

# طراحی مقدماتی پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای کودکان مبتلا به درد مزمن (CHACT) و بررسی تأثیر آن بر میزان انعطاف‌پذیری روان‌شناختی کودکان ۷ تا ۱۲ ساله نسبت به درد

سهیلا قمیان<sup>۱</sup>، محمد رضا شعیری<sup>۲</sup>

## مقاله پژوهشی

### چکیده

**زمینه و هدف:** هدف پژوهش حاضر طراحی مقدماتی پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کودکان مبتلا به درد مزمن (CHACT یا Acceptance and Commitment Therapy for Child) و کارآزمایی بالینی اولیه آن بر روی میزان

انعطاف‌پذیری کودکان ۷ تا ۱۲ ساله نسبت به درد، بوده است

**مواد و روش‌ها:** تحقیق حاضر در دو مرحله انجام شد: در مرحله اول، برای طراحی پروتکل، از سویی، منابع مرتبط با درمان پذیرش و تعهد و درمان‌های روان‌شناختی کودکان و از سوی دیگر گرده اولیه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کودکان، به همراه مشورت با اعضای انجمن علوم رفتاری و بافتاری، مورد استفاده قرار گرفت. سپس در مرحله دوم، این پروتکل مورد کارآزمایی بالینی اولیه قرار گرفت. بدین منظور، با توجه به معیارهای درد مزمن، ۲۰ کودک که با توجه به نظر والدینشان آمادگی شرکت در این پژوهش را داشتند، از بیمارستان‌های تخصصی و فوق تخصصی کودکان تهران، به روش نمونه‌گیری در دسترس، انتخاب شدند و در گروه آزمایش (۱۰ نفر) و گروه کنترل (۱۰ نفر)، قرار گرفتند. نسخه‌ی کودک و نسخه‌ی والد پرسش‌نامه‌ی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی نسبت به درد، در مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری اول و پیگیری دوم، در هر دو گروه اجرا شد.

**یافته‌ها:** نتایج، بیانگر تفاوت معنی‌دار ( $p < 0/01$ ) عملکرد حافظه سرگذشتی در سه گروه مورد مطالعه بود. به گونه‌ای که بیماران مبتلا به MS افسرده‌ترین بازایی خاطرات خاص، بیشترین بازایی خاطرات عام و بیشترین تأخیر زمانی برای بازایی خاطرات را داشتند و گروه سالم بیشترین بازایی خاطرات خاص، کمترین بازایی خاطرات عام و کمترین تأخیر زمانی را داشتند.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان گفت که پروتکل CHACT توانسته مؤلفه‌ها و گام‌هایی را برای مداخله بر روی کودکان مبتلا به درد مزمن، نشان دهد و کارآزمایی بالینی آن بر میزان انعطاف‌پذیری این کودکان و والدینشان نسبت به درد مزمن اثربخش بوده است.

**واژه‌های کلیدی:** درد مزمن، پذیرش، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، ارزشمندی

**ارجاع:** قمیان سهیلا، شعیری محمد رضا. طراحی مقدماتی پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای کودکان مبتلا به درد مزمن (CHACT) و بررسی تأثیر آن بر میزان انعطاف‌پذیری روان‌شناختی کودکان ۷ تا ۱۲ ساله نسبت به درد. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۳؛

۵۸۱-۵۹۲: (۴) ۱۲

پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۱۰/۲۲

دریافت مقاله: ۱۳۹۳/۰۵/۰۸

Email: Ghomian\_s@yahoo.com

. دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شاهد، تهران، بزرگراه خلیج فارس، دانشگاه شاهد، دانشکده علوم انسانی (نویسنده مسؤول)

. دانشیار گروه روان‌شناسی بالینی، دکتری تخصصی روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

## مقدمه

درد مزمن کودکان، مشکل توان‌کاهی است که شیوع نسبتاً بالایی در میان کودکان دارد (۴-۱) و اهمیت پرداختن به این موضوع از یک سو به دلیل تأثیراتی که بر روی کودکان (۶-۷، ۵، ۱) و والدین (۸، ۱)، بر جای می‌گذارد و از سوی دیگر با توجه به خلاءهای پژوهشی و برنامه‌های درمانی که در این زمینه مشاهده می‌گردد، قابل توجه است. با توجه به این که درد مزمن، پدیده‌ای چندبعدی است و مؤلفه‌های جسمانی، شناختی و رفتاری را در بر می‌گیرد (۹-۱۰) درمان‌های مرتبط با درد مزمن کودکان هم این ابعاد را در نظر گرفته‌اند (۱۱، ۹). البته این سخن به معنای تناسب ابعاد در آن‌ها و موفقیت آن‌ها در همه ابعاد نیست. از میان این درمان‌ها، درمان شناختی (Cognitive Therapy)، جزء یکی از مؤثرترین درمان‌های روان‌شناختی به شمار می‌آید که متکی بر تکنیک‌های انحراف توجه، توجه برگردانی و توجه و همین‌طور تصویرسازی ذهنی می‌باشد (۹). باید توجه داشت که در دهه‌های اخیر این نوع درمان‌ها شاهد تحولاتی بوده‌اند: از یک طرف به دلیل برخی محدودیت‌های موجود در رویکرد شناختی رفتاری کلاسیک (CBT) یا (Cognitive Behavior Therapy)، از جمله ارتباط کنترل عواطف با پریشانی هیجانی بالاتر (۱۴-۱۲) و از طرف دیگر به دلیل اثربخشی مداخلات مبتنی بر پذیرش (Acceptance) (۱۴-۱۷). بدین خاطر امروزه شاهد پیشرفت چشمگیر درمان‌های موج سوم، از جمله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) یا (Acceptance and Commitment Therapy) هستیم. این نوع درمان تاکنون اثربخشی‌هایی را در حوزه‌ی درمان اختلالات اضطرابی، افسردگی، سایکوز، اختلالات خوردن، استرس و از جمله درد مزمن، نشان داده است (۱۸-۲۰). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در جمعیت بزرگسالان مبتلا به درد مزمن، بر اساس پروتکل مربوطه، نتایج موفقیت‌آمیزی را به دنبال داشته است. اما باید توجه کرد که مطالعه‌ی کنترل شده‌ی کمی در جمعیت کودکان مبتلا به درد مزمن بر اساس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) (۲۱)، صورت گرفته است. یکی از دلایل مهم این کاستی، به فقدان برنامه‌ی منسجم و مشخصی مبتنی بر درمان ACT

