Journal of Anesthesiology and Pain Summer 2023, Vol 14, No 2



The effectiveness of acceptance and commitment therapy on life expectancy and pain perception in patients with MS in Mashhad

Seyyed Mojtabi Aghili[1*], Sajjad Abbasi[2], Arzou Asghari[3]

1. *Assistant Professor, Department of Psychology, Payam Noor University, Iran*
2. *Master of Psychology, Payam Noor University, Golestan, Iran*
3. *Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Kausar University of Bojnord, Bojnord, Iran*

ABSTRACT

Aim and background: MS is one of the most common chronic diseases of the central nervous system. This disease causes many mental disorders in patients. The purpose of this study was to investigate the effectiveness of acceptance and commitment therapy on life expectancy and pain perception in patients with MS in Mashhad.

Material and Methods: This was a semi-experimental study with a pre-test, post-test and control group design. The statistical population included all patients with MS in Hazrat Qaim (AS) hospital in Mashhad in 2022, among whom 30 people were selected by available sampling method and randomly placed in two experimental and control groups, 15 people in each group. became The experimental group received 8 sessions for 60-minute each of acceptance and commitment therapy, and the control group was considered as waiting list. The research tool was Miller's Life Expectancy Questionnaire and McGill's Pain Perception Questionnaire. Research data were analyzed by multivariate covariance analysis and using SPSS version 21 software.

Results: The findings showed that acceptance and commitment therapy is effective on life expectancy and pain perception in patients with MS in Mashhad ($P<0.05$).

Conclusion: Treatment based on acceptance and commitment can be a suitable method for improving the psychological factors of life expectancy and pain perception of patients with MS.

Keywords: acceptance and commitment therapy, life expectancy, pain perception, MS

Please cite this paper as:
Aghili SM, Abbasi S, Asghari A [The effectiveness of acceptance and commitment therapy on life expectancy and pain perception in patients with MS in Mashhad (Persian)]. J Anesth Pain 2023;14(2):87-97.

Corresponding Author: Seyed Mojtabi Aghili, Department of Psychology, Payam Noor University, Tehran, Iran
Email: dr_aghili1398@yahoo.com

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-29]

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۱۴، شماره ۲، تابستان ۱۴۰۲

اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر امید به زندگی و ادراک درد در بیماران مبتلا به ام اس شهر مشهد

سید مجتبی عقیلی[1*]، سجاد عباسی[2]، آرزو اصغری[3]

۱. استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام نور، ایران
۲. کارشناس‌ارشد روان‌شناسی دانشگاه پیام نور، گلستان، ایران
۳. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کوثر بجنورد، بجنورد، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۲/۲۹ **تاریخ بازبینی: ۱۴۰۲/۳/۱۵** **تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۳/۲۷**

چکیده

زمینـــه و هـــدف: ام.اس از شـایعترین بیماری‌هـای مزمـن سیسـتم عصبـی مرکـزی اسـت. ایـن بیمـاری باعـث ایجـاد اختـلالات روانـی متعـددی در بیمـاران می‌گـردد. هـدف ایـن پژوهـش بررسـی اثربخشـی درمـان پذیـرش و تعهـد بـر امیـد بـه زندگـی و ادراک درد در بیمـاران مبتـلا بـه ام اس شـهر مشـهد بـود.

مـــواد و روش‌هـــا: پژوهـش نیمـه آزمایشـی بـا طـرح پیش‌آزمـون، پس‌آزمـون و گـروه گـواه بـود. جامعـه آمـاری شـامل کلیـه بیمـاران مبتـلا بـه ام اس بـود در بیمارسـتان حضـرت قائـم (عـج) مشـهد در سـال ۱۴۰۱ بودنـد کـه از میـان آنهـا ۳۰ نفـر بـه روش نمونـه گیـری در دسـترس انتخـاب و بـه صـورت تصادفـی در دو گـروه آزمایـش و گـواه بـرای هـر گـروه ۱۵ نفـر جای‌دهـی شـدند. گـروه آزمایـش ۸ جلسـه ۶۰ دقیقـه‌ای درمـان پذیـرش و تعهـد را دریافـت نمودنـد و گـروه گـواه در لیسـت انتظـار قـرار گرفـت. ابـزار پژوهـش پرسشـنامه امیـد بـه زندگـی میلـر و ادراک درد مـک گیـل بـود. داده‌هـای پژوهـش بـا تحلیـل کوواریانـس چنـد متغیـری و اسـتفاده از نـرم افـزار SPSS نسـخه ۲۱ تجزیـه و تحلیـل شـدند.

نتایـــج: یافتـه هـا نشـان داد کـه درمـان پذیـرش و تعهـد بـر امیـد بـه زندگـی و ادراک درد در بیمـاران مبتـلا بـه ام اس شـهر مشـهد اثربخـش اسـت ($P<۰/۰۵$).

نتیجه‌گیـــری: هدرمـان مبتنـی بـر پذیـرش و تعهـد می‌توانـد درمـان مناسـبی بـرای بهبـود فاکتورهـای روانشـناختی امیـد بـه زندگـی و ادراک درد بیمـاران مبتـلا بـه ام اس باشـد.

واژه‌های کلیدی: درمان پذیرش و تعهد، امید به زندگی، ادراک درد، اماس

نویســنده مســئول: سید مجتبی عقیلی، استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران
پست الکترونیک: dr_aghili1398@yahoo.com

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-29]

