

## بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امیدواری و درد مزمن در دختران ۲۰ تا ۵۰ ساله دارای معلولیت جسمی - حرکتی شهرستان ارسنجان

سید مجتبی عقیلی<sup>۱\*</sup>، زهرا قهرمان ایزدی<sup>۲</sup>

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱/۳۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۱/۲

### خلاصه

**مقدمه:** نقص عضو، بهداشت روانی و جسمانی افراد را با بحران مواجه می‌نماید. پژوهش حاضر، با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امیدواری و درد مزمن در دختران ۲۰ تا ۵۰ ساله دارای معلولیت جسمی - حرکتی انجام شد. **مواد و روش‌ها:** این پژوهش نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل اجرا شد. جامعه آماری، کلیه دختران دارای معلولیت جسمی - حرکتی مراجعه‌کننده به اداره بهزیستی شهر ارسنجان در سال ۱۳۹۹ بودند. تعداد ۳۰ دختر به طور داوطلب وارد مطالعه شدند که به صورت تصادفی در دو گروه مساوی آزمایش و کنترل قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از آزمون امیدواری (اشنایدر، ۱۹۹۱) و درد مزمن (کلینند، ۱۹۹۶) جمع‌آوری شد. سپس گروه آزمایش برنامه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در هشت جلسه ۶۰ دقیقه‌ای دریافت کردند. گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکرد. تجزیه و تحلیل آماری با استفاده از تحلیل واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری تکراری صورت گرفت.

**یافته‌ها:** میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون (پس‌آزمون) گروه آزمایش در متغیر امیدواری  $12/64 \pm 7/41$  ( $27/67 \pm 5/32$ ) و متغیر درد مزمن  $33/43 \pm 7/16$  ( $26/37 \pm 5/27$ ) بود. در گروه کنترل تغییر محسوسی مشاهده نشد. مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به افزایش امیدواری و کاهش درد مزمن مفصلی گروه آزمایش شد ( $p < 0/001$ ).

**نتیجه‌گیری:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش امیدواری و کاهش درد مزمن در دختران دارای معلولیت جسمی حرکتی مؤثر بود و در دوره پیگیری درمان مذکور ثبات و پایداری اثر درمانی نیز داشت. بنابراین به‌عنوان مداخله روان‌شناختی بر دختران دارای معلولیت جسمی - حرکتی می‌توان استفاده کرد.

**واژه‌های کلیدی:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، امیدواری، درد مزمن، معلولیت جسمی - حرکتی، دختران

## مقدمه

نقص عضو و مشکلات مادرزادی، بهداشت روانی و جسمانی افراد را با اختلالات زیادی روبرو نموده و ممکن است فرد را با بحران‌های روحی و رفتاری مواجه کند [۱]. بی‌توجهی به این مسائل می‌تواند مشکلات زیادی برای افراد دارای معلولیت به وجود آورد [۲]. معلولیت، یک واقعیت انکارناپذیر و یک پدیده اجتماعی می‌باشد که از قرن‌های گذشته در اکثر جوامع وجود داشته است. واژه معلولیت از سوی سازمان بهداشت جهانی به عنوان یک چتر بر آسیب‌ها و محدودیت کارکردی و مشارکتی در دسته‌بندی بین‌المللی ناتوانی در حوزه سلامت و کارکرد مطرح گردیده است [۳]. لازم به ذکر است که امیدواری در تمام ابعاد زندگی ضروری می‌باشد و به هنگام بروز بیماری‌های صعب‌العلاج و مشکلات مختلف به عنوان یکی از سبک‌های مقابله‌ای افراد در نظر گرفته می‌شود [۴]. همچنین می‌تواند یک عامل شفافبخش، فعال، پرقدرت و چندبعدی توصیف شود و به هنگام بروز مسائل و مشکلات خانوادگی نقش پررنگی در سازگاری داشته باشد [۵]. Griffin و همکاران دریافتند که سطوح بالای امید به زندگی با سلامت جسمانی و روان‌شناختی، خودارزشی بالا، تفکر مثبت، و روابط اجتماعی فوق‌العاده رابطه مستقیم دارد [۶]. پژوهش Marmarchi Nia و Zoghi Paydar نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش امید به زندگی اثربخش است [۷]. Hayes و همکاران معتقدند که هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ارتقای کیفیت زندگی است و بر کاهش علائم و نشانه‌ها تمرکز کمتری دارد [۸].

یکی از متغیرهای مرتبط با مشکلات افراد دارای معلولیت جسمی و حرکتی، درد مزمن است. درد یک احساس و یک تجربه هیجانی ناخوشایند است که با آسیب بافتی واقعی یا بالقوه در ارتباط است [۹]. همچنین درد مزمن، به‌عنوان درد بدون ارزش زیستی مشخص تعریف می‌شود که پس از گذشت زمان طبیعی برای بهبودی، همچنان باقی می‌ماند (معمولاً بین سه ماه تا شش ماه) [۲]. درد مزمن معمولاً پاتولوژی مشخصی دارد، باعث ایجاد تغییراتی در سیستم عصبی شده و اغلب با گذشت زمان بدتر می‌گردد. این درد ممکن است به

دلایل زیادی از جمله استئوآرتریت، درد پس از عمل و بیماری‌های مزمن همچون دیابت ایجاد شود [۱۰]. به‌طور کلی، درد مزمن یک مشکل عمده مرتبط با سلامتی می‌باشد و به طور جدی کیفیت زندگی اجتماعی و شغلی مبتلایان را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۱۱]. نتایج مطالعات در ایران نیز بیانگر آن هستند که این مشکل از شیوع بالایی برخوردار است و منجر به اختلال در خواب و نیز تأثیر منفی بر ابعاد گوناگون زندگی افراد می‌گردد [۱۲]. نتایج پژوهشی نشان داد عوامل روان‌شناختی نقش کلیدی در تداوم و استمرار دردهای مزمن عضلانی اسکلتی دارند و مبتلایان به درد مزمن، علاوه بر تحمل درد، عوارض زیستی، روانی و اجتماعی دیگر را هم تجربه می‌کنند [۱۳].

