MEJDS. 2020; 10:219.

Published online 2021 March. **Research Article**

Effects of Group Acceptance and Commitment Therapy on the Experience and Perception of Suffering, Existential Anxiety, Emotion Regulation, and Happiness in Patients With Migraine

Babahasani Kh[1], *Amini N[2], Shafie Abadi A[3], Deyreh E[4]

Author Address
1. PhD Student, Department of Psychology, Boushehr Branch, Islamic Azad University, Boushehr, Iran;
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Boushehr Branch, Islamic Azad University, Boushehr, Iran;
3. Professor, Department of Counseling, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran;
4. Assistant Professor, Department of Psychology, Boushehr Branch, Islamic Azad University, Boushehr, Iran.
***Corresponding author's email:** amini_n2010@yahoo.com

Received: 2020 January 28; **Accepted:** 2020 February 26

Abstract

Background & Objectives: Migraine is among the most essential psychosomatic diseases, caused by the dilation of the occlusive brain vessels. Periodic migraine attacks can impair a patient's functioning and reduce their ability to perform all aspects of daily living activities, such as employment, housework, and other physical and non–physical practices. Such defects include the effects imposed on the tolerance of the perception of suffering and disorder in Existential Anxiety (EA) and Emotion Regulation (ER) as well as reduced happiness and subjective wellbeing. There exists a high prevalence of migraine in societies. A cost–effective psychological approach is Acceptance and Commitment Therapy (ACT). Such treatment can significantly improve the symptoms of patients with migraine. Thus, the present study aimed to investigate the effects of group ACT on the experience and perception of suffering, ER, EA, and happiness in patients with migraine.

Methods: This was a quasi–experimental study with a pretest–posttest–follow–up and a control group design. The statistical population of this study consisted of all patients who were diagnosed with migraine and recorded in the apple system of health centers, hospitals, and the specialized clinic of Genaveh City, Iran, from September 2016 to April 2018. In total, 40 of these patients who were willing to participate in the study were selected voluntarily and were randomly assigned into two groups of group ACT and control (n=20/group). The inclusion criteria included patients with migraine in Genaveh, have ≥3 migraine headaches per month, age between 18 to 40 years, have at least a diploma, no history of other physical illnesses, satisfaction to participate in the study, no use of psychiatric drugs, not receiving other psychological therapies, and the absence of stressful events, such as divorce or the death of a loved one in the past 6 months. The exclusion criteria also included failure to participate in the program of group ACT sessions, absence from >2 intervention sessions, failure to complete the provided questionnaires at any stage of the research, incident effect of the study subject's personal life where they failed to continue to participate in the psychotherapy sessions, and using drugs that affect the study results. The following tools were used for gathering the required data: the Scale of Experience and Perception of Suffering (Schulz et al., 2010), the Emotion Regulation Questionnaire (Garnefski et al., 2001), the Oxford Happiness Scale (Argyle & Lu, 1990), and the Existential Anxiety Scale (Good & Good, 1974) in the pretest, posttest, and follow–up phases. The intervention consisted of a group ACT based on Hayes et al.'s package (2013); it was delivered in eight 120–minute sessions per week. However, the control group received no intervention. The repeated–measures Analysis of Variance (ANOVA) was used at the significance level of 0.05 to analyze the findings in SPSS.

Results: The results of repeated–measures ANOVA on the experience and suffering of perception, ER, happiness, and EA suggested that time effect (p<0.001), group effect (p<0.001), and time*group effect (p<0.001) were significant. Moreover, Bonferroni posthoc test data indicated a significant difference in the experience and suffering of perception, ER, happiness, and EA between pretest and posttest scores (p<0.001) as well as between pretest and follow–up values (p<0.001) in the experimental group. However, there was no significant difference between posttest and follow–up stages concerning the experience and suffering of perception (p=0.895), ER (p=0.925), happiness (p=1.000), and EA (p=1.000); thus, these data indicated the continued effectiveness of the provided intervention until the one–month follow–up phase.

Conclusion: According to the present study results, it can be suggested that group ACT was effective in reducing the perception of suffering, increasing happiness, improving ER, and reducing EA in patients with migraine.

Keywords: Acceptance and commitment therapy, Experience and perception of suffering, Emotion regulation, Happiness, Existential anxiety.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.119.8]

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

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۹؛ (۱۰):۲۱۹.

انتشار برخط اسفند ۱۳۹۹ مقاله پژوهشی اصیل

اثربخشی درمان گروهی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر تجربه و ادراک رنج، تنظیم هیجان، شادکامی و اضطراب وجودی در بیماران مبتلا به میگرن

خاتون باباحسنی[۱]، *ناصر امینی[۲]، عبدالله شفیع‌آبادی[۳]، عزت دیره[۴]

توضیحات نویسندگان

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

۲. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد بوشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بوشهر، ایران؛

۳. استاد، گروه مشاوره، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران؛

۴. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد بوشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بوشهر، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** amini_n2010@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۸ بهمن ۱۳۹۸؛ **تاریخ پذیرش:** ۷ اسفند ۱۳۹۸

چکیده

زمینه و هدف: میگرن یکی از مهم‌ترین بیماری‌های سایکوسوماتیک است که به‌علت اتساع عروق محصورکنندهٔ مغز بروز می‌کند. پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان گروهی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر تجربه و ادراک رنج، تنظیم هیجانی، شادکامی و اضطراب وجودی در بیماران مبتلا به میگرن انجام شد.

روش‌بررسی: پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و دورهٔ پیگیری یک‌ماهه با گروه گواه بود. تعداد چهل بیمار مبتلا به میگرن در شهرستان گناوه، به‌صورت داوطلبانه انتخاب شدند. سپس به‌طور تصادفی در گروه‌های درمان گروهی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد (بیست نفر) و گواه (بیست نفر) قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از مقیاس تجربه و ادراک رنج (اسچالز و همکاران، ۲۰۱۰)، پرسشنامهٔ تنظیم هیجان (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۱)، مقیاس شادکامی آکسفورد (آرجیل و لو، ۱۹۹۰) و مقیاس اضطراب وجودی (گود و گود، ۱۹۷۴) جمع‌آوری شد. از رویکرد پذیرش و تعهد براساس راهنمای درمانی هایز و همکاران (۲۰۱۳) استفاده شد. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در سطح معناداری ۰/۰۵ صورت گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، برای متغیرهای تجربه و ادراک رنج، تنظیم هیجان، شادکامی و اضطراب وجودی، اثر زمان ($p<۰/۰۰۱$)، اثر گروه ($p<۰/۰۰۱$) و اثر متقابل زمان*گروه ($p<۰/۰۰۱$) معنادار است. در مقایسهٔ مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون ($p<۰/۰۰۱$) و پیش‌آزمون و پیگیری ($p<۰/۰۰۱$) در چهار متغیر ذکرشده تفاوت معنادار مشاهده شد؛ اما بین مراحل پس‌آزمون و پیگیری در این متغیرها تفاوت معنادار مشاهده نشد که نشان‌دهندهٔ تداوم تأثیر مداخلات در مرحلهٔ پیگیری است.

نتیجه‌گیری: براساس نتایج، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در کاهش تجربه و ادراک رنج، افزایش شادکامی، بهبود تنظیم هیجانی و کاهش اضطراب وجودی بیماران مبتلا به میگرن مؤثر است و می‌توان از درمان مذکور در راستای بهبود کیفیت زندگی و سلامت روان این بیماران استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، تجربه و ادراک رنج، تنظیم هیجان، شادکامی، اضطراب وجودی.

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

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.119.8]

۱ مقدمه

سردرد میگرنی[1] از شایع‌ترین علل حضور افراد در کلینیک‌های سرپایی بیماری‌های مغز و اعصاب است. این بیماری عموماً به‌صورت دوره‌ای روی می‌دهد که با حملات با شدت متوسط تا شدید و پایدار در یک سوی سر، اغلب ضربان‌دار و دوره‌ای با تهوع و ترس و حداقل پنج حملهٔ سردرد با مدت‌زمان ۴تا۷۲ساعته همراه است (۱). درمجموع میگرن به دو دستهٔ با اورا[2] و بدون اورا[3] تقسیم می‌شود. اورا نوعی اختلال نورولوژیک بازگشت‌پذیر است که امکان دارد به‌صورت کرختی و سوزن‌سوزن‌شدن پوست سر یا بروز تغییراتی در احساسات شنوایی، بینایی، بویایی یا تکلم مشاهده شود (۱). بررسی‌ها حاکی‌از ابتلای حدود ۱۲تا۱۵درصد از مردم جهان به سردردهای میگرنی است (۲). حملات دوره‌ای میگرن موجب بروز اختلال در عملکرد بیمار می‌شود و توانایی این افراد در تمامی جنبه‌های روزمرهٔ زندگی مانند اشتغال، کارهای منزل و سایر فعالیت‌های جسمی و غیرجسمی کاهش می‌یابد؛ ازجمله می‌توان تأثیر بر تجربه و ادراک رنج و اختلال در اضطراب وجودی و تنظیم هیجان و همچنین کاهش شادکامی و بهزیستی ذهنی را نام برد (۲).

