Journal of Anesthesiology and Pain Winter 2024, Vol 15, No 2



Effectiveness of Emotion-focused Therapy on Life Satisfaction and Intensity of Pain Experience of Women with Chronic Headaches

Vahideh Zijah[1], Khadijeh Mehdizadeh Khalaj[1], Maryam Pourjafar[2], Hadi Smkhani Akbarinejhad[3*]

1. *MA Student in Family Counseling, Islamic Azad University, Shabestar, Iran*
2. *MA in clinical psychology, Islamic Azad University of Medical Sciences, Tabriz, Iran*
3. *Department of Psychology, University College of Nabi Akram, Tabriz, Iran*

ABSTRACT

Aim and background: The aim of this study was to determine the effectiveness of emotion-focused therapy on life satisfaction & intensity of pain experience of patients with epilepsy.

Material and Methods: This study was semi-experimental with a pretest-posttest & follow-up control group design. The statistical population of the research consisted of all women suffering from chronic headache in Tabriz city in 2023. 30 people have been placed randomly into two experimental and control groups (15 people each) by following the criteria for entering and leaving the research and using the purposeful sampling method. The members of the experimental group received emotion-focused therapy in 8 sessions of 1.5 hours; but the control group did not receive any treatment. Analysis of findings through repeated measures analysis of variance test.

Results: In the pretest, mean and standard deviation of the emotion-focused therapy for life satisfaction (135.00±6.16) and for intensity of pain experience (8.93±1.03), and in the control group for life satisfaction (133.73±6.94) and for intensity of pain experience (8.20±0.94) (P>0.05). Emotion-focused therapy, compared to the control group, the life satisfaction (141.60±5.80) and intensity of pain experience (5.87±1.76)in women with chronic headaches increased and decreased respectively in the post-test (p<0.001). In the follow-up phase, the effect of treatment on the life satisfaction and intensity of pain experience was lasting (p<0.001).

Conclusion: Based on the findings of this research, it can be concluded that emotion-focused therapy has increased life satisfaction and reduced the intensity of pain experience of women with chronic headaches.

Keywords: Emotion-focused Therapy, Life Satisfaction of Patients, Intensity of Pain Experience, women with chronic headaches

Please cite this paper as:
Zijah V, Mehdizadeh Khalaj KH, Pourjafar M, Smkhani Akbarinejhad H [Effectiveness of Emotion-focused Therapy on Life Satisfaction and Intensity of Pain Experience of Women with Chronic Headaches (Persian)]. J Anesth Pain 2024;16(2): 84-94.

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 2026-11-15]

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۱۵، شماره ۲، تابستان ۱۴۰۳

اثربخشـی درمان هیجان‌مدار بر رضایت از زندگی و شدت تجربه درد زنان مبتلا به سردرد مزمن

وحیده ذیجاه[۱]، خدیجه مهدی‌زاده خلج[۱]، مریم پورجعفر[۲]، هادی اسمخانی اکبری‌نژاد[۳*]

۱. کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه آزاد اسلامی، شبستر، ایران
۲. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی، تبریز، ایران
۳. گروه روان‌شناسی، موسسه آموزش عالی نبی اکرم (ص)، تبریز، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۵/۲ تاریخ بازبینی: ... تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۵/۱۵

چکیده

زمینـه و هـدف: هـدف پژوهـش حاضـر تعییـن اثربخشـی درمـان هیجان‌مـدار بـر رضایـت از زندگـی و شـدت تجربـه درد زنـان مبتـلا بـه سـردرد مزمـن بـود.

