MEJDS. 2019; 9:108.

Published online 2019 Dec. **Research Article**

Group based acceptance and commitment therapy on quality of life and psychological flexibility in patients with non-cardiac chest pain

Tavakoli H[1], * Akbari B[2], Salari A[3]

Author Address
1. PhD candidate of Psychology, Department of Psychology, Rasht branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran;
2. Associate Professor in Department of Psychology, Rasht branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran;
3. Associate Professor in Faculty of Medicine, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran;
***Corresponded Author's Email:** BAkbari44@yahoo.com

Received: 2018 October 6; **Accepted:** 2018 October 22

Abstract

Background & Objective: Chest pain is one of the most common reasons for referring people to cardiovascular clinics. The cause of chest pain with non–cardiac origin can be physical or mental. Because mental causes are less of a concern for specialists, therefore, they are more important for diagnosis and treatment. The aim of this study was to determine the effectiveness of acceptance and commitment therapy on quality of life and psychological flexibility in patients with non–cardiac chest pain.

Methods: This study was a semi–experimental and clinical intervention, pre–test, post–test, and follow up test (two months later), with the control group. The statistical population of this study included all patients with non–cardiac chest pain referring to Dr. Heshmat Hospital in Rasht city (Northern of Iran) in 2017–2018. All of them were residents of Rasht city. During referrals within three months prior to the beginning of this study, a list of patients referred to the emergency department and echocardiography were extracted. The 40 samples were selected by convenience sampling and randomly divided into two groups. Participants responded to two questionnaires: SF–36 and AAQ–II. The experimental group received 8 sessions of training for 90 minutes based on acceptance and commitment. The psychological flexibility and quality of life of these individuals were first assessed (pre–test), after the end of the sessions (post–test) and again two months later in the next follow–up. The required information was collected by questionnaires as well as the results of the medical examinations of these people. The control group responded to all the questionnaires at the third time, but they did not receive any treatment. The summary of the content of the sessions and activities performed in the ACT group is as follows: Session 1: Introduction and treatment agenda (including familiarity and introduction of exercises); Session 2: Options and setting a course of treatment (behavior change and mindfulness); Session 3: Learning to live with chronic pain (acceptance, values, and mindfulness); Session 4: Clarification of values and objectives; Session 5: Motivation, thoughts and emotions (initiating plans and acting); Session 6: Desire to act, move forward; Session 7: Commitment; Session 8: Practicing and retaining therapeutic achievements throughout life. After collecting data, results were analyzed by T test with independent groups, variance with repeated measurements and Bonferroni method and, using SPSS version 23 software.

Results: Mean scores of psychological quality of life scale and physical quality of life scale and psychological flexibility in the treatment group have increased. The results of repeated–measures variance analysis for these three variables in three stages of pre–test, post–test and follow–up showed there was a significant difference in the treatment based on acceptance and commitment on the psychological quality of life ($F=7.23$, $p<0.001$), physical quality of life ($F=13.15$, $p<0.001$) and psychological flexibility ($F=74.52$, $p<0.001$). The results of the Bonferroni test for the experimental group showed that there was a significant difference in the psychological quality of life between the two methods ($p<0.001$), pre–test–post–test ($p<0.001$), and pre–test–follow–up ($p<0.027$) but there was no significant difference between the mean post–test and follow–up stages. In the variable of physical quality of life, there was a significant difference between the two pre–test and post–test phases ($p<0.001$) and pre–test–follow–up ($p<0.016$), but in comparison no significant difference was observed between the post–test and follow–up stages. In addition, in the case of psychological flexibility, there was a significant difference between the comparison between two pre–test, post–test and pre–test–follow–up ($p<0.001$). However, no significant difference was observed between the mean post–test and follow–up stages.

Conclusion: Overall, the findings of this study showed that admission and commitment therapy is an effective approach to improving the physical and psychological quality of life and increasing the psychological flexibility of patients with non–cardiac chest pain; and can be used as a therapeutic therapy Supplemented with medication.

Keywords: Non–cardiac chest pain, Acceptance and commitment therapy, Quality of life, Psychological flexibility.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-15]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.81.3]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۸؛ (۹):۱۰۸.

انتشار برخط آذرماه ۱۳۹۸ مقاله پژوهشی اصیل

اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد گروهی بر کیفیت زندگی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در بیماران با درد قفسهٔ سینهٔ غیرقلبی

حدیث توکلی[۱]، *بهمن اکبری[۲]، ارسلان سالاری[۳]

توضیحات نویسندگان

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

۲. دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران؛

۳. دانشیار گروه قلب و عروق، دانشکدهٔ پزشکی، دانشگاه علوم‌پزشکی گیلان، رشت، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** BAkbari44@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۴مهر ۱۳۹۷؛ **تاریخ پذیرش:** ۳۰مهر ۱۳۹۷

چکیده

زمینه و هدف: از دلایل بسیار شایع مراجعهٔ افراد به کلینیک‌های قلب و عروق، درد قفسهٔ سینه است. علت دردهای قفسهٔ سینه با منشأ غیرقلبی می‌تواند جسمی یا روانی باشد؛ اما علل روانی کمتر مدنظر قرار می‌گیرد؛ بنابراین دارای اهمیت زیادی برای تشخیص و درمان است. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در بیماران با درد قفسهٔ سینهٔ غیرقلبی انجام شد.

روش‌بررسی: این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری (پس از دو ماه) بود. از بیماران مراجعه‌کننده به مرکز تخصصی قلب دکتر حشمت شهر رشت، نمونهٔ ۴۰نفره به‌صورت دردسترس انتخاب شده و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. آزمودنی‌ها به دو پرسشنامهٔ کیفیت زندگی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی پاسخ دادند. گروه آزمایش هشت جلسه درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد دریافت کرد. پس از جمع‌آوری داده‌ها، نتایج با استفاده از آزمون‌های آماری تی دو گروه مستقل و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی توسط نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۳ بررسی شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که پس از مداخله، میانگین نمرات زیرمقیاس‌های سلامت روان‌شناختی و جسمانی کیفیت زندگی ($p<۰/۰۰۱$) و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در گروه آزمایش افزایش می‌یابد ($p<۰/۰۰۱$). این افزایش در مرحلهٔ پیگیری نیز حفظ شده بود.