مقدمه

از جملـه بیماری‌هـای مزمـن دسـتگاه عصبـی مرکـزی کـه سـبب تخریـب غـلاف میلیـن و آسـیب آکسـون مـی شـود، مولتیپـل اسـکلروزیس (اماس) اسـت [۱]، کـه ماهیـت خودایمنـی دارد؛ بـه ایـن معنـی کـه دسـتگاه ایمنـی بـدن، علیـه قسـمتی دیگـر از بـدن بـه عنـوان یـک عامـل بیگانـه واکنـش غیرعـادی نشـان مـی دهـد [۲]. ایـن آسـیب توانایـی بخش‌هایـی از سیسـتم عصبـی را در انتقـال سـیگنال‌ها مختـل می‌کنـد و در نتیجـه طیـف وسـیعی از علائـم و نشـانه‌ها از جملـه مشـکلات جسـمی، روحـی و گاه روانپزشـکی ایجـاد می‌شـود [۳]. بیمـاری اماس بـا نسـبت ابتـلا ۲ تـا ۳ برابـری زنـان بـه مـردان [۴]، اغلـب در بزرگسـالان ۱۵ تـا ۵۰ سـال بـروز می‌نمایـد [۵]. بیمـاری مولتیپل اسـکلروزیس منجـر بـه ناتوانـی و ایجـاد انـواع اختلال‌هـای حسـی و حرکتـی در فـرد بیمـار می‌شـود [۶]. و بـا مشـکلاتی ماننـد شـدت و دفعـات عـود بیمـاری، پاییـن بـودن حمایـت اجتماعـی ادراک شـده، راهبردهـای مقابلـه‌ای ناکارآمـد، کاهـش امیـد بـه زندگـی و مشـکلات عاطفـی و اقتصـادی، و اختلال‌هـای روانشـناختی همـراه اسـت [۷]. مطالعـات یوسـفی افراشـته، گل‌محمـدی، و تمجیـدی نشـان داد کـه امیـد بـه زندگـی بیـن سرسـختی روانشـناختی و اضطـراب مـرگ بیماران مبتـلا بـه ام اس نقـش میانجـی دارد [۸].

امیـد بـه زندگـی در تمـام ابعـاد زندگـی عنصـری ضروری اسـت و یکـی از معیارهـای اساسـی تعییـن سـطح کیفیـت زندگـی در جوامـع امـروزی محسـوب مـی شـود. امیـد، توانایـی باور داشـتن احسـاس بهتـر، در آینـده اسـت [۹]. توانایـی طراحـی گـذرگاه هایـی بـه سـوی اهـداف مطلـوب بـه رغـم موانـع موجـود و عـام یـا انگیـزش لازم بـرای اسـتفاده از ایـن گـذرگاه هـا اشـاره دارد بـه عبارتـی امیـد بـه زندگـی یـک رونـد انگیزشـی اسـت کـه فـرد انتظـار دارد بـه هـدف مطلوبـی کـه تعییـن کـرده اسـت برسـد کـه شـامل دو راهبـرد تفکـر عاملـی و تفکـر راهبـردی اسـت [۱۰]. امیـد بـه زندگـی یـک شـاخص آمـاری نشـان دهنـده متوسـط طـول عمـر یـک جامعـه اسـت کـه نشـان مـی دهـد هـر عضـو چنـد سـال مـی توانـد انتظـار داشـته باشـد کـه زنـده اسـت و زندگـی مـی کنـد [۱۱]. و ایـن سـازه باعـث افزایـش انعطـاف پذیـری، نشـاط، توانمنـدی رهایـی از چالـش هـا، تحمـل ناکامـی و مقابلـه بـا مشـکلات مـی شـود [۱۲]. افـراد دارای امیـد بـه زندگـی پاییـن احسـاس مـی کننـد کـه راهـی وجـود نـدارد، هیـچ کاری از آنهـا سـاخته نیسـت، تمایـل بـه خودکشـی دارنـد و بیشـتر هیجـان هـای منفـی را تجربـه مـی کننـد [۱۳]. امیـد بـه زندگی مکانیسـم سـازگاری مهـم در بیماری هـای مزمـن از جملـه بیمـاری اماس اسـت و بـه عنـوان یـک فاکتـور پیچیـده چنـد بعـدی و بالقـوه قدرتمنـد در بهبـودی و سـازگاری موثـر تعریـف مـی شـود [۱۴]. بنابرایـن افـراد مبتـلا بـه بیمـاری هـای مزمـن ماننـد اماس اگـر آینـده را بـاور داشـته باشـند، موجـب برخـورداری از زندگـی مطلـوب و امیـدواری در ایـن بیمـاران افزایـش خواهـد یافـت [۱۵]. در ایـن راسـتا بـه نظـر مـی رسـد کـه ادراک درد بیمـاران مبتـلا بـه اماس نقـش مهمـی در حفـظ امیـد بـه زندگـی در آنهـا داشـته باشـد.

درد مزمـن و تجربـه زندگـی کـردن بـا آن، یـک تجربـه منحصر بـه فـرد اسـت. ادراک فـرد از درد از متغیرهـای جسـمانی، روانـی و اجتماعـی تاثیـر مـی پذیـرد [۱۶]. درد مزمـن وضعیتـی تحلیـل برنـده اسـت، بـه گونـه ای کـه فـرد دردمنـد را نـه تنهـا بـا تنیدگـی ناشـی از درد، بلکـه بـا بسـیاری از عوامـل تنیدگـی زای دیگـر کـه بخـش هـای گوناگـون زندگـی وی را تحـت تاثیـر قـرار مـی دهـد، روبـه رو مـی کنـد [۱۷]. بـه طـور کلـی درد مزمـن، یـک مشـکل عمـده‌ی مرتبـط بـا سـلامتی در جهـان می‌باشـد و بـه طـور جـدی کیفیـت زندگـی اجتماعـی و شـغلی مبتلایـان را تحـت تأثیـر قـرار می‌دهـد [۱۸]. بنابرایـن ادراک درد، شـامل تجربـه ای عینـی از فرایندهـای بدنـی و یـک تجربـه ذهنـی شـامل ویژگـی هـای انگیزشـی عاطفـی بـه عنـوان نتیجـه ای از آسـیب هـای واقعـی یـا بالقـوه بافتی اسـت [۱۹]. افـراد، مبتنـی بـر برآورد خـود از درد بـر اسـاس معیارهای حسـی عینـی یـاد مـی گیرنـد، گونـه احساسـات خـود را بـا توجـه بـه ارزش هـا و باورهـای شـخصی درجـه بنـدی کننـد [۲۰]. بـا وجـود اثربخشـی متوسـط برخـی درمان‌هـای دارویـی و روانـی بـرای درد، درد مزمـن همچنـان بـرای بسـیاری یـک بیمـاری اسـترس‌آور و ناتـوان کننـده اسـت و بـرای آن درمـان کامـل و موفقـی وجـود نـدارد [۲۱]. مطالعـات نشـان دادنـد کـه عوامـل روانشـناختی نقشـی کلیـدی در تـداوم و اسـتمرار دردهـای مزمـن عضلانـی اسـکلتی دارنـد و مبتلایـان بـه درد مزمـن، عـلاوه بـر تحمـل درد، عـوارض زیسـتی، روانـی و اجتماعـی دیگـری را هـم تجربـه مـی کننـد [۲۲].

