



## Comparing the Effectiveness of Schema Therapy , Acceptance and Commitment Therapy on Pain Intensity , Emotion Regulation in Spinal Column Surgery Patients

Habibeh Farokhi<sup>1\*</sup>, Jalil Arab Khradmand<sup>2</sup>

1. Phd Health Psychology, Defence Health Reserch Center, Tehran, Iran
2. Neurosurgen of Milad Hospital, Defence Health Reserch 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 intensity and emotion regulation in spinal column surgery patients suffering from pain in milad hospital.

**Material and Method:** In this semi-experimental study with pretest-posttest control group design was used, 96 peopel who were given a diagnosis of about them ,were assigned to two experimental and control groups. this study was to analyze the data from the test ANCOVA.

**Results:** Results showed that acceptance and commitment therapy and schema therapy based on reducing amount pain and emotion management.

**Conclusion:** The results revealed that schema therapy focuses on the challenge and cognitive and acceptance and commitment therapy focuses on the change process to create positive change and appropriate in patients with pain and surgery used.

**Keyword :** Acceptance and commitment therapy , Emotion Regulation , Schema therapy Spinal column surgery patients , Pain Intensity.

► Please cite this paper as:

Farokhi H[Comparing the Effectiveness of Schema Therapy, Acceptance and Commitment Therapy on Pain Intensity, Emotion Regulation in Spinal Column Surgery Patients(Persian)]. J Anesth Pain 2021;12(2): 32-40.

**Corresponding Author:** Habibeh Farokhi, Phd Health Psychology, Defence Health Reserch Center, Tehran, Iran

**Email:** h.farokhi56@yahoo.com

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۱۲، شماره ۲، تابستان ۱۴۰۰

## بررسی مقایسه اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی بر شدت درد و تنظیم هیجانی در بیماران تحت جراحی ستون فقرات

حبیبه فرخی\*<sup>۱</sup>، جلیل عرب خردمند<sup>۲</sup>

۱. دکتری روانشناسی سلامت، مرکز تحقیقات سلامت دفاعی، تهران، ایران

۲. جراح مغز و اعصاب، بیمارستان میلاد، مرکز تحقیقات سلامت دفاعی، تهران، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱/۲۶

تاریخ بازبینی: ۱۳۹۹/۱۲/۲۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۹/۲۱

### چکیده

**زمینه و هدف:** هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی بر شدت درد و تنظیم هیجانی در بیماران تحت جراحی ستون فقرات بود.

**مواد و روش‌ها:** این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی وباطرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری دو ماهه است. ۹۶ بیمار واجد ملاک‌های ورودی باروش نمونه‌گیری در دسترس از بین بیماران مرد که تحت جراحی یکی از انواع جراحی ستون فقرات قرار گرفته‌اند، انتخاب به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون آماری تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتایج پژوهش حاکی از آن اثربخشی هر دو مدل درمانی بر شدت درد و تنظیم هیجانی بیماران جراحی ستون فقرات است. **نتیجه‌گیری:** برحسب نتایج حاصل ازاین پژوهش طرحواره درمانی با تمرکز بر چالش‌ها و شناخت‌ها و درمان پذیرش و تعهد با ایجاد تغییر مثبت و مناسب می‌تواند در بیماران تحت جراحی مورد استفاده قرارگیرد.

**واژه‌های کلیدی:** بیماران تحت جراحی ستون فقرات، تنظیم هیجانی، شدت درد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی

### مقدمه

خطرناک و ناخوشایند می‌گردد و از این طریق در حفظ حیات او نقش مهمی دارد. اگر چه وجود درد برای ادامه حیات ضروری است. اما این پدیده در بسیاری از مواقع

درد پدیده‌ای است که توسط هر فرد در طول زندگی تجربه می‌شود. و باعث اجتناب فرد از محرک‌های

نویسنده مسئول: حبیب فرخی، دکتری روانشناسی سلامت، مرکز تحقیقات سلامت دفاعی، تهران، ایران  
پست الکترونیک: h.farokhi56@yahoo.com

