



Comparing the Effectiveness of Schema Therapy, Acceptance and Commitment Therapy on Pain Acceptance, Pain Self-Efficacy in Spinal Column Surgery Patients

Habibeh Farokhi¹, Mojtaba Anasari shahidi^{*2}, Hassan Rezai Jamaleoi³, Amrollah Abarhimi⁴, Jalil Arabkhradmand⁵

1. Ph.D. Student of Health psychology, Department of psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

2. Associate Professor, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

3. Associate Professor, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

4. Associate Professor, Psychosomatic Research Center, Medical faculty, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

5. Neurosurgeon of Milad Hospital Tehran, Defence health research center, Tehran, Iran.

ABSTRACT

Aims and background: The aim of this study was to compare the effectiveness of acceptance and commitment therapy and schema therapy on pain acceptance and self-efficacy pain in spinal column surgery patients who were referred to Milad hospital.

Materials and methods: In this semi-experimental study with pre and post test control group design was used, 96 people who were qualified according to inclusive criteria have been chosen among the men who underwent spinal surgery by convenient method. Therefore 45 male subjects were chosen randomly and assigned to two experimental and control groups (each with 15 people). First group received acceptance and commitment therapy (ACT) and second learned schema therapy and control group had no learning. This study was to analyze the data from the test ANCOVA.

Findings: Result showed the efficacy of both acceptance and commitment therapy and schema therapy based on reducing amount pain and increase self-efficacy.

Conclusions: The results revealed that schema therapy focuses on the challenge and cognition and acceptance and commitment therapy focuses on the process to create positive and appropriate changes in patients who underwent surgical procedure.

Keywords: Acceptance and commitment therapy, Schema therapy, pain acceptance, Self efficacy, Spinal column surgery patients

► Please cite this paper as:

Farokhi H, Anasari Shahidi M, Rezai Jamalloi H, Abarhimi A, Arabkhradmand J. Comparing the Effectiveness of Schema Therapy, Acceptance and Commitment Therapy on Pain Acceptance, Pain Self-Efficacy in Spinal Column Surgery Patients (Persian). J Anesth Pain 2020;10(4):89-96.

Corresponding Author: Mojtaba Anasari shahidi, Associate Professor, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

Email: Dransarishahidi@gmail.com

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۱۰، شماره ۴، زمستان ۱۳۹۸

بررسی مقایسه اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی بر پذیرش درد و خودکارآمدی درد در بیماران تحت جراحی ستون فقرات

حبیبه فرخی^۱، مجتبی انصاری شهیدی^{۲*}، حسن رضایی جمالویی^۳، امراله ابراهیمی^۴، جلیل عرب خردمند^۵

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران
۲. استادیار گروه روانشناسی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران
۳. استادیار گروه روانشناسی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران
۴. دانشیار مرکز تحقیقات روان‌تنی، گروه روان پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ایران
۵. جراح مغز و اعصاب، بیمارستان میلاد تهران، مرکز تحقیقات سلامت دفاعی، تهران، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۱۰/۲۷

تاریخ بازبینی: ۱۳۹۸/۱۰/۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۸/۱۹

چکیده

زمینه و هدف: هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی بر پذیرش درد و خودکارآمدی درد، در بیماران تحت جراحی ستون فقرات مراجعه کننده به بیمارستان میلاد است.

مواد و روش‌ها: این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری دوماهه است. ۹۶ بیمار واجد ملاک‌های ورودی با روش نمونه‌گیری در دسترس از بین بیماران مرد که تحت جراحی ستون فقرات قرار گرفته‌اند، انتخاب و از میان آنها تعداد ۴۵ نفر به طور تصادفی در گروه‌های ۱۵ نفره، دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند. گروه اول درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه دوم آموزش طرحواره درمانی را دریافت کردند و گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکردند و سپس برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون آماری تحلیل کواریانس چند متغیره (آنکوا) استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش حاکی از اثربخشی هر دو مدل درمانی بر پذیرش درد و افزایش خودکارآمدی بیماران جراحی ستون فقرات است. **نتیجه‌گیری:** برحسب نتایج حاصل از این پژوهش طرحواره درمانی با تمرکز بر شناخت‌ها و چالش‌ها و درمان پذیرش و تعهد با ایجاد تغییر مثبت و مناسب در بیماران تحت جراحی می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، طرحواره درمانی، پذیرش درد، خودکارآمدی درد، بیماران تحت جراحی ستون فقرات

