Journal of Anesthesiology and Pain Autumn 2025, Vol 16, No 3



Effectiveness of Acceptance and commitment Therapy on pain perception and quality of life in people with Trigeminal Neuralgias

Helal Fardi[1]*, Azam Noferesti[2], Hojjatollah Farahani[3]

1. *Masters, Department of Clinical Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran*
2. *Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran*
3. *Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran*

ABSTRACT

Aim and background: Trigeminal neuralgia is the most common neurological facial disorder and is recognized as one of the most disabling chronic neuropathic pain conditions. Affected individuals experience debilitating pain that leads to a deterioration of overall quality of life and psychological well-being. This study aimed to investigate the effectiveness of Acceptance and commitment Therapy on pain perception and quality of life in individuals with Trigeminal Neuralgia.

Material and Methods: The present study was a quasi-experimental design with pre-test, post-test, and follow-up stages, including a control group. The statistical population consisted of individuals with trigeminal neuralgia who attended specialized pain and neurology clinics in Tehran in 2023. 24 participants were selected by targeted sampling and randomly assigned into the two groups of 12. The experimental group received Acceptance and Commitment Therapy in 8 weekly sessions of 90 minutes each. The control group received no intervention during the study period but was placed on a waiting list to receive Acceptance and Commitment Therapy after the follow-up stage. The measures included the Revised McGill Pain Questionnaire, the World Health Organization Quality of Life Questionnaire – Short Form, the Beck Depression Inventory-II, and the Beck Anxiety Inventory. All participants completed the questionnaires at three stages. Mixed analysis of variance (ANOVA) was used by SPSS-26 software.

Results: The findings showed that Acceptance and Commitment Therapy led to a significant reduction in pain perception and an improvement in quality of life among patients in both the post-test and follow-up phases compared to the control group ($P<0.001$). These outcomes demonstrate the sustained effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in enhancing psychological and functional indices in patients with trigeminal neuralgia.

Conclusion: According to the results, Acceptance and Commitment Therapy can be considered an effective therapeutic approach for reducing pain perception and improving quality of life in patients with trigeminal neuralgia. The persistence of its effects during the follow-up phase highlights its strong potential for clinical application and future research.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, Trigeminal Neuralgia, Pain perception, Quality of life

Please cite this paper as:
Fardi H, Noferesti A, Farahani H [Effectiveness of Acceptance and commitment Therapy on pain perception and quality of life in people with Trigeminal Neuralgia (Persian)]. J Anesth Pain 2025;16(3): 67- 80.

Corresponding Author: Helal Fardi, Masters, Department of Clinical Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran
Email: helal.fardi@gmail.com

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-13]

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۱۶ ، شماره ۳، پاییز ۱۴۰۴

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ادراک درد و کیفیت زندگی افراد مبتلا به اختلال درد عصب سه قلو

هلال فردی[1*]، اعظم نوفرستی[2]، حجت‌اله فراهانی[3]

۱. کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
۲. استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
۳. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۶/۳۰ تاریخ بازبینی: ... تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۷/۱

چکیده

زمینـه و هـدف: اختـلال درد عصـب سـه قلـو شـایع‌ترین اختـلال عصبـی صـورت و بـه عنـوان یکـی از ناتـوان کننده‌تریـن دردهـای مزمـن عصبـی شـناخته می‌شـود کـه بـه دلیـل ماهیـت ناتـوان کننـده و تاثیرگـذار بـر نیازهـا و فعالیت‌هـای اساسـی روانـی، جسـمی و اجتماعـی فـرد و گزینه‌هـای درمانـی محـدود، چالـش مهمـی در علـم و درمـان بالینـی اسـت. پژوهـش حاضـر بـا هـدف بررسـی اثربخشـی درمـان مبتنـی بـر پذیـرش و تعهـد بـر ادراک درد و کیفیـت زندگـی افـراد مبتـلا بـه اختـلال درد عصـب سـه‌قلو انجـام شـد.

مـواد و روش‌هـا: روش پژوهـش، نیمه‌تجربـی بـا طـرح پیش‌آزمـون- پس‌آزمـون و پیگیـری بـا گـروه کنتـرل بـود. جامعـه آمـاری را زنـان آسـیب‌دیده از پژوهـش حاضـر نیمـه آزمایشـی بـا طـرح پیش‌آزمـون، پس‌آزمـون و پیگیـری بـا گـروه کنتـرل بـود. جامعـه آمـاری شـامل مبتلایـان بـه درد عصـب سـه‌قلو مراجعه‌کننـده بـه کلینیک‌هـای تخصصـی درد و مغـز و اعصـاب شـهر تهـران در سـال ۱۴۰۲ بـود. ۲۴ نفـر به‌صـورت هدفمنـد انتخـاب شـدند و سـپس به‌طـور تصادفـی در دو گـروه ۱۲ نفـره (درمـان مبتنـی بـر پذیـرش و تعهـد، و گـروه کنتـرل) گمـارده شـدند. افـراد گـروه آزمایـش طـی ۸ جلسـه ۹۰ دقیقـه‌ای به‌صـورت هفتـه ای یـک بـار، تحـت درمـان مبتنـی بـر پذیـرش و تعهـد قـرار گرفتنـد. افـراد گـروه کنتـرل تـا زمـان دوره پیگیـری هیـچ مداخلـه‌ای دریافـت نکردنـد، امـا در لیسـت انتظـار قـرار گرفتنـد تـا پـس از دوره پیگیـری، بـرای آنهـا درمـان مبتنـی بـر پذیـرش و تعهـد اجـرا شـود. ابزارهـای پژوهـش شـامل پرسشـنامه تجدیدنظـر شـده ادراک درد مکگیـل، پرسشـنامه کیفیـت زندگـی سـازمان جهانـی بهداشـت – نسـخه کوتـاه، پرسشـنامه افسـردگی بـک – نسـخه دوم و پرسشـنامه اضطـراب بـک بـود. کلیـه شـرکت کننـدگان پژوهـش در سـه مرحلـه پیـش آزمـون، پـس آزمـون و پـس از پیگیری یـک ماهـه، پرسشـنامه‌ها را تکمیـل کردنـد. جهـت تحلیـل داده‌هـا از آزمـون تحلیـل واریانـس آمیختـه بـا اسـتفاده از نرم‌افـزار SPSS-26 اسـتفاده شـد.

نتایـج: نتایـج نشـان داد درمـان مبتنـی بـر پذیـرش و تعهـد منجـر بـه کاهـش معنـادار ادراک درد و بهبـود کیفیـت زندگـی بیمـاران در مراحـل پس‌آزمـون و پیگیـری نسـبت بـه گـروه کنتـرل شـد. ($P<0.001$) ایـن یافته‌هـا حاکـی از اثربخشـی پایـدار ایـن درمـان در بهبـود شـاخص‌های روان‌شـناختی و عملکـردی بیمـاران مبتـلا بـه درد عصـب سـه‌قلو بـود.