Sadri Demirchi و Ramezani درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی را بر انعطاف‌پذیری شناختی مردان دارای معلولیت جسمی- حرکتی بررسی کردند و نتایج، افزایش انعطاف‌پذیری را در پایان درمان نشان داد [۱۰]، که همسو با یافته‌های پژوهش Mohammadi و همکاران [۱۴]، و Pizoo و همکاران بود [۱۵]. همگام با گسترش پژوهش‌ها در این زمینه، سازه جدید با عنوان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در روان‌شناسی مطرح شده است [۱۶]. در این درمان، بیمار شش فرایند: پذیرش، همجوشی‌زدایی شناختی، آگاهی از لحظه حال، خود به عنوان زمینه، ارزش‌ها و اقدام متعهدانه را که بر ذخیره رفتاری مشکل‌ساز تأثیر می‌گذارد، تشخیص می‌دهد [۱۷].

افراد شاد به‌گونه‌ای متفاوت از افراد غمگین فکر می‌کنند، آن‌ها نگرش مثبتی درباره مسائل دارند و دارای اهداف واقعی و زندگی هدفمند هستند [۱۸]. آنان می‌توانند به بخش جذاب مسئله توجه نمایند، خود را سرزنش نمی‌کنند و وقتی اتفاق بدی پیش می‌آید، معتقدند که می‌توانند آن را کنترل کنند و این امر می‌تواند برگرفته از قدرت شناختی این افراد باشد. با توجه به این که سطح امیدواری بر بهبود روند درمان درد مزمن تأثیرگذار است، شناسایی روش‌هایی برای حل این مسئله بسیار راهگشا می‌باشد [۱۴]. با توجه به پیامدهای نامطلوب معلولیت جسمی - حرکتی در افراد، به ویژه در

حرکتی این بود که نمونه‌ها می‌توانستند تقلیدهای حرکتی دهانی ساده مانند زبان را اجرا کنند. معیار خروج افراد از مطالعه، عدم تمایل به ادامه حضور در جلسات بود. همه اصول اخلاقی در پژوهش رعایت شده بود. شرکت‌کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند؛ همچنین از تمامی شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه جهت شرکت در جلسات دریافت شده بود. ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات عبارت بودند از:

پرسشنامه امید به زندگی اشناپدر: این پرسشنامه توسط Schneider و همکاران (۱۹۹۱) برای سنین بیشتر از پانزده سال طراحی شد. شامل ۱۲ سؤال و دو خرده‌مقیاس راه و انگیزش است. سؤالات به صورت چهارگزینه‌ای و در پیوستار چهار درجه‌ای (کاملاً غلط، یک و کاملاً درست، چهار) است. دامنه نمرات بین ۸ تا ۳۲ قرار دارد. چهار سؤال مربوط به خرده‌مقیاس تفکر عاملی و چهار سؤال (سؤالات ۳، ۵، ۷، ۱۱) مربوط به خرده‌مقیاس تفکر راهبردی است و چهار سؤال انحرافی بوده و نمره‌گذاری نمی‌شود [۱۹]. مجموع نمرات خرده‌مقیاس‌های تفکر عاملی و تفکر راهبردی، نمره کل امید را مشخص می‌کند. آلفای کرونباخ این آزمون توسط Schneider و همکاران بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ و پایایی بازآزمایی آن در یک دوره ۱۰ هفته‌ای ۰/۸۰ گزارش شده است [۲۰]. در پژوهش Zahed Babolan و همکاران روایی هم‌زمان برای کل مقیاس، ۰/۸۷ و آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد [۲۱]. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد.

پرسشنامه مختصر درد Cleeland: این پرسشنامه توسط Cleeland و همکاران در سال ۱۹۹۶ برای اندازه‌گیری شدت درد مزمن طراحی شده و دارای ۸ گویه می‌باشد. پرسشنامه از دو بخش اصلی سنجش شدت درد و میزان تداخل در امور روزمره و سؤالات زمینه‌ای تشکیل شده است. بخش حسی شامل ۴ سؤال است که شدت درد اخیر، حداقل درد، بدترین درد و متوسط درد طی هفته گذشته را اندازه‌گیری می‌کند. نمره‌گذاری این سؤال از صفر (عدم وجود درد) تا ۱۰ (تصور نشدنی) است. هرچه نمره بیشتر باشد، شدت بیشتر درد است [۲۲]. Cleeland روایی سازه پرسشنامه را ۰/۸۰ و ضرایب

دختران و اثرات جانبی استفاده از دارو در روان‌پزشکی و هزینه‌های بالای روان‌درمانی، یافتن درمانی با اثربخشی بالا و پایدار که به طور غیرمستقیم بر روی افراد دارای معلولیت جسمی-حرکتی انجام شود، از اهمیت بالایی برخوردار است. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امیدواری و درد مزمن در دختران مجرد دارای معلولیت جسمی-حرکتی شهرستان ارسنجان انجام شد.

