Journal of Anesthesiology and Pain Winter 2026, Vol 17, No 2



The Effectiveness of Acceptance & Commitment Therapy on Self efficacy & Resilience of Female Students with Chronic Headache

Masoumeh Mohammadalipour[1], Hadi Smkhani Akbarinejhad[2*]

1. *MA of General Psychology, University College of Mizan, Tabriz, Iran*
2. *Department of Psychology, University College of Nabi Akram, Tabriz, Iran*

ABSTRACT

Aim and background: Many patients with chronic headaches continue to experience pain despite pharmacological interventions, and if they do not adapt to their headaches, their quality of life is significantly affected; therefore, the aim of the present study was to determine the effectiveness of acceptance and commitment therapy on pain self-efficacy and resilience in female students with chronic headaches.

Material and Methods: The method of this study was semi-experimental with pre-test, post-test and follow up with the control group. The population of the study consisted of female students with chronic headache in the secondary school of Tabriz in the academic year 2025-26. In total, 30 people were selected using purposive sampling and randomly assigned to two experimental and control groups (15 people each). Members of the experimental group received acceptance and commitment therapy in 8 1.5-hour sessions; while the control group did not receive any treatment. Data were analyzed using a mixed analysis of variance test with repeated measures.

Results: There was no significant difference between the pain self-efficacy and resilience scores in the experimental and control groups at pre-test ($P<0.05$). The results showed that acceptance and commitment therapy increased pain self-efficacy and resilience in female students with chronic headache compared to the control group ($P<0.001$). In the follow-up phase, the effect of acceptance and commitment therapy on pain self-efficacy and resilience was sustained ($P<0.001$).

Conclusion: Acceptance and commitment therapy may improve pain self-efficacy and resilience in female students with chronic headaches.

Keywords: Acceptance & Commitment Therapy, pain self-efficacy, Resilience, Chronic Headache

Please cite this paper as:
Mohammadalipour M, Smkhani Akbarinejhad H. [The Effectiveness of Acceptance & Commitment Therapy on Self efficacy & Resilience of Female Students with Chronic Headache (Persian)].J Anesth Pain 2026;17(2): 70-81.

Corresponding Author: Dr Hadi Smkhani Akbarinejhad, Faculty of Humanities, Department of Psychology, University College of Nabi Akram, Tabriz, Iran
Email: Hadiakbarinejhad@yahoo.com

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-16]

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۱۷ ، شماره ۲، تابستان ۱۴۰۵

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی درد و تاب‌آوری دانش‌آموزان دختر مبتلا به سردرد مزمن

معصومه محمدعلیپور[۱]، هادی اسمخانی اکبری‌نژاد[۲*]

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، موسسه آموزش عالی میزان، تبریز، ایران
۲. گروه روان‌شناسی، موسسه آموزش عالی نبی اکرم (ص)، تبریز، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۵/۳/۱۱ تاریخ بازبینی: ... تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۴/۱۵

چکیده

زمینـه و هـدف: بسیاری از بیماران مبتلا به سردردهای مزمن، علیرغم مداخلات دارویی همچنان درد را تجربه می‌کنند و اگر با سردردشان سازگار نشوند کیفیت زندگی‌شان به‌طور چشمگیری تحت تأثیر قرار می‌گیرد؛ بنابراین، هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی درد و تاب‌آوری دانش‌آموزان دختر مبتلا به سردرد مزمن بود.

مـواد و روش‌هـا: روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه دانش‌آموزان دختر مبتلا به سردرد مزمن دوره متوسطه دوم مدارس شهر تبریز در سال‌تحصیلی ۰۵-۱۴۰۴ تشکیل داد. در مجموع ۳۰ نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر کدام ۱۵ نفر) قرار گرفتند. اعضای گروه آزمایش در ۸ جلسه ۱/۵ ساعته درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کردند؛ ولی گروه کنترل هیچ درمانی را دریافت نکردند. داده‌ها توسط آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر تجزیه و تحلیل شدند.

نتایـج: بین نمرات خودکارآمدی درد و تاب‌آوری در گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ($P>0/05$). نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه کنترل منجر به افزایش خودکارآمدی درد و تاب‌آوری دانش‌آموزان دختر مبتلا به سردرد مزمن شده است ($P<0/001$). در مرحله پیگیری، تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی درد و تاب‌آوری ماندگار بود ($P<0/001$).

نتیجه‌گیـری: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد احتمالاً می‌توانند سبب بهبود خودکارآمدی درد و تاب‌آوری دانش‌آموزان دختر مبتلا به سردرد مزمن شود.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، خودکارآمدی درد، تاب‌آوری، سردرد مزمن

نویسـنده مسـئول: هادی اسمخانی اکبری‌نژاد، دانشکده علوم انسانی، گروه روان‌شناسی، موسسه آموزش عالی نبی اکرم (ص)، تبریز، ایران.

