Journal of Diabetes Nursing
2020; Volume 8 Number 1

pISSN:2345-5020
eISSN:2423-5571

Effectiveness of Group Therapy Based on Acceptance and Commitment in Reduction of Distress and Pain Catastrophizing Among Diabetic Patients with Chronic Pain

Imankhah Reza[1], **Kahrazei Farhad *[2]**, Sanagouye Moharer Gholam Reza[3]

1. PhD Student of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University of Zahedan, Zahedan, Iran
2. Associated Professor of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Sistan and Baluchestan, Zahedan, Iran
3. Assistant Professor of Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University of Zahedan, Zahedan, Iran

Article information:

Original Article

Received: **2018/12/4**

Accepted: **2020/05/13**

JDN 2020; 8(1)

1020-1031

Corresponding Author:
Farhad Kahrazei,
University of Sistan and Baluchestan.
farhad_kahraz@ped.usb.ac.ir

Abstract

Introduction: Diabetes is one of the chronic diseases with high mortality and economic costs. In this disease, there is an increase in the sensitivity of the nervous system to pain stimuli and development of diabetic hyperalgesia. Patients with diabetes usually suffer from psychological symptoms after the diagnosis and during the treatment process. In addition, during the adaptation to illness, the patients experience psychological distress (i.e., anxiety, depression, and stress). In the meantime, catastrophizing in these patients can increase the sensitivity to pain and attention to pain. Therefore, this study aimed to investigate the effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment in the reduction of distress and pain catastrophizing among these patients.

Materials and Methods: This is a pretest and posttest semi-experimental study with control and random groups. The present study was carried out on all diabetic patients with chronic pain, including 30 men and women, referring to the Pain Clinic and Amiralmomenin Hospital of Zabol, Iran, in the second 6 months of 2017 using targeted sampling and clinical interview. The subjects entered the treatment process according to the inclusion and exclusion criteria. The samples were randomly assigned to 15 subjects in the experimental and 15 patients in the control groups. The instrument of this study was the Kessler Psychological Distress Scale, Sullivan Catastrophizing Scale, and Acceptance and Commitment Therapy (ACT). The ACT included eight psychotherapy sessions based on the acceptance and commitment the experimental group received by the psychologist. However, the control group did not receive any intervention.

Results: According to the obtained results, the two groups were significantly different in terms of distress and pain catastrophizing in the posttest stage with the control of the pretest effect (P<0.0001).

Conclusion: The obtained results of this study indicated the effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment in the reduction of distress and pain catastrophizing among diabetic patients with chronic pain. Therefore, the use of this treatment technique should be considered by psychologists and other therapists in this field.

Keywords: Acceptance and Commitment Based Therapy, Distress, Diabetic Patients, Pain Catastrophizing, Chronic Pain

Access This Article Online	
Quick Response Code:	Journal homepage: http://jdn.zbmu.ac.ir
	How to site this article: Imankhah R, Kahrazei F, Sanagouye Moharer G R. Effectiveness of Group Therapy Based on Acceptance and Commitment in Reduction of Distress and Pain Catastrophizing Among Diabetic Patients with Chronic Pain. J Diabetes Nurs. 2020; 8 (1) :1020-1031

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-14]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1398.8.1.1.2]

فصلنامه علمی پژوهشی پرستاری دیابت زابل
سال ۸، شماره ۱، زمستان ۹۸
صفحات: ۱۰۳۱-۱۰۲۰

pISSN:2345-5020
eISSN:2423-5571

اثر بخشی روان درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش پریشانی و فاجعه سازی درد بیماران دیابتیک مبتلا به درد مزمن

رضا ایمانخواه[۱]، **فرهاد کهرازئی[۲]***، غلامرضا ثناگو محرر[۳]

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، واحد زاهدان، دانشگاه آزاد اسلامی، زاهدان، ایران
۲. دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران.
۳. استادیارگروه روانشناسی،واحد زاهدان، دانشگاه آزاد اسلامی، زاهدان، ایران

نویسنده مسئول: فرهاد کهرازئی، دانشگاه سیستان و بلوچستان **farhad_kahraz@ped.usb.ac.ir**

چکیده

مقدمه و هدف: دیابت یکی از بیماریهای مزمن و با آسیب، مرگ و میر و هزینه اقتصادی بالا می باشد. در این بیماری، حساسیت سیستم عصبی به محرک های دردزا افزایش می یابد و هیپرآلژزی دیابتی بروز می کند. بیماران دیابتیک معمولا بعد از تشخیص بیماری و در طی فرایند درمان، از علائم روانی رنج می برند و در جریان سازگاری با بیماری خود دچار پریشانی روانی (اضطراب، افسردگی و استرس) می شوند در این میان فاجعه سازی در این بیماران می تواند حساسیت به درد را بالا برده و موجب افزایش توجه به درد شود. لذا در این پژوهش بدنبال این هستیم تا اثر بخشی روان درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش پریشانی و فاجعه سازی درد در این بیماران را بررسی نماییم.

مواد و روش ها: پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل و گمارش تصادفی بوده است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران دیابتیک مبتلا به درد مزمن مراجعه کننده به کلینیک درد و بیمارستان امیرالمومنین(ع) شهرستان زابل در شش ماهه دوم سال ۱۳۹۶ بوده که از میان آنها ۳۰ نفر(زن و مرد) به روش نمونه گیری هدفمند از طریق انجام مصاحبه بالینی انتخاب و پس از احراز شرایط ورود و خروج پژوهش وارد فرایند درمان شده اند. نمونه بطور تصادفی ساده ۱۵نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. ابزار این پژوهش پرسشنامه پریشانی کسلر ،پرسشنامه فاجعه سازی سالیوان و بسته درمانی Act بود که این بسته شامل ۸ جلسه رواندرمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد است که گروه آزمایش بصورت گروهی توسط روانشناس دریافت کردند.در حالیکه گروه کنترل هیچ گونه مداخله ای دریافت نکردند.

