MEJDS. 2019; 8:46.
Published online 2018 Nov. **Research Article**

The Effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological flexibility and rumination in patients with non-cardiac chest pain

Fateme Heidari[1], *Parviz Asgari[2], Alireza Heidari[2], Reza Pasha[3], Behnam Makvandi[3]

Authors
1. Psychology PhD student, Department of Psychology, Science and Research College of Khuzestan, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran;
2. Associate Professor of Psychology, Department of Psychology, Ahvaz branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran;
3. Assistant Professor of Psychology, Department of Psychology, Ahvaz branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.
***Corresponding Author Address**: Department of Psychology, Ahvaz branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran;
***E-mail**: d.askary@iauahvaz.ac.ir

Received: 2017/09/16; **Accepted:** 2017/11/18

Abstract

Background & Objective: Chest pain is one of the common complaints of individuals in referring to therapeutic centers. Generally, examinations characterized show that this pain has a non-cardiac origin. Various factors can cause chest pain for instance pulmonary disorders, digestive disorders, neck arthritis pain and especially psychological factors, which is usually less commonly considered to the cause of mental illness. Therefore, psychological factors are more important in diagnosis and treatment. These factors can cause a negative effect on daily life of patients who have this problem in the form of fatigue, anxiety, depression, dissatisfaction with life and fear of death. Therefore, patients have low ability to do their routines. Mainly, patients do minimize physical activity to reduce their pain. In other words, this problem causes the immobility and impairment or disrupt of physical, social and occupational functioning of them. New research explains the causality, treatment and etiology most of the physical disorders including pain, in the form of "bio-psychosocial" theories. Thus, both of physical and mental therapy should be considered in the treatment process. Therefore, aim of present study was to investigate the effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological flexibility and rumination in patients with non-cardiac chest pain.

Methods: This study was a semi-experimental and clinical intervention, pre, post and follow up test for two months after first visit, with a control group. The research sample was available and included 40 patients referred to one of Tehran's hospitals who were randomly divided into two experimental and control groups (experimental group included 7 women, 13 men and control group included 9 women and 11 men). Subjects responded to two questionnaires, AAQ-II questionnaires and rumination (Hoeksma and Muro). Results were analyzed by T test with independent groups, variance with repeated measurements and Bonferroni method. Using SPSS version 23 software.

Results: After intervention, in the treatment group mean scores of rumination scales decreased and psychological flexibility increased and in control group mean scores of rumination score increased and psychological flexibility decreased. This supremacy was maintained in the follow-up after two months in treatment group ($p<0.001$).

Conclusion: Results of this study suggested that acceptance and commitment therapy was effective on psychological flexibility and rumination in patients with non-cardiac chest pain and results of treatment were stable. Therefore, proper diagnosis and treatment could produce desired results and creates satisfactory in these patients. In the other words with this treatment, patients obtain the missing power for movement.

Keywords: Non-cardiac chest pain, Acceptance and commitment therapy, Psychological flexibility, Rumination.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-19]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.65.0]

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 ۱۳۹۷؛ (۸): ۴۶.

انتشار برخط آبان‌ماه ۱۳۹۷ مقاله پژوهشی اصیل

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و نشخوار فکری در بیماران با درد غیرقلبی قفسه‌سینه

فاطمه حیدری،[۱] *پرویز عسگری،[۲] علیرضا حیدری،[۲] رضا پاشا،[۳] بهنام مکوندی[۳]

نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، پردیس علوم و تحقیقات خوزستان، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران؛

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

۳. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران؛

***آدرس نویسنده مسئول**: گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

***رایانامه**: d.askary@iauahvaz.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۷/۵؛ **تاریخ پذیرش**: ۱۳۹۶/۸/۷

چکیده

زمینه و هدف: علل متنوعی می‌تواند موجب بروز درد قفسه سینه شود؛ که معمولاً علل روانی کمتر مورد توجه قرار می‌گیرند، از این رو واجد اهمیت بیشتری در تشخیص و درمان هستند؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روانی و نشخوار فکری در بیماران با درد غیرقلبی قفسه‌سینه انجام شد.

روش بررسی: این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی به صورت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو ماه بعد با گروه کنترل بود. نمونه پژوهش به صورت در دسترس و شامل تعداد ۴۰ بیمار مراجعه کننده به یکی از بیمارستان‌های شهر تهران بود که پس از ورود به طرح، به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. آزمودنی‌ها به دو پرسشنامه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و نشخوار فکری (هوکسما و مارو) پاسخ دادند. گروه آزمایش تحت ۸ جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند. سپس نتایج با آزمون‌های آماری تی دو گروه مستقل، تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی و با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ بررسی شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که پس از مداخله، میانگین نمرات مقیاس نشخوار فکری کاهش ($p<۰/۰۰۱$) و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در گروه درمانی افزایش داشت ($p<۰/۰۰۱$). این برتری در پیگیری دو ماه بعد نیز حفظ شده بود ($p<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و نشخوار فکری در بیماران با درد غیرقلبی قفسه سینه که دچار ناتوانی‌های جسمی شده‌اند، مؤثر است و نیز نتایج درمان پایدار می‌باشد. بنابراین تشخیص و درمان مناسب موجب ایجاد نتایج مطلوب و رضایتمندی در بیمار می‌گردد.

کلیدواژه‌ها: درد غیرقلبی قفسه سینه، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، نشخوار فکری.

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 www.jdisabilstud.org on 2025-07-19]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.65.0]

۱ مقدمه

پژوهش‌های جدید تبیین، درمان و سبب شناسی اکثر اختلال‌های جسمی، ازجمله درد را در قالب نظریه‌های «زیستی روانی اجتماعی»[1] توضیح می‌دهند و بروز و تداوم درد را تنها در قالب عوامل زیستی نمی‌بینند؛ بلکه سهم عوامل روانی و اجتماعی را در اختلال درد به‌خوبی تبیین کرده‌اند(۱). ازجمله دردهایی که باعث نگرانی شدید فرد می‌شود، دردهای «قلبی ـ عروقی»[2] و دردهای شبه قلبی، اما با منشأ غیرقلبی است.

