

The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on quality of life of women with chronic low back pain

Irandoos F. MSc[✉], Taher Neshatdoost H. PhD¹, Nadi MA. MSc²

[✉] Department of Psychology, Islamic Azad University, Isfahan Science and Research Branch, Isfahan, Iran

¹ Department of Clinical Psychology, Faculty of Educational Science, University of Isfahan, Isfahan, Iran

² Department of Educational Management, Faculty of Educational Science,
Azad University, Khorasgan Branch, Isfahan, Iran

Received: 2013.12.8

Accepted: 2014.4.17

Abstract

Introduction: Acceptance and Commitment Therapy [ACT] can enhance psychological flexibility and subsequently improve mental health and quality of life of individuals. The present research aimed to investigate the efficacy of Acceptance and Commitment Therapy on the quality of life of women with chronic low back pain in Isfahan.

Method: It was a semi-experimental research in pre-test and post-test design together with control group. Participants were 40 women with chronic low back pain attending clinical centers and hospitals of Isfahan who were selected by convenience sampling. Next, they were randomly assigned into control and experimental group. All participants completed the RAND-36 Health Status Inventory in pre-test and post-test stages. Then experimental group received ACT for 8 one-hour sessions. To analyze the data, covariance analysis was used.

Results: Results indicated that there was significant increase in quality of life and subscales of mental and physical health thereof, in experimental group ($P < 0/001$).

Conclusion: According to the results, ACT can positively affect quality of life of patients with chronic low back pain and it offers new horizons in clinical interventions.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy [ACT], Quality of Life, Chronic Low Back Pain

تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کیفیت زندگی زنان مبتلا به کمردرد مزمن

فروزان ایران دوست[✉]، حمیدطاهر نشاط دوست^۱، محمدعلی نادی^۲

[✉]گروه روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد، واحد علوم و تحقیقات اصفهان، اصفهان، ایران

^۱گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

^۲گروه مدیریت آموزشی، دانشکده علوم تربیتی، دانشگاه آزاد، واحد خوراسگان، اصفهان، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۹/۱۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۱/۲۸

چکیده

مقدمه: درمان‌های مبتنی بر پذیرش باعث افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی و ارتقاء سلامت روانی و کیفیت زندگی در افراد مبتلا به دردهای مزمن می‌شود. هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش کیفیت زندگی زنان مبتلا به کمردرد مزمن در شهر اصفهان بود.

روش: روش پژوهش از نوع نیمه تجربی بوده و از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. شرکت‌کنندگان پژوهش شامل ۴۰ نفر از زنان مبتلا به کمردرد مزمن بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس از سه کلینیک و مطب خصوصی ارتوپدی و ستون فقرات در شهر اصفهان، انتخاب شده و به تصادف در دو گروه ۲۰ نفری آزمایش و کنترل قرار گرفتند. ابزار اندازه‌گیری، پرسشنامه وضعیت سلامت ۳۶ سوالی رند بود که توسط شرکت‌کنندگان تکمیل گردید. سپس شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در ۸ جلسه یک ساعته درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شرکت کردند. برای تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها نیز از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد.

نتایج: تحلیل داده‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کیفیت زندگی و زیرمقیاس‌های سلامت روانی و جسمانی آن را در شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل به طور معناداری افزایش داده است.

نتیجه‌گیری: بنابر یافته‌های این مطالعه، روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، سبب افزایش کیفیت زندگی زنان مبتلا به کمردرد مزمن می‌شود و نمایانگر افق‌های تازه‌ای در مداخلات بالینی است و می‌توان از آن به عنوان یک روش مداخله‌ای موثر سود جست.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کیفیت زندگی، کمردرد مزمن

مقدمه

درد مزمن، از سوی بسیاری از پژوهشگران، به عنوان دردی که برای مدت بیش از ۶ ماه ادامه می‌یابد، تعریف شده است و به طور فزاینده‌ای به عنوان یک مشکل قابل توجه بین‌المللی سلامت شناخته می‌شود و شیوع آن در جمعیت عمومی در سرتاسر جهان، بین ۵ تا ۳۳ درصد تخمین زده می‌شود [۱، ۲]. در این میان کم‌درد شایع‌ترین نوع درد مزمن و یکی از علل اصلی ناتوانی، غیبت از محل کار و هزینه‌های پزشکی است [۳] که می‌تواند از شرایط جسمانی، عصب‌شناختی، محیطی و روانشناختی بسیاری ناشی شود [۲]. علاوه، کم‌درد مزمن به سختی درمان می‌شود و ناتوانی فیزیکی همراه با آن معمولاً شدید و طولانی مدت است و این بیماران نگران، ناشکیبا و ناراحت که معمولاً مستعد دامنه‌ای از مشکلات روانشناختی و اجتماعی نیز می‌باشند [۴، ۵] به طور مداوم برای درمان درد و کاهش ناتوانی خود به پزشکان مختلف مراجعه می‌کنند [۶]، اما درمان در اغلب موارد مؤثر واقع نمی‌شود این بیماری مزمن، تمامی جنبه‌های زندگی نظیر برنامه‌های روزانه، سطوح استقلال، فعالیت‌های شناختی و جسمانی، کار، روابط صمیمانه، والدگری و بهزیستی هیجانی و روانشناختی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این تجارب می‌تواند باعث احساس گیجی، بی‌قراری، انزوا، طرد، انگ اجتماعی، ناامیدی و اضطراب، حتی در افرادی با بهترین سطح فعالیت شده و کیفیت زندگی آن‌ها را در جنبه‌های مختلف متاثر سازد [۴].