پست الکترونیک: Hadiakbarinejhad@yahoo.com

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-16]

مقدمه

یکی از شکایت‌هایی که باعث مراجعه افراد به مراکز درمانی می‌شود سردرد (headache) است[۱]. سردرد تنشی (chronic) یک از شایع‌ترین نوع سردردهاست[۲] که در دوران کودکی و نوجوانی نیز شیوع زیادی دارد[۳]. سردردهای تنشی، یک سردرد تکرارشونده‌اند که از چند دقیقه تا چند هفته طول می‌کشند، نوع درد معمولاً فشاردهنده و سفت‌شونده با شدت ضعف تا متوسط و دوطرفه است و با فعالیت‌های معمول فیزیکی تشدید نمی‌شود[۴]. انجمن بین‌المللی سردرد (international headache society) سردرد تنشی را به دو نوع دوره‌ای (periodic) و مزمن طبقه‌بندی کرده است[۵]. این نوع سردرد در زنان شایع‌تر از مردان است[۶]. سردرد مزمن با محدودساختن فعالیت‌های روزمره زندگی، اختلال در روابط خانوادگی، اجتماعی و ایجاد فشارهای اقتصادی، کیفیت زندگی را به‌شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد[۷]. این امر نهایتاً باعث تضعیف روحیه فرد، ترس، تنیدگی، اضطراب، احساس ناامیدی، درماندگی، افسردگی و کاهش تاب‌آوری (resilience)[۸] و احساس خودکارآمدی پایین در مدیریت درد می‌شود[۹].

خودکارآمدی درد (pain self-efficacy) به‌میزان اعتماد فرد به توانایی‌های خود برای انجام گروهی از فعالیت‌ها با وجود درد اشاره دارد[۱۰]. در تحقیقات اخیر نقش احساس خودکارآمدی در بررسی‌های مرتبط با حوزه درد مشخص شده است. به‌عنوان مثال، نتایج مطالعات نشان داده‌اند احساس خودکارآمدی با سازگاری با درد ارتباط دارد و جنبه‌های مختلف تجربه درد را تبیین می‌کند[۱۱]. ناکارآمدی در مدیریت درد باعث شکل‌گیری ترس فزآینده از پیشرفت بیماری در بسیاری از بیماری‌های مزمن از جمله انواع سردردها می‌شود[۱۲].

تاب‌آوری یکی از مهم‌ترین توانمندی‌های انسان است که سبب سازگاری موثر با عوامل خطر می‌شود و در پزشکی و روان‌شناسی نشان‌دهنده مقاومت جسمانی و بهبود خودانگیخته و توانایی ایجاد مجدد تعادل هیجانی در موقعیت‌های تنش‌زاست[۱۳]. تاب‌آوری در برابر تأثیرات روان‌شناختی وقایع مشکل‌آفرین از فرد محافظت می‌کند[۱۴]. افراد با سطح بالای تاب‌آوری معمولاً می‌توانند با درد ناشی از بیماری مقابله کنند و نشانه‌های افسردگی در این افراد به‌سبب مقابله موثر کاهش می‌یابد؛ ولی افراد بیمار به‌دلیل سیر طولانی بیماری کم‌کم تحلیل می‌روند و تاب‌آوری آن‌ها کاهش می‌یابد و به فاجعه‌سازی درد روی می‌آورند[۱۵].

علی‌رغم پیشرفت در کالبدشناسی، فیزیولوژی، زیست‌شناسی شیمیایی درد و ساخت داروهای جدید، همچنان سردرد به‌عنوان مشکل قابل‌توجهی درنظر گرفته می‌شود. در همین راستا، مشاهده می‌شود که استفاده از داروها برای بیماران مبتلا به سردرد، تنها ۳۰ تا ۴۰ درصد از مشکلات آن‌ها را تخفیف می‌دهد[۱۶]. بسیاری از بیماران مبتلا به سردردهای مزمن علی‌رغم مداخلات دارویی همچنان درد را تجربه می‌کنند و اگر با سردردشان سازگار نشوند کیفیت زندگی‌شان به‌طور چشم‌گیری تحت تأثیر قرار می‌گیرد و تاب‌آوری‌شان در برابر سردرد کاهش می‌یابد. از این‌رو، پیشرفت‌های نظری و رشد پژوهش‌ها، مبانی لازم را برای مفهوم‌سازی سردرد به‌عنوان یک اختلال روانی فیزیولوژیکی (اختلال جسمانی که از استرس‌های روانی و اجتماعی و محیطی تأثیر می‌گیرد) فراهم آورده و سرانجام باعث استفاده از درمان‌های رفتاری و روان‌شناختی برای سردرد شده است. به‌عنوان مثال یک بررسی فراتحلیلی نشان داده است که مداخلات رفتاری، ۳۵ تا ۵۵ درصد سبب بهبود میگرن و سردرد تنشی شده است[۱۷]. از این‌رو، توجه به مداخلات روان‌شناختی و رفتاری نظیر مشاوره و روان‌درمانی در حل مشکلات بیماران مبتلا به سردرد مزمن مهم می‌نماید؛ که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش (acceptance & commitment therapy) از آن جمله است.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کمک می‌کند تا افراد بتوانند با پذیرش افکار و احساسات به‌جای اجتناب از آن‌ها، و با آگاهی و شناخت از ارزش‌های اصلی شخصی در زندگی در بین گزینه‌های

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-16]

مختلف عملی را انتخاب کنند که مناسب‌تر باشد و به ارزش‌هایشان نزدیک‌تر باشد، نه این‌که عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطرات یا تمایلات آشفته به فرد تحمیل شود[۱۸]. این درمان بر مدیریت درد[۱۷] و تاب‌آوری[۱۹] افراد مبتلا به سردرد مزمن؛ و خودکارآمدی درد افراد مبتلا به درد مرمن[۲۰] موثر است.

به‌نظر می‌رسد این درمان می‌تواند بر خودکارآمدی درد و تاب‌آوری دانش‌آموزان دختر مبتلا به سردرد مزمن تأثیر بگذارد. با این‌حال، در خصوص اثربخشی آن بر خودکارآمدی درد و تاب‌آوری دانش‌آموزان دختر مبتلا به سردرد مزمن، پژوهشی در دسترس نیست. از این‌رو، هدف پژوهش حاضر این است که اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر خودکارآمدی درد و تاب‌آوری دانش‌آموزان دختر مبتلا به سردرد مزمن را بررسی کند.

