

مقایسه اثربخشی پذیرش و تعهد درمانی با معنویت درمانی بر شاخص‌های سندرم شناختی-توجهی در مبتلایان به درد ایدیوپاتیک

فاطمه السادات شاه‌مرادی^۱، علیرضا شکرگزار^{۲*}، منصور علی‌مهدی^۳، مهناز نریمانی زمان‌آبادی^۴

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۵/۳

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱/۱۹

خلاصه

مقدمه: دردهای عضلانی از مشکلات اساسی نظام سلامت در بسیاری از کشورها تلقی می‌گردند. با توجه به اینکه سندرم شناختی-توجهی پیش‌بینی کننده شدت علائم و رفتارهای وابسته به سلامتی می‌باشد، شناسایی مؤثرترین شیوه‌های درمانی جهت مدیریت این نشانگان اهمیت دارد. این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی پذیرش و تعهد درمانی با معنویت درمانی بر سندرم شناختی-توجهی در مبتلایان به درد ایدیوپاتیک انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه کنترل با پیگیری شش‌ماهه بود. جامعه آماری، تمامی مبتلایان به دردهای عضلانی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های درد وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بودند. با نمونه‌گیری هدفمند، تعداد ۴۵ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه مساوی جایگزین شدند. پذیرش و تعهد درمانی بر اساس پروتکل Dahl و معنویت درمانی بر اساس پروتکل Richards هر کدام طی ۸ جلسه (هفته‌ای دو جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) برای گروه‌های آزمایش اعمال شد، گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. گردآوری داده‌ها توسط چک‌لیست اطلاعات دموگرافیک و پرسش‌نامه سندرم شناختی-توجهی Wells انجام شد. داده‌ها توسط آنالیز واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر تحلیل شد.

یافته‌ها: پذیرش و تعهد درمانی و معنویت درمانی در مقایسه با گروه کنترل باعث کاهش سندرم شناختی-توجهی، ادراک نگرانی، ادراک تهدید و مقابله ناکارآمد در مبتلایان به درد ایدیوپاتیک شدند ($p < 0/05$). پذیرش و تعهد درمانی نسبت به معنویت درمانی در کاهش شاخص‌های سندرم شناختی-توجهی مؤثرتر بود ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: هر دو روش درمانی بر سندرم شناختی-توجهی در مبتلایان به درد ایدیوپاتیک اثربخشی داشتند. یافته‌ها می‌تواند در طرح‌ریزی مداخلات توانبخشی-درمانی این بیماران در کنار درمان دارویی امیدبخش باشد.

واژه‌های کلیدی: پذیرش و تعهد درمانی، معنویت درمانی، سندرم شناختی-توجهی، درد ایدیوپاتیک

۱. دانشجوی دکترای روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاداسلامی، تنکابن، ایران.

۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاداسلامی، کرج، ایران. (نویسنده مسئول) تلفن: ۰۹۱۲۲۶۴۵۱۱۹ ایمیل: Dralirezashokgozar@yahoo.com

۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد علوم پزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی آزاداسلامی، تهران، ایران.

۴. استادیار، گروه بیهوشی و درد، واحد علوم پزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی آزاداسلامی، تهران، ایران.

مقدمه

درد پدیده‌ای است که توسط هر فرد در طول زندگی تجربه می‌شود. اگرچه وجود درد برای ادامه حیات ضروری است، اما این پدیده در بسیاری از مواقع نقش هشداردهنده و انطباقی خود را از دست می‌دهد و مشکلات گوناگونی را به وجود می‌آورد [۱، ۲]. بررسی‌ها نشان می‌دهند که مبتلایان به دردهای ایدیوپاتیک (Idiopathic pain) به دلیل شکست در دستیابی به تسکین درد، احتمالاً نارسایی‌های خاصی در عملکردهای شناختی-عاطفی بروز می‌دهند [۳، ۴]. در این زمینه، یافته‌ها نشان می‌دهند افراد به این دلیل نشانه‌های روان-تنی را بروز می‌دهند که دچار سندرم شناختی-توجهی (Cognitive attentional syndrome) می‌شوند [۵، ۶].

سندرم شناختی-توجهی باعث حفظ پردازش مبتنی بر تهدید می‌شود [۷]. از آنجا که نشخوارهای فکری و نگرانی‌ها همواره دارای سوگیری هستند، توجه فرد را بر اطلاعات منفی متمرکز می‌کنند و بدین‌وسیله موجب ادراک تحریف شده‌ای از خود و یا موجب فعال‌سازی و تداوم احساس تهدید شده [۶]، و از این‌رو اضطراب و افسردگی را برای مدت طولانی تداوم می‌بخشند [۷].

نتایج برخی پژوهش‌ها بر نقش مؤلفه‌های سندرم شناختی-توجهی در ایجاد انواع رفتارهای آسیب‌شناختی و ناسازگارانه صحنه می‌گذارند [۸، ۹]. در مورد این که چگونه سندرم شناختی-توجهی بر ایجاد علائم درد و افزایش احتمال تجربه مکرر آن تأثیر می‌گذارد، اطلاعات دقیقی در دسترس نیست [۱۰]. علی‌رغم پیشرفت در علم طب مرتبط با درد مزمن و ساخت داروهای جدید، همچنان دردهای ایدیوپاتیک به عنوان مشکلی قابل توجه در نظر گرفته می‌شوند [۱۱]. مداخلات روان‌شناختی طی سال‌های اخیر در حل مشکلات این گروه از بیماران مورد توجه قرار گرفته است. از جمله درمان‌هایی که شواهد مطالعاتی طی دهه اخیر به شکلی قدرتمند از نتایج مثبت آن در جمعیت‌های مختلف حمایت کرده‌اند، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance and commitment therapy) است [۱۲، ۱۳].

مرور شواهد مطالعاتی حاکی از این است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مدیریت درد و تنظیم هیجان مبتلایان به

دردهای مزمن سودمند بوده است [۱۴-۱۶]. فرایندهای اصلی این درمان به دنبال آن هستند که به بیماران بیاموزند «چگونه از افکار مزاحم بگسلند و هیجانات و احساسات نامطبوع را بیشتر تحمل کنند». بنابراین، این شیوه درمانی هم فضای شناختی که فاجعه‌پنداری درد و مانند این‌ها در آن رخ می‌دهد و هم پاسخ به این تجارب شناختی را هدف قرار می‌دهد [۱۴].