در طی سال‌های اخیر، علاقه‌مندی به ارزیابی و بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن افزایش چشم‌گیری یافته است [۷]. تعریف کیفیت زندگی کار دشواری است، چرا که مفهومی وسیع و پیچیده دارد. سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی را احساس رضایت در مورد جنبه‌های مختلف و مهم زندگی، ارزش‌ها، اهداف، استانداردها و علایق فردی تعریف کرده است که حوزه‌های روانی، اجتماعی، اقتصادی و خانوادگی را در بر می‌گیرد [۸]. همچنین، صاحب‌نظران اتفاق نظر دارند که سازه کیفیت زندگی متشکل از عوامل عینی (کارکردهای جسمانی، روانی و اجتماعی) و عوامل ذهنی (بهزیستی درونی) است. عوامل ذهنی بیشتر بر رضایت از زندگی تأکید دارند، در حالیکه عوامل عینی بیشتر بر نیازهای مادی و مشارکت در فعالیت‌ها و روابط بین فردی متمرکز اند [۹]. زمانی که فردی در زندگی راضی و خوشحال است و از بیمار بودن خود احساس ناراضی‌تنبی ندارد، انرژی بیشتری برای مراقبت از خود داشته و زمانی که فرد، خود مراقبتی خوبی داشته باشد، روز به روز احساس بهتری خواهد داشت و سالم‌تر باقی خواهد ماند. از این رو، کیفیت زندگی بهتری نیز خواهد داشت و این چرخه مثبت خود تقویت‌کننده، همچنان ادامه می‌یابد [۱۰]. بین بیماری و کیفیت زندگی یک ارتباط متقابل وجود دارد. مطالعات بسیاری در طی دو دهه گذشته مکانیسم‌های تأثیرگذاری بیماری‌ها و شرایط مزمن مختلف بر کیفیت زندگی را مورد بررسی قرار داده‌اند. این بررسی‌ها اساساً، با هدف ارزیابی تأثیرات درمانی

و مداخله‌ای یا به عنوان وسیله‌ای برای تشخیص نیازهای درمانی انجام گرفته‌اند و نشان داده‌اند که افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن، تمایل دارند کیفیت زندگی خود را نسبتاً پایین‌تر و آشفتگی روانشناختی خود را بالاتر از افراد بدون درد گزارش کنند [۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴]. همچنین، مشخص شده است که بین شدت درد، نشانه‌های افسردگی و کیفیت زندگی کاهش یافته رابطه معناداری وجود دارد [۱۵، ۱۶].

به دلیل ماهیت چندبعدی درد مزمن، رویکردهای کنونی در مدیریت درد، به طور فزاینده‌ای از رویکردهای جسمانی و دارویی درمان فراتر رفته و رویکردهای چندبعدی و میان‌رشته‌ای را مورد توجه قرار داده‌اند که دربرگیرنده درمان‌های چندوجهی مانند ترکیبی از داروهای ضد درد، درمان‌های جسمانی، رفتاری و روانشناختی است [۱۷]. با توجه به اینکه کم‌درد مزمن از رایج‌ترین مشکلات سلامتی است و تأثیر منفی مشخصی بر کیفیت زندگی افراد مبتلا به آن دارد و بیماران مبتلا به درد مزمن، نه تنها از مشکلات جسمانی رنج می‌برند، بلکه محدودیت‌های کارکردی آنان باعث ناتوانی شده و بر جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی‌شان تأثیر گذاشته [۱۸] و باعث ایجاد اختلال در فعالیت‌های عادی و روزمره زندگی، توانایی برای کار کردن و مشارکت در امور اجتماعی و تفریحی می‌شود [۱۹]. هدف اکثر درمان‌های روانشناختی موجود، ارتقاء کیفیت زندگی بیماران، به موازات درد کمتر و عملکرد بهتر است [۲۰، ۲۱]. رویکردهای روانشناختی کنونی در مدیریت درد مزمن، دربرگیرنده مداخلاتی است که هدف آن‌ها به جای از بین بردن مستقیم درد، دستیابی به خود مدیریت بیشتر، تغییر رفتار و تغییر شناخت است. مداخلات روانشناختی‌ای که مکرراً در این زمینه به کار برده شده‌اند، شامل تکنیک‌های روانی-جسمانی، رویکردهای رفتاری، درمان‌های شناختی-رفتاری و مداخلات مبتنی بر پذیرش هستند [۱۷].

درمان‌های مبتنی بر پذیرش به عنوان درمان‌های شناختی-رفتاری موج سوم شناخته می‌شوند و در آن‌ها تلاش می‌شود بجای تغییر شناخت‌ها، ارتباط روانشناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، از رایج‌ترین نوع این درمان‌هاست. هدف این شیوه درمانی، کمک به مراجع برای دستیابی به یک زندگی ارزشمندتر و رضایت‌بخش‌تر از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی است و شش فرایند مرکزی دارد که به انعطاف‌پذیری روانشناختی منجر می‌شوند و عبارتند از: پذیرش، گسلش شناختی، ارتباط با زمان حال، خود به عنوان زمینه، ارزش‌ها و عمل متعهد [۱۷]. در زمینه درد مزمن، این شیوه درمانی، راهبردهای کنترل و اجتناب ناکارآمد را از راه پرورش تکنیک‌هایی که باعث انعطاف‌پذیری روانشناختی می‌شوند، مورد هدف قرار می‌دهد [۲۲] و می‌تواند تأثیرات درد مزمن را در افراد کاهش داده و وضعیت سلامت آن‌ها را در حیطه‌های مختلف جسمانی، روانی و اجتماعی بهبود بخشد و به افراد در پذیرش درد و یا افکار مرتبط با آن و ارتقاء جنبه‌های معنادار زندگی و افزایش فعالیت‌های

