

اثربخشی درمان پذیرش و تعهد با تمرکز بر شفقت بر فاجعه‌سازی و پذیرش درد در افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

فرهاد جهانگیری^۱، جواد کریمی^{۲*}، مهدی روزبهانی^۳، محسن رازانی^۱

گروه روانشناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران، آگروه روان شناسی، دانشگاه ملایر، ملایر، ایران، آگروه رفتار حرکتی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران

شماره ثبت در مرکز کارآزمایی بالینی ایران: IRCT20230222057491N1

تاریخ وصول: ۱۴۰۲/۰۷/۱۶ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۹/۰۷

چکیده

زمینه و هدف: مولتیپل اسکلروزیس (ام اس) یک بیماری مزمن پیش‌رونده است که می‌تواند به سبب تحمیل ناتوانی جسمانی و درد مزمن، نقش مؤثری بر وضعیت روانشناختی این افراد داشته باشد. لذا هدف از مطالعه تعیین و بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد با تمرکز بر شفقت بر فاجعه‌سازی و پذیرش درد در افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بود.

روش بررسی: این یک مطالعه کارآزمایی بالینی می‌باشد. جامعه آماری این مطالعه شامل کلیه بیماران ام اس شهرستان بروجرد ثبت شده در انجمن ام اس در سال ۱۴۰۱ بودند، در این پژوهش ۵۰ نفر به صورت داوطلبانه مشارکت داشتند و به صورت تصادفی در دو گروه مساوی قرار گرفتند. جلسات گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر شفقت شامل ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بود که به صورت یک‌بار در هفته برای گروه مداخله برگزار شد، اما گروه کنترل در طول این دوران هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. در این پژوهش از مقیاس فاجعه‌سازی درد (PCS) و پرسشنامه پذیرش درد مزمن - تجدید نظر شده (CPAQ-R) استفاده شد. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری آنالیز واریانس، کای دو، شاپیروویلیک، رگرسیون، لون، کرویت موچلی، آنوا و تعقیبی بن‌فرونی تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که مداخله در طول زمان بر متغیرهای فاجعه‌سازی درد ($p=0/007$)، پذیرش درد ($p=0/001$)، $F=30/446$ معنی‌دار بوده است. در واقع نتایج آزمون بن‌فرونی نشان داد که در گروه درمانی تغییرات بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون ($p=0/001$) و پیش‌آزمون و پیگیری ($p=0/001$) در متغیرهای فاجعه‌سازی درد و پذیرش درد تفاوت معنی‌دار داشته است، اما بین پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری مشاهده نشده است که نشان دهنده ثبات اثر درمان در طول زمان بوده است. در گروه کنترل هیچ تفاوت معنی‌داری در مراحل سنجش مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: در مجموع می‌توان نتیجه گرفت که درمان پذیرش و تعهد با تمرکز بر شفقت نقش مؤثری بر کاهش فاجعه‌پنداری درد و افزایش پذیرش درد در بیماران ام اس داشته است.

واژه‌های کلیدی: درمان پذیرش و تعهد با تمرکز بر شفقت، فاجعه‌سازی درد، پذیرش درد

*نویسنده مسئول: جواد کریمی، ملایر، دانشگاه ملایر، گروه روان شناسی، دانشگاه ملایر، ملایر، ایران.

Email: j.karimi@malayeru.ac.ir

مقدمه

مولتیپل اسکلروزیس (ام اس) یک بیماری خود ایمنی سیستم عصبی مرکزی می‌باشد، که با التهاب مزمن، از بین رفتن غلاف، ضایعات چند کانونی و از دست دادن نورونی مشخص می‌شود. سیر بیماری می‌تواند عود کننده یا پیش‌رونده باشد. ضایعات ام اس به طور تپیک در زمان‌های مختلف و در نواحی مختلف سیستم عصبی مرکزی ایجاد می‌شود. بیش از نهمصد هزار نفر در ایالات متحده و میلیون‌ها نفر در سراسر جهان به ام اس مبتلا هستند (۱). نتایج پژوهش‌های همه‌گیرشناسی در ایران دلالت بر این دارد که این بیماری در ایران در حال گسترش است و ایران از یک منطقه جغرافیایی با خطر کم ابتلا به منطقه پرخطر با شیوع بالا تبدیل شده است، به‌طوری که مناطق مرکزی ایران بیشترین فراوانی را در تشخیص این بیماری دارند (۲)، بر این اساس توجه به مسایل روانشناختی این بیماران و ارایه مداخلات روانشناختی به آن‌ها از ضرورت بالایی برخوردار است.

این بیماری تهدیدی برای استقلال و توانایی فرد محسوب می‌شود و بیماران را به سوی عدم احساس شایستگی و عدم اطمینان از خود سوق می‌دهد و به طور کلی زندگی نرمال آن‌ها مختل می‌کند (۳). همچنین بررسی پژوهش‌ها دلالت بر این دارد که نشانگان روانشناختی در افراد مبتلا به ام اس بیشتر از افراد بهنجار می‌باشد و بر جنبه‌های مختلف زندگی شخص اثر می‌گذارد. همچنین عوارض غیرقابل پیش‌بینی آن، باعث اختلال در فعالیت‌های اجتماعی،

شغلی و همچنین خانوادگی می‌شود (۴). در نتیجه این بیماری از نظر مزمن بودن و ماهیت پیش‌رونده، فراوانی بالا، درگیر نمودن قشر جوان و در حال حاضر فقدان درمان قطعی که باعث پایین آمدن بسیاری از کارکردهای شناختی، جسمانی و اجتماعی و شناختی بیماران می‌شود، از اهمیت فوق العاده‌ای برخوردار است (۵).

درد مزمن یکی از چالش‌های همیشگی این بیماران است، به طوری که بررسی پژوهش‌های پیشین دلالت بر این دارد که درد مزمن یکی از مهم‌ترین عوامل در افسردگی و اضطراب این بیماران است (۶)، همچنین بررسی یک مطالعه مروری نظام‌مند نشان داد که درد مزمن می‌توان نقش مؤثری بر کاهش کیفیت زندگی این بیماران داشته باشد (۷)، بنابراین شدت درد و ادراک درد از موضوعات بسیار مهم در بیماران مبتلا به ام اس است. فاجعه‌سازی درد یکی از مهم‌ترین مشکلات بیماران با درد مزمن می‌باشد، که میل به بزرگ‌نمایی و اغراق در ارزش تهدید یا جدی بودن حس درد و نگرانی و ترس مرتبط با درد است که با ناتوانی در دور کردن توجه از درد همراه است (۸) تعریف می‌شود. پژوهش جنسن و همکاران (۹) نشان داده است که فاجعه‌سازی درد، نیرومندترین و با ثبات‌ترین عامل روانشناختی در ارتباط با درد و نقص کارکردی در بیماران مبتلا به درد مزمن است.

با توجه به این که این بیماری، یکی از بیماری‌های ناتوان کننده است و اثرات دراز مدتی را

دارند. در چند سال اخیر با توجه به این که هزینه درمان‌های دارویی جهت کنترل علائم ام‌اس بسیار افزایش یافته است و از طرفی داروها عوارض جانبی زیادی دارند، استفاده از درمان‌های مکمل یا جایگزین رو به افزایش است. یک رویکرد مهم از این درمان‌ها که چند تحقیق، اثربخشی آن را در بهبود علائم بیماران ام‌اس تأیید کرده، رویکرد درمانی پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت می‌باشد، که از درمان‌های موج سوم است و از تلفیق رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با رویکرد درمانی متمرکز بر شفقت به وجود آمده است (۲۲).

