



اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانشناختی زنان و مردان مبتلا به درد مزمن عضلانی - اسکلتی

دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، واحد تربت‌جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت‌جام، ایران.
استادیار، گروه روانشناسی، واحد کاشمر، دانشگاه آزاد اسلامی، کاشمر، ایران.
استادیار، گروه روانشناسی، واحد تربت‌جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت‌جام، ایران.
دانشیار، گروه روانشناسی، واحد تربت‌جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت‌جام، ایران.

طیبه انسان دوست ^{id}

علی اکبر ثمری* ^{id}

محمد حسین بیاضی ^{id}

علیرضا رجایی ^{id}

aasmari87@gmail.com

ایمیل نویسنده مسئول:

پذیرش: ۱۴۰۱/۱۰/۰۲

دریافت: ۱۴۰۰/۰۸/۰۵

فصلنامه علمی پژوهشی
خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۷۱۷-۲۴۳۰
http://Aftj.ir

دوره ۳ | شماره ۴ پیاپی ۱۳ | ۴۰۴-۴۲۰
زمستان ۱۴۰۱

نوع مقاله: پژوهشی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:

درون متن:

(انسان‌دوست، ثمری، بیاضی و رجایی، ۱۴۰۱)

در فهرست منابع:

انسان‌دوست، ط، ثمری، ع، ا، بیاضی، م، ح، و
رجایی، ع، (۱۴۰۱). اثربخشی درمان پذیرش و
تعهد بر بهزیستی روانشناختی زنان و مردان
مبتلا به درد مزمن عضلانی - اسکلتی. خانواده
درمانی کاربردی، ۳(۴)، ۴۰۴-۴۲۰.

چکیده

هدف: درد به‌عنوان یک حس عمومی، دارای پایه‌های زیستی است، و نقش عوامل روانشناختی دارای اهمیت است؛ بنابراین هدف مطالعه حاضر تعیین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانشناختی بیماران مبتلا به درد مزمن عضلانی - اسکلتی بود. **روش پژوهش:** روش پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی افراد مبتلا به درد مزمن عضلانی - اسکلتی در تابستان ۱۳۹۹ شهر تربت‌جام بودند که از بین آن‌ها ۳۰ نفر از افراد واجد شرایط به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. و به پرسشنامه بهزیستی روانشناختی (ریف، ۱۹۸۹) پاسخ دادند. درمان پذیرش و تعهد (هایز، ۲۰۱۹) طی هشت جلسه به‌صورت هفتگی آموزش داده شد. داده‌های آماری با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و نرم‌افزار SPSS ۱۶ در سطح معنی‌داری $\alpha = 0/05$ تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان دادند که درمان پذیرش و تعهد به‌طور معناداری منجر به ارتقای بهزیستی روانشناختی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه شد ($P < 0/05$)، همچنین تأثیر درمان پذیرش و تعهد تا مرحله پیگیری ثابت ماند. **نتیجه‌گیری:** بر اساس یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت درمان پذیرش و تعهد بر افزایش بهزیستی روانشناختی بیماران مبتلا به درد مزمن عضلانی - اسکلتی مؤثر بود و می‌توان از این روش در جهت بهبود مشکلات روان‌شناختی بیماران مبتلا به درد مزمن عضلانی - اسکلتی استفاده نمود.

کلیدواژه‌ها: پذیرش و تعهد، بهزیستی روانشناختی، عضلانی - اسکلتی.

مقدمه

دردهای مزمن عضلانی اسکلتی^۱ یکی از مهم‌ترین مشکلات مربوط به سلامتی در بسیاری از کشورها هستند (امینی فسخودی، محمدعلیلو، طهماسیان و بخشی پور رودسری، ۱۳۹۵). درد مزمن عضلانی-اسکلتی دردی است که بیش از سه ماه طول بکشد و معمولاً به‌سختی به درمان پاسخ می‌دهد (علی پور، حسینی، سعادت و بیژنی، ۱۳۹۴). اختلالات عضلانی-اسکلتی به آسیب بافتی در نظام عضلانی اسکلتی اطلاق می‌شود که موجب اختلال در عملکرد می‌شود، این اختلال به‌صورت علائم دردناک در نواحی مختلف بدن نظیر مفاصل زانو، مفصل ران، آرنج، مچ، شانه، گردن و نیز ضایعات ارگانیک در آن نواحی و اندام‌ها ظاهر می‌شود (ویتالونی، بوتو-ون بیمدن، کونتراس، اسکاتن، بیباس، کوئینترو و همکاران، ۲۰۲۰). پژوهشگران، شیوع درد مزمن در جمعیت بزرگ‌سال را حدود ۱۵ درصد گزارش کرده‌اند و سازمان جهانی بهداشت این رقم را ۲۰ درصد برآورد می‌کند (آیدید و شریور، ۲۰۱۸). اختلالات عضلانی-اسکلتی، ۷ درصد از کل بیماری‌ها، ۱۴ درصد از مراجعین به پزشکان و ۱۹ درصد افراد بستری در بیمارستان‌ها را به خود اختصاص داده است (طاهری زاده، ثمری و آهی، ۱۴۰۰). امروزه مسائل روانی-اجتماعی فراوانی که اغلب بیماران عضلانی اسکلتی تجربه می‌کنند؛ وضعیت بهزیستی روانشناختی، آنان را تحت تأثیر قرار داده است (سیدطباطبایی، رحمتی‌نژاد، محمدی و اعتماد، ۱۳۹۵). مفهوم بهزیستی روانشناختی به‌عنوان شاخص مهمی برای ارزیابی سلامت فردی، تصمیم‌گیری و قضاوت در مورد سلامت کلی جامعه و یافتن مشکلات اصلی در ابعاد گوناگون زندگی افراد در پژوهش‌های حوزه بهداشت روان بوده است (ویک و کارلکیویست، ۲۰۱۸). بهزیستی روانشناختی، اشاره به حسی از سلامتی دارد که آگاهی کامل از تمامیت و یکپارچگی در تمام جنبه‌های فرد (ریدنر، نیوتن، استاتن، کرافورد و هال، ۲۰۱۶) و همچنین، ارزش‌های شناختی افراد از زندگی‌شان را شامل می‌شود و افراد شرایطشان را به‌طور متفاوت که به انتظارات، ارزش‌ها و تجارب قبلی‌شان وابسته است. ارزش‌گذاری می‌کنند (دینر، اویشی و لوکاس، ۲۰۱۵). افراد با احساس بهزیستی بالا هیجانات مثبت بیشتری را تجربه می‌کنند و ضمن خودارزیابی مثبت از رویدادهای پیرامون، میزان موفقیت و رضایت از زندگی بیشتری دارند؛ اما افراد با بهزیستی پایین، حوادث و موقعیت‌های زندگی‌شان را نامطلوب ارزیابی کرده و بیشتر هیجانات منفی نظیر اضطراب، افسردگی و خشم را تجربه می‌کنند (فاوا، کاسی، گویدی و تومبا، ۲۰۱۷).