یافته ها: با توجه به نتایج بدست آمده دو گروه به لحاظ پریشانی و فاجعه سازی درد در مرحله پس آزمون با کنترل اثر پیش آزمون با هم تفاوت معنی داری داشتند($p< 0/0001$) .

نتیجه گیری: نتایج پژوهش حاضر بیانگر اثر بخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش پریشانی و فاجعه سازی درد ، بیماران دیابتیک با درد مزمن می باشد. لذا استفاده از این روش درمانی بایستی توسط روانشناسان و سایر درمانگران این حوزه مدنظر قرار گیرد.

کلید واژه ها: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، پریشانی، فاجعه سازی درد، بیماران دیابتیک،درد مزمن.

How to site this article: Imankhah R, Kahrazei F, Sanagouye Moharer G R. Effectiveness of Group Therapy Based on Acceptance and Commitment in Reduction of Distress and Pain Catastrophizing Among Diabetic Patients with Chronic Pain. J Diabetes Nurs. 2020; 8 (1) :1020-1031

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-14]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1398.8.1.1.2]

مقدمه و هدف

درد یکی از شایعترین دلایل مراجعه به پزشک است (۱) تجربه درد مشتمل بر دو بعد حسی و عاطفی است: بعد حسی، بیانگر شدت درد و بعد عاطفی آن نشانگر میزان نارضایتی فرد از تجربه درد است (۲). درد مزمن به دردی گفته می شود که گرچه بدنبال یک آسیب معین بروز می کند، اما در مدت کمتر از ۶ ماه از بین نرفته و تداوم پیدا می کند. این نوع درد در ۶ ماه گذشته حداقل بمدت ۳ ماه هر روز وجود داشته و با وجود اقدامات درمانی، باقی می ماند.این اختلال نه تنها باعث بروز مشکلات جسمی متعددی در فرد می گردد، بلکه علائم و اختلالات روانشناختی و همچنین واکنشهای هیجانی متعددی را در فرد بوجود می آورد. ویژگیهای روانشناختی مبتلایان به اختلال درد مزمن، پیش بینی کننده طول مدت درد و ناتوانی حاصل از آن است، علاوه بر این مشکلات هیجانی همراه با این اختلال در طولانی تر شدن سیر اختلال و ناتوانی فرد در سازگاری با این مشکل نقش بسزایی دارد (۳).

یکی از بیماریهایی که مزمن و با آسیب، مرگ و میر و هزینه اقتصادی بالاست، دیابت می باشد (۴). در این بیماری، حساسیت سیستم عصبی به محرک های دردزا افزایش می یابد و هیپرآلژزی دیابتی بروز می کند (۵) هیپرآلژزی ناشی از نوروپاتی محیطی یکی از شکایت های مهم بالینی افراد مبتلا به دیابت قندی محسوب می شود و کیفیت زندگی این افراد را تحت تأثیر قرار می دهد. بنابراین، تعدیل درد در این افراد از اهمیت زیادی برخوردار است (۶).
بیماران دیابتیک معمولاً بعد از تشخیص بیماری و در طی فرایند درمان، از علائم روانی رنج می برند و در جریان سازگاری با بیماری خود دچار پریشانی روانی (اضطراب، افسردگی و استرس) می شوند (۷) افسردگی و اضطراب در بیماران درد مزمن به خصوص بیماران دیابتی با ناتوانی، ابتلا به سایر بیماری ها (از جمله بیماری قلبی عروقی)، کاهش خودمراقبتی بهینه و افزایش هزینه های مراقبت های بهداشتی همراه است (۴) افراد دیابتیک مبتلا به افسردگی در کنترل قند خون خود و رعایت رژیم غذایی ، ورزش و آزمایش گلوکز عملکرد ضعیفی دارند (۸) علاوه بر این، چند مطالعه نشان داده است که افسردگی می تواند باعث کاهش دریافت کیفیت مراقبت از سوی افراد مبتلا به دیابت شود (۹).

فاجعه سازی، فرایند شناختی اغراق یا بزرگنمایی تهدید ادراک شده از احساسات درد است (۱۰) که سبب تمرکز دائمی بر علائم بدنی و اجتناب از فعالیت می شود که این اجتناب و کناره گیری باعث تشدید درد و ناتوانی فرد می شود (۱۱). فاجعه سازی بعنوان یک متغیر میانجی نقش مهمی در مزمن شدن درد دارد (۱۲). به نظر می رسد تحریفهای شناختی در مکانیسم فاجعه سازی بعنوان اولین مکانیسم فعال در بیماران مبتلا به درد، در تفسیر کار هر یک از متغیرهای دیگر مربوط به درد نظیر شدت درد دخیل باشد (۱۳).

الگوی ترس-اجتناب، به منظور تبیین تفاوت افراد در واکنش به درد یا آسیب معرفی شده است. یکی از این تفاوتها کاهش سطح فعالیت بدنبال آسیب دیدگی می باشد. بر اساس این الگو، برای فرد آسیب دیده ای که تجربه درد دارد، دو حالت پیش می آید: حالت اول، در صورت عدم وجود ترس از درد یا آسیب دیدگی مجدد، شخص پس از مدت کوتاهی استراحت، به فعالیتهای معمول خویش بازگشته و با انجام فعالیت، تحرک خود را مجددا بدست آورده و در نهایت بهبودی حاصل می شود.حالت دوم، فرد با فاجعه آمیز کردن درد، وارد چرخه معیوب ترس از درد، گوش به زنگی، عواطف منفی و اجتناب می شود. اجتناب نیز باعث کاهش فعالیتهای جسمانی، اجتماعی،افزایش آشفتگی های روانشناختی و احساس ناتوانی می شود.این حالت تجربه فرد از درد را شدت می بخشد و دور باطل قبلی ادامه می یابد (۱۴).

