



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 Akbarinejad^{1*}, Mahak NaghizadehAlamdari²

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 Akbarinejad 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 Akbarinejad, Department of Psychology, University College of Nabi Akram, Tabriz, Iran

Email: hadiakbarinejad@yahoo.com

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

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با درمان راه حل محور کوتاه مدت بر خودکارآمدی درد و تاب آوری دانش آموزان دختر مبتلا به سردرد مزمن

هادی اسمخانی اکبری نژاد*^۱، ماهک نقی زاده علمداری^۲

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

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱/۲۶

تاریخ بازبینی:

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۱/۱۹

چکیده

زمینه و هدف: هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با درمان راه حل محور کوتاه مدت بر خودکارآمدی درد و تاب آوری دانش آموزان دختر مبتلا به سردرد مزمن بود.

مواد و روش ها: روش پژوهش، نیمه تجربی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را دانش آموزان دختر مبتلا به سردرد مزمن دوره متوسطه دوم مدارس شهر تبریز در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ تشکیل دادند. ۳۰ نفر با استفاده از روش نمونه گیری هدفمند انتخاب، و به صورت تصادفی در سه گروه قرار گرفتند. گروه های آزمایشی، درمان مختص گروه خود را به ترتیب در ۸ و ۶ جلسه دریافت کردند. تجزیه و تحلیل یافته ها از طریق آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی انجام گرفت.

یافته ها: در پیش آزمون، میانگین و انحراف معیار درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای خودکارآمدی درد ($29/10 \pm 4/72$) و برای تاب آوری ($43/20 \pm 5/05$)، در درمان راه حل محور کوتاه مدت برای خودکارآمدی درد ($27/60 \pm 4/76$) و برای تاب آوری ($42/30 \pm 4/39$)، و در گروه کنترل برای خودکارآمدی درد ($29/00 \pm 4/47$) و برای تاب آوری ($42/40 \pm 5/66$) بود. هر دو درمان در مقایسه با گروه کنترل، خودکارآمدی درد و تاب آوری بیماران را در پس آزمون افزایش دادند ($p < 0/001$). در مرحله پیگیری، اثر این دو درمان بر خودکارآمدی درد و تاب آوری ماندگار بود ($p < 0/001$). تأثیر این دو درمان بر خودکارآمدی درد و تاب آوری در مراحل پس آزمون و پیگیری یکسان بود ($p > 0/05$). نتیجه گیری: این دو درمان ممکن است با کاهش فاجعه آمیز کردن سردرد و در نتیجه کاهش اضطراب و ترس مرتبط با درد، در کاهش شدت سردرد و از این رو در افزایش خودکارآمدی درد و تاب آوری دانش آموزان دختر مبتلا به سردرد مزمن موثر باشند و می توانند راهبرد پیشگیرانه مفیدی تلقی شوند.

واژه های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان راه حل محور کوتاه مدت، خودکارآمدی درد، تاب آوری، سردرد مزمن

درمانی می شود سردرد (headache) است^(۱). سردرد

تنشی (chronic) یک از شایع ترین نوع سردردهاست^(۲)

که در دوران کودکی و نوجوانی نیز شیوع زیادی

مقدمه

یکی از شکایتهایی که باعث مراجعه افراد به مراکز

نویسنده مسئول: هادی اسمخانی اکبری نژاد. نشانی: تبریز، موسسه آموزش عالی نبی اکرم (ص)، دانشکده علوم انسانی، گروه روان شناسی

پست الکترونیک: Hadiakbarinejhad@yahoo.com

می‌یابد؛ ولی افراد بیمار به دلیل 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 قابل توجهی در نظر 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، مبنای لازم را برای مفهوم‌سازی سردرد به‌عنوان یک اختلال روانی فیزیولوژیکی (اختلال جسمانی که از استرس‌های روانی 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).