نتیجه‌گیـری: بـا توجـه بـه یافته‌هـای بدسـت آمـده، درمـان بـر پذیـرش و تعهـد می‌توانـد به‌عنـوان یـک روش درمانـی مؤثـر در کاهـش ادراک درد و ارتقـای کیفیـت زندگـی بیمـاران مبتـلا بـه درد عصـب سـه‌قلو مـورد اسـتفاده قـرار گیـرد. تـداوم اثـرات ایـن مداخلـه در مرحلـه پیگیـری نشـان‌دهنده ظرفیـت بـالای آن بـرای کاربـرد بالینـی و پژوهش‌هـای آینـده اسـت.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درد عصب سه‌قلو، ادراک درد، کیفیت زندگی

نویسـنده مسـئول: هـلال فـردی، کارشناسـی ارشـد، گـروه روان‌شناسـی بالینـی، دانشـکده روان‌شناسـی و علـوم تربیتـی، دانشـگاه تهـران، تهـران، ایـران

پست الکترونیک: helal.fardi@gmail.com

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-13]

مقدمه

درد عصب سه‌قلوی صورت، یک بیماری عصبی مزمن و ناتوان‌کننده است که با حملات ناگهانی و شدید درد در یکی از شاخه‌های عصب سه‌قلوی صورت (بیشتر در یک طرف صورت) همراه است و فعالیت‌های روزمره مانند صحبت کردن و غذا خوردن را مختل می‌کند [۱]. این اختلال با شیوع ۰,۱۶٪ تا ۰,۳٪ و نرخ بروز ۰,۲۷ تا ۱۲,۶ مورد در هر ۱۰۰،۰۰۰ نفر در سال گزارش شده است [۲]. با وجود شیوع کم ، این اختلال همچنان شایع‌ترین اختلال درد صورت و دهان است که در زنان بیشتر از مردان (نسبت ۳ به ۲) و عمدتاً در سنین میانسالی بروز می‌یابد [۳]. تشخیص این اختلال به دلیل شباهت علائم با سایر اختلالات درد صورت دشوار است و می‌تواند به درمان‌های غیرضروری منجر شود. علت اصلی آن در نوع کلاسیک تماس یک رگ خونی با عصب سه‌قلو است، اما در برخی موارد تومورها، بیماری ام‌اس یا علل ناشناخته نقش دارند[۴، ۵، ۶]. درمان اولیه معمولاً با داروهای ضد صرع مانند کاربامازپین انجام می‌شود، اما حدود ۴۰٪ بیماران به دلیل مقاومت دارویی یا عوارض جانبی به جراحی نیاز پیدا می‌کنند. روش‌های کم‌تهاجمی مانند تخریب عصب اثربخشی محدودی داشته و عوارضی چون از دست دادن حس صورت ایجاد می‌کنند، در حالی که جراحی میکروواسکولار دکامپرسیون با وجود کارآمدی بالا، خطر التهاب مغز و نشت مایع مغزی–نخاعی دارد [۷، ۸، ۹]. علاوه بر درد شدید، این بیماری تأثیر عمیقی بر وضعیت روانشناختی دارد. تحقیقات نشان داده‌اند که ۳۱٪ از بیماران دچار اضطراب و ۲۸٪ دچار افسردگی می‌شوند که این امر کیفیت زندگی و عملکرد اجتماعی آن‌ها را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد [۱، ۷]. همچنین، در ۳۴٪ موارد، اشتغال فرد به دلیل شدت علائم مختل می‌شود. شدت این اختلال به حدی است که در برخی متون از آن به‌عنوان درد خودکشی یاد شده است، چراکه اضطراب و بی قراری ناشی از شروع درد می‌تواند خطر فکر یا اقدام به خودکشی را افزایش دهد [۱۰، ۱۱] . درد مزمن و پیامدهای روانی رابطه‌ای دوطرفه دارند، به‌طوری که عوامل شناختی و هیجانی می‌توانند هم علت و هم نتیجه درد باشند. اختلال درد عصب سه قلوی صورت نیز با تغییر در شبکه‌های عصبی مغز مرتبط است و به نوبه خود بر شدت ادراک درد، سازگاری فرد و کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارد [۱۱، ۱۲، ۱۳]. ادراک درد به‌عنوان تجربه ذهنی آستانه شناخت و آگاهی از درد تعریف می‌شود که تحت تأثیر متغیرهای گوناگون روان‌شناختی و فیزیولوژیک قرار دارد. بر اساس نظریه کنترل دروازه‌ای، مکانیزم‌های عصبی نخاع و مغز شدت ادراک درد را تنظیم می‌کنند و باورها و هیجانات منفی می‌توانند تجربه درد را تشدید کنند [۱۳، ۱۴، ۱۵] . از سوی دیگر، برای افرادی که دچار درد مزمن هستند، اغلب کیفیت زندگی نیز به خطر می‌افتد. کیفیت زندگی به‌عنوان شاخصی چندبعدی از بهزیستی جسمی، روانی و اجتماعی مطرح است و بهبود آن هدفی مهم در درمان‌های روان‌شناختی همراه با درمان‌های پزشکی به‌شمار می‌رود [۱۶]. تاکنون مداخلات روانشناختی زیادی برای کاهش مشکلات افراد مبتلا به درد مزمن مورد بررسی قرار گرفته است؛ مانند: درمان شناختی - رفتاری، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، روان درمانی مثبت نگر، معنا درمانی، آموزش تنظیم هیجان و غیره؛ اما یکی از مهمترین محدودیت های اثربخشی این رویکردها در مدیریت درد مزمن ، تمرکز و تلاش بیشتر بر کاهش یا تغییر افکار و رفتارهای غیرسودمند مرتبط با تجربه درد است و به طور کامل نتوانسته اند بر تکنیک های پذیرش درد، افزایش کارآمدی و بهبود انعطاف پذیری روانشناختی

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-13]

