



Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Feeling Hope and pain management of Women with Chronic pain

Seyed Babak Razavi¹, Shahnam Aboalghasimi^{2*}, Bahman Akbari³, Bahram Naderinabi⁴

1. Ph.D Student of Public Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran
2. Assistant professor, Department of Psychology, Tonekabon branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran
3. Assistant Professor, Department of psychology, Rasht branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran
4. Department of Anesthesiology and Pain, Assistant professor, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

ABSTRACT

Aims and background: The pain experience in people with chronic pain can effect on psychological and social aspects, also influenced. The purpose of this research was to investigate the efficacy of Acceptance and Commitment Therapy on Feeling Hope and pain management of Women with Chronic pain.

Materials and methods: The present research was of applied research type. The research method was semi-empirical with a pretest-posttest with control group design. Populations were all women with chronic pain were referred to Gilan pain clinic and were selected through voluntary sampling method. Sample numbers were 20 Woman that gained lowest scores on Feeling Hope And pain management randomly assigned to control and experiment groups (each group included 10 Woman). The experiment group exposed to 8 instruction sessions of Acceptance and Commitment Therapy. But the control group did not receive any intervention. The data were analyzed through descriptive statistics method and Ancova in SPSS v.20.

Findings: The multivariate covariance analysis results for Feeling Hope ($F=1.14$) and pain management ($F=1.11$) suggested that there was a significant difference between the Women of experiment and control groups ($P < 0.01$). According to the posttest scores of the experiment control groups for these two variables, it was recognized that the Acceptance and Commitment Therapy has led to increase in Feeling Hope and pain management among the Women of the experiment group in comparison to the control group in the posttest stage.

Conclusion: The results of this study showed that participating in Acceptance and Commitment Therapy meeting can affect promotion of Feeling Hope and pain management of Women with Chronic pain. Therefore it is possible to raise the level of Acceptance and Commitment by increasing the Feeling Hope and Upgrade pain management.

keywords: Acceptance and Commitment Therapy, Feeling Hope, pain management, chronic pain, Women

► Please cite this paper as:

Razavi SB, Abolghasemi SH, Akbari B, Naderinabi B [Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Feeling Hope and pain management of Women with Chronic pain(Persian)]. J Anesth Pain 2019;10(1): 36-49.

Corresponding Author: Shahnam Abolghasemi, Department of Psychology, Assistant professor, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.

Email: sh.abolghasemi@tonekaboniau.ac.ir

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۱۰، شماره ۱، بهار ۱۳۹۸

اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس امیدواری و مدیریت درد در زنان مبتلا به درد مزمن

سید بابک رضوی^۱، شهنام ابوالقاسمی^{۲*}، بهمن اکبری^۳، بهرام نادری نبی^۴

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران

۲. گروه روانشناسی، دانشیار، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران

۳. گروه روانشناسی، دانشیار، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران

۴. گروه بیهوشی و درد، دانشیار، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۰/۱۴

تاریخ بازبینی: ۱۳۹۷/۹/۲۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۸/۲۵

چکیده

زمینه و هدف: تجربه درد در افراد مبتلا به دردهای مزمن می‌تواند بر ابعاد مختلف روانشناختی و اجتماعی تأثیرگذار باشد. این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر احساس امیدواری و مدیریت درد زنان مبتلا به درد مزمن انجام شد. **مواد و روش‌ها:** پژوهش حاضر از نوع تحقیقات کاربردی و به لحاظ روش پژوهش نیمه تجربی و از طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش کلیه زنان مراجعه کننده به کلینیک درد گیلان در سال ۱۳۹۶-۱۳۹۷ بودند که از طریق نمونه گیری دردسترس تعداد ۲۰ نفر به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جای‌دهی شدند. هر دو گروه قبل از اجرای آموزش، پرسشنامه احساس امیدواری و مدیریت درد را تکمیل کردند. گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش قرار گرفت اما گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و بوسیله آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره تجزیه (انکوا) تحلیل شدند.

یافته‌ها: تحلیل کوواریانس تک متغیره برای احساس امیدواری ($F=1/14$) و مدیریت درد ($F=1/11$) نشان داد بین زنان گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($p=0/001$). با توجه به نمرات پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل در این دو متغیر مشخص گردید، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش موجب افزایش احساس امیدواری و مدیریت درد زنان گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون شده است.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که شرکت در جلسات درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش می‌تواند در افزایش احساس امیدواری و مدیریت درد زنان مبتلا به درد مزمن تأثیرگذار باشد، بنابراین این می‌تواند با ارتقاء سطح تعهد و پذیرش، ضمن افزایش احساس امیدواری، مدیریت درد آنان را نیز ارتقا داد. **واژه‌های کلیدی:** درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، احساس امیدواری، مدیریت درد، درد مزمن، زنان

مقدمه

از اهداف اصلی آدمی بوده است. علی‌رغم این تاریخ

طولانی و با وجود ساخت داروهای ضد درد قوی، ابداع

از ابتدای تاریخ مدون بشر، تلاش برای کنترل درد،

نویسنده مسئول: شهنام ابوالقاسمی، گروه روانشناسی، دانشیار، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن

پست الکترونیک: sh.abolghasemi@tonekaboniu.ac.ir

که در مهار درد عصبی مفید واقع می‌شود، یا آمیتریپتیلین که یک ترکیب ضدافسردگی سه حلقه‌ای است، به عنوان داروهای ضد درد مطرح می‌شوند. بنزودیازپین‌ها نیز هنگامی که درد همراه با اضطراب باشد، تجویز می‌شود. همچنین، یک روش بالینی جدید برای کنترل درد مزمن استفاده از میزان‌های بالای نالوکسان است که اثرات ضد درد طولانی‌مدت دارد^(۷). علاوه بر این موارد، امروزه مشخص شده که می‌توان فنون روان‌شناختی مانند حواس‌پرتی، آرمیدگی، تصویرسازی هدایت شده، پسخوراند زیستی و هیپنوتیزم، قادرند تا احساس درد را در سطح مغزی بلوکه کنند. پیشنهاد شده که درمان‌های تلفیقی که یکی از آنها مداخلات روان‌شناختی است، اثرات کوتاه مدت و بلند مدت بیشتری بر درد و بهبود کارکرد روزانه و شغلی افراد دارد^(۸).

