

مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر تنظیم هیجان و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد
بر کاهش علائم کمردرد، افسردگی و افزایش رضایت از زندگی در زنان مبتلا به کمردرد مزمن با
اختلال افسردگی اساسی همبود

* محمد اورکی^۱، آتوسا مهدی زاده^۲، افسانه درتاج^۳

۱. دانشیار گروه روان شناسی دانشگاه پیام نور.

۲. دانشجوی دکترای روانشناسی سلامت دانشگاه پیام نور دبی.

۳. مربی و دانشجوی دکترای روانشناسی سلامت دانشگاه پیام نور دبی.

(تاریخ وصول: ۹۶/۰۹/۰۳ - تاریخ پذیرش: ۹۷/۰۲/۱۱)

Comparing the effectiveness of emotion regulation- focused cognitive-behavior
therapy and acceptance and commitment therapy on reducing the backache
symptoms and depression and increasing life satisfaction in women suffering
from chronic backache with comorbid major depressive disorder

* Mohammad Oraki¹, Atousa Mahdizadeh², Afsaneh Dortaj³

1. Associate Professor and Faculty Member of Payame Noor University.

2. Ph.D. student of psychology of health at Payame Noor University of Dubai.

3. Instructor, and Ph.D. in Psychology of Health at Payame Noor University of Dubai.

(Received: Nov. 24, 2017 - Accepted: May. 01, 2018)

Abstract

Objective: The aim of this study was to compare the effectiveness of emotion regulation- focused cognitive-behavior therapy (CBT) and acceptance and commitment therapy (ACT) on backache symptoms, depression and life satisfaction in women suffering from chronic backache with comorbid major depressive disorder (MDD). **Method:** This study was a quasi-experimental research conducted in the form of pretest-posttest with control group. 30 women with chronic backache and comorbid MDD were selected and were included randomly in two experimental groups (n=20) and one control group (n=10). One experimental group received the emotion regulation-focused CBT and another experimental group received the ACT, with control group on a waiting list. Participants completed the McGill Pain Questionnaire, Beck Depression Inventory-II (BDI-II) and Life Satisfaction Questionnaire in the pretest and posttest. The data were analyzed using multi-variable covariance analysis. **Results:** The Emotion regulation-focused CBT and the ACT reduced backache symptoms and depression, and increased life satisfaction. **Conclusion:** the results showed no significant differences between the two therapies.

Keywords: Emotion regulation-focused cognitive-behavior therapy, Acceptance and commitment therapy, Pain, Depression, Life satisfaction, Major depressive disorder.

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر به مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر تنظیم هیجان و درمان پذیرش و تعهد بر علائم کمردرد، افسردگی و رضایت از زندگی در زنان مبتلا به کمردرد مزمن با اختلال افسردگی اساسی همبود پرداخت. **روش:** این پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. ۳۰ زن دارای کمردرد مزمن با اختلال افسردگی اساسی همبود به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و یک گروه کنترل (۱۰ نفر) گمارده شدند. یک گروه آزمایش درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر تنظیم هیجان و گروه دیگر آزمایش درمان پذیرش و تعهد را دریافت کردند و گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفت. شرکت کنندگان پرسشنامه های درد مک گیل، افسردگی بک و رضایت از زندگی را در پیش آزمون و پس آزمون کامل کردند. برای تجزیه و تحلیل داده ها از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. **یافته ها:** درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر تنظیم هیجان و درمان پذیرش و تعهد باعث کاهش علائم درد و افسردگی و افزایش رضایت از زندگی شدند. **نتیجه گیری:** نتایج نشان داد که بین دو روش درمانی تفاوت معناداری مشاهده نشد.

واژگان کلیدی: درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر تنظیم هیجان، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درد، افسردگی، رضایت از زندگی، اختلال افسردگی اساسی.

* نویسنده مسئول: دکتر محمد اورکی

Email: m.oraki@pnu.ac.ir

* Corresponding Author: Dr. Mohammad Oraki

مقدمه

تواند هم در کاهش علایم درد و افسردگی و متعاقب آن افزایش رضایت از زندگی کارآمد باشد.

اختلال افسردگی اساسی یکی از موارد ذکر شده همبود با کمر درد مزمن می باشد (کوری و ونگ^۶، ۲۰۰۴؛ درش^۷ و همکاران، ۲۰۰۲). اختلال افسردگی اساسی، خلق ملول به صورت دلتنگی شدید یا بی علاقتی زیاد به جنبه های قبلاً لذت بخش زندگی پدیدار می شود (هالیجین و ویتبورن^۸، ۲۰۱۰). پژوهشهای مختلف نشان داده اند که درد مزمن با اضطراب، افسردگی و استرس همراه است (فلوموند^۹، ۲۰۰۵؛ پینکاس^{۱۰} و همکاران، ۲۰۰۲؛ برتون^{۱۱} و همکاران، ۱۹۹۵؛ تورک و مونارچ^{۱۲}، ۲۰۰۶؛ بیسالیوان^{۱۳} و همکاران، ۱۹۹۲؛ سینل^{۱۴} و همکاران، ۱۹۹۶).

درد مزمن، مشکل شایعی است که بر کیفیت زندگی افراد مبتلا به آن، آثار منفی می گذارد (بریویک^{۱۵} و همکاران، ۲۰۰۶). بسیاری از بیماران مبتلا به دردهای مزمن، علی رغم مداخلات دارویی، همچنان درد را تجربه می کنند و اگر قادر به سازش با دردشان نباشند، کیفیت زندگی شان به طور چشم گیری تحت تأثیر قرار می گیرد. نتایج مطالعات اخیر نشان داده است که پذیرش بالای

دردهای مزمن، یکی از مهم ترین معضلات پزشکی در جهان هستند که سالیانه میلیون ها نفر دچار آن می شوند. در سراسر دنیا دردهای مزمن، مهم ترین علت رنج و معلولیت انسان بوده است و به طور جدی بر کیفیت زندگی افراد تأثیر می گذارد. درد مزمن دردی است غیر سرطانی که کم و بیش از تداوم برخوردار است و معمولاً دوره زمانی ۶ ماهه ای را به عنوان ملاک تشخیصی برای مزمن شدن درد در نظر می گیرند (کف و ویلیامز^۱، ۱۹۹۰). از میان مجموع آسیب های اسکلتی، آسیب کمردرد بالاترین رقم شیوع را به خود اختصاص داده (بین ۶۰ درصد تا ۸۰ درصد). مشکلات هیجانی همراه با درد کمر به تشدید بیماری کمک می کند (گاتچل^۲ و همکاران، ۱۹۹۵). آن دسته از بیماران مبتلا به درد مزمن که در بیان و تنظیم هیجانات خود مشکل دارند در مواقع پریشانی های هیجانی، از خود نشانه های جسمانی نشان می دهند (لانگ^۳ و همکاران، ۱۹۸۱). آشفتگی در هیجان و تنظیم آن می تواند موجب آسیبهای روانی شود (کیسلر و اولاتونجی^۴، ۲۰۱۲). با توجه به اینکه افسردگی با کمردرد مزمن همراه می باشد. و همچنین راهبردهای تنظیم هیجان در سبب شناسی اختلال افسردگی اساسی مطرح است (گارنفسکی^۵ و همکاران، ۲۰۰۲)، درمانی که بتواند بر این دو سازه زیربنایی (علایم درد و افسردگی) اثر بگذارد احتمالاً می

6. Currie & Wang
7. Dresh
8. Halgin & Whitbourne
9. Fleurmond
10. Pincus
11. Burton
12. Turk & Monarch
13. Sullivan
14. Sinel
15. Breivik

1. Keef & Williams
2. Gatchel
3. Long
4. Cisler & Olatunji
5. Garnefski

تعهد یک رفتار درمانی موج سوم است که هدف آن، ایجاد انعطاف پذیری روان شناختی است. انعطاف پذیری روان شناختی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق شش فرایند اصلی و زیربنایی: پذیرش^۸، گسلش^۹، خود به عنوان زمینه^{۱۰}، ارتباط با زمان حال^{۱۱}، ارزشها^{۱۲}، و عمل متعهد^{۱۳} ایجاد می شود. این فرایندها با یکدیگر مرتبط هستند و برای تقویت انعطاف پذیری روان شناختی بر یکدیگر تأثیرگذارند (هایز و استروساهل^{۱۴}، ۲۰۱۰).

