رویش روان شناسی، سال۱۴، شماره ۶، شماره پیاپی ۱۱۱، شهریور ۱۴۰۴
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),14(6), 2025

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش درد و کفایت اجتماعی بیماران مبتلا به سندرم فیبرومیالژیا

The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Pain Reduction and Social Adequacy in Patients with Fibromyalgia Syndrome

آزاده گودرزی
دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاداسلامی، رودهن، ایران.
دکتر حسین ابراهیمی مقدم (نویسنده مسئول)
دانشیار، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاداسلامی، رودهن، ایران.
دکتر سیروس مومن زاده
استاد، گروه پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

چکیده

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش درد و کفایت اجتماعی بیماران مبتلا به سندرم فیبرومیالژیا بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک فوق تخصصی درد دکتر سیروس مومن‌زاده از خرداد ۱۴۰۲ تا بهمن ۱۴۰۲ بودند. نمونه پژوهش شامل ۲۴ نفر از این افراد بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگذاری شدند. ابزارهای این پژوهش شامل پرسشنامه تجدیدنظر شده درد مگ کیل (۲۰۰۹، MPQ) و پرسشنامه کفایت اجتماعی برمستر و همکاران (۱۹۹۸، SCQ) بود. گروه آزمایش ۸ جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کردند. داده‌ها به روش تحلیل کوواریانس چند متغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان داد که با کنترل اثر پیش آزمون بین میانگین پس‌آزمون شدت درد و کفایت اجتماعی در دو گروه تفاوت معناداری در سطح P<۰/۰۰۱ وجود داشت. این نتایج بیان می‌کند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک روش روان‌درمانی مناسب برای کاهش شدت درد و بهبود کفایت اجتماعی بیماران مبتلا به سندرم فیبرومیالژیا است.

واژه‌های کلیدی: *کفایت اجتماعی، درد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، فیبرومیالژیا.*

Azadeh Goodarzi
PhD. Student in Psychology, Department Of Psychology, Rudehen Branch, Islamic Azad University, Rudehen, Iran.
Dr. Hossein Ebrahimi Moghadam *
Associate Professor, Department Of Psychology, Rudehen Branch, Islamic Azad University, Rudehen, Iran. *ebrahimimoghadamhosseinn@gmail.com*
Dr. Cyrus Momenzadeh
Professor, Department of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Abstract

The purpose of this study was to determine the Effectiveness of acceptance and commitment therapy on pain reduction and social Adequacy in patients with fibromyalgia syndrome .The research method was semi-experimental with a pre-tested and post-tested design control group. The statistical population of the research included patients who were referred to Dr. Cyrus Momenzadeh's subspecialty pain clinic from May 2023 to January 2024. The research sample consisted of 24 of these people who were selected by purposeful sampling and were randomly divided into two experimental and control groups. The tools of this research included the McGill Pain Questionnaire (MPQ, 2009) and the Buhrmester et al Social Adequacy Questionnaire (SAQ, 1998). The experimental group received 8 sessions of an acceptance and commitment therapy treatment. Data analysis was done by multivariate analysis of variance (MANCOVA). The findings showed that by controlling the pre-test effect, there was a significant difference at the 0.001 level between the post-test mean of pain intensity and social Adequacy in the two experimental and control groups. These results state that acceptance and commitment therapy is a suitable psychotherapy method to reduce pain intensity and improve social adequacy in patients with fibromyalgia syndrome.

Keywords*: Social Adequacy, Pain, Acceptance and Commitment Therapy, Fibromyalgia.*

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت : آذر۱۴۰۳** **پذیرش: آذر ۱۴۰۳** **ویرایش نهایی: شهریور ۱۴۰۴**

مقدمه

فیبرومیالژیا[1] سندرمی است که با درد مزمن عضلانی گسترده بدون شواهدی از التهاب در نواحی دردناک مشخص می‌شود، در واقع این سندرم، یک بیمار روماتیسمی بدون تغییر شکل است (کلاو[2] و همکاران، ۲۰۲۴). فیبرومیالژیا باعث درد گسترده مزمن، همراه با خستگی، بیدار شدن بدون حالت شادابی و علائم شناختی می‌شود (جانقربان، ۱۴۰۱). علائم دیگر آن می‌تواند شامل سردرد، گرفتگی یا درد در قسمت پایین شکم و افسردگی باشند. این بیماری حدود ۲/۵ درصد از جمعیت جهان را تحت تأثیر قرار می‌دهد و معمولا در زنان بین ۳۰ تا ۵۰ سال بیشتر از مردان رخ می‌دهد (لی[3] و همکاران، ۲۰۲۴). افراد مبتلا به فیبرومیالژیا به طور کلی هزینه‌های مراقبت‌های سلامت و نرخ استفاده‌ی بالاتری از خدمات دارند. فیبرومیالژیا باعث بار اقتصادی قابل توجهی بر سیستم‌های مراقبت‌های سلامت می‌شود (بادیوا[4] و همکاران، ۲۰۲۴). این بیماری در ابتدا به عنوان یک بیماری التهابی اسکلتی - عضلانی طبقه‌بندی شد، اما هیچ نشانگر التهابی برای فیبرومیالژیا وجود ندارد و اکنون نشان داده شده‌است که این بیماری بر سیستم عصبی مرکزی تأثیر می‌گذارد (اکبرزاده و همکاران، ۱۴۰۱). علت فیبرومیالژیا ناشناخته است، اما اعتقاد بر این است که ترکیبی از عوامل ژنتیکی و محیطی باعث ایجاد آن می‌شوند. عوامل محیطی ممکن است شامل استرس روانی، تروما و برخی عفونت‌ها باشند (دی کارلو[5] و همکاران، ۲۰۲۴). اگرچه فیبرومیالژیا به‌خودی‌خود کشنده نیست، اما درد مزمن فیبرومیالژیا فراگیر و پایدار است. اکثر افراد مبتلا به فیبرومیالژیا گزارش می‌دهند که علائم آن‌ها با گذشت زمان بهبود نمی‌یابند. با این حال، اکثر بیماران یاد می‌گیرند که با گذشت زمان خود را با علائم سازگار کنند (بادیوا و همکاران، ۲۰۲۴).

