

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فاجعه‌پنداری و ناتوان‌کنندگی درد در زنان مبتلا به درد مزمن لگن

معصومه رضائیان^{۱*}، ام‌الله ابراهیمی^۲، مهتاب ضرغام^۳

۱- کارشناس ارشد مشاوره و راهنمایی، دانشگاه آزاد اسلامی خمینی شهر، اصفهان، ایران

masoumeh.rezaeyan@iaukhsh.ac.ir

۲- استادیار روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

a_brahim@med.mui.ac.ir

۳- استادیار اورولوژی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

zargham@med.mui.ac.ir

چکیده

درمان‌های پذیرش و تعهد، یکی از درمان‌های رفتاری نسل سوم در زمینه درمان دردهای مزمن است. این تحقیق، بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فاجعه‌پنداری و ناتوان‌کنندگی درد در زنان مبتلا به درد مزمن لگن و از نوع کارآزمایی بالینی بود. ۲۲ نفر بیمار مبتلا به درد مزمن لگن براساس تشخیص پزشک متخصص و مصاحبه بالینی به صورت در دسترس از میان مراجعه‌کنندگان به درمانگاه الزهرا و نور اصفهان انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان گروهی پذیرش و تعهد قرار گرفت و گروه گواه درمانی دریافت نکرد. نمره‌های پرسشنامه‌های فاجعه‌پنداری و ناتوان‌کنندگی درد در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو ماه پس از درمان توسط روش تحلیل واریانس چندگانه با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد. نتایج نشان داد که درمان گروهی پذیرش و تعهد در زنان مبتلا به درد مزمن لگن، بر اساس مقیاس فاجعه‌پنداری و ناتوان‌کنندگی درد مؤثر بوده است ($p < 0/05$). این تفاوت در دوره پیگیری دو ماهه همچنان پایدار بود.

واژه‌های کلیدی: درد مزمن لگن، فاجعه‌پنداری درد، ناتوان‌کنندگی درد، درمان پذیرش و تعهد.

مقدمه

متفاوت است. علت درد مزمن لگن در زنان مشخص نیست. درد مزمن لگن معمولاً تحت تاثیر یک تعامل پیچیده بین دستگاه گوارش، ادرار، سیستم عصبی - عضلانی - اسکلتی، سیستم درون‌ریز، عوامل روانی، فرهنگی، اجتماعی و عوامل متعدد دیگر قرار دارد (سیلوا و همکاران^۲، ۲۰۱۱).

درد مزمن لگن یکی از مشکلات شایع بهداشتی - پزشکی زنان در جامعه امروز است که به نظر می‌رسد در سنین تولید مثل شیوع بالاتری داشته باشد. این درد در فعالیت‌های روزانه و کیفیت زندگی زنان اثر گذاشته و اثرهای منفی بر سلامت روان و جسم آن‌ها دارد. علاوه بر عوامل ژنیکولوژی، اورولوژیک، گوارشی و عضلانی - اسکلتی، عوامل روانی - اجتماعی به عنوان علایم همراه و علل مؤثر در بروز این مشکل مطرح شده‌اند. به علت پیچیدگی علل بیش از ۶۰٪ بیماران درد مزمن لگن، تشخیص قطعی دریافت نمی‌کنند.

تشخیص و درمان درد مزمن لگن حدود ۱۰٪ از ویزیت متخصصان زنان و زایمان را تشکیل می‌دهد؛ به گونه‌ای که فراوانی این درد در سال ۱۳۸۷ در دو مرکز درمانی شهر تهران ۱۰/۲٪ برآورده شده است. در مطالعه بیمارستان محور دیگری شیوع آن ۳۹٪ گزارش شده است (دهقان منشادی و همکاران، ۲۰۰۹).

مطالعات مختلف نشان می‌دهد که فرآیندهای شناختی و افکار منفی مانند فاجعه‌پنداری^۳ درد یکی از عوامل شناختی است که با ترس از درد و تجربه آن همبسته است. همچنین، فاجعه‌سازی درد، یکی از قوی‌ترین عوامل روان‌شناختی در پیش‌بینی تجربه

بسیاری از متخصصان بر این باورند که درد مزمن یکی از رایج‌ترین رنج‌های بشری است. درد هنگامی مزمن می‌شود که ماه‌ها یا سال‌ها ادامه یافته و اثر فرساینده‌ای بر کیفیت زندگی شخص داشته باشد. این درد علاوه بر رنجی که برای بیمار دارد، تحمیل کننده بهای گزاف برای جامعه است. در آمریکا درد مزمن نزدیک به ۱۰۰ هزار میلیارد دلار در سال هزینه در برداشته است (معافی، ۲۰۰۶).

یکی از دردهای مزمن شایع در زنان درد مزمن لگن^۱ است. درد مزمن لگن به صورت دردی به مدت بیش از ۶ ماه تعریف می‌شود که محل آن در لگن و شدت آن به حدی است که سبب ناتوانی عملکردی شده یا به مراقبت طبی نیاز دارد.

اتیولوژی درد مزمن لگنی اغلب تغییراتی در تنظیمات یا "تنظیم افزایشی" محرکی است که به صورت معمول دردناک نیست و درد خارج از تناسب درجه تخریب بافتی است و با پاسخ فیزیولوژیک خلقی و رفتاری مشخص می‌شود به علاوه، استعداد ژنتیکی، فشار سوء محیطی و وضعیت هورمونی به نظر می‌رسد سبب افزایش حساسیت به درد شده، زمینه‌سازی برای اختلال درد مزمن را افزایش دهد (برک و نوک، ۲۰۱۲؛ به نقل از داوری تنها و همکاران، ۲۰۱۳). درد مزمن لگن معمولاً به عنوان درد مداوم و متناوب در آناتومیک لگن (دیواره قدامی شکم یا زیر ناف) است که به مدت ۶ ماه به طول می‌انجامد و به‌طور انحصاری مربوط به قاعدگی یا مقاربت جنسی نیست و باعث محدودیت در عملکرد جنسی فرد می‌شود. علل این بیماری و میزان شیوع آن از کشوری به کشور دیگر

² Sliva & etal

³ catastrophic

¹ chronic pelvic pain (CPP)

همکاران، ۲۰۰۲؛ به نقل از اورن و ریچنبرگ، ۲۰۰۳).