مقدمه

درد برای ادامه حیات ضروری است. اما این پدیده در بسیاری از مواقع نقش هشدار دهنده و انطباقی خود را، از دست می‌دهد و مشکلات گوناگونی را برای افراد به وجود می‌آورد و برجسته‌های مختلف زندگی از جمله: کیفیت

درد، پدیده‌ای است که توسط هر فرد در طول زندگی تجربه می‌شود و باعث اجتناب فرد از محرک‌های خطرناک و ناخوشایند می‌گردد. بنابراین می‌توان گفت

نویسنده مسئول: مجتبی انصاری شهیدی، استادیار گروه روانشناسی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران

پست الکترونیک: Dransarishahidi@gmail.com

در وضعیت کنونی درد تاثیر دارند و از آنجا که مدیریت درد، یک رویکرد چند رشته‌ای است. در سالهای اخیر بسیار مورد توجه قرار گرفته است. لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر بخشی رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی بر پذیرش درد و خودکارآمدی درد، در بیماران جراحی ستون فقرات انجام گردید.

طرح پژوهش

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی است. و طرح آن به صورت دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل، همراه با سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری (دوماهه) می‌باشد.

جامعه آماری

در این پژوهش ابتدا با ۹۶ بیمار تحت جراحی ستون فقرات (دیسک کمرو گردن، کیفوزها و تومورهای نخاعی) که به بخش جراحی مغز و اعصاب بیمارستان میلاد تهران مراجعه و بستری شده و تحت عمل جراحی قرار گرفته و همچنین از انجام پرسشنامه درد، مک گیل نمره (۴۰ تا ۳۵) را کسب نمودند مصاحبه و از بین آنها ۴۵ نفر که دارای ملاک‌های ورودی، این پژوهش شامل: دامنه سنی ۴۹-۲۰ سال، داشتن تحصیلات متوسط به بالا، عدم دریافت درمان‌های دارویی مخدر جهت کنترل درد و تمایل شرکت در جلسات درمانی انتخاب و سپس به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند. هر گروه شامل پانزده نفر بود که در ابتدا همه گروه‌ها، پرسشنامه‌های، پژوهش را پاسخ دادند و سپس دو گروه آزمایش به مدت ۹ جلسه هر هفته ۱ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان با فنون مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی قرار گرفتند. پس از پایان جلسات پرسشنامه پس آزمون توسط گروه‌های آزمایش و کنترل تکمیل شده و به منظور اثربخشی درمان پیگیری دو ماه انجام شد.

ابزار سنجش

پرسشنامه درد مک گیل: پرسشنامه دردمک گیل، در سال (۱۹۹۷) توسط مک گیل و ملزاک ساخته شد. و

زندگی، رضایت از زندگی، خودکارآمدی و... اثر می‌گذارد. و از سوی دیگر، درد به عنوان یکی از مولفه‌های نظام بهداشت و درمان پیشرفته به شمار می‌آید. در کشورهای غربی این پیشنهاد مطرح است که در پرونده هر بیمار، درد را به عنوان پنجمین علامت حیاتی در کنار چهار علامت عمده حیاتی دیگر (فشار خون، ضربان قلب، درجه حرارت و تنفس) اندازه‌گیری نمایند. در همین راستا در امریکا سالهای ۲۰۰۱ تا ۲۰۱۰ را دهه کنترل درد و پژوهش درباره آن نامیدند اصغری مقدم^(۱). از آنجا که درد، تجربه‌ای، ذهنی و پدیده ادراکی و پیچیده‌ای است به همین دلیل توصیف آن مشکل است. در میان انواع دردهای مزمن، درد ستون فقرات (کمردرد و درد گردن) از شایع‌ترین دردها می‌باشد. که افراد را، به سمت جراحی سوق می‌دهد. بعد از جراحی نیز، درد یکی از مشکلات شایع و از جمله چالش برانگیزترین مشکلات پزشکی است، که مورد پژوهش قرار گرفته است و پیشینه‌های پژوهشی بررسی شده در حوزه، درد مزمن بر پذیرش درد به عنوان یک متغیر شناختی مهم تاکید دارد. همچنین بر اساس نتایج پژوهش‌های انجام شده یکی از عوامل دیگر در زمینه درد، خودکارآمدی می‌باشد. اهمیت باورهای خودکارآمدی در مطالعه درد به این جهت است که این سازه تعیین می‌کنند فرد در مواجهه با مشکلات و تجربیات آزاردهنده چه قدر تلاش خواهد کرد و تا چه وقت از خود پایداری نشان می‌دهد و توجیه درد، را در میان مبتلایان به درد مزمن را تبیین کند. از همین جهت در راستای کنترل درد، درمانگران تلاش می‌کنند با ترکیب تکنیک‌های درمانی مختلف یا گسترش درمانهای موجود، درد کمتر و سلامت بیشتر، درمانجویان را تأمین نمایند. در خصوص رویکرد پذیرش و تعهد درمانی در بیماران مبتلا به درد مزمن نیلگز و همکاران^(۲) نشان دادند با استفاده از این روش درمانی پذیرش درد و انعطاف‌پذیری شناختی افزایش یافته و به دنبال آن علائم درد کاهش معناداری داشته است. از سوی دیگر ساریاها و همکاران^(۳) در تحقیقی نشان دادند که اکثر طرحواره‌ها