نظر به اهمیت دردهای ایدیوپاتیک و چندعاملی بودن آن‌ها، نیاز به آزمودن شیوه‌های نوین درمانی همسو با فرهنگ ایرانی برای آن احساس می‌شود. بسیاری از فرهنگ‌ها، افزون بر درمان‌های مرسوم روان‌شناسی، روش‌های سازمان‌یافته متناسب با فرهنگ برای مقابله با نشانگان جسمانی و روانی در خود دارند [۱۷]. در حالی که غفلت از معنویت درمانی (Spiritual therapy) در شیوه‌های درمانگری باعث از دست دادن بخش وسیع و مفیدی از راهبردهای مقابله‌ای برای تعمیق و تداوم درمانگری است [۱۸]. آنچه در معنویت درمانی حائز اهمیت است، جنبه معناگرایانه آن است که محتوای درمانی آن را شکل می‌دهد و در قالب عبادت در هر دینی تجلی می‌یابد [۱۹]. با توجه به درد و رنج گزارش شده توسط این بیماران، انتخاب سودمندترین درمان که بهترین نتیجه را در کوتاه‌ترین زمان ممکن داشته باشد و در کنار درمان‌های پزشکی در بهبود شاخص‌های روانی و رفتاری این بیماران مؤثر واقع شود، حائز اهمیت است. این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی پذیرش و تعهد درمانی با معنویت درمانی بر شاخص‌های سندرم شناختی-توجهی در مبتلایان به درد ایدیوپاتیک انجام شد.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و مرحله پیگیری شش‌ماهه بود. این پژوهش دارای کد اخلاق IR.IAU.TON.REC.1401.013 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن است. جامعه آماری پژوهش، شامل تمامی مبتلایان به دردهای عضلانی (درد ایدیوپاتیک) مراجعه‌کننده به کلینیک‌های درد وابسته به مراکز درمانی شهر تهران در بازه زمانی سه ماهه (از اول اردیبهشت

نظم جلسات و انجام ندادن تکالیف به عنوان ملاک‌های خروج از پژوهش در نظر گرفته شدند.

پس از کسب رضایت از مسئولین کلینیک‌های درد و اخذ موافقت و رضایت‌نامه کتبی از بیمارانی که تشخیص قطعی ابتلای به درد ایدیوپاتیک را از جانب پزشک متخصص داشتند، یک جلسه توجیهی برای شرکت‌کنندگان در خصوص موضوع و اهمیت این کار پژوهشی، جلب همکاری آن‌ها و برگزاری جلسات و تکمیل پرسش‌نامه تشکیل گردید (پیش‌آزمون). در این جلسه غربالگری با کمک ابزار خودگزارشی در بین ۹۶ بیمار اجرا شد و تعداد ۴۵ نفر از بین بیمارانی که در سندرم شناختی-توجهی یک انحراف معیار بالاتر از میانگین کسب کرده بودند، با توجه به برخورداری از سایر ملاک‌های ورود به پژوهش به عنوان نمونه انتخاب و به شیوه تصادفی‌سازی در سه گروه مساوی جایگزین شدند.

دو گروه آزمایش علاوه بر درمان دارویی متداول، تحت ۸ جلسه درمان به شیوه گروهی (هفته‌ای دو جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) توسط متخصص روان‌شناسی دارای تخصص در رویکرد مذکور قرار گرفتند. پذیرش و تعهد درمانی با توجه به پروتکل Dahl و همکاران [۲۱]، و معنویت درمانی با توجه به پروتکل Richards و همکاران [۲۲] اجرا شد. گروه کنترل به جز درمان دارویی متداول، مداخله روان‌شناختی دریافت نکرد. پس‌آزمون، در پایان مداخله و شش‌ماه پس از آن نیز دوره پیگیری انجام شد. لازم به ذکر است که درمان پذیرش و تعهد، بر آگاهی هرچه بیشتر و ارتباط با لحظه حال و مشارکت در فعالیتهایی که در راستای ارزش‌های شخصی است، تأکید دارد. این نوع درمان با تلاش برای کنترل یا اجتناب از افکار و هیجانات منفی همراه است [۲۱]. معنویت درمانی نیز می‌تواند به فعال شدن یا غیرفعال کردن سیستم‌های مغز برای همدلی یا غم‌خواری کمک کند. همچنین، می‌تواند سیستم‌های مغزی را برای انعکاس افکار، خودآگاهی و تنظیم حالات هیجانی تسهیل یا بازداری کند. در این شکل از درمان، درمانگر مسائل مهم معنوی درمان‌جو را در زمان مناسب مورد خطاب قرار می‌دهد و در راستای استفاده از قدرت بالقوه ایمان و معنویت درمان‌جویان در فرایند درمان و بهبودی به کار می‌بندد [۲۲].

تا تیرماه ۱۴۰۱ (در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰) بود. مراکز که در گردآوری داده‌ها همکاری داشتند عبارت بودند از: واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان توانبخشی رفیده وابسته به دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، کلینیک درد و بخش اتاق عمل بیمارستان امیر اعلم وابسته به دانشگاه تهران و کلینیک درد بیمارستان بوعلی وابسته به دانشگاه آزاداسلامی، که از بین افراد واجد شرایط، تعداد ۴۵ نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به شیوه تصادفی ساده (پرتاب تاس) در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل جایگزین شدند، به این صورت که اعداد ۱ و ۲ برای گروه آزمایش اول (پذیرش و تعهد درمانی) و اعداد ۳ و ۴ برای گروه آزمایش دوم (معنویت درمانی) و اعداد ۵ و ۶ برای گروه کنترل در نظر گرفته شدند.

برای تعیین حجم نمونه از فرمول زیر استفاده شد که بر اساس پژوهش ShokrGozar و همکاران [۲۰]، و با توجه به مقادیر $\sigma = 3/8$ (انحراف معیار نمره سندرم شناختی-توجهی)، $d = 4/82$ (اختلاف میانگین پس‌آزمون سندرم شناختی-توجهی در گروه آزمایش و کنترل)، $\alpha = 0/05$ (توان آماری و سطح خطا یا α برابر با ۰/۰۵، حجم نمونه برابر با ۱۵ نفر برای هر گروه بدست آمد.

$$n_1 = n_2 = \frac{2\sigma^2(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2}{d^2}$$

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل دامنه سنی ۱۸ سال و بالاتر، حداقل تحصیلات پایان اول متوسطه، گذشت حداقل ۶ ماه از سابقه تشخیص ابتلای به درد ایدیوپاتیک توسط پزشک متخصص، توانایی شرکت در جلسات درمانی و تکمیل ابزار پژوهش، عدم شرکت همزمان یا طی ۶ ماه گذشته در یکی از برنامه‌های روان‌درمانی و عدم ابتلای به هر یک از بیماری‌های حاد روان‌پزشکی بود. ملاک‌های عدم ورود به پژوهش نیز عبارت بودند از: استفاده از هر نوع ماده مخدر و الکل، وجود همزمان درد ناشی از بیماری‌های صعب‌العلاج (بیماری‌های نورولوژیک، هماتولوژی، انکولوژی و ...)، کاندید بودن برای عمل جراحی. غیبت بیش از دو جلسه از جلسات درمانی، رعایت نکردن قوانین مربوط به جلسات درمانی، برهم زدن

در جداول ۱ و ۲ محتوای جلسات دو رویکرد مداخلاتی ارائه شده است.