طی سالیان متمادی روش‌های گسترده‌ای برای تسکین درد مورد استفاده قرار گرفته‌اند، امروزه روش‌های روانشناختی هم به‌صورت جداگانه و هم توأم با روش‌های پزشکی در درمان درد مزمن مورد استفاده قرار می‌گیرند و تحقیقات بیانگر کارایی بالای درمان‌های روانشناختی است (وان در ویک، دی‌هان، درکس، بنینگا و بوئر، ۲۰۱۹). از جمله درمان‌های روانشناختی که می‌تواند در بیماران مبتلابه درد مزمن به کار رود، درمان پذیرش و تعهد هست. پذیرش و تعهد درمانی بر خواسته از رفتار درمان‌گری موج سوم هست که با استفاده از شش مؤلفه بنیادی موجب انعطاف‌پذیری روانشناختی می‌گردد و به‌جای کاهش نشانه‌ها، به دنبال ارتقاء کیفیت زندگی و ارزشمند زیستن است (هولبرت-ویلیامز، استوری، ویلسون، ۲۰۱۵)، لذا تمرکز خود را بر تجارب درونی افراد و چگونگی ارتباط این تجارب در عملکردهای مختلف زندگی قرار می‌دهد (محقق، دوستی و جعفری، ۲۰۱۶). فرض اصلی پذیرش و تعهد درمانی این است که بخش زیادی از پریشانی‌های

¹ Chronic musculoskeletal pain

روانشناختی جز بهنجاری از تجربه انسان بودن است، بنابراین به‌جای تلاش مستقیم برای کاهش هیجانات و افکار آزارنده برافزایش کارآمدی رفتاری در عین وجود افکار و احساسات ناخوشایند تأکید می‌کند (هایز، ۲۰۱۹). این درمان اجتناب از درد و استرس را مشکل اصلی بیماران می‌داند که به ناتوانی و کاهش رضایت از زندگی می‌انجامد. طبق این نظریه، اجتناب زمانی اتفاق می‌افتد که افکار و هیجانات منفی اثر مفرط و نامناسب بر رفتار می‌گذارند؛ بنابراین شیوه اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مواجهه‌سازی بیمار با موقعیت‌هایی است که پیشتر از آن اجتناب شده است (هایز، لوین، پلامب-ویلاردگا، ویلیت و پیستورلو، ۲۰۱۳). در مطالعات اثربخشی رویکرد پذیرش و تعهد درمانی در آشفتگی‌های روانشناختی بیماران درد مزمن (کیانی، صباحی، مکوند حسینی، رفیعی‌نیا، و آل بویه، ۱۳۹۹)، کاهش علائم روانشناختی بیماران مبتلا به درد مزمن (صبور و کاکابرایی، ۱۳۹۵)، بهزیستی روانی بیماران زن مبتلا به ام‌اس (توکلی صالح و ابراهیمی، ۱۴۰۰)، بر استرس ادراک شده و ادراک درد زنان مبتلا به فیبرومیالژیا (سلیمانی، کاظمی، تکلوی و نریمانی، ۱۳۹۹)، بر بهزیستی ذهنی بیماران همودیالیزی (ساری‌زاده، رفیعی‌نیا، صباحی و تمدن، ۱۳۹۵)، تأیید شده است.

امروزه درد عضلانی-اسکلتی مهم‌ترین موضوع سلامت شغلی در دنیا هست و تقریباً بین تمامی مشاغل شایع است به‌طورکلی بیشتر افراد دردهای عضلانی - اسکلتی را در زندگی‌شان تجربه می‌کنند (اسمیت، لگات و اسپر، ۲۰۰۹). از طرفی بیماری‌های عضلانی اسکلتی از شایع‌ترین و پرهزینه‌ترین بیماری‌ها در همه گروه‌های سنی و در جوامع مختلف به‌حساب می‌آیند که باعث ناتوانی، ازکارافتادگی، بازنشستگی زودرس و از دست دادن شغل می‌شوند (وصال و نظری‌نیا، ۱۳۹۵). از این‌رو بهبود وضعیت روانشناختی بیماران مبتلا به درد عضلانی-اسکلتی دارای اهمیت و ضرورت هست (سیبیلی، بارتاش، ردی، فیلینگیم و کیل، ۲۰۱۶). از سویی با توجه به آنچه گفته شد، ضرورت انجام پژوهشی که نشان‌دهنده اثرگذاری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانشناختی بیماران عضلانی-اسکلتی بیش‌ازپیش احساس می‌گردد و از آنجایی که طبق بررسی‌ها تاکنون مطالعه‌ای به صورتی مستقیم در این زمینه انجام نشده است و خلأ پژوهشی احساس می‌شود، موجب شد تا مطالعه حاضر باهدف تعیین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانشناختی بیماران مبتلا به درد مزمن عضلانی - اسکلتی انجام شود و به دنبال پاسخ به سؤال‌های پژوهشی زیر است:

۱- آیا درمان پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانشناختی بیماران مبتلا به درد مزمن عضلانی - اسکلتی در مرحله پس‌آزمون موثر بود؟

۲- آیا درمان پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانشناختی بیماران مبتلا به درد مزمن عضلانی - اسکلتی در مرحله پیگیری ماندگار بود؟

روش پژوهش

مطالعه حاضر یک پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه همراه با دوره پیگیری بود. جامعه آماری شامل تمامی افراد مبتلا به درد مزمن عضلانی - اسکلتی که در تابستان ۱۳۹۹ از سوی پزشکان متخصص جهت درمان به مراکز بیمارستانی، کلینیک‌های فیزیوتراپی و ارتوپدی (۵ مرکز پویا، اسحاقی، شفا، ولیعصر و الناز) شهر تربت‌جام ارجاع داده‌شده بودند. پس از توضیح روند اجرای پژوهش، از بین افراد واجد شرایط که داوطلب مشارکت در پژوهش بودند، ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس

انتخاب شدند و به شیوه گمارش تصادفی (بر اساس لیست شماره گذاری شده) در دو گروه آزمایش و گواه (پانزده نفر در هر گروه) قرار گرفتند. (حجم نمونه بر اساس جدول کوهن با اندازه اثر ۰/۰۵، توان آزمون ۰/۹۰ و میزان خطای ۰/۰۵، نیز ۱۵ نفر برای هر گروه محاسبه شد). ملاک‌های ورود شامل داشتن درد مزمن عضلانی اسکلتی که حداقل شش ماه طول کشیده باشد، عدم سابقه جراحی از جمله آپاندیس بر اساس پرونده پزشکی بیمار، عدم استفاده از هر نوع مداخله روان‌شناختی / مشاوره‌ای دیگر طی دوره‌ای که آزمودنی‌ها در جریان این مداخله قرار داشتند، داشتن حداقل سطح سواد خواندن و نوشتن، سن بالای ۴۰ سال و عدم دریافت مداخله درمانی در حین درمان پذیرش و تعهد بود. ملاک‌های خروج شامل عدم همکاری در جریان درمان، غیبت بیش از دو جلسه و مخدوش و ناقص بودن پرسش‌نامه‌های تکمیل شده (که یک پرسش‌نامه به دلیل محدودش و ناقص بودن دوباره تکمیل گردید) بود. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسش‌نامه‌زیر بودند:

ابزار پژوهش

۱- پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی: این مقیاس ۱۸ سؤالی فرم کوتاه مقیاس بهزیستی روان‌شناختی هست که توسط ریف در سال ۱۹۸۹ ساخته شده و مشتمل بر شش عامل استقلال (سؤالات ۹، ۱۲، ۱۸)، تسلط بر محیط (سؤالات ۱، ۴، ۶)، رشد شخصی (سؤالات ۷، ۱۵، ۱۷)، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی (سؤالات ۳، ۱۱، ۱۳)، پذیرش خود (سؤالات ۲، ۸، ۱۰) را در بر روی طیف لیکرت شش‌درجه‌ای از کاملاً مخالفم (نمره ۱) تا کاملاً موافقم (نمره ۶) می‌سنجد. سؤالات ۱، ۴، ۵، ۸، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند، دامنه نمرات پرسشنامه بین ۱۸ تا ۱۰۸ هست کسب نمره بالاتر بیانگر بهزیستی روان‌شناختی بهتر است (ریف، ۱۹۸۹). ریف و سینگر، روایی سازه آن را تأیید و پایایی آن را به روش همبستگی این آزمون با مقیاس ۸۴ سؤالی این پرسش‌نامه از ۰/۷۰ تا ۰/۸۹ گزارش نمودند (ریف و سینگر، ۲۰۰۶). در ایران خانجانی و همکاران روایی آن را به روش تحلیل عاملی تأییدی بررسی و نشان دادند که تمامی عامل از برازش مناسبی برخوردارند؛ و پایایی آن را با استفاده از آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌های پذیرش خود، تسلط محیطی، رابطه مثبت با دیگران، داشتن هدف در زندگی، رشد شخصی و استقلال به ترتیب برابر ۰/۵۱، ۰/۷۶، ۰/۷۵، ۰/۵۳، ۰/۷۳، ۰/۷۲ به دست آوردند (خانجانی، شهیدی، فتح‌آبادی، مظاهری و شکری، ۱۳۹۳). پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد.