از آن جایی که برای این بیماران در حال حاضر درمان قطعی وجود ندارد، علی‌الخصوص این که اکثریت افراد مبتلا به ام‌اس جوان و جزء نیروهای کارآمد جامعه هستند و کاهش سلامت آنان می‌تواند اثرات مخربی برای جامعه داشته باشد، هم‌چنان ضرورت دارد با دقت به انتخاب بهترین روش درمانی (کم‌عارضه‌ترین، مؤثرترین و کم‌هزینه‌ترین) پرداخته شود تا از افزایش درازمدت ناتوانی و مشکلات همراه به بهترین نحو بتوانیم جلوگیری کنیم، لذا با توجه به مزمن بودن بیماری و ایجاد عوارض متعدد و تأثیر آن بر همه ابعاد زندگی بیمار، هم‌چنین عدم پوشش عوارض و مشکلات بیماران با یک درمان واحد ضرورت انجام پژوهش در خصوص انتخاب درمان‌های مناسب و اقدامات حمایتی در جهت بهزیستی بیماران به شدت احساس می‌شود. بر اساس مرور پیشینه، علی‌رغم این که پژوهش‌های مختلفی

بر زندگی فرد مبتلا و حتی اطرافیان وی به جای می‌گذارد، بسیار مهم است که فرد بتواند با تغییرات منفی حاصل از این بیماری کنار بیاید و روند سازنده را در برابر رویکرد خود آسیب‌رسان در پیش گیرد (۱۰). بنابر نقش فوق‌العاده‌ای که پذیرش در سازگاری با درد مزمن ایفا می‌کند، در مراکز پزشکی و درمانی مدت‌های مدیدی است که مورد بحث و توجه است. پذیرش درد به معنای میل به درگیر شدن در فعالیت‌ها، علی‌رغم حضور درد است و این که درد، بدون تلاش برای کنترل آن یا اجتناب از آن، تجربه شود (۱۱). درد در بیماران ام‌اس به‌طور معنی‌داری، به‌طور منفی بر مشارکت در کارهای روزانه و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت اثر می‌گذارد (۱۲)، بنابراین ارایه مداخلات آموزشی و درمانی با هدف بهبود ادراک و پذیرش درد بیماران ام‌اس از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، چرا که می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی این بیماران کمک کند.

در این زمینه بررسی پژوهش‌های پیشین دلالت بر این دارد که مداخلات رفتاردرمانی شناختی (۱۴ و ۱۳)، درمان پذیرش و تعهد (۱۶ و ۱۵)، درمان متمرکز بر شفقت (۱۷ و ۱۸) و ذهن‌آگاهی (۱۹) از مداخلات کارآمد در ادراک، پذیرش و فاجعه‌سازی درد در بیماران ام‌اس هستند. هم‌چنین بررسی پژوهش‌ها دلالت بر این دارند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۲۰) و هم‌چنین درمان متمرکز بر شفقت (۲۱) بر کاهش آشفتگی‌های روان‌شناختی بیماران ام‌اس و دیگر بیمارهای مزمن نقش مؤثری

تأثیر دو درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شفقت محور را به طور جداگانه بر بهبود مشکلات روانشناختی بیماران مولتیپل اسکروزیس تأیید کرده‌اند، اما بررسی اثربخشی مداخله تلفیقی درمان پذیرش و تعهد با تمرکز بر شفقت بر فاجعه‌سازی و پذیرش درد در بیماران مولتیپل اسکروزیس در پژوهش‌های قبلی مورد توجه نبوده است. لذا هدف از مطالعه تعیین و بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد با تمرکز بر شفقت بر فاجعه‌سازی و پذیرش درد در افراد مبتلا به مولتیپل اسکروزیس بود.

روش بررسی

این یک مطالعه کارآزمایی بالینی می‌باشد. جامعه آماری این مطالعه شامل کلیه بیماران ام‌اس شهرستان بروجرد ثبت شده در انجمن ام‌اس در سال ۱۴۰۱ بودند که طبق گزارش انجمن ام‌اس، تعداد بیماران ثبت شده ۵۵۰ نفر می‌باشند. تعداد نمونه با استفاده از نرم‌افزار G*Power با توجه به تعداد گروه‌ها (۲ گروه)، سطح اطمینان ۹۵ درصد، توان آزمون ۰/۸ و اندازه اثر ۰/۴۰ تعداد نمونه برای هر یک از گروهها ۲۰ نفر محاسبه شد، جهت پیشگیری از ریزش احتمالی تعداد نمونه برای هر یک از گروهها ۲۵ نفر در نظر گرفته شد. در این پژوهش ۵۰ نفر پس از احراز معیارهای ورود و ملاحظات اخلاقی به صورت داوطلبانه مشارکت داشتند و به صورت تصادفی در دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر شفقت و گروه کنترل قرار گرفتند.

رضایت و علاقه جهت شرکت در پژوهش، عدم ابتلای هم‌زمان به سایر بیماری‌های مزمن نورولوژی، دامنه سنی ۲۶ الی ۴۴ سال و عدم قرار گرفتن در دوره عود بیماری (نیازمند بستری شدن) از معیارهای ورود به پژوهش بود. عدم شرکت در بیش از دو جلسه و شرکت هم‌زمان در جلسات مشاوره و روان‌درمانی به عنوان معیارهای خروج در نظر گرفته شد. همه افراد شرکت‌کننده در این مطالعه رضایت آگاهانه داشتند و نسبت به اهداف پژوهش آگاه بودند. پس از اجرای حضوری پیش‌آزمون، گروه مداخله تحت درمان قرار گرفت و سپس از هر دو گروه پس‌آزمون و پس از گذشت ۶۰ روز مجدداً آزمون پیگیری اجرا شد. جهت رعایت اصول اخلاقی در پژوهش همه شرکت‌کنندگان فرم رضایت آگاهانه را به صورت کتبی تأیید کردند، همه شرکت‌کنندگان نسبت به اهداف پژوهش آگاه بودند و با اختیار و آگاهی کامل مشارکت داشتند. همچنین جهت رعایت حقوق شرکت‌کنندگان گروه کنترل، پس از اجرای آزمون پیگیری، آنها به صورت گروهی تحت مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر شفقت قرار گرفتند.

پرسشنامه مقیاس فاجعه‌سازی درد (PCS) شامل ۱۳ عبارت در مورد افکار و احساسات فرد در طول تجارب دردناک گذشته است که دارای زیر مقیاس نشخوار، بزرگ‌نمایی و درماندگی است (۲۳). سؤالات در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (کاملاً مخالفم =

ترجمه و در ۲۲۸ بیمار با درد مزمن اعتباریابی شد. پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ و روایی آن به روش تحلیل عاملی اکتشافی با دو مؤلفه مشارکت در فعالیت و تمایل به درد تأیید شد (۲۶). در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ این ابزار ۰/۷۴ محاسبه شد.

جلسات گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر شفقت شامل ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت بود که به صورت یک بار در هفته طبق جدول ۱ برگزار شد. با توجه به شرایط جسمانی بیماران ام‌اس و ناتوانی آن‌ها برای شرکت در جلسات طولانی مدت، هر جلسه ۹۰ دقیقه‌ای با استفاده از وقت استراحت ۱۵ دقیقه‌ای به ۲ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای تقسیم شد. به منظور اجرای این برنامه درمانی در پژوهش حاضر، پروتکل درمانی ۱۰ جلسه‌ای از پژوهش هیل و همکاران (۲۲) و عابدینی و همکاران (۲۷) اقتباس شد؛ پس از تنظیم جلسات، پروتکل در اختیار ۵ نفر از اساتید روانشناسی قرار داده شد تا اعتبار آن مورد بررسی قرار گیرد و در نهایت پس از اعمال نظر اساتید اجرا شد.