در دو دهـه گذشـته رشـد قابـل ملاحظـه مطالعـات در حـوزه درمان‌هـای مـوج سـوم، بـه ویـژه درمـان مبتنـی بـر پذیـرش و تعهـد بـر کارآمـدی ایـن رویکـرد درمانـی در درمـان چندیـن اختـلال تأکیـد داشـته اسـت [۲۳]. یکـی از درمان‌هـای مـوج سـوم رفتـاری درمـان مبتنـی بـر پذیـرش و تعهـد اسـت کـه از سـوی اسـتیون هیـز و همـکاران در دهـه ۱۹۸۰ معرفـی و بـا نام اختصـاری ACT شـناخته شـد [۲۴]. درمـان مبتنـی بـر پذیـرش و تعهـد بـه عنـوان یـک مداخلـه درمانـی مبتنـی بر روانشناسـی رفتـاری مـدرن، شـامل نظریـه چارچـوب رابطـه‌ای اسـت کـه فرایندهـای پذیـرش، ذهن‌آگاهـی، تعهـد و رویکردهـای تغییـر رفتـار را بـه منظـور افزایـش انعطاف‌پذیـری روانشـناختی بـه کار می‌بـرد [۲۵]، و در بعـد فلسـفی متکـی بـر زمینه‌گرایـی

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-29]

عملکـردی اسـت کـه نـوع خاصـی از زمینه‌گرایـی اسـت کـه هدفـش پیش‌بینـی و تأثیـر بـر رویدادهـا بـا دقـت، عمـق و دامنـه اسـت [۲۶]. از آنجـا کـه درمان‌هـای روانشـناختی دیگـر بـر تغییـر شـکل و فراوانـی تجـارب درونـی ماننـد افکار و احساسـات تمرکـز دارنـد، درمـان مبتنـی بـر پذیـرش و تعهـد بـه دنبـال افزایـش انعطاف‌پذیـری روانشـناختی اسـت [۲۷]. درمـان مبتنـی بـر پذیـرش و تعهـد مجموعـه‌ای از اسـتعاره‌ها و تمرین‌هـای تجربـی را بـه منظـور کمک به افـراد برای خـارج شـدن از قوانین خشـک کلامـی بـه کار می‌بـرد. درمـان مبتنـی بـر پذیـرش و تعهـد علـت اصلـی آسـیب روانـی و رنـج انسـان را ناشـی از روابط متقابـل بیـن شـناخت، زبـان و چرخـه زندگـی می‌دانـد [۲۸]، کـه بـه کاهـش توانایـی بـرای تغییـر دادن رفتـار ناکارآمـد یـا ادامـه دادن رفتارهایـی کارآمـد منجـر می‌شـود و شـامل شـش فراینـد اسـت کـه هدفشـان افزایـش انعطاف‌پذیـری روانشـناختی اسـت و همـه فرایندهـای آن از جملـه پذیـرش، گسـلش، ارتبـاط بـا زمـان حـال، خودمشـاهده‌گر، ارزش‌هـا و عمـل متعهدانـه بـه منظـور افزایـش انعطاف‌پذیـری روانشـناختی بـا هـم همـکاری می‌کننـد [۲۹]. در ایـن راسـتا مطالعـات نشـان داد کـه درمـان پذیـرش و تعهـد باعـث کاهـش افسـردگی و افزایـش امیـد بـه زندگـی در بیمـاران پیونـد کبدی شـده اسـت [۳۰]. درمـان مبتنی بـر پذیـرش و تعهـد بـه صـورت مجـازی و از طریـق وب‌سـایت بـر امیـد بـه زندگـی نوجوانـان اثربخـش اسـت [۳۱]. همچنیـن درمـان مبتنـی بـر پذیـرش و تعهـد باعـث کاهـش افسـردگی و بهبـود سـلامت روان‌شـناختی و امیـد بـه زندگـی در افـراد مبتلا بـه افسـردگی غیربالینـی شـد [۱۱]. درمـان مبتنـی برپذیـرش و تعهـد منجـر بـه بهبـود معنـی‌دار تحمـل پریشـانی هیجانـی و خودکارآمـدی درد در بیمـاران مبتـلا بـه مولتیپـل اسـکلروزیس مـی شـود [۳۲]. مداخـلات درمـان مبتنـی بـر پذیـرش و تعهـد مـی توانـد باعـث افزایـش کیفیـت زندگـی و سـلامت جسـمی شـود و ادراک درد، اضطـراب و افسـردگی را در افـراد مبتـلا بـه بیماریهـای مزمـن مختلـف از جملـه مولتیپـل اسـکلروزیس کاهـش دهـد [۳۳]. بـا توجـه بـه درد، پریشـانی و کاهـش امیـد بـه زندگـی کـه بیمـاران مبتـلا بـه مولتیپـل اسـکلروزیس تجربه می‌کننـد، بررسـی نقـش عوامـل روانشـناختی- هیجانـی در ایـن بیمـاران دارای اهمیـت اسـت، بنابرایـن شناسـایی درمان‌هـای روانشـناختی مؤثـر همـراه بـا درمان‌هـای دارویـی و دیگـر درمان‌هـا در ارتقـای وضعیـت روانشـناختی بیمـاران مبتـلا بـه اماس ضـروری اسـت. نظـر بـه اینکـه درمـان مبتنـی بـر پذیرش و تعهـد احتمـالاً می‌توانـد منجـر بـه بهبـود ادراک درد، افزایـش سـطح امیـد بـه زندگـی و معناجویـی و در نتیجـه سـازگاری بهتـر و تجربـه کمتـر علایـم گـردد پژوهـش در ایـن زمینـه لازم و ضـروری بـه نظـر می‌رسـد. بـه ایـن منظـور، پژوهـش حاضـر بـا هـدف بررسـی اثربخشـی درمـان مبتنـی بـر پذیـرش و تعهـد بـر امیـد بـه زندگـی و ادراک درد در بیمـاران مبتـلا بـه مولتیپل اسـکلروزیس انجام شـد.

