

## تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان شدت درد زنان مبتلا به کمردرد مزمن

تاریخ دریافت: ۹۲/۹/۱۶

تاریخ پذیرش: ۹۳/۶/۹

فروزان ایران دوست\*، حمید طاهر نشاط دوست\*\*، محمد علی نادى\*\*\*، سهیلا صفری\*\*\*\*

### چکیده

**مقدمه:** درمان های مبتنی بر پذیرش باعث افزایش انعطاف پذیری روانشناختی و در نتیجه سازگاری بهتر با درد مزمن و مشکلات و ناتوانی های جسمانی ناشی از آن در افراد مبتلا به دردهای مزمن می شود. پژوهش حاضر به منظور بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان درد زنان مبتلا به کمردرد مزمن در شهر اصفهان انجام شد.

**روش:** این پژوهش از نوع نیمه تجربی بوده و از طرح پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل استفاده شد و جامعه مورد مطالعه آن را کلیه زنان مبتلا به کمردرد مزمن ساکن در شهر اصفهان، تشکیل می دادند. شرکت کنندگان پژوهش شامل ۴۰ نفر از زنان مبتلا به کمردرد مزمن بودند که به روش نمونه گیری در دسترس و بر اساس معیارهای ورود و خروج 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 اندازه گیری، پرسشنامه غربالگری چندبعدی درد بود که توسط شرکت کنندگان در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تکمیل گردید؛ سپس شرکت کنندگان گروه آزمایش در ۸ جلسه یک ساعته درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شرکت کردند. برای تجزیه و تحلیل آماری داده ها نیز از روش تحلیل واریانس با اندازه های مکرر استفاده شد.

**یافته ها:** نتایج تحلیل داده ها نشان داد که بین میزان درد شرکت کنندگان گروه آزمایش در هر سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد.

**نتیجه گیری:** بنابر یافته های این مطالعه، این شیوه درمانی می تواند، سبب کاهش میزان درد تجربه شده زنان مبتلا به کمردرد مزمن شود و نمایانگر افق های تازه ای در مداخلات بالینی است و می توان از آن به عنوان یک روش مداخله ای مؤثر سود جست. **واژه های کلیدی:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شدت درد، کمردرد مزمن

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی

froozanirandoost@yahoo.com

h.neshat@edu.ui.ac.ir

mnadi@khuisf.ac.ir

soheila.safary@gmail.com

\* نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، اصفهان، ایران

\*\* استاد، گروه روانشناسی بالینی دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

\*\*\* استادیار، گروه علوم تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، اصفهان، ایران

\*\*\*\* کارشناس ارشد روانشناسی کودکان با نیازهای خاص دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

## مقدمه

کمردرد حاد هستند و افراد بدون درد، دچار میزان بالاتری از آسیب روانی می‌باشند. این دشواری‌ها می‌تواند به نوبه خود مشکلات اقتصادی، اجتماعی، روانشناختی و در نهایت افت کیفیت زندگی را برای افراد به بار آورد [۸].

با توجه به ماهیت چند بعدی درد مزمن، رویکردهای کنونی در مدیریت درد، به طور فزاینده‌ای از رویکردهای جسمانی و دارویی درمان فراتر رفته و رویکردهای چند بعدی و میان رشته‌ای را مورد توجه قرار داده‌اند که دربرگیرنده درمانهای چند وجهی، مانند ترکیبی از داروهای ضد درد، درمانهای جسمانی، رفتاری و روانشناختی است. مداخلات روانشناختی در درمان درد، تقریباً از زمانی که ملزاک و وال<sup>۱</sup>، نظریه کنترل دروازه درد<sup>۲</sup> را مطرح کردند آغاز شد که شدت و ماهیت درد را تابعی از مکانیسمهای حسی، شناختی و عاطفی می‌دانستند [۹]. بر اساس این نظریه، ادراک درد بخشی از فرایند پیچیده‌ای است که نه تنها تحت تأثیر درون‌داد حسی است، بلکه تحت تأثیر تجربیات و انتظارات نیز هست [۱۰]. بعلاوه، عوامل زیست‌شناختی به تنهایی گزارش‌های مربوط به درد، ناتوانی ناشی از درد یا افسردگی مرتبط با درد مزمن را تبیین نمی‌کنند؛ بلکه نقش عوامل روانشناختی و اجتماعی در علت‌شناسی، شدت، تشدید و تداوم درد، رنج بردن، ناتوانی و پاسخ به درمان در عارضه‌های با درد مزمن به اثبات رسیده است. این عوامل شامل مواردی مانند سطح پریشانی هیجانی تجربه شده، کنترل زندگی ادراک شده، تمرکز توجه، تاریخچه یادگیری قبلی و پیشینه فرهنگی، ارزیابی‌ها، باورها، انتظارات، وابستگی‌های محیطی، حمایت اجتماعی و منابع مالی است [۱۱] و این امر، منطق استفاده از مداخله‌های روانشناختی در مدیریت درد مزمن را توضیح می‌دهد. رویکردهای روانشناختی کنونی در مدیریت درد مزمن، دربرگیرنده مداخلاتی است که هدف آنها به جای از بین بردن مستقیم درد، دستیابی به خود‌مدیریتی بیشتر، تغییر رفتار و تغییر شناخت است؛ به عبارت دیگر، این مداخلات، اجزای رفتاری، عاطفی و شناختی درد مزمن و عوامل نگهدارنده آن را مورد هدف قرار می‌دهد. مداخلات روانشناختی‌ای که مکرر در این زمینه به کار برده شده‌اند،