پژوهش‌های بسیاری نشان داده‌اند که ارتباط شدت درد و ناتوان‌کنندگی درد نمی‌تواند به روشنی توسط عوامل زیست - پزشکی تبیین شود، بلکه ضروری است که عوامل روان‌شناختی، نظیر: وجود خلق منفی، ترس از حرکت، آسیب‌دیدگی مجدد، ترس مرتبط با درد، افکار فاجعه‌آمیز و باورهای خود اثربخشی نیز در این میان بررسی شوند (رضایی و همکاران، ۲۰۱۱).

با توجه به این‌که دردهای مزمن واجد ابعاد روان‌شناختی نیز هست، لذا درمان‌های دارویی به تنهایی کافی نبوده، لازم است درمان‌های غیردارویی به برنامه درمانی اضافه گردد. یکی از این درمان‌ها، پذیرش و تعهد درمانی^۴ است. این روش توسط استیون هایس ایجاد شد و مطالعات تجربی و پشتوانه‌های رو به رشدی از اثربخشی آن به‌ویژه برای کسانی که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی خوبی دارند فراهم کرده است (مک کراکن و گوتیرز-مارتینز^۵، ۲۰۱۱). پذیرش و تعهد درمانی تنها مداخله روانی - تجربی است که در آن راهبردهای پذیرش و ذهن‌آگاهی به همراه تعهد و راهبردهای تغییر رفتار به کار گرفته می‌شود تا انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را افزایش دهد (هایس و همکاران^۶، ۲۰۰۵).

چندین مطالعه سیستماتیک برای پاسخ به این سؤال که آیا پذیرش و تعهد درمانی گروهی فاجعه‌پنداری و ناتوان‌کنندگی درد را کاهش می‌دهد، انجام گرفته است. در این مطالعات

درد بوده است. فاجعه‌آمیز کردن درد با افزایش درد، اضطراب، پریشانی فرآیندهای عاطفی و همچنین، ناتوانی و کاهش روش‌های مؤثر مقابله با درد همراه است (قوشچیان و همکاران، ۲۰۱۱).

واکنش‌های شناختی مانند ترس و فاجعه‌سازی درد، افکاری هستند که سبب تمرکز دائمی بر علائم بدنی و اجتناب از فعالیت می‌شوند که این اجتناب خود، درد و ناتوانی را در فرد تشدید می‌کند (اورن و ریچنبرگ^۱، ۲۰۰۳). در طول زندگی ممکن است عواملی مانند احساسات، سن بیمار و نوع درد بر فاجعه‌پنداری درد اثر بگذارد. در بزرگسالان جوان عموماً فاجعه‌پنداری درد با پاسخ‌های عاطفی نسبت به درد و در افراد مسن‌تر بیشتر با شدت درد همراه است. فاجعه‌سازی درد در نوجوانان بیشتر با علائم افسردگی و سردرد همراه است (ویکسل و همکاران^۲، ۲۰۱۰).

بین ناتوانی جسمی و متغیرهای فاجعه‌انگاره با ترس از حرکت رابطه وجود دارد. بدین ترتیب، عوامل روان‌شناختی قویاً با توانایی و کیفیت زندگی این بیماران مرتبط است (توماس و همکاران^۳، ۲۰۱۰). گذشته از عوامل شناختی - رفتاری منابع اجتماعی مثل شبکه‌های اجتماعی و دریافت حمایت از سوی افراد نزدیک نیز بر پیامدها و عوارض بلند مدت درد مزمن و عملکرد فرد تأثیر می‌گذارد؛ به گونه‌ای که می‌تواند مانع اجتناب از فعالیت‌های اجتماعی و جسمی شود. بدین لحاظ، بیماران واجد حمایت اجتماعی توانستند با این‌که به دردهای نسبتاً شدید مبتلا بودند، انطباق و سازگاری خوبی با بیماریشان پیدا کنند (کیف و

⁴ acceptance and commitment therapy

⁵ McCracken & Gutierrez-Martinez

⁶ Heyes & etal

¹ Oren & Richenberg

² Wicksell & etal

³ Thomas & etal

مدیریت این بیماری بررسی نشده است، ضرورت پژوهش در این خصوص احساس شد. بدین لحاظ، هدف پژوهش حاضر بررسی تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فاجعه‌پنداری و ناتوان‌کنندگی درد، در بیماران مبتلا به درد مزمن لگن بود. با توجه به تحقیقات صورت گرفته، این فرضیه‌ها بررسی شد:

فرضیه ۱. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد فاجعه‌پنداری، درد را در زنان مبتلا به درد مزمن لگن کاهش خواهد داد.

فرضیه ۲. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ناتوان‌کنندگی، درد را در زنان مبتلا به درد مزمن لگن کاهش خواهد داد.

روش پژوهش

این پژوهش از نوع کارآزمایی بالینی بود. با توجه به اهداف، طرح این پژوهش به شکل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه برای دو گروه آزمایش و گواه در نظر گرفته شد. مداخله درمانی (پذیرش و تعهد) برای گروه آزمایش به صورت گروهی اجرا گردید؛ در حالی که گروه گواه این مداخلات را دریافت نکردند و در لیست انتظار قرار گرفتند. با هماهنگی و اخذ معرفی‌نامه از مرکز تحقیقات روان‌تنی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان ۴۸ بیمار زن مبتلا به درد مزمن لگن مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های مراکز پزشکی الزهرا و نور در شهر اصفهان با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و با توجه به ملاک‌های ورود و خروج به عنوان نمونه انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. افراد نمونه توسط متخصصان زنان و مامایی و ارولوزی تشخیص درد

اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر درد مزمن، افسردگی، اضطراب مرتبط با درد، ناتوان‌کنندگی درد، تعداد مراجعات پزشکی، وضعیت کلی سلامتی و عملکرد جسمانی نشان داده شده است. در مطالعه‌ای با حجم نمونه ۱۱۵ نفر در بریتانیا، اثر پذیرش و تعهد درمانی بر درد مزمن بررسی شد.

نتایج نشان داد که پذیرش درد و ارزش‌های فرد به صورت قابل با کاهش درد، ناراحتی مرتبط با درد، اضطراب مرتبط با درد و اجتناب، افسردگی، افسردگی مربوط به تداخل با عملکرد و معلولیت جسمی و روانی همراه بوده است (وولز^۱ و مک کراکن، ۲۰۰۸).