گرفتند و پرسشنامه در مورد آن‌ها اجرا شد. معیارهای ورود در این پژوهش شامل این موارد بود: (۱) حداقل سپری شدن زمان سه ماهه از کمردرد، (۲) تداوم کمردرد طی هفته قبل از مطالعه، (۳) دامنه سنی زنان مورد مطالعه بین ۲۵ تا ۵۰ سال و (۴) حداقل تحصیلات دیپلم. همچنین، معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از: (۱) سن پایین‌تر از ۲۰ و بالاتر از ۵۰ سال، (۲) تحصیلات کمتر از دیپلم و (۳) سابقه اختلالات عمده روانپزشکی، سرطان، رماتیسم ستون فقرات و جراحی ستون فقرات. لازم به ذکر است که، رضایت بیماران برای شرکت و همکاری در پژوهش، از پیش کسب شد.

به منظور جمع‌آوری داده‌ها در این پژوهش از پرسشنامه زیر استفاده شد.

پرسشنامه وضعیت سلامت ۳۶ سوالی رند (RAND-36 health status inventory): این پرسشنامه یکی از ابزارهای

سنجش کیفیت زندگی عمومی مرتبط با سلامت است که در ایالات متحده ساخته شده و در ایران توسط منتظری و همکاران [۳۲] ترجمه شده و روایی و اعتبار آن با آلفای کرونباخ ۰/۷۹ و میانگین اعتبار برای زیرمقیاس‌ها ۰/۶۵ تا ۰/۹۰ گزارش شده است. این پرسشنامه کیفیت زندگی فرد را در ۸ قلمرو عملکرد جسمی، نقش فیزیکی، درد جسمانی، سلامت عمومی، سرزندگی، عملکرد اجتماعی، نقش عاطفی و سلامت روانی و همچنین دو حیطه کلی سلامت جسمی و سلامت روانی و نیز نمره کل کیفیت زندگی مورد ارزیابی قرار می‌دهد.

روش اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از انتخاب نمونه مورد نظر و گمارش تصادفی شرکت‌کنندگان در دو گروه آزمایش و کنترل، پرسشنامه پژوهش همه در یک نوبت و در قالب یک شکل به زنانی که به عنوان نمونه انتخاب شده بودند، ارائه گردید و برای آن‌ها، توضیح کلی در مورد چگونگی پاسخگویی به پرسشنامه داده شد، سپس آن‌ها به صورت انفرادی به پرسشنامه پاسخ دادند. به شرکت‌کنندگان، این اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه و بدون نام می‌باشد. پس از تکمیل پرسشنامه، شرکت‌کنندگان گروه آزمایش علاوه بر درمان‌های همیشگی خود، در جلسات مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که به صورت ۸ جلسه یک ساعته و به صورت دو بار در هفته برگزار شد نیز، شرکت کردند. در حالی که، شرکت‌کنندگان گروه کنترل که در لیست انتظار قرار داشتند، تنها درمان‌های همیشگی خود را دریافت کردند. پس از پایان جلسات نیز مجدداً پرسشنامه پژوهش توسط شرکت‌کنندگان هر دو گروه تکمیل شد.

همان‌گونه که اشاره شد، شیوه درمانی مورد استفاده در این پژوهش، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بود. در این شیوه درمانی تلاش می‌شود بجای تغییر شناخت‌ها، ارتباط روانشناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. در پژوهش حاضر، این مداخله درمانی بر اساس پروتکل درمانی *واولز و سورل* [۳۳] طرح‌ریزی شد.

ارزشمند برای بهبود کیفیت زندگی، کمک کند [۲۳، ۲۴]. در این زمینه، مک کراکن و اکستون [۲۵] نشان داده‌اند که تمایل به داشتن درد و درگیری در انجام فعالیت‌های روزمره بدون در نظر گرفتن حضور درد، منجر به کارکرد هیجانی، اجتماعی و روانشناختی بهتر و سالمتری در افراد مبتلا به درد مزمن می‌شود. به علاوه، پذیرش درد در نمونه‌های بالینی، با تجربه درد و مشکلات جسمانی و روانشناختی به مراتب کمتر و بهیستی روانشناختی بیشتر ارتباط دارد [۲۴، ۲۶، ۲۷]. همچنین، مشخص شده است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دردهای مزمن را افزایش داده و باعث کاهش افسردگی، اضطراب و درد آن‌ها می‌شود [۲۸، ۲۹، ۳۰] و پذیرش بالای درد با درگیری بیشتر در انجام امور شخصی، حفظ عملکرد سازشی و کاهش آشفتگی و ناتوانی و بهیستی روانشناختی بالاتر در ارتباط است [۳۱].