درد[6]، برجسته‌ترین نشانه فیبرومیالژیا بشمار می‌رود (استین[7] و همکاران، ۲۰۲۴). علائم بیماری فیبرومیالژیا به‌صورت درد منتشر و مزمن در قسمت‌های مختلف بدن قابلیت جابه‌جایی داشته و شدت آن نیز متغیر است. برای بسیاری از بیماران، این علائم سال‌ها ادامه دارد و منجر به استفاده مکرر از مراقبت‌های بهداشتی می‌شود (گیورگی[8] و همکاران، ۲۰۲۴). درد گسترده در این بیماران به صورت درد، احساس سوزش یا درد تیز و کوبنده می‌باشد. این بیماران نسبت به درد بسیار حساس هستند و کوچکترین لمس می‌تواند باعث درد در آن‌ها شود. همچنین، هنگامی که بیمار دچار درد می‌شود، درد برای مدت طولانی‌تری باقی می‌ماند (کلاو و همکاران، ۲۰۲۴). فیبرومیالژیا را می‌توان به عنوان یک وضعیت درد نوسی‌پلاستیک[9] در نظر گرفت. درد نوسی‌پلاستیک در اثر تغییر عملکرد مسیرهای حسی مرتبط با درد در محیط و سیستم عصبی مرکزی ایجاد شده که منجر به افزایش حساسیت می‌شود. درد نوسی‌پلاستیک معمولاً به عنوان «سندرم درد نوسی‌پلاستیک» شناخته می‌شود زیرا با علائم دیگر همچون خستگی، اختلال خواب، اختلال شناختی، حساسیت بیش از حد به محرک‌های محیطی، اضطراب و افسردگی همراه است. درد نوسی‌پلاستیک به دلیل افزایش پردازش محرک‌های درد یاکاهش سرکوب محرک‌های درد در چندین سطح در سیستم عصبی یا هر دو ایجاد می‌شود (یو و کیم[10]، ۲۰۲۴)

همچون سایر بیماران مبتلا به درد مزمن، بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا نیز علاوه بر تحمل درد و نگرانی اغلب با محدودیت‌های فردی و اجتماعی مواجه می‌شوند که در برخورد با این موانع معمولا دچار تعارض، احساس بی‌کفایتی و ناکامی می‌شوند (لوسینی[11] و همکاران، ۲۰۲۴). کفایت اجتماعی[12] توانایی عملکرد انسان در اجرای استقلال شخصی و مسئولیت پذیری اجتماعی است. احساسکفایت تعیین می‌کند که افراد برای انجام فعالیت‌ها، باید وظایف یا نقش‌های خاص انجام دهند تا مسئولیت‌های حرفه‌ای خود را به طور موثر انجام دهند (یو[13] و همکاران، ۲۰۲۴). عوارض و مشکلات ناشی از فیبرومیالژیا باعث گوشه‌گیری و اختلال در عملکرد اجتماعی و شغلی افراد می‌شود و از این طریق بر کفایت اجتماعی آن‌ها تاثیر منفی می‌گذارد. چنانچه بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا بتوانند جریان اجتماعی رشد را به

1. fibromyalgia
2. Clauw
3 .Lee
4. Badaeva
5. Di Carlo
6. Pain
7. Steen
8. Giorgi
9. nociplastic
10. Yoo, Kim
11. Lucini
12. Social Adequacy
13. You

درستی طی نموده و نیازها یخود را با نیازهای جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کنند همسو نمایند، به نوعی به احساس کفایت اجتماعی رسیده و تا اندازه‌ای از عوارض روانشناختی ناشی از بیماری رهایی یابند (فرناندز – گومز[1] و همکاران، ۲۰۲۴).