پذیرش و تعهد درمانی یکی از مداخلات مبتنی بر پذیرش است که برای افرادی که تمایل به تجربه وقایع روان شناختی ناخواسته از قبیل درد، بسیار اثربخش است. کوق^{۱۵} و همکاران (۲۰۰۵) نشان داده اند که مداخلات مبتنی بر پذیرش منجر به حساسیت کمتر به درد می شود. پذیرش و تعهد درمانی بر این اصل استوار است که اجتناب از درد منجر به ناتوانی و کاهش کیفیت و رضایت از زندگی می گردد. بر اساس این تئوری، اجتناب زمانی رخ می دهد که افکار و احساسات منطقی تأثیر نامناسب و افراطی بر رفتار می گذارد و در فرآیند درمان، مواجهه با موقعیت های اجتناب شده به عنوان مداخله هسته ای محسوب می شود. ولز و مک کراکن^{۱۶} (۲۰۰۸) نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانست در میزان تجربه

درد با کیفیت زندگی بالا در بیماران مبتلا به درد کمر مؤثر است (ماسون^۱ و همکاران، ۲۰۰۸).

رویکردهای درمانی مختلفی برای بیماران مبتلا به درد مزمن وجود دارد. از جمله درمان های روانشناختی که می تواند در بیماران مبتلا به درد مزمن به کار رود، درمان شناختی-رفتاری^۲ از نوع متمرکز بر تنظیم هیجانات است. هدف کلی درمان شناختی-رفتاری جایگزین کردن شناخت ها، هیجان ها، رفتارها و مهارت های مقابله ای غیر انطباقی بیماران مبتلا به کمر درد مزمن، با حالات انطباقی برای این بیماران می باشد (گاتچل و روئینگز^۳، ۲۰۰۸). درمان شناختی رفتاری قادر است مراقبت درمانی را در بیماران مبتلا به کمر درد توام با اختلال ها و حالات همبود بهبود ببخشد (تورک و گاتچل، ۲۰۱۳). تحقیقات نشان می دهد که درمان شناختی-رفتاری میزان فاجعه آمیزی درد را در بیماران مبتلا به کمر درد مزمن به طور معنی داری کاهش می دهد (اسمتر^۴ و همکاران، ۲۰۰۶) و موجب کاهش درد و سطوح پریشانی مرتبط با آن و کاهش اضطراب، افسردگی و استرس بیماران مبتلا به درد مزمن می شود (بوهرمن^۵ و همکاران، ۲۰۱۳؛ تان^۶ و همکاران، ۲۰۰۹ عبدالقادی و همکاران، ۱۳۹۲).

یکی دیگر از درمان هایی که می توان در بیماران مبتلا به کمر درد مزمن به کار برد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۷ است. درمان مبتنی بر پذیرش و

8 . acceptance

9 . defusion

10 . self as a context

11 . contact with present moment

12 . values

13 . committed action

14 . Hayes & Strosahl

15 . Keogh

16 . Vowles & McCracken

1 . Mason

2 . Cognitive-Behavioral Treatment (CBT)

3 . Rollings

4 . Smeets

5 . Buhrman

6 . Tan

7 . Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

درد، افسردگی، اضطراب و ناتوانایی و معلولیت، وضعیت شغلی و عملکرد فیزیکی، بهبودی معناداری را نسبت به قبل از اجرای درمان نشان دادند. ویکسل^۱ و همکاران (۲۰۰۵) در یک پژوهش موردی نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانست باعث بهبود کارکردهای روزانه بیمار از جمله وضعیت تحصیلی، و کاهش سطوح تجربه درد شود. گراهام^۲ و همکاران (۲۰۱۴) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی اساسی، اضطراب و استرس در افراد مبتلا به سکنه مغزی با اختلال قلبی و سرگیجه بسیار مؤثر واقع شد. صبور و کاکابرایی (۱۳۹۵) در پژوهش خود نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانست باعث کاهش شدت درد و افسردگی در زنان مبتلا به درد مزمن گردد. نتایج باروز^۳ (۲۰۱۳)، گودوین^۴ و همکاران (۲۰۱۲)، اسپری^۵ و همکاران (۲۰۱۴)، ون سون^۶ و همکاران (۲۰۱۳)، و بهروز و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهشهای مختلف بر روی جوامع مختلف بیماران نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانست موجب افزایش بهبود کیفیت و رضایت از زندگی شود.

درد مزمن یکی از بیماری های ناتوان کننده است که می تواند منجر به خسارات جبران ناپذیر مالی از نظر درمان های دارویی برای بیماران مبتلا شود.

در ایران مطالعاتی در زمینه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر روی علایم درد، افسردگی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به کمردرد مزمن انجام شده است که هرکدام یکی از این متغیرها را مورد مطالعه قرار داده است، ولی ۱- تحقیق حاضر هر سه این متغیرها را در کنار هم مورد مطالعه قرار دارد، زیرا علایم درد و متعاقب آن افسردگی و کیفیت زندگی پایین با یکدیگر مرتبط هستند، ۲- نمونه ای از زنان مبتلا به کمردرد مزمن با اختلال افسردگی اساسی همبود را مورد مطالعه قرار داد، ۳- مطالعه ما درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر تنظیم هیجان را مورد استفاده قرار داد، ۴- در این پژوهش ما اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را نیز در کنار درمان شناختی رفتاری به کار بردیم، و ۵- ما به مقایسه اثربخشی این دو روش درمانی با یکدیگر پرداختیم. بنابراین، هدف از پژوهش حاضر بررسی و مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر تنظیم هیجان و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علایم درد، افسردگی و رضایت از زندگی در زنان مبتلا به کمردرد مزمن با اختلال افسردگی اساسی همبود بود. به منظور پیگیری این هدف این فرضیه ها بررسی شدند: ۱- درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر تنظیم هیجان باعث کاهش علایم درد، افسردگی و افزایش رضایت از زندگی در زنان مبتلا به کمردرد مزمن با اختلال افسردگی اساسی همبود می شود. ۲- درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش علایم درد، افسردگی و افزایش رضایت از زندگی در زنان

- 1 . Wicksell
- 2 . Graham
- 3 . Burrows
- 4 . Goodwin
- 5 . Sperry
- 6 . Van Son