مـواد و روش‌هـا: روش پژوهـش حاضـر نیمه‌آزمایشـی بـا طـرح پیش‌آزمـون- پس‌آزمـون و پیگیـری بـا گـروه کنتـرل بـود. جامعـه آمـاری پژوهـش را کلیـه زنـان مبتـلا بـه سـردرد مزمـن شـهر تبریـز در سـال ۱۴۰۱ تشـکیل داد. ۳۰ نفـر بـا رعایـت ملاک‌هـای ورود و خـروج بـه پژوهـش و بـا اسـتفاده از روش نمونه‌گیـری هدفمنـد انتخـاب، و به‌صـورت تصادفـی در دو گـروه آزمایـش و کنتـرل (هـر کـدام ۱۵ نفـر) قـرار گرفتنـد. اعضـای گـروه آزمایـش، در ۸ جلسـه ۱/۵ سـاعته درمـان هیجان‌مـدار را دریافـت کردنـد؛ ولـی گـروه کنتـرل هیـچ درمانـی را دریافـت نکردنـد. داده‌هـا توسـط آزمـون تحلیـل واریانـس آمیختـه بـا اندازه‌گیـری مکـرر تجزیـه و تحلیـل شـدند.

نتایـج: در پیش‌آزمـون، میانگیـن و انحـراف معیـار درمـان هیجان‌مـدار بـرای رضایـت از زندگـی (۶/۱۶±۱۳۵/۰۰) و بـرای شـدت تجربـه درد (۱/۰۳±۸/۹۳)، و در گـروه کنتـرل بـرای رضایـت از زندگـی (۶/۹۴±۱۳۳/۷۳) و بـرای شـدت تجربـه درد (۰/۹۴±۸/۲۰) بـود. درمـان هیجان‌مـدار در مقایسـه بـا گـروه کنتـرل، رضایـت از زندگـی (۵/۸۰±۱۴۱/۶۰) و شـدت تجربـه درد (۱/۷۶±۵/۸۷) زنـان مبتـلا بـه سـردرد مزمـن را در پس‌آزمـون به‌ترتیـب افزایـش و کاهـش داد (p<۰/۰۰۱). در مرحلـه پیگیـری، اثـر درمـان بـر رضایـت از زندگـی و شـدت تجربـه درد مانـدگار بـود (p<۰/۰۰۱).

نتیجه‌گیـری: براسـاس یافته‌هـای ایـن پژوهـش می‌تـوان نتیجـه گرفـت کـه درمـان هیجان‌مـدار موجـب افزایـش رضایـت از زندگـی و کاهـش شـدت تجربـه درد زنـان مبتـلا بـه سـردرد مزمـن شـده اسـت.

واژه‌های کلیدی: درمان هیجان‌مدار، رضایت از زندگی، شدت تجربه درد، سردرد مزمن

نویسـنده مسـئول: هادی اسمخانی اکبری‌نژاد، گروه روان‌شناسی، موسسه آموزش عالی نبی اکرم (ص)، تبریز، ایران

پست الکترونیک: Hadiakbarinejhad@yahoo.com

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-15]

مقدمه

یکی از شایع‌ترین نوع سردردها، سردرد تنشی (chronic) است[۱]. این سردرد از نوع تکرارشونده است که از چند دقیقه تا چند هفته طول می‌کشند، و در آن، نوع درد معمولاً فشاردهنده و سفت‌شونده با شدت ضعف تا متوسط و دوطرفه است و با فعالیت‌های معمول جسمانی تشدید نمی‌شود[۲]. سردرد تنشی به دو نوع دوره‌ای (periodic) و مزمن تقسیم‌بندی شده است[۳]. سردرد مزمن با محدودکردن فعالیت‌های روزمره زندگی، اختلال در روابط خانوادگی، اجتماعی و ایجاد فشارهای اقتصادی، کیفیت زندگی (quality of life) را به‌شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد[۴]. این امر نهایتاً سبب تضعیف روحیه فرد، ترس، استرس، احساس ناامیدی، درماندگی، افسردگی و کاهش تاب‌آوری[۵]، کاهش رضایت از زندگی (life satisfaction)[۶]، و افزایش شدت تجربه درد (intensity of pain experience) در بیماران مبتلا به سردرد مزمن می‌شود[۷].