پیش‌فرض اساسی درمان‌های روان‌شناختی این است که باورها، شناخت‌ها، انتظارات و نحوه نگرش افراد بر میزان احساس درد و توان مدیریت آن تأثیرگذار است^(۹). بعلاوه مشخص شده است که نگرش بیماران نسبت به وضعیت کنونی‌شان در چگونگی حل و فصل مشکل موثر واقع می‌شود. نگرش بیش از حد منفی نسبت به درد مزمن و تقویت نگرش «حرکت - آسیب مجدد» می‌تواند در ادامه یافتن مشکلات بیماران نقش عمده‌ای داشته باشد. بنابراین، در بحث‌های مربوط به درد مزمن، باورها و نگرش‌های بیمار، ترس از درد و راهبردهای مقابله با درد مزمن، اهمیت زیادی دارد. بعلاوه، بعضی از عوامل روان‌شناختی مانند افسردگی، خشم، اضطراب، تنش روانی در انتقال درد حاد به درد مزمن تأثیرگذار هستند که استفاده از فنون روان‌شناختی را ضرورت می‌بخشند^(۱۰).

هدف از درمان‌های روان‌شناختی جایگزین کردن شناخت‌ها، رفتارها و مهارت‌های مقابله‌ای ناسازگار بیماران مبتلا به درد مزمن، با حالات انطباقی برای این بیماران است. باور این است که اگرچه مداخلات روان‌شناختی نمی‌تواند روی عوامل زیستی درد به طور مستقیم موثر واقع شود اما با تأثیر بر عوامل روانی

روش‌های نوین پزشکی و جراحی، رهایی از درد همچنان برای بسیاری از بیماران، امری دور از دسترس باقی مانده است^(۱). این درحالی است که درد به عنوان یکی از مهمترین مشکلات تشخیص داده شده، موجب احساسات ناخوشایند و تجارب عاطفی ناشی از آسیب بافت‌ها می‌شود^(۲). از طرفی دیگر، یکی از انواع مهم درد، نوع مزمن آن است. درد مزمن دردی است که مدت زمان بهبودی آن بیش از ۳ ماه به طول انجامد. در واقع، این نوع درد، مقاوم به درمان بوده و مدت زمان بهبودی آن طولانی‌تر از زمان مورد انتظار است. دردهای مزمن یکی از مهمترین معضلات پزشکی در تمام جهان هستند که سالانه میلیون‌ها نفر را درگیر خود می‌کنند، بدون اینکه درمان مناسبی دریافت کنند^(۳). طبق برخی از آمارها، میزان موفقیت در کنترل برخی از دردهای مزمن به ندرت از ۶۰ درصد عبور می‌کند و موفقیت درازمدت نیز، کمتر از ۳۰ درصد است. همه این‌ها در حالی است که درد مزمن موجب کاهش عملکرد روزانه، اختلال در روابط میان فردی، ایجاد هزینه‌های مالی زیاد، تغییر در اشتها، اختلال در خواب و بطور کلی، تقلیل کیفیت زندگی می‌شود^(۴). بعلاوه، درد مزمن به توانایی حفظ سبک زندگی مستقلانه و روابط مثبت خانوادگی آسیب وارد می‌آورد^(۵). همچنین تجربه درد مزمن می‌تواند روی خلق اثرات منفی بگذارد. هیجان‌ات منفی مثل افسردگی، خشم، اضطراب و استرس غالباً توسط افراد مبتلا تجربه می‌شود و البته درد مزمن، اثرات جدی‌تری هم دارد. شکست در رهایی از درد، یکی از عواملی است که گاهی این بیماران را به سمت افکار و رفتارهای خودکشی سوق می‌دهد. مشخص شده که در مقایسه با جمعیت عمومی، میزان شیوع افکار خودکشی در افراد مبتلا به درد مزمن غیرسرطانی بالاتر است^(۶).

اثرات متفاوت و مخرب درد مزمن بر بهداشت روانی و سلامت جسمی افراد موجب شده که امروزه درمان‌های مختلفی به منظور بهبود وضعیت کلی این بیماران مورد توجه قرار بگیرد. به عنوان نمونه، استفاده از کاربامازپین

و از گذرگاه‌های جانشین استفاده کنند؛ اما افراد ناامید به دلیل اینکه گذرگاه‌های کمی دارند در رویارویی با موانع براحتهی انگیزه خود را از دست می‌دهند^(۱۴). علاوه بر امید، مدیریت درد نیز یکی از عوامل موثر در کنترل اثرات منفی درد مزمن است که جنبه‌های روانشناختی قدرتمندی دارد^(۹).

مدیریت درد، یک مفهوم پیچیده و شامل عوامل زیستی و روانی است که در بهبود وضعیت بیماران دچار درد مزمن اثرات مهمی دارد. نظریه کنترل دروازه‌ای درد بیان می‌کند که نوعی مکانیسم دروازه‌ای در نخاع فعال است که نقش میانجیگری را در تکانه درد دارد. باز و بسته شدن دروازه به بازخورد فیبرهای عصبی دیگر در بدن بستگی دارد. این تکانه‌های عصبی، تکانه‌های عصبی نزولی از مغز را که با افکار یا خلق فرد مرتبط هستند مانند اضطراب یا افسردگی دربرمی‌گیرد. باز و بسته شدن دروازه، میزان اطلاعاتی که از مناطق آسیب دیده به مغز فرستاده می‌شود را تعدیل می‌کند. افکار منفی دروازه را باز می‌کنند که باعث می‌شود اطلاعات بیشتری درباره درد از این طریق عبور کند. درحالی‌که افکار مثبت، دروازه را بسته و پیام درد را محدود می‌کند؛ در نتیجه پیغام‌های درد می‌تواند شدت یابند، کاهش یابند یا حتی در مسیرشان به مغز مسدود شوند^(۱۵). در همین رابطه، برخی از مطالعات نشان داده‌اند که درمان‌های مبتنی بر تعهد و پذیرش، با تغییر نحوه تفکر افراد قادرند تا سطح امیدواری، باورهای خودکارآمدی و توان مقاومت در برابر مشکلات و بیماری‌ها را افزایش دهند و از این طریق موجب ارتقا کیفیت زندگی افراد بیمار شوند^(۱۶ و ۱۷).

