

## اثربخشی پذیرش و تعهد بر امید و مدیریت درد بیماران مولتیپل اسکلروزیس

تاریخ دریافت: ۹۸/۹/۱۹ - تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۱/۲۴

### خلاصه

#### مقدمه

بیماری مولتیپل اسکلروزیس یک بیماری پیش‌رونده‌ای است که باعث مسائل روانی مانند کاهش امید و مدیریت درد نیز می‌شود؛ این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی پذیرش و تعهد بر امید و مدیریت درد بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس انجام شد.

#### روش کار

در پژوهش حاضر بر حسب نوع گردآوری داده‌ها از نوع طرح‌های نیمه آزمایشی استفاده شد، طرح این پژوهش از نوع طرح‌های پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. از جامعه آماری بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شهر تهران، به روش در دسترس، ۲۸ نفر انتخاب شد که به صورت تصادفی به دو گروه ۱۴ تایی با عنوان گروه آزمایش و گروه کنترل را تقسیم شدند. از پرسشنامه‌های امید و مدیریت درد استفاده شد. داده‌ها با آزمون کواریانس مورد تحلیل قرار گرفت.

#### نتایج

نتایج کواریانس نشان داد که رویکرد پذیرش و تعهد بر افزایش امید و مدیریت درد بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس تاثیر مثبت و معنی‌داری دارد ( $p \leq 0.01$ ).

#### نتیجه‌گیری

رویکرد پذیرش و تعهد بر امید و مدیریت درد بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس موثر است؛ از این رو پیشنهاد می‌شود از رویکرد پذیرش و تعهد بر بیماران مولتیپل اسکلروزیس استفاده شود.

#### کلمات کلیدی

پذیرش و تعهد، امید، مدیریت درد، بیماران مولتیپل اسکلروزیس.

**پی‌نوشت:** این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

طاهره امامی رودی<sup>۱</sup>

نسیم خدافلای پور<sup>۲</sup>

زینب صدر<sup>۳\*</sup>

محیا مشهدی بفرولی<sup>۴</sup>

مریم کج کلاهی<sup>۵</sup>

محبوبه قدمی<sup>۶</sup>

<sup>۱</sup>گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، بهشهر، ایران  
<sup>۲</sup>گروه روانشناسی، واحد علوم و تحقیقات البرز، کرج،

ایران

<sup>۳</sup>گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، واحد برون مرزی،

ایران

<sup>۴</sup>گروه مدیریت، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

<sup>۵</sup>گروه روانشناسی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران

<sup>۶</sup>گروه روانشناسی، واحد تهران مرکزی، تهران، ایران

\* گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، واحد برون مرزی،

ایران

Email: zeinab.sadr@gmail.com



## مقدمه

مولتیپل اسکلروزیس (MS) یک بیماری مزمن، غیر قابل درمان و خودایمنی در سیستم عصبی مرکزی با پاتوفیزیولوژی نامشخص است که سیستم عصبی مرکزی را با استفاده از فرایندهای التهابی، تجزیه میلین و در نتیجه آسیب به آکسونها درگیر می‌کند (۱). بیماری MS اغلب با یک مرحله ۱۵-۱۰ سال به مرحله پیشرفته تبدیل شود (۲). شایع ترین سن ابتلا به این بیماری ناتوان کننده بین ۲۰ تا ۴۰ سالگی است و میزان این بیماری در جهان در زنان دو برابر مردان است (۳) و سومین علت ناتوانی در میان بزرگسالان محسوب می‌شود (۴).

طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۰، تعداد افراد مبتلا به ام اس در جهان برابر با ۲ تا ۲٫۵ میلیون نفر می باشد شیوع ام اس در مقیاس جهانی حدود ۲ تا ۱۵۰ در هر صد هزار نفر می باشد که البته این میزان بسته به هر منطقه متفاوت می باشد (۵). در سال ۱۹۹۰، حدود ۱۲۰۰۰ بیمار مبتلا به ام اس در سراسر جهان فوت کردند در حالیکه در سال ۲۰۱۲ حدود ۲۰،۰۰۰ فوت کردند (۶). در ایران هم طبق آخرین آمار حدود ۷۰ هزار بیمار مبتلا به ام اس گزارش شده است. ایران در ابتلا به بیماری ام اس جزو ۱۰ کشور اول دنیاست (۷) آمار بیماران ام اس در استان اصفهان به طور میانگین ۶۰ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر است که از میانگین جهانی نیز بیشتر است. بر اساس مطالعات اپیدمیولوژیک، اصفهان را می توان از مناطق با ریسک متوسط تا زیاد ام اس در دنیا دانست (۸).