کاسکارایلا برای درگیری در فعالیت و پذیرش درد به ترتیب ۷۹ و ۷۵ درصد گزارش شده است.

پرسشنامه خودکارآمدی درد نیکولاس: این پرسشنامه توسط نیکولاس^(۳) ۱۹۸۹ بر پایه مفهومی که بندورا، از خودکارآمدی مطرح کرده است، ساخته شد. بندورا معتقد است که با ارزیابی میزان اطمینان بخش فرد به توانایی‌هایش برای انجام فعالیت خاص می‌توان عملکرد وی را به هنگام انجام واقعی آن پیش‌بینی کرد. نیکولاس برای پرسشنامه خودکارآمدی درد، رویکرد خاصی را اتخاذ کرد که طی آن از بیمار می‌خواهد تا به هنگام درجه‌بندی توانایی‌اش برای انجام فعالیت‌های خاص درد خود، را به حساب آورد. این پرسشنامه ۱۰ عبارت دارد، که هر عبارت میزان ارزیابی بیماران از توانایی وی را برای انجام گروهی از فعالیتها با وجود درد، بر اساس مقیاس لیکرت نمره‌گذاری می‌کنند. نمره بیمار بین صفر تا ۶۰ تغییر می‌کند و نمره بالاتر مبین احساس خودکارآمدی، بالاتر است.

یافته‌ها

به منظور نقش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی و طرحواره درمانی بر پذیرش درد و خودکارآمدی درد، از تحلیل کواریانس چند متغیره (آنکوا) استفاده گردید.

کاربردی‌ترین، ابزار استاندارد برای ارزیابی درد می‌باشد. که دارای ۲۰ مجموعه عبارت است و هدف آن سنجش درک افراد از ابعاد مختلف درد است. بعد حسی (مجموعه ۱ تا ۱۰)، بعد عاطفی (مجموعه ۵ تا ۱۵)، بعد ارزیابی درد (مجموعه ۱۵ تا ۱۷)، دردهای گوناگون (مجموعه ۱۷ تا ۲۰) است. ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۸۵ و ضریب پایایی آن در تمام حیطه‌ها بالای ۰/۸۰ محاسبه شده است. ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۵ و ضریب خرده مقیاس‌های آزمون بین ۰/۸۳ تا ۰/۸۷ گزارش شده است.