در این پژوهش به مفاد اخلاقی در دو بخش اجرایی و نگارشی عمل شده است. در بخش اجرایی حریم خصوصی و محرمانه بودن داده‌های جمع‌آوری شده رعایت شد، به این صورت که اطلاعات گردآوری شده در راستای هدف این پژوهش استفاده شده است. همچنین، به احترام به کرامت و حقوق حریم خصوصی، اسرار و آزادی آزمودنی‌ها توجه شد. توضیح اهداف پژوهش برای آن‌ها، کسب رضایت آگاهانه، اختیاری بودن شرکت در پژوهش، حق خروج از مطالعه، بدون ضرر بودن مداخلات درمانی، پاسخ به سؤالات و در اختیار قرار دادن نتایج در صورت تمایل به آزمودنی‌ها از دیگر اصول اخلاقی رعایت شده در این پژوهش بودند.

در پژوهش حاضر، علاوه بر چک‌لیست اطلاعات دموگرافیک (سن، مدت زمان ابتلای به بیماری، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل و اشتغال) از پرسش‌نامه سندرم شناختی-توجهی استفاده شد. این ابزار در سال ۲۰۰۹ توسط Wells به منظور ارزیابی سندرم شناختی-توجهی تدوین و در سال ۲۰۱۵ بازنگری شده و دارای ۱۶ سؤال با ۴ مؤلفه ادراک نگرانی، ادراک تهدید، مقابله ناکارآمد و باور فراشناختی است. نمره‌گذاری سؤالات در طیف لیکرت ۹ درجه‌ای (همه اوقات با ۸ امتیاز تا اصلاً با صفر امتیاز) انجام می‌شود. دامنه نمرات اکتسابی این پرسش‌نامه از صفر تا ۱۲۸ بوده و کسب نمره بالاتر نشانه فعال‌سازی بیشتر سندرم شناختی-رفتاری

است. Wells روایی همگرایی مؤلفه‌های پرسش‌نامه را با نشانه‌های وسواس-اجباری ۰/۴۵ و پایایی آن را بر اساس ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ گزارش کرده است [۲۳]. Jafari و Ahmad-Zadeh [۲۴] به منظور تعیین روایی همگرایی این ابزار از پرسش‌نامه باورهای فراشناختی (Meta-cognitions questionnaire=MCQ 30) و پرسش‌نامه نشخوار فکری-تأمل (Rumination-reflection scale=RRS) استفاده کردند و نتایج نشان داد که ضریب همبستگی بین نمرات پرسش‌نامه سندرم شناختی-توجهی با پرسش‌نامه باورهای فراشناختی برابر با ۰/۸۶ و پرسش‌نامه نشخوار فکری-تأمل برابر با ۰/۸۹ است. همچنین، ضریب آلفای کرونباخ این ابزار ۰/۸۸ گزارش گردید [۲۴]. در پژوهش حاضر ضریب آلفا برای کل پرسش‌نامه ۰/۷۸، برای مؤلفه ادراک نگرانی ۰/۶۳، ادراک تهدید ۰/۶۹، مقابله ناکارآمد ۰/۷۲ و باور فراشناختی ۰/۶۷ محاسبه شد.

تحلیل داده‌های پژوهش توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ انجام شد. روش آماری مورد استفاده برای تحلیل داده‌ها آنالیز واریانس با اندازه‌گیری مکرر بود. به منظور بررسی پیش‌فرض نرمال بودن از آزمون Shapiro-Wilk، برای بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون Levene، بررسی مفروضه همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس از آزمون Box's M، برای پیش-فرض کرویت از آزمون Mauchly و برای مقایسه مراحل زمانی از آزمون تعقیبی Bonferroni استفاده شد. سطح معنی‌داری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

جدول ۱- خلاصه محتوای جلسات پذیرش و تعهد درمانی با توجه به پروتکل Dahl و همکاران [۲۱] در مبتلایان به درد ایدیوپاتیک مراجعه‌کننده به کلینیک‌های درد

وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران سال ۱۴۰۱

جلسه	محتوای جلسه
۱	برقراری رابطه درمانی، آشنا کردن افراد با موضوع مطالعه، پاسخ به ابزارهای پژوهش و بستن قرارداد درمانی
۲	گزینه‌هایی برای زندگی با درد ایدیوپاتیک: تغییر رفتار و ذهن‌آگاهی با اولویت مرور تکلیف، تمرین ذهن‌آگاهی (اسکن بدن، توجه به تنفس و اعضای بدن)، رابطه بین درد، خلق و عملکرد و ارائه تکلیف
۳	یادگیری زندگی با درد ایدیوپاتیک: شفاف‌سازی ارزش‌ها، تمثیل مراسم دفن و سفر طولانی، کشف ارزش‌های زندگی بیماران، ارائه تکلیف فرم رتبه‌بندی ارزش‌ها
۴	ارزش‌ها و عمل به آن‌ها: تمرین ذهن‌آگاهی (برگ‌های شناور روی آب)، بررسی ارزش‌های رتبه‌بندی شده و موانع رسیدن به آن‌ها، بررسی اهداف برای رسیدن به ارزش‌ها و ارائه تکلیف
۵	اقدام و حرکت رو به جلو: گزارش پیشرفت، واریسی کردن، طرح‌ریزی و اقدام لازم برای رسیدن به ارزش‌ها، بررسی اقدامات بیماران و تمرین ذهن‌آگاهی، روند عمل متعهدانه برای رسیدن به ارزش‌ها و ارائه تکلیف
۶	انگیزه اهداف و احساسات: یکنواخت کردن حرکت، گسستگی از تهدیدهای زبان، تمرین اعداد چه هستند و قطبیت ذهنی، تمرین ذهن‌آگاهی و ارائه تکالیف
۷	بررسی تمایل بیماران برای حرکت در مسیر ارزش‌ها، استعاره «توبوس پر از مسافر»، بررسی موانع و اقداماتی که هر بیمار برای عبور از آن‌ها دارد، تمرین پرش ذهن‌آگاهی و خودمشاهده‌گری و ارائه تکالیف

۸ حفظ عایدات درمانی در طول زندگی: تعهد، خداحافظی، پیامدهای منفی و پیشگیری از عود و تکلیف مادام‌العمر. توضیح معنای پیشرفت در درمان، شناسایی پیشرفت‌ها و تعهد برای ادامه حرکت به سمت ارزش‌ها

جدول ۲- خلاصه محتوای جلسات معنویت درمانی با توجه به پروتکل Richards و همکاران [۲۲] در مبتلایان به درد ایدیوپاتیک مراجعه‌کننده به کلینیک‌های درد وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران سال ۱۴۰۱