دردهای «غیرقلبی قفسه سینه»[3] با ایجاد عوامل تنش‌زای جسمی و روانی گوناگون چون فقدان سلامتی، احساس درد مداوم، ازدست‌دادن شغل، محرومیت حسی، احساس مرگ قریب‌الوقوع و درجه‌های متفاوتی از واکنش‌های روانی نظیر ناامیدی، خستگی و وحشت، موجب احساس بی‌ارزشی و کاهش اعتمادبه‌نفس در بیمار و درنتیجه ناتوانی در انجام کارهای روزمره می‌شود (۲).

عوامل روانی که شرایط جسمانی را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد، در پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری بیماری‌های روانی (DSM-5)، تحت عنوان «اختلالات روان‌تنی» مشخص شده است. در این اختلالات، دستگاه‌های گوناگون بدن مانند دستگاه گوارش، قلب و عروق، هورمون‌ها و... ممکن است درگیر و دارای علائم باشد. مشکلات شبه‌درد قلبی به‌صورت سوزش سردل، بازگشت اسید معده بدون وجود ناهنجاری یا ازوفاژیت، درد قفسه سینه شبیه آنژین قلبی با منشأ گوارشی یا استرس، اضطراب و... است (۳).

تعداد زیادی از این دسته افراد دچار حمله‌های عودکنندهٔ مکرر درد قفسه سینه هستند و این درد تأثیر منفی بر زندگی روزمره این افراد به جا می‌گذارد و به شکل خستگی، اضطراب، افسردگی، نارضایتی از زندگی و ترس از مرگ بروز می‌کند؛ بنابراین، این بیماران توانایی انجام امور زندگی خود را ندارند و حداقل حرکات جسمی را انجام می‌دهند تا دردکمتری احساس کنند (۲). به‌عبارت‌دیگر، این مشکل موجب اختلال در کارکرد جسمی، اجتماعی و شغلی فرد می‌شود.

اما نظر به اینکه عوامل روانی در درمان کمتر موردتوجه قرار می‌گیرد، اهمیت بیشتری در تشخیص و پیگیری دارد؛ زیرا بررسی‌نکردن مشکلات روانی در این بیماران باعث مراجعهٔ مکرر افراد به مطب‌ها و کلینیک‌ها می‌شود که ممکن است باعث بروز دو مسئلهٔ اساسی شود: الف) باعث ازدحام مراجعان و غربالگری‌نکردن صحیح بیماران واقعی کرونری می‌شود؛ ب) اختلالات روانی درمان‌نشده در طولانی‌مدت به‌جز اختلالات خاص خویش ممکن است باعث ایجاد و تشدید همان بیماری و سایر اختلالات جسمی شود (۴)؛ بنابراین، برای درمان چنین بیمارانی، رویکردهای درمانی دیگری جدا از درمان‌های دارویی لازم و ضروری به‌نظرمی‌رسد.

در همین راستا، هافمن و همکارانش (۵) دریافتند رویکردهای درمانی چندگانه که یکی از مؤلفه‌های آنان مبتنی‌بر مداخله‌های روان‌شناختی بوده است، به‌مراتب اثرات کوتاه‌مدت و بلندمدت بیشتری بر درد و بهبود کارکرد روزانه و شغلی افراد دارد.

یکی از این مداخله‌های روان‌شناختی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است که جزو درمان‌های موج سوم محسوب می‌شود. این مدل درمانی شامل شش فرایند است (پذیرش، گسلش‌شناختی، ارتباط با لحظهٔ حال و اکنون، خود به‌منزلهٔ زمینه، ارزش‌ها و اقدام متعهدانه) که پیامد مطلوب در آن افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است؛ به‌عبارت‌دیگر، فرصتی به مراجع می‌دهد تا برای دست‌یافتن به اهداف و پیامدهای ارزشمند، رفتار خود را کنترل کند یا تغییر دهد(۶).

افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و توانمندسازی افراد برای پذیرش درد، منجر به افزایش تعامل و تعهد به اعمال می‌شود که بدین‌ترتیب فرد شروع به فعالیت می‌کند و ارزشمندی زندگی در او افزایش می یابد. افزایش انعطاف پذیری روانی شامل کمک به مراجعان است؛ به‌نحوی‌که از چرخهٔ اجتناب تجربی و تلفیق شناختی جدا شوند، نه اینکه تغییر افکار و احساسات آن‌ها را به چالش بکشد(۷).

به‌طورکلی، انعطاف‌پذیری دو مؤلفه دارد: «در معرض خطر قرارگرفتن» و «سازگاری خوب و مثبت». مؤلفهٔ «در معرض خطر قرارگرفتن»: عوامل خطر عبارت‌اند از: گرفتاری‌های روانی ـ اجتماعی یا حوادث آسیب‌زا و عوامل غیرروانی ـ اجتماعی مانند آسیب‌های قبل از تولد و... مؤلفهٔ «سازگاری خوب و مثبت»: به معنای دستیابی به وظایف تحولی در هر مرحله از رشد و نداشتن اختلال روانی است؛ به‌علاوه، سازگاری خوب دلالت بر این مسئله دارد که عوامل محافظت‌کننده‌ای وجود دارد که باعث می‌شود فرد با وجود آنکه در معرض شرایط ناگوار قرار می‌گیرد، الگوی ناسازگارانه و نامطلوب رفتاری از خود نشان ندهد (۸).