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 فزاینده 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 تنش‌زا است^(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

نمونه‌گیری (سال ۱۳۹۸) توسط مربیان بهداشت مدارس شناسایی شده (با توجه به اطلاعات مندرج در پرونده سلامت دانش‌آموزان) و به اداره آموزش و پرورش 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 به شرکت 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 مشاوره 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 $\lambda = ۱۶/۲۰۹$ ؛ Denominator $DF = ۲۴$ ؛ Numerator $DF = ۲$ ؛ Critical $F = ۳/۰۱۱$ ؛ Pillai $V = ۰/۲۳$ ؛ Actual power = ۰/۸۲. 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.

این درمان بر مدیریت درد^(۱۷) و تاب‌آوری^(۱۹) افراد مبتلا به سردرد مزمن؛ و خودکارآمدی درد افراد مبتلا به درد مزمن^(۲۰) موثر است.

درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت اعتقاد دارد که واقعیات از نظر اجتماعی ساخته می‌شوند و به‌جای این که 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 نمایند^(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 این حال، 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 سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ بود که در زمان

کل ابزار با روش آلفای کرونباخ $0/82$ 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 $0/87$ 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 (۲ ماه، 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)، 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 بونفرونی استفاده شد. در این پژوهش سطح معنی‌داری $0/05$ در نظر گرفته شد.

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^(۳۶). برای بررسی اعتبار پرسشنامه، اصغری‌مقدم و همکاران ضرایب بازآزمایی پرسشنامه را با فاصله زمانی ۹ روز ($P=0/001$) گزارش کرده‌اند. ضرایب اعتبار آزمون را با استفاده از روش‌های آلفای کرونباخ، روش تنصیف و روش بازآزمایی به‌ترتیب $0/78$ ، $0/77$ و $0/81$ به‌دست آوردند که بیانگر پایایی مطلوب و رضایت بخش آزمون است^(۳۶). جولایی‌ها در پژوهش خود آلفای کرونباخ این پرسشنامه را $0/92$ به‌دست آورده است^(۳۶). آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حقیقت و همکاران^(۳۷) $0/89$ به‌دست آمده است.

مقیاس تاب‌آوری Davidson & Connor: Davidson & Connor^(۳۸) با مرور منابع پژوهشی ۱۹۷۹-۱۹۹۷ در حوزه تاب‌آوری، این مقیاس را طراحی کرده‌اند. این مقیاس ۲۵ گویه دارد که در یک دامنه لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا چهار (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود^(۳۸). حداقل نمره تاب‌آوری آزمودنی در این مقیاس صفر و حداکثر ۱۰۰ است^(۳۸). 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 $0/98$ و پایایی

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

جلسه	محتوا
اول	برقراری رابطه درمانی، آشنا کردن افراد با موضوع پژوهش، پاسخ به پرسشنامه‌ها و بستن قرارداد درمانی
دوم	کشف و بررسی روش‌های درمانی بیمار، ارزیابی میزان تأثیر آن‌ها، بحث درباره موقتی و کم‌اثر بودن درمان‌ها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخوردها و ارائه تکالیف
سوم	کمک به مراجع برای تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل و پی بردن به بی‌هودگی آن‌ها، پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آن‌ها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه تکالیف
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 سه‌بعدی به‌منظور بیان ارتباط مشترک رفتار/احساسات، کارکردهای روان‌شناختی و رفتار قابل مشاهده و بحث درباره تلاش برای تغییر رفتار بر اساس آن، دریافت بازخورد و ارائه تکالیف
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 توانمند کردن 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؟

نتایج

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.