از دیرباز دانشمندان و فلاسفه بر این عقیده بوده اند که بین بیماری جسمانی و آسیب‌های روانشناختی رابطهای دو سویه وجود دارد. حوزه‌ای نسبتاً جدید در روانشناسی سلامت به نام ایمنی‌شناسی روانی عصبی به این موضوع می‌پردازد که چگونه عوامل روانشناختی، دستگاه ایمنی را تغییر داده و خطر ابتلا به بیماری را افزایش می‌دهند. موارد متعددی وجود دارد که نشان می‌دهد افسردگی، درماندگی، ناامیدی و رویدادهای تنش‌زای زندگی

با تغییر ایمنی در افراد موجب بیماری می شوند (۹). تظاهرات بالینی بیماری ام اس شامل خستگی، نقایص حسی و حرکتی، اختلال در عملکرد شناختی (۱۰)، اختلالات روانی همچون افسردگی (۱۱) و اضطراب می‌شود (۱۲) و اغلب کیفیت زندگی و امید (۱۳) بیمار را کاهش داده و باعث درد و رنج جسمانی (۱۴-۱۵) بر بیماران می‌شود.

افراد مبتلا به ام اس، علاوه بر اینکه از مشکلات جسمانی رنج می‌برند، اغلب، از آسیب‌ها و اختلالات روانی نیز رنج می‌برند، اغلب، از آسیب‌ها و اختلالات روانی نیز رنج می‌برند. عدم امید به زندگی و عدم اعتماد به نفس از جمله مشکلاتی هستند که افراد مبتلا به MS دارند و این به شدت بر کاهش کیفیت زندگی بیماران تاثیر دارد (۱۳). امید عنصر اساسی زندگی و مظهری از چشم‌انداز ما از آینده است. وجود امید برای بیماران، می‌تواند انرژی لازم را برای ارتقای سلامت و افزایش بهزیستی فراهم کند؛ و همچنین عزت نفس و حس خوب بودن را در بیمار تقویت کند (۱۶). احساس و تجربه درد، معمولی‌ترین علائم بیماری یا آسیب به شمار می‌رود. در ایالات متحده آمریکا، احساس درد عامل بیش از ۸۰ درصد مراجعات پزشکی است. زندگی کردن با درد مزمن مستلزم فشار روانی و عاطفی قابل توجهی است. به طوریکه توانایی‌های عاطفی، هیجانی و روانشناختی فرد بیمار را کاهش می‌دهد و باعث تضعیف روحیه بیمار، احساس ناتوانی، ناامیدی و کاهش بهزیستی روانشناختی فرد می‌گردد (۱۷).

برای درمان مشکلات روانشناختی، علاوه بر درمان‌های دارویی، درمان‌های غیردارویی نیز در طول سال‌های متوالی ابداع شده است. از جمله روش‌های غیردارویی و کاربردی برای استفاده در کار بالینی و غیربالینی که امروزه کاربرد فراوان دارد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می باشد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توسط هیز در دهه ۱۹۸۰ از رویکردهای رفتارگرایی به درمان پدید آمد. در درمان پذیرش و تعهد، هدف تغییر رابطه فرد با افکار و احساساتش است (۱۸). تا زمانی که ما فکر یا احساسی را به عنوان نشانه برجسب