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آماری آنالیز واریانس، کای دو، شاپیروویلیک، رگرسیون، لون، کرویت موچلی، آنوا و تعقیبی بن‌فرونی تجزیه و تحلیل شد.

صفر الی کاملاً موافقم (=۴) نمره‌گذاری می‌شوند، دامنه نمرات در این پرسشنامه صفر الی ۵۲ است و نمرات بالاتر نشانه سطح بالاتر افکار و احساسات فاجعه‌سازی است (۲۳). روایی این پرسشنامه به روش تحلیل اکتشافی بررسی و سه عامل شناسایی شد و پایایی به روش همسانی درونی برای کل مقیاس ۰/۷۷ آلفای کرونباخ گزارش شد (۲۳). در نمونه ایرانی ساختار عاملی این پرسشنامه به روش تحلیل عاملی تأییدی و اکتشافی بررسی و تأیید شد و پایایی بازآزمایی آن ۰/۷۱ الی ۰/۸۱ محاسبه شد (۲۴). در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ این ابزار ۰/۷۷ محاسبه شد.

پرسشنامه پذیرش درد مزمن - تجدید نظر شده (CPAQ-R)، این پرسشنامه دارای ۲۰ سوال است که دو مؤلفه مشارکت در فعالیت و تمایل به درد را اندازه‌گیری می‌کند. این پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت ۷ درجه‌ای (هیچ وقت درست نیست = صفر الی همیشه درست است = ۶) نمره‌گذاری می‌شود، سوالات زیر مقیاس تمایل به درد معکوس نمره‌گذاری می‌شوند، دامنه نمرات در این پرسشنامه بین صفر الی ۱۲۰ می‌باشد و نمرات بیشتر نشان دهنده سطح بیشتر پذیرش می‌باشد (۲۵). روایی و پایایی نسخه اصلی این پرسشنامه مورد تأیید قرار گرفته است (۲۵). این پرسشنامه در ایران به وسیله ابراهیمی و همکاران

جدول ۱: جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر شفقت اکتباس از هیل و همکاران (۲۰۲۲)

جلسات	محتوا
پیش	آشنایی اعضای گروه و با یکدیگر، بررسی دلایل شرکت و انتظارات، ضرورت انجام روان درمانی، معرفی رویکرد، بیان قوانین و ساختار جلسات، اخذ رضایت‌نامه کتبی و اجرای پیش‌آزمون.
اول	انجام تمرین توجه آگاهی (تمرین رصد کردن بدن)، برقراری اتحاد درمانی (استعاره ۲ کوه)، بیان کنترل به عنوان مشکل سنجش عملکرد (استعاره استخر ماسه)، معرفی سیستم‌های تنظیم هیجان و تعیین تکالیف خانگی.
دوم	مرور تکالیف خانگی، انجام تمرین توجه آگاهی، آشنایی با مغز قدیم و جدید معرفی ابعاد شفقت و سه رقیب مهربانی (استعاره گربه مادر)، ایجاد ناامیدی خلاق (استعاره فشار دادن به تخته کار)، آموزش ایجاد دیدگاه بی‌تقصیری و تعیین تکالیف خانگی.
سوم	مرور تکالیف، انجام تمرین توجه آگاهی مختصر، ایجاد حساسیت به رنج انسانی در بستری از زمان حال، تعمیم شفقت ذهن آگاهانه به جهان خارج و توسعه حساسیت نسبت به آشفتگی‌های زمان حال، تمرین توجه شفقت‌آمیز، پر کردن کاربرگ روزانه شفقت‌آمیز و بررسی تجربیات و تعیین تکالیف خانگی.
چهارم	مرور تکالیف، انجام تمرین توجه شفقت‌آمیز، آموزش و ایجاد گسلس شفقت‌آمیز، به کارگیری استعاره اتوبان ذهن و تمرین اتاق سفید در بافتی مشفقانه و تعیین تکالیف خانگی.
پنجم	مرور تکالیف، انجام تمرین توجه شفقت‌آمیز، آموزش و تقویت تمایل شفقت‌آمیز، استعاره رها کردن شفقت‌آمیز، طناب تمرین پایان دادن به جنگ و تعیین تکالیف خانگی.
ششم	مرور تکالیف، انجام تمرین توجه شفقت‌آمیز، ارائه آموزش‌های لازم درباره خود مشاهده‌گر در بافتی مشفقانه با تأکید بر همدلی و همدردی به عنوان حس انسانی مشترک، استعاره آسمان و آب و هوا انجام تکنیک ۲ صندلی برای انتقادگر درونی و خود مهربان و تعیین تکالیف خانگی.
هفتم	مرور تکالیف خانگی، انجام تمرین توجه آگاهی، آموزش و انتخاب آزادانه ارزش‌های شفقت‌آمیز با تأکید بر مراقبت از سلامت و اهمیت روابط محبت‌آمیز، تعیین ارزش‌های زندگی در بافتی از شفقت در حوزه‌های ۹ گانه (قطب نمای زندگی)، استعاره‌های عصای جادویی و ماشین ذهن‌خوان و تعیین تکالیف خانگی.
هشتم	مرور تکالیف، انجام تمرین توجه آگاهی، آموزش عمل متعهدانه در راستای ارزش‌های شفقت‌آمیز با تأکید بر التیام رنج انسان، تمرین بچه‌ها در اتوبوس، تعیین اهداف ۴ گانه و چگونگی برخورد با موانع عمل و تعیین تکالیف خانگی.
نهم	مرور تکالیف، انجام تمرین توجه آگاهی، تربیت ذهن مهربان در چارچوب زمینه‌گرایی کارکردی، تمرین تصویرسازی خود مهربان، تمرین برقراری ارتباط با جنبه‌های مختلف خود و تعیین تکالیف خانگی.
دهم	مرور تکالیف، انجام تمرین توجه آگاهی، مرور و جمع‌بندی مطالب، تشکر و قدردانی و اجرای پس‌آزمون.

یافته‌ها

(۹/۳±۵۴/۵۶) همگون بودند (p=۰/۵۵۲، t=۱/۲۱۱).

هر دو گروه تعداد افراد متأهل بیشتر از افراد مجرد بود، به طوری که در گروه‌های مداخله (۱۳ نفر) و کنترل (۱۸ نفر) متأهل بودند، سایر افراد مجرد بودند، نتایج آزمون کای دو نشان داد که بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود ندارد (p=۰/۰۷۸، $\chi^2=۲/۴۵۲$). نتایج نشان داد که در هر دو گروه تعداد افراد با تحصیلات دیپلم بیشتر از سایر تحصیلات بود، به طوری که در گروه‌های مداخله (۱۰ نفر) و کنترل (۱۴ نفر) دارای تحصیلات دیپلم بودند و بقیه افراد به ترتیب با

در این مطالعه در ابتدا ۵۰ نفر در دو گروه ۲۵ نفری مشارکت داشتند، اما به سبب ریزش گروه‌ها ۲۲ نفر یکسان‌سازی شد. در این مطالعه ۴۴ نفر در دو گروه ۲۲ نفری در نهایت مشارکت داشتند، بین میانگین و انحراف معیار سنی گروه مداخله (۳۶/۵±۵۴/۲۸) و کنترل (۳۷/۷±۵/۲۲) بر حسب سال تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد (p=۰/۷۹۵، t=۰/۳۶۲). هم‌چنین هر دو گروه از نظر میانگین طول دوران بیماری بر حسب سال [مداخله (۸/۲۷±۳/۲۲) و کنترل

است. در ابتدا بررسی می‌شود که آیا نمره پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌ها رابطه خطی دارد یا خیر و در صورت وجود رابطه خطی، آیا همگونی در شیب خط رگرسیون برقرار است.