در تکنیک‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تلاش می‌شود تا ارتباط روانشناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. هدف این شیوه درمانی، کمک به مراجع برای دستیابی به یک زندگی ارزشمندتر و رضایت بخش‌تر از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی است و شش فرایند مرکزی دارد که به انعطاف‌پذیری روانشناختی منجر می‌شوند که عبارت‌اند از: پذیرش،

مانند عواطف، انتظارات و نحوه نگرش بیماران نسبت به درد مزمن، وضعیت آنان را بهبود می‌بخشد^(۱۱). با توجه به این شواهد، پژوهشگران معتقدند که علاوه بر عوامل زیستی که در فرایند ایجاد و احساس درد نقش دارند، عوامل روانی - اجتماعی هم می‌توانند موثر واقع شوند که برخی از مهمترین آنها، امید به زندگی و توان مدیریت فشارهای مربوط به درد مزمن می‌باشد^(۱). واقعیت این است که در گذشته، روانشناسان و پژوهشگران تحقیقات خود را بر شرایط ناکامی یا غم و اندوه مانند اضطراب و افسردگی متمرکز کرده بودند و به همین دلیل از جنبه‌های مثبت و توانایی‌های بالقوه انسانی غافل می‌شدند. اما به تدریج و در سالهای اخیر، مطالعات علمی به سمت عوامل سلامت‌بخشی مانند شادکامی، نگرش مثبت به زندگی و همچنین امید به زندگی گرایش یافت و در همه آنها بر این نکته تاکید شد که اگر اندیشه‌ها و هیجان‌های منفی، سبب تضعیف سلامتی می‌شوند، می‌توان فرایندهایی مثبت مانند امید را به عنوان متغیرهایی برای افزایش سلامت انسانی در نظر گرفت^(۱۳).

امید، احساسی است درباره اینکه می‌توانیم آنچه را که می‌خواهیم، داشته باشیم یا یک اتفاق، بهترین نتیجه را برای ما خواهد داشت. امید زمانی بوجود می‌آید که انسان دچار بحران شود و در خلال آن فرصت‌های خلاقانه جدیدی ایجاد گردد. احساس امیدواری اغلب شامل دو بُعد در نظر گرفته می‌شود: یکی توانایی طراحی گذرگاه‌هایی به سوی هدف‌های مطلوب، و دیگری توانایی ایجاد انگیزه برای شروع و تداوم حرکت در این گذرگاه‌ها. از این دیدگاه، امید فرایندی است که طی آن، فرد هدف‌های خود را تعیین می‌کند، راهکارهایی برای رسیدن به آن می‌سازد و انگیزه لازم برای اجرای این راهکارها را ایجاد، و در طول مسیر حفظ می‌کند. به همین دلیل، افراد امیدوار، گذرگاه‌های بیشتری برای دنبال کردن اهداف خود دارند و هنگامی که با مانعی برخورد می‌کنند، می‌توانند انگیزه خود را حفظ،

احساس درد مزمن افراد را به شکل معناداری کاهش دهد. جانستون و همکاران^(۲۵) در مطالعه خود با هدف بررسی میزان تاثیر این درمان بر کیفیت زندگی، رضایت از زندگی، افسردگی و اضطراب، تعداد ۱۱ بیمار مبتلا به درد مزمن را طی ۶ هفته تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار دادند. نتایج نشان داد که شرکت در جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانست موجب افزایش کیفیت زندگی و رضایت از زندگی، و همچنین کاهش افسردگی، اضطراب و شدت درد در افراد مبتلا به درد شود. با توجه به نقش درد مزمن در کاهش کیفیت زندگی بیماران و همچنین با عنایت به تاثیر درمان‌های روانشناختی در تغییر فرایندهای ذهنی و روانی منجر به کاهش مقاومت افراد در برابر احساس درد، پژوهش حاضر به دنبال پاسخ‌گویی به این سوال است که آیا درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر احساس امیدواری و مدیریت درد زنان دچار درد مزمن تاثیر دارد؟

روش بررسی

پژوهش حاضر، از نوع نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه پژوهشی در این تحقیق شامل کلیه بیماران مبتلا به کمر درد مزمن بودند که جهت درمان به کلینیک درد گیلان در سال ۹۷-۱۳۹۶ مراجعه نمودند. با استفاده از نمونه‌گیری دردسترس و همچنین تشخیص پزشک و اجرای مصاحبه اولیه، تعداد ۲۰ نفر از بیماران زن دچار کمر درد مزمن، انتخاب، و به دو گروه ۱۰ نفری تقسیم شدند. ۱۰ نفر به عنوان گروه آزمایش و ۱۰ نفر به عنوان گروه کنترل. معیارهای ورود به پژوهش حاضر عبارت بودند از تشخیص ابتلا به اختلالات ستون فقرات حداقل شش ماه قبل از پژوهش و به تأیید متخصص، پذیرش و تمایل آگاهانه در خصوص شرکت در پژوهش، قرار داشتن گروه هدف در دامنه سنی ۱۸ تا ۶۰ سال، برخورداری از سواد خواندن و نوشتن، و عدم مصرف مواد مخدر. معیارهای خروج از پژوهش نیز شامل غیبت بیش از دو جلسه، عدم انجام

گسلش شناختی، ارتباط با زمان حال، خود به عنوان زمینه، ارزش‌ها و عمل متعهد^(۱۸). بر اساس این نظریه بسیاری از روش‌هایی که برای حل مشکلات مان استفاده می‌کنیم ما را به دام‌هایی می‌اندازند که موجب رنج بیشتر شوند. این درمان اجتناب از درد و استرس را مشکل اصلی بیماران می‌داند که به ناتوانی او می‌انجامد. طبق این نظریه، اجتناب زمانی اتفاق می‌افتد که افکار و هیجانات منفی اثر مفرط و نامناسب بر رفتار بگذارند. بنابر این، شیوه اصلی درمان ACT مواجهه‌سازی بیمار با موقعیت‌هایی است که پیش‌تر از آنها اجتناب شده است^(۱۹). ACT صراحتاً بر زندگی بهتر تمرکز دارد؛ صرف نظر از اینکه زندگی بهتر با احساس بهتر همراه باشد یا نباشد. گاهی زندگی بهتر عملاً مستلزم احساس درد است. اگر احساس درد، ارتباط و زندگی پویا را ارتقا بخشد، درمان پذیرش و تعهد تلاش می‌کند مهارت‌های لازم برای ایجاد درد را بدون دفاع غیرضروری فراهم کند^(۱۷). در زمینه درد مزمن، این شیوه درمانی، راهبردهای کنترل و اجتناب ناکارآمد را از راه پرورش تکنیک‌هایی که باعث انعطاف‌پذیری روانی می‌شوند، مورد هدف قرار می‌دهد و می‌تواند تاثیرات درد مزمن را در افراد کاهش داده و وضعیت سلامت آنها را در حیطه‌های مختلف جسمانی، روانی و اجتماعی بهبود بخشد و به افراد در پذیرش درد و یا افکار مرتبط با آن و ارتقاء جنبه‌های معنادار زندگی و افزایش فعالیت‌های ارزشمند برای بهبود کیفیت زندگی، کمک کند^(۱۸).