هانلی و همکاران (۲۰۰۸) نشان داده اند که کاهش فاجعه آفرینی با بهبود عملکرد روانشناختی و کاهش تداخل درد در عملکرد فرد همراه است (۱۵). سایر مطالعات نیز نشان داده اند که فاجعه سازی درد با بسیاری از سازه هایی که نشانگر سازگاری ضعیف با درد مزمن از جمله افسردگی

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-14]
[DOR: 20.1001.1.23455020.1398.8.1.1.2]

(۱۶) و شدت درد (۱۶-۱۸) همبستگی دارد. نیکولاس و همکاران(۲۰۰۹) در مطالعه ای مقطعی با ۸۱۲ بیمار درد مزمن، ارتباط فاجعه آفرینی با درد و افسردگی را مورد بررسی قرار دادند در این پژوهش فاجعه آفرینی ۴۰ درصد واریانس افسردگی را تبیین کرد در حالیکه شدت درد پیش بینی کننده معناداری نبود (۱۹). سالیوان و همکاران (۲۰۰۵) در بیماران مبتلا به درد نشان دادند که باورهای فاجعه آفرین درباره درد، حتی بیشتر از شدت درد بر ناتوانی تاثیر می گذارد (۲۰).

بر اساس نظر لینتون در ناتوانی ناشی از درد، متغیرهای روانشناختی معمولا موثرتر از عوامل زیست پزشکی یا زیست شیمیایی هستند و موجب تغییر از حالت درد حاد به درد مزمن می شود (۲۱). همچنین سطوح بالا استرس و اضطراب موجب عدم سازش موفقیت آمیز با درد می شود (۲۲). پژوهشهای انجام شده در زمینه بررسی تاثیرات کمردرد مزمن در وضعیت روانشناختی بیماران مبتلا ، حاکی از شیوع بیشتر اختلالات روانی و پریشانی در آنها نسبت به جمعیت عادی است.افسردگی اساسی، اختلالهای اضطرابی، سوء مصرف مواد، اختلالات شخصیت و اختلال حسمانی سازی شایعترین موارد همراه هستند (۲۳).

افزودن مداخله های روان شناختی به برنامه های درمانی مبتلایان به دیابت به سه دلیل قابل توجیه است: افزایش پذیرش بیماری از جانب فرد مبتلا و نیز پذیرش وضعیتی که در آن قرار دارد، ایجاد تغییرهای رفتاری برای خود مراقبتی بهتر و از بین بردن مانع های روان شناختی موجود بر سر راه کنترل بیماری و عوارض آن (۲۴) با توجه به رابطه سلامت روان و نیز شیوع بالای مسائل روان شناختی در بیماران مبتلا به دیابت، انجام مداخله های مؤثر به منظور بهبود وضعیت سلامت روانی و ارتقای کیفیت زندگی بیماران امری ضروری و لازم است. شواهد نشان داده است که درمان بیماریهای روانی در افراد مبتلا به دیابت میتواند منجر به بهبود سلامت شود (۲۵) زیرا پریشانی روانی با اختلال در کنترل قند خون، ارتباط دارد (۲۶).

در میان درمانهای روانشناختی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از تواناییهای خوبی در مهار نگرشها و ادراکات فرد در برابر پیشامدهای زندگی برخوردار است.پژوهشها نشان داده اند که این درمان زمینه های مختلفی چون افسردگی (۲۷) و کاهش درد (۲۸) بهبود علائم خلقی و اضطرابی، افزایش تحمل و بهبود کیفیت زندگی بیماران (۲۹) موثر بوده است. این نوع درمان در هوشیاری فراگیر همراه با گشودگی و پذیرش درد تاکید دارد (۳۰) یعنی فرد بدون تلاش برای کنترل افکار مربوط به بیماری، به این افکار اجازه حضور در ذهن می دهد. هنگامیکه این تجربیات(افکار و احساسات) با گشودگی و پذیرش مشاهده شوند، حتی دردناکترین آنها کمتر تهدید کننده و قابل تحمل تر به نظر می رسند (۳۱)در واقع ACT با مراجع به چالش می پردازد تا افکار و احساسات خود را پذیرفته و نسبت به تغییرات لازم متعهد شود. زیرا درگیر شدن با هیجانات باعث بهتر شدن آنها می شود (۳۲). نتایج پژوهش شیدایی اقدم و همکاران (۱۳۹۳) حاکی از تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افکار ناکارآمد و پریشانی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بود (۳۳).

با توجه به اینکه افسردگی و اضطراب در این بیماران با مجموعه رفتارهایی مربوط است که ناسالم است و خطر مرگ و عوارض بیماری دیابت را افزایش می دهد. و بیماران افسرده و مضطرب استقبال ضعیفی از درمان و برنامه های خودمدیریتی دارند و از طرفی درد در این بیماران اثرات درازمدتی را بر زندگی آنها و حتی اطرافیان وی بجا می گذارد، بسیار اهمیت دارد که فرد بتواند با تغییرات منفی حاصله از این بیماری کنار بیاید و روند سازنده را در برابر رویکرد خودشکنانه در پیش گیرد (۳).

مطالعات نشان داده اند که شناختهای فاجعه ساز درد و اجتناب از فعالیت دربیماران مبتلا به درد مزمن با پیامدهای بعدی درد مثل ناتوانی و اختلال عملکرد جسمانی و هیجانی مرتبط است (۱۱).