کمردرد جزء سه بیماری ناتوان‌کننده از میان مجموع آسیب‌های مرتبط با اسکلت بدنی است و دارای بالاترین میزان شیوع است [۱] و حدود ۸۰ درصد افراد حداقل یک بار در زندگی درگیر آن شده‌اند [۲]. مطالعاتی که به صورت گسترده، در کشورهای اروپایی و امریکا انجام شده، نشان داده است که شیوع کمردرد، ۱۵ تا ۳۰ درصد در کل جمعیت است [۳]. کمردرد یکی از علل اصلی ناتوانی، غیبت از محل کار و هزینه‌های پزشکی است [۴]. عارضه کمردرد و همچنین درد و ناتوانی ناشی از آن، جنبه جهانی داشته و در بسیاری از کشورهای صنعتی به صورت همه‌گیر درآمده است. به گونه‌ای که، یک پنجم از کل مراجعات به پزشکان بدین دلیل می‌باشد. همچنین، بیشترین مراجعه به درمانگاه‌های ارتوپدی مربوط به این عارضه است که بدون در نظر گرفتن تصادفات، می‌تواند عامل یک سوم از بازنشستگی‌های زودرس و محدودیت در فعالیت باشد. هزینه سالانه بیماران مبتلا به کمردرد حدود ۱/۶ بیلیون دلار تخمین زده شده است که با توجه به این رقم، کمردرد، یکی از پرهزینه‌ترین بیماریها محسوب می‌شود [۵].

بیشتر کمردردها حاد هستند؛ اما حدود ۱۵ تا ۲۰ درصد آنها، تبدیل به کمردرد مزمن می‌شوند. کمردرد حاد یک مشکل خود محدود شونده و خوش‌خیم است با وجود این، بسیاری از بیماران مبتلا به آن در پی درمانی جهت کاهش درد و بهبود نشانه‌های خود هستند. در برابر، کمردرد مزمن به سختی درمان می‌شود و بیماران مبتلا، به طور مداوم برای درمان درد و کاهش ناتوانی خود به پزشکان مختلف مراجعه می‌کنند [۶، ۵]. اگرچه کمردرد مزمن به ندرت جان انسان‌ها را تهدید می‌کند، اما افرادی که از آن رنج می‌برند، تنوعی از مشکلات مرتبط با سلامتی بویژه ناتوانی جسمی، شکایت مداوم از درد، مشکلات کاری و پیامد درمانی نامطلوب را تجربه می‌کنند. علاوه بر آن، رنج ناشی از کمردرد و کوفتگی عضلانی در ناحیه تحتانی ستون فقرات، دامنه حرکت افراد را کند کرده، بهزیستی روانشناختی بیماران را تضعیف می‌نماید [۷]. همچنین، اکثر بیماران مبتلا به درد مزمن، پریشانی روانشناختی را به درجات مختلف تجربه می‌کنند و مشخص شده است، بیمارانی که از کمردرد مزمن رنج می‌برند، نسبت به بیمارانی که دچار

1- Melzack &amp; Wall

2- Gate control theory of pain

جای تلاش بیهوده بر علیه درد، بیماران را به انجام فعالیت های ارزشمند، برای بهبود کیفیت زندگی ترغیب می نماید [۱۶]. در واقع، در این شیوه درمانی، بر پذیرش آنچه را که نمی‌توان به طور مستقیم تغییر داد (مانند: درد، خستگی، افکار منفی و ناتوانی) به عنوان ابزاری جهت تشخیص و تغییر چیزهایی که می‌توان تغییر داد (مانند رفتاری‌هایی برای داشتن یک زندگی ارزشمند)، تأکید می‌شود [۱۷]. شواهدی وجود دارد که بیانگر وجود رابطه بین پذیرش درد و کارکردهای جسمانی و هیجانی است؛ برای مثال، مشخص شده است که تمایل به داشتن درد و درگیری در انجام فعالیت های روزمره، بدون در نظر گرفتن حضور درد، منجر به کارکرد سالم تری در بیماران مبتلا به درد مزمن می‌شود [۱۸]. در صورتی که، کاهش میزان پذیرش درد، قوی‌ترین پیش بینی کننده افزایش و تشدید افسردگی و ناتوانی است [۱۹]. حتی نشان داده شده است که پذیرش درد مزمن، عامل مهمی در اثربخشی درمان شناختی- رفتاری سنتی است؛ این در حالی است که در این نوع درمان، پذیرش به طور اختصاصی مد نظر نیست [۲۰]. به علاوه، آشکار شده است که پذیرش درد در نمونه‌های بالینی، با تجربه درد و مشکلات روانشناختی و ناتوانی‌های جسمانی به مراتب کمتر [۲۱، ۲۲] و درگیری بیشتر در انجام امور و فعالیت‌های روزمره، حفظ عملکرد سازشی، کاهش آسفتگی و بهزیستی روانشناختی بیشتر ارتباط دارد [۲۳-۲۵]. همچنین، در یک مطالعه طولی، شامل نمونه‌های نامتجانس از بیماران مبتلا به درد مزمن، مشخص شد که سطح پذیرش درد در ارزیابی ابتدایی، با ناتوانی جسمانی ۴ ماه بعد که شامل کار کمتر و مدت زمان کوتاه تر ایستادن و قدم زدن به دلیل درد بود، رابطه منفی دارد [۱۸]. در مورد تأثیر این شیوه درمانی بر میزان تجربه درد و مشکلات جسمانی بیماران مبتلا به دردهای مزمن، مطالعات بسیاری انجام شده است و نتایج بیشتر آنها حاکی از اثربخش بودن این مداخله درمانی بوده است. برای نمونه مشخص شده است که بیماران مبتلا به درد مزمنی که به منظور سازگاری بهتر با درد خود، روان درمانی مبتنی بر پذیرش دریافت کرده بودند، در مقایسه با بیماران درمان نشده‌ای که در لیست انتظار بودند، به میزان بیشتری درد خود را پذیرفته بودند و در آزمونهای عملکرد جسمانی (مانند زمان قدم‌زدن و

شامل تکنیک های روانی- جسمانی (پسخوراند زیستی<sup>۱</sup>)، رویکردهای رفتاری، درمانهای شناختی- رفتاری و مداخلات مبتنی بر پذیرش<sup>۲</sup> هستند [۱۲].

