Journal of Anesthesiology and Pain Summer 2021, Vol 12, NO 2

Comparison the Effectiveness of Acceptance & Commitment Therapy with Short-term Solution-focused Therapy on Self-efficacy & Resilience of Female Students with Chronic Headache

Hadi Smkhani Akbarinejhad[1*], Mahak NaghizadehAlamdari[2]

1. *Department of Psychology, University College of Nabi Akram, Tabriz, Iran*
2. *MA in Educational Psychology, University of Charkhe Niloufari Azarbaijan, Tabriz, Iran*

ABSTRACT

Aims and background: Aims and Background: The aim of the present study was to compare the efficacy of ACT with STSFT on pain self-efficacy and resilience of female students with chronic headache.

Material and Methods: The method of this study was semi-experimental with pre-test, post-test and follow up with the control group. The population of the study consisted of female students with chronic headache in the secondary school of Tabriz in the academic year 2019-2020. In total, 30 people, they were selected by using simple random sampling and randomly divided into three groups. The experimental groups received their group-specific treatment in 8 and 6 sessions, respectively. Analysis of findings through repeated measures analysis of variance & Bonferroni post hoc test.

Results: In the pretest, mean and standard deviation of ACT for pain self-efficacy was (29/10±4/72) & for resilience was (43/20±5/05); in STSFT for pain self-efficacy was (27/60±4/76) & for resilience was (42/30±4/39); and in the control group for pain self-efficacy was (29/00±4/47) & for resilience was (42/40±5/66). Both treatments compared to the control group, increased pain self-efficacy and resilience in patient after the test ($p<0.001$). In the follow-up phase, the effect of these two treatments on pain self-efficacy and resilience was lasting ($p<0.001$). The effect of these two treatments on pain self-efficacy and resilience at posttest and follow-up was not different ($p>0.05$).

Conclusion: These two therapies may reduce the severity of the headache by reducing catastrophic headaches and thus reduce anxiety and fear associated with pain and increase the pain self-efficacy and resilience of female students with chronic headaches and can be considered a useful preventive strategy.

Keywords: Acceptance & Commitment Therapy, Short-term Solution-focused Therapy, pain self-efficacy, Resilience, Chronic Headache

Please cite this paper as:

Smkhani Akbarinejhad H, NaghizadehAlamdari M [Comparison of the Effectiveness of Acceptance & Commitment Therapy with Short-term Solution-focused Therapy on the Self-efficacy & Resilience of Female Students with Chronic Headache(Persian)]. J Anesth Pain 2021;12(2):1-18.

Corresponding Author: Hadi Smkhani Akbarinejhad, Department of Psychology, University College of Nabi Akram, Tabriz, Iran

Email: hadiakbarinejhad@yahoo.com

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-10-11]

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۱۲، شماره ۲، تابستان ۱۴۰۰

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت بر خودکارآمدی درد و تاب‌آوری دانش‌آموزان دختر مبتلا به سردرد مزمن

هادی اسمخانی اکبری‌نژاد*[۱]، ماهک نقی‌زاده علمداری[۲]

۱. گروه روان‌شناسی، موسسه آموزش عالی نبی اکرم (ص)، تبریز، ایران
۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی تربیتی، موسسه آموزش عالی چرخ نیلوفری آذربایجان، تبریز، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۱/۱۹ تاریخ بازبینی: تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱/۲۶

چکیده

زمینـه و هـدف: هـدف پژوهـش حاضـر مقایسـه اثربخشـی درمـان مبتنـی بر پذیـرش و تعهـد بـا درمـان راه‌حل‌محـور کوتاه‌مـدت بـر خودکارآمدی درد و تـاب‌آوری دانش‌آمـوزان دختـر مبتـلا بـه سـردرد مزمـن بـود.

مـواد و روش‌هـا: روش پژوهـش، نیمه‌تجربـی بـا طـرح پیش‌آزمـون- پس‌آزمـون و پیگیـری بـا گـروه کنتـرل بـود. جامعـه آمـاری پژوهـش را دانش‌آمـوزان دختـر مبتـلا بـه سـردرد مزمـن دوره متوسـطه دوم مـدارس شـهر تبریـز در سـال‌تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ تشـکیل دادنـد. ۳۰ نفـر بـا اسـتفاده از روش نمونه‌گیـری هدفمنـد انتخـاب، و به‌صـورت تصادفـی در سـه گـروه قـرار گرفتنـد. گروه‌هـای آزمایشـی، درمـان مختـص گـروه خـود را به‌ترتیـب در ۸ و ۶ جلسـه دریافـت کردنـد. تجزیـه و تحلیـل یافته‌هـا از طریـق آزمـون تحلیـل واریانـس آمیختـه بـا اندازه‌گیـری مکـرر و آزمـون تعقیبـی بونفرونـی انجـام گرفـت.

یافته‌هـا: در پیش‌آزمـون، میانگیـن و انحـراف معیـار درمـان مبتنـی بـر پذیـرش و تعهـد بـرای خودکارآمـدی درد (۴/۷۲±۲۹/۱۰) و برای تـاب‌آوری (۵/۰۵±۴۳/۲۰)، در درمـان راه‌حل‌محـور کوتاه‌مـدت بـرای خودکارآمـدی درد (۴/۷۶±۲۷/۶۰) و بـرای تـاب‌آوری (۴/۳۹±۴۲/۳۰)، و در گـروه کنتـرل بـرای خودکارآمـدی درد (۴/۴۷±۲۹/۰۰) و بـرای تـاب‌آوری (۵/۶۶±۴۲/۴۰) بـود. هـر دو درمـان در مقایسـه بـا گـروه کنتـرل، خودکارآمـدی درد و تـاب‌آوری بیمـاران را در پس‌آزمـون افزایـش دادنـد ($p<۰/۰۰۱$). در مرحلـه پیگیـری، اثـر ایـن دو درمـان بـر خودکارآمـدی درد و تـاب‌آوری مانـدگار بـود ($p<۰/۰۰۱$). تأثیـر ایـن دو درمـان بـر خودکارآمـدی درد و تـاب‌آوری در مراحـل پس‌آزمـون و پیگیـری یکسـان بـود ($p>۰/۰۵$).

نتیجه‌گیـری: ایـن دو درمـان ممکـن اسـت بـا کاهـش فاجعه‌آمیزکـردن سـردرد و در نتیجـه کاهـش اضطـراب و تـرس مرتبـط بـا درد، در کاهـش شـدت سـردرد و از ایـن‌رو در افزایـش خودکارآمـدی درد و تـاب‌آوری دانش‌آمـوزان دختـر مبتـلا بـه سـردرد مزمـن موثـر باشـند و می‌تواننـد راهبـرد پیشـگیرانه مفیـدی تلقـی شـوند.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت، خودکارآمدی درد، تاب‌آوری، سردرد مزمن

مقدمه

یکـی از شـکایت‌هایی کـه باعـث مراجعـه افـراد بـه مراکـز درمانـی می‌شـود سـردرد (headache) اسـت[۱]. سـردرد تنشـی (chronic) یـک از شـایع‌ترین نـوع سردردهاسـت[۲] کـه در دوران کودکـی و نوجوانـی نیـز شـیوع زیـادی

نویسنده مسئول: هادی اسمخانی اکبری‌نژاد. نشانی: تبریز، موسسه آموزش عالی نبی اکرم (ص)، دانشکده علوم انسانی، گروه روان‌شناسی
پست الکترونیک: Hadiakbarinejhad@yahoo.com

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-10-11]

دارد[۳]. سردردهای تنشی، یک سردرد تکرارشونده‌اند که از چند دقیقه تا چند هفته طول می‌کشند، نوع درد معمولاً فشاردهنده و سفت‌شونده با شدت ضعف تا متوسط و دوطرفه است و با فعالیت‌های معمول فیزیکی تشدید نمی‌شود[۴]. انجمن بین‌المللی سردرد (international headache society) سردرد تنشی را به دو نوع دوره‌ای (periodic) و مزمن طبقه‌بندی کرده است[۵]. این نوع سردرد در زنان شایع‌تر از مردان است[۶]. سردرد مزمن با محدود ساختن فعالیت‌های روزمره زندگی، اختلال در روابط خانوادگی، اجتماعی و ایجاد فشارهای اقتصادی، کیفیت زندگی را به‌شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد[۷]. این امر نهایتاً باعث تضعیف روحیه فرد، ترس، تنیدگی، اضطراب، احساس ناامیدی، درماندگی، افسردگی و کاهش تاب‌آوری (resilience)[۸] و احساس خودکارآمدی پایین در مدیریت درد می‌شود[۹].

