

## اثربخشی آموزش پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و ناگویی هیجانی زنان مبتلا به درد مزمن

مهدیس تیلکی\*، محبوبه طاهر\*\*، آرزو مجرد\*\*\* و

بهنام جعفری ثانی\*\*\*\*

### چکیده

وجود درد در زندگی، مهم‌ترین دلیل بر هم‌زننده بهداشت روانی افراد است. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و ناگویی هیجانی زنان مبتلا به درد مزمن بود. طرح این پژوهش شبه‌آزمایشی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمامی زنان ۶۵-۱۸ ساله دارای درد مزمن مراجعه‌کننده به کلینیک‌های درمانی شهر ساری در سال ۱۳۹۵ بودند که از بین آن‌ها نمونه‌ای به حجم ۳۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد و به‌طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند و مقیاس‌های انعطاف‌پذیری شناختی (دنیس و وندروال) و ناگویی هیجانی (بگبی، پارکر و تیلور) را تکمیل کردند. گروه آزمایش طی هشت جلسه یک ساعته تحت آموزش برنامه پذیرش و تعهد قرار گرفتند، اما گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت نکردند. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره و چندمتغیره نشان داد نمرات گروه آزمایش در مقایسه با نمرات گروه کنترل در متغیر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به طور معنادار افزایش یافته است و در مؤلفه تفکر عینی ناگویی هیجانی کاهش معنادار داشته است. بنابراین، نتیجه می‌گیریم آموزش پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و ناگویی هیجانی زنان مبتلا به درد مزمن تأثیر مطلوبی دارد و می‌توان برای افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کاهش ناگویی هیجانی در زنان مبتلا به درد مزمن از این روش آموزشی استفاده کرد.

**کلیدواژه‌ها:** انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، پذیرش و تعهد، درد مزمن، ناگویی هیجانی

\* کارشناسی ارشد گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود، شاهرود، ایران  
\*\* استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود، شاهرود، ایران  
mahboobe.taher@yahoo.com

\*\*\* دانشجوی کارشناسی ارشد گروه مشاوره و علوم تربیتی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

\*\*\*\* دانشجوی دکترا گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام، ایران  
تاریخ دریافت: ۱۳۹۶-۱۱-۰۳ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷-۰۶-۲۰

### مقدمه

انجمن بین‌المللی درد<sup>۱</sup>، تعریف درد را یک تجربه حسی و روانی ناخوشایند بیان کرده‌اند که با آسیب احتمالی یا واقعی بافت در ارتباط است (سارافینو و اسمیت<sup>۲</sup>، ۲۰۱۴). در یک تقسیم‌بندی می‌توان درد را به دو دسته مزمن و حاد تقسیم کرد (ویجستینگه<sup>۳</sup>، ۲۰۰۸؛ به نقل از حقیقت، رسول‌زاده طباطبایی و زاده‌وش، ۱۳۹۱). درد مزمن وضعیتی تحلیل‌برنده است به گونه‌ای که فرد دردمند را نه تنها با فشار روانی ناشی از درد، بلکه با بسیاری از عوامل فشارآور دیگر روبرو می‌کند که بخش‌های گوناگون زندگی او را تحت تأثیر قرار می‌دهد (گچل و کسرین<sup>۴</sup>، ۲۰۰۸). به نظر می‌رسد میزان انعطاف‌پذیری روان‌شناختی<sup>۵</sup> فرد می‌تواند در میزان مقابله با درد، خصوصاً از نوع مزمن نقش داشته باشد (قرایی اردکانی، آزادفلاح و تولایی، ۱۳۹۱). پژوهش‌های قبلی از جمله ماسودا و تولی<sup>۶</sup> (۲۰۱۲) و بشارت و همکاران (۱۳۹۳) نشان داده‌اند که افراد دارای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بالاتر، سازگاری بهتری نشان می‌دهند و متعاقب آن با درد هم بهتر کنار می‌آیند.

از جمله عوامل روان‌شناختی دیگر مؤثر بر درد مزمن، ناگویی هیجانی است (تیلکی، ۱۳۹۵). ناگویی هیجانی را یک سازه شخصیتی معرفی می‌کنند که متشکل از دشواری در تشخیص احساسات، دشواری در توصیف احساسات و جهت‌گیری فکری معطوف به بیرون است. وقتی افراد مبتلا به ناگویی هیجانی در معرض یک رویداد استرس‌زا قرار می‌گیرند، به دلیل ناتوانی در پردازش شناختی در احساسات خود، دچار آشفتگی هیجانی می‌شوند. در چنین شرایطی برای مدیریت هیجان خود از مکانیسم‌های دفاعی از جمله انکار و سرکوبی استفاده کرده، احساسات خود را واپس‌رانی می‌کنند (بورسل<sup>۷</sup>، ۲۰۰۳، به نقل از وحیدی، ۱۳۹۰). فرایبرگر<sup>۸</sup> (۱۹۷۷) ناگویی هیجانی را به دو نوع اولیه و ثانویه تقسیم می‌کند. ناگویی هیجانی اولیه یک

- 
1. International Association for the Study of Pain
  2. Sarafino and Smith
  3. Wijestinghe
  4. Gatchel and Kathryn
  5. psychological flexibility
  6. Masuda and Tully
  7. Borsel
  8. Feriberger

صفت بالینی<sup>۱</sup> است که مختص افراد مستعد اختلال های روان پزشکی و روان گسیختگی است. یک ویژگی روان شناختی است که تغییری در آن رخ نمی دهد. ناگویی هیجانی ثانویه یک حالت بالینی<sup>۲</sup> در نظر گرفته می شود که نتیجه یک بیماری اولیه یا استرس است و واکنشی محسوب می شود (وانهل، ورهاق و دسمیت، ۲۰۱۰).