## مواد و روش‌ها

این پژوهش نیمه‌تجربی، با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به همراه گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش، شامل کلیه دختران دارای معلولیت جسمی - حرکتی بود که در سال ۱۳۹۹ به اداره بهزیستی شهر ارسنجان مراجعه کرده بودند. حجم نمونه با استفاده از فرمول مقایسه میانگین  $n=2(Z_{1-\alpha/2}+Z_{1-\beta})^2\delta^2/p^2$  در سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آماری ۹۰ درصد محاسبه شد. به دلیل وجود دو گروه، T حجم نمونه نهایی با تصحیح  $(n=\sqrt{kn})$  برای هر گروه ۱۵ نفر محاسبه شد. بنابراین ۳۰ دختر دارای معلولیت جسمی - حرکتی، بر اساس معیارهای تشخیصی DSM-5 که معیارهای ورود را نیز داشتند به صورت داوطلبانه وارد مطالعه شدند و به طور تصادفی در گروه آزمایش یا کنترل قرار گرفتند. لینک پرسشنامه‌ها از طریق فضای مجازی به عنوان پیش‌آزمون در اختیار هر دو گروه قرار گرفت و بعد از یک هفته پرسشنامه جمع‌آوری شدند.

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل رده سنی ۲۰ تا ۵۰ سال، برخورداری از سطح توجه کافی، عملکرد دهانی حرکتی مناسب، توانایی همکاری با درمانگر، داشتن سواد حداقل خواندن و نوشتن، عدم وجود سایر معلولیت‌ها (مثل نابینایی یا ناشنوایی) یا اختلالات ژنتیکی (مانند سندرم داون) که این معیارها از طریق مشاهده، مصاحبه و پرونده پزشکی محرز شد. منظور از سطح توجه کافی این بود که نمونه انتخاب شده می‌توانست توجهش را بین افراد و فعالیت جابه‌جا نماید و راهنمایی‌های کلامی درمانگر می‌توانست به او در اجرای فعالیت کمک کند. همچنین، منظور از عملکرد دهانی -

پایایی پرسشنامه برای ابعاد شدت و واکنش را به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۸۹ گزارش نمود [۲۳]. Nakhaei و Vakilzadeh پایایی پرسشنامه را از روش آلفای کرونباخ برای بخش شدت و

واکنش به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۹، و شاخص همگرایی را ۰/۸۷ گزارش کردند [۲۴]. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به دست آمد.

جدول ۱- خلاصه‌ای از جلسات گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر دختران دارای معلولیت جسمی - حرکتی مراجعه‌کننده به اداره بهزیستی شهر ارسنجان در سال ۱۳۹۹

جلسه	محتوای آموزشی
اول	آشنایی با آزمودنی‌ها، عنوان کردن انتظارات از درمان، معرفی درمان پذیرش و تعهد و زبان و نقش دوگانه آن.
دوم	افزایش تعامل درمان‌جو در فعالیت‌هایی که موجب حس مهارت یا لذت آن‌ها می‌شود، معرفی مفهوم درماندگی خلاق، مطرح کردن مفهوم ارزش‌ها، استفاده از استعاره‌ها.
سوم	پرداختن به مفهوم پذیرش و انعطاف‌پذیری شناختی، آموزش رابطه بین خلق‌و‌خو با پرداختن به مفهوم پذیرش.
چهارم	تمایز میان ارزش‌ها و اهداف، شفاف‌سازی ارزش‌ها، معرفی مفهوم گسلش از افکار و احساسات افسرده ساز، استفاده از استعاره‌ها.
پنجم	مرور تکالیف و یکنواخت کردن فعالیت‌ها، تمرین ذهن آگاهی، معرفی تمایز خود مفهوم‌سازی شده در برابر خود مشاهده‌گر.
ششم	شفاف‌سازی ارزش‌ها در مقابل ابهام ارزش‌ها، فرم جستجوی ارزش‌ها و قلمروهای زندگی.
هفتم	عمل متعهدانه در مقابل انفعال، ارائه تکلیف با توجه به ویژگی فعال‌سازی رفتاری در قالب متعهد ساختن بیمار به فعالیت‌های خاصی که با اهداف و ارزش‌های بزرگ‌تر مشخص شده‌اند.
هشتم	شفاف‌سازی ارزش‌ها، آموزش بیمار برای خود درمانگری و پرداختن به نگرانی‌های بیمار برای خاتمه دادن به درمان.

ابتدا کد اخلاق از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه پیام نور شیراز IR.PNU.REC.1399.176 دریافت شد. اجرای پژوهش ۶ ماه طول کشید؛ به این صورت که برنامه آموزشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، هفته‌ای یک جلسه (در مجموع ۸ جلسه) برگزار شد و زمان هر جلسه ۶۰ دقیقه بود. شرکت‌کنندگان گروه آزمایش و گروه کنترل، سه بار در زمان و موقعیت یکسان (قبل از شروع درمان با اجرای پیش‌آزمون، بعد از انجام آخرین جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با اجرای پس‌آزمون و شش هفته بعد از درمان، ارزیابی تعقیبی)، پرسشنامه‌های پژوهش را تکمیل کردند، محتوای جدول ۱ مراحل و هدف‌های برنامه آموزشی است و مطابق با فعالیت گام‌به‌گام برای هر فرد پیش می‌رود، جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به صورت حضوری در سالن اجتماعات بهزیستی شهرستان ارسنجان با رعایت پروتکل‌های بهداشتی انجام شد. در گروه آزمایش، آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اجرا شد و گروه کنترل برنامه همیشگی خود از قبیل آموزش صنایع دستی را دنبال کرد. جهت رعایت اخلاق در پژوهش، علاوه بر توضیح کامل فرآیند پژوهش برای هر دو گروه، به گروه کنترل اطمینان داده شد که پس از انجام پژوهش، پروتکل درمانی را دریافت خواهند نمود. با مرور