رضایت از زندگی یک از شاخصی مهم و تعیین‌کننده در میزان سلامتی افراد است[۸]. بررسی رضایت از زندگی در نظام‌های مراقبت بهداشتی از این جنبه مهم است که این مفهوم در تعامل کامل با سلامتی است و ارتباط معناداری بین سلامت جسم و روان و رضایت از زندگی وجود دارد[۹]. رضایت از زندگی به‌عنوان یکی از متغیرهای مهم متأثر از بیماری‌های مزمن ناظر بر ادراک رضایت فردی از موقعیت زندگی خود در زمینه فرهنگ و نظام‌های ارزشی است، که فرد در آن زندگی می‌کند و در رابطه با هداف، انتظارات، معیارها و دل‌مشغولی‌های انتخابی فرد است[۱۰]. از این مفهوم چنین برمی‌آید که رضایت‌مندی از زندگی مهم‌ترین مولفه بهزیستی روان‌شناختی و ذهنی است که مربوط به ارزیابی کیفیت زندگی بر اساس ملاک‌های فردی می‌باشد، یعنی رضایت‌مندی بالا از زندگی حالتی است که شرایط ادراک‌شده توسط فرد با هنجارهای تعیین‌شده از طرف خود مطابقت دارد[۱۱].

تجربه درد یکی از شایع‌ترین رویدادهایی است که افراد را وادار به درخواست کمک از نظام‌های مراقبتی، بهداشتی و درمانی می‌کند، و نه‌تنها با تنیدگی و ناراحتی ایجادشده توسط درد، بلکه به‌واسطه پیامدهای تنیدگی‌زای دیگری که برای فرد دردمند دارد، از جمله هزینه‌های درمانی و پیامدهای خانوادگی و شغلی، جنبه‌های مختلف زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد[۱۲]. درد تجربه حسی یا هیجانی ناخوشایندی است که با آسیب واقعی یا بالقوه مرتبط است و دارای دو بعد حسی و عاطفی می‌باشد. بعد حسی درد به‌شدت درد اشاره دارد و بعد عاطفی آن به‌میزان ناخشنودی که یک فرد تجربه می‌کند، اطلاق می‌شود. سردرد مزمن از جمله مشکلاتی است که در آن میزان درد تجربه‌شده توسط بیمار شدیداً آزاردهنده است[۱۳].

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[۱۴]. اکثر مبتلایان به سردردهای مزمن، علی‌رغم مداخلات دارویی همچنان درد را تجربه می‌کنند، و اگر سازش با سردردشان نباشند، کیفیت و رضایت از 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[۱۵]. از این‌رو، توجه به مداخلات روان‌شناختی و رفتاری نظیر مشاوره و روان‌درمانی در حل مشکلات بیماران مبتلا به سردرد مزمن مهم می‌نماید؛ که درمان هیجان‌مدار (emotion-focused therapy) از آن جمله است.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-15]

این درمان هیجان را به‌عنوان اساس و پایه تجربه در ارتباط با کارکردهای انطباقی و غیرانطباقی می‌داند[۱۶]. درمان هیجان‌مدار شامل روش‌های مبتنی بر فعال‌کردن هیجان قوی اولیه‌ای است که در یک زمینه ارتباطی همدلانه برقرار می‌شود. این درمان، همچنین اساساً ساختاری روانی و تعیین‌کننده کلیدی برای سازمان‌دهی خود است[۱۷]. نتایج نشان داده‌اند که درمان هیجان‌مدار در رقابت با تمام رویکردهایی که تا کنون بررسی شده‌اند صلاحیت خود را در اثربخشی به اثبات رسانده است[۱۸]. بررسی نشان می‌دهد که درمان هیجان‌مدار بر کیفیت زندگی بیماران سردرد اولیه[۱۹]، کیفیت زندگی زنان مبتلا به سردرد مزمن[۲۱، ۲۰]، شدت تجربه درد و تاب‌آوری زنان مبتلا به سردرد مزمن[۲۲] و استرس ادراک‌شده و کیفیت زندگی افراد مبتلا به سردرد مزمن[۲۳] اثربخش است.