هر چند درمان‌های مختلف دارویی برای درمان بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا به کار گرفته شده‌است. رایج‌ترین درمان‌های دارویی شامل ضدافسردگی‌های سه‌حلقه‌ای، مهارکننده‌های بازجذب مجدد سروتونین و نیز گاباپنتین می‌باشد. هر چند دارودرمانی در کاهش علائم بیماری موثر است. ولی بعضی اوقات اثرات جانبی این داروها خود باعث افزایش بروز سایر مشکلات می‌گردد (جواردو-پریگو[2] و همکاران، ۲۰۲۴). از طرفی با توجه به این‌که فیبرومیالژیا واجد ابعاد روانشناختی است، درمان‌های دارویی به تنهایی کافی نمی‌باشتد و لازم است درمان‌های غیر دارویی به برنامه درمانی اضافه گردد. به‌طور خاص، اخیراً مشخص شده که از میان درمان‌های روانشناختی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به سایر درمان‌ها تأثیرات مثبتی بر سلامت جسمی و روانی افراد مبتلا به درد مزمن دارد. علاوه بر این، قطعاً درمان افراد با بیماری‌های مزمن نیاز به پیگیری دقیق دستورالعمل‌ها و درمان پزشکی دارد و از جهاتی گزارش شده که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با افزایش در تبعیت از درمان پزشکی فراگیر در بیماران اثرگذار واقع می‌شود (ایستوود و گودفری[3]، ۲۰۲۴). این درمان نوعی مداخله روان‌شناختی مبتنی بر تجربه می‌باشد که چارچوب فلسفی و نظری منسجمی دارد و به عنوان نوعی روان درمانی شناختی-رفتاری بر پذیرش و تعهد به ارزش‌های زندگی تمرکز دارد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ترکیبی از ۴ رویکرد توجه آگاهی، پذیرش، تعهد و تغییر رفتار است و هدف کلی آن در نهایت رسیدن به انعطاف‌پذیری روانی است به گونه ای که نیاز به حذف یا از بین بردن احساس بد نباشد، بلکه به رغم وجود این احساس فرد به سوی رفتار مبتنی بر ارزش اندیشیده حرکت کند (پترسون[4] و همکاران، ۲۰۲۴). این درمان به بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا کمک می‌کند تا با برخورداری از یک پیش‌زمینه پذیرش روانشناختی قوی در صورت مواجهه با درد، آن را با میزان پذیرش بیشتری تجربه نمایند و به واکنش‌های اجتنابی کمتری دست بزنند.(رستمی پور و همکاران، ۲۰۲۴). در تایید این یافته‌ها، ایستوود و گودفری (۲۰۲۴) در پژوهشی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی و کفایت اجتماعی در بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا را تایید کردند. همچنین رستمی پور و همکاران (۲۰۲۴) در پژوهشی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شدت درد، کمال‌گرایی و کفایت اجتماعی بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا را نشان دادند. همچنین، اکبریان و همکاران (۱۴۰۰) در پژوهشی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب، خواب و شدت درد در بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا را تایید کردند. علاوه بر این، دادبین و همکاران(۱۴۰۰) در پژوهشی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر وجوه درد بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا را نشان دادند.

با توجه به اینکه بیماری فیبرومیالژیا روند افزایشی داشته است و در مقایسه با دهه‌های قبل رشد تقریبا ۱۵ درصدی را نشان می‌دهد، بنابراین ضروری است مداخله‌های مناسب برای مدیریت این بیماری در دستور کار قرار گیرد. با توجه به اینکه بیماران مبتلا به این اختلال در مدیریت درد چالش اساسی دارند و همچنین نشانه‌ها و مشکلات این اختلال تاثیر منفی بر کفایت اجتماعی بیماران دارد، بنابراین ارائه مداخله برای این متغیرها از ضرورت و اولویت بیشتری برخوردار است. از طرفی نتایج پژوهش حاضر می‌تواند بستر مناسبی برای بهبود رویکردهای درمانی مربوط به این اختلال را در اختیار روان‌شناسان، مددکاران و سایر پرسنل فعال در حیطه درمان این اختلال فراهم کند. لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش درد و کفایت اجتماعی در بیماران مبتلا به سندرم فیبرومیالژیا انجام شد.

روش

طرح پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعهٔ آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران مراجعه‌کننده از سراسر ایران به کلینیک فوق تخصصی درد دکتر سیروس مومن زاده از خرداد ۱۴۰۲ تا بهمن ۱۴۰۲بودند. به منظور گردآوری اطلاعات پس از کسب مجوزهای لازم از دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن با روش نمونه‌گیری هدفمند و در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و خروج پژوهش تعداد ۳۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند و در دو گروه ۱۵ نفری آزمایشی و کنترل به‌صورت تصادفی گمارده شدند. تعداد ۳ نفر از شرکت‌کنندگان گروه آزمایش (۲ نفر به دلیل غیبت در سه جلسه از جلسات درمان و ۱ نفر به دلیل اعلام انصراف

1. Ferrández-Gómez
2. Jurado-Priego
3. Eastwood, Godfrey
4. Petersen

در جلسه دوم) از پژوهش کنار گذاشته شدند و به همین دلیل ۳ نفر از افراد گروه کنترل نیز از پژوهش خارج شدند و نمونه نهایی شامل ۲۴ نفر (۱۲ نفر گروه آزمایش و ۱۲ نفر گروه کنترل) بودند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: دریافت تشخیص قطعی فیبرومیالژیا طبق نظر پزشک متخصص، عدم ابتلا به بیماری جسمانی و روانی حاد، دارا بود حداقل سطح تحصیلات دیپلم و تمایل و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز، غیبت در بیش از سه جلسه از جلسات درمان، ابتلا به اختلالات روانپزشکی و بیماری‌های جسمانی در طول فرآیند درمان و شرکت در مداخله درمانی مشابه بود و از هر دو گروه پیش‌آزمون به عمل آمد. سپس برنامه آموزشی در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای یکبار در هفته در مورد گروه آزمایش اجرا شد، ولی گروه کنترل این مهارت‌ها را دریافت نکردند. در پایان جلسه آخر از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، کلیه شرکت‌کنندگان اطلاعاتی در مورد پژوهش دریافت کردند، در هر مقطع زمانی، می‌توانستند مطالعه را ترک کنند. این اطمینان به آنان داده شد که تمام اطلاعات محرمانه خواهد ماند و فقط برای امور پژوهشی مورد استفاده قرار می‌گیرد. به منظور رعایت حریم خصوصی، مشخصات شرکت‌کنندگان ثبت نشد و از همه آنان رضایت آگاهانه دریافت شد. در نهایت، داده‌های پژوهش با رعایت پیش‌فرض‌های پارامتریک، با آزمون تجزیه و تحلیل کوواریانس چند متغیری و با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ تجزیه و تحلیل شد.