درد و رنج در بیماران مبتلا به میگرن پدیده‌ای شایع است و مشخص شده است، نقش مهمی در کیفیت و سلامت زندگی در این بیماران ایفا می‌کند؛ به‌نحوی‌که شدت درد بیشتر موجب کاهش عملکرد در بیشتر شاخص‌های مقیاس سلامت روان ازجمله سلامت کلی، سرزندگی، سلامت روانی و عملکرد اجتماعی و در کل کاهش کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به میگرن می‌شود. براساس تعریف انجمن بین‌المللی مطالعهٔ درد[4]، درد می‌تواند تجربه‌ای حسی و هیجانی ناخوشایند باشد که همراه با آسیب بافتی واقعی و بالقوه است (۳). در همین راستا رادات و همکاران در پژوهش خود گزارش کردند که بیماران مبتلا به میگرن فشارهای روانی و تنیدگی را به‌صورت شدیدتری ادراک می‌کنند و رفتارهای سازش‌نایافتهٔ بیشتری از خود بروز می‌دهند (۴).

اضطراب وجودی[5] به‌صورت بازخورد اجتناب‌ناپذیر روبه‌روشدن با «مقرری‌های وجود» یعنی مرگ، احتیاج‌داشتن به عمل‌کردن، انزوای وجودی و بی‌معنایی بیان شده است (۵). تیلیچ عالم الهیات را «اضطراب وجودی» نام نهاد و به مطالعه در این زمینه پرداخت. وی به برخی از شرایط ذاتی در نهاد انسان اشاره کرد که فرد را برای فرار از آگاهی بیشتر، برانگیخته می‌کند (۶). این شرایط فرد را دچار وحشتی می‌کند که همان اضطراب وجودی نامیده می‌شود (۵). کائو و همکاران در پژوهشی بر بیماران مبتلا به سردرد تنشی و میگرن، گزارش کردند که اضطراب بیماران با سردردهای تنشی بیشتر از گروه گواه است و سردرد خود موجب افزایش اضطراب و افسردگی در این بیماران می‌شود (۷).

در زمینهٔ تأثیر هیجانات بر تعدیل و تنظیم و ادراک رنج، بسیاری از پژوهش‌ها ابراز داشتند که نوسانات رنج به‌آسانی تحت‌تأثیر هیجانات قرار می‌گیرند؛ به‌طوری‌که هیجانات خوشایند عموماً موجب کاهش و التیام رنج می‌شوند؛ درحالی‌که هیجانات ناخوشایند شدت رنج را افزایش می‌دهند (۸). در همین راستا فریتاگ نشان داد که استفاده از راهبردهای مقابله‌ای در فاصلهٔ بین سردردهای میگرنی، احتمال سردرد را در دو هفته بعد پیش‌بینی می‌کند و میگرن با آشفتگی‌های هیجانی و راهبردهای مقابله‌ای که در زندگی اجتماعی و شغلی افراد بیمار ایجاد کرده، رابطه دارد (۹). حسینی و همکاران اظهار داشتند که افراد مبتلا به سردردهای میگرنی درمقایسه با افراد سالم از راهبردهای مثبت کمتری در تنظیم شناختی هیجانات خود استفاده می‌کنند (۱۰).

از طرف دیگر یافته‌های برخی پژوهش‌ها حاکی‌از ارتباط معنادار بین سردردهای میگرنی با شادکامی است. بررسی‌های اندکی رابطهٔ معنادار بین سردردهای میگرنی را با کم‌بودن شادکامی در افراد مبتلا به میگرن نشان می‌دهد (۱). شادکامی به‌عنوان تجربهٔ احساس نشاط، خشنودی و سرخوشی و همچنین احساس داشتن زندگی خوب، بامعنا و باارزش تعریف شده است. براساس این دیدگاه، شادکامی پدیده‌ای ذهنی و درونی تلقی می‌شود. نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد، شادکامی با پیامدهای مثبتی مثل سلامت جسمانی و روانی، عملکرد مطلوب و تولید و کارآفرینی همراه است؛ بنابراین نبود شادکامی می‌تواند اثرات منفی بر سلامت جسمی و روانی افراد به‌جا بگذارد (۱۱).

در طول چند سال گذشته یافته‌های تحقیقات گوناگون نشان داده است که مداخلات رفتاری موجب بهبود ۳۵تا۵۵درصدی در میگرن و سردردهای تنشی شده است (۱۲). هافمن و همکاران گزارش کردند، رویکردهای درمانی چندگانه[6] که یکی از مؤلفه‌های آن‌ها مبتنی‌بر مداخلات روان‌شناختی خواهد بود، به‌مراتب اثرات کوتاه‌مدت و بلندمدت بیشتری بر کم‌کردن درد و بهبود بازدهی شغلی و روزانهٔ فرد مبتلا به میگرن دارند (۱۳). درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد[7] از رویکردهای بسیار مهم درمانی نسل سوم معرفی شده است و برای درمان بیماری‌های روان‌شناختی مفید واقع شده است. هدف اصلی در این درمان بهبود انعطاف‌پذیری روانی است. در این درمان به‌جای تغییر شناخت‌ها سعی می‌شود ارتباط روان‌شناختی شخص بیمار با افکار و احساساتش افزایش پیدا کند؛ به‌طورکلی اعتقاد درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر این است که آنچه خارج از کنترل فرد است، فرد آن را بپذیرد و به عملی متعهد باشد که زندگی را پربار می‌کند (۱۴). در راستای اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر بیماری میگرن و اثرات آن، بهراد و همکاران گزارش کردند که درمان پذیرش و تعهد باعث کاهش درد، پذیرش درد و بهبود خودکارآمدی درد در افراد مبتلا به میگرن می‌شود (۱۴). همچنین دیندو و همکاران نشان دادند که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد موجب افزایش پذیرش درد در بیماران می‌شود (۱۵). در کل می‌توان بیان کرد که شیوع میگرن در جوامع امروزی بسیار زیاد است و این بیماران درگیر مشکلات روان‌شناختی ازجمله اختلالات اضطرابی، نبود توانایی در تنظیم هیجان، افزایش رنج و کاهش شادمانی

---

1. Migraine headache
2. Migraine with aura
3. Migraine without aura
4. Internal Association for The Study of Pain
5. Existential anxiety
6. Multidisciplinary approaches
7. Therapy Based on Admission and Commitment

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.119.8]

هستند (۱). از سویی این بیماری جنبه‌های مختلف فردی، خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی زندگی افراد مبتلا را تحت‌تأثیر خود قرار می‌دهد؛ همچنین درمان دارویی مستلزم هزینه از طرف بیماران است و داروهای موجود همیشه موجب تسکین درد این بیماران نمی‌شود؛ بنابراین باتوجه به جنبه‌های گوناگون روانی‌ـ اجتماعی که بیماری میگرن بر سلامت روان‌شناختی بیماران دارد، تدوین درمان روان‌شناختی و مداخلات روان‌شناختی برای این بیماران ضروری به‌نظر می‌رسد. باتوجه به توضیحات ذکرشده، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان گروهی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر تجربه و ادراک رنج، تنظیم هیجانی، اضطراب وجودی و شادکامی بیماران میگرنی انجام شد.