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>۳</sup>، رایج ترین نوع درمانهای مبتنی بر پذیرش است و هدف آن، کمک به مراجع برای دستیابی به یک زندگی ارزشمندتر و رضایت بخش‌تر، از طریق افزایش انعطاف پذیری روانشناختی است که عبارت است از بهبود توانایی برای برقراری ارتباط با تجربیات در زمان حال و انتخاب عملی از میان گزینه های مختلف که مناسب‌تر است، نه عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته‌ساز. این شیوه درمانی، شش فرایند مرکزی دارد که به انعطاف‌پذیری روانشناختی منجر می‌شوند و عبارتند از: پذیرش، گسلس شناختی<sup>۴</sup>، ارتباط با زمان حال<sup>۵</sup>، خود به عنوان زمینه<sup>۶</sup>، ارزشها<sup>۷</sup> و عمل متعهد<sup>۸</sup> [۱۳].

به باور نظریه پردازان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درد مزمن موقعیت‌هایی را برای فرد بیمار به همراه می‌آورد که در آنها واکنش‌های فرد نسبت به درد می‌توانند وی را از عملکرد سالم در زندگی دور کند. این افراد ممکن است درد خود را به شیوه نگران کننده‌ای ارزیابی کنند و این ارزیابی خود را واقعی بپندارند. آنها همچنین می‌توانند درد و دیگر احساسات خود را به عنوان دلایل محکمی برای دور شدن از جنبه‌های ارزشمند و مهم زندگی شان در نظر بگیرند و به طور کلی، به کنترل و یا اجتناب از تجارب دردناک دست بزنند. با وجودی که، این رفتارها هیچ تأثیر مثبتی به وجود نمی‌آورند [۱۴]. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، راهبردهای کنترل و اجتناب ناکارآمد را از راه پرورش تکنیک هایی که باعث انعطاف پذیری روانشناختی می‌شوند، مورد هدف قرار می‌دهد [۱۵] و به افراد در پذیرش درد (تمایل به تجربه درد و یا رویدادهای ناخوشایند بدون تلاش برای کنترل آنها) و یا افکار مرتبط با درد و ارتقای جنبه های معنادار زندگی و افزایش فعالیت های ارزشمند، کمک می‌کند و به

- 1- biofeedback
- 2- Acceptance-based
- 3- Acceptance and commitment therapy (ACT)
- 4- Cognitive defusion
- 5- Being present
- 6- Self as context
- 7- values
- 8- Committed action

مؤثری برای کمردرد است؛ اما نیازمند ارزیابی‌های بیشتر و بلند مدت تری است.

به باور روانشناسان سلامت، چگونگی واکنش بیماران به درد و باورهای آنها در مورد آن می‌تواند به گسترش دوره درد مزمن بیانجامد و بویژه، احساس درد شدید و مداوم، بدون وجود نشانه‌ای از آسیب بافتی و آغاز رفتارهای اجتنابی متعاقب آن، می‌تواند با این باور که بیماری جدی‌ای وجود دارد یا درد می‌تواند غیر قابل کنترل شود، مرتبط باشد و این ادراک‌ها و باورها، اغلب به احساس ناامیدی، خودکارآمدی پایین و کناره‌گیری منتهی می‌شود [۳۲]. بنابراین، با توجه به شواهدی که در زمینه اهمیت مفهوم پذیرش در بهبود کارکردهای روانشناختی، کاهش تجربه درد و سازگاری بهتر با شرایط و مشکلات جسمانی افراد وجود دارد و با توجه به اینکه کمردرد مزمن یکی از شایع‌ترین انواع درد هاست و در زنان نسبتاً شایع‌تر است و همچنین از آنجا که تا کنون در ایران پژوهشی که به طور اختصاصی و به شیوه‌ای تجربی، تأثیر درمان‌های مبتنی بر پذیرش را بر کمردرد مزمن مورد بررسی قرار دهد، انجام نشده است، هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان شدت درد در زنان مبتلا به کمردرد مزمن بود.

## روش

**طرح پژوهش:** با توجه به اینکه پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان درد مزمن زنان مبتلا به کمردرد مزمن انجام شد، 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 و پیگیری با گروه کنترل استفاده شد.

