

Evaluation of the Effectiveness of the Acceptance and Commitment-Based Therapy on Hope, Happiness, and Chronic Pain in Girls Aged 20 to 50 Years With Physical Disabilities Living in Arsanjan City, Iran

* Aghili M¹, Badleh Shamushki M², Ghahraman Izadi Z³

Author Address

1. Assistant Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Iran;
2. Assistant Professor, School of Medicine, Gorgan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran;
3. Master of Psychology, Payame Noor University, Golestan, Iran.

*Corresponding author Email: Dr_aghili1398@yahoo.com

Received: 2021 April 20; Accepted: 2021 June 19

Abstract

Background & Objectives: Congenital defects and problems damage the mental and physical health of people. On the other hand, any type of disability, may lead to mental and behavioral crises. Ignoring these issues can cause many problems for people with disabilities. Considering the adverse consequences of physical disabilities in people, especially girls, the side effects of using drugs in psychiatry, and the huge costs of psychotherapy, it is of great importance to find a treatment with high and stable effectiveness that can be done indirectly on people with physical disabilities. This study aimed to investigate the effect of acceptance and commitment therapy on hope, happiness, and chronic pain in women aged 20 to 50 years with physical disabilities.

Methods: This quasi-experimental study was performed with a pretest-posttest design with a 1-month follow-up with a control group. The study population included all women with physical disabilities living in Arsanjan City, Iran, who were referred to the Welfare Department of Arsanjan, in 2020. The study sample included 30 women with physical disabilities who volunteered to participate in this study. The participants were randomly divided into two groups: experimental and control (each group with 15 persons). The inclusion criteria were as follows: women with physical disabilities aged 20–50 years, having a sufficient level of attention and appropriate oral-motor performance and the ability to cooperate with the therapist, having minimal reading and writing literacy, lacking any other disabilities (for example, blindness or deafness) in addition to physical-motor disabilities and genetic disorders (for example: Down syndrome). The exclusion criterion was the unwillingness to continue attending meetings and research. Data were collected using the Life Expectancy Scale (Snyder et al., 1991), Oxford Happiness Questionnaire (Argyle et al., 1989), and Pain Brief Inventory (Cleeland, 1991). The experimental group then received an operation treatment program for eight 60-min sessions. Nevertheless, the control group did not receive any training. To analyze the data, descriptive statistics indicators were used to describe demographic variables and research variables. Also, at the inferential level, we used t test to compare the averages of two independent groups, as well as analysis of variance with repeated measurements and the Bonferroni post hoc test using SPSS version 24 software. The significance level of statistical tests was considered 0.05.

Results: The results showed that the changes over time were significant for the variables of hope ($p=0.001$), happiness ($p=0.005$), and chronic pain ($p=0.001$). The difference between the experimental group and the control group was significant for the variables of hope ($p=0.016$), happiness ($p=0.001$), and chronic pain ($p=0.001$). In the experimental group, there were significant differences between the pretest and posttest stages ($p=0.008$) and between the pretest and follow-up stages ($p=0.015$) regarding the variable of hope. Also, there were significant differences between the pretest and posttest stages ($p=0.003$) and the pretest and follow-up ($p=0.009$) regarding the happiness variable. Finally, there were significant differences between the pretest and posttest stages ($p=0.039$) and between pretest and follow-up stages ($p=0.018$) in the chronic pain variable. However, there were no significant differences between the posttest and follow-up stages in the variables of hope ($p=0.490$), happiness ($p=0.414$), and chronic pain ($p=0.067$), which indicated the continuation of the effect of the intervention in the one-month follow-up stage.

Conclusion: According to the results, acceptance and commitment therapy is effective in increasing hope and happiness and reducing chronic pain in girls with physical disabilities and has a therapeutic effect. Therefore, this treatment can be used as a psychological intervention for women with physical disabilities.

Keywords: Acceptance and commitment treatment, Hope, Happiness, Chronic joint pain, Physical-Motor disability.

بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امیدواری، شادکامی و درد مزمن در دختران ۲۰ تا ۵۰ ساله دارای معلولیت جسمی - حرکتی شهرستان ارسنجان

* سیدمجتبی عقیلی^۱، محمدتقی بادله شמושکی^۲، زهرا قهرمان ایزدی^۳

توضیحات نویسندگان

۱. استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام‌نور، ایران؛
 ۲. استادیار دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گرگان، گرگان، ایران؛
 ۳. کارشناس ارشد روان‌شناسی دانشگاه پیام‌نور، گلستان، ایران.
 *رایانامه نویسنده مسئول: Dr_aghili1398@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۳۱ فروردین ۱۴۰۰؛ تاریخ پذیرش: ۲۹ خرداد ۱۴۰۰

چکیده

زمینه و هدف: وجود نقص عضو، بهداشت روانی و جسمانی افراد را با بحران مواجه کرده است؛ از این رو پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امیدواری و شادکامی و درد مزمن در دختران ۲۰ تا ۵۰ ساله دارای معلولیت جسمی - حرکتی انجام پذیرفت.

روش بررسی: این پژوهش با روش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و دوره پیگیری یک‌ماهه همراه با گروه گواه اجرا شد. جامعه آماری پژوهش را تمامی دختران دارای معلولیت جسمی - حرکتی شهرستان ارسنجان تشکیل دادند که در سال ۱۳۹۹ به اداره بهزیستی شهرستان ارسنجان مراجعه کردند. نمونه آماری سی دختر دارای معلولیت جسمی - حرکتی داوطلب شرکت در مطالعه بودند. شرکت‌کنندگان به‌طور تصادفی در گروه آزمایش و گروه گواه (هر گروه پانزده نفر) قرار گرفتند. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از مقیاس امید به زندگی (اشنایدر و همکاران، ۱۹۹۱)، پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد (آرگیل و همکاران، ۱۹۸۹) و پرسش‌نامه مختصر درد (کلیند، ۱۹۹۱) صورت گرفت. سپس صرفاً گروه آزمایش برنامه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را به مدت هشت جلسه شصت دقیقه‌ای دریافت کرد. تحلیل آماری با استفاده از آزمون تی برای مقایسه میانگین‌های دو گروه مستقل، آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در سطح معناداری ۰/۰۵ با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ انجام پذیرفت.

یافته‌ها: تغییرات در طول زمان برای متغیرهای امیدواری و درد مزمن ($p=0/001$) و شادکامی ($p=0/005$) معنادار بود. تفاوت گروه‌های آزمایش و گواه برای متغیرهای امیدواری ($p=0/016$) و شادکامی و درد مزمن ($p=0/001$) معنادار بود. در گروه آزمایش در سه متغیر مذکور، تفاوت معناداری بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون ($p<0/05$) و پیش‌آزمون و پیگیری ($p<0/05$) مشاهده شد؛ اما تفاوت معناداری بین پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای مذکور مشاهده نشد که نشان‌دهنده تداوم تأثیر مداخله در مرحله پیگیری بود ($p>0/05$).

نتیجه‌گیری: باتوجه به نتایج، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش امیدواری و شادکامی و کاهش درد مزمن در دختران دارای معلولیت جسمی - حرکتی اثربخش است و اثر درمان ثبات و پایداری دارد.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، امیدواری، شادکامی، درد مزمن، معلولیت جسمی - حرکتی.

اضطراب و افزایش شادکامی بیماران مؤثر است (۹).

علاوه بر آن، انجمن بین‌المللی مطالعات درد^{۱۲}، درد را احساس و تجربه‌ای هیجانی ناخوشایند در نظر گرفته که با آسیب بافتی واقعی یا بالقوه در ارتباط است (به نقل از ۱۰). درد، تجربه‌ای پریشان‌کننده در رابطه با آسیب واقعی یا بالقوه است که شامل مؤلفه‌های حسی^{۱۳}، هیجانی^{۱۴}، شناختی^{۱۵} و اجتماعی^{۱۶} می‌شود (۱۰). انجمن بین‌المللی مطالعات درد، درد مزمن را به‌منزله درد بدون ارزش زیستی مشخص تعریف می‌کند که پس از گذشت زمان طبیعی لازم برای بهبودی، همچنان باقی می‌ماند (معمولاً بین سه تا شش ماه) (به نقل از ۱۱). در دردهای غیرسرطانی، سه ماه، به‌عنوان نقطه برش برای تفکیک درد حاد از درد مزمن^{۱۷} به‌شمار می‌رود؛ هرچند که برای اهداف پژوهشی، بهتر است درد بیش از شش ماه مدنظر قرار گیرد (۱۱)؛ بنابراین، درد مزمن اغلب با توجه به مدت آن تعریف می‌شود. دردی که بین سه تا شش ماه یا بیشتر به طول انجامد، درد مزمن در نظر گرفته می‌شود (۱۲). درد مزمن معمولاً پاتولوژی^{۱۸} مشخصی دارد، باعث ایجاد تغییراتی در سراسر سیستم عصبی شده و اغلب با گذشت زمان بدتر می‌شود. این درد ممکن است بنا به دلایل زیادی از جمله استئوآرتریت^{۱۹} و درد پس از عمل و بیماری‌های مزمن همچون دیابت^{۲۰} ایجاد شود (۱۳).

