

اثربخشی درمان تعهد و پذیرش بر شدت درد و سبک‌های مقابله با استرس در بیماران مبتلا به زخم معده

تاریخ دریافت: ۹۸/۰۵/۱۰ - تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۵/۲۱

چکیده

مقدمه: بیماری‌های روان تنی به بیماری‌های جسمی گفته می‌شود که عوامل روانی در شروع یا تشدید آنها موثر باشند که از مهم‌ترین آنها می‌توان به زخم‌های دستگاه گوارش اشاره نمود. هدف این پژوهش تعیین میزان اثربخشی درمان تعهد و پذیرش بر شدت درد و سبک‌های مقابله با استرس در بیماران مبتلا به زخم معده بود.

روش کار: جامعه آماری، کلیه بیماران مبتلا به زخم معده مراجعه کننده به مراکز درمانی دولتی شهر تهران (بیمارستان الغدیر، بیمارستان خاتم الانبیاء، بیمارستان امام خمینی و بیمارستان شریعتی) در زمستان ۱۳۹۷ بود. از بین آنها ۴۵ نفر به شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و صورت تصادفی در گروه آزمایش و گروه کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. ابزارهای سنجش شامل پرسشنامه شدت درد مک کیل (۲۰۰۰) و سبک‌های مقابله اندلر و پارکر (۱۹۹۰) بود. آزمودنی‌های گروه آزمایش اول در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان تعهد و پذیرش شرکت کردند. گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. تحلیل داده‌ها، از روش تحلیل واریانس آمیخته همراه با اندازه گیری مکرر و آزمون‌های تعقیبی استفاده شد.

یافته‌ها: نشان دادند بین دو گروه آزمایش و گواه، پس از اجرای درمان تفاوت معناداری وجود دارد. بطوریکه، میانگین نمره شدت درد و بهبود سبک‌های مقابله با استرس گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش یافت ($P < 0/001$).

نتیجه گیری: با توجه به یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت درمان تعهد و پذیرش بر شدت درد و سبک‌های مقابله با استرس در بیماران مبتلا به زخم معده موثر می‌باشد.

کلمات کلیدی: درمان تعهد و پذیرش، شدت درد، سبک‌های مقابله با استرس، بیماران مبتلا به زخم معده

محمد صادق مسچی^۱

شیدا سوداگر^{۲*}

فرهاد جمهری^۲

مرجان حسین زاده تقوی^۳

مژگان فروتن^۴

^۱دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

^۲استادیار گروه روانشناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

^۳استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

^۴دانشیار بیماری‌های گوارش و کبد بالغین دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

Email: sh_so90@yahoo.com

مقدمه

بیماری‌های روان تنی psychosomatic به بیماری‌های جسمی گفته می‌شود که عوامل روانی در شروع یا تشدید آنها موثر باشند که از مهم‌ترین آنها می‌توان به میگرن، کولیت مزمن، آسم، فشارخون، بیماری‌های قلب و عروق کرونر و بالاخره اختلالات و زخم‌های دستگاه گوارش اشاره نمود (۱). زخم معده peptic ulcer disease ازهم‌گسیختگی تمامیت مخاطی معده است که موجب نقص موضعی همراه با التهاب فعال می‌شود (۲). در بحث علل این بیماری در کنار اشاره به عواملی چون ارث، ضعف سیستم جسمانی و الگوهای غلط تغذیه، همواره به استرس توجه خاصی شده و به همین سبب آن را یکی از انواع مهم اختلالات روان تنی می‌دانند (۳). مطالعات اولیه زخم معده، نقش عوامل روان‌شناختی را در تولید زخم معده مستعد نشان داده‌اند. این اثر از طریق افزایش ترشح اسید در اثر استرس روان‌شناختی اعمال می‌شود (۴). همچنین درد یکی از رایج‌ترین مشکلات بهداشتی است که باعث می‌شود مردم درصدد یافتن مراقبت‌های طبی و درمانی برآیند (۵). در بیماران مبتلا به درد مزمن پاسخ فاجعه بار به درد یکی از نیرومندترین پیش‌بینی کننده‌های افزایش استرس‌های عاطفی، مشکلات اجتماعی و شدت درد است (۶). همچنین افرادی که بیشتر درد خود را فاجعه آمیز می‌کنند، به میزان بیشتری درد، آشفتگی هیجانی، عواطف منفی و افسردگی را تجربه می‌کنند (۷). طبق تعریف انجمن بین‌المللی مطالعات درد international association for the study of pain (۲۰۰۵)، درد یک احساس ناخوشایند و تجربه عاطفی است که در ارتباط با آسیب و صدمه بافتی می‌باشد (۸). درد مهم‌ترین عاملی است که بیماران را وادار به درخواست کمک از سیستم‌های مراقبت بهداشتی درمانی می‌کند (۹). پژوهشگران بسیاری تلاش کرده‌اند تا عواملی که موجب تنوع میزان سازگاری با درد مزمن می‌شود، شناسایی کنند. این تلاش‌ها منجر به شکل‌گیری الگوهای چند وجهی زیستی روانی اجتماعی شده است که نشان می‌دهند گذشته از جنبه زیست-پزشکی درد (مانند شدت درد و طول مدت ابتلا)،

عوامل روان‌شناختی مانند شناخت‌های مرتبط با درد، محیط اجتماعی و فرهنگ نیز در چگونگی سازگاری با درد نقش مهمی ایفا می‌کنند (۱۰). بیماران با درد مزمن معمولاً افسردگی، آشفتگی در روابط بین فردی به ویژه خانواده، آشفتگی در خواب، خستگی و کاهش کارکردهای حسی و روان‌شناختی را تجربه می‌کنند (۱۱).