روش اجرا

روش اجرای پژوهش به این صورت بود که بعد از تأیید پروپوزال پژوهش و گرفتن کد اخلاق به شماره IR.IAU.TJ.REC.1399.037 از دانشگاه آزاد اسلامی - واحد تربت‌جام (کمیتة اخلاق در پژوهش)، به بیمارستان‌ها، کلینیک‌های فیزیوتراپی و ارتوپدی شهر تربت‌جام مراجعه شد، بعد از هماهنگی با مسئولین و ملاقات با بیماران و ارائه توضیح در خصوص پژوهش، با روش نمونه‌گیری در دسترس از بین بیمارانی که تمایل به مشارکت در پژوهش حاضر بودند، با رعایت ملاک‌های ورود و خروج تعداد نمونه موردنظر انتخاب و با روش تصادفی (بر اساس لیست شماره گذاری شده) در گروه آزمایش و گواه گمارش شدند. در راستای رعایت اصول اخلاقی پژوهش به‌منظور حفظ حقوق آزمودنی‌ها، تصریحات لازم در زمینه اهداف پژوهش و روال اجرای آن به همه آزمودنی‌ها ارائه شد. نبود اجبار و حق شرکت یا عدم شرکت در پژوهش برای همه

شرکت‌کنندگان تصریح می‌شود. همچنین، به همه آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات فردی اخذشده محرمانه می‌ماند و داده‌هایی که انتشار می‌یابد، بدون درج شناسه خصوصی بوده و به‌صورت گروهی و با مکتوم ماندن مشخصات فردی تحلیل شد. ابتدا مرحله پیش‌آزمون اجرا شد. سپس گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در هفته‌ای یک جلسه در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شرکت کردند، اما در این مدت گروه گواه درمان روتین دریافت کرد. یک هفته بعد از اتمام جلسات آموزشی (دو ماه دوره درمان طول کشید) مرحله پس‌آزمون برای هر دو گروه گواه و آزمایش انجام شد. لازم به ذکر است که تمام جلسات آموزشی با رعایت کامل تمام پروتکل‌ها و دستورالعمل‌های بهداشتی برگزار شد. پس از پایان دوره درمان برای هر دو گروه پس‌آزمون برگزار شد. دوره پیگیری دو ماه بعد از پایان جلسات آموزشی و پس‌آزمون توسط محقق در طی یک فراخوان عمومی از بیماران برگزار شد. پس از پایان دوره پیگیری، به‌منظور رعایت اصول اخلاقی، دو جلسه‌ی درمانی هم برای گروه گواه در مدت یک هفته برگزار شد. روش درمانی به کار گرفته‌شده در این طرح پژوهشی بر مبنای پروتکل درمان پذیرش و تعهد ولز و سوریل (۲۰۰۷) توسط محقق برگزار شد (ولز و سوریل، ۲۰۰۷). خلاصه جلسات درمانی مطابق جدول ۱. بود.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان پذیرش و تعهد

جلسه	هدف	محتوا	تکلیف
۱	معرفی، مقدمه و مفاهیم اساسی درمان	فراهم کردن فرصت برای بیماران برای معرفی و شناخت همدیگر، بیان قواعد اصلی درمان شامل انجام به‌موقع تمرین‌ها، مرور کلی درمان و اهداف برنامه درمانی، بیان ارزش‌های بالقوه و انتخاب بررسی درمان‌های گذشته برای درد مزمن	استفاده از تمرین نامیدی خلاق (افزایش انعطاف‌پذیری)
۲	گزینه‌هایی برای زندگی با درد مزمن	تغییر رفتار و ذهن آگاهی با اولویت مرور تکلیف، تمرین ذهن آگاهی اسکن بدن و توجه به تنفس و اعضای بدن، رابطه بین درد، خلق و عملکرد، ارائه تکلیف	تمرین ذهن آگاهی اسکن بدن در منزل
۳	یادگیری زندگی با درد مزمن	مرور تکلیف، شفاف‌سازی ارزش‌ها، تمثیل مراسم دفن و تمثیل سفر طولانی، کشف ارزش‌های زندگی شرکت‌کنندگان، ارائه تکلیف (تکمیل فرم رتبه‌بندی ارزش‌ها)	تمرین ذهن آگاهی (تمرین تنفسی پایه)
۴	ارزش‌ها و عمل به آن	مرور تکلیف، تمرین ذهن آگاهی (برگ‌های شناور روی آب) بررسی ارزش‌های رتبه‌بندی شده و موانع رسیدن به آن‌ها، بررسی اهداف برای رسیدن به ارزش‌ها (ارزش‌ها همانند علامت‌هایی هستند که ما را به ارزش‌ها نزدیک می‌کنند).	تکمیل فرم اهداف و اقداماتی که الزام است برای رسیدن به ارزش‌ها می‌توان انجام داد

۵	اقدام و حرکت روبه جلو	مرور تکلیف، گزارش پیشرفت: واریسی کردن، طرح ریزی و اقدام لازم برای رسیدن به ارزش ها (بررسی اقدامات شرکت کنندگان)، تمرین ذهن آگاهی (فرض کنید افکار تان همانند مطالب روی یک صفحه نمایش می آیند و روند)، عمل متعهدانه برای رسیدن به ارزش ها، ارائه تکلیف	خودتان را متعهد به اقدام برای رسیدن به اهداف و سپس ارزش ها کنید
۶	انگیزه، اهداف و احساسات	مرور تکلیف، یکنواخت کردن حرکت، گسستگی از تهدیدهای زبان، تمرین اعداد چه هستند و قطبیت ذهنی تمرین اتوبوس پر از مسافر، ذهن آگاهی (آگاهی) عمومی، تکلیف شروع کار مربوط به عمل متعهدانه و اجازه بروز به موانع و شناسایی آن ها و همچنین راهنمایی ذهن آگاه شدن از اعمال و پیامد آن	تنفس توجه آگاهانه
۷	تعهد	مرور تکلیف، بررسی تمایل شرکت کنندگان برای حرکت در مسیر ارزش ها (استعاره اتوبوس پر از مسافر)، بررسی موانع و اقدامی که هر شرکت کننده برای عبور از آن دارد تمرین پرش، ذهن آگاهی و تمرین خود مشاهده گری.	تکلیف ثبت رفتار ساده به سمت تصمیم گیری مستقل
۸	حفظ عایدات درمانی در طول زندگی	تعهد، خداحافظی، پیامدهای منفی و پیشگیری از عود و تکلیف مادام العمر پیشرفت به معنی چیست؟ (از شرکت کنندگان می خواهیم در این مورد صحبت کنند)، شناسایی پیشرفت ها، تعهد برای پیشرفت و حرکت به سمت ارزش ها، در مسیر پیشرفت همیشه خطر وجود دارد، شناسایی موقعیت های خطرناک در زندگی	پس آزمون و جمع بندی

در راستای رعایت اصول اخلاقی پژوهش به منظور حفظ حقوق آزمودنی ها، در زمینه اهداف پژوهش و روش اجرای آن به همه آزمودنی ها توضیح داده شد؛ و همه آزمودنی حق شرکت آزادانه در درمان داشتند. همچنین، به همه آن ها اطمینان داده شد که اطلاعات فردی اخذ شده محرمانه می ماند و داده هایی که انتشار می یابد، بدون درج شناسه خصوصی بوده و به صورت گروهی و با مکتوم ماندن مشخصات فردی تحلیل شد. جهت تحلیل از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و در بخش توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در بخش استنباطی پس از تأیید پیش فرض های آماری از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر بین گروهی در سطح معنی داری $\alpha = 0/05$ استفاده شد.