ابزار سنجش

پرسشنامه تجدید نظر شده درد مگ کیل [1](MPQ): این پرسشنامه در سال ۲۰۰۹ توسط دورکین و همکاران[2] به منظور بسط و تکمیل پرسشنامه قدیمی مک گیل در ۲۲ ماده ارایه گردید. این پرسشنامه با طیف لیکرت ده درجه‌ای از۰ تا ۱۰ اندازه‌گیری می‌شود. دامنه نمره این پرسشنامه بین ۰ تا ۲۲۰ می‌باشد. در پژوهش جهان[3] و همکاران (۲۰۲۴) ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۹۵ و روایی همگرای آن از طریق همبستگی با پرسش‌نامه شدت درد کلیلند [4]بین ۰/۵ تا ۰/۷۴ گزارش شد. در ایران، کندی و همکاران (۱۴۰۲) در پژوهشی ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه را ۰/۹۲ و روایی همگرای آن بین بالاتر از ۰/۴ گزارش کردند. در این پژوهش نیز ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌نامه برابر ۰/۷۸ به دست آمد.

پرسشنامه کفایت اجتماعی [5](SAQ): این پرسشنامه در سال ۱۹۹۸ توسط برمستر[6] و همکاران به منظور سنجش کفایت اجتماعی در ۳۶ ماده طراحی گردید. این پرسشنامه با طیف لیکرت پنج درجه‌ای از۱ تا ۵ اندازه‌گیری می‌شود. دامنه نمره این پرسشنامه بین ۳۶ تا ۱۸۰ می‌باشد. فولتینوویز[7] و همکاران (۲۰۲۴) روایی محتوایی این پرسشنامه را از طریق نسبت روایی محتوا ۰/۶۹ و شاخص روایی محتوا ۰/۸۲ تایید کردند. همچنین پایایی پرسشنامه فوق با ضریب همسانی درونی ۰/۸۶ گزارش شد. در ایران، فرخزاد و ایزدی (۱۴۰۱) پایایی پرسشنامه فوق را با ضریب همسانی درونی ۰/۷۹ گزارش کردند. همچنین، روایی همگرای این پرسش‌نامه از طریق محاسبه همبستگی با پرسش‌نامه کفایت اجتماعی پرندین ۰/۴۸گزارش شد. در این پژوهش نیز ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌نامه برابر ۰/۷۸ به دست آمد.

پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: این پروتکل توسط وولز و سورل[8] در سال ۲۰۰۷ 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 در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تدوین شده است (ریلی[9] و همکاران، ۲۰۲۴). در ادامه خلاصه‌ای از جلسات این پروتکل درمانی ارائه شده است:

جدول ۱. خلاصه جلسات پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	شرح
اول	معارفه آشنایی و بیان اهداف پژوهش، روند برگزاری جلسات، قوانین گروه و بستن قراردادهای درمانی
دوم	آموزش تغیر رفتار و ذهن آگاهی، بررسی انتظارات بیماران از درمان و ایجاد درمانگری خلاق

1 . McGill Pain Questionnaire
2. Dworkin
3. Jahan
4. Cleeland
5. Social adequacy Questioner
6. Buhrmester
7. Foltynowicz
8. Vowles, Sorrell
9. Reilly

سوم	یادگیری زندگی با درد مزمن (پذیرش، ارزش‌ها و ذهن‌اگاهی)، توضیح دادن مفهوم پذیرش و تفاوت آن با مفاهیم شکست، یاس، انکار و مقاومت و بحث در مورد چالش‌های بیمار
چهارم	شفاف‌سازی ارزش‌ها و آموزش برای برنامه‌ریزی و تعیین اهداف آینده و کاربرد تکنیک‌های گسلش شناختی
پنجم	نشان دادن جدایی ببن خود، تجربیات درونی و رفتار؛ مشاهده خود به عنوان زمینه؛ تضعیف خود مفهومی و بیان خود
ششم	شناسایی ارزش‌های زندگی بیماران و تصریح و تمرکز بر این ارزش‌ها و توجه به قدرت انتخاب آن‌ها؛ استفاده از تکنیک‌های ذهن‌آگاهی با تاکید بر زمان حال
هفتم	بررسی ارزش‌های هر یک از افراد و تعمیق مفاهیم قبلی؛ تفاوت بین ارزش‌ها، اهداف مرتبط با ارزش‌ها و ویژگی‌های اهداف (اختصاصی، قابل ارزیابی، واقع گرایانه و همسو با ارزش‌های شخصی)
هشتم	تمرین و حفظ دستاوردهای درمانی در طول زندگی و انجام پس‌آزمون