پژوهش های مختلف از جمله پورسلی، تولیپانی، مایلو، سیلنتی و تودارلو<sup>۳</sup>، ۲۰۰۷؛ لاملی، اسمیت و لونگو<sup>۴</sup>، ۲۰۰۲؛ لاملی، رادکلیف، مکلم، موسلی - ویلیامز، لیسن<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۵؛ مهلینگ و کراس<sup>۶</sup>، ۲۰۰۷؛ هابر، سامن، بیاسی و کارلی<sup>۷</sup>، ۲۰۰۹؛ تیلکی، ۱۳۹۵ نشان داده اند که ناگویی هیجانی با درد رابطه دارد. با توجه به بعد عاطفی درد و مشکلات عاطفی مطرح در ناگویی هیجانی، انتظار می رود که بین این عامل و درد مزمن رابطه وجود داشته باشد. شواهد نشان داده اند که ناگویی هیجانی و دشواری در شناسایی و ابراز هیجانات با بسیاری از مشکلات سلامتی فیزیکی چون بیماری و دردهای بدنی و التهابی روده (ایگلسیاس<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۱۰)، درد مزمن پشت و کمر (توزر<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۱۱)، اختلال درد بدنی (باربا<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۶) و سردردهای تنشی (گراتا<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۱) رابطه دارد.

درباره درمان های روان شناختی برای دردهای بدنی به ویژه دردهای مزمن، می توان به رفتاردرمانی، روان کاوی، پسخوراند زیستی و تن آرامی، درمان شناختی و رفتاری، خانواده درمانی، گروه درمانی و جدیدترین آن ها یعنی درمان های موج سوم شناختی - رفتاری مثل درمان پذیرش و تعهد اشاره کرد (انوری، نشاط دوست، افشار و عابدی، ۱۳۹۳؛ قرایی اردکانی، آزادفلاح و تولایی، ۱۳۹۱). پذیرش و تعهد یک جایگزین مهم برای اجتناب بر

- 
1. Clinical triat
  2. Clinical state
  3. Porcelain, Tolipani, Milo, Silent and Todarlou
  4. Lamelli, Smith and Longo
  5. Radcliffe, McLeman, Mosley-Williams, Lyson et al
  6. Mahling and Cross
  7. Haber, Samen, Bajacey and Carly
  8. Iglesias
  9. Tuzer
  10. Burba
  11. Gratta

اساس تجربه است که شامل پذیرش فعال و آگاهانه رویدادهای شخصی است که با تاریخچه فرد مرتبط می‌شوند (هیس و استروساهل<sup>۱</sup>، ۲۰۱۱). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دارای دو بخش ذهن‌آگاهی و عمل و تجربه در زمان حال است (اسموت<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۰).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای نخستین بار برای درمان دردهای جسمانی به کار گرفته شد (ترخان، ۱۳۹۶). در این درمان، اجتناب از درد و استرس را مشکل اصلی بیماران مبتلا به انواع دردها، به ویژه درد مزمن می‌داند که به ناتوانی و کاهش رضایت از زندگی می‌انجامد (قرایی‌اردکانی، آزادفلاح و تولایی، ۱۳۹۱). دهقانی (۱۳۹۴) در پژوهش خود نشان داد که درمان پذیرش و تعهد موجب ارتقاء سطح تاب‌آوری در افراد می‌شود. حر، آقایی، عابدی و عطاری (۱۳۸۹) نیز نشان دادند که روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش افسردگی در بیماران دیابتی مؤثر است. ایزدی، عسکری و نشاط‌دوست (۱۳۹۱) در پژوهش خود، اثربخشی درمان پذیرش و تعهد را در کاهش وسواس، افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی نشان دادند. حسین‌زاده، فتح‌اله‌زاده، سعادت‌ی و رستمی (۱۳۹۵) در پژوهشی اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد را در افزایش کیفیت زندگی و خودشفقتی مادران کودکان ناتوان آموزش‌پذیر نشان دادند. رست<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۱۲) نیز نشان دادند که بیماران سرطانی طی ۱۲ جلسه درمان پذیرش و تعهد به طور معناداری کاهش بیشتری را در افسردگی، ناراحتی و نگرانی نسبت به درمان شناختی رفتاری سنتی نشان دادند. ماسودا و تالی (۲۰۱۲)، گریب، اسپیتزر و فریبرگر<sup>۴</sup> (۲۰۰۹)، حسین‌زاده، فتح‌اله‌زاده، سعادت‌ی و رستمی (۱۳۹۵)، قرایی‌اردکانی، آزادفلاح و تولایی (۱۳۹۱) و شیدایی‌ا قدم و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهشی اثربخشی روش درمان پذیرش و تعهد را نشان دادند. با توجه به اهمیت اثربخشی این روش درمانی، پژوهش حاضر درصدد پاسخگویی به این سؤال بود که آیا آموزش پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و ناگویی هیجانی زنان مبتلا به درد مزمن مؤثر است؟