نقش هشداردهنده و انطباقی خود را از دست می‌دهد و مشکلات گوناگونی را به وجود می‌آورد. و از آنجا که درد بر جنبه‌های مختلف زندگی از جمله کیفیت زندگی اثر می‌گذارد و یکی از مولفه‌های نظام بهداشت و درمان پیشرفته به شمار می‌آید. از این رو شناسایی و اهمیت دادن به نقشی که درد در سلامت و بهداشت روان و جسم دارد امروزه بسیار مورد توجه قرار گرفته است. در این میان واکنش‌های بیماران نسبت به درد در کنترل آن حائز اهمیت است. از آنجا که مدیریت درد یک رویکرد چند رشته‌ای است که در سالهای اخیر بسیار مورد توجه قرار گرفته است. میان انواع دردهای مزمن، درد ستون فقرات (کمردرد و درد گردن) از شایع‌ترین دردها می‌باشد که در دوده‌ها اخیر افزایش یافته است و یکی از پدیده‌های است که افراد را وادار به درخواست کمک از نظام مراقبتی و بهداشتی و درمانی می‌نماید.

بعد از جراحی، درد یکی از مشکلات شایع است که از جمله چالش برانگیزترین مشکلات پزشکی نیز می‌باشد. از آنجا که درد، تجربه‌ای ذهنی و پدیده ادراکی و پیچیده‌ای است به همین دلیل توصیف آن مشکل است. انجمن بین‌المللی مطالعه درد، را اینگونه تعریف می‌کند: درد یک تجربه حسی و هیجانی ناخوشایند همراه با آسیب احتمالی یا واقعی بافت بدن در ارتباط است یا برحسب چنین آسیبی توصیف می‌شود. اصغری مقد<sup>(۱)</sup> 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 مورد درمان‌های روانشناختی برای درد مزمن می‌توان به رفتاری درمانی، درمان شناختی رفتاری، پسخوراند زیستی و جدیدترین آنها یعنی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اشاره کرد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بخشی از یک مکتب روانشناسی بالینی است که متعهد به ارائه‌ی روش‌های درمانی علمی است و این مدل روان‌درمانی جدید بخشی از آن چه امروز موج سوم درمان شناختی، رفتاری نامیده می‌شود، به حساب می‌آید که در درمان بیماران

مبتلا به درد مزمن به کار گرفته شده است. مطالعات متعددی از جمله نیلگز، کارنزو بولینگ، ۲۰۱۲<sup>(۲)</sup> درخصوص رویکرد پذیرش و تعهد درمانی در بیماران مبتلا به درد مزمن نشان داد با استفاده از این رویکرد درمانی پذیرش در دو انعطاف‌پذیری شناختی افزایش یافته و به دنبال آن علایم درد کاهش معناداری داشته است. در همین راستا ولز و همکاران، ۲۰۰۸<sup>(۳)</sup> یافته‌های (کارتز، جردنوپورتر، ۲۰۱۶<sup>(۴)</sup> حاکی از آن است که بین طرحواره‌های ناسازگارانه و شدت درد رابطه وجود دارد و در میان طرحواره‌ها، طرحواره محرومیت هیجانی نمرات معناداری نسبت به طرحواره‌های دیگر کسب نمود و یافته‌های پژوهشی نشان داده است که طرحواره درمانی می‌تواند شدت درد را کاهش و توانایی انجام فعالیت‌ها و خودکارآمدی بیماران مبتلا به درد مزمن را افزایش دهد. ساریاوهو، ۲۰۱۱<sup>(۵)</sup> در تحقیق خود نشان دادند که اکثر طرحواره‌ها در وضعیت کنونی درد تأثیر دارند و 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 نموده‌اند و از سوی دیگر با وجود اثربخشی درمان پذیرش و تعهد در بهبود ابعاد جسمانی و روانی درد مزمن پژوهش‌های اندکی درخصوص رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی در کنترل و مدیریت درد صورت گرفته است. اهمیت اصلی پژوهش حاضر در مطرح ساختن الگوی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی که می‌تواند همزمان با جراحی کاهش شدت درد، و تنظیم هیجانی بیماران جراحی ستون فقرات مورد استفاده قرار گیرد. همچنین این پژوهش سعی دارد اثربخشی و مقایسه دو روش درمانی پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی، شدت درد، و تنظیم هیجان بیماران جراحی ستون فقرات را مورد بررسی و مقایسه قرار دهد.

### روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با دو گروه آزمایش

(مجموعه ۱۷ تا ۲۰) است. ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۸۵ و ضریب پایایی آن در تمام حیطه‌ها بالای ۰/۸۰ محاسبه شده است. در پژوهش (دورکین، ۲۰۰۹) در اعتباریابی پرسشنامه مذکور ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۵ و ضریب خرده مقیاس‌های آزمون بین ۰/۸۳ تا ۰/۸۷ گزارش شده است. سازگاری درونی از طریق ضریب آلفای کرونباخ و نیز ضریب همبستگی گویه - مقیاس مورد تحلیل عامل اکتشافی و تاییدی مورد تایید قرار گرفته است. آلفای کرونباخ در مورد کل پرسشنامه ۰/۸۷ و برای ابعاد آن بین ۰/۸۷ تا ۰/۸۹ بوده است.

### پرسشنامه تنظیم هیجانی گراس وجان

این پرسشنامه به منظور اندازه‌گیری راهبردهای تنظیم هیجان توسط گراس وجان ۳ در سال (۲۰۰۳) در ۱۰ سوال تدوین شده است. این پرسشنامه دارای دو خرد مقیاس ارزیابی مجدد باشش سوال و سرکوبی با چهار سوال می‌باشد. پاسخ‌های آزمودنی بر اساس مقیاس لیکرت هفت درجه‌ای از کاملاً مخالف (۱ نمره) تا کاملاً موافق (۷ نمره) است. حداقل نمره این پرسشنامه ۱۰ و آن ۷۰ می‌باشد. ضریب آلفای کرونباخ برای ارزیابی مجدد ۰/۷۹ و برای سرکوبی ۰/۷۳ و اعتبار بازآزمایی بعد از ۳ ماه برای کل مقیاس ۰/۶۹ گزارش شده است. (گراس وجان، ۲۰۰۳). روایی همزمان این پرسشنامه از طریق تحلیل مولفه‌های اصلی با استفاده از چرخش واریماکس، همبستگی بین دو مقیاس ( $r=0/13$ ) و روایی ملاکی مطلوب گزارش شده است.

### پرسشنامه شدت درد

مقیاس شدت عددی شدت درد با استفاده از یک مقیاس درجه‌بندی عددی صفر (عدم وجود درد) تا ۱۰ (بدترین درد ممکن) ارزیابی شد از بیماران خواسته می‌شود که متوسط درد روزانه خود را در طی هفته گذشته درجه‌بندی کنند. این شاخص به طور گسترده در پژوهش‌های مربوط به درد استفاده می‌شود و ثبات، اعتبار و حساسیت این ابزار نسبت به

و کنترل، درسه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (دو ماه) می‌باشد.

### جامعه آماری

جامعه آماری پژوهش بیماران بخش جراحی مغز و اعصاب مردان بیمارستان فوق تخصصی میلاد تهران که جهت جراحی یکی از اختلالات ستون فقرات گردنی و کمری به این بخش مراجعه کرده‌اند، تشکیل شده است. در ابتدا با ۹۶ بیمار تحت جراحی ستون فقرات مصاحبه بالینی صورت گرفته و افرادی که دارای ملاک‌های ورودی این پژوهش که عبارتند از: جنسیت مرد، دامنه سنی ۲۰-۴۹ سال، داشتن تحصیلات متوسط به بالا، داشتن یکی از اختلالات ستون فقرات، توانایی شرکت در جلسات درمانی، عدم وجود سایر اختلالات روانی و سوء مصرف مواد و کسب نمره (۴۰-۴۵) بر اساس پرسشنامه درد مک گیل بوده است. که از بین جامعه آماری ذکر شده تعداد ۳۰ نفر که همه آنها تحت عمل جراحی ستون فقرات قرار گرفته بودند، انتخاب و به طور تصادفی در گروه‌های ۱۵ نفره آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند. 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 درمان پرسشنامه پس‌آزمون توسط گروه‌های آزمایشی و کنترل تکمیل شد. و به منظور اثربخشی درمان پیگیری دو ماه انجام شد.