نمونه روش‌ها و معیارهای مختلفی وجود دارد، یکی از معیارهای اصلی انتخاب حجم نمونه بر اساس روش پژوهش است. مطابق با اصول روش تحقیق، برای روش‌های آزمایشی ۱۰ نفر نمونه برای هر گروه کفایت می‌کند اما به منظور پیش‌بینی احتمال ریزش در اجرا، ۱۵ نمونه برای هر گروه و مجموعاً ۳۰ نفر در نظر گرفته شد. ابتدا ۳۰ نفر به صورت در دسترس از جامعه آماری انتخاب شد سپس با استفاده از روش جایگزین تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. در حین اجرای پژوهش ۱ نفر از گروه آزمایش دچار افت شدند و بدین ترتیب ۱ نفر نیز از گروه کنترل حذف شدند؛ مجموع نمونه‌ها ۲۸ نفر شد. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از مبتلا به بودن بیماری ام‌اس، ساکن شهر تهران، محدود سنی ۳۰ تا ۵۰ و عدم مصرف قرص‌های روانپزشکی در طول درمان. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز مصرف داورهای روانپزشکی و غیبت بیش از سه جلسه در طول درمان گروهی بود. روش اجرا بدین ترتیب بود که ابتدا پیش‌آزمون‌های پژوهش بر هر دو گروه آزمایش و کنترل اجرا شد، سپس برای گروه آزمایش مداخله پذیرش و تعهد در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد و در انتها بر هر دو گروه اجرا شد و داده‌های مورد نیاز جمع‌آوری شد. جهت بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کالموگراف اسمیرنوف، آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس درون گروهی و همچنین از روش کواریانس (ANCOVA) برای سنجش معنادار بودن تفاوت پیش‌آزمون - پس‌آزمون، استفاده شد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ استفاده شد.

### ابزار

**پرسشنامه امیدواری:** این پرسشنامه که توسط اسنایدر و همکاران در سال ۱۹۹۱ برای سنجش امیدواری ساخته شد، دارای ۱۲ عبارت است و به صورت خود سنجی اجرا شد. از این عبارات، ۴ عبارت برای سنجش تفکر عاملی، ۴ عبارت برای سنجش تفکر راهبردی، ۴ عبارت انحرافی است. بنابراین، این پرسشنامه دو

بزنیم، این تلویح را دارد که بد، نادرست، منفی و آسیب‌زا است؛ و برای سالم بودن باید از آنها خالص شد. که این باعث منازعه ما با این افکار و احساسات می‌شود. منازعه‌ای که معمولاً نتیجه خوبی ندارد. اهداف نهایی، تغییر این افکار و احساسات رنج‌آور از شکل قدیمی، یعنی نشانه‌های آسیب‌زای نابهنجاری که مانع زندگی معنادار و غنی هستند، به شکل جدیدتر یعنی تجارب انسانی طبیعی که بخشهایی از یک زندگی غنی و معنادار هستند (۱۹).

پژوهش‌های اخیر روی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نتایج امیدبخش را در زمینه اثربخشی این درمان ارائه داده است. هریس در یک مطالعه موردی پیرامون درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شش اصل بنیادین «گسلش شناختی، پذیرش، تماس با لحظه اکنون، خود مشاهده‌گر، ارزش‌ها و اقدام متعهدانه» را معرفی کرد که مولد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی فرد است و وی را به سمت زندگی غنی و پرمعنا سوق می‌دهد (۲۰). در پژوهشی نشان داده شد که هم‌جوشی شناختی می‌تواند به عنوان یکی از مهم‌ترین دلایل درمان پیامدهای منفی بیماری ام‌اس در نظر گرفته شود (۲۱).

مزیت عمده این روش، نسبت به روان‌درمانی‌های دیگر، در نظر گرفتن جنبه‌های انگیزشی به همراه جنبه‌های شناختی، به جهت تأثیر و تداوم بیشتر اثربخشی درمان است (۲۲). با توجه به جدید بودن این روش درمانی، بررسی اثربخشی آن بر امید و مدیریت درد بیماران مبتلا به MS ضروری به نظر می‌رسد. با توجه به وجود شکاف پژوهشی در زمینه تأثیر پذیرش و تعهد بر بیماران MS، هدف پژوهش تعیین اثربخشی پذیرش و تعهد بر امید و مدیریت درد بیماران MS بود.