خودکارآمدی درد (pain selF-eFFicacy) به‌میزان اعتماد فرد به توانایی‌های خود برای انجام گروهی از فعالیت‌ها با وجود درد اشاره دارد[۱۰]. در تحقیقات اخیر نقش احساس خودکارآمدی در بررسی‌های مرتبط با حوزه درد مشخص شده است. به‌عنوان مثال، نتایج مطالعات نشان داده‌اند احساس خودکارآمدی با سازگاری با درد ارتباط دارد و جنبه‌های مختلف تجربه درد را تبیین می‌کند[۱۱]. ناکارآمدی در مدیریت درد باعث شکل‌گیری ترس فزآینده از پیشرفت بیماری در بسیاری از بیماری‌های مزمن از جمله انواع سردردها می‌شود[۱۲].

تاب‌آوری یکی از مهم‌ترین توانمندی‌های انسان است که سبب سازگاری موثر با عوامل خطر می‌شود و در پزشکی و روان‌شناسی نشان‌دهنده مقاومت جسمانی و بهبود خودانگیخته و توانایی ایجاد مجدد تعادل هیجانی در موقعیت‌های تنش‌زاست[۱۳]. تاب‌آوری در برابر تأثیرات روان‌شناختی وقایع مشکل‌آفرین از فرد محافظت می‌کند[۱۴]. افراد با سطح بالای تاب‌آوری معمولاً می‌توانند با درد ناشی از بیماری مقابله کنند و نشانه‌های افسردگی در این افراد به‌سبب مقابله موثر کاهش می‌یابد؛ ولی افراد بیمار به‌دلیل سیر طولانی بیماری کم‌کم تحلیل می‌روند و تاب‌آوری آن‌ها کاهش می‌یابد و به فاجعه‌سازی درد روی می‌آورند[۱۵].

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[۱۶]. بسیاری از بیماران مبتلا به سردردهای مزمن، علی‌رغم مداخلات دارویی، همچنان درد را تجربه می‌کنند و اگر با سردردشان سازگار نشوند، کیفیت زندگی‌شان به‌طور چشم‌گیری تحت تأثیر قرار می‌گیرد و تاب‌آوری‌شان در برابر سردرد کاهش می‌یابد. 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. به‌عنوان مثال یک بررسی فراتحلیلی نشان داده است که مداخلات رفتاری، ۳۵ تا ۵۵ درصد سبب بهبود میگرن و سردرد تنشی شده است[۱۷]. از این‌رو، توجه به مداخلات روان‌شناختی و رفتاری، نظیر مشاوره و روان‌درمانی در حل مشکلات بیماران مبتلا به سردرد مزمن مهم می‌نماید؛ که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش (acceptance & commitment therapy) و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت (short-term solution-Focused therapy) از آن جمله‌اند.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کمک می‌کند تا افراد بتوانند با پذیرش افکار و احساسات به‌جای اجتناب از آن‌ها، و با آگاهی و شناخت از ارزش‌های اصلی شخصی در زندگی در بین گزینه‌های مختلف عملی را انتخاب کنند که مناسب‌تر باشد و به ارزش‌هایشان نزدیک‌تر باشد، نه این‌که عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطرات یا تمایلات آشفته به فرد تحمیل شود[۱۸].

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-10-11]

این درمان بر مدیریت درد[۱۷] و تاب‌آوری[۱۹] افراد مبتلا به سردرد مزمن؛ و خودکارآمدی درد افراد مبتلا به درد مرمن[۲۰] موثر است.

درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت اعتقاد دارد که واقعیات از نظر اجتماعی ساخته می‌شوند و به‌جای این‌که یک واقعیت بیرونی محسوس وجود داشته باشد، چندین راه‌حل و واقعیت وجود دارد. این مدل مددجویان را افراد شایسته و متبحری می‌داند که قادرند مشکلات خود را با حداقل کمک از طرف دیگران حل نماید[۲۱]. فرض اساسی و زیربنایی این درمان این است که مشکل یا مسئله موجود که فرد را به سوی درمان می‌کشاند، برای تعیین جهت ادامه بحث نیاز نیست. زیرا عامل هر مشکلی لزوماً با راه حل آن مرتبط نبوده و درمان‌جویان خودشان منابعی را دارند که برای ایجاد تغییر آن‌ها را به کار خواهند گرفت[۲۲]. این درمان بر خودکارآمدی[۲۳] و تاب‌آوری[۲۴ و ۲۵] بیماران موثر است.

به‌نظر می‌رسد این دو درمان می‌توانند بر خودکارآمدی درد و تاب‌آوری دانش‌آموزان دختر مبتلا به سردرد مزمن تأثیر بگذارند. با این‌حال، در خصوص اثربخشی آن‌ها بر خودکارآمدی درد و تاب‌آوری دانش‌آموزان دختر مبتلا به سردرد مزمن، و همچنین مقایسه اثربخشی آن‌ها هیچ پژوهشی صورت نگرفته است. از این‌رو، هدف پژوهش حاضر این است که اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت بر خودکارآمدی درد و تاب‌آوری دانش‌آموزان دختر مبتلا به سردرد مزمن را مقایسه کند.

مواد و روش‌ها

کد اخلاق پژوهش (IR.IAU.Z.REC.1398.193) بود. روش پژوهش حاضر، نیمه‌تجربی و طرح آن از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه دانش‌آموزان دختر مبتلا به سردرد مزمن دوره متوسطه دوم مدارس شهر تبریز در سال‌تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ بود که در زمان نمونه‌گیری (سال ۱۳۹۸) توسط مربیان بهداشت مدارس شناسایی شده (با توجه به اطلاعات مندرج در پرونده سلامت دانش‌آموزان) و به اداره آموزش و پروش شهر تبریز معرفی شده بودند. جهت نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری غیراحتمالی هدفمند استفاده شد. پس از کسب رضایت از مسئولین و دانش‌آموزان، پرسشنامه‌های خودکارآمدی درد و تاب‌آوری davidson & connor، در بین ۱۶۵ دانش‌آموز دختر که توسط روان‌پزشک یا متخصص مغز و اعصاب تشخیص ابتلا به سردرد مزمن به آن‌ها گذاشته شده بود و مایل به‌شرکت در پژوهش بودند اجرا شد، و از بین آن‌هایی که در این پرسشنامه‌ها یک انحراف معیار پایین‌تر از میانگین نمره کسب کردند (۹۴ نفر)، ۳۰ نفر به‌صورت تصادفی، و با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود به مطالعه چون ۱) پذیرش داوطلبانه برای شرکت در پژوهش، ۲) شرکت کامل در جلسات درمانی، ۳) دانش‌آموز دختر مبتلا به سردرد مزمن مقطع متوسطه دوره دوم شهر تبریز، ۴) استفاده از داروهای تسکین‌دهنده و خاص مربوط به سردرد مزمن بیش از ۳ سال، و ملاک‌های خروج از مطالعه چون ۱) ابتلا به بیماری جدی دیگر به‌غیر از سردرد مزمن همچون ام. اس، سرطان و...، ۲) استفاده از داروهای روان‌پزشکی، ۳) برخورداری از جلسات مشاوه و روان‌درمانی فردی و گروهی انتخاب، و با استفاده از گمارش تصادفی (به‌شیوه قرعه‌کشی) به دو گروه آزمایشی ۱ و ۲ (هر گروه ۱۰ نفر) و کنترل (۱۰ نفر) تقسیم شدند. تعداد ۱۰ نفر برای هر گروه بر اساس نرم‌افزار تعیین حجم نمونه G Power ۳ و با در نظر گرفتن پارامترهای زیر محاسبه شد. اندازه اثر= ۰/۳۲؛ ضریب آلفا=۰/۰۵؛ توان آزمون=۰/۶۸؛ Repetitions=۳؛ Noncentrality parameter λ=۱۶/۲۰۹؛ DenominatordF=۲۴؛NumeratordF=۲؛CriticalF=۳/۰۱۱ Actual power=۰/۸۲؛ Pillai V =۰/۲۳. پیش از تقسیم تصادفی، کلیه افراد گروه‌ها از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناسی نظیر سن و مدت زمان استفاده از داروهای تسکین‌دهنده و خاص مربوط به سردرد مزمن همسان شدند. توضیح این‌که در پژوهش حاضر ریزش نمونه نداشته‌ایم.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-10-11]

همه 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.