صدری دمیچی و رضوانی آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی را بر شادکامی و انعطاف‌پذیری شناختی مردان دارای معلولیت جسمی- حرکتی بررسی کردند. نتایج افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و شادکامی را برای همه شرکت‌کنندگان در پایان درمان نشان داد (۱۴) که همسو با یافته‌های مطالعات محمدی و همکاران (۹) و رودریگز (۱۳) است. حال با توجه به تلاش شیوه‌های جدید درمانی نظیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ضرورت این پژوهش برای پژوهشگران احساس شد. با توجه به مطالب مذکور، افراد دارای معلولیت جسمی- حرکتی از لحاظ روحی و روانی و شرایط خاص جسمی در وضعیت مطلوبی به‌سر نمی‌برند. همگام با گسترش پژوهش‌ها در این زمینه، سازه جدید با عنوان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در روان‌شناسی مطرح شده است. در این درمان، بیمار شش فرایند تأثیرگذار بر ذخیره رفتاری مشکل‌ساز را تشخیص می‌دهد: هم‌جوشی^{۲۱}؛ اجتناب تجربه‌ای^{۲۲}؛ خودآگاهی^{۲۳} ضعیف؛ چسبیدن به خود مفهوم‌پردازی شده؛ بی‌فعالیتی مداوم و

وجود نقص عضو و مشکلات مادرزادی، بهداشت روانی^۱ و جسمانی افراد را با اختلالات زیادی روبه‌رو کرده است. از سویی هنگامی که معلولیت^۲ از هر نوع و شکلی بروز پیدا می‌کند، ممکن است فرد را با بحران‌های روحی و رفتاری مواجه سازد. بی‌توجهی به این مسائل می‌تواند مشکلات زیادی را برای افراد دارای معلولیت به‌وجود آورد (۱). معلولیت از هر نوعی، واقعیتی انکارناپذیر است؛ همچنین پدیده‌ای اجتماعی در نظر گرفته می‌شود که از قرن‌های گذشته تاکنون در اکثر جوامع وجود داشته است (۲). واژه معلولیت از سوی سازمان بهداشت جهانی^۳ به‌منزله یک چتر بر آسیب‌ها و محدودیت کارکردی و مشارکتی در دسته‌بندی بین‌المللی ناتوانی در حوزه سلامت و کارکرد مطرح شده است (به نقل از ۲). لازم به ذکر است، امیدواری^۴ در تمام ابعاد زندگی ضرورت دارد و به‌هنگام بروز بیماری‌های صعب‌العلاج و مشکلات مختلف به‌عنوان یکی از سبک‌ها و منابع مقابله‌ای افراد در نظر گرفته می‌شود (۳). همچنین می‌تواند عاملی شفاف‌بخش، فعال، پر قدرت و چندبُعدی توصیف شود و به‌هنگام بروز مسائل و مشکلات خانوادگی نقش پررنگی در سازگاری داشته باشد (۴). سیدهییک و همکاران در تحقیقی دریافتند، سطوح بالای امید به زندگی^۵ با سلامت جسمانی و روان‌شناختی، خودارزشی^۶ زیاد، تفکر مثبت و روابط اجتماعی فوق‌العاده رابطه مستقیم دارد (۵). پژوهش‌های متعددی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در افزایش امید به زندگی تأیید کردند (۶). هاینتزلمن و همکاران معتقدند، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ارتقای کیفیت زندگی^۷ متمرکز است و بر کاهش علائم و نشانه‌ها تمرکز کمتری دارد (۷).

یکی از متغیرهای مرتبط با مشکلات افراد دارای معلولیت جسمی و حرکتی، برخورداری از حس شادی و شادکامی^۸ است. هیجان مثبت مربوط به آینده شامل خوش‌بینی، امیدواری، ایمان و اعتماد، هیجان مثبت مربوط به حال شامل شادی، شور، آرامش، اشتیاق، هیجان و لذت جاری بودن و هیجان مثبت مربوط به گذشته شامل رضایت، خشنودی، خرسندی، افتخار و آرامش می‌شود (۸). محمدی و همکاران در پژوهشی درباره اضطراب^۹ و شادکامی بیماران مبتلا به هموفیلی^{۱۰} دریافتند، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^{۱۱} در کاهش

13. Sensory

14. Emotional

15. Cognitive

16. Social

17. Chronic pain

18. Pathology

19. Osteoarthritis

20. Diabetes

21. Fusion

22. Experiential avoidance

23. Self-awareness

1. Mental Health

2. Disability

3. The World Health Organization

4. Hope

5. Life expectancy

6. Self-worth

7. Quality of life

8. Happiness

9. Anxiety

10. Hemophilia

11. Commitment and Acceptance Therapy (ACT)

12. International Society for Pain Studies

تکانشگری؛ ارزش‌هایی که به‌خوبی مشخص نشده است (۱۵).

او در اجرای فعالیت کمک کند. همچنین منظور از عملکرد دهانی حرکتی آن بود که نمونه‌های مطالعه‌شده می‌توانند تقلیدهای حرکتی دهانی ساده مانند زبان را اجرا کنند. معیار خروج افراد از مطالعه، تمایل نداشتن به ادامه حضور در جلسات و پژوهش در نظر گرفته شد. همه اصول اخلاقی در پژوهش رعایت شد؛ برای مثال شرکت‌کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند؛ همچنین از تمامی شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه برای شرکت در جلسات دریافت شد. برای جمع‌آوری داده‌ها پرسش‌نامه‌های استاندارد و جلسات آموزشی زیر به کار رفت.

– مقیاس امید به زندگی^۳: این مقیاس دوازده‌سؤالی توسط شنایدر و همکاران در سال ۱۹۹۱ برای سنین بیشتر از پانزده سال طراحی شد (۱۷). این مقیاس شامل دو خرده‌مقیاس راه و انگیزش می‌شود. سؤالات به‌صورت چهارگزینه‌ای و در پیوستار چهاردرجه‌ای (کاملاً غلط=یک و کاملاً درست=چهار) است. برای پاسخ‌دادن به هر پرسش، پیوستاری از کاملاً غلط تا کاملاً درست در نظر گرفته شده است. دامنه نمرات بین ۳ تا ۳۲ قرار دارد. چهار سؤال مربوط به خرده‌مقیاس عامل و چهار سؤال (۳، ۵، ۷، ۱۱) مربوط به خرده‌مقیاس گذرگاه است و چهار سؤال انحرافی بوده و نمره‌گذاری نمی‌شود. مجموع نمرات خرده‌مقیاس‌های عامل و گذرگاه، نمره کل امید را مشخص می‌کند. آزمودنی از بین پاسخ‌های کاملاً موافق، بسیار موافق، کمی موافق، کمی مخالف، مخالف، بسیار مخالف و کاملاً مخالف به ترتیب نمره‌های ۸، ۷، ۶، ۵، ۴، ۳، ۲ و ۱ می‌گیرد و در نهایت نمره امیدواری در محدوده ۸ تا ۶۸ است (۱۷). شواهد اولیه درباره اعتبار و پایایی این مقیاس توسط شنایدر و همکاران فراهم شد. آلفای کرونباخ آن بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ و پایایی بازآزمایی آن در یک دوره ده‌هفته‌ای ۰/۸۰ به‌دست آمد (۱۷). در پژوهش زاهد بابلان و همکاران روایی هم‌زمان برای کل مقیاس ۰/۸۷ و پایایی مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۹ بود (۱۸).

– پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد^۴: این پرسش‌نامه را آرگیل و همکاران در سال ۱۹۸۹ ساختند (۱۹). این ابزار ۲۹ سؤال دارد. پاسخ‌دهی به پرسش‌نامه به‌صورت طیف لیکرت چهارگزینه‌ای است که شامل رضایت از زندگی، حرمت خود، رضایت خاطر، خلق مثبت و بهزیستی فاعلی می‌شود و از صفر تا ۳ نمره می‌گیرد؛ بنابراین نمره هر آزمودنی از صفر تا ۸۷ در نوسان است. در هر سؤال فرد درباره احساس ناشادی تا احساس شادی بسیار زیاد خود قضاوت می‌کند. هنگام اجرا از آزمودنی خواسته می‌شود هر سؤال پرسش‌نامه را بخواند و سپس از بین گزینه‌های پاسخ، گزینه‌ای را علامت بزند که بهتر از همه احساس او را در روزهای اخیر مشخص می‌کند (۱۹). آرگیل و همکاران در مطالعه‌ای بین‌فرهنگی در دانشجویان، ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌نامه را ۰/۹۰ و پایایی بازآزمایی آن را پس از هفت هفته ۰/۷۸ به‌دست آورد (۱۹). در ایران نیز علی‌پور و نوربالا با بررسی روایی سازه براساس تشخیص سه جزء فرضی شادکامی، همبستگی پرسش‌نامه

تکانشگری؛ ارزش‌هایی که به‌خوبی مشخص نشده است (۱۵). افراد شاد به‌گونه‌ای متفاوت از افراد غمگین فکر می‌کنند. آن‌ها نگرش مثبت درباره مسائل دارند و دارای اهداف واقعی و زندگی هدفمند هستند. آنان می‌توانند بخش جذاب مسئله را مدنظر قرار دهند، خود را سرزنش نمی‌کنند و وقتی اتفاق بدی پیش می‌آید، اعتقاد دارند که قادر هستند این اتفاقات را کنترل کنند؛ این امر ممکن است برگرفته از قدرت شناختی افراد مذکور باشد؛ بنابراین با توجه به اینکه سطح امیدواری و شادکامی بر بهبود روند درمان درد مزمن تأثیر می‌گذارد، شناسایی روش‌هایی برای حل این مسئله بسیار راهگشا است (۹)؛ از این رو با توجه به پیامدهای نامطلوب معلولیت جسمی- حرکتی در افراد به‌خصوص دختران و اثرات جانبی استفاده از دارو در روان‌پزشکی و هزینه‌های هنگفت روان‌درمانی، یافتن درمانی با اثربخشی زیاد و پایدار که به‌طور غیرمستقیم بر افراد دارای معلولیت جسمی- حرکتی انجام پذیرد، از اهمیت زیادی برخوردار است؛ بنابراین با توجه به مطالب گفته‌شده، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امیدواری و شادکامی و درد مزمن در دختران مجرد دارای معلولیت جسمی- حرکتی شهرستان ارسنجان انجام شد.

۲ روش بررسی

این پژوهش از نوع مطالعات نیمه‌آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری به‌همراه گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی دختران دارای معلولیت جسمی- حرکتی شهر ارسنجان تشکیل دادند که در سال ۱۳۹۹ به اداره بهزیستی شهر ارسنجان مراجعه کردند. در این پژوهش سی دختر دارای معلولیت جسمی- حرکتی، براساس معیارهای تشخیصی نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۲ از طریق مصاحبه بالینی توسط روان‌پزشک متخصص و دارای معیارهای ورود، به‌صورت داوطلبانه وارد مطالعه شدند. سپس به‌طور تصادفی در گروه آزمایش و گروه گواه (هر گروه پانزده نفر) قرار گرفتند. حجم نمونه بر اساس حداقل حجم نمونه در مطالعات نیمه‌آزمایشی تعیین شد (۱۶). با توجه به بیماری کرونا و دسترسی نداشتن به موقع به جامعه نمونه، لیکر پرسش‌نامه‌ها از طریق فضای مجازی ساخته شد و در مرحله پیش‌آزمون در اختیار هر دو گروه قرار گرفت و بعد از مدت‌زمان معینی پرسش‌نامه‌ها جمع‌آوری شد. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به پژوهش عبارت بود از: دختران دارای معلولیت جسمی- حرکتی با رده سنی ۲۰ تا ۵۰ سال، برخوردار از سطح توجه کافی و عملکرد دهانی حرکتی مناسب و توانایی همکاری با درمانگر، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، نداشتن هیچ معلولیت دیگر (برای مثال، نابینایی یا ناشنوایی) به‌غیر از معلولیت جسمی حرکتی و اختلالات ژنتیکی (برای مثال، سندرم داون) بود. این معیارها از طریق مشاهده و مصاحبه و پرونده پزشکی محرز شد. منظور از سطح توجه لازم آن بود که نمونه مطالعه‌شده می‌تواند توجهش را بین افراد و فعالیت جابه‌جا کند و راهنمایی‌های کلامی درمانگر می‌تواند به

3. Life Expectancy Scale

4. Oxford Happiness Questionnaire

1. Impulsivity

2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)

با کارکردهای عمومی اشخاص می‌سنجد (بُعد واکنشی) از هفت سؤال تشکیل شده است (۲۲). کلیند برای تعیین روایی این پرسش‌نامه از نمره سؤال ملاک استفاده کرد. به این ترتیب که نمره کل پرسش‌نامه با نمره سؤال ملاک همبسته شد و مشخص گردید که بین این دو رابطه مثبت معناداری وجود دارد و روایی سازه پرسش‌نامه را ۰/۸۰ گزارش کرد (۲۱). اتکینوسن و همکاران برای تعیین پایایی پرسش‌نامه از دو روش آلفای کرونباخ و تصنیف استفاده کردند که ضرایب آن برای ابعاد شدت و واکنش به ترتیب ۹۰ درصد و ۸۹ درصد بود (۲۳). وکیل‌زاده و نخعی پایایی و روایی این پرسش‌نامه را روی بیماران مبتلا به سرطان ارزیابی کردند. آنان پایایی پرسش‌نامه را از روش آلفای کرونباخ برای بخش شدت و واکنش به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۹ به دست آوردند. همچنین روایی سازه پرسش‌نامه را از طریق شاخص کفایت نمونه KMO ۰/۸۷ گزارش کردند (۲۴).

شادکامی آکسفورد را با مقیاس تعادل عاطفه برادبورن^۱ ۰/۳۲، همبستگی با مقیاس رضایت از زندگی آرگیل^۲ ۰/۵۷ و همبستگی با سیاهه افسردگی بک^۳ ۰/۵۲ - به دست آوردند. همچنین پایایی به روش دونیمه‌کردن را ۰/۹۲ و پایایی به روش بازآزمایی پس از سه هفته را ۰/۷۹ گزارش کردند (۲۰).

- پرسش‌نامه مختصر درد^۴: این پرسش‌نامه توسط کلیند در سال ۱۹۹۱ برای اندازه‌گیری شدت درد مزمن در بیماران سرطانی و دیگر بیماران بالینی دچار درد مزمن طراحی شد. پرسش‌نامه از دو بخش اصلی سنجش شدت درد و میزان تداخل در امور روزمره و سؤالات زمینه‌ای تشکیل شده است (۲۱). بخش حسی شامل چهار سؤال است که شدت درد اخیر، حداقل درد، بدترین درد و متوسط درد طی هفته گذشته را اندازه‌گیری می‌کند. نمره‌گذاری این سؤال از صفر (وجودداشتن درد) تا ۱۰ (تصورنشدن) است. هرچه نمره بیشتر باشد، شدت بیشتر درد را نشان می‌دهد. بخشی که میزان تداخل درد را