در تحقیقی جدید، اثر بخشی پذیرش و تعهد درمانی در ارتباط با دردهای مزمن مطالعه شد. نتایج نشان داد که سطح افسردگی، اضطراب مربوط به درد و ناتوانی جسمی، روانی - اجتماعی و پزشکی شرکت‌کنندگان در این پژوهش پس از درمان به شکل قابل ملاحظه‌ای کاهش یافته است (مک‌کراکن و گوئیرز - مارتینز، ۲۰۱۱).

شواهدی از اثربخشی پذیرش و تعهد درمانی بر افسردگی مزمن، اضطراب، تشنج، لرزش‌های روانی و فشارهای زناشویی (باسلت و هال^۲، ۲۰۱۱)، کیفیت زندگی، افسردگی و شدت درد در کودکان مبتلا به درد مزمن (ویکسل و همکاران، ۲۰۱۱)، کاهش نگرانی نسبت به انگ بیماری روان‌پزشکی (ماسودا و همکاران^۳، ۲۰۰۷) وجود دارد. با توجه به این‌که درد مزمن لگن یکی از دردهای شایع در بین زنان ایرانی است و به‌کارگیری درمان‌های روان‌شناختی؛ به‌ویژه پذیرش و تعهد درمانی در

¹ Vowles

² Baslet & Hall

³ Masudaa & etal

جلسه سوم: ۱- تمرین آگاهی و بررسی تکلیف منزل؛ ۲- کاوش در مورد ارزش‌ها؛ ۳- تعریف و آموزش پذیرش درد مزمن.

جلسه چهارم: ۱- بررسی تکلیف؛ ۲- روشن‌سازی اهداف و ارزش‌ها؛ ۳- بررسی موانع ارزش‌ها؛ ۴- جایگاه اهداف و معرفی کردن فعالیتی که متعهد می‌شوند؛ ۵- تمرین آگاهی.

جلسه پنجم: ۱- بررسی تکلیف؛ ۲- اندازه‌گیری چرخه فعالیت فرد در طول روز؛ ۳- آموزش فنون ذهن؛ ۴- آگاهی.

جلسه ششم: ۱- بررسی تکلیف؛ ۲- مرور پیشرفت؛ ۳- برنامه‌ریزی برای عمل در مقابل عمل؛ ۴- آگاهی و معرفی ضمیر مشاهده‌کننده؛ ۵- بیرون بردن من از عمل.

جلسه هفتم: ۱- بررسی تکلیف؛ ۲- تعریف میل؛ ۳- تعهد به موانع؛ ۴- آگاهی.

جلسه هشتم: ۱- تعهد؛ ۲- جلوگیری از بازگشت و وقفه‌ها؛ ۳- خداحافظی با گروه؛ ۴- تکلیف مادام‌العمر.

متغیرهای وابسته توسط نمره‌های پس‌آزمون و آزمون پیگیری مقیاس فاجعه‌پنداری درد و شاخص ناتوان‌کنندگی درد بررسی شدند. ابزار اندازه‌گیری متغیرها عبارت بود از:

۱- **مقیاس فاجعه‌پنداری درد^۱**: مقیاس فاجعه‌پنداری یک مقیاس سیزده آیتمی است که فاجعه‌پنداری مرتبط با درد را اندازه می‌گیرد. دامنه نمره‌های از ۰ تا ۵۲ و نمره‌گذاری بر مبنای مقیاس لیکرت است.

نمره این مقیاس حاصل مجموع نمره‌های سه خرده مقیاس درماندگی، بزرگنمایی و نشخوار فکری است. میزان پایایی این مقیاس با استفاده از

مزمین لگن را دریافت کرده بودند. ۲۹ نفر از آن‌ها تمایل خود را برای همکاری در این پژوهش اعلام کردند. بر اثر ریزش تعداد نهایی افراد نمونه به ۲۲ مورد رسید. در گروه آزمایش، ۳ نفر به علل سیستم‌سکپی، تنبلی مثانه و افسردگی حاد از گروه خارج گردیدند. در گروه کنترل، ۴ نفر به دلیل مشکلات خانوادگی و طولانی بودن مسیر به همکاری ادامه ندادند. نهایتاً ۱۲ بیمار در گروه آزمایش و ۱۰ بیمار در گروه کنترل باقی ماندند.

توزیع افراد نمونه بر حسب سن، مدت زمان بیماری و وضعیت تاهل به ترتیب برای گروه آزمایش و کنترل ۲۵-۳۰ سال (۸/۳۳٪، ۱۰٪)، ۳۱-۳۵ سال (۲۵٪، ۲۰٪)، ۳۶-۴۰ سال (۲۵٪، ۴۰٪) و ۴۱ سال و بیشتر (۴۱/۷٪، ۳۰٪)، طول بیماری ۱ سال (۲۵٪، ۲۰٪)، ۲ سال (۳۰٪، ۵۰٪)، ۳ سال (۵۸/۳٪، ۳۰٪)، ۴ سال و بیشتر (۸/۳٪، ۲۰٪) و متاهل و مجرد (۶۶/۷٪، ۶۰٪)، (۳۳/۳٪، ۴۰٪) بود.

پذیرش و تعهد درمانی طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر روی گروه آزمایش اعمال شد. پروتکل درمانی مورد استفاده از وولز و سارل (۲۰۰۶) گرفته شده است.

صورت جلسات آموزش به این شرح بود: جلسه اول: ۱- آشنایی و ایجاد ارتباط با اعضای گروه؛ ۲- توزیع پرسشنامه‌ها؛ ۳- تنظیم ضوابط و مقررات گروه؛ ۴- نظر اجمالی بر درمان و اهداف برنامه؛ ۵- مرور بنیادهای اساسی درمان؛ ۶- تکالیف منزل.

جلسه دوم: ۱- بررسی تکلیف؛ ۲- بررسی روابط میان درد، خلق و انجام کار؛ ۳- معرفی و تعریف آگاهی.

^۱ Pain Catastrophic Scale (PCS)

بود که با استفاده از نرم افزار SPSS-۱۵ بر روی داده‌ها اعمال شد. ابتدا پیش فرض‌ها بررسی شد. برای تعیین نرمال بودن داده‌ها از آزمون کولموگوروف - اسمیرنوف و برای یکنواختی کوارینانس‌ها از آزمون کرویت - ماچلی استفاده شد که در جدول (۱) نمایش داده شده است.