نتیجه‌گیری: درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیماران با درد غیرقلبی قفسهٔ سینه که دچار ناتوانی‌های جسمی شدند، مؤثر بوده و متخصصان حوزهٔ درمان با استفاده از روش حاضر می‌توانند کیفیت زندگی آنان را بهبود بخشند.

کلیدواژه‌ها: درد قفسهٔ سینهٔ غیرقلبی، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، کیفیت زندگی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵ ، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-15]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.81.3]

۱ مقدمه

درد مزمن از معضل‌های بسیار مهم پزشکی در تمام جهان بوده و خواهد بود؛ ولی متأسفانه افراد مبتلا به این مشکل درمان مناسب را دریافت نمی‌کنند (۱). شدت درد، عاملی با اهمیت در پیش‌بینی کیفیت زندگی و ابعاد آن به خصوص بُعد جسمانی به‌شمار می‌رود. هرچه دردهای مزمن شدت بیشتری داشته باشد، کیفیت زندگی ضعیف‌تری را در بیماران پیش‌بینی می‌کند (۲)

درد مزمن احساس ناامیدی، نگرانی، افسردگی و اضطراب به‌وجود می‌آورد. همچنین، چرخهٔ معیوبی در این زمینه مشاهده می‌شود. درواقع خُلق و هیجان منفی نیز می‌تواند باعث درد یا تشدید آن شود (۳). علاوه‌براین، درد مزمن بر کیفیت زندگی افراد مبتلا به آن، تأثیر منفی دارد. این درد به‌دلیل ایجاد اضطراب درخورتوجه، موجب فراخوانی هیجان‌های منفی و به‌وجودآوردن ناتوانی‌های جسمانی و درنتیجه کاهش کیفیت زندگی می‌شود (۴). دردهای قلبی‌عروقی[1] و دردهای شبه‌قلبی اما با منشأ غیرقلبی از جمله دردهایی است که نگرانی شدید در فرد ایجاد می‌کند. اسوانسدوتیر و همکاران طی پژوهشی بر بیماران با درد غیرقلبی قفسهٔ سینه[2] گزارش دادند که تجربهٔ درد قفسهٔ سینه با اضطراب و افسردگی در بیماران ارتباط دارد. همچنین یک‌سوم از بیماران اطلاعات کمی دربارهٔ علل احتمالی درد و مشاوره در زمینهٔ مقابله با علائم بیماری داشتند. بیماران مبتلا به درد قفسهٔ سینهٔ غیرقلبی دارای پیش‌آگهی جسمانی خوبی بودند؛ اما اغلب از درد طولانی‌مدت و ناراحتی روانی رنج بردند (۵).

باوجود اثربخشی متوسط بعضی از درمان‌های دارویی و روان‌شناختی برای درد، درد مزمن همچنان، بیماری اضطراب‌آور و ناتوان‌کنندهٔ جسمی برای بسیاری از افراد در طول زندگی است (۴). در رابطه با درمان‌های روان‌شناختی برای درد مزمن، می‌توان به رفتاردرمانی، روان‌کاوی، پسخوراند زیستی و آرمیدگی تدریجی، درمان شناختی‌رفتاری و موج سوم درمان‌ها اشاره کرد (۶). درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد[3]، درمانی نوین و بخشی از موج سوم درمان‌های روان‌شناختی در حوزهٔ مدیریت درد است (۷). این درمان برای درد مزمن، با هدف بهبود عملکرد بیمار با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بوده و فرصتی است برای مراجع تا جهت دست‌یابی به اهداف و پیامدهای ارزشمند، رفتار خود را کنترل کند یا تغییر دهد (۸). اصطلاح انعطاف‌پذیری اشاره به فرایندی چندبعدی دارد. ازیک‌طرف، فرایندی تحولی است؛ زیرا موفقیت در غلبه‌کردن بر موقعیت‌های ناگوار، خودکارآمدی و اعتماد به توانایی‌های خویش را برای تأثیرگذاشتن در محیط افزایش می‌دهد (۹). ازسوی‌دیگر اختلاف بین مفهوم‌سازی و تعاریف انعطاف‌پذیری به‌عنوان ویژگی شخصی یا فرایندی پویا تا حدی به استفاده از واژهٔ «خودانعطاف‌پذیری[4]» برمی‌گردد. خودانعطاف‌پذیری ساختاری است که اشاره به ویژگی فردی در اشخاص دارد و شامل مجموعه‌ای از صفات بوده که کاردانی عمومی و نیرومندی شخصیت و انعطاف‌پذیری عملکرد را در پاسخ به موقعیت متنوع محیطی نشان می‌دهد (۸). توان‌مندسازی افراد برای پذیرش درد منجربه افزایش تعامل و تعهد درقبال اعمال می‌شود که بدین‌ترتیب ارزشمندی زندگی در آن‌ها افزایش می‌یابد (۹).

پژوهش‌های مختلفی بر پایهٔ اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در جامعهٔ آماری متفاوت انجام شده است؛ اما با استناد به اطلاعات دردسترس، در ایران مطالعهٔ این درمان در حوزهٔ بیماران با دردهای قفسهٔ سینهٔ غیرقلبی اندک است. ازآنجاکه علت این عارضه معمولاً روان‌شناختی بوده و از سوءتعبیر علائم هیجانی و چرخه‌های معیوب خاص و باور به بدکارکردی قلب نشئت می‌گیرد، اکثر افراد مبتلا به این درد دربارهٔ جنبهٔ روان‌شناختی آن آگاه نیستند و در پی درد به مراکز درمان جسمی مراجعه می‌کنند. این نبود هشیاری سبب تکرار چرخهٔ معیوب درمان می‌شود؛ اما تعداد چشمگیری از افراد مراجعه‌کننده به خدمات پزشکی، مشکل جسمی جدی ندارند. عوامل روان‌شناختی در ایجاد و تشدید و روند درمان درد قفسهٔ سینهٔ غیرقلبی، بسیار حائز اهمیت است؛ بنابراین پرداختن به آن‌ها و انتخاب روش درمانی مؤثرتر درجهت بهبود وضعیت عمومی این بیماران ضروری به‌نظر می‌رسد؛ ازاین‌رو پژوهش حاضر با هدف اثربخشی روش درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیماران با درد قفسهٔ سینهٔ غیرقلبی انجام شد.