پرسشنامه خودکارآمدی درد: این پرسشنامه ۱۰ سوالی، براساس نظریه Bandura در مورد خودکارآمدی می‌باشد و به‌منظور ارزیابی باور بیمار از تواناییش در انجام فعالیت‌های گوناگون علی‌رغم وجود درد توسط Nikolus ساخته شده است و کارآمدی و بسندگی فرد در زندگی با درد را ارزیابی می‌کند. پاسخ‌گویی به‌سوالات این پرسشنامه در مقیاس لیکرت یک تا شش درجه‌ای بوده و دامنه نمرات بین ۱۰ تا ۶۰ متغیر می‌باشد. نمره بیش‌تر بیانگر باور قدرتمندتر در انجام فعالیت‌های روزمره علی‌رغم وجود درد است[۲۶]. برای بررسی اعتبار پرسشنامه، اصغری‌مقدم و همکاران ضرایب بازآزمایی پرسشنامه را با فاصله زمانی ۹ روز (P=۰/۰۰۱) گزارش کرده‌اند. ضرایب اعتبار آزمون را با استفاده از روش‌های آلفای کرونباخ، روش تنصیف و روش بازآزمایی به‌ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۸ و ۰/۷۷ به‌دست آوردند که بیانگر پایایی مطلوب و رضایت بخش آزمون است[۲۶]. جولایی‌ها در پژوهش خود آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۹۲ به‌دست آورده است[۲۶]. آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حقیقت و همکاران[۲۷] ۰/۸۹ به‌دست آمده است.

مقیاس تاب‌آوری davidson & connor: davidson & connor[۲۸] با مرور منابع پژوهشی ۱۹۹۷-۱۹۷۹ 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[۲۸]. حداقل نمره تاب‌آوری آزمودنی در این مقیاس صفر و حداکثر ۱۰۰ است[۲۸]. 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[۲۹]. در پژوهشی[۳۰]، پایایی این مقیاس با روش آلفای کرونباخ بر روی ۲۸۷ نفر از دانشجویان دانشگاه شیراز محاسبه گردید که میزان آن ۰/۸۷ گزارش شد.

پس از اجرای پیش‌آزمون، اعضای گروه آزمایش اول، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (۲ ماه، هفته‌ای یک جلسه) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را به‌صورت گروهی، طبق برنامه درمانی Hayes & Lillis[۳۱] دریافت کردند (جدول ۱). اعضای گروه آزمایش دوم نیز، طی ۶ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (۲ماه، هفته‌ای یک جلسه) از درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت به‌صورت گروهی، طبق برنامه درمانی De Shazer [۳۲] برخوردار شدند (جدول ۲). اعضای گروه کنترل هیچ درمانی را دریافت نکردند. برای جلوگیری از تبادل اطلاعات بین افراد گروه‌های آزمایش، از آن‌ها خواسته شد تا ۴ ماه پس از اتمام درمان، درباره محتوای جلسات با یکدیگر گفت‌وگویی نداشته باشند. جلسات درمانی، توسط ۱ مشاور با درجه دکتری تخصصی مشاوره و ۱ روان‌شناس تربیتی با درجه کارشناسی ارشد در یک مرکز مشاوره خصوصی در شهر تبریز برگزار شدند. بعد از اتمام جلسات (پس‌آزمون)، و ۴ ماه پس از اتمام درمان(پیگیری)، اعضای هر سه گروه با استفاده از ابزارهای اندازه‌گیری ارزیابی شدند. جهت جلوگیری از ریزش اعضای گروه‌ها، حین مصاحبه اولیه با تک‌تک آن‌ها، از اعضا خواستیم تعهد خود را نسبت به شرکت در کل جلسات حفظ کنند. این امر در طول جلسات هم رصد می‌شد و همبستگی گروهی که بین اعضا ایجاد شده بود، مانع ریزش افراد گروه شد. 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. در این پژوهش سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-10-11]

جدول ۱: محتوای جلسات و پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	محتوا
اول	برقراری رابطه درمانی، آشناکردن افراد با موضوع پژوهش، پاسخ به‌پرسشنامه‌ها و بستن قرارداد درمانی
دوم	کشف و بررسی روش‌های درمانی بیمار، ارزیابی میزان تأثیر آن‌ها، بحث درباره موقتی وکم‌اثر بودن درمان‌ها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخوردها و ارائه تکالیف
سوم	کمک به‌مراجع برای تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل و پی بردن به‌بیهودگی آن‌ها، پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آن‌ها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
چهارم	توضیح درباره اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای آن‌ها، آموزش گام‌های پذیرش، تغییر مفاهیم زبان با استفاده از تمثیل، آموزش تن‌آرامی، دریافت بازخورد و ارائه تکالیف
پنجم	معرفی مدل سه‌بُعدی به‌منظور بیان ارتباط مشترک رفتار/ احساسات، کارکرد های روان‌شناختی و رفتار قابل مشاهده و بحث درباره تلاش برای تغییر رفتار بر اساس آن، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
ششم	توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به‌عنوان زمینه، برقراری ارتباط با خود با استفاده از تمثیل، آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌هایی که جزء محتوای ذهنی هستند، دریافت بازخورد و ارائه تکالیف
هفتم	توضیح مفهوم ارزش‌ها، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمندکردن مراجع برای زندگی بهتر، تمرین تمرکزآگاهی، دریافت بازخورد و ارائه تکالیف
هشتم	آموزش تعهد به‌عمل، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها، جمع‌بندی جلسات و اجرای پس‌آزمون

جدول ۲: محتوای جلسات و پروتکل درمان راه‌حل محور کوتاه‌مدت

جلسه	محتوا
اول	تعریف مشکل؛ دعوت از مراجع تا مشکل را در یک کلمه بگوید و آن را به یک جمله تبدیل کند؛ تبدیل مشکل به اهداف قابل دسترس؛ بحث و مناظره درباره مشکل؛
دوم	بررسی تکالیف هفته گذشته؛ تعیین هدف؛ بررسی راه‌حل‌های برطرف‌کننده شکایات؛ فرمول‌بندی حلقه‌های راه‌حل- مشکلات؛
سوم	ارائه خلاصه‌ای از جلسه قبل و بررسی مشکل؛ حرف‌زدن درباره آینده؛ استفاده از فن استثنائات و سؤالات معجزه‌آسا؛ پیدا کردن یک داستان مثبت؛
چهارم	بررسی تکالیف و خلاصه‌ای از جلسه قبل؛ توضیح فن شاه‌کلید و استفاده از آن؛ استفاده از فن سؤالات درجه‌بندی؛
پنجم	بررسی تکالیف هفته گذشته؛ ادامه فن شاه‌کلید هفته گذشته؛ استفاده از فن تکالیف وانمودی؛ استفاده از سؤالات راه‌حل‌مدار؛ استفاده از برهان خلف و شرط‌بندی متناقض؛
ششم	خلاصه‌ای از جلسات قبل و بررسی تکالیف انجام شده؛ استفاده از سؤالات درجه‌دار؛ تعیین این که آیا مراجعان به اهداف درمان دست یافته‌اند؟

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-10-11]

نتایج

میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان در مطالعه ۱۶/۹۰±۰/۷۵ سال و میانگین و انحراف معیار مدت زمان مصرف داروهای سردرد ۴/۷۷±۰/۷۷ سال بود. در جدول 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 ۳: میانگین و انحراف معیار سن و مدت زمان مصرف داروهای سردرد دانش‌آموزان دختر مبتلا به سردرد مزمن دوره متوسطه دوم مدارس شهر تبریز در سال ۱۳۹۸ (تعداد در هر گروه ۱۰ نفر)

متغیر	گروه	انحراف معیار ± میانگین	سطح معنی‌داری
سن	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۱۶/۷۰±۰/۶۷	p=۰/۳۰۷
	درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت	۱۶/۸۰±۰/۷۸	
	کنترل	۱۷/۲۰±۰/۷۸	
	کل	۱۶/۹۰±۰/۷۵	
مدت زمان مصرف داروهای سردرد	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۴/۷۰±۰/۶۷	p=۰/۵۰۱
	درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت	۵/۰۰±۰/۸۱	
	کنترل	۴/۶۰±۰/۸۴	
	کل	۴/۷۷±۰/۷۷	