بر این اساس، به نظر می‌رسد که پذیرش درد شیوه مناسبی در جدا کردن جنبه‌های دردناک زندگی از جنبه‌های غیر دردناک آن است و می‌تواند به فرد در سازگاری بهتر با درد مزمن و بهبود کیفیت زندگی او کمک کند. با در نظر گرفتن شواهدی که در زمینه اهمیت مفهوم پذیرش در کاهش تجربه درد، بهبود کارکردهای روانشناختی و کیفیت زندگی و سازگاری بهتر با شرایط و مشکلات جسمانی افراد مبتلا به درد مزمن وجود دارد و با توجه به اینکه کمردرد مزمن یکی از شایع‌ترین انواع دردهاست و در زنان نسبتاً شایع‌تر است و همچنین از آنجا که تا کنون در ایران پژوهشی که تاثیر درمان‌های مبتنی بر پذیرش را بر کیفیت زندگی افراد مبتلا به دردهای مرمی، مورد بررسی قرار دهد، انجام نشده است، هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی در زنان مبتلا به کمر درد مزمن بود.

روش

با توجه به هدف پژوهش، این پژوهش ماهیتاً یک پژوهش آزمایشی بود. اما به دلیل اینکه از جامعه بیماران مبتلا به کمردرد، امکان انتخاب کاملاً تصادفی شرکت‌کنندگان وجود نداشت، مطالعه حاضر با روش نیمه تجربی انجام شد و به منظور دستیابی به اهداف پژوهش در این مطالعه از طرح نیمه تجربی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد.

جامعه آماری این پژوهش را همه زنان مبتلا به کمردرد مزمن ساکن در شهر اصفهان، در فاصله بهار تا تابستان سال ۱۳۹۲ تشکیل می‌دادند. به منظور انتخاب شرکت‌کنندگان پژوهش، تعداد ۴۰ نفر از زنانی که توسط متخصص ارتوپد و ستون فقرات، تشخیص اختلال کمردرد مزمن را دریافت کرده بودند و دچار اختلال همزمان نبودند، به روش نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس معیارهای ورود و خروج از سه کلینیک و مطب خصوصی ارتوپدی و ستون فقرات در شهر اصفهان، به عنوان نمونه انتخاب شده و به تصادف در دو گروه ۲۰ نفری آزمایش و کنترل قرار

جدول ۱. شرح جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه اول	برقراری رابطه درمانی، آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش، پاسخ به پرسشنامه و بستن قرارداد درمانی.
جلسه دوم	کشف و بررسی روش‌های درمانی بیمار و ارزیابی میزان تأثیر آن‌ها، بحث در مورد موقتی و کم اثر بودن درمان‌ها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
جلسه سوم	کمک به مراجع برای تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل و پی بردن به بیهودگی آن‌ها، پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آن‌ها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
جلسه چهارم	توضیح در مورد اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای آن، آموزش گام‌های پذیرش، تغییر مفاهیم زبان با استفاده از تمثیل، آموزش تن آرامی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
جلسه پنجم	معرفی مدل رفتاری سه بعدی به منظور بیان ارتباط مشترک رفتار/ احساسات، کارکردهای روانشناختی و رفتار قابل مشاهده و بحث در مورد تلاش برای تغییر رفتار بر اساس آن، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
جلسه ششم	توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به عنوان یک بستر و برقراری تماس با خود با استفاده از تمثیل، آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌هایی که جزء محتوای ذهنی هستند. دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
جلسه هفتم	توضیح مفهوم ارزش‌ها، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمند نمودن مراجع برای زندگی بهتر، تمرین تمرکزی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
جلسه هشتم	آموزش تعهد به عمل، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها، جمع بندی جلسات، اجرای پس آزمون.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی مربوط به پیش آزمون و پس آزمون نمرات کیفیت زندگی آزمودنی‌ها

گروه‌ها	مراحل	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	پیش آزمون	۷۸/۴۲	۱۵/۸۹
	پس آزمون	۹۱/۷۶	۱۱/۴۶
کنترل	پیش آزمون	۸۱/۳۶	۱۶/۱۹
	پس آزمون	۸۲/۳۶	۱۵/۴۸

کلی آن یعنی سلامت روانی و جسمانی و همچنین به منظور کنترل اثر پیش آزمون، نتایج تحلیل کوواریانس در مرحله پس آزمون آورده شده است. بر اساس نتایج جدول ۲، میانگین نمرات کیفیت زندگی در گروه آزمایش، در مرحله پیش آزمون ۷۸/۴۲ و در پس آزمون ۹۱/۷۶ است. که افزایش محسوس را نشان می دهد. در حالی که میانگین نمرات گروه کنترل در مرحله پیش آزمون ۸۱/۳۶ و در مرحله پس آزمون ۸۲/۳۶ است که تغییر چندانی نداشته است. بنابراین به منظور تحلیل دقیق تر تفاوت موجود و تعیین معناداری آن و همچنین به منظور کنترل اثر پیش آزمون، از روش تحلیل کوواریانس بهره گرفته شد. گفتنی است که پیش از اجرای این آزمون، همبستگی میان متغیرهای جمعیت شناختی با متغیر وابسته بررسی شده و عدم وجود رابطه میان آن‌ها تایید شد. همچنین، پیش فرض‌های نرمال بودن و همسانی واریانس‌ها در مورد متغیرهای پژوهش مورد بررسی قرار گرفتند که نتایج آن در جدول ۳ آمده است.