- 
1. Hayes and Strosahl
  2. Smout
  3. Rost
  4. Grabe, Spitzer and Freyberger

## روش

طرح پژوهش شبه آزمایشی از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری شامل تمامی زنان ۱۸-۶۵ ساله مبتلا به درد مزمن ناشی از بیماری های جسمی مراجعه کننده به کلینیک های درمانی شهر ساری در سال ۱۳۹۵ بود که از بین آنها نمونه ای به حجم ۳۰ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره جایدهی شدند و ابزار پژوهش را تکمیل کردند. سپس برای گروه آزمایش، آموزش پذیرش و تعهد با رویکردی معطوف به انعطاف پذیری روان شناختی و ناگویی هیجانی در ۸ جلسه ۱ ساعته ارائه شد، در حالیکه گروه کنترل آموزشی دریافت نکردند. پس از ۸ هفته آموزش که به صورت هفتگی و به صورت گروهی و هربار به مدت یک ساعت ارائه شد، پس آزمون اجرا شد. برای جمع آوری داده ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

**پرسشنامه انعطاف پذیری روان شناختی<sup>۱</sup>:** این مقیاس را دنیس و وندروال (۲۰۱۰) طراحی کرده اند و یک ابزار خود گزارشی ۲۰ سؤالی است که بر اساس مقیاس ۷ درجه ای لیکرت نمره گذاری می شود. سؤالات ۲، ۴، ۷، ۹، ۱۱، ۱۷، به طور معکوس نمره گذاری می شوند. اعتبار همزمان این پرسشنامه با افسردگی بک برابر با ۰/۳۹ و روایی همگرایی آن با مقیاس انعطاف پذیری شناختی مارتینو رابین ۰/۷۵ بود. در ایران شاره و همکاران (۲۰۱۳) ضریب باز آزمایی کل مقیاس را ۰/۷۱ و ضرایب آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۹۰ گزارش کردند (فاضلی، احتشامزاده و هاشمی شیخ شبانی، ۱۳۹۳). ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس در پژوهش حاضر ۰/۷۸ به دست آمد.

**مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو<sup>۲</sup>:** این مقیاس را بگبی، تایلر و پارکر<sup>۳</sup> (۱۹۹۴) ساخته اند، و یک پرسشنامه خودسنجی ۲۰ سؤالی است که برای ارزیابی ناگویی هیجانی استفاده می شود. این پرسشنامه دارای سه بعد دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تمرکز بر تجارب بیرونی است. سؤالها بر حسب طیف لیکرت ۵ درجه ای از کاملاً موافقم (۱) تا کاملاً مخالفم (۵) نمره گذاری می شوند. نمرات ۶۰ به بالا به عنوان ناگویی هیجانی بالا و

- 
1. Inventory of psychological flexibility
  2. Toronto alexithymia scale
  3. Bagby, Taylor and Parker

نمرات ۵۲ به پایین به عنوان ناگویی هیجانی پایین در نظر گرفته می‌شوند (مولرز و آلپر و ریم<sup>۱</sup>، ۲۰۱۰). اعتبار این پرسشنامه برحسب آلفای کرونباخ در نمونه ایرانی برای کل مقیاس برابر با ۰/۷۹ و برای سه بعد دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تمرکز بر تجارب بیرونی به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۱، و ۰/۶۶ گزارش شد. اعتبار کل مقیاس و ابعاد مذکور در نمونه بالینی ایرانی با استفاده از روش بازآزمایی به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۳، ۰/۶۹ و ۰/۶۵ بدست آمد (بشارت، ۱۳۸۷). در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۷۲، و خرده‌مقیاس‌های دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات، و تمرکز بر تجارب بیرونی به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۶۹، و ۰/۷۴ به‌دست آمد. در جدول زیر شرح کلی برنامه مداخله‌ای ارائه شده است.

جدول ۱: شرح کلی جلسات آموزش پذیرش و تعهد (هیز، ۲۰۰۲)

شماره	اهداف	محتوا	تغییر رفتار مورد انتظار	تکلیف
۱	آشنایی کلی با اهداف جلسات	بیان موضوع پژوهش و اهداف آن و بیان این موضوع که روی اهداف فکری شود؛ ارائه کلی مطالب آموزشی پیرامون تعهد و پذیرش و نتایج آن؛ اجرای پیش‌آزمون	-	-
۲	تمایز افکار، احساسات و خاطرات از هم	بیان اصل پذیرش و شناخت احساسات و افکار پیرامون مشکلات، آگاهی بخشی در این زمینه که افکار را به عنوان افکار، احساسات را به عنوان احساسات و خاطرات را فقط به عنوان خاطره بپذیریم.	توانایی تمییز افکار و احساسات و خاطرات از همدیگر	ارائه تکلیف پذیرش خود و احساسات ناشی از بیماری
۳	آموزش و شناخت هیجانات	آموزش و شناخت هیجانات و تفاوت آن‌ها با افکار و احساسات	فرد بتواند انواع هیجانات را بشناسد.	ارائه تکلیف اینکه چقدر خود و احساسات خود و دیگران را می‌پذیریم.
۴	آموزش ذهن آگاهی و مهارت‌های حضور در لحظه	تمرکز بر تنفس و تکنیک حضور در لحظه و توقف فکر؛ تاکید بر شناخت احساسات و افکار با نگاهی دیگر	توانایی حضور در لحظه و آگاهی از ذهن	تمرین مهارت‌های ذهن آگاهی