با تغییر رویکرد بیماری‌نگر و پیدایش دیدگاه‌های سلامت‌نگر، سلامتی فقط روی یک محور که یک‌سوی آن بیمار و سوی دیگر آن سلامتی افراد قرار دارد، درنظر گرفته نمی‌شود؛ بلکه سلامت پیوستاری است که حالت انفعالی ندارد و نیازمند پرورش است. بدیهی است در این رابطه شناخت عوامل موثر بر غنی‌سازی زندگی و افزایش ظرفیت‌ها و سرمایه‌های روان‌شناختی و یافتن رویکردهای درمانی موثر برای زندگی آرام و مطمئن برای بیماران از اهمیت ویژه‌ای برخوردار باشد؛ از این‌رو، در پژوهش حاضر پژوهشگران سعی دارند رویکردی را عملیاتی کنند که ضمن قابلیت اجرایی پژوهش، جنبه جدیدی را دربر داشته باشد و در عین‌حال، فرضیه اساسی آن‌ها را که معتقدند این درمان بر رضایت از زندگی و شدت تجربه درد زنان مبتلا به سردرد مزمن موثر می‌باشند مورد بررسی قرار دهد. بنابراین، سوال اصلی پژوهش حاضر این است: آیا درمان هیجان‌مدار بر رضایت از زندگی و شدت تجربه درد زنان مبتلا به سردرد مزمن اثربخش است؟

مواد و روش‌ها

کد اخلاق پژوهش (IR.TABRIZU.REC.1401.091) بود. پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود که در آن از یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل استفاده گردید. متغیر مستقل درمان هیجان‌مدار، و متغیرهای وابسته رضایت از زندگی و شدت تجربه درد بودند. برنامه‌های مداخله در زمستان ۱۴۰۱ اجرا شد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه زنان مبتلا به سردرد مزمن شهر تبریز بود که در زمان نمونه‌گیری (سال ۱۴۰۱) برای درمان سردرد خود به‌کلینیک‌های دولتی مغز و اعصاب این شهر مراجعه کرده بودند. روش نمونه‌گیری، روش هدفمند بود. پس از تصویب کد اخلاق و کسب رضایت از مسئولین کلینیک‌ها و اخذ رضایت‌نامه کتبی آگاهانه از بیمارانی که توسط روان‌پزشک یا متخصص مغز و اعصاب تشخیص ابتلا به سردرد مزمن به آن‌ها گذاشته شده بود، چون پراکندگی نمره رضایت از زندگی و شدت تجربه درد در بین بیماران متنوع بود، از این‌رو تصمیم گرفتیم فقط افرادی وارد مطالعه شوند که نمره رضایت از زندگی و شدت تجربه دردشان در یک بازه مشخص قرار دارد؛ تا آن‌ها را از منظر نمره رضایت از زندگی و شدت تجربه درد همتاسازی کنیم. بنابراین پرسشنامه‌های رضایت از زندگی Diener و همکاران و شدت تجربه درد در بین ۱۷۹ بیمار اجرا شد و از بین ۱۳۷ نفر که در این پرسشنامه‌ها به‌ترتیب یک انحراف معیار پایین‌تر و بالاتر از میانگین نمره کسب کردند ۳۰ نفر انتخاب، و به‌صورت تصادفی (به‌شیوه قرعه‌کشی) به دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) تقسیم شدند. جهت تعیین حجم نمونه از معادله برآورد فرمول حجم نمونه Fleiss استفاده شد. تعداد ۱۵ نفر برای هر گروه بر اساس نرم‌افزار تعیین حجم نمونه G Power 3 و با در نظر گرفتن پارامترهای زیر محاسبه شد. اندازه اثر= ۰/۴۸؛ ضریب آلفا= ۰/۰۵؛ توان آزمون= ۰/۶۸؛ Repetitions=۲؛ Noncentrality parameter λ=۱۱/۹۹۸؛ Critical F=۲/۴۶۵؛ Numerator df=۱؛ Denominator df=۲۹؛ Actual power=۰/۸۱؛ Pillai V=۰/۴۵. برای جلوگیری از تبادل اطلاعات بین افراد گروه‌ها، از آن‌ها خواسته شد تا سه ماه پس از اتمام درمان، درباره محتوای جلسات با یکدیگر گفت‌وگویی نداشته باشند. جلسات درمانی، توسط یک مشاور با درجه دکتری تخصصی