از جنبه پژوهشی، اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در افزایش خودکارآمدی در مدیریت درد^(۲۰)، ارتقاء سطح سلامت روان^(۲۱)، و کاهش اضطراب مرتبط با شدت درد^(۲۲)، علائم افسردگی^(۲۳)، و فاجعه آفرینی درد^(۱۸) به اثبات رسیده است. مک کراکان و همکاران^(۲۴) در مطالعه خود تعداد ۱۵ بیمار مبتلا به درد مزمن و بستری در بیمارستان را طی ۴ هفته به طور روزانه تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار دادند. نتایج نشان داد که شرکت در جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانست شدت

فرصت را داشتند تا در هر مرحله از پژوهش، در صورت عدم تمایل، از شرکت در جلسات خودداری کنند. در نهایت، پس از جلسات درمانی، از دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد. خلاصه مطالب مطرح شده در جلسات درمانی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: شرح مختصری از جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و

تمرینات هفتگی مداخله، مصرف داروهای روان گردان بودند. گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند درحالی که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت نکرد. به منظور حفظ اصول اخلاقی، شرکت در این پژوهش به صورت داوطلبانه و با رضایت کامل افراد بود. ضمناً شرکت کنندگان این

تعهد

جلسات	محتوا و تکالیف
اول	برقراری رابطه درمانی، آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش، پاسخ به پرسشنامه و بستن قرارداد درمانی.
دوم	کشف و بررسی روشهای درمانی بیمار و ارزیابی میزان تأثیر آنها، بحث در مورد موقتی و کم اثر بودن درمانها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
سوم	کمک به مراجع برای تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل و پی بردن به بهبودی آنها، پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آنها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
چهارم	توضیح در مورد اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای آن، آموزش گام‌های پذیرش، تغییر مفاهیم زبان با استفاده از تمثیل، آموزش تن آرامی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
پنجم	معرفی مدل رفتاری سه بعدی به منظور بیان ارتباط مشترک رفتار/احساسات، کارکردهای روانشناختی و رفتار قابل مشاهده و بحث در مورد تلاش برای تغییر رفتار بر اساس آن، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
ششم	توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به عنوان یک بستر و برقراری تماس با خود با استفاده از تمثیل، آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌هایی که جزء محتوای ذهنی هستند. دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
هفتم	توضیح مفهوم ارزش‌ها، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمند نمودن مراجع برای زندگی بهتر، تمرین تمرکز، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
هشتم	آموزش تعهد به عمل، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آنها، جمع‌بندی جلسات، اجرای پس‌آزمون.

است. این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت (بسیار مخالف: ۱، مخالف: ۲، بی تفاوت: ۳، موافق: ۴ و بسیار موافق: ۵) تنظیم شده است. هر فرد با انتخاب جمله‌ای که در رابطه با او صدق می‌کند امتیاز کسب می‌کند. ارزش‌های نمره‌ای هر جنبه از ۱ تا ۵ تغییر می‌کند. جمع امتیاز کسب‌شده مبین امیدواری یا ناامیدی است. در آزمون میلر دامنه امتیازات کسب‌شده از ۴۸ تا ۲۴۰ متغیر است و چنانچه فردی امتیاز ۴۸ را کسب کند، کاملاً

داده‌های پژوهش با ابزاری ۳ بخشی شامل پرسشنامه‌های اطلاعات فردی، پرسشنامه امید به زندگی و مقیاس مدیریت درد گردآوری شدند.

پرسشنامه امید به زندگی میلر از نوع تشخیصی است و شامل ۴۸ جنبه از حالت‌های امیدواری و درماندگی می‌شود که ماده‌های قید شده در آن بر مبنای تظاهرات آشکار یا پنهان رفتاری در افراد امیدوار یا ناامید برگزیده شده‌اند. هر سؤال نماینده یکی از نشانه‌های رفتاری

از نرم افزار spss ویرایش ۲۰ انجام پذیرفت.

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر نشان می‌دهد که از نظر سطح تحصیلات، اکثر شرکت‌کنندگان در سطح کارشناسی (۰/۴۰)، و از نظر وضعیت تاهل، اکثر شرکت‌کنندگان مجرد هستند (۰/۶۰). جدول ۲، اطلاعات توصیفی متغیرهای احساس امیدواری و مدیریت درد را به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل را نشان می‌دهد. با توجه به اطلاعات این جدول، میانگین نمرات احساس امیدواری گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون ۲۴/۱۳ و در مرحله پس‌آزمون ۳۲/۷۰ می‌باشد. بر این اساس ملاحظه می‌شود، نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایش در متغیر احساس امیدواری در مقایسه با گروه کنترل تغییراتی داشته است. همچنین میانگین نمرات مدیریت درد گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون ۲۴/۵۰ و در مرحله پس آزمون ۲۶/۶۰ می‌باشد. بر این اساس ملاحظه می‌شود، نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایش در متغیر مدیریت درد در مقایسه با گروه کنترل تغییراتی داشته است. برای مشخص شدن احتمال معنی داری این تغییرات، از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده شد که پیش از آن لازم است تا چند پیش‌فرض اولیه رعایت شود. ابتدا برای بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌های خطا از آزمون لوین استفاده شد. آزمون لوین نشان داد که برابری واریانس‌ها رعایت شده است ($p > ۰/۹۲$ & $F=۰/۱۰$). همچنین برای بررسی فرض همگنی ماتریس کواریانس‌ها از آزمون باکس استفاده شد که نتایج حکایت از برقراری پیش‌فرض داشت ($p=۰/۰۰۱$ ، $F=۰/۷۹۴$ ، $F=۲/۷۰۷$ باکس). برای بررسی پیش‌فرض نرمال بودن توزیع از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد که نتایج حکایت از نرمال بودن توزیع‌ها داشت ($p=۰/۰۰۱$). با توجه به برقراری پیش‌فرض‌ها، تحلیل کوواریانس تک متغیری انجام شد که نتایج حکایت از معناداری داشت ($p=۰/۹۵۰$ اندازه اثر، $p=۰/۰۰۱$ ، $F=۰/۰۵۲$ ، $F=۰/۹۹۳$ لامبدای