همچنین درمان درد در این بیماران با داروهای معمول چندان رضایت بخش نیست. این داروها تأثیرگذاری محدودی دارد و ممکن است به عوارض جانبی غیرقابل

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-14]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1398.8.1.1.2]

تحمل منجر شود (۶). بر این اساس بررسی گزینه های درمانی جدید ضروری به نظر می رسد. لذا با توجه به مطالب ذکر شده در این پژوهش بدنبال این هستیم تا اثر بخشی روان درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش پریشانی و فاجعه سازی درد بیماران دیابتیک مبتلا به درد مزمن را بررسی نماییم.

مواد و روش ها

پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل و گمارش تصادفی بوده است. جامعه آماری پژوهش شامل بیماران دیابتیک مبتلا به درد مزمن مراجعه کننده به بیمارستان امیرالمومنین(ع) شهرستان زابل در سال ۱۳۹۶ بوده که از میان آنها ۳۰ نفر(زن و مرد) به روش نمونه گیری هدفمند از طریق انجام مصاحبه بالینی انتخاب و پس از احراز شرایط ورود و خروج پژوهش وارد فرایند درمان شده اند. نمونه مورد پژوهش پس از مطالعه فرم رضایتنامه و پر کردن آن، بصورت تصادفی ساده ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. بسته درمانی ، شامل ۸ جلسه رواندرمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بود که گروه آزمایش بصورت گروهی توسط روانشناس دریافت کردند.در حالیکه گروه کنترل هیچ گونه مداخله ای دریافت نکرد.

ابزار

۱-پرسشنامه پریشانی کسلر: پرسشنامه پریشانی روانشناختی فرم ۱۰ سوالی (K- 10)

مقیاس های پریشانی روان شناختی کسلر ویژه شناسایی اختلالات روانی در جمعیت عمومی توسط کسلر و همکارانش (۲۰۰۲) به دو صورت ۱۰ سوالی و ۶ سوالی تدوین شده و در مطالعات مختلف مورد استفاده قرار گرفته است (۳۴). که در این پژوهش از فرم ۱۰ سوالی استفاده شد. شیوه نمره گذاری و تفسیر این پرسشنامه، بر درجه‌بندی پنج‌گانه لیکرت بین ۰ تا ۴ صورت بندی شده است. برای محاسبه امتیاز کلی پرسشنامه، نمره همه گویه های پرسشنامه را با هم جمع کنید. دامنه امتیاز این پرسشنامه بین ۰ تا ۴۰ خواهد بود. هر چه امتیاز حاصل شده از این پرسشنامه بیشتر باشد، نشان دهنده میزان بیشتر پریشانی روان شناختی خواهد بود و بالعکس. در تحقیق یعقوبی (۱۳۹۴) ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۹۳ و ضریب پایایی تصنیف و اسپیرمن- براون ۰/۹۱ به دست آمد (۳۵).

۲-پرسشنامه فاجعه آفرینی درد (PCS)

این پرسشنامه دارای ۱۳ سوال بوده و هدف آن ارزیابی میزان وضعیت دردناکی می باشد. سالیوان و همکاران بر این باورند که فاجعه آمیز کردن درد یکی از مکانیسم های اصلی برای ایجاد پاسخهای توأم با نگرانی و پاسخهای حمایتی در دیگران است (۳۶)

متغیر فاجعه سازی درد ، به عنوان متغیر شناختی – عاطفی مهم در زمینه تجربه ادراکی درد شناسایی شده است. ضمناً، این متغیربه عنوان یک متغیر منفی فاجعه انگیز شده، از طریق نشخوار ذهنی، بزرگ جلوه کردن و درماندگی نسبت به فرآیندهای دردناک ، باعث ناتوانی در کنترل درد در افراد می شود (۳۷).

این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت (به هیچ وجه،۱؛ تاحدودی۲؛ به طور متوسط،۳؛زیاد،۴؛ همه اوقات؛۵) می باشد.

در صورتی که نمرات پرسشنامه بین ۱۳ تا ۲۶ باشد، میزان فاجعه سازی درد در این جامعه ضعیف می باشد.

در صورتی که نمرات پرسشنامه بین ۲۶ تا ۳۹ باشد، میزان فاجعه سازی درد در سطح متوسطی می باشد.

در صورتی که نمرات بالای ۳۹ باشد، میزان فاجعه سازی درد بسیار خوب می باشد.

در تحقیق سالیوان و همکاران، نشخوار ذهنی ۴۱ درصد واریانس کل، بزرگ نمایی ۱۰ درصد واریانس کل و درماندگی ۸ درصد واریانس کل را تشکیل می دادند. ضریب آلفا برای خرده مقیاسهای نشخوار ذهنی، بزرگ نمایی و درماندگی به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۶۰ و ۰/۷۹ و برای نمره کل مقیاس فاجعه سازی درد برابر با ۰/۸۷ بود (۳۶).