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-15]

در یک مرکز مشاوره خصوصی در شهر تبریز برگزار شد. بعد از اتمام جلسات (پس‌آزمون) و سه ماه پس از اتمام درمان (پیگیری)، اعضای هر دو 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، اما به آن‌ها گفته شد که هروقت مایل بودند می‌توانند از گروه خارج شودند. این امر در طول جلسات هم رصد می‌شد و همبستگی گروهی که بین اعضا ایجاد شده بود مانع ریزش افراد گروه شد. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بودند از: سن ۳۰ تا ۵۰ سال، متأهل‌بودن و داشتن سواد خواندن و نوشتن، عدم ابتلا به‌بیماری جدی دیگری به‌غیر از سردرد مزمن (چون سرطان، ایدز)، عدم استفاده از داروهای روان‌پزشکی (چون بنزودیازپین و پروتریپ‌تیلین)، و مصرف داروی‌های سردرد یکسان به‌مدت حداقل ۱ و حداکثر ۵ سال)، و معیارهای خروج از مطالعه نظیر (عدم تمایل به‌شرکت در مطالعه، و غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات درمانی) بودند. (توضیح این‌که این ملاک‌ها در مرحله آزمون اولیه درنظر گرفته شدند). پیش از تقسیم تصادفی افراد به گروه‌های آزمایش و کنترل (به‌شیوه قرعه‌کشی)، کلیه افراد گروه‌ها به‌شیوه قرعه‌کشی از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناسی نظیر سن و مدت زمان مصرف داروهای سردرد یکسان همسان شدند (پس از این‌که ملاک‌های ورود به مطالعه، یعنی سن و مدت زمان مصرف داروهای سردرد یکسان رعایت شد، برای این‌که کدام یک از آزمودنی‌ها در کدام گروه قرا گیرند از روش پرتاب سکه استفاده شد تا افراد در گروه‌ها قرار گیرند). 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، اعضای گروه کنترل نیز تحت مداخله قرار گرفتند. برای برگزاری جلسات درمانی، از افراد هیچ هزینه‌ای دریافت نشد.

پرسشنامه رضایت از زندگی: این مقیاس توسط Diener و همکاران[۲۴] تهیه و از ۵ گذاره، که مولفه شناختی بهزیستی فاعلی را اندازه‌گیری می‌کند تشکیل شده است. آزمودنی‌ها اظهار می‌دارند که برای مثال چقدر از زندگی خود راضی‌اند و یا چه قدر زندگی به زندگی آرمانی آن‌ها نزدیک است. این مقیاس متشکل از ۴۸ سوال است که میزان رضایت از زندگی و بهزیستی را منعکس می‌کند و تحلیل عاملی نشان داد که از سه عامل تشکیل شده است. ۱۰ سوال آن با رضایت از زندگی مرتبط بود که پس از بررسی‌های متعدد در نهایت به ۵ سوال کاهش یافت و به‌عنوان یک مقیاس مجزا مورد استفاده قرار گرفت[۲۵]. این پرسشنامه هفت گزینه دارد و از ۱ تا ۷ نمره‌گذاری می‌شود (کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۷)) [۲۵]. کم‌ترین نمره در این پرسشنامه ۴۸ و بیش‌ترین نمره ۳۳۶ است. هرچه‌قدر نمره فرد بیش‌تر باشد نشان‌دهنده رضایت از زندگی بیش‌تر در فرد است. در خصوص اعتبار این مقیاس نیز ضریب آلفا برابر ۰/۸۷ و ضریب باز آزمایی آن، برابر ۰/۸۲ گزارش‌شده است. پایایی (آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۵) و روایی (به شیوه هم‌گرا و افتراقی) مطلوبی برای مقیاس گزارش کردند[۲۴]. در پژوهشی[۲۵]، اعتبار این مقیاس را با روش آلفای کرونباخ بر روی نمونه‌ای از ۱۰۹ دانشجوی دانشگاه آزاد اسلامی واحد آزادشهر ۰/۸۳ به‌دست آورده‌اند. اعتبار این مقیاس به روش باز آزمایی ۰/۶۹ به‌دست آمد. روایی سازه نیز از طریق روایی همگرا با استفاده از فهرست شادکامی آکسفورد OHIو فهرست افسردگی بک BDI برآورد شد که با فهرست شادکامی همبستگی مثبت و با فهرست افسردگی بک، همبستگی منفی نشان داد. بر اساس نتایج این پژوهش، مقیاس رضایت از زندگی یک مقیاس مفید در پژوهش‌های روان‌شناختی ایرانی است[۲۵]. پایایی این مقیاس در این مطالعه با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به‌دست آمده است.