همان گونه که در جدول ۳ مشاهده می شود شرط همسانی واریانس‌ها (آزمون لوین) و نرمال بودن (آزمون کلموگروف-اسمیرنوف) برای متغیر کیفیت زندگی و زیر مقیاس‌های سلامت روانی و سلامت جسمانی تایید شدند. در ادامه نتایج تحلیل کوواریانس متغیرهای پژوهش آورده شده است (جدول ۴).

همچنین به منظور تأیید روائی محتوایی بسته درمانی و تطابق آن با اهداف پژوهش، با توجه به اینکه این بسته درمانی کاملاً استاندارد بوده و در مجامع و موسسه‌های روانشناسی بالینی خارج از کشور مورد تایید قرار گرفته بود، متن آن در اختیار پنج نفر از متخصصین روانشناسی بالینی مسلط به زبان انگلیسی و آشنا با موضوع قرار داده شد تا صحت ترجمه بسته درمانی تایید شود. سپس متن آن به چند تن از دانشجویان در قالب یک کلاس غیر رسمی ارائه شد تا صحت فهم آن تایید گردد، بعد از این مرحله بسته درمانی بطور مستقیم مورد استفاده قرار گرفت که شرح جلسات آن در جدول ۱ خلاصه شده است.

با توجه به اینکه پژوهشگر قصد داشت، تأثیر روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر متغیر وابسته یعنی، کیفیت زندگی زنان مبتلا به کمردرد مزمن در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل مورد بررسی قرار دهد و در این راستا تأثیر متغیر پیش آزمون را کنترل نماید از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد در آمار توصیفی میانگین و انحراف استاندارد بررسی شده و در سطح استنباطی نیز به دلیل برقرار بودن شرایط مربوط به آزمون‌های پارامتریک، از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. لازم به ذکر است که به منظور سرعت و دقت بیشتر کلیه عملیات آماری با استفاده از بسته آماری برای علوم اجتماعی نسخه ۲۱ انجام شد.

یافته‌ها

در این بخش، ابتدا شاخص‌های توصیفی مربوط به نمرات کیفیت زندگی شرکت‌کنندگان پژوهش شامل میانگین و انحراف استاندارد نمرات هر دو گروه در مرحله پیش آزمون و پس آزمون آمده و در قسمت آمار استنباطی، به منظور تعیین معنادار بودن تفاوت میان گروه‌های آزمایش و کنترل در زمینه کیفیت زندگی و دو حیطه

جدول ۳. ۲- شاخص های توصیفی مربوط به پیش آزمون و پس آزمون نمرات کیفیت زندگی در آزمودنی ها

متغیرها	آزمون لوین	سطح معناداری	K_S	سطح معناداری
کیفیت زندگی کل	۴/۸۸	۰/۰۵	۰/۰۶	۰/۲
سلامت روانی	۲/۸۵	۰/۰۹	۰/۰۸	۰/۲
سلامت جسمانی	۳/۵۳	۰/۰۶	۰/۱	۰/۲

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس: مقایسه میانگین نمرات کل کیفیت زندگی و زیر مقیاس های سلامت روانی و جسمانی گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون و پس از در نظر گرفتن متغیر پیش آزمون

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	ضریب F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
کیفیت زندگی کل	پیش آزمون	۴۴۱۶/۸۱	۱	۴۴۱۶/۸۱	۶۴/۶	۰/۰۱	۰/۶۳	۱
	عضویت گروهی	۱۲۷۸/۲۵	۱	۱۲۷۸/۲۵	۱۸/۶۹	۰/۰۱	۰/۳۳	۰/۹۸
سلامت روانی	پیش آزمون	۱۸۱۴/۹۵	۱	۱۸۱۴/۹۵	۴۱/۶	۰/۰۱	۰/۵۰	۱
	عضویت گروهی	۷۵۵/۶۶	۱	۷۵۵/۶۶	۱۷/۳۲	۰/۰۱	۰/۵۲	۰/۹۸
سلامت جسمانی	پیش آزمون	۸۹۴/۲۹	۱	۸۹۴/۲۹	۱۳۲/۸۴	۰/۰۱	۰/۷۸	۱
	عضویت گروهی	۳۷/۸۴	۱	۳۷/۸۴	۵/۶۲	۰/۰۲	۰/۲۳	۰/۶۳

های پژوهش های انجام شده دیگر در زمینه نقش پذیرش در افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دردهای مزمن، هماهنگ است و یافته های آن ها را مورد تایید قرار می دهد [۳۰-۲۴].

در تبیین این یافته ها می توان گفت که کیفیت زندگی یک سازه چندبعدی است و بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی [۸] علاوه بر جنبه های جسمانی و اجتماعی، حالت های روانشناختی فرد را نیز در بر می گیرد و مشخص شده است که شیوه های سازگاری و عوامل روانشناختی مانند اضطراب، افسردگی و همچنین درد و ناراحتی جسمانی و تداخل آن ها در فعالیت های روزمره، در کیفیت زندگی افراد مبتلا به دردهای مزمن نقش دارند [۱۴، ۳۴]. بعلاوه، بر اساس مطالعات، همبودی اختلالات روانشناختی در میان بیمارانی که به مدت طولانی مبتلا به کمردرد مزمن اند بسیار رایج است [۴، ۵] و به باور نظریه پردازان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، یک عامل مهم در ایجاد و حفظ آسیب های روانی، اجتناب تجربی (Experimental Avoidance) است که به معنای ارزیابی منفی اغراق آمیز از تجارب درونی [مانند افکار، احساسات و هیجانات] و عدم تمایل به تجربه آن هاست که به تلاش برای کنترل یا فرار از آن ها منجر می شود و می تواند در عملکرد شخص مداخله کند [۳۵]. بر اساس نتایج مطالعه کشدن و همکاران [۳۶] افرادی که اجتناب تجربی بیشتری دارند تجربه های عاطفی مثبت و رضایت از زندگی کمتری را تجربه می کنند و احساس می کنند زندگی شان بی معناست. اما، هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کاهش اجتناب تجربی و افزایش انعطاف پذیری روانشناختی از طریق پذیرش احساسات ناخوشایند غیرقابل اجتناب و پریشان کننده مانند اضطراب، پرورش ذهن آگاهی به منظور خشی کردن درگیری مفرط با شناخت ها و مشخص کردن ارزش های شخصی مرتبط با اهداف رفتاری است و بیمار تشویق می شود تا درحالی که به سوی اهداف ارزشمند خود در حرکت است،