آزمون: تحلیل واریانس یک راهه، # اختلاف معنی‌دار p<۰/۰۵

در بررسی پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر، آزمون شاپیرو ویلک نشان داد پیش‌فرض نرمال‌بودن توزیع متغیرهای مورد مطالعه در نمونه مورد مطالعه محقق شده است، چرا که مقادیر z محاسبه‌شده در سطح (p<۰/۰۵) معنی‌دار نیست. در آزمون ام باکس، چون F متغیرهای خودکارآمدی درد (F=۲/۵۴) و تاب‌آوری (F=۲/۳۳) به‌ترتیب در سطح (۰/۴۲۲ و ۰/۳۴۱) معنادار نبودند، بنابراین می‌توان گفت که مفروضه همسانی ماتریس واریانس-کوواریانس برای متغیرها برقرار شده است. در آخر، آزمون کرویت موخلی نشان داد چون مقدار کرویت موخلی (۰/۴۵۵) متغیر خودکارآمدی درد در سطح خطای داده‌شده (۰/۲۲۳) و مقدار کرویت موخلی (۰/۵۶۸) متغیر تاب‌آوری در سطح خطای داده‌شده (۰/۴۱۹) معنی‌دار نیست، لذا می‌توان کرویت ماتریس واریانس- کوواریانس متغیرهای وابسته را پذیرفت. پس، این پیش‌فرض نیز برقرار است.

جدول ۴ نشان می‌دهد که بین نمرات متغیر خودکارآمدی درد و تاب‌آوری در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معنی‌داری وجود دارد (P<۰/۰۰۱). همچنین نتایج نشان می‌دهد نمرات خودکارآمدی درد و تاب‌آوری گروه‌های آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری دارد (P<۰/۰۰۱). علاوه بر آن، تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت بر خودکارآمدی درد و تاب‌آوری آزمودنی‌ها بعد از چهار ماه پیگیری نیز ماندگار بوده است (P<۰/۰۰۱). نتایج آزمون تحلیل واریانس

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-10-11]

آمیخته نشان داد اختلاف میانگین نمره خودکارآمدی درد و تاب‌آوری گروه‌های درمانی با گروه کنترل معنی‌دار می‌باشد (P<۰/۰۰۱)؛ نتایج مقایسه‌های زوجی برای مرحله پیگیری نیز نشان داد اختلاف میانگین نمرات خودکارآمدی دردو تاب‌آوری در گروه‌های درمانی با گروه کنترل معنی‌دار می‌باشد (P<۰/۰۰۱). آزمون تعقیبی بونفرونی نشان داد معنی‌داری تغییرات بین‌گروهی به‌دلیل تفاوت تغییرات گروه‌های درمانی با گروه کنترل است؛ به‌طوری که هم در پس‌آزمون و هم پیگیری، نمرات خودکارآمدی درد و تاب‌آوری گروه‌های آزمایشی بیش‌تر از نمره گروه کنترل است، ولی نمره خودکارآمدی درد و تاب‌آوری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت متفاوت از هم نیست. بنابراین، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت در افزایش خودکارآمدی درد و تاب‌آوری برتری نسبت به هم ندارند.

جدول ۴: میانگین و انحراف معیار متغیرهای خودکارآمدی درد و تاب‌آوری در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دانش‌آموزان دختر مبتلا به سردرد مزمن دوره متوسطه دوم مدارس شهر تبریز در سال ۱۳۹۸

متغیر	گروه	پیش‌آزمون انحراف معیار ± میانگین	پس‌آزمون انحراف معیار ± میانگین	پیگیری انحراف معیار ± میانگین	سطح معنی‌داری تغییرات داخل گروهی	سطح معنی‌داری تغییرات بین گروهی
خودکارآمدی درد	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۲۹/۱۰±۴/۷۲	۳۷/۴۰±۴/۸۳	۳۷/۶۰±۴/۸۳	P<۰/۰۰۱*	P<۰/۰۰۱*
	درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت	۲۷/۶۰±۴/۷۶	۳۶/۱۰±۴/۸۸	۳۶/۱۰±۴/۸۸	P<۰/۰۰۱*	
	کنترل	۲۹/۰۰±۴/۴۷	۲۸/۷۰±۴/۶۶	۲۸/۷۰±۴/۶۶	P>۰/۸	
	سطح معنی‌داری در هر مقطع اندازه‌گیری بین گروه‌ها	p>۰/۷۲۶	p<۰/۰۰۱*	p<۰/۰۰۱*	-	-
تاب‌آوری	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۴۳/۲۰±۵/۰۵	۵۷/۲۰±۶/۲۶	۵۶/۹۰±۶/۱۰	P<۰/۰۰۱*	P<۰/۰۰۱*
	درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت	۴۲/۳۰±۴/۳۹	۵۸/۷۰±۴/۶۴	۵۸/۸۰±۴/۸۴	P<۰/۰۰۱*	
	کنترل	۴۲/۴۰±۵/۶۶	۴۱/۷۰±۵/۵۱	۴۱/۷۰±۵/۶۷	P>۰/۸	
	سطح معنی‌داری در هر مقطع اندازه‌گیری بین گروه‌ها	p>۰/۹۱۰	p<۰/۰۰۱*	p<۰/۰۰۱*	-	-

آزمون: تحلیل واریانس آمیخته، #اختلاف معنی‌دار p<۰/۰۵

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-10-11]

چون آزمون اثر پیلای در موقعیت‌های عملی دارای قدرت بیشتری نسبت به سایر آزمون‌ها دارد، در جدول ۵ نتایج آن گزارش شده است. اطلاعات بخش اول جدول ۵ برای متغیر خودکارآمدی درد بیان می‌کند که بین نمرات این متغیر در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین بخش دوم نتایج این جدول نشان می‌دهد که بین نمرات متغیر خودکارآمدی درد در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های آزمایش (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت) و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. به‌عبارتی بین زمان و مداخله تعامل وجود دارد. و نیز، اطلاعات بخش اول جدول ۵ برای متغیر تاب‌آوری بیان می‌کند که بین نمرات این متغیر در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین بخش دوم نتایج این جدول نشان می‌دهد که بین نمرات متغیر تاب‌آوری در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های آزمایش (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت) و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. به‌عبارتی بین زمان و مداخله تعامل وجود دارد.

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

متغیر	تأثیر		مقدار	F	فرضیه درجه آزادی	خطای درجه آزادی	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
خودکارآمدی درد	زمان	اثر پیلایی	۰/۸۰	۱/۲۹	۲/۰۰	۲۶/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۸۰
	زمان*مداخله	اثر پیلایی	۰/۸۵	۱۲/۴۳	۴/۰۰	۵۴/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۴۷
تاب‌آوری	زمان	اثر پیلایی	۰/۷۹	۵۰/۴۷	۲/۰۰	۲۶/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۷۹
	زمان*مداخله	اثر پیلایی	۰/۷۷	۸/۵۸	۴/۰۰	۵۴/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۳۸

جهت مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت بر خودکارآمدی درد و تاب‌آوری دانش‌آموزان دختر مبتلا به سردرد مزمن از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. نتایج نشان داد که تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت بر خودکارآمدی درد و تاب‌آوری در مراحل پس‌آزمون و پیگیری متفاوت از هم نیست.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-10-11]