### مواد و روش کار

در این پژوهش از روش نیمه‌آزمایشی و طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل به منظور بررسی تأثیر پذیرش و تعهد بر امید و مدیریت درد بیماران مبتلا به MS استفاده شد. جامعه آماری این پژوهش را تمامی بیماران مبتلا به MS ساکن شهر تهران و عضو در انجمن بیماران ام‌اس تشکیل داده بودند. به منظور تعیین حجم

بالاتر معرف خودمدیریتی بیشتر درد مزمن می‌باشد. نتایج تحلیل عاملی این مقیاس بیانگر مقبولیت مقادیر شاخصه ای برازندگی آنها بوده، روایی محتوا ۰/۸۰، روایی همگرا (با مقیاس خودمدیریتی درد مزمن نیکوالس، سرسختی روانشناختی، خودکارآمدی درد، افکار فاجعه آفرین درد و باورها و ادراکات درد به ترتیب با ضرایب ۰/۴۷، ۰/۵۰؛ ۰/۲۶؛ ۰/۳۳ و پایایی بازآزمایی ۰/۸۷ و پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ مقیاس نیز مورد تأیید قرار گرفت (۲۶). در این پژوهش نیز قابلیت اعتماد پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد.

#### یافته‌ها

در این پژوهش ۲۸ نفر در دو گروه شرکت کرده بودند که میانگین سن گروه کنترل ۳۷/۷۶ (با انحراف معیار ۴/۲۱) و میانگین سن گروه آزمایش برابر با ۳۸/۱۵ (با انحراف معیار ۵/۱۵) بود. در ادامه به تحلیل یافته‌ها پرداخته می‌شود:

زیر مقیاس عامل و راهبرد را اندازه گیری می‌کند. متوسط ضریب روایی و پایایی این ابزار برابر ۰/۹۱ / گزارش شده است. همسانی درونی کل آزمون ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ است و پایایی آزمون - بازآزمون ۰/۸۰ و در دوره‌های بیشتر از ۸ تا ۱۰ هفته، از این میزان نیز بالاتر است (۲۳). به علاوه، داده‌های زیادی در مورد اعتبار همزمان پرسشنامه امید و مواردی که می‌تواند پیش‌بینی کند، وجود دارد. برای مثال، این پرسشنامه با پرسشنامه‌های خوش بینی، انتظار دستیابی به هدف، و عزت نفس همبستگی ۰/۵۰ تا ۰/۶۰ دارد (۲۴). در این پژوهش نیز قابلیت اعتماد پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آمد.

**پرسشنامه‌ی مدیریت درد:** پرسشنامه مدیریت درد ساخته لو و همکاران (۲۵) جهت سنجش میزان خودمدیریتی درد مزمن طراحی شده است. این مقیاس دارای ۲۵ سوال با طیف چندگزینه‌ای «هیچ وقت، به ندرت، گاهی، اکثر اوقات، همیشه» بوده که در مجموع سه عامل خودمدیریتی عملکردی (سوالات ۱ تا ۱۴)، خودمدیریت هیجانی (۱۵ تا ۱۹) و خودمدیریتی پزشکی (سوالات ۲۰ تا ۲۵) را مورد بررسی قرار می‌دهد. لازم به ذکر است که نمره

جدول ۲. نتایج تحلیل کواریانس پس آزمون نمرات امید پس از تعدیل پیش آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگن مجذورات	مقدار F	سطح معناداری
مدل تصحیح شده	۲۴۱۲/۶۶	2	۱۲۰۶/۳۳	۱۴/۵۶	.000
عرض از مبدا	۳۷/۶۸	1	۳۷/۶۸	1.000	/۳۱۷
پیش آزمون	۸۰۹/۹۰	1	۸۰۹/۹۰	۱۹/۴۵	.000
گروه (متغیر مستقل)	۷۵۶/۷۰	1	۷۵۶/۷۰	۱۷/۴۹	.000
خطا	۹۰۳/۷۶	۲۵	۳۶/۱۵		

آزمایش در میزان امید بعد از تعدیل اثر پیش آزمون تفاوت معنی دار می باشد. بنابراین به این نتیجه می توان رسید که آموزش پذیرش و تعهد بر میزان امید بیماران مبتلا به ام اس اثربخش است.