برای درد مزمن کودکان باز می‌گردد. صحت این ادعا از چند طریق پی گرفته شده است: (۱) از طریق بررسی پروتکل‌های درمانی انجمن علوم رفتاری بافتاری (ACBS) یا Association for Contextual Behavioral Science (۲) ارتباطات رایانامه‌ای با Hayes، Wilson و در اردیبهشت (دکتر هیز: از اعضای اصلی انجمن علوم رفتاری و بافتاری - دکتر مورل و ویلسون: از اعضای انجمن علوم رفتاری و بافتاری که از مولفین گردهم‌آوردی پروتکل درمان مبتنی و پذیرش کودکان هم به شمار می‌آیند) (۱۳۹۱ و ۳) بررسی پایان‌نامه دکتری (۱۵) و مقاله‌های Dr. Wicksell (موضوع محوری در پایان‌نامه و مقاله‌های او، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بیماران مبتلا به درد مزمن می‌باشد) (۲۴-۲۱، ۱۷) و ارتباط رایانامه‌ای با او در همان تاریخ ذکر شده است. بنابراین هر نوع بررسی روش شناختی به منظور تعیین تأثیر درمان ACT بر برخی از ویژگی‌های مشترک کودکان مبتلا به درد مزمن، نیازمند داشتن یک برنامه‌ی درمانی ویژه برای این مبتلایان می‌باشد. در این راستا، طراحی یک الگوی درمانی مبتنی بر ACT که ویژگی‌های کودکان مبتلا به درد مزمن را آماج قرار دهد، اولویتی اساسی است، امری که در ارتباط رایانامه‌ای یاد شده در بالا، اعضای انجمن علوم رفتاری بافتاری بدان اذعان داشته‌اند. از سوی دیگر باید اشاره کرد که علاوه بر رعایت اصول بنیادین در طراحی، یکی از گام‌های اساسی هر برنامه درمانی طراحی شده، این است که به شواهد بالینی، ولو به شکل مقدماتی، مجهز گردد. بدین خاطر پژوهش حاضر، در گام دوم واری بالینی اولیه درمان طراحی شده مبتنی بر پذیرش و تعهد در مورد کودکان مبتلا به درد مزمن را مورد توجه قرار داده است. بنابراین، با توجه به تمهیدات یاد شده، مسأله‌ی اساسی تحقیق حاضر این است که "ویژگی‌ها، محتوا و گام‌های برنامه‌ی درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد برای کودکان مبتلا به درد مزمن، در توازی با برنامه‌ی درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد برای بزرگسالان، چگونه است؟". سپس این که "آیا به کارگیری اولیه برنامه درمان طراحی شده مبتنی بر پذیرش و تعهد برای کودکان ۷-۱۲ ساله مبتلا به

فوق تخصصی کودکان شهر تهران از قبیل بیمارستان کودکان مفید، مرکز طبی کودکان، بیمارستان کودکان حضرت علی اصغر و بیمارستان بهرامی ( در این مراکز، بخش‌ها و کلینیک‌های اعصاب، جراحی اعصاب، جراحی، خون، روماتولوژی، ارتوپدی و فیزیوتراپی مورد استفاده قرار گرفت) ۲۰ کودک که والدینشان موافق شرکت آن‌ها در این مطالعه بوده و از ملاک‌های شمول برخوردار بودند، انتخاب شدند و در گروه آزمایش (۱۰ نفر) و گروه کنترل (۱۰ نفر)، قرار گرفتند. ملاک‌های شمول این مطالعه عبارت هستند از: (۱) قرار گرفتن در بازه‌ی سنی ۷ تا ۱۲ سالگی، (۲) اشتغال به تحصیل و داشتن وضعیت معمولی - بررسی وضعیت تحصیلی (رد یا موفقیت در آن) توسط روان‌شناس با توجه به شرایط تحصیلی کودکان، (۳) کسب نمره‌ی ۱۳ تا ۲۹ (ناتوانی متوسط) در پرسش‌نامه‌ی ناتوانی عملکرد (FDI یا Function Disability Inventory)؛ اطلاعات مربوط به این پرسش‌نامه در قسمت ابزارهای تحقیق ارائه می‌گردد، (۴) سابقه‌ی ابتلا به درد مزمن به مدت ۶ ماه یا بیشتر بر اساس تشخیص پزشک مربوطه، (۵) توانایی شرکت در جلسات بر اساس تأیید پزشک مربوطه.

**ابزارهای پژوهش:** ابزارهای به کار گرفته شده در این پژوهش به شرح زیر بوده است:

(۱) پرسش‌نامه‌ی اطلاعات دموگرافیک: در این پرسش‌نامه اطلاعاتی در مورد سن، جنسیت، تحصیلات، ملاک‌های درد مزمن (حداقل ۶ ماه سابقه‌ی ابتلا به درد در اکثر مواقع و حداقل ۳ ماه سابقه‌ی اولین فرایند درمانی)، مصرف یا عدم مصرف داروی ضد درد و نوع و میزان داروی ضد درد (در صورت مصرف) و تحصیلات و شغل پدر و مادر.

(۲) پرسش‌نامه‌ی عدم انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در درد (Psychological Inflexibility in Pain یا PIPS Scale) (۲۴).

این پرسش‌نامه از دو عامل اجتناب (Avoidance) (۱۰ آیتیم) و درآمیختگی شناختی (Cognitive fusion) (۶ آیتیم) مرتبط با درد تشکیل شده است که ویژگی‌های روان‌سنجی رضایت‌بخشی هم دارند. خرده مقیاس اجتناب از

درد مزمن می‌تواند میزان انعطاف‌پذیری کودکان را از دیدگاه خودشان و از دیدگاه والدینشان، بهبود بخشد؟"

## مواد و روش‌ها

**نوع تحقیق:** تحقیق حاضر در دو مرحله انجام شده است. بدین خاطر به نوع طرح یاد شده بر اساس دو مرحله اشاره می‌شود: الف) طراحی مقدماتی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای کودکان مبتلا به درد مزمن: پژوهش حاضر در این مرحله پیرو الگوی کتابخانه‌ای/ اسنادی است. ب) واریس کارآزمایی بالینی اولیه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای کودکان مبتلا به درد مزمن: در این مرحله، تحقیق حاضر پیرو الگوی شبه‌تجربی است.

**جامعه آماری و نمونه تحقیق:** جامعه آماری پژوهش حاضر عبارت است از: (۱) جامعه‌ی آماری مربوط به طراحی پروتکل درمانی: برنامه‌های درمان ACT بزرگسالان و کودکان و برنامه‌های درمان‌های رفتاری شناختی کودکان در زمینه‌های متعدد (۲) جامعه‌ی آماری مربوط به کارآزمایی اولیه بالینی: جامعه آماری این مرحله از پژوهش در برگیرنده‌ی کلیه‌ی کودکان ۷-۱۲ ساله مبتلا به دردهای مزمنی بوده است که برای درمان، به کلینیک‌ها و بخش‌های مختلف بیمارستان‌های تخصصی و فوق تخصصی کودکان شهر تهران مراجعه کرده‌اند.

نمونه‌ی پژوهش حاضر عبارت است از: (۱) نمونه‌ی مربوط به پروتکل درمانی: نمونه‌هایی که برای طراحی پروتکل درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد کودکان مبتلا به درد مزمن مورد استفاده قرار گرفت عبارت بودند از: الف) کتب درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۲۶-۲۵)، ب) الگوی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بزرگسالان (۲۷) ج) گرته اولیه الگوی درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد کودکان (۲۸) د) الگوی درمان اضطراب کودکان (۲۹) ه) الگوی درمان وسواس کودکان (۳۰) ی) سایت انجمن علوم رفتاری و بافتاری (۲) نمونه‌ی مربوط به کارآزمایی بالینی: شیوه‌ی نمونه‌گیری این پژوهش بر اساس نمونه‌گیری در دسترس بوده است. از بین مراجعه‌کنندگان به کلینیک و بخش‌های مختلف بیمارستان‌های تخصصی و