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

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 $p < ۰/۰۵$

(۰/۴۱۹) معنی‌دار نیست، لذا می‌توان کرویت ماتریس واریانس-کواریانس 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

در بررسی پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر، آزمون شاپیرو ویلک نشان داد پیش‌فرض نرمال بودن توزیع متغیرهای مورد مطالعه در نمونه مورد مطالعه محقق شده است، چرا که مقادیر Z محاسبه‌شده در سطح ($p < ۰/۰۵$) معنی‌دار نیست. در آزمون ام‌باکس، چون F متغیرهای خودکارآمدی درد ($F = ۲/۵۴$) و تاب‌آوری ($F = ۲/۳۳$) به ترتیب در سطح ($۰/۴۲۲$ و $۰/۳۴۱$) معنادار نبودند، بنابراین می‌توان گفت که مفروضه همسانی ماتریس واریانس-کواریانس 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

به طوری که هم در پس آزمون و هم پیگیری، نمرات خودکارآمدی درد و تاب آوری گروه‌های آزمایشی بیش‌تر از نمره گروه کنترل است، ولی نمره خودکارآمدی درد و تاب آوری 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 تاب آوری برتری نسبت به هم ندارند.

آمیخته نشان داد اختلاف میانگین نمره خودکارآمدی درد و تاب آوری گروه‌های درمانی با گروه کنترل معنی‌دار می‌باشد ($P < 0/001$)؛ نتایج مقایسه‌های زوجی برای مرحله پیگیری نیز نشان داد اختلاف میانگین نمرات خودکارآمدی درد و تاب آوری در گروه‌های درمانی با گروه کنترل معنی‌دار می‌باشد ($P < 0/001$). آزمون تعقیبی بونفرونی نشان داد معنی‌داری تغییرات بین گروهی به دلیل تفاوت تغییرات گروه‌های درمانی با گروه کنترل است؛

جدول ۴: میانگین و انحراف معیار متغیرهای خودکارآمدی درد و تاب آوری 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 سطح تغییرات بین گروهی	سطح معنی‌داری سطح تغییرات داخل گروهی
خودکارآمدی درد	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۲۹/۱۰ ± ۴/۷۲	۳۷/۴۰ ± ۴/۸۳	۳۷/۶۰ ± ۴/۸۳	$P < 0/001$ *	-
	درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت	۲۷/۶۰ ± ۴/۷۶	۳۶/۱۰ ± ۴/۸۸	۳۶/۱۰ ± ۴/۸۸	$P < 0/001$ *	$P < 0/001$ *
	کنترل	۲۹/۰۰ ± ۴/۴۷	۲۸/۷۰ ± ۴/۶۶	۲۸/۷۰ ± ۴/۶۶	$P > 0/8$	-
	سطح معنی‌داری در هر مقطع اندازه‌گیری بین گروه‌ها	$p > 0/726$	$p < 0/001$ *	$p < 0/001$ *	-	-
تاب آوری	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۴۳/۲۰ ± ۵/۰۵	۵۷/۲۰ ± ۶/۲۶	۵۶/۹۰ ± ۶/۱۰	$P < 0/001$ *	-
	درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت	۴۲/۳۰ ± ۴/۳۹	۵۸/۷۰ ± ۴/۶۴	۵۸/۸۰ ± ۴/۸۴	$P < 0/001$ *	$P < 0/001$ *
	کنترل	۴۲/۴۰ ± ۵/۶۶	۴۱/۷۰ ± ۵/۵۱	۴۱/۷۰ ± ۵/۶۷	$P > 0/8$	-
	سطح معنی‌داری در هر مقطع اندازه‌گیری بین گروه‌ها	$p > 0/910$	$p < 0/001$ *	$p < 0/001$ *	-	-

آزمون: تحلیل واریانس آمیخته، # اختلاف معنی‌دار $p < 0/05$

وجود دارد. به عبارتی 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. به عبارتی بین زمان و مداخله تعامل وجود دارد.

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

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	۱/۲۹	۲/۰۰	۲۶/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۸۰
	زمان*مداخله	اثر پیلایی	۱۲/۴۳	۴/۰۰	۵۴/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۴۷
تاب‌آوری	زمان	اثر پیلایی	۵۰/۴۷	۲/۰۰	۲۶/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۷۹
	زمان*مداخله	اثر پیلایی	۸/۵۸	۴/۰۰	۵۴/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۳۸