۳- درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد: این پروتکل در هشت جلسه توسط کوین وولز و جان اسکرول در سال ۲۰۰۸ تهیه شده است. هدف اساسی این مداخله، بیماران دارای درد مزمن است و تمامی جلسات برای کنار آمدن و سازگاری با این نوع از درد تدوین شده است. (۱۹)

محتوای جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-14]
[DOR: 20.1001.1.23455020.1398.8.1.1.2]

بعد از هماهنگی با دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زابل و کسب مجوز، ضمن معرفی و جلب رضایت آگاهانه بیماران دیابتیک مبتلا به درد مزمن، هدف تحقیق برای آنها بیان و به آنها در رابطه با محرمانه بودن اطلاعات اطمینان خاطر داده شد و از آنها خواسته شد تا در این برنامه شرکت کنند. سپس با افراد متقاضی جهت داشتن معیارهای ورود مصاحبه گردید. در این پژوهش معیارهای ورود عبارتند از انواع درد کمر،ستون فقرات، پا و سر، داشتن سن حداقل ۱۸ سال و حداکثر۵۰ سال، دارا بودن حداقل دیپلم،تکمیل رضایت نامه شرکت در تحقیق و ملاک های خروج از پژوهش نیز داشتن درد مزمن بعلت سرطانها، عفونت، آرتریت روماتوئید،تومور شکستگی مهره ها، انحراف ساختاری ستون فقرات،کمر درد بعلت بارداری، داشتن بیش از دو بار جراحی، سابقه درمان و مدیریت درد، استفاده از مواد مخدر و روانگردان، سابقه ضربه مغزی. قبل از شروع جلسات درمانی و پس از اتمام جلسات از هر دو گروه پیش آزمون و پس آزمون به عمل آمد. همچنین در طول مدت مداخله برای گروه آزمایش، گروه کنترل در لیست انتظار دریافت مداخله درمانی بودند.

یافته ها

افراد مورد مطالعه در این پژوهش به تعداد ۳۰ نفر بودند. همچنین افراد هر دو گروه در بازه سنی۳۸ تا ۴۶ سال قرار داشتند. بمنظور بررسی میزان تاثیر آموزش داده شده در پیش آزمون و پس آزمون ابتدا میانگین و انحراف معیار اندازه گیری شده است که نتایج دو گروه در پریشانی و فاجعه سازی درد در جدول ۲ آورده شده است.

بر اساس جدول دو، میانگین نمرات پیش آزمون گروه آزمایش و گروه کنترل در متغیر پریشانی و فاجعه سازی درد نزدیک بهم است ولی در پس آزمون میانگین نمرات گروه آزمایش پایینتر است. برای اینکه مشخص شود این تفاوت معنی دار است یا خیر از تحلیل کواریانس(انکوا) استفاده شد. همچنین برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات متغیر وابسته در دوگروه از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف و برای بررسی همگنی واریانس ها از آزمون لوین استفاده شد که مقدار F درمورد هیچیک از متغیرهای پژوهش از لحاظ آماری معنی دار نبود. (جدول ۳)

همچنین مفروضه همگنی شیب خط رگرسیون نیز مورد بررسی قرارگرفت و نتایج نشان داد که اثر تعاملی پیش آزمون و گروهها در پریشانی و فاجعه سازی معنی دار نبود (P>0/05) بنابراین داده ها از فرضیه برابری شیب خط رگرسیونی پیشتیبانی می کردند. بنابراین بدلیل برقرار بودن این مفروضه ها منعی برای استفاده از تحلیل کوواریانس وجود ندارد.

چنانچه در جدول چهار، مشاهده می شود مقدار F (۲۳۲/۴۵) و سطح معنی داری (P<۰/۰۰۰۱) دو گروه به لحاظ پریشانی در مرحله پس آزمون با کنترل اثر پیش آزمون تفاوت معنی داری دارند. اندازه اثر به دست آمده حاکی از این است که ۸۹ درصد تفاوت بین دو گروه را می توان به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد(ACT) نسبت داد.

چنانچه در جدول پنج، مشاهده می شود مقدار F (۳۹۳/۰۱) و سطح معنی داری (P< ۰/۰۰۰۱) دو گروه به لحاظ فاجعه سازی درد در مرحله پس آزمون با کنترل اثر پیش آزمون تفاوت معنی داری دارند. اندازه اثر به دست آمده حاکی از این است که ۹۳ درصد تفاوت بین دو گروه را می توان به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) نسبت داد.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-14]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1398.8.1.1.2]

جدول شماره۱: محتوای جلسات درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	محتوای جلسه
اول	مقدمه و مفاهیم اساسی درمان(قواعد اصلی، مقدمه، دلیل حضور شما در اینجا چیست، مرور کلی درمان و اهداف این برنامه درمانی، بررسی درمانهای گذشته برای درد مزمن، نتایج امروز، تکلیف خانگی)
دوم	گزینه هایی برای یادگیری زندگی علارغم وجود درد(تمرین ذهن آگاهی، مرور تکالیف خانگی(گزینه های موجود)، روابط بین درد-خلق-عملکرد، نتایج درمانی امروز)
سوم	یادگیری زندگی کردن با درد مزمن(تمرین ذهن آگاهی، مرور تکالیف خانگی، پذیرش درد مزمن،ارزش ها، تمرین ذهن آگاهی، نتایج جلسه درمانی امروز)
چهارم	ارزش ها و عمل(تمرین ذهن آگاهی، مرور تکالیف خانگی، بحث راجع به ارزشها،موانع موجود در مسیر ارزشها، اهداف و عمل، نتیجه گیری امروز)
پنجم	عمل-حرکت رو به جلو(تمرین ذهن آگاهی، مرور تکالیف خانگی، طرح ریزی و اقدام، ذهن آگاهی و مشاهده خود، عمل متعهدانه، نتیجه گیری های جلسه امروز)
ششم	تعهد(تمرین ذهن آگاهی، مرور تکالیف خانگی، تمایل، تعهد به اعمال و ارزش ها با وجود موانع، نتیجه گیری از جلسه امروز)
هفتم	مرور و تمرین(تمرین ذهن آگاهی، مرور مواد تمرینی قبل، تکالیف خانگی)
هشتم	حفظ عایدات درمانی در طول زندگی(ذهن آگاهی، تعهد، جلوگیری از عود و عقب نشینی، خداحافظی، تکالیف همیشگی)