۲ روش‌بررسی

تحقیق حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و دورهٔ پیگیری با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری این پژوهش را تمامی بیمارانی تشکیل دادند که با تشخیص میگرن در سامانهٔ «سیب» مراکز بهداشتی‌درمانی و بیمارستان و کلینیک فوق‌تخصصی شفا در شهرستان گناوه از شهریور سال ۱۳۹۵ تا فروردین سال ۱۳۹۷ ثبت شدند. از این بیماران تعداد چهل نفر مایل به شرکت در پژوهش به‌صورت نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. سپس به‌طور تصادفی در گروه‌های درمان گروهی پذیرش و تعهد (بیست نفر) و گواه (بیست نفر) قرار گرفتند. به‌دلیل اینکه در روش پژوهش نیمه‌آزمایشی حداقل حجم نمونه باید پانزده نفر باشد، این تعداد آزمودنی انتخاب شدند (۱۶). مداخلهٔ درمانی به‌صورت گروهی در هشت جلسهٔ ۱۲۰ دقیقه‌ای و هر جلسه در یک هفته برای گروه مداخله برگزار شد. در این مدت گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از اتمام جلسات، از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد و بعد از یک ماه، مرحلهٔ پیگیری انجام پذیرفت. درنهایت کل برنامه از یک پیش‌جلسه، هشت جلسهٔ درمانی و یک جلسهٔ پیگیری تشکیل شد. معیارهای ورود شرکت‌کنندگان به مطالعه عبارت بود از: بیماران مبتلا به میگرن در شهرستان گناوه، دارای حداقل ۳ سردرد میگرنی در طول ماه؛ سن بین ۱۸ تا ۴۰ سال؛ داشتن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم؛ نداشتن سابقهٔ بیماری جسمی دیگری؛ تمایل و رضایت به شرکت در مطالعه؛ مصرف‌نکردن داروهای روان‌پزشکی؛ دریافت‌نکردن روش‌های درمانی روان‌شناختی دیگر؛ رخ‌ندادن حادثهٔ تنش‌زا مانند طلاق یا مرگ عزیزان در شش ماه گذشته. همچنین معیارهای خروج شرکت‌کنندگان از مطالعه عبارت بود از: شرکت‌نکردن در برنامهٔ جلسات گروه‌درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد؛ غیبت بیشتر از دو جلسه در برنامهٔ جلسات گروه‌درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد؛ تکمیل‌نکردن کامل و صحیح پرسشنامه‌ها در هر مرحله از پژوهش؛ بروز حادثه تأثیرگذار بر زندگی شخصی آزمودنی به‌طوری‌که توانایی ادامهٔ شرکت در جلسات روان‌درمانی را نداشته باشد؛ مصرف‌کردن داروهای اثرگذار بر نتایج پژوهش. در پژوهش حاضر ابزارهای زیر به کار رفت که دربارهٔ آن‌ها توضیح داده می‌شود.

ـ مقیاس تجربه و ادراک رنج[1]: برای سنجش تجربه و ادراک رنج از مقیاس تجربه و ادراک رنج اسچالز و همکاران استفاده شد که در سال ۲۰۱۰ ساخته شد. (۱۷). این مقیاس سه بُعد رنج جسمانی، رنج روان‌شناختی و رنج وجودی‌ـ معنوی را می‌سنجد. بعد جسمانی شامل ۹ سؤال است و آزمودنی پاسخ خود را براساس طیف لیکرت چهاردرجه‌ای از هرگز=صفر تا همیشه=۳ مشخص می‌کند. بعد روان‌شناختی با ۱۵ آیتم سنجش می‌شود و آزمودنی پاسخ خود را براساس طیف لیکرت چهاردرجه‌ای از خیلی کم=صفر تا خیلی زیاد=۳ مشخص می‌کند. رنج وجودی‌ـ معنوی نیز با ۹ آیتم اندازه‌گیری می‌شود و آزمودنی پاسخ خود را براساس طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از خیلی کم=صفر تا خیلی زیاد=۴ مشخص می‌کند. هرچه نمره بیشتر باشد، نشان‌دهندهٔ رنج ادراک‌شدهٔ بیشتر است. در پژوهش اسچالز و همکاران، پایایی این آزمون و ابعاد آن در سه گروه آمریکایی‌ـ آفریقایی (جسمانی ۰/۶۳، روان‌شناختی ۰/۹۰، وجودی‌ـ معنوی ۰/۸۶)، سفیدپوستان (جسمانی ۰/۴۳، روان‌شناختی ۰/۸۷، وجودی‌ـ معنوی ۰/۸۴) و اسپانیایی‌ها (جسمانی ۰/۶۰، روان‌شناختی ۰/۸۵، وجودی‌ـ معنوی ۰/۸۳) تأیید شد (۱۷). همچنین روایی و پایایی نسخهٔ فارسی این مقیاس در پژوهش پیراسته مطلق و نیک‌منش به تأیید رسید و آلفای کرونباخ ۰/۶۰ به‌دست آمد (۱۸).

ـ پرسشنامهٔ تنظیم هیجان[2]: پرسشنامهٔ تنظیم هیجان توسط گارنفسکی و همکاران در سال ۲۰۰۱ در کشور هلند تنظیم شد (۱۹). این پرسشنامه ابزاری خودگزارشی است که ۳۶ ماده دارد. دارای دو خرده مقیاس اصلی مثبت و منفی و هفت خرده‌مقیاس فرعی است که عبارت است از: ملامت خویش؛ پذیرش؛ نشخوارگری؛ تمرکز مجدد مثبت؛ تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی؛ فاجعه‌انگاری؛ ملامت دیگران. هر سؤال از یک (هرگز) تا پنج (همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. نمرات بیشتر در هر خرده‌مقیاس اصلی مثبت و منفی، بیانگر استفادهٔ بیشتر از راهبرد مذکور در مقابله یا مواجهه با وقایع استرس‌زا و منفی است (۱۹). پایایی بازآزمایی در پژوهش گارنفسکی و همکاران نشان داد که راهبردهای مقابلهٔ شناختی از ثبات نسبی برخوردار هستند و همسانی درونی بیشتر مقیاس‌های با ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۸۰ تأیید شد (۱۹). نسخهٔ فارسی پرسشنامهٔ تنظیم شناختی هیجان در ایران توسط بشارت و بزازیان اعتباریابی شد. در پژوهش آن‌ها ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس شامل همسانی درونی، پایایی بازآزمایی، روایی محتوایی، روایی همگرا و تشخیصی (افتراقی)[3] مطلوب گزارش شد. آن‌ها پایایی بازآزمایی را برای خرده‌مقیاس‌های این پرسشنامه در دو نوبت با فاصلهٔ زمانی دو تا چهار هفته، ۰/۵۷ تا ۰/۷۶ به‌دست آوردند؛ روایی محتوایی آن را نیز که با داوری هشت نفر از متخصصان روان‌شناسی بررسی شد، پذیرفتنی گزارش شد؛ همچنین ضرایب توافق کندال برای خرده‌مقیاس‌ها از ۰/۸۱ تا ۰/۹۲ گزارش شد (۲۰).

ـ مقیاس اضطراب وجودی[4]: مقیاس اضطراب وجودی حاوی ۳۲ ماده است که توسط گود و گود در سال ۱۹۷۴ ساخته شد (۲۱). این مقیاس پنج عامل را می‌سنجد که عبارت است از: بی‌هدف‌بودن کارها؛

1. Scale of Experience and Perception of Suffering
2. Emotion Regulation Questionnaire
3. Discriminant validity
4. Existential Anxiety Scale

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.119.8]

بی‌ارزش‌بودن معنای زندگی؛ نبود توانایی در متقاعدکردن دیگران؛ علاقه‌نداشتن به انجام کارها؛ نبود احساس مسئولیت درقبال دیگران. جواب‌دهی به سؤالات مقیاس به‌صورت صحیح و غلط است. در تفسیر مقیاس، هرچه جواب‌دهی به هنجار نزدیک‌تر باشد اضطراب وجودی کمتر است. به جواب‌های درست نمرهٔ «یک» و به جواب‌های غلط نمرهٔ «صفر» داده می‌شود. کسب نمرهٔ بیشتر دلالت بر کمتربودن اضطراب وجودی دارد (۲۱). گود و گود پایایی مقیاس را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به‌دست آوردند (۲۱). در جامعهٔ ایرانی، اعتماد و همکاران همبستگی مقیاس را به‌روش نیمه‌سازی آزمون ۰/۷۸ و پایایی کل مقیاس را ازطریق آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش کردند (۲۲).