پژوهش‌های موجود در این زمینه، سعی شد متغیرهایی انتخاب شود که علاوه بر لازم بودن، قابلیت مداخله را داشته باشند. سپس برنامه بر اساس ویژگی‌های شرکت‌کنندگان متناسب‌سازی و تدوین شد. برنامه آموزشی برای انجام مداخله، بسته آموزشی برگرفته از کتاب "درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد" بود [۲۵]. روایی محتوایی این بسته آموزشی در پژوهش حاضر توسط پنج تن از اساتید دکتری روان‌شناسی دانشگاه پیام نور شیراز تأیید شد. این روش درمانی شش فرایند محوری دارد و باعث انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شود. این شش فرایند عبارت است از: پذیرش؛ جداسازی یا گسلش شناختی؛ خود به عنوان زمینه؛ آگاهی از زمان حال؛ روشن‌سازی ارزش‌ها؛ تعهد به عمل. در مطالعه‌ای که توسط Maken Bach و همکاران انجام پذیرفت متوسط میزان اندازه اثر ۶۸/۲ درصد و روایی درونی پذیرفتنی (ضریب کاپا) ۶۲ درصد گزارش شد [۵].

به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۸ و از آمار توصیفی برای متغیرهای جمعیت‌شناختی، آزمون تی برای مقایسه میانگین‌های دو گروه مستقل و تحلیل اندازه‌های تکراری، برای بررسی پیش‌فرض‌ها از آزمون کولموگروف اسمیرنوف، فرض‌های چند متغیری و آزمون لون

استفاده شد. سطح معنی داری آماری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. و گروه کنترل  $24/40 \pm 3/62$  سال بود. طبق نتایج جدول ۲، گروه‌ها از لحاظ سن و میزان تحصیلات تفاوت معنی داری نداشتند.

## یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن گروه آزمایش  $24/13 \pm 3/57$

جدول ۲- اطلاعات دموگرافیک دختران دارای معلولیت جسمی- حرکتی مراجعه کننده به اداره بهزیستی شهر ارسنجان در سال ۱۳۹۹ (تعداد در هر گروه=۱۵)

متغیر	گروه آزمایش (درصد) تعداد	گروه کنترل (درصد) تعداد	p	
سن	۲۰-۳۰ سال	۸ (۴۰/۱۸)	۷ (۴۶/۲۲)	۰/۴۳۲
	۳۱-۴۰ سال	۴ (۳۳/۵۶)	۵ (۳۳/۲۵)	
	۴۱-۵۰ سال	۳ (۲۶/۲۶)	۳ (۲۰/۵۳)	
تحصیلات	دیپلم	۱۰ (۶۰/۲۷)	۷ (۴۶/۳۲)	۰/۰۸۵
	فوق دیپلم	۳ (۲۶/۱۹)	۵ (۳۳/۴۱)	
	لیسانس	۲ (۱۳/۵۴)	۳ (۲۰/۲۷)	

آزمون مجذور کای \*  $p < 0/05$  اختلاف معنی دار

میانگین و انحراف معیار نمرات شرکت کنندگان در متغیرهای امیدواری و درد مزمن در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به تفکیک گروه در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳- شاخص‌های توصیفی متغیرهای امیدواری و درد مزمن قبل و بعد از مداخله در دختران دارای معلولیت جسمی- حرکتی مراجعه کننده به اداره بهزیستی شهر ارسنجان در سال ۱۳۹۹ (تعداد در هر گروه=۱۵)

متغیر	مرحله	گروه آزمایش انحراف معیار $\pm$ میانگین	گروه کنترل انحراف معیار $\pm$ میانگین
امیدواری	پیش‌آزمون	۱۲/۶۴ $\pm$ ۷/۴۱	۱۱/۶۴ $\pm$ ۷/۳۲
	پس‌آزمون	۲۷/۶۷ $\pm$ ۵/۳۲	۱۱/۹۳ $\pm$ ۷/۴۰
	پیگیری	۲۶/۷۳ $\pm$ ۵/۱۰	۱۱/۶۰ $\pm$ ۷/۴۲
درد مزمن	پیش‌آزمون	۳۳/۴۳ $\pm$ ۷/۱۶	۳۱/۲۵ $\pm$ ۷/۰۳
	پس‌آزمون	۲۶/۲۷ $\pm$ ۵/۲۷	۲۱/۳۹ $\pm$ ۷/۰۴
	پیگیری	۲۵/۳۰ $\pm$ ۵/۳۵	۳۰/۵۲ $\pm$ ۷/۱۷

است. مفروضه همگنی شیب خط رگرسیون با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری و محاسبه مقدار F، تعامل بین متغیر همپراش (پیش‌آزمون) و متغیر مستقل تأیید شد. آزمون لامبدای ویلکز ( $a=0/05$ ،  $p=0/001$ ،  $F=12/62$  و  $FV=17$ ) نشان داد بین گروه‌ها حداقل در یکی از متغیرهای امیدواری و درد مزمن، تفاوت معنی دار وجود دارد. جدول ۴ نشان می‌دهد بین میانگین نمرات پس‌آزمون متغیرهای امیدواری و درد

به منظور آزمون فرضیه‌های پژوهش از تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری استفاده شد. نرمال بودن توزیع نمرات و همگنی واریانس متغیرها، با استفاده از آزمون کولموگروف- اسمیرنف و لوین تأیید شد. آزمون ام‌باکس نشان داد در پیش‌آزمون ( $F=17/9$  و  $p=0/14$  و  $Box's M=5/84$ ) و پس‌آزمون ( $F=1/82$  و  $p=0/11$  و  $Box's M=6/19$ ) فرض همگنی ماتریس‌های کوواریانس رعایت شده (=