ازآنجاکه درد غیرقلبی قفسه‌سینه و ناتوانی ناشی از آن جنبهٔ روان‌شناختی دارد، این افراد دربارهٔ خودآگاهی ضعیف‌تر عمل می‌کنند؛ بنابراین، در تنظیم هیجان‌های خود مشکل دارند و درد را به شکل فاجعه‌آمیزی ارزیابی می‌کنند.

به‌نظرمی‌رسد درگیرشدن در فرایندهای پردازشی خودکار به‌جای

---

[1]. Bio psychosocial

[2]. Cardiovascular diseases

[3]. Non Cardiac Chest Pain

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-19]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.65.0]

فرایندهای مبتنی‌بر آگاهی ذهنی، همراه با توجه بدون انعطاف و نداشتن تمرکز بر لحظهٔ کنونی باعث می‌شود که افراد بیش از پیش به درد فکر کنند و دست به نشخوار بزنند و درنتیجه، شدت خطر ناشی از آن را بیشتر برآورد نمایند و این چرخهٔ معیوب بارها تکرار می‌شود (۹)؛ بنابراین، نقش نگرانی و نشخوار فکری در طیف وسیعی از اختلالات روانی به‌طور فزاینده شناخته و مشخص می‌شود (۱۰).

به‌عبارت‌دیگر، بیمارانی که درک درستی از مسائل روان‌شناختی و بیماری خود ندارند، مرتب در حال نشخوار فکری هستند و انعطاف‌پذیری شناختی و توانایی حرکتی آنان مختل است.

در نظریهٔ سبک‌های پاسخ «نولن ـ هوکسما»، نشخوار فکری، تفکر تکرارشونده دربارهٔ علائم افسردگی، علل احتمالی و پیامدهای آن تعریف شده است که افسردگی را به‌واسطهٔ افزایش تفکر منفی، حل مسئلهٔ ناکارآمد، تداخل با رفتار هدفمند و کاهش حمایت اجتماعی، تشدید می‌کند و تداوم می‌بخشد (۱۱).

پژوهش‌های متفاوتی با روش درمانی حاضر در گروه‌های مختلف بیماران انجام شده است؛ اما طبق شواهد در دسترس پژوهش‌ها در ایران، در حوزهٔ بیماران با دردهای مزمن غیرقلبی محدود بوده و برای توان‌بخشی بیماران با این دردها اقدام مؤثری انجام نشده است. ازآنجاکه عوامل فرهنگی و روان‌شناختی گوناگون بر ادراک، تجربه و پاسخ به درد تأثیر می‌گذارد و دردهای قفسه‌سینه بسیار نگران‌کننده است، به شکلی که فرد را دچار ترس از مرگ قریب‌الوقوع می‌کند و از انجام امور و حرکت بازمی‌دارد یا به‌عبارت‌دیگر، در عملکرد شغلی و اجتماعی فرد اختلال جدی به شکل ناتوانی ایجاد می‌کند، هدف از مطالعهٔ حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روانی و نشخوار فکری در بیماران با درد غیرقلبی قفسه‌سینه بود.

۲ روش بررسی

روش تحقیق از نوع نیمه‌آزمایشی و مداخلهٔ بالینی بود. اطلاعات از طریق دو پرسشنامه جمع‌آوری شد. جامعهٔ پژوهش شامل همهٔ مراجعه‌کنندگان به بیمارستان مرکز قلب تهران در سال ۱۳۹۵ بود که شرایط ورود به مطالعه را داشتند؛ ازجمله: داشتن معیار درد مزمن در قفسه‌سینه برای حداقل چهار ماه گذشته، نداشتن بیماری قلبی ـ عروقی بر اساس همهٔ آزمایش‌ها و معاینه‌های پزشکی طبیعی، نداشتن بیماری‌های مرتبط با ایجاد درد قفسه سینه، استفاده‌نکردن از هر نوع درمان طی دورهٔ مداخله و تمایل به شرکت در مطالعه.

شرایط خروج از مطالعه عبارت بود از: نداشتن شرایط مذکور و تشخیص همبودی با اختلالات روانی با استفاده از مصاحبه، استفاده از روش‌های درمانی دیگر در طول مطالعه. افراد موردمطالعه بر اساس تشخیص نهایی، بیماری قلبی ـ عروقی نداشتند و معاینه‌های پزشکی‌شان طبیعی بود و دچار بیماری‌های مرتبط با ایجاد درد قفسه‌سینه نیز نبودند.

تعداد ۴۰ آزمودنی، بر اساس پژوهش‌های پیشین (۱۲،۱۳،۱۴) که بین ۳۰ تا ۴۰ بیمار را در پژوهش خود شرکت داده بودند، به شکل در دسترس و داوطلبانه، پس از اطمینان‌دادن دربارهٔ حفظ رازداری درخصوص اطلاعات و یافته‌های حاصل از پژوهش و با رعایت ملاحظه‌های اخلاقی مبنی بر حفظ اطلاعات فردی و رعایت شئونات انسانی و رازداری در پژوهش شرکت کردند و به‌طور تصادفی به دو گروه تقسیم شدند (یک گروه آزمایش ۲۰ نفره و یک گروه کنترل ۲۰ نفره).

افراد گروه آزمایش تحت هشت جلسه آموزش یک‌ونیم ساعته درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرارگرفتند. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و نشخوار فکری این افراد در ابتدا (پیش‌آزمون)، پس از پایان جلسه‌ها (پس‌آزمون) و مجدداً دو ماه بعد در پیگیری بعدی[1] ارزیابی شد. اطلاعات موردنیاز از طریق پرسشنامه و نتیجهٔ معاینه‌های کامل پزشکی این افراد جمع‌آوری شد. از گروه کنترل نیز همهٔ آزمون‌ها گرفته شد؛ ولی تحت هیچ روش درمانی قرارنگرفتند.

