Original Article

Comparison of the effectiveness of an emotion-based therapy and a treatment based on acceptance and commitment on the quality of life of women with chronic headache

Fathi S[1], Pouyamanes J[2], GHamari M[1], FathiAgdam Gh[2]

1- Department of Counseling, Abhar Branch, Islamic Azad University, Abhar, I.R. Iran.
2- Department of Psychology, Abhar Branch, Islamic Azad University, Abhar, I.R. Iran.

Received: 2020/05/19 | Accepted: 2020/07/20

Abstract:

Background: This study aimed to compare the effectiveness of an emotion-based therapy and a treatment based on acceptance and commitment on the quality of life of women with chronic headache.
Materials and Methods: This study used a quasi-experimental method with pre-test, post-test, follow up, and the control group. The population under consisted women were that they referred for the treatment of headache to the brain and neurology government clinic of Parsabad city in 2019. 30 women were selected by purposive sampling as the participants and randomly divided into three groups.
Results: The mean and standard deviation quality of life for the emotion-based therapy group, the treatment based on acceptance and commitment group, and the control group on the posttest were (38.40±5.03), (39.30±4.43) and (39.30±5.29) respectively. The results showed that the emotion-based therapy (51.50±6.86) and treatment based on acceptance and commitment (60.10±5.04) compared to the control group (39.40±5.37) increased the quality of life in chronic headache patients on the posttest (P=0.001). Besides, the effect of emotion-based therapy (51.20±7.13) and treatment based on acceptance and commitment (60.00±4.96) on the quality of life (39.00±5.01) persisted in the follow-up phase (P<0.001). It was also shown that the effect of treatment based on acceptance and commitment on quality of life in post-test and follow-up was more evident than the effect of emotion-based therapy (P<0.006).
Conclusion: Based on the findings of this study, emotion-focused therapy and acceptance and commitment-based therapy may decrease the stress and thus improve the quality of life of women with chronic headaches.

Keywords: Emotion-based therapy, Treatment based on acceptance and commitment, Quality of life, Chronic headache, Women

***Corresponding Author:**
Email: jaffar_pouyamanesh@yahoo.com
Tel: 0098 242 522 6080
Fax: 0098 242 522 6080

Conflict of Interests: ***No***

Feyz, Journal of Kashan University of Medical Sciences, August, 2020; Vol. 24, No 3, Pages 302-311

Please cite this article as: Fathi S, Pouyamanes J, GHamari M, FathiAgdam Gh. Comparison of the effectiveness of emothion-based therapy and treatment based on acceptance and commitment on the quality of life of women with chronic headache. ***Feyz*** 2020; 24(3): 302-11.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2025-11-06]

مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سردرد مزمن

سمیه فتحی [۱]، جعفر پویامنش [۲*]، محمد قمری [۳]، قربان فتحی‌اقدم [۲]

خلاصه:

سابقه و هدف: پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سردرد مزمن صورت گرفت.

مواد و روش‌ها: روش این پژوهش، نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را زنان مبتلا به سردرد مزمن که در سال ۱۳۹۸ برای درمان سردرد خود به کلینیک‌های دولتی مغز و اعصاب شهر پارس‌آباد مراجعه کرده بودند، تشکیل دادند. ۳۰ نفر با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در سه گروه قرار گرفتند.

نتایج: میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی گروه درمان هیجان‌مدار در پیش‌آزمون (۳۸/۴۰±۵/۰۳)، گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۳۹/۳۰±۴/۴۳) و گروه کنترل (۳۹/۳۰±۵/۲۹) بود. درمان‌های هیجان‌مدار (۵۱/۵۰±۶/۸۶) و مبتنی بر پذیرش و تعهد (۶۰/۱۰±۵/۰۴) در مقایسه با گروه کنترل (۳۹/۴۰±۵/۳۷)، کیفیت زندگی بیماران را در پس‌آزمون افزایش دادند ($P<۰/۰۰۱$). در مرحله پیگیری، اثر درمان هیجان مدار (۵۱/۲۰±۷/۱۳) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۶۰/۰۰±۴/۹۶) بر کیفیت زندگی (۳۹/۰۰±۵/۰۱) ماندگار بود ($P<۰/۰۰۱$). تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری، بیشتر از تأثیر درمان هیجان‌مدار بود ($P<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: این دو درمان ممکن است با کاهش فاجعه‌آمیز بودن سردرد و درنتیجه کاهش اضطراب و ترس مرتبط با درد، در کاهش شدت سردرد و افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سردرد مزمن مؤثر باشند.

واژگان کلیدی: درمان هیجان‌مدار، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کیفیت زندگی، سردرد مزمن، زنان

دو ماه‌نامه علمی - پژوهشی فیض، دوره بیست و چهارم، شماره ۳، مرداد - شهریور ۱۳۹۹، صفحات ۳۱۱-۳۰۲

مقدمه

یکی از بیشترین شکایت‌هایی که باعث مراجعه افراد به مراکز درمانی می‌شود، سردرد (headache) است [۱]. سردرد تنشی (chronic) شایع‌ترین نوع سردرد است که اکثر افراد آن را تجربه می‌کنند [۲]. سردردهای تنشی، یک سردرد تکرارشونده هستند که از چند دقیقه تا چند هفته طول می‌کشند [۳]. انجمن بین‌المللی سردرد، (international headache society)، سردرد تنشی را به دو نوع دوره‌ای (periodic) و مزمن طبقه‌بندی کرده است [۴]. سردرد مزمن با محدود ساختن فعالیت‌های روزمره زندگی، ایجاد اختلال در روابط خانوادگی، اجتماعی و نیز فشارهای اقتصادی، کیفیت زندگی (quality of life) را به‌شدت تحت‌تأثیر قرار می‌دهد [۵].

۱. دانشجوی دکتری، گروه مشاوره، واحد ابهر، دانشگاه آزاد اسلامی، ابهر، ایران

۲. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد ابهر، دانشگاه آزاد اسلامی، ابهر، ایران

۳. دانشیار، گروه مشاوره، واحد ابهر، دانشگاه آزاد اسلامی، ابهر، ایران

* نشانی نویسنده مسؤول:

ابهر، دانشگاه آزاد اسلامی، دانشکده علوم انسانی، گروه روان‌شناسی

تلفن: ۰۲۴۲۵۲۲ ۶۰۸۰ دورنویس: ۰۲۴۲۵۲۲ ۶۰۸۰

پست الکترونیک: jaffar_pouyamanesh@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۲/۳۰ تاریخ پذیرش نهایی: ۱۳۹۹/۴/۳۰

کیفیت زندگی مبتنی بر سلامت، شرایطی است که در آن، بیمار از نظر عاطفی، اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، معنوی و جنسی احساس رضایت می‌کند. کیفیت زندگی شامل ابعاد فیزیکی، روانی و اجتماعی است و درواقع به احساس شخصی بیمار از وضعیت سلامتی خود تعریف می‌شود [۶]. صاحب‌نظران در این‌باره اجماع نظر دارند که کیفیت زندگی، مفهومی چندبُعدی، ذهنی و پویاست [۷]. مطالعات بیانگر این هستند که بین بیماری و کیفیت زندگی، ارتباط متقابل وجود دارد و اختلالات جسمانی و وجود علائم جسمی اثر مستقیم روی تمام جنبه‌های کیفیت زندگی دارد [۸]. بررسی‌ها نشان می‌دهد که اختلالات و فشارهای روانی در افراد دچار سردردهای مزمن در ارتباط با اضطراب، افسردگی و کمبود حمایت‌های اجتماعی شایع‌تر از مردم عادی است که این امر سبب می‌شود تا این افراد از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردار باشند و کیفیت زندگی پایین عاملی مؤثر در بروز مشکلات روان‌شناختی است [۹]. علی‌رغم پیشرفت در کالبدشناسی، فیزیولوژی، زیست‌شناسی شیمیایی درد و ساخت داروهای جدید، همچنان سردرد به‌عنوان مشکل قابل‌توجهی درنظر گرفته می‌شود. در همین راستا، مشاهده می‌شود که استفاده از داروها برای بیماران مبتلا به سردرد، تنها ۳۰ تا ۴۰ درصد از مشکلات آن‌ها را تخفیف می‌دهد [۱۰]. بسیاری از بیماران مبتلا به سردردهای مزمن،

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2025-11-06]

علی‌رغم مداخلات دارویی، همچنان درد را تجربه می‌کنند و اگر با سردردشان سازش نداشته باشند، کیفیت زندگی‌شان به‌طور چشم‌گیری تحت‌تأثیر قرار می‌گیرد. از این‌رو، پیشرفت‌های نظری و رشد پژوهش‌ها، مبانی لازم را برای مفهوم‌سازی سردرد به‌عنوان یک اختلال روانی فیزیولوژیکی (اختلال جسمانی که از استرس‌های روانی و اجتماعی و محیطی تأثیر می‌گیرد)، فراهم آورده و سرانجام باعث استفاده از درمان‌های رفتاری و روان‌شناختی برای سردرد شده است [۱۱]. از این‌رو، توجه به مداخلات روان‌شناختی و رفتاری، نظیر مشاوره و روان‌درمانی در حل مشکلات بیماران مبتلا به سردرد مزمن مهم می‌نماید؛ که درمان هیجان‌مدار (therapy focused-emotion) و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش (acceptance and commitment therapy) از آن جمله هستند. درمان هیجان‌مدار یک رویکرد ساختاری تجربی می‌باشد. مسأله اصلی در این نوع درمان این است که هیجان، بخش اساسی ساختار فرد است و عامل کلیدی برای سازمان‌دهی وی می‌باشد، اساسی‌ترین سطح کارکرد هیجان یک شکل انطباقی و سازگارانه از پردازش اطلاعات و آمادگی فرد است که به رفتار وی جهت داده و موجب بهزیستی روان‌شناختی می‌شود [۱۲]. بررسی‌ها نشان می‌دهد که این درمان بر استرس ادراک‌شده و کیفیت زندگی افراد مبتلا به سردرد مزمن [۱۳]، کیفیت زندگی، تجربه درد و خلق و خوی بیماران مبتلا به سرطان روده [۱۴]، کیفیت زندگی زوجین نابارور [۱۵] و استرس افراد مبتلا به درد مزمن [۱۶] اثربخش است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک مداخله روان‌شناختی مبتنی بر شواهد است که راهبردهای پذیرش و ذهن‌آگاهی (mindfulness) را به‌شیوه‌های مختلفی با راهبردهای تعهد و تغییر رفتار در می‌آمیزد. این امر با هدف افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی انجام می‌شود. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به این معنی است که فرد به‌طور کامل در حال زندگی کند و براساس مقتضیات وضعیتی که در آن قرار دارد، متعهد شود که رفتار خود را در راستای ارزش‌هایی که برگزیده است، تغییر یا ادامه دهد [۱۷]. در این درمان، افراد می‌توانند با پذیرش افکار و احساسات، به‌جای اجتناب از آن‌ها و با آگاهی و شناخت از ارزش‌های اصلی شخصی در زندگی از میان گزینه‌های مختلف، عملی را انتخاب کنند که مناسب‌تر و به ارزش‌هایشان نزدیک‌تر باشد [۱۸]. پژوهش‌های مختلف حاکی از این است که این درمان بر کیفیت زندگی، شدت و مدت درد زنان مبتلا به کمردرد مزمن [۱۹]، کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سردرد مزمن [۲۰] و علائم روان‌شناختی، سبک‌های مقابله‌ای و کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع دو [۲۱] تأثیرگذار است. به‌نظر می‌رسد این دو درمان می‌توانند بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سردرد مزمن تأثیر بگذارند. با این‌حال در خصوص مقایسه میزان اثربخشی این دو درمان، پژوهشی صورت نگرفته است. همچنین، پژوهشی در راستای اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌صورت مجزا بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سردرد مزمن نیز انجام نشده است. از این‌رو، سؤال اصلی پژوهش حاضر این است: آیا این دو درمان تأثیر متفاوتی بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سردرد مزمن دارند یا خیر؟

مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر، نیمه‌تجربی و طرح آن از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه زنان مبتلا به سردرد مزمن شهر پارس‌آباد بود که در زمان نمونه‌گیری (سال ۱۳۹۸) برای درمان سردرد خود به کلینیک‌های دولتی مغز و اعصاب این شهر مراجعه کرده بودند. جهت نمونه‌گیری از روش غیراحتمالی در دسترس مبتنی بر هدف استفاده شد. پس از کسب رضایت مسؤولان کلینیک‌ها و بیماران، از بین ۸۳ بیماری که توسط روان‌پزشک یا متخصص مغز و اعصاب تشخیص ابتلا به سردرد مزمن برای آن‌ها تعیین شده بود، ۳۰ نفر با در نظر گرفتن معیارهای ورود به مطالعه مانند (سن ۳۰ تا ۵۰ سال، متأهل بودن و داشتن سواد خواندن و نوشتن، عدم ابتلا به بیماری جدی دیگری به‌غیر از سردرد مزمن (چون سرطان و ایدز)، عدم استفاده از داروهای روان‌پزشکی (چون بنزودیازپین و پروتریپ‌تیلین) و مصرف داروهای سردرد یکسان به‌مدت حداقل ۱ و حداکثر ۵ سال) و معیارهای خروج از مطالعه نظیر (عدم تمایل به شرکت در مطالعه و غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات درمانی) انتخاب و به‌صورت تصادفی (به شیوه قرعه‌کشی) به دو گروه آزمایش (هرکدام ۱۰ نفر) و یک گروه کنترل (۱۰ نفر) تقسیم شدند. توضیح این‌که در پژوهش حاضر ریزش نمونه نداشته‌ایم. پیش از تقسیم تصادفی، کلیه افراد گروه‌ها از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناسی نظیر میزان سن و مدت زمان مصرف داروهای سردرد همسان شدند. جهت تعیین حجم نمونه از معادله برآورد فرمول حجم نمونه Fleiss استفاده شد. براساس مطالعه جوادیان و امامی [۲۲]، σ=۱/۰۱، d^2=۳/۱۰۲، Power=۰/۷۱ و α=۰/۰۵ در نظر گرفته شد. در مطالعه مذکور σ انحراف معیار است که میزان پراکندگی، و d بازه اطمینان است که میزان قابل اغماض بودن بالاتر یا پایین‌تر میانگین نمونه از میانگین جامعه را نشان می‌دهد. براساس معادله، حجم نمونه ۹/۰۸ به‌دست آمد که برای اطمینان برای هر گروه ۱۰ نفر در نظر گرفته شد. همه

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2025-11-06]

اصول اخلاقی در این مقاله رعایت شده است. شرکت‌کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. اطلاعات آن‌ها محرمانه نگه داشته شدند و در پایان درمان، گروه کنترل نیز تحت مداخله قرار گرفتند. کد اخلاق پژوهش حاضر (IR.IAU.Z.REC.1398.138) بود. پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36: این پرسشنامه شامل ۳۶ سؤال با پاسخ‌های چندگزینه‌ای است و دیدگاه فرد را نسبت به سلامتش می‌سنجد. این مقیاس دارای ابعاد هشت‌گانه عملکرد جسمی، محدودیت جسمی، درد جسمی، سلامت عمومی، عملکرد اجتماعی، مشکلات روحی، سلامت روان و نشاط است، که ضرایب آلفای گزارش‌شده برای آن‌ها به‌ترتیب ۰/۹۰، ۰/۸۵، ۰/۷۱، ۰/۶۵، ۰/۷۷، ۰/۸۴ و ۰/۷۷ بوده که نشانگر ثبات درونی خوب این ابعاد است [۲۳]. مقیاس‌های گونه فارسی این پرسش‌نامه به‌جز مقیاس نشاط ۰/۶۵، از حداقل ضرایب استاندارد پایایی در محدوده ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ برخوردارند. آزمون تحلیل عاملی نیز دو جزء اصلی را به‌دست داد که ۰/۶۵ پراکندگی میان مقیاس‌های پرسش‌نامه را توجیه می‌نمود. این پرسشنامه از پایایی و روایی لازم برخوردار است [۲۳]. پس از اجرای پیش‌آزمون، هر یک از اعضای گروه آزمایش ۱، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (۲ ماه، هفته‌ای یک جلسه) درمان هیجان‌مدار را به‌صورت گروهی طبق برنامه درمانی Greenberg و همکاران [۱۳] دریافت کردند (جدول شماره ۱)؛ و اعضای گروه آزمایش ۲ نیز، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (۲ ماه، هفته‌ای یک جلسه) از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد طبق برنامه درمانی Vowles و Sorrell [۲۴] برخوردار شدند (جدول شماره ۲). برای جلوگیری از تبادل اطلاعات بین افراد گروه‌های آزمایشی، از آن‌ها خواسته شد تا بعد اتمام ۴ ماه از درمان، درباره محتوای جلسات با همدیگر گفتگویی نداشته باشند. توضیح این‌که، جلسات درمانی، طبق پروتکل‌های درمانی پیشنهادشده، توأماً توسط یک متخصص مشاوره با درجه استادیاری و یک دانشجوی دکتری تخصصی مشاوره در یک مرکز مشاوره خصوصی در شهر پارس‌آباد برگزار شدند. بعد از اتمام جلسات (پس‌آزمون) و ۴ ماه پس از اتمام درمان (پیگیری)، اعضای هر سه گروه با استفاده از ابزار اندازه‌گیری ارزیابی شدند. برای تجزیه و تحلیل آماری از نسخه ۲۴ نرم‌افزار SPSS استفاده شد. جهت بررسی فرضیه پژوهش از آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون تعقیبی بونفرنی استفاده شد. بررسی پیش‌فرض‌های این آزمون (شاپیروویلک، ام‌باکس، لوین و کرویت موخلی) نشان داد که همه آن‌ها برقرارند و می‌توان از آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده کرد. در این پژوهش سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

جدول شماره ۱- محتوای جلسات و پروتکل درمان هیجان‌مدار

جلسه	هدف و محتوا
اول	آشنایی کلی با اعضای گروه؛ معرفی درمانگر، بررسی انگیزه و انتظار آنان از شرکت در گروه، ارائه تعریف مفاهیم درمان هیجان‌مدار. آشنایی اولیه با مشکلات اعضا.
دوم	در این جلسه درمانگر اعضای گروه را تشویق می‌کند که ترس‌های خود را مانند ترس از طردشدن یا ترس از گفتن عیب و نقصی که پویایی روابط‌شان را به‌عقب می‌راند، بیان کنند.
سوم	در این جلسه احساسات واکنشی ثانویه مانند خشم، ناکامی، تندی، احساسات مرتبط با سردرد منعکس و به آن‌ها ارزش داده می‌شود.
چهارم	در این جلسه اعضای گروه به کمک درمانگر به برون‌سازی مشکل می‌پردازند و به احساسات اولیه و نیازهای دلبستگی تحقق‌نیافته به‌صورت مشکل ارتباطی کلیدی نگاه می‌کنند.
پنجم	در این جلسه اعضای گروه به شناخت از جنبه‌های مختلف خود دست می‌یابند و در نهایت احساس ارزشمندی خود را تجربه می‌کنند.
ششم	در این جلسه اعضای گروه یاد می‌گیرند که به هیجان‌هایی که به‌تازگی آشکار شده، اعتماد کنند و واکنش‌های جدید را نسبت به انگیزه‌هایشان تجربه نمایند.
هفتم	در این جلسه هیجان‌های اولیه که در مراحل قبلی شناسایی شده بودند، به‌صورت کامل‌تری پردازش می‌شوند. درمانگر قاعده‌ای را آغاز می‌کند که بر طبق آن مراجع اشتیاق خود را به‌نوع جدیدی از ارتباط به‌صورت تقریباً واضح بیان می‌کند.
هشتم	در این جلسه اعضای گروه به کمک هم راه‌حل‌های جدیدی را برای مشکلات خود خلق می‌کنند و جنبه‌ی جدیدی از مشکلاتشان را بیان و تلاش می‌کنند آن را از نو طراحی کنند. همچنین، آن‌ها مسیری را که قبلاً حرکت می‌کردند و این که چگونه راه برگشتشان را یافتند، به‌یاد می‌آورند.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2025-11-06]

جدول شماره ۲- محتوای جلسات و پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	هدف و محتوا
اول	برقراری رابطه درمانی، آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش، تبیین سردرد، علائم و نشانه‌ها، درمان‌های دارویی و غیردارویی، ارزیابی میزان تمایل فرد برای تغییر، پاسخ به پرسشنامه‌ها و بستن قرارداد درمانی.
دوم	کشف و بررسی روش‌های درمانی بیمار و نمره‌گذاری آن‌ها، ارزیابی میزان تأثیر روش‌های درمانی، ایجاد درماندگی در مورد موقتی و کم اثر بودن درمان‌ها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
سوم	کمک به اعضا برای تشخیص کنترل وقایع شخصی، افکار و خاطرات، تشخیص راهبردهای ناکارآمد، کنترل‌گری و پی بردن به بیهودگی آن‌ها، پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آن‌ها و عدم کنترل آن‌ها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
چهارم و پنجم	توضیح در مورد اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای اجتناب، کشف موقعیت‌های اجتناب شده و تماس با آن‌ها از طریق پذیرش، آموزش قدم‌های پذیرش با توضیح مفاهیم اشتیاق و موانع، بیان مفهوم ارزیابی و توصیف با استفاده از تمثیل، تغییر مفاهیم زبان با استفاده از تمثیل، آموزش تن‌آرامی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
ششم	توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به‌عنوان یک بستر و برقراری تماس با خود با استفاده از تمثیل، آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌هایی که جزء محتوای ذهنی هستند. در این تمرینات، اعضای گروه آموزش می‌بینند تا بر فعالیت‌های خود (نظیر تنفس، پیاده‌روی) تمرکز کنند و در هر لحظه از احوال خود آگاه باشند و زمانی که هیجانات، حس‌ها و شناخت‌ها پردازش می‌شوند، بدون قضاوت مورد مشاهده قرار گیرند. زمانی که شرکت‌کنندگان در می‌یابند که ذهن در درون افکار، خاطرات یا خیال پردازی‌ها سرگردان شده، در صورت امکان و بدون توجه به محتوا و ماهیت آن‌ها توجه خود را به زمان حال باز می‌گردانند. بنابراین شرکت‌کنندگان آموزش می‌بینند تا به افکار و احساساتشان توجه کنند ولی به محتوای آن نچسبند، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
هفتم	توضیح مفهوم ارزش‌ها و بیان تفاوت بین ارزش‌ها، اهداف و نیازها، روشن نمودن ارزش‌های مراجع، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمند نمودن مراجع برای زندگی بهتر، تمرین تمرکزی (تمرکز بر تنفس، پیاده‌روی، غذا خوردن، مسواک زدن، صداهای محیطی و ...)، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
هشتم	آموزش تعهد به عمل، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها، مرور تکالیف و جمع‌بندی جلسات به‌همراه اعضای گروه، اجرای پس‌آزمون.

نتایج

میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان در مطالعه ۳۹/۸۰±۶/۵۹ سال و میانگین و انحراف معیار مدت زمان مصرف داروهای سردرد ۳/۲۳±۱/۲۵ سال بود. در جدول شماره ۳، میانگین و انحراف معیار سن و مدت زمان مصرف داروهای سردرد آزمودنی‌ها مقایسه شده است. نتایج نشان می‌دهد که بین سه گروه از نظر سن و مدت زمان مصرف داروهای سردرد تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

جدول شماره ۳- میانگین و انحراف معیار سن و مدت زمان مصرف داروهای سردرد زنان پارس‌آباد در سال ۱۳۹۸(تعداد در هر گروه ۱۰ نفر)

گروه	متغیر		سطح معنی‌داری
درمان هیجان‌مدار	سن	۳۹/۹۰±۶/۳۵	P=۰/۹۷۳
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد		۳۹/۴۰±۷/۸۴	
کنترل		۴۰/۱۰±۶/۱۵	
کل		۳۹/۸۰±۶/۵۹	
درمان هیجان‌مدار	مدت زمان مصرف داروهای سردرد	۳/۲۰±۱/۱۳	P=۰/۶۸۲
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد		۳/۰۰±۱/۳۳	
کنترل		۳/۵۰±۱/۳۵	
کل		۳/۲۳±۱/۲۵	

آزمون: تحلیل واریانس یک راهه، اختلاف معنی‌دار P <۰/۵۰

بررسی‌ها در جدول شماره ۴ نشان می‌دهد که بین نمرات کیفیت زندگی در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معنی‌داری وجود دارد (P<۰/۰۰۱). همچنین نتایج نشان می‌دهد نمرات کیفیت زندگی گروه‌های آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری دارد (P<۰/۰۰۱). علاوه بر آن، تأثیر درمان هیجان‌مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2025-11-06]

کیفیت زندگی زنان مبتلا به سردرد مزمن بعد از چهار ماه پیگیری نیز ماندگار بوده است (P<۰/۰۰۱). در ادامه، جهت بررسی این‌که نمرات کدام‌یک از گروه‌ها در متغیر کیفیت زندگی در مرحله پس‌آزمون با هم تفاوت دارند، مقایسه زوجی انجام گرفت. نتایج نشان داد که اختلاف میانگین نمره کیفیت زندگی گروه درمان هیجان‌مدار با گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، گروه درمان هیجان‌مدار با گروه کنترل و گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با گروه کنترل معنی‌دار می‌باشد (P<۰/۰۰۱)؛ و همچنین، نتایج مقایسه‌های زوجی برای مرحله پیگیری نشان داد که اختلاف میانگین نمرات کیفیت زندگی گروه درمان هیجان‌مدار با گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، گروه درمان هیجان‌مدار با گروه کنترل و گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با گروه کنترل معنی‌دار می‌باشد (P<۰/۰۰۱). همچنین آزمون تعقیبی بونفرونی نشان داد که معنی‌داری تغییرات بین‌گروهی به‌دلیل تفاوت تغییرات گروه درمان هیجان‌مدار و گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با کنترل، و نیز تفاوت تغییرات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با درمان هیجان‌مدار است؛ به‌طوری‌که هم در پس‌آزمون و هم پیگیری، علاوه بر این‌که نمرات کیفیت زندگی گروه‌های درمانی متفاوت از نمره گروه کنترل است، نمره کیفیت زندگی گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز بیشتر از گروه درمان هیجان‌مدار می‌باشد. بنابراین برتری درمان در پس‌آزمون و پیگیری در افزایش کیفیت زندگی به‌نفع درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است.

جدول شماره ۴- میانگین و انحراف معیار متغیر کیفیت زندگی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری زنان مبتلا به سردرد مزمن پارس‌آباد در سال ۱۳۹۸

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	سطح معنی‌داری تغییرات داخل گروهی	سطح معنی‌داری تغییرات بین گروهی
کیفیت زندگی	درمان هیجان‌مدار	۳۸/۴۰±۵/۰۳	۵۱/۵۰±۶/۸۶	۵۱/۲۰±۷/۱۳	P<۰/۰۰۱	P<۰/۰۰۱
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۳۹/۱۰±۴/۳۳	۶۰/۱۰±۵/۰۴	۶۰/۰۰±۴/۹۶	P<۰/۰۰۱	
	کنترل	۳۹/۳۰±۵/۲۹	۳۹/۴۰±۵/۳۷	۳۹/۰۰±۵/۰۱	P>۰/۹	
	سطح معنی‌داری در هر مقطع اندازه‌گیری بین گروه‌ها	P>۰/۹۱۲	P<۰/۰۰۱	P<۰/۰۰۱	-	-

آزمون: تحلیل واریانس آمیخته، ☎اختلاف معنی‌دار P <۰/۵۰

جدول شماره ۵ آزمون‌های اثرات درون آزمودنی‌ها را نشان می‌دهد. چون در قسمت قبل کرویت ماتریس واریانس-کوواریانس از طریق آزمون کرویت موخلی پذیرفته شد در این قسمت برای آزمون معنی‌داری و غیرمعنی‌داری هر اثر از ردیف‌های فرض کرویت استفاده می‌کنیم.

جدول شماره ۵- نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره در بین گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیرهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر			مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
کیفیت زندگی	زمان	فرض کرویت	۲۵۳۹/۸۲۲	۲	۱۲۶۹/۹۱۱	۷۹۸/۰۰۵	۰/۰۰۱	۰/۹۶۷
	زمان*مداخله	فرض کرویت	۱۵۰۵/۵۷۸	۴	۳۷۶/۳۹۴	۲۳۶/۵۲۴	۰/۰۰۱	۰/۹۴۶
	خطا (زمان)	فرض کرویت	۸۵/۹۳۳	۵۴	۱/۵۹۱			

جدول شماره ۵ تأثیرات متغیرهای زمان، و تعامل زمان و مداخله را بر متغیر کیفیت زندگی نشان می‌دهد. همان‌گونه که در جدول مشاهده می‌شود، اثر متغیر زمان بر متغیر کیفیت زندگی معنی‌دار است (P≥۰/۰۰۱). یعنی نمرات متغیر کیفیت زندگی گروه‌های آزمایش (درمان هیجان مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری دارد. همچنین اثر تعاملی متغیر زمان و مداخله نیز در متغیر کیفیت زندگی معنی‌دار بوده است (P≥۰/۰۰۱). یعنی درمان هیجان مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانسته‌اند بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سردرد مزمن در پس‌آزمون و پیگیری تأثیر معنی‌داری بگذارند. بنابراین فرضیه پژوهش که مبنی بر «اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سردرد مزمن» بود، تأیید می شود. جهت مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2025-11-06]

زندگی زنان مبتلا به سردرد مزمن از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. نتایج نشان داد که تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری بیشتر از تأثیر درمان هیجان‌مدار است.

جدول شماره ۵- نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی بر حسب عضویت گروهی در متغیر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سردرد مزمن شهر پارس‌آباد در سال ۱۳۹۸

متغیر وابسته	گروه اول	گروه دوم	تفاوت میانگین±انحراف استانداردها	معنی‌داری
(پیش‌آزمون)	درمان هیجان‌مدار	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۰/۷۰۰±۲/۱۹۳	۱/۰۰۰
		کنترل	-۰/۹۰۰±۲/۱۹۳	۱/۰۰۰
(پیش‌آزمون)	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	درمان هیجان‌مدار	۰/۷۰۰±۲/۱۹۳	۱/۰۰۰
		کنترل	-۰/۲۰۰±۲/۱۹۳	۱/۰۰۰
(پیش‌آزمون)	کنترل	درمان هیجان‌مدار	۰/۹۰۰±۲/۱۹۳	۱/۰۰۰
		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۰/۲۰۰±۲/۱۹۳	۱/۰۰۰
(پس‌آزمون)	درمان هیجان‌مدار	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۸/۶۰۰±۲/۶۰۲	۰/۰۰۸
		کنترل	۱۲/۱۰۰±۲/۶۰۲	۰/۰۰۱
(پس‌آزمون)	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	درمان هیجان‌مدار	۸/۶۰۰±۲/۶۰۲	۰/۰۰۸
		کنترل	۲۰/۷۰۰±۲/۶۰۲	۰/۰۰۱
(پس‌آزمون)	کنترل	درمان هیجان‌مدار	-۱۲/۱۰۰±۲/۶۰۲	۰/۰۰۱
		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۲۰/۷۰۰±۲/۶۰۲	۰/۰۰۱
(پیگیری)	درمان هیجان‌مدار	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۸/۸۰۰±۲/۵۹۰	۰/۰۰۶
		کنترل	۱۲/۲۰۰±۲/۵۹۰	۰/۰۰۱
(پیگیری)	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	درمان هیجان‌مدار	۸/۸۰۰±۲/۵۹۰	۰/۰۰۶
		کنترل	۲۱/۰۰±۲/۵۹۰	۰/۰۰۱
(پیگیری)	کنترل	درمان هیجان‌مدار	-۱۲/۲۰۰±۲/۵۹۰	۰/۰۰۱
		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۲۱/۲۰۰±۲/۵۹۰	۰/۰۰۱

بحث

هدف از پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سردرد مزمن بود. تحلیل داده‌ها نشان داد که درمان هیجان‌مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش کیفیت زندگی زنان مبتلا به سردرد مزمن تأثیر دارند و تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی آن‌ها در مراحل پس‌آزمون و پیگیری بیشتر از درمان هیجان‌مدار است. همچنین، یافته‌ها نشان داد که تغییرات نمره کیفیت زندگی در زمان‌های مورد بررسی در گروه‌ها متفاوت و اثر زمان معنی‌دار است؛ یعنی اثر متقابلی بین زمان و مداخله وجود دارد و با گذشت زمان از شروع مداخله، نمرات کیفیت زندگی ارتقا یافتند و تأثیرات ناشی از حضور در گروه‌های آزمایشی با نزدیک شدن به پایان مداخله بر روی نمرات کیفیت زندگی افراد در هر دو گروه آزمایشی مثبت بود. در راستای اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سردرد مزمن می‌توان به نتایج پژوهش‌های Anastasia و همکاران [۱۴]، Louro و همکاران [۱۵]، نجفی و همکاران [۱۶] و Lumley و همکاران [۱۷] اشاره کرد که نشان دادند درمان هیجان‌مدار بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سردرد مزمن اثربخش است که نتیجه پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های مذکور همسو می‌باشد. عوامل گوناگونی نظیر تجربه درد و پیامدهای روانی و اجتماعی همراه با آن، بر روی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سردرد مزمن اثر می‌گذارد و آن را کاهش می‌دهد و هر عاملی که بتواند بر روی این عوامل تأثیر بگذارد و آن‌ها را بهبود بخشد، کیفیت زندگی را نیز ارتقا می‌دهد [۲۵]. در تبیین این یافته می‌توان گفت درمان هیجان‌مدار سبب تنظیم هیجان به‌صورت سازگارانه می‌شود که این امر موجب کاهش علائم بیماری می‌گردد و احساس رضایت و درک فرد از سلامت عمومی را افزایش می‌دهد و موجب بهبود کیفیت زندگی می‌شود. درمان هیجان‌مدار با استفاده از راهبردهای مثبت تنظیم هیجان شامل پذیرش تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی و ارزیابی مجدد مثبت را در بیماران مبتلا به سردرد مزمن افزایش و استفاده از راهبردهای منفی تنظیم هیجان، شامل ملامت خویش، نشخوارگری و فاجعه‌انگاری را در بیماران کاهش می‌دهد [۲۶] که این امر در نهایت موجب بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سردرد مزمن می‌شود. درباره اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هم می‌توان نتیجه گرفت که این درمان بر کیفیت

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2025-11-06]

زندگی زنان مبتلا به سردرد مزمن اثربخش است. پژوهش‌های موسوی و همکاران [۱۹]، راسخی و همکاران [۲۰] و بهروز و همکاران [۲۱] نشان دادند که این درمان بر کیفیت زندگی بیماران تأثیر دارد. نتیجه پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های مذکور همسو می‌باشد. هیچ پژوهشی مبنی بر ناهمسو بودن با نتیجه پژوهش حاضر پیدا نشد تا بتوان دلیل شباهت و تفاوت نتایج مطالعات را بحث و بررسی نمود. نتایج این پژوهش نشان داد که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی که یکی از مبانی و اصول اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تهعد است، در واقع یکی از عوامل پیش‌بینی‌کننده تغییرات مثبت در کیفیت زندگی اختصاصی، آشفتگی و خلق بیماران مبتلا به درد مزمن است [۲۷]. بنابراین به‌نظر می‌رسد، آموزش پذیرش و تعهد به‌جای نادیده گرفتن هیجانات و تجارب درونی، با هدایت کردن بیمار به‌سوی آگاه شدن از احساسات، تجارب درونی و هیجانی، پذیرش آن‌ها و استفاده مناسب و به‌جا از آن‌ها، موجب می‌شود که بیمار با موقعیت‌ها و تعاملاتش ارتباط مناسبی برقرار و با نگاهی تازه آن‌ها را تجربه کند [۲۸]. در مورد پایداری اثر درمان، اعتقاد بر این است که شفاف‌سازی ارزش‌ها و درونی‌شدن عمل متعهدانه که در طی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد صورت می‌گیرد، به افراد انگیزه کافی برای ادامه و پایبندی به درمان را می‌دهد. علاوه بر این، دو فرآیند مهم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، یعنی ارتباط با زمان حال و خود به‌عنوان بافت یا زمینه در طول درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شکل می‌گیرند که هر دو سبب می‌شوند آگاهی افراد از خود و نیازهای فعلی‌شان افزایش یابد [۲۹]. در این مطالعه، هدف از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، این بود که به بیماران مبتلا به سردرد مزمن کمک شود تا افکار و احساسات آزاردهنده‌شان را فقط به‌عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمدی برنامه‌های فعلی‌شان آگاه شوند و به‌جای پاسخ به آن، به انجام آن چه در زندگی برایشان مهم و در راستای ارزش‌هایشان است، بپردازند. در این درمان، بیماران با جایگزین کردن خود به‌عنوان زمینه، می‌توانند رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به‌سادگی تجربه کنند و قادر به جدا کردن خود از واکنش‌ها، خاطرات و افکار ناخوشایند شوند. به‌علاوه، در این مطالعه به بیماران مبتلا به سردرد مزمن آموزش داده شد تا چگونه رویدادهای درونی را به‌جای کنترل، بپذیرند و از افکار آزاردهنده رهایی یابند. هم‌چنین آموزش داده شد به‌جای خودمفهوم‌سازی‌شده، خود مشاهده‌گر را تقویت کنند، ارزش‌ها را تصریح نمایند و به‌عمل متعهدانه بپردازند. به‌عبارت دیگر، در این درمان بیماران یاد می‌گیرند به‌جای فاصله گرفتن از احساساتشان آن‌ها را بپذیرند. در این درمان از بیماران خواسته شد که در جهت ارزش‌هایشان کار کنند و افکار و احساسات خود را تجربه نمایند [۳۰] چرا که این موارد سبب بهبود کیفیت زندگی آن‌ها می‌شود. این پژوهش نشان داد که تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سردرد مزمن بیشتر از تأثیر درمان هیجان‌مدار است. هیچ پژوهشی اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سردرد مزمن مقایسه نکرده است. اثربخشی بیشتر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را می‌توان به‌دلیل فرآیندهای حاکم بر آن تبیین کرد. یکی از مهم‌ترین شیوه‌های این درمان، تصریح ارزش‌ها و عمل متعهدانه است. ترغیب بیماران به شناسایی ارزش‌های آن‌ها و تعیین اهداف، اعمال، موانع و در نهایت تعهد به رفتار در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در مسیر ارزش‌ها با وجود مشکلات باعث می‌شود تا ضمن تحقق اهداف و شادکامی ناشی از آن به افزایش کیفیت زندگی منجر شود و آن‌ها را از گیرافتادن در حلقه‌ای از افکار و احساسات منفی از قبیل اضطراب، تنش، یأس، ناامیدی و افسردگی رهایی دهد که به‌نوبه خود باعث افزایش شدت مشکلات می‌شود [۳۱]. فرآیند مؤثر دیگر این درمان، معرفی جایگزینی برای کنترل یعنی تمایل و پذیرش است. مؤلفه تمایل و پذیرش این امکان را برای بیماران فراهم می‌کند تا تجربیات درونی ناخوشایند را بدون تلاش برای کنترل آن‌ها بپذیرند و این کار باعث می‌شود تجربیات، کمتر تهدیدکننده به‌نظر برسند و تأثیر کمتری بر زندگی آن‌ها داشته باشند. همچنین مهارت‌های پذیرش، تغییر رفتار را برای فرد آسان می‌کند و زندگی هدفمند و با نشاطی را فراهم می‌سازد [۳۲]. هدف درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، کاهش اجتناب تجربی از طریق پذیرش احساسات ناخوشایند غیرقابل اجتناب و پریشان‌کننده مانند اضطراب و پرورش ذهن‌آگاهی به‌منظور خنثی کردن درگیری مفرط با شناخت‌ها و مشخص کردن ارزش‌های شخصی مرتبط با اهداف رفتاری است و بیمار تشویق می‌شود تا درحالی‌که به‌سوی اهداف ارزشمند خود حرکت می‌کند، با تجربیاتش به‌طور کامل و بدون مقاومت ارتباط برقرار کند و آن‌ها را بدون قضاوت در مورد درستی یا نادرستی‌شان، در هنگام ظهور بپذیرد. این امر باعث افزایش انگیزه برای تغییر با وجود موانع غیرقابل اجتناب می‌شود و شخص را ترغیب می‌کند تا در جهت تحقق اهداف ارزشمند زندگی خود، تلاش کند که به بهبود کیفیت زندگی به‌ویژه در حوزه روانی آن منتهی خواهد شد [۳۳]. نمونه پژوهش حاضر را، کلیه زنان متأهل ۵۰-۳۰ ساله مبتلا به سردرد مزمن شهر پارس‌آباد تشکیل دادند که این مورد یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر است؛ و تعمیم دادن به همه زنان جوان‌تر و مسن‌تر مبتلا به سردرد مزمن و زنان

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2025-11-06]

غیرمتأهل را که از حمایت همسر و خانواده برخوردار نیستند، دشوار می‌سازد. همچنین، در این پژوهش جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه استفاده شد که به‌دلیل خودگزارشی‌بودن ابزارها، امکان سوگیری در پاسخ‌دهی محتمل به‌نظر می‌رسد. با توجه به محدودیت جامعه آماری این پژوهش، پیشنهاد می‌شود که پژوهش حاضر در بین جوامع آماری مختلف سایر شهرها نیز اجرا گردد؛ و علاوه بر بررسی پرسشنامه‌ای، از سایر روش‌های گردآوری اطلاعات نظیر مشاهده و مصاحبه نیز استفاده شود.

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به‌مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سردرد مزمن پرداخته است. با توجه به نتایج این پژوهش می‌توان گفت که این دو درمان، با کاربرد فرآیندهای خود، هرکدام به‌ترتیب سبب افزایش کیفیت زندگی زنان مبتلا به سردرد مزمن شده است. با توجه به نقش مهم زنان در خانواده و جامعه، و از طرفی لزوم توجه به سلامت جسمانی و روان‌شناختی آن‌ها پیشنهاد می‌شود که در انجمن‌های مربوط به سردرد، و در کلینیک‌های روان‌شناسی بیمارستان‌ها و کلینیک‌های دولتی و خصوصی، از درمان هیجان‌مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد فردی و گروهی در زمینه افزایش کیفیت زندگی زنان مبتلا به سردرد مزمن استفاده شود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان وظیفه خود می‌دانند از زنان مبتلا به سردرد مزمن شرکت‌کننده در پژوهش حاضر تقدیر و تشکر به‌عمل آورند.

***References*:**

[1] Steiner TG, Stovner LJ, Birbeck GL. Migraine: the seventh disabler. ***J Headache Pain*** 2013; 14(1): 1.
[2] Bendtsen L. Sensitization: Its role in primary headache. ***Current Opi Investi Drugs*** 2002; 3(3): 449.
[3] Chowdhury D. Tension type headache. ***AIAN*** 2012; 15(1): 83-8.
[4] International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facialpain. Cephalalgia 2018; 24: 1-151.
[5] Mirzaei M, Khairi S, Khosravi S, Jivad N. Comparsion of sedation effect of intravenous dexamethason withand without compression of superfical arteires in scalt in acute migrainian heache attack. ***J Sharekord Univ Med Sci*** 2011; 13(3): 18-24. [in Persian]
[6] Thompson DR, Yu CM. Quality of life in patients with coronary heart disease-I: assessment tools. ***HRQOL*** 2003; 1: 42.
[7] Rejeh N, Heravi-Karimooi M, Taheri Kharame Z, Montazeri A, Vahedian A. Quality of life in patients with myocardial infarction and related factors: A cross sectional Study. ***IJNR*** 2015; 9(4): 1-11. [in Persian]
[8] Zimmet P. The burden of type2 diabetes: are we doing enough? ***SFD*** 2003; 29: 6s9-6s18.
[9] Hinkle JL, Cheever KH. Brunner & suddarths text book of medicalsurgical-nursing. 13 Ed. Lippincott, Williams & Wilkins, Philadelphia, Pa; 2014: 65.
[10] McMahon S, Koltzenburg M, Tracey I, Turk D. Wall & Melzack's Textbook of Pain. Elsevier: Churchill: Livingstone; 2013: 121.
[11] Vowles KE, McCracken LM. Acceptance and Values-Based Action in Chronic Pain: A Study of Treatment Effectiveness and Process. ***J Consult Clin Psychol*** 2008; (76): 397-407.
[12] Greenberg LJ, Warwar S H, Malcolm WM. Differential Effects of Emotion-Focused Therapy and Psycho-education in Facilitating Forgiveness and Letting Go of Emotional Injuries. ***J Counsel Psycho*** 2008; 55(2):185-196.
[13] Anastasia M, Bougea AM, Spandideas N, Alexopoulos EC, Thomaides T, Chrousos GP, Darviri C. Effect of the Emotional Freedom Technique on Perceived Stres, Quality of Life and Cortisol Salivary Levels in Tension-Type Headache Sufferers: A Randomized Controlled Trial. ***JSH*** 2013; 9(2): 91-9
[14] Louro AC, Fernández-Castro J, Blasco T. Efeects of a Positive Emotion-Based Adjuvant Psychological Therapy in Colorectal Cancer Patients: a Pilot Study. PSICOONCOLOGÍA 2016; 13(1): 113-25.
[15] Najafi M, Soleimani AA, Ahmadi K, Javidi N, Kamkar EH. The Effectiveness of Emotionally Focused Therapy on Enhancing Marital Adjustment and Quality of Life among Infertile Couples with Marital Conflicts. ***Int J Fertil Steril*** 2015; 9(2): 238-46.
[16] Lumley MA, Cohen JL, Stout RL, Neely LC, Sander LM, Burger AJ. An Emotional Exposure-Based Treatment of Traumatic Stress for People with Chronic Pain: Preliminary Results for Fibromyalgia Syndrome. ***Chic*** 2008; 45(2): 165-72.
[17] Hayes SC, Lillis J. Acceptance and Commitment Therapy. Washington, DC: American Psychological Association; 2012: 7-8.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2025-11-06]

[18] Burckhardt R, Manicavasagar V, Batterham PJ, Hadzi-Pavlovic D. A randomized controlled trial of strong minds: A school-based mental health program combining acceptance and commitment therapy and positive. ***SSSP*** 2016; 57: 41-52.
[19] 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. ***IRJ*** 2018; 16(1): 103-10. [in Persian]
[20] Rasekhi M, Mirzaeian B, Abedini M. Effectiveness of acceptance and commitment group therapy on Quality of life in patients with chronic headaches. 6th Scientific Research Conference on Educational Sciences and Psychology, Social and Cultural Damages of Iran. Tehran: Association for the Development and Promotion of Fundamental Science and Technology; 2019: 121. [in Persian]
[21] Behrouz B, Bavali F, Heidarizadeh N, Farhadi M. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Symptoms, Coping Styles, and Quality of Life in Patients with Type-2 Diabetes. ***J Health*** 2016; 7(2):236-53.
[22] Javadian Saraf NA, Emami T. The comparison of the effect of the number of aerobic and yoga sessions on physical self–description components of female university students. ***JMLD*** 2009; (2): 127-45. [in Persian]
[23] Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. ***Qual Life Res*** 2005; 14(3): 875-82. [in Persian]
[24] Vowles KE, Sorrell JT. Life with chronic pain: An acceptance-based approach (therapist guide and patient workbook). Unpublished manuscript. 2007.
[25] Viteri C, Codina M, Cobaleda S, Lahuerta J, Barriga J, Morales MD. Quality of life and treatment satisfaction in Spanish epilepsy patients on monotherapy with lamotrigine or valproic acid. ***Seizure*** 2010; 19(7): 432-8.
[26] Portuguez MW, Costa Did, Marroni SP, Pagliarini V, Vieira K. Neuropsychological aspects of psychogenic nonepileptic seizures. ***JECN*** 2007; 13: 24-7.
[27] Feros DL, Lane L, Ciarrochi J, Blackledge JT. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for improving the lives of cancer patients: a preliminary study. ***Psycho-Oncology*** 2013; 22(2): 459-64.
[28] Narimani M, Bakhshayesh. The effectiveness of acceptance/ commitment training on the psychological well-being, emotional and marital satisfaction in divorce. ***JCR*** 2015; 13(52): 108-23. [in Persian]
[29] Harris R. ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy. Oakland, New Harbinger Publications; 2009: 124-5.
[30] Izadi R, Abedi MR. Acceptance and Commitment Therapy. 4thed, Tehran, Junglepub; 2015: 75. [in Persian]
[31] Brown K.W, Ryan RM. The benefits of being present: Acceptance and Commitment Training and Its role in psychological wellbeing. ***JPSP*** 2013; 84(22): 822-48.
[32] Hofmann S, Smits J. Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: A meta-analysis of randomized placebo controlled trials. ***ASCP*** 2011; 69(4): 621-32.
[33] Zare H. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Improving the Flexibility and Cognitive Fusion. ***SCJ*** 2017; 6(1): 125-34. [in Persian]

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2025-11-06]