فرد در حضور درد بپردازند [۱۷، ۱۳]. در مقابل، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تنها مداخله روانی-تجربی است که در آن راهبرد های پذیرش و ذهن آگاهی به همراه تعهد و راهبرد های تغییر رفتار به کار گرفته می شود تا انعطاف پذیری روانشناختی فرد را افزایش دهد. مزیت عمده این رویکرد نسبت به رویکرد های روان درمانی دیگر، در نظر گرفتن جنبه های انگیزشی به همراه جنبه های شناختی به جهت تاثیر و تداوم بیشتر اثربخشی درمان است [۱۸]. روان درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس نظریه چهارچوب ارتباطی و مدل شش ضلعی انعطاف پذیری روانشناختی شکل گرفته است که شش فرآیند اصلی شامل پذیرش، گسلش شناختی، حضور در لحظه، خود به عنوان زمینه، ارزش‌ها و تعهد به اقدام و عمل را دربر می‌گیرد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اجتناب از درد و تنیدگی با افکار مربوط به درد را عامل اصلی ناتوانی و کاهش رضایت از زندگی می‌داند و فرد را به پذیرش تجربه‌های دشوار ترغیب می‌کند. در افراد مبتلا به درد مزمن، این رویکرد به‌جای حذف یا کنترل درد، بر اصلاح رابطه فرد با افکار و افزایش انعطاف‌پذیری روانی برای انجام رفتارهای همسو با ارزش‌های زندگی تمرکز دارد [۱۹، ۴]. مطالعات مختلف اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در مدیریت درد مزمن بررسی کرده‌اند. دو و همکاران [۲۰] در یک مرور سیستماتیک نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر مثبتی بر عملکرد فیزیکی و اجتماعی بیماران دارد. پژوهش‌های مختلفی در این حوزه اجرا شده‌اند که همگی نتایج مثبتی در مورد اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بیماران مبتلا به درد مزمن نشان داده‌اند. از جمله این پژوهش‌ها می‌توان به کارآزمایی‌هایی اشاره کرد که نشان دادند این درمان می‌تواند پذیرش درد را بهبود بخشیده و درک درد را در بیماران مبتلا به نوروپاتی دیابتی کاهش دهد. همچنین گزارش شده است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش ادراک درد، افزایش راهبردهای مقابله‌ای فعال و بهبود خودکارآمدی در بیماران مبتلا به درد عصبی مزمن شده است [۲۱]. افزون بر این، یک مطالعه فراتحلیل نیز گزارش کرد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌طور معناداری پذیرش درد، کیفیت زندگی و عملکرد مرتبط با درد را ارتقا داده و اثربخشی آن در درمان‌های طولانی‌مدت بیشتر است [۲۲]. با وجود انجام پژوهش‌های متعدد در زمینه تأثیر مداخلات روان‌شناختی بر مدیریت درد مزمن، پیامدهای روان‌شناختی اختلال درد عصب سه‌قلو و نقش آن‌ها در تشدید و تداوم علائم جسمانی بیماران، به‌ویژه در ایران، تا به اکنون مورد بررسی قرار نگرفته است. از سوی دیگر، با توجه به اهمیت درمان‌های روان‌شناختی در قالب رویکردهای میان‌رشته‌ای و همچنین خلأ پژوهشی قابل توجه در سطح ملی و بین‌المللی در زمینه روش‌های درمانی مرتبط با این اختلال، ضرورت انجام مطالعات جامع‌تر آشکار می‌شود. در همین راستا، پژوهش حاضر برای نخستین بار در ایران به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ادراک درد و بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به اختلال درد عصب سه‌قلو پرداخته است.

روش مطالعه

پژوهش حاضر یک مطالعه کاربردی با طرح نیمه آزمایشی در قالب پیش‌آزمون–پس‌آزمون-پیگیری و گروه کنترل است. جامعه آماری شامل زنان و مردان مبتلا به اختلال درد عصب سه‌قلو مراجعه‌کننده به کلینیک‌های تخصصی درد و مغز و اعصاب شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بود. پس از فراخوان پژوهش، ۳۰ نفر واجد شرایط اولیه شناسایی شدند و پس از مصاحبه بالینی ساختاریافته و تکمیل پرسشنامه‌ها،

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-13]

۲۴ نفر بر اساس ملاک‌های ورود انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه ۱۲ نفره (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد؛ و کنترل) قرار گرفتند. لازم به ذکر است که جهت برآورد حجم دقیق نمونه با اندازه اثر متوسط موردانتظار پژوهش ۰,۵، توان آماری مناسب موردانتظار پژوهش ۰,۸ و آلفا=۰,۰۵، از ابزار جی پاور استفاده شد.

ابزار

پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی

این ابزار محقق ساخته جهت سنجش اطلاعات جمعیت شناختی مانند سن، جنس، تحصیلات و طول مدت بیماری تهیه گردید.

پرسشنامه تجدید نظر شده ادراک درد مک گیل

پرسشنامه تجدید نظر شده درد مک گیل با گسترس و بسط نسخه اولیه خود و با اصلاح چهارچوب پاسخ، توسط دورکین و همکاران (۲۴) شکل گرفته و ساخته شد. این پرسشنامه علاوه بر نشانه‌های درد غیرعصبی نسخه قبلی پرسشنامه، شدت و کیفیت درد ناشی از درد عصبی را نیز اندازه گیری میکند که درد را در ۲۲ ابعاد درد و چهار زیرمقیاس می سنجد: ۱. درد مداوم، ۲. درد متناوب، ۳. درد عصبی و ۴. درد عاطفی. هر توصیف گر درد بر اساس شدت، از نمره ۰ (هیچ) تا نمره ۱۰ (بدترین حالت) نمره گذاری می شود. نمره کلی درد، حاصل میانگین ۲۲ مورد مذکور خواهد بود. روایی و پایایی این پرسشنامه توسط دورکین و همکاران (۲۵) مورد بررسی قرار گرفت و یافته های این پژوهش پایایی و روایی بالایی را برای این پرسشنامه نشان دادند. این پرسشنامه در ایران نیز مورد بررسی قرار گرفت و توسط پژوهش خسروی و همکاران (۲۶) روایی و پایایی مطلوب با آلفای کرونباخ کلی پرسشنامه به مقدار ۰,۸۵ و آلفای کرونباخ هر ۴ مولفه آن به مقدار بالای ۰,۸۰ گزارش شد.

پرسشنامه کیفیت زندگی- نسخه کوتاه

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی- نسخه کوتاه یک پرسشنامه ۲۶ سوالی است که کیفیت زندگی کلی و عمومی فرد را می‌سنجد. این مقیاس در سال ۱۹۹۶ توسط گروهی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی و با تعدیل گویه‌های فرم ۱۰۰ سوالی این پرسشنامه ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۴ زیر مقیاس و یک نمره کلی است. این زیر مقیاس‌ها عبارتند از: ۱. سلامت جسمی، ۲. سلامت روانشناختی، ۳. روابط اجتماعی، ۴. سلامت محیط اجتماعی و یک نمره کلی؛ که در طیف لیکرت پنج درجه‌ای از یک تا پنج ارزیابی می‌شود (۲۷). در ایران، نجات و همکاران (۲۸) پایایی این ابزار را مطلوب گزارش کردند که میزان آلفای کرونباخ بالاتر از ۰,۷۰ در بیشتر حیطه‌ها، به جز روابط اجتماعی با ۰,۵۵ بود. همچنین در پژوهش ضابطی و همکاران (۲۹) ضرایب آلفا برای حیطه‌های جسمی، روانی، اجتماعی و محیطی به ترتیب ۰,۶۰، ۰,۶۴، ۰,۵۰ و ۰,۷۵ به دست آمد.

پرسشنامه اضطراب بک

پرسشنامه اضطراب بک یک ابزار خودگزارشی ۲۱ آیتمی است که توسط بک و همکاران (۳۰)، برای اندازه‌گیری شدت اضطراب در نوجوانان و بزگسالان در هر دو موقعیت پژوهشی و بالینی طراحی شد. در این ابزار، آزمودنی در هر آیتم، یکی از چهار گزینه که نشان دهنده شدت اضطراب است را انتخاب می‌کند. نمره گذاری پرسشنامه اضطراب بک بر مبنای طیف لیکرت چهار درجه‌ای به صورت اصلا (۰)، خفیف (۱)، متوسط (۲) و شدید (۳) است. نمره هر سوال

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-13]

بین ۰تا ۳ بوده، لذا دامنه نمره فرد در این پرسشنامه از ۰ تا ۶۳ می‌تواند در نوسان باشد. در ایران نیز غرایی (۳۱) ضریب پایایی بازآزمایی ۰,۸۰ و کاویانی و موسوی (۳۲) آلفای ۰,۹۲ و روایی همزمان ۰,۷۲ را گزارش کردند.