با توجه به نتایج جدول ۴ و با فرض همراه کردن متغیر پیش آزمون، بین دو گروه آزمایش و کنترل در نمرات کل کیفیت زندگی، در مرحله پس آزمون تفاوت معنادار وجود دارد ($F = ۱۸/۶۹$ ، $P = ۰/۰۱$ ، $\eta^2 = ۰/۳۳$). این امر بیانگر این است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، باعث افزایش کلی کیفیت زندگی در شرکت کنندگان گروه آزمایش شده است. مقدار توان آماری نیز که با حجم نمونه رابطه مستقیم داشته و می تواند معرف بودن نمونه و امکان تعمیم نتایج را مشخص سازد، $۰/۹۸$ است که از حد نصاب $۰/۸$ بیشتر است و بیانگر کفایت حجم نمونه، برای نتیجه گیری در مورد تایید یا رد فرضیه است. بعلاوه، بین دو گروه آزمایش و کنترل در نمرات سلامت روانی ($F = ۱۷/۳۲$ ، $P = ۰/۰۱$) و سلامت جسمانی ($F = ۵/۶۲$ ، $P = ۰/۰۲$) و $\eta^2 = ۰/۳۳$ نیز تفاوت معنادار وجود دارد و نشان می دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، باعث افزایش سلامت روانی و جسمانی در شرکت کنندگان گروه آزمایش شده است. اما میزان اندازه اثر در مورد متغیر سلامت جسمانی برابر $۰/۲۳$ است، که اندازه اثر پائینی است و بیانگر آن است که تنها ۲۳ درصد تغییرات نمرات سلامت جسمانی، مربوط به مداخله درمانی صورت گرفته می باشد. مقدار توان آماری نیز، $۰/۶۳$ است که از حد نصاب $۰/۸$ کمتر می باشد و بیانگر ناکافی بودن حجم نمونه، برای نتیجه گیری در این مورد است.

بحث

پژوهش حاضر نشان داد که، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، میزان کلی کیفیت زندگی را در زنان مبتلا به کمردرد مزمن، به طور معناداری افزایش داده است. بعلاوه، این شیوه درمانی باعث افزایش دو حیطه کلی کیفیت زندگی یعنی سلامت روانی و سلامت جسمانی نیز شده است. یافته های حاصل از این پژوهش، با یافته

این اساس تاثیر چندانی بر میزان قدرت و توان بدنی افراد برای انجام امور روزمره ندارد و تنها می‌تواند دیدگاه فرد و نحوه سازگاری وی را در برخورد با این مشکلات و ناتوانی‌ها تغییر دهد. در هر حال، نتایج به دست آمده در ارتباط با این مقوله نیاز به بررسی‌های بیشتر و جامعه‌های آماری گسترده‌تری دارد.

ناتوانی در تعمیم نتایج این پژوهش به جامعه مردان و همچنین زنان در سنین دیگر از محدودیت‌های اساسی این پژوهش بود. بعلاوه به دلیل اینکه بیماران شرکت‌کننده در این پژوهش از درمانگاه‌ها و مطب‌های خصوصی شهر اصفهان انتخاب شدند و انتخاب کاملاً تصادفی شرکت‌کنندگان امکان‌پذیر نبود، تعمیم نتایج حاصل از این مطالعه به همه افراد مبتلا به کمردرد شهر اصفهان و همچنین کل کشور باید با احتیاط صورت گیرد. با این وجود، یافته‌های حاصل از این پژوهش در راستای نتایج اکثر پژوهش‌هایی است که در زمینه بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به دردهای مزمن انجام شده است و پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی، این شیوه درمانی بر روی دیگر اختلالات جسمانی و روانشناختی و دیگر جمعیت‌های بالینی انجام شود و به منظور تعیین میزان تداوم تاثیرات درمان آزمون‌های پیگیری نیز بعمل آید.

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر که به منظور بررسی تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به کمردرد مزمن انجام شد نشان داد که این شیوه درمانی می‌تواند کیفیت زندگی این افراد را به ویژه در حوزه روانشناختی بطور معناداری بهبود بخشد. یافته‌های این پژوهش، لزوم پیوند شاخه‌های مختلف علم را به منظور حل مشکلاتی که دارای جنبه‌های مختلف جسمانی، روانشناختی و اجتماعی هستند، نشان می‌دهد. شیوه‌های درمانی از این دست، باعث معنابخشی و افزایش کیفیت زندگی بیماران شده و هزینه‌های مورد نیاز برای توانبخشی و درمان را نیز کاهش می‌دهد و می‌توان از این شیوه درمانی در کلینیک‌های تخصصی و مراکز خدمات روانشناختی به منظور حل مشکلات روانشناختی بیماران مبتلا به دردهای مزمن استفاده کرد.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از همه شرکت‌کنندگان پژوهش، استادان گرامی و همه کسانی که ما را در اجرای این پژوهش یاری کردند تشکر و قدردانی بعمل می‌آید.