پرسشنامه پذیرش درد مزمن: این پرسشنامه در سال ۲۰۰۴ توسط ولز و مک کراکن تهیه شد و به صورت گسترده در پژوهش‌های مرتبط با درد مزمن مورد استفاده قرار می‌گیرد. پرسشنامه از ۲۰ مورد تشکیل شده است. که در یک مقیاس ۷ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شوند. پرسشنامه پذیرش درد شامل دو خرده مقیاس است: الف) درگیری در فعالیتها (یعنی پیگیری فعالیت‌های روزانه با وجود درد)، ب) پذیرش درد (یعنی عدم وجود نسبی تلاشها برای اجتناب یا کنترل درد)، ۱۱ مورد این پرسشنامه به پذیرش درد مربوط و مستقیم نمره‌گذاری می‌شود. در حالیکه ۹ آیت دیگر در فعالیتها نمره‌گذاری معکوس دریافت می‌کنند. آلفای کرونباخ این پرسشنامه توسط

جدول ۱: نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره (آنکوا) جهت بررسی اثربخشی درمان بر متغیر پذیرش درد در مرحله پس‌آزمون و پیگیری (با کنترل نمرات سطح تحصیلات)

توان آماری	میزان تاثیر	سطح معناداری	ضریب F	میانگین مجزورات	درجه آزادی	مجموع مجزورات	منبع تغییر	
۱	۰/۸۹	۰/۰۰۱	۲۰/۱۶۶	۱۰۲۳/۶۶	۱	۱۰۲۳۲/۷۱	پس آزمون	پیش آزمون
۱	۰/۸۹	۰/۰۰۱	۲۱۵/۰۷	۹۵۶۱/۰۲	۱	۹۵۶۱/۰۲	پیگیری	
۰/۱	۰/۰۱	۰/۴۸	۰/۴۹	۲۳/۹۱	۱	۲۳/۹۸	پس آزمون	تحصیلات
۰/۰۹	۰/۰۱	۰/۵۷	۰/۳۹	۱۶/۸۹	۱	۱۶/۹۱	پیگیری	
۰/۸۷	۰/۳۲	۰/۰۰۵	۶/۹	۳۳۸/۸۳	۲	۶۸۸/۶۳	پس آزمون	عضویت گروهی
۰/۵۲	۰/۱۹	۰/۰۹	۳/۰۶	۱۳۹/۹۱	۲	۲۶۴/۹۴	پیگیری	

تفاوت معناداری مشاهده می‌شود ($P < 0/05$). ولی در مرحله پیگیری بین میانگین نمرات پذیرش درد، در گروه پذیرش و تعهد، طرحواره درمانی و گروه کنترل تفاوت معنادار مشاهده نشد ($P > 0/05$).

همانطور که در جدول مشاهده می‌شود با فرض کنترل نمرات پیش آزمون و سطح تحصیلات، بین میانگین نمرات پذیرش درد، در گروه‌های پذیرش و تعهد، طرحواره درمانی و گروه کنترل در مرحله پس آزمون و پیگیری

جدول ۲: مقایسه اثربخشی مداخلات درمانی بر پذیرش درد در مرحله پس آزمون

متغیر	گروه	میانگین	گروه	میانگین	انحراف معیار	سطح معناداری
پذیرش درد	پذیرش و تعهد	۷۴/۱۸	طرحواره درمانی	۷۸/۶۹	۲/۳	۰/۶۳
	طرحواره درمانی	۷۶/۷۱	گروه کنترل	۸۵/۹۶	۴/۱۹	۰/۰۰۲
			گروه کنترل			

درد، در مرحله پس آزمون بین دو گروه دیگر تفاوت معناداری مشاهده نمی‌شود. در مرحله پیگیری بین میانگین نمرات پذیرش درد در سه گروه هیچگونه تفاوت معناداری مشاهده نشد.

بر اساس جدول ۲ می‌توان گفت که میانگین‌های پس آزمون پذیرش درد، در گروه کنترل به طور معناداری بالاتر از دو گروه درمانی (پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی) است. و بین میانگین نمرات پذیرش

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره (آنکوا) جهت بررسی مداخلات درمانی بر متغیر خودکارآمدی در مرحله پس آزمون و پیگیری (با کنترل نمرات سطح تحصیلات)

منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	سطح معناداری	میزان تاثیر	توان آماری		
								پیش آزمون	پس آزمون
	۲۱۶۹/۲۸	۱	۲۳۶۹/۳۸	۶۶/۴۲	۰/۰۰۱	۰/۷۲	۱	پیش آزمون	پس آزمون
	۱۷۵۹/۰۷	۱	۱۷۶۹/۰۶	۴۵/۰۸	۰/۰۰۱	۰/۶۴	۱	پیگیری	
تحصیلات	۰/۱	۱	۱۴/۱	۰/۳۹	۰/۵۳	۰/۰۱	۰/۰۹	پس آزمون	
	۱/۳۷	۱	۱/۲۷	۰/۰۳۳	۰/۸۵	۰/۰۰۱	۰/۰۳	پیگیری	
عضویت	۸۳۴/۰۸	۲	۴۱۲/۰۴	۱۱/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۴۸	۰/۹۸	پس آزمون	
	۳۱۶/۹۱	۲	۱۵۶/۴۲	۳/۹۸	۰/۰۳	۰/۳۴	۰/۸۱	پیگیری	