مواد و روش‌ها

کد اخلاق پژوهش (IR.IAU.TABRIZ.REC.1404.287) بود. روش پژوهش حاضر، نیمه‌تجربی و طرح آن از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه دانش‌آموزان دختر مبتلا به سردرد مزمن دوره متوسطه دوم مدارس شهر تبریز در سال‌تحصیلی ۰۵-۱۴۰۴ بود که در زمان نمونه‌گیری (سال ۱۴۰۴) توسط مربیان بهداشت مدارس شناسایی شده (باتوجه به اطلاعات مندرج در پرونده سلامت دانش‌آموزان) و به اداره آموزش و پروش شهر تبریز معرفی شده بودند. جهت نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری غیراحتمالی هدفمند استفاده شد. پس از کسب رضایت از مسئولین و دانش‌آموزان، پرسشنامه‌های خودکارآمدی درد Nikolus و تاب‌آوری connor & davidson در بین ۱۸۹ دانش‌آموز دختر که توسط روان‌پزشک یا متخصص مغز و اعصاب تشخیص ابتلا به سردرد مزمن به آن‌ها گذاشته شده بود و مایل به‌شرکت در پژوهش بودند اجرا شد، و از بین آن‌هایی که در این پرسشنامه‌ها یک انحراف معیار پایین‌تر از میانگین نمره کسب کردند (۱۴۴ نفر)، ۳۰ نفر به‌صورت تصادفی، و با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود به مطالعه چون ۱) پذیرش داوطلبانه برای شرکت در پژوهش، ۲) شرکت کامل در جلسات درمانی، ۳) دانش‌آموز دختر مبتلا به سردرد مزمن مقطع متوسطه دوره دوم شهر تبریز، ۴) استفاده از داروهای تسکین‌دهنده و خاص مربوط به سردرد مزمن بیش از ۳ سال، و ملاک‌های خروج از مطالعه چون ۱) ابتلا به بیماری جدی دیگر به‌غیر از سردرد مزمن همچون ام. اس، سرطان ۲) استفاده از داروهای روان‌پزشکی، ۳) برخورداری از جلسات مشاوه و روان‌درمانی فردی و گروهی انتخاب، و با استفاده از گمارش تصادفی (به‌شیوه قرعه‌کشی) به یک گروه آزمایشی (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) تقسیم شدند. برای تعیین حجم نمونه یک تحلیل توان پیش‌بینی با استفاده G*Power ۳,۱ انجام شد تا حداقل حجم نمونه مورد نیاز برای تشخیص اندازه اثر بزرگ (Cohen's f=۰/۴۰) تعیین شود. برای یک تحلیل واریانس با طرح مختلط (عامل بین گروهی: مداخله در مقابل کنترل؛ عامل درون گروهی: زمان)، با ۰/۰۵ =α، توان =۰/۸۰ و همبستگی بین اندازه‌گیری‌های مکرر= ۰/۵ نشان داد که در مجموع به ۲۸ شرکت‌کننده (۱۴ نفر در هر گروه) نیاز است. با در نظر گرفتن ریزش احتمالی، ۱۵ شرکت‌کننده در هر گروه ور در مجموع، ۳۰ نفر انتخاب شدند. توضیح این‌که در پژوهش حاضر ریزش نمونه نداشته‌ایم. همه اصول اخلاقی در این مقاله رعایت شده است. شرکت‌کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. اطلاعات آن‌ها محرمانه نگه داشته شدند و در پایان درمان، گروه کنترل نیز تحت مداخله قرار گرفتند. ویژگی‌های جمعیت‌شناسی سن و مدت زمان استفاده از داروهای تسکین‌دهنده و خاص مربوط به سردرد از شرکت‌کنندگان اخذ شد.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-16]

پرسشنامه خودکارآمدی درد: این پرسشنامه ۱۰ سوالی، براساس نظریه Bandura در مورد خودکارآمدی می‌باشد و به‌منظور ارزیابی باور بیمار از تواناییش در انجام فعالیت‌های گوناگون علی‌رغم وجود درد توسط Nikolus ساخته شده است و کارآمدی و بسندگی فرد در زندگی با درد را ارزیابی می کند. پاسخ‌گویی به‌سوالات این پرسشنامه در مقیاس لیکرت یک تا شش درجه‌ای بوده و دامنه نمرات بین ۱۰ تا ۶۰ متغیر می‌باشد. نمره بیش‌تر بیانگر باور قدرتمندتر در انجام فعالیت‌های روزمره علی‌رغم وجود درد است[۲۱]. برای بررسی اعتبار پرسشنامه، اصغری‌مقدم و همکاران ضرایب بازآزمایی پرسشنامه را با فاصله زمانی ۹ روز (P=۰/۰۰۱) گزارش کرده‌اند. ضرایب اعتبار آزمون را با استفاده از روش‌های آلفای کرونباخ، روش تنصیف و روش بازآزمایی به‌ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۸ و ۰/۷۷ به‌دست آوردند که بیانگر پایایی مطلوب و رضایت بخش آزمون است[۲۱]. جولایی‌ها در پژوهش خود آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۹۲ به‌دست آورده است[۲۱]. آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حقیقت و همکاران ۰/۸۹ به‌دست آمده است[۲۲]. در پژوهش حاضر، پایایی کل این پرسشنامه توسط آزمون آلفای کرونباخ ۰/۸۱ محاسبه شده است.