جدول ۱. خلاصهٔ محتوای طرح درمانی پذیرش و تعهد (ACT)

	مداخلات ـ محتوا
پیش‌جلسه	آشنایی اولیه با مراجع و برقراری رابطهٔ مناسب با هدف پرکردن صحیح ابزارهای پژوهش (مقیاس‌های تجربه و ادراک رنج، تنظیم هیجان، اضطراب وجودی و شادکامی) و ایجاد اعتماد؛ اجرای پرسشنامه‌های جمعیت‌شناختی و انجام پیش‌آزمون.
جلسهٔ اول	معرفی درمانگر، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و برقراری رابطهٔ درمانی؛ معرفی درمان ACT، اهداف و محورهای اصلی آن؛ تعیین قوانین حاکم بر جلسات درمان؛ ارائهٔ اطلاعات دربارهٔ میگرن و انواع آن؛ مرور درمان‌های مربوط، هزینه‌ها و فواید آن‌ها.
جلسهٔ دوم	مروری بر تجارب جلسهٔ قبل و دریافت بازخورد از بیماران؛ بحث دربارهٔ تجربیات و ارزیابی آن‌ها؛ ارزیابی میزان تمایل فرد برای تغییر؛ بررسی انتظارات بیماران از درمان ACT؛ جمع‌بندی مباحث مطرح‌شده در جلسه؛ ارائهٔ تکلیف خانگی.
جلسهٔ سوم	مروری بر تجارب جلسهٔ قبل و دریافت بازخورد از بیماران؛ تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترلگری و پی‌بردن به بیهودگی آن‌ها؛ توضیح‌دادن مفهوم پذیرش و تفاوت آن با مفاهیم شکست، یأس، انکار، مقاومت و سپس، بحث دربارهٔ مشکلات و چالش‌های پذیرش بیماری؛ جمع‌بندی مباحث مطرح‌شده در جلسه و بررسی تمرین جلسهٔ بعد؛ ارائهٔ تکلیف خانگی.
جلسهٔ چهارم	مروری بر تجارب جلسهٔ قبل و دریافت بازخورد از بیماران؛ تکلیف و تعهد رفتاری؛ معرفی و تفهیم آمیختگی به خود مفهوم‌سازی‌شده و گسلش؛ کاربرد تکنیک‌های گسلش شناختی؛ مداخله در عملکرد زنجیره‌های مشکل‌ساز زبان و استعاره‌ها؛ جمع‌بندی مباحث مطرح‌شده در جلسه و بررسی تمرین جلسهٔ بعد؛ ارائهٔ تکلیف خانگی.
جلسهٔ پنجم	مروری بر تجارب جلسهٔ قبل و دریافت بازخورد از بیماران؛ نشان‌دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار؛ مشاهدهٔ خود به‌عنوان زمینه؛ تضعیف خود مفهومی و بیان خود؛ در این تمرینات، مراجعان می‌آموزند بر فعالیت‌های خود (مثل تنفس، پیاده‌روی و غیره) تمرکز کنند و در هر لحظه از احوال خود آگاه باشند؛ همچنین زمانی که هیجانات، احساسات و شناخت‌ها پردازش می‌شوند، بدون قضاوت مشاهده شوند؛ جمع‌بندی مباحث مطرح‌شده در جلسه و بررسی تمرین جلسهٔ بعد؛ ارائهٔ تکلیف خانگی.
جلسهٔ ششم	مرور تجارب جلسهٔ قبلی و دریافت بازخورد از بیماران؛ شناسایی ارزش‌های زندگی بیماران و تصریح و تمرکز بر این ارزش‌ها و توجه به قدرت انتخاب آن‌ها؛ استفاده از تکنیک‌های ذهن‌آگاهی با تأکید بر زمان حال؛ جمع‌بندی مباحث مطرح‌شده در جلسه؛ بررسی تمرین جلسهٔ بعد؛ ارائهٔ تکلیف خانگی.
جلسهٔ هفتم	مرور تجارب جلسهٔ قبلی و دریافت بازخورد از بیماران؛ بررسی ارزش‌های هریک از مراجعان و عمق‌بخشیدن به مفاهیم قبلی؛ توضیح دربارهٔ تفاوت بین ارزش‌ها، اهداف و اشتباهات معمول در انتخاب ارزش‌ها؛ بحث دربارهٔ موانع درونی و بیرونی احتمالی در دنبال‌کردن ارزش‌ها؛ فهرست‌کردن مهم‌ترین ارزش‌های اعضا توسط خودشان و موانع احتمالی در پیگیری آن‌ها و درمیان‌گذاشتن با سایر اعضا. بحث دربارهٔ اهداف مرتبط با ارزش‌ها و ویژگی‌های اهداف (اختصاصی، قابل ارزیابی، واقع‌گرایانه و همسو با ارزش‌های شخصی) برای گروه. انجام بعضی کارها توسط اعضا مانند مشخص‌کردن سه نمونه از ارزش‌های مهم‌ترشان، تعیین اهدافی که تمایل داشتند در راستای هریک از آن ارزش‌ها دنبال کنند، مشخص‌کردن کارها/رفتارهایی که قصد داشتند برای تحقق آن اهداف انجام دهند؛ نشان‌دادن خطرات تمرکز بر نتایج.
جلسهٔ هشتم	درک ماهیت تمایل و تعهد (آموزش تعهد به عمل)؛ شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها؛ بیان نکاتی دربارهٔ مفهوم عود و آمادگی برای مقابله با آن؛ مرور تکالیف و جمع‌بندی جلسات به‌همراه مراجع؛ درمیان‌گذاشتن تجارب اعضای گروه با یکدیگر و دستاوردها و انتظارات برآورده‌نشده؛ تقدیر و تشکر از بیماران برای شرکت در گروه‌ها؛ اجرای پس‌آزمون.

ـ مقیاس شادکامی آکسفورد[1]: برای اندازه‌گیری متغیر میزان شادکامی، از مقیاس شادکامی آکسفورد استفاده شد که توسط آرجیل و لو در سال ۱۹۹۰ ساخته شد (۲۳). به‌منظور ارائهٔ تعریفی عملیاتی از شادکامی، سه بُعد مهم در آن قائل شده است: فراوانی عاطفهٔ مثبت؛ میانگین سطح رضایت؛ نداشتن احساس منفی. در ابتدا ۲۱ ماده در مقیاس قرار گرفت. پس از آن ۱۱ ماده به آن افزوده شد تا سایر جنبه‌های شادکامی را نیز در بر گیرد. بعد از آن این سیاههٔ ۳۲ماده‌ای برای هشت دانشجو اجرا شد و از دانشجویان خواسته شد تا گزینه‌ها را مرتب کنند و دربارهٔ روایی پرسش‌ها نیز قضاوت کنند. این امر سبب تغییر ترتیب مواد آزمون و نیز حذف سه ماده شد؛ بنابراین فرم نهایی سیاهه ۲۹ ماده دارد. معیار شادکامی آکسفورد دارای گویه‌های چهارگزینه‌ای است و به‌ترتیب از صفرتا۳ نمره‌گذاری می‌شود. نمرهٔ کل آزمودنی از صفرتا۸۷ است. هرچه نمرهٔ آزمودنی از نمرهٔ ۴۴ بیشتر باشد، میزان شادکامی او بیشتر است و هرچه نمرهٔ آزمودنی از نمرهٔ ۴۴ کمتر باشد، شادکامی کمتر فرد را نشان می‌دهد (۲۳). روایی این مقیاس در پژوهش آرجیل و لو تأیید شد. همچنین برای تعیین پایایی پرسشنامه آرجیل و لو، ضریب

[1]. Oxford Happiness Scale

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.119.8]

آلفای کرونباخ ۰/۹۰ را در ۳۴۷ آزمودنی به‌دست آوردند (۲۳). پایایی مقیاس را در جوامع ایرانی، علی‌پور و آگاه هریس توسط آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۱ گزارش کردند (۲۴).

ـ برنامهٔ گروهی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد: در این مطالعه برای درمان پذیرش و تعهد از طرح درمانی رویکرد پذیرش و تعهد براساس راهنمای درمانی هایز و همکاران استفاده شد (۲۵). همچنین این شیوهٔ درمانی در پژوهش صبور و کاکابرائی استفاده شده بود (۲۶) و بر همین اساس در این مطالعه از این برنامه استفاده شد (جدول ۱). اجرای مداخله در گروه آزمایش بدین‌شرح انجام پذیرفت که در اولین جلسات شیوهٔ کار و اهداف برای بیماران توضیح داده شد. سپس آموزش‌ها و بحث‌های آموزشی شروع شد و در جلسات بعدی همراه با ارائهٔ تمرین در هر جلسه پیشرفت آزمودنی‌ها نیز ارزیابی شد. در گروه گواه پیش‌آزمون اجرا شد و هیچ مداخله‌ای صورت نگرفت. در جلسهٔ آخر مداخله از دو گروه آزمایش و گواه پس‌آزمون گرفته شد.