دردهای مزمن به عنوان یکی از مهم‌ترین معضلات پزشکی در تمام جهان بوده و خواهند بود (۱۲). بیمارانی که درد را تجربه می‌نمایند، بیشتر از راهبرد مقابله‌ای ناکارآمد استفاده می‌کنند. فاجعه آفرینی در این بیماران پیش‌بینی کننده مستقل و معنی‌دار شدت درد است و استفاده بیشتر از این راهبرد در مواجهه با درد، می‌تواند افسردگی و ناتوانی جسمی را حتی پس از کنترل شدت درد پیش‌بینی کند، چرا که باورهای ترسناک درباره درد و پاسخ‌های دوری‌گزین به نحو مؤثری پاسخ‌های درد را فرامی‌خواند و باعث استمرار آن می‌شود (۱۳).

در دهه‌های اخیر به طور فزاینده‌ای آگاهی درمانگران و پژوهشگران نسبت به تأثیرات بالقوه ارزیابی‌ها و راهبردهای مقابله‌ای بر عملکرد افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن افزایش یافته است و این شناخت تا حدی با رشد تحقیقاتی که ارتباط قوی بین واکنش‌های مقابله‌ای را با شدت درد، تندرستی روان‌شناختی و عملکرد جسمانی نشان داده اند، تقویت شده است (۱۴). بیماران از راهبردهای گوناگونی برای مقابله با مشکلات‌شان استفاده می‌کنند و تفاوت بیماران در استفاده از راهبردهای مقابله‌ای، تبیین کننده تفاوت‌های بین آنها در انطباق و سازگاری است (۱۵). سبک‌های مقابله با استرس در پی رخداد تنش‌زا در افراد شکل می‌گیرد و براساس نظر برخی پژوهشگران چون Lazarus, Folkman (۱۹۸۴) بدین شکل تعریف می‌شوند؛ تلاش‌های فکری، هیجانی و رفتاری که افراد هنگام رو به رو شدن با فشارهای روانی به منظور غلبه کردن، تحمل کردن و یا به حداقل رساندن عوارض استرس به کار می‌گیرند (۱۶).

درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش از شیوه‌های درمانی موسوم به موج سوم می‌باشد و به این نکته تأکید دارد که پریشانی‌های

و بیمارستان شریعتی) در زمستان ۱۳۹۷ مراجعه کرده بودند از طریق جایگزینی تصادفی به گروه مداخله (۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵۰ نفر) تقسیم شدند (با استفاده از جدول اعداد تصادفی) و پس از جایگزینی تصادفی، برای رعایت اصل کاربندی تصادفی، دوباره از روی تصادف یکی از گروه به عنوان گروه مداخله و گروه کنترل انتخاب شده‌اند. ملاک‌های حضور در نمونه عبارت بودند از: رضایت داوطلب برای حضور در پژوهش، حداقل گذشت ۲ سال از سابقه ابتلاء به بیماری زخم معده، عدم ابتلاء به سایر بیماری‌های مزمن جسمانی و روان شناختی، حداقل سن ۲۴ و حداکثر ۴۵ سال (این اطلاعات براساس پرونده مراجعان و پرسشنامه جمعیت شناختی کسب شد)، براساس پرسشنامه‌های مطالعه، کسب نمره کمتر از میانگین در پرسشنامه شدت درد و کسب نمره بالاتر از میانگین در سبک مقابله‌ای هیجان مدار و اجتنابی و نمره کمتر از میانگین در سبک مقابله‌ای مساله مدار، عدم شرکت همزمان در برنامه‌های درمان دیگر در طول انجام پژوهش. همچنین، ملاک‌های عدم حضور در نمونه عبارت بودند از: داشتن بیماری روان‌پزشکی مستلزم مصرف دارو در زمان انجام پژوهش، عدم تمایل ملاک‌های خروج را تشکیل داده‌اند.

پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناسی: هدف از این پرسشنامه، جمع آوری داده‌های جمعیت شناختی لازم به عنوان اطلاعات پایه مشتمل بر سن، وضعیت تأهل، تحصیلات، وضعیت اجتماعی - اقتصادی، زمینه آموزشی و سابقه شغلی و همینطور سؤالاتی در مورد نوع مواد مصرفی، مصرف الکل و سیگار توسط بیمار بود.