جدول ۱. نتایج آزمون ماچلی در اندازه‌گیری‌های مکرر متغیر فاجعه‌پنداری و ناتوان‌کنندگی درد در دو گروه آزمایش و گواه

متغیر	مؤثر	آماره	درجه	سطح معناداری
فاجعه‌پنداری درد	آزمون‌ها	۰/۹۵	۲	۰/۶۲
ناتوان‌کنندگی درد	آزمون‌ها	۰/۸۵	۲	۰/۲۱

یافته‌ها

فرضیه ۱. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد فاجعه‌پنداری، درد را در زنان مبتلا به درد مزمن لگن کاهش خواهد داد.
فرضیه ۲. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ناتوان‌کنندگی، درد را در زنان مبتلا به درد مزمن لگن کاهش خواهد داد.

آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس‌ها به ترتیب نشخوار فکری ۰/۸۸، بزرگنمایی ۰/۶۷، درماندگی ۰/۸۹ و برای کل مقیاس ۰/۹۲ به دست آمده است (مایر و همکاران، ۲۰۰۸؛ به نقل از داودی و همکاران، ۲۰۱۲). در ایران روایی همگرایی این مقیاس با فرم کوتاه افسردگی بک محاسبه شده و همبستگی مثبت و معنی‌داری ($r=0/46$) بین این دو مقیاس به دست آمده است (داودی و همکاران، ۲۰۱۲).

۲- شاخص ناتوان‌کنندگی درد^۱: این شاخص یک مقیاس هفت آیتمی خود گزارش‌دهی است. این شاخص میزان تأثیری را که درد مزمن بر عملکرد جسمانی و روانی افراد در هفت جنبه مهم زندگی (مسئولیت‌پذیری در قبال خانواده، تفریح، فعالیت اجتماعی، شغل، رفتار جنسی، خودمراقبتی و فعالیت‌های حمایتی زندگی) می‌گذارد، اندازه‌گیری می‌کند. دامنه نمره‌های پاسخ بین صفر (توانایی کامل) تا ۱۰ (ناتوانی کامل) است. بنابراین، نمره کل این پرسشنامه دامنه‌ای بین ۰ تا ۷۰ را شامل می‌شود که نمره‌های بالاتر بر ناتوانی بیشتر فرد دلالت دارند. روایی پیش‌بین و سازه این شاخص در حد بالا و روایی درونی آن ۰/۸۲ گزارش شده است (کاسکاریلا، ۲۰۰۹). پایایی و روایی این شاخص توسط محقق (۲۰۱۲) در ۲۲۸ بیمار مبتلا به دردهای مزمن در شهر اصفهان و یزد بررسی شد.

پایایی شاخص ناتوان‌کنندگی درد با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ و روایی با شاخص اضطراب مرتبط با درد ۰/۴۵ ($p<0/01$) بود.

روش آماری مورد استفاده در این پژوهش تحلیل واریانس چندگانه با اندازه‌گیری‌های مکرر

^۱ Pain Disability Index (PDI)

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمره‌های فاجعه‌پنداری و ناتوان‌کنندگی درد در گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	آزمون	میانگین	انحراف معیار
فاجعه‌پنداری درد	آزمایش	پیش‌آزمون	۳۴/۷۵	۸/۳۴
		پس‌آزمون	۲۴/۲۵	۶/۰۳
		پیگیری	۲۴	۸/۴۳
	گواه	پیش‌آزمون	۳۵/۷	۱۰/۴
		پس‌آزمون	۳۴/۸	۱۱/۲۳
		پیگیری	۳۶/۲	۵/۳۴
ناتوان‌کنندگی درد	آزمایش	پیش‌آزمون	۳۱/۲۵	۱۳/۰۳
		پس‌آزمون	۲۴/۴۱	۱۲/۹۷
		پیگیری	۲۶/۹۱	۱۲/۵۵
	گواه	پیش‌آزمون	۳۴/۹	۱۱/۴۷
		پس‌آزمون	۳۴/۷	۹/۹۱
		پیگیری	۳۶/۲	۷/۹۶

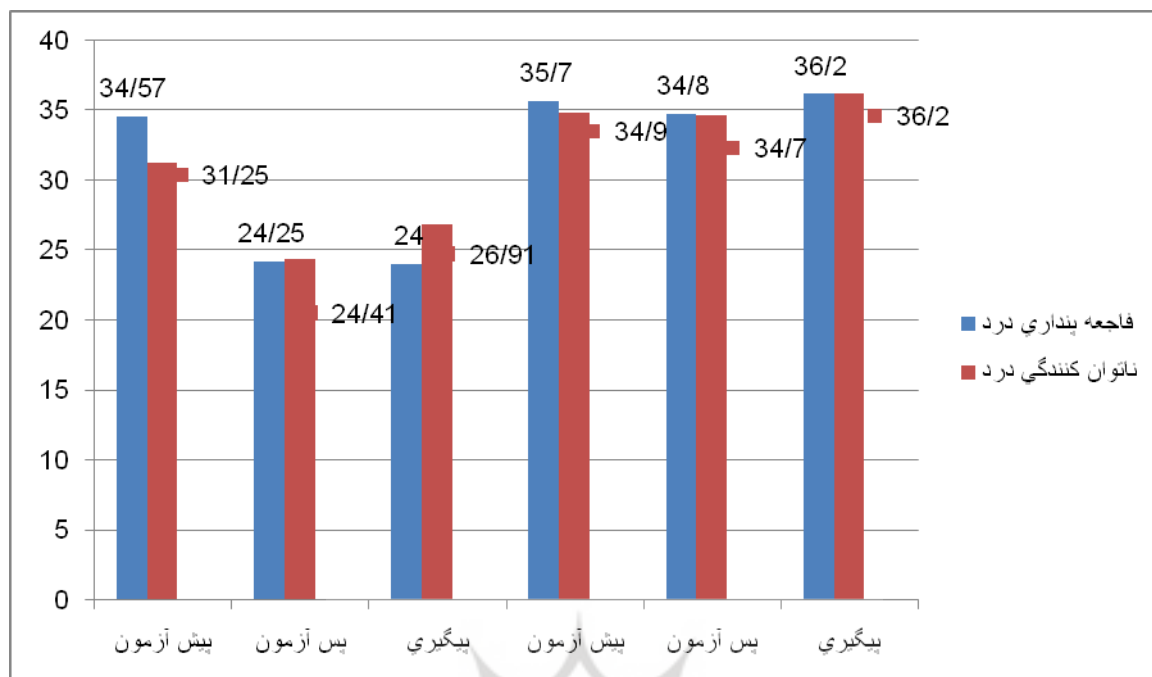
نتایج جدول (۲) نشان می‌دهد که در مرحله پیش‌آزمون میانگین و انحراف معیار فاجعه‌پنداری و ناتوان‌کنندگی درد در گروه آزمایش و کنترل تقریباً نزدیک به هم بوده، اما در مرحله پس‌آزمون و پیگیری میانگین و انحراف معیار گروه آزمایش نسبت به مرحله پیش‌آزمون کاهش پیدا کرده است. در گروه گواه تفاوت معناداری بین مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دیده نمی‌شود.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر در خصوص تعامل عضویت گروهی (گروه آزمایش و گواه) و زمان (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری) بر متغیر فاجعه‌پنداری و ناتوان‌کنندگی درد