۲ روش‌بررسی

پژوهش حاضر از نوع طرح نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری بود. جامعهٔ آماری را تمامی بیماران مبتلا به درد غیرقلبی قفسهٔ سینه مراجعه‌کننده به بیمارستان قلب دکتر حشمت رشت در سال ۹۷ـ۱۳۹۶ تشکیل دادند. این افراد همگی ساکن شهر رشت بودند و طی مراجعات در طول سه ماه قبل از شروع این پژوهش از لیست بیماران مراجعه‌کننده به بخش اورژانس و اکوکاردیوگرافی استخراج شدند.

از این جامعه تعداد ۶۰ بیمار با استفاده از لیست تهیه‌شده به‌روش نمونه‌گیری دردسترس با لحاظ‌کردن ملاک‌های ورود و خروج از مطالعه انتخاب شدند. این افراد براساس تشخیص نهایی متخصصان بیماری‌های قلب، بیماری قلبی‌عروقی نداشته و دارای آزمایش‌ها و تست ورزش و اکوکاردیوگرافی نرمال بودند. همهٔ شرکت‌کنندگان این حق را داشتند که در صورت تمایل در هر زمان طرح را ترک کنند.

متغیرهای بررسی‌شده شامل سن، جنس، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، سابقهٔ درد قفسهٔ سینه، زمان شروع درد قفسهٔ سینه، سابقهٔ قبلی بیماری روان‌پزشکی و مصرف دارو، سابقهٔ فشارخون، سابقهٔ دیابت در بیمار یا افراد خانواده و سابقهٔ سایر بیماری‌های جسمی بود. ملاک‌های خروج از مطالعه عبارت بودند از: داشتن ملاک‌های تشخیصی درد قلبی قفسهٔ سینه؛ استفاده از هر نوع درمانی در طی دورهٔ مداخله؛ وجود علائم سایکوتیک و تجزیه‌ای فعال؛ دریافت شوک درمانی در سه‌ماههٔ اخیر؛ دریافت جاری یا سابقهٔ سوءمصرف مواد مخدر و روان‌گردان طی یک‌سال گذشته؛ تشخیص بیماری‌های شدید طبی دیگر اثرگذار به‌طور مستقیم بر کیفیت زندگی.

در ابتدا همهٔ بیماران تحت مصاحبهٔ تشخیصی قرار گرفتند و در صورت

[1]. Cardiovascular diseases
[2]. Non-cardiac chest pain (NCCP)
[3]. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)
[4]. self- flexibility

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.81.3]

ابتلا به بیماری توسط روان‌پزشک پیگیری شدند. در این مدت تعداد مراجعات بیمار به اورژانس یا کلینیک قلب نیز بررسی شد. در نهایت تعداد ۴۰آزمودنی، به‌شیوهٔ نمونه‌گیری دردسترس و به‌صورت داوطلبانه، پس از اطمینان‌دادن دربارهٔ حفظ رازداری درخصوص اطلاعات و یافته‌های حاصل از پژوهش و نیز با رعایت ملاحظات اخلاقی در تحقیق شرکت کردند و به‌طور تصادفی به دو گروه تقسیم شدند (گروه آزمایش ۲۰ نفر و گروه کنترل ۲۰ نفر). برای افراد گروه آزمایش هشت جلسهٔ یک‌ساعت‌ونیم آموزش درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد انجام پذیرفت. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کیفیت زندگی این افراد در ابتدا (پیش‌آزمون) و پس از پایان جلسات (پس‌آزمون) و مجدداً دو ماه بعد در پیگیری بعدی ارزیابی شد. اطلاعات لازم توسط پرسشنامه‌ها و همچنین از نتیجهٔ معاینات کامل پزشکی این افراد به‌دست آمد. گروه کنترل به همهٔ پرسشنامه‌ها در سه زمان مذکور پاسخ داد؛ ولی تحت هیچ روش درمانی قرار نگرفت. خلاصهٔ محتوای جلسات درمانی و فعالیت‌های انجام شده در گروه آزمایش در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصهٔ محتوای جلسه‌ها و فعالیت‌های انجام‌شده در گروه آزمایش

جلسات	خلاصهٔ محتوای جلسه‌ها و فعالیت‌های انجام‌شده در گروه ACT
جلسهٔ اول	مقدمه و دستورکار درمان (شامل آشنایی و معرفی تمرین‌ها)
جلسهٔ دوم	گزینه‌ها و تنظیم یک‌دورهٔ درمان (تغییر رفتار و ذهن‌آگاهی)
جلسهٔ سوم	یادگیری زندگی با درد مزمن (پذیرش، ارزش‌ها، ذهن‌آگاهی)
جلسهٔ چهارم	شفاف‌سازی ارزش‌ها و اهداف
جلسهٔ پنجم	انگیزش و افکار و احساس‌ها (شروع طرح‌ریزی و اقدام متعهدانه)
جلسهٔ ششم	تمایل به اقدام، حرکت رو به جلو
جلسهٔ هفتم	تعهد
جلسهٔ هشتم	تمرین و حفظ دستاوردهای درمانی در طول زندگی

در این پژوهش جهت اندازه‌گیری متغیرهای مدنظر از دو پرسشنامهٔ زیر استفاده شد.