می‌دهد که با کنترل پس‌آزمون و متغیر مداخله‌گر سطح تحصیلات تفاوت میانگین نمرات درگروه‌های درمانی و گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون و پیگیری معناداری است ($P < 0.05$).

فرضیه دیگر مبنی بر این بود که بین میانگین نمرات خودکارآمدی در گروه‌های درمانی پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی و گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت وجود دارد. نتایج جدول ۳ نشان

جدول ۴: مقایسه زوجی تاثیر مداخلات درمانی بر متغیر خودکارآمدی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری

متغیر وابسته	گروه	میانگین	گروه	میانگین	انحراف معیار	معناداری
پس‌آزمون	پذیرش و تعهد	۵۰/۳۴	طرحواره درمانی	۴۶/۹۵	۲/۸۲	۰/۲۳
	طرحواره درمانی	۴۶/۹۲	گروه کنترل	۴۷/۸۹	۲/۷۹	۰/۰۰۱
			گروه کنترل		۲/۵۹	۰/۰۰۲
پیگیری	پذیرش و تعهد	۴۵/۰۸	طرحواره درمانی	۲۶/۶	۲/۷۵	۰/۶۴
	طرحواره درمانی	۲۶/۶	گروه کنترل	۴۷/۵۶	۲/۸۱	۰/۰۱
			گروه کنترل		۲/۸۱	۰/۰۴

خودکار منتهی می‌گردند. بنابراین برادرک و تجربه افراد تاثیر می‌گذارند. در همین راستا ساریاهاو ۲۰۱۰ با تحقیق روی ۲۷۱ نفر از بزرگسالان سالم و مبتلا به درد مزمن نشان داد که مبتلایان به درد مزمن نمرات معناداری در طرحواره ناسازگار به دست آوردند^(۳).

نیلگز، کارن زوبولینگر ۲۰۱۵ در خصوص اثربخشی رویکرد پذیرش و تعهد در بیماران مبتلا به درد مزمن نشان دادند که تجربه این درمان به طرز قابل قبولی منجر به کاهش درد این بیماران می‌شود. و این رویکرد درمانی با دو مولفه اساسی پذیرش (۱- پذیرش ارادی درد ۲- پرداختن به فعالیتها) ارتباط مستقیمی وجود دارد و نتایج مطالعات نشان داد که پذیرش درد، کیفیت زندگی بیماران مبتلا به کمردرد، را بالاتر می‌برد و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با افزایش انعطاف‌پذیری شناختی به کاهش درد و بهبود علائم در این دسته بیماران می‌شود^(۴). همچنین کاتر، جردن و پورتر ۲۰۱۶^(۵) مک‌کراکن و اکستون ۲۰۰۵^(۶) و لوزومک کراکن ۲۰۱۶^(۷) به بررسی نقش طرحواره‌ها بر درد مزمن پرداخته‌اند و نتایج نشان داد که طرحواره‌ها، از جمله

جدول ۴ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین نمرات خودکارآمدی بین دو گروه درمانی پذیرش و تعهد و گروه کنترل و بین طرحواره درمانی و گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون و هم در مرحله پیگیری تفاوت معنادار است ($P > 0.05$). ولی تفاوت میانگین تعدیل شده خودکارآمدی بین گروه پذیرش و تعهد میانگین نمرات خودکارآمدی پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد که نمرات خودکارآمدی در، دو گروه پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی در مرحله پس‌آزمون افزایش یافته است. اما در گروه کنترل مقایسه میانگین نمرات خودکارآمدی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری با پیش‌آزمون تفاوت دارد.