نتایج نشان می‌دهد که مقدار آمار F برای متغیر فاجعه‌پنداری درد در بررسی رابطه خطی بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون در گروه‌های مداخله ($F=30/040$, $p=0/001$) و گروه کنترل ($F=0/001$, $p=0/001$) و پیش‌آزمون با پیگیری در گروه‌های مداخله ($F=25/811$) و گروه کنترل ($F=2/289$, $p=0/001$)، و گروه کنترل ($F=16/703$, $p=0/001$) معنی‌دار است ($p<0/05$). همچنین نتایج نشان می‌دهد که مقدار آمار F برای متغیر پذیرش درد در بررسی رابطه خطی بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون در گروه‌های مداخله ($F=38/289$, $p=0/001$) و گروه کنترل ($F=0/001$, $p=0/001$) و پیش‌آزمون با پیگیری در گروه‌های مداخله ($F=375/064$) و گروه کنترل ($F=18/753$, $p=0/001$) معنی‌دار است ($p<0/05$). بر این اساس می‌توان با قطعیت گفت که بین نمرات پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری به تفکیک گروه‌ها به طور معنی‌دار رابطه خطی وجود دارد، در واقع تغییرات پس‌آزمون و پیگیری تحت تأثیر نمرات پیش‌آزمون بوده است، در ادامه به بررسی پیش‌فرض همگونی شیب خط رگرسیون پرداخته می‌شود، نتایج پیش‌فرض همگنی شیب خط رگرسیون نشان داد که تعامل بین نمرات پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری

تحصیلات کاردانی و کارشناسی و سپس کارشناسی ارشد بودند، نتایج آزمون کای دو نشان داد که بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($\chi^2=0/108$, $p=0/233$). نتایج دیگر نشان داد که در هر دو گروه تعداد افراد شاغل بیشتر از سایر وضعیت‌ها (خانه‌دار یا یازنشسته) بود، به طوری که در گروه‌های مداخله (۱۵ نفر) و کنترل (۱۷ نفر) شاغل بودند، نتایج آزمون کای دو نشان داد که بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($\chi^2=1/348$, $p=0/321$). در واقع این نتایج نشان داد که گروه‌ها از نظر اطلاعات جمعیت‌شناختی همگون می‌باشند. در ادامه در جدول ۲ اطلاعات توصیفی متغیرهای فاجعه‌سازی درد و پذیرش درد به تفکیک گروه‌ها و مراحل سنجش ارایه شده است، همچنین در این نتایج نرمال بودن داده‌ها با بهره‌گیری از آزمون شاپیروویلیک ارایه شده است.

در جدول ۲ نتایج نشان می‌دهد که گروه آزمایش نسبت به کنترل در طول مراحل سنجش تغییرات بیشتری در متغیرهای فاجعه‌سازی و پذیرش درد داشته‌اند؛ همچنین نتایج آزمون شاپیروویلیک نشان داد، داده‌ها در مراحل مختلف سنجش به تفکیک گروه‌ها دارای توزیع نرمال می‌باشند ($p>0/05$)، به جز پس‌آزمون و پیگیری گروه مداخله در متغیر پذیرش درد ($p<0/05$)، جهت اطمینان از نرمال بودن توزیع داده‌ها در این دو مورد آماره کجی هر یک از آن‌ها به ترتیب (۱/۷۸۹) و (۱/۶۷۲) محاسبه شد، با توجه به این که در دامنه ۲ الی ۲- قرار دارند، می‌توان گفت توزیع داده‌ها بر اساس این شاخص در این موارد نیز نرمال

ترکیب متغیرهای وابسته به طور هم‌زمان ($p=0/001$) و پذیرش درد ($F=4/805$ ، $p=0/190$ اثر پیلائی) بدون توجه به عامل بین گروهی تفاوت معنی‌داری وجود داشت. هم‌چنین روند تغییرات در اثر تعاملی زمان و گروه معنی‌دار بود ($F=26/939$ ، $p=0/001$) و اندازه اثر آن‌ها به ترتیب ۱۹ و ۷۳ درصد بود. معنی‌داری اثر متقابل زمان و گروه نشان می‌دهد، تغییرات متغیر ذکر شده در دو گروه روند مشابهی را دنبال نمی‌کند. به عبارتی یافته‌های فوق حاکی از آن است که روند تغییر معنی‌داری در میانگین متغیرهای مورد بررسی در مراحل ارزیابی مشاهده شده و میزان تغییرات مربوط به متغیر طی مراحل ارزیابی در دو گروه مورد مطالعه متفاوت بوده است، اما دقیق مشخص نیست که در کدام یک از متغیرها این چنین بوده است، برای بررسی دقیق روند تغییرات در ادامه، نتایج تک متغیره در متن میکس آنوا ارائه خواهد شد (جدول ۴).

نتایج ارزیابی درون گروهی نشان داد که بین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای فاجعه‌سازی درد ($F=3/276$ ، $p=0/043$) و پذیرش درد ($F=36/602$ ، $p=0/001$) بدون توجه به عامل بین گروهی تفاوت معنی‌داری وجود داشت. هم‌چنین روند تغییرات در اثر تعاملی زمان و گروه در متغیر فاجعه‌سازی درد ($F=5/347$ ، $p=0/007$) و پذیرش درد ($F=30/446$ ، $p=0/001$) معنی‌دار بود. معنی‌داری اثر

در متغیر فاجعه‌سازی درد ($F=31/452$ ، $p=0/001$) و پذیرش درد ($F=57/291$ ، $p=0/001$) معنی‌دار است، در واقع در گروه‌ها شیب خط رگرسیون متفاوت نیست، بر این اساس امکان اجرای آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره وجود ندارد. جهت بررسی همگونی خطای واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد، نتایج نشان داد که خطای واریانس‌ها در هر یک از متغیرها به تفکیک مراحل سنجش همگون می‌باشد، هم‌چنین نتایج آزمون ام‌پاکس نشان داد ($F=0/966$ ، $p=0/471$) که ماتریس کواریانس‌ها در حالت چندمتغیره برقرار است. نتایج آزمون کرویت موچلی با حضور گروه کنترل نشان داد که مقادیر متغیر فاجعه‌سازی درد ($W=0/918$ ؛ $p=0/172$) و پذیرش درد ($W=0/931$ ؛ $P=0/108$) معنی‌دار نمی‌باشد، بر این اساس گزارش شاخص F در آزمون تحلیل واریانس نیاز به اصلاح ندارد. با توجه به برقراری پیش‌فرض‌های آزمون آنالیز واریانس اندازه‌گیری مکرر، جهت آزمون مقایسه اثربخشی مداخله در مراحل سنجش و مقایسه آنها از این آزمون استفاده شده است. در جدول ۳ نتایج آزمون آنالیز واریانس اندازه‌گیری مکرر مختلط (میکس آنوا) ارائه شده است.

در جدول فوق نتایج آزمون آنالیز واریانس اندازه‌گیری مکرر مختلط (میکس آنوا) ارائه شده است، نتایج ارزیابی درون گروهی نشان می‌دهد نشان داد که بین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در

نتایج آزمون بن‌فرونی نشان می‌دهد که در گروه درمانی تغییرات بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون ($MD=4/409, p=0/001$) و پیش‌آزمون و پیگیری ($MD=4/000, p=0/001$) دارد، همچنین نتایج نشان داد بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون ($MD=18/682, p=0/001$) و پیش‌آزمون و پیگیری ($MD=18/409, p=0/001$) پذیرش درد تفاوت وجود دارد، این تغییرات نشان دهنده این است که این درمان تا مرحله پیگیری تغییرات پایداری داشته است. در مجموع می‌توان گفت که مداخله درمانی تا مرحله پیگیری تأثیرات ماندگاری داشته و بر کاهش فاجعه‌سازی درد و افزایش پذیرش درد مؤثر بوده است.