پزشکی جدی دیگر (نظیر اسکیزوفرنی، اختلال وسواس، و اختلالات شخصیتی) و عدم ابتلاء به اختلال نورولوژیک، عدم ابتلاء به عقب ماندگیهای ذهنی، سطح تحصیلات حداقل اول متوسطه، حداقل سن ۱۸ و حداکثر ۵۴ سال، عدم مصرف داروهای ضد درد، و عدم مصرف داروهای ضد افسردگی. معیارهای خروج عبارت بود از: انصراف از شرکت در تمامی جلسات، مصرف داروهای ضد درد و ضد افسردگی، ابتلاء به اختلال های روانپزشکی دیگر (نظیر اسکیزوفرنی، اختلال وسواس، و اختلالات شخصیتی) و اختلال های نورولوژیک. جلسات مداخله شناختی-رفتاری متمرکز بر تنظیم هیجان طی ۱۲ در هر هفته ۲ بار به مدت ۹۰ دقیقه بر یک گروه آزمایش برگزار گردید و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه ای بر روی گروه آزمایش دیگر برگزار گردید. جلسات ای درمانها در جداول ۱ و ۲ ارائه شده اند.

در این پژوهش داده ها در دو سطح توصیفی و استنباطی تحلیل شدند. در سطح توصیفی از شاخص های میانگین و انحراف استاندارد و در سطح استنباطی برای آزمون فرضیه های آماری از روش تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکووا) با استفاده از نرم افزار SPSS-۲۰ استفاده شد. در این پژوهش پرسشنامه درد مک گیل، پرسشنامه افسردگی بک^۱ و پرسشنامه رضایت از زندگی در دو مرحله پیش آزمون (بلافاصله قبل از آموزش) و پس از آزمون (پس از اتمام دوره های درمانی) در شرکت کنندگان گروه آزمایش و کنترل اجرا

مبتلا به کمردرد مزمن با اختلال افسردگی اساسی همبود می شود. ۳- بین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر تنظیم هیجان و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تفاوت های معنی داری وجود دارد.

روش

روش پژوهش حاضر از نوع طرح های نیمه آزمایشی بود. در این پژوهش، از طرح پیش آزمون پس آزمون با گروه کنترل استفاده شد و زنان مبتلا به کمردرد مزمن با اختلال افسردگی اساسی همبود به صورت تصادفی در گروه های آزمایش و کنترل جایگزین شدند. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی زنان مبتلا به کمردرد مزمن با اختلال افسردگی اساسی همبود مراجعه کننده به بیمارستان ایرانیان در شهر دبی بود که از بین این جامعه نمونه ای به حجم ۱۵۰ نفر انتخاب شد که از بین این افراد از طریق غربالگری با استفاده از مصاحبه بالینی مبتنی بر راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی نسخه پنجم، ۳۰ نفر از زنان مبتلا به کمردرد مزمن با اختلال افسردگی اساسی همبود انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو آزمایش و یک گروه کنترل (۱۰ نفر برای گروه آزمایش اول، ۱۰ نفر گروه آزمایش دوم و ۱۰ نفر برای گروه کنترل) گمارده شدند.

معیارهای ورود عبارت بود از: دریافت تشخیص کمردرد مزمن با اختلال افسردگی اساسی همبود توسط پزشک و روانپزشک، مایل بودن به شرکت در جلسات درمانی، داشتن حداقل ۳ ماه درد مزمن کمر و همچنین حین جلسات درمانی، عدم ابتلاء به اختلال های روان

1 . Beck Depression Inventory-II (BDI-II)

محمد اورکی و همکاران: مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر تنظیم...

شدند.

جدول ۱. جلسات مداخله شناختی- رفتاری متمرکز بر تنظیم هیجان (آلن^۱ و همکاران، ۲۰۰۹).

جلسه اول	۱- معرفی و آشنایی با اعضای گروه، ۲- بیان قواعد گروه و اهداف، ۳- معرفی دوره و ضرورت تنظیم هیجان. تکلیف: اعضای گروه اهداف خود را برای شرکت در جلسات یادداشت کردند.
جلسه دوم	۱- آموزش و معرفی هیجان، ۲- شناسایی و نام گذاری و برجسب زدن به احساسات، ۳- تمایز میان هیجان های مختلف، ۴- شناسایی هیجان در حالات فیزیکی و روان شناختی، ۵- عوامل موفقیت در تنظیم هیجان. تکلیف: شناسایی بیشترین احساسات و هیجان هایی که در روابط روزمره تجربه می کنند (هیجانات بیماری زا و ضرورت درمان).
جلسه سوم	۱- پیامدهای شناختی واکنش های هیجانی، ۲- پیامد های فیزیولوژیک واکنش های هیجانی، ۳- پیامدهای رفتاری واکنش های هیجانی و رابطه این سه با هم. تکلیف: تکمیل فرم خودکاوی (عنوان: علایم بی نظمی هیجانی و علل بی نظمی هیجانی).
جلسه چهارم	۱- معرفی علایم جسمانی، علایم رفتاری و علایم شناختی، ۲- معرفی درمان روان شناختی (شناختی- رفتاری)، ۳- ژنتیک و محیط و تأثیر پذیری افراد از این دو. تکلیف: تکمیل فرم های خود کاوی (عنوان: خطاهای شناختی و شاخص های دشواری تنظیم هیجانی).
جلسه پنجم	۱- معرفی دو خطای شناختی رایج، ۲- معرفی هیجان و اجتناب به عنوان شاخص های بدتنظیمی هیجانی. تکلیف: تکمیل فرم های خودکاوی (عنوان: داستان اختلالات هیجانی).
جلسه ششم	قرار ۱- آگاهی از رابطه میان هیجان ها و رفتار، هیجان و فکر، ۲- شناخت و بررسی افکار اتوماتیک. تکلیف: تکمیل فرم های خودکاوی (عنوان: تفسیرها).
جلسه هفتم	۱- آگاهی از رابطه میان افکار اتوماتیک، تفسیرها و رفتار. تکلیف: تکمیل فرم های خود کاوی (تغییر و اصلاح تفاسیر).
جلسه هشتم	۱- انعطاف پذیری در تفسیر و در نظر گرفتن گستره ای از احتمالات. تکلیف: تکمیل فرم های خود کاوی (رفتارهای ناشی از هیجان).
جلسه نهم	۱- آگاهی از پیامد های اجتناب هیجانی، ۲- آگاهی و تجربه هیجان یا سرکوب هیجان. تکلیف: تکمیل فرم های خود کاوی (عنوان: ۱- رویارویی از درون، ۲- رویارویی با هیجان).
جلسه دهم	۱- هیجان با تمرکز بر احساسات جسمی، ۲- انجام مواجهه و توجه دقیق به تمام موانع یا رفتارهای اجتنابی، ۳- تفسیر مجدد، ۴- ارزیابی مجدد. تکلیف: تکمیل فرم های خودکاوی (فرض ها و اصول و باورهای هسته ای).
جلسه یازدهم	۱- معرفی باور های مربوط به طردشدگی، ۲- معرفی باور های مربوط به درماندگی، ۳- شناسایی باور های هسته ای. تکلیف: تکمیل فرم های خودکاوی.
جلسه دوازدهم	شکستن باور های هسته ای مشکل زا و جایگزین کردن باورهای جدید. تکلیف: تکمیل فرمهای خودکاوی و تکمیل پس آزمون.