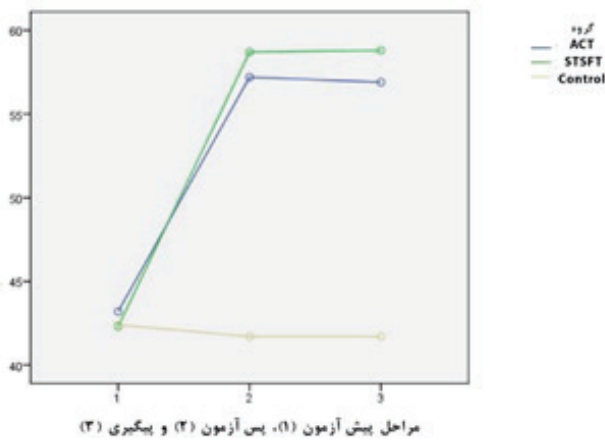
جهت مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت بر خودکارآمدی درد و تاب‌آوری دانش‌آموزان دختر مبتلا به سردرد مزمن از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. نتایج نشان داد که تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت بر خودکارآمدی درد و تاب‌آوری در مراحل پس‌آزمون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

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

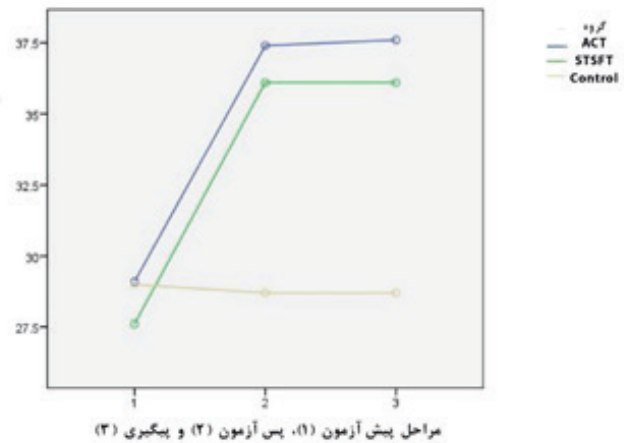
متغیر وابسته	گروه ۱	گروه ۲	تفاوت میانگین	انحراف استاندارد	سطح معنی‌داری
(پیش‌آزمون)	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت	۱/۵۰	۲/۰۸	۱/۰۰۰
	کنترل	کنترل	۰/۱۰		۱/۰۰۰
	درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۱/۵۰	۲/۰۸	۱/۰۰۰
	کنترل	کنترل	-۱/۴۰		۱/۰۰۰
	کنترل	درمان مبتنی بر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

متغیر وابسته	گروه ۱	گروه ۲	تفاوت میانگین	انحراف استاندارد	سطح معنی داری
(پیش آزمون)	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	درمان راه حل محور کوتاه مدت	۰/۹۰	۲/۲۶	۱/۰۰۰
	کنترل	کنترل	۰/۸۰		۱/۰۰۰
	درمان راه حل محور کوتاه مدت	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۰/۹۰	۲/۲۶	۱/۰۰۰
	کنترل	کنترل	-۰/۱۰		۱/۰۰۰
	کنترل	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۰/۸۰	۲/۲۶	۱/۰۰۰
	درمان راه حل محور کوتاه مدت	درمان راه حل محور کوتاه مدت	۰/۱۰		۱/۰۰۰
(پس آزمون)	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	درمان راه حل محور کوتاه مدت	-۱/۵۰	۲/۴۶	۱/۰۰۰
	کنترل	کنترل	۱۵/۵۰		۰/۰۰۱
	درمان راه حل محور کوتاه مدت	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۱/۵۰	۲/۴۶	۱/۰۰۰
	کنترل	کنترل	۱۷/۰۰		۰/۰۰۱
	کنترل	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۱۵/۵۰	۲/۴۶	۰/۰۰۱
	درمان راه حل محور کوتاه مدت	درمان راه حل محور کوتاه مدت	-۱۷/۰۰		۰/۰۰۱
(پیگیری)	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	درمان راه حل محور کوتاه مدت	-۱/۹۰	۲/۴۸	۱/۰۰۰
	کنترل	کنترل	۱۵/۲۰		۰/۰۰۱
	درمان راه حل محور کوتاه مدت	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۱/۹۰	۲/۴۸	۱/۰۰۰
	کنترل	کنترل	۱۷/۱۰		۰/۰۰۱
	کنترل	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۱۵/۲۰	۲/۴۸	۰/۰۰۱
	درمان راه حل محور کوتاه مدت	درمان راه حل محور کوتاه مدت	-۱۷/۱۰		۰/۰۰۱

