

تأثیر مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ادراک درد و ناتوانی عملکردی زنان مبتلا به آرتریت روماتوئید

مسعود صادقی: استادیار، گروه روانشناسی و مشاوره، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران

زهرا مرادی: کارشناس ارشد، گروه مشاوره و علوم تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران - نویسنده رابط:

zahramoradi1214@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۲/۱۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۵/۱۵

چکیده

زمینه و هدف: بیماری آرتریت روماتوئید شایع‌ترین و مهم‌ترین بیماری التهابی مفاصل است که بر اثر تعامل عوامل ژنتیکی، ایمنی‌شناختی، روانی و اجتماعی به وجود می‌آید و با دردهای مزمن همراه است. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ادراک درد و ناتوانی عملکردی زنان مبتلا به آرتریت روماتوئید شهر خرم‌آباد بود.

روش کار: پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه آزمایش و گواه می‌باشد. جامعه آماری کلیه زنان مبتلا به آرتریت روماتوئید استان لرستان بود. روش نمونه‌گیری به صورت در دسترس از بین این زنان ۴۰ نفر انتخاب و به روش تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه (هر گروه ۲۰ نفر) جایگزین شدند. در شرایط یکسان و همزمان، پیش‌آزمون با پرسشنامه‌های ادراک درد و ناتوانی عملکردی در هر دو گروه به عمل آمد. سپس مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر روی گروه آزمایشی اجرا شد ولی گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از اتمام جلسات مجدداً از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد.

نتایج: نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره و تک متغیره نشان داد که مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش ادراک درد و ناتوانی عملکردی بیماران تأثیر معنی دار داشته است ($p < 0/001$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج این مطالعه می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش ادراک درد و ناتوانی عملکردی در زنان مبتلا به آرتریت روماتوئید شده است. لذا در کنار درمان پزشکی می‌توان از این درمان جهت کاهش ادراک درد و ناتوانی عملکردی این بیماران استفاده کرد.

واژگان کلیدی: درمان، پذیرش و تعهد، ادراک درد، ناتوانی عملکردی، آرتریت روماتوئید، زنان

مقدمه

شایع‌ترین بیماری‌های مزمن ناشناخته، مسبب عمده ناتوانی‌ها بخصوص در سنین بزرگسالی است. آرتریت روماتوئید بیماری التهابی، مزمن و سیستمیکی است که فقط در انسان دیده می‌شود و با گرفتاری مفاصل همراه است (۲). فراوانی این بیماری در ایران در نواحی روستائی شیوع بیشتری از مناطق شهری دارد

بیماری استخوان و مفاصل از جمله بیماری‌های شایع هم در کشورهای پیشرفته و هم در حال توسعه می‌باشند، به گونه‌ای که در یک اقدام بین المللی دهه ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۰ به عنوان «دهه بیماری‌های استخوان و مفاصل» نام‌گذاری شده است (۱). آرتریت روماتوئید (Rheumatoid Arthritis)

شکلی که فرد درد را حس می‌کند و نحوه‌ای که آن را تفسیر می‌کند. فاجعه‌آمیز کردن درد، گرایشی مبالغه‌آمیز و منفی نسبت به تجربه‌ی درد واقعی یا پیش‌بینی شده است که باعث افزایش شدت درد، آشفتگی و ناتوانی در بیماران مبتلا به دردهای مزمن عضلانی اسکلتی می‌شود (۱۳). در ارتباط با ادراک درد، نظریه‌های مختلفی در طول زمان ارائه شده است عمدتاً نظریات اولیه بر بعد فیزیولوژیکی و بعدها بر ابعاد روانشناختی ادراک درد تأکید داشته است. ابتدا طبق نظریه‌ی ویژگی، بدن دستگاه حسی جداگانه‌ای برای درک درد دارد؛ نظیر آنچه برای شنوایی و بینایی دارد؛ اما نظریه‌ی الگو موضوع را چنین مطرح ساخت که هیچ دستگاه جداگانه‌ای برای درک درد وجود ندارد و گیرنده‌های درد و حس‌های دیگر نظیر حس لامسه، مشترکند. ترکیب نظریه‌ی ویژگی و الگو منجر به پیدایش نظریه کنترل دروازه‌ای گردید. طبق این دیدگاه در بدن انسان یک علائم دروازه‌ی عصبی قابل باز و بسته شدن وجود دارد که علائم درد را پیش از رسیدن به مغز تنظیم می‌کند (۱۴). تحریف‌های شناختی مانند فاجعه‌آفرینی، احساس درماندگی ارزیابی بیماران از درد، اجتناب از پذیرفتن درد و پیامدهای آن و به طور کلی نظام شناختی و باورهای مرتبط با درد، با ادراک درد ارتباط دارد (۱۵). درد فراتر از احساس یا آگاهی فیزیکی بوده و ادراک درد شامل تجربه‌ای عینی از فرآیندهای بدنی و یک تجربه ذهنی شامل ویژگی‌های انگیزشی عاطفی به عنوان نتیجه‌ای از آسیب‌های واقعی یا بالقوه بافتی است (۱۶). بنابراین افراد، مبتنی بر برآورد خود از درد بر اساس معیارهای حسی عینی، یاد می‌گیرند چگونه احساسات خود را با توجه به ارزش‌ها و باورهای شخصی درجه‌بندی کنند (۱۷). از آنجایی که بیماران پردازش‌کننده‌های فعال بیماری خود هستند، بازنمایی ادراکی تعیین‌کننده نحوه پاسخگویی بیماران به این عوامل می‌باشد و سازگاری بیماران با بیماری و علائم آن را نیز تعیین می‌کند (۱۸). بیماری‌های روماتیسمی بر جنبه‌های مختلفی از زندگی روزمره بیماران تأثیر می‌گذارد و منجر به صدماتی می‌شوند که

(۳). از علائم بیماری آرتریت روماتوئید (روماتیسم مفصلی) خشکی صبحگاهی، تورم مفاصل مبتلا می‌باشد، که در نهایت منجر به تغییر شکل مفاصل می‌شود (۴). از افراد مبتلا به روماتیسم تنها بخش کوچکی بهبود کامل پیدا می‌کند و مابقی بیماری را برای همیشه ولی با شدت نوسان‌کننده به همراه خواهند داشت (۵). آرتریت روماتوئید، دردناکترین و ناتوان‌کننده‌ترین نوع آرتریت بوده که به سرعت در سرتاسر بدن منتشر و با التهاب شدید بافت سینوویال مزمن که منجر به تخریب و از کار افتادن مفاصل می‌شود، همراه است (۶). علائم بالینی این بیماری، سیر و پیش‌آگهی آن در بیماران مختلف، متفاوت است و می‌تواند طیف وسیعی از مشکلات از جمله مشکلاتی خفیف در مفاصل تا درگیری شدید اندام‌های حیاتی بدن را در بر بگیرد (۷). در این بیماری به دلیل نقص در سیستم ایمنی بدن، اتوآنتی‌بادی‌هایی علیه اجزای سلول‌ها تولید می‌شود و در نتیجه، واکنش‌های ایمنولوژیک و التهاب ناشی از آنها، تخریب سلولی و بافتی در اندام‌های مختلف بدن اتفاق می‌افتد (۸). بسته به اینکه کدام یک از اندام‌های بدن درگیر شده باشند، بیماران ممکن است علائم مختلفی همچون درد، خستگی، التهاب، اختلال حرکتی و پوکی استخوان را نشان می‌دهند (۹). به نظر می‌رسد که عوامل ژنتیکی و محیطی نقش اصلی را در بروز این بیماری چند عاملی ایفا نمایند. این بیماری ماهیتی مزمن دارد و اغلب با عود و گاهی فروکشی خود به خود، همراه می‌باشد (۱۰). یکی از مشکلاتی که بیماران روماتیسمی را رنج می‌دهد، درد (Pain) است. انجمن بین‌المللی مطالعه درد، درد را یک تجربه حسی و روانی ناخوشایند که با آسیب احتمالی یا واقعی بافت در ارتباط است، تعریف می‌کند (۱۱). درد هنگامی مزمن است که بیشتر از حد مورد انتظار استمرار پیدا کند. چنین دردی می‌تواند علی‌رغم درمان‌های انجام شده از شش ماه تا سی سال و بیشتر، طول بکشد (۱۲). به طور کلی، پژوهش‌ها ارتباط متغیرهای شناختی را با درد مزمن و ادراک درد نشان داده‌اند. ادراک درد (Pain Perception) یعنی