ابزار پژوهش شامل دو پرسشنامه بود: «پرسشنامهٔ انعطاف‌پذیری روان‌شناختی»[2]: این پرسشنامه را «بوند» در سال ۲۰۱۱ تهیه نمود و اصلاح کرد که دارای ۱۰ سؤال بود و سؤال‌های دو تا نُه نمره‌گذاری وارونه داشت. این پرسشنامه سازه‌ای را می‌سنجد که این سازه به شکل کلی قادر به توضیح و اندازه‌گیری نداشتن تحرک و تنوع، میزان پذیرش، اجتناب تجربی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است. نمره‌های بالاتر نشان‌دهندهٔ انعطاف‌پذیری روانی بیشتر است (۱۵).

مشخصات اصلی روان‌سنجی نسخهٔ اصلی بدین‌شرح است: نتایج دو هزار و ۸۱۶ شرکت‌کننده در مدت شش ماه نشان داد که این ابزار پایایی، روایی و اعتبار سازه‌ای رضایت‌بخشی دارد. میانگین نمره‌های ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ (۰/۸۸ ـ ۰/۷۸) و پایایی بازآزمایی در فاصلهٔ سه و ۱۲ ماه به‌ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۹ بود (۱۵). ایمانی (۱۶) پایایی این پرسشنامه را در نمونهٔ ایرانی ۰/۷۱ و همسانی درونی آن را ۰/۸۶ گزارش کرده است.

مقیاس «نشخوار فکری هوکسما و مارو»[3]: نالن ـ هوکسما و مارو (۱۹۹۱) پرسشنامه‌ای خودآزما تدوین کردند که چهار سبک

[1] Follow up

[2]. Acceptance & Action Questionnaire II (AAQ-II)

[3]. Ruminative Response Scale (RRS)

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-19]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.65.0]

متفاوت واکنش به خلق منفی را ارزیابی می‌کرد. پرسشنامهٔ سبک‌های پاسخ از دو مقیاس پاسخ‌های نشخواری و مقیاس پاسخ‌های منحرف‌کنندهٔ حواس تشکیل شده است. مقیاس پاسخ‌های نشخواری ۲۲ عبارت دارد و از پاسخ‌دهندگان می‌خواهد هرکدام را در مقیاسی از یک (هرگز) تا چهار (اغلب اوقات) درجه‌بندی کنند. دامنهٔ نمره‌های این پرسشنامه بین ۲۲ تا ۸۸ است. نمره‌های بالاتر نشان‌دهندهٔ افزایش نشخوار فکری در فرد است که افسردگی اولیه را پیش‌بینی می‌کند. بر پایهٔ شواهد تجربی، مقیاس پاسخ‌های نشخواری، پایایی درونی زیادی دارد. ضریب آلفای کرونباخ در دامنه‌ای از ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ قرار دارد. پژوهش‌های گوناگون نشان می‌دهد که همبستگی بازآزمایی برای پاسخ‌های نشخواری، ۰/۶۷ است (۱۷).

آلفای کرونباخ در پژوهش انجام شده در نمونهٔ ایرانی که منصوری و همکارانش (۱۳۹۰) انجام دادند، ۰/۹۰ به دست آمد. اعتبار پیش‌بینی مقیاس پاسخ‌های نشخواری، در تعداد زیادی از مطالعه‌ها آزمایش شده است. نتایج پژوهش‌های زیادی نشان می‌دهد که مقیاس پاسخ‌های نشخواری، شدت افسردگی را در دوره‌های پیگیری در نمونه‌های بالینی و غیربالینی با کنترل متغیرهایی مانند سطح اولیهٔ افسردگی یا عوامل استرس‌زا پیش‌بینی می‌کند (۱۸).

برای تحلیل داده‌ها از آزمون‌های آماری تی دو گروه مستقل، تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی به روش بونفرونی استفاده شد. علاوه‌براین، دو ماه بعد نیز پیگیری از نمونه‌ها انجام شد و برای تجزیه‌وتحلیل آماری داده‌ها از نرم افزار SPSS نسخهٔ ۲۳ استفاده شد.

ملاحظه‌های اخلاقی مبنی‌بر حفظ اطلاعات فردی و رعایت شئونات انسانی و رازداری نیز در مدت پژوهش اجرا گردید و به آزمودنی‌ها اطمینان‌خاطر داده شد که در هنگام انجام پژوهش در صورت تمایل، می‌توانند پروژه را ترک کنند.

۳ یافته‌ها

چهل بیمار غیرقلبی با درد قفسه‌سینه در این پژوهش شرکت کردند و در دو گروه آزمایش (هفت زن و ۱۳ مرد) و کنترل (نُه زن و ۱۱ مرد) به‌طور تصادفی جاگذاری شدند. میانگین سن شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش ۴۳±۷/۴۶ سال و در گروه کنترل۱/۷۱ ±۴۵ سال بود.

ابتدا پیش‌فرض طبیعی‌بودن توزیع نمره‌ها با آزمون «شاپیرو-ویلک»[1] بررسی و تأیید شد. نتایج تحلیل خی‌دو نشان داد که بین دو گروه از لحاظ سطح تحصیلات تفاوت معناداری وجود ندارد. همچنین، نتایج مقایسهٔ میانگین سنی دو گروه از آزمون تی دو گروه مستقل، نشان داد که بین دوگروه از لحاظ سن نیز تفاوت معناداری وجود ندارد. نتایج آزمون تی نمره‌های پیش‌آزمون نشخوار فکری و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بین دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل، نشان داد که دو گروه مذکور در ابتدای مطالعه در هیچ‌کدام از دو متغیر وابسته با هم تفاوت معناداری نداشتند. باوجوداین، در تحلیل‌های بعدی نمره‌های پیش‌آزمون به‌عنوان متغیر همپراش درنظرگرفته‌شد. پیش‌فرض تساوی ماتریس واریانس‌ها نیز در متغیر وابسته بین دو گروه برقرار بود.