جلسه	محتوای جلسه
۱	آشنایی اعضا با یکدیگر، اطلاع از دلایل تشکیل گروه، آشنایی با قوانین گروه (محرمانه ماندن اسامی و اطلاعات، احترام به نظر یکدیگر، تعداد و زمان جلسات و حضور مداوم)، آشنایی با مفهوم درد و روش‌های درمان و کاهش آن
۲	آگاهی از معنای ضمنی و شخصی معنویت، بررسی اعتقاد به نیروی برتر و مقدس، بررسی رفتارهای به وجود آورنده احساس خوب با وجود درد،
۳	خود مشاهده‌گری، آموزش تکنیک مراقبه و تمرین روزانه آن تا انتهای درمان
۴	توضیح تجربیات افراد از مراقبه، تمرکز بر موضوع خاص، بررسی اثرات مراقبه
۵	ارائه مفهوم پایان ناپذیری و اتصال به نیروی لایزال، بررسی احساس درد و زندگی با وجود درد، صحبت درباره راه‌های کنترل درد
۶	مفهوم معنویت، احساس بخشش و بخشیده شدن، مراقبه و خواندن دعا
۷	معنویت و تعمیم آن به کنترل هیجان‌ات منفی، توضیح درباره اهمیت بیان احساسات منفی
۸	مرور محتوای جلسات قبل، ادامه تمرین مراقبه و خواندن دعا، جمع بندی و خاتمه جلسه

یافته‌ها

به بیماری و همچنین، آزمون مجذور کای در خصوص سطح تحصیلات، وضعیت تأهل و اشتغال نشان داد که بین گروه‌های مداخله و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. در جدول ۳ میانگین و انحراف معیار نمره سندرم شناختی-توجهی و مؤلفه‌های آن ارائه شده است. نتایج نشان می‌دهد میانگین نمرات در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های مداخله نسبت به گروه کنترل بهبود یافته است.

میانگین و انحراف معیار سن در گروه پذیرش و تعهد درمانی $37/49 \pm 5/13$ ، گروه معنویت درمانی $37/09 \pm 4/67$ و در گروه کنترل $36/51 \pm 4/86$ سال بود. همچنین، میانگین و انحراف معیار مدت زمان ابتلای به بیماری در گروه پذیرش و تعهد درمانی $1/59 \pm 0/84$ ، گروه معنویت درمانی $1/96 \pm 0/78$ و در گروه کنترل $1/74 \pm 0/91$ سال بدست آمد. نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه در مورد سن و مدت زمان ابتلای آزمودنی‌ها

جدول ۳- آماره توصیفی شاخص‌های سندرم شناختی-توجهی در مبتلایان به درد ایدیوپاتیک مراجعه‌کننده به کلینیک‌های درد دانشگاه علوم پزشکی شهر تهران سال ۱۴۰۱ (تعداد در هر گروه= ۱۵ نفر)

متغیر وابسته	مراحل سنجش	گروه پذیرش و تعهد درمانی انحراف معیار \pm میانگین	گروه معنویت درمانی انحراف معیار \pm میانگین	گروه کنترل انحراف معیار \pm میانگین
مؤلفه ادراک نگرانی	پیش‌آزمون	$11/20 \pm 1/37$	$10/66 \pm 1/54$	$11/00 \pm 1/25$
	پس‌آزمون	$8/53 \pm 2/41$	$8/55 \pm 1/88$	$11/06 \pm 1/27$
	پیگیری	$8/07 \pm 2/00$	$8/35 \pm 1/87$	$11/00 \pm 1/25$
مؤلفه ادراک تهدید	پیش‌آزمون	$17/06 \pm 1/48$	$17/46 \pm 2/23$	$16/53 \pm 1/64$
	پس‌آزمون	$13/06 \pm 2/57$	$14/60 \pm 1/84$	$16/66 \pm 1/58$
	پیگیری	$12/66 \pm 2/46$	$14/34 \pm 1/91$	$16/80 \pm 1/52$
مؤلفه مقابله ناکارآمد	پیش‌آزمون	$18/40 \pm 1/40$	$18/73 \pm 2/25$	$18/26 \pm 2/25$
	پس‌آزمون	$14/60 \pm 2/69$	$15/66 \pm 2/84$	$18/20 \pm 2/11$
	پیگیری	$14/33 \pm 2/41$	$15/26 \pm 2/05$	$18/06 \pm 1/90$
مؤلفه باور فراشناختی	پیش‌آزمون	$21/33 \pm 3/01$	$20/46 \pm 2/97$	$19/26 \pm 3/69$
	پس‌آزمون	$14/65 \pm 3/53$	$15/60 \pm 2/22$	$19/70 \pm 3/39$
	پیگیری	$14/33 \pm 3/59$	$14/75 \pm 2/49$	$19/86 \pm 3/18$
سندرم شناختی-توجهی	پیش‌آزمون	$67/99 \pm 7/26$	$67/31 \pm 8/99$	$65/05 \pm 8/83$
	پس‌آزمون	$50/84 \pm 11/20$	$54/41 \pm 8/78$	$65/62 \pm 8/35$
	پیگیری	$49/32 \pm 10/46$	$52/70 \pm 8/32$	$65/72 \pm 7/85$

شناختی-توجهی و مؤلفه‌های آن در دو بار اندازه‌گیری و برای آثار درون آزمودنی‌ها استفاده شد.

جدول ۴ نشان می‌دهد که در مورد نمره کل سندرم شناختی-توجهی و تمامی مؤلفه‌های آن، هر سه اثر بین‌گروهی، درون‌گروهی و تعاملی بین‌گروهی و درون‌گروهی معنی‌دار است. مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد در مراحل پس‌آزمون و پیگیری گروه‌های مداخله در نمره کل سندرم شناختی-توجهی و تمامی مؤلفه‌های آن نمرات بهتری کسب کرده‌اند و اندازه اثر آن بر ادراک نگرانی ۰/۲۶، ادراک تهدید ۰/۳۸، مقابله ناکارآمد ۰/۳۴، باور فراشناختی ۰/۳۶ و سندرم شناختی-توجهی ۰/۶۱ درصد بوده است. نتیجه کلی گویای آن است که مداخلات درمانی بر کاهش سندرم شناختی-توجهی و مؤلفه‌های آن سودمند بوده‌اند.