اثر بخشی آموزش پذیرش و تعهد بر انعطاف پذیری روان شناختی و ... ۱۵۳

شماره	اهداف	محتوا	تغییر رفتار مورد انتظار	تکلیف
۵	آموزش و پذیرش و تسلیم	آموزش و ایجاد شناخت در خصوص تفاوت بین پذیرش و تسلیم و آگاهی از اینکه آنچه نمی توانیم تغییر دهیم را بپذیریم؛ شناخت موضوع قضاوت و تشویق اعضا تا احساسات خود را قضاوت نکنند.	پذیرش اتفاقات غیر قابل تغییر و آگاهی از تفاوت پذیرش و تسلیم	ارائه این تکنیک که با ذهن- آگاه بودن در هر لحظه، از وجود احساسات خود آگاهی یابند، فقط شاهد آن‌ها باشند، ولی قضاوت نکنند.
۶	آموزش اصول تعهد در آموزش و درمان	آموزش و ارائه اصل تعهد و لزوم آن در روند آموزش و درمان و تکنیک توجه انتخابی برای آرامش بیشتر در خصوص هجوم افکار خودآیند منفی	کسب تعهد در روند آموزش و درمان	تمرین مهارت توجه انتخابی
۷	شناسایی مسائل حل نشده و حل آن‌ها	ارائه بازخورد و جستجوی مسائل حل نشده؛ شناسایی طرح‌های رفتاری در خصوص امور پذیرفته شده و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها؛ ایجاد توانایی انتخاب عمل در بین گزینه‌های مختلف، به گونه‌ای که مناسب‌تر باشد نه عملی‌تر	ایجاد تعهد برای عمل و توانایی انتخاب عمل در بین گزینه‌ها	نوشتن یک مورد انتخاب مؤثر در طول هفته
۸	جمع‌بندی و ختم جلسات	اخذ تعهد از اعضا جهت انجام تکالیف پس از پایان دوره؛ ارائه بازخورد به اعضای گروه؛ اجرای پس‌آزمون	انتقال آموزش‌ها به زندگی	

یافته‌ها

پس از جمع‌آوری اطلاعات مشخص شد که سن ۲۵/۶۶ درصد شرکت‌کنندگان بین ۳۰-۱۵ سال، ۳۶/۶۶ درصد بین ۴۵-۳۰ سال، ۲۳/۱۳۳ درصد بین ۶۰-۴۵ سال و ۱۳/۱۳۳ درصد بین ۷۵-۶۰ سال بود. در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گزارش داده شده است.

جدول ۲: شاخص‌های آماری متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و

پس‌آزمون

متغیر وابسته	آزمایش		کنترل	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
انعطاف‌پذیری	۳۲/۴۰	۸/۶۵	۴۲/۸۷	۱۰/۹۲
روان‌شناختی	۴۴/۷۳	۹/۷۸	۴۳/۸۰	۱۱/۱۹
ناگویی هیجانی	۱۷/۶۷	۷/۷۹	۱۹/۱۳	۹/۱۷
	۷/۲۷	۲/۵۲	۱۷/۵۳	۵/۱۷

در این پژوهش از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده شد. برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات از آزمون کالموگروف اسمیرنف استفاده شد. نتایج نشان داد که پیش فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها برقرار است ( $P > 0/01$ ). برای رعایت پیش فرض‌های آزمون کوواریانس از آزمون لون استفاده شد که نتیجه آن در جدول ۳ ارائه شده است. با توجه به میزان  $F$  مشاهده شده هیچ کدام از مؤلفه‌ها معنادار نیست ( $P > 0/01$ )، یعنی نمرات گروه‌های پژوهش در پس آزمون متغیرهای وابسته دارای واریانس همگن هستند. به این ترتیب شرط دیگر اجرای آزمون کوواریانس برقرار است.

جدول ۳: نتایج آزمون لون جهت بررسی همگنی واریانس‌ها

متغیرها	مقدار $F$	$df_1$	$df_2$	سطح معناداری
انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	۵/۲۵۳	۱	۲۸	۰/۳۰
ناگویی هیجانی	۵/۰۴۷	۱	۲۸	۰/۳۳

نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای بررسی آموزش پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری در جدول ۴ گزارش شده است که بین میانگین نمرات پس‌آزمون انعطاف‌پذیری روان‌شناختی دو گروه پس از حذف اثر پیش‌آزمون تفاوت معنادار وجود دارد ( $p < 0/01$ ) و  $10/944$  ( $F=$ ). از این رو می‌توان نتیجه گرفت آموزش پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی زنان مبتلا به درد مزمن تأثیر دارد. مقدار مجذور اتا برابر  $0/288$  است. بدین معنا که آموزش پذیرش و تعهد باعث  $28/8$  درصد تغییر نمره‌های انعطاف‌پذیری روان‌شناختی زنان شده است.

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری جهت بررسی اثربخشی آموزش پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی زنان مبتلا به درد مزمن

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	$F$	سطح معناداری	اندازه اثر
پیش‌آزمون	۲۰۶/۸۷۷	۱	۲۰۶/۸۷۷	۲/۱۵۴	۰/۱۵۴	۰/۰۷۴
انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	۱۰۵۱/۰۴۶	۱	۱۰۵۱/۰۴۶	۱۰/۹۴۴	۰/۰۰۳	۰/۲۸۸
خطا	۲۵۹۳/۱۲۳	۲۷	۹۶/۰۴۲			
مجموع	۲۵۹۳/۱۲۳	۳۰				

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری در جدول ۵ ارائه شده است. همان‌گونه که در جدول ۵