یافته ها

یافته های جمعیت شناختی حاکی از آن است که در گروه آزمایش، تعداد ۶ نفر (۴۰ درصد) در دامنه سنی ۴۰ تا ۵۵ سال و تعداد ۹ نفر (۶۰ درصد) در دامنه سنی ۵۶ تا ۷۰ سال قرار داشتند. همچنین در گروه گواه، تعداد ۷ نفر (۴۶/۷ درصد) در دامنه سنی ۴۰ تا ۵۵ سال و تعداد ۸ نفر (۵۳/۳ درصد) در دامنه سنی ۵۶ تا ۷۰ سال قرار داشتند. در گروه آزمایش، تعداد ۴ نفر (۲۶/۷ درصد) از شرکت کنندگان مجرد و تعداد ۱۱ نفر (۷۳/۳ درصد) متأهل بودند. همچنین در گروه گواه، تعداد ۵ نفر (۳۳/۳ درصد) از شرکت کنندگان مجرد و تعداد ۱۰ نفر (۶۶/۷ درصد) متأهل بودند. نتایج نشان داد که دو گروه از نظر سن، و وضعیت تاهل یکسان می باشند. در جدول ۲، یافته های توصیفی متغیرهای پژوهش گزارش شده است.

جدول ۲. شاخص های توصیفی مؤلفه های بهزیستی روانشناختی در گروه های پژوهش

گروه	متغیر	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار

معیار		گواه		آزمایش	
۸۸.۲	۰۰.۸	۶۲.۲	۲۰.۷	۶۳.۱	۳۳.۸
۷۴.۳	۶۷.۱۰	۶۹.۳	۸۰.۹	۵۴.۲	۰۰.۱۰
۸۵.۲	۶۰.۹	۵۲.۳	۴۰.۹	۲۹.۲	۱۳.۱۰
۱۸.۱	۴۰.۹	۴۹.۱	۲۷.۹	۶۰.۱	۴۷.۹
۸۹.۳	۸۷.۱۰	۲۲.۳	۹۳.۹	۱۹.۲	۶۷.۱۰
۹۷.۲	۱۳.۱۰	۸۹.۲	۶۷.۹	۱۲.۲	۲۷.۱۰
۶۷.۸	۶۶.۵۸	۰۲.۸	۲۶.۵۵	۰۸.۶	۸۶.۵۸
روانشناختی		روانشناختی		روانشناختی	
۷۷.۱	۵۳.۱۳	۲۷.۲	۸۰.۱۳	۵۰.۲	۴۷.۹
۶۱.۲	۶۷.۱۳	۵۸.۲	۲۷.۱۴	۳۳.۲	۴۷.۹
۶۳.۲	۹۳.۱۲	۱۹.۲	۹۳.۱۲	۵۹.۲	۰۰.۱۱
۵۱.۱	۰۰.۱۳	۷۷.۱	۵۳.۱۲	۴۰.۲	۲۷.۹
۵۸.۱	۰۷.۱۴	۹۴.۱	۹۳.۱۳	۷۰.۲	۴۷.۱۱
۲۲.۲	۹۳.۱۲	۰۵.۲	۹۳.۱۲	۷۰.۲	۴۷.۱۰
۱۳.۷	۱۳.۸۰	۹۸.۶	۴۰.۸۰	۵۶.۸	۱۳.۶۱
روانشناختی		روانشناختی		روانشناختی	

بر اساس نتایج جدول ۲، نمرات میانگین نمرات مؤلفه‌های بهزیستی روانشناختی در گروه درمان تعهد و پذیرش نسبت به گروه گواه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون تغییر یافته است.

جدول ۳. نتایج آزمون توزیع طبیعی نمره‌ها و آزمون همگنی واریانس‌ها

متغیر	گروه	کولموگروف-اسمیرنف		آزمون لوین		موخلی	
		درجه	آماره	درجه	آماره	موخلی	معناداری
پذیرش خود	آزمایش	۱۵	۱/۱۰	۳۰	۰/۹۶۷	۲/۸۹	۰/۹۵
	گواه	۱۵	۱/۰۱	۳۰	۰/۱۷	۰/۴۵۸	۰/۲۶
تسلط محیطی	آزمایش	۱۵	۱/۱۰	۳۰	۱/۵۷۹	۰/۲۶۴	۰/۰۹۴
	گواه	۱۵	۰/۶۱۸	۳۰	۰/۱۷	۴/۵۹	۰/۸۶
روابط مثبت	آزمایش	۱۵	۰/۷۴۲	۳۰	۰/۲۹۷	۰/۹۶۷	۰/۱۳
	گواه	۱۵	۰/۶۳۸	۳۰	۰/۶۴	۴/۳۹	۰/۸۸
هدفمندی	آزمایش	۱۵	۰/۵۹۲	۳۰	۰/۵۶۴	۰/۶۷۰	۰/۹۲
	گواه	۱۵	۱/۱۲	۳۰	۰/۸۷	۳/۷۵	۰/۱۶
رشد فردی	آزمایش	۱۵	۰/۷۸۵	۳۰	۰/۷۸۴	۰/۵۱۲	۰/۹۰
	گواه	۱۵	۱/۱۵	۳۰	۰/۶۶	۴/۴۱	۰/۱۵
استقلال	آزمایش	۱۵	۰/۷۸۴	۳۰	۰/۳۸۹	۰/۷۹۵	۰/۷۹
	گواه	۱۵	۱/۲۶	۳۰	۰/۴۸	۳/۲۰	۰/۱۱