یافته ها

تمامی شرکت‌کنندگان حاضر در پژوهش زن بودند. میانگین سن اعضای گروه آزمایش ۴۹/۳۴ سال و انحراف استاندارد ۵/۲۶ است و در گروه کنترل میانگین سن اعضا ۴۷/۶۹ سال و انحراف استاندارد ۶/۴۳ می‌باشد. در گروه آزمایش، شرکت‌کنندگان دارای مدرک زیر دیپلم و دیپلم ۵ نفر معادل ۳۳/۳۳درصد، فوق‌دیپلم و لیسانس ۷ نفر و معادل ۴۶/۶۷ درصد و فوق‌لیسانس به بالا ۳ نفر و معادل ۲۰ درصد بودند. در گروه کنترل نیز، شرکت‌کنندگان دارای مدرک زیر دیپلم و دیپلم ۶ نفر معادل ۴۰ درصد، فوق‌دیپلم و لیسانس ۷ نفر و معادل ۴۶/۶۷ درصد و فوق‌لیسانس به بالا ۲ نفر و معادل ۱۳۳/۳۳ درصد بودند. همچنین، میانگین و انحراف معیار مدت ابتلا به فیبرومیالژیا در گروه آزمایش ۷/۳۴ سال و ۴/۸۶ و در گروه کنترل میانگین ۶/۷۹ سال و ۴/۴۸ می‌باشد.

در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار شدت درد و کفایت اجتماعی در گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارائه شده است.

جدول ۲. شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	گروه	مرحله	میانگین	انحراف معیار	شاپیرو-ویلک	لوین
شدت درد	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۰۲/۸۳	۷/۶۱	۰/۹۶	۰/۲۴
		پس‌آزمون	۹۵/۳۳	۷/۲	۰/۹۷	۰/۳۲
	کنترل	پیش‌آزمون	۹۹/۵	۶/۱۱	۰/۹۸	۰/۳۱
		پس‌آزمون	۹۹/۳۳	۵/۶۱	۰/۹۹	۰/۲۵
کفایت اجتماعی	آزمایش	پیش‌آزمون	۸۶/۷۵	۸/۰۳	۰/۹۷	۰/۱۸
		پس‌آزمون	۹۴/۹۱	۸/۰۸	۰/۹۳	۰/۱۶
	کنترل	پیش‌آزمون	۸۵/۵	۶/۶۶	۰/۹۶	۰/۲۱
		پس‌آزمون	۸۵/۰۸	۶/۷۸	۰/۸۵	۰/۱۷

در جدول ۲میانگین متغیرهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای گروه آزمایش و کنترل گزارش شده‌است. نتایج نشان می‌دهد که بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش تفاوت دیده می‌شود که در ادامه به منظور بررسی معناداری این تفاوت‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده می‌شود. قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون واریانس چند متغیری، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو-ویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیرهای شدت درد و کفایت اجتماعی در گروه‌های آزمایش برقرار است. همچنین، نتایج آزمون لوین نشان داد که پیش فرض همگنی واریانس‌ها رعایت شده است. همچنین، نتایج آزمون ام باکس حاکی از این بود که مفروضه همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس تأیید شده است (**F**=۱/۳۱۸، **Sig**=۰/۱۴۵). به علاوه نتایج بررسی مفروضه همگنی شیب رگرسیون برای متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و کنترل نشان داد که آماره **F** معنادار نمی‌باشد (**P**>۰۵).

پس از تایید پیش‌فرض‌ها، جهت تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شدت درد و کفایت اجتماعی از تحلیل کواریانس چند متغیری استفاده شد و نتایج آن در جدول ۳ ارائه شد.

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل کواریانس بروی متغیر شدت درد و کفایت اجتماعی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

آزمون	ارزش	Df	F	Sig.	اندازه اثر	توان آزمون
اثرپیلایی	۰/۷۱۴	۲	۲۱/۴۵	۰/۰۱	۰/۷۱	۰/۸۹
لامبدای ویلکز	۰/۶۷۴	۲	۲۱/۴۵	۰/۰۱	۰/۷۱	۰/۸۹
اثر هتلینگ	۴/۲۷۲	۲	۲۱/۴۵	۰/۰۱	۰/۷۱	۰/۸۹
بزرگترین ریشه‌روی	۴/۲۷۲	۲	۲۱/۴۵	۰/۰۱	۰/۷۱	۰/۸۹

نتایج شاخص‌های اعتباری تحلیل کوواریانس چندمتغیری، نشان داد که اثر گروه بر ترکیب متغیرها (P<۰/۰۱، F=۲۱/۴۵) معنی دار بود. مجذور اتا نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه با توجه به متغیر وابسته معنی‌دار بود. در ادامه نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای متغیرهای پژوهش ارائه شده‌است.