مزمن بعد از حذف اثر پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

جدول ۴- نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری برای تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر متغیرهای امیدواری و درد مزمن در دختران دارای معلولیت جسمی-حرکتی مراجعه کننده به اداره بهزیستی شهر ارسنجان در سال ۱۳۹۹ (تعداد در هر گروه=۱۷)

متغیر	منبع	درجه آزادی	f	p	اندازه اثر	توان آماری
گروه	خطا	۲۸	۸/۸۳	*۰/۰۱۶	۰/۲۴	۰/۸۱
	گروه	۱				
امیدواری	خطا	۵۶	۳۸/۵۸	*۰/۰۰۱	۰/۵۸	۱
	اثر متقابل گروه با زمان	۲	۴۵/۲۹	*۰/۰۰۵	۰/۶۲	۱
درد مزمن	خطا	۲۸	۲۶۷/۳	*۰/۰۰۱	۰/۴۸	۰/۹۹۹
	گروه	۱				
درد مزمن	خطا	۵۶	۱۶۷/۲۹	*۰/۰۰۱	۰/۸۶	۱
	اثر متقابل گروه با زمان	۲	۱۴۴/۲۷	*۰/۰۰۱	۰/۸۴	۱

\*  $p < 0.05$  اختلاف معنی‌دار

متغیر درد مزمن داشتند. اما بین مراحل پس‌آزمون و پیگیری در این متغیرها تفاوت معنی‌دار مشاهده نشد که نشان‌دهنده تداوم تأثیر مداخله در مرحله پیگیری یک‌ماهه بود.

از آزمون بونفرونی برای مقایسه تعقیبی متغیرهای امیدواری و درد مزمن استفاده شد. چنانچه در جدول ۵ مشاهده می‌شود گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل، افزایش معنی‌داری در متغیر امیدواری و بهبود معنی‌داری در

جدول ۵- نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر متغیرهای امیدواری و درد مزمن در دختران دارای معلولیت جسمی-حرکتی مراجعه کننده به اداره بهزیستی شهر ارسنجان در سال ۱۳۹۹ (تعداد در هر گروه=۱۷)

متغیر	زمان	اختلاف میانگین	انحراف معیار	p
امیدواری	پیش‌آزمون	-۰/۴۳۲	۰/۱۳۹	*۰/۰۰۵
	پس‌آزمون	-۰/۲۳۷	۰/۰۸۱	۰/۰۶۱
	پیگیری	۰/۱۹۵	۰/۱۲۸	*۰/۰۰۴
درد مزمن	پیش‌آزمون	-۳/۴۵۰	۰/۵۷۰	*۰/۰۰۴
	پس‌آزمون	-۱/۵۱۷	۰/۳۹۰	۰/۰۸۱
	پیگیری	۱/۹۳۳	۰/۴۳۸	*۰/۰۰۳

\*  $p < 0.05$  اختلاف معنی‌دار

## بحث

معلولیت جسمی-حرکتی انجام شد. یافته‌های پژوهش حاضر حاکی از این بود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش امیدواری و کاهش درد مزمن

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امیدواری و درد مزمن دختران دارای

دختران دارای معلولیت جسمی - حرکتی مؤثر است. یافته‌های این مطالعه با پژوهش Sadri و Ajirloo که اثربخشی درمان پذیرش و تعهد را بر افسردگی، امید به زندگی بیماران دیالیز بررسی کردند، هماهنگی دارد. آن‌ها تبیین کردند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به بیماران نیازمند به همودیالیز آموزش می‌دهد تا به جای تغییر و کاهش نشانه‌ها بر ایجاد زندگی ارزشمند متمرکز شوند و افکار، احساسات، خاطرات و احساس‌های بدنی خود را بدون قضاوت و دفاع در برابر آن‌ها بپذیرند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق گسلس شناختی به دنبال آن است که به دختران دارای معلولیت کمک کند تا به‌طور انعطاف‌ناپذیر تسلیم افکار و قوانین ذهنی خود نباشند و شیوه‌هایی برای تعامل مؤثر با دنیا بیابند [۲۵]. یکی از دلایل احتمالی همسویی این است که نظریه‌های امیدواری بر چند نکته تأکید دارند که مهم‌ترین آن‌ها بررسی وضعیت کنونی و حرکت به سمت آینده است. این انتخاب دوگانه به طور موازی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز تکرار می‌شود [۲۶]، بدین صورت که از مهارت‌های ذهن-آگاهی، پذیرش و گسلس شناختی برای افزایش انعطاف‌پذیری روان شناختی استفاده می‌کند [۲۷] که منظور آن افزایش توانایی مراجعین برای ایجاد ارتباط با تجارب کنونی‌شان است. تجربه در زمان حال، به مراجعین کمک می‌کند تغییرات دنیا را آن‌گونه که هست تجربه کنند، نه آن‌گونه که ذهن می‌سازد. در این راستا Hayes و همکاران دریافتند که محبوبیت و ظاهر فیزیکی با شادی کودکان دارای معلولیت رابطه معنی‌دار دارد. بنابراین، می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نوع دیگری از خود به نام "خود به عنوان زمینه یا حس متعالی از خود" را به افراد دارای معلولیت جسمی - حرکتی معرفی می‌کند که منظور از آن، معنا و حسی از خود به صورت زمینه‌ای است که در آن رویدادهای درونی مثل افکار، احساس‌ها، خاطره‌ها و احساس‌های بدنی رخ می‌دهند [۸]. علاوه بر آن، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مشاهده و توصیف را بدون قضاوت تجربه‌ها در زمان حال تشویق می‌کند و این تجربه‌ها به مراجعان کمک می‌کنند تغییرات دنیا را به طور واقعی تجربه کنند، نه آن‌گونه که ذهن آن‌ها را می‌سازد.