### ابزار پژوهش

پرسشنامه درد مک گیل، در سال (۱۹۹۷) توسط مک گیل و ملزاک ساخته شد و کاربردی‌ترین ابزار استاندارد برای ارزیابی درد می‌باشد که دارای ۲۰ مجموعه عبارت است و هدف آن سنجش درک افراد از در دو ابعاد مختلف آن است بعد حسی (مجموعه ۱ تا ۱۰)، بعد عاطفی (مجموعه ۵ تا ۱۵)، بعد ارزیابی درد (مجموعه ۱۷-۱۵) دردهای گوناگون

طرحواره درمانی بر شدت درد و تنظیم هیجانی درد از تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده شد. نتایج تحلیل چند متغیره مربوط به اثر بخشی تفاوت پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی و گروه کنترل از نظر متغیر وابسته، شدت درد در مرحله پیش آزمون و پیگیری با کنترل متغیر پیش آزمون و مداخله‌گر سطح تحصیلات در جدول ۱ آورده شده است.

تأثیرات درمانی مورد تأیید قرار گرفته است (جنسن و کارولی، ۱۹۹۲). در ایران نیز افشارزاده و همکاران، روایی و پایایی این مقیاس را برای پژوهش داخلی مناسب ارزیابی کرده‌اند.

#### یافته‌ها

به منظور نقش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی و

جدول ۱: نتایج تحلیل چند متغیره جهت بررسی اثر بخشی درمانی بر متغیر شدت درد

منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	سطح معنا داری	میزان تاثیر	توان آماری
پیش آزمون	پس آزمون	۱	۱۲/۶۱	۰/۳۴۱	۰/۶۲	۰/۰۰۹	۰/۰۷
	پیگیری	۱	۱/۷۲	۰/۰۳۳	۰/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۰۴۵
عضویت گروهی	پس آزمون	۲	۳۱۴/۱۸	۵/۲۵	۰/۰۱	۰/۰۳	۰/۸۹
	پیگیری	۲	۳۷۱/۱۹	۷/۳۶	۰/۰۰۳	۰/۳۶	۰/۹

وجود دارد ( $P < 0/05$ ). سپس میانگین نمرات تعدیل شده شدت درد و نتایج حاصل از مقایسه‌های دو گروه درمانی و گروه کنترل و تاثیر آن بر شدت درد، در بیماران تحت جراحی ستون فقرات در جدول ۲ ارائه می‌شود.

براساس جدول شماره ۱ می‌توان گفت بین میانگین نمرات شدت درد در گروه‌های درمانی پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی و گروه کنترل در مرحله پس آزمون و پیگیری تفاوت وجود دارد. نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که متغیر کنترل پیش آزمون با نمرات پیگیری شدت درد رابطه معناداری

جدول ۲: مقایسه تاثیر مداخلات درمانی بر متغیر شدت درد

متغیر وابسته	گروه	میانگین	گروه	میانگین	انحراف معیار	سطح معنا داری
پس آزمون	پذیرش و تعهد	۴۴/۱۹	طرحواره درمانی	۳۴/۱۸	۳/۵۱	۰/۷۴
	طرحواره درمانی	۳۲/۷۷	گروه کنترل	۳۱/۱۵	۳/۵۶	۰/۰۱
پیگیری	پذیرش و تعهد	۴۳/۴۸	طرحواره درمانی	۳۱/۵۲	۳/۳۱	۰/۵۵
	طرحواره درمانی	۴۱/۵۴	گروه کنترل	۳۲/۱۶	۳/۲۷	۰/۰۰۷

هیجانی در مرحله پس آزمون و پیگیری با کنترل نمرات پیش آزمون و سطح تحصیلات در جدول ۳ آورده شده است.

نتایج تحلیل آنکوا مربوط به تاثیر تفاوت مداخله رویکرد پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی از نظر متغیر وابسته تنظیم

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره جهت بررسی مداخلات درمانی بر متغیر تنظیم هیجانی

منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضرب F	معناداری	میزان تاثیر	توان آماری
پس آزمون	۳۵۲۳/۶۶	۱	۲۶۳۲/۶۶	۲۲/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۴۷	۰/۹۹
			۱۲۰۲/۳				
پیش آزمون	۱۲۰۴/۳	۱	۱۳/۸۳	۱۳/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۴۵	۰/۹۶
عضویت	۳۶۴۶/۳۷	۲	۱۷۳۳/۱۸	۱۲/۲	۰/۰۰۱	۰/۵۲	۰/۹۹
	۱۶۵۹/۱۳	۲	۸۴۹/۵۵	۹/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۴۳	۰/۹۶