منابع

1. Lindberg J, Bluestein BW. Chronic pain management. In: Brodwin MG, Tellez F, Brodwin SK, editors. Medical, psychosocial, and vocational aspects of disability. 2nd ed. Georgia: Elliott and Fitzpatrick; 2002.
2. Mason VL, Skevington SM, Osborn M.

با تجربیاتش بطور کامل و بدون مقاومت ارتباط برقرار کند و آن‌ها را بدون قضاوت در مورد درستی یا نادرستی‌شان، در هنگام ظهور بپذیرد. این امر باعث افزایش انگیزه برای تغییر با وجود موانع غیر قابل اجتناب می‌شود و شخص را ترغیب می‌کند تا در جهت تحقق اهداف ارزشمند زندگی خود، تلاش کند و این امر به بهبود کیفیت زندگی به ویژه در حوزه روانی آن منتهی خواهد شد. همچنانکه *واولنز و مک کرکن* [۲۳] و *مک کرکن و ولمن* [۲۴] در مطالعات خود به این نتیجه رسیدند که انعطاف‌پذیری روانشناختی و پذیرش می‌تواند تاثیرات درد مزمن را در افراد کاهش دهد و وضعیت سلامت آن‌ها را در حیطه‌های مختلف بهبود بخشد و به آن‌ها در ارتقاء جنبه‌های معنادار زندگی و افزایش فعالیت‌های ارزشمند برای بهبود کیفیت زندگی، کمک کند.

در واقع به باور *هایس* [۳۷]، پذیرش افکار به عنوان افکار، احساسات به عنوان احساسات و هیجانات به عنوان هیجانات - همانگونه که هستند، نه بیشتر و نه کمتر- منجر به تضعیف آمیختگی‌های شناختی می‌شود و در کنار آن، پذیرش رویدادهای درونی، هنگامی که شخص در جدال با پریشانی‌ها و آشفتگی‌های خود نیست، به وی اجازه توسعه خزانه رفتاری‌اش را می‌دهد و می‌تواند از زمانی که بدین ترتیب به دست می‌آورد برای انجام فعالیت‌های ارزشمند خود استفاده کند و خود را به یک زندگی ارزشمند و هدفمند متعهد سازد و بدین ترتیب یکی از ابعاد مهم کیفیت زندگی یعنی بعد معنوی [۳۸] که به هدف و معنایی که شخص برای زندگی در نظر می‌گیرد و ارزش‌هایی که در زندگی دنبال می‌کند، اشاره دارد نیز، بهبود می‌یابد.

همچنین، *میسون و همکاران* [۲۸] و *ویکسل و همکاران* [۲۹] در پژوهش خود نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، علاوه بر افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دردهای مزمن باعث کاهش درد آن‌ها نیز می‌شود. اما در مطالعه حاضر، کیفیت زندگی در حیطه جسمانی تنها اندکی بهبود یافته است. در واقع با وجودی که، افزایش سلامت جسمانی شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل از نظر آماری معنادار است اما دارای اندازه اثر پایینی است و تنها ۲۳ درصد افزایش در سلامت جسمانی ناشی از درمان انجام شده است. در توضیح این امر می‌توان گفت که بعد جسمانی کیفیت زندگی، مفاهیمی مانند قدرت، انرژی، توانایی انجام فعالیت‌های روزمره و مراقبت از خود را در بر می‌گیرد [۳۸]. در حالی که، هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی است و به دنبال تغییر کارکرد رویدادهای روانشناختی و رابطه فرد با آن‌ها از طریق راهبردهایی چون ذهن‌آگاهی، پذیرش یا گسلش شناختی می‌باشد [۳۷] و بر

Development of a pain and discomfort module for use with the WHOQOL-100. Qual Life Res. 2004;13:1139-52.

3. Gracey JH, McDonough SM, Baxter GD. Physiotherapy management of low back pain: A survey of current practice in Northern Ireland. Spine.