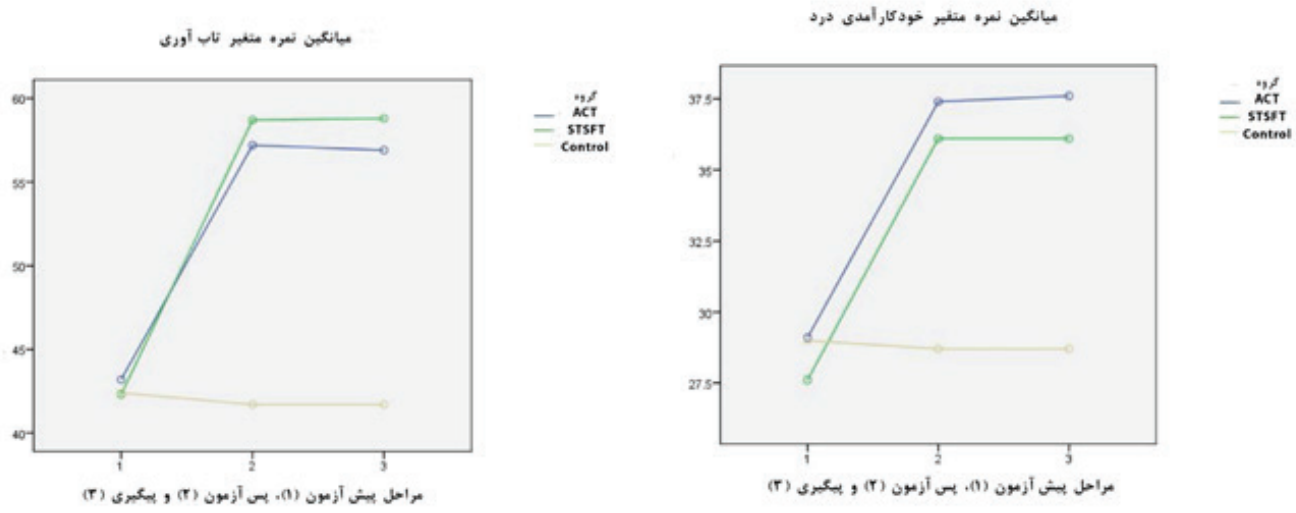
جدول ۶: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی بر حسب عضویت گروهی در متغیرهای خودکارآمدی درد و تاب‌آوری

	متغیر وابسته	گروه ۱	گروه ۲	تفاوت میانگین	انحراف استانداردها	سطح معنی‌داری
خودکارآمدی درد	(پیش‌آزمون)	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت	۱/۵۰		۱/۰۰۰
			کنترل	۰/۱۰		۱/۰۰۰
		درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۱/۵۰	۲/۰۸	۱/۰۰۰
			کنترل	-۱/۴۰		۱/۰۰۰
		کنترل	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۰/۱۰		۱/۰۰۰
			درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت	۱/۴۰		۱/۰۰۰
	(پس‌آزمون)	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت	۱/۳۰		۱/۰۰۰
			کنترل	۸/۷۰		۰/۰۰۱
		درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۱/۳۰	۲/۱۴	۱/۰۰۰
			کنترل	۷/۴۰		۰/۰۰۶
		کنترل	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۸/۷۰		۰/۰۰۱
			درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت	-۷/۴۰		۰/۰۰۶
	(پیگیری)	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت	۱/۵۰		۱/۰۰۰
			کنترل	۸/۹۰		۰/۰۰۱
		درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۱/۵۰	۲/۱۴	۱/۰۰۰
			کنترل	۷/۴۰		۰/۰۰۶
		کنترل	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۸/۹۰		۰/۰۰۱
			درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت	-۷/۴۰		۰/۰۰۶

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-10-11]

	متغیر وابسته	گروه ۱	گروه ۲	تفاوت میانگین	انحراف استانداردها	سطح معنی‌داری
تاب‌آوری	(پیش‌آزمون)	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت	۰/۹۰		۱/۰۰۰
			کنترل	۰/۸۰		۱/۰۰۰
		درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۰/۹۰	۲/۲۶	۱/۰۰۰
			کنترل	-۰/۱۰		۱/۰۰۰
		کنترل	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۰/۸۰		۱/۰۰۰
			درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت	۰/۱۰		۱/۰۰۰
	(پس‌آزمون)	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت	-۱/۵۰		۱/۰۰۰
			کنترل	۱۵/۵۰		۰/۰۰۱
		درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۱/۵۰	۲/۴۶	۱/۰۰۰
			کنترل	۱۷/۰۰		۰/۰۰۱
		کنترل	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۱۵/۵۰		۰/۰۰۱
			درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت	-۱۷/۰۰		۰/۰۰۱
	(پیگیری)	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت	-۱/۹۰		۱/۰۰۰
			کنترل	۱۵/۲۰		۰/۰۰۱
		درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۱/۹۰	۲/۴۸	۱/۰۰۰
			کنترل	۱۷/۱۰		۰/۰۰۱
		کنترل	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۱۵/۲۰		۰/۰۰۱
			درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت	-۱۷/۱۰		۰/۰۰۱

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-10-11]



نمودار ۱: میانگین نمره خودکارآمدی درد و تاب‌آوری گروه‌های آزمایشی و کنترل در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

بحث

هدف از پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت بر خودکارآمدی درد و تاب‌آوری دانش‌آموزان دختر مبتلا به سردرد مزمن بود. تحلیل داده‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت بر افزایش خودکارآمدی درد و تاب‌آوری دانش‌آموزان دختر مبتلا به سردرد مزمن تأثیر دارند، و تأثیر این دو درمان بر خودکارآمدی درد و تاب‌آوری دانش‌آموزان دختر مبتلا به سردرد مزمن در مراحل پس‌آزمون و پیگیری متفاوت از هم نیست. همچنین، یافته‌ها نشان داد که تغییرات نمره خودکارآمدی درد و تاب‌آوری در زمان‌های مورد بررسی در گروه‌ها متفاوت بوده و اثر زمان معنی‌دار است؛ یعنی اثر متقابلی بین زمان و مداخله وجود دارد و با گذشت زمان از شروع مداخله، نمرات خودکارآمدی درد و تاب‌آوری ارتقاء یافتند و تأثیرات ناشی از حضور در گروه‌های آزمایشی با نزدیک شدن به پایان مداخله بر روی نمرات خودکارآمدی درد و تاب‌آوری افراد در هر دو گروه آزمایشی مثبت بود.

درباره اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هم می‌توان نتیجه گرفت که این درمان بر خودکارآمدی درد و تاب‌آوری دانش‌آموزان دختر مبتلا به سردرد مزمن اثربخش است. McCracken & Vowles[۱۷]، Azizi و همکاران[۱۹]، و Kiani و همکاران[۲۰] نشان دادند که این درمان بر مدیریت درد، تاب‌آوری و خودکارآمدی درد افراد مبتلا به درد مزمن موثر است. نتیجه پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های مذکور همسو می‌باشد. هیچ پژوهشی مبنی بر ناهمسو بودن با نتیجه پژوهش حاضر پیدا نشد، تا بتوان علت شباهت و تفاوت نتایج مطالعات را بحث و بررسی نمود.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد رویکردی است که از فرآیندهای پذیرش، تمرکز ذهنی، تعهد و فرآیندهای تغییر رفتار به‌منظور ایجاد انعطاف‌پذیری استفاده می‌کند. مدل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پذیرش هرچه بیش‌تر، آگاهی متمرکز بر لحظه حال و درگیری و مشارکت در فعالیت‌هایی که در راستای ارزش‌های شخصی است تأکید دارد. به‌نظر می‌رسد که پذیرش فرآیند کلیدی درگیر در دستاوردهای درمانی کاهش اثر تجربیات

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-10-11]