درد، رفتارهای خاص مرتبط با اجتناب از درد و پریشانی را مورد سنجش قرار می‌دهد و خرده مقیاس در آمیختگی شناختی، فراوانی افکار تجربه‌شده‌ی بیمار را ارزیابی می‌کند، این افکار در صورتی که به فعل در آیند منجر به رفتارهای اجتنابی می‌شوند. این پرسش نامه بر اساس یک مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرتی از "هیچ وقت حقیقت ندارد" (۱) تا "همواره حقیقت دارد" (۷)، نمره‌گذاری می‌شود و نمرات بالاتر نشان‌دهنده‌ی عدم انعطاف‌پذیری بیشتر است. نتایج مطالعه‌ی ویکسل و همکاران نشان داد که این پرسش‌نامه به تغییرات ناشی از مداخله‌ی مبتنی بر مواجهه و پذیرش حساس است. علاوه بر این عدم تغییر نمرات این مقیاس در گروه کنترل، احتمالاً نشان دهنده‌ی پایایی آزمون باز آزمون این ابزار می‌باشد. نتایج مطالعه‌ی ویکسل و همکاران (۲۰۱۰)، در رابطه با نسخه‌ی بازبینی شده‌ی ۱۲ آئمی این پرسش‌نامه، نشان داد که تحلیل عامل اکتشافی و تاییدی این پرسش‌نامه دو عامل آن را با ۱۲ آئتم (اجتناب، ۸ آئتم و در آمیختگی شناختی، ۴ آئتم)، مورد حمایت قرار داد. همچنین این تحقیق نشان دهنده‌ی همسانی درونی مناسب پرسشنامه و ارتباط قوی با متغیرهای ملاک (مثل ناتوانی و رضایت از زندگی) می‌باشد. اعتبار سازه‌ی این مقیاس از طریق همبستگی بالا با خرده مقیاس‌های پرسش‌نامه‌ی پذیرش درد مزمن (CPAQ یا Chronic Pain Acceptance Questionnaire) و مقیاس ترس از جنبش تامپا (Tampa Scale of Kinesiophobia یا TSK)، مورد حمایت قرار گرفته شد. علاوه بر این نشان داده شده که PIPS ارتباط بین برخی از متغیرها مثل درد و ناتوانی را تعدیل می‌کند و این نشان‌دهنده‌ی کفایت این ابزار در رابطه با بررسی درمان بیماران مبتلا به درد مزمن می‌باشد (۲۲). بعد از ترجمه و بازترجمه‌ی نسخه‌های کودک و والدین این مقیاس توسط محقق و چند روان‌شناس و مترجم، نسخه‌های فارسی این مقیاس تهیه شد و به منظور بررسی مقدماتی اعتبار و پایایی آن، بر روی ۱۱۲ نفر از کودکان مبتلا به درد مزمن و والدین آن‌ها اجرا شد. بر طبق نتایج این مطالعه، میزان آلفای کرونباخ نسخه‌ی کودک این ابزار، ۰/۷۶ و نسخه‌ی والد آن، ۰/۷۸ به دست آمد. همچنین همبستگی مناسبی از دو بار اجرای این

مقیاس و خرده‌مقیاس‌های آن (نسخه‌ی کودک و نسخه‌ی والد)، به دست آمد که میزان این همبستگی در نمونه‌ی کودکان عبارت است از: خرده مقیاس اجتناب ۰/۹۰ (۰/۰۰)، در آمیختگی ۰/۹۳ (۰/۰۰)، نمره کل ۰/۹۲ (۰/۰۰) و در نمونه‌ی والدین عبارت است از: خرده مقیاس اجتناب ۰/۵۵ (۰/۰۹)، در آمیختگی شناختی ۰/۷۹ (۰/۰۰۶)، نمره کل ۰/۹۱ (۰/۰۰). علاوه بر این مشخص شد که نسخه‌ی کودک این ابزار همبستگی منفی و معنی‌داری با تمام خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی (KIDSCREEN) نشان داد (۰/۲۰ - ۰/۳۹) تا ۰/۳۷ - (۰/۰۰). همچنین همبستگی معنی‌داری با برخی از خرده مقیاس‌های آزمون CBCL مثل خرده مقیاس‌های مشکلات عاطفی (۰/۳۵ - ۰/۰۰)، اضطراب - افسردگی (۰/۲۶ - ۰/۱۰) و افسردگی گوشه‌گیری (۰/۴۲ - ۰/۰۰)، نشان داد. نسخه‌ی والد این ابزار، همبستگی منفی و معنی‌داری با برخی از خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی مثل خرده مقیاس بهزیستی جسمانی (۰/۲۷ - ۰/۰۵) و روابط والدین (۰/۲۳ - ۰/۲۰) نشان داد. همچنین این نسخه همبستگی معنی‌داری با برخی از خرده مقیاس‌های CBCL مثل خرده مقیاس مشکلات اضطرابی (۰/۲۳ - ۰/۲۴) نشان داد. بدین ترتیب می‌توان گفت که هر دو نسخه‌ی این ابزار، از اعتبار مقدماتی مناسبی برخوردار بوده‌اند (۳۱).

۳) پرسش‌نامه‌ی ناتوانی عملکرد (FDI) (۳۲) : پرسش‌نامه‌ی FDI، یک مقیاس ۱۵ آئمی است که توانایی کودک را برای فعالیت‌های کارکردی مثل فعالیت‌های مربوط به مدرسه، خانه، تفریح و فعالیت‌های اجتماعی مورد سنجش قرار می‌دهد. فعالیت‌های مورد توجه در این پرسش‌نامه، فعالیت‌هایی مثل خواندن، تماشای تلویزیون، بر بلندی رفتن، انجام تکالیف خانگی و... را در بر می‌گیرد. دو عامل این پرسش‌نامه عبارت هستند از: فعالیت‌های فیزیکی (۸ آئتم) و فعالیت‌های روزمره (غیر فیزیکی) (۷ آئتم). این پرسش‌نامه بر اساس یک مقیاس ۵ درجه‌ای از ۰ "هیچ مشکلی ندارد" تا ۴ "غیر ممکن است"، نمره‌گذاری می‌شود (۳۳). دامنه‌ی نمرات این پرسش‌نامه از ۰ تا ۶۰ می‌باشد که بازه‌ی ۰ تا ۱۲، ناتوانی خفیف یا فقدان ناتوانی، دامنه‌ی ۱۳ تا ۲۹، ناتوانی متوسط و بازه‌ی ۳۰ به بالا، ناتوانی

ملاک‌های شمول و عدم شمول (۳ جایگزینی آزمودنی‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل و انجام پیش تست ۴) اجرای برنامه درمانی CHACT برای گروه آزمایش (۵) انجام پس تست در دو گروه آزمایش و کنترل (۶) انجام پیگیری اول پس از یک و نیم ماه از اتمام درمان (۷) انجام پیگیری اول پس از پنج ماه از اتمام درمان (۸) ورود اطلاعات ناشی از پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری اول و پیگیری دوم و تحلیل آن با توجه به شیوه‌ی تحلیل داده‌ها

**شیوه تحلیل داده‌ها:** در این تحقیق علاوه بر استفاده از آمار توصیفی، از روش مقایسه‌ی میانگین‌های مربوط به تفاضل پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری اول و پیگیری دوم بر اساس آزمون من‌ویتنی، به دلیل عدم برقراری مفروضه‌های آزمون پارامتریک استفاده شده است.

### یافته‌ها

نتایج این پژوهش در دو قسمت ارائه می‌شود:

#### ۱. یافته‌های مربوط به طراحی مقدماتی پروتکل درمانی

با توجه به خلاء پژوهشی موجود در زمینه‌ی روان‌درمانی درد مزمن کودکان، مخصوصاً از منظر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (CHACT) و با توجه به نظرات اعضای انجمن ACBS مبنی بر خلاء پژوهشی موجود در این زمینه، گام اولیه‌ی این پژوهش در جهت طراحی پروتکل CHACT، برداشته شد و حروف اختصاری CHACT برای آن در نظر گرفته شد. این پروتکل بر اساس کتب درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، گرته اولیه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بزرگسالان مبتلا به درد مزمن، الگوی درمان اضطراب کودکان، الگوی درمان وسواس کودکان و با مشورت اعضای انجمن ACBS (از قبیل Wilson, Murrell, Hayes, Wicksell) طراحی گردید. الگوها و محتواهای جلسات کودکان به طور خلاصه در جدول ۱ ارائه گردیده است.

نتایج مربوط به طراحی این پروتکل، در سه قسمت تنظیم شده‌اند. در قسمت نخست، الگوها و محتوای تنظیم شده‌ی مربوط به طراحی کتاب کار درمانگر مدنظر قرار گرفت، در

شدید را می‌سنجد (۳۴). همسانی درونی و پایایی آزمون<sup>۰</sup> بازآزمون مناسبی از این پرسش‌نامه گزارش شده است. پژوهشگران متعدد، برای هر دو نمونه‌ی بالینی و غیربالینی، ویژگی‌های روان‌سنجی مناسبی از این ابزار، نشان داده‌اند (۳۵). بعد از ترجمه و بازترجمه‌ی نسخه‌ی کودک و والد این مقیاس توسط محقق و چند روان‌شناس و مترجم، نسخه‌های فارسی این مقیاس تهیه شد و به منظور بررسی مقدماتی اعتبار و پایایی آن، بر روی ۱۱۲ نفر از کودکان مبتلا به درد مزمن و والدینشان اجرا شدند. نتایج این بررسی، میزان آلفای کرونباخ نسخه‌ی کودک این ابزار را ۰/۸۸ و نسخه‌ی والد آن را ۰/۹۰ گزارش کرد. هم‌چنین همبستگی مناسبی از دو بار اجرای این مقیاس (نسخه‌ی والد و نسخه‌ی کودک)، به دست آمد. در نسخه‌ی کودکان میزان این همبستگی عبارت است از: خرده مقیاس عملکرد روزمره ۰/۹۳ (۰/۰۰)، عملکرد جسمانی ۰/۵۳ (۰/۱۱) و نمره کل ۰/۹۱ (۰/۰۰) و در نسخه‌ی والدین میزان این همبستگی عبارت است از: خرده مقیاس عملکرد روزمره ۰/۹۵ (۰/۰۰)، عملکرد جسمانی ۰/۸۵ (۰/۰۰۲)، نمره کل ۰/۹۲ (۰/۰۰). علاوه بر این مشخص شد که هر دو نسخه‌ی این ابزار همبستگی منفی و معنی‌داری با برخی از خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی (Kidscreen) مثل خرده‌مقیاس بهزیستی جسمانی، حمایت اجتماعی و محیط مدرسه، نشان دادند که میزان این همبستگی در نسخه‌ی کودکان در دامنه‌ی ۰/۲۱- (۰/۲۳) تا ۰/۳۰- (۰/۰۱) و در نسخه‌ی والدین در دامنه‌ی ۰/۲۰- (۰/۴۵) تا ۰/۲۶- (۰/۰۸) قرار می‌گیرد. هم‌چنین این نسخه‌ها همبستگی معنی‌داری با برخی از خرده مقیاس‌های آزمون CBCL مثل خرده مقیاس‌های مشکلات عاطفی، اضطراب-افسردگی و افسردگی گوشه‌گیری، نشان دادند. میزان این همبستگی در نسخه‌ی کودکان در دامنه‌ی ۰/۲۲- (۰/۲۹) تا ۰/۲۶- (۰/۱۱) و در نسخه‌ی والدین در دامنه‌ی ۰/۲۹- (۰/۰۵) تا ۰/۴۱- (۰/۰۰) قرار می‌گیرد. بدین ترتیب هر دو نسخه‌ی این ابزار اعتبار مقدماتی مناسبی را نشان دادند (در دست انتشار).

**شیوه‌ی انجام پژوهش:** (۱) تهیه و آماده‌سازی پروتکل CHACT (۲) انتخاب آزمودنی‌ها بر اساس

همه‌ی چهار مقطع زمانی، تقریباً ثابت مانده است. معنی‌داری و عدم معنی‌داری این وضعیت‌ها در قسمت نتایج استنباطی تحقیق ارایه می‌گردد.

**ب) نتایج استنباطی:** قبل از پرداختن به نتایج یاد شده، مقایسه نمرات متغیر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بر اساس دیدگاه کودکان و والدین در پیش‌آزمون بر اساس آزمون من‌وینتی ارایه شده است: Z مشاهده شده در مورد گروه کودکان به این قرار بوده است: اجتناب،  $-0/37$  -  $0/70$ ، در آمیختگی شناختی،  $0/94$  -  $0/34$ ، نمره کل،  $0/18$  -  $0/85$  و در مورد گروه والدین هم بدین قرار به دست آمد: اجتناب،  $2/46$  -  $0/14$ ، در آمیختگی شناختی،  $0/53$  -  $0/59$ ، نمره کل،  $2/27$  -  $0/23$ ، جداول ۳ و ۴ مقایسه معنی‌داری متغیرها را در دو گروه آزمایش و کنترل در مقاطع متعدد نشان می‌دهد. به طور کلی می‌توان گفت این نتایج نشان دهنده‌ی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کودکان (CHACT) در متغیر انعطاف‌پذیری می‌باشد. بنابراین می‌توان به سؤال دوم تحقیق جواب مثبت داد. با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان گفت که برنامه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کودکان مبتلا به درد مزمن (CHACT)، انعطاف‌پذیری را در کودکان ۷ تا ۱۲ ساله، بهبود می‌بخشد.

قسمت دوم، الگوها و محتوای مربوط به طراحی کتاب کار کودک و در قسمت آخر، الگوها و محتوای مربوط به کتاب کار والدین، مدنظر قرار گرفت. محتوا و اهداف جلسات والدین، مشابه با محتوا و اهداف جلسات کودکان، تنظیم شده است. تکالیف کتاب کار کودکان و والدین هم متناسب با محتوای هر جلسه طراحی شده است.

۲. یافته‌های مربوط به کارآزمایی بالینی اولیه پروتکل طراحی شده:

**الف) نتایج توصیفی:** نتایج توصیفی مربوط به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی این مطالعه حاکی از این است که میانگین (انحراف معیار) سنی افراد گروه آزمایش،  $10/60$  ( $1/7$ ) و گروه کنترل،  $10/20$  ( $1/81$ ) بوده است. گروه آزمایش از ۴ دختر و ۶ پسر، و گروه کنترل از ۵ دختر و ۵ پسر تشکیل شده بود. شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و خرده مقیاس‌های آن در جدول ۲ ارایه شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، در گروه آزمایش (بر اساس ارزیابی کودکان و ارزیابی والدین از کودکان)، متغیر انعطاف‌پذیری و خرده مقیاس‌های آن از زمان پیش‌آزمون تا زمان پس‌آزمون، تغییر کرده است و در زمان‌های پیگیری اول و دوم، تقریباً ثابت مانده است. در گروه کنترل (بر اساس ارزیابی کودکان و والدین از کودکان)، متغیر انعطاف‌پذیری و خرده مقیاس‌های آن در

جدول ۱. اهداف و محتوای جلسات درمان

جلسه	هدف	محتوا
جلسه ۱	فهم نحوه‌ی واکنش به درد	دسته‌بندی واکنش نسبت به درد، اتمام حجت (به عبارت دیگر استفاده از قرارداد درمانی در قالب تمثیل)
جلسه ۲	مقدمه‌ای بر ناامیدی خلاقانه و فهم ارزش‌گذاری	بررسی راه‌های مثبت و منفی در واکنش به درد، طبقه‌بندی ارزشمندی‌ها و واکنش‌های منفی به درد به طور جداگانه
جلسه ۳	عینی‌تر کردن ارزش‌گذاری	بررسی کارهایی که فرد را به ارزشمندی‌ها دور/ یا نزدیک می‌کند
جلسه ۴	فهم این که "مشکل مربوط به کنترل کردن درد است"	بررسی این که "مشکل مربوط به کنترل کردن درد است": استفاده از تمرین
جلسه ۵	گسستگی شناختی و پذیرش	بررسی این که: فکر کردن چیست، این که گاهی لازم است روی چیزی فکر کرد و گاهی نباید فکر کرد، بررسی این که گاهی ذهن ما را از احساسات رنج‌آور نجات می‌دهد اما نمی‌گذارد ما کارهای ارزشمند انجام دهیم، فهم این که باید بعضی تجربه‌های منفی را به نفع کارهای ارزشمند بپذیریم.
جلسه ۶	مواجهه (بعد نظری)	بررسی مواجهه با موقعیت دردآور، طبقه‌بندی موقعیت‌های دردآور از شدت زیاد تا شدت کم، استفاده از نردبان موقعیت‌های دردآور با توجه به طبقه‌بندی موقعیت‌های دردآور
جلسه ۷	مواجهه (بعد عملی)	به اجرا گذاشتن موقعیت‌های موجود در نردبان موقعیت‌های دردآور با توجه به قاعده‌ی شدت درد و قاعده‌ی تکرار
جلسه ۸	جمع‌بندی و ختم جلسات	یادآوری این که گاهی ممکن است برخلاف تعهدات (انجام کارهای مرتبط با ارزشمندی‌ها) عمل کنیم، یادآوری این که به چه طریقی می‌توان تعهدات را از سر گرفت و یادآوری ارزشمندی‌هایی که در جلسات قبل به آن‌ها پرداخته شده است

جدول ۲. میانگین (انحراف معیار) متغیرهای مورد مطالعه در گروه‌های آزمایش و کنترل بر اساس پاسخ کودکان و والدین

شاخص	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری اول	پیگیری دوم
کودکان	اجتناب	آزمایش (۹/۰۸) ۳۳/۷	کنترل (۱۰) ۲۴/۹	آزمایش (۹/۹۶) ۲۵/۵	کنترل (۹/۷۱) ۲۵
	درآمیختگی	آزمایش (۶/۸۷) ۳۴/۹	کنترل (۷/۰۵) ۳۷	آزمایش (۶/۰۷) ۳۷/۶	کنترل (۶/۸۹) ۳۶/۹
	شناختی	آزمایش (۴/۰۸) ۲۳/۴	کنترل (۶/۷۷) ۱۶/۹	آزمایش (۶/۰۵) ۱۷	کنترل (۶/۲۳) ۱۷
	کل	آزمایش (۵/۳۳) ۲۱/۳	کنترل (۴/۹۴) ۲۱/۵	آزمایش (۴/۶۴) ۲۱/۵	کنترل (۴/۸۳) ۲۰/۱
	اجتناب	آزمایش (۱۲/۹۵) ۷۷/۵۰	کنترل (۱۶/۲۴) ۵۵/۴	آزمایش (۱۵/۰۱) ۵۵/۹	کنترل (۱۵/۹۸) ۵۵/۴
	درآمیختگی	آزمایش (۱۱/۸۸) ۷۶/۴	کنترل (۱۱/۴۷) ۷۸/۷	آزمایش (۱۰/۷۲) ۷۹/۵	کنترل (۱۱/۱۷) ۷۹/۲
والدین	اجتناب	آزمایش (۹/۲۶) ۲۸/۷	کنترل (۹/۸۹) ۲۲/۶	آزمایش (۹/۷۱) ۲۲/۵	کنترل (۹/۸۱) ۲۱/۹
	درآمیختگی	آزمایش (۳/۹۱) ۳۷/۸	کنترل (۴/۵۷) ۴۵/۳	آزمایش (۴/۶۴) ۴۵	کنترل (۴/۶) ۴۵/۵
	شناختی	آزمایش (۴/۸۷) ۲۱/۸	کنترل (۴/۷۵) ۱۵/۲	آزمایش (۴/۲۹) ۱۵/۳	کنترل (۴/۷۵) ۱۵/۲
	کل	آزمایش (۵/۳۵) ۲۲/۶	کنترل (۴/۱۰) ۲۲/۸	آزمایش (۴/۱۹) ۲۲/۷	کنترل (۴/۱۰) ۲۲/۸
	اجتناب	آزمایش (۱۸/۵۵) ۷۳/۳	کنترل (۱۶/۹۰) ۵۱	آزمایش (۱۶/۵۱) ۵۱/۷	کنترل (۱۶/۲۸) ۵۱/۳
	درآمیختگی	آزمایش (۱۱/۳۱) ۹۰/۴	کنترل (۱۱/۰۱) ۹۲/۶	آزمایش (۱۱) ۹۲	کنترل (۱۰/۷۹) ۹۲/۸

جدول ۳. مقایسه عدم انعطاف‌پذیری روان‌شناختی دو گروه آزمایش و کنترل (بر اساس دیدگاه کودکان)

متغیر	شاخص	عدم انعطاف‌پذیری			
		اجتناب		درآمیختگی شناختی	
		آزمایش	کنترل	آزمایش	کنترل
تفاضل نمرات پیش‌آزمون °	میانگین (انحراف معیار)	(۷/۲۳) ۸/۸۰	(۱/۹۶) ۲/۱	(۴/۷۹) ۶/۵۰	(۱/۳۹) ۰/۲۰
	Z (سطح معنی‌داری)	(۰/۰۰۱) -۳/۷۶	(۰/۰۰۲) -۳/۰۹	(۰/۰۰۱) -۳/۷۲	(۰/۰۰۱) -۲/۳۰
تفاضل نمرات پیش‌آزمون °	میانگین (انحراف معیار)	(۲/۲۱) ۸/۲۰	(۰/۷۰) ۲/۷۰	(۱/۳۵) ۶/۴۰	(۰/۴۱) ۰/۱۹
	Z (سطح معنی‌داری)	(۰/۰۰۱) -۳/۷۸۷	(۰/۰۰۱) -۳/۲۱۰	(۰/۰۰۱) -۳/۱۰	(۰/۰۰۱) -۳/۶۳۸
تفاضل نمرات پیش‌آزمون °	میانگین (انحراف معیار)	(۲/۳۳) ۸/۵۰	(۰/۶۸) ۲/۳۰	(۱/۳۷) ۶/۴۰	(۰/۴۷) ۰/۰۰
	Z (سطح معنی‌داری)	(۰/۰۰۱) -۳/۷۱۵	(۰/۰۰۴) -۲/۸۷۲	(۰/۰۰۱) -۳/۷۵۹	(۰/۰۰۱) -۲/۸۰
تفاضل نمرات پس‌آزمون °	میانگین (انحراف معیار)	(۰/۴۲) ۰/۶۰	(۰/۴۲) ۰/۶۰	(۰/۵۶) ۰/۱۰	(۰/۴۹) ۰/۰۰
	Z (سطح معنی‌داری)	(۰/۹۷۱) ۰/۴۱	(۰/۲۱۸) ۱/۳۰	(۰/۷۸) ۰/۸۰	(۰/۹۱۲) ۰/۱۵۳
تفاضل نمرات پس‌آزمون °	میانگین (انحراف معیار)	(۰/۳۰) ۰/۲۹	(۰/۲۴) ۰/۲۰	(۰/۴۰) ۰/۱۰	(۰/۱۳) ۰/۲۰
	Z (سطح معنی‌داری)	(۰/۹۵) ۰/۰۵۴	(۰/۲۴۷) ۱/۴۹۳	(۰/۳۴) ۰/۵۰	(۰/۹۷۱) ۰/۰۸۶
تفاضل نمرات پیگیری اول °	میانگین (انحراف معیار)	(۰/۴۲) ۰/۳۰	(۰/۳۷) ۰/۴۰	(۰/۵۷) ۰/۰۰	(۰/۵۱) ۰/۲۰
	Z (سطح معنی‌داری)	(۰/۷۳۹) ۰/۳۹۵	(۰/۶۳۱) ۰/۵۰۷	(۰/۷۸) ۰/۸۰	(۰/۹۷۱) ۰/۰۳۹

جدول ۴. مقایسه عدم انعطاف پذیری روان شناختی دو گروه آزمایش و کنترل (بر اساس دیدگاه والدین)

متغیر	اجتناب		عدم انعطاف پذیری		کل
	آزمایش	کنترل	آزمایش	کنترل	
تفاضل نمرات پیش آزمون <sup>۰</sup>	۶/۱۰ (۷/۲۳)	۷/۵۰ (۴/۰۶)	۶/۶۰ (۵/۴۸)	۰/۲۰ (۳/۲۲)	۲/۶۰ (۹/۳۱) - ۲/۲۰ (۴/۴۹)
پس آزمون	۳/۷۱ (۰/۰۰۱)	۲/۷۵ (۰/۰۰۵)	۳/۷۸ (۰/۰۰۱)	۲/۷۸ (۰/۰۰۱)	
تفاضل نمرات پیش آزمون <sup>۰</sup>	۶/۲۰ (۲/۳۳)	۷/۲۰ (۱/۳۰)	۶/۵۰ (۱/۵۷)	۰/۱۰ (۱/۰۳)	۲/۶۰ (۲/۹۲) - ۱/۶۰ (۱/۵۵)
پیگیری اول	۳/۶۳ (۰/۰۰۱)	۲/۷۰ (۰/۰۰۵)	۳/۷۰ (۰/۰۰۵)	۲/۷۰ (۰/۰۰۵)	
تفاضل نمرات پیش آزمون <sup>۰</sup>	۶/۲۱ (۲/۳۳)	۷/۷۰ (۱/۳۵)	۶/۶۰ (۱/۷۳)	۰/۲۰ (۱/۰۱)	۲/۴۰ (۲/۸۷) - ۲/۴۰ (۱/۴۵)
پیگیری دوم	۳/۶۹ (۰/۰۰)	۲/۷۲ (۰/۰۰۵)	۲/۷۲ (۰/۰۰۵)	۲/۷۲ (۰/۰۰۵)	
تفاضل نمرات پس آزمون <sup>۰</sup>	۰/۰۹ (۰/۱۱)	۰/۳۰ (۰/۱۵)	۰/۱۰ (۰/۲۳)	۰/۱۰ (۰/۱۰)	۰/۶۰ (۰/۱۶) - ۰/۶۰ (۰/۲۵)
پیگیری اول	۱/۰۹ (۰/۴۸)	۰/۵۴ (۰/۷۳)	۱/۸۹ (۰/۱۰)	۰/۵۴ (۰/۷۳)	
تفاضل نمرات پس آزمون <sup>۰</sup>	۰/۱۰ (۰/۱۰)	۰/۲۰ (۰/۲۰)	۰/۴۰ (۰/۲۲)	۰/۴۰ (۰/۲۲)	۰/۲۰ (۰/۲۴) - ۰/۲۰ (۰/۲۴)
پیگیری دوم	۱/۳۷ (۰/۴۸)	۰/۱۰ (۰/۰۰)	۰/۴۰ (۰/۱۹)	۰/۱۰ (۰/۰۰)	
تفاضل نمرات پیگیری اول <sup>۰</sup>	۰/۰۰ (۰/۰۰)	۰/۵۰ (۰/۲۲)	۰/۱۰ (۰/۲۳)	۰/۱۰ (۰/۱۰)	۰/۴۰ (۰/۳۰) - ۰/۸۰ (۰/۲۴)
پیگیری دوم	۲/۱۶ (۰/۱۴)	۰/۵۲ (۰/۷۳)	۲/۱۶ (۰/۱۵)	۰/۵۲ (۰/۷۳)	

### بحث و نتیجه گیری

پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کودکان مبتلا به درد مزمن (CHACT)، بر اساس منابع به کار برده شده، در ۸ جلسه‌ی درمانی تنظیم شد. در هر جلسه، متناسب با موضوعات و تکنیک‌های مطرح شده، تکالیفی برای کودکان و والدین در نظر گرفته شد. جلسات درمان به صورت انفرادی طراحی گردید و مدت زمان آن برای کودکان، ۶۰ دقیقه و برای والدین حدوداً ۲۰ تا ۳۰ دقیقه در نظر گرفته شد. محتویات جلسات والدین، کلیاتی از محتویات جلسات کودکان را، برای جهت بخشی به یاری‌های والدین، در بر می‌گرفت. در طراحی این پروتکل (CHACT) سعی گردید چندین اصول زیربنایی درمان ACT رعایت گردد. از جمله‌ی این اصول می‌توان به اهمیت نقش استعاره‌ها و تمرین‌های عینی فراوان در جهت ساده‌سازی و تفهیم تکنیک‌های درمان برای کودکان و اهمیت نقش والدین در کنار کودکان، اشاره کرد. مطابق با ادبیات درمان ACT، معیارهایی که در طراحی این پروتکل درمانی در نظر گرفته شد عبارت هستند از: اهمیت نقش ارزش‌مندی‌ها و تعهد نسبت به آن‌ها، پذیرش افکار و

گسستگی از آن‌ها و همچنین تفهیم این موضوع که "مشکل مربوط به کنترل کردن است". نکات قابل توجه در طراحی این پروتکل، برجستگی نقش کودکان و فعال بودن کودکان در جلسات درمان می‌باشد. اهمیت این موضوع از این زاویه قابل بحث است که درگیری کودکان در جلسات درمان، تمایل و اشتیاقی آن‌ها را برای پیش‌بردن جلسات و امکان همکاری آن‌ها را افزایش می‌دهد. از جمله موضوع مهم دیگری که در این پروتکل مورد توجه قرار گرفت، برجسته‌سازی و اهمیت نقش والدین می‌باشد. از جمله دلایل درگیری والدین در جلسات درمان، می‌توان از یک زاویه با توجه به اهمیت نقش محیط در درمان کودکان مبتلا به درد مزمن اشاره کرد (۲۵) و از زاویه‌ی دیگر می‌توان، مسایل و مشکلات مرتبط با والدین که امکان تداخل با روان‌درمانی کودکان را فراهم می‌ساخت، در نظر گرفت. به عبارت دیگر، می‌توان به تأثیر و تأثرات درد مزمن کودکان بر والدین و بر عکس، اشاره کرد. در این پروتکل، محتوا و ساختار هر جلسه به گونه‌ای است که تکمیل کننده‌ی جلسات قبل و پیش‌نیازی برای جلسات بعد می‌باشد.

متغیر انعطاف‌ناپذیری، دربرگیرنده‌ی ابعاد اجتناب و در آمیختگی شناختی است، بحث در این باره را از دو منظر یادشده و با توجه به محتوای جلسات درمان پی می‌گیریم. به نظر می‌رسد که از جمله مهم‌ترین دلایل ترمیم این متغیر در آزمودنی‌های گروه آزمایش، تغییر میزان اجتناب از طریق کار بر روی مؤلفه‌ی مهم مواجهه (از طریق تدوین فهرست موقعیت‌های ارزشمند و نردبان مواجهه) در جلسات درمان بوده است، چرا که یکی از رفتارهای این نوع مبتلایان اجتناب از درد و پریشانی است که این امر چرخه معیوبی را در بر خواهد داشت. از سوی دیگر فراوانی افکار تجربه شده بیمار در ارزیابی مرتبط با خرده مقیاس درآمیختگی شناختی نمایان می‌گردد، افکاری که اگر به فعل درآیند منجر به رفتارهای اجتنابی می‌شوند. بدین خاطر علاوه بر مؤلفه مواجهه، باید سراغ تغییر در افکار تجربه شده بیمار هم رفت، افکاری که خود می‌تواند اجتناب را به دنبال داشته باشد. بدین خاطر تغییر در آمیختگی شناختی از طریق مؤلفه‌ی پذیرش و گسستگی از افکار دنبال شده است. این تکنیک‌ها به آزمودنی در تفهیم این موضوع کمک کردند که اجازه ندهند فکرشان روی رفتار و واکنششان اثر بگذارد، به این دلیل که به دنبال این اثرگذاری، به سمت کارهایی کشیده می‌شوند که به دور از ارزشمندی‌هایشان می‌باشد. با توجه به این که مفهوم محوری و هدف اصلی درمان ACT، افزایش انعطاف‌پذیری می‌باشد (۳۶-۳۹، ۲۶-۲۵)، می‌توان انتظار داشت که در این تحقیق میزان انعطاف‌پذیری گروه آزمایش (هم از دیدگاه کودکان و هم از دیدگاه والدین) در مقایسه با گروه کنترل، افزایش یابد. با توجه به موارد مطرح شده، می‌توان گفت که پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کودکان مبتلا به درد مزمن (CHACT)، توانسته مؤلفه‌ها و گام‌هایی را برای مداخله مشخص سازد. بدین ترتیب این پروتکل، قادر به پاسخ‌گویی به سؤال اول این پژوهش می‌باشد. هم چنین این برنامه توانسته انعطاف‌پذیری کودکان ۷ تا ۱۲ ساله مبتلا به درد مزمن را ارتقا بخشد. با این حال باید اشاره کرد که بدون تردید به دست آوردن نتایج پایدارتر مرهون گسترش

با توجه به این که، طراحی هر پروتکل درمان مستلزم کارآزمایی بالینی است تا از این طریق مشکلات و نقصان‌های آن پروتکل مشخص گردد، در هنگام کارآزمایی بالینی این پروتکل، ما با نقصان‌هایی مواجه شدیم. مسلم است که در آغاز هر راه، ممکن است برخی ابعاد نادیده گرفته شده باشند و بیشتر توجه به سوی استخوان‌بندی کار سوق داده شده باشد. مثلاً در جلسه نخست ما با مشکل تفهیم و تصریح ارتباط بین عواطف، رفتار و شناخت‌های مرتبط با درد، مواجه بودیم. از سویی می‌بایست به نقش محتواهای فرهنگی<sup>۵</sup> دینی توجه بیشتری می‌شد. این امر به ویژه در حیطه‌های ارزشمندی (با توجه به پر رنگ بودن این موضوع مطابق با فرهنگ ایرانی) از اهمیت برخوردار است. هم چنین می‌توان به عدم پررنگ سازی نقش پذیرش و گسستگی از افکار و تکالیف مرتبط با آن‌ها (در این پروتکل، این موضوع فقط در یک جلسه‌ی درمان گنجانده شده بود) و عدم جزیی کردن ابعاد مثبت و منفی کارهای مربوط به حل مشکل درد و کارهای مرتبط با ارزشمندی‌ها در جلسه‌ی دوم، اشاره کرد. در نهایت عنوانی که برای این پروتکل در نظر گرفته شد، عنوان CHACT می‌باشد. همان گونه که از نام این پروتکل قابل فهم است، انتخاب این نام به گونه‌ای انجام شد که تلفیقی از برنامه‌ی ACT و کودک (CHILD)، باشد. انتخاب (CH) در این عنوان معرف کودک است. انتخاب مخفف ACT نمایانگر نام بین‌المللی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است، بنابراین مخفف یاد شده نمادی از محتوای برنامه می‌باشد.

بعد از طراحی مقدماتی پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کودکان مبتلا به درد مزمن (CHACT)، به منظور بررسی مقدماتی میزان اثربخشی این پروتکل درمانی و هم چنین بررسی مشکلات و نقایص آن، هدف دوم پژوهش بر کارآزمایی بالینی اولیه این پروتکل، متمرکز شد. به دنبال کارآزمایی بالینی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کودکان مبتلا به درد مزمن (CHACT)، در آزمودنی‌های گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، تغییر معنی‌داری در متغیر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مشاهده گردید. با توجه به این که

کرد که از جمله‌ی آن‌ها می‌توان به گسترش استعاره‌ها و تمرین‌های به کار گرفته شده متناسب با فرهنگ ایرانی، پررنگ کردن نقش والدین در پروتکل به کار گرفته شده، افزایش حجم نمونه و بررسی تفاوت‌های جنسی کودکان مبتلا به درد مزمن در میزان پاسخ‌گویی به درمان، اشاره کرد.

### تشکر و قدردانی

لازم است که از کلیه‌ی افراد نمونه و خانواده‌هایشان که همکاری شایسته‌ای با این پژوهش انجام دادند، تشکر و قدردانی کرد. هم چنین شایسته است که از اعضای گروه ACBS بسیار قدردانی و تشکر کرد.

پژوهش‌ها، در دیالکتیک مستمر بین ترمیم برنامه درمان و تلاش‌های بالینی- پژوهشی آتی است.

از جمله محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به تمرکز ناکافی برنامه بر گسترش استعاره‌ها و تمرین‌های به کار گرفته شده در پروتکل متناسب با فرهنگ ایرانی، ناکافی بودن محتویات جلسات مربوط به والدین با توجه به نقش خانواده در فرهنگ ایرانی، عدم بررسی تفاوت‌های جنسیتی کودکان مبتلا به درد مزمن در میزان پاسخ‌گویی به درمان و انتخاب آزمودنی‌ها بر اساس دسترسی به آن‌ها و رضایت برای درمان و عدم جایگزینی تصادفی آن‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل به دلیل محدود بودن تعداد افراد نمونه، اشاره کرد. متناسب با محدودیت‌های تحقیق، می‌توان پیشنهادات پژوهشی را مطرح

### References

1. Clinch J, Eccleston C. Review of Chronic musculoskeletal pain in children: assessment and management. *Rheumatology* 2009; 48:466-74.
2. Matson J L, Andrasik F, Matson M L, editors. *Assessing Childhood Psychopathology and Developmental Disabilities*. New York, NY: Springer Science ; 2009.
3. Peterson C C, Palermo T M. Parental Reinforcement of Recurrent Pain: The Moderating Impact of Child Depression and Anxiety on Functional Disability. *Society of Pediatric Psychology. J Pediatr Psychol* 2004; 29(5):331-41.
4. Walker L S, Smith C A, Garber J, Claar R L. Testing a model of pain appraisal and coping in children with chronic abdominal pain. *Health Psychol* 2005; 24: 364-74
5. Charlton E. *Core Curriculum for Professional Education in Pain*. IASP Press ;2005.
6. Chen E, Bush J, Zeltzer L. *Psychologic Issues in Pediatric Pain Management, Current Pain and Headache Reports* 1997; 1:153-64.
7. Vervoort T, Cees L, Crombzz ,, oo srrr E. Prrnlll aatttt rophnnng bbout chdddn s pnnn and scccdive attention to varying levels of facial expression of pain in children: A dot-probe study. *PAIN* 2011; 152:1751-7.
8. Lppnni T A, Wilkrr L .. Chiddnn s Aprlllll lnd Coping with Pain: Relation to Maternal Ratings of Worry and Restriction in Family Activities. *J Pediatr Psychol* 2006; 31(7): 667-73.
9. Gatchel R J, Turk D C. *Psychology of Pain Control and treatment approaches*. Tehran; Roshd Publications; 2002. [In Persian].
10. Simons L E, Claar R L, Logan D L. Chronic Pain in Adolescence: Parental Responses, Adolescent Coping, and hlrrr Impcco on Adoeeeeet s PnnnBhhvvoors. *Journll of Pediatric Psychology* 2008; 33(8):894-904.
11. World Health Organization. *Relaxing care and ways of relieving pain in children with cancer*. Kia Medicine Publications; 2000. [In Persian].
12. Brown G K, Nicassio P M, Wallston K A. Pain coping strategies and depression in rheumatoid arthritis. *J Consult Clin Psychol* 1989; 57:652-7.
13. McCracken L M. Learning to live with the pain: Acceptance of pain predicts adjustment in patients with chronic pain. *Pain* 1998; 74:21-7.
14. Vianea I, Crombeza G, Ecclestonb C. Acceptance of pain is an independent predictor of mental well-being in patients with chronic pain: empirical evidence and reappraisal. *Pain* 2003; 106: 65-72.
15. Wicksell R K. *Exposure and Acceptance in Patients with Chronic Debilitating Pain - A Behavior Therapy Model to Improve Functioning and Quality of Life*. [PhD Thesis]. Stockholm, Sweden: Karolinska University; 2009.
16. Wicksell R K, Dah J. Using Acceptance and Commitment therapy in the Rehabilitation of an Adolescent female with Chronic Pain: A Case Example. *Cognitive and behavioral practice* 2005; 12: 415-23.

17. Wicksell R K, Melin L, Olsson G L. Exposure and acceptance in the rehabilitation of adolescents with idiopathic chronic pain ° A pilot study, *European Journal of Pain* 2007; 11(3); 267° 74.
18. Sobczak L R, West L M. Clinical Considerations in Using Mindfulness- and Acceptance-Based Approaches With Diverse Populations: Addressing Challenges in Service Delivery in Diverse Community Settings. *Cognitive and Behavioral Practice*; 2011.
19. Fuchs C, Lee J, Roemer L, Orsillo S M. Using mindfulness- and acceptance-based treatments with clients from non-dominant cultural and/or marginalized backgrounds: Clinical considerations, meta-analysis findings, and introduction to special series. *Cognitive and Behavioral Practice, Special Issue: Clinical Considerations in using Acceptance- and Mindfulness-based Treatments with Diverse Populations* 2013; 20:1-12.
20. Vowles K E, McNeil D W. Effects of Pain Acceptance and Pain Control Strategies on Physical Impairment in Individuals With Chronic Low Back Pain. *Behavior Therapy* 2007; 38: 412° 25.
21. Wicksell R K, Olsson G L, Hayes S C. Mediators of change in Acceptance and Commitment Therapy for pediatric chronic pain, *PAIN* 2011; 152(12): 2792° 2801.
22. Wicksell R K, Lekander M, Sorjonen K, Olsson G L. 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* 2010; 14: 771.e1° 771.e14.
23. Wicksell R K, Olsson G L, Hayes S C. Psychological flexibility as a mediator of improvement in Acceptance and Commitment Therapy for patients with chronic pain following whiplash, *European Journal of Pain* 2010; 14: 1059.e1° 1059.e11.
24. Wicksell R K, Reno fa It J, Olsson G L. A Avoidance and cognitive fusion ° Central components in pain related disability? Development and preliminary validation of the Psychological Inflexibility in Pain Scale (PIPS), *European Journal of Pain* 2008; 12; 491° 500
25. Hayes S C, Strosahl K D. *A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy*. United States Of America; Springer Science: 2004.
26. Hayes S C, Wilson K G. Mindfulness: Method and process . *Clinical Psychology: Science and Practice* 10 2003, 161 ° 5.
27. Vowles KE, Sorrell JT. *Life with Chronic Pain: An Acceptance-based Approach, Therapist Guide and Patient Workbook*. Available from: [http://www contextualpsychology.org/acbs](http://www.contextualpsychology.org/acbs) 2007.
28. Murrell A R, Wilson K G. *ACT for Kids: Acceptance and Commitment Therapy Adapted for Children Working Version*; 2003.
29. Rapee R M, Wignall A, Lyneham H. *Helping your anxious child*. Tehran: Arjmand Publication; 2011. [In Persian].
30. Freeman J B, Garcia A M. *Family- based treatment for young children with OCD*. Tehran: Arjmand Publication; 2011. [In Persian].
31. Ghomian S, Shairi M R, Masumian S, Nuri N. Evaluation of the psychometric properties of Psychological Inflexibility in Pain Scale (PIPS). (In Press)
32. Walker L S, Greene J W. The functional disability inventory: Measuring a neglected dimension of child health status. *J Pediatr Psychol* 1991; 16:39° 58.
33. Palermo T M, Riley C A, Mitchell B A. Daily Functioning and Quality of Life in Children With Sickle Cell Disease Pain: Relationship With Family and Neighborhood Socioeconomic Distress. *The Journal of Pain*. 2008;9(9): 833-40.
34. Kashikar-Zuck S, Flowers S R, Claar R L. Clinical utility and validity of the Functional Disability Inventory among a multicenter sample of youth with chronic pain. *PAIN* 2011; 152(7): 1600° 7.
35. Huguet A, Eccleston C, Miró J, Gauntlett-Gilbert J. Young people making sense of pain: Cognitive appraisal, function, and pain in 8° 16 year old children, *European Journal of Pain* 2009; 13(7): 751° 9.
36. *Acceptance and Commitment Therapy: Introduction*, *Cognitive and Behavioral Practice*. Twohig MP ;2012.
37. Hayes S C. Buddhism and Acceptance and Commitment Therapy. *Cognitive and Behavioral Practice* 2002 ;9: 58-66.
38. Hayes S C, Luomaa J B. *Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes*. *Behaviour Research and Therapy* 2006; 44: 1° 25.
39. Hayes S. *Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies*. *Behavior Therapy* 2004; 35: 639 ° 65.

## Preliminary design of the Acceptance and Commitment Therapy Protocol for Children with Chronic Pain (CHACT) and clinical trial on the degree of psychological inflexibility in pain of children 7 to 12 years old

Soheila Ghomian<sup>1</sup>, MohamadReza Shairi<sup>2</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Aim and Background:** The current research is aimed at The preliminary design of Acceptance and Commitment Therapy Protocol for Children with Chronic Pain (CHACT) and The Initial trial on the psychological Inflexibility in Pain of children 7 to 12 years old.

**Methods and Materials:** The current study was conducted in two stages. In the first stage , for protocol design , on the one hand , the resources associated with acceptance and commitment therapy and psychological therapy for children, And the other hand, the initial version of acceptance and commitment therapy on children and To consult with Association for Contextual Behavioral Science, were used . In the second stage , the clinical trial of the protocol was conducted. Therefore, , 20 children whose according to their parents were prepared to participate in this study and met the inclusion criteria, were selected with available sampling method from specialized and subspecialty pediatric hospitals of Tehran . The children were placed in the experimental group (n = 10) and control group (n = 10). The child and parent versions of the psychological Inflexibility in Pain Scale was administered on both groups at pre- test, post-test, the first follow-up and the second follow-up.

**Findings:** The results showed that in the first phase, the designed protocol , Formed by the eight steps and the home works of parents and children. In the second phase, the experimental group compared with the control groups howe dsign if can t change in the flexibility variable in multiple steps and this change has continue after the end of treatment, first follow-up and second follow-up.

**Conclusions:** According to the results, we can say that CHACT protocol is able to show the components and steps for intervention on children with chronic pain, And clinical data on the flexibility in pain for children and their parents is effective .

**Keywords:** Chronic Pain, Acceptance, Psychological Flexibility, Valuing

**Citation:** Ghomian S, Shairi MR. Preliminary design of the Acceptance and Commitment Therapy Protocol for Children with Chronic Pain (CHACT) and clinical trial on the degree of psychological inflexibility in pain of children 7 to 12 years old. J Res Behave Sci 2014; 12(4): 581-592

Received: 30.07.2014

Accepted: 12.01.2015

1. Ph.D Student in Clinical Psychology, Shahed University. Tehran, Persian Gulf Highway, Shahed University, Faculty of Humanities.(Corresponding author) Email: Ghomian\_s@yahoo.com
2. PhD in Clinical Psychology, of Clinical Psychology Group in Shahed University, Tehran, Iran