پرسشنامه افسردگی بک

این پرسشنامه جهت ارزیابی میزان افسردگی شرکت کننده‌ها استفاده شد. پرسشنامه افسردگی (تک عاملی) خودگزارشگری ، توسط بک به منظور سنجش شدت افسردگی در بزرگسالانی که تشخیص اختلال افسردگی را دریافت کرده‌اند، طراحی و تدوین شده است. این پرسشنامه دارای ۲۱ سوال می‌باشد و بر اساس طیف چهار گزینه‌ای لیکرت، به سنجش افسردگی می‌پردازد نمره بین ۰ تا ۲۱: میزان افسردگی در حد پایین، نمره بین ۲۱ تا ۴۲: میزان افسردگی در حد متوسط و نمره بالاتر از ۴۲: میزان افسردگی در حد بالایی می‌باشد. در ایران، طاهری تنجانی (۳۳) روایی مناسب و آلفای کرونباخ ۰,۹۲ برای آن گزارش کرده است.

مصاحبه بالینی ساختار یافته DSM-V برای اختلالات محور ۱ و ۲

مصاحبه بالینی ساختار یافته DSM-V برای اختلالات محور I، یک مصاحبه نیمه ساختار یافته میباشد که توسط فرست (۳۴) برای ارزیابی اختلالات محور یک بازبینی شده است. این مصاحبه اختلالات خلقی، اختلالات سایکوتیک، اختلالات اضطرابی، اختلالات مصرف مواد، اختلالات وسواسی- جبری واختلالات مرتبط با آن، اختلالات خوردن، اختلالات نشانه‌های بدنی، برخی اختلالات خواب (مثل بی خوابی و پرخوابی)، اختلالات بیرونی ساز، اختلالات مرتبط با تروما و استرسورها را مورد ارزیابی قرار میدهد. پایایی نسخه اصلی برای شش اختلال در دامنه ۰,۷۶ تا ۰,۹۰ و برای سایر اختلالات ۰,۵۷ تا ۰,۶۵ گزارش شده است. بررسی پایایی و روایی این مصاحبه توسط گروهی از محققان ایرانی در حال انجام است که قبل از مطالعه حاضر به اتمام خواهد رسید.

مداخله

جهت اجرای پژوهش، پس از دریافت تایید کد اخلاق از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی ایران به شماره IR.IUMS.REC.1403.282 ، پژوهشگر پس از مراجعه به چندین کلینیک درد و مغز و اعصاب گوناگون در سطح شهر تهران، به بررسی مجدد مشخصات اعضا بر اساس معیارهای ورود و عدم ورود به پژوهش کرد و به یکایک اعضایی که معیارهای ورود به پژوهش را دارا بودند تماس تلفنی گرفت و آنها را بر اساس معیارهای ورود و عدم ورود به پژوهش مورد غربالگری اولیه قرار داد. سپس توضیحات کامل مربوط به مداخله برای اعضا به صورت تلفنی ارائه شد. اعضایی که در این مرحله رضایت شفاهی خود را مبنی بر ورود به پژوهش اعلام کردند، به منظور بررسی برخی از ملاک‌های عدم ورود مانند مصاحبه ی اختلالات شدید روانی بر اساس مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات محور ۱ و ۲ و دریافت توضیحات و رضایتنامه مکتوب به جلسه حضوری دعوت شدند.

افراد در صورتی وارد پژوهش شدند که مبتلا به اختلال درد عصب سه قلو با تشخیص پزشک متخصص مغز و اعصاب یا پزشک متخصص درد بر اساس معاینات بالینی، امآرآی مغزی و بررسی عصب سه‌قلوی صورت بودند. همچنین تجربه‌ی درد به مدت حداقل شش ماه، قرار داشتن در محدوده سنی ۲۰ تا ۶۰ سال، عدم ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی همچون روان‌پریشی، دوقطبی و اختلالات

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-13]

شخصیت، و نداشتن سابقه سوءمصرف مواد یا مصرف داروهای آرام‌بخش و روان‌گردان در سه ماه گذشته بر اساس مصاحبه بالینی ساختاریافته و رد مقیاس‌های (A65-E32) از دیگر شرایط ورود به پژوهش بود. علاوه بر این، کسب نمره مساوی یا بالاتر از ۲۱ در پرسشنامه افسردگی بک نسخه دوم و نمره مساوی یا بالاتر از ۲۵ در پرسشنامه اضطراب بک، داشتن سطح تحصیلات دیپلم و بالاتر و نیز عدم شرکت همزمان در کارگاه‌های آموزشی یا درمانی دیگر به‌عنوان پیش‌شرط در نظر گرفته شد. از سوی دیگر، ناتوانی در شرکت در جلسات مداخله به دلیل تشدید درد و غیبت بیش از سه جلسه به‌عنوان ملاک خروج تعریف شد. در جهت رعایت ملاحظات اخلاقی نیز، در جلسه معارفه و توجیهی پیش از شروع مداخلات، اهداف پژوهش به‌طور کامل برای بیماران توضیح داده شد و تأکید گردید که هیچ‌گونه زیان جسمی، روانی، قانونی یا اقتصادی متوجه آنان نخواهد شد. همچنین احترام به حریم شخصی مشارکت‌کنندگان، محرمانه ماندن اطلاعات و استفاده از داده‌های جمع‌آوری‌شده صرفاً در راستای اهداف پژوهش تضمین گردید.

روند اجرای پژوهش

مطالعه در ابتدا با ۳۰ فرد مبتلا به درد عصب سه قلو و واجد شرایط ورود به پژوهش آغاز گردید و با شیوه گمارش تصادفی در یکی از گروه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و فهرست انتظار (گواه) قرار گرفتند. در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ۱۵ نفر وارد جلسات شدند که تعداد سه نفر از آنها به دلیل تغییر دوز دارو ، غیبت بیش از سه جلسه و تداخل با ساعت کاری، ریزش کردند. که در نهایت شرکت کننده‌ها به تعداد ۱۲ نفر از افراد مبتلا به اختلال درد عصب سه قلو به مدت هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آنلاین، توسط پژوهشگر، تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد آنلاین بر اساس پروتکل درد مزمن واولز و همکاران [۳۵] قرار گرفتند که خلاصه هدف و محتوای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس پروتکل مذکور به تفکیک جلسات در جدول ۱ گزارش شده است. در گروه فهرست انتظار تعداد ۱۵ نفر وارد جلسات شدند که تعداد سه نفر از آنها بدون اطلاع از درمان خارج شدند و تلاش برای ارتباط با آنها به ثمر نرسید. در نهایت ۱۲ نفر باقی مانده در این گروه تا زمان دوره پیگیری هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند اما در لیست انتظار قرار گرفتند و پس از دوره پیگیری (یک ماه بعد از اتمام مداخله) ، برای هرکدام از آنها بر اساس سنجش ملاک ورود هر فرد ، پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اجرا شد.