**آزمودنی‌ها:** جامعه آماری این پژوهش را کلیه 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

تکلیف‌نشستن-ایستادن) پیشرفت بیشتری داشتند [۲۶] و زمانی که راهنمایی و آموزش مبتنی بر پذیرش کوتاه مدت ارائه گردید، بیماران مبتلا به کمردرد مزمن، در آزمونه‌های اختلالات جسمانی که توسط متخصص فیزیوتراپی انجام می‌شد، عملکرد بهتری نشان دادند [۹]. بعلاوه، به کارگیری این شیوه درمانی، علاوه بر کاهش شدت درد بیماران، باعث افزایش کیفیت زندگی و کاهش میزان اضطراب و افسردگی آنها نیز شده است [۱۷، ۲۷]. در مطالعه دیگری نیز، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، از طریق تکمیل یک کتاب کمکی بر روی ۶ شرکت‌کننده دارای درد مزمن که به صورت تلفنی نیز حمایت می‌شدند، اجرا گردید؛ اگر چه در این مطالعه متغیرهای مداخله‌گر به طور دقیق مورد کنترل قرار نگرفت، اما نتایج نشان داد که در مقایسه با ۸ شرکت‌کننده گروه کنترل، شرکت‌کنندگانی که کتاب و تمرینات آن را کامل کرده بودند، ارتقای کیفیت زندگی، کاهش افسردگی و اضطراب و کاهش شدت درد را داشتند [۲۸]. تأثیر این شیوه درمانی در مطالعات موردی نیز مورد بررسی قرار گرفته است. برای نمونه، ویکسل، داهل، مگناسن و اولسون<sup>۱</sup> [۲۹] در یک مطالعه موردی، درمان مبتنی بر پذیرش تعهد را برای توانبخشی یک دختر نوجوان ۱۴ ساله مبتلا به یک نوع درد کلی ناشناخته و ناتوان‌کننده به کار گرفتند و دریافتند که به کارگیری این شیوه درمانی می‌تواند کارکردهای روزانه بیمار را بهبود بخشیده و سطوح تجربه درد را در وی کاهش دهد. در مطالعه موردی دیگری نیز، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با درمان شناختی-رفتاری به منظور درمان یک زن ۷۰ ساله مبتلا به درد مزمن ترکیب شد و مشخص گردید که این مداخله ترکیبی در کاهش معنادار شدت درد، افزایش کیفیت خواب و پذیرش درد مؤثر بوده است [۳۰]. همچنین، در مورد انواع دیگر درمان‌های روانشناختی، لامب<sup>۲</sup> و همکاران [۱] و لامب و همکاران [۳۱] در پژوهش‌های خود دریافتند که درمان شناختی-رفتاری<sup>۳</sup> که هدف آن افزایش سطح فعالیت، مدیریت فاجعه آفرینی، کاهش واکنش‌های ترس-اجتناب و بهبود مهارت‌های سازگاری است، روش درمانی بالقوه

1- Wicksell, Dahl, Magnusson, & Olsson  
2- Lamb  
3- Cognitive- Behavioral Therapy (CBT)

۰/۷۰ و ۰/۸۳ به دست آمد. همچنین، میزان حساسیت پرسشنامه ۰/۳۶ و میزان ویژگی آن ۰/۵۲ محاسبه شد. در این پژوهش از نمره کل درد استفاده شده است.

**روند اجرای پژوهش:** روش اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از انتخاب نمونه مورد نظر و گمارش تصادفی شرکت کنندگان در دو گروه آزمایش و کنترل، پرسشنامه پژوهش 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 آن داده شد؛ سپس آنها به صورت انفرادی به پرسشنامه پاسخ دادند. تمام اطلاعات کسب شده در این مطالعه محرمانه بود و به شرکت کنندگان، این اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه و بدون نام می باشد. پس از تکمیل پرسشنامه، شرکت کنندگان گروه آزمایش علاوه بر درمانهای همیشگی خود، در جلسات مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی که به صورت ۸ جلسه یک ساعته و دو بار در هفته برگزار شد نیز، شرکت کردند؛ در حالی که، شرکت کنندگان گروه کنترل، تنها درمانهای همیشگی خود را دریافت کردند. پس از پایان جلسات نیز مجدداً پرسشنامه پژوهش توسط شرکت کنندگان هر دو گروه تکمیل شد. همچنین ۲ ماه پس از پایان جلسات نیز از همه شرکت کنندگان آزمون پیگیری به عمل آمد.

همانگونه که اشاره شد، شیوه درمانی مورد استفاده در این پژوهش، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بود. مداخلات درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، به عنوان درمانهای شناختی-رفتاری موج سوم شناخته می شوند و در آنها تلاش می شود به جای تغییر شناخت ها، ارتباط روانشناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. هدف این شیوه درمانی، کمک به مراجع برای دستیابی به یک زندگی ارزشمندتر و رضایت بخش تر از طریق افزایش انعطاف پذیری روانشناختی است. در پژوهش حاضر، این مداخله درمانی بر اساس راهنمای درمانی واولز و سورل<sup>۶</sup> [۳۵] طرحریزی شد. همچنین به منظور تأیید روایی محتوایی بسته درمانی و تطابق آن با اهداف پژوهش، با توجه به اینکه این بسته درمانی کاملاً استاندارد بوده و در مجامع و مؤسسات روانشناسی بالینی خارج از کشور مورد

مزمین را دریافت کرده بودند و دچار اختلال همزمان نبودند، به روش نمونه گیری 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 گرفتند و پرسشنامه ها 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) عدم مصرف داروهای مسکن برای تسکین درد؛ ۴) دامنه سنی زنان مورد مطالعه بین ۲۵ تا ۵۰ سال و ۵) حداقل تحصیلات دیپلم. همچنین، معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از: ۱) سن پایین تر 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.

## ابزار

۱- پرسشنامه غربالگری چندبعدی درد؛ پرسشنامه غربالگری چندبعدی درد، دارای ۱۷ سؤال بوده و ۴ بعد تداخل درد، شدت درد، کنترل زندگی مرتبط با درد<sup>۴</sup> و پریشانی عاطفی مرتبط با درد<sup>۵</sup> را دربر می گیرد. این پرسشنامه در طیف ۶ گزینه ای اصلاً تا به شدت نمره گذاری می شود. نمرات بالاتر بیانگر تداخل درد، شدت درد و پریشانی عاطفی مرتبط با درد بدتر، و نمرات بالا در زیرمقیاس کنترل زندگی مرتبط با درد، بیانگر کنترل زندگی بالاتر می باشد [۳۳]. این مقیاس برای نخستین بار توسط سجادیان و همکاران [۳۴] به فارسی ترجمه و روی یک نمونه ایرانی (که به صورت تصادفی از زنان شهر اصفهان انتخاب شده بودند) اجرا شد و به روش تحلیل عاملی، روایی سازه آن تأیید گردید. همچنین، ضریب پایایی کل آن ۰/۹۲ و برای ابعاد تداخل درد، شدت درد، کنترل زندگی مرتبط با درد و پریشانی عاطفی مرتبط با درد به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۹۱، ۰/۷۷،

- 1- Multidimensional pain inventory-screening (MPI)
- 2- Pain Interference (PI)
- 3- Pain Severity (PS)
- 4- Life Control related to pain (LC)
- 5- Affective Distress related to pain (AD)

6- Sorrel

قالب یک کلاس غیر رسمی ارائه شد تا صحت فهم آن تأیید گردد، بعد از این مرحله، بسته درمانی به طور مستقیم مورد استفاده قرار گرفت که شرح جلسات آن به طور خلاصه در جدول ۱ آمده است.