متغیر	منبع تغییرات	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجذورات	توان آماری
فاجعه‌پنداری درد	گروه‌ها - آزمون‌ها (Sphericity Assumed)	۲۰۱/۳۱	۳/۲۲	۰/۰۴۹	۰/۱۳	۰/۵۸
ناتوان‌کنندگی درد	گروه‌ها - آزمون‌ها (Sphericity Assumed)	۶۹/۷۶	۳/۴۷	۰/۰۴۱	۰/۱۴	۰/۶۱

همان‌طور که نتایج جدول (۳) نشان می‌دهد F مشاهده شده در سطح ($P < 0/05$) تفاوت معناداری را بین دو گروه آزمایش و گواه در میانگین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری فاجعه‌پنداری و ناتوان‌کنندگی درد نشان می‌دهد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت آموزش پذیرش و تعهد درمانی بر کاهش فاجعه‌پنداری و ناتوان‌کنندگی درد در افراد مبتلا به درد مزمن لگن مؤثر بوده است.

نمودار ۱. تعامل اثر زمان (پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری) و گروه (آزمایش و گواه) در فاجعه‌پنداری و ناتوان‌کنندگی درد



جدول ۴. تعامل اثر زمان (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری) بر متغیر فاجعه‌پنداری و ناتوان‌کنندگی درد در دو گروه آزمایش و گواه

متغیر	گروه	آزمون	اختلاف میانگین	انحراف معیار	سطح معناداری
فاجعه‌پنداری درد	آزمایش	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۱۰/۵	۲/۰۱	۰/۰۰۱
		پیش‌آزمون - آزمون پیگیری	۱۰/۷۵	۳/۷۸	۰/۰۱۶
		پس‌آزمون - آزمون پیگیری	۰/۲۵	۳/۳۵	۰/۹۴
	گواه	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۰/۹	۴/۷۳	۰/۸۵
		پیش‌آزمون - آزمون پیگیری	۰/۵	۳/۴۳	۰/۸۸
		پس‌آزمون - آزمون پیگیری	۱/۴	۲/۴	۰/۵۷
ناتوان‌کنندگی درد	آزمایش	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۱۳	۳/۵	۰/۰۰۳
		پیش‌آزمون - آزمون پیگیری	۹/۸	۴/۸	۰/۰۴۹
		پس‌آزمون - آزمون پیگیری	۳/۱۶	۲/۵	۰/۲۳
	گواه	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۰/۲	۱/۴۵	۰/۸۹
		پیش‌آزمون - آزمون پیگیری	۱/۳	۲/۴۴	۰/۶
		پس‌آزمون - آزمون پیگیری	۱/۵	۱/۷۳	۰/۴۱

آزمون پیگیری در سطح ($p < 0/05$) تفاوت معناداری مشاهده می‌شود، اما بین دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری دیده نمی‌شود. به عبارت دیگر، آموزش پذیرش و تعهد درمانی بر فاجعه‌پنداری و ناتوان‌کنندگی درد، در

طبق نتایج حاصل از آزمون تعقیبی LSD که در جدول (۴) نشان داده شده است، در متغیرهای فاجعه‌پنداری و ناتوان‌کنندگی، بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون در سطح ($p < 0/001$) تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین، بین دو مرحله پیش‌آزمون و

با شدت درد همراه است. فاجعه‌پنداری درد در نوجوانان عمدتاً با علایم افسردگی و سردرد همراه است که باعث ناتوانی در افراد می‌گردد (ویکسل و همکاران، ۲۰۱۰).

نتایج پژوهش نشان داد که پذیرش و تعهد درمانی گروهی، فاجعه‌پنداری درد را در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در زنان مبتلا به درد مزمن لگن کاهش داده است ($p < 0/05$). از آنجایی که روش پذیرش و تعهد در درد لگن مؤثر بوده است، احتمالاً می‌تواند در کاهش دردهای دیگر نیز مؤثر باشد.

نتایج این تحقیق با نتایج پژوهش‌های مک کراکن و گوتیرز - مارتینز (۲۰۱۱)، ماسودا و همکاران (۲۰۰۷) هماهنگ و همسوست. همچنین، با نتایج تحقیق ویکسل و همکاران (۲۰۱۱) در خصوص اثربخشی این درمان در کودکان مبتلا به درد مزمن هماهنگ است.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت که پذیرش و تعهد درمانی تماس مؤثر با لحظه حال را مطرح می‌کند و به مراجعان یاد می‌دهد که آنچه را هستند، بدون قضاوت یا ارزیابی نامگذاری و توصیف نمایند. تمرین‌های ذهن‌آگاهی در این نوع از درمان، فرد را به سمت دنیایی هدایت می‌کند که آن را مستقیماً تجربه می‌کند، نه دنیایی که محصول تفکر آنهاست. در واقع، تماس با رویدادها، بدون قضاوت و در اینجا و اکنون رخ می‌دهد (هایس، ۲۰۰۵).

افراد ذهن‌آگاه واقعیات درونی و بیرونی را آزادانه و بدون تحریف ادراک می‌کنند و توانایی زیادی در مواجهه با دامنه گسترده‌ای از تفکرات، هیجان‌ها و تجربه‌ها (اعم از خوشایند و ناخوشایند)

افراد مبتلا به درد مزمن لگن تأثیر دارد. با توجه به نتایج در گروه کنترل بین مراحل پیش و پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

به‌طورکلی، با توجه به نتایج جداول (۲)، (۳) و (۴)، همچنین نمودار (۱) که نشان می‌دهد میانگین فاجعه‌پنداری و ناتوان‌کنندگی درد در دو گروه آزمایش و گواه در پیش‌آزمون تفاوت معناداری نداشته، در حالی که در پس‌آزمون و آزمون پیگیری تفاوت معنادار بین گروه آزمایش و گواه مشاهده شده است، می‌توان نتیجه گرفت که پذیرش و تعهد درمانی بر کاهش فاجعه‌پنداری و ناتوان‌کنندگی درد در زنان مبتلا به درد مزمن لگن مؤثر بوده است، بنابراین، فرضیه‌های ۱ و ۲ تایید شدند.