در جدول ۲ نتیجه آزمون تحلیل کواریانس بوضوح نشان داده شده است. همانطور که در این جدول مبرهن است مجموع مجذورات متغیر مستقل ۸۰۹،۹۰ می باشد که منجر به اندازه آزمون F ۱۷،۴۹ می شود که اندازه این آزمون F در سطح یک درصد معنی دار است. به عبارتی دیگر، بین دو گروه کنترل و

جدول ۳. نتایج تحلیل کواریانس پس آزمون نمرات مدیریت درد پس از تعدیل پیش آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگن مجذورات	مقدار F	سطح معناداری
مدل تصحیح شده	۹۳۲/۵۰	2	۴۶۶/۲۵	۱۲/۷۶	.000
عرض از مبدا	۴۵/۹۷	1	۴۵/۹۷	1.000	/۲۱۷
پیش آزمون	۲۱۳/۸۹	1	۲۱۳/۸۹	۱۶/۳۱	.000
گروه (متغیر مستقل)	۶۹۰/۴۳	1	۶۹۰/۴۳	۱۴/۸۷	.000
خطا	۱۰۰۴/۱۲	۲۵	۴۰/۱۷		

آزمایش در میزان مدیریت درد بعد از تعدیل اثر پیش آزمون تفاوت معنی دار می باشد. بنابراین به این نتیجه می توان رسید که آموزش پذیرش و تعهد بر میزان مدیریت درد بیماران مبتلا به ام اس اثربخش است.

در جدول ۳ نتیجه آزمون تحلیل کواریانس بوضوح نشان داده شده است. همانطور که در این جدول مبرهن است مجموع مجذورات متغیر مستقل ۶۹۰،۴۳ می باشد که منجر به اندازه آزمون F ۱۴/۸۷ شد که اندازه این آزمون F در سطح یک درصد معنی دار است. به عبارتی دیگر، بین دو گروه کنترل و

### بحث و نتیجه گیری

جای تغییر و کاهش نشانه ها بر ایجاد زندگی ارزشمند متمرکز شوند و افکار، احساسها، خاطره ها و احساسهای بدنی خود را بدون قضاوت و نیاز به دفاع در برابر آنها بپذیرند. این شیوه درمانی از طریق گسلش شناختی به دنبال آن است که به بیماران کمک کند تا به طور انعطاف ناپذیر تسلیم افکار و قوانین ذهنی خود نباشند و به جای آن، شیوه هایی برای تعامل موثر با دنیا بیابند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد نوع دیگری از خود به نام خود به عنوان زمینه (یا حس متعالی از خود) را به بیماران معرفی می کند که منظور از آن، معنا و حسی از خود به صورت

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی پذیرش و تعهد بر امید و مدیریت درد بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس انجام شد. اولین نتیجه پژوهش نشان داد که آموزش پذیرش و تعهد بر میزان امیدواری بیماران تاثیر مثبت می گذارد. این نتیجه با نتایج پژوهش های مک کراکن و همکاران (۲۷)، شپارد و همکاران (۲۸)، گلستانی فر و همکاران (۲۹) همسو بود. در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش امید می توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به بیماران آموزش می دهد تا به

زمینه‌ای است که در آن رویدادهای درونی مثل افکار، احساس-ها، خاطره‌ها و احساس‌های بدنی رخ می‌دهد (۲۹).

همچنین می‌توان گفت که هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ایجاد انعطاف پذیری روانشناختی می‌باشد، نه اینکه عملی تنها در جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته ساز انجام شود. در این رویکرد با استفاده از فونوی همچون استعاره‌ها تلاش می‌گردد به افراد کمک شود (۳۰). در واقع پذیرش دو مؤلفه اصلی دارد که شامل پذیرش ارادی و پرداختن به فعالیت است. اولین مؤلفه به دامنه‌ای از ناراحتی و مشکلات اجازه می‌دهد تا تجربه شود و مؤلفه دوم به فعالیت‌هایی از زندگی مربوط می‌شود که در کنار مشکل و بیماری تجربه می‌شوند. این درمان با افزایش پذیرش فرد نسبت به موارد یاد شده و ایجاد تعهد، کیفیت زندگی فرد و امید بیمار را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۳۱). علاوه بر آن، این روش مشاهده و توصیف را بدون قضاوت تجربه‌ها در زمان حال تشویق می‌کند و این تجربه‌ها به بیماران مبتلا به ام اس کمک می‌کنند تغییرات دنیا را به‌طور واقعی تجربه کنند، نه آن گونه که ذهن آنها را می‌سازد. پس برای هر فرد ارزش‌ها، حوزه‌هایی مهم از زندگی هستند و مراجع ارزش‌ها، هدف‌ها و رفتاری خاص مربوط به حوزه‌های مهم زندگی خود را تعریف و موانع احتمالی در تحقق آنها را شناسایی و تشویق می‌شود تا برای تغییر رفتارشان متعهد شود. در نتیجه، این عوامل می‌توانند از طریق بهبود سلامت و کیفیت زندگی نقش مؤثری در افزایش امید به زندگی بیماران مبتلا به ام اس داشته باشند.