جلسه اول	توضیحات مقدماتی، مفهوم سازی مشکل، آماده سازی مراجعین و اجرای پیش آزمون و همچنین تهیه فهرست فعالیت‌های لذت بخش و گنجاندن آن در برنامه هفتگی.
جلسه دوم و سوم	آشنایی با مفاهیم درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (انعطاف پذیری روانی، پذیرش روانی، آگاهی روانی، جداسازی شناختی، خود تجسمی، داستان شخصی، روشن سازی ارزشها و عمل متعهدانه) در شش مرحله به صورت زیر: (۱) در این درمان ابتدا سعی شد پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار و احساسات و...) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترلی نامؤثر کاهش یابد. به بیمار آموخته شد که هر گونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آنها می شود و باید این تجارب را بدون هیچگونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آنها، به طور کامل پذیرفت؛ (۲) بر آگاهی روانی فرد در لحظه حال افزوده می شود؛ یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می یابد؛ (۳) به فرد آموخته شد که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (جداسازی شناختی) به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند؛ (۴) تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خود تجسمی یا داستان شخصی که فرد برای خود در ذهنش ساخته است؛ (۵) کمک به فرد برای اینکه ارزشهای شخصی اصلی خود را بشناسد و به طور واضح مشخص سازد و آنها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (روشن سازی ارزشها) و (۶) ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه؛ یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزشهای مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی.
جلسه چهارم و پنجم	آموزش ذهن آگاهی (آگاهی هیجانی و آگاهی خردمندانه)، آموزش به مراجع در مورد این که چه مهارت‌هایی مشاهده و توصیف می شوند و چگونه مهارت‌ها مورد قضاوت قرار نمی گیرند، متمرکز شد و اینکه این مهارت‌ها چطور کار می کنند.
جلسه ششم و هفتم	ابتدا بر افزایش آگاهی روانی تمرکز شد و سپس در ادامه به افراد نحوه پاسخگویی و مواجهه مناسب با تجارب ذهنیشان و ایجاد هدف و سبک زندگی اجتماعی و تعهد عملی به آنها، آموزش داده شد.
جلسه هشتم	آموزش تحمل پریشانی (مهارت‌های پایداری در بحرانها، منحرف کردن حواس، تسکین دادن به خود با استفاده از حواس شش گانه و تمرین آگاهی). مرور جلسات قبل و بازخورد دادن به زنان مبتلا به اضافه وزن و چاقی.
جلسه نهم	آموزش تنظیم هیجان (اهداف آموزش تنظیم هیجان، دانستن اینکه چرا هیجانها مهم هستند، تشخیص هیجان، کاهش آسیب پذیری و رنج هیجانی، افزایش هیجان مثبت)، تغییر دادن عواطف از طریق عمل متضاد با عاطفه اخیر، تمرین عملی آموخته ها، ارائه بازخورد به وسیله گروه و درمانگر.
جلسه دهم	افزایش کارآمدی بین فردی (حفظ و تداوم سلامت روابط خویشاوندی، علاقمندی و غیره). آموزش مهارت‌های بین فردی مهم (توصیف و بیان کردن، ابراز وجود و جرأت داشتن، اعتماد آشکار، مذاکره کردن و عزت نفس). جمع بندی و اجرای پس آزمون.

ترتیب، بیانگر خفیف ترین تا شدیدترین درجه احساس آن علامت است. بک و همکاران (۱۹۸۸) ضریب ثبات درونی آن را ۰/۷۲ تا ۰/۹۲ و ضریب آلفای کرونباخ آن را ۰/۸۱ گزارش کرده اند. موسوی و همکاران (۱۳۸۵) نیز روایی و پایایی این پرسشنامه را به ترتیب ۰/۷۲ تا ۰/۸۷ گزارش کرده اند.

رضایت از زندگی توسط پرسشنامه دینر و همکاران (۱۹۸۵) مورد ارزیابی قرار گرفت. این پرسشنامه ابزاری ۵ ماده ای است (هر ماده از کاملاً مخالفم ۱ تا کاملاً موافقم ۷) است. به طوری که دامنه احتمالی نمره ها روی پرسشنامه از ۵ رضایت پایین تا ۳۵ رضایت بالا، متغیر خواهد بود. در مورد پایایی آزمون ضریب آلفا برابر ۰/۸۷. و ضریب بازآزمایی پس از ۲ ماه برابر ۰/۸۲. گزارش شده است (دینر و همکاران، ۱۹۸۵). دینر و همکاران (۱۹۸۵) با استفاده از بازبینی آزمون اسکری و مقادیر ویژه تعداد عوامل انتزاع شده را تعیین نمودند. در ایران، پژوهش مظفری (۱۳۸۲) نشان داد که مقیاس مذکور از روایی و پایایی مناسبی برخوردار است. براساس مطالعه مذکور، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ و ضریب بازآزمایی آن در فاصله ۶ هفته برابر با ۰/۸۴ بوده است.

یافته‌ها

جدول ۳ میانگین و انحراف استاندارد نمره های افراد در گروه آزمایش و کنترل را در متغیرهای علائم درد، افسردگی و رضایت از زندگی نشان می دهد.

علائم درد به وسیله پرسشنامه درد مک گیل اندازه گیری شد. این پرسشنامه توسط دوورکین و همکاران (۲۰۰۹) بر اساس پرسشنامه قدیمی مک گیل تنظیم شد که درد نوروپاتیک و غیر نوروپاتیک را می سنجد. این پرسشنامه ۲۲ ماده دارد که به هر ماده بر مبنای شدت درد نمره صفر تا ۱۰ داده می شود. یافته های حاصل از این پرسشنامه بر روی ۸۸۲ بیمار دارای درد متنوع و همچنین ۲۲۶ بیمار مبتلا به درد نوروپاتیک حاکی از اعتبار و پایایی قابل قبول آن است. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی حاکی از وجود چهار خرده مقیاس درد پیوسته، درد متنوع، درد نوروپاتیک و درد عاطفی بود. ضریب آلفای کرونباخ این خرده مقیاس ها به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۷، ۰/۸۳ و ۰/۸۶ گزارش شده است (دوورکین و همکاران، ۲۰۰۹). در ایران نیز نشان داده شده است که ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس برابر با ۰/۸۵ و ضریب پایایی در تمام حیطه ها (درد حسی، عاطفی و نوروپاتیک) برابر با ۰/۸۰ بوده است (خسروی و همکاران، ۱۳۹۲).

علائم افسردگی از طریق پرسشنامه افسردگی بک و همکاران (۱۹۹۶) اندازه گیری شد. این پرسشنامه شامل ۲۱ جمله است. هر گروه از عبارات (شامل ۴ جمله) یک جنبه از علائم افسردگی را می سنجد که از لحاظ شدت آن علامت درجه بندی شده اند. نمره جملات بین صفر (برای فقدان آن علامت) تا ۳ (برای شدیدترین وضعیت آن علامت) است. مجموع نمرات این پرسشنامه بین ۰ تا ۶۳ متغیر است و به

از مفروضه های دیگر مهم تحلیل کوواریانس، همگنی ضرایب رگرسیون است که قبل از اجرای تحلیل کوواریانس در گروه ها بررسی شد و با توجه به اینکه مقدار $F=۲/۸۰$ برای علایم درد، مقدار $F=۰/۶۰$ برای افسردگی، و مقدار $F=۴/۳$ برای رضایت از زندگی معنادار نبود ($P<۰/۰۵$)، پیش فرض همگنی ضرایب رگرسیون تأیید شد. همچنین پیش فرض دیگر اجرای تحلیل کوواریانس، همگنی واریانس است که این پیش فرض با استفاده از آزمون لوین انجام شد. نتایج غیر معنادار آزمون لوین برای متغیرهای پژوهش نشان از همگنی واریانس های این متغیرها بود. نتایج تحلیل کوواریانس در جداول ۴، ۵ و ۶ نشان داده شده است.