بحث و نتیجه‌گیری

درمان‌های پذیرش و تعهد درمانی تنها مداخله روانی، تجربی است که در آن راهبردهای پذیرش و ذهن‌آگاهی به همراه تعهد و راهبردهای تغییر رفتار به کار گرفته می‌شود تا انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را افزایش دهد (هایس و همکاران، ۲۰۰۵). فاجعه یک متغیر مرکزی است برای ترس و اجتناب که از طریق آن ارزیابی منفی از درد و ترس از آن باعث افزایش احساس درد در افراد می‌شود. مقابله با این تحریف شناختی که از طریق فاجعه‌پنداری درد رخ می‌دهد، ممکن است مفید باشد. تفسیر مردم از احساس درد و پاسخ‌های آن‌ها نسبت به آن تعیین‌کننده تجربه درد در آنهاست. افکار فاجعه‌ساز درد پیش‌بینی‌کننده افسردگی و ناتوانی عملکرد در آینده است (شوتز و همکاران، ۲۰۱۰). در بزرگسالان جوان فاجعه‌پنداری درد بیشتر با پاسخ‌های عاطفی نسبت به درد و در افراد مسن‌تر

نتایج پژوهش دال و همکاران^۲ (۲۰۰۴) با عنوان اثربخشی پذیرش و تعهد درمانی بر شاخص ناتوان‌کنندگی درد در افرادی با بازنشستگی زودهنگام به دلیل از کارافتادگی، حمایت می‌کند.

همچنین، با نتایج پژوهش‌های ویکسل و همکاران (۲۰۰۵) و وولز و همکاران (۲۰۰۸) مبنی بر اثربخشی روش پذیرش و تعهد درمانی بر کاهش ناتوان‌کنندگی درد همسوست. این یافته‌ها همچنین از نتایج تحقیق توهیگ^۳ (۲۰۱۲) با عنوان اثر پذیرش و تعهد درمانی بر افزایش تحمل و کاهش میزان از کارافتادگی حمایت می‌کند.

در توجیه و تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت افراد مبتلا به دردهای مزمن، فعالیت‌هایی را که درد مزمن در آن‌ها ایجاد می‌کند، به عنوان یک محرک نفرت‌انگیز تفسیر و از این فعالیت‌ها خودداری می‌کنند. به‌طور کلی، ارزیابی منفی از یک فعالیت به عنوان یک محرک منفی باعث می‌شود که فرد بیمار با در نظر گرفتن پیامدهای فعالیت و انتظاراتی که در رابطه با ایجاد و یا افزایش درد با انجام حرکت دارد، از آن امتناع بورزد. بنابراین، رابطه مثبت و قوی بین درد و باورهای منفی، تبیین‌کننده استفاده نکردن از عضو درگیر توسط بیمار و به دنبال آن عدم فعالیت خواهد بود. این حالت را سندرم "از کار افتادن" می‌نامند که در طی آن عملکرد روان‌شناختی و فیزیولوژیک فرد تحت تاثیر از کار افتادگی قرار می‌گیرد (وربان و همکاران، ۲۰۰۳).

در واقع، ارزش‌ها به عنوان انگیزه‌ای برای رفتار عمل می‌کنند و باعث تسهیل پذیرش تجارب و احساسات دردناک می‌شوند. زندگی بر بنیان

دارند (براون و همکاران، ۲۰۰۷؛ به نقل از نجاتی و همکاران، ۲۰۱۲). ماهیت ناسازگارانه فاجعه‌پنداری نیز می‌تواند عامل کمک‌کننده مهمی برای اضطراب مرتبط با درد و رفتارهای ترسی - اجتنابی باشد (لیون و همکاران، ۲۰۰۷).

شاید اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش فاجعه‌پنداری درد بر اساس تبیین براون و ریان قابل توجیه باشد. آن‌ها معتقدند به کارگیری فرآیندهای ذهن‌آگاهی می‌تواند تغییرات چشمگیری در روش استفاده مراجع از توجهش ایجاد نماید.

تمرین‌های ذهن‌آگاهی می‌تواند در برگیرنده توجه متمرکز به خود باشد تا به فرد اجازه دهد به‌جای این‌که رویدادهای ذهنی را به عنوان قسمتی از وجود خود بداند، آن‌ها را مشاهده کند (براون و ریان^۱، ۲۰۰۳). کسانی که افکار فاجعه‌پندارانه دارند، از دیدگاه قضواتی برخوردار بوده، سعی نمی‌کنند که مشکلاتشان را از زوایای گوناگون مورد توجه قرار دهند. آن‌ها از یک دید سختگیرانه نسبت به خود برخوردارند. استفاده از تماس مؤثر با لحظه حال و خود مفهوم‌سازی شده بر نوع افکار این افراد مؤثر بوده است. در جلسات آموزش با استفاده از فنون ذهن و آگاهی و ضمیر مشاهده‌کننده، توجه افراد به افکار و حالات ذهن و همچنین، بودن در زمان حال جلب می‌شود که در نمره‌های پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش این تاثیر دیده می‌شود.

نتیجه دیگر این پژوهش نشان می‌دهد که پذیرش و تعهد درمانی گروهی، ناتوان‌کنندگی درد را در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در زنان مبتلا به درد مزمن لگن کاهش می‌دهد ($p < 0/05$). یافته‌های این تحقیق از

² Dahl & etal

³ Twhig

¹ Brown & Reyan

با توجه به محدودیت‌های ذکر شده، پیشنهاد می‌شود اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی دردهای مزمن در مردان بررسی شود. مراحل پیگیری ۳ تا ۶ ماهه ترتیب داده شود. همچنین، اثربخشی پذیرش و تعهد درمانی در ارتباط با سایر اختلالات سایکوسوماتیک، اختلالات اضطرابی و خلقی مقاوم به درمان آزمایش شود.