در بررسی پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات، نتایج آزمون Shapiro-Wilk در مؤلفه‌های ادراک نگرانی ($p > 0/315$)، ادراک تهدید ($p > 0/212$)، مقابله ناکارآمد ($p > 0/221$)، باور فراشناختی ($p > 0/616$) و نمره کل سندرم شناختی-توجهی ($p > 0/476$) بر نرمال بودن توزیع نمرات دلالت داشت. نتایج آزمون Levene نشان داد فرض همگنی واریانس‌ها محقق شده است ($p > 0/05$). بررسی نتایج آزمون Box's M درباره تساوی ماتریس کواریانس نیز حاکی از آن بود که مفروضه همگنی ماتریس واریانس-کواریانس برقرار است ($p > 0/854$, $F = 3/112$, $Box's M = 41/711$). بررسی نتایج آزمون Mauchly برقراری شرط کرویت را همان‌گونه که آماره‌های چندمتغیره نیازمند رعایت کرویت نیستند، رد می‌کند. با عدم فرض کرویت، از تصحیح آزمون Greenhouse-Geisser برای انجام آزمون عامل نمره سندرم

جدول ۴- نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر شاخص‌های سندرم شناختی-توجهی در سه مرحله اجرا در مبتلایان به درد ایدیوپاتیک مراجعه‌کننده به کلینیک‌های درد دانشگاه علوم پزشکی شهر تهران سال ۱۴۰۱

متغیر وابسته	منابع تغییر	آماره F	P	اندازه اثر
مؤلفه ادراک نگرانی	گروه	۸/۹۹۹	*/۰۰۱	۰/۳۰۰
	زمان	۲۸/۱۱۶	*/۰۰۱	۰/۴۰۱
	گروه * زمان	۷/۶۹۶	*/۰۰۱	۰/۲۶۸
مؤلفه ادراک تهدید	گروه	۸/۵۷۶	*/۰۰۱	۰/۲۹۰
	زمان	۴۱/۵۰۵	*/۰۰۱	۰/۴۹۷
	گروه * زمان	۱۳/۲۳۵	*/۰۰۱	۰/۳۸۷
مؤلفه مقابله ناکارآمد	گروه	۵/۸۸۶	*/۰۰۱	۰/۲۱۹
	زمان	۴۸/۵۲۷	*/۰۰۱	۰/۵۳۶
	گروه * زمان	۱۱/۰۸۲	*/۰۰۱	۰/۳۴۵
مؤلفه باور فراشناختی	گروه	۶/۷۱۵	*/۰۰۱	۰/۲۴۲
	زمان	۳۵/۲۳۵	*/۰۰۱	۰/۴۵۶
	گروه * زمان	۱۱/۹۴۰	*/۰۰۱	۰/۳۶۲
سندرم شناختی-توجهی	گروه	۲۸/۳۰۰	*/۰۰۱	۰/۵۷۴
	زمان	۱۵۱/۸۹۷	*/۰۰۱	۰/۷۱۳
	گروه * زمان	۴۴/۷۳۴	*/۰۰۱	۰/۶۱۱

نتایج بر اساس اصلاح گرین‌هاوس-گیسر ارائه شده است؛ $P < 0/05$ اختلاف معنی‌دار

نیز تفاوت معنی‌داری مشاهده شد. بدین ترتیب که پذیرش و تعهد درمانی اثر معنی‌داری نسبت به معنویت درمانی در شاخص‌های سندرم شناختی-توجهی ایجاد نمود و نتایج بیانگر کارآمدی این رویکرد نسبت به معنویت درمانی می‌باشد، گرچه

نتایج آزمون تعقیبی Bonferroni بر حسب مقایسه دو گروهی تفاوت معنی‌داری بین گروه‌های مداخله و کنترل در اثرگذاری بر شاخص‌های سندرم شناختی-توجهی در مبتلایان به درد ایدیوپاتیک نشان داد. بین اثربخشی دو روش مداخلاتی

معنی دار نبودند به این معنا که اثرات درمانی در طول زمان پایداری داشته است.

معنویت درمانی نیز نسبت به گروه کنترل دارای اثربخشی معنی داری بود. همچنین، تفاوت‌ها از پس‌آزمون به پیگیری

جدول ۵- نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی برای مقایسه زوجی در شاخص‌های سندرم شناختی-توجهی در مبتلایان به درد ایدیوپاتیک مراجعه‌کننده به کلینیک‌های درد دانشگاه علوم پزشکی شهر تهران سال ۱۴۰۱

متغیر وابسته	گروه‌های مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	P
رویکرد درمانی	پذیرش و تعهد درمانی - معنویت درمانی	۴/۸۳۳	۰/۶۱۲
	پذیرش و تعهد درمانی - گروه کنترل	۵/۰۴۶	*۰/۰۰۳
	معنویت درمانی - گروه کنترل	۳/۳۸۹	*۰/۰۱۸
مراحل	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۷/۰۱۱	*۰/۰۰۵
	پیش‌آزمون - پیگیری	۵/۲۱۰	*۰/۰۰۸
	پس‌آزمون - پیگیری	۰/۶۷۱	۰/۳۹۹

سندرم شناختی-توجهی

* $p < 0.05$ اختلاف معنی دار

بحث

مبتلایان به دردهای مزمن به دنبال شرکت در جلسات پذیرش و تعهد درمانی بهبود یافته است. به باور تیم تحقیق حاضر، پذیرش و تعهد درمانی ممکن است در تعدیل الگوهای رفتاری منفی و افکار اتوماتیک کمک کند و به تنظیم رفتارهای مثبت مرتبط با سلامتی منجر شود. این درمان به تغییر رفتار و افکار اقدام نمی‌کند بلکه افراد را به پذیرش، آگاه بودن و مشاهده‌گر بودن نسبت به خود ترغیب می‌کند. انسان به این دلیل در زمان ابتلای به درد مضطرب می‌شود که وضعیت موجود را رها می‌سازد و درباره آینده و نقش‌های احتمالی که باید ایفا کند یا به خطر افتادن نقش‌های موجود به تفکر می‌پردازد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که پذیرش و تعهد از طریق درک واقعی تجارب و پذیرش هر چه بیشتر آن‌ها می‌تواند تغییرات مثبتی در سازگاری افراد و کاهش سندرم شناختی-توجهی ایجاد کند.

بر اساس رویکرد پذیرش و تعهد، آسیب‌شناسی روانی از درگیری با تجارب درونی نظیر محتوای افکار (همجوشی شناختی) که به تلاش برای کنترل یا تغییر شکل آن منجر می‌گردد (اجتناب تجربه‌ای) شکل می‌گیرد و این تلاش‌های اجتنابی اغلب اثرات متناقضی دارند، به گونه‌ای که هم موضوعات مورد اجتناب (مثل افکار، احساسات یا حس‌های بدنی) را افزایش می‌دهند، و هم منجر به افزایش ناراحتی می‌شوند و با کیفیت زندگی تداخل می‌یابند [۱۶]. در این

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی پذیرش و تعهد درمانی با معنویت درمانی بر سندرم شناختی-توجهی در مبتلایان به درد ایدیوپاتیک انجام شد. نتایج نشان داد پذیرش و تعهد درمانی بر کاهش شاخص‌های سندرم شناختی-توجهی در مبتلایان به درد ایدیوپاتیک مؤثر بوده است. در راستای اثربخشی پذیرش و تعهد درمانی می‌توان به نتایج پژوهش‌های Paulos-Guarnieri و همکاران [۱۲]، Grau و همکاران [۱۵]، Kanzler و همکاران [۲۵] و Hoven و همکاران [۲۶] اشاره کرد که با یافته مطالعه حاضر همسو می‌باشد. Grau و همکاران [۱۵] در پژوهشی نشان دادند که شرکت در جلسات پذیرش و تعهد درمانی منجر به کاهش علائم افسردگی و ادراک نگرانی در گروهی از افراد دارای درد مزمن ناشی از جنگ شده است. در همین راستا، مطالعه Paulos-Guarnieri و همکاران [۱۲] حاکی از نقش مثبت پذیرش و تعهد بر بهبود راهبردهای مقابله‌ای و کاهش مشکلات خواب در مراجعین بود. Hoven و همکاران [۲۶] نیز دریافتند که پذیرش و تعهد درمانی موجب کاهش ادراک تهدید و بهبود عملکرد شناختی-رفتاری در سوءمصرف کنندگان مواد می‌شود.