بیمار را به سوی کاهش عملکرد و ناتوانی سوق می‌دهد و ناتوانی نیز همبستگی معنی‌داری با محدودیت حرکات مفصل داشته و در نتیجه بیمار از عهده انجام وظایف روزانه‌اش بر نمی‌آید. ثابت شده است که فاکتورهای روانی با میزان ناتوانی همبستگی دارند و یکی از مهمترین آنها خلق و روحیه بیمار می‌باشد (۲۵).

تاکنون اثر شیوه‌های درمانی زیادی برای کاهش مشکلات افرادی که مبتلا به درد مزمن هستند، مورد بررسی قرار گرفته است. تحقیقات اخیر روی درمان پذیرش و تعهد (اکت) به عنوان یکی از درمان‌های موج سوم شناختی- رفتاری، نتایج رضایت بخش و دلایلی منطقی برای استفاده از این درمان در کار بالینی و غیربالینی فراهم کرده‌اند. در موج سوم درمان شناختی رفتاری که به درمان‌های پست مدرن معروف‌اند، عقیده بر این است که شناخت هیجانات را باید در بافت مفهومی پدیده‌ها در نظر گرفت. اصطلاح موج سوم یا نسل سوم با اشاره به درمان‌های شناختی- رفتاری ابداع شده است. دو نوع اصلی آن شامل درمان‌های شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌باشد که در سال‌های اخیر مورد توجه قرار می‌گیرد (۲۶). در حالی که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ریشه‌های شناختی و رفتاری دیده می‌شود اما فرضیه اصلی و هدف این درمان، تغییر شناخت و کمک به احساس بهتر بودن است. به همین دلیل به جای رویکردهای شناختی رفتاری که، شناخت‌ها و باورهای ناکارآمد را اصلاح می‌کرده تا هیجانات و رفتارها اصلاح شوند، در اینجا به مراجع آموزش داده می‌شود که در گام اول هیجانات خود را بپذیرد و در اینجا و اکنون، از انعطاف‌پذیری بیشتری برخوردار شود. به همین دلیل در این درمان فنون شناختی رفتاری سنتی را با ذهن آگاهی ترکیب می‌کنند (۲۷). اقدامات مداخله‌ای پذیرش و ذهن آگاهی به همراه راهبردهای تغییر رفتاری و تعهد به مراجع کمک می‌کند تا یک زندگی سرزنده، هدفمند و با مفهوم را برای خود ایجاد نمایند. به عبارت دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کمک به افراد جهت برخورداری از یک زندگی رضایت‌بخش‌تر، حتی با وجود

باعث کاهش توانایی انجام بعضی از وظایف و فعالیت‌ها می‌شود. از جمله حوزه‌هایی که تحت تأثیر پیامدها و عوارض بیماری قرار می‌گیرند، عملکرد اجتماعی، عملکرد جسمانی و اختلال در عملکرد روان‌شناختی و هیجانی است که خود این اختلالات و ناتوانی‌ها در یک سیکل معیوب باعث افزایش ناتوانی در فرد مبتلا می‌شوند (۱۹). در مجموع، شایع‌ترین علامت‌های مشترک در بیماری‌های روماتیسمی، دردهای عضلانی و مفصلی، خستگی و آشفتگی‌های هیجانی است. مطالعات نشان داده‌اند که شناخت‌های فاجعه‌ساز درد و اجتناب از فعالیت در بیماران مبتلا به درد مزمن با پیامدهای بعدی درد مرتبط است (۲۰). بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید نسبت به افراد سالم دارای ناتوانی عملکردی (Disability) بیشتری هستند (۲۱). عملکرد (Functioning) عنوانی فراگیر است که تمام عملکردهای بدن، فعالیت‌ها و مشارکت فرد را همانند چتری در برمی‌گیرد و مشابه آن ناتوانی (Disability) نیز عنوانی فراگیر در نظر گرفته می‌شود که برای اختلال‌ها، محدودیت‌های حرکتی یا موانع مشارکت به کار می‌رود. ناتوانی عملکردی شامل عوامل فردی و عوامل موجود در محیط می‌باشد. عملکردهای بدن (Functions Body) عبارت است از عملکردهای فیزیولوژیکی دستگاه‌های بدن (از جمله عملکردهای روانشناختی). عوامل محیطی (Environmental Factors) شامل محیط فیزیکی، اجتماعی و نگرشی است که افراد در آن، ادامه‌ی زندگی می‌دهند (۲۲). ناتوانی منعکس‌کننده پیامدهای نقص (اختلال) در عملکرد و فعالیت فرد است؛ به عبارت دیگر هر گونه فقدان یا محدودیت در توانایی انجام دادن فعالیت‌های که در سطح طبیعی، از هر انسانی انتظار می‌رود، ناتوانی نامیده می‌شود. فردی که دچار ناتوانی عملکردی است ممکن است از انجام فعالیت‌های روزانه درمانده شود (۲۳). بیماری‌های روماتیسمی باعث ناتوانی، از کار افتادگی، بازنشستگی زودرس و از دست دادن شغل می‌شوند (۲۴). درد مفصل

کلیه زنان مبتلا به آرتوئیت روماتوئید شهر خرم‌آباد در سال ۱۳۹۸ می‌باشد. نمونه پژوهش به صورت در دسترس از بین کلیه زنان مبتلا آرتوئیت روماتوئید شهر خرم‌آباد، ۴۰ نفر انتخاب و پس از بررسی ملاک ورود (تشخیص بیماری آرتوئیت روماتوئید توسط پزشک متخصص، سابقه بیش از یک سال بیماری روماتیسم، رضایت به شرکت داشتن در جلسات درمانی و نداشتن اختلالات روان‌پزشکی) و ملاک‌های خروج (غیبت ۳ جلسه یا بیشتر، داشتن اختلال روانی و عدم تمایل شرکت در جلسات درمانی) به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه، (هر گروه ۲۰ نفر) جایگزین شدند.