درمانده تلقی می‌شود. نمره ۲۴۰ بیشترین امیدواری را نشان می‌دهد. ۱۲ جمله از پرسشنامه میلر از ماده‌های منفی تشکیل شده‌اند که در ارزشیابی و نمره‌گذاری، این شماره‌ها برعکس نمره می‌گیرند^(۲۶). حسینی برای تعیین روایی این پرسش‌نامه، از نمره سؤال ملاک استفاده کرد. به این ترتیب که نمره کل پرسش‌نامه با نمره سؤال ملاک همبسته شده است و مشخص شد که بین این دو رابطه مثبت معناداری وجود دارد. برای تعیین پایایی پرسشنامه از دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف استفاده کرد که ضرایب آن به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۸۹ است. در این پژوهش نیز پایایی پرسش‌نامه به کمک محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد^(۲۶). پرسشنامه مدیریت درد جهت سنجش میزان خودمدیریتی درد مزمین طراحی شده است. این مقیاس دارای ۲۵ سوال با طیف چند گزینه‌ای «هیچ وقت، به ندرت، گاهی، اکثر اوقات، همیشه» بوده که در مجموع سه عامل خودمدیریتی عملکردی (سئوال‌ات ۱ تا ۱۴)، خودمدیریت هیجانی (۱۵ تا ۱۹) و خودمدیریتی پزشکی (سئوال‌ات ۲۰ تا ۲۵) را مورد بررسی قرار می‌دهد. لازم به ذکر است که سئوال‌ات ۷، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۴ نمره‌گذاری گردیده، نمره بالاتر معرف خودمدیریتی بیشتر درد مزمین می‌باشد. نتایج تحلیل عاملی این مقیاس بیانگر مقبولیت مقادیر شاخص‌های برازندگی آنها بوده، روایی محتوا ۰/۸۰، روایی همگرا (با مقیاس خودمدیریتی درد مزمین نیکولاس، سرسختی روانشناختی، خودکارآمدی درد، افکار فاجعه‌آفرین درد و باورها و ادراکات درد به ترتیب با ضرایب ۰/۴۷/۶۸، ۵۰/۰، ۲۶/۰، ۰/۰۳۳ و پایایی بازآزمایی ۰/۸۷ و پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ مقیاس نیز مورد تأیید قرار گرفت^(۲۷).

برای توصیف ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان و داده‌های مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون، از شاخص‌های آمار توصیفی استفاده شد. تحلیل کوواریانس تک متغیری برای پی‌بردن به معناداری اثر متغیر مستقل بر متغیر وابسته به کار رفت. تجزیه تحلیل داده‌ها نیز با استفاده

تعهد و پذیرش در هر دو متغیر احساس امیدواری و مدیریت درد موثر بوده است.

ویلکز). نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری که در جدول ۳ مشاهده می‌شود نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر

جدول ۲: آماره‌های توصیفی مقیاس احساس امیدواری و مدیریت درد به تفکیک گروه و نوع آزمون

متغیرها	گروه‌ها	نوع آزمون	تعداد	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف استاندارد
احساس امیدواری	آزمایش	پیش آزمون	۱۰	۲۴/۰۰	۳۴/۰۰	۲۴/۱۳	۳/۰۹
		پس آزمون	۱۰	۲۳/۰۰	۳۸/۰۰	۳۲/۷۰	۴/۴۷
	کنترل	پیش آزمون	۱۰	۱۵/۰۰	۳۰/۰۰	۲۲/۱۰	۵/۶۸
		پس آزمون	۱۰	۱۵/۰۰	۳۰/۴۰	۲۲/۴۰	۵/۶۶
مدیریت درد	آزمایش	پیش آزمون	۱۰	۱۶/۰۰	۳۹/۰۰	۲۴/۵۰	۸/۳۱
		پس آزمون	۱۰	۱۷/۰۰	۴۰/۰۰	۲۶/۶۰	۷/۷۲
	کنترل	پیش آزمون	۱۰	۲۴/۰۰	۳۰/۰۰	۲۷/۵۰	۲/۳۶
		پس آزمون	۱۰	۲۵/۰۰	۳۵/۰۰	۲۹/۱۰	۳/۷۸

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت

متغیرها	میانگین مجذورات	درجات آزادی	F	معنی داری	ضریب اتا
احساس امیدواری	۶/۰۶۵	۱	۱/۱۴۵	۰/۲۴۵	۰/۰۸۵
مدیریت درد	۱۶/۵۵۳	۱	۱/۱۱۶	۰/۳۰۶	۰/۰۶۵

نتایج پژوهش‌های لویم و همکاران^(۳۱) و فیلیدروس و همکاران^(۳۲) هماهنگ است.

در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که نظریه‌های امیدواری بر چند نکته تاکید دارند که مهمترین آنها بررسی وضعیت کنونی و حرکت به سمت آینده است. این انتخاب دوگانه به طور موازی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز تکرار می‌شود. Act بر روی دو نکته اساسی تاکید دارد، از یک طرف از طریق مهارتهای ذهن آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی برای افزایش انعطاف پذیری روانشناختی استفاده می‌کند که منظور از آن افزایش توانایی مراجعین برای ایجاد ارتباط با تجارب کنونی‌شان است^(۳۸)، از طرف دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، با ادغام همین مفاهیم و تقویت آنها،

نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری که در جدول ۳ مشاهده می‌شود نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در هر دو متغیر احساس امیدواری و مدیریت درد موثر بوده است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس امیدواری و مدیریت درد در زنان مبتلا به درد مزمن انجام گرفت. براساس یافته‌های بدست آمده، فرضیه اول پژوهش مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس امیدواری تأیید می‌شود. به این معنی که با شرکت در جلسات درمانی، امیدواری زنان افزایش یافت که این یافته با