مواد و روش ها

پژوهـش حاضـر کاربـردی و از نظـر روش نیمـه آزمایشـی از نـوع پیـش آزمـون – پـس آزمـون بـا گـروه گـواه مـی باشـد، جامعـه آمـاری ایـن پژوهـش شـامل کلیـه بیمـاران مبتـلا بـه ام اس بـود کـه در نیـم سـال اول سـال ۱۴۰۱، جهـت اخـذ خدمـات درمانـی بـه بیمارسـتان حضـرت قائـم (عـج) مشـهد مراجعـه نمودنـد. از جامعـه آمـاری تعـداد ۳۰ نفـر بـه روش نمونـه گیـری در دسـترس انتخـاب و بـه صـورت تصادفـی در دو گـروه آزمایش و گـواه بـرای هـر گـروه ۱۵ نفـر جای‌دهـی شـدند، سـپس افـراد گـروه آزمایـش ۸ جلسـه ۶۰ دقیقهـای درمـان پذیـرش و تعهـد برگرفتـه از پروتـکل درمانـی هیـز و همـکاران (۲۰۰۷) قـرار گرفتنـد، جلسـات بـه صـورت هفتگـی و هـر هفتـه یـک جلسـه برگـزار شـد، در ایـن مـدت افـراد گـروه گـواه هیـچ درمانـی را دریافـت نکردنـد و در لیسـت انتظـار قـرار گرفتنـد. مـلاک هـای ورود بـه پژوهـش حداقـل گذشـت ۱ سـال از تشـخیص ابتـلا بـه ام‌اس، حداقـل تحصیـلات دیپلـم، بـازه سـنی ۲۵ تـا ۴۵ سـال، کسـب نمـره بالاتـر از خـط بـرش در مقیـاس ادراک درد مـک گیـل، رضایتنامـه کتبـی جهـت شـرکت در پژوهـش و مـلاک هـای خـروج غیبـت بیـش از ۲ جلسـه، عـدم تمایـل بـه ادامـه همـکاری در پژوهـش بـود. در ایـن پژوهـش از ابزارهـای زیـر اسـتفاده شـد.

پرسشـنامه اول پرسشـنامه امیـد بـه زندگـی میلـر (Miller's life expectancy questionnaire) بـود. ایـن پرسشـنامه توسـط میلـر (Miller's) در سـال (۱۹۸۸) طراحـی شـده . ایـن آزمـون از نـوع آزمـون تشـخیصی بـوده و شـامل ۴۸ جنبـه از حالتهـای امیـدواری و درماندگـی مـی باشـد کـه مـاده هـای قیـد شـده در آن بـر مبنـای تظاهـرات آشـکار یـا پنهـان رفتاری در افـراد امیـدوار یـا ناامیـد برگزیـده شـده انـد. پاسـخ هـای ایـن پرسشـنامه در یـک پیوسـتار پنـج درجـه ای (بسـیار مخالـف= ۱، مخالـف= ۲، بـی تفـاوت= ۳، موافـق= ۴، بسـیار موافـق= ۵) تنظیم شـده اسـت. در آزمـون میلـر دامنـه امتیـازات کسـب شـده از ۴۸ تـا ۲۴۰ متغیـر مـی باشـد .۱۲ جملـه از پرسشـنامه میلـر از ماده هـای منفـی تشـکیل شـده کـه ایـن شـماره هـا در ارزشـیابی و نمـره گـذاری برعکـس نمـره مـی گیرنـد [۳۴]. میلـر بـرای تعییـن روایـی ایـن پرسشـنامه، از نمـره سـؤال مـلاک اسـتفاده کـرد [۳۴]. بـه ایـن ترتیـب کـه نمـره کل پرسشـنامه بـا نمـره سـؤال مـلاک همبسـته شـده اسـت و مشـخص گردیـد کـه بیـن ایـن دو رابطـه مثبـت معنـی داری وجـود دارد. در ایـران بـرای تعییـن

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-29]

پایایی پرسشنامه از دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف استفاده شد که به این ترتیب ضرایب آن ۰/۹۰و ۰/۸۹ می باشد [۳۶]. ضرایب پایایی پرسشنامه امید به زندگی با استفاده از روش آلفای کرونباخ و تنصیف محاسبه گردید که برای کل مقیاس به ترتیب ۰/۹۵ و ۰/۹۴ می باشد که بیانگر پایایی مطلوب پرسشنامه مذکور است.

پرسشنامه دوم پرسشنامه ادراک درد (Pain perception questionnaire) بود. پرسشنامه درد مک گیل دارای ۲۰ مجموعه عبارت است و هدف آن سنجش درک افراد از درد از ابعاد مختلف (سه بعد ادراک حسی درد، ادراک عاطفی درد، ادراک ارزیابی درد، و دردهای متنوع و گوناگون) می باشد [۳۷]. دورکین و همکاران (Durkin et al) در سال ۲۰۰۹ فرم تجدید نظر شده درد مک گیل را طراحی کردند. در فرم تجدید نظر شده ۱۵ گویه از شماره پیشین را که توانایی تطبیق با ادبیات و تشخیص جامع و فراگیر در مورد توصیفات حسی و عاطفی درد غیرنوروپاتیک تامین می‌کرده است حفظ شده و بر پایه نتایج تحقیقات درد نوروپاتیک و دیگر تجربیات بالینی هفت گویه به آن اضافه شد که عبارتند از: درد خسته کننده یا تحلیل دهنده، شوک برقی، یخ کردن، احساس یخ زدگی، احساس خشک زدگی یا صاعقه زدگی، خارش، قلقلک یا سوزن سوزن شدن و بی حسی. این گویه ها به ۱۵ گویه توصیف کننده درد حسی و عاطفی اضافه شده و با اصلاح چهارچوب پاسخ و تبدیل آن به مقیاسی با دامنه۰ تا۱۰ میزان پاسخگویی در مطالعات طولی را افزایش داده اند. روایی و پایایی این پرسشنامه در سال ۲۰۰۹ توسط دورکین و همکاران مورد بررسی قرار گرفت [۳۸]. یافته های این پژوهش پایایی و روایی بالایی را برای این پرسشنامه نشان دادند. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی حاکی از وجود چهار خرده مقیاس درد پیوسته، درد متنوع، درد نوروپاتیک، و درد عاطفی بود. ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۸۷، ۰/۸۷ و ۰/۸۶ گزارش شده است. این پرسشنامه در ایران مورد بررسی قرار گرفته و روایی و پایایی آن مطلوب گزارش شده است. در ایران آلفای کرونباخ کلی این پرسشنامه را ۰/۷۹، و آلفای کرونباخ هر چهار مولفه آن را بالای ۰/۸۲ گزارش شده است [۳۹].