جدول شماره ۲: میانگین و انحراف معیار پریشانی و فاجعه سازی درد در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	آزمون	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار
پریشانی	پیش آزمون	آزمایش	۱۵	۲۴/۳۳	۴/۱۱
		کنترل	۱۵	۲۶/۵۳	۴/۶۲
	پس آزمون	آزمایش	۱۵	۱۳/۳۳	۱/۲۹
		کنترل	۱۵	۲۷/۶۰	۴/۷۱
فاجعه سازی درد	پیش آزمون	آزمایش	۱۵	۴۳/۰۶	۲/۴۶
		کنترل	۱۵	۴۴/۲۶	۲/۵۲
	پس آزمون	آزمایش	۱۵	۲۵/۸۶	۲/۵۵
		کنترل	۱۵	۴۳/۲۰	۲/۹۵

جدول شماره۳: آزمون لوین برای همسانی واریانس دو گروه در پریشانی و فاجعه سازی درد

متغیر	درجه آزادی۱	درجه آزادی ۲	F	سطح معنی داری
پریشانی	۱	۲۸	۰/۹۴۶	۰/۳۳۹
فاجعه سازی درد	۱	۲۸	۰/۲۷۱	۰/۶۰۷

جدول شماره ۴: نتایج تحلیل کوواریانس بمنظور مقایسه دو گروه در متغیرهای پژوهش با کنترل اثر پیش آزمون

متغیر	مربع میانگین	F	df	معنی داری	اندازه اثر
پریشانی	۱۱۷۴/۳۳	۲۳۲/۴۵	۱	۰/۰۰۰۱	۰/۸۹

جدول شماره ۵: نتایج تحلیل کوواریانس بمنظور مقایسه دو گروه در متغیرهای پژوهش با کنترل اثر پیش آزمون

متغیر	مربع میانگین	F	df	معنی داری	اندازه اثر
فاجعه سازی درد	۱۹۲۴/۷۲	۳۹۳/۰۱	۱	۰/۰۰۰۱	۰/۹۳

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-14]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1398.8.1.1.2]

بحث ونتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر بیانگر اثر بخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پریشانی و فاجعه سازی درد، بیماران دیابتیک می باشد. یافته های این پژوهش با مطالعه های رامش و همکاران(۳۸)، توکلی و کاظمی(۳۹)و امیری و امیری(۴۰) همخوانی دارد. در تبیین اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پریشانی و فاجعه سازی درد بیماران دیابتیک می توان گفت که افراد مبتلا به افسردگی، اغلب در شناسایی هیجانات خود، پذیرش و تحمل هیجانات منفی، حمایت مشفقانه نسبت به خود به هنگام تجربه عواطف منفی و تنظیم مؤثر هیجانات خود دچار مشکل هستند (۴۱) نشان داده شده است که افراد افسرده در تنظیم هیجانات خود از راهبردهای ناسازگارانه همچون نشخوار و فاجعه سازی استفاده میکنند و فراوانی استفاده از راهبردهای مثبت در آنها محدود است (۴۲) که این منجر به تجربه شدید و طولانی مدت هیجانات منفی در آنها می شود(۴۳).

ویژگیهای روانشناختی مبتلایان به اختلال درد مزمن، پیش بینی کننده طول مدت درد و ناتوانی حاصل از آن است (۳). هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اعمال اجتناب از افکار ، احساسات، خاطره ها یا تمایلات آشفته نیست بلکه هدف در این درمان ایجاد انعطاف پذیری روانشناختی است. (۴۴) بعبارتی دیگر این درمان با کاهش اجتناب تجربی و افزایش پذیرش بر خروجی ها منجمله شدت درد تاثیر می گذارد. (۴۵). همچنین در این درمان پرورش ذهن آگاهی به منظور خنثی سازی درگیری مفرط با شناخت ها و شناسایی ارزش های شخصی مرتبط با اهداف رفتاری صورت پذیرفته و فرد تشویق می شود تا ضمن اینکه بسوی اهداف ارزشمندش حرکت کرده، با تجاربش بطور کامل و بدون مقاومت ارتباط برقرار کند وآنها را بدون قضاوت، بپذیرد. این امر باعث انگیزه برای تغییر با وجود موانع غیر قابل اجتناب می شود و شخص را در جهت تحقق اهداف ارزشمند زندگی ترغیب به تلاش می کند. این درمان دو هدف عمده دارد: الف) افزایش پذیرش افکار و احساسات غیر مفید و مشکل آفرین که قابل کنترل نیستند یا لازم نیست که کنترل شوند. ب)متعهد شدن و عمل کردن بر اساس ارزش های انتخاب شده(۴۶) .

نتیجه گیری

می توان اظهار داشت این درمان با ایجاد پذیرش و تعهد در فرد مبتلا به درد مزمن وضعیت سلامتی ادراک موضوع، شدت درد را به صورت مثبت تحت تاثیر قرار داده و با ساز و کارهایی مانند پذیرش، تعهد، افزایش ذهن آگاهی، حضور در لحظه، مشاهده گری بدون قضاوت، رویارویی و رها سازی در تلفیق با رفتار درمانی شناختی می تواند باعث کاهش علائم گردد (۴۷).