دردنـاک بـر کارکردهـای هیجانـی، همچنیـن پیش‌بینـی کارکردهـای فـرد در آینـده می‌باشـد[۱۸]. اصلی‌تریـن سـازه نظـری در پذیـرش، مبتنـی بـر درمان‌هـای رفتـاری از قبیـل درمـان مبتنـی بـر پذیـرش و تعهـد، انعطاف‌پذیـری روان‌شـناختی اسـت، کـه به‌معنـای توانایـی بـرای انجـام عمـل مؤثـر در راسـتای ارزش‌هـای فـردی علی‌رغـم حضـور درد اسـت[۱۷]. اجتنـاب از درد کـه بنابـر درمـان مبتنـی بـر پذیـرش و تعهـد معـادل اجتنـاب تجربـه‌ای اسـت به‌واسـطه نقـش مهمـی کـه در آسیب‌شناسـی روانـی دارد، تـاب‌آوری افـراد را در مقابـل درد مزمـن کاهـش می‌دهـد. در واقـع اجتنـاب از درد بـا ایجـاد رفتارهـای انعطاف‌ناپذیـر و غیرموثـر مانـع تجربـه مسـتقیم درد (اجتنـاب تجربـه‌ای) و در نهایـت مختـل شـدن عملکـرد فـرد می‌شـود. در صورتی‌کـه در تـاب‌آوری فـرد بـا وجـود درد و هیجانـات منفـی، بـاز هـم عملکـرد موثـر خـود را حفـظ می‌کنـد. بنابرایـن بـا افزایـش انعطاف‌پذیـری روان‌شـناختی به‌کمـک فرآینـد درمـان مبتنـی بـر پذیـرش و تعهـد، اجتنـاب از درد و رفتارهـای غیرموثـر خنثـی می‌شـود، عملکـرد فـرد مختـل نمی‌شـود[۱۸] و در واقـع تـاب‌آوری فـرد در مقابـل درد افزایـش می‌یابـد. همچنیـن در دیـدگاه درمـان مبتنـی بـر پذیـرش و تعهـد، اجتنـاب تجربـه‌ای از رویدادهـای درونـی به‌واسـطه آمیختگـی شـناختی ایجـاد می‌شـود و فـرد به‌دلیـل این‌کـه فکـر یـک رویـداد را بـا اتفـاق واقعـی رویـداد یکـی می‌کنـد، دسـت به‌رفتارهایـی بـرای جلوگیـری از آن اتفـاق می‌زنـد[۱۹]. وجـود آگاهـی از فرآینـدهای شـناختی و افکـار اضـطراب‌زا و هیجان‌زا سـبب می‌شـود کـه فـرد قـدرت کـافی بـرای ناکارآمـد دانسـتن آن‌هـا را به‌دسـت آورد؛ ایـن فرآینـد سـبب می‌شـود کـه دیگـر بیمـار از ایـن افـکار دچـار اضطـراب نشـود. ایـن نکتـه زمانـی بیش‌تـر مهـم جلـوه مـی‌کنـد کـه بـدانیم افـزایش پریشـانی هیجانـی و درد و کاهـش تحمـل پریشـانی هیجـانی و خودکارآمـدی درد بـا بالا رفـتن اضـطراب ظهـور می‌یابنـد. مسـلماً وقتی با آگاهی از افـکار، اضطراب کاهش یابـد بـه همـان نسـبت نیـز عواطف منفی کـاهش و تحمـل پریشـانی هیجانی و خودکارآمدی درد افزایـش می‌یابنـد. بنابرایـن، درمـان مبتنـی بـر پذیـرش و تعهد، در قالـب درمان‌هـای جامعه‌مـدار بـا ایجـاد سـازگاری نسـبی، می‌توانـد بـا موفقیـت در مراحـل اولیـه درمـان بـه‌منظـور پیشـگیری از پریشـانی هیجـانی و درد و افزایش خودکارآمدی درد نیـز به‌کـار رود؛ همانطـور کـه در رونـد اجـراء درمـان، بـا رضـایت و پـذیرش مراجعـان از ایـن درمـان مواجـه شـدیم.

به‌نظـر می‌رسـد یـک وجـه مشـترک مهـم بیـن تعریـف تـاب‌آوری و اهـداف درمـان مبتنـی بـر پذیـرش و تعهـد وجـود دارد. در تـاب‌آوری، فـرد بـا وجـود عوامـل اسـترس‌زا و مصیبت‌هـا و مشـکلات، بهزیسـتی روان‌شـناختی و عملکـرد خـود را حفـظ می‌کنـد، و حتـی فـرد بـا وجـود سـطح بـالای درد، مشـکلات هیجانـی و اختـلال، عملکـرد خوبـی دارد و ایـن در حالـی اسـت کـه در درمـان مبتنـی بـر پذیـرش و تعهـد نیـز، ایـن هـدف دنبـال می‌شـود کـه فـرد بـا وجـود آگاهـی از تجربیـات درونـی منفـی خـود همچـون درد، اقـدام بـرای اجتنـاب یـا کنتـرل درد را رهـا می‌کنـد و به‌رفتارهایـی کـه در راسـتای اهـداف و ارزش‌هـای اوسـت، می‌پـردازد[۳۳]. بنابرایـن به‌نظـر می‌رسـد بـا دنبـال کـردن فرآیندهـای درمـان مبتنـی بـر پذیـرش و تعهـد کـه از مهم‌تریـن آن‌هـا پذیـرش و انعطاف‌پذیـری روان‌شـناختی اسـت، می‌تـوان بـه اهـداف تـاب‌آوری دسـت یافـت. اجتنـاب از درد کـه بنابـر درمـان مبتنـی بـر پذیـرش و تعهـد معـادل اجتنـاب تجربـه‌ای اسـت به‌واسـطه نقـش مهمـی کـه در آسیب‌شناسـی روانـی دارد، تـاب‌آوری افـراد را در مقابـل درد مزمـن کاهـش می‌دهـد. در واقـع اجتنـاب از درد بـا ایجـاد رفتارهـای انعطاف‌ناپذیـر و غیرموثـر مانـع تجربـه مسـتقیم درد (اجتنـاب تجربـه‌ای) و در نهایـت مختـل شـدن عملکـرد فـرد می‌شـود. در صورتی‌کـه در تـاب‌آوری فـرد بـا وجـود درد و هیجانـات منفـی، بـاز هـم عملکـرد موثـر خـود را حفـظ می‌کنـد. بنابرایـن بـا افزایـش انعطاف‌پذیـری روان‌شـناختی به‌کمـک فرآینـد درمـان مبتنـی بـر پذیـرش و تعهـد، اجتنـاب از درد و رفتارهـای غیرموثـر خنثـی می‌شـود، عملکـرد فـرد مختـل نمی‌شـود و در واقـع تـاب‌آوری فـرد در مقابـل درد افزایـش می‌یابـد. همچنیـن در دیـدگاه درمـان مبتنـی بـر پذیـرش و تعهـد، اجتنـاب تجربـه‌ای از رویدادهـای درونـی به‌واسـطه آمیختگـی شـناختی ایجـاد

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-10-11]

می‌شود و فرد به‌دلیل این‌که فکر یک رویداد را با اتفاق واقعی رویداد یکی می‌کند، دست به‌رفتارهایی برای جلوگیری از آن اتفاق می‌زند[۳۱].

درباره اثربخشی درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت هم می‌توان نتیجه گرفت که این درمان بر خودکارآمدی درد و تاب‌آوری دانش‌آموزان دختر مبتلا به سردرد مزمن اثربخش است. پژوهش‌های Jamiyan و همکاران[۳۳]، Mirhashemi و NajaFi[۳۴] و Nasirnejhad و همکاران[۳۵] نشان دادند که این درمان بر خودکارآمدی و تاب‌آوری افراد مبتلا به درد مرمن موثر است. نتیجه پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های مذکور همسو می‌باشد. هیچ پژوهشی مبنی بر ناهمسو بودن با نتیجه پژوهش حاضر پیدا نشد، تا بتوان علت شباهت و تفاوت نتایج مطالعات را بحث و بررسی نمود.