پرسشنامه درد مک گیل (McGill pain questionnaire): این پرسشنامه توسط مک کیل در سال ۲۰۰۰ ساخته شد و شامل ۱۲ کلمه است. هدف از ساخت این پرسشنامه سنجش شدت درد بود (۲۲). در پژوهش دورکین و همکاران (۲۰۰۹) روایی سازه این پرسشنامه مورد تایید قرار گرفته است ($r=0/642$) و همچنین پایایی این پرسشنامه توسط دورکین و همکاران (۲۰۰۹) با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه گردید که برابر با $0/87$ بود. روایی محتوای این پرسشنامه در مطالعه مظلوم و همکاران (۱۳۹۱) پس از ترجمه و ویرایش آن توسط

روان‌شناختی در افراد محصول تلاش برای کنترل یا اجتناب از افکار و هیجان‌های منفی است (۱۷). در درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش به درمانجویان توصیه می‌شود، آنچه که خارج از کنترل شخصی است، بپذیرد و به اعمال، رفتار و فعالیت‌هایی که موجبات زندگی بهتر می‌شود، بدون پیش‌داوری توجه کند (۱۸). مهمترین اصل در این درمان جلب توجه کامل فرد به تجربه لحظه به لحظه کنونی، پذیرش بدون قضاوت تجارب حال و ایجاد توانایی و انعطاف پذیری روان‌شناختی برای انجام فعالیت‌های سازنده و مؤثر در راستای ارزش‌های فردی معنادار، به رغم وجود رنج‌های زیاد است (۱۹).

Winter, Schweiger, Kahl (۲۰۱۳) اعتقاد دارند، افرادی که از تنظیم هیجانی پایینی برخوردارند، وقتی که در جلسات درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش قرار می‌گیرند، به آنها آموخته می‌شود، هرگونه عملی برای اجتناب یا کنترل تجارب ذهنی ناخوشایند و ناخواسته نه تنها بی اثر است، بلکه اثر معکوس داشته و موجب تشدید استرس آنها می‌شود (۲۰). لذا به این افراد کمک می‌شود تا افکار آزاردهنده را صرفاً به عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمدی‌شان آگاه شوند و به جای پاسخ به آنها، کاری را انجام دهند که در زندگی‌شان مهم و در راستای ارزش‌های آنها است (۲۱).

با توجه به موارد فوق، این پژوهش با هدف تعیین اثر بخشی درمان تعهد و پذیرش بر شدت درد و سبک‌های مقابله با استرس در بیماران مبتلا به زخم معده انجام پذیرفت. بدین ترتیب با توجه به مطالعات گذشته، ادبیات نظری و پیشینه تحقیق، فرضیه مطرح شده در این مطالعه عبارت بود از اینکه درمان تعهد و پذیرش بر شدت درد و سبک‌های مقابله با استرس در بیماران مبتلا به زخم معده مؤثر و در طول زمان دارای ماندگاری اثر (پایداری) می‌باشد.

روش کار

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری را کلیه بیماران مبتلا به زخم معده مراجعه کننده به مراکز درمانی دولتی شهر تهران (بیمارستان الغدیر، بیمارستان خاتم الانبیاء، بیمارستان امام خمینی

و روایی سازه این پرسشنامه را مطلوب گزارش کردند ($r=0/540$) و $p<0/001$). کمالی ایلگی و حسنی (۱۳۹۲) در مطالعه‌ای بین پرسشنامه سبک‌های مقابله با استرس اندلر و پارکر و هویت شغلی همبستگی بالایی در سطح $0/001$ را بدست آوردند (۲۵). بهادری خسروشاهی و خانجانی (۱۳۹۲) ضریب آلفای کرونباخ $0/89$ ، $0/85$ و $0/80$ را برای خرده مقایسه‌های مساله مدار، هیجان مدار و اجتنابی گزارش کردند (۲۶). در پژوهش حاضر میزان همسانی درونی این پرسشنامه براساس آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر برای سبک مقابله مساله مدار $0/70$ ، برای سبک مقابله هیجان مدار $0/75$ و برای سبک مقابله‌ای اجتنابی $0/73$ بدست آمد در حد قابل قبولی می‌باشد.

پرتکل درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد: در این شیوه درمانی، تلاش می‌شود تا به جای تغییر شناخت‌ها، ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. در پژوهش حاضر، این مداخله درمانی بر اساس پروتکل درمانی Dworkin و همکاران (۲۲) تدوین شد. شرح جلسات در جدول ۱ خلاصه شده است.

متخصص زبان، توسط ۵ تن از اعضا هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد بررسی و مورد تأیید قرار گرفته است و پایایی آن در این مطالعه با روش آلفای کرونباخ برابر $0/76$ به دست آمد (۲۳). میزان همسانی درونی این پرسشنامه براساس آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر $0/70$ بدست آمد. برآورد شده است که در حد قابل قبولی می‌باشد.