متقابل زمان و گروه نشان می‌دهد، تغییرات متغیر ذکر شده در دو گروه روند مشابهی را دنبال نمی‌کند. به عبارتی یافته‌های فوق حاکی از آن است که روند تغییر معنی‌داری در میانگین متغیرهای مورد بررسی در مراحل ارزیابی مشاهده شده و میزان تغییرات مربوط به متغیر طی مراحل ارزیابی در دو گروه مورد مطالعه متفاوت بوده است. همچنین نتایج اثرات بین‌گروهی نشان داد که در متغیر فاجعه‌سازی درد ($F=5/712, p=0/043$) و پذیرش درد ($F=8/034, p<0/05$) بین دو گروه تفاوت معنی‌دار وجود دارد. جهت بررسی این که تغییرات در کدام یک از گروه‌ها در طول زمان معنی‌دار بوده است، از آزمون تعقیبی بن‌فرونی به تفکیک گروه‌ها استفاده شده است (جدول ۵).

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی متغیرهای فاجعه‌سازی درد و پذیرش درد به تفکیک گروه‌ها

وضعیت	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	حداقل نمرات	حداکثر نمرات	شاپیرو و ویک	آماره	معنی‌داری
فاجعه‌سازی درد	پیش‌آزمون	۱۶/۰۴	۶/۵۵	۴	۲۹	شاپیرو و ویک	۰/۹۷۵	۰/۸۱۷
	کنترل	۱۵/۲۷	۷/۵۴	۳	۲۹	شاپیرو و ویک	۰/۹۵۶	۰/۴۱۲
پس‌آزمون	مداخله	۱۱/۶۳	۲/۲۵	۶	۱۷	شاپیرو و ویک	۰/۹۵۵	۰/۳۹۹
	کنترل	۱۵/۵۴	۴/۷۳	۹	۲۶	شاپیرو و ویک	۰/۹۲۹	۰/۱۲۰
پیگیری	مداخله	۱۲/۰۴	۴/۹۷	۴	۲۲	شاپیرو و ویک	۰/۹۲۵	۰/۰۹۷
	کنترل	۱۶/۱۳	۶/۷۹	۴	۲۷	شاپیرو و ویک	۰/۹۵۸	۰/۴۲۵
پذیرش درد	پیش‌آزمون	۸۷/۲۷	۱۵/۶۳	۵۱	۱۱۸	شاپیرو و ویک	۰/۹۷۸	۰/۸۷۶
	کنترل	۸۷/۵۰	۱۵/۴۰	۵۰	۱۱۵	شاپیرو و ویک	۰/۹۶۱	۰/۵۱۳
پس‌آزمون	مداخله	۱۰۵/۹۵	۱۲/۰۹	۷۱	۱۲۰	شاپیرو و ویک	۰/۸۸۷	۰/۰۱۶*
	کنترل	۸۷/۹۵	۱۵/۲۴	۵۴	۱۱۲	شاپیرو و ویک	۰/۹۷۲	۰/۷۵۴
پیگیری	مداخله	۱۰۵/۶۸	۱۳/۰۵	۶۸	۱۲۰	شاپیرو و ویک	۰/۸۶۵	۰/۰۰۶*
	کنترل	۸۸/۷۷	۱۴/۷۶	۶۴	۱۱۵	شاپیرو و ویک	۰/۹۵۸	۰/۴۵۰

* خطای $p<0/05$ معنی‌دار است.

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر چندمتغییری (میکس آنوا) برای متغیرهای فاجعه‌سازی و پذیرش درد

اثر	آزمون‌ها	ارزش	مقدار F	درجه آزادی اثر	درجه آزادی خطا	معنی‌داری	ضریب ایما	توان آماری
درون گروهی	اثر پیلایی	۰/۱۹۰	۴/۸۰۵	۲	۴۱	۰/۰۱۳	۰/۱۹۰	۰/۷۶۷
(اثر زمان)	لامبدای ویلکز	۰/۸۱۰	۴/۸۰۵	۲	۴۱	۰/۰۱۳	۰/۱۹۰	۰/۷۶۷
	اثر هتلینگ	۰/۲۳۴	۴/۸۰۵	۲	۴۱	۰/۰۱۳	۰/۱۹۰	۰/۷۶۷
	بزرگترین ریشه‌روی	۰/۲۳۴	۴/۸۰۵	۲	۴۱	۰/۰۱۳	۰/۱۹۰	۰/۷۶۷
درون گروهی	اثر پیلایی	۰/۷۳۴	۲۶/۹۳۹	۴	۳۹	۰/۰۰۱	۰/۷۳۴	۱
(زمان * گروه)	لامبدای ویلکز	۰/۲۲۶	۲۶/۹۳۹	۴	۳۹	۰/۰۰۱	۰/۷۳۴	۱
	اثر هتلینگ	۲/۷۶۳	۲۶/۹۳۹	۴	۳۹	۰/۰۰۱	۰/۷۳۴	۱
	بزرگترین ریشه‌روی	۲/۷۶۳	۲۶/۹۳۹	۲	۳۹	۰/۰۰۱	۰/۷۳۴	۱

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر در متن میکس آنوا برای فاجعه‌سازی و پذیرش درد در سه مرحله اندازه‌گیری

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	آماره F	مقدار p	اندازه اثر	توان آماری
	زمان	۱۰۲/۴۷۰	۲	۵۱/۲۳۵	۳/۲۷۶	۰/۰۴۳	۰/۰۷۲	۰/۶۰۸
فاجعه‌سازی	زمان*گروه	۱۶۷/۲۲۷	۲	۸۳/۶۱۴	۵/۳۴۷	۰/۰۰۷	۰/۱۱۳	۰/۸۲۸
درد	خطا	۱۳۱۳/۶۳۶	۸۴	۱۵/۶۳۹				
	بین گروهی	۳۴۷۱/۵۲۳	۱	۳۴۷۱/۵۲۳	۵/۷۱۲	۰/۰۴۳	۰/۱۰۱	۰/۶۲۲
	زمان	۲۷۶۴/۱۹۷	۲	۱۳۸۲/۰۹۸	۳۶/۶۰۲	۰/۰۰۱	۰/۴۴۶	۱
پذیرش درد	زمان*گروه	۲۲۹۹/۲۸۸	۲	۱۱۴۹/۶۴۴	۳۰/۴۴۶	۰/۰۰۱	۰/۴۲۰	۱
	خطا	۳۱۷۱/۸۴۸	۸۴	۳۷/۷۶۰				
	بین گروهی	۴۴۱۰/۳۷۱	۱	۴۴۱۰/۳۷۱	۸/۰۳۴	۰/۰۰۷	۰/۱۶۱	۰/۷۹۸

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی برای مقایسه تغییرات درون گروهی متغیرهای فاجعه‌سازی و پذیرش درد در مراحل سنجش