جدول ۱. مراحل اجرای برنامه آموزشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	محتوای جلسات آموزشی
اول	بیان هدف، معرفی درماندگی خلاق، درک اضطراب از دیدگاه اکت، استعاره گودال، معرفی سیستم ناکارآمدی گذشته، حرکت به سمت اینکه کنترل راه‌حل مسئله نیست (بلکه خود مسئله است). تکلیف: ثبت تجربه‌های روزانه.
دوم	هدف: افزایش تعامل درمان‌جو در فعالیت‌های ایجادکننده حس مهارت یا لذت در آن‌ها. تمرینات حمایتی: تقاضا از اعضا درباره گفت‌وگو در زمینه اضطراب‌هایشان، کنترل به صورت یک مشکل (کنترل رویدادهای درونی)، استعاره دروغ‌سنج، استعاره ژله شیرینی (دونات ژله‌ای)، استعاره تقلا در جنگ با هیولا، منطق فعال‌سازی رفتاری، تنظیم اولیه هدف رفتاری. تکلیف: یادداشت روزانه تمایل.
سوم	هدف: استعاره به فیل صورتی فکر نکن و معرفی تمایل به تجربه اضطراب به این عنوان که جایگزینی برای کنترل است. تمرینات حمایتی: تمرین فرونشانی (چشم‌ها را ببند و به موضوع مشخصی فکر نکن)، درجه موفقیت ظاهری در کنترل احساسات، برنامه‌نویسی از رویدادهای درونی، تمرین اعداد، تمرین تمایل داشتن به جای اجتناب کردن، استعاره جعبه پر از مسائل. تکلیف: ناراحتی پاک در مقابل ناراحتی ناپاک.
چهارم	هدف: معرفی مفهوم گسلش از افکار و احساسات اضطراب. تمرینات حمایتی: تمرین ذهن شما دوست شما نیست و نمی‌تواند بدون آن کار انجام دهد، تمرین شیر، شیر، مسافران اتوبوس، شناسایی هدف ساده رفتار نیازمند تمایل و گسلش، شناسایی ارزش‌ها. تکلیف: تمرین ذهن آگاهی، برگه راهنمای ذهن آگاهی چیست، شناسایی عملکرد رفتاری تعیین شده.
پنجم	هدف: معرفی تمایز خود مفهوم‌سازی شده در برابر خود مشاهده‌گر. تمرینات حمایتی: تمرین قیطیت روان، قیاس تخته شطرنج، تمرین مشاهده‌گر. تکلیف: استدلال به عنوان علت‌ها، ادامه تمرین ذهن آگاهی، تمرین عینیت بخشیدن. هدف: نشان دادن اهمیت ارزش‌ها.
ششم	تمرینات حمایتی: مقدمه‌ای بر ارزش‌ها، ارزش به عنوان رفتار در مقابل ارزش به عنوان احساسات، مثال رفتن به شمال، انتخاب ارزش‌ها: انتخاب‌ها در برابر قضاوت‌ها/تصمیم‌ها. شناسایی ارزش‌ها: تمرین استعاره مراسم دفن/تمرین سنگ قبر. تکلیف: دستورعمل مسیر مبتنی بر ارزش‌ها، اقدام برای شناسایی ارزش‌های تعیین شده.
هفتم	هدف: کاهش دلیل‌یابی و جلوگیری از افتادن در دام تله‌های کلامی. تمرینات حمایتی: آموزش به اعضا برای جایگزین کردن واژه «و» به جای اما و چون، استعاره مهمانان ناخواسته، توضیح راه‌های برخورد با این همسایه مزاحم، ماهیت همه یا هیچ (تمرین جهش). تکلیف: فعال‌سازی رفتاری (تعهد دستیابی به اهداف کوچک‌تر تعیین شده).
هشتم	هدف: آموزش به اعضا در زمینه درمان‌گر بودن برای خود، پرداختن به نگرانی‌های اعضا درباره خاتمه درمان و منعکس کردن پیشرفت حاصل. راهبردهای ممکن: شناسایی موانع، عمل متعهدانه بر اساس الگوریتم اکت، ثبت اهداف افراد (به عنوان مثال در یک ماه، شش ماه، یک سال)، استعاره دو کوه، بحث و گفت‌وگو و اصلاح برنامه بعد از درمان.

- برنامه آموزشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هفته‌ای یک جلسه (در مجموع هشت جلسه) برگزار شد و زمان هر جلسه شصت دقیقه بود. شرکت‌کنندگان گروه

- برنامه آموزشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: مدت‌زمان اجرای پژوهش شش ماه طول کشید؛ به این صورت که برنامه آموزشی درمان

4. Pain Brief Inventory

5. Kaiser-Meyer-Olkin

1. Bradburn Affect Balance Scale

2. Argyle's Life Satisfaction Scale

3. Beck Depression Inventory

دکتری روان‌شناسی دانشگاه پیام‌نور شیراز به تأیید رسید و سپس در این پژوهش به‌کار رفت. این روش درمانی شش فرایند محوری دارد و باعث انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شود. این شش فرایند عبارت است از: پذیرش؛ جداسازی یا گسلس شناختی^۱؛ خود به‌عنوان زمینه؛ آگاهی از زمان حال؛ روشن‌سازی ارزش‌ها؛ تعهد به عمل. فورمن متوسط اندازه اثر این روش مداخله‌ای را ۵۳ درصد گزارش کرد (۲۶). در این راستا در مطالعه دیگری که توسط کلارک و همکاران انجام پذیرفت، متوسط میزان اندازه اثر ۶۸/۲ درصد و روایی درونی پذیرفتنی (ضریب کاپا ۶۲ درصد) گزارش شد (۲۷). مراحل و محتوای جلسات در جدول ۱ ارائه شده است (۲۵). به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها، شاخص‌های آمار توصیفی برای توصیف متغیرهای جمعیت‌شناختی و متغیرهای پژوهش به‌کار رفت؛ همچنین در سطح استنباطی، از آزمون تی برای مقایسه میانگین‌های دو گروه مستقل، آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. برای بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر از آزمون‌های کولموگوروف-اسمیرنوف، لون و کرویت موچلی به‌کمک نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد. سطح معناداری آزمون‌های آماری ۰/۰۵ بود.

۳ یافته‌ها

در این پژوهش در مجموع سی آزمودنی (پانزده نفر گروه آزمایش و پانزده نفر گروه گواه) شرکت کردند. توزیع سن و سطح تحصیلات براساس جدول‌های ۲ و ۳ است.

آزمایش و گروه گواه، سه بار در زمان و موقعیت یکسان پرسش‌نامه‌های پژوهش را تکمیل کردند: اندازه‌گیری اول قبل از شروع درمان با اجرای پیش‌آزمون و اندازه‌گیری دوم بعد از انجام آخرین جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با اجرای پس‌آزمون و اندازه‌گیری سوم به‌منظور پیگیری شش هفته بعد از درمان، ارزیابی تعقیبی بود. محتوای جدول ۱ که هشت جلسه را نشان می‌دهد، مراحل و هدف‌های برنامه آموزشی است که به نظم و ترتیب و توالی تقدم و تأخر برنامه آموزشی اشاره دارد و در ادامه مطابق با فعالیت گام‌به‌گام برای هر فرد پیش می‌رود. هر جلسه یک فعالیت آموزشی را دنبال کرد و در جلسه آخر ارزیابی نهایی و به‌عبارت‌دیگر پس‌آزمون و تشکر و اعلام پایان جلسات انجام گرفت. در گروه آزمایش آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اجرا شد؛ درحالی‌که گروه گواه از دریافت این برنامه آموزشی بی‌بهره بود و برنامه همیشگی خود را دنبال کرد.

لازم به ذکر است، به‌منظور رعایت اخلاق در پژوهش، علاوه بر توضیح کامل فرایند پژوهش درباره شرکت آگاهانه افراد در این پژوهش برای هر دو گروه آزمایش و گواه، به گروه گواه اطمینان داده شد که پس از انجام پژوهش، آن‌ها نیز این پروتکل درمانی را دریافت خواهند کرد. با مرور پژوهش‌های موجود در این زمینه سعی شد متغیرهایی انتخاب شود که علاوه بر لازم بودن، قابلیت مداخله را داشته باشند. سپس برنامه براساس ویژگی‌های شرکت‌کنندگان دارای معلولیت جسمی-حرکتی متناسب‌سازی و تدوین شد. برنامه آموزشی برای انجام مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در یک بسته آموزشی برگرفته از کتاب درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نوشته یزدی و عابدی، تهیه شد (۲۵). روایی محتوایی این بسته آموزشی در پژوهش حاضر توسط پنج تن از اساتید

جدول ۲. توزیع گروه‌های سنی شرکت‌کنندگان

متغیر	گروه آزمایش		گروه گواه	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
گروه سنی	۸	۴۰	۷	۴۶/۷
	۴	۳۳/۴	۵	۳۳/۳
	۳	۲۶/۶	۳	۲۰

جدول ۳. توزیع سطح تحصیلات شرکت‌کنندگان

متغیر	گروه آزمایش		گروه گواه	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
سطح تحصیلات	۱۰	۶۰	۷	۴۶/۷
	۳	۲۶/۶	۵	۳۳/۳
	۲	۱۳/۳	۳	۲۰