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری شدت درد و کفایت اجتماعی در گروه آزمایش و گروه کنترل

متغیر	منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	اندازه اثر	توان آماری	سطح معنی داری
شدت درد	پیش‌آزمون	۱۵۲/۴۴	۱	۱۵۲/۴۴	۱۴/۳۶	۰/۲۵	۱	<۰/۰۸
	گروه	۳۳۰/۹۷	۱	۳۳۰/۹۷	۲۷/۹۶	۰/۶۳	۱	<۰/۰۰۱
	خطا	۱۸۸/۹۲۵	۲۸	۱۵/۹				
کفایت اجتماعی	پیش‌آزمون	۳۴۶/۲۲	۱	۳۴۶/۲۲	۵/۴۴	۰/۲۴	۱	<۰/۰۰۷
	گروه	۵۸۴/۹۱	۱	۵۸۴/۹۱	۱۰/۳۹	۰/۷۲	۱	<۰/۰۰۱
	خطا	۸۸/۷۹	۲۸	۹/۸۷				

براساس نتایج جدول ۴ بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای شدت درد و کفایت اجتماعی تفاوت معنادار وجود دارد. مجذور اتا ، نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه به ترتیب برای متغیر شدت درد (F=۲۷/۹۶، P<۰/۰۰۱) و کفایت اجتماعی(F=۱۰/۳۹، P<۰/۰۰۱) معنادار است. بدین معنا که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شدت درد و کفایت اجتماعی در بیماران مبتلا به سندرم فیبرومیالژیا تاثیرگذار است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش درد و کفایت اجتماعی بیماران مبتلا به سندرم فیبرومیالژیا انجام شد. نتایج نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به کاهش شدت درد در شرکت‌کنندگان گروه آزمایش شد. این یافته با یافته پژوهش‌های روشندل و همکاران (۱۴۰۱)، اکبریان و همکاران (۱۴۰۰) و دادبین و همکاران(۱۴۰۰) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌جای تأکید بر مواجهه، افزایش تمایل و انگیزه فرد به تجربه رویدادهای درونی همانطور که هستند، مورد تأکید قرار می‌گیرد. در اینجا درمانگر هدف بیماران را ترغیب می‌کند تا موقعیت‌های منجر به افزایش علائم فیبرومیالژیا مانند اجتناب از درد را فقط به‌عنوان یک راه‌حل در نظر گرفته و به‌جای پاسخ اجتنابی، به انجام آنچه در زندگی برایش مهم و در راستای ارزش‌هایش است بپردازد. به معنای دیگر در این روش، وجود یا نبود درد به‌خودی خود مسأله نبوده بلکه مسأله اصلی تلاش

فرد برای اجتناب از درد می‌باشد (اکبریان و همکاران، ۱۴۰۰). در حقیقت هدف این درمان افزایش خزانه رفتاری فرد در حضور رویدادهای دردزا و برانگیزننده علائم فیبرومیالژی می‌باشد. رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با آموزش در زمینه تمیز دادن بین مسائل و توصیف آن‌ها به بیماران کمک می‌کند به‌جای هدایت شدن از سوی محتوای کلامی افکارشان، با محیط تجربه مستقیم برقرار کنند. درواقع درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تأثیرگذاری بر چرخه معیوب باورها و تفکرات و از طرفی شناخت هیجانات بیماران بر بعد عاطفی درد تأثیر می‌گذارد که این امر باعث اثربخش بودن درمان در طول زمان و کاهش شدت درد در بیماران می‌شود (دادبین و همکاران، ۱۴۰۰).

در واقع با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مبتلایان به مبتلا به سندرم فیبرومیالژیا ارزش‌های جدیدی برای زندگی خود انتخاذ می‌کنند و ضمن این که مشکلات و محدودیت‌های ناشی از بیماری خود را می‌پذیرند، با نگرش جدیدی به درد و شرایط خود می‌نگرند و آن را به عنوان عامل آگاهی‌دهنده و مثبتی برای ادامه زندگی می‌دانند و همین امر منجر به ایجاد دیدگاه مثبتی نسبت به درد و پذیرش و انعطاف‌پذیری شناختی آنان می‌شود. بدین ترتیب، به جای سرکوب افکار مربوط به درد و تمرکز بر علایم و مشکلات ناشی از آن، بر انتخاب رفتارهای تازه‌ای برای مواجهه با درد تمرکز می‌کنند (دادبین و همکاران، ۱۴۰۰).

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به افزایش کفایت اجتماعی در آزمودنی‌های گروه آزمایش شد. این یافته با یافته پژوهش‌های ایست وود و گودفری (۲۰۲۴)، رستمی پور و همکاران (۲۰۲۴) و کونستانتینو[1] و همکاران (۲۰۲۳)همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، با ادغام مداخلات پذیرش و ذهن آگاهی در راهبردها پایبند، تعهد و تغییر، به بیماران برای دستیابی به زندگی پر نشاط، هدفمند و با معنا کمک می‌کند (وود و گودفری، ۲۰۲۴). ارزش‌هایی چون؛ ارزش سلامتی و بهداشت، روابط خانوادگی، روابط با اطرافیان، تحصیلات، تفریح، کار و شغل هر حرکت در مسیر ارزش‌ها، از طریق هدف‌گذاری و بعد از آن تعیین تکلیف، ادراک فرد از وضعیتی که در آن زندگی می‌کند، ارتقا می‌یابد که این همان تعریف کفایت اجتماعی است. در واقع حرکت در جهت ارزش‌هایی چون سلامتی و ارتباط با دیگران در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق فرآیندهای گسلش و پذیرش باعث می‌شود که کفایت اجتماعی ارتقاء یابد. در واقع مراجعان می‌آموزند که متناسب با مسیر ارزش‌های خود حرکت کنند و در عمل نیز ارزش‌های خود را رها نکنند که این کار به طور کلی موجب بهبود کفایت اجتماعی در این بیماران می‌شود (رستمی و همکاران، ۲۰۲۴).