Kanzler و همکاران [۲۵] همسو با مطالعه حاضر نشان دادند که پیروی از رژیم درمانی و کارکرد شناختی-عاطفی در

شناختی-توجهی است، نخواهند شد. عواملی از قبیل توکل به خدا، صبر و قناعت، نگرش مثبت به آینده و ... می‌توانند باعث ایجاد آرامش در فرد و در شکل عملیاتی‌تر، باعث کاهش نگرانی و سندرم شناختی-توجهی در بیماران گردند.

بخش دیگر پژوهش در راستای نتایج مطالعات پیشین [۲۶، ۲۵، ۱۵-۱۲] نشان داد که علی‌رغم اثربخشی دو روش مداخلاتی بر کاهش نشانگان شناختی-توجهی، تفاوت معنی‌داری میان دو روش به نفع پذیرش و تعهد درمانی وجود دارد. Mohammadi و همکاران [۲۹] همسو با نتیجه مطالعه حاضر نشان دادند که اثربخشی درمان پذیرش و تعهد در مقایسه با درمان وجودگرا بر معنای زندگی، در کاهش نشانگان خلقی و تنش ادراک شده افراد نمونه بیشتر بوده است. در تأثیرگذاری بیشتر این رویکرد مداخلاتی همسو با نتایج پژوهش Karimi-Azar و همکاران [۳۰]، باید گفت سازوکارهای نهفته در این درمان مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حضور در لحظه، مشاهده‌گری بدون داوری و قضاوت در کنار اقدام هدایت شده از طریق ارزش‌ها و تأکید آن بر عمل‌گرایی این امکان را می‌دهد که بیمار در وهله اول به تغییر روابط با تجارب درونی، کاهش اجتناب تجربی و افزایش انعطاف‌پذیری و عمل در مسیرهای ارزشمند بپردازد. تغییر روابط با تجارب درونی شامل وسعت بخشیدن و وضوح آگاهی درونی است.

در تبیین اثربخشی بیشتر پذیرش و تعهد درمانی در مقایسه با معنویت درمانی بر کاهش سندرم شناختی-توجهی بیماران دارای درد می‌توان بیان نمود که در پذیرش و تعهد درمانی با ارایه مفاهیم در قالب استعاره، بیماران تشویق می‌شوند بیماری خود و پیامدهای حاصل از بیماری را به عنوان بخشی از زندگی بپذیرند و نیز با یادآوری ارزش‌های شخصی به آن‌ها کمک می‌شود که خود را متعهد به عمل به ارزش‌ها کنند. به نظر می‌رسد پذیرش و تعهد درمانی با کمک به بیماران برای پذیرش شرایط موجود و عمل متعهدانه، ترس از وخیم شدن نشانگان درد و از دست دادن کنترل بر زندگی و ناتوانی از ایفای نقش‌های زندگی روزمره را کاهش داده است. با توجه به این‌که دردهای مزمن از طبقه بیماری‌های مزمن می‌باشند و زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهند، می‌توان

درمان، بیمار تشویق و ترغیب می‌شود تا در حالی که به سوی اهداف ارزشمند خود در حرکت است با تجربیات خود به طور کامل و بدون مقاومت ارتباط برقرار سازد و آن‌ها را به همان شکلی که هستند، و بدون قضاوت در مورد درستی یا نادرستی‌شان در هنگام ظهور پذیرا باشد. به این ترتیب، میزان علائم شناختی و توجهی در فرد بیمار کاهش می‌یابد [۱۳، ۱۲].

پژوهش حاضر نشان داد که معنویت درمانی بر کاهش شاخص‌های سندرم شناختی-توجهی مبتلایان به درد ایدیوپاتیک اثربخشی دارد. مطالعه Sepah-Vand و همکاران [۱۷] که به بررسی تأثیر معنویت درمانی بر نگرانی و راهبرد مقابله ناکارآمد در زنان مبتلا به بتاتالاسمی ماژور پرداختند، همسو با مطالعه حاضر نشان داد شرکت در ۱۲ جلسه معنویت درمانی منجر به کاهش ادراک نگرانی و بهبود راهبرد مقابله کارآمد شده است. Aguilar-Latorre و همکاران [۲۷] که به بررسی نقش معنویت بر کاهش نشانگان خلقی و احساس انسجام در بین مبتلایان به درد مزمن پرداختند، در راستا با یافته حاضر نشان دادند ۸ جلسه معنویت درمانی منجر به بهبود احساس انسجام و نشانگان خلقی شده است.

Ozdemir و همکاران [۲۸] نیز در پژوهشی که به شکل غیرمستقیم همسو با نتیجه مطالعه حاضر بود، دریافتند که بهزیستی معنوی در کاهش نشانگان اضطراب، افسردگی و مهارت فراشناختی بیماران مبتلا به سرطان سودمند بوده است. در تبیین این امر می‌توان بیان نمود که مهارت‌های معنوی موجب می‌شوند فرد حس درونی سرزندگی و خوش‌بینی را تجربه کند که شاخصی معنی‌دار برای سلامت ذهنی بوده و زمینه‌های فکر خلاق از این طریق فراهم می‌شود. از طرف دیگر، آموزش مهارت‌های معنوی دربرگیرنده تمایل انسان برای جستجوی معنای زندگی از طریق تعالی نفس یا از طریق نیاز به ارتباط با چیزی فراتر از خودش است که می‌تواند خصلت نشخوار فکری و مشکل کنترل فکر و کاهش نگرانی را تحت تأثیر قرار داده و منجر به کاهش سندرم شناختی-توجهی گردد. بنابراین، وقتی افراد می‌آموزند که خطرها و بحران‌ها را بیش از حد وخیم ارزیابی نکنند دچار احساس ناکارآمدی که یکی از عوامل اضطراب و تجربه سندرم

شاخص‌های سندرم شناختی-توجهی بیماران در مقایسه با معنویت درمانی دارد. پیشنهاد می‌شود با توجه به پشتوانه‌های پژوهشی متعددی که در حوزه‌های متفاوت در تأیید اثربخشی این دو رویکرد مداخلاتی مطرح شده است، در کنترل علائم عاطفی و روان‌شناختی بیماران مبتلا به دردهای مزمن مورد توجه ویژه‌ای قرار گیرند.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافی وجود ندارد.