تأیید قرار گرفته بود، متن بسته درمانی در اختیار پنج نفر از متخصصین روانشناسی بالینی مسلط به زبان انگلیسی و آشنا با موضوع قرار داده شد تا صحت ترجمه بسته درمانی را تأیید نمایند؛ سپس متن آن به چند تن از دانشجویان در

#### جدول ۱) شرح محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	شرح
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 و 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 ارزش ها، 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 و اجرای پس آزمون.

آزمون، نتایج تحلیل کوواریانس در مرحله پس آزمون و پیگیری آورده شده است.

جدول ۲) شاخص های توصیفی مربوط به پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نمرات درد در شرکت کنندگان

#### پژوهش

گروه ها	مراحل	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	پیش آزمون	۳۶/۱۴	۱۹/۶۹
	پس آزمون	۳۲/۵۲	۱۳/۷۱
	پیگیری	۳۲/۱۳	۱۳/۶۲
کنترل	پیش آزمون	۳۶/۰۰	۱۹/۲۶
	پس آزمون	۳۶/۸۹	۱۸/۷۹
	پیگیری	۳۶/۲۵	۱۸/۴۶

در جدول ۱ مقادیر میانگین و انحراف استاندارد مربوط به نمرات درد شرکت کنندگان گروه های آزمایش و کنترل، در هر سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری آورده شده است. چنانکه ملاحظه می شود، میانگین نمرات درد در گروه آزمایش، در مرحله پیش آزمون ۳۶/۱۴، در پس آزمون ۳۲/۵۲ و در مرحله پیگیری ۳۲/۱۳ است. که کاهش محسوسی را نشان می دهد. در حالی که میانگین نمرات گروه کنترل در مرحله پیش آزمون ۳۶/۰۰، در مرحله پس

با توجه به اینکه پژوهشگر قصد داشت، تأثیر روش پذیرش و تعهد درمانی را بر متغیر وابسته، یعنی، درد مزمن زنان مبتلا به کمردرد مزمن در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری مورد بررسی قرار دهد، 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 آزمون های پارامتریک، از آزمون تحلیل واریانس با اندازه های مکرر استفاده شد و به منظور سرعت و دقت بیشتر، کلیه عملیات آماری با استفاده از بسته آماری برای علوم اجتماعی (SPSS)، نسخه ۲۱ انجام شد.

#### یافته‌ها

در این بخش، ابتدا شاخصهای توصیفی مربوط به نمرات درد شرکت کنندگان پژوهش شامل میانگین و انحراف استاندارد نمرات هر دو گروه در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری آمده و در قسمت آمار استنباطی، به منظور بررسی میزان اثربخشی مداخله صورت گرفته و تعیین معنادار بودن تفاوت میان گروه های آزمایش و کنترل در زمینه درد مزمن و همچنین به منظور کنترل اثر پیش

پس آزمون و پیگیری، از روش تحلیل واریانس با اندازه های مکرر بهره گرفته شد که نتایج آن در جدول ۲ آمده است. لازم است اشاره شود که پیش از اجرای این آزمون، پیش فرضهای نرمال بودن و همسانی واریانس ها در مورد متغیرهای پژوهش مورد بررسی قرار گرفته و تأیید شدند.

جدول (۳) نتایج تحلیل واریانس با اندازه های مکرر: مقایسه میانگین نمرات درد مزمین گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
عامل	۱۵۰۰۱۸/۸۲	۱	۱۵۰۰۱۸/۸۲	۲۱۸/۴۶	۰/۰۱	۰/۸۵	۱
عامل* گروه	۳۴۷/۳۲	۱	۳۴۷/۳۲	۰/۵	۰/۰۱	۰/۴۸	۱
خطا	۲۶۰۹۳/۹۷	۳۸	۶۸۶/۶۸				

مداخله درمانی می‌باشد. در مطالعه حاضر، هیچ مداخله مستقیمی از جمله مداخله دارویی برای کاهش میزان درد افراد صورت نگرفت بلکه هدف، تمرکز بر انعطاف پذیری روانشناختی افراد (مانند توانایی انتخاب رفتار مبتنی بر ارزش) بود. یافته‌های حاصل از این پژوهش، با نتایج پژوهش‌های گذشته که تأثیر درمان‌های مبتنی بر پذیرش را بر انواع دردهای مزمن مورد بررسی قرار داده اند، هماهنگ است و یافته‌های آنها را مورد تأیید قرار می‌دهد [۱۷، ۲۶-۳۰]. همانند پژوهش حاضر، تقریباً همه این مطالعات نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند شیوه درمانی مناسبی برای کاهش شدت درد بیماران مبتلا به دردهای مزمن بویژه کمردرد مزمن باشد و به آنها در سازگاری بهتر با مشکلات و ناتوانی‌های جسمانی شان کمک کند.