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار متغیرهای امیدواری و شادکامی و درد مزمن در دو گروه آزمایش و گواه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین انحراف معیار	میانگین انحراف معیار	میانگین انحراف معیار	میانگین انحراف معیار
امیدواری	آزمایش	۱۲/۶۴	۷	۲۷/۶۷	۵
	گواه	۱۱/۶۴	۷/۳۲	۱۱/۹۳	۷/۴۰
شادکامی	آزمایش	۲۴/۱۸	۶/۱۰	۳۵/۲۷	۴/۳۵
	گواه	۲۰/۲۷	۸/۲۰	۱۹/۱۳	۸
درد مزمن	آزمایش	۳۳/۴۳	۷/۱۶	۲۶/۳۷	۵/۲۷
	گواه	۳۱/۲۵	۷/۰۳	۳۱/۳۹	۷/۰۴

^۱. Cognitive fault

باتوجه به جدول‌های ۲ و ۳ و نتایج آزمون تی برای مقایسه میانگین‌های دو گروه مستقل، آزمون‌های دو گروه از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی سن ($p=0/432$) و سطح تحصیلات ($p=0/085$) قبل از ارائه برنامه مداخله‌ای همسان بودند و تفاوت معناداری نداشتند. جدول ۴ میانگین و انحراف معیار نمره‌های امیدواری و شادکامی و درد مزمن را در دختران دارای معلولیت جسمی-حرکتی در سه مرحله ارزیابی و در دو گروه نشان می‌دهد. براساس جدول ۴، در گروه آزمایش، میانگین نمره‌های متغیرهای امیدواری و شادکامی در موقعیت‌های پس‌آزمون و پیگیری افزایش چشمگیر و میانگین نمره‌های متغیر درد مزمن کاهش چشمگیر یافت؛ اما در گروه گواه تغییر چشمگیری مشاهده نشد. معناداری تفاوت گروه‌ها باتوجه به نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری به وسیله آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بررسی شد؛ اما قبل از آن پیش‌فرض‌های استفاده از این آزمون بررسی شد. برای بررسی نرمال بودن نمرات از آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده شد. نتایج نشان داد، توزیع داده‌های متغیر امیدواری در پیش‌آزمون

($p=0/630$) و پس‌آزمون ($p=0/378$) و پیگیری ($p=0/402$) معنادار نبود؛ همچنین توزیع داده‌های متغیر شادکامی در پیش‌آزمون ($p=0/951$) و پس‌آزمون ($p=0/953$) و پیگیری ($p=0/998$) معنادار نبود؛ به‌علاوه توزیع داده‌های متغیر درد مزمن در پیش‌آزمون ($p=0/819$) و پس‌آزمون ($p=0/916$) و پیگیری ($p=0/528$) معنادار نبود. براساس آزمون لون، تفاوت معناداری بین واریانس‌های دو گروه در سه متغیر وابسته پژوهش وجود نداشت و واریانس‌ها همگن بود ($p>0/05$). به‌منظور بررسی مفروضه کرویت، نتایج آزمون موچلی بررسی شد که نتایج آن رعایت‌نشدن این مفروضه را نشان داد ($W=0/701, p<0/05$) (موچلی امیدواری)، ($W=0/530, p<0/05$) (موچلی شادکامی)، ($W=0/98, p<0/05$) (موچلی درد مزمن)؛ بنابراین آزمون گرین‌هاوس‌گیزر به‌منظور بررسی نتایج آزمون تک‌متغیره برای اثرات درون‌گروهی و اثرات متقابل به‌کار رفت. در جدول ۵ نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نمره‌های امیدواری و شادکامی و درد مزمن گزارش شده است.

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تأثیر زمان و گروه بر امیدواری و شادکامی و درد مزمن

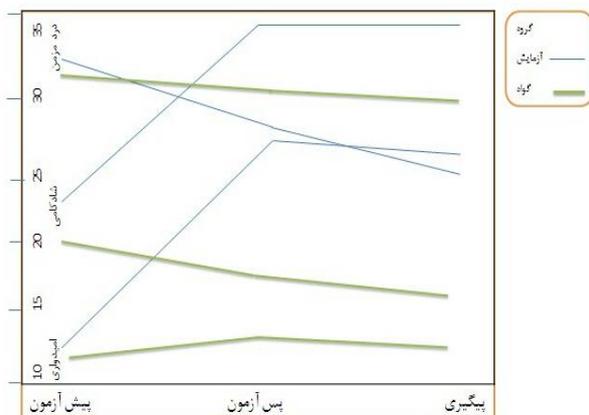
متغیر	منبع	درجه آزادی	F	مقدار p	اندازه اثر	توان آماری
امیدواری	گروه	۱	۸/۸۳*	۰/۰۱۶	۰/۲۴	۰/۸۱
	خطا	۲۸				
	زمان	۲	۳۸/۵۸*	۰/۰۰۱	۰/۵۸	۱
	خطا	۵۶				
	اثر متقابل گروه با زمان	۲	۴۵/۲۹*	۰/۰۰۵	۰/۶۲	۱
	گروه	۱	۲۹/۰۲*	۰/۰۰۱	۰/۵۱	۰/۹۹۹
شادکامی	خطا	۲۸				
	زمان	۲	۱۹۷/۱۷*	۰/۰۰۵	۰/۸۸	۱
	خطا	۵۶				
	اثر متقابل گروه با زمان	۲	۱۹۹/۳۷*	۰/۰۰۲	۰/۸۸	۱
	گروه	۱	۲۶۷/۳*	۰/۰۰۱	۰/۴۸	۰/۹۹۹
	خطا	۲۸				
درد مزمن	زمان	۲	۱۶۷/۲۹*	۰/۰۰۱	۰/۸۶	۱
	خطا	۵۶				
	اثر متقابل گروه با زمان	۲	۱۴۴/۲۷*	۰/۰۰۱	۰/۸۴	۱
	گروه	۱				
	خطا	۲۸				
	خطا	۵۶				

ناشی از اثرات زمان بود. درنهایت اینکه ۸۸ درصد از تغییرهای متغیر شادکامی، ناشی از اثر متقابل زمان و گروه بود؛ به این معنا که تغییرات در زمان و نیز در گروه‌ها رخ داد و این تغییرات به‌صورت مشترک، معنادار شد. در متغیر درد مزمن اندازه اثر اصلی گروه ۰/۴۸ بود که نشان داد ۴۸ درصد از تغییرهای متغیر درد مزمن، ناشی از تغییرات گروهی و ۸۶ درصد از تغییرهای این متغیر، ناشی از اثرات زمان بود. درنهایت اینکه ۸۴ درصد از تغییرهای متغیر درد مزمن، ناشی از اثر متقابل زمان و گروه بود؛ به این معنا که تغییرات در زمان و نیز در گروه‌ها رخ داد و این تغییرات به‌صورت مشترک، معنادار شد. نمودار ۱ نتایج تحقیق را به‌شکل نمودار در سه مرحله ارزیابی نشان می‌دهد. براساس نتایج نمودار ۱، میانگین نمرات پیش‌آزمون متغیرهای امیدواری و شادکامی در گروه آزمایش در مقایسه با پس‌آزمون افزایش پیدا کرد؛ همچنین نمره پیش‌آزمون گروه آزمایش در متغیر درد مزمن

براساس نتایج جدول ۵، تغییرات به‌وجودآمده در طول زمان برای متغیرهای امیدواری ($p=0/001$) و شادکامی ($p=0/005$) و درد مزمن ($p=0/001$) معنادار بود. تفاوت گروه آزمایش با گروه گواه برای متغیرهای امیدواری ($p=0/016$) و شادکامی ($p=0/001$) و درد مزمن ($p=0/001$) معنادار بود.

در متغیر امیدواری اندازه اثر اصلی گروه ۰/۲۴ بود که نشان داد ۲۴ درصد از تغییرهای متغیر امیدواری، ناشی از تغییرات گروهی و ۵۸ درصد از تغییرهای این متغیر، ناشی از اثرات زمان بود؛ درنهایت اینکه ۶۲ درصد از تغییرات متغیر امیدواری، ناشی از اثر متقابل زمان و گروه بود؛ به این معنا که تغییرات در زمان و نیز در گروه‌ها رخ داد و این تغییرات به‌صورت مشترک، معنادار شد. در متغیر شادکامی اندازه اثر اصلی گروه ۰/۵۱ بود که مشخص کرد ۵۱ درصد از تغییرهای متغیر شادکامی، ناشی از تغییرات گروهی و ۸۸ درصد از تغییرهای این متغیر،

درمقایسه با پس‌آزمون کاهش یافت و این تغییرات در مرحله پیگیری نیز ثابت داشت.