نتایج حاصل از آزمون «لوین» نیز درخصوص پیش‌فرض تساوی واریانس نمره‌های نشخوار فکری و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیماران مبتلا به درد غیرقلبی قفسه‌سینه در دوگروه، حاکی از برقراری این پیش‌فرض بود.

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که میانگین نمره‌های مقیاس نشخوار فکری کاهش و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در گروه درمانی افزایش یافته است. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای این دو متغیر در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بیانگر این است که تفاوت معناداری بر اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی ($F=۱۱۱/۳۸$، $p<۰/۰۰۱$) و نشخوار فکری ($F=۴۴/۶۴$، $p<۰/۰۰۱$) در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل وجود دارد.

جدول ۱. مشخصات توصیفی متغیرهای نشخوار فکری و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به همراه نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری		نتیجه آزمون		
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	مقدار F	مقدار p	مجذور اتا
نشخوار	آزمایش	۷۱/۲	۱۲/۴۷	۴۹/۰	۱۱/۰۳	۴۴/۴	۵/۵۵	۴۴/۶۴	<۰/۰۰۱	۰/۸۳
فکری	کنترل	۶۷/۵	۱۳/۸۹	۶۸/۱۰	۱۳/۱۶	۶۹/۸۶	۱۱/۱۸	۵/۱۶	۰/۰۸۷	۰/۲۴
انعطاف	آزمایش	۳۰/۷۵	۲/۸۸	۶۱/۱۵	۸/۲	۵۶/۸۵	۷/۱	۱۱۱/۳۸	<۰/۰۰۱	۰/۹۲
روان‌شناختی	کنترل	۳۳/۱۰	۵۷/۵	۳۲/۲	۴/۸۱	۳۴/۳	۴/۲۳	۲/۱۲	۰/۱۴۹	۰/۱۹

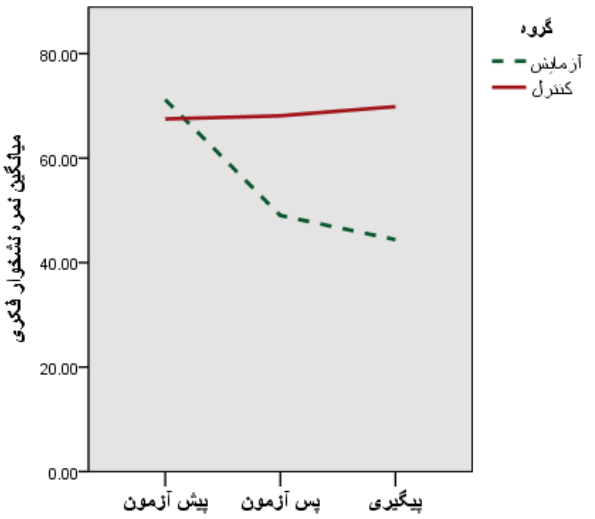
[1]. Shapiro-Wilk

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-19]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.65.0]

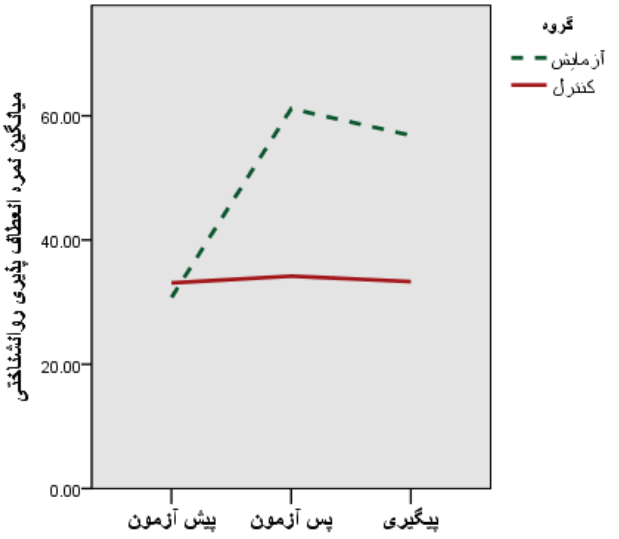
بر اســـاس نتـایج جـدول ۱، میـانگین نمره‌هـای پیش‌آزمون «نشـخوارفکری» بیماران مبتلا به درد غیرقلبی قفسـه‌سـینه در گروه آزمایش از ۷۱/۲ در مرحلهٔ پس‌آزمون به ۴۹/۰ و در مرحلهٔ پیگیری به ۴۴/۴ کاهش یافته اسـت ($p<۰/۰۰۱$)؛ اما در گروه کنترل، تغییر چشـمگیر و معناداری مشـاهده نمی‌شـود، شـکل یک نیز مؤید این مطلب است.

میـانگین نمره‌هـای پیش‌آزمون «انعطـاف‌پـذیری روان‌شـــناختی» شـرکت‌کنندگان در گروه آزمایش نیز از ۳۰/۷۵ در مرحلهٔ پس‌آزمون بـه ۶۱/۱۵ و در مرحلـهٔ پیگیری بـه ۵۶/۸۵ تغییر یـافتـه اســـت ($p<۰/۰۰۱$)؛ امـا در گروه کنترل تغییر چشـــمگیر و معنـاداری مشاهده نمی‌شود. شکل دو نیز مؤید این مطلب است.



شکل ۱. نمودار مقایسه‌ای میانگین نمرهٔ نشخوار فکری در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش و کنترل

همان‌طور که در شـکل ۱ مشـاهده می‌کنید، میانگین نمره‌های نشـخوار فکری دو گروه با هم مقایسـه شـده اسـت. مطابق شـکل بالا، میانگین نمره‌های نشـخوار فکری گروه آزمایش در مرحلهٔ پس‌آزمون در مقایسـه با مرحلهٔ پیش‌آزمون کاهش یافته اسـت و این کاهش در مرحلهٔ پیگیری هم تداوم داشـــت؛ درحالی‌که میانگین نمره‌های نشـــخوار فکری گروه کنترل در هر سه مرحلهٔ مطالعه تقریباً بدون تغییر است.