بر اساس یافته‌های این مطالعه، شیوه درمانی مورد استفاده، باعث ایجاد تفاوت معنادار در میزان درد شرکت کنندگان گروه آزمایش در هر سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در مقایسه با گروه کنترل شده است. در واقع این شیوه درمانی، درد شرکت کنندگان گروه آزمایش را در دو مرحله پس آزمون و پیگیری کاهش داده است. در توجیه این یافته و همانگونه که ویکسل<sup>۱</sup> و همکاران [۱۷] نیز در پژوهش خود اشاره کرده اند، در درمان، یک درمانگر رویکرد پذیرش و تعهد، به دنبال یاری رساندن به بیمار در شناسایی ارزش‌های شخصی است که مسیری مهم در

آزمون ۳۶/۸۹ و در مرحله پیگیری ۳۶/۲۵ است که تغییر چندانی نداشته است. بنابراین به منظور تحلیل دقیق تر تفاوت موجود و اینکه آیا این تفاوت از نظر آماری نیز معنادار است یا خیر، و همچنین به منظور بررسی تفاوت میان نمرات شرکت کنندگان در سه مرحله پیش آزمون،

جدول ۲، نتایج تحلیل واریانس با اندازه های مکرر را برای نمرات درد مزمین دو گروه آزمایش و کنترل در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نشان می‌دهد. با توجه به مندرجات جدول، بین نمرات آزمودنیها در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری رابطه معنادار وجود دارد ( $P = ۰/۰۱$ ) (ردیف عامل در جدول). همچنین با توجه به جدول ۱ میانگین نمرات درد مزمین گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به ترتیب، ۳۶/۱۴، ۳۲/۵۲ و ۳۲/۱۳ است که نشان دهنده کاهش شدت درد در شرکت کنندگان گروه آزمایش در مرحله پس آزمون و پیگیری است. همچنین میزان اندازه اثر در این مورد برابر ۰/۸۵ است، یعنی ۸۵ درصد تغییرات نمرات پس آزمون و پیگیری، مربوط به مداخله درمانی صورت گرفته بوده است. مقدار توان آماری نیز که با حجم نمونه رابطه مستقیم داشته و می‌تواند معرف بودن نمونه و امکان تعمیم نتایج را مشخص سازد، یک است که بیانگر کفایت حجم نمونه، برای نتیجه‌گیری در مورد تأیید یا رد فرضیه است.

## بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان درد مزمین زنان مبتلا به کمردرد مزمن انجام شد و یافته‌ها نشان داد که، به کارگیری این شیوه درمانی، میزان کلی درد را در زنان مبتلا، به طور معناداری کاهش داده است. بعلاوه، مشخص شد که تأثیر این درمانها دو ماه پس از پایان جلسات درمانی نیز، دوام داشته است. میزان اندازه اثر، بالا و نشانه اثربخشی مناسب

1- Wicksell

آموزش این شیوه درمانی به بیماران استفاده کردند، اما به نتایج مشابهی دست یافتند. مطالعه موردی ویکسل، داهل، مگناس و اولسون [۲۹] نیز بیانگر اثربخش بودن این شیوه درمانی در کاهش درد و بهبود کارکردهای روزانه بیماری بود که به نوعی درد مزمن ناشناخته مبتلا بود.

از سوی دیگر در مورد تداوم تأثیرات این شیوه درمانی بر کاهش درد شرکت کنندگان باید گفت، بنابر نظر مک کراکن و واولز [۳۶]، پذیرش درد مزمن می‌تواند به عنوان یک دامنه رفتاری با دو مؤلفه در نظر گرفته شود. مؤلفه نخست مربوط به پیگیری فعالیت‌های زندگی به شیوه‌ای طبیعی است؛ حتی هنگامی که درد در حال تجربه شدن است؛ این تمرکز چیزی بیش از یک فرآیند ذهنی است؛ زیرا مستلزم آن است که فرد در فعالیت‌های مثبت و کاربردی، تحت تأثیر شرایط مجزا از درد، درگیر شود. مؤلفه دوم مستلزم این شناخت است که اجتناب و کنترل درد، راهکارهای ناکارآمدی هستند و بودن در زمان حال، برای بیماران گزینه‌ای جهت حرکت مداوم از مبارزه برای کنترل درد به سوی گونه‌ای از زندگی که خواستار آند و دستیابی به اهداف ارزشمند را پدید می‌آورد [۱۴]. این بدان معنا است که شخصی که درد دارد، تلاش‌های بی‌فایده برای کنترل درد را رها کرده، و به گونه‌ای عمل کند که گویا درد لزوماً به معنای ناتوانی نیست و بتواند با وجود درد تلاش‌های خود را به سوی یک زندگی رضایت بخش معطوف کند و این امر می‌تواند تداوم تأثیرات این شیوه درمانی را تا مدت‌ها پس از پایان جلسات درمان توجیه کند.

با وجود اینکه نتایج این پژوهش بیانگر اثربخش بودن روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش تجربه درد بیماران مبتلا به کمردرد مزمن و سازگاری بهتر آنان با شرایط جسمانی شان بود، اما تعمیم این نتایج به دیگر گروه‌های جامعه با محدودیت‌هایی روبرو است. برای نمونه، نتایج این پژوهش را نمی‌توان به جامعه مردان و همچنین زنان در سنین دیگر تعمیم داد؛ بعلاوه، تعمیم نتایج، به بیماران با دیگر دردهای مزمن باید با احتیاط صورت گیرد. همچنین، به دلیل اینکه بیماران شرکت کننده در این پژوهش، از درمانگاه‌ها و مطب‌های خصوصی شهر اصفهان انتخاب شدند و انتخاب کاملاً تصادفی شرکت کنندگان امکان پذیر نبود، تعمیم نتایج حاصل از این مطالعه