برای پژوهش حاضر ابتدا کد اخلاق: IR.LUMS.REC.1398.292 از دانشگاه علوم پزشکی خرم‌آباد اخذ و سپس مقدمات لازم برای انجام کار آماده گردید. پیش از انجام مداخلات، به توضیح دلایل و نحوه انجام پژوهش برای بیماران پرداخته شد و با آنها اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه خواهد ماند و پس از اعلام رضایت آگاهانه بیمار (شامل این مورد است که فرد هر زمان که بخواهد می‌تواند از ادامه جلسات درمانی انصراف دهد و هیچ عواقبی برای او ندارد) جلسات شروع شد. در ابتدا هر دو گروه آزمایشی و گواه در شرایط یکسان پرسشنامه‌های ادراک درد و ناتوانی عملکردی را به عنوان پیش‌آزمون تکمیل کردند. سپس برای گروه آزمایشی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به صورت یک جلسه در هفته اقتباس شده از برنامه ۸ جلسه‌ای برای دردهای مزمن Brassington و همکاران (۳۲) انجام پذیرفت و گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. پس از اتمام جلسات درمانی، پرسشنامه‌های ادراک درد و ناتوانی عملکردی مجدداً به عنوان پس‌آزمون توسط هر دو گروه تکمیل شد.

ابزار پژوهش: پرسشنامه ادراک درد مگ‌گیل (MPQ) توسط Melzack (۳۳) ساخته شد. این پرسشنامه ۲۰ سوال دارد و هدف آن سنجش درک افراد از درد و ابعاد مختلف آن است. این پرسشنامه دارای ۴ بعد، ادراک حسی درد (سوال‌های

افکار، عواطف و احساسات نامطلوب را مورد تأکید قرار می‌دهد (۲۸). درمان پذیرش و تعهد از شش فرآیند تشکیل شده که این شش فرآیند منجر به انعطاف‌پذیری روانشناختی می‌شوند. این شش فرآیند عبارتند از: پذیرش، خنثی‌سازی و عمل متعهدانه، ارزش‌ها، برقراری تماس با لحظه جاری، خودزمینه‌ای (۲۹). درمان متمرکز بر پذیرش و تعهد بر کنترل محتوای تفکرات و عواطف تأکید ندارد و قصد پذیرش آن را دارد (۳۰). کاهش علامت هدف درمان اکت نیست، چنین موضعی بر این باور استوار است که تلاش مداوم برای خلاص شدن از شر علائم، خود می‌تواند اختلال بالینی ایجاد کند (۳۱). درمان اکت یکی از رفتار درمانی‌های مبتنی بر ذهن آگاهی است که اثر بخشی آن برای درمان طیف گسترده‌ای از وضعیت‌های بالینی معلوم شده است. نتایج تحقیق فاطمی و منشئی (۱۰) و داودی و همکاران (۱۷) و تحقیقاتی دیگری نشان دهنده اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بیماران مبتلا به درد مزمن می‌باشد.

با توجه به مداخلات اثر بخشی که برای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر متغیرهای روانشناختی بیماران مبتلا به درد مزمن که در بالا ذکر گردید، و نیز توجه به درد مداومی که بیماران مبتلا به آرتوئیت روماتوئید به خاطر مشکلات مفاصل، با آن درگیر هستند، نحوه تفسیر درد و ادراک درد در این بیماران از اهمیت خاصی برخوردار است، همچنین اختلال در کارکرد مفاصل که منجر به نوعی ناتوانی در بیماران روماتیسم مفصلی می‌شود، ضرورت انجام این پژوهش را توجیه می‌کند. لذا در پژوهش حاضر بر آن شدیم به اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ادراک درد و ناتوانی عملکردی این بیماران بپردازیم.

روش کار

این پژوهش یک کار بالینی است که با روش نیمه آزمایشی و به کار بستن طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه آزمایشی و گواه به انجام رسید. جامعه آماری پژوهش شامل

و ۱۰۰-۷۵ به منزله ناتوانی شدید و کاملاً حاد است که فرد قادر به انجام فعالیت روزمره نیست (۳۷). در مطالعات گذشته، روایی و اعتبار پرسشنامه ODI در سنجش میزان درد و ناتوانی در فعالیت‌های روزمره مورد تایید قرار گرفته و پایایی آن را ۰/۸۴ گزارش نموده‌اند (۳۸).

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها: برای تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی نظیر فراوانی، درصد، میانگین و انحراف استاندارد و از روش‌های آمار استنباطی شامل تحلیل کوواریانس چند متغیره و تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شد. داده‌ها به وسیله نسخه نرم‌افزار تحلیل آماری SPSS-24 تحلیل شد.

نتایج

همان‌طور که در جدول ۱، نشان داده شده در پژوهش حاضر دامنه سنی زنان مورد بررسی قرار گرفت که بین ۲۹-۶۵ سال با میانگین ۴۵/۳ سال بودند. سابقه بیماری آرتريت روماتوئید آنها بین ۲ تا ۱۵ سال و با میانگین ۶/۵ سال بود. از بین ۴۰ نفر آزمودنی پژوهش حاضر ۲۶ نفر متاهل، ۸ نفر بیوه و ۶ نفر مطلقه بودند.

همان‌طور که در جدول ۲، مشاهده می‌شود، برای گروه آزمایشی میانگین ادراک کلی درد، ادراک حسی درد، ادراک عاطفی درد، ادراک ارزیابی درد و دردهای متنوع و گوناگون و همچنین ناتوانی عملکردی در مرحله پیش‌آزمون در دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود ندارد و در مرحله پس‌آزمون در گروه آزمایشی با گروه گواه تفاوت وجود دارد. تفاوت در میانگین‌ها نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش ادراک درد و ناتوانی عملکردی در زنان مبتلا به آرتريت روماتوئید گردیده است. برای استفاده از آماره استنباطی تحلیل کوواریانس چند متغیره و تک متغیره پیش‌فرض‌های این تحلیل مورد بررسی قرار گرفت. برای پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمره‌ها از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد که در هر دو گروه آزمایشی و گواه ($p > 0/05$) مورد تایید بود. پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها (پس‌آزمون) با استفاده از آزمون لوین بررسی شد،

۱ تا ۱۰)، ادراک عاطفی درد (سوال‌های ۱۱ تا ۱۵)، ادراک ارزیابی درد (سوال ۱۶) و دردهای متنوع و گوناگون (سوال‌های ۱۷ تا ۲۰) می‌باشد. در نمره‌گذاری این پرسشنامه برای هر سوال شش گزینه از ۱ تا ۶ نمره‌گذاری می‌شود. مجموع نمرات در این پرسشنامه بین ۲۰ تا ۱۲۰ می‌باشد. نمره بیشتر به معنای ادراک درد بیشتر در بیماران است. روایی و پایایی: در پژوهش Dworkin (۳۴) روایی این پرسشنامه مورد تایید قرار گرفته است. همچنین پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه گردید. ضریب آلفا برای کلیه ابعاد بین ۰/۸۳ تا ۰/۸۷ به دست آمده است. خسروی و همکاران در سال ۱۳۹۱ به ترجمه، بومی‌سازی و بررسی پایایی پرسشنامه درد مک‌گیل به زبان فارسی پرداخته و بیان کرده‌اند که پرسشنامه فارسی درد مک‌گیل از انطباق فرهنگی و پایایی کافی برای استفاده در مطالعات اپیدمیولوژیک درد مزمن برخوردار است. در مطالعه آنها ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۸۵ و ضریب پایایی در تمام حیطه‌ها (حسی، عاطفی، ارزیابی و متفرقه) بالای ۰/۸۰ محاسبه شد (۳۵).

پرسشنامه ناتوانی عملکردی (ODI) توسط Calmels و همکاران (۳۶) ساخته شد و دارای ۱۰ قسمت است که به منظور ناتوانی عملکردی در بیماران طراحی شده است. در هر قسمت یک مورد از ناتوانی را اندازه‌گیری می‌کند که این ۱۰ مورد شامل: شدت درد، انجام کارهای شخصی، بلند کردن اجسام، راه رفتن، نشستن، ایستادن، خوابیدن، فعالیت جنسی، زندگی اجتماعی و مسافرت کردن است. هر بخش از این پرسشنامه شامل ۶ گزینه می‌باشد که در بدترین حالت ناتوانی، نمره ۵ به هر بخش داده می‌شود که در مجموع امتیازهای ۱۰ بخش، برابر ۵۰ خواهد بود که ناتوانی کلی با حاصل‌ضرب مجموع نمره‌های هر قسمت در عدد ۲ محاسبه می‌شود. در حقیقت این پرسشنامه ناتوانی عملکردی را بین ۱۰۰-۰ ارزش‌گذاری می‌کند. بدین ترتیب که امتیاز صفر مبین سلامت کامل فرد و عملکرد بدون درد، ۲۵-۰ به منزله ناتوانی خفیف، ۵۰-۲۵ ناتوانی متوسط، ۷۵-۵۰ ناتوانی زیاد

ادراک ارزیابی درد و دردهای متنوع و گوناگون در بیماران در گروه آزمایشی در مرحله پس‌آزمون شده است.

همان‌طور که در جدول ۴، مشاهده می‌شود نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره پس از حذف اثر پیش‌آزمون ناتوانی عملکردی، بین ناتوانی عملکردی زنان مبتلا به آرتروز روماتوئید گروه آزمایشی و گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. مقدار اثربخشی عضویت گروهی ۵۹٪ به دست آمده که در سطح ۰/۰۰۰۱ معنی‌دار است و نشان می‌دهد مداخلات درمان اکت اثربخش بوده است.

بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ادراک درد و ناتوانی عملکردی در زنان مبتلا به آرتروز روماتوئید بود. نتایج پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش ادراک درد و مولفه‌های آن در این بیماران گردید. نتایج این پژوهش با نتایج بهراد و همکاران (۳۹) مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ابعاد درد بیماران مبتلا به میگرن، با نتایج رضایی‌نسب و همکاران (۴۰) مبنی بر مقایسه اثربخشی گروه درمانی اکت و گروه درمانی مبتنی بر امید، بر ادراک درد بیماران مبتلا به ام‌اس، با نتایج سبحانی و همکاران (۴۱) مبنی بر اثربخشی درمان اکت بر ادراک درد بیماران بستری در بیمارستان، همچنین با نتایج فاطمی و منشی (۱۰) مبنی بر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پذیرش درد در بیماران مبتلا به آرتروز روماتوئید، با نتایج برقی ایرانی و همکاران (۴۲) مبنی بر اثر درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در پیروی از درمان، ادراک بیماری و کیفیت زندگی در بیماران هموفیلی، با نتایج رویین تن و همکاران (۴۳) مبنی بر اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی بر ادراک درد بیماران مبتلا به درد مزمن، با نتایج هادی طرقي و مسعودی (۴۴) مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش استرس ادراک شده سالمندان مبتلا به درد مزمن، همچنین با نتایج داودی و همکاران (۱۷)

این پیش‌فرض در مرحله پس‌آزمون ($p > 0/05$) مورد تایید قرار گرفت. نمرات پیش‌آزمون به عنوان متغیرهای همگام در نظر گرفته شد و تاثیر آن بر روی نمرات پس‌آزمون با استفاده از تحلیل کواریانس کنترل شد. نمودار پراکنندگی نشان داد که پیش‌فرض خطی بودن رابطه بین متغیرهای همگام (نمرات پیش‌آزمون مربوطه) برقرار است. همچنین همگنی شیب‌های خط رگرسیون بین متغیرهای وابسته و متغیرهای همگام در هر دو گروه آزمایشی و گواه از طریق رسم نمودار پراکنش برقرار بود. با توجه به برقراری مفروضه‌های تحلیل کواریانس، استفاده از آن مجاز می‌باشد. برای مشخص شدن اثربخشی درمان اکت بر ادراک درد و ناتوانی عملکردی زنان و معنی‌داری تفاوت میانگین‌ها از تحلیل کواریانس استفاده شده که در جداول ۳ و ۴ گزارش شده است.

طبق بررسی تحلیل کواریانس چند متغیره برای ادراک درد در مرحله پس‌آزمون درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، پس از خارج کردن اثر پیش‌آزمون و سایر متغیرهای گواه، به روش تحلیل کواریانس چند متغیره، اثر معنی‌داری برای عامل عضویت گروهی درمان اکت در متغیر ادراک درد وجود دارد. این اثر چند متغیره نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ادراک درد تاثیر دارد و بین مولفه‌های ادراک درد بیماران گروه آزمایشی با گروه گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F=13/29$ ، $p < 0/01$). به منظور تعیین اینکه در کدام یک از مولفه‌های ادراک درد تفاوت معنی‌داری بین گروه-آزمایشی و گواه وجود دارد از آزمون تحلیل کواریانس تک متغیره استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه گردیده است. با توجه به نتایج جدول ۳، با کنترل نمرات پیش‌آزمون، بین گروه آزمایشی و گواه در ادراک حسی درد، ادراک عاطفی درد، ادراک ارزیابی درد و دردهای متنوع و گوناگون در زنان مبتلا به آرتروز روماتوئید در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/001$). با توجه به نتایج فوق می‌توان نتیجه گرفت که درمان اکت به ترتیب موجب کاهش ۶۳، ۶۱، ۳۵ و ۵۵ درصدی ادراک حسی درد، ادراک عاطفی درد،

به درمان دانست که منجر به ارزیابی ادراک درد متفاوت در افراد می‌شود (۴۶). اکت با بحث درباره تمیز دادن بین مسائل و توصیف آنها به بیماران کمک می‌کند به جای هدایت شدن از سوی محتوای کلامی افکارشان، با محیط تجربه مستقیم برقرار کنند. در واقع درمان اکت توانست با تأثیرگذاری بر چرخه معیوب باورها و تفکرات بیماران بر بعد کنترل کردن افکار تأثیر بگذارد و فرد به دنبال فرار از باورهای خود نباشد (۴۷). از این رو این درمان، ادراک درد را کاهش می‌دهد و باعث می‌شود بیماران مبتلا آرتريت روماتوئید، درد خود را وحشناک و تحمل ناپذیر ادراک نکنند. درمان اکت باعث می‌شود حتی اگر تجربه واقعی درد بدون تغییر باقی بماند، ادراک درد کاهش یابد و تجارب رفتاری افزایش یابد (۴۸).

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ناتوانی عملکردی زنان مبتلا به آرتريت روماتوئید تأثیری معنی دار داشته و باعث کاهش ناتوانی عملکردی در این بیماران گردید. تا به حال در هیچ پژوهشی به اثربخش درمان اکت بر ناتوانی عملکردی بیماران پرداخته نشده است لذا نتایج این پژوهش با نتایج مشابه مقایسه می‌شود. نتایج این پژوهش با نتایج رضائیان و همکاران (۴۹) مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فاجعه‌پنداری و ناتوان کنندگی درد در زنان مبتلا به درد مزمن لگن، با نتایج موسوی و دشت بزرگی (۵۰) تأثیر گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان سرسختی و استرس ادراک شده بیماران مبتلا به دیابت نوع دو همسو می‌باشد. همچنین با نتایج کریمی و سلیمی (۵۱)، مسلم خانی و همکاران (۵۲) و نصری و همکاران (۵۳) مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همخوان می‌باشد.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت یکی از مراحل مهم در درمان پذیرش و تعهد بر عهده گرفت مسئولیت توسط مراجعه کننده است. در حالی که توانایی عملکردی به گونه‌ای پاسخ به این سؤال است که آیا من می‌توانم از عهده کار برآیم یا نه. در درمان پذیرش و تعهد با دادن تکالیف مناسب و کار روی ارزش‌ها، توانایی عملکردی در افراد افزایش می‌یابد. در این

مبنی بر تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانگان خستگی مزمن و ادراک درد افراد مبتلا به ام‌اس، همسو می‌باشد.

در تبیین یافته‌های فوق می‌توان گفت که در رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد به بیماران یاد داده می‌شود که در گام اول هیجانات خود را بپذیرند و در اینجا و اکنون از انعطاف‌پذیری بیشتری برخوردار شود. بدین معنا در طی فرآیند جلسات درمانی بیماران تشویق می‌شوند تا ضمن شناخت احساسات و هیجانات روانشناختی و زیستی خود، شناخت موقعیت‌ها و عوامل مسبب بروز ناامیدی از درمان، شناخت رفتارها و اعمالی که هنگام مواجهه با موقعیت‌های تنش‌زا (مثل عود یا تشدید علائم بیماری) از خود نشان می‌دهند، مبارزه‌ی غیرسودمند با محتوای روانی را کاهش دهند و موضعی با پذیرش بیشتر را ایجاد کنند تا بتوانند در یک جهت ارزشمند حرکت کنند (۴۵). در این رویکرد فرد یاد می‌گیرد که بدون تلاش برای کنترل بر افکار مربوط به بیماری، به افکار مرتبط با بیماری اجازه حضور در ذهن دهد. هنگامی که این تجربیات، یعنی افکار و احساسات، با گشودگی و پذیرش مشاهده شوند، حتی دردناکترین آنها کمتر تهدید کننده و قابل تحمل تر به نظر می‌رسند، در عوض اعمال کنترلی غیرموثر کاهش می‌یابند. بدین ترتیب، با افزایش پذیرش بیماری و تعهد به درمان، ادراک بیمار راجع به بیماری و درد به طبع پیروی از دستورات درمانی افزایش می‌یابد (۴۲). درمان اکت با مطرح کردن مولفه پذیرش و گسلش به دنبال اجتناب نکردن افراد از افکار، خاطرات، هیجانات و حساسیت‌های روانشناختی است. به طوری که دیده می‌شود برخی افراد تکانش‌های شدیدی از ناراحتی در مقابل درد، را دارند. برخی دیگر برعکس، دردهای شدیدتری را به راحتی تحمل می‌کنند و کمتر به دنبال ناله و جلب حمایت برمی‌آیند. این مسئله را می‌توان دلیلی بر نگرش‌ها، باورها و انتظارات بیماران درباره خود، مشکلاتشان، منابع مقابله با بیماری و همچنین سیستم مراقبت بهداشتی، بر میزان ابراز درد، ناتوانی و نیز پاسخ بیمار

شد که محدودیت‌های ناشی از بیماری خود را بدون مبالغه بپذیرند و به دنبال اجتناب از این محدودیت‌ها نباشد، به نوعی آن را بپذیرند و در کنار آن به زندگی خود ادامه دهند.

نتیجه‌گیری

برای تغییر در فرآیند بهبودی و رهایی از بیماری، ابتدا سلامتی و پرهیز از درد باید به عنوان یک ارزش برای بیمار در نظر گرفته شود و برای اینکه ارزش‌گذاری صورت پذیرد، باید فرد درکش از درد را به صورت واقع‌بینانه درآورد تا بتواند فرآیند تعهد را عملی سازد. با توجه به تاثیر عمیق ادراک درد در بهبود وضعیت بالینی زنان مبتلا به آرتریت روماتوئید، از تلویحات مهم بالینی این نکته است که برای تاثیرگذاری بهتر درمان‌های بیولوژیک در بیماران آرتریت روماتوئید، توجه با ادراک صحیح بیماران از وضعیت بیماری و درد خود، روند بهبود بیماران را تسریع می‌کند. لذا درمان اکت با توجه انعطاف-پذیری به بیماران کمک کرد که ادراک درد کمتری را تجربه کنند و به صورت واقع‌بینانه با درد خود کنار بیایند. فرد از فعالیت‌هایی با این تصور که توانش را ندارد اجتناب می‌کند. باور به ناتوانی همراه با واکنش‌های هیجانی خاصی که رخ می‌دهد، نه تنها احساس یاس را به وجود می‌آورد، بلکه بر طول مدت ناتوانی و از کار افتادگی بیمار نیز تاثیرگذار است. در همین راستا، در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پذیرش جهت حضور و نقش فعال هیجان‌ات در زمینه بیماری و درد به اصل پذیرش و تصریح ارزش‌ها اشاره دارد، پذیرش بیماری شامل تمایل فعال بر حضور بیماری و همچنین، افکار و احساسات همراه با آن در کنار انجام فعالیت‌های ارزشمند و رسیدن به اهداف فردی است. آنچه که از نتایج پژوهش حاضر حاصل شد، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بود که باعث کاهش معنی‌دار ادراک درد و ناتوانی عملکردی در زنان مبتلا به آرتریت روماتوئید بود. بنابر نتایج به دست آمده می‌توان گفت که از این درمان در کنار دارو درمانی برای بهبود حال بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید، می‌شود استفاده کرد.

درمان با تأکید بر انعطاف‌پذیری، شفاف‌سازی ارزش‌ها و بحث درباره این موضوع، که تغییر امکان‌پذیر است و از سوی دیگر اجرای موفقیت‌آمیز تمرینات مختلف، می‌تواند در افزایش توانایی و پذیرش مسئولیت توسط آزمودنی، مؤثر باشد. بنابراین مراقبه‌های ذهن آگاهی به طور معنی‌داری باعث افزایش وضوح ذهنی، سلامت روان و نیز کاهش تنش بدنی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید می‌شود (۵۴). می‌توان گفت که پذیرش و تعهد درمانی تماس مؤثر با لحظه حال را مطرح می‌کند و به مراجعان یاد می‌دهد آن چه را که هستند، بدون قضاوت یا ارزیابی، نامگذاری و توصیف نمایند. تمرین‌های ذهن آگاهی در این نوع از درمان، فرد را به سمت دنیایی هدایت می‌کند که آن را مستقیماً تجربه می‌کند، نه دنیایی که محصول تفکر آنهاست. در واقع، تماس با رویدادها، بدون قضاوت و در اینجا و اکنون رخ می‌دهد (۴۹). وقتی افراد دچار احساس ناتوانی عملکردی هستند، سعی می‌کنند خود را ناتوان هم نشان دهند و در راستای ارزش‌هایشان حرکت نمی‌کنند، بنابراین به جای آزاد گذاشتن افکار، اجتناب از آن اتفاق می‌افتد. افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید وقتی دردشان شدید می‌شود، کار کمتری انجام می‌دهند و طالب استراحت بیشتر هستند. این فرآیند مساوی است با انباشته شدن کارها برای زمانی که فرد درد کمتری دارد که در نهایت و در طول زمان به ناتوانی فرد منجر خواهد شد. برای جلوگیری از این امر فرد باید به میزان مشخص و ثابتی به چرخه فعالیت خود چه در زمان وجود درد و چه در زمان عدم آن پردازد که با ارزش‌ها و اهداف او هماهنگ باشد و همچنین، تفکیکی که بین اهداف و ارزش‌ها در جلسات آموزش صورت گرفت، برخورد واقع‌بینانه‌تر افراد نسبت به این فرآیند، باعث تسهیل فعالیت‌های آنها شد. همچنین یکی از موارد مورد تأکید درمان اکت عمل متعهدانه است که فرد را ملزم به انجام کار و عمل وادار می‌کند (۵۵). این مساله خود کمک کرد که بیماران پایبند به برنامه‌هایی که برای خود طراحی کرده‌اند، باشند. در این درمان به آزمودنی‌ها نشان داده

بیمارهای صعب‌العلاج جهت کاهش شدت ادراک درد پرداخته شود.

تشکر و قدردانی

نویسنده‌گان این مقاله تشکر صمیمانه خود را از مسئولان و معاونت پژوهش و تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی لرستان جهت کد اخلاق: IR.LUMS.REC.1398.292 و نیز زنان مبتلا به آرتریت روماتوئید شهر خرم‌آباد که در انجام این پژوهش ما را یاری دادند، کمال تشکر و قدردانی را ابراز می‌دارند. در مقاله حاضر هیچ تضاد منافی وجود ندارد.

محدودیت‌ها و پیشنهادات: از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به نداشتن دوره پیگیری اشاره کرد که از تداوم داشتن اثر درمان اطمینان حاصل شود. از دیگر محدودیت‌ها مسئله جنسیت بیماران بود که فقط بر روی زنان انجام گرفت، البته در این مورد هم نتایج به هر دو جنس تعمیم داده نشده است. همچنین به دلیل شرکت نکرده یه سری از بیماران در پژوهش با محدودیت حجم نمونه روبرو بود. پیشنهاد می‌شود که به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ناتوانی عملکردی دیگر بیماران مبتلا به درد مزمن به خصوص افرادی مانند بیماران مبتلا به کمر درد مزمن پرداخته شود. همچنین به بررسی اثربخشی درمان اکت بر ادراک درد بیماران مبتلا به

جدول ۱- ویژگی‌های جمعیت شناختی دو گروه آزمایش و شاهد مطالعه تأثیر مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ادراک درد و ناتوانی عملکردی زنان مبتلا به آرتریت روماتوئید

| وضعیت تاهل | سابقه بیماری | سن آزمودنی‌ها | |
|------------|--------------|---------------|----|
| متاهل | ۲-۵ | ۲۹-۴۰ | ۸ |
| بیوه | ۶-۸ | ۴۱-۵۰ | ۱۱ |
| مطلقه | ۹-۱۲ | ۵۱-۶۰ | ۱۵ |
| مجرد | ۱۵-۱۳ | ۶۱-۷۰ | ۶ |

جدول ۲- میانگین و انحراف استاندارد ادراک درد و مولفه‌های آن و ناتوانی عملکردی در پیش‌آزمون- پس‌آزمون گروه آزمایشی و گروه شاهد

| پس‌آزمون | | پیش‌آزمون | | عضویت گروهی | |
|------------------|---------|------------------|---------|-------------|------------------------|
| انحراف استاندارد | میانگین | انحراف استاندارد | میانگین | متغیرها | |
| ۴/۵۱ | ۴۴/۶۵ | ۳/۸۳ | ۶۷/۵۵ | گروه آزمایش | ادراک کلی درد |
| ۶/۰۲ | ۶۷/۶۱ | ۳/۰۶ | ۶۶/۵۸ | گروه شاهد | |
| ۳/۱۳ | ۲۳/۳۵ | ۲/۶۵ | ۳۴ | گروه آزمایش | ادراک حسی درد |
| ۴/۷۴ | ۳۴/۲۵ | ۱/۷۴ | ۳۲/۹ | گروه شاهد | |
| ۲/۳۲ | ۱۰/۴۰ | ۱/۷۹ | ۱۶/۲۰ | گروه آزمایش | ادراک عاطفی درد |
| ۲/۲۱ | ۱۶/۰۵ | ۲/۰۲ | ۱۶ | گروه شاهد | |
| ۰/۶۴ | ۱/۹۰ | ۰/۹۹ | ۳/۴۰ | گروه آزمایش | ادراک ارزیابی درد |
| ۱/۰۴ | ۳/۱۵ | ۰/۹۴ | ۳/۶۰ | گروه شاهد | |
| ۱/۶۸ | ۹ | ۱/۰۹ | ۱۳/۹۵ | گروه آزمایش | دردهای متنوع و گوناگون |
| ۲/۰۸ | ۱۳/۱۵ | ۱/۰۵ | ۱۴/۰۵ | گروه شاهد | |
| ۲/۶۵ | ۳۸/۲۲ | ۳/۱۱ | ۵۲/۷۱ | گروه آزمایش | ناتوانی عملکردی |
| ۳/۳۴ | ۵۴/۹۵ | ۲/۳۱ | ۵۶/۶۶ | گروه شاهد | |

جدول ۳- نتایج تحلیل کواریانس تک متغیره برای مولفه‌های ادراک درد بر حسب عضویت گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

| متغیر | منبع تغییرات | مجموع مجزورات | درجه آزادی | میانگین مجزورات | F | p-value | اندازه اثر | توان آماری |
|------------------------|--------------|---------------|------------|-----------------|-------|---------|------------|------------|
| ادراک حسی درد | پیش‌آزمون | ۵/۸۵ | ۱ | ۵/۸۵ | ۰/۳۵ | ۰/۵۵ | ۰/۰۱۲ | ۰/۰۹ |
| عضویت گروهی | | ۱۰۷۸/۵۴ | ۱ | ۱۰۷۸/۵۴ | ۶۵/۵۸ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۶۳ | ۱ |
| ادراک عاطفی درد | پیش‌آزمون | ۰/۹۸ | ۱ | ۰/۹۸ | ۰/۱۸ | ۰/۶۶ | ۰/۰۵ | ۰/۰۷ |
| عضویت گروهی | | ۳۱۶/۳۹ | ۱ | ۳۱۶/۳۹ | ۶۰/۱۴ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۶۱ | ۱ |
| ادراک ارزیابی درد | پیش‌آزمون | ۰/۱۱ | ۱ | ۰/۱۱ | ۰/۱۴ | ۰/۷۰ | ۰/۰۴ | ۰/۰۶ |
| عضویت گروهی | | ۱۵/۱۷ | ۱ | ۱۵/۱۷ | ۱۹/۸۸ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۳۵ | ۰/۹۹ |
| دردهای متنوع و گوناگون | پیش‌آزمون | ۱/۴۱ | ۱ | ۱/۴۱ | ۰/۳۸ | ۰/۵۳ | ۰/۱۱ | ۰/۰۹ |
| عضویت گروهی | | ۱۷۰/۳۵ | ۱ | ۱۷۰/۳۵ | ۴۶/۶۴ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۵ | ۱ |

جدول ۴- نتایج تحلیل کواریانس تک متغیره برای ناتوانی عملکردی در مرحله پس آزمون درمان اکت

| متغیرها | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | p-value | اندازه اثر | توان آماری |
|-----------------|---------------|------------|-----------------|-------|---------|------------|------------|
| ناتوانی عملکردی | ۳/۱۹ | ۱ | ۳/۱۹ | ۵۷/۸۶ | ۰/۵۶ | ۰/۰۹ | ۰/۰۸ |
| عضویت گروهی | ۵۳۳/۹۳ | ۱ | ۵۳۳/۹۳ | ۵۷/۸۶ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۵۹ | ۱ |
| خطا | ۳۴۰/۹ | ۳۷ | ۹/۲۱ | - | - | - | - |

References

1. Strand V, Wright GC, Bergman MJ, Tambiah J, Taylor PC. Patient expectations and perceptions of goal-setting strategies for disease management in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol*. 2015; 42(11):2046–2054.
2. Bouhouche L, Rostom S, Idrissi ZM, Bahiri R, Hajjaj-Hassouni N. Perceptions in rheumatoid arthritis: comparative study between patients and their close families. *J Clin Rheumatol*. 2017;23(5):262–266.
3. Daien CI, Hua C, Combe B, Landewe R. Non-pharmacological and pharmacological interventions in patients with early arthritis: a systematic literature review informing the 2016 update of EULAR recommendations for the management of early arthritis. *RMD Open*. 2017; 3(1).
4. Lin MC, Lu MC, Livneh H, Lai NS, Guo HR, Tsai TY. Factors associated with sexual dysfunction in Taiwanese females with rheumatoid arthritis. *BMC Womens Health*. 2017; 17(1):12.
5. Middendorp H, Evers A. The role of psychological factors in inflammatory rheumatic diseases: From burden to tailored treatment Best Practice & Research Clinical Rheumatology. 2017; 5(30):932-945.
6. Kaas J, Tothova V. Quality of life of patients who suffer from rheumatic arthritis. Original research article. 2017; 3(19):159-164.
7. Teixeira V, Tam LS. Novel insights in systemic lupus Erythematosus and atherosclerosis. *Frontiers in Medicine*. 2018; 4:262-288.
8. Bahramirad M, Rafezi Z. Predicting Pain Acceptance Based on Perceived Stress and Coping Strategies in individuals with Rheumatoid Arthritis, *Health Psychology*. 2019;7(4).
9. Hope HF, Bluett J, Barton A, Hyrich KL, Cordingley L, Verstappen SM. Psychological factors predict adherence to methotrexate in rheumatoid arthritis; findings from a systematic review of rates, predictors and associations with patient-reported and clinical outcomes. *RMD Open*. 2016; 2(1):e000171.
10. Fatemi F, Manshaei G. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy Based on Pain Intensity Perception among Patients with Rheumatoid Arthritis in Isfahan. *J Res Behav Sci*. 2016;14(3): 296-301. [Persian]
11. Anvari MH, Ebrahimi A, Neshatdoost HT, Afshar, H. Abedi, A. The effectiveness of group-based acceptance and commitment therapy on pain-related anxiety, acceptance of pain and pain intensity in patients with chronic pain. *Isfahan Med sci*. 2014; 32(295): 115665. [Persian]

12. Asadi Majare S, Sepehrian Azar F. The comparison of anxiety model to explain pain perception in chronic pain Patients with Generalized anxiety syndrome. *Journal Anesth Pain*. 2017; 8(2):1-14. [Persian]
13. Pour Haghighi T, Dosti Y, Mirzaeian B, Fakhri MK. The effectiveness of group cognitive behavioral therapy on disease perception and pain perception in patients with rheumatoid arthritis. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*. 2016; 20:45-57. [Persian]
14. Taklavi S, Azimi Seddig V. Comparison of the Perception of Pain and Alexithymia in Patients with Rheumatoid Arthritis, Familial Mediterranean fever and Healthy People. *Journal of Research in Psychological Health*. 2018;12(2):40-52. [Persian]
15. Turk DC, Gatchel RJ, editors. *Psychological approaches to pain management: A practitioner's handbook*. Guilford publications. 2018; May 7.4 (9).
16. Chisari C, Chilcot J. The experience of pain severity and pain interference in vulvodinia patients: The role of cognitive-behavioural factors, psychological distress and fatigue. *Journal of Psychosomatic Research*. 2017; 93:83-9. [Persian]
17. Davoodi M, Shameli L, Hadianfard H. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Chronic Fatigue Syndrome and Pain Perception in People with Multiple Sclerosis. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2019;25(3):250-265. [Persian]
18. Nejati A, Ahadi H, Meschi F, Seirafi M, Kraskian Mojembari A. Pain Sensation and Long-term Suffering due to Chronic Pain in Patients with Rheumatoid Arthritis: Mediating Role of Self-efficacy. *Iranian Journal of Health Education & Health Promotion*. 2020;8(1):10-22. [Persian]
19. Siegert E, March C, Otten L, Makowka A, Preis E. Prevalence of sarcopenia in systemic sclerosis: assessing body composition and functional disability in patients with systemic sclerosis. *Applied nutritional investigation*. 2018; 55:51-56.
20. Davoudi I, Zargar Y, Mozaffaripour E, Nargesi F, Molah K. The Relationship between Pain Catastrophizing, Social Support, pain-related Anxiety, Coping Strategies and Neuroticism, with Functional Disability in Rheumatic patients *Health Psychology*. 2012; 11(1). [Persian]
21. Myasoedova E, Davis J, Achenbach S, Matteson E, Crowson C. OP0009 Rising prevalence of functional disability in patients with rheumatoid arthritis over 20 years. *Rheumatology*. 2018;3(8).
22. Yelena B, Gertens M, Joseph O, Kristen S, Joseph G. Cognitive impairment, clinical symptoms and functional disability in patients emerging from the minimally conscious state. *Journal: Neuro Rehabilitation*. 2020; 5:1-10.
23. Vinge L, Jakobsen J, Andersen H. Muscle weakness and functional disability in patients with myasthenia gravis. *Clinical Research Article*. 2019; 2(4).
24. Michael K, Caleb G, Chaoyang C, Moutzouros V, Makhni E. Predictors of Functional Disability in Patients Undergoing Anterior Cruciate Ligament Reconstruction; (2019). *Clinical Research*. 22. <https://scholarlycommons.henryford.com/merf2019c/linres/22>.

25. Safdari S, khayambashi KH, Ghasemi GA, Falah A, Sakhavat E. Effects of Selected Core Stabilization Exercise Protocol on Pain and Functional Disability in Subjects with Chronic Nonspecific Low Back Pain. *J Res Rehabil Sci.* 2014; 10(1):56-66. [Persian]
26. Tarkhan M. The effectiveness of Acceptance and Commitment therapy on emotional regulation and meaning of the lives of depressed women. *Psychological Studies.* 2017;3(13), 147-164.
27. Jahangiri A, Shirdal M, Gharachoorlou S. The Effectiveness of Acceptance and Commitment (Act) Therapy on Cognitive-Emotional Regulation and Self-Efficacy in Struggling with Problems in People with Substance Abuse Treated with Methadone. *JNKUMS.* 2018;10(2):41-49. [Persian]
28. Arjmand Ghujur K, Mahmoud Aliloo M, Khanjani Z, Bakhshipour A. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in Relapse Prevention in Methamphetamine Addict Patients. *Yafte.* 2019; 21(1):38-51. [Persian]
29. Izakian S, Mirzaian B, Hosseini SH. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Emotion Dysregulation and Self-Compassion among Self-Harm Students. *Journal of Thought and Behavior in Clinical Psychology.* 2019; 14(53):17-26. [Persian]
30. Zhang CQ, Leeming E, Smith P, Chung PK, Hagger MS, Hayes SC. Acceptance and commitment therapy for health behavior change: a contextuallydriven approach. *Frontiers in psychology.* 2018; 8: P.2350.
31. Kavousian J, Harifi H, Karimi K. The Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Marital Satisfaction in Couples, *Journal of Health and Care.* 2016; 18(4):75-87. [Persian]
32. Brassington L, Ferreira NB, Yates S, Fearn J, Lanza P, Kemp K, Gillanders D. Better living with illness: A transdiagnostic acceptance and commitment therapy group intervention for chronic physical illness. *Journal of Contextual Behavioral Science.* 2016; 5(4):208-14. [DOI:10. 1016/j. jecbs. 2016. 09. 001]
33. Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain* 1975; 1(3): 277-299.
34. 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.
35. Khosravi M, Sadighi S, Moradi S, Zendehe K. Persian-McGill pain questionnaire; translation, adaptation and reliability in cancer patients: a brief report. *Tehran University Medical Journal.* 2013; 71(1): 53-58.
36. Calmels P, Bethoux F, Condemine A, Fayolle-Minon I. Low back pain disability assessment tools. *Ann Readapt Med Phys.* 2009; 48(6):288-97. [French]
37. Bakhtiari A, Sadatlari M, Hedayti R, Soltani R, Ghorbani R. Comparison of stability and McKenzie exercises on pain and disability and Multifidus muscle size in women with chronic low back pain nonspecific. *JRRS* 2012; 8:1-18. [Persian]
38. Mousavi SJ, Parnianpour M, Mehdian H, Montazeri A, Mobini B. The Oswestry disability index, the Roland-morris disability questionnaire, and the Quebec Back Pain disability scale:

- translation and validation studies of the Iranian versions. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2006; 31: 454-459. [Persian]
39. Behrad M, Makvand Hosseini S, Najafi M, Rezaei AM, Rahimian Boogar E. Comparison of Effectiveness of Positive Psychotherapy and Acceptance and Commitment Therapy on Aspects of Pain in Patients with Migraine. *Psychological Studies Faculty of Education and Psychology Alzahra University*. 2018; 14(1). [Persian]
 40. Rezaei Nasab F, Borjali A, Taghdisi M. Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy and Hope-Based Group Therapy on Pain Perception in Patients with Multiple Sclerosis (MS). *Iranian Journal of Health Education and Promotion*. 2019; 7(3). [Persian]
 41. Sobhani E, Babakhani N, Alebouyeh MR. The Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction on the Depression, Anxiety, Stress, and Pain Perception in Females with Obstructed Labour-Induced Chronic Low Back Pain. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2019; 25(3):266-277. [Persian]
 42. Barghi Irani Z, Dehkhodaei S, Alipour A. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy and treatment based on acceptance and commitment in adherence to treatment, illness perception and quality of life in hemophilic patients, *Journal of Blood Research*. 2019; 16(4):289-299. [Persian]
 43. Roientan S, Azadi SH, Mahmoodi A, Hosseini M, Sadegh R. The Effectiveness of Acceptance, Commitment, and Group Therapy Based on Hope Therapy Approach to Depression in Cancer Patients. *Armaghane-danesh*. 2020; 24(5): 841-852. [Persian]
 44. Hadi Toroghi H, Masoudi S. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on the Reduction of Perceived Stress in the Elderly Afflicted by Chronic Pain, *Journal of Aging Psychology*. 2019; 5(1):1-11. [Persian]
 45. Darvish Baseri L, DashtBozorgi Z. Effectiveness of Group Therapy Based on Acceptance and Commitment on Cognitive Emotion Regulation and Alexithymia of Patients with Type 2 Diabetes. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2017; 5(1):7-14. [Persian]
 46. Amiri S, Eisazadegan A, Alilu M, Banafsheh, M. [Study of pain experience, social support and perceptual beliefs in people with chronic pain. *Journal of Neyshabur University of Medical Sciences*. 2016; 4(2): 58-68. [Persian]
 47. Baloch P, Moran DJ. ACT in action: Conceptualization in treatment based on admission and commitment. Tehran: Arjmand Publications. 2014; 3(2). [Persian]
 48. Khosroshahi H, Mirzaian B, Hasanzadeh R. Acceptance and Commitment Therapy on Illness Perception in Patients with Coronary Heart Disease, *Journal of Disability Studies*. 2019; 85(9). [Persian]
 49. Rezaeian M, Ebrahimi A, Zargham M. The Effect of Acceptance and Commitment Therapy on Catastrophic and Disabling Pain in Chronic Pelvic Pain in Females, *Journal of Cognitive and Behavioral Sciences Research*. 2015; 2(7):17-30. [Persian]
 50. Mousavi M, DashtBozorgi Z. Effect of Acceptance and Commitment Group Therapy (ACT) on the Hardness and Perceived Stress Coefficient Among Patients with Type 2 Diabetes. *Iran J*

- Health Educ Health Promot. 2018; 5(4):311-319. [Persian]
51. Karimi M, Salimi SH. The comparative scrutiny of acceptance and commitment therapy and cognitive behavior therapy impacts on Depression amongst the Multiple sclerosis M Patients. The Journal of Nursing and Physician in Combat. 2019; 7(20). [Persian]
52. Moslem Khani M, Ebrahimi ME, Sahebi A. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Happiness and Hope of Hamedanian Multiple Sclerosis Patients, Pajouhan Scientific Journal. 2019; 17(2):15-23. [Persian]
53. Nasri M, Ahadi H, Dortaj F. Effectiveness of Transdiagnostic Treatment on Rumination and Cognitive Avoidance in Patients with Type 2 Diabetes. Psychological Studies Faculty of Education and Psychology, Alzahra University. 2018; 14(2). [Persian]
54. Baloch R. General perceived self-efficacy in 14 cultures. Psychology and Health: An International journal. 2014; 9:161-180.
55. Khanbabaei N, zahedi R, Rafiepoor A. The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on the psychological distress and fear of disease progression in patients with rheumatoid arthritis. Quarterly Journal of Health Psychology. 2019; 8(4): 117-132. [Persian]

Effectiveness of Acceptance- and Commitment-Based Therapy on Pain Perception and Functional Disability in Women with Rheumatoid Arthritis

Sadeghi M: PhD. Assistant Professor, Department of Psychology and Counseling, Faculty of Literature and Humanities, Lorestan University, Khorramabad, Iran

Moradi Z: MSc. Department of Counseling and Educational Sciences, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran- Corresponding Author: zahramoradi1214@gmail.com.

Received: May 1, 2020

Accepted: Aug 5, 2020

ABSTRACT

Background and Aim: Rheumatoid arthritis is the most common and most important type of arthritis caused by interaction of genetic, immunologic, psychological and social factors and is accompanied by chronic pains. The aim of this study was to investigate the effectiveness of treatment based on acceptance and commitment to the perception of pain and functional disability of women with rheumatoid arthritis in Khorramabad, Iran.

Materials and Method: This was a semi-experimental study with a pre- and post-test design with experimental and control groups, the statistical population being all the women with rheumatoid arthritis in Khorramabad, Iran. A sample of 40 women were selected using the available sampling method and randomly assigned to either an experimental ($n = 20$) or a control ($n = 20$) group. Under similar circumstances a pre-test was conducted using the pain perception and functional disability questionnaires in both groups. Admission- and commitment-based treatment interventions were then performed in the experimental group in eight 90-minute sessions, but the control group did not receive any intervention. At the end, post-tests were done in both groups.

Results: The multivariate and univariate analysis of covariance showed that the intervention based on acceptance and commitment had a significant effect on reducing the patients' perception of pain and functional disability ($P < 0.001$).

Conclusion: Based on the results of this study, it can be said that treatment based on acceptance and commitment can reduce the perception of pain and functional disability in women with rheumatoid arthritis. Therefore, along with medical treatment, this type of treatment can be used to reduce the perception of pain and functional disability of such patients.

Keywords: Treatment, Acceptance and Commitment, Pain Perception, Functional Disability, Rheumatoid Arthritis, Women