برای تجزیه‌وتحلیل داده‌های پژوهش، روش‌های آمار توصیفی و آمار استنباطی به‌کار رفت. درخصوص آمار توصیفی، از شاخص‌های آمار توصیفی نظیر میانگین و انحراف معیار استفاده شد. به‌منظور بررسی چگونگی توزیع داده‌های هر متغیر، آزمون ناپارامتریک شاپیرو ـ ویلک به‌کار رفت. برای تجزیه‌وتحلیل داده‌های تحقیق از آزمون آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۵ در سطح معناداری ۰/۰۵ استفاده شد.

۳ یافته‌ها

در جدول ۲ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌های دو گروه آزمایش و گواه نشان داده شده است.

جدول ۲. آمار توصیفی آزمودنی‌ها

	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
سن	آزمایش	۲۰ نفر	۳۰/۶۵	۵/۷۶	۱۹	۴۰
	گواه	۲۰ نفر	۲۹/۵۰	۵/۳۱	۱۸	۳۸
سابقهٔ میگرن (سال)	آزمایش	۲۰ نفر	۷/۵	۳/۰۶	۲	۱۴
	گواه	۲۰ نفر	۷/۲۵	۱/۵۸	۴	۱۰
تعداد سردرد در ماه	آزمایش	۲۰ نفر	۳/۷۵	۰/۷۱	۳	۵
	گواه	۲۰ نفر	۳/۷۰	۰/۶۵	۳	۵
			تعداد زن	درصد	تعداد مرد	درصد
جنس	آزمایش	۲۰ نفر	۱۲ نفر	۶۰	۸ نفر	۴۰
	گواه	۲۰ نفر	۱۴ نفر	۷۰	۶ نفر	۳۰

برای بررسی نرمال‌بودن توزیع داده‌های تجربه و ادراک رنج، تنظیم هیجان، شادکامی و اضطراب وجودی از آزمون شاپیرو ـ ویلک استفاده شد. نتایج نشان داد که داده‌های به‌دست‌آمده در هر دو گروه آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در هر چهار متغیر، نرمال است؛ ازاین‌رو امکان استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر را به محقق داد. شاخص‌های آمار توصیفی مربوط به ویژگی‌های فردی آزمودنی‌ها به‌همراه نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در متغیرهای تجربه و ادراک رنج، تنظیم هیجان، شادکامی و اضطراب وجودی در گروه‌های آزمایش و گواه در جدول ۳ ذکر شده است.

جدول ۳. مشخصات توصیفی متغیرهای تجربه و ادراک رنج، تنظیم هیجان، شادکامی و اضطراب وجودی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به‌همراه نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر

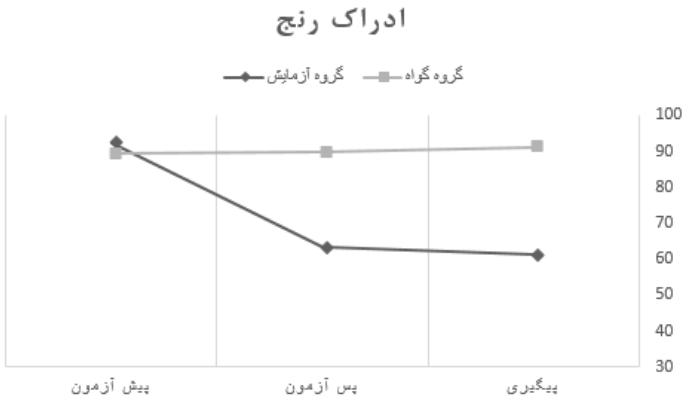
متغیر	مرحله	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری		اثر زمان	اثر گروه	اثر زمان*گروه
	گروه	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار			
تجربه و ادراک رنج	آزمایش	۹۲/۴۵	۱۵/۷۲	۶۳/۲۰	۱۳/۳۳	۶۱/۳۰	۱۲/۱۲	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
	گواه	۸۹/۲۵	۱۸/۳۰	۸۹/۸۵	۱۷/۲۲	۹۱/۱۵	۱۷/۶۹			
تنظیم هیجان	آزمایش	۱۱۵/۸۰	۱۷/۴۰	۱۴۱/۳۵	۱۵/۲۶	۱۴۰/۸۵	۱۳/۷۸	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
	گواه	۱۱۰/۴۵	۱۱/۷۹	۱۰۹/۸۰	۱۱/۵۰	۱۱۰/۵۰	۱۲/۴۷			
شادکامی	آزمایش	۳۳/۶۰	۷/۶۴	۵۳/۱۵	۱۰/۳۲	۵۳/۸۵	۱۰/۶۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
	گواه	۳۳/۱۰	۶/۹۴	۳۲/۸۰	۶/۵۱	۳۲/۱۰	۷/۲۰			
اضطراب وجودی	آزمایش	۹/۱۰	۲/۱۴	۱۷/۸۵	۳/۲۶	۱۷/۲۰	۳/۸۶	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
	گواه	۸/۳۵	۲/۲۵	۸/۶۰	۲/۱۱	۸/۳۰	۲/۱۷			

براساس نتایج جدول ۳، میانگین نمرات پیش‌آزمون تجربه و ادراک رنج در گروه آزمایش از ۹۲/۴۵ در مرحلهٔ پیش‌آزمون به ۶۳/۲۰ در

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

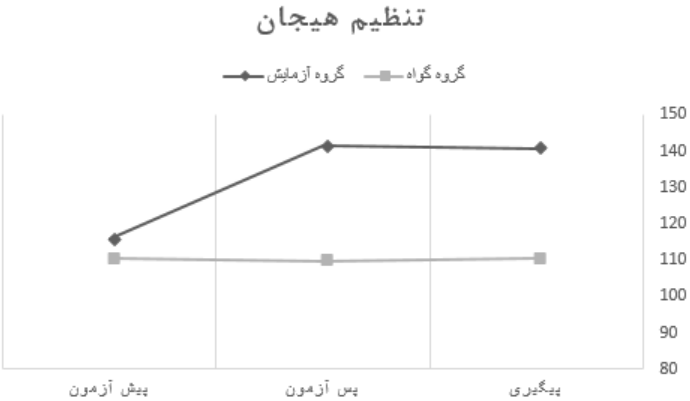
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.119.8]

پس‌آزمون رسید و این کاهش در مرحلهٔ پیگیری ادامه داشت و به ۶۱/۳۰ رسید. در همین راستا نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در متغیر تجربه و ادراک رنج نشان داد، اثر زمان، اثر گروه و اثر متقابل زمان*گروه در گروه آزمایش معنادار است ($p<۰/۰۰۱$)؛ اما در گروه گواه تغییر درخورتوجهی مشاهده نمی‌شود (نمودار ۱).



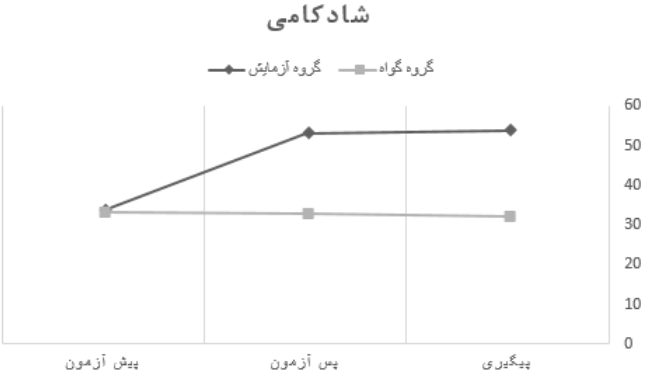
نمودار ۱. تغییرات میانگین نمرات تجربه و ادراک رنج در گروه آزمایش و گروه گواه در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

براساس نتایج جدول ۳، میانگین نمرات پیش‌آزمون تنظیم هیجان در گروه آزمایش از ۱۱۵/۸۰ در مرحلهٔ پیش‌آزمون به ۱۴۱/۳۵ در پس‌آزمون رسید و این میزان در مرحلهٔ پیگیری نیز ثبات داشت و به ۱۴۰/۸۵ رسید. در همین راستا نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در متغیر تنظیم هیجان نشان داد که اثر زمان، اثر گروه و اثر متقابل زمان*گروه در گروه آزمایش معنادار است ($p<۰/۰۰۱$)؛ اما در گروه گواه تغییر درخورتوجهی مشاهده نمی‌شود (نمودار ۲).