میانگین نمره متغیر تاب آوری



میانگین نمره متغیر خودکارآمدی درد



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

بحث

درباره اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هم می‌توان نتیجه گرفت که این درمان بر خودکارآمدی درد و تاب آوری دانش‌آموزان دختر مبتلا به سردرد مزمن اثربخش است. Azizi, McCracken & Vowles^(۱۷) و همکاران^(۱۹)، و Kiani و همکاران^(۲۰) نشان دادند که این درمان بر مدیریت درد، تاب آوری 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

هدف از پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت بر خودکارآمدی درد و تاب آوری 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 تاب آوری دانش‌آموزان دختر مبتلا به سردرد مزمن تأثیر دارند، و تأثیر این دو درمان بر خودکارآمدی درد و تاب آوری 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 تاب آوری 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 تاب آوری ارتقاء یافتند و تأثیرات ناشی از حضور در گروه‌های آزمایشی با نزدیک شدن به پایان مداخله بر روی نمرات خودکارآمدی درد و تاب آوری افراد در هر دو گروه آزمایشی مثبت بود.

در قالب درمان‌های جامعه‌مدار با ایجاد سازگاری نسبی، می‌تواند با موفقیت در مراحل اولیه درمان به‌منظور پیشگیری از پریشانی هیجانی و درد و افزایش خودکارآمدی درد نیز به‌کار رود؛ همانطور که در روند اجراء درمان، با رضایت و پذیرش مراجعان از این درمان مواجه شدیم. به‌نظر می‌رسد یک وجه مشترک مهم بین تعریف تاب‌آوری و اهداف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد وجود دارد. در تاب‌آوری، فرد با وجود عوامل استرس‌زا و مصیبت‌ها و مشکلات، به‌زیستی روان‌شناختی و عملکرد خود را حفظ می‌کند، و حتی فرد با وجود سطح بالای درد، مشکلات هیجانی و اختلال، عملکرد خوبی دارد و این در حالی است که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز، این هدف دنبال می‌شود که فرد با وجود آگاهی از تجربیات درونی منفی خود همچون درد، اقدام برای اجتناب یا کنترل درد را رها می‌کند و به‌رفتارهایی که در راستای اهداف و ارزش‌های اوست، می‌پردازد^(۳۳). بنابراین به‌نظر می‌رسد با دنبال کردن فرآیندهای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که از مهم‌ترین آن‌ها پذیرش و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است، می‌توان به اهداف تاب‌آوری دست یافت. اجتناب از درد که بنابر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد معادل اجتناب تجربه‌ای است به‌واسطه نقش مهمی که در آسیب‌شناسی روانی دارد، تاب‌آوری افراد را در مقابل درد مزمن کاهش می‌دهد. در واقع اجتناب از درد با ایجاد رفتارهای انعطاف‌ناپذیر و غیرموثر مانع تجربه مستقیم درد (اجتناب تجربه‌ای) و در نهایت مختل شدن عملکرد فرد می‌شود. در صورتی که در تاب‌آوری فرد با وجود درد و هیجانات منفی، باز هم عملکرد موثر خود را حفظ می‌کند. بنابراین با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به‌کمک فرآیند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اجتناب از درد و رفتارهای غیرموثر خنثی می‌شود، عملکرد فرد مختل نمی‌شود و در واقع تاب‌آوری فرد در مقابل درد افزایش می‌یابد. همچنین در دیدگاه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اجتناب تجربه‌ای از رویدادهای درونی به‌واسطه آمیختگی شناختی ایجاد