نتیجه‌گیری

از آنجا که طرحواره‌های شناختی سازه‌های سازمان یافته از اطلاعات ذخیره‌شده هستند که ادراک یا به عبارتی برداشت فرد از خود، دیگران، اهداف، توقعات و خاطرات را دربردارند و فرایندهای شناختی موقعیتی بعد را نیز هدایت می‌کنند. یعنی توجه، تفسیر وقایع، بازیابی و در نهایت به تفکرات

طرحواره درمانی باعث افزایش خود کارآمدی و مولفه‌های آن در جراحی ستون فقرات شده است. یکی از پیامدهای جراحی ستون فقرات کاهش کارکرد عملکرد روزانه و به دنبال آن کاهش خود کارآمدی است. بنابراین نقش خود کارآمدی در کنترل درد حائز اهمیت است. در این پژوهش سعی شده است با به کارگیری روش‌های درمان طرحواره درمانی و پذیرش و تعهد و تاثیر مداخلات بر متغیر خود کارآمدی به بیماران مبتلا به درد مزمن کمک شود، تا با خود کارآمدی میزان درد کمتری را تجربه کنند. پژوهش حاضر حمایت‌های مقدماتی استفاده از درمان پذیرش تعهد و طرحواره درمانی را در درمان اختلال درد پس از جراحی‌های کمر و گردن ارائه می‌دهند. با این حال محدودیت‌هایی وجود دارد که بهتر است مورد بررسی قرار گیرند. یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود که از یک نمونه مذکر و گروه سنی ۲۰-۴۹ سال استفاده شد، که از تعمیم‌دهی به جامعه آماری بالینی و مؤنث مانعت به عمل می‌آورد. محدودیت دیگر متغیرهای دموگرافیکی بررسی شده جنس، سن و سطح تحصیلات بودند وضعیت اجتماعی-اقتصادی و قومیت و سابقه جراحی و... مورد بررسی قرار نگرفتند. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی کارایی درمان پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی با سایر شیوه‌های درمانی و متغیرهای دیگر در مدیریت درد، مورد مقایسه قرار گیرد. همانطور که گفته شد، درد یکی از مشکلات شایع در انواع جراحی‌ها می‌باشد که در این میان تسکین و کنترل درد، یکی از نقش‌های کلیدی روان‌شناسان سلامت می‌تواند، باشد که در این زمینه آزادی عمل بیشتری دارند و مهارت‌های بیشتری را کسب نمودند.

تقدیر و تشکر

با تشکر و سپاس از زحمات اساتید گرامی، این پژوهش حاضر برگرفته از رساله دکترای حبیبه فرخی (کد پژوهشی ۱۵۰۲۰۷۰۹۹۷۱۰۰۶) و کد اخلاق (IR.IAU.NAJAFABAD.REC.1398.103) می‌باشد که در دانشگاه آزاد اسلامی نجف‌آباد تنظیم گردید. نویسندگان قدردانی خود را از کلیه بیماران جراحی ستون فقرات شرکت کننده در این پژوهش اعلام می‌نمایند.

طرحواره ایشار، اطاعت و محرومیت هیجانی بردرد، تاثیرگذار می‌باشند. از سوی دیگر امروزه با نسل سوم درمان‌ها از جمله مدل درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد که به جای تغییر در شناخت‌ها سعی دارد تا ارتباط روانشناختی فرد را با افکار و احساساتش افزایش دهد.

و در این درمان هدف اصلی ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است. در رویکرد پذیرش و تعهد درمانی از فرایند تغییر رفتار به منظور ایجاد انعطاف‌پذیری روانی استفاده می‌شود. و با ذهن آگاهی و تمرکز بر لحظه حال و رویکرد مشارکت در فعالیت‌های روزانه سبب کاهش تجربه درد می‌شود. ویهوف واسکم^(۸) ۲۰۱۱ و لزومک کراکن^(۹) ۲۰۰۶ در راستای این یافته‌ها نشان می‌دهند که بیماران با نگرش پذیرش بیشتر، سازگاری بیشتری با درد مزمن دارند. مک کراکن واکلستون^(۱۰) ۲۰۱۱ نشان داده‌اند تمایل به داشتن درد و درگیری در انجام فعالیت‌های روزمره بدون در نظر گرفتن حضور درد، منجر به کارکرد سلامت در بیماران مبتلا به درد مزمن می‌شود. ویکسل، اولسون و میلیون^(۱۱) ۲۰۰۹ در پژوهشی اثر بخشی راهبردهای رویکرد پذیرش و تعهد بر بهبود کارکرد و کیفیت زندگی و پذیرش و خود کارآمدی و کیفیت زندگی بهتر را گزارش دادند^(۱۱).

