

اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر اصلاح شدت درد، کیفیت زندگی مرتبط با درد و عدم تحمل ابهام مبتلایان به درد مزمن

تاریخ چاپ نهایی: ۱۴۰۵/۰۹/۰۱

تاریخ چاپ اولیه: ۱۴۰۵/۰۳/۰۵

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۲/۲۱

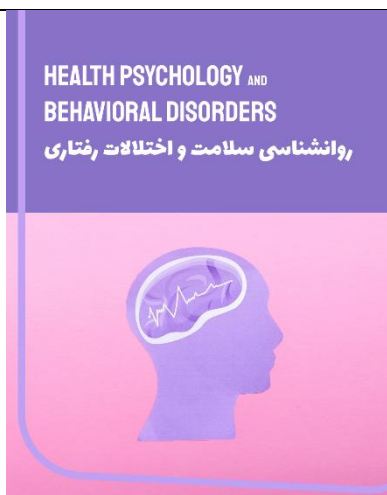
تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۲/۱۶

تاریخ ارسال: ۱۴۰۴/۱۱/۱۳

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر شدت درد، کیفیت زندگی مرتبط با درد و عدم تحمل ابهام در مبتلایان به درد مزمن بود. پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل بیماران مبتلا به درد مزمن مراجعه‌کننده به کلینیک‌های درد و متخصصان درد شهر تهران در سال ۱۴۰۴ بود که تعداد ۳۰ نفر به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. گروه آزمایش طی هشت جلسه درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش را دریافت کرد، در حالی که گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه شدت درد مک‌گیل (MPQ)، پرسشنامه عدم تحمل ابهام و پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (SF-36) بود. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس و نرم‌افزار SPSS-26 تحلیل شدند. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش موجب کاهش معنادار شدت درد و عدم تحمل ابهام در مرحله پس‌آزمون و پیگیری شد. میانگین شدت درد کل در گروه آزمایش از ۸۶/۵۴ در پیش‌آزمون به ۶۰/۳۷ در پس‌آزمون و ۳۸ در پیگیری کاهش یافت، در حالی که در گروه کنترل تغییر محسوس مشاهده نشد. همچنین میانگین عدم تحمل ابهام در گروه آزمایش از ۹۳/۴۹ به ۴۶/۳۴ و ۷۳/۳۴ کاهش پیدا کرد. افزون بر این، کیفیت زندگی و تمامی زیرمؤلفه‌های آن در گروه آزمایش به‌طور معناداری افزایش یافت. نتایج تحلیل واریانس نشان داد تفاوت بین دو گروه در متغیرهای شدت درد، کیفیت زندگی و عدم تحمل ابهام در مراحل پس‌آزمون و پیگیری معنادار بوده است ($P < 0.01$). یافته‌های پژوهش نشان داد درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش می‌تواند به‌عنوان مداخله‌ای مؤثر در کاهش شدت درد، افزایش کیفیت زندگی و کاهش عدم تحمل ابهام در بیماران مبتلا به درد مزمن مورد استفاده قرار گیرد. این رویکرد از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، پذیرش تجربه‌های ناخوشایند و کاهش اجتناب تجربه‌ای، سازگاری بیماران با شرایط مزمن را بهبود می‌بخشد و زمینه ارتقای عملکرد روان‌شناختی و کیفیت زندگی آنان را فراهم می‌کند.

کلیدواژه‌گان: درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، درد مزمن، شدت درد، کیفیت زندگی، عدم تحمل ابهام



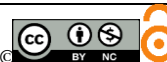
رویا قهرمانی^۱، عزت اله کرد میرزا نیکوزاده^{۲*}،
مژگان آگاه هریس^۳، مهدیه رحمانیان^۴، امیر
عبدالحسینی^۵

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، دانشکده روانشناسی، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران
۲. استاد روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران
۳. دانشیار روانشناسی سلامت، دانشکده روانشناسی، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران
۴. دانشیار روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران
۵. استادیار گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران

* ایمیل نویسنده مسئول:

kordmirza@pnu.ac.ir

شیوه استناددهی: قهرمانی، رویا، کرد میرزا نیکوزاده، عزت اله، آگاه هریس، مژگان، رحمانیان، مهدیه، و عبدالحسینی، امیر. (۱۴۰۵). اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر اصلاح شدت درد، کیفیت زندگی مرتبط با درد و عدم تحمل ابهام مبتلایان به درد مزمن. *روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری*، ۴(۵)، ۱-۱۵.



The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Pain Severity, Pain-Related Quality of Life, and Intolerance of Uncertainty in Patients with Chronic Pain

Submit Date:
2026-02-02

Revise Date:
2026-05-06

Accept Date:
2026-05-11

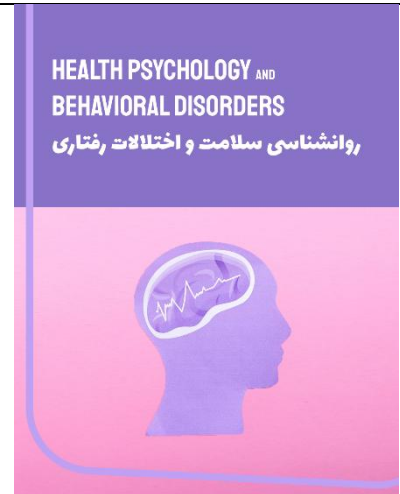
Initial Publish Date:
2026-05-26

Final Publish Date:
2026-11-22

Abstract

The present study aimed to investigate the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on pain severity, pain-related quality of life, and intolerance of uncertainty in individuals with chronic pain. This study employed a quasi-experimental design with pre-test, post-test, and three-month follow-up along with a control group. The statistical population consisted of patients with chronic pain who referred to pain clinics and pain specialists in Tehran in 2025. Thirty participants were selected through purposive sampling and randomly assigned to experimental and control groups. The experimental group received eight sessions of Acceptance and Commitment Therapy, whereas the control group received no intervention. Research instruments included the McGill Pain Questionnaire (MPQ), the Intolerance of Uncertainty Questionnaire, and the SF-36 Quality of Life Questionnaire. Data were analyzed using analysis of variance in SPSS-26. The results indicated that Acceptance and Commitment Therapy significantly reduced pain severity and intolerance of uncertainty at post-test and follow-up stages. The mean total pain severity score in the experimental group decreased from 54.86 in the pre-test to 37.60 in the post-test and 38.00 in the follow-up stage, while no significant change was observed in the control group. Moreover, the mean score of intolerance of uncertainty in the experimental group decreased from 49.93 to 34.46 and 34.73, respectively. In addition, quality of life and all its subcomponents significantly improved in the experimental group. Analysis of variance demonstrated significant differences between the experimental and control groups in pain severity, quality of life, and intolerance of uncertainty during post-test and follow-up stages ($P < 0.001$). The findings suggest that Acceptance and Commitment Therapy can serve as an effective intervention for reducing pain severity, improving quality of life, and decreasing intolerance of uncertainty among patients with chronic pain. By enhancing psychological flexibility, encouraging acceptance of unpleasant experiences, and reducing experiential avoidance, ACT improves patients' adaptation to chronic conditions and promotes their psychological functioning and overall quality of life.

Keywords: *Acceptance and Commitment Therapy, Chronic Pain, Pain Severity, Quality of Life, Intolerance of Uncertainty*

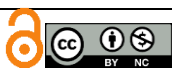


Roya Ghahremani¹, Ezzatolah Kordmirza Nikoozadeh^{2*}, Mojgan Agahheris³, Mahdiah Rahmanian⁴, Amir Abdolhoseini⁵

1. Ph.D. student in Health Psychology, Department of Psychology, Payam Noor University, Tehran, Iran.
2. Professor in Psychology, Department of Psychology, Payam Noor University, Tehran, Iran.
3. Associate Professor in Health Psychology, Department of Psychology, Payam Noor University, Tehran, Iran.
4. Associate Professor in Psychology, Department of Psychology, Payam Noor University, Tehran, Iran.
5. Assistant Professor in Psychology, Department of Psychology, Payam Noor University, Tehran, Iran.

*Corresponding Author's Email: kordmirza@pnu.ac.ir

How to cite: Ghahremani, R., Kordmirza Nikoozadeh, E., Agahheris, M., Rahmanian, M., & Abdolhoseini, A. (2026). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Pain Severity, Pain-Related Quality of Life, and Intolerance of Uncertainty in Patients with Chronic Pain. *Health Psychology and Behavioral Disorders*, 4(5), 1-15.