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد بین میانگین نمرات تنظیم هیجانی در گروه‌های درمانی پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی و گروه کنترل در مرحله پس آزمون و پیگیری تفاوت وجود دارد که متغیر کنترل پیش آزمون بانمرات پیگیری شدت درد رابطه معناداری وجود دارد.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد بین میانگین نمرات تنظیم هیجانی در گروه‌های درمانی پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی و گروه کنترل در مرحله پس آزمون و پیگیری تفاوت وجود دارد که متغیر کنترل پیش آزمون بانمرات پیگیری شدت درد رابطه معناداری وجود دارد.

جدول ۴: مقایسه تاثیر مداخلات درمانی بر متغیر تنظیم هیجانی

متغیر وابسته	گروه	میانگین	گروه	میانگین	انحراف معیار	معناداری
پس آزمون	پذیرش و تعهد	۷۶/۵۳	طرحواره درمانی	۹۸/۵۱	۲/۹۵	۰/۰۰۱
	طرحواره درمانی	۹۷/۵۱	گروه کنترل	۱۰۲	۲/۹۷	۰/۰۰۱
پیگیری	پذیرش و تعهد	۸۶/۶۶	طرحواره درمانی	۹۷/۱۵	۴/۱۸	۰/۰۰۶
	طرحواره درمانی	۹۷/۱۵	گروه کنترل	۱۰۲/۱	۴/۴	۰/۰۰۱

همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود تفاوت میانگین تعدیل شده نمرات تنظیم هیجانی در بین گروه پذیرش و تعهد و گروه کنترل در مرحله پس آزمون و پیگیری تفاوت معنادار مشاهده می‌شود ( $P < 0.05$ ). همچنین تفاوت بین میانگین نمرات تعدیل شده تنظیم هیجانی در بین گروه پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی در دو مرحله پس آزمون و پیگیری معنادار است ( $P < 0.05$ ). آزمون دیگر تفاوت بین میانگین نمرات تنظیم هیجانی در دو مرحله پس آزمون و پیگیری در بین دو گروه پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی و گروه کنترل تفاوت معنادار مشاهده می‌شود ( $P > 0.05$ ). میانگین نمرات تنظیم هیجانی در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در گروه پذیرش و تعهد نشان داد که در این گروه تنظیم هیجانی در مرحله پس آزمون نسبت به پیش آزمون کاهش نشان داد. در مرحله پیگیری نیز میانگین نمرات تنظیم هیجانی نسبت به پیش آزمون کاهش

همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود تفاوت میانگین تعدیل شده نمرات تنظیم هیجانی در بین گروه پذیرش و تعهد و گروه کنترل در مرحله پس آزمون و پیگیری تفاوت معنادار مشاهده می‌شود ( $P < 0.05$ ). همچنین تفاوت بین میانگین نمرات تعدیل شده تنظیم هیجانی در بین گروه پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی در دو مرحله پس آزمون و پیگیری معنادار است ( $P < 0.05$ ). آزمون دیگر تفاوت بین میانگین نمرات تنظیم هیجانی در دو مرحله پس آزمون و پیگیری در بین دو گروه پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی و گروه کنترل تفاوت معنادار مشاهده می‌شود ( $P > 0.05$ ). میانگین نمرات تنظیم هیجانی در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در گروه پذیرش و تعهد نشان داد که در این گروه تنظیم هیجانی در مرحله پس آزمون نسبت به پیش آزمون کاهش نشان داد. در مرحله پیگیری نیز میانگین نمرات تنظیم هیجانی نسبت به پیش آزمون کاهش