متغیرها	گروه‌ها	مراحل سنجش	میانگین	پیش‌آزمون تا پس‌آزمون (اختلاف میانگین=MD)	پیش‌آزمون تا پیگیری (اختلاف میانگین=MD)	پس‌آزمون تا پیگیری (اختلاف میانگین=MD)
فاجعه‌سازی	مداخله	پیش‌آزمون	۱۶/۰۴۵	(*)۴/۴۰۹	(*)۴/۰۰۰	(۰/۴۰۹)
		پس‌آزمون	۱۱/۶۳۶	p=۰/۰۰۱	p=۰/۰۲۸	p=۱/۰۰۰
		پیگیری	۱۲/۰۴۲			
درد	کنترل	پیش‌آزمون	۱۵/۲۷۳	(۰/۲۷۳)	(۰/۸۶۴)	(۰/۵۹۱)
		پس‌آزمون	۱۵/۵۴۵	p=۱/۰۰۰	p=۱/۰۰۰	p=۱/۰۰۰
		پیگیری	۱۶/۱۳۶			
پذیرش درد	مداخله	پیش‌آزمون	۸۷/۲۷۳	(*)۱۸/۶۸۲	(*)۱۸/۴۰۹	(۰/۲۷۳)
		پس‌آزمون	۱۰۵/۹۵۵	p=۰/۰۰۱	p=۰/۰۰۱	p=۱/۰۰۰
		پیگیری	۱۰۵/۶۸۲			
پذیرش درد	کنترل	پیش‌آزمون	۸۷/۵۰۰	(۰/۴۵۵)	(۱/۲۷۳)	(۰/۸۱۸)
		پس‌آزمون	۸۷/۹۵۵	p=۱/۰۰۰	p=۱/۰۰۰	p=۱/۰۰۰
		پیگیری	۸۸/۷۷۳			

([†]p<۰/۰۵)

بحث

تجربه درد یکی از مشخصه‌های اصلی بیماری ام‌اس است، بررسی‌ها نشان داده که فاجعه‌سازی و پذیرش درد دو عامل بسیار مهم در تجربه درد در این بیماران می‌باشد (۶) که می‌تواند بهداشت روانی این بیماران را تحت تأثیر قرار دهد (۷)، بر این اساس اجرای مداخلات درمانی جهت توانمندسازی روانشناختی این بیماران از اهمیت بالایی برخوردار است. لذا هدف از این مطالعه تعیین و بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد با تمرکز بر شفقت بر فاجعه‌سازی و پذیرش درد در افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بود.

نتیجه این مطالعه نشان داد که درمان پذیرش و تعهد با تمرکز بر شفقت نقش مؤثری بر کاهش فاجعه‌سازی درد داشته است، در بررسی پیشینه مطالعه‌ای یافت نشد که درمان تلفیقی حاضر را جهت کاهش فاجعه‌سازی درد اجرا کرده باشد، اما مطالعه ناصری‌نیا و هادی اسمخانی در بیماران ام‌اس (۱۷)، مال‌پاس و همکاران در بیماران با درد مزمن (۱۸)، ترومپتر و همکاران در افراد با درد مزمن (۲۸) و رمضان‌زاده و منشائی در بیماران کلیوی (۲۹) نشان داد که درمان پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت به صورت مجزا بر کاهش فاجعه‌سازی درد مؤثر بوده‌اند.

در تبیین کارایی درمان پذیرش و تعهد می‌توان گفت که این درمان عمدتاً فرآیند محور است و

به وضوح بر افزایش پذیرش تجربیات روانشناختی و تعهد با افزایش فعالیت‌های مفید، انعطاف‌پذیر و سازگار بدون در نظر گرفتن محتوای تجربیات تأکید می‌کند. درمان پذیرش و تعهد رویکردی است که از فرآیندهایی مانند پذیرش، ذهن‌آگاهی، تعهد و فرآیندهای تغییر رفتار برای ایجاد موقعیت انعطاف‌پذیر استفاده می‌کند (۲۹). در این درمان، به فرد کمک می‌شود تا بر اساس تعهد رفتاری در درمان، چیزی متفاوت را تجربه کند. زمانی که بیمار از اهداف و ارزش‌های خود آگاه شود، با تغییرات مثبت در وضعیت خود مواجه می‌شود و حتی بدون حمایت روانشناس از فاجعه‌سازی درد می‌کاهد. علاوه بر این، بیماران یاد می‌گیرند که رویدادهای درونی را از طریق انتشار شناختی آن‌طور که هستند ببینند، نه آن‌طور که در حال وقوع است، باعث می‌شود روند پذیرش بهتر انجام شود. در نهایت اثربخشی رویدادهای درونی به عنوان موانع روانی از طریق انتشار افکار و احساسات کاهش می‌یابد. در شرایطی که بیماران دچار افکار غیرمنطقی و ناخوشایند می‌شوند، اجتناب از بیماری آنها تنها راه حل است. بیماران یاد گرفته‌اند که چگونه از طریق تمرینات انتشار با افکار دقیق به روش‌های مختلف روبرو شوند، در این صورت سطح پذیرش کاهش می‌یابد. بنابراین، فکر می‌تواند یک چیز باشد، اما متفاوت اتفاق می‌افتد. این افکار تهدیدآمیز نخواهند بود؛ زیرا بیماران آن‌ها را فقط به عنوان افکار و نه واقعیت در نظر می‌گیرند. از این رو، درمان مبتنی بر

پذیرش و تعهد می‌تواند با ترکیب شادابی و مشاهده شفاف تجربیات، تغییر مثبتی در سلامت و بهزیستی ایجاد کند.

نتیجه در پر نشان داد که درمان پذیرش و تعهد با تمرکز بر شفقت نقش مؤثری بر افزایش پذیرش درد داشته است، در بررسی پیشینه مطالعه‌ای یافت نشد که درمان تلفیقی حاضر را جهت افزایش پذیرش درد اجرا کرده باشد، اما مطالعه مال‌پاس و همکاران (۱۸)، وسورل و همکاران (۳۰)، هوگس و همکاران (۳۱) و طاهری و همکاران (۳۲) نشان داد که درمان پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت به صورت مجزا بر افزایش پذیرش درد مؤثر بوده‌اند. در تبیین کارایی درمان بر بهبود پذیرش درد می‌توان گفت عنصر اساسی درمان برای درمان درد، اجتناب تجربی است. افرادی که اجتناب تجربی را انتخاب می‌کنند، سعی می‌کنند به جای تجربه درد، آن را کنترل یا از آن اجتناب کنند. مدل اولیه درمان بر اساس دیدگاه هیز نشان می‌دهد که تلاش برای کنترل یا اجتناب از درد با سطوح بالاتر درد مرتبط است (۳۳). اولین گام در توضیح افزایش پذیرش درد از مفهوم ناامیدی خلاق استفاده می‌کند. در اولین جلسات، بیمار می‌آموزد که تلاش برای کنترل یا اجتناب از درد، درد را کاهش نمی‌دهد و در عوض، درگیر آن می‌شود. علاوه بر این، خود به عنوان زمینه و گسیختگی شناختی در درک درد و تطبیق آن نقش دارند. بیماران یاد می‌گیرند که تجربه درد با وجود و کلیت آنها یکی نیست (۳۴).

در نتیجه این درمان، بیماران می‌آموزند که بین ماهیت وجودی فرد و تجربیات، عواطف، احساسات و افکار آنها تفاوت وجود دارد و احساس درد نشان دهنده ضعف کامل در شخصیت آن‌ها نیست، علاوه بر این، بیماران یاد می‌گیرند که بدون قضاوت، خود ناظر تجربه درد باشند. با استفاده از تکنیک‌هایی مانند اتاق سفید، آن‌ها همچنین یاد می‌گیرند که درد را تنها در لحظه حال تجربه کنند، شبیه به سایر احساسات مانند غم، شادی، مهربانی و خشم بدون این که سعی در کاهش آن داشته باشند. پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که این منجر به افزایش تحمل درد و کاهش درک درد می‌شود، در نهایت، بیماران یاد می‌گیرند که ارزش‌های خود را شناسایی و روشن کنند و بر اساس آن‌ها عمل کنند.