مقدمه

درد مزمن یکی از شایع‌ترین و پیچیده‌ترین مشکلات سلامت در جهان معاصر به شمار می‌رود که نه تنها با پیامدهای جسمانی، بلکه با پیامدهای گسترده روان‌شناختی، اجتماعی و اقتصادی همراه است. برخلاف درد حاد که ماهیتی هشداردهنده و سازگارانه دارد، درد مزمن معمولاً تداومی فراتر از سه تا شش ماه داشته و به تدریج از یک نشانه زیستی به یک اختلال چندبعدی تبدیل می‌شود که بر تمامی ابعاد زندگی فرد تأثیر می‌گذارد (Murray et al., 2022; Rogers & Farris, 2022). پژوهش‌های اپیدمیولوژیک نشان داده‌اند که شیوع درد مزمن در جمعیت‌های مختلف رو به افزایش است و بخش قابل توجهی از بزرگسالان، به‌ویژه افراد در سنین فعالیت اجتماعی و شغلی، درجاتی از درد پایدار را تجربه می‌کنند. در همین راستا، موری و همکاران گزارش کردند که درد مزمن در میان جوانان و بزرگسالان جوان به‌طور معناداری رو به افزایش بوده و با کاهش عملکرد فردی، افت کیفیت زندگی و افزایش بار مراقبت‌های درمانی همراه است (Murray et al., 2022).

درد مزمن تنها یک تجربه حسی نیست، بلکه فرایندی پیچیده است که تحت تأثیر تعامل عوامل زیستی، شناختی، هیجانی و اجتماعی قرار دارد. مدل زیستی - روانی - اجتماعی درد بیان می‌کند که تجربه درد تحت تأثیر تفسیرهای ذهنی، هیجانات، باورها و الگوهای رفتاری فرد شکل می‌گیرد و همین عوامل می‌توانند شدت و تداوم درد را افزایش دهند (Rogers & Farris, 2022). در این چارچوب، متغیرهایی مانند اضطراب، افسردگی، فاجعه‌سازی درد، اجتناب رفتاری و انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی نقش تعیین‌کننده‌ای در تداوم درد مزمن دارند. راجرز و فاریس در فراتحلیل خود نشان دادند که مؤلفه‌های مدل ترس - اجتناب ارتباط معناداری با شدت درد، ناتوانی ناشی از درد، افسردگی و اضطراب دارند و این موضوع نشان می‌دهد که تجربه درد مزمن فراتر از آسیب جسمانی بوده و با سازوکارهای روان‌شناختی پیچیده‌ای پیوند خورده است (Rogers & Farris, 2022).

یکی از مهم‌ترین پیامدهای درد مزمن، افت کیفیت زندگی است. کیفیت زندگی مفهومی چندبعدی است که ادراک فرد از وضعیت جسمانی، روان‌شناختی، اجتماعی و عملکردی خود را منعکس می‌کند. بیماران مبتلا به درد مزمن اغلب با محدودیت در فعالیت‌های روزمره، کاهش مشارکت اجتماعی، اختلال در عملکرد شغلی و خانوادگی و کاهش احساس سرزندگی مواجه می‌شوند. تداوم درد می‌تواند احساس ناتوانی، درماندگی و ناامیدی را در بیماران افزایش داده و به افت سلامت روان منجر شود (Karayannis et al., 2023). در بسیاری از موارد، بیماران مبتلا به درد مزمن به دلیل ترس از تشدید درد، فعالیت‌های جسمانی و اجتماعی خود را محدود می‌کنند و این چرخه اجتناب، به کاهش بیشتر کیفیت زندگی می‌انجامد (Rogers & Farris, 2022).

از سوی دیگر، درد مزمن اغلب با سطوح بالایی از ابهام و عدم قطعیت همراه است. بیماران معمولاً نمی‌توانند زمان، شدت یا تداوم درد خود را پیش‌بینی کنند و همین امر موجب افزایش نگرانی، اضطراب و احساس ناامنی روانی می‌شود. در این زمینه، سازه «عدم تحمل ابهام» اهمیت ویژه‌ای پیدا می‌کند. عدم تحمل ابهام به تمایل فرد برای تجربه موقعیت‌های نامطمئن به‌عنوان شرایط تهدیدکننده و غیرقابل تحمل اشاره دارد (Carleton, 2020). افراد دارای عدم تحمل ابهام بالا معمولاً در مواجهه با شرایط پیش‌بینی‌ناپذیر دچار نگرانی شدید، نشخوار ذهنی و رفتارهای اجتنابی می‌شوند. کارلتون بیان می‌کند که عدم تحمل ابهام یکی از سازه‌های بنیادین در اختلالات اضطرابی و مشکلات هیجانی است و می‌تواند در تشدید پریشانی روان‌شناختی نقش محوری داشته باشد (Carleton, 2020). در بیماران مبتلا به درد مزمن، عدم اطمینان نسبت به آینده بیماری، اثربخشی درمان‌ها و احتمال بازگشت یا تشدید درد می‌تواند سطح تحمل ابهام را کاهش دهد و بر سازگاری روانی بیماران اثر منفی بگذارد.

در سال‌های اخیر، توجه پژوهشگران و درمانگران به نقش عوامل روان‌شناختی در مدیریت درد مزمن افزایش یافته است. اگرچه درمان‌های دارویی در کاهش نشانه‌های جسمانی نقش دارند، اما بسیاری از بیماران علی‌رغم دریافت دارو همچنان درجاتی از درد، ناتوانی و آشفتگی روانی را تجربه می‌کنند. علاوه بر این، استفاده طولانی‌مدت از داروهای ضد درد، به‌ویژه مواد افیونی، می‌تواند با وابستگی دارویی و عوارض جانبی

متعدد همراه باشد (Yamin et al., 2025). در نتیجه، توسعه مداخلات روان‌شناختی مؤثر و کم‌عارضه برای مدیریت درد مزمن به یکی از اولویت‌های مهم پژوهشی و درمانی تبدیل شده است (Burns et al., 2025).

در میان مداخلات روان‌شناختی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان یکی از رویکردهای موج سوم درمان‌های شناختی - رفتاری، توجه گسترده‌ای را به خود جلب کرده است. این رویکرد با تکیه بر مفاهیم پذیرش، ذهن‌آگاهی و زندگی ارزش‌محور تلاش می‌کند انعطاف‌پذیری روان‌شناختی افراد را افزایش دهد (Webb, 2023). برخلاف درمان‌های سنتی که بر کاهش یا حذف نشانه‌ها تمرکز دارند، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تغییر رابطه فرد با افکار، هیجانات و تجارب ناخوشایند تأکید می‌کند. از منظر این درمان، رنج روان‌شناختی زمانی تشدید می‌شود که فرد برای کنترل یا اجتناب از تجربه‌های درونی خود تلاش افراطی انجام دهد (Levin et al., 2024).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شامل شش فرایند اصلی است که عبارت‌اند از پذیرش، گسلش شناختی، تماس با لحظه اکنون، خود‌به‌عنوان زمینه، شفاف‌سازی ارزش‌ها و اقدام متعهدانه (Webb, 2023). این فرایندها به بیماران کمک می‌کنند تا به‌جای درگیری مداوم با درد، نگرانی و افکار فاجعه‌ساز، رابطه‌ای انعطاف‌پذیرتر با تجربه‌های درونی خود برقرار کرده و زندگی خود را بر اساس ارزش‌های شخصی سازمان‌دهی کنند. لوبین و همکاران بیان کردند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در طیف گسترده‌ای از اختلالات روان‌شناختی و شرایط مزمن، از جمله درد مزمن، اثربخشی قابل توجهی داشته است (Levin et al., 2024). همچنین گلاستر و همکاران در مرور فراتحلیلی خود گزارش کردند که این رویکرد به‌طور معناداری موجب کاهش پریشانی روان‌شناختی، افزایش کیفیت زندگی و بهبود عملکرد بیماران می‌شود (Gloster et al., 2020).

یکی از سازوکارهای اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش مشکلات مرتبط با درد مزمن، افزایش پذیرش درد و کاهش انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی است. پژوهش کارایانیس و همکاران نشان داد افرادی که پذیرش بیشتری نسبت به درد دارند و از انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بالاتری برخوردارند، تداخل کمتری از درد در زندگی روزمره تجربه می‌کنند (Karayannis et al., 2023). این یافته‌ها نشان می‌دهد که نحوه مواجهه شناختی و هیجانی بیماران با درد، نقش مهمی در شدت تجربه ذهنی درد و میزان ناتوانی ناشی از آن دارد.