بیماران دچار درد مزمن ضمن اینکه از موضوع درد خود نمی‌گیرند، با آن ارتباط برقرار می‌کنند. بعلاوه تلاش می‌کنند تا با عبور از این آگاهی، مرزی جدید در جهت افزایش امید به زندگی و زیستن معنادار بوجود آورند. اینگونه است که آنان هم درد خود را می‌پذیرند و هم برای درمان خود از طریق افزایش سطح امید به زندگی، تلاش می‌کنند^(۳۲). میسون و همکاران در پژوهش خود نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، علاوه بر افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دردهای مزمن باعث کاهش درد آنها نیز می‌شود^(۳۳). هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کاهش اجتناب تجربی و افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی از طریق پذیرش احساسات ناخوشایند، غیرقابل اجتناب و پریشان‌کننده مانند اضطراب است. در این درمان، بیمار تشویق می‌شود تا درحالی که به سوی اهداف ارزشمند خود در حرکت است، با تجربیاتش بطور کامل و بدون مقاومت ارتباط برقرار کند و آنها را بپذیرد که این امر شخص را ترغیب می‌کند تا در جهت تحقق اهداف ارزشمند زندگی خود، تلاش کند^(۱۸). یکی دیگر از تبیین‌هایی که قادر است افزایش احساس امیدواری در قالب درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را توجیه کند، این است که زنان شرکت‌کننده در این جلسات با کمک فنون ذهن‌آگاهی توانستند تغییرات چشمگیری در روش استفاده از توجه شان ایجاد نمایند و از تفکر فاجعه‌بار دانستن وضعیت کنونی خود دور شوند. تمرین‌های ذهن‌آگاهی می‌تواند شامل توجه متمرکز به خود باشد تا به افراد اجازه دهد که بجای اینکه رویدادهای ذهنی را به عنوان قسمتی از وجود خود بدانند، آنها را مشاهده کنند. افراد دچار تفکرات فاجعه‌پندارانه، درگیر دیدگاه قضاوتی هستند و سعی نمی‌کنند مشکلاتشان را از زوایای گوناگون مورد توجه قرار دهند بنابراین این از یک دید سختگیرانه نسبت به خود برخوردارند که در جلسات درمانی با آن مقابله منطقی شد^(۳۳).

از دیگر یافته‌های پژوهش حاضر، تایید فرضیه دوم

موجب معنادهی به زندگی، بخشیدن امید و افزایش هدف در آینده افراد می‌شود^(۲۹). به بیانی دیگر، ارتباط با لحظه حال، به معنای حضور روانشناختی است یعنی ارتباط هشیارانه و درگیر شدن با هر آنچه که در لحظه، در حال اتفاق افتادن است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و فنون آن، مشاهده و توصیف بدون قضاوت تجارب در زمان حال را تشویق می‌کند. این تجربه در زمان حال، به مراجعین کمک می‌کند که تغییرات دنیا را آنگونه که هست تجربه کنند، نه آنگونه که ذهن می‌سازد^(۱۷)، با وجود این، «ارزش‌ها» که صفات مطلوب برای عمل مداوم هستند، توصیف می‌کنند که انسان چطور می‌خواهد در زمینه‌ای به طور مداوم عمل کند. داشتن ارزش‌های واضح و روشن یک قدم اساسی در خلق زندگی پرمعنا است. معمولاً در درمان مبتنی بر پذیرش از ارزش‌ها به عنوان جهت‌های انتخاب شده زندگی یاد شده و ارزش‌ها معمولاً با قطب‌نما مقایسه می‌شوند چراکه به انسان جهت می‌دهند و سفر انسان را به طور مداوم هدایت می‌کنند^(۳۰). در انتهای این دوگانگی، عمل متعهدانه مطرح می‌شود. عمل ارزش‌مدار طیف وسیعی از افکار و احساسات مطلوب و نامطلوب را برمی‌انگیزد. بنابراین این عمل متعهدانه به این معناست که برای داشتن زندگی ارزشمند آنچه را لازم است انجام دهید حتی اگر درد و رنج به دنیا داشته باشد. همه مداخلات رفتاری سنتی مانند «هدف‌گزینی» می‌تواند در این بخش از مدل به کار گرفته شود^(۳۱). بنابراین، در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افراد دچار درد مزمن با سه مسیر ارزشمند آشنا می‌شوند. ابتدا اینکه یاد می‌گیرند تا با تجارب کنونی‌شان و در لحظه و در اینجا و اکنون زندگی کنند، سپس می‌آموزند که برای برخورداری از ارتقاء سلامت خود باید ارزش‌هایی را برگزیده و به طور هدفمند زندگی کنند. در نهایت نیز نسبت به این نکته حساس می‌شوند که در قبال این دو مسیر نقش متعهدانه‌ای بر عهده بگیرند. نقشی که در نهایت به ادغام زندگی در زمان حال و آینده مدار بودن بیماران منجر می‌شود.

یا اجتناب از آن صورت می‌پذیرد. مؤلفه دوم به حفظ فعالیت‌های زندگی در کنار تجربه درد اطلاق می‌شود^(۳۴). پذیرش درد با کیفیت زندگی بالاتر در بیماران مبتلا به درد مزمن، با کاهش اثر دوره‌های درد در کارکرد بیماران و حفظ کارکرد سازگارانه در بیماران دچار دردهای چندگانه ارتباط دارد^(۳۶).

در دومین گام آموزش مدیریت درد، بجای ارزش‌های گذشته، ارزش‌های جدیدی برای بیمار، تعریف و جایگزین می‌شود^(۳۷). در چنین شرایطی، زنان مبتلا به درد مزمن ضمن اینکه مشکلات ناشی از بیماری خودشان را می‌پذیرند، با نگرش تازه‌ای از درد آشنا می‌شوند که طی آن درد به عنوان یک مکانیسم آگاهی‌بخش مثبت برای ادامه حیات افراد ضرورت دارد. این تغییر زاویه نگرش موجب ایجاد یک دیدگاه مثبت در قبال پذیرش درد می‌گردد. علاوه بر این، انعطاف‌پذیری‌شناختی هم به این بیماران آموخت که وجود افکار مربوط به درد مزمن، اگرچه بی‌اهمیت نیست اما مسئله اصلی به شمار نمی‌رود، بلکه مسئله اصلی، اقدام جهت پاسخ دادن به این افکار به صورت ناامیدی، احساس عدم توانایی در مدیریت درد، خشم و درماندگی است. لذا با یادگیری انعطاف‌پذیری‌شناختی، زنان بیمار جهت کسب خزانه رفتاری گسترده‌تر آموزش می‌بینند که مهمترین آنها توانایی مدیریت ذهنی و رفتاری درد است. بنابر این در مسیر ارتقاء توانایی افراد برای مدیریت درد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ابتدا نگاه سراسر بدبینانه افراد نسبت به درد را اصلاح می‌کند، سپس رفتارهای تازه‌ای برای مواجهه با درد مزمن، به آنان می‌آموزد. البته همه این گام‌ها در سایه تمرکز نکردن بر علائم اصلی اختلال درد و عدم تلاش جهت سرکوب افکار مربوط به درد، توانست به ارتقاء مدیریت درد در زنان یاری رساند.