نمودار ۲. تغییرات میانگین نمرات تنظیم هیجان در گروه آزمایش و گروه گواه در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

براساس نتایج جدول ۳، میانگین نمرات پیش‌آزمون شادکامی در گروه آزمایش از ۳۳/۶۰ در مرحلهٔ پیش‌آزمون به ۵۳/۱۵ در پس‌آزمون رسید و این میزان در مرحلهٔ پیگیری نیز ثبات داشت و به ۵۳/۸۵ رسید. در همین راستا نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در متغیر تنظیم هیجان نشان داد که اثر زمان، اثر گروه و اثر متقابل زمان*گروه در گروه آزمایش معنادار است ($p<۰/۰۰۱$)؛ اما در گروه گواه تغییر درخورتوجهی دیده نمی‌شود (نمودار ۳).

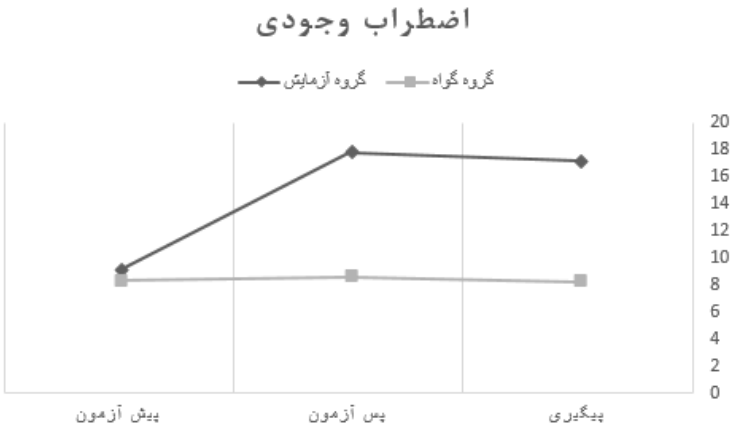


نمودار ۳. تغییرات میانگین نمرات شادکامی در گروه آزمایش و گروه گواه در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.119.8]

براساس نتایج جدول ۳، میانگین نمرات پیش‌آزمون اضطراب وجودی در گروه آزمایش از ۹/۱۰ در مرحلهٔ پیش‌آزمون به ۱۷/۸۵ در پس‌آزمون رسید و این میزان در مرحلهٔ پیگیری نیز ثبات داشت و به ۱۷/۲۰ رسید. در همین راستا نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در متغیر اضطراب وجودی نشان داد که اثر زمان، اثر گروه و اثر متقابل زمان*گروه در گروه آزمایش معنادار است (p<۰/۰۰۱). باتوجه به اینکه نمرات بیشتر در پرسشنامهٔ اضطراب وجودی، اضطراب کمتر را بیان می‌کند، می‌توان گفت که اضطراب وجودی در گروه آزمایش کاهش معناداری داشته است؛ اما در گروه گواه تغییر درخورتوجهی مشاهده نمی‌شود (نمودار ۴).



نمودار ۴. تغییرات میانگین نمرات اضطراب وجودی در گروه آزمایش و گروه گواه در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

همچنین برای بررسی اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و مقایسهٔ این مراحل با یکدیگر از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ ذکر شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسهٔ زوجی میانگین زمان‌های اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش

متغیر	پیش‌آزمون و پس‌آزمون	پیش‌آزمون و پیگیری	پس‌آزمون و پیگیری
	مقدار احتمال		
تجربه و ادراک رنج	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۸۹۵
تنظیم هیجانی	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۹۲۵
اضطراب وجودی	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۱/۰۰۰
شادکامی	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۱/۰۰۰

با توجه به داده‌های جدول ۴ باید گفت یافته‌های آزمون تعقیبی بونفرونی در گروه آزمایش حاکی از تفاوت معنادار در مقایسهٔ مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون (p<۰/۰۰۱) و همچنین مراحل پیش‌آزمون و پیگیری در متغیرهای تجربه و ادراک رنج، تنظیم هیجانی، اضطراب وجودی و شادکامی است (p<۰/۰۰۱)؛ اما بین مراحل پس‌آزمون و پیگیری در این متغیرها تفاوت معنادار مشاهده نشد که نشان‌دهندهٔ تداوم تأثیر مداخلات در مرحلهٔ پیگیری یک‌ماهه است.

۴ بحث

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر تجربه و ادراک رنج، تنظیم هیجانی، اضطراب وجودی و شادکامی در بیماران مبتلا به میگرن انجام شد.

یافته‌های پژوهش تأثیر معنادار هشت جلسه درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد را بر کاهش تجربه و ادراک رنج بیماران مبتلا به میگرن نشان داد و این اثر در مرحلهٔ پیگیری یک‌ماهه نیز ماندگار بود. هم‌راستا با پژوهش حاضر، صبور و کاکابرائی اظهار داشتند، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد موجب کاهش معنادار علائم شدت درد، افسردگی و استرس در این زنان می‌شود و پیشنهاد کردند از درمان برای کنترل و پذیرش دردهای مزمن استفاده شود (۲۶). داهل و همکاران، نشان دادند که تجربهٔ چهارساعتهٔ درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد موجب کاهش معنادار تجربهٔ درد در این بیماران می‌شود (۲۷).

در تبیین چگونگی تأثیر درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر کاهش تجربه و ادراک رنج بیماران می‌توان گفت، این درمان، اجتناب از درد و استرس را اختلال اصلی بیماران بیان می‌کند که به ناتوانی و کاهش رضایت از زندگی و کیفیت زندگی منجر می‌شود (۱۴). براساس این نظریه، اجتناب موقعی روی می‌دهد که افکار و هیجانات منفی اثر مفرط و نامناسب بر رفتار وارد می‌کند و باتوجه به این نظریه، روش اصلی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد مواجهه‌سازی با موقعیت‌هایی است که بیشتر از آن‌ها اجتناب شده است (۱۴،۲۸). همچنین سرخوردگی ناشی از نبود موفقیت در کنترل درد، اثرات ناخواستهٔ جدیدی به‌وجود می‌آورد و فرد دردمند را به‌طور فزاینده‌ای از چیزهایی که برایش اهمیت دارد، همچون کار، دوستان و خانواده دور می‌کند. در نقطهٔ مقابل، پذیرش موقعیت بدون آنکه نیاز به کنترل و غلبه بر آن در میان باشد، فرد را آمادهٔ مواجهه با موقعیت

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.119.8]

مذکور می‌کند و ضمن کاهش راهبردهای اجتنابی، سطح فعالیت را افزایش می‌دهد (۲۷). به همین علت است که بیان می‌شود، زیربنای شروع مواجهه، پذیرش درد است و مواجههٔ خود، در بلندمدت پذیرش بیشتر را به‌دنبال دارد .درمان‌های مواجهه‌ای بر این اصل استوار هستند که شخص به‌جای آنکه از درد اجتناب ورزد، آن را فاجعه‌آمیز کند یا حتی برای توقف آن به روش‌های توجه‌برگردانی متوسل شود، قبول کند که باید با موقعیت دردناک روبه‌رو شود و حتی بر درد تمرکز کند (۲۸).

یافته‌های پژوهش، تأثیر معنادار هشت جلسه درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد را بر افزایش تنظیم هیجان بیماران مبتلا به میگرن نشان داد و این اثر در مرحلهٔ پیگیری یک‌ماهه نیز ماندگار بود. هم‌راستا با پژوهش حاضر یراقچی و همکاران، در تحقیق خود مشخص کردند که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد سبب کاهش راهبردهای منفی و افزایش راهبردهای مثبت تنظیم هیجان می‌شود (۲۹). هیل و همکاران در پژوهشی نشان دادند که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، بهبود تنظیم هیجان افراد مبتلا به اختلالات خوردن هیجانی و وسواس‌گونه را در پی دارد (۳۰).

در تبیین نتایج به‌دست‌آمده می‌توان بیان کرد که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد افزایش پذیرش واکنش‌های منفی (افکار، هیجان‌ها، حواس‌بدنی) به سود درگیری در فعالیت‌های معنادار را که تغییر مستقیم آن‌ها امکان‌پذیر نیست، در مرکز توجه قرار می‌دهد و موجب پذیرش موقعیت به‌وجودآمده در بیمار می‌شود (۲۷). همچنین یکی از اهداف مهم در درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، بهبود کارکرد بیمار ازطریق افزایش انعطاف‌پذیری روانی است (۳۱). بسیاری از درمان‌های روان‌شناختی سعی دارند تا در پایان دورهٔ درمان، درمانجو علائم کمتری از درد و استرس و از لحاظ هیجانی احساس بهتری را تجربه کند؛ اما درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد صراحتاً بر زندگی بهتر تمرکز می‌کند؛ صرف‌نظر از اینکه زندگی بهتر با احساس بهتر همراه باشد یا خیر. برخی مواقع زندگی بهتر عملاً مستلزم احساس رنج است. اگر احساس رنج، ارتباط و زندگی پویا را ارتقا دهد، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد سعی می‌کند تا مهارت‌های لازم را برای ایجاد رنج، بدون دفاع غیرضروری فراهم کند (۲۵). احتمالاً عوامل ذکرشده موجب بهبود در تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به میگرن شده است؛ به‌طور کلی می‌توان اظهار داشت، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد موجب می‌شود افراد دارای سردردهای میگرنی احساسات، هیجان‌ها و افکار خود را باوجود ناخوشایندبودن بپذیرند و درنتیجه رضایت‌مندی، کیفیت زندگی و هیجان‌های مثبت را در خود افزایش دهند (۲۹).

یافته‌های پژوهش، تأثیر معنادار هشت جلسه درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد را بر افزایش شادکامی بیماران مبتلا به میگرن مشخص کرد و این اثر در مرحلهٔ پیگیری یک‌ماهه نیز ماندگار بود. در همین راستا بوکرخادیت و همکاران، در پژوهش خود گزارش کردند که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد می‌تواند موجب افزایش شادکامی شود (۳۲). محمودفخه و همکاران در پژوهشی نشان دادند، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد موجب ارتقای شادکامی و بهزیستی مادران در مراکز درمانی وابسته به بیماران سرطانی شده است و این اثرات در دورهٔ پیگیری یک‌ماهه نیز پایدار بوده است (۳۳). در تبیین نتایج به‌دست‌آمده می‌توان اظهار داشت که از فرایندهای بسیار مهم درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، تصریح ارزش‌ها و عمل متعهدانه است. ترغیب بیماران به شناسایی ارزش‌ها و تعیین اهداف، موانع و درنهایت تعهد به انجام اعمال در راستای رسیدن به اهداف و حرکت در مسیر ارزش‌ها باوجود مشکلات، موجب می‌شود تا ضمن تحقق اهداف و شادکامی ناشی‌از آن، رضایت از زندگی نیز حاصل شود (۲۵).

یافته‌های پژوهش، تأثیر معنادار هشت جلسه درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد را بر بهبود اضطراب وجودی بیماران مبتلا به میگرن مشخص کرد و این اثر در مرحلهٔ پیگیری یک‌ماهه نیز ماندگار بود. در همین راستا انوری و همکاران نشان دادند که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد موجب افزایش پذیرش درد، کاهش اضطراب مرتبط با درد و کاهش شدت درد در بیماران مبتلا به درد مزمن می‌شود (۳۴). در تبیین یافتهٔ مذکور می‌توان چنین اظهار داشت که دلیل اثربخشی آموزش مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب وجودی بیماران مبتلا به میگرن آن است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد فضایی گرم و حمایتی برای مراجعان فراهم می‌آورد و بیماران می‌توانند در این فضای امن، احساسات ناخوشایندی را بروز دهند که در سایر موقعیت‌هایی که امکان بروز آن را نداشتند و این احساسات را به‌طور کامل تجربه کنند. پژوهش‌های گوناگون نشان دادند که ابزار هیجانی در فضایی گرم، حمایتی و به دور از قضاوت موجب می‌شود تا فرد از فشار ناشی از هیجان‌های ناخوشایند سرکوب‌شده رهایی پیدا کند و سلامت روان بهتری را تجربه کند. همچنین درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد مراجعان را ترغیب می‌کند که نقاب‌هایی را که در زندگی اجتماعی و روابط خود با دیگران بر صورت می‌زنند، کنار بزنند. این امر موجب می‌شود تا فرد رابطهٔ خوشایندی با دیگران را تجربه کند؛ بنابراین درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد به شخص می‌آموزد راه فراری در برابر آزادی و مسئولیت‌پذیری نیست. اگرچه حس رهایی و آزادی بر استقلال شخص می‌افزاید، با خود اضطراب را به‌همراه می‌آورد. درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد به مراجع کمک می‌کند تا با این اضطراب مقابله کند و به رفتاری مشغول شود که زمینهٔ ایجاد یک وجود باارزش را فراهم کند (۳۰).

هر پژوهش کاستی‌ها و محدودیت‌هایی دارد و پژوهش حاضر نیز عاری از این نیست. ازجمله محدودیت‌های موجود در پژوهش حاضر به‌شرح زیر بود: ۱. در این پژوهش صرفاً از پرسشنامه استفاده شد. به همین دلیل ممکن است در اطلاعات به‌دست‌آمده سوگیری ایجاد شده باشد؛ چراکه برخی از شرکت‌کنندگان ممکن است برای بهتر نشان‌دادن خود بعضی سؤالات را با سوگیری جواب دهند؛ ۲. محدودبودن جامعهٔ پژوهش به شهر گناوه تعمیم نتایج را به سایر شهرها با محدودیت مواجه می‌سازد؛ ۳. حجم نسبی آزمودنی‌ها به‌دلیل افزایش دقت در درمان کوچک بود. برای پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌شود سایر بیماری‌هایی که فرد بیمار را دچار درد مزمن می‌کنند مثل بیماری MS، سردردهای تنشی و سرطان بررسی شوند تا تأثیر مداخلات درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر این بیماران نیز مشخص شود. همچنین پیشنهاد می‌شود تأثیر درمان گروهی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر سایر متغیرهای روان‌شناختی مثل بهزیستی روان‌شناختی، کیفیت

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.119.8]

زندگی، سلامت روان و کیفیت خواب بیماران مبتلا به میگرن بررسی شود.

۵ نتیجه‌گیری

باتوجه به نتایج پژوهش می‌توان گفت که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در کاهش تجربه و ادراک رنج، افزایش شادکامی، بهبود تنظیم هیجانی و کاهش اضطراب وجودی بیماران مبتلا به میگرن مؤثر است و می‌توان از درمان مذکور در راستای بهبود کیفیت زندگی و سلامت روان این بیماران استفاده کرد؛ همچنین مشخص شد که تأثیر این درمان در مرحلهٔ پیگیری یک‌ماهه تداوم دارد و اثرات آن ماندگار است.

۶ تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله مراتب قدردانی و سپاس خود را از آزمودنی‌ها که با صبر و شکیبایی در اجرای پژوهش همکاری کردند و تمامی افرادی که به‌نحوی در انجام مطالعه یاری رساندند، اعلام می‌کنیم.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکتری نویسندهٔ اول در رشتهٔ روان‌شناسی عمومی در دانشگاه آزاد واحد بوشهر است. ملاحظات اخلاقی رعایت‌شده در پژوهش این موارد بود: از آزمودنی‌ها رضایت‌نامهٔ آگاهانه دریافت شد، آزمودنی‌ها اجازه داشتند هر موقع توانایی ادامه در برنامهٔ مداخله را نداشتند از ادامهٔ شرکت در برنامه خودداری کنند و همچنین اطلاعات مربوط به آزمودنی‌ها به‌صورت کاملاً محرمانه حفظ شد.

رضایت برای انتشار

این امر قابل اجرا است.

دردسترس‌بودن داده‌ها و مواد

داده‌های این پژوهش به‌صورت فایل Excel در فضای ذخیره‌ای هارد درایو نزد نویسندهٔ مسئول حفظ شده است و به‌صورت ایمیل بین نویسندگان دیگر به اشتراک گذاشته شده است.

تزاحم منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

منابع مالی

تمامی هزینه‌های انجام پژوهش به عهدهٔ نویسندهٔ اول مقاله بوده است.

مشارکت نویسندگان

نویسندهٔ اول پژوهش ارائهٔ ایدهٔ پژوهشی، مسئولیت طراحی مطالعه و انجام پژوهش، جمع‌آوری داده‌ها و نگارش مقاله را به‌عهده داشته است. نویسندهٔ دوم در ارائهٔ ایدهٔ پژوهشی و در تمامی مراحل انجام پژوهش از قبیل تدوین پژوهش، آنالیز و تحلیل داده‌ها، بازبینی و مرور نقادانهٔ مقاله همکاری داشته است. نویسندگان سوم و چهارم به‌عنوان مشاور پژوهش تمامی مراحل مطالعه را بازبینی کردند و در تکمیل ایدهٔ پژوهشی، راهنمایی دربارهٔ روش انجام پژوهش، بازنگری متن و کمک در آنالیز داده‌ها همکاری داشته‌اند. همهٔ نویسندگان نسخهٔ دست‌نوشتهٔ نهایی را مطالعه و تأیید کردند.

References

1. Rajabi S, Abbasi Z. The epidemiology of migraine headaches and the efficacy of Fordyce's happiness training on reducing symptoms of migraine and enhancing happiness. Contemporary Psychology, Biannual Journal of the Iranian Psychological Association. 2015;9(2):89–100. [Persian] http://bjcp.ir/article-1-613-en.pdf
2. Ashina S, Bendtsen L, Lyngberg AC, Lipton RB, Hajiyeva N, Jensen R. Prevalence of neck pain in migraine and tension-type headache: a population study. Cephalalgia. 2015;35(3):211–9. doi: 10.1177/0333102414535110
3. Turk DC, Melzack R. The measurement of pain and the assessment of people experiencing pain. In: Handbook of pain assessment, 2nd ed. New York, NY, US: The Guilford Press; 2001. pp: 1–11.
4. Radat F, Mekies C, Géraud G, Valade D, Vivès E, Lucas C, et al. Anxiety, stress and coping behaviours in primary care migraine patients: results of the SMILE study. Cephalalgia. 2008;28(11):1115–25. doi: 10.1111/j.1468-2982.2008.01644.x
5. Perach R, Wisman A. Can creativity beat death? a review and evidence on the existential anxiety buffering functions of creative achievement. J Creat Behav. 2019;53(2):193–210. doi: 10.1002/jocb.171
6. Tillich P. Existentialism and psychotherapy. Review of Existential Psychology & Psychiatry. 1961;1:8-16.
7. Cao M, Zhang S, Wang K, Wang Y, Wang W. Personality traits in migraine and tension-type headaches: a five-factor model study. Psychopathology. 2002;35(4):254–8. doi: 10.1159/000063829
8. Koechlin H, Coakley R, Schechter N, Werner C, Kossowsky J. The role of emotion regulation in chronic pain: A systematic literature review. J Psychosom Res. 2018;107:38-45. doi. 10.1016/j.jpsychores.2018.02.002
9. Freitag FG. The cycle of migraine: patients' quality of life during and between migraine attacks. Clin Ther. 2007;29(5):939–49. doi: 10.1016/j.clinthera.2007.05.008
10. Hosseini A, Khormaie F, Asarzadegan F, Hesami O, Taghavi M, Mohammadi N. The comparison of cognitive emotion regulation strategies among patient with migrain headache, tention headache and normal individuals. Journal of Health Psychology. 2015;4(15):37–48. [Persian] http://hpj.journals.pnu.ac.ir/article_1982_97f26474301f447be2e91bb30facf73d.pdf
11. Angner E, Miller MJ, Ray MN, Saag KG, Allison JJ. Health literacy and happiness: a community-based study. Soc Indic Res. 2009;95(2):325. doi: 10.1007/s11205-009-9462-5
12. Perez-Munoz A, Buse DC, Andrasik F. Behavioral interventions for migraine. Neurol Clin. 2019;37(4):789-813. https://doi.org/10.1016/j.ncl.2019.07.003
13. Hoffmann D, Halsboe L, Eilenberg T, Jensen JS, Frostholm L. A pilot study of processes of change in group-based acceptance and commitment therapy for health anxiety. Journal of Contextual Behavioral Science. 2014;3(3):189–95. doi: 10.1016/j.jcbs.2014.04.004
14. Behrad M, Makvand Hosseini S, Najafi M, Rezaei AM, Rahimian Boogar I. Comparison of effectiveness of positive psychotherapy and acceptance and commitment therapy on aspects of paine in patients with migraine. Journal of Psychological Studies. 2018;14(1):7–22. [Persian] doi: 10.22051/psy.2018.17616.1505

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.119.8]

15. Dindo L, Recober A, Marchman J, O'Hara M, Turvey C. Depression and disability in migraine: the role of pain acceptance and values-based action. Int J Behav Med. 2015;22(1):109–17. doi: 10.1007/s12529-014-9390-x
16. Delavar A. Theoretical and practical principles of research in the humanities and social sciences. Tehran: Roshd Pub; 2011. [Persian]
17. Schulz R, Monin JK, Czaja SJ, Lingler JH, Beach SR, Martire LM, et al. Measuring the experience and perception of suffering. Gerontologist. 2010;50(6):774–84. doi: 10.1093/geront/gnq033
18. Pirasteh Motlagh A, Nikmanesh Z. The relationship of spirituality with the pain and quality of life in patients with HIV/AIDS. Armaghane danesh. 2012;17(4):337–48. [Persian] http://armaghanj.yums.ac.ir/article-1-247-en.pdf
19. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. Personality and Individual Differences. 2001;30(8):1311–27. doi: 10.1016/S0191-8869(00)00113-6
20. Besharat MA, Bazzazian S. Psychometri properties of the cognitive emotion regulation questionnaire in a sample of Iranian population. Advances in Nursing & Midwifery. 2015;24(84):61–70. [Persian] https://journals.sbmu.ac.ir/en-jnm/article/view/7360/8114
21. Good LR, Good KC. A preliminary measure of existential anxiety. Psychol Rep. 1974;34(1):72–4. doi: 10.2466/pr0.1974.34.1.72
22. Etemad J, Dehghan Manshadi Z, Mozafari N. Investigation on psychometric properties of existential anxiety questionnaire in elderly. Journal of Gerontology. 2017;1(3):39–48. [Persian] doi: 10.18869/acadpub.joge.1.3.39
23. Argyle M, Lu L. The happiness of extraverts. Personality and Individual Differences. 1990;11(10):1011–7. doi: 10.1016/0191-8869(90)90128-E
24. Alipour A, Agah Heris M. Reliability and validity of the oxford happiness inventory among iranians. Journal of Developmental Psychology. 2007;3(12):287–98. [Persian] http://jip.azad.ac.ir/article_512394_bec76911dc7d84bbabdb3283f3e58b75.pdf?lang=en
25. Hayes SC, Levin ME, Plumb-Vilardaga J, Villatte JL, Pistorello J. Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. Behav Ther. 2013;44(2):180–98. doi: 10.1016/j.beth.2009.08.002
26. Sabour S, Kakabraee K. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on depression, stress and indicators of pain in women with chronic pain. Iranian Journal of Rehabilitation Research. 2016;2(4):1–9. [Persian] doi: 10.21859/ijrn-02041
27. Dahl J, Wilson KG, Nilsson A. Acceptance and commitment therapy and the treatment of persons at risk for long-term disability resulting from stress and pain symptoms: A preliminary randomized trial. Behavior Therapy. 2004;35(4):785–801. doi: 10.1016/S0005-7894(04)80020-0
28. McCracken LM, Velleman SC. Psychological flexibility in adults with chronic pain: a study of acceptance, mindfulness, and values-based action in primary care. Pain. 2010;148(1):141–7. doi: 10.1016/j.pain.2009.10.034
29. Yaraghchi A, Jomehri F, Seyrafi M, Kraskian Mujembari A, Mohammadi Farsani G. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on weight loss and cognitive emotion regulation in obese individuals. Iranian Journal of Health Education and Health Promotion. 2019;7(2):192–201. [Persian] doi 10.30699/ijhehp.7.2.192
30. Hill ML, Masuda A, Moore M, Twohig MP. Acceptance and commitment therapy for individuals with problematic emotional eating: a case-series study. Clinical Case Studies. 2015;14(2):141–54. doi: 10.1177/1534650114547429
31. McCracken LM, Gutiérrez-Martínez O. Processes of change in psychological flexibility in an interdisciplinary group-based treatment for chronic pain based on Acceptance and Commitment Therapy. Behav Res Ther. 2011;49(4):267–74. doi: 10.1016/j.brat.2011.02.004
32. 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. J Sch Psychol. 2016;57:41–52. doi: 10.1016/j.jsp.2016.05.008
33. Mahmoudfakhe H, Khademi A, Tasbihsazan mashad R. The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on psychological well-being and happiness of mothers of children with cancer. Journal of Pediatric Nursing. 2019;5(4):71–8. [Persian] http://jpen.ir/article-1-378-fa.pdf
34. Anvari MH, Ebrahimi A, Neshatdoost HT, Afshar H, Abedi A. The effectiveness of group-based acceptance and commitment therapy on pain-related anxiety, acceptance of pain and pain intensity in patients with chronic pain. Journal of Isfahan Medical School. 2014;32(295):1156–65. [Persian] http://jims.mui.ac.ir/index.php/jims/article/download/3327/6373

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.119.8]