نتیجه بعدی پژوهش نشان داد که استفاده از آموزش پذیرش و تعهد بر مدیریت درد بیماران MS تاثیر دارد. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های فینی (۳۲) و پاکنهام و فلیمنگ (۳۳)، پاک و همکاران (۳۴) همسو بود.

در تبیین این نتیجه از پژوهش می‌توان گفت که هدف اصلی برنامه آموزش پذیرش و تعهد، افزایش انعطاف پذیری است. این توانایی به گشاده بودن یا به عبارتی به پذیرا بودن تجارب اشاره دارد تا جایکه فعالیت‌هایی که فرد را به سمت ارزش‌ها هدایت می‌کند، اتخاذ کند (۳۵). انعطاف‌پذیری روانشناختی افراد را به سمتی سوق می‌دهد که رفتارهای جدیدی در راستای ارزش‌ها اتخاذ کنند و این کار با احساس گشاده بودن، در حضور بودن و آگاهی انجام می‌پذیرد (۳۶). وجود انعطاف‌پذیری روانشناختی به این معناست که فرد می‌تواند در هر زمان حرکت رو به جلو داشته باشد، حتی با رویدادن هر گونه رخداد شخصی. احتمالاً پذیرش روانی به طور کلی نقش پیچیده، مهم و منحصر به فردی در افراد مبتلا به MS بازی می‌کند. مهمترین اینکه پذیرش روانی می‌تواند به پذیرش بیماری کمک کند. این نشان می‌دهد که پیشرفتهای درمان ACT در کسانی که مبتلا به MS هستند در نتیجه افزایش "تمایل به درد" رو به رشد بوده و بسیاری از تجارب متنوع روانی، تجربه‌های عاطفی ناخواسته، خاطرات و افکار نسبت به سایر عالئم فیزیکی و غیره کاهش یافته است (۲۷).

مهمترین محدودیتهای پژوهش حاضر استفاده از روش نمونه-گیری در دسترس، عدم بررسی نتایج به تفکیک جنسیت، استفاده از ابزارهای خودگزارشی و عدم پیگیری نتایج اشاره کرد. در نتیجه، پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی از روشهای نمونه‌گیری تصادفی استفاده، نتایج به تفکیک جنسیت بررسی، از مصاحبه ساختاریافته برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده و نتایج در مراحل پیگیری کوتاه‌مدت و بلندمدت بررسی شود. به‌عنوان آخرین پیشنهاد می‌توان به مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با سایر روشهای درمانی موج سوم روان‌درمانی از جمله درمان ذهن‌آگاهی اشاره کرد.

## References

1. Mikula P, Timkova V, Linkova M, Vitkova M, Szilasiova J, Nagyova I. Fatigue and suicidal ideation in people with multiple sclerosis: the role of social support. *Frontiers in psychology*. 2020; 11:504.
2. Lassmann H. Multiple sclerosis pathology. *Cold Spring Harbor perspectives in medicine*. 2018;8(3): a028936.
3. Fanciullacci C, Straudi S, Basaglia N, Chisari C. The role of psychological well-being in multiple sclerosis rehabilitation. *European journal of physical and rehabilitation medicine*. 2017 Feb 1;53(1):105-13.
4. Zamani N, Rahmati A, Fazilatpour M. The effect of cognitive – behavioral stress management training on anxiety, depression and cognitive disorder of individuals with multiple sclerosis. *Journal of Clinical Psychology*. 2014; 5:4(20); 43-5.
5. van den Akker LE, Beckerman H, Collette EH, Eijssen IC, Dekker J, de Groot V. Effectiveness of cognitive behavioral therapy for the treatment of fatigue in patients with multiple sclerosis: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*. 2016 Nov 1; 90:33-42.
6. Koriem KM. Multiple sclerosis: New insights and trends. *Asian Pacific Journal of Tropical Biomedicine*. 2016 May 1;6(5):429-40.
7. Etemadifar M, Sajjadi S, Nasr Z, Firoozeei TS, Abtahi SH, Akbari M, et al. Epidemiology of Multiple Sclerosis in Iran: A systematic review. *European Neurology*. 2013; 70(5-6):356-63.
8. Etemadifar M, Maghzi A-H. Sharp increase in the incidence and prevalence of Multiple Sclerosis in Isfahan, Iran. *Multiple Sclerosis Journal*. 2011; 17(8):1022-7.
9. Rosenhan DL, Seligman ME. *Abnormal psychology*. WW Norton & Co; 1989.
10. Wojcik C, Fuchs TA, Tran H, Dwyer MG, Jakimovski D, Unverdi M, Weinstock-Guttman B, Zivadinov R, Eshaghi A, Benedict RH. Staging and stratifying cognitive dysfunction in multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis Journal*. 2021 May 6:13524585211011390.
11. Hanna M, Strober LB. Anxiety and depression in Multiple Sclerosis (MS): Antecedents, consequences, and differential impact on well-being and quality of life. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*. 2020 Sep 1;44:102261.
12. Leavitt, V. M., Brandstadter, R., Fabian, M., Katz Sand, I., Klineova, S., Krieger, S., ... & Sumowski, J. F. (2020). Dissociable cognitive patterns related to depression and anxiety in multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis Journal*, 26(10), 1247-1255.
13. Pouyanfard S, Mohammadpour M, ParviziFard AA, Sadeghi K. Effectiveness of mindfulness-integrated cognitive behavior therapy on anxiety, depression and hope in multiple sclerosis patients: a randomized clinical trial. *Trends in psychiatry and psychotherapy*. 2020 Mar;42(1):55-63.
14. Simpson R, Simpson S, Ramparsad N, Lawrence M, Booth J, Mercer SW. Effects of Mindfulness-based interventions on physical symptoms in people with multiple sclerosis—a systematic review and meta-analysis. *Multiple sclerosis and related disorders*. 2020 Feb 1;38:101493.
15. Ghaffar O, Feinstein A. The neuropsychiatry of multiple sclerosis: a review of recent developments. *Curr Opin Psychiatry*; 2007.20(3):278-85.
16. Morgante L. Hope in multiple sclerosis: a nursing perspective. *International Journal of MS Care*. 2000;2(2):9-15.
17. Hirsh AT, Turner AP, Ehde DM, Haselkorn JK. Prevalence and impact of pain in multiple sclerosis: physical and psychologic contributors. *Archives of physical medicine and rehabilitation*. 2009 Apr 1;90(4):646-51.
18. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford Press; 2011.
19. Hughes LS, Clark J, Colclough JA, Dale E, McMillan D. Acceptance and commitment therapy (ACT) for chronic pain. *The Clinical journal of pain*. 2017 Jun 1;33(6):552-68.
20. Harris R. *Theoretical Basis Treatment Based on Commitment and Admission in Simple Language (Part II)*. [A Feizi, Persian trans.] Tehran: The Psychological Services and Life Advice Center website; 2014.



21. Valvano A, Floyd RM, Penwell-Waines L, Stepleman L, Lewis K, House A. The relationship between cognitive fusion, stigma, and well-being in people with multiple sclerosis. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2016; 5(4):266-70. [DOI:10. 1016/j. jcbs. 2016. 07. 003]
22. Levin ME, Haeger JA, Pierce BG, Twohig MP. Web-based acceptance and commitment therapy for mental health problems in college students: A randomized controlled trial. *Behavior Modification*. 2017 Jan;41(1):141-62.
23. Lopez SJ, Pedrotti JT, Snyder CR. *Positive psychology: The scientific and practical explorations of human strengths*. Sage Publications; 2018 Aug 6.
24. Elliott J, Olver I. The discursive properties of “hope”: A qualitative analysis of cancer patients’ speech. *Qualitative health research*. 2002 Feb;12(2):173-93.
25. Law RY, Harvey LA, Nicholas MK, Tonkin L, De Sousa M, Finnis DG. Stretch exercises increase tolerance to stretch in patients with chronic musculoskeletal pain: a randomized controlled trial. *Physical Therapy*. 2009 Oct 1;89(10):1016-26.
26. razavi S B, abolghasemi S, akbari B, naderinabi B. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Feeling Hope and pain management of Women with Chronic pain. *JAP*. 2019; 10 (1) :36-49
27. McCracken LM, Vowles KE, Eccleston C. Acceptance-based treatment for persons with complex, long standing chronic pain: a preliminary analysis of treatment outcome in comparison to a waiting phase. *Behaviour research and therapy*. 2005; 43(10):1335-46.
28. Sheppard SC, Forsyth JP, Hickling EJ, Bianchi J. A novel application of acceptance and commitment therapy for psychosocial problems associated with multiple sclerosis: Results from a half-day workshop intervention: *Int J MS Care*. 2010; 12(4): 200-6.
29. Golestani Far S, Dasht-e Bozorgi Z. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on depression, mental health and life expectancy of the elderly with nonclinical depression. *Psychology of Aging*, 2021: 6 (3): 191-203.
30. Vowles KE, McCracken LM. Acceptance and values-based action in chronic pain: a study of treatment effectiveness and process. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2008;76(3): 397
31. Anvari MH, Ebrahimi A, Neshatdoost HT, Afshar H, Abedi A. The effectiveness of groupbased acceptance and commitment therapy on painrelated anxiety, acceptance of pain and pain intensity in patients with chronic pain. *J Isfahan Med Sci*. 2014; 295: 1-10.
32. Feeney, J. (2012). *Physical disability and psychological distress in multiple sclerosis: the role of illness representations and experiential avoidance* (Doctoral dissertation, Cardiff University).
33. Pakenham, K. I., & Fleming, M. (2011). Relations between acceptance of multiple sclerosis and positive and negative adjustments. *Psychology & health*, 26, 1292- 1309
34. Pak R, Abdi R, Chelbianlou Gh. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Experiential Avoidance and Acceptance in People with Multiple Sclerosis (MS). *Contemporary Psychology*. 2018: 12 (1): 63-72.
35. Harris R. *The House of ACT: Functional contextualism, ABA and RFT*. Retrieved 20th December, 2010.
36. Stoddard JA, Afari N. *The Big Book of ACT Metaphors: a practitioner's guide to experiential exercises and metaphors in Acceptance and Commitment Therapy*. new harbinger publications; 2014 Apr 1.

## Original Article

# The Effectiveness of Acceptance and Commitment on Hope and Pain Management in Multiple Sclerosis Patients

Received: 10/12/2019 - Accepted: 12/04/2020

Tahereh Emamiroudi<sup>1</sup>  
Nasim Khodagholipour<sup>2</sup>  
Zeynab Sadr<sup>3\*</sup>  
Mahya Mashhadi Bafrouei<sup>4</sup>  
Maryam KajKolahi<sup>5</sup>  
Mahboubeh Ghadami<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Department of Psychology, Payame Noor University, Behshahr, Iran

<sup>2</sup> Department of Psychology, Alborz Science and Research Branch, Karaj, Iran

<sup>3</sup> Department of Psychology, Payame Noor University, Overseas Branch, Iran

<sup>4</sup> Department of Management, University of Isfahan, Isfahan, Iran

<sup>5</sup> Department of Psychology, Science and Research Branch, Tehran, Iran

<sup>6</sup> Department of Psychology, Central Tehran Branch, Tehran, Iran

\* Department of Psychology, Payame Noor University, Overseas Branch, Iran

Email: zeinab.sadr@gmail.com

### Abstract

**Introduction:** Multiple sclerosis is a progressive disease that causes psychological problems such as decreased hope and pain management; The aim of this study was to determine the effectiveness of acceptance and commitment on hope and pain management in patients with multiple sclerosis.

**Methods:** In the present study, according to the type of data collection, semi-experimental designs were used. The design of this research was pre-test-post-test designs with a control group. From the statistical population of patients with multiple sclerosis in Tehran, 28 people were selected by convenience sampling method who were randomly divided into two groups of 14 as experimental group and control group. Hope and pain management questionnaires were used. Data were analyzed by covariance test.

**Results:** The results of covariance showed that the acceptance and commitment approach has a positive and significant effect on increasing hope and pain management in patients with multiple sclerosis ( $p < 0.001$ ).

**Conclusion:** Acceptance and commitment approach is effective on hope and pain management in patients with multiple sclerosis; Therefore, it is suggested to use the acceptance and commitment approach on multiple sclerosis patients.

**Keywords:** Acceptance and Commitment, Hope, Pain Management, Multiple Sclerosis Patients.

**conflict of interest:** There is no conflict of interest.