متغیر	منبع تغییر	مجموع مجدورات	df	میانگین مجدورات	F	سطح معناداری	میزان تأثیر
بهزیستی روانشناختی	آزمایش ۱۵	۰/۸۵۴	۰/۶۹	۳۰	۰/۲۹۷	۰/۸۱۱	۴/۰۱
گواه	۱۵	۱/۱۹	۰/۲۳				۰/۷۵
							۰/۱۹
<p>قبل از اجرای آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بین گروهی، پیش‌فرض نرمال بودن داده‌ها با آزمون شاپیرو ویلک انجام شد. نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری برای مقایسه دو گروه در مؤلفه‌های بهزیستی روانشناختی در سه مرحله پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۴ گزارش شده است.</p> <p>جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری جهت بررسی تفاوت گروه‌ها در مؤلفه‌های بهزیستی روانشناختی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری</p>							
پذیرش خود	مراحل	۱۶.۶۱	۴۳.۱	۹۳.۴۲	۰.۶۱۱	۰.۰۱۰	۲۸.۰
	مراحل * گروه	۹۶.۱۲۵	۴۳.۱	۴۲.۸۸	۷۷.۲۲	۰.۰۱۰	۴۵.۰
تسلط محیطی	گروه‌ها	۰.۴۴۰	۰.۰۱	۰.۴۴۰	۲۵.۴۱	۰.۰۱۰	۶۰.۰
	مراحل	۲۹.۱۱۲	۱۳.۱	۰.۳۹۹	۵۱.۲۰	۰.۰۱۰	۴۲.۰
روابط مثبت	مراحل * گروه	۰.۹۹۹	۱۳.۱	۳۹.۸۷	۱۰.۱۸	۰.۰۱۰	۳۹.۰
	گروه‌ها	۱۸.۱۲۰	۰.۰۱	۱۸.۱۲۰	۷۴.۵	۰.۰۲۰	۱۷.۰
هدمندی	مراحل	۶۰.۸	۴۸.۱	۸۰.۵	۰.۷۴	۰.۰۴۰	۱۱.۰
	مراحل * گروه	۰.۳۳۳	۴۸.۱	۳۰.۲۲	۹۷.۷	۰.۰۱۰	۲۲.۰
رشد فردی	گروه‌ها	۵۱.۱۴۹	۰.۰۱	۵۱.۱۴۹	۳۳.۸	۰.۰۱۰	۲۳.۰
	مراحل	۰.۲۵۸	۲۳.۱	۳۵.۴۷	۴۷.۴۷	۰.۰۱۰	۶۳.۰
استقلال	مراحل * گروه	۴۲.۶۶	۲۳.۱	۲۰.۵۴	۳۵.۵۴	۰.۰۱۰	۶۶.۰
	گروه‌ها	۱۱.۱۱۱	۰.۰۱	۱۱.۱۱۱	۹۱.۱۴	۰.۰۱۰	۳۵.۰
بهزیستی روانشناختی	مراحل	۹۶.۲۹	۳۳.۱	۵۷.۲۲	۴۳.۶	۰.۰۱۰	۱۹.۰
	مراحل * گروه	۶۰.۴۱	۳۳.۱	۳۵.۳۱	۹۳.۸	۰.۰۱۰	۲۴.۰
روانشناختی	گروه‌ها	۰.۱۶۰	۰.۰۱	۰.۱۶۰	۲۷.۹	۰.۰۱۰	۲۵.۰
	مراحل	۸۷.۲۲	۲۳.۱	۶۴.۱۸	۵۸.۵	۰.۰۲۰	۱۷.۰
گروه	مراحل * گروه	۹۶.۴۰	۲۳.۱	۳۸.۳۳	۹۹.۹	۰.۰۱۰	۲۶.۰
	گروه‌ها	۱۸.۹۸	۰.۰۱	۱۸.۹۸	۵۷.۶	۰.۰۲۰	۱۹.۰
بهزیستی روانشناختی	مراحل	۷۶.۱۵۲۱	۱۴.۱	۷۸.۱۳۳۶	۱۹.۳۳	۰.۰۱۰	۵۴.۰
	مراحل * گروه	۴۲.۲۲۶۲	۱۴.۱	۴۲.۱۹۸۷	۳۴.۴۹	۰.۰۱۰	۶۴.۰

بر اساس نتایج جدول ۴، تفاوت بین نمرات مؤلفه‌های بهزیستی روانشناختی در سه مرحله از پژوهش معنی‌دار است ($P < 0/01$). همچنین میانگین نمرات مؤلفه‌های بهزیستی روانشناختی در دو گروه آزمایش و گواه معنی‌دار به‌دست‌آمده است ($P < 0/05$). نتایج نشان می‌دهد که به ترتیب نزدیک به ۶۰، ۱۷، ۲۳، ۳۵، ۲۵ و ۱۹ درصد از تفاوت‌های فردی در مؤلفه‌های پذیرش خود، تسلط محیطی، روابط مثبت، هدفمندی، رشد فردی و استقلال به تفاوت بین دو گروه مربوط است. علاوه بر این تعامل بین مراحل پژوهش و عضویت گروهی نیز در مؤلفه‌های بهزیستی روانشناختی معنی‌دار است ($P < 0/01$)؛ به‌عبارت‌دیگر تفاوت بین نمرات مؤلفه‌های بهزیستی روانشناختی در سه مرحله از پژوهش در دو گروه معنی‌دار است، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که درمان تعهد و پذیرش در بهبود مؤلفه‌های بهزیستی روانشناختی بیماران مبتلا به درد مزمن عضلانی-اسکلتی مؤثر بوده است. با توجه به نتایج به‌دست‌آمده در جدول بالا، تفاوت بین مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در این متغیرهای معنی‌دار است؛ بنابراین نتایج مقایسه‌های زوجی میانگین‌های سه مرحله پژوهش با استفاده از آزمون بونفرونی در جدول ۵، گزارش شده است.

جدول ۵. مقایسه زوجی میانگین گروه‌های درمان تعهد و پذیرش و گواه در سه مرحله پژوهش در

مؤلفه‌های بهزیستی روانشناختی

گروه	متغیر وابسته	مرحله	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی - داری
گواه	پذیرش خود	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۱۳.۱	۳۶.۰	۰.۵۳.۰
		پیش‌آزمون-پیگیری	۳۳.۰	۴۴.۰	۱
	تسلط محیطی	پس‌آزمون-پیگیری	۸۰.۰-	۳۱.۰	۰.۹۷.۰
		پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۲۰.۰	۳۷.۰	۱
	روابط مثبت	پیش‌آزمون-پیگیری	۶۷.۰-	۴۲.۰	۴۰.۹.۰
		پس‌آزمون-پیگیری	۸۷.۰-	۳۲.۰	۰.۹۳.۰
	هدفمندی	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۷۳.۰	۲۸.۰	۲۳.۰
		پیش‌آزمون-پیگیری	۵۳.۰	۳۶.۰	۴۹.۳.۰
	رشد فردی	پس‌آزمون-پیگیری	۲۰.۰-	۳۴.۰	۱
		پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۲۰.۰	۲۲.۰	۱
	استقلال	پیش‌آزمون-پیگیری	۰۷.۰	۲۳.۰	۱
		پس‌آزمون-پیگیری	۱۳.۰-	۱۳.۰	۱
	بهزیستی	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۷۳.۰	۳۶.۰	۱۷۹.۰
		پیش‌آزمون-پیگیری	۲۰.۰-	۵۳.۰	۱
		پس‌آزمون-پیگیری	۹۳.۰-	۳۵.۰	۰.۶۶.۰
		پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۶۰.۰	۳۴.۰	۲۸۵.۰
		پیش‌آزمون-پیگیری	۱۳.۰	۳۹.۰	۱
		پس‌آزمون-پیگیری	۴۷.۰-	۲۷.۰	۰.۷۱.۰
		پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۶۰.۳	۹۹.۱	۰.۷.۰

روانشناختی			
۰۰۱	۱۴.۱	۲۰.۰	پیش آزمون-پیگیری
۰۸.۰	۶۷.۱	۴۰.۳-	پس آزمون-پیگیری
۰۰۱.۰	۹۴.۰	۳۳.۴-	پیش آزمون-پس آزمون
۰۰۱.۰	۸۵.۰	۰۷.۴-	پیش آزمون-پیگیری
۱	۴۲.۰	۲۷.۰	پس آزمون-پیگیری
۰۰۱.۰	۹۵.۰	۸۰.۴-	پیش آزمون-پس آزمون
۰۰۲.۰	۹۴.۰	۲۰.۴-	پیش آزمون-پیگیری
۰۸۸.۰	۱۶.۰	۶۰.۰	پس آزمون-پیگیری
۰۳۶.۰	۷۳.۰	۹۳.۱-	پیش آزمون-پس آزمون
۰۴۴.۰	۷۹.۰	۹۳.۱-	پیش آزمون-پیگیری
۱	۳۴.۰	۰۰.۰	پس آزمون-پیگیری
۰۰۱.۰	۴۰.۰	۲۷.۳-	پیش آزمون-پس آزمون
۰۰۱.۰	۴۴.۰	۷۳.۳-	پیش آزمون-پیگیری
۱۱۱.۰	۲۳.۰	۴۷.۰-	پس آزمون-پیگیری
۰۲۱.۰	۷۸.۰	۴۷.۲-	پیش آزمون-پس آزمون
۰۱۹.۰	۸۱.۰	۶۰.۲-	پیش آزمون-پیگیری
۱	۳۶.۰	۱۳.۰-	پس آزمون-پیگیری
۰۲۷.۰	۸۲.۰	۴۷.۲-	پیش آزمون-پس آزمون
۰۲.۰	۷۷.۰	۴۷.۲-	پیش آزمون-پیگیری
۱	۲۹.۰	۰۰.۰	پس آزمون-پیگیری
۰۰۱.۰	۷۲.۲	۲۷.۱۹-	پیش آزمون-پس آزمون
بهزیستی روانشناختی			
۰۰۱.۰	۸۰.۲	۰۰.۱۹-	پیش آزمون-پیگیری
۱	۶۱.۰	۲۷.۰	پس آزمون-پیگیری