مشاهده می‌شود در نمره‌های پس‌آزمون مؤلفه‌های ناگویی هیجانی، بین گروه و گروه کنترل از نظر دشواری در شناسایی احساسات ( $p > 0/05$  و  $F = 4/178$ ) و دشواری در توصیف احساسات ( $p > 0/01$  و  $F = 2/992$ ) تفاوت معناداری وجود ندارد، ولی بین میانگین نمرات پس‌آزمون تفکر عینی بعد از حذف اثر پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ( $p < 0/01$  و  $F = 10/458$ ). به عبارت دیگر مداخله آموزش پذیرش و تعهد بر تفکر عینی تأثیر داشت. جدول ۵: نتایج تحلیل کواریانس برای مقایسه میانگین نمرات پس‌آزمون مؤلفه‌های ناگویی هیجانی در دو گروه

متغیر وابسته	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	توان
دشواری در شناسایی احساسات	گروه	۵۰/۹۰۲	۱	۵۰/۹۰۲	۴/۱۷۸	۰/۰۵۲	۰/۱۴۸
دشواری در توصیف احساسات	گروه	۴۸/۳۹۶	۱	۴۸/۳۹۶	۲/۹۹۲	۰/۰۹۷	۰/۱۱۱
تفکر عینی	گروه	۷۹/۳۹۱	۱	۷۹/۳۹۱	۱۰/۴۵۸	۰/۰۰۴	۰/۳۰۴

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی آموزش پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و ناگویی هیجانی زنان مبتلا به درد مزمن انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که آموزش پذیرش و تعهد موجب بهبود میزان انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و ناگویی هیجانی در زنان مبتلا به درد مزمن می‌شود. نتایج این یافته با یافته‌های ماسودا و تالی (۲۰۱۲) که نشان دادند انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌تواند فکر و رفتار فرد را در پاسخ به تغییرات شرایط محیطی سازگار کند و با نتایج پژوهش‌های دهقانی (۱۳۹۴)، حر، آقایی، عابدی و عطاری (۱۳۸۹)، ایزدی، عسکری و نشاط‌دوست (۱۳۹۱) همسو است. در تبیین فرضیه حاضر می‌توان گفت درد می‌تواند جهانی‌ترین نوع استرس، عمومی‌ترین فشار روانی باشد که با آن مواجه می‌شویم و با وجود امکانات دارویی بسیار، اجتناب از درد اجتناب‌ناپذیر است. به نظر می‌رسد نه تنها برای کاستن از میزان درد بدنی نیازمند کمک هستند، بلکه از نظر روان‌شناختی نیز نیازمند ارائه راهبردهایی

برای کاستن از میزان فشارهای عصبی و روانی بوده تا انعطاف‌پذیری آن‌ها بیشتر شود. از جمله این راهبردها، آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد است. در آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد تلاش می‌کنیم تا نحوه ارتباط شخص با افکارش را عوض کنیم؛ آن هم به وسیله ایجاد ساختاری که در آن کارکردهای نامطلوب افکار کاهش می‌یابد.

به موازات انجام درمان‌های زیستی- پزشکی و کنترل دروازه‌ای درد و پا برجا ماندن درد، محققان درصدد تبیین الگوی دیگری برای فهم بیشتر درد مزمن برآمدند. در این الگو بین بیماری و حالت بیمار بودن تفاوت وجود دارد. عوامل روان‌شناختی یعنی افکار، باورها، طرحواره‌ها و احساسات درونی افراد که بر نشانه‌های فیزیولوژیک و واکنش به آن‌ها تأثیر می‌گذارند و عوامل اجتماعی نیز همان محیط بیرونی (خانوادگی و اجتماعی) افراد هستند که بر پاسخ‌های رفتاری و نحوه واکنش به درد مزمن اثر می‌گذارند. بنابراین، به نظر می‌رسد در کنار درمان دارویی، درمان روان‌شناختی نیز برای بالا بردن میزان انعطاف‌پذیری مفید است. از آنجایی که این درمان نوعی رفتاردرمانی مبتنی بر توجه آگاهی است و درمان ترکیبی از استعاره، جمله‌های متناقض و مهارت‌های توجه‌افزایی و طیف گسترده‌ای از تمرین‌های مبتنی بر تجربه و مداخلات رفتاری بوده و نیز اثر بخشی آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در طیف گسترده‌ای از بیماری‌های روانی و جسمی نظیر افسردگی، اختلال وسواس فکری عملی، استرس محیط شغلی، استرس سرطان در مراحل پایانی، درد مزمن، مدیریت رفتار در دیابت، اضطراب، اختلال استرس پس از سانحه، کم‌اشتهایی روانی، مصرف هروئین و حتی اسکیزوفرنی معلوم شده است. به طور قطع می‌تواند اثرات مؤثر و مفیدی در کنار درمان‌های دارویی بر بیماران داشته باشد.

همچنین نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان داد آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود ناگویی هیجانی بیماران مبتلا به درد مزمن اثربخش است. نتایج این یافته با یافته‌های گریب، اسپیتزر و فریبرگر (۲۰۰۹) که نشان دادند جنبه‌های دشواری در شناسایی احساسات هیجانی با ابعاد آسیب‌شناختی روانی مرتبط است، اما جنبه‌های دیگر آن نقشی در این زمینه ندارد. بشارت و همکاران (بشارت، ۱۳۹۳) که نشان دادند که ناگویی هیجانی، خشم و نشخوار خشم با سبک دفاعی رشدیافته رابطه منفی معنادار و با سبک دفاعی رشدنا یافته رابطه مثبت معنادار داشتند. نتایج پژوهش قرایی اردکانی و همکاران (۱۳۹۱) نشان داد که