مقیاس تاب‌آوری connor & davidson: connor & davidson[۲۳] با مرور منابع پژوهشی ۱۹۹۷-۱۹۷۹ در حوزه تاب‌آوری، این مقیاس را طراحی کرده‌اند. این مقیاس ۲۵ گویه دارد که در یک دامنه لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا چهار (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. حداقل نمره تاب‌آوری آزمودنی در این مقیاس صفر و حداکثر ۱۰۰ است[۲۳]. روایی و پایایی این مقیاس بر روی ۲۰۰ نفر از نوجوانان مبتلا به سرطان تهران، ارومیه و اصفهان بررسی شد، که روایی محتوایی این مقیاس با استفاده از روش تعیین شاخص روایی محتوا ۰/۹۸، و پایایی کل ابزار با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ گزارش شد[۲۴]. در پژوهشی[۲۵]، پایایی این مقیاس با روش آلفای کرونباخ بر روی ۲۸۷ نفر از دانشجویان دانشگاه شیراز محاسبه گردید که میزان آن ۰/۸۷ گزارش شد. در پژوهش حاضر، پایایی کل این پرسشنامه توسط آزمون آلفای کرونباخ ۰/۸۲ محاسبه شده است.

جدول ۱: محتوای جلسات و پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	محتوا
اول	برقراری رابطه درمانی، آشناکردن افراد با موضوع پژوهش، پاسخ به‌پرسشنامه‌ها و بستن قرارداد درمانی
دوم	کشف و بررسی روش‌های درمانی بیمار، ارزیابی میزان تأثیر آن‌ها، بحث درباره موقتی وکم‌اثر بودن درمان‌ها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخوردها و ارائه تکالیف
سوم	کمک به‌مراجع برای تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل و پی بردن به‌بیهودگی آن‌ها، پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آن‌ها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
چهارم	توضیح درباره اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای آن‌ها، آموزش گام‌های پذیرش، تغییر مفاهیم زبان با استفاده از تمثیل، آموزش تن‌آرامی، دریافت بازخورد و ارائه تکالیف
پنجم	معرفی مدل سه‌بُعدی به‌منظور بیان ارتباط مشترک رفتار/ احساسات، کارکر دهای روان‌شناختی و رفتار قابل مشاهده و بحث درباره تلاش برای تغییر رفتار بر اساس آن، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
ششم	توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به‌عنوان زمینه، برقراری ارتباط با خود با استفاده از تمثیل، آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌هایی که جزء محتوای ذهنی هستند، دریافت بازخورد و ارائه تکالیف
هفتم	توضیح مفهوم ارزش‌ها، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمندکردن مراجع برای زندگی بهتر، تمرین تمرکزآگاهی، دریافت بازخورد و ارائه تکالیف
هشتم	آموزش تعهد به‌عمل، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها، جمع‌بندی جلسات و اجرای پس‌آزمون

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-16]

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار سن و مدت زمان مصرف داروهای سردرد دانش‌آموزان دختر مبتلا به سردرد مزمن دوره متوسطه دوم مدارس شهر تبریز در سال ۱۴۰۴ (تعداد در هر گروه ۱۵ نفر)

متغیر	گروه	انحراف معیار ± میانگین	سطح معنی‌داری
سن	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۱۶/۷۰±۰/۶۳	p=۰/۵۴۲
	کنترل	۱۷/۰۴±۰/۷۴	
	کل	۱۶/۸۷±۰/۶۸	
مدت زمان مصرف داروهای سردرد	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۴/۷۷±۰/۷۰	p=۰/۵۰۱
	کنترل	۴/۵۴±۰/۸۱	
	کل	۴/۶۵±۰/۷۵	

آزمون: تی مستقل، #اختلاف معنی‌دار p<۰/۰۵

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	پیش‌آزمون انحراف معیار ± میانگین	پس‌آزمون انحراف معیار ± میانگین	پیگیری انحراف معیار ± میانگین
خودکارآمدی درد	آزمایش	۲۹/۱۰±۴/۷۲	۳۷/۴۰±۴/۸۳	۳۷/۶۰±۴/۸۳
	کنترل	۲۹/۰۰±۴/۴۷	۲۸/۷۰±۴/۶۶	۲۸/۷۰±۴/۶۶
تاب‌آوری	آزمایش	۴۳/۲۰±۵/۰۵	۵۷/۲۰±۶/۲۶	۵۶/۹۰±۶/۱۰
	کنترل	۴۲/۴۰±۵/۶۶	۴۱/۷۰±۵/۵۱	۴۱/۷۰±۵/۶۷

پس از اجرای پیش‌آزمون، اعضای گروه آزمایش اول طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (۲ ماه، هفته‌ای یک جلسه) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را به‌صورت گروهی طبق برنامه درمانی Hayes & Lillis[۲۶] دریافت کردند (جدول ۱). اعضای گروه کنترل هیچ درمانی را دریافت نکردند. برای جلوگیری از تبادل اطلاعات بین افراد گروه‌ها از آن‌ها خواسته شد تا ۴ ماه پس از اتمام درمان درباره محتوای جلسات با یکدیگر گفت‌وگویی نداشته باشند. جلسات درمانی توسط ۱ مشاور با درجه دکتری تخصصی مشاوره و ۱ روان‌شناس عمومی با درجه کارشناسی ارشد در یک مرکز مشاوره خصوصی در شهر تبریز برگزار شدند. بعد از اتمام جلسات (پس‌آزمون)، و ۴ ماه پس از اتمام درمان (پیگیری)، اعضای هر دو گروه با استفاده از ابزارهای اندازه‌گیری ارزیابی شدند. جهت جلوگیری از ریزش اعضای گروه‌ها، حین مصاحبه اولیه با تک‌تک آن‌ها از اعضا خواستیم تعهد خود را نسبت به شرکت در کل جلسات حفظ کنند. این امر در طول جلسات هم رصد می‌شد و همبستگی گروهی که بین اعضا ایجاد شده بود، مانع ریزش افراد گروه شد. برای تجزیه و تحلیل آماری از نسخه ۲۴ نرم‌افزار SPSS استفاده شد. جهت بررسی فرضیه پژوهش از آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون تعقیبی بونفرنی استفاده شد. در این پژوهش سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان در مطالعه ۱۶/۸۷±۰/۶۸ سال و میانگین و انحراف معیار مدت زمان مصرف داروهای سردرد ۴/۶۵±۰/۷۵ سال بود. در جدول ۲، میانگین و انحراف معیار سن و مدت زمان مصرف داروهای سردرد آزمودنی‌ها مقایسه شده است. نتایج نشان می‌دهد که بین دو گروه از نظر سن و مدت زمان مصرف داروهای سردرد تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-16]