در مجموع می‌توان گفت که بهبود ادراک درد (کاهش فاجعه‌پنداری و افزایش پذیرش) نیازمند پذیرش بیماری و شرایط مزمن، پایبندی و تعهد به درمان و بهبود حمایت اجتماعی ادراک شده از جانب افراد مهم می‌باشد که در مداخله روانشناختی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر شفقت که با هدف افزایش ظرفیت انعطاف‌پذیری روانشناختی برگزار شد، این مسایل محقق شد. در این درمان مداخلاتی در جهت کاهش کنترل‌گری، همجوشی شناختی و اجتناب هیجانی و رفتاری اجرا می‌شود، هدف این مداخلات افزایش ظرفیت پذیرش و مواجهه واقعی با موقعیت‌های زندگی می‌باشد (۲۲). همچنین در این درمان بر افزایش خودمهربانی، اشتراکات انسانی و

بهتری نسبت به خود در مقابل بیماری و شرایط مزمن دارد (۱۷).

نمونه‌گیری داوطلبانه و عدم حضور مردان در این مطالعه، محدودیت‌های اصلی این مطالعه است، بر این اساس می‌بایست در تعمیم نتایج جانب احتیاط رعایت شود. بر این اساس پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده نمونه‌گیری تصادفی و اجرای این مطالعه در مردان مرود توجه قرار گیرد، بر این اساس اجرای مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر شفقت به بیماران ام‌اس در سایر موقعیت‌های درمانی پیشنهاد می‌شود.

نتیجه‌گیری

در مجموع می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر شفقت یک درمان مؤثر بر کاهش فاجعه‌سازی درد و افزایش پذیرش درد بیماران ام‌اس بود.

تقدیر و تشکر

مقاله حاضر بخشی از رساله دکتری رشته روانشناسی با کد اخلاق IR.IAU.B.REC.1401.053 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجرد می‌باشد که با حمایت مالی این دانشگاه انجام شد. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از مسئولین محترم دانشگاه، انجمن ام‌اس شهرستان بروجرد و کلیه افراد شرکت‌کننده در این مطالعه تقدیر و تشکر داشته باشند.

ذهن‌آگاهی تمرکز می‌شود، چرا که این مداخلات می‌تواند به افراد مبتلا به ام‌اس کمک کند که ارزیابی بدون قضاوت نسبت به خود داشته باشند و با خود، شفقت بیشتری داشته باشند. همچنین به جای این که بیماری را یک عامل آسیب‌زا ارزیابی کنند که منجر به انزوای آنها از سایر انسان‌ها شود، بیماری را یک استراک انسانی بدانند که هر انسانی می‌تواند در طول زندگی چنین تجربه و حتی تجارب سخت‌تر از این هم داشته باشد (۳۵). بر این اساس انتظار می‌رفت که با اجرای این مداخلات، میزان انعطاف‌پذیری روانشناختی افزایش پیدا کند که به واسطه آن ادراک درد بیماران بهبود یابد، که این مسئله محقق شد.

در اهمیت ترکیب شفقت درمانی در درمان پذیرش و تعهد می‌توان گفت این درمان باعث افزایش ذهن‌آگاهی، انگیزه مراقبت، شفقت، همدلی و دیدگاه غیر قضاوت‌کننده می‌شود. در واقع پرورش شفقت به خود، شفقت نسبت به دیگران و پذیرش شفقت از سوی دیگران می‌تواند خانه روانی امن و معنوی ایجاد کند که در نتیجه افراد می‌توانند به طور مؤثر با حوادث زیان‌بار زندگی مقابله کنند. این درمان هیجانات منفی را کاهش می‌دهد و آن‌ها را با هیجانات مثبت جایگزین می‌کند. به نظر می‌رسد که به دلیل این خودتنظیمی هیجانی، مشکلات روانشناختی کاهش می‌یابد. در نتیجه درک فرد از توانایی‌های خود به ویژه در زمینه عاطفی و برخورد با موقعیت‌ها و شرایط استرس‌زا بهبود می‌یابد و در نتیجه مدیریت

REFERENCES

1. Hauser SL, Cree BA. Treatment of multiple sclerosis: a review. *The American Journal of Medicine* 2020; 133(12): 1380-90.
2. Hosseini-zhad M, Saadat S, Bakhshipour H, Nasiri P. Prevalence and incidence of multiple sclerosis (MS) in Guilan Province. *J Shahid Sadoughi Uni Med Sci* 2020; 29(1): 3438-47.
3. Feinstein A, Amato MP, Brichetto G, Chataway J, Chiaravalloti ND, Cutter G, et al. The late onset of emotional distress in people with progressive multiple sclerosis during the Covid-19 pandemic: longitudinal findings from the CogEx study. *Journal of Neurology* 2022; 269(12): 6202-10.
4. Saadat S, Kalantari M, Kajbaf MB, Hosseini-zhad M. The effect of a psychological training program on self-management in women with multiple sclerosis. *Razi Journal of Medical Sciences* 2019; 26(7): 88-98.
5. Rezaeian Langroodi R, Ghiasian M, Roozbehani M, Shamsaei F. Comparison of the effectiveness of yoga and psychotherapy group therapy based on acceptance and commitment on fatigue and quality of life of multiple sclerosis patients. *Avicenna J Nurs Midwifery Care* 2020; 28(4): 62-73.
6. Young J, Zoghi M, Khan F, Galea MP. The effect of transcranial direct current stimulation on chronic neuropathic pain in patients with multiple sclerosis: randomized controlled trial. *Pain Medicine* 2020; 21(12): 3451-7.
7. Aboud T, Schuster NM. Pain management in multiple sclerosis: a review of available treatment options. *Current treatment Options in Neurology* 2019; 21: 1-5.
8. Petrini L, Arendt-Nielsen L. Understanding pain catastrophizing: putting pieces together. *Frontiers in Psychology* 2020; 11: 603420.
9. Jensen MP, Ehde DM, Gertz KJ, Stoelb BL, Dillworth TM, Hirsh AT, et al. Effects of self-hypnosis training and cognitive restructuring on daily pain intensity and catastrophizing in individuals with multiple sclerosis and chronic pain. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 2010; 59(1): 45-63.
10. Saadat S, Saberi A. Environmental risk factors in multiple sclerosis: a narrative review. *Journal Title* 2022; 31(2): 166-79.
11. McCracken LM, Eccleston C. Coping or acceptance: what to do about chronic pain? *Pain* 2003; 105(1-2): 197-204.
12. Kalia LV, O'Connor PW. Severity of chronic pain and its relationship to quality of life in multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis Journal* 2005; 11(3): 322-7.
13. Ehde DM, Alschuler KN, Day MA, Ciol MA, Kaylor ML, Altman JK, Jensen MP. Mindfulness-based cognitive therapy and cognitive behavioral therapy for chronic pain in multiple sclerosis: a randomized controlled trial protocol. *Trials* 2019; 20: 1-2.
14. Chalah MA, Ayache SS. Cognitive behavioral therapies and multiple sclerosis fatigue: A review of literature. *Journal of Clinical Neuroscience* 2018; 52: 1-4.
15. Rezaeian Langroudi R, Ghiasian M, Roozbehani M, Shamsaei F. Comparison of the effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment and amantadine on pain, fatigue and quality of life in patients with multiple sclerosis. *Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care* 2020; 28(3): 251-62.
16. Davoodi M, Shamel L, Hadianfard H. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on chronic fatigue syndrome and pain perception in people with multiple sclerosis. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* 2019; 25(3): 250-65.
17. Naseriniya H, Akbarinejad HS. Effectiveness of Compassion-focused therapy on demoralization syndrome and pain catastrophizing of men with multiple sclerosis. *J Anesth Pain* 2021; 13(2): 85-97.
18. Malpus Z, Nazar Z, Smith C, Armitage L. Compassion focused therapy for pain management: 3 systems approach to understanding why striving and self-criticism are key psychological barriers to regulating activity and improving self-care for people living with persistent pain. *British Journal of Pain* 2023; 17(1): 87-102.
19. Simpson R, Simpson S, Ramparsad N, Lawrence M, Booth J, Mercer SW. Effects of Mindfulness-based interventions on physical symptoms in people with multiple sclerosis—a systematic review and meta-analysis. *Multiple Sclerosis and Related Disorders* 2020; 38: 101493.
20. Thompson B, Moghaddam N, Evangelou N, Baufeldt A, Das Nair R. Effectiveness of acceptance and commitment therapy for improving quality of life and mood in individuals with multiple sclerosis: A systematic review and meta-analysis. *Multiple Sclerosis and Related Disorders* 2022; 63: 103862.