- 2002; 27(4):406-17.
4. Linton SJ, Ryberg M. Do epidemiological results replicate? The prevalence and health-economic consequences of neck and back pain in the general population. *Eur J Pain*. 2000;4:347-54.
5. Sieben JM, Portegijs PJM, Vlaeyen JWS, Knottnerus JA. Pain-related fear at the Start of a new low back pain episode. *Eur J Pain*. 2005;9:635-41.
6. Furlan AD, Imamura M, Dryden T, Irvin E. Massage for low back pain: an updated systematic review within the framework of the Cochrane Back Review Group. *Spine*. 2009;34(16):1669-84.
7. Currie R. Spasticity: A common symptom of Multiple Sclerosis. *Nurs Stand*. 2001;15(33):47-52.
8. Group WHOQOL. The world health organization quality of life assessment [WHOQOL]: [position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1403-9.
9. Frisch MB. Quality of life therapy: Applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy. New Jersey: John Wiley & Sons; 2006.
10. Lee GK, Chronister J, Bishop M. The effects of psychosocial factors on quality of life among individuals with chronic pain. *Rehabil Couns Bull*. 2008;51(3):177-89.
11. Hopman-Rock M, Kraaimaat FW, Bijlisma JWW. Quality of life in elderly subjects with pain in the hip or knee. *Qual Life Res*. 1997; 6:67-76.
12. Becker N, Thomsen AB, Olsen AK, Sjogren P, Bech P, Eriksen J. Pain epidemiology and health related quality of life in chronic non-malignant pain patients referred to a Danish multidisciplinary pain center. *Pain*. 1997;73:393-400.
13. Lame IE, Peters ML, Vlaeyen JWS, Kleef MV, Patijn J. Quality of life in chronic pain is more associated with beliefs about pain, than with pain intensity. *Eur J Pain*. 2005; 9(1): 15-24.
14. Khani H, Majdi MR, Azad Marzabadi E, Montazeri A, Ghorbani A, Ramezani M. Quality of life in Iranian Beta-thalassemia major patients of southern coastwise of the Caspian Sea. *J Behav Sci*. 2009;2(4):325-32.[Persian]
15. Munoz RA, McBride ME, Brnabic AJM, Lopez CJ, Hetem LAB, Secin R, et al. Major depressive disorder in Latin America: The relationship between depression severity, painful somatic symptoms, and quality of life. *J Affect Disord*. 2005;86:93-8.
16. Farnam AR, Arfaei A, Noohi S, Azar M, Shafiee Kandjani AR, Imani S, et al. Relationship between Depression and Degree of Pain Feeling in Patients with Migraine Headache. *J Behav Sci*. 2008; 2(2):143-8.[Persian]
17. Roditi D, Robinson ME. The role of psychological interventions in the management of patients with chronic pain. *Psychol Res Behav Manage*. 2011;4:41-9.
18. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain*. 2006;10:287-333.
19. Mirzamani M, Safari A, Holisaz MT, Sadidi A. The effect of pain on life dimensions of chronic pain patients. *J Behav Sci*. 2008;1(2):143-53.[Persian]
20. Kleeman F, Ahn UJ, Kleeman AT. Laparoscopic anterior lumbar interbody fusion with rhbmp-2. A prospective study of clinical and radiographic outcomes. *Spine*. 2001;26:2751-6.
21. Fairbank J, Frost TH, Macdonald JW, Yu LY, Barker K, Collins R. Randomised controlled trial to compare surgical stabilization of the lumbar with an intensive rehabilitation programme for patients with chronic low back pain: the MRC spine stabilization trial. *BMJ*. 2005;330:1233-9.
22. 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.
23. Vowles KE, McCracken LM. Acceptance and values-based action in chronic pain: a study of treatment effectiveness and process. *Journal of Consul Clin Psychol*. 2008;76(3):397-407.
24. McCracken LM, Velleman SC. Psychological flexibility in adults with chronic pain: A study of acceptance, mindfulness, and values-based action in primary care. *Pain*. 2010;148:141-7.
25. McCracken LM, Eccleston C. A prospective study of acceptance of pain and patient functioning with chronic pain. *Pain*. 2005; 118:164-9.
26. McCracken LM, Zhao-O'Brien J. General psychological acceptance and chronic pain: There is more to accept than the pain itself. *Euro J Pain*. 2010; 14(2): 170-5.
27. McCracken LM, Gauntlett-Gilbert J, Eccleston C. Acceptance of pain in adolescents with chronic pain: Validation of an adapted assessment instrument and preliminary correlation analyses. *European Journal of Pain*. 2010;14:316-20.
28. Mason VL, Mathias B, Skevington SM. Accepting low back pain: is it related to a good quality of life? *The Clinical Jo Pain*. 2008;24:22-9.
29. Wicksell RK, Ahlqvist J, Bring A, Melin L, Olsson GL. Can exposure strategies improve functioning and life satisfaction in people with chronic pain and whiplash-associated disorders [WAD]? A randomized controlled trial. *Cogn Behav Ther*. 2008; 27(3):169-82.
30. Johnston M, Foster M, Shennan J, Starkey N, Johnson A. The effectiveness of an acceptance and commitment therapy self-help intervention for chronic pain. *ClinJ Pain*. 2010; 26(5):393-402.
31. McCracken LM. A contextual analysis of attention to chronic pain: what the patient does with their pain might be more important than their awareness or vigilance alone. *J Pain*. 2007; 8:230-6.
32. Montazeri A, Goshtasbi A, Vahdaninia M, Gandek B. The short form health survey [SF:36]: Translation and validation study of Iranian version. *Qual Life Res*. 2005;14:857-82.
33. Vowles KE, Sorrell JT. Life with chronic pain: An acceptance-based approach, therapist guide and patient workbook 2007. Available from: <http://www.contextualpsychology.org/acbs>.
34. Smith EM, Gomm SA, Dickens CM. Assessing the independent contribution to quality of life

from anxiety and depression in patients with advanced cancer. *Palliat Med.* 2003;17:509-13.

35. Hayes SC, Masuda A, Bissett RT, Luoma J, Guerrero LF. DBT, FAP and ACT: how empirically oriented are the new behavior therapy technologies? *Behav Ther* 2004; 35(1):35-54.

36. Kashdan TB, Barrios V, Forsyth JP, Steger MF. Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion

regulation strategies. *Behav Rese Ther.* 2006;44(9):1301-20.

37. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behav Thera.* 2004; 35(4):639-65.

38. King CR, Hinds PS. Quality of life from nursing and patient perspective. *Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers*; 2003.