ـ پرسشنامهٔ کیفیت زندگی (SF–36 v2): این مقیاس از ابزارهای بسیار شناخته‌شده در سنجش کیفیت زندگی بوده که به زبان‌های بسیاری، ازجمله زبان فارسی ترجمه شده است. ۳۶ سؤال دارد و کیفیت زندگی را در دو بُعد کلی سلامت جسمانی و سلامت روانی می‌سنجد که ۳۵ سؤال در هشت خرده‌مقیاس چندماده‌ای خلاصه شده است: سلامت جسمانی: ۱. عملکرد فیزیکی، ۲. ایفای نقش جسمانی، ۳. درد بدنی، ۴. سلامت عمومی؛ سلامت روانی: ۵. سرزندگی، ۶. عملکرد اجتماعی، ۷. ایفای نقش هیجانی، ۸. عامل سلامت روانی. نمره‌گذاری برخی ازماده‌ها که مثبت بوده از پنج به یک (کاملاً موافقم، پنج و کاملاً مخالفم، یک) صورت می‌گیرد و برای بعضی از ماده‌ها که منفی هستند، از یک به پنج (کاملاً موافقم، یک و کاملاً مخالفم، پنج) است. در برخی سؤال‌ها، امتیازها مجدداً کدبندی می‌شود؛ به‌طوری‌که تمامی مقیاس‌ها امتیاز یک‌جهت پیدا می‌کند. امتیازهای هر مقیاس از صفر تا صد متغیر است که صفر بدترین و صد بهترین وضعیت را در مقیاس مدنظر گزارش می‌دهد (۱۰). این پرسشنامه دارای یک‌سؤال نیز است که در آن فرد به ارزیابی سلامت خود در یک‌ماه گذشته می‌پردازد. سؤال در دو بُعد اصلی جسمی و روانی بوده که هشت حوزهٔ مرتبط با سلامت را تحت سنجش قرار می‌دهد. در ایران این آزمون توسط متخصصان زیادی ترجمه و اعتبارسنجی شده است. منتظری و همکاران پرسشنامه را در سال ۱۳۸۴ ترجمه کرده و در مطالعه‌ای جمعیتی در شهر تهران برای افراد سنین ۱۵ سال و بیشتر به‌کار برده شد. آزمون پایایی پرسشنامه با استفاده از تحلیل آماری همخوانی داخلی و آزمون روایی با روش‌های مقایسهٔ گروه‌های شناخته‌شده و روایی همگرایی ارزیابی شد. تحلیل همخوانی داخلی نشان داد که مقیاس‌های گونهٔ فارسی SF–36، حداقل ضریب استاندارد پایایی در محدودهٔ ۰/۷۷ تا ۰/۹ دارند (۱۰). درمجموع یافته‌ها مشخص کرد که نسخهٔ فارسی ابزار استاندارد SF–36 به‌منظور اندازه‌گیری کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی از پایایی و روایی لازم برخوردار است.

ـ پرسشنامهٔ انعطاف‌پذیری روان‌شناختی[1]: این پرسشنامه توسط بوند و همکاران در سال ۲۰۱۱ تهیه شد. شامل ده سؤال است که سؤال‌های ۲، ۳، ۴، ۵، ۷، ۸ و ۹ نمره‌گذاری معکوس دارند. پرسشنامه سازه‌ای را می‌سنجد که به‌شکل کلی قادر به توضیح و اندازه‌گیری نبود تحرک و تنوع، میزان پذیرش، اجتناب تجربی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است. نمرات زیادتر نشان‌دهندهٔ انعطاف‌پذیری روانی بیشتر است. بوند و همکاران آزمون ـ بازآزمون پرسشنامه را ۰/۸۱ و همسانی درونی آن را ۰/۸۴ گزارش کردند (۱۱). این پرسشنامه در ایران توسط ایمانی در سال ۱۳۹۵ ترجمه و اعتبارسنجی شد. پایایی مقیاس ۰/۷۱ و همسانی درونی آن ۰/۸۶ به‌دست آمد (۱۲).

به‌منظور ارزیابی داده‌ها از آزمون‌های آماری تی دو گروه مستقل و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. دو ماه بعد نیز پیگیری از نمونه‌ها صورت گرفت. همچنین برای تجزیه‌وتحلیل آماری داده‌ها، نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۳ به‌کار رفت.

ملاحظات اخلاقی، مبنی‌بر حفظ اطلاعات فردی و رعایت شئون انسانی و رازداری در طول پژوهش انجام پذیرفت و به آزمودنی‌ها اطمینان داده شد که در طول اجرای پژوهش در صورت نبود تمایل، قادر به ترک پژوهش هستند.

[1]. Acceptance and Action Questionnaire II (AAQ-II)

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-15]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.81.3]

۳ یافته‌ها

تعداد ۴۰ بیمار با درد غیرقلبی قفسهٔ سینه در پژوهش شرکت داشتند که در دو گروه آزمایش (۱۰ نفر زن و ۱۰ نفر مرد) و کنترل (۱۱ نفر زن و ۹ نفر مرد) به‌طور تصادفی قرار گرفتند. میانگین سن شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش ۶/۸۵±۳۷ سال و در گروه کنترل ۶/۲۱±۳۵سال بود. ابتدا پیش‌فرض نرمال‌بودن توزیع نمرات با آزمون شاپیرو–ویلک[1] بررسی و تأیید شد. نتایج تحلیل خی‌دو نشان داد که بین دو گروه از نظر سطح تحصیلات تفاوت معناداری وجود ندارد. همچنین نتایج مقایسهٔ میانگین سنی دو گروه از آزمون تی دو گروه مستقل، مشخص کرد که بین دو گروه از لحاظ سن تفاوت معناداری دیده نمی‌شود. نتایج آزمون تی برای نمرات پیش‌آزمون کیفیت زندگی روان‌شناختی و کیفیت زندگی جسمانی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بین دو گروه درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و کنترل، نشان داد که دو گروه مذکور در ابتدای مطالعه در هیچ‌یک از دو متغیر وابسته باهم تفاوت معناداری ندارند. بااین‌حال در تحلیل‌های بعدی نمرات پیش‌آزمون به‌عنوان متغیر همپراش در نظر گرفته شد. پیش‌فرض تساوی ماتریس واریانس‌ها نیز در متغیر وابسته بین دو گروه برقرار بود.

باتوجه به نتایج جدول ۲ مشاهده می‌شود که میانگین نمرات مقیاس کیفیت زندگی روان‌شناختی و کیفیت زندگی جسمانی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در گروه درمانی افزایش یافته است. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای این سه متغیر در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری بیانگر آن است که تفاوت معناداری در اثر درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی روانی ($p<۰/۰۰۱$، $F=۲۳/۷۷$) و کیفیت زندگی جسمانی ($p<۰/۰۰۱$، $F=۱۵/۱۳$) و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی ($p<۰/۰۰۱$، $F=۵۲/۷۴$) در گروه آزمایش درمقایسه با گروه کنترل وجود دارد.

جدول ۲. مشخصات توصیفی متغیرهای کیفیت زندگی روان‌شناختی و کیفیت زندگی جسمانی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری به‌همراه نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری		مقدار F	مقدار p	مجذور اتا
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار			
کیفیت زندگی روان‌شناختی	آزمایش	۵۳/۷۹	۱۰/۷۵	۸۲/۹۴	۱۲/۰۵	۷۹/۲۶	۱۳/۲۰	۲۳/۷۷	<۰/۰۰۱	۰/۵۶
	کنترل	۵۵/۵۵	۱۵/۷۰	۵۱/۹۱	۱۹/۰۷	۴۶/۹۲	۱۳/۰۷			
کیفیت زندگی جسمانی	آزمایش	۵۸/۵۴	۱۰/۶۳	۸۶/۳۵	۱۱/۱۲	۷۵/۴۴	۹/۷۳	۱۵/۱۳	<۰/۰۰۱	۰/۴۵
	کنترل	۵۸/۲۱	۱۶/۳۸	۵۶/۴۲	۱۹/۱۵	۶۱/۲۹	۳/۷۲			
انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	آزمایش	۳۵/۲۵	۱/۹۴	۵۶/۱۵	۷/۴۹	۵۳/۰۵	۹/۳۱	۵۲/۷۴	<۰/۰۰۱	۰/۷۴
	کنترل	۳۴/۲۰	۴/۵۶	۳۴/۵۰	۲/۵۴	۳۳/۹۵	۲/۴۵			

براساس نتایج این جدول، میانگین نمرات پیش‌آزمون کیفیت زندگی روان‌شناختی بیماران مبتلا به درد غیرقلبی قفسهٔ سینه در گروه آزمایش از ۵۳/۷۹ در مرحلهٔ پس‌آزمون به ۸۲/۹۴ افزایش یافته و در مرحلهٔ پیگیری به ۷۹/۲۶ تغییر پیدا کرده است ($p<۰/۰۰۱$)؛ اما در گروه کنترل تغییر درخورتوجه و معناداری مشاهده نمی‌شود، شکل ۱ گویای این مطلب است.

میانگین نمرات پیش‌آزمون کیفیت زندگی جسمانی شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش نیز از ۵۸/۵۴ به ۸۶/۳۵ در مرحلهٔ پس‌آزمون افزایش داشته و در مرحلهٔ پیگیری با کاهش به ۷۵/۴۴ تغییر یافته است ($p<۰/۰۰۱$)؛ اما در گروه کنترل تغییر چشمگیر و معناداری دیده نمی‌شود. شکل ۲ نیز مؤید این مسئله است. همچنین میانگین نمرات پیش‌آزمون انعطاف‌پذیری روان‌شناختی شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش ۳۵/۲۵ بوده که در مرحلهٔ پس‌آزمون به ۵۶/۱۵ افزایش داشته و در مرحلهٔ پیگیری با اندکی کاهش به ۵۳/۰۵ تغییر یافته است ($p<۰/۰۰۱$)؛ اما در گروه کنترل تغییر درخورتوجه و معناداری ملاحظه نمی‌شود. شکل ۳ این موضوع را بیان می‌کند.

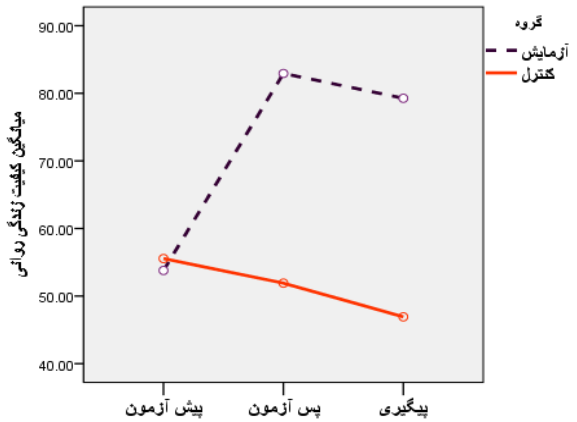
همان‌گونه که در شکل ۱ مشاهده می‌شود، مطابق نمودار، میانگین نمرات کیفیت زندگی گروه آزمایش در مرحلهٔ پس‌آزمون درمقایسه با مرحلهٔ پیش‌آزمون افزایش داشته است و در مرحلهٔ پیگیری کمی کاهش می‌یابد؛ درحالی‌که میانگین نمرات کیفیت زندگی روان‌شناختی گروه کنترل در مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری درمقایسه با پیش‌آزمون اندکی کم شده است.

نمودار ۲ نشان می‌دهد که میانگین نمرات کیفیت زندگی جسمانی گروه آزمایش در مرحلهٔ پس‌آزمون درمقایسه با مرحلهٔ پیش‌آزمون افزایش دارد؛ اما در مرحلهٔ پیگیری اندکی کاهش یافته است؛ درحالی‌که میانگین نمرات کیفیت زندگی روان‌شناختی گروه کنترل در طول مراحل اندازه‌گیری تغییر چشمگیری ندارد.

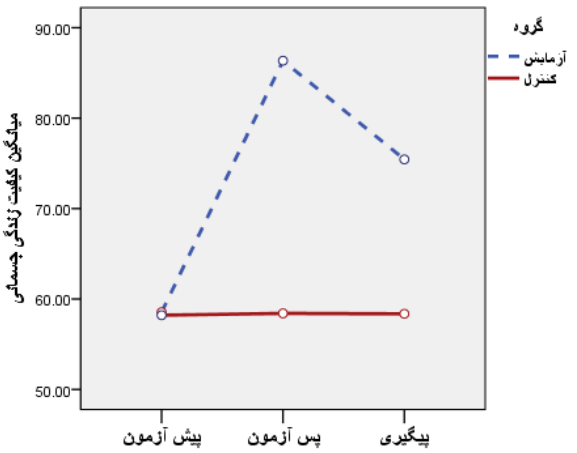
[1]. Shapiro-Wilk

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-15]

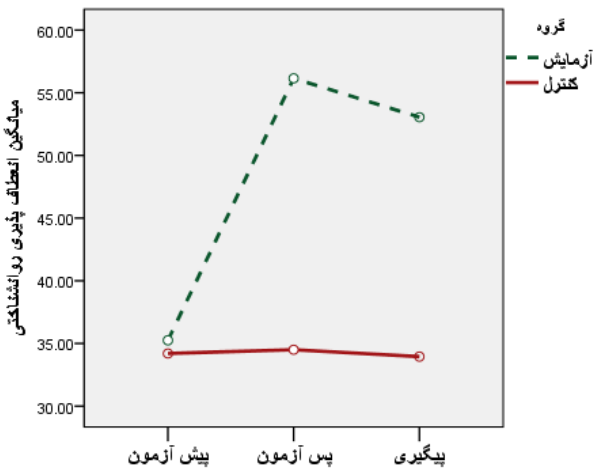
[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.81.3]



شکل ۱. نمودار مقایسه‌ای میانگین نمرهٔ زیرمقیاس کیفیت زندگی روان‌شناختی در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش و کنترل



شکل ۲. نمودار مقایسه‌ای میانگین نمرهٔ زیرمقیاس کیفیت زندگی جسمانی در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش و کنترل



شکل ۳. نمودار مقایسه‌ای میانگین نمرهٔ انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش و کنترل

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-15]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.81.3]

شکل ۳ بیانگر این است که میانگین نمرات انعطاف‌پذیری روان‌شناختی گروه آزمایش در مرحلهٔ پس‌آزمون درمقایسه با مرحلهٔ پیش‌آزمون افزایش داشته است و در مرحلهٔ پیگیری کاهش کمی مشاهده می‌شود. در مقابل میانگین نمرات انعطاف‌پذیری روان‌شناختی گروه کنترل در هر سه مرحلهٔ مطالعه تغییرات درخورتوجهی نشان نمی‌دهد.

در مرحلهٔ بعد آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسهٔ دوبه‌دو بین میانگین مراحل در هر متغیر در گروه آزمایش انجام شد که نتایج در جدول ۳ بیان شده است.

جدول ۳. مقایسهٔ زوجی کیفیت زندگی روان‌شناختی و کیفیت زندگی جسمانی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری

گروه	زمان (i)	زمان (j)	کیفیت زندگی روان‌شناختی		کیفیت زندگی جسمانی		انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	
			تفاوت میانگین	مقدار p	تفاوت میانگین	مقدار p	تفاوت میانگین	مقدار p
آزمایش	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱۲/۷۵- *	<۰/۰۰۱	۱۴/۰۰- *	<۰/۰۰۱	۱۰/۶۰- *	<۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۸/۴۲- *	۰/۰۲۷	۸/۵۲- *	۰/۰۱۶	۸/۷۷- *	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۶/۱۶	۰/۲۳۰	۵/۴۸	۰/۱۶۹	۱/۸۲	۰/۱۹۴

نتیجهٔ آزمون تعقیبی بونفرونی در جدول ۳ برای گروه آزمایش مشخص کرد که در متغیر کیفیت زندگی روان‌شناختی، بین مقایسهٔ دوبه‌دو میانگین مراحل پیش‌آزمون- پس‌آزمون ($p<۰/۰۰۱$) و پیش‌آزمون- پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد ($p<۰/۰۲۷$)؛ اما در مقایسهٔ میانگین مراحل پس‌آزمون- پیگیری تفاوت معنادار نبود. در متغیر کیفیت زندگی جسمانی نیز بین مقایسهٔ دوبه‌دو میانگین مراحل پیش‌آزمون- پس‌آزمون ($p<۰/۰۰۱$) و پیش‌آزمون- پیگیری تفاوت معنادار شد ($p<۰/۰۱۶$)؛ اما در مقایسهٔ میانگین مراحل پس‌آزمون- پیگیری تفاوت معناداری مشاهده نشد.

همچنین در انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، بین مقایسهٔ دوبه‌دو میانگین مراحل پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیش‌آزمون- پیگیری تفاوت معناداری به‌دست آمد ($p<۰/۰۰۱$)؛ اما در مقایسهٔ میانگین مراحل پس‌آزمون- پیگیری تفاوت معناداری یافت نشد.

۴ بحث

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و انعطاف‌پذیری روانی در بیماران با درد غیرقلبی قفسهٔ سینه انجام شد. یافته‌ها نشان داد که میانگین نمرات مقیاس کیفیت زندگی روان‌شناختی و کیفیت زندگی جسمانی در گروه درمانی افزایش دارد. نتایج پیگیری دو ماه بعد نیز یافته‌های مذکور را تأیید کرد و گروه تحت درمان با روش درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد همچنان میانگین نمرات بیشتری در کیفیت زندگی در مقایسه با گروه کنترل داشتند. تأثیر اجرای برنامهٔ درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد را می‌توان این‌گونه تبیین کرد که بیماران دریافت‌کنندهٔ درمان، بدون ترس از بروز درد به انجام کارهای روزانهٔ خود مشغول شدند. این افراد بر مشکل‌های جسمی ناتوان‌کنندهٔ ناشی‌از بیماری غیرقلبی فایق آمدند. در راستای یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان به مطالعهٔ موسوی و همکاران اشاره کرد. آن‌ها به بررسی نتایج درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و شدت و مدت درد در زنان مبتلا به درد مزمن پرداخته و دریافتند که در تمامی خرده‌مقیاس‌های کیفیت زندگی به‌جز مقیاس سلامت جسمانی در گروه آزمایش افزایش معناداری مشاهده می‌شود و کاهش درخورتوجهی در شدت و مدت زمان درد در گروه آزمایش درمقایسه با گروه شاهد وجود دارد (۱۳). نتایج پژوهش صبور و کاکابرایی در اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر علائم اضطراب و شاخص‌های درد در زنان دارای درد مزمن نشان داد که مداخلهٔ مذکور باعث ایجاد تفاوت معناداری بین گروه‌های مداخله و شاهد در نمرات کلی علائم درک از میزان شدت درد و استرس می‌شود (۱۴). عربی و باقری با ارزیابی نقش میانجیگری راهبردهای تنظیم هیجان در رابطهٔ بین شدت درد و کیفیت زندگی مشخص کردند که راهبرد ارزیابی مجدد هیجان به‌طور معناداری با شدت درد دارای رابطهٔ منفی و با کیفیت زندگی دارای رابطهٔ مثبت است. شدت درد و کیفیت زندگی نیز باهم رابطهٔ منفی معنادار دارند؛ باتوجه به نتایج مطالعهٔ حاضر و پژوهش‌های ذکرشده و براساس این مطلب که ماهیت درمان بیمار را وادار به بررسی مجدد مشکلات می‌کند و انعطاف‌پذیری وی را افزایش می‌دهد، انتظار می‌رود که شدت درد کاهش و کیفیت زندگی افزایش یابد؛ زیرا ناتوانی جسمی کم می‌شود و فرد راحت‌تر به امور روزانه می‌پردازد (۱۵). ایران‌دوست و همکاران در ارزیابی تأثیر درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در کیفیت زندگی زنان مبتلا به کمردرد مزمن نشان دادند که این درمان، کیفیت زندگی و زیرمقیاس‌های سلامت روانی و جسمانی آن را در شرکت‌کنندگان گروه آزمایش درمقایسه با گروه کنترل به‌طور معناداری افزایش می‌دهد (۱۶). بهره‌مند و همکاران در مقایسهٔ افسردگی و اضطراب و شدت تنش بین درد قفسهٔ سینهٔ خفیف و شدید در بیماران مبتلا به درد غیرقلبی قفسهٔ سینه، بیان کردند که افسردگی و اضطراب، اجزای روان‌شناختی رایج در بیماران مذکور است که کنترل این مؤلفه‌های روان‌شناختی می‌تواند بر بهبود کیفیت زندگی و انجام امور روزانه مؤثر باشد (۱۷). اسکات و همکاران نیز پژوهشی را جهت ارزیابی جامع تغییرات در انعطاف‌پذیری روان‌شناختی پس از مداخلهٔ درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد برای درد مزمن انجام داده و دریافتند که این روش درمانی در کنترل شدت درد با ایجاد تغییر در انعطاف‌پذیری مؤثر است (۱۸). همچنین مطالعهٔ ایلنبرگ و همکاران نشان داد که روش درمانی ذکرشده بر اضطراب، سلامتی، ناراحتی‌های عاطفی و علائم جسمی ازجمله درد تأثیرگذار بوده و نتایج درمان موجب کاهش این مؤلفه‌ها می‌شود. شش ماه بعد نیز پیگیری از این افراد انجام شد و نتایج مشخص کرد که ۸۶درصد از افراد تحت درمان همچنان از نتایج به‌دست‌آمده ابراز رضایت کردند (۱۹). بررسی پژوهشگران دیگر نیز حاکی‌از اثربخشی این درمان بر

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-15]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.81.3]

کیفیت زندگی بود. هولبرت‌ـ ویلیامز و استوری و ویلسون مداخلهٔ روانی برای بیماران مبتلا به سرطان، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد را انجام دادند و به این نتیجه رسیدند که مداخله و درمان بیان‌شده باعث افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در بیماران سرطانی می‌شود. به این ترتیب پذیرش موقعیت توسط بیمار راحت‌تر انجام شده و بیمار کمتر احساس ناتوانی خواهد داشت (۲۰). باتوجه به نتایج پژوهش حاضر و پژوهش‌های پیشین توان‌مندسازی افراد برای پذیرش درد، بیشترشدن تعامل و تعهد را درقبال اعمال در پی دارد که بدین‌ترتیب ارزشمندی زندگی در آن‌ها افزایش می‌یابد (۱۸،۱۹). درواقع فرد با این روش درمانی قادر خواهد بود بدون ترس از درد به فعالیت‌های روزانه بپردازد و خود را توان‌مند احساس کرده و بدین‌ترتیب رضایت از زندگی بیشتری را تجربه کند. درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، در بافت شکل کلی ارتباط درمانی، وابستگی‌های مستقیم و فرایندهای کلامی غیرمستقیم را به‌کار می‌گیرد تا به‌طور تجربی بتواند ازطریق پذیرش، ناهم‌جوشی، ایجاد حس فراتجربی از خود، ارتباط با لحظهٔ اکنون، ارزش‌ها و ساختن الگوهای مطلوب و خوب از اقدام‌های متعهدانهٔ مرتبط با این ارزش‌ها، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیشتری در فرد ایجاد کند (۷،۸)؛ درنتیجه با این روش درمانی از راه افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، بیمار توان ازدست‌رفته را جهت انجام کارهای روزمره و پرداختن به زندگی عادی مجدداً به‌دست آورده و بر ناتوانی خود چیره خواهد شد. پیشنهاد می‌شود که متخصصان حوزهٔ سلامت با استفاده از روش درمانی حاضر در راستای معالجهٔ مشکل‌های روان‌شناختی بیماران مبتلا به درد غیرقلبی قفسهٔ سینه، گامی مفید جهت درمان این گروه از بیماران بردارند. کارگاه‌های آموزشی روش درمانی نیز موجب تغییر ساختار تفکر و نحوهٔ برخورد فرد با مشکلات می‌شود و در نهایت افزایش توانایی‌های بیمار و درنتیجه رضایت بیشتر از زندگی در وی رخ خواهد داد؛ بنابراین می‌توان از این رویکرد در مراکز درمانی و توان‌بخشی جهت کاهش معضل‌های روان‌شناختی بیماران مبتلا به دردهای مزمن جسمی با منشأ روانی استفاده کرد و به نتایج مطلوب درمانی دست یافت.

۵ نتیجه‌گیری

به‌طورکلی یافته‌های این پژوهش نشان داد که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد رویکردی اثربخش در بهبود کیفیت زندگی جسمانی و روانی و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیماران با درد غیرقلبی قفسهٔ سینه است و می‌توان از آن به‌عنوان فن درمانی مکمل دارودرمانی استفاده کرد.

References

1. Lépine J-P, Briley M. The epidemiology of pain in depression. Hum Psychopharmacol. 2004;19(S1):S3-S7. :doi10.1002/hup.618
2. Yazdi-Ravandi S, Taslimi Z, Haghparast A, Ghaleiha A. Quality of life in patients with chronic pain disorders: Determinnation the role of intensity and duration of pain. Koomesh. 2016;17(4):836-43. [Persian] http://koomeshjournal.semums.ac.ir/article-1-2793-en.html
3. Wiech K, Tracey I. The influence of negative emotions on pain: Behavioral effects and neural mechanisms. NeuroImage. 2009;47(3):987-94. doi:10.1016/j.neuroimage.2009.05.059
4. Woo KY. Chronic wound-associated pain, Psychological stress, and wound healing. Surg Technol Int. 2012;22:57-65.
5. Svansdottir E, Hreggvidsdottir S, Sigurdardottir B, Benedikz E, Andersen K, Karlsson HD. Non-cardiac chest pain and its association with persistent chest pain and poor mental well-being. Laeknabladid. 2018;104(2):71-7. [Icelandic] doi:10.17992/lbl.2018.02.172
6. 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. Global Spine J. 2015;5(6):486-95. doi:10.1055/s-0035-1567835
7. Prevedini AB, Presti G, Rabitti E, Miselli G, Moderato P. Acceptance and commitment therapy (ACT): the foundation of the therapeutic model and an overview of its contribution to the treatment of patients with chronic physical diseases. G Ital Med Lav Ergon. 2011;33(1 Suppl A):A53-63.
8. Hayes SC, Pistorello J, Levin ME. Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. Couns Psychol. 2012;40(7):976-1002. doi:10.1177/0011000012460836
9. Scott W, Hann KEJ, McCracken LM. A comprehensive examination of changes in psychological flexibility following acceptance and commitment therapy for chronic pain. J Contemp Psychother. 2016;46(3):139-48. doi:10.1007/s10879-016-9328-5
10. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. Quality of Life Research. 2005;14(3):875-82. doi:10.1007/s11136-004-1014-5
11. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, et al. Preliminary psychometric properties of the acceptance and action questionnaire–ii: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. Behav Ther. 2011;42(4):676-88. doi:10.1016/j.beth.2011.03.007
12. Imani M. Investigating the structural factor of psychological flexibility questionnaire in students. Studies in Learning and Instruction. 2016;8(1-70):162-81. [Persian] doi:10.22099/JSLI.2016.3830

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-15]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.81.3]

13. Mousavi SM, Kraskian Mujembari A, Hassani Abharian P, Pashang S. Effectiveness of acceptance and commitment-based therapy (ACT rehab) on quality of life, severity and duration of pain; in women with chronic low back pain. Iranian Rehabilitation Journal. 2018;16(1):103-10. [Persian] doi:10.29252/nrip.irj.16.1.103
14. Sabour S, Kakabraee K. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on depression, stress and indicators of pain in women with chronic pain. Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing. 2016;2(4):1-9. [Persian] doi:10.21859/ijrn-02041
15. Arabi E, Bagheri M. The mediating role of emotion regulation strategies on the relationship between pain intensity and quality of life in patients with chronic pain disorder. Health Psychology. 2017;6(22):72-87. [Persian]
16. Irandoost F, Neshat Doost HT, Nadi MA, Safary S. The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on the rate of chronic pain and pain catastrophizing in women with chronic low back pain. Journal of Research in Psychological Health. 2014;8(3):31-40. [Persian] http://rph.khu.ac.ir/article-1-2226-en.html
17. Saeidi M, Takallo F, Komasi S. Comparison of Depression, Anxiety, and stress between mild and severe non-cardiac chest pain. Thrita. 2016;5(2):e32752. doi:10.5812/thrita.32752
18. Scott W, Hann KEJ, McCracken LMJ. A Comprehensive Examination of Changes in Psychological Flexibility Following Acceptance and Commitment J Contemp Psychother. 2016;46(3):139-48. doi:10.1007/s10879-016-9328-5
19. Eilenberg T, Kronstrand L, Fink P, Frostholm L. Acceptance and commitment group therapy for health anxiety–results from a pilot study. J Anxiety Disord. 2013;27(5):461–8. doi:10.1016/j.janxdis.2013.06.001
20. Hulbert-Williams NJ, Storey L, Wilson KG. Psychological interventions for patients with cancer: psychological flexibility and the potential utility of acceptance and commitment therapy. Eur J Cancer Care. 2015;24(1):15-27. doi:10.1111/ecc.12223

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-15]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.81.3]