با توجه به پژوهش‌های فیلیووماتنیسون^(۱۲) ۲۰۱۸، کارنزو بولینگر^(۱۳) ۲۰۱۱، ومورنو ولانچ^(۱۴) ۲۰۰۸ و لومباراد، جانسون و همکاران^(۱۵) ۲۰۰۵ در زمینه طرحواره درمانی و درمان پذیرش و تعهد که مورد بررسی قرار گرفتند، نشان داده شد که این روش‌های درمانی در کاهش درد و مدیریت آن موثر است. چرا که در این رویکردهای درمانی از فرایند پذیرش و تمرکز ذهنی و فرایندهای تغییر رفتار به منظور انعطاف‌پذیری استفاده می‌شود. و به دنبال آن آگاهی و تمرکز بر لحظه حال و رویکرد مشارکت در فعالیت‌های روزانه سبب کاهش تجربه درد می‌گردد.

با توجه به شواهد متعدد پژوهش حاضر به نقش سازه پذیرش، در رویکرد درمانی پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی در کاهش تجربه درد بیماران جراحی ستون فقرات موثر بوده است. و همانطور که در جدول ۳ و ۴ مشاهده شد درمان پذیرش و تعهد

References

1. Asghar, Moghaddam, MA. [The manasuremen of pain. study new approaches to the psychology of pain.(Persian)] Tehran: Roshd publishing, 2011; 26.
2. Nicholas, MK. The pain self- efficacy questionnaire taking pain in to account. Eur. j. pain. 2007 ; 11: 153-163.
3. Sarriaho, TH. Saariah ,AS, Karila EA and jouka , MA. Early Maladaptive Schemas in finish Adult Chronic Pain Patients and a control sample. scandinavian Journal of psychology 2011; 52 (2): 146-153.
4. Nilges, Karanz, D. Bollinger, P. Chronic pain acceptance Effective well-being A coping perspective, Euro j. pain, 2016.
5. Cater, jD, McIntosh, VV. Jordan, j, porter, RJ, Frampton, C, Mand Joyce P. clinical comparing schema Therapy and cognitive behavior Therapy. Journal of Affective Disorders. 2016; 151.
6. Mcrackenlm, Eeelestonec, Coping or acceptance what to do about chronic pain. 2005; 105 (4): 197-204.
7. vowles, KE, Mccracken LM. Acceptance and values-based Action in chronic pain Astudy of Treatment effectiveness process.consult and clinical psychol. 2016; (76), 397 -407.
8. Veehof MM, oskam Mj, Bohlmeijer ET. Acceptance based interventions For the treatment of chronic pain a systematic review and metanalysis. Pain, 2011;152 (3): 533-42.
9. Mccracken, LM, vowles, K. Acceptance of chronic pain. cur pain headache rep, 2006;10, 90-94.
10. Vowles KE, Mccarcken LM, Btienjz, O. Acceptance and values-based action in chronic pain: a three-year follow-up analysis of treatment effectiveness and process-BehavResther, 2011; 6 (11): 748-55.
11. Wicksell, RK, olsson, GL, Melin.l, JE, Klosko, J.s and weishaarm, ME. Schema Therapy: A Practitioner, scuide. Newyork : cuilford, 2009.
12. Feliue, A, Montesions, F, Martins. o, Scott, W.vluicona J.Current status of Acceptance and Commitment therapy of chronic pain. Journal of pain Research, 2018; 11: 2145-2159.
13. Krans, D, Bollinger A. Nilges, P.Chronic Pain acceptance and affective well-being coping perspective. Euro. j. pain, 2011; 3, 77-89.
14. Morone, N, Lynch, s, Greco, C, Winner, D.K, The Effects of mindfulness meditation on older adult with chronic pain, The journal of pain, 2008;9, 841-880.
15. Lombarado, ER, Tan, G, Jensen, M.P, Andresonm, K.O.Anger Management style and Associations with Self-Efficacy and pain in Male Veterans, J. pain. 2005; 6(11), 765 -770.