جهت بررسی نرمال بودن داده ها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد. نتایج غیر معنی دار آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای متغیرهای پژوهش نشان دهنده نرمال بودن توزیع این متغیرها بود. از پیش فرض های انجام تحلیل کوواریانس تساوی کوواریانس ها است. این پیش فرض از طریق آزمون باکس مورد بررسی قرار گرفت. نتایج غیر معنی دار نشان دهنده پیش فرض تساوی کوواریانس ها در تمامی متغیرهای وابسته بین سه گروه بود ($P<۰/۰۵$) به عبارت دیگر کوواریانس ها یا روابط بین متغیرهای وابسته در سه گروه، در جامعه برابر است و بنابراین امکان استفاده از شیوه تحلیل کوواریانس وجود دارد.

جدول ۳. علایم درد، افسردگی و رضایت از زندگی در پیش آزمون و پس آزمون به تفکیک گروه های آزمایش و کنترل

				گروه	متغیر
پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون		
۱۲/۲۰	۲۷/۷۰	۷۰/۱۲	۱۴۷/۳۰	گروه دریافت کننده درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر تنظیم هیجان	علایم درد
۲۷/۳۹	۴۵/۳۵	۶۸/۱۰	۱۳۳/۶۰	گروه دریافت کننده درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	
۲۴/۳۰	۲۵/۶۰	۱۳۶/۴۳	۱۳۸/۲۰	گروه کنترل	
۴/۷۰	۱۲/۱۱	۱۱/۵۰	۵۰/۱۱	گروه دریافت کننده درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر تنظیم هیجان	افسردگی
۴/۲۰	۱۲/۰۸	۱۱/۳۹	۴۹/۵۰	گروه دریافت کننده درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	
۴/۹۸	۱۲/۷۹	۱۱/۶۰	۵۰/۹۹	گروه کنترل	
۱۴/۱۰	۶/۰۷	۲۵/۰۵	۱۰/۱۰	گروه دریافت کننده درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر تنظیم هیجان	رضایت از
۱۵/۰۶	۷/۰۸	۳۵/۰۹	۱۱/۱۳	گروه دریافت کننده درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	زندگی
۹/۰۱	۸/۰۹	۱۴/۲۰	۱۳/۱۰	گروه کنترل	

آزمایش در پس آزمون و بعد از مداخله نسبت به گروه کنترل کاهش معناداری نشان دادند و نمرات رضایت از زندگی نیز در گروههای آزمایش پس از مداخله افزایش یافت.

جدول ۶ نتایج مقایسه زوجی اثر بخشی دو روش درمانی در متغیرهای علایم درد، افسردگی و رضایت از زندگی را نشان می دهد. نتایج حاصله از مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر تنظیم هیجان و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نشان داد که بین دو گروه تفاوت معناداری وجود ندارد. یعنی اینکه دو روش درمانی بصورت یکسانی بر متغیرها تأثیر گذار بودند.

بنابراین با توجه به نتایج به دست آمده دو فرضیه اول مورد تأیید قرار گرفت. به عبارت دیگر درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر تنظیم هیجان و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش علایم درد و افسردگی، و افزایش رضایت از زندگی شدند. اما فرضیه سوم مورد تأیید قرار نگرفت و بین اثربخشی دو روش درمانی تفاوت معنی داری مشاهده نشد.

نتایج آزمون های تحلیل کواریانس چند متغیری با وارد کردن نمرات پیش آزمون به عنوان متغیر کنترل در جدول ۴ آمده است. همان گونه که مشاهده می شود نتایج آزمون لامبدا به عنوان رایج ترین آزمون مورد نظر در تحلیل کواریانس چند متغیری حاکی از آن است که تفاوت معنی داری بین سه گروه در نمرات پس آزمون وجود دارد ($F=4/09, P<0/001$). و مجذور اتا نیز نشان میدهد که 50 درصد واریانس نمرات سه گروه مربوط به عضویت گروهی است.

جدول ۵ تفاوت سه گروه را به طور جداگانه در علایم درد، افسردگی و رضایت از زندگی در پس آزمون نشان می دهد. همان طور که مشاهده می شود بین سه گروه در نمرات پس آزمون علایم درد ($F=4/09, P<0/001$)، افسردگی ($F=4/09, P<0/001$) و رضایت از زندگی ($F=4/09, P<0/001$) تفاوت معنی داری وجود دارد. به عبارت دیگر، در اینجا نیز با وجود کنترل نمرات پیش آزمون متغیرها، میزان نمرات علایم درد و افسردگی کاهش یافت و گروههای

جدول ۳. علایم درد، افسردگی و رضایت از زندگی در پیش آزمون و پس آزمون به تفکیک گروه های آزمایش و کنترل

				گروه	متغیر
پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون		
۱۲/۲۰	۲۷/۷۰	۷۰/۱۲	۱۴۷/۳۰	گروه دریافت کننده درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر تنظیم هیجان	علایم درد
۲۷/۳۹	۴۵/۳۵	۶۸/۱۰	۱۳۳/۶۰	گروه دریافت کننده درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	
۲۴/۳۰	۲۵/۶۰	۱۳۶/۴۳	۱۳۸/۲۰	گروه کنترل	
۴/۷۰	۱۲/۱۱	۱۱/۵۰	۵۰/۱۱	گروه دریافت کننده درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر تنظیم هیجان	افسردگی
۴/۲۰	۱۲/۰۸	۱۱/۳۹	۴۹/۵۰	گروه دریافت کننده درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	
۴/۹۸	۱۲/۷۹	۱۱/۶۰	۵۰/۹۹	گروه کنترل	
۱۴/۱۰	۶/۰۷	۲۵/۰۵	۱۰/۱۰	گروه دریافت کننده درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر تنظیم هیجان	رضایت از زندگی
۱۵/۰۶	۷/۰۸	۳۵/۰۹	۱۱/۱۳	گروه دریافت کننده درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	
۹/۰۱	۸/۰۹	۱۴/۲۰	۱۳/۱۰	گروه کنترل	

جدول ۴. خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری مربوط به تفاوت بین سه گروه درمانی

توان آماری	مجذور اتا	معنی داری	F	مقدار	آزمونها
۰/۹۶	۰/۵۰	۰/۰۰۱	۴/۰۹	۰/۴۵	لامبدای ویلکز

جدول ۵. نتایج تحلیل های کوواریانس برای بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم درد، افسردگی و رضایت از زندگی بعد از کنترل اثر پیش آزمون

متغیرهای وابسته		مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	سطح معنی داری	مجذور اتا	اندازه اثر
علایم درد		۲۱۷/۸۶	۲	۱۸۴/۹۳	۸/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۳۵	۰/۹۵
افسردگی		۱۱۷/۰۶	۲	۵۸/۳۵	۵/۴۰	۰/۰۰۱	۰/۳۰	۰/۷۰
رضایت از زندگی		۸۵/۸۳	۲	۴۰/۳۰	۴/۳۰	۰/۰۰۱	۰/۲۳	۰/۶۷

محمد اورکی و همکاران: مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر تنظیم...