آموزش مبتنی بر تعهد و پذیرش در کاهش تجربه درد در زنان مبتلا به سر درد مزمن مؤثر بوده است. شیدایی اقدم و همکاران (۱۳۹۳) نشان دادند آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افکار ناکارآمد و پریشانی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مؤثر است، و با نتایج پژوهش های حسین زاده، فتح اله زاده، سعادت و رستمی (۱۳۹۵) همسو است. در تبیین نتیجه حاضر می توان گفت فرد هنگامی که دچار بیماری حاد است، شاید بتواند دوره اتمام درد را پیش بینی کند، مثلاً انتظار می رود درد ناشی از شکستگی اعضاء، به تدریج با التیام آن فروکش کند؛ اما هنگامی که درد، با وجود انجام اقداماتی برای تسکین آن، ماه ها یا حتی سال ها ادامه می یابد، بیمار مبتلا به درد مزمن، ممکن است بسیار دل سرد شود. چنین دردی ممکن است به افسردگی و احساس یأس منجر شود. افراد مبتلا به درد مزمن، نسبت به مسائل جسمانی خود، اشتغال خاطر پیدا می کنند، احساس وابستگی ایجاد می شود و دچار افسردگی شدید می شوند. ممکن است دچار مشکلاتی نظیر دشواری در شناسایی احساسات و تمایز میان آن ها و حساسیت های بدنی ناشی از برانگیختگی هیجانی، دشواری در توصیف احساسات برای دیگران، قدرت تجسم محدود و تفکر عینی شوند.

از محدودیت های پژوهش حاضر محدود بودن جامعه آماری به زنان مبتلا به درد مزمن شهر ساری و عدم امکان پیگیری به دلیل کمبود وقت و هزینه بود. بنابراین، پیشنهاد می شود این پژوهش در سایر شهرها و بر روی مردان نیز اجرا شود و مطالعات پیگیرانه برای ماندگاری اثر درمانی انجام شود. همچنین پیشنهاد می شود برای افراد مبتلا به درد مزمن به منظور بهبود ابعاد مختلف روان شناختی از آموزش پذیرش و تعهد استفاده شود.

#### قدردانی

از تمامی شرکت کنندگان در پژوهش و مراکز و کلینیک هایی که در اجرای پژوهش همکاری کردند، نهایت تشکر و قدردانی را داریم.

## منابع

- انوری، محمدحسن، ابراهیمی، امراله، نشاط دوست، حمیدطاهر، افشار، حمید و عابدی، احمد (۱۳۹۳). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر پذیرش درد، اضطراب درد بیماران مرد مبتلا به درد مزمن. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اصفهان*، ۳۲(۲۹۵): ۱۰-۱.
- ایزدی، راضیه، عسگری، کریم، نشاط دوست، حمیدطاهر و عابدی، محمدرضا (۱۳۹۱). گزارش موردی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فراوانی و شدت نشانه‌های اختلال وسواسی-جبری. *مجله تحقیقات علوم پزشکی زاهدان*، ۲۰: ۲۶-۱.
- بشارت، محمدعلی (۱۳۸۷). رابطه بین آلکسی‌تیمیا با سبک‌های دفاعی ایگو. *مجله یافته‌های سلامت روان*، ۱۰: ۱۹۰-۱۸۱.
- بشارت، محمدعلی، گرانمایه پور، شیوا، پورنقدعلی، علی، افقی، زهرا، حبیب نژاد، محمد و آقای ثابت، سیده سارا (۱۳۹۳). رابطه ناگویی هیجانی و مشکلات بین شخصی: نقش تعدیل کننده سبک‌های دل‌بستگی. *مجله روان‌شناسی معاصر*، ۹(۱): ۱۶-۳.
- ترخان، مرتضی. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجان و معناداری زندگی زنان افسرده. *مطالعات روان‌شناختی*، ۱۳(۳): ۱۶۵-۱۴۷.
- تیلکی، مهدیس (۱۳۹۵). *اثربخشی آموزش پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، و ناگویی هیجانی زنان مبتلا به درد مزمن*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود.
- حر، مریم، آقای، اصغر، عابدی، احمد و عطاری، عباس (۱۳۸۹). نقش روش درمانی پذیرش و تعهد درمانی در کاهش افسردگی بیماران دیابتی نوع ۲. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۱(۲): ۱۳-۱.
- حقیقت، فرشته، رسول‌زاده طباطبایی، کاظم و زاده‌وش، سمیه (۱۳۹۱). تأثیر درد بر جنبه‌های مختلف زندگی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس. *مطالعات روان‌شناختی*، ۸(۱): ۱۱۵-۹۵.
- دهقانی، هانیه (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری مادران دارای فرزند با اختلال یادگیری. *اولین کنگره علمی پژوهشی توسعه علوم تربیتی و روان‌شناسی، جامعه‌شناسی و اجتماعی ایران*. تهران، انجمن علمی توسعه علوم و فنون بنیادین.
- شیدایی اقدم، شوان، شمس‌الدینی لری، سلوی، عباسی، سمیه، یوسفی، سارا، عبداللهی، صفیه و مرادی‌جو، محمد (۱۳۹۳). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش

پیشانی و نگرش های ناکارآمد در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. *اندیشه و رفتار*، ۹(۳۴): ۶۸-۵۷.