علاوه بر این، درمان پذیرش و تعهد از طریق آموزش پذیرش، به بیماران کمک می‌کند احساسات و نشانه‌های روانی و فیزیکی خود را بپذیرند. پذیرش احساسات و نشانه‌های جسمانی و روانی منجر به کاهش توجه و حساسیت افراطی بر علائم شناختی، فیزیولوژیکی و رفتاری بیماری می‌شود و به دنبال آن محیط اجتماعی کمتر تهدید کننده به نظر می‌آید. در عین حال با استفاده از راهبردهای پذیرش از جمله ناامیدی سازنده و به چالش کشیدن راهکارهای قبلی، درمانجو از عواقب اجتناب و کنترل افکار و احساسات آگاه می‌شود و به جای اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی سازگاری بیشتری در این موقعیت‌ها داشته باشد. (وود و گودفری، ۲۰۲۴)

محدود بودن نمونه و نبود جنسیت مرد در نمونه پژوهش (قابل ذکر است که در ابتدا در هر یک از گروه‌های آزمایش و کنترل ۲ مرد حاضر بودند که به دلیل غیبت بیش از سه جلسه از پژوهش کنار گذاشته شدند و به ناچار تعداد نمونه پایین تر از حالت مرسوم و فقط از بین بیماران زن انتخاب شد) و عدم بهره‌گیری از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی و نبود مرحله پیگیری از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم پذیری، در سطح پژوهشی، این پژوهش در نمونه های وسیع‌تر و در بین مردان وزنان و با استفاده از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی اجرا شود و به منظور بررسی ماندگاری این درمان پیگیری‌های چند ماهه تا چند ساله انجام گردد. با توجه به اثر بخشی بر پذیرش و تعهد بر کاهش درد و کفایت اجتماعی در بیماران مبتلا به سندرم فیبرومیالژیا، پیشنهاد می‌گردد که این درمان به عنوان برنامه مکمل در کنار درمان‌های داروئی به منظور کاهش شدت درد، ماندگاری بیشتر اثرات درمان و افزایش کفایت اجتماعی بیماران در مراکز درمانی مخصوص فیبرومیالژیا بکار گرفته شود.

منابع

اکبرزاده، م.، صباحی، پ.، رفیعی نیا، پ.و مرادی، ا. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با و بدون TDSC در بهبود شدت درد و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا. *رویش روان شناسی*، (۹)۱۱، ۴۴-۳۳. http://frooyesh.ir/article-۱-۳۶۷۷-fa.html

1. Konstantinou

اکبریان، م.، محمدی شیرمحله، ف.، برجعلی، ا.، حسن آبادی، ح. و ابوالقاسمی، ش. (۱۴۰۰). تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب، خواب و شدت درد در بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا. *روانشناسی سلامت*، (۴)۱۰، ۱۳۰-۱۱۱. https://doi.org/10.30473/hpj.2022.58174.5162

جانقربان، ا. (۱۴۰۱). بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر تجربه درد مزمن و مدیریت درد در زنان مبتلا به فیبرومیالژیا. *رویش روان شناسی*، (۱۱)۱۱، ۱۹۵-۱۸۴. http://frooyesh.ir/article-۱-۳۸۵۰-fa.html

دادبین، ز.، علی بیگی، ن.، آزما، ک. و باقری، ف. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد، طرحواره درمانی هیجانی و دارودرمانی بر وجوه درد بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، (۱)۶۴، ۲۶۹۵-۲۶۸۲. 10.22038/mjms.2020.49468.2880

روشندل، ز.، غفاری، ع.، کاظمی، ر. و ندرمحمدی مقدم، م.(۱۴۰۱). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شدت درد، خستگی و الکسیتایمیا در بیماران زن مبتلا به بیماری‌های روماتیسمی. *فصلنامه خانواده درمانی کاربردی*، (۱۴)۳، ۸۳-۵۵.10.22034/aftj.2022.338578.1539

فرخ زاد، ف. و ایزدی، ف. (۱۴۰۲). پیش‌بینی کفایت اجتماعی بر اساس علائم مثبت و منفی با توجه به نقش میانجی کارکردهای اجرایی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی.*فصلنامه دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، (۱)۲۵، ۲۱۰-۲۰۰. https://sanad.iau.ir/Journal/jsrp/Article/895773

کندی، م.، فرخزاد، پ.و طاهری، ا. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان ذهن‌آگاهی بر درد مزمن در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر. *مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت*، (۳)۱۰، ۱۱۹-۱۳۳. http://shenakht.muk.ac.ir/article-۱-۱۸۱۳-fa.html

Badaeva, A., Danilov, A., Kosareva, A., Lepshina, M., Novikov, V., Vorobyeva, Y., & Danilov, A. (2024). Neuronutritional approach to fibromyalgia management: A narrative review. *Pain and therapy*, *13*(5), 1047-1061. 10.1007/s40122-024-00641-2