جدول ۴: تحلیل اندازه‌گیری مکرر نمره نمرات سلامت روان‌شناختی و عملکرد جنسی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری بین گروه‌ها

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	MS	F	مقدار اتا	P-value
خودکارآمدی درد	اثر درون‌گروهی	۱۹۶/۶۲۲	۲	۹۸/۳۱۱	۲۵۴/۳۵۷	۰/۷۰	۰/۰۰۱
	اثر گروه	۷۵۱/۱۱۱	۱	۷۵۱/۱۱۱	۳/۸۰۹	۰/۱۲	۰/۰۴۷
	اثر بین‌گروهی	۲۱۴۹۱۵/۶۰۰	۱	۲۱۴۹۱۵/۶۰۰	۱/۰۹۰	۰/۷۷	۰/۰۰۱
تاب‌آوری	اثر درون‌گروهی	۱۹۴/۶۸۹	۲	۹۷/۳۴۴	۳۴/۸۳۵	۰/۵۵	۰/۰۰۱
	اثر گروه	۲۷۳/۸۷۸	۱	۲۷۳/۸۷۸	۳/۰۰۲	۰/۱۴	۰/۰۳۴
	اثر بین‌گروهی	۵۰۴۳۰۱/۸۷۸	۱	۵۰۴۳۰۱/۸۷۸	۵/۵۲۸	۰/۷۹	۰/۰۰۱

در بررسی پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر، آزمون شاپیرو ویلک نشان داد پیش‌فرض نرمال‌بودن توزیع متغیرهای مورد مطالعه در نمونه مورد مطالعه محقق شده است، چرا که مقادیر z محاسبه‌شده در سطح ($p<۰/۰۵$) معنی‌دار نیست. در آزمون ام باکس، چون F متغیرهای خودکارآمدی درد ($F=۲/۴۴$) و تاب‌آوری ($F=۲/۱۳$) به‌ترتیب در سطح (۰/۴۱۶ و ۰/۳۳۸) معنادار نبودند، بنابراین می‌توان گفت که مفروضه همسانی ماتریس واریانس-کوواریانس برای متغیرها برقرار شده است. از سوب دیگر، آزمون کرویت موخلی نشان داد چون مقدار کرویت موخلی (۰/۴۵۰) متغیر خودکارآمدی درد در سطح خطای داده‌شده (۰/۲۳۴) و مقدار کرویت موخلی (۰/۵۶۰) متغیر تاب‌آوری در سطح خطای داده‌شده (۰/۴۱۱) معنی‌دار نیست، لذا می‌توان کرویت ماتریس واریانس- کواریانس متغیرهای وابسته را پذیرفت. پس، این پیش‌فرض نیز برقرار است. در آخر، نتایج آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس خطا در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان داد که با توجه به عدم‌معنی‌داری مقدار F متغیرها در سطح خطای کوچک‌تر از (۰/۰۵) می‌توان گفت که واریانس خطای متغیر پژوهش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با هم برابر بوده و از این جهت فرض همسانی واریانس‌های خطا نیز برقرار است و می‌توان از تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر استفاده کرد.

در جدول ۳، میانگین و انحراف معیار نمرات خودکارآمدی درد و تاب‌آوری در گروه آزمایش و کنترل، قبل، بعد و چهار ماه پس از درمان آورده شده است.

در جدول ۴ نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای متغیرهای خودکارآمدی درد و تاب‌آوری دانش‌آموزان دختر مبتلا به سردرد مزمن ارائه شده است. همان‌گونه که نتایج نشان می‌دهد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به بهبود معنادار خودکارآمدی درد و تاب‌آوری دانش‌آموزان دختر مبتلا به سردرد مزمن شده است.

همان‌گونه که از نتایج جدول ۴ در بعد اثر بین‌گروهی و همچنین مقایسه میانگین‌ها در جدول ۳ مشهود است، بین گروه آزمایش و کنترل در خودکارآمدی درد و تاب‌آوری تفاوت معناداری وجود دارد؛ به این معنا که در مقایسه با گروه کنترل، مداخله در گروه آزمایش منجر به بهبود معناداری هم در خودکارآمدی درد و هم تاب‌آوری دانش‌آموزان دختر مبتلا به سردرد مزمن شده است. همچنین بررسی مقایسه پیامدها در طول زمان در گروه کنترل نشان داد که بین نمرات دانش‌آموزان دختر مبتلا به سردرد مزمن در خودکارآمدی درد و تاب‌آوری در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و دوره پیگیری تفاوت معناداری وجود نداشت؛ به این معنی که در طول زمان بهبودی که از لحاظ آماری معنادار باشد، برای این گروه حاصل نشده است. در واقع در این گروه از نظر نمرات خودکارآمدی درد و تاب‌آوری بین سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و دوره پیگیری دانش‌آموزان دختر مبتلا به سردرد