طرحواره‌ها و رویکرد پذیرش و تعهد در درد مزمن حمایت کردند. در پژوهش حاضر سعی بر آن شد که این مساله مورد بررسی قرار گیرد که آیا روش درمانی انجام شده باعث کاهش درد می‌شود. فرضیه‌های آزمون شده براساس مداخله‌های درمانی در کنترل و مدیریت درد در قسمت زیر مورد بحث قرار می‌گیرد. از یافته‌های پژوهش حاضر این بود که بین اثر بخشی و تداوم تاثیر درمان پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی بر شدت درد دو اغلب مولفه‌های آن در بیماران تحت جراحی ستون فقرات تفاوت معناداری وجود دارد. به طوری که درمان پذیرش و تعهد باعث کاهش شدت درد در این دسته از بیماران شد ( $p < 0.05$ ). این یافته همسو با یافته حاصل از پژوهش کارنس و همکاران (۲۰۱۱)<sup>(۱۰)</sup> است. تبیین دیگر از این یافته‌ها این است که تکنیک‌های آموزشی داده شده باعث انعطاف‌پذیری بیشتر شده به طوری که افراد درد خود را پذیرفته و به طرز منطقی با پیامدهای روانی آن مواجه شده‌اند و با استفاده از تکنیک‌های پذیرش، ذهن آگاهی سبب کاهش شدت درد شده است. به عبارتی دیگر شدت درد می‌تواند از طریق تاثیر بر خودکارآمدی و هم از طریق تاثیر بر افکار و هیجان بر خود مدیریتی درد ستون فقرات اثرگذار باشد. بدین معنی که افزایش شدت درد بر کاهش خود کارآمدی و در نتیجه کاهش خودمدیریتی درد ستون فقرات تاثیر دارد. همچنین محققان در مطالعه دیگر روی مبتلایان به کمر درد مزمن دریافتند که بین احساس خود کارآمدی برای مقابله با درد شدت درد ارتباط منفی وجود دارد. در این راستا جهت تبیین تاثیر شدت درد، بر روی نظام شناختی از طریق انحراف توجه می‌تواند به درد نظارت کرد. فرایند دیگری که در اکت بر آن تاکید می‌شود تاکید بر عمل متعهدانه است و ترغیب بیماران به روشن کردن ارزش‌ها، تعیین اهداف و تعهد به انجام اعمال با وجود درد می‌باشد به دنبال تحقق اهداف رضایت افراد از زندگی افزایش یافته و به نوبه‌ی خود باعث کاهش شدت درد می‌شود. همچنین کارسون و همکاران در تحقیقی جالب نشان دادند بیمارانی که توانایی بیشتری در بخشش دیگران دارند شدت درد

یافت ولی نسبت به مرحله پس آزمون اندکی افزایش نشان داد.

### نتیجه‌گیری

طرحواره‌های، اهداف، توقعات و خاطرات را دربردارند. این طرحواره‌ها فرایندهای شناختی موقعیتی بعد را هدایت می‌کنند (یعنی توجه، تفسیر وقایع، بازیابی و در نهایت به تفکرات خودکار منتهی می‌کنند). براساس مدل طرحواره درمانی یانگ (۲۰۰۳)<sup>(۶)</sup> افرادی که طرحواره‌هایی غیرانطباقی در مورد خود و رابطه‌شان با دیگران دارند وقتی در یک موقعیت خاصی قرار می‌گیرند فرایندهای توجهی و شناختی را هدایت می‌کند. در تحقیقی ولزومک کراکن<sup>(۷)</sup> ساریاهو و همکاران ۲۰۱۱ با بررسی ۶۰۲ بیمار بزرگسال مبتلا به درد مزمن و افراد سالم متوجه شدند که مبتلایان به درد مزمن نمرات بیشتری در طرحواره‌های ناسازگار دارند و طرحواره محرومیت هیجانی نمرات بیشتری را کسب کرده‌اند. همچنین مک کراکن واکستون (۲۰۰۵)<sup>(۸)</sup> وویف، اسکهم ۲۰۱۱<sup>(۹)</sup> به بررسی نقش آنها در درد مزمن پرداخته‌اند. 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. در این درمان هدف اصلی ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است و با فرایند پذیرش تمرکز ذهنی و فرایندهای تغییر رفتار به منظور ایجاد انعطاف‌پذیری استفاده می‌شود. در رویکرد درمانی آگاهی و تمرکز بر لحظه حال و رویکرد مشارکت در فعالیت‌های روزانه سبب کاهش تجربه درد می‌شود سعی می‌شود پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات و... افزایش یافته و متقابلاً اعمال کنترل ناموثر کاهش یابد. و همچنین به فرد آموخته می‌شود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آنها می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچ گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آنها به طور کامل پذیرفت. در مجموع با توجه به نتایج پژوهش‌های قبلی که از نقش