Clauw, D., Sarzi-Puttini, P., Pellegrino, G., & Shoenfeld, Y. (2024). Is fibromyalgia an autoimmune disorder?. *Autoimmunity Reviews*, *23*(1), 103424. 10.1016/j.autrev.2023.103424

Di Carlo, M., Farah, S., Atzeni, F., Alciati, A., Di Franco, M., Iannuccelli, C., ... & Salaffi, F. (2024). Geographical disparities in fibromyalgia severity: An Italian study. *European Journal of Pain*, 26(1), 253-268.10.1002/ejp.4735

Eastwood, F., & Godfrey, E. (2024). The efficacy, acceptability and safety of acceptance and commitment therapy for fibromyalgia–a systematic review and meta-analysis. *British Journal of Pain*, *18*(3), 243-256. 10.1177/20494637231221451

Ferrández-Gómez, J. É., Gacto-Sánchez, M., Nouni-García, R., Gascón-Jaén, J., Lozano-Quijada, C., & Baño-Alcaraz, A. (2024). Physiotherapists' adherence to Clinical Practice Guidelines in fibromyalgia: a cross-sectional online survey. *Rheumatology International*, 44(8), 1-12. 10.1007/s00296-024-05630-4

Foltynowicz, Z., Łupicka-Fietz, A., Jeszka, A. M., & Kowalczyk, D. (2024). Evolution of Social Competencies in Sustainable Supply Chains. *Sustainability*, *16*(6), 2581. 10.3390/su16062581

Giorgi, V., Sarzi-Puttini, P., Pellegrino, G., Sirotti, S., Atzeni, F., Alciati, A., ... & Bongiovanni, S. F. (2024). Pharmacological Treatment of Fibromyalgia Syndrome: a practice-based review. *Current Pain and Headache Reports*, 46(3),1-15. 10.1007/s11916-024-01277-9

Jahan, A. M., Rwaiha, A. E., Anaiba, S. M., & Alghoul, R. A. (2024). Cross-Cultural Validation of the Arabic Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ): Libyan Version in Patients With Musculoskeletal Pain. *Advances in Rehabilitation Science and Practice*, *13*, 27536351241233917. 10.1177/27536351241233917

Jurado-Priego, L. N., Cueto-Ureña, C., Ramírez-Expósito, M. J., & Martínez-Martos, J. M. (2024). Fibromyalgia: A Review of the Pathophysiological Mechanisms and Multidisciplinary Treatment Strategies. *Biomedicines*, *12*(7), 1543. 10.3390/biomedicines12071543

Konstantinou, P., Ioannou, M., Melanthiou, D., Georgiou, K., Almas, I., Gloster, A. T., ... & Karekla, M. (2023). The impact of acceptance and commitment therapy (ACT) on quality of life and symptom improvement among chronic health conditions: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 29(1), 240-253. 10.1016/j.jcbs.2023.08.004

Lee, J., Lazaridou, A., Paschali, M., Loggia, M. L., Berry, M. P., Ellingsen, D. M., ... & Edwards, R. R. (2024). A randomized controlled neuroimaging trial of cognitive behavioral therapy for fibromyalgia pain. *Arthritis & Rheumatology*, *76*(1), 130-140. https://doi.org/10.1002/art.42672

Lucini, D., Giovanelli, L., Bazzichi, L., Bernardelli, G., Pellegrino, G., Filippou, G., & Sarzi-Puttini, P. (2024). Tailored exercise programmes for fibromyalgia: A clinical practice guide. *Clin. Exp. Rheumatol*, *42*, 1262-1271. 10.55563/clinexprheumatol/k3qldz

Petersen, J. M., Ona, P. Z., & Twohig, M. P. (2024). A review of acceptance and commitment therapy for adolescents: developmental and contextual considerations. *Cognitive and Behavioral Practice*, *31*(1), 72-89. 10.1016/j.cbpra.2022.08.002

Reilly, E. D., Kelly, M. M., Grigorian, H. L., Waring, M. E., Quigley, K. S., Hogan, T. P., ... & Bickmore, T. (2024). Virtual Coach–Guided Online Acceptance and Commitment Therapy for Chronic Pain: Pilot Feasibility Randomized Controlled Trial. *JMIR Formative Research*, *8*, e56437. https://formative.jmir.org/2024/1/e56437

Rostamipour, N., Rezaeinasab, F., Madani Javnqala, M., Savabi Niri, V., & Bourbour, Z. (2024). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Pain Anxiety, Perfectionism, and Aggression of Women with Fibromyalgia. *International Journal of Musculoskeletal Pain Prevention*, *9*(3), 1070-1080. ijmpp.modares.ac.ir/article-32-75545-en.html

Steen, J. P., Kannan, V., Zaidi, A., Cramer, H., & Ng, J. Y. (2024). Mind-body therapy for treating fibromyalgia: a systematic review. *Pain Medicine*, pnae076. 10.1093/pm/pnae076

Yoo, Y. M., & Kim, K. H. (2024). Current understanding of nociplastic pain. *The Korean Journal of Pain*, *37*(2), 107-118. 10.3344/kjp.23326

You, X. R., Gong, X. R., Guo, M. R., & Ma, B. X. (2024). Cognitive behavioural therapy to improve social skills in children and adolescents with autism spectrum disorder: A meta-analysis of randomised controlled trials. *Journal of Affective Disorders*, *344*, 8-17. 10.1016/j.jad.2023.10.008