دردناک بر کارکردهای هیجانی، همچنین پیش‌بینی کارکردهای فرد در آینده می‌باشد^(۱۸). اصلی‌ترین سازه نظری در پذیرش، مبتنی بر درمان‌های رفتاری از قبیل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است، که به‌معنای توانایی برای انجام عمل مؤثر در راستای ارزش‌های فردی علی‌رغم حضور درد است^(۱۷). اجتناب از درد که بنابر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد معادل اجتناب تجربه‌ای است به‌واسطه نقش مهمی که در آسیب‌شناسی روانی دارد، تاب‌آوری افراد را در مقابل درد مزمن کاهش می‌دهد. در واقع اجتناب از درد با ایجاد رفتارهای انعطاف‌ناپذیر و غیرموثر مانع تجربه مستقیم درد (اجتناب تجربه‌ای) و در نهایت مختل شدن عملکرد فرد می‌شود. در صورتی که در تاب‌آوری فرد با وجود درد و هیجانات منفی، باز هم عملکرد موثر خود را حفظ می‌کند. بنابراین با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به‌کمک فرآیند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اجتناب از درد و رفتارهای غیرموثر خنثی می‌شود، عملکرد فرد مختل نمی‌شود^(۱۸) و در واقع تاب‌آوری فرد در مقابل درد افزایش می‌یابد. همچنین در دیدگاه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اجتناب تجربه‌ای از رویدادهای درونی به‌واسطه آمیختگی شناختی ایجاد می‌شود و فرد به‌دلیل این که فکر یک رویداد را با اتفاق واقعی رویداد یکی می‌کند، دست به رفتارهایی برای جلوگیری از آن اتفاق می‌زند^(۱۹). وجود آگاهی از فرآیندهای شناختی و افکار اضطراب‌زا و هیجان‌زا سبب می‌شود که فرد قدرت کافی برای ناکارآمد دانستن آن‌ها را به‌دست آورد؛ این فرآیند سبب می‌شود که دیگر بیمار از این افکار دچار اضطراب نشود. این نکته زمانی بیش‌تر مهم جلوه می‌کند که بدانیم افزایش پریشانی هیجانی و درد و کاهش تحمل پریشانی هیجانی و خودکارآمدی درد با بالا رفتن اضطراب ظهور می‌یابند. مسلماً وقتی با آگاهی از افکار، اضطراب کاهش یابد به همان نسبت نیز عواطف منفی کاهش و تحمل پریشانی هیجانی و خودکارآمدی درد افزایش می‌یابند. بنابراین، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد،

نداده و یا کم‌تر مسأله‌ساز بوده، هشیار کند. یکی از راه‌ها برای مشخص کردن این که 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 مشکل 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: چه کاری 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 برطرف کردن مشکلات و دستیابی به راه‌حل‌های مناسب است^(۳۴). در مجموع 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 نمایان کردن نقاط قوت و موفقیت‌های آنان تمرکز مراجعان را از مشکل و ضعف‌های ناشی از آن به سمت 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

می‌شود و فرد به‌دلیل این که فکر یک رویداد را با اتفاق واقعی رویداد یکی می‌کند، دست به رفتارهایی 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^(۳۲)، Mirhashemi و NajaFi^(۳۳) و Nasirnejhad و همکاران^(۳۴) نشان دادند که این درمان بر خودکارآمدی و تاب‌آوری افراد مبتلا به درد مرمی 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، به تدریج، توانمندی آن‌ها را برای مقابله با مشکلات بالا می‌برد و با ایجاد شرایط و سوالات معجزه‌آسا، آن‌ها را به متفاوت عمل کردن 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 ببیند^(۳۱). در جریان هر گفت‌وگویی، درمانگر قصد دارد مراجع را نسبت به یادآوری خودانگیخته مواقعی که مشکل، به‌هر دلیلی، رخ

استفاده می‌کنند^(۳۵).