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که تفاوت مرحله پیش‌آزمون با دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری در گروه درمان تعهد و پذیرش معنی‌دار به دست آمده است ($p < 0/01$) اما در گروه گواه تفاوت بین نمرات مرحله پیش‌آزمون با مراحل پس‌آزمون و پیگیری و همچنین تفاوت بین نمرات مرحله پس‌آزمون با نمرات پیگیری در مؤلفه‌های بهزیستی روانشناختی معنی‌دار نیست ($p > 0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر باهدف تعیین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانشناختی بیماران مبتلابه درد مزمن عضلانی - اسکلتی انجام شد. نتایج نشان داد بین نمرات بهزیستی روانشناختی و مؤلفه‌های آن (پذیرش خود، تسلط محیطی، روابط مثبت، هدفمندی، رشد فردی، استقلال) در سه مرحله از پژوهش در دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود داشت، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که درمان تعهد و پذیرش در بهبود بهزیستی روانشناختی و مؤلفه‌های آن در بیماران مبتلابه درد مزمن عضلانی - اسکلتی مؤثر بوده است. در

زمینه نتیجه به دست آمده در جامعه بیماران مبتلابه درد مزمن عضلانی - اسکلتی تاکنون پژوهشی به صورت مستقیم انجام نشده است، اما با نتایج مطالعات مشابه در این زمینه همسو است. به عنوان مثال مطالعه . در پژوهشی دیگر نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند به عنوان روش‌های مداخله‌ای مؤثری برای کاهش آشفتگی‌های روانشناختی در بیماران مبتلابه درد مزمن بکار روند (کیانی، صباحی، مکوند حسینی، رفیعی‌نیا، و آل بویه، ۱۳۹۹)، نتایج پژوهشی دیگر نشان داد که گروه‌درمانی پذیرش و تعهد بر میزان علائم افسردگی، استرس در زنان مبتلابه درد مزمن مؤثر بود (صبور و کاکابرابی، ۱۳۹۵). نتایج مطالعه توکلی صالح و ابراهیمی نشان داد درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث ارتقای تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به ام‌اس می‌شود (توکلی صالح و ابراهیمی، ۱۴۰۰). همچنین در مطالعه ای دیگر نشان داده شد، درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند در کاهش مشکلات روان‌شناختی زنان مبتلا به فیبرومیالژیا موثر باشد (سلیمانی، کاظمی، تکلوی و نریمانی، ۱۳۹۹). مطالعه ساری‌زاده و همکاران (۱۳۹۵) نشان داد تفاوت آماری معناداری بین دو گروه آزمایش و کنترل در مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی و بهزیستی اجتماعی افراد مبتلا به بیماری مزمن بود.

در تبیین یافته فوق باید به فرایندهای و راهبردهای مورداستفاده در درمان پذیرش و تعهد از جمله تصریح ارزش‌ها و اعمال متعهدانه اشاره کرد، ترغیب بیماران به شناسایی ارزش‌ها و تعیین اهداف، اعمال و درنهایت تعهد به انجام اعمال در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در مسیر ارزش‌ها با وجود مشکلات باعث می‌شود تا ضمن تحقق اهداف و شادکامی، این گروه از بیماران از گیرکردن در دور باطلی از احساسات منفی از قبیل اضطراب، استرس، ناامیدی و افسردگی که به نوبه خود موجب تشدید مشکلات می‌شوند، رهایی یابند (مقدم-فر، امرایی، اسدی و امانی، ۱۳۹۷). فرایند مؤثر دیگر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد معرفی جایگزینی برای کنترل یعنی تمایل و پذیرش است. در این مؤلفه‌ها این امکان برای بیماران فراهم می‌شود تا تجربیات درونی ناخوشایند را بدون تلاش برای کنترل آن‌ها بپذیرند و انجام این کار باعث می‌شود که آن تجربیات کمتر تهدیدکننده به نظر برسد و تأثیر کمتری بر زندگی فرد داشته باشد (لین، کلات، مک‌کراکن و باومیستر، ۲۰۱۸). علاوه بر آن، فرایندهای ذهن آگاهی مورداستفاده در این شیوه درمانی موجب می‌شود که دیدگاهی متفاوت نسبت به رویدادهای ذهنی ایجاد شود و به فرد این اجازه را می‌دهد تا رویدادهای ذهنی را مشاهده کرده و آن‌ها را به عنوان یک رویداد و نه به عنوان بخشی از خود در نظر بگیرد و ذهن آگاهی نقش مؤثری در ارتقای سلامت دارد. فرایند اصلی دیگر در این شیوه درمانی پذیرش است که فرایند تعهد را تسهیل می‌کند. فرایندهای تعهد شامل استفاده از تمرین‌های تجربه‌ای و استعاره‌ها است تا به مراجعان کمک کند اهدافی که به طور هدفمند و معنادار در زندگی انتخاب می‌کنند را به طور کلامی بیان کنند (ارزش‌ها) و به تغییرات رفتاری پایدار که بر اساس این ارزش‌ها هدایت می‌شود، متعهد شوند (عمل متعهدانه) (لی، ۲۰۱۷)؛ بنابراین، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ضمن فراهم نمودن بستری به منظور پذیرش هیجان‌ها با بکارگیری فنون ذهن آگاهی و سایر روش‌های درمانی به آموزش بیماران برای رهایی از مبارزه بی‌حاصل و تلاش برای شاهد بودن و حذف عواطف و تجارب منفی می‌پردازد و بیماران را به پیگیری ارزش‌ها و به دنبال آن تعهد نسبت به عمل بر مبنای ارزش‌ها ترغیب می‌کند که این عوامل می‌توانند باعث افزایش بهزیستی روانشناختی در بیماران مبتلابه درد مزمن عضلانی - اسکلتی شوند.

در تبیینی دیگر می‌توان گفت، اصلی‌ترین سازه نظری در پذیرش و تعهد درمانی یعنی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را در نظر گرفت که به معنی توانایی برای انجام عمل مؤثر در راستای ارزش‌های فردی است. در واقع، مکانیسم اصلی اثرگذاری این روش درمانی، متمرکز بر این نکته هست که این روش درمانی به جای این‌که بر روی برطرف سازی و حذف عوامل آسیب‌زا تمرکز نماید، به ایجاد تمایل برای درگیر شدن در اهداف و فعالیت‌های ارزشمند شخص تأکید دارد (فیلیو-سولر، مونسینوس، گوتیرز-مارتینز، اسکات، مک‌کراکن و لوسیانو، ۲۰۱۸). پذیرش و تعهد درمانی فرایند محور هستند و آشکارا بر ارتقای پذیرش تجربیات روان‌شناختی بدون پیش گرفتن روشی ارزیابانه و تعهد از طریق افزایش فعالیت‌های معنی بخش، انعطاف‌پذیر و سازگارانه مراجعان تأکید می‌کند، بنابراین، وقتی به مراجعان آموزش داده می‌شود که هیجان‌ات و احساسات خود را بدون به‌کارگیری مکانیسم‌های دفاعی بپذیرند و بتوانند فارغ از ارزیابی اغراق‌آمیز تجارب درونی، به دیگر امور شناختی و رفتاری ارزشمند خود ادامه دهند (لی، ۲۰۱۸)، به‌طورمعمول از میزان فشار روانی وی کاسته شده و در نتیجه این بهزیستی روانشناختی افزایش می‌یابد.