نتایج پژوهش حاضر، تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کنترل موقعیت‌های تنش‌زا و همچنین افزایش خصوصیات مثبت انسانی مانند احساس امیدواری را تایید می‌کند. به نظر می‌رسد که همزمانی و ادغام مولفه‌های

بود که طبق آن شرکت در جلسات مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند موجب افزایش مدیریت درد، که این یافته با نتایج پژوهش‌های وول و همکاران^(۳۰)، ایلینبرگ و همکاران^(۳۲)، ایران دوست و همکاران^(۱۸)، مک کراکان و همکاران^(۳۴) هماهنگ است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که بیماران مبتلا به درد مزمن اغلب با مشکلات متعددی مانند نشخوار فکری در ارتباط با درد، کاهش تحرک محیطی و در نتیجه اختلال در روابط اجتماعی رنج می‌برند که همه این مشکلات، به فشار روانی شدید و مداوم منجر می‌شود که اکثر افراد تلاش می‌کنند از آنها بگریزند. درحالی که به عنوان نخستین گام در جهت افزایش توان مدیریت درد در زنان بیمار، تلاش شد تا آنان بجای اجتناب کردن، با دردهای مسیر رسیدن به سلامتی مواجه شوند چرا که این مواجهه، نقش زیادی در کاهش مشکلات دارد. هنگامی که افراد دچار درد مزمن تلاش می‌کنند از مشکلات فعلی‌شان اجتناب کنند، اگرچه در کوتاه‌مدت وضعیت بهتری می‌یابند اما در طولانی مدت، دچار وخامت اوضاع می‌شوند. در این مرحله، زنان بیمار یاد گرفتند که حرکت در مسیر ارزش‌های زندگی (در اینجا سلامتی)، دردها و سختی‌هایی به همراه دارد که با اجتناب از این رنج‌ها، نمی‌توان به یک زندگی ارزشمندانه دست یافت. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مراد از پذیرش، تمایل به روبرو شدن با این دردها و سختی‌هاست^(۳۴).

در این شیوه درمانی، «پذیرش» یک فرآیند کلیدی برای کاهش اثر تجربیات دردناک و پیش‌بینی کارکردهای فرد در آینده است. دال و همکاران در خصوص اثربخشی ACT نشان دادند که تجربه چهار ساعته این درمان به طرز فاحشی منجر به کاهش تجربه درد در بیماران در مقایسه با سایر درمان‌های پزشکی معمول می‌شود^(۳۵). طبق مطالعه مک کراکن و همکاران، پذیرش دو مؤلفه اساسی دارد: پذیرش ارادی درد و پرداختن به فعالیت. اولین مؤلفه به دامنه‌ای که درد اجازه می‌یابد تا تجربه شود مربوط می‌شود که بدون تلاش در جهت مدیریت

امیدواری و توانایی مدیریت درد زنان دچار اختلال درد مزمن مؤثر بود. این روش درمانی به عنوان یک شیوه مؤثر جهت کاهش مشکلات جسمی و روانشناختی افراد دچار درد توصیه می‌گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل رساله دانشجویی در مقطع دکتری روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت می‌باشد. در پایان از بیماران شرکت‌کننده در جلسات مداخله قدردانی می‌شود.

پذیرش مشکل و تعهد نسبت به حل و فصل آن، قادر به ایجاد نگرشی تازه نسبت به مشکلات مربوط به درد مزمن در زنان می‌باشد. پژوهش حاضر مانند هر مطالعه دیگری با موانعی روبرو بود. به عنوان نمونه برخی از متغیرها مانند سابقه جراحی افراد کنترل نشد. به پژوهشگران علاقمند پیشنهاد می‌شود که در تحقیقات آتی، متغیرهایی مانند سابقه جراحی را کنترل کنند.

نتیجه گیری

مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش احساس

References

- AsghariEbrahimAbad M, salayani F, Mashhadi A, Attarzadeh Hosseini R, MashhadiNejad H, Eftekharzadeh S et al. The effectiveness of cognitive group therapy on anxiety and aggression of females with chronic pain. *JCR*. 2015; 5 (3) :34-44 [Text in Persian].
- Taheri N K. Effects of the nurse-patient communication skills training on reducing pain in patients. *JCR*. 2015; 5 (2) :24-32 [Text in Persian].
- Shirazi M, Manoochehri H, Zagheri Tafreshi M, Zayeri F. Development and psychometric evaluation of chronic pain acceptance instrument in the elderly. *JCR*. 2015; 5 (2) :33-47 [Text in Persian].
- Gatchel R, Baum A, Krantz D. An introduction to health psychology. Khoynezhad G.R (Persian translator), Mashhad: ehnashr publication 1377;421.
- Salehifar E, Hazeghpasand R, Keyhanian S, Ala S, Ahangar N. Evaluating Pain Management among Cancer Patients in a Chemotherapy Center . *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2017; 27 (150) :89-97 [Text in Persian].
- Boroumand A, AsghariMoghaddam M, Shaeeri M, Mesgarian F. Chronic pain, pain self-efficacy and suicidal ideation: The moderating role of pain self-efficacy on relation between depression and suicidal ideation in chronic pain patients. *J Fundamentals of Ment Health*. 2014; 14(2):152-63. [Text in Persian].
- Karami M, Gohari AR, Ebrahimzadeh MA, Danaei GH, karimloo S. Pathophysiology of pain and effective drugs to control it. *J Clinical Excellence*. 2016; 5 (2) :28-44 [Text in Persian].
- Hoffman BM, Papas RK, Chatkoff DK, Kerns RD. Meta-Analysis of Psychological Interventions for Chronic Low Back Pain. *Orig Res Article Health Psychol*. 2007; 26(1): 1-9.
- Broderick JE, Keefe FJ, Schneider S, Junghaenel DU, Bruckenthal P, Schwartz JE, Kaell AT, Caldwell DS, McKee D, Gould E. Cognitive behavioral therapy for chronic pain is effective, but for whom? *Pain*. 2016; 157(9):2115-23.
- Khajehrasooli M, Dehghani M, Jamshidifard A. The Relationship between Psychological Dimensions of Negative Mood, Fear of Pain and Movement Disability in patients with Spinal Chronic Pain. *J Res Psycho Health*. 2017;11(2):3-49.
- Gatchel RJ, Turk DC. Interdisciplinary treatment of chronic pain patients. In R.J. Gatchel & D.C. Turk (Eds.), *Psychosocial factors in pain: Critical perspectives*. New York: Guilford Press. 1999; P: 27-42.
- Moriarty O, Ruane N, O’Gorman D, Maharaj C. Cognitive Impairment in Patients with Chronic Neuropathic or Radicular Pain: An Interaction of Pain and Age. *Front Behav Neurosci*. 2017; 11 (13):1-10
- Davidson CL, Wingate D, Slish M, Rasmussen K. The Great Black Hope: Hope and Its Relation to Suicide Risk among African Americans. *Suicide Life Threat Behav*. 2010; 40:170-180.
- Sheykholeslami A, Ramezani S. The effectiveness of group hope therapy based on the Snyder’s theory on self-efficacy of physical and mobility impairments men. *Quarterly J of social work*. 2017; 6 (1); 05-12 [Text in Persian].
- Kolivand P, Nazari Mahin A, Jafari R. The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on Decrease of the Distress in Patients with Chronic Pain. *J ShfaKhatam*. 2014; 3(3) :64-69. [Text in Persian].
- Young F, Mroczek K. Predicting intraindividual selfconcept trajectories during adolescence. *J Adolesc*. 2013; 3 (5) :586-600.
- Hayes SC, Pistorello J, Levin ME. Acceptance