نمودار ۱. پروفایل مربوط به تغییرات اثر متقابل گروه و زمان در متغیرهای امیدواری و شادکامی و درد مزمن

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی درباره مقایسه زوجی مراحل آزمون متغیرهای امیدواری و شادکامی و درد مزمن

متغیر	زمان	اختلاف میانگین	انحراف معیار	مقدار <i>p</i>
امیدواری	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	*-۰/۴۳۲	۰/۱۳۹	۰/۰۰۸
	پیش‌آزمون-پیگیری	*-۰/۲۳۷	۰/۰۸۱	۰/۰۱۵
	پس‌آزمون-پیگیری	*۰/۱۹۵	۰/۱۲۸	۰/۴۹۰
شادکامی	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	*-۶/۹۵۰	۰/۶۷۹	۰/۰۰۳
	پیش‌آزمون-پیگیری	*-۳/۷۵۰	۰/۴۴۴	۰/۰۰۹
	پس‌آزمون-پیگیری	*۳/۲۰۰	۰/۴۶۳	۰/۴۱۴
درد مزمن	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	*-۳/۴۵۰	۰/۵۷۰	۰/۰۳۹
	پیش‌آزمون-پیگیری	*-۱/۵۱۷	۰/۳۹۰	۰/۰۱۸
	پس‌آزمون-پیگیری	*۱/۹۳۳	۰/۴۳۸	۰/۰۶۷

ایجاد زندگی ارزشمند متمرکز شوند و افکار، احساس‌ها، خاطره‌ها و احساس‌های بدنی خود را بدون قضاوت و نیاز به دفاع در برابر آن‌ها بپذیرند (۲۸). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق گسلش شناختی به دنبال آن است که به دختران دارای معلولیت کمک کند تا به‌طور انعطاف‌ناپذیر تسلیم افکار و قوانین ذهنی خود نباشند و به‌جای آن، شیوه‌هایی برای تعامل مؤثر با دنیا بیابند (۲۸).

همچنین در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به افراد نوع دیگری از خود به نام خود به‌عنوان زمینه یا حس متعالی از خود را به افراد دارای معلولیت جسمی-حرکتی معرفی می‌کند و منظور، معنا و حسی از خود به‌صورت زمینه‌ای است که در آن رویدادهای درونی مثل افکار، احساس‌ها، خاطره‌ها و احساس‌های بدنی رخ می‌دهد (۲۹). علاوه بر آن، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مشاهده و توصیف را بدون قضاوت تجربه‌ها در زمان حال تشویق می‌کند و این تجربه‌ها به مراجعان کمک می‌کند تغییرات دنیا را به‌طور واقعی تجربه کنند، نه آن‌گونه که ذهن آن‌ها را می‌سازد؛ پس برای هر فرد، ارزش‌ها حوزه‌هایی مهم از زندگی هستند و مراجع ارزش‌ها، هدف‌ها و رفتاری خاص مربوط به حوزه‌های مهم زندگی خود را تعریف کرده و موانع احتمالی در تحقق آن‌ها را شناسایی می‌کند و تشویق می‌شود تا برای تغییر رفتارشان متعهد شود (۲۹)؛ در نتیجه، این عوامل می‌تواند از طریق بهبود سلامت بدنی نقش مؤثری در افزایش امیدواری یا امید به زندگی دختران دارای معلولیت جسمی داشته باشد.

باتوجه به جدول ۶ باید گفت، یافته‌های آزمون تعقیبی بونفرونی در گروه آزمایش حاکی از تفاوت معنادار بین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون ($p=۰/۰۰۸$) و بین مراحل پیش‌آزمون و پیگیری ($p=۰/۰۱۵$) در متغیر امیدواری، تفاوت معنادار بین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون ($p=۰/۰۰۳$) و بین مراحل پیش‌آزمون و پیگیری ($p=۰/۰۰۹$) در متغیر شادکامی و همچنین تفاوت معنادار بین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون ($p=۰/۰۳۹$) و بین مراحل پیش‌آزمون و پیگیری ($p=۰/۰۱۸$) در متغیر درد مزمن بود؛ اما تفاوت معناداری بین مراحل پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای امیدواری ($p=۰/۴۹۰$) و شادکامی ($p=۰/۴۱۴$) و درد مزمن ($p=۰/۰۶۷$) مشاهده نشد که نشان‌دهنده تداوم تأثیر مداخله در مرحله پیگیری یک‌ماهه بود.

۴ بحث

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امیدواری و شادکامی و درد مزمن دختران دارای معلولیت جسمی-حرکتی انجام شد. یافته‌ها حاکی از آن بود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش امیدواری و شادکامی و کاهش درد مزمن دختران دارای معلولیت جسمی-حرکتی مؤثر بود. یافته‌های این مطالعه با پژوهش تدادی اجیرلو و صدری در بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود افسردگی و امید به زندگی و شادکامی بیماران دیالیز، هماهنگی دارد. آن‌ها تبیین کردند، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به بیماران همودیالیز آموزش می‌دهد تا به‌جای تغییر و کاهش نشانه‌ها بر

و آنان با استفاده از پذیرش و راهبردهای توجه‌آگاهی همراه با تعهد و راهبردهای تغییر رفتار، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را در خود افزایش دهند که این فرایند می‌تواند در افزایش شادکامی آن‌ها تأثیر مثبت داشته باشد. در نهایت درمان مذکور از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، میزان عملکرد، دردهای مفصلی مزمن و کیفیت زندگی فرد را ارتقا می‌بخشد (۳۲).

همچنین در تبیین همسویی یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج پژوهش مسلم‌خانی و همکاران در بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش شادکامی و امیدواری بیماران زن مبتلا به ام‌اس (۳۳) می‌توان گفت، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قادر است سطح شادکامی را در فرد افزایش دهد که با مسائل و مشکلات با دیدی واقع‌بینانه برخورد کند و به‌جای گوشه‌گیری، انزوا و تنهایی به پذیرش احساسات و افکار ناشی از وقایع بپردازد و خود را با شرایط به‌وجودآمده منطبق سازد که این امر زمینه‌ساز شادی و نشاط خواهد بود. این درمان سبب می‌شود، فرد به‌جای جدال و کشمکش با افکار منفی خود، راهکاری مثبت و سازنده در زندگی خویش در پیش گیرد. چنین راهکاری، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را در زندگی افزایش می‌دهد و همین امر زمینه‌ساز افزایش سطح شادکامی در زندگی می‌شود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمانی است که بر مبنای پذیرش و تمایل به تجربه‌کردن افکار و احساسات و راهکاری برای ارتقای سطح انعطاف‌پذیری در جهت همسویی با شرایط فعلی به مراجع یاری می‌رساند؛ همچنین در فرد تعهد و پایبندی به ارزش‌ها و هدف‌ها را شکل می‌دهد که در نهایت وی با تغییر ارزش‌های زندگی سطح انگیزه و شادی را در خود ارتقا می‌بخشد (۳۳). این درمان فرد را به حرکت در جهت ارزش‌ها و تمایل به تجربه‌کردن افکار و احساسات ناخوشایند ناشی از شرایط و مشکلات زندگی خود متعهد می‌کند و فرد به‌جای دوری و فرار از واقعیت، به مشاهده احساسات و افکار می‌پردازد و تمایل به تجربه‌کردن آن‌ها افزایش می‌یابد. همچنین با کمک و برخورداری از حمایت‌های دیگران، میزان توان خود را برای افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی افزایش می‌دهد. از سوی دیگر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به فرد این امکان را می‌دهد که با راهکارهای دیگری برای تمایل افکار و احساسات ناخوشایند آشنا شود و در جهت قطب‌نمای ارزش‌هایش حرکت کند و به ارزیابی مجدد و دوباره‌ای از زندگی خود بپردازد؛ به‌طور قطع چنین ارزیابی و نگرشی می‌تواند شادی و نشاط را برای وی به ارمغان آورد (۳۴).

