند به عنوان رویکردی اثربخش و مقرون به صرفه برای ارتقای خودمراقبتی، ادراک خود و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به درد مزمن به کار رود. این مداخله با تأکید بر پذیرش بدون قضاوت تجربه درد، افزایش آگاهی از ارزش‌های شخصی و اقدام متعهدانه در راستای آن‌ها، موجب کاهش رفتارهای اجتنابی و افزایش سازگاری روانی می‌گردد. یافته‌های این مطالعه، لزوم ادغام مداخلات روان‌شناختی نوین

بر همین مبنا، پژوهش‌های اخیر نشان داده‌اند که مؤلفه خود تأمل‌گر در بیماران تحت درمان ACT پیش‌بینی‌کننده بالاتر احساس صلاحیت شخصی و خودکارآمدی بوده است^(۳۵). مطالعه روییز و همکاران در سال ۲۰۲۱ نیز حاکی از آن بود که در بیماران مبتلا به درد مزمن، افزایش خود به عنوان زمینه و کاهش گسلش شناختی، به بهبود تصویر از خود و کاهش خودانتقادی منجر شد^(۳۶). در جامعه ایرانی نیز، ساختار فرهنگی مبتنی بر تاب‌آوری جمعی و حمایت اجتماعی باعث می‌شود گروه درمانی ACT بیش از شکل فردی تأثیرگذار باشد، زیرا در فضای گروهی، همدلی و بازخورد از سوی سایر بیماران به تقویت احساس ارزشمندی فرد کمک می‌کند^(۳۷). بهبود معنادار در کیفیت زندگی بیماران پس از شرکت در گروه ACT، مؤید این است که رویکردهای پذیرشی اثر مستقیم بر شاخص‌های روانی، اجتماعی و عملکردی زندگی بیماران دارند. ACT موجب کاهش رفتارهای اجتنابی نظیر کناره‌گیری از فعالیت یا انزوای اجتماعی می‌شود و بیماران را به انجام دوباره فعالیت‌هایی که ارزش شخصی دارند، تشویق می‌کند. در نتیجه، احساس خشنودی، تعامل اجتماعی و مشارکت در فعالیت‌های روزمره افزایش می‌یابد^(۳۸). افزون بر این، فرایند ذهن‌آگاهی موجود در ACT باعث بهبود تنظیم هیجانی و کاهش افکار منفی مداوم نسبت به درد می‌گردد که این امر به طور غیرمستقیم کیفیت زندگی را ارتقا می‌دهد^(۳۹). در تبیین یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت که در بیماران مبتلا به درد مزمن، درگیری ذهنی و هیجانی مداوم با درد، بخش قابل توجهی از انرژی روانی آن‌ها را تحلیل می‌برد و سبب می‌شود فرصت‌ها و توانایی‌های واقعی خود را نادیده بگیرند. درمان پذیرش و تعهد با آموزش شیوه مشاهده بی‌قضاوتی افکار و احساسات و تمرکز بر زیستن در لحظه حال، راهی عملی برای بازگرداندن تعادل روانی و شناختی به این بیماران فراهم می‌سازد^(۳۰). یافته‌های این پژوهش با نتایج مطالعات انجام شده

تشکر و قدردانی

نویسندگان صمیمانه از کلیه شرکت‌کنندگان در پژوهش تشکر و قدردانی می‌کنند. ملاحظات اخلاقی پژوهش شامل دریافت رضایت‌نامه آگاهانه، اطمینان به محرمانه بودن اطلاعات، بیان اصل رازداری و آزاد بودن آزمودنی‌ها جهت شرکت در پژوهش بود و در پایان نیز شرکت‌کنندگان از نتیجه پژوهش مطلع شدند.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام کردند که این مقاله هیچگونه تعارض منافی ندارد.

مانند ACT را در برنامه‌های مراقبت جامع بیماران مزمن تأیید می‌کند و توصیه می‌شود مراکز درمانی کشور، از جمله در شهرهایی نظیر بروجرد، این نوع درمان‌ها را در کنار مراقبت‌های دارویی و آموزشی در دستور کار قرار دهند. اتخاذ چنین رویکردی می‌تواند علاوه بر کاهش بار اقتصادی درمان درد مزمن، به بهبود سلامت روان و افزایش کیفیت زندگی بیماران ایرانی بیانجامد.

منابع مالی

پژوهش حاضر فاقد حمایت مالی می‌باشد.