زندگی او به شمار می‌رود (مانند: یک دوست دلسوز بودن) و به بیمار برای هدایت تلاش‌های خود جهت رسیدن به این هدف کمک می‌کند و قرار گرفتن در معرض تجارب شخصی اجتناب شده پیشین، با تأکید بر مجموعه رفتار گسترده تر و انعطاف پذیرتر، هسته مداخله در نظر گرفته می‌شود. بر طبق دیدگاه هایس [۱۳] افکاری مانند "اگر کار کنم، دردم بیشتر می‌شود"، نیرومند هستند و تمایل دارند بر مسیری تأکید داشته باشند که از ارزش‌های بیان شده ای، مانند "فوتبال بازی کردن و بخشی از تیم بودن" به دور اند. بنابراین، با کمک به بیمار برای درک و شناخت تجربه‌های شخصی درد، آنگونه که هستند، درمانگر بدون بحث در مورد اینکه آیا افکار درست هستند یا با تجزیه و تحلیل کارکردی پیامدهای عمل، بر اساس افکار، تلاش می‌کند به بیماران کمک کند تا خود را از افکار دور نگه داشته یا آنها را خنثی کند. در طول درمان، به بیمار آموزش داده می‌شود که ذهن آگاه تر باشد، تا به تدریج، دیدن و شناختن تجربیات ناخوشایند را به شیوه‌ای بدون داوری، بدون طول و تفصیل، و بدون کنترل فراگیرد. با این مهارت، بیماران پس از این به نحو بهتری می‌توانند اهداف خود را شناسایی و دنبال کنند و مانند شخصی نباشند که رویدادهای روانی (مانند: درد و ترس از درد پیش بینی شده) او را کنترل می‌کند و بنابراین بهتر می‌توانند با مشکل خود سازگار شده و درد و ناراحتی جسمانی کمتری را تجربه کنند. همچنانکه مک کراکن و زائو-ویراین<sup>۱</sup> [۲۲] و مک کراکن، گانتلت-گیلبرت و اکلسون<sup>۲</sup> [۲۱] در پژوهش‌های خود نشان دادند که پذیرش درد، به طور معناداری با شدت درد و ناراحتی جسمانی کمتر در بیماران مبتلا به درد مزمن ارتباط دارد؛ همچنین، همانند پژوهش حاضر، پژوهش‌های میسون، متیاس و اسکوینگتون<sup>۳</sup> [۲۷] و ویکسل و همکاران [۱۷] به این نتیجه رسیدند که به کارگیری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش شدت درد بیماران و همچنین بهبود کیفیت زندگی شان می‌شود. جانستون<sup>۴</sup> و همکاران [۲۸] نیز با وجودی که از یک کتاب کمک به خود<sup>۵</sup> برای

1- Zhao-O'Brien

2- Gauntlett-Gilbert &amp; Eccleston

3- Mason, Mathias, &amp; Skevington

4- Johnston

5- self-help book



Diagnosis and treatment. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000.

4- 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.

5- Maniadakis N, Gray A. The economic burden of back in the UK. *Pain*. 2000; (84):95-103.

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- 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.

8- White CA. Cognitive behavioral therapy for chronic medical problem. New York: Willey; 2001.

9- Vowles K, McNeil D, Gross R, McDaniel M, Mouse A. Effects of pain acceptance and pain control strategies on physical impairment in individuals with chronic low back pain. *Behav Ther*. 2007; (38):412-25.

10- Nezir AY, Scaramozzino P, Andersen OK, Dickenson AH, Arendt-Nielsen L, Curatolo M. Reference values of mechanical and thermal pain tests in a pain-free population. *Eur J Pain*. 2011; (15):376-83.

11- Gatchel RJ, Peng YB, Peters ML, Fuchs PN, Turk DC. The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions. *Psychol Bull*. 2007; (133):581- 624.

12- Roditi D, Robinson ME. The role of psychological interventions in the management of patients with chronic pain. *Psychol Res Behav Manag*. 2011; (4):41-9.

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

14- Hayes SC, Bissett RT, Korn Z, Zettle RD, Rosenfarb I, Cooper L, et al. The impact of acceptance versus control rationales on pain tolerance. *Psychol Rec*. 1999; (39):33-47.

15- 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.

16- Vowles KE, McCracken LM. Acceptance and values-based action in chronic pain: a study of treatment effectiveness and process. *J Consult Clin Psychol*. 2008; 76(3):397-407.

17- Wicksell RK, Ahlqvist J, Bring A, Melin L, Olsson GL. Can exposure strategies improve functioning and life satisfaction in people with

به همه افراد مبتلا به کمردرد شهر اصفهان و همچنین کل کشور باید با احتیاط صورت گیرد. بعلاوه، اگرچه در این مطالعه از یک طرح آزمایشی دو گروهی استفاده شد، اما می‌توان مهمترین کاستی آن را ضعف تعداد گروه‌ها به لحاظ آزمایشی و نبودن گروه شبه آموزشی (دارونما) عنوان کرد که اگر در قالب طرح چهار گروهی سولومون یا پنج گروهی به همراه گروه شبه آموزشی اجرا می‌گردید، محقق می‌توانست مقادیر واریانس ناشی از متغیرهای مختلف که بر روایی درونی و بیرونی این مطالعه اثر گذاشته اند را آشکار نماید. با وجود این، یافته‌های حاصل از این پژوهش، در راستای نتایج اکثر پژوهش‌هایی است که در زمینه بهبود درد مزمن بیماران انجام شده است. 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 کاهش تجربه درد بیماران، معنا بخشی به زندگی و افزایش بهزیستی روانشناختی 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 و کمک به آنها برای سازگاری بهتر با درد و ناراحتی‌های جسمانی‌شان استفاده کرد؛ لذا پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی، این شیوه درمانی روی دیگر اختلالات جسمانی و روانشناختی و دیگر جمعیت‌های بالینی انجام شود و به منظور تعیین میزان تداوم تأثیرات درمان، آزمونهای پیگیری بلند مدت تری به عمل آید.

## منابع

- 1- Lamb SE, Hansen Z, Lall R, Castelnovo E, Withers EJ, Nichols V, et al. Group cognitive behavioral treatment for low-back pain in primary care: a randomized controlled trial and cost-effectiveness analysis. *Lancet*. 2010; 13(375):916-23.
- 2- Anderson GB. Epidemiological features of chronic low back pain. *Lancet*. 1999; (354):581-85.
- 3- Nachemson A, Waddell G, Morlundm AI. Epidemiology of neck and low back pain. *Neck and Back Pain: The scientific evidence of causes*.