جدول ۶. مقایسه اثر بخشی دو روش درمانی بر علائم درد، افسردگی و رضایت از زندگی

سطح معنی داری			متغیرها	
درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر تنظیم هیجان و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل	درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر تنظیم هیجان و گروه کنترل	درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر تنظیم هیجان و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد		
* ۰/۰۰۱	* ۰/۰۰۱	۰/۴۸	علائم درد	پس
* ۰/۰۰۱	* ۰/۰۰۱	۰/۵۲	افسردگی	آزمون
* ۰/۰۰۱	* ۰/۰۰۱	۰/۳۳	رضایت از زندگی	

* P<0.001

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر تنظیم هیجان و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علائم کمر درد مزمن، افسردگی و رضایت از زندگی زنان مبتلا به کمردرد مزمن با اختلال افسردگی اساسی همبود مراجعه کننده به بیمارستان ایرانیان در دبی بود.

نتایج پژوهش نشان داد که دو روش درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر تنظیم هیجان و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانستند باعث کاهش معنی دار علائم درد و افسردگی، و افزایش رضایت از زندگی در زنان مبتلا به کمر درد مزمن با اختلال افسردگی اساسی همبود شوند و تأثیر هر دو روش بر این متغیرها به یک اندازه بود و

بین دو روش در اثربخشی بر این متغیرها تفاوت معنی داری مشاهده نشد.

گروهی از پژوهشگران معتقدند که خلق افسرده آستانه تحمل درد را کاهش می دهد. براین اساس، از یک سو، درد عواطف و هیجانات منفی را به دنبال دارد و از سوی دیگر، عاطفه منفی به نوبه خود باعث تداوم درد می شود. تأثیر علی هر یک بر دیگری یکی از مهمترین اسرار تجربه درد است (جانز^۱ و همکاران، ۲۰۱۱). افسردگی با ایجاد بی احساسی، بی انگیزشی و خلق پایین عامل خطر مهمی در پیدایش و گسترش کمردرد مزمن است (هانسن^۲ و همکاران، ۲۰۱۰). رفع افسردگی به عنوان عامل خطر مهم به بهبود

1 .Janz

2 . Hansen

مزمین با اختلال افسردگی اساسی همبود بتواند تجربه درد را کاهش داده و متعاقباً افسردگی منتج شده از دردهای مزمین ناخوشایند را کاهش داده و این سیر منجر به افزایش رضایت زندگی در این زنان گردد.

نتایج پژوهش دیندو و همکاران (۲۰۱۲) نشان داد که بیماران مبتلا به میگرن با افسردگی اساسی همبود گروه تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در پیگیری ۳ ماهه نسبت به گروه کنترل به طور معناداری در سه متغیر افسردگی اساسی، کارکرد عمومی و ناتوانی مرتبط با میگرن نمرات بهتری کسب کردند. نتایج پژوهش باروز (۲۰۱۳) نشان داد که درمان مبتنی بر روش پذیرش و تعهد موجب افزایش عمل به ارزشها و بهبود کیفیت و رضایت از زندگی می شود. گودوین و همکاران (۲۰۱۲) نشان دادند که درمان رفتاری مبتنی بر پذیرش موجب بهبود کیفیت زندگی و پایداری به تغییرات مثبت زندگی مؤثر و معنادار در بیماران مزمین قلبی-عروقی شد. کاهش کیفیت زندگی نه تنها باعث کاهش احساس رضایت فرد مبتلا در زندگی می شود، بلکه با تحت تأثیر قرار دادن تعهد فرد نسبت به انجام دستورات درمانی و مراقبتی می تواند بر نتایج حاصل از درمان و مراقبت از بیماری مؤثر واقع شود (ال-اکور^۵ و همکاران، ۲۰۱۰).

پیامدهای بالینی منجر می شود (تورک، ۲۰۰۱). درد مزمین با درمان و بهبود افسردگی تداخل نموده و مانع بهبود افسردگی می شود. درمان توأم علایم درد و افسردگی منجر به ایجاد احساس کنترل بیشتر بر درد و درمان مؤثرتر می شود (پامپولونا^۱ و همکاران، ۲۰۰۴). داده های به دست آمده از پژوهشها، حاکی از نقش راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان در تداوم اختلال افسردگی است. این داده ها مطرح می کند که اصلاح راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان می تواند علایم اختلال افسردگی را کاهش دهد (برکینگ^۲ و همکاران، ۲۰۱۳). مک کراکن و تورک^۳ (۲۰۰۲) در پژوهشی نشان دادند که درمان شناختی- رفتاری باعث افزایش احساس کنترل درد، استفاده از راهبردهای مقابله ای مثبت و کاهش علایم چندوجهی درد و حالات هیجانی منفی در بیماران مبتلا به درد مزمین می گردد. مرور نظام مند و فراتحلیل مورلی^۴ و همکاران (۱۹۹۹) نیز نشان داد که درمان شناختی رفتاری در رفع عواطف ناخوشایند و بهبود پیامدهای درد کارآمد و اثربخش است. بنابراین با توجه به نتایج به دست آمده می توان گفت که درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر تنظیم هیجان ممکن است با بهبود تنظیم هیجان در زنان مبتلا به کمر درد

- 1 . Pampallona
- 2 . Berking
- 3 . McCracken
- 4 . Morley

ولی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد صراحتاً بر زندگی بهتر تمرکز دارد؛ صرف نظر از اینکه زندگی بهتر با احساس بهتر همراه باشد یا نباشد. گاهی زندگی بهتر عملاً مستلزم احساس درد است. اگر احساس درد، ارتباط و زندگی پویا را ارتقا بخشد، درمان پذیرش و تعهد تلاش می کند مهارت های لازم برای ایجاد درد را بدون دفاع غیرضروری فراهم کند (هایز و همکاران، ۲۰۱۳). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برخلاف بسیاری از شیوه های درمانی دیگر، هیچگونه ارزش یا سبک خاص زندگی به مراجع (بیمار) تحمیل نمی شود. در عوض، مراجعان براساس نظام ارزش های خود به تصمیم گیری درباره تغییر می پردازند. برای مثال، وقتی که برای یک مراجع بخصوص، مسأله آبرو و حرف مردم مهم و ارزشمند است، درمانگر مانند آنچه که در برخی از شیوه های درمانی مرسوم است، به غیرمنطقی بودن آن حمله نمی کند و اجازه می دهد تا مراجع در راستای فرهنگ، عرف و شرایط زندگی خود، دست به انتخاب های بهتری بزند (لانده^۳ و همکاران، ۲۰۰۹). فرآیند دیگری که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر آن تأکید می شود و نقش آن در این پروتکل درمانی نیز برجسته بود، تأکید بر عمل متعهدانه است. ترغیب بیماران به روشن کردن ارزش ها، تعیین اهداف، پیش بینی موانع و نهایتاً، تعهد به انجام اعمالی در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در جهت ارزش ها، علیرغم وجود بیماری باعث می شود تا ضمن