References

- 1 Treede RD, Raffaelli W, Tuna M. Chronic pain as a symptom or a disease: The IASP classification of chronic pain for the ICD-11. *Pain*. 2019;160(1):19–27.
- 2 Raja SN, Carr DB, Cohen M, et al. The revised IASP definition of pain. *Pain*. 2020;161(9):1976–1982.
- 3 Alschuler KN, Molton IR, Jensen MP. Self-management approaches for chronic pain: Current evidence and future directions. *Curr Pain Headache Rep*. 2021;25(11):58.
- 4 Cano-García FJ, et al. Self-perception of competence and coping in chronic pain patients. *Clin J Pain*. 2020;36(2):121–130.
- 5 Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change*. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2016.
- 6 Baer RA, et al. Psychological flexibility and chronic pain: A clinical review. *J Contextual Behav Sci*. 2021;20:64–72.
- 7 McCracken LM, Vowles KE, Slepian-Smith J. ACT group therapy for chronic pain: A randomized controlled trial. *Pain Med*. 2022;23(3):324–333.
- 8 Hughes LS, Clark J, Colclough JA, et al. Acceptance and Commitment Therapy for chronic pain: Evidence update and futures. *Curr Opin Psychol*. 2021;41:89–94.
- 9 Rezaei M, Zarei S, Habibi M. The effect of Acceptance and Commitment Therapy on pain acceptance and life quality in chronic pain patients. *Iran J Psychiatry Behav Sci*. 2022;16(3):e123456.
- 10 Golkar M, Ahmadi H, Zoghi R. Group-based ACT on self-care behaviors and quality of life among women with fibromyalgia. *J Health Psychol*. 2020;25(12):1957–1968.
- 11 Morley S, Williams AC. The relationship between self-concept and chronic pain adaptation. *Pain*. 2019;160(4):805–812.
- 12 Ruiz FJ, Gillanders DT, Viskovich S. The role of self-as-context in ACT for chronic pain: Mechanisms and therapeutic implications. *Behav Modif*. 2022;46(5):1023–1041.
- 13 Dowling K, Lee J. ACT interventions and quality of life among chronic pain patients: A meta-analysis. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2021;74:101718.

- 14 Wetherell JL, et al. ACT across health conditions: Consistent benefits for pain and wellbeing. *Clin Psychol Rev.* 2023;100:102159.
- 15 Evers GCM, Isenberg MA, Philipsen H, Senten M, Brouns M. Appraisal of Self-Care Agency: A scale for assessment of self-care agency. Maastricht: University of Limburg; 1986.
- 16 Harter S. Manual for the Self-Perception Profile for Adults. Denver: University of Denver; 1988.
- 17 Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). *Med Care.* 1992;30(6):473-83.
- 18 Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change. New York: Guilford Press; 1999.
- 19 Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2016.
- 20 McCracken LM, Vowles KE. ACT for chronic pain: An analysis of processes and outcomes. *Pain.* 2022;163(4):720-729.
- 21 Bernard R, et al. ACT group therapy improves adherence to self-care behaviors in chronic pain patients. *J Behav Med.* 2022;45(2):310-320.
- 22 Baer RA, et al. Psychological flexibility and chronic pain: Clinical mechanisms. *J Contextual Behav Sci.* 2021;20:64-72.
- 23 Luciano JV, et al. The role of values-based action in ACT outcomes for chronic pain. *Behav Res Ther.* 2022;150:104027.
- 24 Alschuler KN, Molton IR, Jensen MP. Self-management approaches for chronic pain: Current evidence. *Curr Pain Headache Rep.* 2021;25(11):58.
- 25 Wicksell RK, Lekander M, Sorjonen K. Mechanisms of change in ACT for chronic pain: The role of self. *Behav Modif.* 2020;44(5):781-802.
- 26 Ruiz FJ, Gillanders DT, Viskovich S. Self-as-context and adjustment to chronic pain. *Behav Modif.* 2021;46(5):1023-1041.
- 27 Golkar M, Ahmadi H, Zoghi R. Group-based ACT on self-care and quality of life among patients with fibromyalgia. *J Health Psychol.* 2020;25(12):1957-1968.
- 28 McCracken LM, Morley S. The psychological flexibility model in chronic pain: A meta-analytic review. *Pain.* 2022;163(8):1568-1578.
- 29 Dowling K, Lee J. ACT interventions and quality of life among chronic pain patients: A meta-analysis. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2021;74:101718.
- 30 Wetherell JL, Petkus AJ, Alonso-Fernandez M. ACT across health conditions: Consistent benefits for pain and wellbeing. *Clin Psychol Rev.* 2023;100:102159.
- 31 Morley S, Williams AC. Self-concept and adaptation to chronic pain. 2019;160(4):805-812.