در نهایت در تبیین همسویی یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج پژوهش رضائیان و همکاران درباره بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فاجعه‌پنداری و ناتوان‌کنندگی درد در زنان مبتلا به درد مزمن لگن (۳۵) می‌توان گفت، دختران مبتلا به درد مزمن ضمن اینکه مشکلات ناشی از بیماری خود را می‌پذیرند، با نگرش تازه‌ای از درد آشنا می‌شوند که طی آن درد به‌عنوان سازوکار آگاهی‌بخش و مثبت برای ادامه حیات افراد ضرورت دارد. این تغییر زاویه نگرش موجب ایجاد دیدگاهی مثبت درقبال پذیرش درد می‌شود. علاوه‌براین، انعطاف‌پذیری شناختی به این بیماران آموخت که وجود افکار مربوط به درد مزمن، اگرچه بی‌اهمیت نیست، مسئله اصلی به‌شمار نمی‌رود؛ بلکه

در تبیین همسویی یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج پژوهش هانی اصل هیزانی و فرنام مبنی بر ارزیابی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش امیدواری و کاهش هیجانات منفی دانش‌آموزان (۳۰)، می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افراد را به خواسته‌های خویش متعهد می‌کند؛ به عبارتی فرد خود را متعهد می‌سازد همواره سطح خواسته‌های زندگی خویش را افزایش دهد که این امر زمینه‌ساز امیدواری است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد میزان تنش‌ها و استرس‌های ناشی از زندگی را در افراد کاهش می‌دهد و هرچه تنش‌ها و استرس‌های موجود در زندگی کمتر شود سطح امید به آینده در افراد بیشتر خواهد شد؛ زیرا پذیرش مشکلات و مسائل زندگی و قبول آن‌ها و توجه به راه‌حل‌های آنان باعث کاهش فشارهای روانی می‌شود و هرچه فشارهای روانی کمتر شود، امیدواری نیز بیشتر خواهد شد (۳۰). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به درمان‌جو این امکان را می‌دهد که خود به‌تنهایی و بدون واسطه قراردادن دیگران، مشکلات زندگی خویش را از بین ببرد. درحقیقت این درمان می‌آموزد که خود فرد مسئول مشکلات و مسائل پیش‌آمده در زندگی‌اش است و نباید دیگران را درگیر این مسائل کند؛ بنابراین همین امر می‌تواند امیدواری را افزایش دهد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرینات ذهن‌آگاهی و بازگشت شرکت‌کنندگان به زمان حال، از غوطه‌ور شدن آنان در گذشته می‌کاهد و آن‌ها را به آینده امیدوارتر می‌کند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دیدی مثبت و امیدوارکننده به فرد می‌دهد و فرد با چنین دیدی بهتر می‌تواند مسائل زندگی را درک کند و با کمک‌گرفتن از توانمندی‌های خویش به‌جای فرار از احساسات و افکار ناخوشایند، برخورد و ارتباطی مؤثری با مسائل داشته باشد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد سبب می‌شود افراد هرچه بیشتر با توانایی‌های ذاتی و اکتسابی خود آشنا شوند و با تمرکز نکردن بر کمبودهای خویش، سطح استقامت و تحمل خود را در برابر مشکلات افزایش دهند که هرچه تحمل فرد در برابر مسائل افزایش یابد، سطح امیدواری بیشتر می‌شود (۳۱).

نتایج پژوهش محمدی و همکاران در بررسی تأثیر آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب و افزایش شادکامی بیماران مبتلا به هموفیلی (۹) با یافته‌های این تحقیق همسوست. آن‌ها بیان کردند، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به‌جای اینکه شیوه‌های جدیدی را برای دستیابی به شادی آموزش دهد، روش‌هایی را برای کاهش موضوعاتی همچون کشمکش و منازعه، پرهیز و ازدست‌دادن لحظه کنونی به افراد می‌آموزد (۹). از این دیدگاه، شادی به‌معنای داشتن زندگی غنی، پر بار و بامعنا است که فرد شادکام از روابط اجتماعی خوبی با دیگران برخوردار می‌شود و از طریق آن‌ها حمایت اجتماعی دریافت می‌کند؛ از این رو در شادکامی ارزشیابی افراد از خود و زندگی‌شان می‌تواند جنبه‌های شناختی مثل قضاوت درباره خشنودی از زندگی یا جنبه‌های هیجانی خلق یا عواطف در واکنش به رویدادهای زندگی را در بر گیرد (۸). همچنین این یافته‌ها با پژوهش هلمز و همکاران مبنی بر ارزیابی تأثیر آموزش انطباقی بر تقویت پایدار حافظه کاری ضعیف در کودکان دارای معلولیت جسمی-حرکتی (۳۲) هم‌پوشانی دارد. می‌توان تبیین کرد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان آموزش روی دختران دارای معلولیت موجب می‌شود تجربه آن‌ها در امور زندگی زیادتیر شود

درمان درجهت بهبود علائم درد مزمن و افزایش امیدواری و شادکامی بهره برد.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش به دلیل همکاری با پژوهشگر تقدیر و تشکر می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی دانشگاه پیام‌نور شیراز است. برای انجام این پژوهش از شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه دریافت شد؛ همچنین پروتکل تحقیق در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه پیام‌نور شیراز با کد اخلاق IR.PNU.REC.1399.176 به تأیید رسید.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

دردسترس بودن داده‌ها و مواد

داده‌های این پژوهش از طریق ارتباط با نویسنده مسئول دردسترس است.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

منابع مالی

این پژوهش بدون دریافت حمایت مالی از نهاد یا سازمانی انجام شده است.

مشارکت نویسندگان

در انجام این پژوهش نویسنده اول به‌عنوان استاد راهنما، نویسنده دوم به‌عنوان استاد مشاور و نویسنده سوم به‌عنوان مجری مشارکت داشتند.

مسئله اصلی، اقدام برای پاسخ‌دادن به این افکار به‌صورت ناامیدی، احساس ناتوانی در مدیریت درد، خشم و درماندگی است؛ بنابراین با یادگیری انعطاف‌پذیری شناختی، زنان بیمار برای کسب خزانه رفتاری گسترده‌تر آموزش می‌بینند که مهم‌تر آن‌ها توانایی مدیریت ذهنی و رفتاری درد است؛ بنابراین در مسیر ارتقای توانایی افراد برای مدیریت درد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ابتدا نگاه سراسر بدبینانه افراد به درد را اصلاح می‌کند. سپس رفتارهای تازه‌ای برای مواجهه با درد مزمن به آنان می‌آموزد؛ البته همه این گام‌ها در سایه تمرکز نکردن بر علائم اصلی اختلال درد و نبود تلاش به‌منظور سرکوب افکار مربوط به درد، توانست به ارتقای مدیریت درد در دختران دارای معلولیت جسمی-حرکتی کمک کند (۳۵).

باوجود تلویحات آموزشی و کاربردی که از نتایج این پژوهش قابل استنباط بود، پژوهش حاضر همچون سایر پژوهش‌ها محدودیت‌هایی نیز داشت. به‌علت بیماری کرونا دسترسی به افراد نمونه با مشکل مواجه شد؛ همچنین پژوهش حاضر روی دختران دارای معلولیت جسمی-حرکتی شهرستان ارسنجان انجام گرفت و در تعمیم آن به دختران دارای معلولیت سایر شهرستان‌ها باید جانب احتیاط رعایت شود؛ بنابراین بررسی اثربخشی رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و سایر رویکردهای درمانی بر نشانه‌های روان‌شناختی دیگر و سایر جمعیت‌های بالینی پیشنهاد می‌شود.

۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های پژوهش نتیجه گرفته می‌شود، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ارائه‌شده در این پژوهش، منجر به ارتقای شادکامی و امیدواری به زندگی و کاهش درد مزمن در دختران دارای معلولیت جسمی-حرکتی می‌شود و همچنین اثر درمان مثبت و پایداری دارد؛ بنابراین با توجه به ویژگی‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، می‌توان از این مدل

References

1. Simaee S, Tasbihsazan SR. Forecasting of self-control with social skills and emotion regulation in students with physical impairment. Middle Eastern Journal of Disability Studies. 2018;8:81. [Persian] <https://jdisabilstud.org/article-1-1270-en.pdf>
2. Bennett KS, Hay DA. The role of family in the development of social skills in children with physical disabilities. International Journal of Disability, Development and Education. 2007;54(4):381-97. <https://doi.org/10.1080/10349120701654555>
3. Scheier MF, Matthews KA, Owens JF, Magovern GJ, Lefebvre RC, Abbott RA, et al. Dispositional optimism and recovery from coronary artery bypass surgery: the beneficial effects on physical and psychological well-being. J Pers Soc Psychol. 1989;57(6):1024-40. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.57.6.1024>
4. Nonis SA, Wright D. Moderating effects of achievement striving and situational optimism on the relationship between ability and performance outcomes of college students. Research in Higher Education. 2003;44(3):327-46. <https://doi.org/10.1023/A:1023029815944>
5. Sidheek KPF, Satyanarayana VA, Sowmya HR, Chandra PS. Using the Kannada version of the Connor Davidson Resilience Scale to assess resilience and its relationship with psychological distress among adolescent girls in Bangalore, India. Asian J Psychiatr. 2017;30:169-72. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.10.015>
6. Marmarchinia M, Zoghi Paidar MR. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on hope and happiness of female adolescents under welfare protection. Journal of Applied Psychology. 2017;11(3):157-74. [Persian] https://apsy.sbu.ac.ir/article_96850_cb249f3162b3816ad287f3fb416be048.pdf
7. Heintzelman SJ, Bacon PL. Relational self-construal moderates the effect of social support on life satisfaction. Personality and Individual Differences. 2015;73:72-7. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.09.021>
8. Seligman MEP, Parks AC, Steen T. A balanced psychology and a full life. Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci. 2004;359(1449):1379-81. <https://doi.org/10.1098/rstb.2004.1513>

9. Mohammadi B, Fattahian Kelishad-e Rokhi Z, Naderi Kia N. Barrasi ta'sir amuzesh mobtani bar paziresh va ta'ahod bar kahesh ezterab va afzayesh shadkami bimiran mobtala be hemophili [The effect of acceptance and commitment-based education on reducing anxiety and increasing happiness in patients with hemophilia]. In: 4th International Conference on Management and Humanities Researches in Iran [Internet]. Tehran, Iran: CIVILICA; 2018. [Persian] <https://civilica.com/doc/882966/>
10. Jensen MP, Turner JA, Romano JM. Changes after multidisciplinary pain treatment in patient pain beliefs and coping are associated with concurrent changes in patient functioning. *Pain*. 2007;131(1-2):38-47. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2006.12.007>
11. Larner D. Chronic pain transition: a concept analysis. *Pain Manag Nurs*. 2014;15(3):707-17. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2013.04.003>
12. Pitcher MH, Von Korff M, Bushnell MC, Porter L. Prevalence and profile of high-impact chronic pain in the United States. *J Pain*. 2019;20(2):146-60. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2018.07.006>
13. Rodriguze D. Colombian happiness, hope on interdisciplinary look at the correlation between explanatory style, cultural and satisfaction. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2006;52(1):1260-84.
14. Sadri Damirchi E, Ramazani S. Effect of mindfulness-based stress reduction training on cognitive flexibility and happiness among men with physical disabilities. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*. 2017;7:84. [Persian] <https://jdisabilstud.org/article-1-654-en.pdf>
15. Bach PA, Moran DJ. ACT in practice: case conceptualization in acceptance and commitment therapy. Auckland: New Harbinger Publications; 2008.
16. Hassanzadeh R, Madah MT. Statistical methods in behavioral science. Tehran: Virayseh Pub; 2014. [Persian]
17. Snyder CR, Harris C, Anderson JR, Holleran SA, Irving LM, Sigmon ST, et al. The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *J Pers Soc Psychol*. 1991;60(4):570-85. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.60.4.570>
18. Zahed Babelan A, Ghasempour A, Hasanzade S. The role of forgiveness and psychological hardiness in prediction of hope. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2017;12(45):12-9. [Persian] https://jsr-p.isfahan.iau.ir/article_533794_2257c04b6009b361c2e783b765ea8947.pdf
19. Argyle M, Martin M, Crossland J. Happiness as a function of personality and social encounters. In: Forgas JP, Innes JM. editors. *Recent advances in social psychology: An international perspective*. Amsterdam: Elsevier Science; 1989, pp. 189-203.
20. Alipoor A, Noorbala AA. A preliminary evaluation of the validity and reliability of the Oxford Happiness Questionnaire in students in the universities of Tehran. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 1999;5(1):55-66. [Persian] <https://ijpcp.iuums.ac.ir/article-1-1777-en.pdf>
21. Cleeland CS. Pain assessment in cancer. In: Osoba D. *Effect of cancer on quality of life*. Florida: CRC Press; 1991.
22. Cleeland CS, Nakamura Y, Mendoza TR, Edwards KR, Douglas J, Serlin RC. Dimensions of the impact of cancer pain in a four country sample: new information from multidimensional scaling. *Pain*. 1996;67(2-3):267-73. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(96\)03131-4](https://doi.org/10.1016/0304-3959(96)03131-4)
23. Atkinson TM, Mendoza TR, Sit L, Passik S, Scher HI, Cleeland C, et al. The brief pain inventory and its "pain at its worst in the last 24 hours" item: clinical trial endpoint considerations. *Pain Med*. 2010;11(3):337-46. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2009.00774.x>
24. Vakilzadeh P, Nakhaee N. The reliability and validity of the Persian Version of the Brief Pain Inventory in cancer patients. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2006;5(4):253-8. [Persian] <https://journal.rums.ac.ir/article-1-237-en.pdf>
25. Izadi R, Abedi M. Acceptance and commitment-based therapy. Tehran: Jangal Pub; 2013. [Persian]
26. Forman EM, Herbert JD, Moitra E, Yeomans PD, Geller PA. A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behav Modif*. 2007;31(6):772-99. doi: [10.1177/0145445507302202](https://doi.org/10.1177/0145445507302202)
27. Clarke S, Kingston J, James K, Bolderston H, Remington B. Acceptance and Commitment Therapy group for treatment - resistant participants: A randomized controlled trial. *J Contextual Behav Sci*. 2014;3(3):179-88. doi: [10.1016/j.jcbs.2014.04.005](https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.04.005)
28. Tedadi Ajirloo H, Sadri E. Asarbakhshi darman paziresh va ta'ahod (ACT) bar afsordegi, omid be zendegi va shadkami bimiran dialysis (bimarestan Imam Khomeini sharestan Parsabad) [The effectiveness of acceptance and commitment-based therapy (ACT) on depression, life expectancy and happiness of dialysis patients (Imam Khomeini Hospital, Pars Abad)]. In: 3rd National Conference of Psychology, Education and Lifestyle [Internet]. Qazvin, Iran: Civilica; 2019. [Persian] <https://civilica.com/l/10531/>
29. Mofid V, Fatehizadeh M, Dorosti F. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on depression and quality of life of women criminal prisoners in Isfahan city. *Strategic Research on Social Problems in Iran*. 2017;6(3):17-30. doi: [10.22108/ssoss.2017.85488.0](https://doi.org/10.22108/ssoss.2017.85488.0)

30. Hani Asl Hizani A, Farnam A. The effectiveness of acceptance and commitment therapy in increasing hope and decreasing negative excitements of male students in the ninth–grade. *Journal of Educational Psychology Studies*. 2018;15(32):223–46. [Persian] <https://doi.org/10.22111/jeps.2018.4426>
31. Khademi A, Tasbihsazan Mashad R. The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on psychological well-being and happiness of mothers of children with cancer. *Journal of Pediatric Nursing*. 2019;5(4):71–8. [Persian] <https://jpen.ir/article-1-378-en.pdf>
32. Holmes J, Gathercole SE, Dunning DL. Adaptive training leads to sustained enhancement of poor working memory in children. *Dev Sci*. 2009;12(4):F9–15. <https://doi.org/10.1111/j.1467-7687.2009.00848.x>
33. Moslem Khani M, Ebrahimi ME, Sahebi A. The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on happiness and hope of hamedanian multiple sclerosis patients. *Pajouhan Scientific Journal*. 2019;17(2):15–23. [Persian] <http://dx.doi.org/10.21859/psj.17.2.15>
34. Razavi SB, Abolghasemi S, Akbari B, Naderinabi B. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on feeling hope and pain management of women with chronic pain. *Anesthesiology and Pain*. 2019;10(1):36–49. [Persian] <https://jap.iums.ac.ir/article-1-5423-en.pdf>
35. Rezaeian M, Ebrahimi A, Zargham M. The effect of acceptance and commitment therapy on catastrophic and disabling pain in chronic pelvic pain in females. *Research in Cognitive and Behavioral Sciences*. 2015;4(2):17–30. [Persian] https://cbs.ui.ac.ir/article_17344_5c1ef41e44badb81de22fa54c64eb5c4.pdf