مداخله

سرفصل‌های جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برگرفته از پروتکل درمانی هیز و همکاران (۲۰۰۷)، در جدول ۱، ارائه شده است.

پس از دریافت کد اخلاق (IR.PNU.REC.1401.075) از دانشگاه پیام نور گلستان، و هماهنگی با واحد پژوهش بیمارستان قائم (عج) برای بیماران مبتلا به اماس تحت درمان، جلسه توجیهی برگزار شد و پژوهشگر ضمن معرفی خود و بیان اهداف پژوهش، از افراد واجد شرایط با توجه به ملاک های ورود دعوت به همکاری نمود، تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شده و در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر قرار گرفتند پس از اجرای پیش آزمون، برای گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای برگرفته از پروتکل درمانی هیز و همکاران [۲۶] اجرا شد، اما در طی این مدت گروه گواه هیچ مداخله روانشناختی دریافت نکرد. پس از پایان جلسات آموزشی، مجددا هر دو گروه به پرسشنامه های پژوهش بعنوان پس آزمون پاسخ دادند. داده های پژوهش با تحلیل واریانس چندمتغیری و به وسیله نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ تجزیه و تحلیل شدند.

جدول ۱: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	محتوی
اول	برقراری رابطه درمانی، بستن قرارداد درمانی، آموزش روانی
دوم	بحث درباره تجربیات و ارزیابی آن‌ها، کارآمدی به عنوان معیار سنجش، ایجاد ناامیدی خلاقانه
سوم	بیان کنترل به‌عنوان مشکل، معرفی تمایل به‌عنوان پاسخی دیگر، درگیرشدن با اعمال هدفمند
چهارم	کاربرد تکنیک‌های گسلش شناختی، مداخله در عملکرد زنجیره‌های مشکل‌ساز زبان، تضعیف ائتلاف خود با افکار و عواطف
پنجم	مشاهده خود به‌عنوان زمینه، تضعیف خودمفهومی و بیان خود به‌عنوان مشاهده‌گر، نشان‌دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار
ششم	کاربرد تکنیک‌های ذهنی، الگوسازی خروج از ذهن، آموزش دیدن تجربیات درونی به‌عنوان فرایند.
هفتم	معرفی ارزش، نشان‌دادن خطرات تمرکز بر نتایج، کشف ارزش‌های عملی زندگی
هشتم	درک ماهیت تمایل و تعهد، تعیین الگوهای عمل متناسب با ارزش‌ها

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-29]

یافته‌ها

یافتـه هـای جمعیـت شـناختی نشـان داد کـه میانگیـن سـن گـروه آزمایـش ۳۳/۴ و گـروه گـواه ۳۲/۹ بـود. در گـروه آزمایـش ۳۳/۳ افـراد بـا تحصیـلات کارشناسـی و در گـروه گـواه نیـز ۴۰ درصـد افـراد بـا تحصیـلات کارشناسـی بودنـد کـه بیشـترین فراوانـی را بـه خـود اختصـاص دادنـد. ۶۶/۱ درصـد شـرکت کننـدگان را مـردان و ۳۳/۹ درصـد را زنـان تشـکیل دادنـد. میانگیـن و انحـراف معیـار متغیرهـای پژوهـش در جـدول ۲ ارائـه شـده اسـت.

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در مراحل پیش آزمون و پس آزمون

متغیر	مرحله	گروه آزمایش		گروه کنترل		کولموگروف اسمیرنف	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	آماره Z	معنی‌داری
امید به زندگی	پیش آزمون	۳۸/۲۰	۸/۴۳	۵۲	۱۱/۳۲	۰/۹۹۹	۰/۲۷۱
	پس آزمون	۵۲/۷۳	۱۰/۴۷	۵۲/۰۷	۱۲/۴۸	۰/۸۹۶	۰/۳۹۸
ادراک درد	پیش آزمون	۷۹/۸۰	۸/۲۲	۸۰/۸۰	۱۴/۹۵	۰/۶۹۲	۰/۷۲۴
	پس آزمون	۶۱/۲۰	۶/۳۸	۸۱/۸۰	۱۲/۷۲	۰/۷۴۲	۰/۶۴۱
ادراک احساسی	پیش آزمون	۲۳/۸۷	۴/۲۹	۲۴/۲۰	۵/۴۱	۰/۶۸۳	۰/۷۳۹
	پس آزمون	۱۷/۷۳	۴/۵۴	۲۳/۸۰	۶/۰۹	۰/۶۴۵	۰/۷۹۹
ادراک عاطفی	پیش آزمون	۲۷/۱۳	۵/۷۴	۲۷/۹۳	۵/۴۴	۰/۵۲۶	۰/۹۴۴
	پس آزمون	۲۳/۴۰	۴/۳۳	۲۸/۶۰	۴/۱۸	۰/۵۸۴	۰/۸۸۵
ارزیابی درد	پیش آزمون	۲۸/۸۰	۶/۳۴	۲۸/۶۷	۹/۷۶	۰/۷۹۶	۰/۶۳۵
	پس آزمون	۲۰/۰۷	۶/۵۷	۲۹/۴۰	۸/۸۹	۰/۷۸۳	۰/۷۴۶

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امید به زندگی

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
پیش آزمون	۱۵۰۴/۹۷	۱	۱۵۰۴/۹۷	۳۱/۶۱	۰/۰۰۱	-
درمان (متغیر مستقل)	۱۵۱۶/۱۱	۱	۱۵۱۶/۱۱	۳۱/۸۴	۰/۰۰۱	۰/۵۴
خطا	۱۲۸۵/۴۲	۲۷	۴۷/۶۰			
مجموع	۶۵۲۳۹	۳۰				

همانطـور کـه در جـدول ۲، ملاحظـه می‌شـود، نمـرات آزمودنی‌هـای گروه‌هـای آزمایـش در متغیرهـای امیـد بـه زندگـی، ادراک درد و مولفـه هـای آن در مراحـل پیـش آزمون و پـس آزمـون تغییراتـی داشـته اسـت. همچنیـن مقادیـر آزمـون کولموگـروف – اسـمیرنوف بـرای متغیرهـای امیـد بـه زندگـی و ادراک درد در هیـچ یـک از مراحـل پیـش آزمـون، پـس آزمـون در گـروه هـای آزمایشـی و گـواه معنـادار نمی‌باشـد (P >۰/۰۵) لـذا می‌تـوان نتیجـه گرفـت کـه توزیـع نمـرات در ایـن متغیرهـا نرمـال می‌باشـد.