تحلیل داده‌ها

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-26 و آزمون تحلیل واریانس آمیخته روی میانگین‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه تحلیل شد.

یافته‌ها

تحلیل داده‌های جمعیت‌شناختی در این مطالعه نشان می‌دهد که از میان ۲۴ شرکت‌کننده، ۵۸,۳ درصد را زنان و ۴۱,۷ درصد را مردان تشکیل می‌دهند. از نظر سطح تحصیلات، ۴۵,۸ درصد از افراد دارای مدرک دیپلم، ۲۰,۸ درصد دارای مدرک فوق‌دیپلم و ۳۳,۳ درصد دارای مدرک لیسانس یا بالاتر هستند. در زمینه‌ی مدت زمان ابتلا به بیماری، ۲۵ درصد از شرکت‌کنندگان کمتر از یک سال، ۴۵,۸ درصد بین یک تا دو سال و ۲۹,۲ درصد دو سال یا بیشتر سابقه‌ی بیماری دارند. همچنین، از نظر گروه‌های سنی، ۲۵ درصد از افراد کمتر از ۳۵ سال، ۴۱,۷ درصد در بازه‌ی ۳۵ تا ۴۵ سال و ۳۳,۳ درصد ۴۵ سال یا بیشتر سن دارند. به منظور ارزیابی تأثیر درمان ترکیبی شامل روش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش ادراک

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-13]

درد و ارتقای کیفیت زنـدگی بیمـاران مبـتلا بـه اخـتلال درد عصب سه‌قلو، از روش تحلیل واریانس آمیخته استفاده گردیـد. در جدول۲، مقادیر توصیفی شـامل میـانگین و انحـراف معیـار مربوط به متغیرهای ادراک درد و کیفیت زندگی در سه مرحله زمانی (قبل از مداخله، پس از مداخله و دوره پیگیری) و گـروه های کنترل و مداخله (پذیرش و تعهد) ارائه شده است.

جدول ۱: خلاصه هدف و محتوای درمان پذیرش و تعهد استفاده شده در پژوهش حاضر به تفکیک جلسات- بر اساس پروتکل درد مزمن واولز و همکاران(۲۰۰۶)

جلسه	هدف و محتوا
اول	اجرای پیش‌آزمون، برقراری رابطه درمانی، معرفی پژوهش و درد مزمن، مرور درمان‌های قبلی و نتایج، بستن قرارداد درمانی، تکلیف خانگی
دوم	ارزیابی، بررسی و میزان تاثیر اقدامات درمانی، اجرای «ناامیدی خلاقانه»، معرفی ارزش‌ها و حق انتخاب، مدل افکار–هیجانات–رفتار در زندگی با درد، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
سوم	تشریح مفهوم پذیرش بدون کنترل، شناسایی ارزش‌های زندگی، تمرین تنفس آگاهی و خودنظاره‌گری، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
چهارم	تمایز ارزش‌ها از اهداف و نیازها، شناسایی موانع و اقدامات اجتنابی، هدف‌گذاری کوتاه‌مدت، تمرین وارسی بدنی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
پنجم	بررسی تکالیف جلسه قبل، مفهوم گسلش شناختی و نقش زبان در همجوشی با افکار، تمرین ذهن‌آگاهی افکار و احساسات، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
ششم	مرور جلسات، مفهوم «خود به‌عنوان زمینه»، اقدام متعهدانه، انگیزه و اعتمادبه‌نفس برای تغییر، تمرین ذهن‌آگاهی در مواجهه با افکار و هیجانات ناخوشایند، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
هفتم	تمایز «درد» از «رنج»، تعهد به اقدامات کوچک، تمرین مراقبه پیاده‌روی، تمرین ذهن‌آگاهی در فعالیت‌های روزمره (غذا خوردن، گوش دادن، مسواک زدن و ...)، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
هشتم	جمع‌بندی جلسات، مرور ارزش‌ها و اقدامات متعهدانه، همدلی و شفقت گروهی، برنامه‌ریزی برای پیشگیری از عود، اجرای پس آزمون

جدول ۲: آماره‌های توصیفی متغیرهای ادراک درد و کیفیت زندگی در سه مرحله و دو گروه مورد بررسی

متغیر	گروه	تعداد	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
ادراک درد	پذیرش و تعهد	۱۲	۸۷/۲۵۰	۱/۶۵۸	۷۷/۱۶۷	۲/۱۶۷	۷۶/۵۰۰	۲/۷۴۷
	کنترل	۱۲	۸۴/۸۳۳	۱/۶۹۷	۸۴/۷۵۰	۲/۱۷۹	۸۴/۴۱۷	۳/۵۵۴
کیفیت زندگی	پذیرش و تعهد	۱۲	۷۳/۲۵۰	۲/۹۲۷	۸۰/۸۳۳	۳/۶۳۹	۸۳/۹۱۷	۴/۹۸۱
	کنترل	۱۲	۷۵/۱۶۷	۳/۱۲۹	۷۶/۳۳۳	۲/۲۷۰	۷۶/۶۶۷	۳/۹۶۲

جدول ۳: آزمون چند متغیره براساس آماره لامبدای ویلکس

متغیر	مقدار	آماره فیشر	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	اندازه اثر
گروه	۰/۳۹۱	۱۶/۳۲۱	۲	۲۱	<۰/۰۰۱	۰/۶۰۹
زمان	۰/۰۶۱	۷۳/۳۵	۴	۱۹	<۰/۰۰۱	۰/۹۳۹
زمان*گروه	۰/۰۷۱	۶۲/۵۱۲	۴	۱۹	<۰/۰۰۱	۰/۹۲۹

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-13]

بررسی نرمال بودن توزیع داده‌های مرتبط با متغیرهای ادراک درد و کیفیت زندگی در سه مرحله زمانی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) و دو گروه (پذیرش و تعهد و کنترل) با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک انجام شد که تأییدکننده نرمال بودن توزیع داده‌ها بود. علاوه بر این، با به‌کارگیری آزمون ام-باکس (Box's M Test)، فرضیه همگنی ماتریس‌های کوواریانس مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج این آزمون (F =۰,۸۲۰ ، P-Value=۰,۶۹۷>۰,۰۵) نشان داد که این پیش‌فرض برقرار است. بر این اساس، از آزمون لامبدای ویلکس (Wilks' Lambda) برای انجام تحلیل چندمتغیره استفاده شد. یافته‌های حاصل از این تحلیل، که در جدول ۳ ارائه شده است، حاکی از آن بود که اثرات اصلی گروه، زمان و همچنین اثر تعاملی گروه و زمان بر متغیرهای ادراک درد و کیفیت زندگی از نظر آماری معنادار هستند (P- < ۰/۰۵ Value). این نتایج نشان می‌دهد که مداخلات انجام‌شده تأثیر قابل‌توجهی بر بهبود این متغیرها داشته‌اند.