پرسشنامه سبک‌های مقابله با استرس (Andler and Parker coping styles inventory): این پرسشنامه برای اولین بار توسط اندلر و پارکر (۱۹۹۰) ساخته شد. هدف از ساخت این پرسشنامه سنجش سبک‌های مقابله با استرس بود. شامل ۴۸ عبارت است که سه شیوه مقابله با استرس مساله مدار (۱۶ ماده)، هیجان مدار (۱۶ ماده) و اجتنابی (۱۶ ماده) را اندازه‌گیری می‌کند (۲۴). در مورد ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه می‌توان گفت که اندلر و پارکر (۱۹۹۰) ضریب آلفای کرونباخ را در راهبرد مساله مدار برای دختران، $0/90$ و برای پسران $0/92$ ؛ در راهبرد هیجان مدار برای دختران، $0/85$ و برای پسران $0/82$ و در راهبرد اجتنابی برای دختران، $0/82$ و برای پسران $0/85$ گزارش کردند

جدول ۱. ساختار مداخله درمان تعهد و پذیرش (۲۲)

جلسه اول	آشنایی اعضا با درمانگر و یکدیگر، شرح قوانین گروه، آشنایی و توصیف کلی از رویکرد درمانی، معرفی متغیرهای مورد پژوهش، شروع درماندگی خلاق
جلسه دوم	بررسی تکلیف جلسه قبل، ادامه درماندگی خلاق، استعاره چاله، سنجش مشکلات اعضا از نگاه ACT
جلسه سوم	بررسی تکلیف جلسه قبل، معرفی کنترل به عنوان یک مسئله، تصریح ناکارآمدی کنترل رویدادهای منفی با استفاده از استعاره‌ها و آموزش تمایل نسبت به هیجانات و تجارب منفی
جلسه چهارم	بررسی تکلیف جلسه قبل، معرفی پذیرش و تمایل به عنوان جایگزینی برای کنترل، استعاره میهمان، اتخاذ موضع مشاهده افکار بدون قضاوت
جلسه پنجم	بررسی تکلیف جلسه قبل، بیان گسلس و استعاره اتوبوس، آموزش فنون ذهن آگاهی
جلسه ششم	بررسی تکلیف جلسه قبل، معرفی انواع خود، استعاره شطرنج، شناسایی ارزشهای زندگی اعضا و سنجش ارزشها بر مبنای میزان اهمیت آنها
جلسه هفتم	بررسی تکلیف جلسه قبل، ارائه راهکارهای عملی در رفع موانع ضمن بکارگیری استعاره‌ها و برنامه ریزی برای تعهد نسبت به پیگیری ارزشها
جلسه هشتم	جمع بندی مفاهیم بررسی شده در طی جلسات، درخواست از اعضا برای توضیح دستاوردهایشان از گروه و برنامه آنها

نتایج

لیسانس و فوق لیسانس بود. در گروه کنترل میزان تحصیلات ۴ نفر زیر دیپلم، ۵ نفر دیپلم و فوق دیپلم و ۶ نفر لیسانس و فوق لیسانس بود. در گروه درمان تعهد و پذیرش ۱۲ نفر شاغل و ۳ نفر غیر شاغل بودند. در نهایت در گروه‌های درمان تعهد و عمل و کنترل ۶ نفر مجرد و ۹ نفر متأهل بودند گفتنی است که استفاده از آزمون‌های آماری

نشان می‌دهد که میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت کنندگان گروه درمان تعهد و پذیرش برابر با $32/60 \pm 6/34$ و گروه کنترل برابر با $35/00 \pm 6/87$ بود. همچنین در گروه درمان تعهد و پذیرش ۶ نفر زن و ۹ نفر مرد حضور داشتند. در گروه درمان تعهد و پذیرش میزان تحصیلات ۶ نفر زیر دیپلم، ۵ نفر دیپلم و فوق دیپلم و ۴ نفر

نشان داد که به لحاظ متغیرهای جمعیت شناختی بین گروه‌ها تفاوت معنادار وجود ندارد.

جدول ۲. ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت کنندگان

گروه‌ها	ACT	
	کنترل	ACT
سن	۳۵/۰۰	۳۲/۶۰
	۶/۸۷	۶/۳۴
نسبت	۷	۶
	۸	۹
میزان تحصیلات	۴	۶
	۵	۵
	۶	۴
	۶	۶
وضعیت تاهل	۹	۹
	۱۰	۱۲
وضعیت شغلی	۵	۳

$F(۲, ۱۲۱۱) = ۰.۴۰۶ = p$
 $\chi^2(۲) = ۰.۱۸۰, p = ۰.۹۱۴$
 $\chi^2(۲) = ۰.۱۵۴, p = ۰.۸۲۰$
 $\chi^2(۲) = ۰.۷۸, p = ۰.۶۷۸$
 $\chi^2(۲) = ۰.۸۷, p = ۰.۶۴۹$

جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت کنندگان گروه درمان تعهد و پذیرش برابر با $32/60 \pm 6/34$ و $35/00 \pm 6/87$ بود. در گروه درمان تعهد و پذیرش ۶ نفر زن و ۹ نفر مرد حضور داشتند. در گروه درمان تعهد و پذیرش میزان تحصیلات ۶ نفر زیر دیپلم، ۵ نفر دیپلم و فوق دیپلم، ۴ نفر لیسانس و فوق لیسانس بود. در گروه درمان تعهد و پذیرش ۹ نفر متأهل و ۱۰ نفر شاغل و ۵ نفر غیر شاغل وجود ندارد.