بـرای بررسـی تاثیـر درمـان پذیـرش و تعهـد بـر امیـد بـه زندگـی و ادراک درد در بیمـاران مبتـلا بـه ام اس از تحلیـل کوواریانـس تک‌متغیـری اسـتفاده شـد، قبـل از آن پیـش فـرض هـای تحلیـل کوواریانـس اجـرا شـد، نتایـج آزمـون لویـن بـرای بررسـی همگنـی واریانـس متغیـر وابسـته در متغیـر امیـد بـه زندگـی (F=۳/۰۷، P=۰/۰۵۷) و ادراک درد (F=۲/۱۶، P=۰/۱۲۸) برابـر اسـت. نتایـج آزمـون ام‌باکـس بـرای بررسـی برابـری ماتریـس کوواریانـس متغیرهـای وابسـته در بیـن گـروه آزمایـش و گـواه نیـز نشـان داد کـه ماتریـس کوواریانـس متغیرهـای وابسـته در دو گـروه برابـر اسـت (P>۰/۰۵، F=۰/۸۰۹، Box's M ۵/۴۹).

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-29]

جدول ۴: آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری

نام آزمون	مقدار	F	Df فرضیه	Df خطا	سطح معناداری
اثر پیلایی	۰/۵۴۹	۱۰/۵۵	۳	۲۶	۰/۰۰۱
لامبدای ویکلز	۰/۴۵۱	۱۰/۵۵	۳	۲۶	۰/۰۰۱
اثر هتلینگ	۱/۲۱	۱۰/۵۵	۳	۲۶	۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه روی	۱/۲۱	۱۰/۵۵	۳	۲۶	۰/۰۰۱

جدول ۵: نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ادراک درد

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
ادراک احساسی	۲۷۶/۰۳	۱	۲۷۶/۰۳	۹/۵۵	۰/۰۰۴	۰/۲۵
ادراک عاطفی	۲۰۲/۸۰	۱	۲۰۲/۸۰	۱۱/۱۵	۰/۰۰۲	۰/۲۸
ارزیابی درد	۶۵۳/۳۳	۱	۶۵۳/۳۳	۱۱/۶۸	۰/۰۰۳	۰/۲۷

با توجه نتایج ارایه شده در جدول ۳، ملاحظه می شود که پس از تعدیل اثر پیش آزمون، جلسات درمانی توانسته است، تفاوت معناداری در پس آزمون گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در متغیر امید به زندگی ایجاد نماید (F=/۸۴، P<۰/۰۱) که با مقایسه نمرات پس آزمون گروه آزمایش و گواه مشاهده می‌شود که نمرات این متغیر در پس آزمون گروه آزمایش افزایش داشته است. اندازه اثر نیز نشان می‌دهد، تاثیر آموزش ۵۴٪ بوده است.

معناداری آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان می‌دهد که حداقل در یکی از ابعاد ادراک درد بین میانگین های نمرات پس آزمون گروه آزمایش و گواه تفاوت وجود دارد. بررسی این تفاوتها در جدول ۵، صورت گرفته است.

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که در تمامی ابعاد ادراک درد یعنی بین پس آزمون‌های گروه آزمایش و گواه، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تفاوت معنادار وجود دارد (P<۰/۰۱). بر اساس میانگین دو گروه در پس آزمون ملاحظه می‌گردد که مقادیر سه بعد در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه کاهش داشته است. اندازه اثر در جدول فوق نشان می دهد که تاثیر آموزش بر مولفه ادراک احساسی ۲۵٪، بر مولفه ادراک عاطفی ۲۸٪، بر مولفه ارزیابی درد ۲۷٪ بوده است.

بحث

این پژوهش با هدف اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر امید به زندگی و ادراک درد در بیماران مبتلا به ام اس شهر مشهد انجام شد. نتایج نشان داد که درمان پذیرش و تعهد بر افزایش امید به زندگی و کاهش ادراک درد در بیماران مبتلا به اماس اثربخش می‌باشد. این یافته با نتایج مطالعات زارع زاده و همکاران [۳۰]، گلستانی‌فر و دشت بزرگ [۳۰]، شاره و همکاران [۳۲]، ساکس، گرومن (Sachs & Grumman) [۱۵]، پترسون و همکاران (Peterson et al) [۳۱]، پاکنهام و همکاران (Pakenham et al) [۳۳] همسو می باشد. در تبیین این یافته ها می توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، با ادغام مداخلات پذیرش و ذهن آگاهی در راهبردهای پایبندی، تعهد و تغییر، به بیماران برای دستیابی به زندگی پرنشاط و، هدفمند و با معنا کمک می‌کند. هدف این درمان تغییر شکل یا فراوانی افکار و یا احساسات آزرنده نیست، بلکه هدف اصلی آن تقویت انعطاف‌پذیری روانشناختی است. توانایی تماس با لحظه لحظه‌های زندگی و تغییر و تثبیت رفتار است، رفتاری که به مقتضای موقعیت، همسو با ارزش‌های فرد می‌باشد. بر اساس یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که درمان پذیرش و تعهد از طریق فرایندهای گسلش و پذیرش باعث می‌شود که امید به زندگی بیماران مبتلا به اماس افزایش یابد، به عبارتی مراجعان می‌آموزند که متناسب با مسیر ارزش‌های خود حرکت کنند و در عمل نیز ارزش‌های خود را رها نکنند که این به طور کلی سبب کاهش افسردگی و بهبود امید به زندگی بیماران می‌شود [۴۰]. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به بیماران آموزش می‌دهد تا به جای

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-29]