مطالعات مختلف اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در زمینه درد مزمن تأیید کرده‌اند. علی‌نصب و همکاران در مقایسه اثربخشی درمان آگاهی و ابراز هیجانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر زنان مبتلا به سرطان پستان دریافتند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش معنادار شدت درد و خشم می‌شود (Alinasab et al., 2024). همچنین یامین و همکاران در پژوهشی درباره پیشگیری از درد مزمن پس از جراحی ستون فقرات نشان دادند که کارگاه مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند در کاهش درد پایدار و مصرف طولانی‌مدت مواد افیونی مؤثر باشد (Yamin et al., 2025). برنز و همکاران نیز در مطالعه خود بر روی درد مزمن ستون فقرات، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را به‌عنوان یکی از رویکردهای مؤثر در بهبود سازگاری روان‌شناختی و کاهش شدت درد معرفی کردند (Burns et al., 2025).

علاوه بر شدت درد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود کیفیت زندگی نیز نقش مهمی دارد. این درمان به بیماران کمک می‌کند تا علی‌رغم وجود درد، در فعالیت‌های معنادار زندگی مشارکت داشته باشند و زندگی خود را صرفاً حول محور درد سازمان‌دهی نکنند. در نتیجه، بیماران به‌تدریج احساس کارآمدی، کنترل و رضایت بیشتری از زندگی تجربه می‌کنند (Gloster et al., 2020). از سوی دیگر، تمرین‌های ذهن‌آگاهی و پذیرش در این درمان می‌تواند سطح استرس و تنش روانی را کاهش داده و در نتیجه کیفیت عملکرد جسمانی و روانی بیماران را بهبود بخشد.

در سال‌های اخیر، برخی پژوهش‌ها نقش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در بهبود تحمل ابهام و انعطاف‌پذیری شناختی نیز بررسی کرده‌اند. صادقی و همکاران نشان دادند که این درمان موجب افزایش تحمل ابهام و بهبود انعطاف‌پذیری شناختی در افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی می‌شود (Sadeghi et al., 2024). همچنین اسلامی و همکاران گزارش کردند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش نشخوار

فکری و عدم تحمل ابهام در همسران قربانیان کرونا مؤثر است (Eslami et al., 2023). این یافته‌ها نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند از طریق تغییر رابطه فرد با افکار و موقعیت‌های نامطمئن، سازگاری روانی را افزایش دهد. در کنار درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، برخی مداخلات مبتنی بر آرام‌سازی و آموزش اتونیک نیز در کاهش درد و تنش روانی مورد توجه قرار گرفته‌اند. پژوهش‌های ارنست، هائویزه، اوگورلو، جوچیچ و آروانی نشان داده‌اند که تمرین‌های اتونیک و آرام‌سازی می‌توانند در کاهش استرس، بهبود عملکرد جسمانی و ارتقای سلامت روان مؤثر باشند (Arwani et al., 2024; Ernst, 2024; Haueise et al., 2024; Jovic, 2024; Ugurlu et al., 2021). همچنین کولرت و همکاران در فراتحلیل خود گزارش کردند که آموزش اتونیک می‌تواند شدت درد مزمن را کاهش دهد و به بهبود سازگاری بیماران کمک کند (Kohlert et al., 2022). با وجود این، بسیاری از مطالعات اخیر بر این نکته تأکید دارند که رویکردهایی مانند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به دلیل تمرکز بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و پذیرش تجربه درد، می‌توانند اثربخشی عمیق‌تر و پایدارتری در بیماران مبتلا به درد مزمن ایجاد کنند (Burns et al., 2025; Levin et al., 2024). همچنین پژوهش جعفری و شیرعلی‌زاده نشان داد که عوامل هیجانی و سبک زندگی در تجربه درد زنان مبتلا به سرطان پستان نقش معناداری دارند (Jafari & Shiralizadeh, 2021). این یافته‌ها اهمیت توجه به ابعاد روان‌شناختی درد را برجسته می‌کند و نشان می‌دهد که مدیریت درد مزمن بدون در نظر گرفتن مؤلفه‌های شناختی و هیجانی امکان‌پذیر نیست.

با توجه به شیوع بالای درد مزمن، تأثیر منفی آن بر کیفیت زندگی، ارتباط آن با عدم تحمل ابهام و محدودیت درمان‌های صرفاً دارویی، بررسی اثربخشی مداخلات روان‌شناختی مبتنی بر پذیرش و ذهن‌آگاهی ضروری به نظر می‌رسد. اگرچه مطالعات متعددی به بررسی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد پرداخته‌اند، اما پژوهش‌های محدودی به‌طور همزمان اثر این درمان را بر شدت درد، کیفیت زندگی مرتبط با درد و عدم تحمل ابهام در بیماران مبتلا به درد مزمن بررسی کرده‌اند؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اصلاح شدت درد، کیفیت زندگی مرتبط با درد و عدم تحمل ابهام مبتلایان به درد مزمن انجام شد.

روش‌شناسی

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی زنان و مردان مبتلا به درد مزمن تشکیل می‌دادند که در بهار سال ۱۴۰۴ با شکایت دردهای عضلانی - اسکلتی به کلینیک‌های درد و متخصصان درد در مناطق مختلف شهر تهران مراجعه کرده و تشخیص درد مزمن را از سوی پزشکان و متخصصان درد دریافت کرده بودند. با توجه به حجم نمونه در پژوهش‌های مشابه و با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، ۳۰ نفر انتخاب و سپس به‌صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل گمارده شدند. گروه آزمایش تحت مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفت و گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله روان‌شناختی دریافت نکرد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل ابتلا به درد مزمن بر اساس تشخیص پزشک، دامنه سنی ۱۸ تا ۶۰ سال، داشتن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم، رضایت آگاهانه برای مشارکت در پژوهش و نداشتن اختلالات روان‌پزشکی شدید یا بیماری مزمن روان‌شناختی بود. همچنین ابتلا به بیماری‌های حاد جسمانی، دریافت همزمان درمان‌های روان‌پزشکی و غیبت بیش از دو جلسه در فرایند درمان از ملاک‌های خروج از مطالعه در نظر گرفته شد.

پرسشنامه شدت درد مک‌گیل (MPQ) یکی از شناخته‌شده‌ترین ابزارهای سنجش شدت درد است که به‌منظور ارزیابی تجربه ذهنی و ابعاد مختلف درد طراحی شده است. این ابزار شامل ۲۰ گویه بوده و چهار بعد اصلی درد شامل بعد حسی، بعد عاطفی، بعد ارزیابی درد و بعد دردهای گوناگون را اندازه‌گیری می‌کند. نمره‌گذاری پرسشنامه به‌گونه‌ای است که نمرات بالاتر نشان‌دهنده شدت بیشتر درد ادراک‌شده هستند. مک‌گیل پایایی این ابزار را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ گزارش کرده است. همچنین در پژوهش‌های داخلی، ضرایب پایایی مطلوبی برای نسخه فارسی این ابزار گزارش شده و روایی و اعتبار آن در جمعیت ایرانی مورد تأیید قرار گرفته است.

پرسشنامه عدم تحمل ابهام توسط مک‌کلین در سال ۱۹۹۳ طراحی شد و به منظور سنجش میزان تحمل افراد در مواجهه با موقعیت‌های مبهم و غیرقابل پیش‌بینی مورد استفاده قرار می‌گیرد. این پرسشنامه دارای ۱۳ گویه است و بر اساس طیف لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. نمرات پایین‌تر بیانگر تحمل بیشتر ابهام و نمرات بالاتر نشان‌دهنده عدم تحمل بیشتر ابهام هستند. مک‌کلین ضریب پایایی درونی این ابزار را ۰/۸۲ گزارش کرده و مطالعات داخلی نیز روایی سازه و پایایی مناسبی برای آن گزارش نموده‌اند. این ابزار در پژوهش حاضر به منظور ارزیابی میزان تحمل بیماران در مواجهه با شرایط نامطمئن مرتبط با درد مزمن به کار گرفته شد.

پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با درد (SF-36) برای ارزیابی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به درد مزمن مورد استفاده قرار گرفت. این ابزار شامل ۳۶ گویه بوده و ابعاد مختلف کیفیت زندگی شامل عملکرد جسمی، عملکرد اجتماعی، ایفای نقش جسمی، ایفای نقش هیجانی، سلامت روان، سرزندگی، درد بدنی و سلامت عمومی را اندازه‌گیری می‌کند. شیوه نمره‌گذاری پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت بوده و نمرات بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی مطلوب‌تر است. مطالعات متعدد، پایایی و روایی مناسب این ابزار را در نمونه‌های مختلف تأیید کرده‌اند و نسخه فارسی آن نیز در پژوهش‌های داخلی دارای ضرایب مطلوب همسانی درونی و روایی همگرا گزارش شده است.

مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در قالب هشت جلسه گروهی اجرا شد که بر اساس الگوی جانستون (۲۰۰۸) طراحی گردید. در جلسات ابتدایی، اعضای گروه با درمانگر و سایر شرکت‌کنندگان آشنا شدند و چارچوب کلی درمان، قوانین جلسات و اهداف درمانی تشریح شد. در ادامه، مفاهیمی نظیر اجتناب تجربه‌ای، آمیختگی شناختی و ناکارآمدی تلاش برای کنترل هیجانات و درد آموزش داده شد و از استعاره‌ها و تمرین‌های عملی برای افزایش پذیرش تجربه‌های ناخوشایند استفاده گردید. در جلسات میانی، مهارت‌های ذهن‌آگاهی، تماس با لحظه اکنون، مشاهده بدون قضاوت افکار و هیجانات و مفهوم «خود به‌عنوان زمینه» آموزش داده شد. همچنین ارزش‌های اساسی زندگی بیماران شناسایی و مورد بازبینی قرار گرفت تا شرکت‌کنندگان بتوانند رفتارهای خود را در جهت زندگی ارزش‌محور سازمان‌دهی کنند. در جلسات پایانی نیز بر اقدام متعهدانه، کاهش اجتناب رفتاری و تدوین برنامه فردی برای ادامه استفاده از مهارت‌های آموخته‌شده در زندگی روزمره تأکید شد.

برای تحلیل داده‌ها ابتدا از شاخص‌های آمار توصیفی شامل فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار به منظور توصیف ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و متغیرهای پژوهش استفاده شد. سپس به منظور بررسی فرضیه‌های پژوهش و مقایسه گروه‌ها در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، از تحلیل واریانس استفاده گردید. پیش از اجرای آزمون‌های استنباطی، پیش‌فرض‌های نرمال بودن توزیع داده‌ها و همگنی واریانس‌ها با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک و آزمون لوین بررسی شد. تمامی تحلیل‌های آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام گرفت و سطح معنی‌داری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این پژوهش ۳۰ آزمودنی در دو گروه آزمایش و کنترل مورد بررسی قرار گرفتند که هر گروه شامل ۱۵ نفر بود. میانگین و انحراف معیار سن در گروه آزمایش به ترتیب ۴۴،۴۷ و ۳،۷۷ و در گروه کنترل ۴۴،۲۷ و ۳،۱۹ بود. همچنین میانگین سنی کل آزمودنی‌ها ۴۴،۳۷ سال با انحراف معیار ۳،۴۱ به دست آمد. از نظر جنسیت، در گروه آزمایش ۸ نفر زن و ۷ نفر مرد و در گروه کنترل ۹ نفر زن و ۶ نفر مرد حضور داشتند. بیشتر شرکت‌کنندگان دارای تحصیلات دیپلم و کارشناسی بودند و تمامی آزمودنی‌ها با تشخیص پزشک متخصص مبتلا به درد مزمن عضلانی - اسکلتی بودند. میانگین مدت ابتلا به درد مزمن در نمونه مورد مطالعه ۵،۸۲ سال گزارش شد که نشان‌دهنده مزمن بودن وضعیت بالینی شرکت‌کنندگان پژوهش است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش و زیرمؤلفه‌های آن‌ها در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	پیش‌آزمون M±SD	پس‌آزمون M±SD	پیگیری M±SD
عدم تحمل ابهام	ACT	۴۹.۹۳ ± ۵.۳۳	۳۴.۴۶ ± ۴.۶۴	۳۴.۷۳ ± ۴.۴۲
	کنترل	۵۰.۰۶ ± ۵.۴۳	۴۹.۶۶ ± ۵.۳۴	۵۰.۲۰ ± ۵.۱۱
بعد حسی درد	ACT	۳۰.۱۳ ± ۳.۸۵	۲۱.۰۶ ± ۴.۰۴	۲۱.۲۶ ± ۴.۰۴
	کنترل	۳۰.۰۰ ± ۴.۰۱	۲۹.۸۶ ± ۴.۰۵	۲۹.۹۳ ± ۴.۰۲
بعد عاطفی درد	ACT	۱۰.۳۳ ± ۱.۵۴	۷.۱۳ ± ۰.۹۹	۷.۲۰ ± ۰.۹۴
	کنترل	۱۰.۴۶ ± ۱.۴۰	۱۰.۴۰ ± ۱.۴۰	۱۰.۴۶ ± ۱.۳۵
بعد ارزیابی درد	ACT	۶.۲۰ ± ۱.۲۰	۴.۱۳ ± ۱.۰۵	۴.۲۰ ± ۱.۰۲
	کنترل	۶.۲۶ ± ۱.۱۶	۶.۲۰ ± ۱.۱۴	۶.۲۰ ± ۱.۱۴
دردهای گوناگون	ACT	۸.۲۰ ± ۲.۱۴	۵.۲۶ ± ۱.۶۶	۵.۳۳ ± ۱.۵۸
	کنترل	۸.۱۳ ± ۱.۸۸	۸.۰۶ ± ۱.۸۶	۸.۰۶ ± ۱.۸۶
شدت درد کل	ACT	۵۴.۸۶ ± ۵.۶۶	۳۷.۶۰ ± ۳.۶۶	۳۸.۰۰ ± ۳.۷۷
	کنترل	۵۴.۸۶ ± ۵.۴۰	۵۶.۵۳ ± ۵.۴۴	۵۴.۶۶ ± ۵.۴۴
عملکرد جسمی	ACT	۳۱.۳۳ ± ۷.۸۵	۴۶.۲۶ ± ۶.۱۴	۴۶.۱۳ ± ۶.۲۶
	کنترل	۳۱.۳۳ ± ۷.۶۷	۳۱.۳۳ ± ۷.۶۷	۳۱.۳۳ ± ۷.۶۷
عملکرد اجتماعی	ACT	۵.۷۳ ± ۱.۵۳	۸.۴۶ ± ۱.۴۵	۸.۴۰ ± ۱.۴۵
	کنترل	۵.۷۳ ± ۱.۵۰	۵.۷۳ ± ۱.۵۳	۵.۷۳ ± ۱.۵۳
ایفای نقش جسمی	ACT	۱۱.۶۰ ± ۱.۶۹	۱۷.۳۳ ± ۱.۹۸	۱۷.۲۶ ± ۲.۰۱
	کنترل	۱۱.۶۰ ± ۲.۶۹	۱۱.۶۰ ± ۲.۶۹	۱۱.۵۳ ± ۲.۶۶
ایفای نقش هیجانی	ACT	۸.۴۶ ± ۱.۸۸	۱۲.۹۳ ± ۱.۸۳	۱۲.۸۶ ± ۱.۸۴
	کنترل	۸.۴۶ ± ۱.۸۲	۸.۴۶ ± ۱.۸۸	۸.۴۶ ± ۱.۸۸
سلامت روانی	ACT	۱۵.۶۰ ± ۲.۳۲	۲۲.۴۶ ± ۳.۱۳	۲۲.۴۶ ± ۳.۱۳
	کنترل	۱۵.۶۰ ± ۲.۳۹	۱۵.۶۰ ± ۲.۳۹	۱۵.۶۳ ± ۲.۴۴
سرزندگی	ACT	۱۱.۶۶ ± ۲.۴۹	۱۷.۳۳ ± ۱.۸۳	۱۷.۳۳ ± ۱.۸۳
	کنترل	۱۱.۶۶ ± ۲.۴۰	۱۱.۶۶ ± ۲.۴۰	۱۱.۶۰ ± ۲.۴۴
درد بدنی	ACT	۴.۶۰ ± ۱.۳۶	۸.۶۰ ± ۱.۵۰	۸.۶۰ ± ۱.۵۰
	کنترل	۴.۶۰ ± ۲.۰۹	۴.۶۰ ± ۲.۰۹	۴.۶۰ ± ۲.۰۹
سلامت عمومی	ACT	۱۳.۸۶ ± ۴.۳۲	۲۱.۶۶ ± ۴.۴۱	۲۱.۶۶ ± ۴.۴۱
	کنترل	۱۳.۸۶ ± ۴.۳۰	۱۳.۸۶ ± ۴.۳۰	۱۳.۸۰ ± ۴.۲۴
کیفیت زندگی کل	ACT	۱۰۶.۰۰ ± ۱۶.۴۶	۱۵۹.۶۰ ± ۱۶.۸۷	۱۵۹.۲۶ ± ۱۷.۰۱
	کنترل	۱۰۶.۰۰ ± ۱۵.۶۲	۱۰۶.۰۰ ± ۱۵.۶۲	۱۰۵.۷۳ ± ۱۶.۰۵