- chronic pain: A case example. *Cogn Behav Pract.* 2005; (12):415-23.
- 30- Lunde LH, Nordhus IH. Combining acceptance and commitment therapy and cognitive behavioral therapy for the treatment of chronic pain in older adults. *Clin Case Stud.* 2009; 8(4):296-308.
- 31- Lamb SE, Mistry D, Lall R, Hansen Z, Evans D, Withers EJ, Underwood MR. Group cognitive behavioural interventions for low back pain in primary care: Extended follow-up of the Back Skills Training Trial. *Pain.* 2012; (153):494-501.
- 32- Turk DC, Rudy TE. Cognitive factors and persistent pain: A glimpse into Pandora's box. *Cogn Ther Res.* 1992; (19):99-122.
- 33- Von Korff M. Epidemiological and survey method: chronic pain assessment. In: Turk DC, Melzack R, editors. *Handbook of pain assessment.* New York: Guilford Press; 1992. p. 225-54.
- 34- Sajjadian I, Neshatdoost HT, Molavi H, Bagherian Sararoudi R, Abrishamkar S. The effect of cognitive-behavioral therapy on pain symptoms and pain catastrophizing among chronic low back pain females. *Interdiscip J Contemp Res Bus.* 2012; 4(8):308-20.
- 35- Vowles KE, Sorrell JT. *Life with chronic pain: An acceptance-based approach, therapist guide and patient workbook.* Translated by F, Mesgarian. Tehran: Ketab Arjmand; 2011. [Persian].
- 36- McCracken LM, Vowles KE. A prospective analysis of pain and values-based action in patient with chronic pain. *Health Psychol.* 2008; (27):215-20.
- chronic pain and whiplash-associated disorders [WAD]? A randomized controlled trial. *Cogn Behav Ther.* 2008; 27(3):169-82.
- 18- McCracken LM, Eccleston C. A prospective study of acceptance of pain and patient functioning with chronic pain. *Pain.* 2005; (118):164-9.
- 19- Baranoff J, Hanrahan SJ, Kapur D, Connor JP. Six month post-treatment deterioration in acceptance (CPAQ-8) and cognitions following multidisciplinary pain treatment. *J Behav Med.* 2014; (37):469-79.
- 20- Baranoff J, Hanrahan SJ, Kapur D, Connor JP. Acceptance as a process variable in relation to catastrophizing in multidisciplinary pain treatment. *Eur J Pain.* 2013; (17):101-10.
- 21- 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. *Eur J Pain.* 2010; (14):316-20.
- 22- McCracken LM, Zhao-O'Brien J. General psychological acceptance and chronic pain: There is more to accept than the pain itself. *Eur J Pain.* 2010; (14):170-5.
- 23- 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.
- 24- Keogh E, Bond FW, Hanmer R, Tilston J. Comparing acceptance and control-based coping instructions on the cold-pressor pain experiences of healthy men and women. *Eur J Pain.* 2005; (9):591-8.
- 25- Viane I, Crombez G, Eccleston C, Devulder J, De Corte W. Acceptance of the unpleasant reality of chronic pain: Effects upon attention to pain and engagement with daily activities. *Pain.* 2004; (112):282-8.
- 26- McCracken LM, Vowles KE, Eccleston C. Acceptance-based treatment for persons with complex, long standing chronic pain: A preliminary analysis of treatment outcome in comparison to a waiting phase. *Behav Res Ther.* 2005; (43):1335-46.
- 27- Mason VL, Mathias B, Skevington SM. Accepting low back pain: is it related to a good quality of life?. *Clin J Pain.* 2008; (24):22-9.
- 28- Johnston M, Foster M, Shennan J, Starkey N, Johnson A. The effectiveness of an acceptance and commitment therapy self-help intervention for chronic pain. *Clin J Pain.* 2010; 26(5): 393-402.
- 29- Wicksell RK, Dahl J, Magnusson B, Olsson GL. Using acceptance and commitment therapy in the rehabilitation of an adolescent female with

## The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on the Rate of Pain Intensity in Women with Chronic Low Back Pain

Irandoost, F. \*M.A., Neshat-Doost, H.T. Ph.D., Nadi, M.A. Ph.D., Safary, S. M.A.

### Abstract

**Introduction:** Acceptance and commitment therapy (ACT) may enhance psychological flexibility and subsequently better coping with chronic pain and its difficulties and disabilities. The present research was conducted to study the effect of Acceptance and Commitment Therapy on the rate of pain intensity in females with chronic low back pain in Isfahan.

**Method:** This study was a semi-experimental research, and a pre-test, post-test, follow-up design with control group was applied. Statistical universe included all women with chronic low back pain in Isfahan. 40 women with chronic low back pain were selected using convenience sampling as well as based on entrance and exist standards from three clinics and private offices of orthopedics and spinal column in "Isfahan and randomly were assigned into two 20 persons control and experimental group. The measurement tool was Multidimensional pain inventory-screening that was completed by the participants in the pre-test, post-test and follow-up stages. Then the experimental group received ACT for 8 one hour sessions. For statistical data analysis, variance analysis with repeated measures is used.

**Results:** Results of data analysis indicated that there is a meaningful decrease in pain intensity in experimental group in pre-test, post-test and follow-up stages.

**Conclusion:** According to the results, this therapy method can decrease the rate of pain intensity in women with chronic low back pain and represents new horizons in clinical interventions and can be used as an appropriate intervention method.

**Keywords:** Acceptance and Commitment Therapy (ACT), Pain Intensity, Chronic Low Back Pain

---

\*Correspondence E-mail:  
froozanirandoost@yahoo.com

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی