



اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شدت درد، خستگی و الکسی‌تایمیا در بیماران زن مبتلا به بیماری‌های روماتیسمی

دانشجوی دکتری گروه روانشناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران
استادیار گروه روانشناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران
استادیار گروه روانشناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران
گروه روانشناسی واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران

زهرا روشندل ^{id}

عذرا غفاری* ^{id}

رضا کاظمی ^{id}

مه‌ریار ندرمحمدی مقدم ^{id}

ایمیل نویسنده مسئول: azra.ghaffari@yahoo.com

پذیرش: ۱۴۰۱/۰۹/۲۱

دریافت: ۱۴۰۱/۰۲/۰۱

فصلنامه علمی پژوهشی
خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۴۳۰-۲۷۱۷
<http://aftj.ir>

دوره ۳ | شماره ۵ پیاپی ۱۴ | ۸۳-۵۵
زمستان ۱۴۰۱

(مجموعه مقالات حوزه زنان)

نوع مقاله: پژوهشی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:

درون متن:

(روشندل، غفاری، کاظمی و ندرمحمدی مقدم،
۱۴۰۱)

در فهرست منابع:

روشندل، زهرا، غفاری، عذرا، کاظمی، رضا، و
ندرمحمدی مقدم، مه‌ریار. (۱۴۰۱). اثربخشی
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شدت درد،
خستگی و الکسی‌تایمیا در بیماران زن مبتلا به
بیماری‌های روماتیسمی. فصلنامه خانواده
درمانی کاربردی، ۳(۵ پیاپی ۱۴): ۵۵-۸۳.

چکیده

هدف: هدف این پژوهش تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شدت درد، خستگی و الکسی‌تایمیا در بیماران زن مبتلا به بیماری‌های روماتیسمی بود. **روش پژوهش:** این مطالعه نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه ماهه با گروه گواه بود. جامعه پژوهش زنان مبتلا به بیماری‌های روماتیسمی مراجعه‌کننده به درمانگاه روماتولوژی بیمارستان امام حسین (ع) شهر تهران در فصل بهار سال ۱۴۰۰ بودند که ۳۰ نفر از آنها پس از بررسی ملاک‌های ورود به مطالعه با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و با روش تصادفی در دو گروه مساوی جایگزین شدند. گروه آزمایش ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای یک جلسه) با روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد آموزش دید و گروه کنترل در لیست انتظار برای آموزش ماند. داده‌ها با نسخه تجدیدنظرشده فرم کوتاه پرسشنامه درد مک‌گیل (دورکین و همکاران، ۲۰۰۹)، مقیاس شدت خستگی (کراپ و همکاران، ۱۹۸۹) و مقیاس الکسی‌تایمیا تورنتو (بگی و همکاران، ۱۹۹۴) گردآوری و با روش‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS-21 تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش شدت درد، خستگی و الکسی‌تایمیا در بیماران زن مبتلا به بیماری‌های روماتیسمی شد و نتایج در مرحله پیگیری نیز باقی ماند ($P < 0/001$). **نتیجه‌گیری:** نتایج حاکی از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ماندگاری آن بر کاهش شدت درد، خستگی و الکسی‌تایمیا در بیماران زن مبتلا به بیماری‌های روماتیسمی بود. بنابراین، درمانگران و متخصصان سلامت می‌توانند از روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کنار سایر روش‌های درمانی جهت بهبود ویژگی‌ها به‌ویژه کاهش شدت درد، خستگی و الکسی‌تایمیا استفاده نمایند.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شدت درد، شدت خستگی، الکسی‌تایمیا، بیماری‌های روماتیسمی

مقدمه

روماتیسم^۱ مجموعه‌ای از بیماری‌ها است که وجه مشترک آنها ابتلاء سیستم حرکتی شامل مفاصل، عضلات، رباط‌ها، وترها و استخوان‌ها می‌شود (سانمارتی، هارو و کانیتی، ۲۰۲۱). بیماری‌های روماتیسمی^۲ غالباً نتیجه التهاب مزمن، مصرف داروهای مختلف و تغییر در فعالیت‌های فیزیکی به علت درد یا محدودیت‌های حرکتی است که با افزایش خطر مرگ همراه می‌باشد (زیسا و گودمن، ۲۰۲۲). بیماری روماتیسم یک بیماری مزمن و خودایمن با سبب‌شناسی ناشناخته است که نشانه اصلی آن درد منتشر در سراسر بدن می‌باشد (ندائو، آتومانی؛ نافیساتو، کودو، گیویی، دیوپ و همکاران، ۲۰۲۲) و باعث درد پراکنده و چندجانبه عضلانی-اسکلتی، وجود نقاط چندگانه و ناپایدار حساس به درد، آشفته‌گی خواب، خستگی، اسپاسم‌های طولانی عضلانی، ضعف در اندام‌ها، انعطاف‌ناپذیری عضلانی، اختلال در بلع و عملکرد مثانه و روده‌ها، سردرد، اختلال خلقی، اختلال در حافظه کوتاه‌مدت، کاهش تمرکز، افزایش استرس، تنش، اضطراب و افسردگی و خشکی صبحگاهی مفاصل می‌شود (آدیلوو، مودی، تیکلی، ایو و اسلیمانی، ۲۰۲۱). درد یک تجربه ناخوشایند حسی و عاطفی در بیماران روماتیسمی است (مینهاس و کلایو، ۲۰۲۱). شدت درد^۳ و کنترل و مدیریت آن جزء مهمی از مراقبت تلقی می‌شود که درد به‌عنوان پنجمین علامت حیاتی بکار می‌رود (وارشنی، ریوتلدگی، دئیون و چاکراوارثی، ۲۰۲۲). در رتبه‌بندی دردها میزان درجه درد در زنان نسبت به مردان بالاتر ثبت شده است و زنان درد مزمن را بیشتر از مردان احساس، تجربه و ابراز می‌کنند (فالون، ۲۰۲۱). زنان در مقایسه با مردان به درد حساس‌تر بوده و واکنش بیشتری نشان می‌دهند، لذا روش‌های مقابله‌ای و انطباقی بکاربرده‌شده غیرموثر هستند (دیویس، دیورس و نگ، ۲۰۲۱).

یکی دیگر از مشکلات بیماران روماتیسمی افزایش شدت خستگی^۴ است (خلف، ال‌سرگانی، ال-سادانی، ال-هاوا و احمد، ۲۰۲۰). خستگی به معنای فقدان انرژی فیزیکی یا ذهنی ادراک‌شده توسط افراد یا کوفتگی‌های موضعی عضلات و سستی عمومی بدن می‌باشد که منجر به توقف فعالیت‌ها و افت سلامت روان و کیفیت زندگی آنان می‌شود (اکوسیلی، آنومیزی، اکویی، آدیگوک، یواکوی و اکک، ۲۰۲۱). خستگی با فعالیت‌های روزمره به‌ویژه در بیماران تداخل می‌کند و سبب ایجاد مشکل‌های فراوانی در زمینه‌های تفریحی، آموزشی، شغلی، اقتصادی و خانوادگی می‌شود (رونی، مک‌فادین، وود، موفت و پیول، ۲۰۱۹). از دیگر مشکلات بیماران روماتیسمی می‌توان افزایش الکسی‌تایمیا^۵ را نام برد (مارچی، مارزیتی، اریو، لیمیتی، میکولی، سیاجینی و همکاران، ۲۰۱۹) که به توانایی محدود یا ناتوانی فرد برای درک، توصیف، پردازش و خودنظم‌دهی اطلاعات مربوط به احساس‌ها و هیجان‌ها اشاره دارد (ژو، ژیانو، لی و جیانگ، ۲۰۲۲). الکسی‌تایمیا دارای دو بخش شناختی و عاطفی است که بخش شناختی به معنای ناتوانی در شناسایی، فهم و تفسیر احساس‌ها و هیجان‌ها و بخش عاطفی به معنای ناتوانی در ابراز و پاسخ‌دهی به احساس‌ها و هیجان‌ها می‌باشد (لی، لی، جیئون، کیم، سیئو، پارک و همکاران، ۲۰۲۱). مبتلایان به الکسی‌تایمیا در تشخیص هیجان‌ها از چهره دیگران با

1. Rheumatism
2. Rheumatic Diseases
3. Pain Severity
4. Fatigue Severity
5. Alexithymia

کاستی‌های فراوانی مواجه هستند، ظرفیت آنها برای همدردی با دیگران بسیار محدود است و غالباً در مواجهه با چالش‌های زندگی از راهبردهای مقابله‌ای نامناسب استفاده می‌کنند (آوسی، دیوران، از و باساک، ۲۰۲۱). یکی از روش‌های درمانی جهت بهبود ویژگی‌ها درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۱ است (لارسون، هارتلی و مک‌هیوک، ۲۰۲۲) که به‌عنوان یک رویکرد بافت‌گرا و برگرفته از موج سوم روان‌درمانی مراجع را به چالش می‌کشد تا افکار، باورها و احساس‌های خود را بپذیرد، ارتباط بین افکار، باورها و احساس‌های مشکل‌زا را تغییر دهد و آنها را به‌عنوان علائم مرضی درک ننماید و نسبت به تغییر آنها در جهت مثبت کوشا و متعهد باشد (نلسون، ساراسینو، ناپولیتانو، پسین، ناریوس و میولهال، ۲۰۱۹). این شیوه درمانی دارای شش فرایند پذیرش، عدم همجوئی، لحظه حال، خود به‌عنوان زمینه، ارزش‌ها و عمل متعهدانه می‌باشد (چیساری، مک‌کراکن، کریوسیانی، موس-موریس و اسکات، ۲۰۲۲). هدف اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ایجاد انعطاف‌پذیری روانشناختی یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی مناسب در بین گزینه‌های مختلف است، نه انتخاب عملی که صرفاً باعث اجتناب از افکار، احساس‌ها، خاطره‌ها و تمایل‌های آشفته‌ساز می‌شود (پترسن، انا، بلیث، مولر و تووهیگ، ۲۰۲۲). در واقع هدف این شیوه درمانی تعدیل شناخت‌های مراجع نیست، بلکه هدف افزایش ذهن‌آگاهی، افزایش فاصله از شناخت‌های خود و مشاهده آنها فقط به‌عنوان افکار، مشاهده شناخت‌ها و هیجان‌ها به شیوه غیرقضاوت‌گرایانه، شناسایی و اولویت‌بندی ارزش‌ها و تعهد نسبت به درگیری فعالانه جهت ایجاد و افزایش زندگی پرمعنا و اصیل است (تاکاهاشی، اشیزیو، ماتسیوبارا، اهتسیوکی و شیمودا، ۲۰۲۰).

پژوهش‌های اندکی درباره اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شدت درد، خستگی و الکسی‌تایمیا انجام شده است که در ادامه نتایج مهم‌ترین آنها گزارش می‌شوند. برای مثال نتایج پژوهش کانزله، رایبسون، مک‌گیری، مینتز، کیلیپلا، فیلی و همکاران (۲۰۲۲) نشان داد که درمان متمرکز بر پذیرش و تعهد باعث کاهش درد مبتلایان به درد مزمن غیرسرطانی شد. در پژوهشی دیگر هیوگس، کلارک، کولکلوق، دالی و مک‌میلان (۲۰۱۷) گزارش کردند که درمان پذیرش و تعهد نقش موثری در افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی و کاهش درد مزمن داشت. در تاج، علی‌اکبری دهکردی، ناصرمقدسی و علی‌پور (۱۴۰۰) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش تحمل‌پذیری و کاهش ادراک درد در مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس شد، اما تاثیر معنی‌داری بر اینترلوکین ۱۲ آنان نداشت. در پژوهشی دیگر فاطمی و منشی (۱۳۹۵) گزارش کردند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش ادراک شدت درد مبتلایان به آرتریت روماتوئید در مراحل پس‌آزمون و پیگیری شد. همچنین، نتایج پژوهش موشر، سیسینتی، کروئنیکی، هلفت، تیورک، لوئهر و همکاران (۲۰۲۱) حاکی از اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر کاهش تداخل خستگی بیمار و بار مراقبت‌کننده در مبتلایان به سرطان پیشرفته گوارشی بود. در پژوهشی دیگر یو، اسکات و مک‌کراکن (۲۰۲۰) گزارش کردند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش خستگی و بهبود انعطاف‌پذیری روانشناختی و عملکرد روزانه در بزرگسالان مبتلا به درد مزمن شد. اکبریان، سعیدی، برجعلی، ابوالقاسمی و حسن‌آبادی (۱۴۰۰) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش نشانگان اضطراب، خستگی و شدت درد در بیماران مبتلا به

فیبرومیالژیا شد. در پژوهش دیگری کریمی، قادری بگه‌جان، نقش، قزاقی و ملک‌زاده (۱۴۰۰) گزارش کردند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش خستگی مبتلایان به مالتیپل اسکلروزیس شد. علاوه بر آن، نتایج پژوهش طهماسبی‌زاده، کوشکی، نعمت طاوسی و اورکی (۱۳۹۹) نشان داد که درمان پذیرش و تعهد باعث کاهش الکسی‌تایمیا و مشکلات بین‌فردی در مردان دارای اختلال مصرف مواد شد و نتایج در مرحله پیگیری پایدار بود. تیلکی، طاهر، مجرد و جعفری ثانی (۱۳۹۷) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که پذیرش و تعهد باعث افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کاهش الکسی‌تایمیا در زنان مبتلا به درد مزمن شد.

از یک سو بیماری‌های روماتیسمی جزء بیماری‌های خودایمن و مزمنی هستند که شدت درد و خستگی در آنان زیاد مشاهده می‌شود (آدیلو و همکاران، ۲۰۲۱) و از سوی دیگر میزان شدت، درک و ابراز درک در زنان بیشتر از مردان است (فالون، ۲۰۲۱). بنابراین، علاوه بر درمان‌های دارویی باید به دنبال روش‌های درمانی روانشناختی جهت بهبود آنها به‌ویژه در زنان بود که یکی از روش‌های برگرفته از موج سوم روان‌درمانی روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است که نتایج اکثر پژوهش‌ها حاکی از اثربخشی آن بودند، هر چند که پژوهش‌های اندکی درباره اثربخشی آن بر روی مبتلایان به بیماری‌های روماتیسمی انجام شده است. نکته حائز اهمیت دیگر اینکه در صورت اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر متغیرهای این مطالعه، نتایج آن می‌تواند به درمانگران و متخصصان سلامت در ارائه راهکاری مناسب جهت بهبود ویژگی‌های مبتلایان به بیماری‌های روماتیسمی کمک نماید. در نتیجه، مطالعه به دنبال پاسخگویی به این سوال است که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شدت درد، خستگی و الکسی‌تایمیا در بیماران زن مبتلا به بیماری‌های روماتیسمی موثر است؟

روش پژوهش

این مطالعه نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه ماهه با گروه گواه بود. جامعه پژوهش زنان مبتلا به بیماری‌های روماتیسمی مراجعه‌کننده به درمانگاه روماتولوژی بیمارستان امام حسین (ع) شهر تهران در فصل بهار سال ۱۴۰۰ بودند. از آنجایی که بر مبنای نظر واولز، سودن و اشورث (۲۰۱۴) حجم نمونه لازم در پژوهش‌های مداخله‌ای برای هر گروه ۱۵ نفر است، لذا در این مطالعه تعداد ۳۰ نفر پس از بررسی ملاک‌های ورود به مطالعه با روش نمونه‌گیری هدفمند به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل داشتن معیارهای بیماری‌های روماتیسمی به تشخیص روماتولوژیست و طبق شاخص‌های بالینی کالج روماتولوژی آمریکا (۲۰۱۷)، عدم سابقه بیماری‌های عصبی و روانی، عدم سابقه بستری در بیمارستان و تمایل جهت شرکت در پژوهش و ملاک‌های خروج از مطالعه شامل عدم حضور بیشتر از دو جلسه در جلسات مداخله و عدم تمایل به ادامه حضور در آن بودند.

ابزار پژوهش

۱. نسخه تجدیدنظر شده فرم کوتاه پرسشنامه درد مک‌گیل^۱. پرسشنامه مذکور را دورکین، تیورک، ریویکی، هاردینگ، کوین، پیرس-ساندر و همکاران در سال ۲۰۰۹ ساختند. این ابزار دارای سه بخش است که بخش اول شامل ۱۵ گویه است که با توجه به طیف سه درجه‌ای لیکرت (بدون درد= ۰، خفیف= ۱،

متوسط = ۲ و شدید = ۳) نمره‌گذاری، بخش دوم مقیاس دیداری درد است که از ۰ تا ۱۰ درجه‌بندی و بخش سوم ارزیابی خود از درد شامل یک طیف شش درجه‌ای لیکرت (بدون درد = ۰، درد قابل تحمل = ۱، درد رنجش‌آور = ۲، درد مزاحم = ۳، درد وحشت‌زا = ۴ و درد غیرقابل تحمل = ۵) می‌شود. بنابراین، حداقل نمره در نسخه تجدیدنظرشده فرم کوتاه پرسشنامه درد مک‌گیل ۰ و حداکثر نمره در آن ۶۰ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده درد بیشتر می‌باشد. دورکین و همکاران (۲۰۰۹) روایی سازه پرسشنامه را با روش تحلیل عاملی اکتشافی بررسی و تایید و پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ در یک نمونه پاسخ‌دهندگان اینترنتی ۰/۹۱ و در یک نمونه بالینی ۰/۹۵ بدست آوردند. همچنین، تنهایی، فتحی آشتیانی، امینی، واحدی و شقاقی (۱۳۹۱) پایایی پرسشنامه را با روش‌های دونیمه‌کردن ۰/۸۹ و آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش کردند. در این پژوهش مقدار پایایی با روش آلفای کرونباخ از طریق محاسبه ضریب همبستگی بین گویه‌های نسخه تجدیدنظرشده فرم کوتاه پرسشنامه درد مک‌گیل ۰/۷۴ بدست آمد.

۲. مقیاس شدت خستگی^۱. مقیاس مذکور را کراپ، لاروکا، میور-ناش و استینبرگ در سال ۱۹۸۹ ساختند. این ابزار دارای ۹ گویه است که با توجه به طیف هفت درجه‌ای لیکرت (کاملاً مخالف = ۱، مخالف = ۲، تا حدودی مخالف = ۳، نه مخالف و نه موافق = ۴، موافق = ۵، تا حدودی موافق = ۶ و کاملاً موافق = ۷) نمره‌گذاری می‌شود. بنابراین، حداقل نمره در مقیاس شدت خستگی ۹ و حداکثر نمره در آن ۶۳ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده خستگی بیشتر می‌باشد. کراپ و همکاران (۱۹۸۹) روایی ملاکی مقیاس را ۰/۶۸ و پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ در افراد سالم ۰/۸۸، مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس ۰/۸۱ و مبتلا به لوپوس ۰/۸۹ بدست آوردند. همچنین، شاهواروقی فراهانی، عظیمیان، فلاح‌پور و کریملو (۱۳۹۱) روایی هر گویه را از طریق همبستگی هر گویه با گویه‌های دیگر به دلیل بالاتر از ۰/۴۰ بودن تایید و پایایی مقیاس را با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۶ گزارش کردند. در این پژوهش مقدار پایایی با روش آلفای کرونباخ از طریق محاسبه ضریب همبستگی بین گویه‌های مقیاس شدت خستگی ۰/۸۳ بدست آمد.

۳. مقیاس الکسی‌تایمیا تورنتو^۲. مقیاس مذکور را بگی، پارکر و تیلور در سال ۱۹۹۴ ساختند. این ابزار دارای ۲۰ گویه است که با توجه به طیف پنج درجه‌ای لیکرت (کاملاً مخالف = ۱، تا حدودی مخالف = ۲، نه مخالف و نه موافق = ۳، تا حدودی موافق = ۴ و کاملاً موافق = ۵) نمره‌گذاری می‌شود. بنابراین، حداقل نمره در مقیاس الکسی‌تایمیا ۲۰ و حداکثر نمره در آن ۱۰۰ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده الکسی‌تایمیا بیشتر می‌باشد. بگی و همکاران (۱۹۹۴) روایی سازه مقیاس را با روش تحلیل عاملی اکتشافی بررسی و تایید و پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ بدست آوردند. همچنین، نعمت طاوسی و سلطانی‌نیا (۱۳۹۹) پایایی مقیاس را با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۷ گزارش کردند. در این پژوهش مقدار پایایی با روش آلفای کرونباخ از طریق محاسبه ضریب همبستگی بین گویه‌های مقیاس الکسی‌تایمیا تورنتو ۰/۹۱ بدست آمد.

۴. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. در این مطالعه مداخله به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای یک جلسه) برای گروه آزمایش انجام و گروه گواه در لیست انتظار برای آموزش ماند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توسط درمانگر و کمک درمانگر آشنا به روش درمانی مذکور به صورت گروهی و بر اساس محتوی

1. Fatigue Severity Scale
2. Toronto Alexithymia Scale

مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هایس (۲۰۱۹) اجرا شد. لازم به ذکر است که پس از اتمام مداخله، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای گروه گواه نیز اجرا شد. محتوی و ساختار درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به تفکیک جلسات در زیر گزارش می‌شود.

جلسه اول. شامل معرفی اعضای گروه، بحث درباره حدود رفتاری و قوانین، اصول و قراردادهای حاکم بر جلسات، رضایت آگاهانه برای انجام فرایند درمان، بیان اهداف درمان و تشریح امکان‌پذیری تغییر، توضیح فلسفه مداخله بر اساس این رویکرد، معرفی درماندگی خلاق (در این شرایط می‌توان نادیده گرفتن ارزش‌ها، قطع ارتباط، واکنش، اجتناب و در ذهن‌بودن مطالب را ارائه کرد)، معرفی سیستم‌های ناکارآمد گذشته و آشنایی با مفاهیم درد و شدت خستگی و ناگویی هیجانی بود.

جلسه دوم. مفاهیم درمانی پذیرش و تعهد شامل انعطاف‌پذیری روانشناختی، پذیرش روانی، آگاهی روانی، جداسازی شناختی، خودتجسمی، داستان شخصی، روشن‌سازی ارزش‌ها و عمل متعهدانه در شش مرحله تشریح شد. (۱) در این روش درمانی ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی فرد درباره تجارب ذهنی (افکار، احساس‌ها و غیره) افزایش و متقابلاً اعمال کنترلی ناموثر کاهش یابد. به بیمار آموخته می‌شود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است و یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آنها می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آنها به‌طور کامل پذیرفت. (۲) سپس، بر آگاهی روانی فرد در لحظه حال افزوده می‌شود؛ یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار، رفتارها و احساس‌های خود در لحظه حال آگاهی می‌یابد. (۳) جداسازی شناختی از طریق یادگیری نحوه جداکردن خود از تجارب ذهنی آموزش داده می‌شود؛ به‌طوری‌که فرد بتواند مستقل از تجارب عمل نماید. (۴) تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خودتجسمی یا داستان شخصی که فرد برای خود در ذهن ساخته است. (۵) کمک به بیماران تا ارزش‌های شخصی خود را بشناسند و به‌طور واضح مشخص و آنها را به اهداف رفتاری تبدیل نمایند. (۶) ایجاد انگیزه برای عمل متعهدانه که در آن فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی صورت می‌پذیرد.

جلسه سوم. شامل آموزش راهبردهای کنترل خود و کنترل به‌عنوان شکل یا کنترل مساله، نه کنترل راه حل بود و در آن بیماران یادگرفتند که آموزش هر عملی جهت اجتناب یا کنترل تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است.

جلسه چهارم. به ارزیابی عملکرد، بررسی تجربه‌ها فرد از جلسه قبل تا الآن، تمرین ذهن آگاهی، تکمیل برگه راهنمای ذهن آگاهی و شناخت و آغاز تمرین‌های مربوط به شفاف‌سازی ارزش‌ها اختصاص یافت.

جلسه پنجم. شامل ارزیابی عملکرد، تمایز خودمفهوم‌سازی در برابر خودمشاهده‌گری، سنجش توانایی درمانجو برای گسست از افکار و احساس‌ها و ادامه تمرین تجربه‌های ذهن آگاهی و شفاف‌سازی ارزش‌ها بود.

جلسه ششم. هدفش نشان‌دادن اهمیت ارزش‌ها و تفهیم به افراد که چگونه آنها تمایل به پذیرش را ارزشمند جلوه می‌دهند، آموزش ارزش به‌عنوان رفتار در مقابل ارزش به‌عنوان احساس، تمرین آگاهی از احساس‌های بدنی و بحث پیرامون آن، تمرین مربوط به خودکارآمدی و تنظیم اهداف موثر مرتبط با ارزش‌ها، ادامه تمرین‌های آگاهی حتی در حین راه رفتن، تمرین ذهن آگاهی (آگاهی هیجانی و آگاهی خردمندانه)، آموزش اینکه چه مهارت‌هایی توصیف و مشاهده می‌شوند و چگونه مورد قضاوت قرار نگیرند.

جلسه هفتم. به شناخت و تطبیق خودکارآمدی مطابق با ارزش‌های فرد، درک پیوسته ارزش‌ها به‌عنوان منشأ تعهد، تمرین عملی‌کردن مفهوم تمایل و در خدمت فعال‌سازی رفتاری و اهداف شخصی بودن، آموزش انتخاب‌ها در برابر قضاوت‌ها و تصمیم‌ها، مرور و شناسایی رفتار مبتنی بر ارزش‌ها در یک هفته گذشته اختصاص یافت.

جلسه هشتم. شامل کشف ارتباط بین اهداف و فعالیت‌ها و استحکام‌بخشی به عوامل تمایل و گسلش، دستیابی به اهداف رفتاری و انجام تکلیف فعال‌سازی رفتاری در قالب متعهدکردن به فعالیت‌های خاص بر اساس اهداف و ارزش‌های برتر درمانجو، آموزش ارزیابی عمل متعهدانه از این طریق که درمانجو خود یک درمانگر است و باید مهارت‌های آموخته‌شده را بیان کند و بکار ببرد، آموزش آمادگی برای مقابله با شکست‌های احتمالی بعد از اتمام درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شناسایی راهبردهای ممکن، موانع درمان، عمل متعهدانه به‌صورت الگوریتمی و خلاصه و جمع‌بندی جلسات بود. لازم به ذکر است که در پایان هر جلسه تکلیفی مرتبط با آن جلسه به نمونه‌ها داده شد و در آغاز جلسه بعد ضمن بررسی به آنها بازخورد سازنده داده شد.

روش اجرا

برای انجام این پژوهش بعد از تصویب کد اخلاق با شناسه IR.IAU.ARDABIL.REC.1400.043 از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران مراجعه و بعد از ارائه معرفی‌نامه جهت انجام پژوهش در بیمارستان امام حسین (ع) هماهنگی لازم به عمل آمد. در مرحله بعد موافقت رئیس و سایر مسئولین بیمارستان مذکور اخذ و تعداد ۳۰ نفر تحت نظر متخصص روماتولوژیست و با توجه به ملاک‌های ورود به مطالعه انتخاب به‌صورت تصادفی با کمک قرعه‌کشی در دو گروه ۱۵ نفری شامل گروه‌های آزمایش و گواه جایگزین شدند. لازم به ذکر است که فرم رضایت‌نامه شرکت آگاهانه در پژوهش به امضای زنان مبتلا به بیماری‌های روماتیسمی رسید و به آنان درباره رعایت نکات اخلاقی اطمینان خاطر داده شد. مداخله در گروه آزمایش طی دو ماه و برای ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای انجام و در این مدت گروه گواه آموزشی ندید و در لیست انتظار برای آموزش ماند. هر دو گروه آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه ماهه از نظر شدت درد، خستگی و الکسی‌تایمیا ارزیابی و داده‌ها حاصل از آن با روش‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS-21 تحلیل شدند.

یافته‌ها

بررسی اطلاعات جمعیت‌شناختی در پژوهش حاضر نشان داد که میانگین و انحراف معیار سنی گروه آزمایش ۳۳/۵±۹۰/۰۹ و گروه گواه ۳۵/۰۱±۴/۷۷ بود. همچنین، در گروه آزمایش ۹ نفر متأهل (۶۰ درصد)، ۳ نفر مجرد (۲۰ درصد) و ۳ نفر مطلقه (۲۰ درصد) و در گروه گواه ۱۱ نفر متأهل (۷۳/۳۳ درصد)، ۲ نفر مجرد (۱۳/۳۳ درصد) و ۲ نفر مطلقه (۱۳/۳۳ درصد) بودند. علاوه بر آن، در گروه آزمایش تحصیلات ۳ نفر سیکل (۲۰ درصد)، ۸ نفر دیپلم (۵۳/۳۳ درصد)، ۲ نفر فوق‌دیپلم (۱۳/۳۳ درصد)، ۱ نفر کارشناسی (۶/۶۷ درصد) و ۱ نفر بالاتر از کارشناسی (۶/۶۷ درصد) و در گروه گواه تحصیلات ۵ نفر سیکل (۳۳/۳۳ درصد)، ۴ نفر دیپلم (۲۶/۶۷ درصد)، ۲ نفر فوق‌دیپلم (۱۳/۳۳ درصد)، ۳ نفر کارشناسی (۲۰ درصد) و ۱ نفر بالاتر از

کارشناسی (۶/۶۷ درصد) بود. در جدول ۱ نتایج میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری شدت درد، خستگی و الکسی‌تایمیا در بیماران زن مبتلا به بیماری‌های روماتیسمی گزارش شد.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری شدت درد، خستگی و الکسی‌تایمیا در بیماران زن مبتلا به بیماری‌های روماتیسمی

| متغیرها | مراحل | آزمایش | | گواه |
|--------------|-----------|---------|------------------|-------|
| | | میانگین | انحراف استاندارد | |
| شدت درد | پیش‌آزمون | ۳۸/۳۰ | ۶/۲۴ | ۳۷/۸۵ |
| | پس‌آزمون | ۱۷/۸۰ | ۲/۹۰ | ۳۷/۳۰ |
| | پیگیری | ۱۹/۵۱ | ۳/۱۲ | ۳۷/۷۵ |
| شدت خستگی | پیش‌آزمون | ۲۹/۶۰ | ۴/۲۵ | ۲۷/۷۰ |
| | پس‌آزمون | ۱۳/۴۰ | ۲/۰۴ | ۲۷/۹۰ |
| | پیگیری | ۱۴/۱۰ | ۲/۱۳ | ۲۷/۹۰ |
| الکسی‌تایمیا | پیش‌آزمون | ۷۴/۵۱ | ۸/۴۴ | ۷۱/۰۰ |
| | پس‌آزمون | ۴۸/۷۶ | ۵/۳۷ | ۶۹/۰۰ |
| | پیگیری | ۵۰/۰۱ | ۵/۳۲ | ۷۰/۱۵ |

بررسی مفروضه‌های روش تحلیل اندازه‌گیری مکرر حاکی از برقراری فرض نرمال بودن بر اساس آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای متغیر شدت درد، خستگی و الکسی‌تایمیا گروه‌های آزمایش و گواه به تفکیک در مراحل ارزیابی، برقراری فرض همگنی واریانس‌ها بر اساس آزمون لوین برای هر سه متغیر در مراحل ارزیابی و برقراری فرض همگنی کوواریانس‌ها بر اساس آزمون کرویت موخلی برای هر سه متغیر ($P > 0.05$) و عدم برقراری فرض همگنی واریانس - کوواریانس‌ها بر اساس آزمون ام‌باکس برای هر سه متغیر ($P < 0.001$) بود. با توجه به مفروضه‌های ذکر شده در تحلیل‌ها باید از شاخص گرینهاوس - گیسر استفاده شود. در جدول ۲ نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شدت درد، خستگی و الکسی‌تایمیا در بیماران زن مبتلا به بیماری‌های روماتیسمی گزارش شد.

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شدت درد، خستگی و الکسی‌تایمیا در بیماران زن مبتلا به بیماری‌های روماتیسمی

| متغیرها | منبع تغییرات | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | آماره F | مقدار P | مجذور توان | توان آماری |
|--------------|--------------|---------------|------------|-----------------|---------|---------|------------|------------|
| شدت درد | گروه | ۱۷۳/۲۵ | ۱ | ۱۷۳/۲۵ | ۱۴۵/۵۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۳ | ۱/۰۰۰ |
| | زمان | ۳۵۹/۴۱ | ۱/۸۴ | ۱۹۵/۳۳ | ۱۵۷/۲۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۶ | ۱/۰۰۰ |
| | زمان*گروه | ۳۳۴/۹۰ | ۱/۸۴ | ۱۸۲/۰۱ | ۱۵۱/۷۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۵ | ۱/۰۰۰ |
| شدت خستگی | گروه | ۱۵۶/۴۴ | ۱ | ۱۵۶/۴۴ | ۱۱۷/۶۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۸ | ۱/۰۰۰ |
| | زمان | ۳۲۴/۴۰ | ۱/۹۴ | ۱۶۷/۲۲ | ۱۲۱/۷۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۹ | ۱/۰۰۰ |
| | زمان*گروه | ۳۳۰/۰۱ | ۱/۹۴ | ۱۷۰/۱۱ | ۱۲۶/۰۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۹ | ۱/۰۰۰ |
| الکسی‌تایمیا | گروه | ۴۲۵/۶۸ | ۱ | ۴۲۵/۶۸ | ۷۱/۳۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۲ | ۱/۰۰۰ |
| | زمان | ۶۴۵/۴۱ | ۱/۸۹ | ۳۴۱/۴۹ | ۵۹/۰۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۶ | ۱/۰۰۰ |

زمان*گروه ۶۹۶/۴۶ ۱/۸۹ ۳۶۸/۵۰ ۶۱/۵۸ ۰/۰۰۱ ۰/۷۷ ۱/۰۰۰

بر اساس نتایج گزارش شده در جدول ۲ اثر گروه، زمان و تعامل زمان و گروه متغیرهای شدت درد، خستگی و الکسی‌تایمیا در بیماران زن مبتلا به بیماری‌های روماتیسمی معنی‌دار بود ($P < 0.01$). بنابراین، می‌توان گفت که روش مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه گواه هم باعث کاهش شدت درد، خستگی و الکسی‌تایمیا و هم بین میانگین‌ها در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌دار وجود داشت. در جدول ۳ نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شدت درد، خستگی و الکسی‌تایمیا در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در بیماران زن مبتلا به بیماری‌های روماتیسمی گزارش شد.

جدول ۳. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شدت درد، خستگی و الکسی‌تایمیا در مراحل ارزیابی در بیماران زن مبتلا به بیماری‌های روماتیسمی

| متغیرها | مراحل ارزیابی | اختلاف میانگین‌ها | خطای استاندارد | مقدار P |
|--------------|---------------|-------------------|----------------|---------|
| شدت درد | پیش‌آزمون | ۲۰/۴۵ | ۰/۱۸ | ۰/۰۰۱ |
| | پیش‌آزمون | ۱۹/۳۷ | ۰/۱۸ | ۰/۰۰۱ |
| | پس‌آزمون | ۱/۲۴ | ۰/۱۷ | ۰/۸۷۲ |
| شدت خستگی | پیش‌آزمون | ۱۲/۷۱ | ۰/۱۵ | ۰/۰۰۱ |
| | پیش‌آزمون | ۱۲/۱۶ | ۰/۱۳ | ۰/۰۰۱ |
| | پس‌آزمون | ۰/۷۶ | ۰/۱۴ | ۱/۰۰۰ |
| الکسی‌تایمیا | پیش‌آزمون | ۲۴/۶۶ | ۰/۲۳ | ۰/۰۰۱ |
| | پیش‌آزمون | ۲۲/۸۱ | ۰/۲۱ | ۰/۰۰۱ |
| | پس‌آزمون | ۱/۱۲ | ۰/۲۳ | ۱/۰۰۰ |

بر اساس نتایج گزارش شده در جدول ۳ اختلاف میانگین پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای شدت درد، خستگی و الکسی‌تایمیا در بیماران زن مبتلا به بیماری‌های روماتیسمی معنی‌دار بود ($P < 0.05$), اما اختلاف میانگین پس‌آزمون و پیگیری در هر سه متغیر معنی‌دار نبود ($P > 0.05$). به عبارت دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با مرحله پیش‌آزمون باعث کاهش معنی‌دار شدت درد، خستگی و الکسی‌تایمیا شد، اما بین مراحل پس‌آزمون و پیگیری در هیچ یک از متغیرها تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. تفاوت معنی‌دار پس‌آزمون در مقایسه با پیش‌آزمون نشان‌دهنده اثربخشی روش مداخله و تفاوت معنی‌دار پیگیری در مقایسه با پیش‌آزمون نشان‌دهنده حفظ اثربخشی روش مداخله در مرحله پیگیری بود.

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به مشکلات فراوانی که زنان مبتلا به بیماری‌های روماتیسمی با آن مواجه هستند، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شدت درد، خستگی و الکسی‌تایمیا در بیماران زن مبتلا به بیماری‌های روماتیسمی انجام شد.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش شدت درد در بیماران زن مبتلا به بیماری‌های روماتیسمی شد و نتایج در مرحله پیگیری نیز باقی ماند. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های

کانزله و همکاران (۲۰۲۲)، هیوگس و همکاران (۲۰۱۷)، درتاج و همکاران (۱۴۰۰)، فاطمی و منشئی (۱۳۹۵) و اکبریان و همکاران (۱۴۰۰) همسو بود. در تبیین این نتایج بر مبنای پژوهش فاطمی و منشئی (۱۳۹۵) می‌توان گفت که بیماران از انجام فعالیت‌هایی با این تصور که درد را گسترش می‌دهد، اجتناب می‌کنند. درد همراه با واکنش‌های هیجانی خاصی است که نه تنها بر تجربه ادراک شدت در تاثیر می‌گذارد، بلکه بر طول مدت ناتوانی از کارافتادگی بیمار نیز تاثیرگذار است و در این راستا و در جهت حضور و نقش فعال هیجان‌ها در زمینه درد باید به اصل پذیرش و تصریح ارزش‌ها اشاره کرد. پذیرش درد شامل تمایل فعال بر حضور درد و افکار و احساس‌های همراه با آن در کنار انجام فعالیت‌های ارزشمند و رسیدن به اهداف فردی است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پذیرش هر چه بیشتر احساس‌های ناخوشایند، آگاهی متمرکز بر لحظه حال و درگیری و مشارکت در فعالیت‌هایی که در راستای ارزش‌ها شخصی مرتبط با اهداف رفتاری است، تاکید دارد. بنابراین، در جهت تبیین علت کاهش شدت درد باید اصلی‌ترین سازه نظری در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یعنی انعطاف‌پذیری روانشناختی را در نظر گرفت که به معنای توانایی انجام علم موثر در راستای ارزش‌های فرد برخلاف حضور درد است. در واقع، مکانیسم اصلی اثرگذاری این روش درمانی متمرکز بر این نکته است که این روش به جای برطرف‌سازی و حذف عوامل آسیب‌زا بر ایجاد تمایل به درگیر شدن در اهداف و فعالیت‌های ارزشمند شخص تاکید می‌نماید. در نتیجه، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق فرایندهای ذکر شده می‌تواند نقش موثری در کاهش شدت درد در بیماران زن مبتلا به بیماری‌های روماتیسمی داشته باشد.

همچنین، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش شدت خستگی در بیماران زن مبتلا به بیماری‌های روماتیسمی شد و نتایج در مرحله پیگیری نیز باقی ماند. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های موشر و همکاران (۲۰۲۱)، یو و همکاران (۲۰۲۰)، اکبریان و همکاران (۱۴۰۰) و کریمی و همکاران (۱۴۰۰) همسو بود. در تبیین این نتایج بر مبنای پژوهش اکبریان و همکاران (۱۴۰۰) می‌توان استنباط کرد که خستگی مفهومی دوجانبه است که از یک سو بر کارکردهای جسمانی و از سوی دیگر بر کارکردهای روانشناختی تاکید دارد و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با اعمال و بکارگیری اصول و روش‌ها درمانی اعم از تمرین جسمانی‌سازی، آگاهی بیماران از لحظه حال، فنون کنترل بدن و تمرین نشسته با احساس‌ها به منظور کاهش حالت‌های روانشناختی منفی و افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی سبب کاهش خستگی مزمن در بیماران می‌شود. به عبارت دیگر، در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تلاش می‌شود برای بیماران در زمینه‌های مختلف اعم از افزایش آگاهی نسبت به احساس‌های بدنی، افکار، هیجان‌ها و واکنش‌های سازگاران در مقابله با نشانگان هشداردهنده عود بیماری برنامه‌ریزی‌های لازم انجام شود تا همگام با شناخت ارزش‌ها و اهداف در زندگی و بکارگیری عمل متعهدانه باعث ارتقای سطح کارکرد و کیفیت زندگی شود. در نتیجه، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق راهکارها و راهبردهای آموزش داده‌شده می‌تواند سبب کاهش خستگی در بیماران زن مبتلا به بیماری‌های روماتیسمی شود.

علاوه بر آن، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش الکسی‌تایمیا در بیماران زن مبتلا به بیماری‌های روماتیسمی شد و نتایج در مرحله پیگیری نیز باقی ماند. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های طهماسبی‌زاده و همکاران (۱۳۹۹) و تیلکی و همکاران (۱۳۹۷) همسو بود. در تبیین این نتایج بر مبنای پژوهش تیلکی و همکاران (۱۳۹۷) می‌توان گفت هنگامی که فرد دچار بیماری حاد است، شاید

بتواند دوره اتمام درد را پیش‌بینی کند. برای مثال انتظار می‌رود که درد ناشی از شکستگی اعضاء به تدریج با التیام آن فروکش کند، اما هنگامی که درد با وجود انجام اقداماتی برای تسکین آن، ماه‌ها و حتی سال‌ها ادامه می‌یابد، بیمار ممکن است دلسرد شود و به مرور دچار یأس و افسردگی گردد. بنابراین، چنین افرادی نیازمند ارائه راهبردهایی برای کاستن از میزان فشارهای عصبی و روانی بوده تا انعطاف‌پذیری روانشناختی آنها بهبود یابد و از جمله روش‌های درمانی که با همین هدف طراحی شده می‌توان به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اشاره کرد. این شیوه درمانی تلاش می‌کند تا نحوه ارتباط شخص با افکار و احساس‌ها را در جهت مثبت و حذف کارکردها و عملکردهای نامطلوب تغییر دهد. در نتیجه، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق فرایندهای ذکر شده می‌تواند نقش موثری در کاهش الکسی‌تایمیا در بیماران زن مبتلا به بیماری‌های روماتیسمی داشته باشد.

هر پژوهشی در هنگام اجرا با محدودیت‌هایی مواجه است و از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به تک‌جنسیتی بودن آن، استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند و محدود شدن جامعه پژوهش به زنان مبتلا به بیماری‌های روماتیسمی مراجعه‌کننده به درمانگاه روماتولوژی بیمارستان امام حسین (ع) شهر تهران اشاره کرد. با توجه به محدودیت‌ها در تعمیم نتایج باید احتیاط شود و طبق آنها پیشنهاد می‌شود که این پژوهش بر روی مردان نیز اجرا شود، پژوهشگران در صورت امکان از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی برای انتخاب نمونه‌ها با هدف کاهش خطای نمونه‌گیری استفاده نمایند و پژوهش حاضر بر روی سایر گروه‌های آسیب‌پذیر از جمله نجات‌یافتگان از کووید-۱۹، مبتلا به سرطان ریه، سرطان پستان و غیره انجام شود. آخرین پیشنهاد پژوهشی اینکه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی متغیرهای مختلف با سایر روش‌های درمانی برگرفته از موج سوم روان‌درمانی مانند درمان مبتنی بر شفقت، رفتار درمانی دیالکتیکی و غیره مقایسه شود. از آنجایی که نتایج پژوهش حاضر حاکی از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ماندگاری آن بر کاهش شدت درد، خستگی و الکسی‌تایمیا در بیماران زن مبتلا به بیماری‌های روماتیسمی بود. بنابراین، درمانگران و متخصصان سلامت می‌توانند از روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کنار سایر روش‌های درمانی جهت بهبود ویژگی‌ها به‌ویژه کاهش شدت درد، خستگی و الکسی‌تایمیا استفاده نمایند. پیشنهاد کاربردی دیگر اینکه مسئولان و برنامه‌ریزان برای گروه‌های آسیب‌پذیر از جمله مبتلایان به بیماری‌های روماتیسمی از نتایج این پژوهش بهره‌برداری کرده و بیماران را در جهت استفاده از روش‌های درمانی غیردارویی موثر از جمله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ترغیب و نتایج آن را پیگیری نمایند.

موازین اخلاقی

در پژوهش حاضر که دارای کد اخلاق با شناسه IR.IAU.ARDABIL.REC.1400.043 از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل است، ملاحظات اخلاقی از جمله تکمیل و امضای فرم رضایت‌نامه شرکت آگاهانه در پژوهش، اصل رازداری، حفظ حریم نمونه‌ها و غیره رعایت شد.

سپاسگزاری

نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند که از مسئولان بیمارستان امام حسین (ع) و بیماران زن روماتیسمی شرکت‌کننده در پژوهش صمیمانه قدردانی نمایند.

مشارکت نویسندگان

این مقاله مستخرج از رساله دکتری تخصصی نویسنده اول است که هر چهار نویسنده در انجام آن مشارکت داشتند.

تعارض منافع

این پژوهش با هزینه شخصی نویسنده اول مقاله حاضر انجام و بین نویسندگان آن هیچ تضاد منافی وجود نداشت.

منابع

- اکبریان، محسن؛ سعیدی، نرگس؛ برجعلی، احمد؛ ابوالقاسمی، شهلا و حسن‌آبادی، حمیدرضا. (۱۴۰۰). تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پیامدهای روانشناختی اضطراب، شدت درد و خستگی زنان مبتلا به فیبرومیالژیا: مطالعه با اثر انتظار. *مجله پزشکی بالینی ابن سینا*، ۲۸(۴)، ۲۵۲-۲۴۴.
- تنهایی، زهرا؛ فتحی آشتیانی، علی؛ امینی، محسن؛ واحدی، همایون و شقاقی، فرهاد. (۱۳۹۱). اعتباریابی پرسشنامه تجدیدنظرشده‌ی درد مک‌گیل بر روی بیماران مبتلا به IBS. *مجله گوارش*، ۱۷(۲)، ۹۷-۹۱.
- تیلکی، مهدیس؛ طاهر، محبوبه؛ مجرد، آرزو و جعفری ثانی، بهنام. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و ناگویی هیجانی زنان مبتلا به درد مزمن. *فصلنامه مطالعات روانشناختی*، ۱۴(۳)، ۱۶۳-۱۷۸.
- درتاج، افسانه؛ علی‌اکبری دهکردی، مهناز؛ ناصرمقدسی، عبدالرضا و علی‌پور، احمد. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی، ادراک درد و اینترلوکین ۱۲ در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۱۵(۱)، ۷۲-۴۹.
- شاهواروقی فراهانی، اعظم؛ عظیمیان، مجتبی، فلاح‌پور، ماندانا و کریملو، مسعود. (۱۳۹۱). بررسی روایی و پایایی نسخه فارسی پرسش‌نامه مقیاس سنجش شدت خستگی در افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. *مجله توانبخشی*، ۱۳(۴)، ۹۱-۸۴.
- طهماسبی‌زاده، بهشته؛ کوشکی، شیرین؛ نعمت طاوسی، محترم و اورکی، محمد. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر ناگویی خلقی و مشکلات بین‌فردی مردان دارای اختلال مصرف مواد. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۸(۴)، ۵۱۸-۵۱۰.
- فاطمی، فردوس و منشتی، غلامرضا. (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ادراک شدت درد در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید شهر اصفهان. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۴(۳)، ۳۰۱-۲۹۶.
- کریمی، محسن؛ قادری بگه‌جان، کاوه؛ نقش، زهرا؛ قزاقی، طاهره و ملک‌زاده، لیدا. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با درمان شناختی- رفتاری در بهبود خستگی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس. *مجله دانشگاه علوم پزشکی کردستان*، ۲۶(۴)، ۱۳۱-۱۱۷.
- نعمت طاوسی، محترم و سلطانی‌نیا، شیوا. (۱۳۹۹). نقش واسطه‌ای اجتناب تجربه‌ای در رابطه بین ناگویی هیجانی و تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی پس از آسیب مغزی تروماتیک. *مجله روانشناسی و روان‌پزشکی شناخت*، ۷(۲)، ۱۵۲-۱۴۰.

References

- Adelowo, O., Mody, G. M., Tikly, M., Oyoo, O., & Slimani, S. (2021). Rheumatic diseases in Africa. *Nature Reviews Rheumatology*, 17(6), 363-374.

- Akosile, C. O., Anomneze, J. U., Okoye, E. C., Adegoke, B. O. A., Uwakwe, R., & Okeke, E. (2021). Quality of life, fatigue and seizure severity in people living with epilepsy in a selected Nigerian population. *Seizure*, 84, 1-5.
- Avci, D., Duran, S., Oz, Y. C., & Basak, I. (2021). Suicide probability in psychiatric patients' primary caregivers: The role of care burden, alexithymia and some risk factors. *Archives of Psychiatric Nursing*, 35(5), 457-464.
- Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto alexithymia scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23-32.
- Chisari, C., McCracken, L. M., Cruciani, F., Moss-Morris, R., & Scott, W. (2022). Acceptance and commitment therapy for women living with Vulvodinia: A single-case experimental design study of a treatment delivered online. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 23, 15-30.
- Davies, K., Dures, E., & Ng, W. F. (2021). Fatigue in inflammatory rheumatic diseases: current knowledge and areas for future research. *Nature Reviews Rheumatology*, 17(11), 651-664.
- Dworkin, R. H., Turk, D. C., Revicki, D. A., Harding, G., Coyne, K. S., Peirce-Sandner, S., & et al. (2009). Development and initial validation of an expanded and revised version of the short-form McGill pain questionnaire (SF-MPQ-2). *Pain*, 144(1-2), 35-42.
- Fallon, K. (2021). The role of exercise in management of rheumatological disease. *Australian Journal of General Practice*, 50(5), 271-274.
- Hayes, S. C. (2019). Acceptance and commitment therapy: Towards a unified model of behavior change. *World Psychiatry*, 18(2), 226-237.
- Hughes, L. S., Clark, J., Colclough, J. A., Dale, E., & McMillan, D. (2017). Acceptance and commitment therapy (ACT) for chronic pain: A systematic review and meta-analyses. *The Clinical Journal of Pain*, 33(6), 552-568.
- Kanzler, K. E., Robinson, P. J., McGeary, D. D., Mintz, J., Kilpela, L. S., Finley, E. P., & et al. (2022). Addressing chronic pain with focused acceptance and commitment therapy in integrated primary care: Findings from a mixed methods pilot randomized controlled trial. *BMC Primary Care*, 23(77), 1-14.
- Khallaf, M. K., AlSergany, M. A., El-Saadany, H. M., El-Hawa, M. A., & Ahmed, R. A. M. (2020). Assessment of fatigue and functional impairment in patients with rheumatic diseases. *The Egyptian Rheumatologist*, 42(1), 51-56.
- Krupp, L. B., LaRocca, N. G., Muir-Nash, J., & Steinberg, A. D. (1989). The fatigue severity scale: Application to patients with multiple sclerosis and lupus erythematosus. *Archives of Neurology*, 46(10), 1121-1123.
- Larsson, A., Hartley, S., & McHugh, L. (2022). A randomised controlled trial of brief web-based acceptance and commitment therapy on the general mental health, depression, anxiety and stress of college students. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 24, 10-17.
- Lee, S., Lee, J., Jeon, S., Kim, S., Seo, Y., & Park, J., & et al. (2021). Nightmares and alexithymia in traumatized North Korean refugees. *Sleep Medicine*, 86, 75-80.
- Marchi, L., Marzetti, F., Orru, G., Lemmetti, S., Miccoli, M., Ciacchini, R., & et al. (2019). Alexithymia and psychological distress in patients with fibromyalgia and rheumatic disease. *Frontiers in Psychology*, 10(1735), 1-11.
- Minhas, D., & Clauw, D. J. (2021). Pain mechanisms in patients with rheumatic diseases. *Rheumatic Disease Clinics of North America*, 47(2), 133-148.

- Mosher, C. E., Secinti, E., Kroenke, K., Helft, P. R., Turk, A. A., Loehrer, P. J., & et al. (2021). Acceptance and commitment therapy for fatigue interference in advanced gastrointestinal cancer and caregiver burden: protocol of a pilot randomized controlled trial. *Pilot and Feasibility Studies*, 7(99), 1-12.
- Ndao, A. C., Atoumane, F., Nafissatou, D., Codou, F. B., Gueye, D. D., Diop, D. A., & et al. (2022). Outcome of unclassified inflammatory rheumatism: Observation of 7 cases in dakar. *Open Journal of Internal Medicine*, 12(1), 22-28.
- Nelson, C. J., Saracino, R. M., Napolitano, S., Pessin, H., Narus, J., & Mulhall, J. P. (2019). Acceptance and commitment therapy to increase adherence to penile injection therapy-based rehabilitation after radical prostatectomy: Pilot randomized controlled trial. *The Journal of Sexual Medicine*, 16(9), 1398-1408.
- Petersen, J., Ona, P. Z., Blythe, M., Moller, C. M., & Twohig, M. (2022). Intensive outpatient acceptance and commitment therapy with exposure and response prevention for adolescents. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 23, 75-84.
- Rooney, S., McFadyen, A., Wood, L., Moffat, F., & Paul, L. (2019). Minimally important difference of the fatigue severity scale and modified fatigue impact scale in people with multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 35, 158-163.
- Sanmarti, R., Haro, I., & Canete, J. D. (2021). Palindromic rheumatism: A unique and enigmatic entity with a complex relationship with rheumatoid arthritis. *Expert Review of Clinical Immunology*, 17(4), 375-384.
- Takahashi, F., Ishizu, K., Matsubara, K., Ohtsuki, T., & Shimoda, Y. (2020). Acceptance and commitment therapy as a school-based group intervention for adolescents: An open-label trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 16, 71-79.
- Varshney, V., Rutledge, T., D'Eon, M., & Chakravarthy, K. (2022). Pain, implantable pain devices, and psychosocial aspects of pain. *Academic Press: The Neurobiology, Physiology, and Psychology of Pain*, 395-403.
- Vowles, K. E., Sowden, G., & Ashworth, J. (2014). A comprehensive examination of the model underlying acceptance and commitment therapy for chronic pain. *Behavior Therapy*, 45(3), 390-401.
- Yu, L., Scott, W., & McCracken, L. M. (2020). Change in fatigue in acceptance and commitment therapy-based treatment for chronic pain and its association with enhanced psychological flexibility. *European Journal of Pain*, 24(1), 234-247.
- Zhou, H., Xiao, W., Li, X., & Jiang, H. (2022). The influence of alexithymia on problematic mobile phone use among Chinese adolescent students: Multiple mediating roles of social interaction anxiousness and core self-evaluations. *Journal of Affective Disorders*, 308, 569-576.
- Zisa, D., & Goodman, S. M. (2022). Perioperative management of rheumatic disease and therapies. *Rheumatic Disease Clinics of North America*, 48(2), 455-466.

نسخه تجدیدنظر شده فرم کوتاه پرسشنامه درد مک‌گیل

| گوویه (نوع درد) | بدون درد | خفیف | متوسط | شدید |
|-----------------|----------|------|-------|------|
| ضربان‌دار | | | | |
| تیر کشنده | | | | |
| خنجری | | | | |
| تیز | | | | |
| پیچشی | | | | |

| | |
|--------------------------|------------------|
| کنده‌شده یا ساییدگی | ۰ = بدون درد |
| داغی یا سوختگی | ۱. درد قابل تحمل |
| درد | ۲. درد رنجش‌آور |
| سنگینی | ۳. درد مزاحم |
| حساس بودن | ۴. درد وحشت‌زا |
| جداشدگی | ۵. غیرقابل تحمل |
| خستگی مفرط | |
| ناخوشی | |
| ترسناک و مخوف | |
| بی‌رحمانه و مجازات‌کننده | |

مقیاس شدت خستگی

| | | | | | |
|--------------|--------------|-------|-------|-------|--------------|
| کاملاً موافق | کاملاً مخالف | تا | نه | تا | کاملاً موافق |
| موافق | مخالف | حدودی | مخالف | حدودی | موافق |
| | | موافق | و نه | مخالف | |
| | | موافق | | مخالف | |

۱. وقتی که خسته‌ام، انگیزه‌ام کمتر می‌شود.
۲. تمرین‌های بدنی خسته‌ام می‌کند.
۳. به سادگی خسته می‌شوم.
۴. خستگی بر عملکرد جسمانی من تاثیر می‌گذارد.
۵. خستگی مشکلات فراوانی را برایم به بار می‌آورد.
۶. خستگی مانع از تداوم فعالیت‌های جسمی من می‌شود.
۷. خستگی برای انجام برخی از وظایف و مسئولیت‌های خاص من مشکل ایجاد می‌کند.
۸. خستگی یکی از سه علامت بسیار ناتوان‌کننده‌ام می‌باشد.
۹. خستگی برای کار، خانواده و زندگی اجتماعی من مشکل ایجاد می‌کند.

مقیاس الکسی تایمیا تورنتو

| | | | | | |
|--------------|--------------|-------|-------|-------|--------------|
| کاملاً موافق | کاملاً مخالف | تا | نه | تا | کاملاً موافق |
| موافق | مخالف | حدودی | مخالف | حدودی | موافق |
| | | موافق | و نه | مخالف | |
| | | موافق | | مخالف | |

۱. اغلب درباره اینکه چه هیجان‌هایی را تجربه می‌کنم، احساس سردرگمی می‌کنم.
۲. برای من مشکل است کلمه مناسبی را برای بیان احساساتم بیابم.

۳. حالت‌هایی را در بدنم احساس می‌کنم که حتی پزشکان هم قادر به درک آن نیستند.
۴. می‌توانم احساساتم را به راحتی توصیف کنم.
۵. ترجیح می‌دهم به جای توصیف مشکلات، آنها را تحلیل کنم.
۶. به هنگام آشفتگی (ناراحتی) نمی‌دانم که آیا غمگین، هراسان و یا خشمگین هستم.
۷. اغلب از حالت‌هایی که در بدنم بوجود می‌آید گنج و سردرگم می‌شوم.
۸. ترجیح می‌دهم از مسائلی که اتفاق می‌افتد، بگذرم به جای اینکه سعی کنم درک کنم چرا چنین مسائلی پیش آمده‌اند.
۹. احساساتی دارم که کاملاً نمی‌توانم آنها را تشخیص دهم.
۱۰. به نظر من تجربه کردن و حس کردن هیجانات ضروری است.
۱۱. برای من مشکل است احساساتم به مردم را بیان کنم.
۱۲. اطرافیان از من می‌خواهند که درباره احساساتم بیشتر به آنها توضیح دهم.
۱۳. نمی‌دانم در درونم چه می‌گذرد.
۱۴. اغلب اوقات نمی‌دانم چرا عصبانی هستم.
۱۵. ترجیح می‌دهم با مردم درباره کارهای روزمره‌شان صحبت کنم تا احساساتشان.
۱۶. تماشای برنامه‌های سرگرم‌کننده سطحی تلویزیون را به دیدن برنامه‌های عمقی و جدی ترجیح می‌دهم.
۱۷. برایم مشکل است که حتی برای صمیمی‌ترین دوستانم، احساسات عمیقم را آشکار سازم.
۱۸. من نمی‌توانم حتی در لحظات سکوت هم با یک شخص احساس نزدیکی کنم.
۱۹. بازنگری احساسات در حل مشکلات شخصی برای من مفید و سودمند است.
۲۰. جستجوی معانی ضمنی و پنهانی فیلم‌ها و نمایش‌نامه‌ها از لذت آن می‌کاهد.

Effectiveness of Acceptance and Commitment based Therapy on Pain Severity, Fatigue, and Alexithymia in Female Patients with Rheumatic Diseases

Zahra. Roshandel¹, Azra. Ghaffari^{2*}, Reza. Kazemi³ & Mehriar. Nadermohammadi⁴

Abstract

Aim: The aim of this research was determine the effectiveness of acceptance and commitment based therapy on pain severity, fatigue, and alexithymia in female patients with rheumatic diseases. **Methods:** This study was quasi-experimental with a pretest, posttest and three month follow-up design with a control group. The research population was female patients with rheumatic diseases who referred to the rheumatology clinic of Imam Hossein Hospital of Tehran city in the spring of 2021, which number of 30 people of them after reviewing the inclusion criteria were selected by purposeful sampling method and randomly replaced into two equal groups. The experimental group was trained 8 sessions of 90 minutes (one session per week) with the acceptance and commitment based therapy method and the control group remained on the waiting list for training. Data were collected by revised version of the short-form McGill pain questionnaire (Dworkin et al., 2009), fatigue severity scale (Krupp et al., 1989) and Toronto alexithymia scale (Bagby et al., 1994) and analyzed by methods of repeated measures analysis of variance and bonferroni post hoc test in SPSS-21 software. **Results:** The results showed that acceptance and commitment based therapy reduced the pain severity, fatigue and alexithymia in female patients with rheumatic diseases and the results remained in the follow-up phase ($P < 0.001$). **Conclusion:** The results showed the effectiveness of acceptance and commitment based therapy and its persistence in reducing pain severity, fatigue and alexithymia in female patients with rheumatic diseases. Therefore, health professionals and therapists can use acceptance and commitment based therapy along with other therapies methods to improve features, especially pain severity, fatigue and alexithymia.

Keywords: *Acceptance and Commitment based Therapy, Pain Severity, Fatigue Severity, Alexithymia, Rheumatic Diseases*

1 PhD Student of Department of Psychology, Ardebil Branch, Islamic Azad University, Ardebil, Iran

2 Assistant Professor, Department of Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran

Email: azra.ghaffari@yahoo.com

3 Assistant Professor, Department of Psychology, Ardebil Branch, Islamic Azad University, Ardebil, Iran

4 Department of Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran