

## مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شدت تجربه درد و تاب‌آوری زنان مبتلا به سردرد مزمن

سمیه فتحی<sup>۱</sup>، جعفر پویامنش<sup>۲\*</sup>، محمد قمری<sup>۳</sup>، قربان فتحی‌ا قدم<sup>۲</sup>

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۱/۱۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۴/۸

### خلاصه

**مقدمه:** پیشرفت‌های نظری و رشد پژوهش‌ها، مبانی لازم برای مفهوم‌سازی سردرد به عنوان یک اختلال روانی فیزیولوژیکی را فراهم آورده و باعث استفاده از درمان‌های رفتاری و روان‌شناختی برای سردرد شده است. پژوهش حاضر، با هدف مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شدت تجربه درد و تاب‌آوری زنان مبتلا به سردرد مزمن صورت گرفت.

**مواد و روش‌ها:** روش پژوهش، نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری، زنان مبتلا به سردرد بودند که در سال ۱۳۹۸ به کلینیک‌های دولتی مغز و اعصاب شهر پارس‌آباد مراجعه کرده بودند. تعداد ۳۰ نفر با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند انتخاب، و به صورت تصادفی در سه گروه مساوی قرار گرفتند. گروه‌های آزمایش، درمان‌های مختص خود را در ۸ جلسه ۱/۵ ساعته دریافت کردند. داده‌ها توسط آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی تجزیه و تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** در پیش‌آزمون میانگین و انحراف معیار نمره شدت تجربه درد و تاب‌آوری در گروه‌های درمان و کنترل اختلاف معنی‌داری نداشت. هر دو درمان، شدت تجربه درد بیماران را در پس‌آزمون کاهش، و تاب‌آوری را افزایش دادند ( $p < 0/001$ ). در مرحله پیگیری، اثر این دو درمان ماندگار بود ( $p < 0/001$ ). تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شدت تجربه درد و تاب‌آوری در مراحل پس‌آزمون و پیگیری بیش‌تر از تأثیر درمان هیجان‌مدار بود ( $p < 0/001$ ).

**نتیجه‌گیری:** درمان هیجان‌مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با کاهش شدت سردرد، سبب افزایش تاب‌آوری بیماران مبتلا به سردرد مزمن شدند، از این‌رو می‌توانند راهبرد پیشگیرانه مفیدی تلقی شوند.

**واژه‌های کلیدی:** درمان هیجان‌مدار، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شدت تجربه درد، تاب‌آوری، سردرد مزمن

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

۲ - استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد ابهر، دانشگاه آزاد اسلامی، ابهر، ایران. (نویسنده مسئول)  
پست الکترونیکی: jaffar\_pouyamanesh@yahoo.com، تلفن: ۶۰۸۰ (۰۲۴۲۵۲۲) +۹۸

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

## مقدمه

انجمن بین‌المللی سردرد (international headache society) سردرد تنشی را به دو نوع دوره‌ای (periodic) و مزمن طبقه‌بندی کرده است [۲]. سردرد مزمن با محدود ساختن فعالیت‌های روزمره زندگی، اختلال در روابط خانوادگی، اجتماعی و ایجاد فشارهای اقتصادی، کیفیت زندگی را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد [۳] و همچنین بر حسب شدت تجربه درد در این افراد، تاب‌آوری آن‌ها نیز کاهش پیدا می‌کند [۴].

تجربه درد یکی از شایع‌ترین رویدادهایی است که افراد را وادار به درخواست کمک از نظام‌های مراقبتی، بهداشتی و درمانی می‌کند، و نه تنها با تنیدگی و ناراحتی ایجاد شده توسط درد، بلکه به واسطه پیامدهای تنیدگی‌زای دیگری که برای فرد دردمند دارد، از جمله هزینه‌های درمانی و پیامدهای خانوادگی و شغلی، جنبه‌های مختلف زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۵].

تاب‌آوری یکی از مهم‌ترین توانمندی‌های انسان است که سبب سازگاری مؤثر با عوامل خطر می‌شود و در پزشکی و روان‌شناسی نشان‌دهنده مقاومت جسمانی و بهبود خودآنگیخته و توانایی ایجاد مجدد تعادل هیجانی در موقعیت‌های تنش‌زا است [۶]. تاب‌آوری در برابر تأثیرات روان‌شناختی وقایع مشکل‌آفرین، از فرد محافظت می‌کند [۷]. افراد بیمار به دلیل سیر طولانی بیماری کم‌کم تحلیل می‌روند و تاب‌آوری آن‌ها کاهش می‌یابد و به فاجعه‌سازی درد روی می‌آورد [۸].

علی‌رغم پیشرفت در کالبدشناسی، فیزیولوژی، زیست‌شناسی شیمیایی درد و ساخت داروهای جدید، همچنان سردرد به عنوان مشکل قابل توجهی در نظر گرفته می‌شود. در همین راستا، مشاهده می‌شود که استفاده از دارو تنها ۳۰ تا ۴۰ درصد از مشکلات بیماران مبتلا به سردرد را تخفیف می‌دهد [۱]. بسیاری از بیماران مبتلا به سردردهای مزمن، علی‌رغم مداخلات دارویی، همچنان درد را تجربه می‌کنند و اگر سازگار با سردردشان نباشند، کیفیت زندگی‌شان به طور چشم‌گیری تحت تأثیر قرار می‌گیرد و تاب‌آوری‌شان در برابر سردرد کاهش می‌یابد [۹]. از این‌رو، پیشرفت‌های نظری و

رشد پژوهش‌ها، مبنای لازم را برای مفهوم‌سازی سردرد به عنوان یک اختلال روانی فیزیولوژیکی فراهم آورده و سرانجام باعث استفاده از درمان‌های رفتاری و روان‌شناختی برای سردرد شده است [۹]. یک بررسی فراتحلیلی نشان داده است که مداخلات رفتاری، ۳۵ تا ۵۵ درصد سبب بهبود میگرن و سردرد تنشی شده است [۹]. از این‌رو، توجه به مداخلات روان‌شناختی و رفتاری، نظیر مشاوره و روان‌درمانی در حل مشکلات بیماران مبتلا به سردرد مزمن مهم می‌نماید؛ که Treatment Based on و Therapy focused-emotion Acceptance & Commitment از آن جمله‌اند [۱۰].

درمان هیجان‌مدار شامل روش‌های مبتنی بر فعال‌کردن هیجان قوی اولیه‌ای است که در یک زمینه ارتباطی همدلانه برقرار می‌شود [۱۱]. بررسی‌ها نشان می‌دهند که درمان هیجان‌مدار بر کیفیت زندگی، تجربه درد و خلق و خوی بیماران مبتلا به سرطان روده [۱۲] و استرس افراد مبتلا به درد مزمن [۱۳] اثربخش است.

ACT یک مداخله روان‌شناختی مبتنی بر شواهد است که راهبردهای پذیرش و ذهن‌آگاهی را به شیوه‌های مختلفی با راهبردهای تعهد و تغییر رفتار درمی‌آمیزد [۱۴]. با کمک این درمان افراد می‌توانند با پذیرش افکار و احساسات به جای اجتناب از آن‌ها و با آگاهی و شناخت از ارزش‌های اصلی شخصی در زندگی در بین گزینه‌های مختلف، عملی را انتخاب کنند که مناسب‌تر و به ارزش‌هایشان نزدیک‌تر باشد، نه این‌که عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطرات یا تمایلات آشفته به فرد تحمیل شود [۱۵]. پژوهش‌های مختلف حاکی از این است که ACT بر راهبردهای تنظیم هیجان شناخت، ناتوانی‌های مرتبط با سردرد و شدت سردرد [۱۶]، کاهش تکرار و شدت تجربه درد، کاهش استفاده از دارو و ناتوانی مربوط به سردرد [۱۷]، کاهش شدت تجربه درد زنان مبتلا به اختلال سردرد مزمن [۱۸] و میزان تجربه درد و افسردگی [۱۹] تأثیرگذار است.

به نظر می‌رسد درمان‌های هیجان‌مدار و ACT می‌توانند بر شدت تجربه درد و تاب‌آوری زنان مبتلا به سردرد مزمن تأثیر بگذارند. با این حال، در خصوص مقایسه میزان اثربخشی این دو درمان بر شدت تجربه درد و تاب‌آوری پژوهشی

(IR.IAU.Z.REC.1398.138) بود.

**پرسشنامه دیداری سنجش درد:** این پرکاربردترین ابزار سنجش درد در دنیاست. مقیاس دیداری اندازه‌گیری شدت درد یک خط‌کش ۱۰ سانتی‌متری می‌باشد که در انتهای سمت چپ آن (عدد صفر) واژه بدون درد و در انتهای سمت راست آن (عدد ده) واژه شدیدترین حالت درد نوشته شده است. فرد با توجه به میزان درد خود در ۴۸ ساعت گذشته روی پیوستار علامت می‌گذارد [۲۰]. علاوه بر روایی و پایایی، مهم‌ترین خصیصه این ابزار سادگی استفاده از آن می‌باشد. کسب نمره ۳-۱ نشان‌دهنده درد خفیف، ۷-۴ درد متوسط و ۱۰-۸ نشان‌دهنده درد شدید می‌باشد [۲۰]. روایی و پایایی علمی این ابزار در مطالعات متعددی در خارج از کشور تأیید شده است [۲۱]. در ایران نیز پایایی این مقیاس با ضریب همبستگی  $r = 0/88$  تأیید گردیده است. [۲۲].

#### مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون (connor-davidson resilience scale):

کانر و دیویدسون با مرور منابع پژوهشی ۱۹۷۹-۱۹۹۷ در حوزه تاب‌آوری، این مقیاس را طراحی کرده‌اند. این مقیاس ۲۵ گویه دارد که در یک دامنه لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا چهار (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود [۲۳]. حداقل نمره تاب‌آوری آزمودنی در این مقیاس صفر و حداکثر ۱۰۰ است [۲۳]. روایی و پایایی این مقیاس بر روی ۲۰۰ نفر از نوجوانان مبتلا به سرطان تهران، ارومیه و اصفهان بررسی شد، که روایی محتوایی این مقیاس با استفاده از روش تعیین شاخص روایی محتوا ۰/۹۸، و پایایی کل ابزار با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ گزارش شد [۲۴]. در پژوهشی [۲۵]، پایایی این مقیاس با روش آلفای کرونباخ بر روی ۲۸۷ نفر از دانشجویان دانشگاه شیراز محاسبه گردید که میزان آن ۰/۸۷ گزارش شد. نمونه‌ای از سوال این پرسشنامه شامل "وقتی تغییری رخ می‌دهد می‌توانم خودم را با آن سازگار کنم" است.

پس از اجرای پیش‌آزمون، هر یک از اعضای گروه آزمایش ۱، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (۲ ماه) درمان هیجان‌مدار را به صورت گروهی طبق برنامه درمانی Greenberg و همکاران [۲۶] دریافت کردند (جدول ۱)؛ و اعضای گروه آزمایش ۲ نیز، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (۲ ماه) از ACT طبق برنامه

صورت نگرفته است. از این‌رو، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و ACT بر شدت تجربه درد و تاب‌آوری زنان مبتلا به سردرد مزمن انجام شده است.

#### مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر، نیمه‌تجربی و از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان مبتلا به سردرد مزمن شهر پارس‌آباد (استان اردبیل) بود که در سال ۱۳۹۸ برای درمان سردرد خود به کلینیک‌های دولتی مغز و اعصاب شهر پارس‌آباد مراجعه کرده بودند. با روش نمونه‌گیری هدفمند، از بین بیمارانی که توسط روان‌پزشک یا متخصص مغز و اعصاب تشخیص مبتلا به سردرد مزمن برای آن‌ها گذاشته شده بود، ۳۰ نفر با در نظر گرفتن معیارهای ورود (سن ۳۰ تا ۵۰ سال، متأهل بودن، داشتن سواد خواندن و نوشتن) و معیارهای خروج از مطالعه (ابتلا به بیماری جدی دیگری به غیر از سردرد مزمن نظیر سرطان، ایدز، استفاده از داروهای روان‌پزشکی چون بنزودیازپین و پروتریپتیلین، برخورداری از جلسات مشاوره و روان‌درمانی فردی و گروهی، مصرف داروهای سردرد یکسان به مدت حداقل ۱ و حداکثر ۵ سال)، انتخاب و به‌صورت تصادفی به‌شیوه قرعه‌کشی به دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل تقسیم شدند. اطلاعات جمعیت‌شناختی شامل سن و مدت زمان مصرف داروهای سردرد بود. جهت تعیین حجم نمونه از فرمول حجم نمونه Fleiss استفاده شد. بر اساس مطالعه Javadian Saraf و Emami [۱۹]،  $\sigma = 1/01$ ،  $d^2 = 3/102$ ،  $\text{Power} = 0/80$  و  $\alpha = 0/05$  در نظر گرفته شد. در مطالعه مذکور  $\sigma$  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. بر اساس معادله، حجم نمونه ۹/۰۸ به‌دست آمد که برای هر گروه ۱۰ نفر در نظر گرفته شد. در این پژوهش همه اصول اخلاقی رعایت شده است. شرکت‌کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. اطلاعات آن‌ها محرمانه نگه داشته شد و در پایان درمان، گروه کنترل نیز تحت مداخله قرار گرفتند. کد اخلاق پژوهش حاضر

درمانی Sorrell و Vowles [۲۷] برخوردار شدند (جدول ۲). برای جلوگیری از تبادل اطلاعات بین افراد گروه‌های آزمایش، از آن‌ها خواسته شد تا ۴ ماه بعد اتمام درمان، درباره محتوای جلسات با یکدیگر گفتگویی نداشته باشند. توضیح این‌که، جلسات درمانی، طبق پروتکل‌های درمانی پیشنهاد شده، تماماً توسط یک متخصص مشاوره با درجه استادیاری و یک نفر دانشجوی دکتری تخصصی مشاوره در یک مرکز مشاوره خصوصی در شهر پارس‌آباد برگزار شدند. داده‌ها نیز توسط همین افراد تجزیه و تحلیل گردید. بعد از اتمام جلسات

(پس‌آزمون)، و ۴ ماه پس از اتمام درمان (پیگیری)، اعضای هر سه گروه با استفاده از ابزار اندازه‌گیری، ارزیابی شدند. جهت بررسی فرضیه پژوهش از آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. بررسی پیش‌فرض‌های این آزمون (شاپیرو ویلک، آزمون ام‌باکس، آزمون لوین و آزمون کرویت موخلی) نشان داد که می‌توان از آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده کرد. در این پژوهش سطح معنی‌داری ۰/۰۵ بود.

جدول ۱- محتوای جلسات و پروتکل درمان هیجان‌مدار [۲۶]

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	درمانگر اعضای گروه را تشویق می‌کند که ترس‌های خود را مانند ترس از طرد شدن یا ترس از گفتن عیب و نقصی که بویابی روابطشان را به عقب می‌راند را بیان کنند.
سوم	احساسات واکنشی ثانویه مانند خشم، ناکامی، تندی، احساسات مرتبط با سردرد منعکس شده و به آن‌ها ارزش داده می‌شود.
چهارم	اعضای گروه به کمک درمانگر به برون‌سازی مشکل می‌پردازند و به احساسات اولیه و نیازهای دلبستگی تحقق‌نیافته به‌صورت مشکل ارتباطی کلیدی نگاه می‌کنند.
پنجم	اعضای گروه به شناخت از جنبه‌های مختلف خود دست یافته و در نهایت احساس ارزشمندی خود را تجربه می‌کنند.
ششم	اعضای گروه یاد می‌گیرند که به هیجان‌هایی که به‌تازگی آشکار شده اعتماد کنند و واکنش‌های جدید را نسبت به انگیزه‌هایشان تجربه نمایند.
هفتم	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	اعضای گروه به کمک هم راه‌حل‌های جدیدی را برای مشکلات خود خلق می‌کنند و حکایت جدیدی از مشکلاتشان را بیان می‌کنند 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 را به‌یاد می‌آورند.

جدول ۲- محتوای جلسات و پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد [۲۷]

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، پیاده روی (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 پردازشی‌ها 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 نجسیند، 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 تمرکز بر تنفس، پیاده روی، 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.

## یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سنی شرکت‌کنندگان در مطالعه ۳۹/۸۰±۶/۵۹ بود، و در کل، میانگین و انحراف معیار مدت زمان مصرف داروهای سردرد آن‌ها ۳/۲۳±۱/۲۵ سال بود. در جدول ۳، میانگین و انحراف معیار سن و مدت زمان مصرف داروهای سردرد آزمودنی‌ها مقایسه شده است. سطوح معنی‌داری به‌دست آمده نشان می‌دهد که بین آزمودنی‌های سه گروه از منظر سن و مدت زمان مصرف داروهای سردرد تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

در بررسی پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر، آزمون شاپیرو ویلک نشان داد پیش‌فرض نرمال بودن توزیع متغیرهای مورد مطالعه در نمونه مورد مطالعه محقق شده است، چرا که مقادیر Z محاسبه‌شده در سطح ( $p < 0/05$ ) معنی‌دار نیست. در آزمون ام‌باکس، چون متغیرهای شدت تجربه درد ( $F=2/209$ ) و تاب‌آوری

( $F=2/345$ ) به ترتیب در سطح ( $0/311$  و  $0/189$ ) معنی‌دار نبودند، می‌توان گفت که مفروضه همسانی ماتریس واریانس-کوواریانس برای متغیرها برقرار شده است. همچنین نتایج آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس خطا در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان داد که با توجه به معنی‌دار نبودن مقدار F متغیرها در سطح خطای کوچک‌تر از ( $0/05$ )، واریانس خطای متغیر پژوهش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با هم برابر بوده و از این جهت فرض همسانی واریانس‌های خطا نیز برقرار است. در آخر، آزمون کرویت موخلی نشان داد مقدار کرویت موخلی ( $0/570$ ) متغیر شدت تجربه درد در سطح خطای داده شده ( $0/257$ ) و مقدار کرویت موخلی ( $0/650$ ) متغیر تاب‌آوری در سطح خطای داده شده ( $0/460$ ) معنی‌دار نیست، لذا می‌توان کرویت ماتریس واریانس-کوواریانس متغیرهای وابسته را پذیرفت. پس، این پیش‌فرض نیز برقرار است.

جدول 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	انحراف معیار ± میانگین	p
درمان هیجان‌مدار	سن (سال)	۳۹/۹۰±۶/۳۵	۰/۹۷۳
	ACT	۳۹/۴۰±۷/۸۴	
	کنترل	۴۰/۱۰±۶/۱۵	
درمان هیجان‌مدار	مدت زمان مصرف داروهای سردرد (سال)	۳۹/۸۰±۶/۵۹	۰/۶۸۲
	ACT	۳/۲۰±۱/۳۳	
	کنترل	۳/۵۰±۱/۳۵	
کل		۳/۲۳±۱/۲۵	

آزمون: تحلیل واریانس یک راهه، \* اختلاف معنی‌دار  $p < 0/05$

پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد به‌عبارتی، بین زمان و مداخله تعامل وجود دارد.

جدول ۴ بیان می‌کند که بین نمرات متغیر شدت تجربه درد در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین نشان می‌دهد که بین نمرات متغیر شدت تجربه درد در سه بار اجرای پیش‌آزمون،

جدول ۴- نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره در نمرات متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	تأثیر	مقدار	F	فرضیه درجه آزادی	خطای درجه آزادی	p	مجذور اتا
شدت تجربه درد	زمان	۰/۹۲۲	۱/۵۲۹	۲	۲۶	**۰/۰۰۱	۰/۹۲۲
	لامبدا و لکزی	۰/۰۷۸	۱/۵۲۹	۲	۲۶	**۰/۰۰۱	۰/۹۲۲
	اثر هتلینگ	۱۱/۷۶۱	۱/۵۲۹	۲	۲۶	**۰/۰۰۱	۰/۹۲۲
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۱۱/۷۶۱	۱/۵۲۹	۲	۲۶	**۰/۰۰۱	۰/۹۲۲

زمان*مداخله	اثر پیلایی	۰/۸۷۴	۱۰/۴۷۰	۴	۵۴	۰/۴۳۷
لامبدا و یلکز	۰/۱۲۷	۲۳/۴۴۹	۴	۵۲	۰/۶۴۳	
اثر هتلینگ	۶/۸۵۵	۴۲/۸۴۲	۴	۵۰	۰/۷۷۴	
بزرگ‌ترین ریشه روی	۶/۸۵۴	۹۲/۵۲۵	۲	۲۷	۰/۸۷۳	
اثر پیلایی	۰/۹۱۳	۱/۳۶۶	۲	۲۶	۰/۹۱۳	
لامبدا و یلکز	۰/۰۸۷	۱/۳۶۶	۲	۲۶	۰/۹۱۳	
اثر هتلینگ	۱۰/۵۰۴	۱/۳۶۶	۲	۲۶	۰/۹۱۳	
بزرگ‌ترین ریشه روی	۱۰/۵۰۴	۱/۳۶۶	۲	۲۶	۰/۹۱۳	
اثر پیلایی	۰/۹۴۳	۱۲/۰۴۰	۴	۵۴	۰/۴۷۱	
لامبدا و یلکز	۰/۱۲۶	۲۳/۶۱۹	۴	۵۲	۰/۶۴۵	
اثر هتلینگ	۶/۳۸۸	۳۹/۹۲۶	۴	۵۰	۰/۷۶۲	
بزرگ‌ترین ریشه روی	۶/۳۰۱	۸۵/۰۷۰	۲	۲۷	۰/۸۶۳	

\* $p < 0.05$  اختلاف معنی‌دار

جدول ۵ تأثیرات متغیرهای زمان، و تعامل زمان و مداخله را بر متغیرهای شدت تجربه درد و تاب‌آوری نشان می‌دهد. همان‌گونه که در جدول مشاهده می‌شود اثر متغیر زمان بر متغیرهای شدت تجربه درد و تاب‌آوری معنی‌دار است ( $p < 0.001$ ). یعنی نمرات متغیرهای شدت تجربه درد و تاب‌آوری گروه‌های آزمایش (درمان هیجان‌مدار 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 متغیرهای شدت تجربه درد و تاب‌آوری معنی‌دار بوده است ( $p < 0.001$ ). یعنی درمان هیجان‌مدار و

ACT توانسته‌اند بر شدت تجربه درد و تاب‌آوری زنان مبتلا به سردرد مزمن در پس‌آزمون و پیگیری تأثیر معنی‌داری بگذارند. بنابراین، فرضیه پژوهش که مبنی بر «اثر بخشی درمان هیجان‌مدار و ACT بر شدت تجربه درد و تاب‌آوری زنان مبتلا به سردرد مزمن متفاوت است» بود، تأیید می‌شود. در ادامه، جهت مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و ACT بر شدت تجربه درد و تاب‌آوری زنان مبتلا به سردرد مزمن از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۶ آورده شده است.

جدول 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	p	مجذورات تا
شدت تجربه درد	۷۶/۰۶۷	۲	۳۸/۰۳۳	۲۰۲/۶۷۸	*** $p < 0.001$	۰/۸۸۲
زمان*مداخله	۴۲/۴۶۷	۴	۱۰/۶۱۷	۵۶/۵۷۶	*** $p < 0.001$	۰/۸۰۷
خطا (زمان)	۱۰/۱۳۳	۵۴	۰/۱۸۸			
تاب‌آوری	۳۵۵۶/۱۵۶	۲	۱۷۷۸/۰۷۸	۲۶۸/۷۵۲	*** $p < 0.001$	۰/۹۰۹
زمان*مداخله	۲۱۶۲/۵۷۸	۴	۵۴۰/۶۴۴	۸۱/۷۱۷	*** $p < 0.001$	۰/۸۵۸
خطا (زمان)	۳۵۷/۲۶۷	۵۴	۶/۶۱۶			

\* $p < 0.05$  اختلاف معنی‌دار

جدول ۶ نشان می‌دهد که از منظر شدت تجربه درد و تاب‌آوری بین افراد گروه درمان هیجان‌مدار، ACT و کنترل در پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود ندارد؛ اما در پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌دار است ( $p < 0.001$ ).

همچنین، نمرات افراد گروه درمان هیجان‌مدار و ACT در متغیر شدت تجربه درد و تاب‌آوری در پس‌آزمون و پیگیری متفاوت از هم است، به طوری که اثربخشی ACT بیش‌تر از درمان هیجان‌مدار است ( $p < 0.001$ ).

جدول ۶- نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی بر حسب عضویت گروهی در متغیر شدت تجربه درد و تاب‌آوری زنان مبتلا به سردرد مزمن شهر یارس‌آباد در سال ۱۳۹۸

متغیر وابسته	گروه ۱	گروه ۲	تفاوت میانگین	انحراف استاندارد	P
پیش‌آزمون	درمان هیجان‌مدار	ACT	-۰/۲۰۰	۰/۴۷۹	۱/۰۰۰
		کنترل	۰/۱۰۰	۰/۴۷۹	۱/۰۰۰
پیش‌آزمون	ACT	درمان هیجان‌مدار	۰/۲۰۰	۰/۴۷۹	۱/۰۰۰
		کنترل	۰/۳۰۰	۰/۴۷۹	۱/۰۰۰
پیش‌آزمون	کنترل	درمان هیجان‌مدار	-۰/۱۰۰	۰/۴۷۹	۱/۰۰۰
		ACT	-۰/۳۰۰	۰/۴۷۹	۱/۰۰۰
پس‌آزمون	درمان هیجان‌مدار	ACT	۱/۹۰۰	۰/۴۶۶	***۰/۰۰۱
		کنترل	-۱/۵۰۰	۰/۴۶۶	***۰/۰۱۰
پس‌آزمون	ACT	درمان هیجان‌مدار	-۱/۹۰۰	۰/۴۶۶	***۰/۰۰۱
		کنترل	-۳/۴۰۰	۰/۴۶۶	***۰/۰۰۱
پس‌آزمون	کنترل	درمان هیجان‌مدار	۱/۵۰۰	۰/۴۶۶	***۰/۰۱۰
		ACT	۳/۴۰۰	۰/۴۶۶	***۰/۰۰۱
پیگیری	درمان هیجان‌مدار	ACT	۱/۷۰۰	۰/۴۹۴	***۰/۰۰۶
		کنترل	-۱/۴۰۰	۰/۴۹۴	***۰/۰۲۶
پیگیری	ACT	درمان هیجان‌مدار	-۱/۷۰۰	۰/۴۹۴	***۰/۰۰۶
		کنترل	-۳/۱۰۰	۰/۴۹۴	***۰/۰۰۱
پیگیری	کنترل	درمان هیجان‌مدار	۱/۴۰۰	۰/۴۹۴	***۰/۰۲۶
		ACT	۲/۱۰۰	۴/۷۶۵	***۰/۰۰۱
پیش‌آزمون	درمان هیجان‌مدار	کنترل	۰/۹۰۰	۲/۵۷۳	۱/۰۰۰
		درمان هیجان‌مدار	-۰/۵۰۰	۲/۵۷۳	۱/۰۰۰
پیش‌آزمون	ACT	کنترل	-۰/۹۰۰	۲/۵۷۳	۱/۰۰۰
		درمان هیجان‌مدار	-۱/۴۰۰	۲/۵۷۳	۱/۰۰۰
پیش‌آزمون	کنترل	ACT	۰/۵۰۰	۲/۵۷۳	۱/۰۰۰
		ACT	۰/۴۰۰	۲/۵۷۳	۱/۰۰۰
پس‌آزمون	درمان هیجان‌مدار	کنترل	-۶/۵۰۰	۲/۳۵۹	***۰/۰۳۱
	درمان هیجان‌مدار	درمان هیجان‌مدار	۱۷/۰۰۰	۲/۳۵۹	***۰/۰۰۱
پس‌آزمون	کنترل	کنترل	۶/۵۰۰	۲/۳۵۹	***۰/۰۳۱
	ACT	درمان هیجان‌مدار	۲۳/۵۰۰	۲/۳۵۹	***۰/۰۰۱
پس‌آزمون	ACT	ACT	-۱۷/۵۰۰	۲/۳۵۹	***۰/۰۱۰
	کنترل	ACT	-۲۳/۵۰۰	۲/۳۵۹	***۰/۰۰۱
پیگیری	درمان هیجان‌مدار	کنترل	-۶/۹۰۰	۲/۳۸۱	***۰/۰۲۲
	درمان هیجان‌مدار	درمان هیجان‌مدار	۱۶/۵۰۰	۲/۳۸۱	**

**۰/۰۰۱	۲/۳۸۱	۶/۹۰۰	کنترل		(پیگیری)
**۰/۰۲۲	۲/۳۸۱	۲۳/۴۰۰	درمان هیجان‌مدار	ACT	
**۰/۰۰۱	۲/۳۸۱	-۱۶/۵۰۰	ACT		(پیگیری)
**۰/۰۰۱	۲/۳۸۱	-۲۳/۴۰۰	کنترل		
**۰/۰۰۱					

\* $p < 0.05$  اختلاف معنی‌دار

## بحث

هدف از پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان هیجان-مدار و ACT بر شدت تجربه درد و تاب‌آوری زنان مبتلا به سردرد مزمن بود. نتایج نشان داد که درمان هیجان‌مدار و ACT بر کاهش شدت تجربه درد و افزایش تاب‌آوری زنان مبتلا به سردرد مزمن تأثیر دارند، اما تأثیر ACT در پس‌آزمون و پیگیری بیش‌تر از تأثیر درمان هیجان‌مدار است. همچنین، یافته‌ها نشان داد که تغییرات نمره شدت تجربه درد و تاب‌آوری در زمان‌های مورد بررسی در گروه‌ها متفاوت بوده و گذر زمان نقش تعدیل‌کنندگی بر تأثیر درمان‌ها در کاهش شدت تجربه درد و افزایش تاب‌آوری دارد و اثر زمان معنی‌دار است؛ یعنی اثر متقابلی بین زمان و مداخله وجود دارد و با گذشت زمان از شروع مداخله، نمرات شدت تجربه درد کاهش و نمرات تاب‌آوری ارتقا یافتند و تأثیرات ناشی از حضور در گروه‌های آزمایشی با نزدیک شدن به پایان مداخله بر روی نمرات متغیرها در هر دو گروه آزمایشی مثبت بود.

بنابراین می‌توان گفت که درمان هیجان‌مدار بر شدت تجربه درد و تاب‌آوری زنان مبتلا به سردرد مزمن اثربخش است. در راستای اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر شدت تجربه درد و تاب‌آوری زنان مبتلا به سردرد می‌توان به نتایج پژوهش‌های Louro و همکاران [۱۲] و Lumley و همکاران [۱۳] اشاره کرد که نشان دادند درمان هیجان‌مدار بر شدت تجربه درد و تاب‌آوری زنان مبتلا به سردرد مزمن اثربخش است که نتیجه پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های مذکور همسو می‌باشد.

Izanloo و همکاران معتقدند که خلق افسرده آستانه تحمل شدت درد را کاهش می‌دهد. بر این اساس از یک سو، درد عواطف و هیجانات منفی را به دنبال دارد و از سوی دیگر، هیجانات منفی به نوبه خود باعث تداوم شدت تجربه

درد می‌شوند. تأثیر علی هر یک بر دیگری یکی از مهم‌ترین اسرار تجربه درد است [۲۸]. درمان هیجان‌مدار با کمک به بیماران در راستای تجربه هیجانی جدید و ابراز مثبت، حساسیت بیش از حد آن‌ها را نسبت به احساس‌های بدنی و برانگیختگی درونی کم می‌کند و با تقویت نظام نظم‌دهی هیجانی، سبب می‌شود تا آن‌ها پاسخ‌های هیجانی طولانی مدتی را به محرک درد نشان ندهند [۲۹]. همچنین درمان هیجان‌مدار با کمک به بهبود توانایی نمادی‌سازی هیجانات، منجر به این می‌شود تا عکس‌العمل‌های فیزیولوژیکی غیرعادی کم شوند و توانایی آسیب‌دیده برای خودمراقبتی و خودنظم‌دهی بهبود یابد، که این مسئله سبب کاهش شدت تجربه درد ادراک‌شده و طول مدت آن می‌شود. افرادی که از درمان هیجان‌مدار برخوردار بوده‌اند، با یادگیری واگویی هیجانات‌شان، می‌توانند هیجانات خود را شناسایی و توصیف کنند و در هنگام مواجهه با درد نیز هیجانات خود را تشخیص دهند. در این‌صورت قادر خواهند بود درد خود را بهتر مدیریت کنند و شدت درد را کمتر تجربه نمایند [۳۰]. چون هیجانات نقش مهمی در زندگی افراد ایفا می‌کنند، درمان هیجان‌مدار به عنوان یک روش درمانی در تعدیل هیجانات باعث برخورد مؤثر با موقعیت‌های استرس‌زا شده [۳۱] و افزایش فعالیت در پاسخ به موقعیت‌های اجتماعی را به همراه دارد. بنابراین، درمان هیجان‌مدار می‌تواند با آگاه کردن فرد از هیجانات مثبت و منفی، پذیرش و ابراز به موقع آنها نقش مهمی در افزایش تاب‌آوری داشته باشد. درباره اثربخشی ACT هم می‌توان نتیجه گرفت که این درمان بر شدت تجربه درد و تاب‌آوری زنان مبتلا به سردرد مزمن اثربخش است. در این راستا، پژوهش‌های Khazraee و همکاران [۱۶]، Dindo و



مقایسه نکرده است. فرایند ACT به افراد کمک می‌نماید تا مسئولیت تغییرات رفتاری را بپذیرد و هر زمان که لازم بود تغییر یا پافشاری نماید و در واقع، این درمان به دنبال متعادل کردن شیوه‌های متناسب با موقعیت است. در حوزه‌های قابل تغییر (مثل رفتار آشکار)، بر تغییر متمرکز است و در حوزه‌هایی نظیر فشارخون، و سردردهای مزمن و میگرنی که تغییر امکانپذیر نیست، بر پذیرش و تمرین‌های ذهن-آگاهی تمرکز دارد [۳۲]. ذهن‌آگاهی به افراد کمک می‌کند تا راهبردهای مقابله سازگارانه و کمتر اجتنابی را اتخاذ نمایند.

نمونه پژوهش حاضر را کلیه زنان متأهل ۳۰-۵۰ ساله مبتلا به سردرد مزمن شهر پارس‌آباد تشکیل دادند که این مورد یکی از محدودیت‌های محدودیت‌های پژوهش است و تعمیم یافته‌ها به همه زنان مبتلا به سردرد مزمن (جوان‌تر یا مسن‌تر) و زنان مجرد، که از حمایت همسر و خانواده برخوردار نیستند را دشوار می‌سازد. همچنین، در این پژوهش از پرسش‌نامه جهت جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد که به دلیل خودگزارشی بودن ابزارها، امکان سوگیری در پاسخدهی وجود دارد. با توجه به محدودیت جامعه آماری این پژوهش، پیشنهاد می‌شود که پژوهش حاضر در بین جوامع آماری مختلف و در سایر شهرها اجرا گردد؛ و علاوه بر بررسی پرسشنامه‌ای، از سایر روش‌های گردآوری اطلاعات نظیر مشاهده و مصاحبه نیز استفاده شود.

#### نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج پژوهش می‌توان گفت که

این دو درمان، با کاربرد فرآیندهای خود، هر کدام به‌ترتیب سبب کاهش شدت تجربه درد و افزایش تاب‌آوری زنان مبتلا به سردرد مزمن شده‌اند. درمان هیجان‌مدار و ACT با کاهش فاجعه‌آمیزکردن سردرد و در نتیجه کاهش اضطراب و ترس مرتبط با درد، در کاهش شدت سردرد و افزایش تاب‌آوری بیماران مبتلا به سردرد مزمن مؤثر هستند و می‌توانند راهبرد پیشگیرانه مفیدی تلقی شوند. با توجه به نقش مهم زنان در خانواده و جامعه و از طرفی، لزوم توجه به سلامت جسمانی و روان‌شناختی آن‌ها پیشنهاد می‌شود در انجمن‌های مربوط به سردرد، کلینیک‌های روان‌شناسی بیمارستان‌ها و کلینیک‌های

همکاران [۱۷]، Ardakani-Gharaei و همکاران [۱۸] و Vowles و McCracken [۹] نشان دادند که این درمان بر شدت تجربه درد و تاب‌آوری بیماران تأثیر دارد. نتیجه پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های مذکور همسو می‌باشد. به نظر می‌رسد پذیرش فرآیند کلیدی در دستاوردهای درمانی موجب کاهش اثر تجربیات دردناک بر کارکردهای هیجانی، همچنین پیشبین کارکردهای فرد در آینده می‌باشد [۳۲]. اصلی‌ترین سازه نظری در پذیرش، مبتنی بر درمان‌های رفتاری از قبیل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است، که به معنای توانایی برای انجام عمل مؤثر در راستای ارزش‌های فردی علی‌رغم حضور درد است [۳۲]. اجتناب از درد که بنا بر ACT معادل اجتناب تجربه‌ای است به واسطه نقش مهمی که در آسیب‌شناسی روانی دارد، تاب‌آوری افراد را در مقابل درد مزمن کاهش می‌دهد. در واقع، اجتناب از درد با ایجاد رفتارهای انعطاف‌ناپذیر و غیرمؤثر مانع تجربه مستقیم درد (اجتناب تجربه‌ای) و در نهایت مختل شدن عملکرد فرد می‌شود. در صورتی که در تاب‌آوری، فرد با وجود درد و هیجانات منفی، باز هم عملکرد مؤثر خود را حفظ می‌کند. بنابراین، با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به کمک فرآیند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اجتناب از درد و رفتارهای غیرمؤثر خنثی شده و عملکرد فرد مختل نمی‌شود [۳۲]. در واقع، تاب‌آوری فرد در مقابل درد افزایش می‌یابد. همچنین در دیدگاه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اجتناب تجربه‌ای از رویدادهای درونی به واسطه آمیختگی شناختی ایجاد می‌شود و فرد به دلیل اینکه فکر یک رویداد را با اتفاق واقعی رویداد یکی می‌کند، دست به رفتارهایی برای جلوگیری از آن اتفاق می‌زند [۳۲]. پژوهش حاضر نشان داد که درمان هیجان‌مدار و ACT بر شدت تجربه درد و تاب‌آوری زنان مبتلا به سردرد مزمن اثربخش است و ACT نسبت به درمان هیجان‌مدار، تأثیر بیشتری بر متغیر کیفیت زندگی، شدت تجربه درد و تاب‌آوری زنان مبتلا به سردرد مزمن در پس‌آزمون و پیگیری دارد. هیچ پژوهشی اثربخشی درمان هیجان‌مدار و ACT بر شدت تجربه درد و تاب‌آوری زنان مبتلا به سردرد مزمن را

گردآوری داده‌ها به عهده سمیه فتحی، نگارش و تجزیه و تحلیل داده‌ها به عهده جعفر پویامنش، و انجام اصلاحات مقاله بر عهده محمد قمری بود. قربان فتحی‌اقدام شناسایی نمونه متشکل از افراد مبتلا به سردرد مزمن، و پیش‌آزمون و پس‌آزمون را انجام داد.

### تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از زنان مبتلا به سردرد مزمن شرکت‌کننده در پژوهش حاضر تقدیر و تشکر نمایند.

دولتی و خصوصی، از درمان هیجان‌مدار و ACT فردی و گروهی در زمینه افزایش تاب‌آوری و کاهش شدت تجربه درد زنان مبتلا به سردرد مزمن استفاده شود.

### تعارض منافع

در این پژوهش هیچ‌گونه تعارض منافی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

### سهم نویسندگان

## References

- Sadoughi M. The Comparison of Effectiveness of Progressive Muscle Relaxation and Stress Management Training for Patients with Chronic Tension Headache. *ReRJ* 2019; 87:59-68. [Persian]
- Steiner TG, Stovner LJ, Birbeck GL. Migraine: the seventh disable. *Cephalgia* 2013; 33(5):289-290
- Vesal M, Taher Neshatdoost H. Meta-analysis of psychological intervention's effectiveness on reduction of pain intensity among patients with chronic pain. *JAP* 2019; 10: 21-38. [Persian]
- Hinkle J L, Cheever K H. *Brunner & Suddarths Textbook of Medicalsurgical-nursing*. 14 Ed. Lippincott, Williams & Wilkins, Philadelphia; 2017.
- Shakeri R, Shaeri M, Roshan R. The Role of Biofeedback Training in Laboratory Pain Control According to Perfectionist. *Psychology* 2009; 11(1):43-59. [Persian]
- Goldstein S, Brooks R B. Why study resilience? *Handbook of resilience in children*. 2 Ed. Springer Science Business Media, New York; 2013.
- Pinquart M. Moderating effect of dispositional resilience on association between hassles and psychological distress. *JADP* 2009; 30(1):53-60.
- Bauer H, Emeny R T, Baumert J, Ladwig K-H. Resilience moderates the association between chronic pain and depressive symptoms in the elderly. *EJP* 2016; 20(8):1253-1265.
- Vowles KE, McCracken LM. Acceptance and Values-Based Action in Chronic Pain: A Study of Treatment Effectiveness and Process. *JCCP* 2008; 76(3):397-407.
- Seyed Mohammadi, Y. *Psychotherapy systems*. (Translation). Prochaska J A, Norkras JC. 8nd ed. Tehran: Ravan Publishing; 2019: 219-220. [Persian].
- Greenberg L S, Watson J C. *Emotion Focused Therapy for Depression*. 1 Ed. American Psychological Associatio, Washington; 2006.
- Louro A C, Fernández-Castro J, Blasco T. Efects of a Positive Emotion-Based Adjuvant Psychological Therapy in Colorectal Cancer Patients: A Pilot Study. *Psicooncología* 2016; 13:113-125.
- 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. *Psychotherapy* 2008; 45(2):165-172.
- Hayes S C, Lillis J. *Acceptance and Commitment Therapy*. 1 Ed. American Psychological Association, Washington; 2012.
- 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 psychology. *JSP* 2016; 57:41-52.
- Khazraee H, Omidi A, Daneshvar Kakhki R, Zanjani Z, Sehat M. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in Cognitive Emotion Regulation Strategies, Headache-Related Disability, and Headache Intensity in Patients with Chronic Daily Headache. *IRCMJ* 2018; 20: e57151. [Persian]
- Dindo L, Recober A, Marchman J, O'Hara MW, Turvey C. One- day behavioral intervention in depressed migraine patients: Effects on headache. *Headache* 2014; 54(3):528-38.
- Gharaei-Ardakani Sh, Azadfallah P, Tavallaei A. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Pain Experience in Women with Chronic Pain. *JCP* 2012; 4(2): 39-50. [Persian]

19. 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. *HARAKAT* 2009; 1(2):127-145. [Persian]
20. Memarian R. The effect of Benson relaxation technique on patients' preoperative anxiety in men ward. *Daneshvar* 2000; 34: 8-30. [Persian].
21. Conner K M, Davidson J R. Development of a new resilience scale: The Conner – Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety* 2003; 18(2):76-82.
22. Ahangarzadeh Rezaei S, Rasoli M. Psychometric Properties of The Persian Version of "Connor-Davidson Resilience Scale" in adolescents with cancer. *JUNMF* 2015; 13(9):739-747. [Persian].
23. Vickers ER, Cousins MJ, Woodhouse A. Pain description and severity of chronic orofacial pain conditions. *JAD* 1998; 43(6):403-9.
24. Rezvani Amin M, Siratinayer M, Ebadi A, Moradian T. Correlation between visual analogue scale and short form of McGill questionnaire in patients with chronic low back pain. *QUMSJ* 2012 Jun; 6: 31-34. [Persian].
25. Samani S, Jokar B, Sahragard N. Effects of Resilience on Mental Health and Life Satisfaction. *IJPCP* 2007; 13(3): 290-295. [Persian].
26. Greenberg L J, Warwar S H, Malcolm W M. Differential Effects of Emotion-Focused Therapy and Psycho-education in Facilitating Forgiveness and Letting Go of Emotional Injuries. *JCP* 2008; 55(2):185-196.
27. Vowles KE, Sorrell JT. Life with Chronic Pain: An Acceptance-based Approach, Therapist Guide and Patient Workbook. [http://www contextualpsychology.org/acbs](http://www.contextualpsychology.org/acbs); 2007.
28. Izanloo B, Farzad V, Hassan Abadi MR, Abolmalali KH, Habibi Asgarabad M. Application of Multivariate Statistics. (Translation). Tabaknik B J, Fidel L S. 1<sup>st</sup> ed. Tehran: Roshd Publications; 2017: 37-38.
29. Janz N K, Hawley S T, Mujahid M. S, Griggs JJ, Alderman A, Hamilton A S. Correlates of worry about recurrence in a multiethnic population-based sample of women with breast cancer. *Cancer* 2011; 117(9):1827-1836.
30. Kano M, Fukudo S. The alexithymic brain: the neural pathways linking alexithymia to physical disorders. *Biopsychosocial Medicine* 2013; 7(1):1.
31. Pahlevan M, Besharat M A, Borjali A, Farahani H. The mediating role of meta-cognitive beliefs between alexithymia and chronic pain intensity. *JAP* 2018; 9: 1-13. [Persian].
32. Izadi R, Abedi MR. Acceptance and Commitment Therapy. 4<sup>th</sup> ed, Tehran, Junglepub; 2015. [Persian].

# The Effectiveness of Emotion-based Therapy and Acceptance & Commitment Therapy on the Pain Severity and Resistance in Women with Chronic Headaches

Fathi S<sup>1</sup>, Pouyamanesh J<sup>2</sup>, GHamari M<sup>3</sup>, FathiAgdam GH<sup>2</sup>

1- Ph.D Student, Dept of Counseling, Abhar Branch, Islamic Azad University, Abhar, Iran.

2- Assistant Prof, Dept of Psychology, Abhar Branch, Islamic Azad University, Abhar, Iran. (Corresponding Author)

Email: jaffar\_pouyamanesh@yahoo.com, Tel: +98 (0242522) 6080

3- Associate Prof, Dept of Counseling, Abhar Branch, Islamic Azad University, Abhar, Iran.

Received: 28 June 2020

Accepted: 29 January 2021

**Introduction:** Theoretical advances in research have provided the necessary basis for conceptualizing headache as a psychiatric physiological disorder, eventually leading to using behavioral and psychological treatments. This study aims to compare the effectiveness of emotion-based therapy and acceptance and commitment therapy on the pain severity and resistance in women with chronic headaches.

**Materials and Methods:** This study was semi-experimental with pretest-posttest follow-up with the control group. Its population consisted of all women with headaches referred to the Governmental Neurological Clinic of Parsabad city in 2020. Thirty patients diagnosed with chronic headaches by a psychiatrist or neurologist were selected using purposive sampling and were randomly divided into three groups. The treatment groups received 8 sessions of 1.5 hours treatment specifically; however, the control group did not receive any treatment. The collected data were analyzed by repeated-measures ANOVA and Bonferroni post-hoc test.

**Results:** The mean of pain severity and resistance in the pretest in the emotion-based therapy group, acceptance & commitment-based therapy group, and control group was 8.50, 43.00, 8.70, 42.10, and 8.40, 43.50 ( $p < 0.816$  and  $p < 0.860$ ), respectively. The results showed an insignificant effect of emotion-focused therapy (6.70, 59.80) and acceptance & commitment-based therapy (4.80, 66.30), compared to the control group (8.20, 42.80), in the posttest. There was a decrease in the pain severity and an increase in resistance in women with chronic headaches ( $p < 0.001$ ). The results also showed that the effect of acceptance and commitment therapy on the severity of pain and resistance in posttest and follow-up was more than that of emotional therapy ( $p < 0.001$ ).

**Conclusion:** Emotion-focused therapy and acceptance & commitment-based therapy reduce the severity of pain by increasing the resistance of patients with chronic headaches, thus being considered a useful preventive strategy.

**Keywords:** Emotion-based Therapy, Treatment Based on Acceptance & Commitment, Severity of Pain, Resistance, Chronic Headache

---

### Please cite this article as follows:

Fathi S, Pouyamanesh J, GHamari M, FathiAgdam GH. The Effectiveness of Emotion-based Therapy and Acceptance & Commitment Therapy on the Pain Severity and Resistance in Women with Chronic Headaches. *Community Health journal* 2021; 14 (4): 75-87.

**Funding:** Personal funds.

**Conflict of Interest:** None declared.

**Ethical Approval:** The Ethics Committee of the Islamic Azad University of Abhar Branch approved the Research Project (IR.IAU.Z.REC.1398.138).