از جمله محدودیت های این پژوهش محدود بودن جامعه آماری بوده که در خصوص تعمیم نتایج به جامعه، جنسیت و سنین دیگر باید جانب احتیاط را رعایت کرد. نداشتن مرحله پیگیری محدودیت دیگر این مطالعه بوده که طول اثر درمانی مشخص نیست. پیشنهاد می شود روش مذکور با سایر روشهای درمانی مقایسه ، استفاده از سایر متغیرهای روانشناختی و سایر بیماریها مدنظر قرار گیرد. با توجه به نتایج این تحقیق استفاده از روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در کنار درمان دارویی این بیماران ، در کلینیک های درد ، بیمارستانها و مراکز دیابت جهت کنترل هر چه بیشتر حملات درد و بهبود کیفیت زندگی آنها قویا توصیه می گردد.

تشکر و قدردانی

از کلیه بیمارانی و همچنین مدیر عامل و کارکنان بیمارستان امیرالمومنین(ع) زابل که در اجرای این پژوهش با ما همکاری نموده اند، تشکر و قدردانی می شود.

تعارض منافع

هیچگونه تعارض منافع ندارد.

منابع مالی

این مقاله برگرفته از رساله مقطع دکتری در رشته روانشناسی تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد زاهدان با کد تایید۴۹۳ بوده و کلیه هزینه های آن توسط پژوهشگران تامین شده است.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-14]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1398.8.1.1.2]

References

1. Jabal AM, Taheri S, Masih S. Correlation of body mass index and chronic pain in hospital personnel. Journal of Qazvin University of Medical Sciences. 2008; 12(4): 33-8.
2. Turk DC, Monarch ES. Chronic pain. In: Kennedy P, Liewelyn S, editors. The essentials of clinical health psychology. New Jersey: John Wiley & Sons; 2006. P. 111-34.
3. Ghasemi M, Hatami M, Hasani J. The effectiveness of combination of Cognitive behavior therapy and cognitive emotion regulation strategies on mindfulness, resiliency and quality of life in patients with chronic pain. Health Psychology. 2016; 5(18): 69-86.
4. Akushevich I, Yashkin AP, Kravchenko J, Fang F, Arbeev K, Sloan F, et al. Identifying the causes of the changes in the prevalence patterns of diabetes in older US adults: a new trend partitioning approach. Journal of Diabetes and its Complications. 2018; 32(4): 362-7.
5. Serpell M. Anatomy, physiology and pharmacology of pain. Anaesthesia & Intensive Care Medicine. 2005; 6(1): 7-10.
6. Sindrup SH, Jensen TS. Efficacy of pharmacological treatments of neuropathic pain: an update and effect related to mechanism of drug action. Pain. 1999; 83(3): 389-400.
7. Decoster VA. Challenges of type 2 diabetes and role of health care social work: a neglected area of practice. Health and Social Work. 2001; 26(1): 26-37.
8. Calhoun D, Beals J, Carter EA, Mete M, Welty TK, Fabsitz RR, et al. Relationship between glycemic control and depression among American Indians in the Strong Heart Study. Journal of Diabetes and its Complications. 2010; 24(4):217-22.
9. Gonzalez JS, Safren SA, Cagliero E, Wexler DJ, Delahanty L, Wittenberg E, et al. Depression, self-care, and medication adherence in type 2 diabetes: relationships across the full range of symptom severity. Diabetes Care. 2007; 30(9): 2222-7.
10. Turner JA, Aaron LA. Pain-related catastrophizing: what is it? The Clinical Journal of Pain. 2001; 17(1): 65-71.
11. Oron Y, Reichenberg A. Personality traits predict self-referral of young male adults with musculoskeletal complaints to a general practitioner. Journal of Psychosomatic Research. 2003; 54(5): 453-6.
12. Lange K, Gorbunova A, Christ O. The influence of mindfulness on different aspects of pain perception and affective reactivity to pain-feasibility of a multimethodical approach. Mindfulness. 2012; 3(3): 209-17.
13. Schütze R, Rees C, Preece M, Schütze M. Low mindfulness predicts pain catastrophizing in a fear-avoidance model of chronic pain. Pain. 2010; 148(1): 120-7.
14. Rahmati N, Ghasami M, Ghobadi V. The mediatory roles of catastrophizing pain in explaining the relationship between chronic pain and disability. Iranian Journal of Psychiatric Nursing. 2015; 3(1): 24-36.
15. Hanley MA, Raichle K, Jensen M, Cardenas DD. Pain catastrophizing and beliefs predict changes in pain interference and psychological functioning in persons with spinal cord injury. The Journal of Pain. 2008; 9(9): 863-71.
16. Richardson EJ, Ness TJ, Doleys DM, Baños JH, Cianfrini L, Richards JS. Depressive symptoms and pain evaluations among persons with chronic pain:

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-14]
[DOR: 20.1001.1.23455020.1398.8.1.1.2]

catastrophizing, but not pain acceptance, shows significant effects. Pain. 2009; 147(1-3): 147-52.

17. Miró J, Nieto R, Huguet A. The Catalan version of the Pain Catastrophizing Scale: a useful instrument to assess catastrophic thinking in whiplash patients. The Journal of Pain. 2008; 9(5): 397-406.

18. Vervoort T, Goubert L, Eccleston C, Vandenhende M, Claeys O, Clarke J, et al. Expressive dimensions of pain catastrophizing: an observational study in adolescents with chronic pain. Pain. 2009; 146(1-2): 170-6.

19. Nicholas MK, Coulston CM, Asghari A, Malhi GS. Depressive symptoms in patients with chronic pain. Medical Journal of Australia. 2009; 190: S66-70.

20. Sullivan MJ, Feuerstein M, Gatchel R, Linton SJ, Pransky G. Integrating psychosocial and behavioral interventions to achieve optimal rehabilitation outcomes. Journal of Occupational Rehabilitation. 2005; 15(4): 475-89.

21. Koleck M, Mazaux JM, Rascle N, Bruchon-Schweitzer M. Psycho-social factors and coping strategies as predictors of chronic evolution and quality of life in patients with low back pain: a prospective study. European Journal of Pain. 2006; 10(1): 1-11.