اساس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نظریه نظام ارتباطی^۱ است؛ براساس این نظریه بسیاری از روش هایی که برای حل مشکلاتمان استفاده می کنیم ما را به دام هایی می اندازند که موجب رنجش خاطر ما می شوند. این درمان اجتناب از درد و استرس را مشکل اصلی بیماران می داند که به ناتوانی و کاهش رضایت از زندگی می انجامد. طبق این نظریه، اجتناب زمانی اتفاق می افتد که افکار و هیجانات منفی اثر مفرط و نامناسب بر رفتار می گذارند. بنابراین، شیوه اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مواجهه سازی بیمار با موقعیت هایی است که پیشتر از آن ها اجتناب شده است (هایز و همکاران، ۲۰۱۳). برخلاف سایر درمان ها از جمله درمان شناختی- رفتاری که بر کاهش یا کنترل علائم تأکید دارند، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش پذیرش واکنش های منفی (افکار، هیجانات، حواس بدنی) به نفع درگیری در فعالیتهای معنی داری که تغییر مستقیم آن ها امکان پذیر نیست را در مرکز توجه قرار می دهد، هرچند که ممکن است این کار درد و استرس زیادی را فراخواند. هدف درمان بهبود کارکرد بیمار از طریق افزایش انعطاف پذیری روانی است (پرودینی^۲ و همکاران، ۲۰۱۱). بسیاری از درمان ها به درمانجویان کمک می کنند تا احساس بهتری داشته باشند. این درمان ها قصد دارند تا در پایان دوره درمان، درمانجو علائم کمتر و از نظر هیجانی احساس بهتری را تجربه کند.

1 .Relational Frame Theory (RFT)

2 . Prevedini

3 . Lunde

از این محدودیت ها، این پژوهش توانست اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر تنظیم هیجان و درمان مبتنی بر پذیرش و درمان را بر روی علائم درد، افسردگی و رضایت از زندگی بر روی زنان مبتلا به کمر درد مزمن با اختلال افسردگی اساسی همبود روشن سازد.

سپاس گذاری

در پایان از مدیریت، پرسنل و بیماران مراجعه کننده به بیمارستان ایرانیان دبی که اجرای این پژوهش را میسر ساختند سپاسگذاری می شود.

تحقق اهداف و شادکامی ناشی از آن که بر ارتقاء و بهبود کیفیت زندگی بیمار می افزاید، او را از گیر افتادن در حلقه ای از افکار و احساسات منفی رهایی بخشد (هایز و همکاران، ۲۰۱۳).

این مطالعه نشان داد که بین اثر بخشی دو درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر تنظیم هیجان و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علائم کمر درد، افسردگی و افزایش رضایت از زندگی در زنان مبتلا به کمر درد مزمن با اختلال افسردگی تفاوتی وجود نداشت و هر دو به یک میزان باعث کاهش علائم کمر درد و افسردگی و افزایش رضایت از زندگی شدند. در تبیین این یافته میتوان گفت در حقیقت در درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر تنظیم هیجان، بیمار با تنظیم هیجان های خود و استفاده از راهکارهای سازگارانه تنظیم هیجان به نتایج مثبتی دست می یابد و در درمان پذیرش و تعهد نیز بیمار با پذیرش و تعهد نسبت به مشکلات خود از راهبردهای ناسازگارانه نظیر اجتناب از هیجان و استرس دوری می کند. در نتیجه هر دو درمان با نوعی نقطه مشترک نظیر تنظیم مثبت و سازگارانه در فرد باعث بهبود علائم فیزیکی درد و پریشانی های روانشناختی نظیر افسردگی و افزایش رضایتمندی شده اند.

این تحقیق باتوجه به اینکه فقط بر روی جامعه زنان، نمونه جستجو کننده درمان انجام شده است، در تعمیم پذیری نتایج دارای محدودیت هایی است. همچنین استفاده از پرسشنامه های خودگزارش دهی به منظور سنجش علائم درد، افسردگی و رضایت از زندگی، از دیگر محدودیت های این پژوهش است. اما صرف نظر

منابع

- بهروز، بهروز؛ بوالی، فاطمه؛ حیدری زاده، نسرین؛ فرهادی، مهران. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم روانشناختی، سبکهای مقابله‌ای و کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع II. *مجله سلامت و بهداشت*، ۷(۲): ۲۵۳-۲۳۶.
- خسروی، مهنوش؛ صدیقی، صنمیر؛ مرادی علمداری، شقایق؛ زنده دل، کاظم. (۱۳۹۲). پرسش‌نامه فارسی درد مک‌گیل؛ ترجمه، انطباق و پایایی در بیماران مبتلا به سرطان: گزارش کوتاه. *مجله دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران*، ۷۱(۱): ۵۸-۵۳.
- صبور، سهیلا؛ کاکابرایی، کیوان. (۱۳۹۵). اثربخشی گروه درمانی پذیرش و تعهد بر میزان علائم افسردگی، استرس و شاخص‌های درد در زنان مبتلا به درد مزمن. *مجله پژوهش توانبخشی در پرستاری*، ۲(۴): ۸-۲.
- Al-Akour, N., Khader, Y. S., & Shatnawi, N. J. (2010). Quality of life and associated factors among Jordanian adolescents with type 1 diabetes mellitus. *Journal of Diabetes and its Complications*, 24(1), 43-47.
- Allen, L. B., McHugh, R. K., & Barlow, D. H. (2009). Emotional Disorder. *Clinical Handbook of Psychological Disorder. A step-by-step, Treatment Manual* David H Barlow. New York : The Guilford Press; London: PP. 216-49.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical psychology Review*, 8(1), 77-100.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Brown, G. K. (1996). *Manual for the beck depression inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Berking, M., Ebert, D., Cuijpers, P., & Hofmann, S. G. (2013). Emotion regulation skills training enhances the efficacy of inpatient cognitive behavioral therapy for major depressive disorder: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82(4), 234-245.
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, 10(4), 287-287.
- Buhrman, M., Fredriksson, A., Edström, G., Shafiei, D., Tärnqvist, C.,