پیشنهاد می‌شود براساس یافته‌های این پژوهش، بسته آموزشی تهیه شده و کارگاه‌های آموزشی در حیطه اختلالات سایکوسوماتیک برای دست‌اندرکاران و مراجعان برگزار گردد.

تقدیر و تشکر

نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند از رئیس محترم مرکز تحقیقات روان - تنی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ریاست و کارکنان درمانگاه‌های زنان و ارولوژی مراکز پزشکی نور و الزهرا و بیماران محترم که ما را در انجام پژوهش یاری کردند، تشکر نمایند.

منابع

برک، ج. (۱۳۹۱). *بیماری‌های زنان برک و نوک* (۲۰۱۲). ترجمه فاطمه داوری تنها، نیلی مهرداد، مینو آیرملو، غزال صحرانیان و ندا عباسی، تهران: آرتین طب.

رضایی، س، یوسف‌زاده، ش، افشارنژاد، ط، اصغری مقدم، م، و ضرابی، ه. (۱۳۹۰). تعیین عوامل روان‌شناختی مرتبط بر ناتوانی جسمی در بیماران مبتلا به کمر درد مزمن. *روانشناسی بالینی*، دوره ۳، شماره ۱، صص ۵۳-۳۹.

ارزش‌های فردی باعث تحمل درد، عملکرد خوب و احساس خوب بودن در افراد می‌شود (توهیگ، ۲۰۱۲). وقتی افراد دچار احساس ناتوان‌کنندگی درد هستند، سعی می‌کنند خود را ناتوان هم نشان دهند و در راستای ارزش‌هایشان حرکت نمی‌کنند، بنابراین، به جای آزاد گذاشتن افکار، اجتناب از آن اتفاق می‌افتد. همان‌طور که در پروتکل درمانی به آن اشاره شده است، افراد مبتلا به درد مزمن وقتی دردشان شدید می‌شود، کار کمتری انجام می‌دهند و طالب استراحت بیشتر هستند. این فرایند مساوی است با انباشته شدن کارها برای زمانی که فرد درد کمتری دارد که در نهایت و در طول زمان به ناتوانی فرد منجر خواهد شد. برای جلوگیری از این امر فرد باید به میزان مشخص و ثابتی به چرخه فعالیت خود چه در زمان وجود درد و چه در زمان عدم آن بپردازد که با ارزش‌ها و اهداف او هماهنگ باشد و همچنین، تفکیکی که بین اهداف و ارزش‌ها در جلسات آموزش صورت گرفت برخورد واقع‌بینانه‌تر افراد نسبت به این فرایند، باعث تسهیل فعالیت‌های آنها شد که نمره‌های پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش گویای این مطلب است.

از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به تعداد کم نمونه و همچنین، دامنه سنی جامعه این تحقیق که به سنین ۲۵ تا ۶۰ سالگی مربوط است، اشاره کرد.

بنابراین، در تعمیم نتایج به سایر گروه‌های سنی باید جانب احتیاط را در نظر داشت. همچنین، جامعه آماری این تحقیق را تنها زنان تشکیل می‌دهند، لذا در تعمیم نتایج به سایر گروه‌ها باید احتیاط کرد. دوره پیگیری دو ماهه از دیگر محدودیت‌هاست و لازم است دوره‌های طولانی‌تر پیگیری در برنامه مطالعه قرار گیرد.

- Behavioral Theory of Acceptance of Chronic Pain*. Doctoral Dissertation, University of Akron.
- Dahl, J. Wilson, K.G. and Nilsson, A. (2004). Acceptance and Commitment Therapy and the Treatment of Persons at Risk for Long-Term Disability Resulting from Stress and Pain Symptoms: A Preliminary Randomized Trial. *Behavior Therapy*, 35, (4), 785-801.
- Davoudi, I. Zargar, Y. Mozaffaripour, E. Nargesi, F. and Molah, k. (2012). The Relationship Between Pain Catastrophizing, Social Support, Pain-Related Anxiety, Coping Strategies and Neuroticism, with Functional Disability in Rheumatic Patients. *Health Psychology*, 1, (1), 68-80.
- Dehghan-Manshadi, F. Ghanbari, Z. Forotan, M. Kohpayezade, J. and Moshtagi, Z. (2009). Chronic Pelvic Pain Frequency among a Group of Iranian Employed Women. *Tehran University Medical Journal*, 66, (10), 767-773. Available at: http://tumj.tums.ac.ir/browse.php?a_code=A-10-25-537&slc_lang=fa&sid=1. (Oct/20/2012).
- Ghooshghianghoobmasjedi, S. Dehghani, M. Khorsandi, and M. Farzad, V. (2011). The Role of Fear of Pain and Related Psychological Variables in Prediction of Cesarean Labor. *Arak University of Medical Sciences Journal*, 14, (3), 45-54.
- Heyes, S. C., Strosahl, K. D., and Wilson, K. G. (2005). *A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy*. New York: Acid-Free Paper.
- Leeuw, M. Goossens, M. E. Linton, S. J. Crombez, G. Boersma, K. and Vlaeyen, J.W. (2007). The Fear Avoidance Model of Musculoskeletal Pain: Current State of Scientific Evidence. *Journal of Behavioral Medicine*, 30, (1), 77-94.
- Masudaa, A. Hayesa, S. C. Fletcher, L. B. Seignourel, P. J. Buntinga, K. Herbsta, S. A. Twohiga, M. P. and Lillisa, J. (2007). Impact of Acceptance and Commitment Therapy versus Education on Stigma People with Psychological Disorders. *Journal of Behavior Research and Therapy*, 45, (11), 2704-2772.
- McCracken, L. M. and Gutierrez-Martinez, O. (2011). Processes of Change in دهقانی منشادی، ف، قنبری، ز، فروتن، م، کوهپایه‌زاده، ج، و مشتاقی، ز. (۱۳۸۷). فراوانی درد مزمن لگن در زنان شاغل در دو مرکز درمانی شهر تهران. *مجله دانشگاه علوم پزشکی تهران*، دوره ۶۶، شماره ۱۰، صص ۷۷۳-۷۶۷.
- داودی، ا، زرگر، ی، مظفری‌پور سی سخت، الف، نرگسی، ف، و مولی، ک. (۱۳۹۱). رابطه فاجعه سازی درد، روان رنجورخویی، حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله با ناتوانی عملکردی در بیماران روماتیسمی. *روانشناسی سلامت*، شماره ۱، صص ۷۳-۵۹.
- قوشچیان چوب مسجدی، س، دهقانی، م، خورسندی، م، و فرزاد، و. (۱۳۹۰). نقش ترس از درد و متغیرهای روان‌شناختی مرتبط با آن در پیش‌بینی زایمان سزارین. *روانشناسی سلامت*، شماره ۱۴، صص ۵۴-۴۵.
- معافی، الف. (۱۳۸۴). *طب روان تنی*. تهران: چاپخش.
- نجاتی، و، ذبیح‌زاده، ع، و نیک‌فرجام، م. (۱۳۹۱). رابطه بین ذهن آگاهی و کارکردهای توجهی پایدار و انتخابی. *پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری*، سال دوم، دوره ۲، شماره ۲، صص ۳۱-۴۲.
- Baslet, G. and Hall, J. (2011). Case report: Brief Mindfulness Based Psychotherapeutic Intervention during Inpatient with Conversion and Dissociation, *Clinical Case Studies*, 10, (2), 95-109.
- Brown, K. W. and Ryan, R. M. (2003). The Benefits of Being Present: Mindfulness and its Role in Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 4, (84), 822-842.
- Cascarilla, E. A. (2009). *Chronic Pain-Related Distress & Disability: An Empirical Investigation of a Modern*