22. Edwards R, Augustson E, Fillingim R. Differential relationships between anxiety and treatment-associated pain reduction among male and female chronic pain patients. The Clinical Journal of Pain. 2003; 19(4): 208-16.

23. Valipour M, Hosseinian S, Pourshahriari M. The effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness on children's behavioral problems. Quarterly Journal of Child Mental Health. 2018; 4(4): 34-45.

24. Feifer C, Tansman M. Promoting psychology in diabetes primary care. Professional Psychology: Research and Practice. 1999; 30(1): 14.

25. Jolly K, Chohan T, Sara J, Shakher J. Screening for anxiety and depression in type 2 diabetes. Endocrine Abstracts . 2012; 28: 221-8.

26. Rosenzweig S, Reibel DK, Greeson JM, Edman JS, Jasser SA, McMearty KD, et al. Mindfulness-based stress reduction is associated with improved glycemic control in type 2 diabetes mellitus: a pilot study. Alternative Therapies in Health and Medicine. 2007; 13(5): 36-9.

27. Osilla KC, Hepner KA, Muñoz RF, Woo S, Watkins K. Developing an integrated treatment for substance use and depression using cognitive–behavioral therapy. Journal of Substance Abuse Treatment. 2009; 37(4): 412-20.

28. Keogh E, Bond FW, Hanmer R, Tilston J. Comparing acceptance-and control-based coping instructions on the cold-pressor pain experiences of healthy men and women. European Journal of Pain. 2005; 9(5): 591-8.

29. Sugarman DE, Nich C, Carroll KM. Coping strategy use following computerized cognitive-behavioral therapy for substance use disorders. Psychology of Addictive Behaviors. 2010; 24(4): 689.

30. Zettle RD, Rains JC, Hayes SC. Processes of change in acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for depression: a mediation reanalysis of Zettle and Rains. Behavior Modification. 2011; 35(3): 265-83.

31. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-14]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1398.8.1.1.2]

commitment therapy: Model, processes and outcomes. Behaviour Research and Therapy. 2006; 44(1): 1-25.

32. Hayes SC, Pistorello J, Levin ME. Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. The Counseling Psychologist. 2012; 40(7): 976-1002.

33. Sheydayi Aghdam S, Shamseddini Lory S, Abbasi S, Yosefi S, Abdollahi S, Moradi Joo M. The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment in reducing distress and inefficient attitudes in patients with MS. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2014; 9(34): 57-66.

34. Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, Hiripi E, Mroczek DK, Normand SL, et al. Short screening scales to monitor population prevalence and trends in non-specific psychological distress. Psychological Medicine. 2002; 32(6): 959-76.

35. Yaghubi H. Psychometric properties of the 10 questions Version of the Kessler Psychological Distress Scale (K-10). Applied Psychological Research Quarterly. 2016; 6(4): 45-57.

36. Mohamadi S, Dehghani M, Heidari M, Sedaghat M, Khatibi A. The evaluation of pain-related psychological similarities among patients with musculoskeletal chronic pain and their spouses. International Journal of Behavioral Sciences. 2013; 7(1): 57-66.

37. Ghooshchian Choobmasjedi S, Moghimi J, Behnam B. Role of pain and its associated cognitive related variables in the patients with rheumatoid arthritis.

45. improving the quality of life in patients with multiple sclerosis. Journal of Clinical Psychology. 2018; 10(1): 21-8.

Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences. 2013; 18: 58-66.

38. Ramesh S, Ghazian M, Rafiepoor A, Safari A R. The mediator role of depression and anxiety in the relationship between cognitive emotional regulation and self-care in type 2 diabetes. Pajouhan Scientific Journal. 2018; 16(4): 37-45.

39. Tavakoli Z, Kazemi-Zahrani H. Effect of mindfulness-based stress reduction intervention on distress problems and self-regulation in patients with type 2 diabetes. Iranian Journal of Nursing Research. 2018; 13(2): 41-9.

40. Amiri Z. Assessment of a prediction model of depression based on disease perception and sleep quality mediated by pain catastrophizing in diabetic patients. Journal of Diabetes Nursing. 2016; 4(2): 48-58.

41. Compas BE, Jaser SS, Dunn MJ, Rodriguez EM. Coping with chronic illness in childhood and adolescence. Annual Review of Clinical Psychology. 2012; 8: 455-80.

42. Mennin DS, Ellard KK, Fresco DM, Gross JJ. United we stand: Emphasizing commonalities across cognitive-behavioral therapies. Behavior Therapy. 2013; 44(2): 234-48.

43. Austenfeld JL, Stanton AL. Coping through emotional approach: a new look at emotion, coping, and health-related outcomes. Journal of Personality. 2004; 72(6): 1335-64.

44. Parsa M, Sabahi P, Mohammadifar M. The effectiveness of acceptance and commitment group therapy to

46. Mohamadali M, Sedaghat M. The effectiveness of group acceptance and commitment therapy (ACT) on life

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-14]
[DOR: 20.1001.1.23455020.1398.8.1.1.2]

satisfaction among mothers of children with cancer. Journal of Clinical Psychology. 2017; 9(2): 29-35.

47. Eifert GH, Forsyth JP, Arch J, Espejo E, Keller M, Langer D. Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: Three case studies exemplifying a unified treatment protocol. Cognitive and Behavioral Practice. 2009; 16(4): 368-85.

48. Fructuoso M, Castro R, Oliveira L, Prata C, Morgado T. Quality of life in chronic kidney disease. Nefrología. 2011; 31(1):91-6.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-14]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1398.8.1.1.2]