تغییر و کاهش نشانه‌ها بر ایجاد زندگی ارزشمند متمرکز شوند و افکار، احساس‌ها، خاطره‌ها و احساس‌های بدنی خود را بدون قضاوت و نیاز به دفاع در برابر آنها بپذیرند. این شیوه درمانی از طریق گسلش شناختی به دنبال آن است که به بیماران کمک کند تا به طور انعطاف‌ناپذیر تسلیم افکار و قوانین ذهنی خود نباشند و به جای آن، شیوه‌هایی برای تعامل موثر با دنیا بیابند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد نوع دیگری از خود به نام خود به عنوان زمینه (یا حس متعالی از خود) را به بیماران معرفی می‌کند که منظور از آن، معنا و حسی از خود به صورت زمینه‌ای است که در آن رویدادهای درونی مثل افکار، احساس‌ها، خاطره‌ها و احساس‌های بدنی رخ می‌دهد [۳۱]. علاوه بر آن، این روش مشاهده و توصیف را بدون قضاوت تجربه‌ها در زمان حال تشویق می‌کند و این تجربه‌ها به مراجعان کمک می‌کنند تغییرات دنیا را به طور واقعی تجربه کنند، نه آن گونه که ذهن آنها را می‌سازد. پس برای هر فرد ارزش‌ها، حوزه‌هایی مهم از زندگی هستند و مراجع ارزش‌ها، هدف‌ها و رفتاری خاص مربوط به حوزه‌های مهم زندگی خود را تعریف و موانع احتمالی در تحقق آنها را شناسایی و تشویق می‌شود تا برای تغییر رفتارش متعهد شود [۳۰]. در نتیجه، این عوامل می‌توانند از طریق بهبود سلامت و کیفیت زندگی نقش مؤثری در افزایش امید به زندگی بیماران مبتلا به اماس داشته باشند.

یافته دیگر پژوهش نشان داد که درمان پذیرش و تعهد بر کاهش ادراک درد در بیماران مبتلا به ام اس اثربخش است. بیماران دچار درد مزمن ضمن اینکه از موضوع درد خود نمی‌گریزند، 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 [۱۸]. بیماران مبتلا به اماس با 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 کوتاه مدت 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 [۳۳].

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه نشان داد که درمان پذیرش و تعهد بر افزایش امید به زندگی و کاهش ادراک درد در بیماران مبتلا به اماس اثربخش می‌باشد. این پژوهش تنها بر روی بیماران مبتلا به اماس شهر مشهد انجام شد، لذا در تعمیم نتایج به سایر شهرها باید احتیاط کرد. همچنین امکان دوره پیگیری به دلیل کمبود زمان وجود نداشت. پیشنهاد می‌شود پژوهشگران، پژوهش های بعدی را در جامعه آماری بزرگتر انجام دهند که بتوان نتایج بدست آمده از پژوهش های آتی را با اطمینان بیشتری به سایر بیماران در کل کشور تعمیم داد. همچنین پیشنهاد می‌شود که پژوهش فوق با دوره پیگیری تکرار و نتایج با پژوهش حاضر مقایسه شود. با توجه به نتایج حاصل از یافته‌های پژوهش حاضر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش ادراک درد و امید به زندگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مؤثر و کمک کننده است. بنابراین به درمانگران و پزشکان دردهای مزمن، اجرای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کنار درمان دارویی جهت کاهش بخشی از مشکلات روان شناختی بیماران ام اس پیشنهاد می شود.

تضاد منافع

هیچ گونه تعارض منافع از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از پایان نامه دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی مصوب در دانشگاه پیام نور می‌باشد. بدین وسیله از تمامی دست اندرکاران، مسئولین و کارکنان محترم دانشگاه پیام نور و شرکت کنندگان در پژوهش، کمال تشکر را داریم.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-29]

References

1. MotlR, Sandroff B. Exercise as a countermeasure to declining central nervous system function in multiple sclerosis. Clin Ther. 2018; 40(1): 16 -25.
2. Dartaj A, Ali Akbari Dehkordi M, Naser Moqdasi A, Alipour A. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on distress tolerance, pain perception and interleukin 12 in patients with multiple sclerosis. Applied Psychology Quarterly. 2021; 15(1): 49-72.
3. Thompson J, Banwell B, Barkhof F, Carroll M, Coetzee T, Comi G, Fujihara K. Diagnosis of multiple sclerosis: 2017 revisions of the McDonald criteria. The Lancet Neurology. 2018; 17(2): 162-173.
4. Dobson R, Giovanini G. Multiple sclerosis – a review. European Journal of Neurology. 2019; 1(26): 27-40.
5. Yousefi K, Zargham Hajbi M, Saravani Sh. Prediction of tendency to suicidal thoughts based on psychological toughness and perceived body image in patients with multiple sclerosis. Scientific-Research Quarterly Journal of Health Psychology. 2021; 10(39): 157-170.
6. Shams G, Pashang S, Sedaghat M. Comparing the effectiveness of compassion-based therapy and reality therapy on the self-efficacy of patients with multiple sclerosis. Preventive medicine. 2021; 8(1): 70-80.
7. Benedict R, Amato MP, DeLuca J, Geurts JJ. Cognitive impairment in multiple sclerosis: clinical management, MRI, and therapeutic avenues. The lancet neurology. 2022; 19(10): 860-871.
8. Yousefi Afrashte M, Golmohammadi F, Tamjidi N. Path analysis of the mediating role of life expectancy in the relationship between psychological toughness and ambiguity tolerance with death anxiety in MS patients. Journal of the Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences. 2019; 63(5): 105-116.
9. Razavi R, Arab A, Shirazi M. The effectiveness of mindfulness-based forgiveness on life expectancy in female drug addicts undergoing treatment in compulsory residential centers in Zahedan city. Journal of Law Enforcement Medicine. 2019; 9(3): 157-164.
10. Hellman C. Worley A, Munoz T. Hope as a Coping Resource for Caregiver Resilience and Well-Being. In Family Caregiving. (pp. 81-98). Springer, Cham. 2018.
11. Golestanifar S, Dasht-e-Gorgi Z. The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on depression, psychological health and life expectancy of the elderly with non-clinical depression. Psychology of Aging. 2019; 6(3): 191-203.
12. Sagna A, Kemp S, DiNitto M, Choi G. Impact of suicide mortality on life expectancy in the United States, age and sex decomposition. Public Health. 2020; 179(1): 76-83.
13. Sanagoy Moharr G, Shirazi M, Mirsharafuddi A, Miri Ghalenou Z. The effect of psychological well-being training on life expectancy, psychological well-being and social anxiety in mothers of mentally retarded students. Scientific Journal of Social Psychology. 2019; 8(56): 13-22.
14. Samin T, Akhlik Kohpaei H. Prediction of life expectancy based on quality of life, perceived stress and fatigue in patients with multiple sclerosis (MS). Scientific-Research Quarterly Journal of Health Psychology. 2018; 8(29): 101-118.
15. Saks AM, Gruman JA. Organizational socialization and positive organizational behaviour: Implications for theory, research, and practice. Canadian Journal of Administrative Sciences/Revue Canadienne des Sciences de l'Administration. 2020; 28(1): 14-26.
16. Peters KM, Killinger KA, Jaeger C, Chen C. Pilot Study Exploring Chronic Pudendal Neuromodulation as a Treatment Option for Pain Associated with Pudendal Neuralgia. Low Urin Tract Symptoms. 2018; 7(3): 138-42.
17. O'Loughlin I, Newton-John R. Dis-comfort eating: An investigation into the use of food as a coping strategy for the management of chronic pain.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-29]