- and Commitment Therapy as a Unified Model of Behavior Change. *J Counseling Psycho*. 2012; 40(7) :976-1002.
18. Irandoost F, Taher Neshatdoost H, Nadi MA. The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on quality of life of women with chronic low back pain. *J Behav Sci*. 2014; 8(1): 89-96. [Text in Persian].
 19. Hiratzka J, Rastegar F, Contag AG, Norvell DC, Anderson PA, Hart RA. Adverse Event Recording and Reporting in Clinical Trials Comparing Lumbar Disk Replacement with Lumbar Fusion: A Systematic Review. *J Global Spine*. 2015;5(6):486-95.
 20. Vowles K, Fink B, Cohen L. Acceptance and Commitment Therapy for chronic pain: A diary study of treatment process in relation to reliable change in disability. *J Contextual Behav Sci*. 2014; 3(2):74-80.
 21. Livheim F, Hayes L, Ghaderi O, Magnusdottir T. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy for Adolescent Mental Health: Swedish and Australian Pilot Outcomes. *J Child and Family Stu*. 2015; 24(4): 1016-1030.
 22. Eilenberg T, Fink P, Jensen J, Rief W. Acceptance and commitment group therapy for health anxiety: a randomized controlled trial. *J Psycho Med*. 2016; 46(1) :103-115.
 23. Fledderus M, Bohlmeijer E, Pieterse M, Schreurs K. Acceptance and commitment therapy as guided self-help for psychological distress and positive mental health: a randomized controlled trial. *J Med*. 2012; 42(3) :485-495.
 24. McCracken L, Ayana S, Gordon J. A Trial of a Brief Group-Based Form of Acceptance and Commitment Therapy for Chronic Pain in General Practice: Pilot Outcome and Process Results. *Pain*. 2013; 14(11) :1398-1406.
 25. Johnston M, Foster M, Shennan J, Starkey NJ, Johnson A. The effectiveness of an Acceptance and Commitment Therapy self-help intervention for chronic pain. *Pain*; 26(5) :393-402.
 26. Hosseini SM. [Relationship of life expectancy and psychological hardiness in male and female students (Persian)] [MSc. thesis]. Gachsaran: Islamic Azad University; 2006. [Text in Persian].
 27. Bazyari meimand M, Alipour A, Poladi reishahri A, Habibi asgarabadi M. Effect of chronic and recurrent pain on the self-management of chronic spinal pain: Moderator role of pain self-efficacy and catastrophic thoughts. *JCR*. 2017; 7 (3) :60-77. [Text in Persian].
 28. Rajabi S, Yazdkhasti F. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy on Anxiety and Depression in Women with MS Who Were Referred to the MS Association. *J Clinical Psycho*. 2014; 1(21) :29-38. [Text in Persian].
 29. Ghadampour E, Radmehr P, Yousefvand L. The effectiveness of acceptance and commitment based treatment on social competence and life expectancy of patients with multiple sclerosis. *Armaghane danesh*. 2016; 21(11) :1100-1114. [Text in Persian].
 30. Lee EB, An W, Levin M, Twohig MP. An initial meta-analysis of Acceptance and Commitment Therapy for treating substance use disorders. *Drug Alcohol Depend*. 2015, 155(9) :1-7.
 31. Luoma JB, Kohlenberg BS, Hayes SC, Fletcher L. Slow and steady wins the race: A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy targeting shame in substance use disorders. *J Cons Clin Psycho*. 2012, 80 (4) :43-53.
 32. Mason VL, Mathias B, Skevington SM. Accepting low back pain: is it related to a good quality of life? *J Pain*. 2008; 24(3) :22-9.
 33. Rezaeian M, Ebrahimi A, Zargham M. The Effect of Acceptance and Commitment Therapy on Catastrophic and Disabling Pain in Chronic Pelvic Pain in Females. *J Cogn Beha Sci*. 2013; 2(7) :17-

30. [Text in Persian].
34. MacKenzie MB, Kocovski NL. Self-Reported Acceptance of Social Anxiety Symptoms: Development and Validation of the Social Anxiety-Acceptance and Action Questionnaire. *International J Beh Cons and The*. 2010; 6(3): 214-232.
35. Dahl J, Wilson KG, Nilsson A. Acceptance and commitment therapy and the treatment of persons at risk for long-term disability resulting from stress and pain symptoms: a preliminary randomized trial. *Behav Ther*. 2004; (35) :785-802.
36. Kranz D, Bollinger A, Nilges P. Chronic pain acceptance and affective well-being: A coping perspective. *Euro J Pain*. 2010; 2 (13): 111-121.
37. Ghazanfari F, Amiri F, Zangi Abadi M. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Meta Cognitive Treatment on Improvement of the Symptoms in Women with Obsessive-Compulsive Disorder in Khorramabad City. *Iran J Psychiatry*. 2015; 5 (11): 111-121. [Text in Persian].