متخصصان و درمانگران سلامت می‌توانند بر اساس نتایج این پژوهش به دلیل عدم انجام پژوهشی درباره درمان پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانشناختی بیماران مبتلابه درد مزمن عضلانی - اسکلتی به‌عنوان چشم‌اندازی جدید در سیاست‌گذاری‌های پیشگیرانه، بهداشتی و درمانی جهت ارتقای بهزیستی روانشناختی بهره ببرند که این خود از نقاط قوت پژوهش حاضر هست. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر به انجام مطالعه در بیماران مبتلابه درد مزمن عضلانی - اسکلتی، استفاده از نمونه‌گیری در دسترس و پرسشنامه به‌عنوان تنها ابزار ارزیابی اثربخشی مداخله انجام‌شده می‌توان اشاره نمود. لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده به بررسی اثربخشی مطالعه مطرح در این پژوهش با استفاده از نمونه تصادفی و سایر ابزارهای ارزیابی از جمله مصاحبه پرداخته شود. پیشنهاد دیگر انجام این پژوهش بر روی بیماران مزمن عضلانی - اسکلتی سایر شهرها، سایر بیماران مبتلابه درد مزمن و حتی سایر گروه‌های آسیب‌پذیر مثل بیماران مبتلابه چاقی، دیابت و غیره است. آخرین پیشنهاد مقایسه اثربخشی روش درمان پذیرش و تعهد با سایر روش‌های درمانی از جمله دارودرمانی، درمان ذهن آگاهی و غیره هست. بر اساس نتایج می‌توان گفت درمان پذیرش و تعهد بر افزایش بهزیستی روانشناختی بیماران مبتلابه درد مزمن عضلانی - اسکلتی مؤثر بود و می‌توان از این روش در جهت بهبود مشکلات روان‌شناختی بیماران مبتلابه درد مزمن عضلانی - اسکلتی استفاده نمود.

ملاحظات اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند. پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله قرار گرفتند.

مشارکت نویسندگان

پژوهش حاضر حاصل اقتباس از رساله دکتری نویسنده اول بود که توسط معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام به تصویب رسیده است و دارای کد اخلاق به شماره IR.IAU.TJ.REC.1399.037 از کمیته تخصصی اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی دانشگاه آزاد

اسلامی واحد تربیت‌جام هست. همه نویسندگان این پژوهش در طراحی، مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری داده‌ها، پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی‌سازی نقش یکسانی داشتند.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از تمامی بیماران و کارکنان مراکز درمانی و کسانی که ما را در اجرای این پژوهش یاری دادند، تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

امینی فسخودی، مریم، محمدعلیلو، مجید، طهماسیان، کارینه، بخشی پور رودسری، عباس (۱۳۹۵). کارایی تکنیک‌های مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش مشکلات ناشی از درد در بیماران با سبک دلبستگی دل مشغول دارای درد مزمن عضلانی-اسکلتی: یک مطالعه تک موردی. دوماهنامه فیض. ۲۰ (۶): ۵۳۹-۵۵۰.

توکلی صالح، شهین، و ابراهیمی محمداسماعیل (۱۴۰۰). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سطح تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی بیماران زن مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس در شهرستان همدان. مجله پزشکی بالینی ابن سینا. ۲۸ (۲): ۱۳۳-۱۲۶.

خانجانی، مهدی، شهیدی، شهریار، فتح‌آبادی، جلیل، مظاهری، محمدعلی، شکری، امید. (۱۳۹۳). ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی فرم کوتاه (۱۸ سوالی) مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف در دانشجویان دختر و پسر. مجله اندیشه و رفتار. ۸ (۳۲): ۳۹-۲۷.

ساری زاده، محمدصادق، رفیعی نیا، پروین، صباحی، پرویز، و تمدن، محمدرضا (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی ذهنی بیماران همودیالیز: یک مطالعه کارآزمایی بالینی. مجله کومش. ۲۱ (۱): ۶۱-۶۶.

سلیمانی، پریسا، کاظمی، رضا، تکلوی، سمیه، و نیرمانی محمد (۱۳۹۹). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس ادراک شده و ادراک درد زنان مبتلا به فیبرومیالژیا. بیهوشی و درد. ۱۱ (۲): ۶۸-۷۹.

سید طبایی، رضا، رحمتی نژاد، پروین، محمدی، داود، و اعتماد، عقیل (۱۳۹۵). نقش سبک‌های مقابله‌ای و تنظیم‌شناختی هیجان در میزان بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان. مجله علوم پزشکی قزوین. ۲۱ (۹۱): ۴۲-۴۹.

صبور، سهیلا، و کاکابرای، کیوان (۱۳۹۵). اثربخشی گروه درمانی پذیرش و تعهد بر میزان علائم افسردگی، استرس و شاخص‌های درد در زنان مبتلا به درد مزمن. مجله توانبخشی در پرستاری. ۲ (۴): ۱-۹.

طاهری زاده، سمانه، ثمری، علی اکبر، و آهی، قاسم (۱۴۰۰). مدل یابی ساختاری ادراک درد در افراد مبتلا به نشانگان درد مزمن عضلانی-اسکلتی بر اساس سیستم‌بازداری رفتاری: با میانجی‌گری فاجعه‌سازی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده. بیهوشی و درد. ۱۲ (۲): ۳۱-۱۹.

علی پور، مصطفی، حسینی، سید رضا، سعادت، پیام، و بیژنی، علی (۱۳۹۴). ارتباط بین درد مزمن عضلانی-اسکلتی و کمبود ویتامین D در سالمندان شهر امیرکلا. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بابل. ۱۷ (۱۰): ۷-۱۴

کیانی، سیاوش، صباحی، پرویز، مکوند حسینی، شاهرخ، رفیعی نیا، پروین، و آل بویه، محمودرضا. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری مثبت‌نگر بر آشفتگی‌های روانشناختی بیماران مبتلا به درد مزمن. فصلنامه علمی- پژوهشی روانشناسی سلامت. ۹ (۳۶): ۱۳۳-۱۵۰.

مقدم فر، نصیره، امرایی، راضیه، اسدی، فاطمه، و امانی، امید (۱۳۹۷). تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امید به زندگی و بهزیستی روانشناختی زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی. نشریه روان پرستاری. ۶ (۵): ۱-۸.

وصال، مینا، و نظری نیا، محمد علی. (۱۳۹۵). پیش بینی افسردگی و کیفیت خواب بر اساس نشخوار فکری و مولفه‌های آن (خودخوری و تامل) در بیماران مبتلا به رماتیسم مفصلی. اندیشه و رفتار در روان شناسی بالینی. ۱۱ (۴۱): ۴۷-۵۶.