پس برای هر فرد ارزش‌ها، حوزه‌هایی مهم از زندگی هستند و وی ارزش‌ها، هدف‌ها و رفتارهای خاص مربوط به حوزه‌های مهم زندگی خود را تعریف نموده و موانع احتمالی در تحقق آن‌ها را شناسایی می‌نماید و تشویق می‌شود تا برای تغییر رفتارش متعهد شود [۲۸]. این عوامل می‌توانند از طریق بهبود سلامت بدنی نقش مؤثری در افزایش امیدواری یا امید به زندگی دختران دارای معلولیت جسمی داشته باشند [۵].

نتایج پژوهش Hizani و Farnam نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش امیدواری و کاهش هیجانات منفی دانش‌آموزان اثربخش است. بنابراین، می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد فرد را متعهد می‌سازد که همواره سطح خواسته‌های زندگی خویش را افزایش دهد که این امر زمینه‌ساز امیدواری می‌باشد. این درمان، میزان تنش‌ها و استرس‌های ناشی از زندگی را کاهش می‌دهد و در نتیجه، سطح امید به آینده در افراد بیشتر خواهد شد. زیرا پذیرش مشکلات و مسائل زندگی و قبول آن‌ها و توجه به راه‌حل‌های آنان باعث کاهش فشارهای روانی و افزایش امیدواری خواهد شد [۲۹]. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به درمان‌جو این امکان را می‌دهد که به تنهایی و بدون واسطه قرار دادن دیگران، مشکلات زندگی خویش را حل کند. این درمان می‌آموزد که خود فرد مسئول مشکلات زندگی‌اش است و نباید دیگران را درگیر این مسائل نماید و همین امر می‌تواند امیدواری را بالا ببرد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرینات ذهن‌آگاهی و بازگشت شرکت‌کنندگان به زمان حال می‌تواند، از غوطه‌ور شدن آنان در گذشته بکاهد و آن‌ها را به آینده امیدوارتر نماید. این درمان، دیدی مثبت و امیدوارکننده به فرد می‌دهد و بهتر می‌تواند مسائل زندگی را درک نموده و با کمک گرفتن از توانمندی‌های خویش به‌جای فرار از احساسات و افکار ناخوشایند، برخورد و ارتباطی مؤثری با مسائل داشته باشد [۳۰].

نتایج مطالعه Muslim Khani و همکاران نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شادکامی و امیدواری بیماران زن مبتلا به ام‌اس اثربخش است، این درمان می‌تواند سطح شادکامی را در فرد افزایش دهد که با مسائل و مشکلات

با دیدی واقع‌بینانه برخورد نماید و به جای گوشه‌گیری، انزوا و تنهایی به پذیرش احساسات و افکار ناشی از وقایع پرداخته و خود را با شرایط منطبق سازد. این درمان سبب می‌شود فرد به جای جدال و کشمکش با افکار منفی، راهکاری مثبت و سازنده در پیش بگیرد که چنین راهکاری سبب افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و زمینه‌ساز افزایش امیدواری در زندگی می‌شود [۳۱]. همچنین به فرد این امکان را می‌دهد که در جهت قطب‌نمای ارزش‌هایش حرکت کند و به ارزیابی مجدد زندگی خود بپردازد که قطعاً چنین ارزیابی و نگرشی می‌تواند شادی و نشاط را برای وی به ارمغان آورد [۲۷].

پژوهش Rezaian و همکاران که با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش ناتوان‌کنندگی درد در زنان مبتلا به درد مزمن لگن انجام شد، با مطالعه حاضر همسو است. می‌توان گفت دختران مبتلا به درد مزمن ضمن این که مشکلات ناشی از بیماری خودشان را می‌پذیرند، با نگرش تازه‌ای از درد آشنا می‌شوند که طی آن درد به عنوان یک مکانیسم آگاهی‌بخش مثبت برای ادامه حیات افراد ضرورت دارد. این تغییر زاویه نگرش موجب ایجاد یک دیدگاه مثبت در قبال پذیرش درد می‌گردد. علاوه بر این، انعطاف‌پذیری شناختی هم به این بیماران آموخت که وجود افکار مربوط به درد مزمن، اگرچه بی‌اهمیت نیست اما مسئله اصلی به شمار نمی‌رود، بلکه مسئله اصلی، اقدام جهت پاسخ دادن به این افکار به صورت ناامیدی، احساس عدم توانایی در مدیریت درد، خشم و درماندگی است. لذا با یادگیری انعطاف‌پذیری شناختی، دختران بیمار جهت کسب خزانة رفتاری گسترده‌تر آموزش می‌بینند که مهم‌ترین آن‌ها توانایی مدیریت ذهنی و رفتاری درد است، و همه این گام‌ها در سایه عدم تمرکز بر علائم اصلی اختلال درد و عدم تلاش جهت سرکوب افکار مربوط به درد، موفق به ارتقای مدیریت درد در دختران دارای معلولیت جسمی \_ حرکتی شدند [۳۲].

پژوهش حاضر همچون سایر پژوهش‌ها دارای محدودیت‌هایی بود. این پژوهش بر روی دختران دارای معلولیت جسمی\_ حرکتی شهرستان ارسنجان انجام شده و در تعمیم آن به دختران دارای معلولیت سایر شهرستان‌ها باید

جنب احتیاط را رعایت نمود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، برای تعمیم‌پذیری و دستیابی به درک جامع‌تری از تأثیر این شیوه درمانی، پژوهش بر روی سایر جمعیت‌ها (مردان دارای معلولیت جسمی\_ حرکتی) انجام گیرد. همچنین، تکیه صرف بر ابزار خودگزارشی مربوط به نتایج درمان، محدودیتی برای تفسیر این شیوه مداخله‌ای محسوب می‌شود. بنابراین پیشنهاد می‌گردد محققان آینده در کنار ابزارهای خودگزارشی از مصاحبه نیز استفاده نمایند. همچنین پیشنهاد می‌شود روانشناسان و برنامه‌ریزان حوزه سلامت‌روان توجه بیشتری به این شیوه مداخله‌ای داشته باشند و در طرح‌های پژوهشی چند گروهی نتایج این درمان را با دیگر درمان‌های موج سوم مانند ذهن‌آگاهی مقایسه نمایند و یا از رویکردها ترکیبی در درمان بهره گرفته شود.

**نتیجه‌گیری:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به ارتقای امیدواری به زندگی و کاهش درد مزمن شد. با توجه به ویژگی‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، می‌توان از این درمان در جهت بهبود علائم درد مزمن و افزایش امیدواری بهره برد.

### تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

### سهم نویسندگان

این مقاله مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی زهرا قهرمان ایزدی، استاد راهنما: سید مجتبی عقیلی می‌باشد.

### تشکر و قدردانی

از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش به دلیل همکاری با پژوهشگر تقدیر و تشکر می‌شود.



## Reference

1. Deierlein A, Antoniak K, Chan M, Sassano C, & Stein C. Pregnancy-related outcomes among women with physical disabilities: A systematic review. *Paediatric Perinatal Epidemiology* 2021;35(6):758-778.
2. Simaee S, Tasbihsazan S R. Forecasting of Self-Control with Social Skills and Emotion Regulation in Students with Physical Impairment. *MEJDS* 2018; 8(1): 81-101. [Persian].
3. Hamill K. The Role of Family in the Development of Social Skills in Children with Physical Disabilities. *IJDDE* 2011; 54(4): 381- 97.
4. Scheier F, Matthews A, Owens F, & Magovern, J. Lefebvre, R. C., Abbot, R. A., & Carver, C. S. Dispositional optimism and recovery from coronary artery bypass surgery: The beneficial effects on physical and psychological well-being. *JPSP* 2003; 57(6): 1024-1040.
5. Maken Bach, A, & Wright D. Moderating effects of achievement striving & situational optimism on the relationship between ability and performance outcomes of college students. *Research in Higher Education* 2003; 44(1): 327-346.
6. Greefene F, Satyanarayana A, Sowmya R, & Chandra P. Using the Kannada version of the connor davidson resilience scale to assess resilience and its relationship with psychological distress among adolescent girls in Bangalore, India. *Asian Journal of Psychiatry* 2013; 30:169-72.
7. Marmarchi Nia M, Zoghi Paydar M. The effectiveness of acceptance and commitment based therapy on hope and happiness of female adolescents covered by welfare. *Journal of Applied Psychology* 2017; 11(3): 157-174. [Persian]
8. Hayese J, Pellamp Y, Ren Y, Liang Q, & You J. Relational self-construal moderates the effect of social support on life satisfaction. *Personality and Individual Differences* 2011; 73(1): 7-72.
9. Aghili M, Badleh Shamuski M, Ghahraman Izadi Z. Evaluation of the Effectiveness of the Acceptance and Commitment-Based Therapy on Hope, Happiness, and Chronic Pain in Girls Aged 20 to 50 Years With Physical Disabilities Living in Arsanjan City, Iran. *MEJDS* 2022; 12:168-168 [Persian]
10. Sadri Damirchi E, Ramazani S. Effect of Mindfulness-based Stress Reduction Training on Cognitive Flexibility and Happiness among Men with Physical Disabilities. *MEJDS* 2017; 7(1): 84-84.
11. Goli S, Mirsyfi Fard S. The role of Metacognitive Beliefs and Resilience on Predicting Marital Adjustment in Both Groups of Patients with Chronic and Acute Pain. *JARAC* 2021; 3(3): 55-63.[Persian]
12. Vesal M, Taher Neshatdoost H. Meta-analysis of psychological intervention`s Effectiveness on reduction of pain intensity among patients with chronic pain. *JAP* 2019; 10(3): 21-38.[Persian]
13. 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. *JPS* 2020; 19(89): 567-578.[Persian]
14. Mohammadi B, Fattahian Klishadarkhi Z, Naderikia N. The effect of acceptance and commitment-based education on reducing anxiety and increasing happiness in patients with hemophilia, 4th International Conference on Management Research and Humanities in Iran, Tehran. 2018, <https://civilica.com/doc/882966>. [Persian]
15. Pizoo D. Colombian happiness, hope on interdisciplinary look at the correlation between explanatory style, cultural and satisfaction. *Journal of Personality and Social Psychology* 2011; 52(1): 1260-1284.
16. Thompson D, & Woby S. Acceptance in chronic neck pain: associations with disability and fear avoidance beliefs. *IJRR* 2017; 40(3): 220-226.
17. Scheier F, Matthews A, Owens F, & Magovern J. Lefebvre C, Abbot A, & Carver S. Dispositional optimism and recovery from coronary artery bypass surgery: The beneficial effects on physical and psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology* 2003; 57(1): 1024-1040.
18. Campbell S, Nyholm S, & Walter J. Disability and the Goods of Life. *The Journal of Medicine and Philosophy* 2021; 46(6):704-728.
19. Snyder R, Harris C, Anderson J, Holleran S, Irving L, Sigmon S, Yoshinobu L, Gibb J, langelle C, Harney P. The will and the ways: Development and validation of an individual- differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Development* 1991; 24(1): 570-585.
20. Schneider C, Castillo-Salgado C. Summary of indicators most used for the measurement of the health inequalities. *Epidemiol Bull* 2005; 26(3): 7-10.

21. Zahed Babalan A, Ghasempour A, Hassanzadeh Sh. The role of forgiveness and psychological toughness in predicting hope. *Knowledge and Research in Applied Psychology* 2011; 12(45): 12-19. [Persian]
22. Cleeland S. Pain assessment in cancer, in Osoba D (Ed): *Effect of Cancer on Quality of Life*. Boca Raton, FL, CRC Press 1991; 1(3): 293-305.
23. Atkinson TM, Mendoza TR, Sit L, Passik S, Scher HI, Cleeland C, et al. The Brief Pain Inventory and its "pain at its worst in the last 24 hours" item: clinical trial endpoint considerations. *Pain Medicine* 2010; 11(3): 337-46.
24. Vakilzadeh P, Nakhaee N. The reliability and validity of the Persian version of the brief pain inventory in cancer patients. *JRUMS* 2006; 5(4): 253-8. [Persian]
25. Ajirloo H, Sadri I. The effectiveness of acceptance and commitment treatment (ACT) on depression, life expectancy and happiness of dialysis patients (Imam Khomeini Hospital, Parsabad), Third National Conference on Psychology, Education and Lifestyle, Qazvin, 2019; 1(1): 17-23. [Persian]
26. Ghadampour E, Radmehr P, Yousefvand L. The effect of acceptance and commitment based therapy on social adequacy and life expectancy of patients with multiple sclerosis. *Armaghane Danesh* 2016; 21(11): 1114-1100. [Persian]
27. Razavi B, Abolghasemi S, Akbari B, Naderinabi B. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Feeling Hope and pain management of Women with Chronic pain . *JAP* 2019; 10(1): 36-49.
28. Hisse D, & Coleman B. The contribution of temperament, popularity, and physical appearance to children's happiness. *Journal of Happiness Studies* 2012; 9(2): 279-302.
29. Heizani H, Farnam A. The effectiveness of acceptance and commitment therapy in increasing hope and reducing negative emotions in ninth grade male students. *JEPS* 2018; 15(32): 223-246. [Persian]
30. Khademi A, Tasbihsazan mashad R. The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on psychological well-being and happiness of mothers of children with cancer. *JPEN* 2019; 5(4): 71-78. [Persian]
31. Moslem Khani M, Ebrahimi M E, Sahebi A. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Happiness and Hope of Hamedanian Multiple Sclerosis Patients. *PSJ* 2019; 17(2): 15-23. [Persian]
32. Rezaian M, Ebrahimi A, Zargham M. The Effect of Acceptance and Commitment Therapy on Catastrophic and Disabling Pain in Chronic Pelvic Pain in Females. *Cognitive and Behavioral Sciences Research*, 2014; 4(2): 17-30. [Persian]

# Evaluation of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Hope and Chronic Pain in Girls Aged 20 to 50 Years with Physical Disabilities in Arsanjan

Aghili M<sup>1</sup>, Ghahraman Izadi Z<sup>2</sup>

1- Assistant Prof, Dept of Psychology, Payame Noor University, Iran. (Corresponding Author)

Email: dr-aghili1398@yahoo.com, Tel: 01732253512

2- MSc, Dept of Psychology, Payame Noor University, Golestan, Iran.

Received: 22 January 2022

Accepted: 20 April 2023

**Introduction:** The existence of mental and physical health defects creates multiple crises in individuals. Therefore, this study aimed to evaluate the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) in hope and chronic pain among girls aged 20 to 50 years with physical disabilities.

**Materials and Methods:** This quasi-experimental study was performed with a pre-test and post-test design and follow-up with a control group. The statistical population of the study included all girls with physical disabilities in Arsanjan, who were admitted to the Welfare Department of Arsanjan in 2020. The statistical sample consisted of 30 girls with physical disabilities who volunteered to participate in the study. Participants were randomly divided into two groups of fifteen: an experimental group and a control group. Data were collected using the Hope test (Schneider, 1991) and chronic pain (Cleland, 1996). The experimental group then received an ACT treatment program for eight 60-minute sessions. However, the control group did not receive any training. Statistical analysis was performed using a two-way analysis of variance with repeated measures at a significance level of 0.05 with SPSS software version 18.

**Results:** Mean and standard deviation of the pre-test (post-test) score of the experimental group in the variable of hope was  $12/64 \pm 7/41$  ( $27/67 \pm 5/32$ ) and the variable of chronic pain was  $33/43 \pm 7/16$  ( $26/37 \pm 5/27$ ). No significant change was observed in the control group. Acceptance and commitment-based intervention increased hope and reduced chronic joint pain in the experimental group ( $p < 0.001$ ).

**Conclusion:** Acceptance and commitment therapy (ACT) was effective in increasing hope and reducing chronic pain in girls with physical and motor disabilities, and in the follow-up period of the mentioned treatment, it also had a stable and sustainable therapeutic effect. Therefore, it can be used as a psychological intervention for girls with physical-motor disabilities.

**Keywords:** Acceptance and Commitment Therapy (ACT), Hope, Chronic Pain, Physical-Motor Disability, Girls

---

### Please cite this article as follows:

Aghili M, Ghahraman Izadi Z. Evaluation of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Hope and Chronic Pain in Girls Aged 20 to 50 Years with Physical Disabilities in Arsanjan. *Community Health journal* 2023; 17 (1): 1-12.

**Funding:** This study did not have any funds.

**Conflict of Interest:** None declared

**Ethical Approval:** The Ethics committees of Payam Noor University of Gorgan branch approved the study. (IR.PNU.REC.1399.176)