و ۶ نفر لیسانس و فوق لیسانس بود. در گروه درمان تعهد و پذیرش ۱۲ نفر شاغل و ۳ نفر غیر شاغل بودند. در نهایت در گروه‌های درمان تعهد و عمل و کنترل ۶ نفر مجرد و ۹ نفر متأهل بودند. گفتنی است که استفاده از آزمون‌های آماری نشان داد که به لحاظ متغیرهای جمعیت شناختی بین گروه‌ها تفاوت معنادار وجود ندارد.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار متغیرهای شدت درد و سبک‌های مقابله با استرس در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
شدت درد	آزمایش	$3/65 \pm 25/93$	$4/35 \pm 17/80$	$4/81 \pm 17/53$
	کنترل	$2/67 \pm 23/54$	$3/64 \pm 23/47$	$4/07 \pm 23/38$
مسئله مداری	آزمایش	$4/88 \pm 18/47$	$4/81 \pm 26/87$	$6/00 \pm 30/07$
	کنترل	$3/94 \pm 18/00$	$3/68 \pm 17/47$	$5/18 \pm 18/47$
هیجان مداری	آزمایش	$5/15 \pm 52/87$	$6/46 \pm 45/00$	$5/84 \pm 38/61$

۵/۱۳ ± ۵۴/۸۰	۵/۹۳ ± ۵۳/۸۰	۶/۴۴ ± ۵۲/۹۳	کنترل	سبک اجتنابی
۵/۲۹ ± ۴۳/۵۰	۴/۶۷ ± ۴۶/۴۷	۵/۱۱ ± ۵۳/۴۷	آزمایش	
۵/۱۷ ± ۵۱/۲۲	۵/۸۹ ± ۵۲/۴۷	۴/۵۸ ± ۵۱/۶۷	کنترل	

لون برای هیچ یک از سبک‌های مقابله‌ای در بین گروه‌ها و در سه مرحله اجرا در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست و بنابراین می‌توان گفت مفروضه همگنی واریانس‌ها نیز در بین داده‌های پژوهش حاضر برقرار است. استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیری نشان داد که پیش از اجرای متغیرهای مستقل بین گروه‌ها به لحاظ سبک‌های مقابله‌ای تفاوت معنادار وجود ندارد ($F(۶ و ۸۰) = ۰/۴۲۳, P > ۰/۰۵$). بنابراین می‌توان گفت مفروضه استقلال متغیر پیش‌آزمون از عضویت گروهی نیز برای داده‌های مربوط به سبک‌های مقابله‌ای برقرار بود.

همان‌طور که در جدول ۳ نشان داده شده است، میانگین و انحراف معیار متغیر شدت درد و سبک‌های مقابله با استرس شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) در مرحله پیش‌آزمون گزارش شده است. شاخص شاپیرو-ویلک مربوط به هیچ یک از سبک‌های مقابله‌ای در هیچ یک از گروه‌ها و در هیچ یک از مراحل در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست. این موضوع بیانگر آن است که توزیع داده‌های مربوط به هر سه سبک مقابله در گروه‌ها و مراحل سه گانه نرمال است. همچنین جدول فوق نشان می‌دهد که نتیجه آزمون

جدول ۴- نتایج تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر در تبیین اثر متغیرهای مستقل بر شدت درد و سبک‌های مقابله با استرس

متغیر	مجموع مجذورات	مجموع مجذورات درجه آزادی	F	سطح معناداری	η^2
شدت درد	۳۶۱/۵۹	۴ و ۸۴	۷/۶۰	۰/۰۰۱	۰/۲۶۶
سبک‌های مقابله با مسئله‌مداری	۵۹۵/۰۱	۴ و ۸۴	۷/۷۵	۰/۰۰۱	۰/۲۶۹
هیجان‌مداری	۱۱۷۷/۶۴	۴ و ۸۴	۱۳/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۳۸۹
سبک اجتنابی	۵۹۸/۲۲	۴ و ۸۴	۶/۸۴	۰/۰۰۱	۰/۲۴۶

تعهد و پذیرش در کاهش استفاده از سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار و اجتنابی و افزایش استفاده از سبک مقابله مساله‌مدار بیماران مبتلا به زخم معده موثر است. این نتیجه همسو با نتایج مطالعاتی است که درمان تعهد و پذیرش را در بهبود استفاده از سبک مقابله‌ای موثر می‌دانند که از آن جمله می‌توان به امین پور و قربانی (۲۷) و بهروز و همکاران (۲۸) اشاره کرد.