این پژوهش نشان داد که تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت بر خودکارآمدی درد و تاب‌آوری دانش‌آموزان دختر مبتلا به سردرد مزمن متفاوت از هم نیست. هیچ پژوهشی اثربخشی این دو درمان را بر خودکارآمدی درد و تاب‌آوری بیماران مبتلا به سردرد مزمن مقایسه نکرده است. درباره عدم تفاوت تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت بر خودکارآمدی درد و تاب‌آوری بیماران مبتلا به سردرد مزمن می‌توان بیان نمود که دختران مبتلا به سردرد مزمن علاوه بر تحمل پریشانی و عدم پذیرش شرایط برآمده از بیماری‌شان، درگیر عدم ایجاد راه‌حل‌های مناسب می‌شوند که این عوامل سبب بروز مشکلات روان‌شناختی زیادی در آن‌ها می‌شود که یکی از آن‌ها کاهش خودکارآمدی درد و تاب‌آوری است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با کمک به بیماران مبتلا به سردرد مزمن به آن‌ها کمک کرده تا بیماری و شرایط برآمده از آن را آگاهانه بپذیرند و در قبال آن‌ها، اعمال متعهدانه‌ای داشته باشند تا به معنای جدیدی نسبت به وضعیت و بیماری خود برسند. رویکرد راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت نیز به بیماران کمک می‌کند تا به‌درستی خطرات و موانع و بحران‌های زندگی خود را شناسایی کنند و به آن‌ها یک بینش بسیار مناسب از توانمندی‌ها و منابع حمایتی ارائه می‌دهد. در این درمان به بیماران کمک می‌شود تا برای تصمیم‌گیری مناسب با دسترسی به دانش و مهارت‌های لازم توانمندی‌های لازم را داشته باشند. انجام این تکالیف باعث افزایش خودکارآمدی درد و تاب‌آوری در آن‌ها شده است. بنابراین، هر دوی این رویکردها در بهبود خودکارآمدی درد و تاب‌آوری بیماران مبتلا به سردرد مزمن به‌صورت برابر اثربخش بوده‌اند اما هر کدام با روش‌های منحصر به فرد خود.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج پژوهش می‌توان گفت که درمان مبتنی

روانی در شرایط بهتری قرار می‌گیرند و به این ترتیب امید به بهبودی و تلاش برای انجام فعالیت‌های مفید در مراجعان قوت می‌یابد. لازم به ذکر است که درمان حاضر توانست اثرات درمانی خود را در راستای بهبودی و ارتقاء خودکارآمدی درد در مرحله پیگیری حفظ کند. این موضوع می‌تواند ناشی از این باشد که حضور بیماران در یک گروه درمانی متشکل از هم‌تایان و درمانگر منجر به درک بهبودی در خودکارآمدی درد شده باشد که با اتمام درمان خودکارآمدی درد در سطح بهبودی مانده است^(۳۳). رویکرد راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت به بیماران کمک می‌کند تا به‌درستی خطرات و موانع و بحران‌های زندگی خود را شناسایی کنند و به آن‌ها یک بینش بسیار مناسب از توانمندی‌ها و منابع حمایتی ارائه می‌دهد^(۳۴). درمان راه‌حل‌مدار مبتنی بر یک فعالیت مشترک بین درمانگر و مراجعان برای یافتن و تمرکز بر راه‌حل‌های مواجهه با مشکلات و بحران‌هاست و نه تمرکز بر خود این بحران‌ها. دشاژ رویکرد راه‌حل‌مدار را به‌عنوان رویکردی معرفی می‌کند که بر موفقیت‌ها و توانمندی‌های مراجع تأکید می‌کند و مراجعان را به‌عنوان کارشناسان زندگی خود در نظر می‌گیرند و معتقدند که اکثر مشکلات و بحران‌ها راه‌حلی دارند که قابلیت شناسایی و کشف آن‌ها وجود دارد. در واقع رویکرد راه‌حل‌مدار به بیماران کمک می‌کند تا برای تصمیم‌گیری مناسب با دسترسی به دانش و مهارت‌های لازم توانمندی‌های لازم را داشته باشند^(۳۲). از آن‌جا که یکی از ابعاد تاب‌آوری به‌عوامل محافظتی اختصاص دارد و عواملی همچون توانایی‌های حل‌مسأله، احساس خودکارآمدی، تطابق‌پذیری، جهت‌گیری مبتنی بر هدف، امید و خوش‌بینی به‌عنوان اجزای تاب‌آوری را شامل شده و به‌شکل محافظی در برابر استرس‌ها و بحران‌ها عمل می‌کنند، لذا با توجه به فلسفه حاکم بر این مداخله به‌نظر می‌رسد که مداخله راه‌حل‌مدار با ویژگی‌های عملیاتی خود توانسته در افزایش این مولفه‌ها و به‌طور کلی تاب‌آوری بیماران مبتلا به سردرد مزمن موثر باشد، به این دلیل که درمانگران از نقاط قوت مراجعان و منابع، کلمات و عقاید آن‌ها