یکی از عواملی که خودکارآمدی افراد را به‌خطر می‌اندازد عدم وجود مهارت‌های انطباقی در فرد برای استفاده از راه‌حل‌ها در مواجهه با بحران‌های زندگی است. با توجه به این نوع مداخله درمانی که از طریق تمرکز بر کشف راه‌حل‌های مختلف و نه مشکلات، و ایجاد تفاوت در نوع پاسخ‌دهی بیماران به محدودیت‌های ناشی از بیماری‌شان و ایجاد تفاوت در دید آن‌ها نسبت به بیماری دیابت، نگرش بیماران نسبت به موقعیت‌های دشوار پیش‌رویشان را تغییر می‌دهد و سپس همسو با این تغییر نگرش، به‌تدریج، توانمندی آن‌ها را برای مقابله با مشکلات بالا می‌برد و با ایجاد شرایط و سوالات معجزه‌آسا، آن‌ها را به متفاوت عمل‌کردن ترغیب می‌کند و به‌تبع آن احساسی متفاوت که شامل رضایت‌مندی و امید باشد را برایشان به‌همراه می‌آورد که این امر احساس آن‌ها را نسبت به خودکارآمدی‌شان تغییر می‌دهد[۳۳]. در درمان راه‌حل‌محور، کشف آرام استثنائات در زندگی مراجع می‌تواند امیدواری را به مراجع القاء کند تا نزدیک‌شدن به آینده بهتری را ببینند[۳۱]. در جریان هر گفت‌وگویی، درمانگر قصد دارد مراجع را نسبت به یادآوری خودانگیخته مواقعی که مشکل، به‌هر دلیلی، رخ نداده و یا کم‌تر مسأله‌ساز بوده، هشیار کند. یکی از راه‌ها برای مشخص‌کردن این‌که آیا استثنائات تفاوت‌هایی هستند که منجر به ایجاد تغییری شوند یا نه. استفاده از پرسش‌های درجه‌بندی (پرسش‌های مقیاسی) است. ممکن است درمانگر بگوید حالا می‌خواهم از تو یک پرسش درجهبندی بپرسم. روی یک محور از صفر تا ده، صفر وقتی است که تصمیم به جست‌وجوی کمک گرفتی و ده وقتی است که مشکلت طبق رضایت خاطر تو حل شده، عددی را که بهترین توصیف وضعیت فعلی توست به من بگو. حتی وقتی که مشکل مبهم و نامشخص است مراجعان معمولاً می‌توانند یک درجه‌بندی عددی عینی ارائه دهند[۳۱]. در رویکرد راه‌حل‌محور، مراجعان برای یافتن راه‌حل‌های مناسب با جهان‌بینی خود تشویق می‌شوند[۳۲]، درمان به‌جای کاهش مشکلات، بر راه‌حل متمرکز است، سؤال این است: چه‌کاری به‌جای آن می‌خواهید انجام دهید؟ شکل دیگری از پرس‌وجو برای مراجعی که احساس می‌کند در مشکل غرق شده است پرسش معجزه‌ای نام دارد. به این روش مراجع می‌تواند با کمک درمانگر تصویری از آینده بدون مشکل بسازد. پرسش معجزه‌ای در ذهن طراحی می‌شود. فرض کنید، امشب وقتی که به خواب می‌روید، یک معجزه اتفاق می‌افتد. صبح چگونه تشخیص می‌دهی که مشکل حل شده است[۳۳]. این شیوه به ما امکان می‌دهد تا در حداقل زمان ممکن، به‌هدفی که در نظر داریم، دست بیابیم. گویی مسیر سریعی برای برطرف‌کردن مشکلات و دستیابی به راه‌حل‌های مناسب است[۳۴]. درمجموع فنون و تکنیک‌های درمان راه‌حلمحور موجب گردید تا مراجعان تفکر و نگرش خود را درباره مسائل و مشکلات زندگی تغییر دهند و با ایجاد احساس خوب در مراجعان نسبت به خودشان و با نمایان‌کردن نقاط قوت و موفقیت‌های آنان تمرکز مراجعان را از مشکل و ضعف‌های ناشی از آن به‌سمت راه‌حل‌های موجود هدایت کرده و از این طریق به مراجعان کمک می‌شود که خودشان را فردی توانمند ارزیابی کرده که به‌نوبه خود مراجعان به لحاظ

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-10-11]

روانـی در شـرایط بهتـری قـرار می‌گیرنـد و بـه ایـن ترتیـب امیـد بـه بهبـودی و تـلاش بـرای انجـام فعالیت‌هـای مفیـد در مراجعـان قـوت می‌یابـد. لازم به‌ذکـر اسـت کـه درمـان حاضـر توانسـت اثـرات درمانـی خـود را در راسـتای بهبـودی و ارتقـاء خودکارآمـدی درد در مرحلـه پیگیـری حفـظ کنـد. ایـن موضـوع می‌توانـد ناشـی از ایـن باشـد کـه حضـور بیمـاران در یـک گـروه درمانـی متشـکل از همتایـان و درمانگـر منجـر بـه درک بهبـودی در خودکارآمـدی درد شـده باشـد کـه بـا اتمـام درمـان خودکارآمـدی درد در سـطح بهبـودی مانـده اسـت[۳۳]. رویکـرد راه‌حل‌محـور کوتاه‌مـدت بـه بیمـاران کمـک می‌کنـد تـا به‌درسـتی خطـرات و موانـع و بحران‌هـای زندگـی خـود را شناسـایی کننـد و بـه آن‌هـا یـک بینـش بسـیار مناسـب از توانمندی‌هـا و منابـع حمایتـی ارائـه می‌دهـد[۳۴]. درمـان راه‌حل‌مـدار مبتنـی بـر یـک فعالیـت مشـترک بیـن درمانگـر و مراجعـان بـرای یافتـن و تمرکـز بـر راه‌حل‌هـای مواجهـه بـا مشـکلات و بحران‌هاسـت و نـه تمرکـز بـر خـود ایـن بحران‌هـا. دشـاژر رویکـرد راه‌حل‌مـدار را به‌عنـوان رویکـردی معرفـی می‌کنـد کـه بـر موفقیت‌هـا و توانمندی‌هـای مراجـع تأکیـد می‌کنـد و مراجعـان را به‌عنـوان کارشناسـان زندگـی خـود در نظـر می‌گیرنـد و معتقدنـد کـه اکثـر مشـکلات و بحران‌هـا راه‌حل‌هایـی دارنـد کـه قابلیـت شناسـایی و کشـف آن‌هـا وجـود دارد. در واقـع رویکـرد راه‌حل‌مـدار بـه بیمـاران کمـک می‌کنـد تـا بـرای تصمیم‌گیـری مناسـب بـا دسترسـی بـه دانـش و مهارت‌هـای لازم توان‌مندی‌هـای لازم را داشـته باشـند[۳۲]. از آن‌جـا کـه یکـی از ابعـاد تـاب‌آوری به‌عوامـل محافظتـی اختصـاص دارد و عواملـی همچـون توانایی‌هـای حل‌مسـأله، احسـاس خودکارآمـدی، تطابق‌پذیـری، جهت‌گیـری مبتنـی بـر هـدف، امیـد و خوش‌بینی به‌عنـوان اجزای تـاب‌آوری را شـامل شـده و به‌شـکل محافظی در برابر اسـترس‌ها و بحران‌ها عمـل می‌کننـد، لـذا بـا توجـه بـه فلسـفه حاکم بـر ایـن مداخله به‌نظر می‌رسـد کـه مداخلـه راه‌حل‌مدار بـا ویژگی‌هـای عملیاتی خـود توانسـته در افزایـش ایـن مولفه‌هـا و به‌طور کلـی تاب‌آوری بیمـاران مبتـلا بـه سـردرد مزمـن موثر باشـد، بـه ایـن دلیل که درمانگـران از نقاط قـوت مراجعان و منابع، کلمـات و عقاید آن‌ها اسـتفاده می‌کنند[۳۵].

ایـن پژوهـش نشـان داد کـه تأثیـر درمـان مبتنـی بـر پذیـرش و تعهـد و درمـان راه‌حل‌محـور کوتاه‌مـدت بـر خودکارآمـدی درد و تـاب‌آوری دانش‌آمـوزان دختـر مبتـلا بـه سـردرد مزمـن متفـاوت از هـم نیسـت. هیـچ پژوهشـی اثربخشـی ایـن دو درمـان را بـر خودکارآمـدی درد و تـاب‌آوری بیمـاران مبتـلا بـه سـردرد مزمـن مقایسـه نکـرده اسـت. دربـاره عـدم تفـاوت تأثیر درمـان مبتنـی بـر پذیـرش و تعهـد و درمـان راه‌حل‌محـور کوتاه‌مـدت بـر خودکارآمـدی درد و تـاب‌آوری بیمـاران مبتـلا بـه سـردرد مزمـن می‌تـوان بیـان نمـود کـه دختـران مبتـلا بـه سـردرد مزمـن عـلاوه بـر تحمـل پریشـانی و عـدم پذیـرش شـرایط برآمـده از بیماری‌شـان، درگیـر عـدم ایجـاد راه‌حل‌هـای مناسـب می‌شـوند کـه ایـن عوامـل سـبب بـروز مشـکلات روان‌شـناختی زیـادی در آن‌هـا می‌شـود کـه یکـی از آن‌هـا کاهـش خودکارآمـدی درد و تـاب‌آوری اسـت. درمـان مبتنـی بـر پذیـرش و تعهـد بـا کمـک بـه بیمـاران مبتـلا بـه سـردرد مزمـن بـه آن‌هـا کمـک کـرده تـا بیمـاری و شـرایط برآمـده از آن را آگاهانـه بپذیرنـد و در قبـال آن‌هـا، اعمـال متعهدانـه‌ای داشـته باشـند تـا به‌معنـای جدیـدی نسـبت بـه وضعیـت و بیمـاری خـود برسـند. رویکـرد راه‌حل‌محـور کوتاه‌مـدت نیـز بـه بیمـاران کمـک می‌کنـد تـا به‌درسـتی خطـرات و موانـع و بحران‌هـای زندگـی خـود را شناسـایی کنند و بـه آن‌هـا یـک بینـش بسـیار مناسـب از توانمندی‌هـا و منابـع حمایتـی ارائـه می‌دهـد. در ایـن درمـان بـه بیمـاران کمـک می‌شـود تـا بـرای تصمیم‌گیـری مناسـب بـا دسترسـی بـه دانـش و مهارت‌هـای لازم توان‌مندی‌هـای لازم را داشـته باشـند. انجـام ایـن تکالیـف باعـث افزایـش خودکارآمـدی درد و تـاب‌آوری در آن‌هـا شـده اسـت. بنابرایـن، هـر دوی ایـن رویکردهـا در بهبـود خودکارآمـدی درد و تـاب‌آوری بیمـاران مبتـلا بـه سـردرد مزمـن به‌صـورت برابـر اثربخـش بوده‌انـد امـا هـر کـدام بـا روش‌هـای منحصـر بـه فـرد خـود.