سهم نویسندگان

این مقاله برگرفته از رساله دکتری تخصصی رشته روانشناسی سلامت، فاطمه السادات شاه‌مرادی است. دکتر علیرضا شکرگزار، استاد راهنما و دکتر منصور علی‌مهدی و دکتر مهناز نریمانی زمان‌آبادی، اساتید مشاور اول و دوم بودند.

تقدیر و تشکر

نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند از تمامی افراد شرکت‌کننده در پژوهش و همچنین، از واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان توانبخشی رفیده، کلینیک درد و بخش اتاق عمل بیمارستان امیر اعلم و کلینیک درد بیمارستان بوعلی جهت پشتیبانی و همکاری در طول دوره اجرای پژوهش تقدیر و تشکر نمایند.

استدلال نمود که این مداخله روان‌شناختی با تغییر زاویه دید نسبت به رنج ناشی از بیماری و پذیرش آن و همچنین، عمل متعهدانه به ارزش‌های شخصی می‌تواند افکار و عواطف منفی را در این گروه از بیماران کاهش داده و باعث کاهش پیامدهای روان‌شناختی و هیجانی منفی ناشی از ابتلای به بیماری و در نهایت به دنبال آن افزایش هیجانات مثبت و کاهش سندرم شناختی-توجهی شود.

نخستین محدودیت پژوهش حاضر مربوط به نمونه‌گیری هدفمند و انتخاب جمعیت مطالعه تنها از بین مبتلایان به دردهای عضلانی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های درد وابسته به مراکز دانشگاهی در شهر تهران بود، بنابراین، باید در تعمیم نتایج به سایر مبتلایان به دردهای مزمن و نیز بیماران سایر شهرها احتیاط شود. در این پژوهش گردآوری اطلاعات با پرسش‌نامه کمی و خودسنجی انجام شد، که ممکن است این امر با پاسخ‌دهی همراه با سوگیری و تحریف همراه باشد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی جمعیت‌های مختلفی از مبتلایان به دردهای مزمن انتخاب و در کنار پرسش‌نامه برای گردآوری اطلاعات از مصاحبه بالینی کمک گرفته شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود مقایسه اثربخشی این دو روش مداخلاتی در سایر بیماران مزمن خصوصاً سردردهای میگرنی و تنشی مزمن انجام و تأثیر این رویکردهای درمانی در مورد سایر سازه‌های عاطفی، شناختی و رفتاری از جمله خودکارآمدی درد، نشخوار با درد و ... در این قشر از مراجعین دارای درد مزمن ارزیابی گردد.

نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد پذیرش

و تعهد درمانی به مراتب اثربخشی بیشتری بر نمرات

References

- Gilligan C, Volschenk W, Russo M, Green M, Gilmore C, Mehta V, et al. Three-year durability of restorative neurostimulation effectiveness in patients with chronic low back pain and multifidus muscle dysfunction. *Neuromodulation* 2023; 26(1):98-108.
- McKernan LC, Connors EL, Ryden AM, Finn MT, Kim A, Vandekar SN, et al. Clinical hypnosis can reduce lower urinary tract symptoms in individuals with chronic pain. *Neurourology and Urodynamics* 2023; 42(1):330-39.
- Ram A, Booth J, Thom JM, Gibbs MT, Jones MD. Are improvements in pain neurophysiology knowledge following pain science education associated with improved outcomes in people with chronic pain: A systematic review and meta-analysis. *The Clinical Journal of Pain* 2023; 39(1):41-52.
- McCracken LM, Scott W. Potential misfortunes in 'Making Sense': A cross-sectional study in people with chronic Pain. *The Journal of Pain* 2023; 24(1):157-66.
- Helmy M, Alenezi AF, Ashraf F, Thomas K, Fekih-Romdhane F, Aldoseri R, et al. Cultural adaptation and validation of the Arabic version of the multidimensional cognitive attentional syndrome scale (MCASS). *CNP* 2023; 28(1):1-18.
- Bardeen JR, Clauss K, Fergus TA. Factor structure and incremental utility of the multidimensional cognitive attentional syndrome scale (MCASS): A bifactor analysis. *JOBA* 2022; 44(3):836-43.
- Herzog S, Keilp JG, Galfalvy H, Mann JJ, Stanley BH. Attentional control deficits and suicidal ideation variability: An ecological momentary assessment study in major depression. *JAD* 2023; 323:819-25.
- Kowalski J, Wypych M, Marchewka A, Dragan M. Brain structural correlates of cognitive-attentional syndrome- a voxel-based morphometry study. *Brain Imaging and Behavior* 2022; 16(4):1914-18.
- Kowalski J, Gawęda Ł. Cognitive-attentional syndrome moderates the relationship between fear of coronavirus and symptoms of coronavirus-specific health anxiety. *Int J Cogn Ther* 2022; 15(4):492-503.
- Clauss K, Gorday JY, Bardeen JR. Investigating the specific domains of cognitive attentional syndrome that predict post-traumatic stress symptoms: The moderating effect of attentional control. *Journal of Anxiety Disorders* 2023;94: 102670.
- Grabala P, Helenius IJ, Buchowski JM, Shah SA. The Efficacy of a posterior approach to surgical correction for neglected idiopathic scoliosis: A comparative analysis according to health-related quality of life, pulmonary function, back pain and sexual function. *Children* 2023; 10(2):299-314.
- Paulos-Guarnieri L, Linares IMP, El Rafihi-Ferreira R. Evidence and characteristics of acceptance and commitment therapy (ACT)-based interventions for insomnia: A systematic review of randomized and non-randomized trials. *Journal of Contextual Behavioral Science* 2022; 23, 1-14.
- Nishikawara R, Maynes T. Moving from moral distress to moral resilience using acceptance and commitment therapy. *Canadian J Career Dev* 2023; 22(1):30-40.
- Fernández-Rodríguez C, Coto-Lesmes R, Martínez-Loredo V, González-Fernández S, Cuesta M. Is Activation the active ingredient of transdiagnostic therapies? A randomized clinical trial of behavioral activation, acceptance and commitment therapy, and transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for emotional disorders. *Behavior Modification* 2023; 47(1):3-45.
- Grau PP, Sripada RK, Ganoczy D, Weinstein JH, Pfeiffer PN. Outcomes of acceptance and commitment therapy for depression and predictors of treatment response in veteran's health administration patients. *JAD* 2023; 323(15):826-33.
- Graham CD, McCracken LM, Harrison A, Walburn J, Weinman J. Outlining an acceptance and commitment therapy approach to treatment non-adherence. *Br J Health Psychol* 2022; 27(1):1-12.
- Sepah-Vand F, Rezaei F, Mirderikvand F. Evaluation of the effectiveness of spiritual therapy based on positive thinking on spiritual health, psychological hardiness and death anxiety in women with Beta thalassemia major. *Scientific Journal of Iranian Blood Transfusion* 2022; 19(3):224-33. [Persian]
- Sargeant S, Yoxall J. Psychology and spirituality: Reviewing developments in history, method and practice. *Journal of Religion and Health* 2023; 62(2):1159-74.
- Vieten C, Lukoff D. Spiritual and religious competencies in psychology. *American Psychologist* 2022; 77(1):26-38.
- Shokrgozar A, Sepah-Mansour M, Emami-Pour S, Salehi M. Comparison of the effectiveness of positivist psychotherapy with cognitive-behavioral therapy on pain perception of males with chronic low-back pain. *CHJ* 2021; 14(4):45-54. [Persian]