فاضلی، مژگان، احتشامزاده، پروین و هاشمی شیخ شبانی، اسماعیل (۱۳۹۳). اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری بر انعطاف پذیری شناختی افراد افسرده. *اندیشه و رفتار*، ۹(۳۴): ۳۸-۲۷. قرایی اردکانی، شایسته، آزادفلاح، پرویز و تولایی، سیدعباس (۱۳۹۱). اثر بخشی رویکرد پذیرش و تعهد درمانی در کاهش شدت تجربه درد در زنان مبتلا به اختلال سردرد مزمن. *مجله روان شناسی بالینی*، ۲(۱۴): ۵۰-۳۹.

کریمی، سمیه، مصری پور، شیما، آقای، اصغر و معروفی، محسن (۱۳۹۲). مقایسه بخشودگی و مؤلفه های آن و سلامت روانی در زوجین عادی و در شرف طلاق شهر اصفهان. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۱(۴): ۲۶۰-۲۵۲.

نایب حسینزاده، سپیده، فتح الهزاده، نوشین، سعادت، نادره و رستمی، مهدی (۱۳۹۵). اثر بخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش کیفیت زندگی و خود شفقتی مادران کودکان ناتوان آموزش پذیر. *مطالعات روان شناختی*، ۱۲(۳): ۱۲۴-۱۰۳.

وحیدی، زهره (۱۳۹۱). مقایسه آلکسی تایمی، تکانشوری و فعال سازی و بازداری رفتاری در دانشجویان دارای نشانه های اختلال شخصیت وسواسی و پارانوئید. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه محقق اردبیلی.

Anvari, M.H., Ebrahimi, E., Neshatdost, H.T., Afshar, H. and Abedi, A. (2014). The effectiveness of group therapy on acceptance and commitment on accepting pain, anxiety, and related pain and pain intensity in patients with chronic pain. *Journal of Isfahan University of Medical Sciences*, 32(295): 1-10(Text in Persian).

Bagby, R.M., Taylor, G.J. and Parker, J.D. (1994). The Twenty-item Toronto Alexithymia Scale: II. Convergent, Discriminant, and Concurrent Validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38 (1): 33-40.

Besharat, M.A. (2008). The relationship between alexithymia and ego's defensive styles. *Journal of Mental Health Findings*, 10: 181-190. (Text in Persian).

Besharat, M.A., Geranmayepor, Sh., Pornagdali, A., Ofogi, Z., Habibnejad, M. and Aghaeisabet, S.S. (2014). Relation between emotional anxiety and interpersonal problems: The role of moderating attachment styles. *Journal of Contemporary Psychology*, 9(1): 3-16. (Text in Persian).

Burba, B., Oswald, R., Grigaliunien, V., Neverauskiene, S., Jankuviene, O. and Chue, P. (2006). A controlled study of alexithymia in adolescent patients with persistent somatoform pain disorder. *Canadian Journal Psychiatry*, 51(7): 71-468.

Dehgani, H. (2015). *The effect of acceptance and commitment therapy on Rescuing*

*Mothers with Children with Learning Disabilities*. The first scientific-research congress of the research and development of education and psychology, sociology and social science of Iran. Tehran, Scientific Society for the Development and Promotion of Basic Sciences and Techniques. (Text in Persian).

- Fazeli, M., Ehteshamzade, P. and Hashemi Sheykh Shabani, E. (2014). The effect of cognitive-behavioral therapy on the cognitive flexibility of depressed people. *Thought and Behavior*, 9(34): 27-38. (Text in Persian).
- Gatchel, R. J. and Kathryn, H. R. (2008). Evidence-informed management of chronic low back pain with cognitive behavioral therapy. *Journal The Spine*. 8(1): 40-44.
- Gharaei Ardakani, Sh., Azad Falah, P. and Tolaei, S.A. (2012). The effectiveness of acceptance approach and treatment commitment in experience in women with chronic headache disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 2(14): 39-50. (Text in Persian).
- Grabe, H., Spitzer, C. and Freyberger, H.J. (2009). Alexithymia and personality in relation to dimensions of psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 161(7): 1299- 301.
- Gratta, M., Canetta, E., Zordan, M., Spoto, A., Ferruzza, E. and Manco, I. (2011). Alexithymia in juvenile headache sufferers: A pilot study. *Journal of Headache and Pain*. 12(1): 71- 80.
- Hagigat, F., Rasolzade Tabatabaei K. and Zadhosh, S. (2012). The effect of pain on various aspects of life in patients with multiple sclerosis. *Psychological studies*, 8(1): 95-115(Text in Persian).
- Hayes, S.C. and Strosahl, K.D. (2010). A practical guide to acceptance and commitment therapy. New York: Springer Press.
- Hor, M., Aghaei, A., Abedi, A. and Atari, A. (2000). The role of admission therapy and therapeutic commitment in reducing depression in type 2 diabetic patients. *Journal of Psychiatry and Clinical Psychology of Iran*, 11(2): 1-13. (Text in Persian).
- Iglesias, M., Barreiro, M., Vazquez, I., Nieto, L., Martinez, I. and Seoane, M. (2010). Prevalence of alexithymia in inflammatory bowel disease: Relationship with sociodemographic and clinical parameters. *Gastroenterology*, 138(5): 194-202.
- Izadi, R., Asgari, K., Neshatdost, H.T. and Abedi, M.R. (2012). A case report on the effect of acceptance and commitment therapy on the frequency and severity of obsessive-compulsive disorder symptoms. *Zahedan Journal of Medical Sciences*, 20: 1-26(Text in Persian).
- Karimi, S., Mesripor, Sh., Aghaei, A. and Marofi, M. (2013). Comparison of forgiveness and its components and mental health in normal and divorced