References

- Aydede, M., & Shriver, A. (2018). Recently introduced definition of “nociceptive pain” by the International Association for the Study of Pain needs better formulation. *Pain*, 159(6), 1176-1177.
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. E. (2015). National accounts of subjective well-being. *American psychologist*, 70(3), 234.
- Fava, G. A., Cosci, F., Guidi, J., & Tomba, E. (2017). Well-being therapy in depression: New insights into the role of psychological well-being in the clinical process. *Depression and anxiety*, 34(9), 801-808.
- Feliu-Soler, A., Montesinos, F., Gutiérrez-Martínez, O., Scott, W., McCracken, L. M., & Luciano, J. V. (2018). Current status of acceptance and commitment therapy for chronic pain: a narrative review. *Journal of pain research*, 11, 2145.
- Hayes, S. C. (2019). Acceptance and commitment therapy: towards a unified model of behavior change. *World psychiatry*, 18(2), 226.
- 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*, 44(2), 180-198.
- Hulbert-Williams, N. J., Storey, L., & Wilson, K. G. (2015). Psychological interventions for patients with cancer: psychological flexibility and the potential utility of Acceptance and Commitment Therapy. *European journal of cancer care*, 24(1), 15-27.
- Lee, A. C. (2018). *Acceptance and Commitment Therapy: A Mindfulness and Acceptance-Based, Value-Driven Approach to Human Flourishing With Christian Spirituality Considerations*. Biola University.
- Lee, M. J. (2017). *Enhancing the Values Process in Acceptance and Commitment Therapy through Existential-Phenomenological Engagement of Meaning-Making Processes* (Doctoral dissertation, Azusa Pacific University).
- Lin, J., Klatt, L. I., McCracken, L. M., & Baumeister, H. (2018). Psychological flexibility mediates the effect of an online-based acceptance and commitment therapy for chronic pain: an investigation of change processes. *Pain*, 159(4), 663-672.

- Mohagheghi, H., Dosti, P., & Jafari, D. (2016). The effect of acceptance and commitment therapy on transgenderism, social anxiety and students' health concerns. *Journal of Clinical Psychology Studies*, 23(6), 81-94.
- Ridner, S. L., Newton, K. S., Staten, R. R., Crawford, T. N., & Hall, L. A. (2016). Predictors of well-being among college students. *Journal of American college health*, 64(2), 116-124.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 57(6), 1069.
- Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2006). Best news yet on the six-factor model of well-being. *Social science research*, 35(4), 1103-1119.
- Sibille, K. T., Bartsch, F., Reddy, D., Fillingim, R. B., & Keil, A. (2016). Increasing neuroplasticity to bolster chronic pain treatment: A role for intermittent fasting and glucose administration?. *The Journal of Pain*, 17(3), 275-281.
- Smith, D. R., Leggat, P. A., & Speare, R. (2009). Musculoskeletal disorders and psychosocial risk factors among veterinarians in Queensland, Australia. *Australian veterinary journal*, 87(7), 260-265.
- van der Veeck, S. M., de Haan, E., Derkx, H. H. F., Benninga, M. A., & Boer, F. (2019). Psychological factors addressed in cognitive behaviour therapy for paediatric functional abdominal pain: Which are most important to target?. *Journal of Health Psychology*, 24(9), 1282-1292.
- Vik, M. H., & Carlquist, E. (2018). Measuring subjective well-being for policy purposes: The example of well-being indicators in the WHO "Health 2020" framework. *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(2), 279-286.
- Vowles, K. E., & Sorrell, J. T. (2007). Life with chronic pain: An acceptance-based approach (therapist guide and patient workbook). Unpublished manuscript.
- Vitaloni, M., Botto-van Bemden, A., Contreras, R. S., Scotton, D., Bibas, M., Quintero, M., ... & Verges, J. (2020). Global management of patients with kneeosteoarthritis begins with quality of lifeassessment: a systematic review. *Osteoarthritis and Cartilage*, 28, S435-S436.

پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف

ردیف	سوالات	کاملاً مخالفم	تا حدی مخالفم	تا حدی موافقم	موافقم کاملاً موافقم
۱	به طور کلی احساس می‌کنم من مسئول وضع زندگی کنونی ام هستم.				
۲	هنگامی که جریان زندگی خود را مرور می‌کنم، از آن چه روی داده خشنود هستم.				
۳	حفظ روابط صمیمی برای من مشکل است و احساس ناکامی می‌کنم.				
۴	نیازهای زندگی روزمره، اغلب مرا از پای در می‌آورد.				
۵	من برای حال زندگی می‌کنم و واقعاً به آینده فکر نمی‌کنم.				
۶	من بسیاری از مسئولیت‌های زندگی روزانه ام را به خوبی مدیریت می‌کنم.				
۷	فکر می‌کنم داشتن تجارب جدیدی که تفکر فرد را درباره خود و جهان به چالش می‌کشد مهم است.				
۸	بیشتر جنبه‌های شخصیت خود را دوست دارم.				

۹	افراد مصمم بر من تاثیر می گذارند.
۱۰	در بسیاری جهات از موفقیت هایم در زندگی احساس ناامیدی می کنم.
۱۱	افراد مرا به عنوان فردی بخشنده و علاقمند به صرف وقت با دیگران، توصیف می کنند.
۱۲	به نظرات خود اطمینان دارم، اگر چه آن ها برخلاف نظر جمع باشند.
۱۳	روابط خیلی گرم و همراه با اعتماد زیادی را با دیگران تجربه نکرده ام.
۱۴	بعضی از افراد بی هدف زندگی خود را سپری می کنند؛ اما من از آن دسته از افراد نیستم.
۱۵	برای من، زندگی یک فرایند مستمر یادگیری، تغییر و رشد است.
۱۶	بعضی اوقات احساس می کنم که همه آن چه را باید در زندگی انجام دهم، انجام داده ام.
۱۷	مدت هاست از تلاش برای ایجاد بهبودها و تغییرات زیاد در زندگی ام دست کشیده ام.
۱۸	خود را آن گونه که فکر می کنم مهم است، نه براساس ارزش هایی که برای دیگران مهم است.

The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Well-being in Men and Women with Chronic Musculoskeletal Pain

Tayebeh Ensandoost¹, Ali Akbar Samari^{2*}, Mohammad Hossein Bayazi³ & Alireza Rajaei⁴

Abstract

Aim: The aim of this study was to determine the effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological well-being of patients with chronic musculoskeletal pain. **Methods:** The method of the present study was quasi-experimental with pre-test-post-test design and follow-up with a control group. The statistical population of the study included all patients with chronic musculoskeletal pain in the summer of 2020 in Torbat-e-Jam, from which 30 eligible individuals were selected by convenience sampling and randomly divided into experimental and control groups (15 in each group). And answered the psychological well-being questionnaire. Were placed. Acceptance and commitment treatment was taught in eight sessions weekly. Statistical data were analyzed using repeated measures analysis of variance and SPSS-16 software at a significance level of $\alpha = 0.05$. **Results:** The results showed that acceptance and commitment treatment significantly improved psychological well-being in the experimental group compared to the control group ($P < 0.05$). Also, the effect of acceptance and commitment therapy remained constant until the follow-up stage. **Conclusion:** Based on the findings of this study, it can be said that acceptance and commitment therapy was effective in increasing psychological well-being of patients with chronic musculoskeletal pain and this method can be used to improve psychological problems in patients with chronic musculoskeletal pain.

Keywords: Social-Emotional Learning, Family Emotional Atmosphere, Prevention, Addiction.

1 PhD Student in Health Psychology, Department of Psychology, Torbat-e Jam Branch, Islamic Azad University, Torbat-e Jam, Iran.

2 *Corresponding author: Assistant Professor, Department of Psychology, Kashmar Branch, Islamic Azad University, Kashmar, Iran.

Email: aasmari87@gmail.com

3 Assistant Professor, Department of Psychology, Torbat-e-Jam Branch, Islamic Azad University, Torbat-e-Jam, Iran.

4 Associate Professor, Department of Psychology, Torbat-e-Jam Branch, Islamic Azad University, Torbat-e-Jam, Iran.