21. Dahl J, Wilson KG, Luciano C, Hayes SC. Acceptance and Commitment Therapy for Chronic Pain. Aghayousefi A, NourMohammadi A, Bayat SH, Najafi MT, Khatami SH, Translators. Tehran: Arjmand Publications; 2020. P:44-53. [Persian]
22. Richards PS, Weinberger-Litman SL, Susov S, Berrett ME. Religiousness and spirituality in the etiology and treatment of eating disorders. In K. I. Pargament, A. Mahoney, & E. P. Shafranske (Eds.), APA handbook of psychology, religion, and spirituality (Vol. 2): An applied psychology of religion and spirituality. Washington: Publisher American Psychological Association 2013; pp:319-33.
23. Nordahl H, Wells A. Measuring the cognitive attentional syndrome associated with emotional distress: Psychometric properties of the CAS-1. *Int J Cogn Ther* 2019; 12(4):292-306.
24. Jafari A, Ahmad-Zadeh N. The Mediating role of emotion regulation on relation of psychological distress and cognitive-attentional syndrome of mothers with psychological adjustment of adolescents with cancer in COVID-19 pandemic. *IJCA* 2022; 2(4):1-13. [Persian]
25. Kanzler KE, Robinson PJ, McGearry DD, Mintz J, Kilpela LS, Finley EP, et al. Addressing chronic pain with focused acceptance and commitment therapy in integrated primary care: Findings from a mixed methods pilot randomized controlled trial. *BMC Primary Care* 2022; 23(1):77-91.
26. Hoven M, Schluter RS, Schellekens AF, van Holst RJ, Goudriaan AE. Effects of 10 add-on HF-rTMS treatment sessions on alcohol use and craving among detoxified inpatients with alcohol use disorder: a randomized sham-controlled clinical trial. *Addiction* 2023; 118(1):71-85.
27. Aguilar-Latorre A, Asensio-Martínez Á, Oliván-Blázquez B, Álvarez-Bueno C, Cavero-Redondo I, Lionis C, et al. Association between sense of coherence and depression in patients with chronic pain: A systematic review and meta-analysis. *Plos One* 2023; 18(1), e0279959.
28. Ozdemir S, Ng S, Wong WHM, Teo I, Malhotra C, Mathews JJ, et al. Advanced cancer patients' prognostic awareness and its association with anxiety, depression and spiritual well-being: A Multi-country study in Asia. *Clinical Oncology* 2022; 34(6):368-75.
29. Mohammadi Z, Atashpour H, Golparvar M. A Comparison of the effect of existentialism acceptance and commitment therapy and compassion-focused therapy on meaning in the life of depressed adolescent girls. *CHJ* 2023; 16(4):26-37. [Persian]
30. Karimi Azar F, Saken Azar R, Abdoltajedini P, Azmoudeh M. Comparison of the effectiveness of positive thinking skills training and acceptance/commitment therapy on self-disability of shy female students. *CHJ* 2021; 15(1):61-71. [Persian]

Comparing the Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy with Spiritual Therapy on Cognitive Attentional Syndrome Indicators in Patients with Idiopathic Pain

Shahmoradi FS¹, Shokrgozar AR², Ali Mehdi M³, Narimani Zaman-Abadi M⁴

1-PhD Student, Dept. of Health Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.

2-Assistant Prof., Dept. of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran. (Corresponding Author) E-mail: Dralirezashokrgozar@yahoo.com, Tel: 09122645119

3-Assistant Prof., Dept. of Psychology, Faculty of Medicine, Islamic Azad University, Tehran Department of Medicine, Tehran, Iran.

4-Assistant Prof., Dept. of Anesthesia and Pain, Faculty of Medicine, Islamic Azad University, Tehran Department of Medicine, Tehran, Iran.

Received: 8 April 2023

Accepted: 24 July 2024

Introduction: Muscle pain is considered one of the basic problems of the health system in many countries. Considering that cognitive-attentional syndrome predicts the severity of health-related symptoms and behaviors, it is important to identify the most effective treatment methods for managing these syndromes. Therefore, this research was conducted with the aim of comparing the effectiveness of acceptance and commitment therapy with spiritual therapy on cognitive-attentional syndrome in patients with idiopathic pain.

Material and Methods: This study was a quasi-experimental study with pretest, posttest and control group with 6-month follow-up. The statistical population included all patients with muscle pain who referred to pain clinics affiliated to Tehran University of Medical Sciences. 45 people were selected by purposive sampling and randomly assigned to three equal groups. Acceptance and commitment therapy based on the Dahl protocol and spiritual therapy based on the Richards protocol were applied to the experimental groups during 8 sessions each (two 90-minute sessions per week), But the control group did not receive any intervention. Demographic information checklist and Wells CASQ were used to collect data. Data were analyzed by analysis of variance/repeated measures ANOVA.

Results: Acceptance and commitment therapy and spiritual therapy reduced cognitive-attentional syndrome, perception of worry, perception of threat and ineffective coping in patients with idiopathic pain compared to the control group ($P<0.05$). Also, acceptance and commitment therapy was more effective than spiritual therapy in reducing cognitive-attentional syndrome ($P<0.05$).

Conclusion: Both treatment methods were effective on cognitive-attentional syndrome in patients with idiopathic pain. The findings can be promising in planning rehabilitation-therapeutic interventions for these patients along with drug treatment.

Keywords: Acceptance and commitment therapy, Spiritual therapy, Cognitive attentional syndrome, Idiopathic pain

Please cite this article as follows:

Shahmoradi FS, Shokrgozar AR, Ali Mehdi M, Narimani Zaman-Abadi M. Comparing the Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy with Spiritual Therapy on Cognitive Attentional Syndrome Indicators in Patients with Idiopathic Pain. *Community Health Journal* 2024;18(1):22-33.

Funding: This research was funded by the Islamic Azad University, Karaj Branch, Iran.

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of Islamic Azad University Karaj Branch, approved the study. IR.IAU.TON.REC.1401.013.