با توجه به معناداری آزمون کرویت موچلی (P- < ۰/۰۵ Value)، پیش‌فرض همگنی کواریانس‌ها بین متغیرهای ادراک درد و کیفیت زندگی تأیید نشد. در نتیجه، برای بررسی اثرات درون‌گروهی از روش هینه-فلت استفاده گردید. نتایج حاصل از این تحلیل، که در جدول ۴ ارائه شده است، نشان داد که اثرات درون‌گروهی برای متغیرهای ادراک درد و کیفیت زندگی از نظر آماری معنادار هستند، به‌این معنا که تفاوت‌های قابل‌توجهی در روند تغییرات این متغیرها در بین سه زمان مورد بررسی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) وجود دارد. برای شناسایی دقیق‌تر این تفاوت‌ها، از آزمون تعقیبی بنفرونی به‌عنوان روش مقایسه‌ای چندگانه استفاده شد.

نتایج حاصل از آزمون تعقیبی بنفرونی، که در جدول ۵ ارائه شده است، نشان می‌دهد که در هر دو متغیر ادراک درد و کیفیت زندگی، تفاوت‌های معناداری در سطح خطای پنج درصد (P-Value < ۰/۰۵) بین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون وجود دارد. با توجه به مقادیر تفاوت میانگین‌ها و فاصله اطمینان مربوطه، می‌توان دریافت که میانگین ادراک درد در مرحله پس‌آزمون به‌طور قابل‌توجهی کاهش یافته و میانگین کیفیت زندگی در این مرحله نسبت به مرحله پیش‌آزمون افزایش معناداری داشته است. از سوی دیگر، در هر دو متغیر ادراک درد و کیفیت زندگی، تفاوت معناداری بین مراحل پس‌آزمون و پیگیری مشاهده نشد (P- > ۰/۰۵ Value)، که نشان‌دهنده پایداری اثرات مداخله در طول زمان است.

جدول ۴: آزمون اثرات درون‌گروهی برای متغیرهای ادراک درد و کیفیت زندگی

عامل	متغیر	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره فیشر	سطح معناداری	اندازه اثر
زمان	ادراک درد	۱۱۱.۴۵۸	۶۲۰.۱	۷۷۳.۲۸۲	۸۰۰.۸۶	۰۰۱.۰<	۷۹۸.۰
	کیفیت زندگی	۵۲۸.۴۷۲	۰۰۰.۲	۲۶۴.۲۳۶	۴۸۱.۴۱	۰۰۱.۰<	۶۵۳.۰
زمان*گروه	ادراک درد	۷۷۸.۴۱۳	۶۲۰.۱	۴۰۸.۲۵۵	۴۰۰.۷۸	۰۰۱.۰<	۷۸۱.۰
	کیفیت زندگی	۵۲۸.۲۶۵	۰۰۰.۲	۷۶۴.۱۳۲	۳۰۹.۲۳	۰۰۱.۰<	۵۱۴.۰
خطا	ادراک درد	۱۱۱.۱۱۶	۶۴۱.۳۵	۲۵۸.۳			
	کیفیت زندگی	۶۱۱.۲۵۰	۰۰۰.۴۴	۶۹۶.۵			

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-13]

جدول ۵: نتایج آزمون بنفرونی برای مقایسه میانگین ادراک درد و کیفیت زندگی در دو به دوی مراحل مختلف

متغیر	مقایسه زمان		تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری	فاصله اطمینان ۹۵ درصدی برای تفاضل میانگین	
	زمان اول	زمان دوم				کران پایین	کران بالا
ادراک درد	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۵/۰۸۳*	۰/۳۵۳	<۰/۰۰۱	۴/۱۶۸	۵/۹۹۸
	پیش‌آزمون	پیگیری	۵/۵۸۳*	۰/۵۸۹	<۰/۰۰۱	۴/۰۵۷	۷/۱۱۰
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۵۰۰	۰/۴۳۴	۰/۷۸۴	−۰/۶۲۴	۱/۶۲۴
کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	−۴/۳۷۵*	۰/۵۷۲	<۰/۰۰۱	−۵/۸۵۶	−۲/۸۹۴
	پیش‌آزمون	پیگیری	−۶/۰۸۳*	۰/۷۷۸	<۰/۰۰۱	−۸/۱۰۰	−۴/۰۶۷
	پس‌آزمون	پیگیری	−۱/۷۰۸	۰/۷۰۱	۰/۰۷۰	−۳/۵۲۵	۰/۱۰۹

جدول ۶: آزمون اثرات درون گروهی برای مقایسه میانگین ادراک درد و کیفیت زندگی در بین گروه‌های کنترل و پذیرش و تعهد

عامل	متغیر	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره فیشر	سطح معناداری	اندازه اثر
گروه	ادراک درد	۳۴۲/۳۴۷	۱	۳۴۲/۳۴۷	۲۷/۷۲۷	۰/۰۰۰	۰/۵۵۸
	کیفیت زندگی	۱۹۳/۳۸۹	۱	۱۹۳/۳۸۹	۷/۱۰۰	۰/۰۱۴	۰/۲۴۴
خطا	ادراک درد	۲۷۱/۶۳۹	۲۲	۱۲/۳۴۷			
	کیفیت زندگی	۵۹۹/۲۲۲	۲۲	۲۷/۲۳۷			

برای بررسی اثرات درون‌گروهی، پیش‌فرض همگنی واریانس بین گروه‌ها با استفاده از آزمون لوین (Levene's Test) ارزیابی شد که نتایج آن تأییدکننده برقراری این پیش‌فرض بود (P-Value > ۰/۰۵). در ادامه، اثرات بین‌گروهی با به‌کارگیری آزمون فیشر مورد تحلیل قرار گرفت. یافته‌های مندرج در جدول ۶ نشان داد که اثر گروه برای هر دو متغیر ادراک درد و کیفیت زندگی از نظر آماری معنادار است (P-Value < ۰/۰۵). این نتیجه بیانگر آن است که تفاوت‌های معناداری بین میانگین‌های متغیرهای ادراک درد و کیفیت زندگی در دو گروه مورد بررسی وجود دارد. به عبارت دیگر، میزان اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش ادراک درد و بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به اختلال درد عصب سه‌قلو، در مقایسه با گروه کنترل، تفاوت قابل‌توجهی را نشان می‌دهد.

بحث

با توجه به نتایج پژوهش حاضر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون و مرحله پیگیری، اثر معناداری بر کاهش ادراک درد و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال درد عصب سه‌قلو داشت. این تغییرات مثبت در مرحله پیگیری نیز پایدار باقی ماند. این یافته‌ها با نتایج مطالعات پیشین [۳۶، ۲۲، ۲۱، ۱۳، ۴] همسو است. در این مطالعات نشان داده شد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند حساسیت به درد را کاهش داده و از طریق پذیرش و تعامل سازگارانه با درد مزمن، تجربه ادراک درد را تعدیل کند. در تبیین این نتایج، می‌توان به دیدگاه عصب-روان‌شناسی اشاره کرد. پژوهش آیتور و همکاران [۳۷] نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تغییر فعالیت در قشر پیش‌پیشانی و شبکه لیمبیک، منجر به کاهش فعالیت‌های مرتبط

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-13]

با اجتناب تجربی و اضطراب می‌شود؛ فرآیندهایی که معمولاً با تجربه درد همراه هستند. این تغییرات عصبی و شناختی نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نه تنها پردازش درد را تغییر می‌دهد، بلکه توانایی روان‌شناختی فرد برای مواجهه با درد را نیز تقویت می‌کند. از آنجا که هدف اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در مواجهه با چالش‌های زندگی است، استفاده از راهبردهای پذیرش، ذهن‌آگاهی و اقدام متعهدانه، به فرد امکان می‌دهد که علی‌رغم درد، زندگی معنادارتر و رضایت‌بخش‌تری داشته باشد. این درمان با اصلاح ارزیابی‌های شناختی و تغییر نحوه پردازش درد، ادراک آن را کاهش داده و کیفیت زندگی را بهبود می‌بخشد. با این حال، بررسی دقیق‌تر مکانیزم‌های عصبی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیازمند پژوهش‌های آینده با حجم نمونه بیشتر است.

یافته دوم پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانست کیفیت زندگی بیماران را به‌طور معناداری بهبود بخشد و این اثر در مرحله پیگیری نیز پایدار ماند. این نتیجه با مطالعات [۱۳، ۵، ۴] همسو است. این پژوهش‌ها نیز نشان داده‌اند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با کاهش راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد و تقویت راهبردهای فعال، کیفیت زندگی و عملکرد فیزیکی و اجتماعی بیماران مبتلا به درد عصبی مزمن را ارتقا می‌دهد. در تبیین این یافته، یکی از متغیرهای مهم روان‌شناختی مرتبط با پیامدهای مثبت درد یعنی خودکارآمدی درد مطرح می‌شود. خودکارآمدی به‌عنوان یک منبع مقابله‌ای مهم می‌تواند رابطه میان فاجعه‌سازی درد و پیامدهای منفی آن را تعدیل کند [۱۸]. بر اساس نظریه خودکارآمدی بندورا [۳۸]، باور فرد به توانایی کنترل درد و مدیریت موقعیت‌های دشوار، بر کیفیت زندگی او اثر مستقیم دارد. افرادی با خودکارآمدی بالا، راهبردهای مقابله‌ای کارآمدتری به‌کار می‌برند، اضطراب کمتری تجربه می‌کنند و کیفیت زندگی بالاتری دارند، در حالی که خودکارآمدی پایین منجر به درماندگی، اضطراب و کاهش رضایت از زندگی می‌شود.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر فرآیندهای پذیرش، ذهن‌آگاهی و گسلش شناختی، به افراد کمک می‌کند از چرخه اجتناب تجربی فاصله بگیرند و به جای تلاش برای سرکوب افکار و هیجانات منفی، بر خلق زندگی معنادار تمرکز کنند [۳۶]. در این راستا، چهار فرایند کلیدی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نقش مهمی در بهبود کیفیت زندگی ایفا می‌کنند. نخست، پذیرش درد به‌عنوان تجربه‌ای اجتناب‌ناپذیر موجب کاهش پیامدهای منفی روان‌شناختی مرتبط با آن می‌شود. دوم، به‌کارگیری ذهن‌آگاهی امکان حضور در لحظه و مشاهده‌ی افکار و هیجانات بدون قضاوت را فراهم می‌سازد. سوم، گسلش شناختی از افکار ناکارآمد به تقویت احساس توانمندی فردی کمک می‌کند. و در نهایت، اقدام متعهدانه در راستای ارزش‌های عمیق زندگی مسیر حرکت فرد را مشخص می‌سازد. این فرایندها در تعامل با یکدیگر به ارتقای خودکارآمدی، بهبود عملکرد روزمره و افزایش رضایت و معنای زندگی در بیماران مبتلا به درد مزمن منجر می‌شوند [۱۴،۳۹].

نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش ادراک درد و بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به اختلال درد عصب سه قلو، با اثر انتظار و پیگیری یک ماهه اثربخش و معنادار است. این نتایج برای متخصصان حوزه سلامت و درمانگران تلویحات کاربردی دارد. بنابراین با بهره گیری از نتایج درمانی و پژوهشی حاضر، میتوان اقداماتی در جهت ارتقای سطح سلامت روان و مدیریت درد افراد مبتلا به درد عصب سه قلو، در کنار دیگر درمان های پزشکی و دارویی، انجام داد. از جمله محدودیت های پژوهش حاضر، حجم نمونه محدود و اجرای مطالعه تنها در شهر تهران بود که تعداد کم شرکت‌کنندگان می‌تواند بر تعمیم‌پذیری نتایج تأثیر بگذارد. برای رسیدن به نتایج معتبرتر و عمومی‌تر، پیشنهاد می‌شود که

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-13]

در مطالعات آتی از حجم نمونه بزرگتر استفاده شود تا دقت نتایج افزایش یابد. از طرفی با توجه به اینکه برخی ویژگی های بالینی جمعیت شناختی افراد مبتلا به درد عصب سه قلو، مانند نوع درد (کلاسیک یا غیرکلاسیک) و نوع و میزان داروهای مصرفی شرکت کنندگان در پژوهش درنظر گرفته نشده بود، پیشنهاد می شود مطالعات آینده به تحلیل و بررسی این متغیرها نیز پرداخته و تأثیر آن‌ها را بر نتایج و پاسخ به درمان بررسی کنند. این اطلاعات می‌تواند به شخصی‌سازی درمان‌ها و بهبود اثربخشی آن‌ها کمک کند.

منابع مالی

پژوهش حاضر بدون حمایت مالی انجام شده است.

سپاسگزاری

نویسندگان بدین‌وسیله از تمامی مشارکت کنندگانی که با حضور و همکاری ارزشمند خود زمینه اجرای این پژوهش را فراهم ساختند، صمیمانه قدردانی می‌نمایند. شایان ذکر است این پژوهش دارای کد اخلاق به شماره IR.IUMS.REC.1403.282 از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی ایران می‌باشد.

تعارض منافع

هیچ گونه تعارض منافع از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

References

1. Bendtsen DMSC, Heinskou TB, Maarbjerg S, Zakrzewska JM, Hodaie M, et al. Advances in diagnosis, classification, pathophysiology, and management of trigeminal neuralgia. Lancet Neurol 2020; 19: 784-96.
2. Araya EI, Claudino RF, Piovesan EJ, Chichorro JG. Trigeminal neuralgia: Basic and clinical aspects. Curr Neuropharmacol 2020; 18(2): 109-19.
3. Lambru G, Zakrzewska J, Matharu M. Trigeminal neuralgia: A practical guide. Pract Neurol 2021; 21(5): 392-402.
4. Du S, Dong J, Jin S, Zhang H, Zhang Y. Acceptance and commitment therapy for chronic pain on functioning: A systematic review of randomized controlled trials. Neurosci Biobehav Rev 2021; 131: 59-76.
5. Abd-Elsayed A. Trigeminal nerve pain: A guide to clinical management. Springer International Publishing; 2021.
6. Teshima THN, Zakrzewska JM, Potter R. A systematic review of screening diagnostic tools for trigeminal neuralgia. Br J Pain 2023; 17(3): 255-66.
7. Obermann M. Recent advances in understanding/managing trigeminal neuralgia. F1000Res 2019; 8: F1000 Faculty Rev-505.
8. Cruccu G, Di Stefano G, Truini A. Trigeminal neuralgia. N Engl J Med 2020; 383(8): 754-62.
9. Chen Q, Yi DI, Perez JNJ, Liu M, Chang SD, Barad MJ, et al. The molecular basis and pathophysiology of trigeminal neuralgia. Int J Mol Sci 2021; 23(7): 3604.
10. Trejo-Gabriel-Galan JM, Aicua-Rapún I, Cubo-Delgado E, Velasco-Bernal C. Suicide in primary headaches in 48 countries: A physician-survey-based study. Cephalalgia 2018; 38(4): 798-803.
11. Thertus K. The psychological impact and management of trigeminal neuralgia. In: Abd-Elsayed A, editor. Trigeminal nerve pain. 1st ed. Cham: Springer; 2021: 215-27.
12. Rezaei-Nasab F, Borjali A, Taghaddisi MA. [The Effectiveness of Group Cognitive

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-13]

Behavioral Therapy on Pain Perception in Women with Multiple Sclerosis]. Women's Research J 2020;11(1):1–18. [in Persian]
13. Dehestani F, Mirzaeian B, Hassanzadeh R, Saadat P. [Effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological well-being and pain perception in patients with chronic neuropathic pain: A clinical trial]. J Gorgan Univ Med Sci 2022;24(3):1–8. [in Persian]
14. Razavi SB, Abolghasemi Sh, Akbari B, Naderi-Nabi B. [Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Feeling Hope and pain management of Women with Chronic pain]. J Anesthesiol Pain 2020;10(1):1–13. [in Persian]
15. Latifian R, Shahnazari M, Maschi F, Baseri A, Tajari B. [The mediating role of conscience in self-efficacy, resilience, and pain management with pain perception in individuals with chronic pain]. J Appl Psychol 2019;13(4):550-75. [in Persian]
16. Grinberg AS, Best RD, Min KM, Schindler EAD, Koo BB, Sico JJ, Seng EK. Cluster headache: Clinical characteristics and opportunities to enhance quality of life. Curr Pain Headache Rep 2021; 25(10): 61.
17. Babakhani B, Tabatabaei NH, Elisevich K, Sadeghbeigi N, Barzegar M, Mobarakeh NM, et al. A preliminary study of the efficacy of transcranial direct current stimulation in trigeminal neuralgia. Front Hum Neurosci 2022;16:848347.
18. Ensandoost T, Samari AA, Bayazi MH, Rajaei AR. [The effectiveness of acceptance and commitment therapy on pain perception and pain self-efficacy in patients with chronic musculoskeletal pain]. J Rehabil Res Nurs 2021;8(1):25-34. [in Persian]
19. Kiani S, Sabahi P, Makvand Hosaini S, Rafienia P, Alebouyeh M. [Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment-based therapy and positive cognitive-behavioral therapy on the pain self-efficacy of patients with chronic pain]. J Psychol Sci 2020;19(89):567-78. [in Persian]
20. Taheri AA, Foroughi AA, Davoudi M, Heshmati Kh, Mohammdpour M, Khoramniya S. [The effectiveness of acceptance and commitment therapy on socio-occupational compatibility and acceptance of symptoms in patients with painful diabetic neuropathy: A single-blind randomized clinical trial]. Shenakht J Psychol Psychiatry 2021;8(2):143-54. [in Persian]
21. Dehestani F, Mirzaeian B, Hassanzadeh R, Saadat P. [Effectiveness of ACT on pain coping strategies and pain self-efficacy in patients with chronic neuropathic pain]. J Kurdistan Univ Med Sci 2022;27:1–15. [in Persian]
22. Ma TW, Yuen ASK, Yang Z. The efficacy of acceptance and commitment therapy for chronic pain: A systematic review and meta-analysis. Clin J Pain 2023; 39(3): 147-57.
23. Jumbo SU, MacDermid JC, Kalu ME, Packham TL, Athwal GS, Faber KJ. Measurement properties of the BPI-SF and SF-MPQ-2 in musculoskeletal conditions: A systematic review. Clin J Pain 2021; 37(6): 454-74.
24. Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: Major properties and scoring methods. Pain 1975; 1(3): 277-99.
25. Dworkin RH, Turk DC, Revicki DA, Harding G, Coyne KS, Peirce-Sandner S, et al. Development and initial validation of an expanded and revised version of the Short-form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ-2). Pain 2009;144(1):35-42.
26. Khosravi M, Seddighi S, Moradi-Alamdari Sh, Zendedel K. Persian-McGill pain questionnaire translation, adaptation and reliability in cancer patients: a brief report. Tehran Univ Med J 2013;71(1):53-8. [in Persian]

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-13]

27. Akbari Bayatiani A, Pour Mohammad Rezaye Tajrishi M, Gangalivand N, Mirzamani M, Salehi M. The relationship between social network and quality of life in parents of students with intellectual disabilities. J Except Child 2011;11(2):163-74. [in Persian]
28. Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naeini K, Kazem M, Majdzadeh SR. [Standardization of the World Health Organization Quality of Life questionnaire: Translation and psychometrics of the Iranian version]. J Sch Public Health Inst Public Health Res 2006;4(4):1-12. [in Persian]
29. Zabeti A, Taghiloo S, Tajeri B. The mediator role of self-esteem in the relationship between time perspective and quality of life. J Appl Psychol Q 2017;11(1):85-101. [in Persian]
30. Damehri F, Mehrabizadeh Honarmand M, Yavari AH. [Cultural psychology of women]. Cult Psychol Women 2010;2(6):25-36. [in Persian]
31. Gharaei B. [A study of some cognitive patterns in patients with comorbidity of anxiety and depression]. [dissertation]. Tehran: Tehran Institute of Psychiatry; 1993. [in Persian]
32. Kaviani H, Mousavi ES. [Psychometric characteristics of Beck Anxiety Inventory in Iranian population by age and gender]. J Faculty Med 2008; 66(2):136-140. [in Persian]
33. Taheri Tanjani P, et al. [Validity and reliability of the second version of Beck Depression Inventory (BDI-II) in Iranian elderly population]. J Sabzevar Univ Med Sci 2014; 22(1):189-198. [in Persian]
34. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders (SCID-5-CV). Shadloo T, Shadloo B, Karimi S, translators. Tehran: Ibn Sina; 2019. p.72. [in Persian]
35. Vowles KE, Sorrell JT. Life with chronic pain: An acceptance-based approach therapist guide and patient workbook; 2006.
36. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. Behav Res Ther 2006; 44(1): 1-25.
37. Aytur SA, Ray KL, Meier SK, Campbell J, Gendron B, Waller N, Robin DA. Neural mechanisms of ACT for chronic pain: A network-based fMRI approach. Front Hum Neurosci 2021; 15: 587018.
38. Raman S, Sharma P. Self-efficacy as a mediator of the relationship between pain and disability in chronic pain patients: A narrative review. Bull Fac Phys Ther 2022; 27(1): 25.
39. McCracken LM, Yu L, Vowles KE. New generation psychological treatments in chronic pain. BMJ 2022; 376: e057212.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-13]