بر اساس نتایج جدول ۱، میانگین متغیرهای پژوهش در مرحله پیش‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت محسوسی نداشت که نشان‌دهنده همگنی اولیه گروه‌ها است. با این حال، پس از اجرای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کاهش قابل توجهی در میانگین عدم تحمل ابهام و شدت درد و تمامی زیرمؤلفه‌های آن در گروه آزمایش مشاهده شد، در حالی که گروه کنترل تغییر معناداری را تجربه نکرد. همچنین میانگین کیفیت زندگی و تمامی زیرمؤلفه‌های آن در گروه آزمایش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری به‌طور چشمگیری افزایش یافت، اما در گروه کنترل تقریباً بدون تغییر باقی ماند. این یافته‌ها نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانسته است بهبود قابل توجهی در وضعیت روان‌شناختی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به درد مزمن ایجاد کند.

پیش از اجرای آزمون تحلیل واریانس، مفروضه‌های آماری مورد بررسی قرار گرفت. به‌منظور بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد که نتایج نشان داد سطح معنی‌داری تمامی متغیرها در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بیشتر از ۰,۰۵ بود؛ بنابراین

فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها تأیید شد. همچنین برای بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده گردید که نتایج آن در تمامی متغیرها غیرمعنادار بود ($P > 0.05$)، بنابراین پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها نیز برقرار بود و استفاده از آزمون تحلیل واریانس مجاز تشخیص داده شد.

جدول ۲. نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه متغیرهای شدت درد، کیفیت زندگی و عدم تحمل ابهام

متغیر	مرحله	منبع تغییرات	SS	df	MS	F	Si g
شدت درد	پس‌آزمون	بین‌گروهی	۲۱۵۰.۵۳۳	۱	۲۱۵۰.۵۳۳	۹۹.۸۰۴	۰.۰۰۱
		درون‌گروهی	۶۰۳.۳۳۳	۲۸	۲۱.۵۴۸		
		کل	۲۷۵۳.۸۶۷	۲۹			
شدت درد	پیگیری	بین‌گروهی	۲۱۵۰.۵۳۳	۱	۲۱۵۰.۵۳۳	۹۹.۸۰۴	۰.۰۰۱
		درون‌گروهی	۶۰۳.۳۳۳	۲۸	۲۱.۵۴۸		
		کل	۲۷۵۳.۸۶۷	۲۹			
کیفیت زندگی	پس‌آزمون	بین‌گروهی	۲۱۵۴۷.۲۰۰	۱	۲۱۵۴۷.۲۰۰	۷۷.۵۵۲	۰.۰۰۱
		درون‌گروهی	۷۷۷۹.۶۰۰	۲۸	۲۷۷.۸۴۳		
		کل	۲۹۳۲۶.۸۰۰	۲۹			
کیفیت زندگی	پیگیری	بین‌گروهی	۲۱۴۹۳.۶۳۳	۱	۲۱۴۹۳.۶۳۳	۷۸.۵۶۸	۰.۰۰۱
		درون‌گروهی	۷۶۵۹.۸۶۷	۲۸	۲۷۳.۵۶۷		
		کل	۲۹۱۵۳.۵۰۰	۲۹			
عدم تحمل ابهام	پس‌آزمون	بین‌گروهی	۱۷۳۲.۸۰۰	۱	۱۷۳۲.۸۰۰	۲۸.۵۲۲	۰.۰۰۱
		درون‌گروهی	۱۷۰۱.۰۶۷	۲۸	۶۰.۷۵۲		
		کل	۳۴۳۳.۸۶۷	۲۹			
عدم تحمل ابهام	پیگیری	بین‌گروهی	۱۷۰۲.۵۳۳	۱	۱۷۰۲.۵۳۳	۲۸.۸۶۸	۰.۰۰۱
		درون‌گروهی	۱۶۵۱.۳۳۳	۲۸	۵۸.۹۷۶		
		کل	۳۳۵۳.۸۶۷	۲۹			

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین نمرات بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای شدت درد، کیفیت زندگی و عدم تحمل ابهام در مراحل پس‌آزمون و پیگیری از نظر آماری معنادار بوده است. مقدار آماره F برای شدت درد در مرحله پس‌آزمون و پیگیری برابر با ۹۹،۸۰۴، برای کیفیت زندگی به ترتیب ۷۷،۵۵۲ و ۷۸،۵۶۸ و برای عدم تحمل ابهام ۲۸،۵۲۲ و ۲۸،۸۶۸ به دست آمد که همگی در سطح ۰،۰۰۱ معنادار بودند. این یافته‌ها نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانسته است به‌طور معناداری شدت درد و عدم تحمل ابهام را کاهش داده و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به درد مزمن را افزایش دهد و این اثرات در مرحله پیگیری نیز تداوم داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شدت درد، کیفیت زندگی مرتبط با درد و عدم تحمل ابهام در مبتلایان به درد مزمن بود. نتایج پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانست به‌طور معناداری شدت درد و عدم تحمل ابهام را کاهش داده و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به درد مزمن را در مراحل پس‌آزمون و پیگیری افزایش دهد. یافته‌ها همچنین نشان دادند که تغییرات ایجادشده در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل پایدار بوده و در مرحله پیگیری نیز حفظ شده است. این نتایج نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نه تنها بر کاهش نشانه‌های درد مؤثر است، بلکه می‌تواند در بهبود سازگاری روان‌شناختی و عملکرد کلی بیماران نیز نقش مهمی ایفا کند.

یافته‌های پژوهش حاضر مبنی بر کاهش شدت درد در گروه دریافت‌کننده درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با نتایج پژوهش‌های پیشین همسو است (Alinasab et al., 2024; Burns et al., 2025; Yamin et al., 2025). برنز و همکاران گزارش کردند که درمان مبتنی بر

پذیرش و تعهد از طریق افزایش پذیرش درد و کاهش اجتناب تجربه‌ای می‌تواند شدت درد و ناتوانی ناشی از آن را کاهش دهد (Burns et al., 2025). همچنین علی‌نصب و همکاران نشان دادند که این درمان در زنان مبتلا به سرطان پستان موجب کاهش معنادار شدت درد و واکنش‌های هیجانی منفی می‌شود (Alinasab et al., 2024). یامین و همکاران نیز در مطالعه خود درباره پیشگیری از درد مزمن پس از جراحی ستون فقرات دریافتند که مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش درد پایدار و وابستگی به داروهای ضد درد می‌شود (Yamin et al., 2025). همسویی یافته‌های پژوهش حاضر با مطالعات فوق نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند در شرایط مختلف درد مزمن اثربخش باشد.

در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که درد مزمن صرفاً تجربه‌ای فیزیولوژیک نیست، بلکه ادراک ذهنی، تفسیر شناختی و پاسخ‌های هیجانی فرد نقش تعیین‌کننده‌ای در شدت تجربه درد دارند. در بسیاری از بیماران مبتلا به درد مزمن، تلاش افراطی برای کنترل درد یا اجتناب از تجربه آن موجب تشدید اضطراب، تنش روانی و تمرکز بیش از حد بر نشانه‌های درد می‌شود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با آموزش پذیرش تجربه‌های ناخوشایند، کاهش همجوشی شناختی و تقویت ذهن‌آگاهی به بیماران کمک می‌کند تا به جای مبارزه مداوم با درد، رابطه متفاوتی با تجربه درد برقرار کنند (Levin et al., 2024; Webb, 2023). در این رویکرد، هدف حذف کامل درد نیست، بلکه کاهش سلطه درد بر زندگی فرد است. هنگامی که بیمار می‌آموزد افکار فاجعه‌ساز مربوط به درد را صرفاً به‌عنوان رویدادهای ذهنی مشاهده کند، میزان درگیری شناختی و هیجانی او با درد کاهش یافته و در نتیجه شدت ذهنی درد کمتر می‌شود.