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-16]

مزمن تفاوت معناداری وجود نداشت (p>۰/۰۵)؛ در صورتی‌که در گروه آزمایش مقایسه پیامدها در طول زمان نشان داد که در هر دو متغیر خودکارآمدی درد و تاب‌آوری بین پیش‌آزمون نسبت به پس‌آزمون و پیش‌آزمون نسبت به پیگیری تفاوت معناداری در دانش‌آموزان دختر مبتلا به سردرد وجود داشت (p<۰/۰۵). اما بین پس‌آزمون نسبت به دوره پیگیری تفاوت معناداری وجود نداشت (p>۰/۰۵). این بدین معناست که تا زمانی که مداخله بر روی دانش‌آموزان دختر مبتلا به سردرد صورت گرفته نمرات آن‌ها در خودکارآمدی درد و تاب‌آوری بهبود یافته است و پس از پایان مداخله این بهبودی ثابت مانده و از نظر آماری تغییری نکرده است.

در جدول ۵ نتایج آزمون تقیبی بونفرونی برای مقایسه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و دوره پیگیری نشان داده شده است. همان‌گونه که جدول نشان می‌دهد در هر دو متغیر بین پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیش‌آزمون-پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد (p<۰/۰۰۱) که این نشان‌دهنده این است که تا زمانی که درمان صورت گرفته بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری از نظر میانگین‌ها وجود داشته و در واقع مداخله‌ای که بر روی گروه آزمایش انجام گرفته، باعث این تفاوت شده است. بررسی نتایج در پس‌آزمون- پیگیری نشان داد که تفاوتی بین این دو مرحله وجود نداشته است (p>۰/۰۵).

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی درد و تاب‌آوری دانش‌آموزان دختر مبتلا به سردرد مزمن انجام شد. تحلیل داده‌ها نشان داد که این درمان بر افزایش خودکارآمدی درد و تاب‌آوری دانش‌آموزان دختر مبتلا به سردرد مزمن تأثیر دارد و تأثیر این این درمان بر خودکارآمدی درد و تاب‌آوری دانش‌آموزان دختر مبتلا به سردرد مزمن در مراحل پس‌آزمون و پیگیری ماندگار است. همچنین، یافته‌ها نشان داد که تغییرات نمره خودکارآمدی درد و تاب‌آوری در زمان‌های مورد بررسی در گروه‌ها متفاوت بوده و اثر زمان معنی‌دار است؛ یعنی اثر متقابلی بین زمان و مداخله وجود دارد و با گذشت زمان از شروع مداخله، نمرات خودکارآمدی درد و تاب‌آوری ارتقاء یافتند و تأثیرات ناشی از حضور در گروه آزمایشی با نزدیک‌شدن به پایان مداخله بر روی نمرات خودکارآمدی درد و تاب‌آوری افراد در گروه آزمایشی مثبت بود.

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی

متغیر	مراحل		تفاوت میانگین	سطح معناداری
خودکارآمدی درد	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۲/۸۶	۰/۰۰۰۱
		پیگیری	۲/۷۳	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۲/۸۶	۰/۰۰۰۱
		پیگیری	-۰/۱۳	۰/۲۱۱
	پیگیری	پیش‌آزمون	-۲/۷۳	۰/۰۰۰۱
		پس‌آزمون	۰/۱۳	۰/۲۱۱
تاب‌آوری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۳/۲۳	۰/۰۰۰۱
		پیگیری	-۲/۹۳	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۳/۲۳	۰/۰۰۰۱
		پیگیری	۰/۳۰	۰/۰۵۱
	پیگیری	پیش‌آزمون	۲/۹۳	۰/۰۰۰۱
		پس‌آزمون	-۰/۳۰	۰/۰۵۱

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-16]

بحث

درباره اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هم می‌توان نتیجه گرفت که این درمان بر خودکارآمدی درد و تاب‌آوری دانش‌آموزان دختر مبتلا به سردرد مزمن اثربخش است. Vowles & McCracken[۱۷]، Azizi و همکاران[۱۹]، و Kiani و همکاران[۲۰] نشان دادند که این درمان بر مدیریت درد، تاب‌آوری و خودکارآمدی درد افراد مبتلا به درد مزمن موثر است. نتیجه پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های مذکور همسو می‌باشد. هیچ پژوهشی مبنی بر ناهمسو بودن با نتیجه پژوهش حاضر پیدا نشد، تا بتوان علت شباهت و تفاوت نتایج مطالعات را بحث و بررسی نمود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد رویکردی است که از فرآیندهای پذیرش، تمرکز ذهنی، تعهد و فرآیندهای تغییر رفتار به‌منظور ایجاد انعطاف‌پذیری استفاده می‌کند. مدل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پذیرش هرچه بیش‌تر، آگاهی متمرکز بر لحظه حال و درگیری و مشارکت در فعالیت‌هایی که در راستای ارزش‌های شخصی است تأکید دارد. به‌نظر می‌رسد که پذیرش فرآیند کلیدی درگیر در دستاوردهای درمانی کاهش اثر تجربیات دردناک بر کارکردهای هیجانی، همچنین پیش‌بینی کارکردهای فرد در آینده می‌باشد[۱۸]. اصلی‌ترین سازه نظری در پذیرش، مبتنی بر درمان‌های رفتاری از قبیل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است، که به‌معنای توانایی برای انجام عمل مؤثر در راستای ارزش‌های فردی علی‌رغم حضور درد است[۱۷]. اجتناب از درد که بنابر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد معادل اجتناب تجربه‌ای است به‌واسطه نقش مهمی که در آسیب‌شناسی روانی دارد، تاب‌آوری افراد را در مقابل درد مزمن کاهش می‌دهد. در واقع اجتناب از درد با ایجاد رفتارهای انعطاف‌ناپذیر و غیرموثر مانع تجربه مستقیم درد (اجتناب تجربه‌ای) و در نهایت مختل شدن عملکرد فرد می‌شود. در صورتی‌که در تاب‌آوری فرد با وجود درد و هیجانات منفی، باز هم عملکرد موثر خود را حفظ می‌کند. بنابراین با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به‌کمک فرآیند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اجتناب از درد و رفتارهای غیرموثر خنثی می‌شود، عملکرد فرد مختل نمی‌شود[۱۸] و در واقع تاب‌آوری فرد در مقابل درد افزایش می‌یابد. همچنین در دیدگاه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اجتناب تجربه‌ای از رویدادهای درونی به‌واسطه آمیختگی شناختی ایجاد می‌شود و فرد به‌دلیل این‌که فکر یک رویداد را با اتفاق واقعی رویداد یکی می‌کند، دست به‌رفتارهایی برای جلوگیری از آن اتفاق می‌زند[۱۹]. وجود آگاهی از فرآیندهای شناختی و افکار اضطراب‌زا و هیجان‌زا سبب می‌شود که فرد قدرت کافی برای ناکارآمد دانستن آن‌ها را به‌دست آورد؛ این فرآیند سبب می‌شود که دیگر بیمار از این افکار دچار اضطراب نشود. این نکته زمانی بیش‌تر مهم جلوه می‌کند که بدانیم افزایش پریشانی هیجانی و درد و کاهش تحمل پریشانی هیجانی و خودکارآمدی درد با بالا رفتن اضطراب ظهور می‌یابند. مسلماً وقتی با آگاهی از افکار، اضطراب کاهش یابد به همان نسبت نیز عواطف منفی کاهش و تحمل پریشانی هیجانی و خودکارآمدی درد افزایش می‌یابند. بنابراین، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، در قالب درمان‌های جامعه‌مدار با ایجاد سازگاری نسبی، می‌تواند با موفقیت در مراحل اولیه درمان به‌منظور پیشگیری از پریشانی هیجانی و درد و افزایش خودکارآمدی درد نیز به‌کار رود؛ همانطور که در روند اجراء درمان، با رضایت و پذیرش مراجعان از این درمان مواجه شدیم.

به‌نظر می‌رسد یک وجه مشترک مهم بین تعریف تاب‌آوری و اهداف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد وجود دارد. در تاب‌آوری، فرد با وجود عوامل استرس‌زا و مصیبت‌ها و مشکلات، بهزیستی روان‌شناختی و عملکرد خود را حفظ می‌کند، و حتی فرد با وجود سطح بالای درد، مشکلات

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-16]

هیجانی و اختلال، عملکرد خوبی دارد و این در حالی است که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز، این هدف دنبال می‌شود که فرد با وجود آگاهی از تجربیات درونی منفی خود همچون درد، اقدام برای اجتناب یا کنترل درد را رها می‌کند و به‌رفتارهایی که در راستای اهداف و ارزش‌های اوست، می‌پردازد[۴۶]. بنابراین به‌نظر می‌رسد با دنبال‌کردن فرآیندهای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که از مهم‌ترین آن‌ها پذیرش و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است، می‌توان به اهداف تاب‌آوری دست یافت. اجتناب از درد که بنابر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد معادل اجتناب تجربه‌ای است به‌واسطه نقش مهمی که در آسیب‌شناسی روانی دارد، تاب‌آوری افراد را در مقابل درد مزمن کاهش می‌دهد. در واقع اجتناب از درد با ایجاد رفتارهای انعطاف‌ناپذیر و غیرموثر مانع تجربه مستقیم درد (اجتناب تجربه‌ای) و در نهایت مختل شدن عملکرد فرد می‌شود. در صورتی‌که در تاب‌آوری فرد با وجود درد و هیجانات منفی، باز هم عملکرد موثر خود را حفظ می‌کند. بنابراین با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به‌کمک فرآیند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اجتناب از درد و رفتارهای غیرموثر خنثی می‌شود، عملکرد فرد مختل نمی‌شود و در واقع تاب‌آوری فرد در مقابل درد افزایش می‌یابد. همچنین در دیدگاه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اجتناب تجربه‌ای از رویدادهای درونی به‌واسطه آمیختگی شناختی ایجاد می‌شود و فرد به‌دلیل این‌که فکر یک رویداد را با اتفاق واقعی رویداد یکی می‌کند، دست به‌رفتارهایی برای جلوگیری از آن اتفاق می‌زند[۲۷].

این پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی درد و تاب‌آوری دانش‌آموزان دختر مبتلا به سردرد مزمن اثربخش است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با کمک به بیماران مبتلا به سردرد مزمن به آن‌ها کمک کرده تا بیماری و شرایط برآمده از آن را آگاهانه بپذیرند و در قبال آن‌ها، اعمال متعهدانه‌ای داشته باشند تا به‌معنای جدیدی نسبت به وضعیت و بیماری خود برسند؛ از این رو این فعالیت‌ها باعث افزایش خودکارآمدی درد و تاب‌آوری در آن‌ها شده است.

نتیجه‌گیری

با توجه به‌نتایج پژوهش می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با کاربرد فنون و روش‌های خاص خود احتمالاً سبب پذیرش بیماری و مواجهه آگاهانه با درد ناشی از سردرد شده و در نتیجه مقابله بهتر با بیماری و افزایش خودکارآمدی درد و تاب‌آوری بیماران مبتلا به سردرد مزمن را موجب شده است. با توجه به نقش مهم دانش‌آموزان دختر در خانواده و جامعه، و از طرفی لزوم توجه به سلامت جسمانی و روان‌شناختی آن‌ها پیشنهاد می‌شود که در کلینیک‌های روان‌شناسی بیمارستان‌ها و کلنیک‌های دولتی و خصوصی، از این درمان به‌صورت فردی و گروهی در زمینه افزایش خودکارآمدی درد و تاب‌آوری دختران مبتلا به سردرد مزمن استفاده شود.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

سهم نویسندگان

امور مربوط به گردآوری داده‌ها و نگارش و تجزیه و تحلیل داده‌ها، اصلاحات مقاله و شناسایی نمونه متشکل از دانش‌آموزان دختر مبتلا به سردرد مزمن و اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به‌طور برابر بر عهده هر دو نویسنده بود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر تقدیر و تشکر نمایند.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-16]

References

1. Chowdhury D. Tension type headache. AIAN 2012; 15(1): 83-88.
2. International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facialpain. Cephalalgia 2018; 24: 1-151.
3. Aminoff M, Greenberg D, Simon R, Roger P, David A, Michael J. Clinical Neurology. 9th. New York: McGraw Hill. 2015; 85-92.
4. Evans RW. Diagnostic testing for migraine and other primary headaches. Neurol Clin 2019; 37(4): 707-25.
5. Ruiz–Parraga G T, Lopez–Martínez A E. The role of experiential avoidance, resilience and pain acceptance in the adjustment of chronic back pain patients who have experienced a traumatic event: a path analysis. JABM 2015; 49(2): 247-257.
6. Warren JM. The Impact of Social Cognitive Theory and Rational Emotive Behavior Therapy Interventions on Beliefs, Emotions, and Performance of Teachers. North Carolina: North Carolina State University; 2010: 57-65.
7. Nicholas MK. The pain self-efficacy questionnaire: Taking pain into account. EJP 2007; 11(2): 153-63.
8. Pecukonis EV. Physical self-efficacy and alexithymia in women with chronic intractable back pain. PMN 2009; 10(3): 116-23.
9. Manafi F, Dehshir GH. Fear of disease progression in patients with cancer and multiple sclerosis and its relation to emotional problems. Quarterly Journal of IJHP 2017; 6(22): 115-130. [in Persian].
10. Goldstein S, Brooks R B. Why study resilience? In S. Goldstein & R. B. Brooks (Eds(., Handbook of resilience in children (pp. 3-14). New York, NY, US: Springer Science Business Media; 2013.
11. Pinquart M. Moderating effect of dispositional resilience on association between hassles and psychological distress. JADP 2009; 30: 1-8.
12. Bauer H, Emeny R T, Baumert J, Ladwig K-H. Resilience moderates the association between chronic pain and depressive symptoms in the elderly. EJP 2016; 20(8): 1253-1265.
13. McMahon S, Koltzenburg M, Tracey I, Turk D. Wall & Melzack's Textbook of Pain. Elsevier: Churchill: Livingstone; 2013: 121.
14. Vowles KE, McCracken LM. Acceptance and Values-Based Action in Chronic Pain: A Study of Treatment Effectiveness and Process. J Consult & Clin Psychol 2008; (76): 397-407.
15. Burckhardt R, Manicavasagar V, Batterham PJ, Hadzi-Pavlovic D. A randomized controlled trial of strong minds: A school-based mental health program combining acceptance and commitment therapy and positive. JSP 2016; 57: 41-52.
16. Azizi M, Hassanabadi H, Mahram B, Saeedi M. The effectiveness of group ACT on improving resilience in people with chronic headache. Second National Conference on Research and Treatment in Clinical Psychology, Torbat Jam 2014.
17. Kiani S, Sabahi P, Makvand Hosaini SH, RafieNia P, Alebouyeh M. Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment-based therapy and positive cognitive-behavioral therapy on the pain self-efficacy of patients with chronic pain. JPS 2020; 9(89): 567-578. [in Persian].
18. Jolaeha S. The Investigation of self efficacy angerperception on chronic pain adjustment. Tehran: Shahed University; 2006. [in Persian].
19. Haghighat F, Zadhoosh S, Rasoolzade-Tabatabaei K, Etemadifar M. The relationship between pain self-efficacy and pain intensity in multiple sclerosis patients. IJBS 2011; 5(1): 47-54.
20. Conner K M, Davidson J R. Development of a new resilience scale: The Conner – Davidson Resilience Scale (CD-RISC).
21. Depress Anxiety 2003; 18(2):76-82.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-16]

22. Ahangarzadeh Rezaei S. Rasoli M. Psychometric Properties Of The Perstan Version Of "Conner-Davidson Resilience Scale" in adolescents with cancer. J Urmia Nurs Midwifery Fac 2015; 13(9):739-747. [in Persian].
23. Samani S, Jokar B, Sahragard N. Effects of Resilience on Mental Health and Life Satisfaction. IJPCP 2007; 13(3):290-295. [in Persian].
24. Hayes, S C & Lillis, J (2012). Acceptance and Commitment Therapy. Washington, DC: American Psychological Association.
25. Rodriguez T. The Role Of Acceptance & Mindfulness In People Living With HIV/AIDS: A Meta-Analysis. State University in partial fulfillment of the requirements for the degree of MASTER OF ARTS; 2014:111

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-16]