در تبیین و نتیجه‌گیری این نتیجه می‌توان گفت: در درمان پذیرش و تعهد مراجعان را تشویق می‌کند رابطه‌شان را با افکار و دیگر تجارب درونی تغییر دهند و آنها را رویدادهای ذهنی ببینند که یکی پس از دیگری می‌آیند و می‌روند. مراجعان می‌آموزند که افکار را فقط افکار، احساسات را فقط احساسات و خاطرات را فقط خاطرات ببینند. در زمینه‌هایی که اجتناب تجربه‌ای رخ می‌دهد. فرایندهای گسلش شناختی و پذیرش به فرد در شکستن الگوهای اجتناب و قوانینی که آنها را تنظیم

جدول ۴ نشان می‌دهد که اثر تعاملی گروه × زمان بر شدت درد ($\eta^2 = ۰/۲۶۶, P = ۰/۰۰۱, F(۴ و ۸۴) = ۷/۶۰$) در سطح ۰/۰۱ معنادار است. در ادامه برای مقایسه اثرات متغیرهای مستقل با یکدیگر و با گروه کنترل، آزمون‌های تعقیبی به کار گرفته شد که نتیجه آن در جدول ۴ ارائه شده است. نشان می‌دهد که اثر تعاملی گروه × زمان بر سبک‌های مقابله مسئله‌مداری ($\eta^2 = ۰/۲۶۹, P = ۰/۰۰۱, F(۴ و ۸۴) = ۷/۷۵$)، هیجان‌مداری ($\eta^2 = ۰/۳۸۹, P = ۰/۰۰۱, F(۴ و ۸۴) = ۱۳/۳۵$) و سبک اجتنابی ($\eta^2 = ۰/۲۴۶, P = ۰/۰۰۱, F(۴ و ۸۴) = ۶/۸۴$) در سطح ۰/۰۱ معنادار است.

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه با هدف بررسی تاثیر درمان تعهد و پذیرش بر شدت درد و سبک‌های مقابله با استرس در بیماران مبتلا به زخم معده طراحی و اجرا گردید. براساس نتایج بدست آمده درمان

می‌کند، کمک می‌کند (۲۹) علت این تأثیر، تغییر در نگرش مراجعان در جلسات درمانی نسبت به علت ایجاد افکار غیرمنطقی و سیکل منفی و معیوب این افکار و هدف درمان، شروع تمرینات مبتنی بر آگاهی و ایجاد درماندگی خلاق نسبت به راه حل‌های گذشته است. می‌توان گفت درمان تعهد و پذیرش از طریق ایجاد و توسعه پذیرش روانی و افزایش عمل به ارزشها در مراجعان، تغییرات درمانی را ایجاد می‌کند. از امتیازات بارز این روان درمانی آن است که به فرد نوعی فرصت یادگیری مهارت‌های جدید و خاص مانند کاهش اجتناب تجربی و افزایش پذیرش روانی و تماس با زمان حال می‌بخشد و همین ویژگی موجب می‌شود که فرد نه تنها از اجتناب دست بردارد، بلکه به شکل انعطاف‌پذیری با آن مواجه گردد. جداسازی شناختی از تجارب ذهنی به نحوی که فرد بتواند مستقل‌تر و آگاهانه‌تر در دنیای واقعی عمل کند و نیز رهایی از تمرکز مفرط بر داستان شخصی خود ساخته به فرد امکان استفاده از سبک‌های مقابله‌ای کارآمدتر را بدون استرس می‌دهد.

بر اساس نتایج بدست آمده درمان تعهد و پذیرش در کاهش شدت درد بیماران مبتلا به زخم معده موثر است. این نتیجه همسو با نتایج مطالعاتی است که درمان تعهد و پذیرش را در کاهش درد موثر می‌داند که از آن جمله می‌توان به مطالعه رضاپور (۳۰) و لوسیانو و همکاران (۳۱) اشاره کرد.

در تبیین و نتیجه‌گیری این نتیجه می‌توان گفت: در ACT به آزمودنی‌ها آموزش داد که چگونه عقیده‌های خود را رها کنند، از افکار مزاحم گسیخته شوند، به جای خود مفهوم سازی شده، خود مشاهده گر را تقویت نمایند، رویدادهای درونی را به جای کنترل بپذیرند، ارزشهایشان را تصریح کنند و به آنها بپردازند. رویکرد پذیرش و تعهد درمانی به جای آن که روی برطرف سازی و حذف عوامل آسیب‌زا تمرکز نماید به مراجعان کمک می‌کند تا هیجان‌ها و شناخت‌های کنترل شده خود را بپذیرند و خود را از کنترل قوانین کلامی که سبب ایجاد مشکلاتشان گردیده است، رها کنند و به آنها اجازه دهد که از کشمکش و منازعه با آنها دست بردارند. پذیرش و تعهد درمانی اساساً فرآیند محور است و آشکارا بر ارتقا پذیرش تجربیات

روان‌شناختی و تعهد، با افزایش فعالیت‌های معنابخش انعطاف‌پذیر، سازگارانه، بدون در نظر گرفتن محتوای تجربیات روان‌شناختی تأکید می‌کند. در درمان تعهد و پذیرش برخلاف بسیاری از شیوه‌های درمانی دیگر، هیچگونه ارزش یا سبک خاص زندگی به مراجع (بیمار) تحمیل نمی‌شود. در عوض، مراجعان بر اساس نظام ارزش‌های خود به تصمیم‌گیری درباره تغییر می‌پردازند. درمانگر هرگز به غیرمنطقی بودن افکار مراجعان حمله نمی‌کند و اجازه می‌دهد تا مراجع در راستای فرهنگ، عرف و شرایط زندگی خود، دست به انتخاب‌های بهتری بزند. فرآیند دیگری که در ACT بر آن تأکید می‌شود، تأکید بر عمل متعهدانه است. ترغیب بیماران به روشن کردن ارزش‌ها، تعیین اهداف، پیش‌بینی موانع و نهایتاً، تعهد به انجام اعمالی در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در جهت ارزش‌ها، علیرغم وجود بیماری، باعث می‌شود تا ضمن تحقق اهداف و شادکامی ناشی از آن که بر ارتقاء و بهبود کیفیت زندگی بیمار می‌افزاید، او را از گیر افتادن در حلقه‌ای از افکار و احساسات منفی رهایی بخشد.

در نهایت باید گفت اگر چه نتایج بدست آمده در این پژوهش در راستای نتایج مطالعات گذشته بود اما با این حال بیان چنین نتایجی مستلزم پژوهش‌های آتی بیشتری در این زمینه می‌باشد. چرا که پژوهش حاضر نیز مانند اغلب مطالعات آزمایشی با برخی محدودیت‌ها عبارتند از محدودیت اول مربوط به استفاده از ابزارهای خود گزارشی است. این ابزارها دارای مشکلات ذاتی (خطای اندازه‌گیری، عدم خویشتن‌نگری و...) است. همچنین نمونه این پژوهش بر روی مبتلایان به زخم معده انجام شده است شرایط یاد شده تعمیم نتایج را با احتیاط مواجهه می‌کند. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی برای کنترل اثر انتظار، برنامه‌های شبه درمان (برنامه پلاسیبو) بر روی کنترل اجرا شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود از نمونه‌هایی با حجم بزرگتر برای دستیابی به اندازه اثر واقعی برنامه استفاده شود. پیشنهاد می‌شود پژوهشگران برای بسط یافته‌های این مطالعه، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر روی بیماران مشابه در سایر بیمارستانها اجرا کنند.

تشکر و قدردانی

می‌باشد، بنابراین جا دارد از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج و همچنین تمامی بیماران و خانواده آنها جهت یاری رساندن در انجام طرح، صمیمانه قدردانی نمایم.

این مقاله برگرفته از رساله دکتری دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج (شناسه اخلاق IR.IAU.H.REC.1397.85)

Reference

1. Sarafino AP. *Health psychology*. Translation by Elahe Mirzaei and colleagues (1394). Tehran: Roshd publication, 2002.
2. Del valle J. *Peptic ulcer disease and related disorders*. In: *Harrison's principles of internal medicine*. 16th ed. New York: McGraw Hill, 2005; 1746-1762.
3. Alizadeh Fard S. Survey of relation between Alexithymia and ulcers peptic disease: Is aggression a mediator variable? *Health psychology*, 2012; 1(4): 71-83.
4. Lee S, Park M, Choy S, Nah Abbey SE, Rodin G. Stress coping and depression in non-ulcer dyspepsia patients. *J Psychosom Res*, 2000; 49(1): 93-99.
5. Mortazavi Nasiri F, Pakdaman S, Dehghni M. Relation between catastrophizing and anxiety related to pain with disability due to headache in patients involved with migraine. *Behavioural sciences research*, 2015; 4(13): 609-616.
6. Hashemi M. Determining efficacy of cognitive behavioural group therapy on increasing Psychological hardiness and coping with tension. *Thesis of Masster of Science. karaj Islamic Azad university*, 2016.
7. Salehi S, Sajadian I. Relation of self-compassion with Intensity of pain catastrophizing, self-efficacy of pain and emotions scientifically. *Research seasonal magazine of anesthesia and pain*, 2017; 2: 72-83.
8. Ghadimi Gili E, Keraskian A, Fathi M, Ahadi H. Survey of efficacy of hypothesis on reduction of anxiety due to changing burning dressing. *Magazine of medical faculty of Mashhad medical sciences*, 2016; 3(59): 163-170.
9. Barkel H. The relationship between personality, coping styles and stress, anxiety and depression. *Psychology MSc Thesis. UK: Canterbury University*, 2018.
10. Chang, D & Hwang, S. The development of anger management program based on acceptance and commitment therapy for youth taekwondo players. *Journal of Exercise Rehabilitation*, 2017; 13(2):160-167.
11. De Koning EJ, Timmermans EJ, van Schoor NM, Stubbs B, Van Den Kommer TN, Dennison EM, Edwards MH. Within-Person Pain Variability and Mental Health in Older Adults with Osteoarthritis: An Analysis across 6 European Cohorts. *The Journal of Pain*, 2018; 19(6): 690-698.
12. Fiorillo D, McLean C, Pistorello J, Hayes SC, Follette MV. Evaluation of a web-based acceptance and commitment therapy program for women with trauma-related problems: A pilot study. *Journal of Contextual Behavioral Sciences*, 2017; 6(1): 104-113.
13. Nicholas MK, Molloy A, Tonkin L, Beeston L. *Manage your pain: practical and positive ways of adapting to chronic pain*. Sydney: ABC Books, 2016.
14. Davudi I, Zagar Y, Mozaffaripur Siskhat E, Nargessi F, Mola K. Relation of pain catastrophizing, pain anxiety, neurosis, social support and coping strategies functional disability in rheumatistic patients, *Psychological and training sciences magazine*, 2012; 1(1): 54-67.
15. 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.
16. Saxena P, Dubey A, Pandey, R. (2011). Role of emotion Regulation difficulties in predictinh mental health and Well being. *J proj psy of mental health*, 18 (2): 147-154.
17. Wetherell JL, Liu L, Patterson TL, Afari N, Ayers CR, Thorp SR, Petkus AJ. Acceptance and commitment therapy for generalized anxiety disorder in older adults: A preliminary report. *Beha. ior therapy*, 2011; 42(1): 127-134.
18. Kahl KG, Winter L, Schweiger U. The third wave of cognitive behavioural therapies: what is new and what is effective? *Current opinion in psychiatry*, 2013; 25(6): 522-528.
19. Thorsteinsson EB, Ryan SM, Sveinbjornsdottir S. The Mediating Effects of Social Support and Coping on the Stress-Depression Relationship in Rural and Urban Adolescents. *Open Journal of Depression*, 2013; 1(2):1-6.
20. Mousavi F, Golmakani N, Saki A. The relationship between Postoperative Pain after Cesarean Section with Pre and Postoperative Anxiety. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*, 2016; 19(24): 1-10.
21. Ullman SE, Peter-Hagene LC, Relyea M. Coping, emotion regulation, and self-blame as mediators of sexual abuse and psychological symptoms in adult sexual assault. *Journal of child sexual abuse*, 2014; 23(1): 74-93.
22. Dworkin RH, Turk DC, Revicki DA, Harding G, Coyne KS, Peirce-Sandner S, et al. Development and initial validation of an expanded and revised version of the Short-form McGillPain Questionnaire (SF-MPQ-2). *Pain*, 2009; 144: 35-42.
23. Yazdi S, darvizeh Z, sheikhi ZA. Comparative Study on Cognitive Failures and Coping Strategies in People with Major Depression Disorder (MDD), Generalized Anxiety Disorder (GAD), and Comorbidity. *Journal of Psychological Studies*, 2015; 11(3): 7-28.

24. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer, 1984.
25. Khazan K, Abbassi A, Jalili M, Yunesi SJ, Kazemi J. Efficacy of education of acceptance and commitment therapy ACT on reduction of emotional failure of women under the risk of divorce. *Seasonal magazine of social assistance*. 2016; 3(5): 5-13.
26. Aminpour R, Ghorbani M. Efficacy of acceptance and commitment therapy on coping strategies with stress in women patients with ulcerative colitis. *Digestive seasonal magazine*, 2015; 1(20): 34-42.
27. Behruz B. Efficacy of group therapy of acceptance and commitment on Post trauma stress disorder (PTSD), coping styles and efficacy in girls with abnormal grief. *Seasonal magazine of clinical psychology*, 2015; 4(7): 1-8.
28. Rezapour P. Efficacy of acceptance and commitment therapy ACT on coping styles and pain control in women with M.S in city of Sari: *Thesis of Masster of Science*. Allameh Tabatabaei University, 2015.
29. Lorenzo-Luaces L, Keefe JR, DeRubeis RJ. Cognitive-Behavioral Therapy: Nature and Relation to Non-Cognitive Behavioral Therapy. *Behavior Therapy*, 2016; 47(6): 785-803.

Original Article

Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Pain Intensity and Stress Coping Styles in Patients with Gastric Wound

Received:01/08/2019 –Accept:29/07/2020

Mohammad sadegh Meschi¹
Sheyda Sodagar^{2*}

Farhad Jomehri²
Marjan Hossein-Zadeh Taqvaei³
Mojgan Forootan⁴

¹Department of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

²Assistant Professor, Department of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

³Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran

⁴Associate Professor of Gastroenterology and Hepatology Shahid Beheshti University of Medical Sciences

Email: sh_so90@yahoo.com

Introduction: Mental illnesses are physical illnesses that are effective in initiating or exacerbating mental illnesses, the most important of which are gastrointestinal ulcers. The aim of this study was to determine the effectiveness of commitment and acceptance therapy on pain severity and stress coping styles in patients with gastric ulcer.

Materials and Methods: The statistical population was all patients with gastric ulcer referring to public health centers in Tehran (Al-Ghadir Hospital, Khatam Al-Anbia Hospital, Imam Khomeini Hospital and Shariati Hospital) in winter of 1977. 45 patients were selected by convenience sampling method and randomly assigned to experimental and control groups (15 in each group). Measurement tools included the McKill Pain Intensity Questionnaire (2000) and Ender and Parker Coping Styles (1990). Subjects in the first experimental group participated in 8 90-minute sessions of commitment and acceptance therapy. The control group did not receive any psychological treatment during this period. Data analysis was performed using mixed analysis of variance with repeated measures and post hoc tests.

Results: There was a significant difference between experimental and control groups after treatment. The mean score of pain severity and improvement of stress coping styles decreased in the experimental group compared to the control group ($P < 0.001$).

Conclusion: According to the findings, it can be concluded that commitment and acceptance therapy are effective on pain severity and stress coping styles in patients with gastric ulcer.

Keywords: Commitment and Acceptance Therapy, Pain Intensity, Stress Coping Styles, Patients with Gastric Wound

Acknowledgement: There is no conflict of interest.