Appetite. 2019; 140(1): 288-297.
18. Goli Z, Mirsafi Fard L. The role of metacognitive beliefs and resilience in predicting marital adjustment in two groups of patients with chronic and normal pain. Assessment and research in counseling and applied psychology. 2021; 3(3): 55-63.
19. Rostami H, Ahmadi E, Nouri I, Andalib R. The relationship model between anxiety, stress and depression with pain perception with the mediating role of resilience in patients with chronic pain in one of the military hospitals. Military Psychology Quarterly. 2022; 13(49): 39-64.
20. Chisari C, Chilcot J. The experience of pain severity and pain interference in vulvodynia patients: The role of cognitive-behav-ioural factors, psychological distress and fatigue. Journal of Psy chosomatic Research. 2021; 93(1): 83-9.
21. McDermott KA, Griffin ML, McHugh RK, Fitzmaurice GM, Jamison RN, Provost SE, Weiss RD. Long-term naturalistic follow-up of chronic pain in adults with prescription opioid use disorder. Drug and Alcohol Dependence. 2019; 205(1): 107-116.
22. Kayani S, Sabahi P, Makund Hosseini Sh, Rafiinia P, Al Boyeh M. Comparing the effectiveness of treatment based on acceptance and commitment and positive cognitive-behavioral therapy on psychological disorders of patients with chronic pain. Scientific-Research Quarterly Journal of Health Psychology. 2019; 9(36): 133-150.
23. Safar Mousavi S, Ghazanfari F, Mirdrikund F. The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on death anxiety of women with MS in Khorram Abad city. Clinical Journal of Nursing and Midwifery. 2017; 7(4): 241-234.
24. Wynne B, McHugh L, Gao W, Keegan D, , Byrne K, Rowan C, Hartery K, Kirschbaum C, Doherty G, Cullen G, Dooley B, & Mulcahy H. Acceptance and Commitment Therapy Reduces Psychological Stress in Patients with Inflammatory Bowel Diseases. Journal of Gastroenterology. 2018; 156(4): 935 -945.
25. Fogelkvist M, Gustafsson S A, Kjellin L, & Parling T. Acceptance and Commitment Therapy to Reduce Eating Disorder Symptoms and Body Image Problems in Patients with Residual Eating Disorder Symptoms: A Randomized Controlled Trial. Body Image. 2020; 32(1): 155-166.
26. Hayes C, Strosahl K, Wilson K. Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. Psychological Record. 2014; 54(4): 553 -578.
27. Muslim Khani M, Ebrahimi M, Sahibi A. The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on the happiness and hope of female patients with multiple sclerosis. Scientific journal of researchers. 2017; 17(2): 15-23.
28. Lee W, Ha J. The effects of an acceptance -commitment therapy based stress management program on hospitalization stress, selfefficacy and psychological well-being of inpatients with schizophrenia. Journal of Korean Academy of Nursing. 2018; 48(4): 443 -453.
29. Farahani M, Heydari H. The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on the resilience of people with MS. Development of psychology. 2017; 7(6): 149-162.
30. Zarezadeh R, Alivandi Wafa M, Tabatabai M, Aghdasi A. The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on depression and life expectancy of liver transplant patients. New Psychological Research Quarterly. 2021; 16(62): 109-122.
31. Petersen M, Krafft J, Twohig P, Levin E. evaluating the open and engaged components of acceptance and commitment therapy in an online self-guided website: Results from a pilot trial. Behavior modification. 2019; 24(1): 145-156.
32. Share H, Dalal Moghadam F, Haghi E. The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on the meaning of life, emotional distress tolerance and pain self-efficacy in patients with multiple sclerosis. Clinical Psychology. 2018; 11(3): 39-50.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-29]

33. Pakenham KI, Scott T, Uccelli MM. Evaluation of Acceptance and Commitment Therapy Training for Psychologists Working with People with Multiple Sclerosis. International journal of MS care. 2018; 20(1): 44-51.
34. Arab A. The relationship between life expectancy, attitude towards delinquent behavior and the experience of drug use in male students of the second year of high school in Shirabad and the center of Zahedan. Journal of Educational Psychology Studies. 2016; 14(28): 149-168.
35. Miller F, Powers J. Development of an instrument to measure hope. Nursing Research. 1988; 37(1): 6-10.
36. Pourabdel S, Abbasi M, Pirani Z, Abbasi M. The relationship between life expectancy and psychological well-being with quality of life in the elderly. Psychology of Aging. 2015; 1(1): 57-65.
37. Melzack R. T puzzle of pain. New York: basic Books. 1973.
38. Dworkin H, Turk D, Revicki D, Harding G, Coyne S, Peirce-Sandner S, Farrar T. Development and initial validation of an expanded and revised version of the Short-form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ-2). 2009; 144(1): 35-42.
39. Asadi Mujareh S, Sepahrian Azar F, Isazadegan A, Poursharifi H. Evaluation of the emotional regulation model of generalized anxiety disorder in explaining pain perception. Clinical Psychology and Personality. 2019; 15(1): 27-38.
40. Kadampour E, Radmehr P, Youssef Vand L. The effect of treatment based on acceptance and commitment on social competence and life expectancy of patients with multiple sclerosis. Armaghane knowledge. 2015; 21(11): 1114-1100.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-29]