بر پذیرش و تعهد و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت، با کاربرد فنون و روش‌های خاص خود، احتمالاً سبب پذیرش بیماری و مواجهه آگاهانه با درد ناشی از سردرد شده، و در نتیجه مقابله بهتر با بیماری و افزایش خودکارآمدی درد و تاب‌آوری بیماران مبتلا به سردرد مزمن را موجب شده است. با توجه به نقش مهم دانش‌آموزان دختر در خانواده و جامعه، و از طرفی لزوم توجه به سلامت جسمانی و روان‌شناختی آن‌ها پیشنهاد می‌شود که در کلینیک‌های روان‌شناسی بیمارستان‌ها و کلینیک‌های دولتی و خصوصی، از این درمان‌ها به‌صورت فردی و گروهی در زمینه افزایش خودکارآمدی درد و تاب‌آوری دختران بیماران مبتلا به سردرد مزمن استفاده شود.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

سهم نویسندگان

امور مربوط به نگارش مقاله، تجزیه و تحلیل داده‌ها و اصلاحات مقاله بر عهده هادی اسمخانی اکبری نژاد بود؛ و ماهک نقی‌زاده علمداری گردآوری داده‌ها و شناسایی نمونه‌ها را بر عهده داشت و پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را اجرا کرد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر تقدیر و تشکر نمایند.

References

- Steiner TG, Stovner LJ, Birbeck GL. Migraine: the seventh disabler. *J Headache Pain* 2013; 14(1): 1.
- Bendtsen L. Sensitization: Its role in primary headache. *Curr Opin Investig Drugs* 2002; 3(3): 449.
- 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].
- Chowdhury D. Tension type headache. *AIAN* 2012; 15(1): 83-88.
- International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facialpain. *Cephalalgia* 2018; 24: 1-151.
- Aminoff M, Greenberg D, Simon R, Roger P, David A, Michael J. *Clinical Neurology*. 9th. New York: McGraw Hill. 2015; 85-92.
- Evans RW. Diagnostic testing for migraine and other primary headaches. *Neurol Clin* 2019; 37(4): 707-25.
- 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.
- 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.
- Nicholas MK. The pain self-efficacy questionnaire: Taking pain into account. *EJP* 2007; 11(2): 153-63.
- Pecukonis EV. Physical self-efficacy and alexithymia in women with chronic intractable back pain. *PMN* 2009; 10(3): 116-23.
- 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].
- 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.
- Pinquart M. Moderating effect of dispositional resilience on association between hassles and psychological distress. *JADP* 2009; 30: 1-8.
- 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.
- McMahon S, Koltzenburg M, Tracey I, Turk D. *Wall & Melzack's Textbook of Pain*. Elsevier: Churchill: Livingstone; 2013: 121.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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].
- Kim H. (dissertation). *Client growth and alliance development in solution-focused brief family therapy*. New York: Buffalo; 2006: 44-5.

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 anger perception on chronic pain adjustment. Tehran: Shahed University; 2006. [in Persian].
27. Haghigat 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 Persian 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.