نتیجه‌گیری

بـا توجـه به‌نتایـج پژوهـش می‌تـوان گفـت کـه درمـان مبتنـی

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-10-11]

بـر پذیـرش و تعهـد و درمـان راه‌حل‌محـور کوتاه‌مـدت، بـا کاربـرد فنـون و روش‌هـای خـاص خـود، احتمالاً سـبب پذیرش بیمـاری و مواجهـه آگاهانـه بـا درد ناشـی از سـردرد شـده، و در نتیجـه مقابلـه بهتـر بـا بیمـاری و افزایـش خودکارآمـدی درد و تـاب‌آوری بیمـاران مبتـلا بـه سـردرد مزمـن را موجـب شـده اسـت. بـا توجـه بـه نقـش مهـم دانش‌آمـوزان دختـر در خانـواده و جامعـه، و از طرفـی لـزوم توجـه بـه سـلامت جسـمانی و روان‌شـناختی آن‌هـا پیشـنهاد می‌شـود کـه در کلینیک‌هـای روان‌شناسـی بیمارسـتان‌ها و کلنیک‌هـای دولتـی و خصوصـی، از ایـن درمان‌هـا به‌صـورت فـردی و گروهـی در زمینـه افزایـش خودکارآمـدی درد و تـاب‌آوری دختـران بیمـاران مبتـلا بـه سـردرد مزمـن اسـتفاده شـود.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

سهم نویسندگان

امـور مربـوط بـه نـگارش مقالـه، تجزیـه و تحلیـل داده‌هـا و اصلاحـات مقالـه بـر عهـده هـادی اسـمخانی اکبری‌نـژاد بـود؛ و ماهـک نقـی‌زاده علمـداری گـردآوری داده‌هـا و شناسـایی نمونه‌هـا را بـر عهـده داشـت و پیش‌آزمـون، پس‌آزمـون و پیگیـری را اجـرا کـرد.

تشکر و قدردانی

نویسـندگان بـر خـود لازم می‌داننـد از شـرکت‌کنندگان در پژوهـش حاضـر تقدیـر و تشـکر نماینـد.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-10-11]

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. Curr Opin Investig Drugs 2002; 3(3): 449.
3. Yaghini O, Mahmudiyeh T, Behfar S, AlaviRad M, Ghorbani R, Pouya B. Prevalence of headache in 11 to 18 year old students in Isfahan. JIMS 2011; 29(149): 1046-1054. [in Persian].
4. Chowdhury D. Tension type headache. AIAN 2012; 15(1): 83-88.
5. International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facialpain. Cephalalgia 2018; 24: 1-151.
6. Aminoff M, Greenberg D, Simon R, Roger P, David A, Michael J. Clinical Neurology. 9th. New York: McGraw Hill. 2015; 85-92.
7. Evans RW. Diagnostic testing for migraine and other primary headaches. Neurol Clin 2019; 37(4): 707-25.
8. Ruiz–Parraga G T, Lopez–Martínez A E. The role of experiential avoidance, resilience and pain acceptance in the adjustment of chronic back pain patients who have experienced a traumatic event: a path analysis. JABM 2015; 49(2): 247-257.
9. Warren JM. The Impact of Social Cognitive Theory and Rational Emotive Behavior Therapy Interventions on Beliefs, Emotions, and Performance of Teachers. North Carolina: North Carolina State University; 2010: 57-65.
10. Nicholas MK. The pain self-efficacy questionnaire: Taking pain into account. EJP 2007; 11(2): 153-63.
11. Pecukonis EV. Physical self-efficacy and alexithymia in women with chronic intractable back pain. PMN 2009; 10(3): 116-23.
12. Manafi F, Dehshir GH. Fear of disease progression in patients with cancer and multiple sclerosis and its relation to emotional problems. Quarterly Journal of IJHP 2017; 6(22): 115-130. [in Persian].
13. Goldstein S, Brooks R B. Why study resilience? In S. Goldstein & R. B. Brooks (Eds(., Handbook of resilience in children (pp. 3-14). New York, NY, US: Springer Science Business Media; 2013.
14. Pinquart M. Moderating effect of dispositional resilience on association between hassles and psychological distress. JADP 2009; 30: 1-8.
15. 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.
16. McMahon S, Koltzenburg M, Tracey I, Turk D. Wall & Melzack's Textbook of Pain. Elsevier: Churchill: Livingstone; 2013: 121.
17. 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.
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. JSP 2016; 57: 41-52.
19. Azizi M, Hassanabadi H, Mahram B, Saeedi M. The effectiveness of group ACT on improving resilience in people with chronic headache. Second National Conference on Research and Treatment in Clinical Psychology, Torbat Jam 2014.
20. Kiani S, Sabahi P, Makvand Hosaini SH, RafieNia P, Alebouyeh M. Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment-based therapy and positive cognitive-behavioral therapy on the pain self-efficacy of patients with chronic pain. JPS 2020; 9(89): 567-578. [in Persian].
21. Kim H. (dissertation). Client growth and alliance development in solution-focused brief family therapy. New York: Buffalo; 2006: 44-5.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-10-11]

22. Wand T. Mental health nursing from a solution focused perspective. IJMHN 2010; 19(3): 210-9.
23. Jamiyan, D. Hossein Sabet F, Motamedi A. Effectiveness of Brief Solution-focused Group Therapy on Quality of Life and Self-efficacy of Multiple Sclerosis Women. IJPCP 2018; 10(3): 13-22. [in Persian].
24. Mirhashemi M, Najafi F. Efficacy of solution-centered therapy on resiliency and sense of coherence among patients with multiple sclerosis. MSJIAUTMB 2014; 24(3): 175-81. [in Persian].
25. Nasirnejhad F, Pouyamanes J, FathiAgdam Gh, Jafari A. The effectiveness of mindfulness-based therapy and short-term solution-focused therapy on the resilience and happiness of women with Multiple Sclerosis. Feyz 2020; 24(5): 536-44. [in Persian].
26. Jolaeha S. The Investigation of self efficacy angerperception on chronic pain adjustment. Tehran: Shahed University; 2006. [in Persian].
27. Haghighat F, Zadhoosh S, Rasoolzade-Tabatabaei K, Etemadifar M. The relationship between pain self-efficacy and pain intensity in multiple sclerosis patients. IJBS 2011; 5(1): 47-54.
28. Conner K M, Davidson J R. Development of a new resilience scale: The Conner – Davidson Resilience Scale (CD-RISC).

Depress Anxiety 2003; 18(2):76-82.

29. Ahangarzadeh Rezaei S. Rasoli M. Psychometric Properties Of The Perstan Version Of "Conner-Davidson Resilience Scale" in adolescents with cancer. J Urmia Nurs Midwifery Fac 2015; 13(9):739-747. [in Persian].
30. Samani S, Jokar B, Sahragard N. Effects of Resilience on Mental Health and Life Satisfaction. IJPCP 2007; 13(3):290-295. [in Persian].
31. Rodriguez T. The Role Of Acceptance & Mindfulness In People Living With HIV/AIDS: A Meta-Analysis. State University in partial fulfillment of the requirements for the degree of MASTER OF ARTS; 2014:111.
32. De Shazer S. Words were originally magic. 1nd ed. New York: Norton; 1994: 30.
33. Hayes, S C & Lillis, J (2012). Acceptance and Commitment Therapy. Washington, DC: American Psychological Association.
34. Kuehl BP. The Solutio-Oriented Genogram: a Collaborative Approach. JMFT 1995; 21(3): 239-250.
35. Kim H. Client growth and alliance development in solution-focused brief family therapy. New York: Buffalo; 2006: 44-5.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-10-11]