21. Aboutalebi H, Yazdchi N, Smkhani Akbarinejad H. Effectiveness of compassion-focused therapy on death anxiety and quality of life among women with multiple sclerosis. *Medical Sciences Journal of Islamic Azad University - Tehran Medical Branch* 2022; 32(1): 92-101.
22. Hill ML, Schaefer LW, Spencer SD, Masuda A. Compassion-focused acceptance and commitment therapy for women with restrictive eating and problematic body-checking: A multiple baseline across participants study. *Journal of Contextual Behavioral Science* 2020; 16: 144-52.
23. Sullivan MJ, Bishop SR, Pivik J. The pain catastrophizing scale: development and validation. *Psychological Assessment* 1995; 7(4): 524.
24. Rahmati N, Asghari Moghadam MA, SHAIRI M, Paknejad M, Rahmati Z, Marofi N, et al. A study of the psychometric properties of the pain catastrophizing scale amongst Iranian patients with chronic persistent pain. *Journal of Ilam University of Medical Sciences* 2017; 25(1): 63-79.
25. McCracken LM, Vowles KE, Eccleston C. Acceptance of chronic pain: component analysis and a revised assessment method. *Pain* 2004; 107(1-2): 159-66.
26. Ebrahimi A, Afshar-Zanjani H, Goli F, Rohafza HR, Dehsorkh HN. Psychometric properties of the Persian version of the chronic pain acceptance questionnaire in patients with chronic pain in Isfahan, Tehran, and Yazd, Iran. *International Journal of Body, Mind and Culture* 2021; 8(1): 72-81.
27. Abedini M, Latifi Z, Soltanizadeh M. Effectiveness of ACT enriched with compassion in increasing resilience and self-efficacy of patients with spinal cord injury. *Journal of Research in Behavioural Sciences* 2020; 18(3): 310-19.
28. Trompetter HR, Bohlmeijer ET, Fox JP, Schreurs KM. Psychological flexibility and catastrophizing as associated change mechanisms during online Acceptance & Commitment Therapy for chronic pain. *Behaviour Research and Therapy* 2015; 74: 50-9.
29. Ramezanzadeh D, Manshaee G. The impact of acceptance and commitment therapy on pain catastrophizing: The case of hemodialysis patients in Iran. *International Journal of Educational and Psychological Researches* 2016; 2(2): 69.
30. Wetherell JL, Afari N, Rutledge T, Sorrell JT, Stoddard JA, Petkus AJ, Solomon BC, Lehman DH, Liu L, Lang AJ, Atkinson JH. A randomized, controlled trial of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy for chronic pain. *Pain*. 2011; 152(9): 2098-107.
31. Hughes LS, Clark J, Colclough JA, Dale E, McMillan D. Acceptance and commitment therapy (ACT) for chronic pain. *The Clinical Journal of Pain* 2017; 33(6): 552-68.
32. Taheri AA, Foroughi AA, Mohammadian Y, Ahmadi SM, Heshmati K, Hezarkhani LA, et al. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on pain acceptance and pain perception in patients with painful diabetic neuropathy: a randomized controlled trial. *Diabetes Therapy* 2020; 11: 1695-708.
33. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy* 2004; 35(4): 639-65.
34. Yu L, Norton S, McCracken LM. Change in "self-as-context" ("perspective-taking") occurs in acceptance and commitment therapy for people with chronic pain and is associated with improved functioning. *J Pain* 2017; 18(6): 664-72.
35. Mirmoeini P, Bayazi MH, Khalatbari J. Comparing the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Compassion Focused Therapy on worry severity and loneliness among the patients with Multiple Sclerosis. *Internal Medicine Today* 2021; 27(4): 534-49.

The Effectiveness of Compassion-Focused Acceptance and Commitment Therapy on Pain Acceptance and Catastrophizing of People with Multiple Sclerosis

Jahangiri F¹, Karimi J^{2*}, Roozbahani M³, Razani M¹

¹Department of Psychology, Borujerd Branch, Islamic Azad University, Borujerd, Iran, ²Department of Psychology, School of Literature and Humanity Science, The University of Malayer, Malayer, Iran, ³Department of Motor Behavior, Borujerd Branch, Islamic Azad University, Borujerd, Iran.

Received: 08 Oct 2023 Accepted: 28 Nov 2023

Abstract

Background & aim: Multiple sclerosis (MS) is a progressive chronic disease that can have an effective role on the psychological status of these people due to physical disability and chronic pain. Considering the importance of this issue, the present study was conducted with the aim of investigating the effectiveness of compassion-focused acceptance and commitment therapy on catastrophizing and acceptance of pain in people with MS.

Methods: The statistical population of the present clinical-trial study included all MS patients of Borujerd, Iran, registered in the MS Association in 2022. Fifty participants voluntarily participated in the present research and were randomly divided into two groups; 25 people in each group. Treatment group sessions based on acceptance and commitment with a focus on compassion included 10 90-minute sessions that were held once a week for the intervention group; but the control group did not receive any intervention during this period. In the present study, Pain Catastrophizing Scale (PCS) and Chronic Pain Acceptance Questionnaire – Revised (CPAQ-R) were used. Data analysis was done in SPSS-24 statistical software using repeated measurement variance analysis.

Results: The results indicated that the intervention was significant over time on the variables of pain catastrophizing ($F=5.347$, $p=0.007$) and pain acceptance ($F=30.446$, $p=0.001$). In fact, the results of the Bonferroni test displayed that in the treatment group, there were changes between pre-test and post-test ($p=0.001$) and pre-test and follow-up ($p=0.001$) in the variables of pain catastrophizing and acceptance. There was a significant difference in pain, but no significant difference was observed between the post-test and the follow-up, which indicated the stability of the treatment effect over time. No significant difference was observed in the control group.

Conclusion: In general, it can be concluded that acceptance and commitment therapy with a focus on compassion had an effective role in reducing pain catastrophizing and increasing pain acceptance in MS patients.

Keywords: Compassion-focused acceptance and commitment therapy, Pain Catastrophizing, Pain Acceptance

***Corresponding Author:** Karimi J, Department of Psychology, School of Literature and Humanity Science, The University of Malayer, Malayer, Iran.

Email: j.karimi@malayeru.ac.ir

Please cite this article as follows: Jahangiri F, Karimi J, Roozbahani M, Razani M. The Effectiveness of Compassion-Focused Acceptance and Commitment Therapy on Pain Acceptance and Catastrophizing of People with Multiple Sclerosis. Armaghane-danesh 2024; 29(1): 1-16.