- couples in Isfahan. *Journal of Behavioral Sciences Research*, 11(4): 252-260. (Text in Persian).
- Kojjima, M. (2012). Alexithymia as a prognostic risk factor for health problem: a brief review of epidemiological studies. *Biopsychosocial Medicine*. 6(21): 1-9.
- Masuda, A. and Tully, E.C. (2012). The role of mindfulness and psychological flexibility in somatization, depression, anxiety, and general psychological distress in a nonclinical college sample. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*. 17(1): 66- 71.
- Muller, J., Alpers, G.W. and Reim, N. (2010). Abnormal attentional bias in alexithymia. *Journal of Psychosom Research*, 56(6): 617-621.
- Nayeb Hoseynzade, S., Fatholahzade, N., Saeadati, N. and Rostami, M. (2016). The effectiveness of admissions and commitment- based education in improving quality of life and self- detachment of mothers of educable disabled children. *Psychological studies*, 12(3): 103-124. (Text in Persian).
- Rost, A.D., Wilson, K., Buchanan, E., Hildebrandt, M. and Mutch, D. (2012). Improving psychological adjustment among late-stage ovarian cancer patients: examining the role of avoidance in treatment. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(4): 508-517.
- Sarafino, E. P. and Smith, T. W. (2014). *Health Psychology: Bio psychosocial Interactions*, 8th Edition. Wiley Publication.
- Sheydaei Aghdam. Sh., Shamsadini Lori, S., Abasi, S., Yousefi, S., Abdollahi, S. and Moradijo, M. (2014). The effect of acceptance and commitment- based therapy on disorder reduction and ineffective approaches in patients with multiple sclerosis. *Thought and Behavior*, 9(34): 57-68. (Text in Persian).
- Smakhani Akbarinezhad, H., Etemadi, A. and Nasirnejad, F. (2014). The effectiveness of group- based therapeutic reality on women's anxiety. *Psychological studies*, 10(2): 73-87. (Text in Persian).
- Smout, M.F., Longo, M., Harrison, S., Minniti, R., Wickes, W. and White, J.M. (2010). Psychosocial treatment for methamphetamine use disorders: A preliminary randomized controlled trial of cognitive behavior therapy and acceptance and commitment therapy. *Substance Abuse*. 312(2): 98- 107.
- Tarkhan, M. (2017). The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on emotion regulation and life meaning of depressed women. *Psychological Studies*, 13(3): 147-165. (Text in Persian).
- Tilaki, M. (2016). *The effectiveness of acceptance training and commitment on resilience, psychological flexibility, and emotional neurosis in women with chronic pain*. Master's thesis of psychology. Islamic Azad University of Shahrood Branch(Text in Persian).
- Tuzer, V., Dogan Bulut, S., Bastug, B., Kayalar, G., Goka, E. and Bestepe, E. (2011). Causal attributions and alexithymia in female patients with fibromyalgia

- or chronic low back pain. *Nordic Journal Psychology*, 65(2): 138-144.
- Vahidi, Z. (2012). *Comparison of alexithymia, impulsivity, and activation and inhibition of behavior in students with obsessive- characteristic paranoid symptoms*. Master's Thesis. Ardebil University Researcher (Text in Persian).
- Vanheule, S., Verhaeghe, P. and Desmet, M. (2010). The observer alexithymia scale: a reliable and valid alternative for alexithymia measurement? *Journal of Personality Assessment*, 92(2): 175-185.



Abstracts .....

Psychological Studies  
Faculty of Education and Psychology,  
Alzahra University

Vol.14, No.3  
Autumn 2018

---

**Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy on  
Psychological Flexibility and Alexithymia of Women with  
Chronic Pain**

---

Mahdis Tilaki\* , Mahboobe Taher\*\* , Arezoo Mojarrad \*\*\*and

Behnam Jafari Sani\*\*\*\*

**Abstract**

Pain in one's life is the most important reasons for disrupting one's mental health. The aim of this study was efficacy of acceptance and commitment therapy on psychological flexibility and alexithymia of women with chronic pain. The research design was quasi-experimental with pre-posttest and control group. Statistic population was women from age 18- 65 years- old with chronic pain that were referred to health clinics in Sari in 2016 year. 30 patients were selected by convenience sampling method and assigned to experimental and control groups randomly. The sample group completed cognitive flexibility (Dennis & Vendral), and alexithymia (Bagbi, Parcker & Taylor). For experimental group, acceptance and commitment therapy was executed at 8 weekly sessions in 60 minutes whereas control groups have any therapy. Result of analysis of univariate and multivariate of covariance indicated scores of flexibility has increase in experimental group and alexithymia has decrease in experimental group compared with the control group scores. Therefore, we conclude acceptance and commitment therapy have favorable affected on psychological flexibility and alexithymia in patient with chronic pain. And this method can be used to increase the

---

\* Masters Department of Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University of Shahrood, Shahrood, Iran

\*\* Assistant Professor Department of Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University of Shahrood, Shahrood, Iran

\*\*\* Masters student Department of Counseling and Educational Sciences, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University scholar Ardabil, Iran

\*\*\*\* PhD student, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University Torbat Jam, Iran

received: 2017-06-01                      accepted: 2018-09-11

DOI: 10.22051/psy.2018.15798.1433

..... Psychological Studies Vol.14 , No.3, Autumn 2018

psychological flexibility and reduce alexithymia in women with chronic pain.

**Keywords:**

*Acceptance and commitment, alexithymia, chronic pain, psychological flexibility*