مسئول نظارت و ارزیابی و اصلاح واکنش‌های هیجانی به ویژه خصوصیات زمانی و فشرده برای به هدف رساندن فرد تعریف شده است و تحقیقات در رابطه با درد و هیجان اشاره بر این دارند که نوسانات روزانه در متغیرهای مرتبط با هیجان مانند خشم، غم و استرس ارتباط مثبت با نوسانات درد در همان روز میان بیماران مبتلا به درد مزمن دارد و به اعتقاد برخی پژوهشگران در مدیریت درد تنظیم هیجان ممکن است، نقش مهمی ایفا کند. همچنین آراند و همکاران (۲۰۱۰) رابطه تنظیم هیجانی، شدت هیجان و پاسخ‌های موثر در درد را در نمونه‌ای از زنان مبتلا به آرتریت روماتید بررسی کردند. نتایج بر اثر ترکیبی تنظیم هیجانی و شدت هیجانی تاکید داشت. به عبارتی دیگر میزان پاسخ درد به عنوان تابعی از دو متغیر متفاوت بود. و در تحقیقی دیده شده در نمونه‌ای از زن با شدت عاطفی بالا و توانایی کم در تنظیم هیجانی پاسخ غلطی به درد دادند. در کل این است که تکنیک‌های آموزشی داده شده باعث انعطاف‌پذیری شناختی و اصلاح باورهای ناکارآمد و تغییر نگرش بیمار می‌شود به طوری که آنها درد خود را پذیرفته و به طرز منطقی با پیامدهای روانی آن مواجهه می‌شوند که با استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی و ایجاد طرحواره مثبت می‌تواند درد خود را مدیریت نمایند و به طور خلاصه بر پایه یافته‌های این پژوهش بر کارایی درمان پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی و به لحاظ کاربرد بالینی می‌توان به بیمار آموزش داد تا باورهای خود را تغییر داده و برای یک زندگی بهتر تلاش کند.

#### سیاسگزاری

مطالعه حاضر برگرفته از رساله دکتری حبیبه فرخی (کد پژوهشی ۱۵۰۲۰۷۰۹۹۷۱۰۰۶ و کد اخلاق IR. 103. 1398. IAU. NAJAFABAD. REC. که در دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد تنظیم گردید. نویسنده مراتب قدردانی خود را از کلیه اساتید و بیماران جراحی ستون فقرات شرکت کننده در این مطالعه اعلام می‌نماید.

کمتری را تجربه می‌کنند. به بیان دیگر می‌توان گفت که درمان پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی با تغییر در باورها و شناخت فرد سبب کاهش شدت درد بیماران می‌شود. و باتوجه به شیوع آمار اختلالات ستون فقرات (کمر درد یا گردن درد) و نقش مهم خصوصیات بیماری و عوامل شناختی به عنوان متغیر میانجی بر خود مدیریتی درد مهم است و از آنجا که شدت درد به طور مستقیم از طریق میانجی خود کارآمدی بر مدیریت درد ستون فقرات تاثیر دارد و در استدلال این یافته می‌توان اظهار کرد که هر دو مداخله درمانی سبب کاهش شدت درد می‌شوند. یافته‌های حاصل از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره نشان داد که اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی بر متغیر تنظیم هیجانی و مولفه‌های آن معنا دار بوده است. این یافته‌ها همسو با نتایج مطالعات دادستان ۲۰۱۳<sup>(۱۱)</sup> دنیز، دورت، پرس، الیوریا و پرنهت ۲۰۱۵<sup>(۱۲)</sup> مولینا، گارسیا، کاستیلو، کورت و سالین ۲۰۱۳<sup>(۱۳)</sup> و شریفی، ساجدی و بوستانی<sup>(۱۴)</sup> است که به این نتیجه رسیدند که بین ابعاد هیجانی، شناختی و رفتار بیماران مبتلا به درد مزمن رابطه وجود دارد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان اذعان کرد که مداخلات روان‌شناختی برای بسیاری از بیماران مبتلا به درد مزمن سودمند است به ویژه هنگامی که این مداخلات باعث افزایش سطوح فعالیت جسمانی شود. و می‌توان گفت علت اثر بخشی مداخلات پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی افکار، هیجان و رفتار بیماران است. همچنین مک کراکن و ولز ۲۰۱۶<sup>(۱۵)</sup> مورنو، لینچ، کریکو، تینول و ویز ۲۰۰۸<sup>(۱۶)</sup> در پژوهش خود نشان دادند که انعطاف‌پذیری و با رنج و ناتوانی کمتری در بیماران مبتلا به درد همراه است. در تبیین این یافته‌ها باید به دلایل اصلی کاهش درد و افزایش تنظیم هیجانی می‌توان نتیجه گرفت که یادگیری رفتارهای جدید و مناسب برای مقابله با درد، احساس تسلط و توانمندی را در افراد به وجود می‌آورد. این یافته‌ها با پژوهش آرندا، پاکوت و برکینگ ۲۰۱۰<sup>(۱۷)</sup> که از تنظیم هیجانی در مدیریت درد حمایت می‌کنند همسو می‌باشد. همانطور که پیش‌تر گفته شد تنظیم هیجان به عنوان فرایندهای بیرونی و درونی