از سوی دیگر، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب بهبود معنادار کیفیت زندگی بیماران مبتلا به درد مزمن شده است. این نتیجه با یافته‌های گلاستر و همکاران، لوین و همکاران و کارایانیس و همکاران همسو است (Gloster et al., 2020; Karayannis et al., 2023; Levin et al., 2024). گلاستر و همکاران در مرور فراتحلیلی خود گزارش کردند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود کیفیت زندگی، عملکرد روان‌شناختی و سلامت هیجانی بیماران مؤثر است (Gloster et al., 2020). همچنین کارایانیس و همکاران نشان دادند که پذیرش درد و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از پیش‌بینی‌کننده‌های مهم کاهش تداخل درد در زندگی روزمره هستند (Karayannis et al., 2023).

در تبیین این یافته می‌توان گفت که بیماران مبتلا به درد مزمن معمولاً زندگی خود را حول محور درد سازمان‌دهی می‌کنند و به تدریج از فعالیت‌های لذت‌بخش، اجتماعی و ارزشمند فاصله می‌گیرند. این فرایند موجب افت کیفیت زندگی، کاهش احساس شایستگی و افزایش انزوای اجتماعی می‌شود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تلاش می‌کند توجه فرد را از کنترل مداوم درد به سمت زندگی ارزش‌محور هدایت کند. در این درمان، بیماران یاد می‌گیرند که حتی در حضور درد نیز می‌توانند در فعالیت‌های معنادار شرکت کرده و نقش‌های فردی و اجتماعی خود را حفظ کنند (Levin et al., 2024). این تغییر نگرش باعث می‌شود احساس کارآمدی و رضایت از زندگی در بیماران افزایش یافته و کیفیت زندگی آنان بهبود یابد. همچنین تمرین‌های ذهن‌آگاهی و حضور در لحظه موجب کاهش اشتغال ذهنی با درد و افزایش آرامش روانی می‌شود که این عوامل نیز به ارتقای کیفیت زندگی کمک می‌کنند.

نتایج پژوهش حاضر همچنین نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش عدم تحمل ابهام در بیماران مبتلا به درد مزمن شده است. این یافته با نتایج پژوهش‌های صادقی و همکاران و اسلامی و همکاران همخوانی دارد (Eslami et al., 2023; Sadeghi et al., 2024). صادقی و همکاران گزارش کردند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند انعطاف‌پذیری شناختی را افزایش داده و تحمل افراد را در مواجهه با شرایط نامطمئن بهبود بخشد (Sadeghi et al., 2024). همچنین اسلامی و همکاران نشان دادند که این درمان در کاهش نشخوار فکری و عدم تحمل ابهام مؤثر است (Eslami et al., 2023).

در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که بیماران مبتلا به درد مزمن اغلب با شرایط غیرقابل پیش‌بینی روبه‌رو هستند؛ آن‌ها نمی‌دانند درد در چه زمانی تشدید می‌شود، درمان‌ها تا چه حد مؤثر خواهند بود و آینده بیماری چگونه خواهد بود. این عدم قطعیت می‌تواند موجب نگرانی

مداوم، اضطراب و احساس ناپایداری روانی شود. افراد دارای عدم تحمل ابهام بالا معمولاً تمایل دارند موقعیت‌های مبهم را تهدیدآمیز تلقی کرده و برای دستیابی به قطعیت کامل تلاش کنند (Carleton, 2020). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق آموزش پذیرش تجربه‌های درونی، کاهش اجتناب شناختی و تقویت تماس با لحظه اکنون به بیماران کمک می‌کند تا بدون نیاز به حذف کامل ابهام، با شرایط نامطمئن زندگی کنند. در واقع، این درمان تلاش نمی‌کند ابهام را از بین ببرد، بلکه رابطه فرد را با ابهام تغییر می‌دهد و موجب افزایش تحمل روان‌شناختی در مواجهه با شرایط پیش‌بینی‌ناپذیر می‌شود.

یافته‌های پژوهش حاضر همچنین از منظر مفهوم انعطاف‌پذیری روان‌شناختی قابل تبیین است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر این فرض استوار است که بسیاری از مشکلات روان‌شناختی ناشی از انعطاف‌ناپذیری شناختی و هیجانی هستند (Webb, 2023). افراد مبتلا به درد مزمن اغلب درگیر افکار منفی، نگرانی‌های آینده‌محور و تلاش‌های ناکارآمد برای کنترل درد هستند. این الگوها نه تنها موجب کاهش سازگاری نمی‌شوند، بلکه به تشدید درد و پریشانی روانی منجر می‌گردند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق گسلش شناختی و پذیرش، به بیماران کمک می‌کند تا از سلطه افکار منفی فاصله گرفته و انعطاف‌پذیری بیشتری در مواجهه با تجارب ناخوشایند داشته باشند (Gloster et al., 2020).

علاوه بر این، نتایج پژوهش حاضر با مطالعات مرتبط با مداخلات آرام‌سازی و آموزش اتوژنیک نیز همسو است. پژوهش‌های هائویزه، جوچیچ، اوگورلو، آروانی و کولرت نشان داده‌اند که مداخلات مبتنی بر آرام‌سازی و تنظیم روان‌فیزیولوژیک می‌توانند در کاهش استرس، تنش روانی و شدت درد مؤثر باشند (Arwani et al., 2024; Haueise et al., 2024; Jovic, 2024; Kohlert et al., 2022; Ugurlu et al., 2021). هرچند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ماهیتی متفاوت از آموزش اتوژنیک دارد، اما هر دو رویکرد در کاهش برانگیختگی روانی و افزایش سازگاری نقش دارند. تفاوت مهم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در این است که علاوه بر آرام‌سازی، بر تغییر رابطه فرد با افکار، هیجان‌ها و تجربه درد تأکید می‌کند و از این طریق می‌تواند تأثیرات عمیق‌تر و پایدارتری بر سلامت روان بیماران داشته باشد.

همچنین یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج مطالعه جعفری و شیرعلی‌زاده همسو است که نشان دادند عوامل هیجانی و سبک زندگی نقش مهمی در تجربه درد دارند (Jafari & Shiralizadeh, 2021). این موضوع نشان می‌دهد که مدیریت درد مزمن تنها از طریق مداخلات جسمانی امکان‌پذیر نیست و توجه به ابعاد روان‌شناختی و هیجانی بیماران اهمیت اساسی دارد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر ذهن‌آگاهی، پذیرش و ارزش‌های فردی می‌تواند بستری مناسب برای کاهش پریشانی روانی و افزایش سازگاری فراهم کند.

به‌طور کلی، یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند به‌عنوان مداخله‌ای مؤثر در مدیریت درد مزمن مورد استفاده قرار گیرد. این رویکرد از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، کاهش اجتناب تجربه‌ای، بهبود پذیرش درد و تقویت مشارکت در فعالیت‌های ارزشمند، شدت درد و عدم تحمل ابهام را کاهش داده و کیفیت زندگی بیماران را ارتقا می‌دهد. بنابراین، توجه به مداخلات روان‌شناختی مبتنی بر پذیرش و ذهن‌آگاهی در کنار درمان‌های پزشکی می‌تواند نقش مهمی در بهبود وضعیت بیماران مبتلا به درد مزمن داشته باشد.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به محدود بودن حجم نمونه، استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند و اجرای پژوهش در شهر تهران اشاره کرد که ممکن است تعمیم‌پذیری نتایج را محدود سازد. همچنین استفاده از ابزارهای خودگزارشی می‌تواند با سوگیری پاسخ‌دهی همراه باشد. از سوی دیگر، تفاوت‌های فردی بیماران در نوع درد مزمن، مدت ابتلا و شرایط روان‌شناختی کنترل کامل نشد و این موضوع ممکن است بر نتایج پژوهش اثر گذاشته باشد. محدود بودن دوره پیگیری به سه ماه نیز از دیگر محدودیت‌های مطالعه بود.

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در گروه‌های بزرگ‌تر و در شهرها و فرهنگ‌های مختلف بررسی شود تا امکان تعمیم نتایج افزایش یابد. همچنین مقایسه این درمان با سایر مداخلات روان‌شناختی مانند درمان شناختی-رفتاری، درمان مبتنی بر شفقت و ذهن‌آگاهی می‌تواند به شناسایی مؤثرترین رویکردها کمک کند. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده نقش متغیرهایی مانند

تاب‌آوری، تنظیم هیجان، حمایت اجتماعی و سبک‌های مقابله‌ای را نیز در ارتباط بین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درد مزمن مورد بررسی قرار دهند.

با توجه به نتایج پژوهش حاضر، توصیه می‌شود درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان بخشی از برنامه‌های درمانی جامع بیماران مبتلا به درد مزمن در مراکز درمانی و کلینیک‌های درد مورد استفاده قرار گیرد. آموزش مهارت‌های پذیرش، ذهن‌آگاهی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌تواند به بیماران کمک کند تا سازگاری بیشتری با شرایط مزمن خود داشته باشند. همچنین برگزاری کارگاه‌های آموزشی برای روان‌شناسان، مشاوران و کادر درمان درباره کاربرد این رویکرد در مدیریت درد مزمن می‌تواند زمینه استفاده گسترده‌تر و اثربخش‌تر از این درمان را فراهم سازد.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

موازین اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازین و اصول اخلاقی رعایت گردیده است. این پژوهش با کد اخلاق IR.PNU.REC.1404.232 در کمیته اخلاق دانشگاه پیام نور به تصویب رسیده است.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از تمامی شرکت‌کنندگان که در اجرای پژوهش حاضر کمک نمودند نهایت قدردانی و سپاس را دارند.

شفافیت داده‌ها

داده‌ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی رایت ارسال خواهد شد.

حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

چکیده گسترده

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

Chronic pain is considered one of the most prevalent and debilitating health conditions worldwide, affecting not only physical functioning but also psychological well-being, social participation, and overall quality of life. Unlike acute pain, which usually serves an adaptive and protective function, chronic pain persists over

time and often becomes a multidimensional condition associated with emotional distress, disability, and psychological maladjustment (Murray et al., 2022; Rogers & Farris, 2022). Research has shown that chronic pain is strongly associated with depression, anxiety, fear-avoidance behaviors, and cognitive-emotional dysfunctions that intensify pain perception and reduce adaptive coping abilities (Rogers & Farris, 2022).

One of the major psychological constructs related to chronic pain is intolerance of uncertainty. Individuals with high intolerance of uncertainty perceive ambiguous or unpredictable situations as threatening and difficult to endure. Chronic pain patients often experience uncertainty regarding the duration, severity, and consequences of their condition, which may increase anxiety, helplessness, and emotional suffering (Carleton, 2020). At the same time, chronic pain significantly reduces quality of life by impairing physical functioning, emotional stability, interpersonal relationships, and social engagement (Karayannis et al., 2023).

Traditional medical interventions frequently focus on symptom reduction through pharmacological treatment. However, many patients continue to experience pain and psychological distress despite medication, and long-term use of analgesics may produce dependency and side effects (Yamin et al., 2025). Consequently, psychological interventions have received increasing attention as complementary approaches for chronic pain management. Among these interventions, Acceptance and Commitment Therapy (ACT) has emerged as one of the most effective third-wave behavioral therapies for chronic pain and related psychological problems (Levin et al., 2024).

ACT emphasizes psychological flexibility, acceptance of internal experiences, mindfulness, and value-oriented action rather than direct symptom elimination (Webb, 2023). According to ACT, psychological suffering intensifies when individuals attempt to avoid or control unpleasant internal experiences such as pain, distress, or uncertainty. Through processes such as acceptance, cognitive defusion, present-moment awareness, self-as-context, values clarification, and committed action, individuals learn to alter their relationship with pain and distressing thoughts (Levin et al., 2024; Webb, 2023).

Previous studies have demonstrated the effectiveness of ACT in reducing pain severity, emotional distress, and psychological inflexibility in individuals with chronic conditions (Gloster et al., 2020; Karayannis et al., 2023). Alinasab and colleagues reported that ACT significantly reduced pain severity and anger among women with breast cancer (Alinasab et al., 2024). Burns and colleagues also identified ACT as an effective intervention for chronic spinal pain and psychological adjustment (Burns et al., 2025). Furthermore, Yamin and colleagues emphasized the preventive role of ACT in chronic post-surgical pain and opioid use (Yamin et al., 2025).

Research has also highlighted the role of ACT in improving tolerance of ambiguity and psychological flexibility. Sadeghi and colleagues found that ACT significantly improved ambiguity tolerance and cognitive flexibility among individuals with obsessive-compulsive disorder (Sadeghi et al., 2024). Similarly, Eslami and colleagues demonstrated the effectiveness of ACT in reducing rumination and intolerance of uncertainty (Eslami et al., 2023).

Alongside ACT, relaxation-based approaches such as autogenic training have also shown beneficial effects on stress reduction and chronic pain management (Arwani et al., 2024; Haueise et al., 2024; Jovic, 2024; Ugurlu et al., 2021). Kohlert and colleagues, in a systematic review and meta-analysis, concluded that autogenic training could significantly reduce chronic pain symptoms (Kohlert et al., 2022). Nevertheless, ACT appears to provide broader and more sustainable benefits because it directly targets psychological flexibility and maladaptive cognitive-emotional processes associated with chronic pain (Gloster et al., 2020). Considering the widespread prevalence of chronic pain, its negative impact on quality of life, and the importance of psychological variables such as intolerance of uncertainty, investigating evidence-based psychological interventions remains essential. Therefore, the present study aimed to examine the effectiveness

of Acceptance and Commitment Therapy on pain severity, pain-related quality of life, and intolerance of uncertainty in patients with chronic pain.

Methods and Materials

The present study employed a quasi-experimental design with pre-test, post-test, and three-month follow-up along with a control group. The statistical population consisted of male and female patients suffering from chronic musculoskeletal pain who referred to pain clinics and pain specialists in Tehran during the spring of 2025. Participants had received a formal diagnosis of chronic pain from physicians and pain specialists.

A total of 30 participants were selected through purposive sampling and randomly assigned into two groups, including an experimental group and a control group, each consisting of 15 participants. Inclusion criteria included diagnosis of chronic pain, age range between 18 and 60 years, minimum educational level of high school diploma, willingness to participate in the study, and absence of severe psychiatric disorders. Exclusion criteria included severe physical illness, ongoing psychiatric treatment, and absence from more than two therapy sessions.

The experimental group received Acceptance and Commitment Therapy in eight group sessions, while the control group received no psychological intervention during the study period. The intervention protocol was based on the ACT model and included therapeutic alliance formation, identification of experiential avoidance patterns, acceptance training, cognitive defusion exercises, mindfulness techniques, clarification of personal values, and committed action toward meaningful life goals.

Data collection instruments included the McGill Pain Questionnaire (MPQ), the Intolerance of Uncertainty Questionnaire, and the SF-36 Quality of Life Questionnaire. The McGill Pain Questionnaire assessed sensory, emotional, evaluative, and miscellaneous dimensions of pain. The Intolerance of Uncertainty Questionnaire measured participants' reactions to ambiguous and uncertain situations. The SF-36 evaluated multiple dimensions of quality of life, including physical functioning, emotional functioning, social functioning, vitality, and mental health.

Descriptive statistics including means and standard deviations were used to describe the data. Inferential statistics were conducted using analysis of variance through SPSS-26 software. Assumptions of normality and homogeneity of variances were examined before hypothesis testing.

Findings

The mean age of participants in the experimental group was 44.47 years ($SD = 3.77$), while the mean age in the control group was 44.27 years ($SD = 3.19$). Preliminary analyses demonstrated no significant differences between the groups at the pre-test stage.

The results indicated substantial reductions in pain severity among participants who received ACT. The mean total pain score in the experimental group decreased from 54.86 in the pre-test stage to 37.60 in the post-test stage and remained stable at 38.00 during follow-up. In contrast, the control group showed no meaningful reduction in pain severity. Similar reductions were observed across all pain subcomponents, including sensory pain, emotional pain, pain evaluation, and miscellaneous pain dimensions.

The findings also revealed a significant decrease in intolerance of uncertainty among participants in the experimental group. The mean score of intolerance of uncertainty decreased from 49.93 in the pre-test stage to 34.46 in the post-test stage and remained at 34.73 during follow-up. The control group demonstrated almost no change across measurement stages.

In addition, quality of life significantly improved among participants who received ACT. The mean overall quality of life score increased from 106.00 in the pre-test stage to 159.60 in the post-test stage and remained relatively stable at 159.26 during follow-up. Improvements were observed across all quality of life dimensions, including physical functioning, emotional role functioning, vitality, social functioning, mental health, bodily pain, and general health.

Analysis of variance demonstrated statistically significant differences between the experimental and control groups in pain severity, quality of life, and intolerance of uncertainty during both post-test and follow-up stages. The F value for pain severity was 99.804, for quality of life 77.552 and 78.568, and for intolerance of uncertainty 28.522 and 28.868, all of which were significant at $P < 0.001$. These findings confirmed the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in improving psychological and functional outcomes among patients with chronic pain.

Discussion and Conclusion

The present study demonstrated that Acceptance and Commitment Therapy significantly reduced pain severity and intolerance of uncertainty while improving quality of life among patients with chronic pain. These findings indicate that ACT can effectively enhance psychological adaptation and reduce the emotional burden associated with chronic pain conditions.

The reduction in pain severity may be explained by the core mechanisms of ACT, particularly acceptance, mindfulness, and cognitive defusion. Many individuals with chronic pain become trapped in cycles of avoidance, catastrophizing, and excessive attempts to control pain. These maladaptive coping patterns intensify psychological distress and increase attention toward pain sensations. ACT helps individuals develop a more flexible relationship with pain by reducing experiential avoidance and encouraging acceptance of unpleasant internal experiences. As a result, patients become less emotionally overwhelmed by pain, leading to a reduction in perceived pain intensity and pain-related interference in daily functioning.

The improvement in quality of life observed in this study may also be attributed to the value-based orientation emphasized in ACT. Chronic pain patients often withdraw from social, occupational, and recreational activities because of fear and distress associated with pain. ACT encourages individuals to engage in meaningful and valued activities even in the presence of discomfort. This shift from symptom control to value-oriented living can increase psychological well-being, self-efficacy, and life satisfaction. The stability of treatment effects during follow-up further suggests that ACT may produce sustainable behavioral and psychological changes.

The reduction in intolerance of uncertainty highlights another important therapeutic outcome of ACT. Chronic pain inherently involves uncertainty regarding symptom progression, treatment effectiveness, and future functioning. Individuals with high intolerance of uncertainty often perceive such ambiguity as threatening and uncontrollable. ACT teaches patients to accept uncertainty rather than struggle against it. Through mindfulness and acceptance processes, individuals learn that uncertainty is an inevitable part of life and that meaningful action remains possible despite ambiguity. Consequently, patients may experience reduced anxiety, rumination, and emotional distress.

Overall, the findings of the present study suggest that Acceptance and Commitment Therapy is an effective psychological intervention for chronic pain management. By enhancing psychological flexibility and reducing maladaptive cognitive-emotional responses, ACT can improve both psychological and functional outcomes in individuals suffering from chronic pain. These findings support the integration of ACT into multidisciplinary pain management programs and highlight the importance of addressing psychological processes in chronic pain treatment.

References

- Alinasab, S., Hamid, N., & Mirhashemi, M. (2024). Comparing the Effectiveness of Emotional Awareness and Expression Therapy (EAET) and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Anger and Pain Severity in Women with Breast Cancer. *Iranian Scientific Journal of Breast Diseases*, 17(4), 117-135.

- Arwani, S., Hidayah, N., & Nataliswati, T. (2024). The Effectiveness of Flexibility Training and Autogenic Relaxation Towards Blood Pressure Change in Hypertension Patients. *Jurnal Media Ilmu Kesehatan*, 2(1), 8-19.
- Burns, J. W., Lumley, M. A., Vowles, K. E., Jensen, M. P., Day, M. A., Schubiner, H., & You, D. S. (2025). Comparative Main Effects, Mediators, and Moderators of Cognitive Behavioral Therapy, Acceptance and Commitment Therapy, and Emotional Awareness and Expression Therapy for Chronic Spinal Pain: Randomized Controlled Trial Rationale and Protocol. *Contemporary Clinical Trials Communications*, 101428. <https://doi.org/10.1016/j.conctc.2025.101428>
- Carleton, R. N. (2020). The Intolerance of Uncertainty Construct in the Context of Anxiety Disorders: Theoretical and Practical Perspectives. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 12(8), 937-947. <https://doi.org/10.1586/ern.12.82>
- Ernst, E. (2024). Johannes Heinrich Schultz: Inventor of Autogenic Training. In *Bizarre Medical Ideas: ... and the Strange Men Who Invented Them* (pp. 149-156). Springer Nature Switzerland. https://doi.org/10.1007/978-3-031-55102-4_21
- Eslami, M., Khosh Akhlagh, H., Rezaei Dehnavi, S., & Zare Nistank, M. (2023). Comparing the Effectiveness of Barlow's Unified Transdiagnostic Treatment Approach and Acceptance and Commitment Therapy on Rumination and Intolerance of Uncertainty in Spouses of COVID-19 Victims. *Cognitive and Behavioral Sciences Research*, 13(2), 137-162.
- Gloster, A. T., Walder, N., Levin, M. E., Twohig, M. P., & Karekla, M. (2020). The Empirical Status of Acceptance and Commitment Therapy: A Review of Meta-Analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 181-192. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.09.009>
- Hauseise, A., Korner, M., & Dieterich, A. V. (2024). Autogenic Training to Influence the Flexibility of the Hamstring Muscles and Perceived Stress of Healthy Women: A Randomized Controlled Feasibility Study. *Science & Sports*, 39(2), 177-185. <https://doi.org/10.1016/j.scispo.2023.01.006>
- Jafari, A., & Shiralizadeh, S. (2021). Predicting Pain Based on Emotional Expression in Women with Breast Cancer During the COVID-19 Pandemic: The Mediating Role of Lifestyle. *IJCA*, 2(2), 13-23.
- Jocic, D. (2024). Strengthening Psychological Resilience: The Effectiveness of Autogenic Training of Community Pharmacists. *Vojnosanitetski Pregled*, 81(11). <https://doi.org/10.2298/VSP240304074J>
- Karayannis, N. V., Sturgeon, J. A., Kemani, M. K., Mackey, S. C., Greco, C. M., Wicksell, R. K., & McCracken, L. M. (2023). Pain Acceptance and Psychological Inflexibility Predict Pain Interference Outcomes for Persons with Chronic Pain Receiving Pain Psychology. *Scandinavian journal of pain*, 23(3), 464-475. <https://doi.org/10.1515/sjpain-2022-0107>
- Kohler, A., Wick, K., & Rosendahl, J. (2022). Autogenic Training for Reducing Chronic Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *International Journal of Behavioral Medicine*, 1-12. <https://doi.org/10.1007/s12529-021-10038-6>
- Levin, M. E., Krafft, J., & Twohig, M. P. (2024). An Overview of Research on Acceptance and Commitment Therapy. *Psychiatric Clinics*. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2024.02.007>
- Murray, C. B., de la Vega, R., Murphy, L. K., Kashikar-Zuck, S., & Palermo, T. M. (2022). The Prevalence of Chronic Pain in Young Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Pain*, 163(9), 972-984. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002541>
- Rogers, A. H., & Farris, S. G. (2022). A Meta-Analysis of the Associations of Elements of the Fear-Avoidance Model of Chronic Pain with Negative Affect, Depression, Anxiety, Pain-Related Disability and Pain Intensity. *European Journal of Pain*, 26(8), 1611-1635. <https://doi.org/10.1002/ejp.1994>
- Sadeghi, S., Nouhi, S., Aghayousefi, A., & Aghaei, H. (2024). Determining the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Ambiguity Tolerance and Cognitive Flexibility in People with Obsessive-Compulsive Disorder. *Medical Journal of The First Clinical Medical College (MEJDS)*, 14, 15.
- Ugurlu, D., Ilbak, I., & Akarsu, M. (2021). Examination of the Effects of Autogenic Training on the Reaction Time Performance of the National Badminton Athletes. *Pakistan Journal of Medical and Health Sciences*, 15(11), 3181-3184. <https://doi.org/10.53350/pjmhs2115113181>
- Webb, A. J. (2023). Acceptance and Commitment Therapy (ACT): Foundational Principles, Processes, and Treatment Components. *Authorea Preprints*. <https://doi.org/10.22541/au.169531398.86679184/v1>
- Yamin, J. B., Pester, B. D., Kommu, R., Allen, C., Dharmendran, D., Steinhilber, K., & Meints, S. M. (2025). A One-Day Acceptance and Commitment Therapy Workshop for the Prevention of Chronic Post-Surgical Pain and Long-Term Opioid Use Following Spine Surgery: Protocol for a Pilot Feasibility Randomized Controlled Trial. *Contemporary Clinical Trials*, 149, 107785. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2024.107785>