- Ljótsson, B., ... & Andersson, G. (2013). Guided Internet-delivered cognitive behavioural therapy for chronic pain patients who have residual symptoms after rehabilitation treatment: Randomized controlled trial. *European Journal of Pain*, 17(5), 753-765.
- Burrows, C. J. (2013). Acceptance and commitment therapy with survivors of adult sexual assault: A case study. *Clinical Case Studies*, 12(3):246-59.
- Burton, A. K., Tillotson, K. M., Main, C. J., & Hollis, S. (1995). Psychosocial predictors of outcome in acute and subchronic low back trouble. *Spine*, 20(6), 722-728.
- Cisler, J. M., & Olatunji, B. O. (2012). Emotion regulation and anxiety disorders. *Current Psychiatry Reports*, 14(3), 182-187.
- Currie, S. R., & Wang, J. (2004). Chronic back pain and major depression in the general Canadian population. *Pain*, 107(1), 54-60.
- Dersh, J., Gatchel, R. J., & Polatin, P. (2001). Chronic spinal disorders and psychopathology: research findings and theoretical considerations. *The Spine Journal*, 1(2), 88-94.
- Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.
- Dindo, L., Reober, A., Marchman, J. N., Turvey, C., & O'Hara, M. W. (2012). One-day behavioral treatment for patients with comorbid depression and migraine: a pilot study. *Behaviour Research and Therapy*, 50(9), 537-543.
- Dworkin, R. H., Turk, D. C., Revicki, D.A., Harding, G., Coyne, K.S., Peire-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.
- Fleurmond, J. (2005). Is it all in the head? The Psychological effects of chronic pain and the effectiveness of modern therapies. *Ethnicity & Disease*, 15(3), 47-48.
- Garnefski, N., Legerstee, J., Kraaij, V., van den Kommer, T., & Teerds, J. A. N. (2002). Cognitive coping strategies and symptoms of depression and anxiety: A comparison between adolescents and adults. *Journal of Adolescence*, 25(6), 603-611.
- Gatchel, R. J., & Rollings, K. H. (2008). Evidence-informed management of chronic low back pain with cognitive behavioral therapy. *The Spine Journal*, 8(1), 40-44.
- Gatchel, R. J., Polatin, P. B., & Mayer, T. G. (1995). The dominant role of psychosocial risk factors in the development of chronic low back pain disability. *Spine*, 20(24), 2702-2709.
- Goodwin, C. L., Forman, E. M., Herbert, J. D., Butryn, M. L., & Ledley, G. S. (2011). A pilot study examining the initial effectiveness of a brief acceptance-based behavior therapy for modifying diet and physical activity among cardiac patients. *Behavior Modification*, 36(2):199-217.

- Graham, C. D., Gillanders, D., Stuart, S., & Gouick, J. (2014). An acceptance and commitment therapy (ACT) based intervention for an adult experiencing post-stroke anxiety and medically unexplained symptoms. *Clinical Case Studies*, 13(3), 230-248.
- Halgin, R. P., & Whitbourne, S. K. (2010). *Abnormal psychology*. McGraw-Hill Higher Education.
- Hansen, Z., Daykin, A., & Lamb, S. E. (2010). A cognitive-behavioural programme for the management of low back pain in primary care: a description and justification of the intervention used in the Back Skills Training Trial (BeST; ISRCTN 54717854). *Physiotherapy*, 96(2), 87-94.
- Hayes, S.C., & Strosahl, K.D. (2010). *A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy*. New York: Springer Science and Business, Media Inc.
- Hayes, S.C., Levin, M.E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior Therapy*, 2013, 44(2), 180-198.
- Janz, N. K., Hawley, S. T., Mujahid, M. S., Griggs, J.J., Alderman, A., Hamilton, A. S., & et al. (2011). Correlates of worry about recurrence in a multiethnic population-based sample of women with breast cancer. *Cancer*, 117(9), 1827-1836.
- Keefe, F. J., & Williams, D. A. (1990). A comparison of coping strategies in chronic pain patients in different age groups. *Journal of Gerontology*, 45(4), 161-165.
- Keogh, E., Bond, F. W., Hanmer, R., & Tilston, J. (2005). Comparing acceptance-and control-based coping instructions on the cold-pressor pain experiences of healthy men and women. *European Journal of Pain*, 9(5), 591-598.
- Long, D. M., Erickson, D., Campbell, J., & North, R. (1981). Electrical stimulation of the spinal cord and peripheral nerves for pain control. *Stereotactic and Functional Neurosurgery*, 44(4), 207-217.
- Lunde, L. H., & Nordhus, I. H. (2009). Combining acceptance and commitment therapy and cognitive behavioral therapy for the treatment of chronic pain in older adults. *Clinical Case Studies*, 8(4), 296-308.
- Mason, V. L., Mathias, B., & Skevington, S. M. (2008). Accepting low back pain: is it related to a good quality of life?. *The Clinical Journal of Pain*, 24(1), 22-29.
- McCracken, L. M., & Turk, D. C. (2002). Behavioral and cognitive-behavioral treatment for chronic pain: outcome, predictors of outcome, and treatment process. *Spine*, 27(22), 2564-2573.
- Morley, S., Eccleston, C., & Williams, A. (1999). Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain*, 80(1), 1-13.

- Pampallona, S., Bollini, P., Tibaldi, G., Kupelnick, B., & Munizza, C. (2004). Combined pharmacotherapy and psychological treatment for depression: a systematic review. *Archives of General Psychiatry*, 61(7), 714-719.
- Pincus, T., Burton, A. K., Vogel, S., & Field, A. P. (2002). A systematic review of psychological factors as predictors of chronicity/disability in prospective cohorts of low back pain. *Spine*, 27(5), E109-E120.
- Prevedini, A. B., Presti, G., Rabitti, E., Miselli, G., & Moderato, P. (2011). Acceptance and commitment therapy (ACT): the foundation of the therapeutic model and an overview of its contribution to the treatment of patients with chronic physical diseases. *G Ital Med Lav Ergon*, 33(1), A53-A63.
- Sinel, M. D., Dearalorff, W. W., & Goldstein, T. B. (1996). *Win the battle Against Back pain: an integrated mind-body approach*. New York: Bantam-Doubleday Dell.
- Smeets, R. J., Vlaeyen, J. W., Kester, A. D., & Knottnerus, J. A. (2006). Reduction of pain catastrophizing mediates the outcome of both physical and cognitive-behavioral treatment in chronic low back pain. *The Journal of Pain*, 7(4), 261-271.
- Sperry, S., Knox, B., Edwards, D., Friedman, A., Rodriguez, M., Kaly, P., & et al. (2014). Cultivating healthy eating, exercise, and relaxation (CHEER): a case study of a family-centered and mindfulness based cognitive behavioral intervention for obese adolescents at risk for diabetes and cardiovascular disease. *Clinical Case Studies*, 13(3), 218-230.
- Sullivan, M. J., Reesor, K., Mikail, S., & Fisher, R. (1992). The treatment of depression in chronic low back pain: review and recommendations. *Pain*, 50(1), 5-13.
- Tan, E. P., Tan, E. S., & Ng, B. Y. (2009). Efficacy of cognitive behavioural therapy for patients with chronic pain in Singapore. *Annals Academy of Medicine Singapore*, 38(11), 952.
- Turk, D. C., Monarch, E. S. (2006). Chronic pain. In: Kennedy P, Llewelyn S, editors. *The Essentials of Clinical Health Psychol US*: Wiley. pp. 111-134.
- Turk, D. C. (2001). Management of pain: best of times, worst of times?. *The Clinical Journal of Pain*, 17(2), 107-109.
- Turk, D. C., & Gatchel, R. J. (Eds.). (2013). *Psychological approaches to pain management: a practitioner's handbook*. Guilford publications.
- Van Son, J., Nykllcek, I., Pop, V.J., Blonk, M.C., Erdtsieck, R.J., Spooren, P.F & et al. (2013). The effects of a mindfulness-based intervention on emotional distress, quality of life, and HbA (1c) in outpatients with diabetes (DiaMind): a randomized controlled trial. *Diabetes Care*, 36(4), 823-830.
- Waddell, G. (1992). Biopsychosocial analysis of low back pain. *Baillière's Clinical Rheumatology*, 6(3), 523-557.
- Wicksell, R. K., Dahl, J., Magnusson, B., & Olsson, G. L. (2005). Using acceptance and commitment therapy in the rehabilitation of an adolescent female with chronic pain: a case example. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12(4), 415-423.