شکل ۲. نمودار مقایسه‌ای میانگین نمرهٔ انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش و کنترل

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-19]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.65.0]

شکل ۲ نشان می‌دهد که میانگین نمره‌های انعطاف‌پذیری روان‌شناختی گروه آزمایش در مرحلهٔ پس‌آزمون در مقایسه با مرحلهٔ پیش‌آزمون افزایش یافته است و در مرحلهٔ پیگیری شاهد اندکی کاهش هستیم. در مقابل، میانگین نمره‌های انعطاف‌پذیری روان‌شناختی گروه کنترل در هر سه مرحلهٔ مطالعه تغییرات چشمگیری نداشته است. در مرحلهٔ بعد آزمون تعقیبی بونفرونی، برای مقایسهٔ دو به دو بین میانگین مراحل در هر متغیر، در گروه آزمایش انجام شد که نتایج در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲. مقایسهٔ دو به دو میانگین مراحل در متغیرهای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و نشخوار فکری در گروه آزمایش

متغیر	عامل I	عامل J	میانگین تفاوت‌ها	خطای استاندارد	مقدار p
انعطاف‌پذیری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۳۰/۴۰-*	۱/۹۸	<۰/۰۰۱
		پیگیری	۲۶/۱۰-*	۱/۹۴	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۴/۳۰*	۱/۰۴	۰/۰۰۲
نشخوار فکری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۲۲/۲۰*	۲/۶۸	<۰/۰۰۱
		پیگیری	۲۶/۸۰	۲/۷۸	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۴/۶۰	۱/۸۳	۰/۰۶۳

نتیجهٔ آزمون تقریبی بونفرونی در جدول ۲ برای گروه آزمایش نشان داد که در متغیر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، بین مقایسهٔ دو به دو میانگین همهٔ مراحل تفاوت معناداری وجود داشت (p<۰/۰۰۱). همچنین، در متغیر نشخوار فکری، بین مقایسهٔ دو به دو میانگین مراحل پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیش‌آزمون-پیگیری تفاوت معناداری وجود داشت (p<۰/۰۰۱)؛ اما در مقایسهٔ میانگین مراحل پس‌آزمون-پیگیری تفاوت معناداری مشاهده نشد (p=۰/۰۶۳).

۴ بحث

دردهای غیرقلبی قفسه‌سینه باعث ایجاد استرس، کاهش فعالیت روزانه، ناتوانی در انجام کارها و کاهش سطح کیفیت زندگی فرد می‌شود؛ بنابراین، آموزش‌های ارائه‌شده به این بیماران باعث می‌شود تا هم منشأ درد برای بیمار مشخص شود و هم از مراجعه‌های مکرر به پزشکان و اتلاف هزینه و وقت جلوگیری شود. از طرف دیگر، کارکرد جسمی فرد در سطح بهینه نیز حفظ خواهد شد.

در همین زمینه، پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روانی و نشخوار فکری در بیماران با درد غیرقلبی قفسه‌سینه انجام شد. همان‌طور که نتایج نشان می‌دهد، میانگین نمره‌های مقیاس نشخوار فکری کاهش و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در گروه درمانی افزایش داشت. از طرفی، میانگین نمره‌های مقیاس نشخوار فکری در گروه کنترل افزایش یافته بود.

نتایج پیگیری دو ماه بعد نیز یافته‌های مذکور را تأیید کرد و گروه تحت درمان با روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد همچنان میانگین نمره‌های بیشتری در انعطاف‌پذیری نشان داد و درنتیجه به نشخوار فکری کمتری مبتلا بودند. به‌عبارت‌دیگر، تأثیر روش حاضر بر درمان این دسته از بیماران کاملاً مشهود بود و آن‌ها بدون ترس از بروز درد، کارهای روزانهٔ خود را انجام می‌دادند.

در بررسی‌های قبلی مشخص شد که تاکنون چند پژوهش داخلی و خارجی دربارهٔ اثربخشی روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد انجام شده است؛ اما جامعهٔ آماری حاضر موردتوجه قرار نگرفته؛ ازجمله: مهردوست و همکارانش (۱۲) در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش توجه متمرکز بر خود و نشخوار و همچنین بهبود باورهای خودکارآمدی اجتماعی مؤثر است.

محمدی و همکارانش (۱۳) نیز تحقیقی با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان در مردان معتادِ تحت درمان با متادون انجام دادند. یافته‌های حاصل از پژوهش نشان داد روش درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش، بر کاهش میزان سرزنش خود، نشخوار فکری، فاجعه‌آمیزپنداری و سرزنش دیگران تأثیر مثبت و معنادار داشته و بر افزایش میزان پذیرش، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، توجه مجدد مثبت، توجه مجدد به برنامه‌ریزی، باز ارزیابی مثبت و اتخاذ دیدگاه، تأثیر مثبت و معنادار داشته است.

نتایج پژوهش حاضر نیز مشخص کرد که این روش درمانی از یک سو نشخوار فکری فرد را کاهش و از سوی دیگر، انعطاف‌پذیری را افزایش می‌دهد؛ درنتیجه، تفکر منفی تکراری غالب از بین می‌رود و فرد به خودباوری می‌رسد که در چنین حالتی، فرد به شیوهٔ مثبتی شروع به تفکر می‌کند و توانایی‌های ازدست‌رفتهٔ خود را بازیابی و سپس شروع به برنامه‌ریزی و انجام کارها می‌کند.

در پژوهشی که قرایی‌اردکانی و همکارانش (۱۴) انجام دادند، مشخص شد که روش درمانی حاضر در کاهش تجربهٔ درد در زنان مبتلا به سردرد مزمن مؤثر بوده است. نتایج درمانی این پژوهش نیز مشخص کرد که پذیرش درد در فاجعه‌آمیز نشان‌دادن آن مؤثر است؛ زیرا گروه کنترل همچنان شدت درد را به همان میزان قبل

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-19]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.65.0]

نشـــان می‌داد، ولی فاجعه‌آمیزبودن درد در گروه آزمایش به دلیل افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شـــناختی با کاهش چشـــمگیری همراه بود.

به‌علاوه، در پژوهشـــی که هولبرت‌ـ ویلیامز و همکارانش (۱۹) تحت عنوان «مـداخلـهٔ روانی برای بیمـاران مبتلا بـه ســرطـان: انعطاف‌پذیری روان‌شـــناختی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد» انجام دادند، به این نتیجه دست یافتند که مداخله و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، باعث افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شـــناختی در بیماران سرطانی می‌شود.

نتایج پژوهش پترســـون و همکاران (۲۰) دربارهٔ درمان مبتنی بر پـذیرش و تعهـد در زوج‌هـای پریشـــان، حـاکی از آن بود کـه انعطاف‌پذیری روان‌شـــناختی در افراد تحت درمان افزایش یافته است و هر دو زوج پس از پایان درمان، سازگاری خوب و مداومت در بهبود را نشان دادند. همچنین، پریشانی و اختلاف‌های بین‌فردی هر دو زوج کاهش یافت. به‌علاوه، زوجین در شـــش ماه پیگیری، نمره‌هایی در محدودهٔ غیرپریشانی گزارش کردند.

همان‌طور که مشـــاهده گردید، نتایج پژوهش حاضـــر نیز پایداری و مداومت در نتایج گروه آزمایش و نتیجه‌بخش‌بودن روش درمانی حاضـــر را نشـــان داد؛ بنابراین، نتایج این پژوهش با یافته‌های پژوهش‌های پیشین هم‌راستاست.

درواقع نشخوار فکری چرخه‌ای معیوب در روند افکار ایجاد می‌کند که نه‌تنها کارآمد نیســـت؛ بلکه آســـیب‌رســـان اســـت. این مؤلفهٔ روان‌شناختی، مجموعه‌ای از افکار منفعلانه است که جنبهٔ تکراری دارد و مانع حل مسئلهٔ سازگارانه می‌شود و به افزایش عاطفهٔ منفی می‌انجامد (۱۷). بنابراین، باید این چرخه شـــکســـته شـــود و انعطاف‌پذیری روان‌شـــناختی فرد افزایش یابد تا بتواند در شـــرایط گوناگون به بهترین شیوه و به شکل بهینه رفتار کند.

با توجه به نتایج این مطالعه می‌بینیم که ترکیبی خطی از عوامل زیســـتی، رفتاری و روان‌شـــناختی در بروز و تداوم درد غیرقلبی قفســـه‌ســـینه در برخی بیماران نقش مهمی ایفا می‌کند (۱) و اطلاع‌نداشـتن بیماران از بیماری‌های روان‌شـناختی و نداشـتن توجه کافیِ درمانگران حیطهٔ پزشـــکی باعث می‌شـــود که امر آموزش روش‌های غیردارویی مؤثر بر انواع این اختلالات ضرورت یابد.

در این رابطه توجه به دو نکته ضروری است: اول اینکه درمانگران باید در فرایند درمان به این عوامل توجه کافی کنند؛ چراکه با این کار می‌توان در راستای پیشگیری و درمان این بیماری اقدام نمود. دوم اینکه مراجعه‌کنندگان با این دردها، با بروز درد، تنها به بیماری‌های جســـمی فکر می‌کنند (۵) و نظر به اینکه مشـــکل آنان ممکن است ناشی از عوامل روان‌شناختی باشد، باید به آنان آموزش داد که برای درمان به متخصـــصـــان روان‌شـــناس یا روان‌پزشـــک مراجعه نمایند تا در صرف هزینهٔ هنگفت به لحاظ اقتصادی، وقت و انرژی، چه برای بیمار و چه برای مراکز درمانی و ســـیســـتم بهداشـــتی، صـــرفه‌جویی شـــود. از طرفی، این افراد درمان مناســـبی دریـافـت می‌کـننـد و نـتـایـج مـطـلـوبـی را در رونـد درمـانـی به‌دســـت‌خواهندآورد. درنهایت، با این روش درمانی، بیمار توان ازدســـت‌رفته را برای انجام کارهای روزمره و زندگی عادی مجدداً به‌دست‌می‌آورد و بر ناتوانی خود چیره می‌شود.

با توجه به نتایج به‌دست‌آمده، پیشنهاد اصلی این پژوهش، استفاده از روش درمانی حاضـــر در راســـتای درمان مســـائل روان‌شـــناختی بیماران مبتلا به درد غیرقلبی قفسه‌سینه است؛ زیرا استفاده از روش حاضـــر در بیماران مبتلا به چنین دردهایی که منشـــأ روان‌شـــناختی دارد، بسیار کارآمد و مفید است؛ اعتمادبه‌نفس فرد افزایش می‌یابد و ترسی از بروز درد در هنگام انجام کارها ندارد، بنابراین، شروع به فعالیت می‌کند و بر ناتوانی خود فائق می‌آید.

پیشـنهاد می‌کنیم برای این دسـته از بیماران، کارگاه‌های آموزشـی با روش حاضر برگزار شود تا موجب رشد ساختار تفکر و حل مسئله و درنهایت افزایش توانایی‌های بیمار و درنتیجه رضایت بیشتر وی شـــود. همچنین، از این رویکرد در مراکز درمانی و توان‌بخشـــی به‌منظور کاهش مسائل روان‌شناختی بیماران مبتلا به دردهای مزمن جسمی با منشأ روانی استفاده شود.

۵ نتیجه‌گیری

مشـخص شـد که اشـتغال ذهنی مداوم به درد ناتوان‌کننده به شـکل نشخوار فکری و نیز انعطاف‌پذیرنبودن باعث می‌شود که این بیماران در انجام امور زندگی توانایی لازم را نداشته باشند. درد قفسه سینه حتی با دلیل غیرقلبی نیز موجب ترس از مرگ و آســـیب شـــدید می‌شـــود. به همین دلیل بیمار ســـعی می‌کند از نظر جســـمی کمتر حرکت کند تا درد کمتری را احساس کند. هرچند این درد ناشـی از علل جســـمی نیســـت و علت روانی دارد؛ خود فرد به این موضـــوع آگاهی ندارد.

نتایج این پژوهش مشـــخص کرد که درمان با روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، موجب پذیرش درد و درنتیجه بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کاهش نشخوار فکری در این افراد می‌شود. بنابراین، بیمار توانایی‌هایش را باور می‌کند و بدون ترس از بروز مســـائل قلبی، شروع به فعالیت روزانه می‌نماید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-19]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.65.0]

References

1. Berland DW, Rodgers PE, Green CR, Harrison R, Roth RS, Clauw DJ, et al. Managing chronic non-terminal pain in adults: Including Prescribing Controlled Substances. Michigan, USA: University of Michigan Medicine; 2016.
2. Ketterer MW, Draus C, McCord J, Mossallam U, Hudson M. Behavioral factors and hospital admissions/readmissions in patients with CHF. Psychosomatics. 2014; 55(1): 45-50. doi:10.1016/j.psym.2013.06.019
3. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5th ed.). American Psychiatric Pub; 2013. 300 p.
4. Frasure-Smith N, Lesperance F. Reflections on depression as a cardiac risk factor. Psychosom Med. 2005; 67(1): 19- 25. doi:10.1097/01.psy.0000162253.07959.db
5. Hoffman BM, Papas RK, Chatkoff DK, Kerns RD. Meta-analysis of psychological interventions for chronic low back pain. Orig Res Article Health Psychol. 2007; 26(1): 1-9. doi:10.1037/0278-6133.26.1.1
6. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. Behavior Therapy. 2004; 35(4): 639-65. doi:10.1016/S0005-7894(04)80013-3
7. Wilson KG, Sandoz EK, Kitchens J, Roberts M. The valued living questionnaire: Defining and measuring valued action within a behavioral framework. The Psychological Record. 2010; 60(2): 249-72.
8. Kim-Cohen J. Resilience and developmental psychology. Child and adolescent psychiatric clinics of North America. 2007; 16(2): 271-83. doi:10.1016/j.chc.2006.11.003
9. Brown CA, Jones, AK. Meditation experience predicts less negative appraisal of pain: electrophysiological evidence for the involvement of anticipatory neural responses. Pain. 2010; 150: 428 -38. doi:10.1016/j.pain.2010.04.017
10. Ehring T, Watkins ER. Repetitive negative thinking as a trans-diagnostic process. International Journal of Cognitive Therapy. 2008; 1(3): 192-205. doi:10.1521/ijct.2008.1.3.192
11. Smith JM, Alloy LB. A roadmap to rumination: A review of the definition, assessment, and conceptualization of this multifaceted construct. J Clinical Psychology Review. 2009; 29(2): 116–28. doi:10.1016/j.cpr.2008.10.003
12. Mehrdoush Z, Naztodost-Hamid T, Abedi A. The effectiveness of acceptance and commitment therapy to reducing self-centered attention and improving self-efficacy beliefs. Journal of Psychological Methods and Models. 2013; 3(11): 67-81. [Persian]
13. Mohammadi L, Salahzadeh-Abargouei M, Nasirian M. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on cognitive emotion regulation in methadone-dependent addict's men. Journal of Shaheed Sadoughi of University of Medical Sciences and Health Services, Yazd. 2015; 23(9): 853-86. [Persian].
14. Qaraee-Ardakani Sh, Azad-Falah P, Tavallaie A. The effectiveness of acceptance and commitment therapy in reducing the severity of pain experience in women with chronic headache disorder. Journal of Clinical Psychology. 2012; 4(2): 39-50. [Persian].
15. 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. Behavior therapy. 2011; 42(4): 676-88. doi:10.1016/j.beth.2011.03.007
16. Imani Mehdi. Investigating the Structural Factor of Psychological Flexibility Questionnaire in Students. Journal of Learning and Education Studies. 2016; 8(1): 181-162. [Persian]
17. Nolen-Hoeksema S, Morrow J. A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake. Journal of Personality and Social Psychology. 1991; 61(1): 115-21. doi:10.1037/0022-3514.61.1.115
18. Mansouri A, Farnam A, BashiPour-Roodsari A, Mahmoud-Alilou M. Comparison of worries, obsessive compulsive and rumination thinking in people with generalized anxiety disorder, obsessive-compulsive disorder, major depressive disorder, and normal people. Journal of Psychological Studies. 2011; 7(4): 55-74. [Persian] doi:10.22051/psy.2011.1535
19. Hulbert-Williams NJ, Storey L, Wilson KG. Psychological intervention for patients with cancer: psychological flexibility and the potential utility of acceptance and commitment therapy. European Journal of Cancer Care. 2015; 24(1): 15-27. doi:10.1111/ecc.12223
20. Peterson BD, Eifert GH, Feingold T, Davidson S. Using Acceptance and Commitment Therapy to treat distressed couples: A case study with two couples. Cognitive and Behavioral Practice. 2009; 16(4): 430-42. doi:10.1016/j.cbpra.2008.12.009

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-19]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.65.0]