## References

1. Asghari Moghaddam MA .prevalence of Persistent and recurrent chronic pain its impact on social function and life employees of large industrial units Persian. j.Daneshver. 2003;11(4): 1-14. [ Full text in Persian]
2. Nilges, Kranz,D, Bollinger, P.(2016). Chronic pain acceptance effective well-being coping perspective, Euro j. pain .
3. Vowles K.E & Mccracken L.M.(2008) .Acceptance and values-based action in chornic pain. Astudy treatment effectiveness and process. Jconsult clin psychol, 76(3),397-407.
4. Cater.j.D .McIntosh,V.V.Jordan,j, porter,R.J ,Frampton,C& Mand JoyceP. (2016). clini alttail comparing schamaha Therapy and cognitive behavior Theapy. journal of Affective Disorders .151.
5. Sarriaho, T.H, saariah A.S, Karila E.A &jouka maa.(2011). Early Malada Ptive Schemas in finish Adult Chronic Pain Patients and acontrol sample. Scandinavain journal of psychology 52, (2),146-153.
6. Young, J.E, Klosko, J.s and weishaarm M.E.(2003). schema Therapy: A Practitioner,s cuide. Newyork: cuilford.
7. vowles K.&,Mccracken L.M.(2016).Acceptance and values –based Action in chronic pain . study of Treatment Effectiveness and process. consult and clinical psychology. (76); 397-407.
8. Mcrackenlm, Eee lestonc.(2005).Coping or acceptance what to do about chornic pain. Pain ,105(1-4), 197-204.
9. Veehof M.M, oskam M.j& Bohlmeijer E.T.(2011). Acceptance based interventions For the treatment of chornic pain a systematic review and meta-analysis. Pain,152, (3),533-42.
10. Asghari Moghaddam MA. The measurement of pain. study new approaches to the psy-chology of pain Tehran: Roshd publishing, 2011; 26.[ Full text in Persian].
11. Dadsetan Ajs.(2013) in vestigate the role of cong native emotion in be havior of patients with rheumatoid petry fifth congress of psychosomatic.
12. Dinz,I, Duarte,M, Peres,k. deoliverira, E & Brenat.A. (2015). Active commuting by bicycle Results of an education al inter vention sutdy .phys, ACTHealtg ,12, 801-807.
13. Morone Ne, Lynch, s, Greco, C Tindel H.A& Winner , DK. (2008). The Effects of mindful-ness meditation on older adult with chronic pain , The journal of pain .9 , 841-880.
14. Sharooft.S.A, Sajadi, F& Boostani,N.(1995). Management and Nursing Care Trans. Bow-sheer, Pain. Tehran. Iran. Publica tion, [Inpersian].
15. vowles K.E &Mccracken L.M.(2016).Acceptance and values –based Action inchronic pain.Astudy of Treatment Eectiveness and process.consult and clin psychol. (76),397-407.
16. Aranda, S.R ,Jose, M. & Fernandez, Berrocal , p .(2010). EmotionalRegulation andAcute Pain Perception in Women.The journal of pain,11(6),545-569.