- Pons, K. (2003). Disuse and Deconditioning in Chronic Low Back Pain: Concepts and Hypotheses on Contributing Mechanisms. *European Journal Pain*, 7, (1), 9-21.
- Vowles, K. E. and McCracken, L. M. (2008). Acceptance and Values-Based Action in Chronic Pain: A Study of Treatment Effectiveness and Process. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 397-407.
- Wicksell, R. K. Dahl, J. Magnusson, B. and Olsson, G.L. (2005). Using acceptance and commitment therapy in the rehabilitation of an adolescent female with chronic pain: A case example cognitive and behavior practice. *European Journal of Pain*, 12(4), 415-423.
- Wicksell, R. K. Lekander, M. Sorjonen, K. and Olsson, G. L. (2010). The Psychological Inflexibility in Pain Scale (PIPS) – Statistical Properties and Model Fit of an Instrument to Assess Change Processes in Pain Related Disability. *European Journal of Pain*, 14, (7), 771.e1-771.e14.
- Wicksell, R. K. Olsson, G. L. and Hayes, S. C. (2011). Mediator of Change in Acceptance and Commitment Therapy for Pediatric Chronic Pain. *European Journal of Pain*, 12, (152), 2792-2807.
- Psychological Flexibility in an Interdisciplinary Group-Based Treatment for Chronic Pain Based on Acceptance and Commitment Therapy. *Behavior Research and Therapy*, 49, (4), 267-274.
- Moafi, I. (2006). *Psychosomatic Medicine*. Tehran: Chap Pakhsh.
- Nejati, V. Zabihzadeh, A. and Nikfarjam, M. (2012). The Relationship between the Conscious Mind and the Functioning of Sustained and Selective Attention, *Researches in Cognitive and Behavioral Sciences*, 2, (2), 31-42.
- Oron, Y. and Reichenberg, A. (2003). Personality Traits Predict Self-Referral of Young Male Adults with Musculoskeletal Complaints to a General Practitioner. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, (5), 453-456.
- Rezaie, S. Yousef Zadeh, S. Afshar-Negad, T. Asghari-Moghadam, M. and Arrabi, H. (2011). Determination of Psychological Factors Related to Physical Disability in Patients with Chronic Low Back Pain. *Journal of Clinical Psychology*, 3, (1), 39-53. Available at: [http://jcp.semnan.ac.ir/browse.php?a_cod_e=A-10-1-80&slc_lang=fa&sid=1.\(Oct/20/2012\)](http://jcp.semnan.ac.ir/browse.php?a_cod_e=A-10-1-80&slc_lang=fa&sid=1.(Oct/20/2012)).
- Schutze, R. Rees, C. Preece, M. and Schutze, M. (2010). Low Mindfulness Predicts Pain Catastrophizing in a Fear-Avoidance Model of Chronic Pain. *Pain*, 148, (1), 120-127.
- Sliva, G. Nascimento, A. L. Michelazzo, D. Alves, F. F. Rocha, M. G. Lio, R. e. and silva, C. (2011). High Prevalence of Chronic Pelvic Pain in Women in Ribeirao Pret, Brazil and Direct Association with Abdominal Surgery. *Clinics*, 8, 7307-7312.
- Thomas, E. N. Pers, Y. M. Mercier, G. Cambiere, J. P. Frasson, N. Ster, F., Herisson, C. and Blotman, F. (2010). The Importance of Fear, Beliefs, Catastrophizing and Kinesiophobia in Chronic Low Back Pain Rehabilitation. *Medicine*, 53, (1), 3-14.
- Twohig, M. P. (2012). Acceptance and Commitment Therapy: Introduction. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19, (4), 499-507.
- Verbunt, J. A. Seelen, H. A. Vlaeyen, J.W. van de Heijden, G. J. Heuts, P. H. and



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی

The Effect of Acceptance and Commitment Therapy on Catastrophic and Disabling Pain in Chronic Pelvic Pain in Females

* **M. Rezaeian**

master of educational in guidance and counseling, Islamic Azad University of Khomeinishahr, Isfahan, Iran

A. Ebrahimi

assistant professor of clinical psychology, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

M. Zargham

assistant professor of urology, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Abstract:

Acceptance and commitment therapy is a third generation chronic pain therapy. The purpose of this study was to investigate the effectiveness of acceptance and commitment group therapy on catastrophic and disabling pain in chronic pelvic pain in females. This investigation is a randomized clinical trial. Twenty-two (n=22) chronic pelvic pain female patients were selected on the basis of clinical interview in Alzahra and Isfahan Noor Hospitals and were randomly assigned to two experimental and control groups. Acceptance and commitment group therapy was administered to the experimental group in eight 90-minute sessions and the control group did not receive any therapy. Pre-test, post-test and a two months follow-up scores on catastrophic and disabling pain questionnaires were administered to the two groups. The result of repeated measures analysis of variance showed that acceptance and commitment group therapy had a significant effect of catastrophic and disabling pain in chronic pelvic pain in female patients in the experimental group as compared to the control group ($p < 0.05$). The difference in the two-month follow-up period remained stable.

Keywords: chronic pelvic pain, catastrophic, disabling pain, acceptance and commitment group therapy