پرسشنامه دیداری سنجش درد: این پرکاربردترین ابزار سنجش درد در دنیاست. مقیاس دیداری اندازه‌گیری شدت درد یک خط‌کش ۱۰ سانتی متری می‌باشد که در انتهای سمت چپ آن واژه بدون درد و در انتهای سمت راست آن واژه شدیدترین حالت درد نوشته شده است. فرد با توجه به میزان درد خود در ۴۸ ساعت گذشته روی پیوستار علامت می‌گذارد[۲۶]. علاوه بر روایی و پایایی، مهم‌ترین خصیصه این ابزار سادگی استفاده از آن می‌باشد. این ابزار یک معیار ۱۰-۰

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-15]

سانتی‌متری است، که طرف چپ آن (عدد صفر) بیانگر نداشتن درد و طرف راست آن (عدد ده) بیانگر شدیدترین درد است. کسب نمره ۳-۱ نشان‌دهنده درد خفیف، ۷-۴ درد متوسط و ۱۰-۸ نشان‌دهنده درد شدید می‌باشد[۲۶]. در مطالعات متعددی در خارج از کشور روایی و پایایی علمی این ابزار تأیید شده است[۲۷]. در ایران نیز پایایی این مقیاس با ضریب همبستگی r=۰/۸۸ مورد تأیید قرار گرفته است[۲۷]. پایایی این مقیاس در این مطالعه با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به‌دست آمده است.

پس از اجرای پیش‌آزمون، اعضای گروه آزمایش، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (دو ماه، هفته‌ای یک جلسه) درمان هیجان‌مدار را به‌صورت گروهی، طبق برنامه درمانی Greenberg و همکاران[۱۷] دریافت کردند (جدول ۱). اعضای گروه کنترل هیچ درمانی را دریافت نکردند. برای تجزیه و تحلیل آماری از نسخه ۲۴ نرم‌افزار SPSS استفاده شد. جهت بررسی فرضیه پژوهش از آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد. در این پژوهش سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

جدول: محتوای جلسات و پروتکل درمان هیجان‌مدار

ل ۱: محتوای جلسات و پروتکل درمان هیجان‌مدارجلسه	شرح جلسات (هدف و موضوع)
اول	آشنایی کلی با اعضای گروه؛ معرفی درمانگر، بررسی انگیزه و انتظار آنان از شرکت در گروه، ارائه تعریف مفاهیم درمان هیجان‌مدار. آشنایی اولیه با مشکلات اعضا.
دوم	در این جلسه درمانگر اعضای گروه را تشویق می‌کند که ترس‌های خود را مانند ترس از طردشدن یا ترس از گفتن عیب و نقصی که پویایی روابط‌شان را به‌عقب می‌راند را بیان کنند.
سوم	در این جلسه احساسات واکنشی ثانویه مانند خشم، ناکامی، تندی، احساسات مرتبط با سردرد منعکس شده و به آن‌ها ارزش داده می‌شود.
چهارم	در این جلسه اعضای گروه به کمک درمانگر به برون‌سازی مشکل می‌پردازند و به احساسات اولیه و نیازهای دلبستگی تحقق‌نیافته به‌صورت مشکل ارتباطی کلیدی نگاه می‌کنند.
پنجم	در این جلسه اعضای گروه به شناخت از جنبه‌های مختلف خود دست یافته و در نهایت احساس ارزشمندی خود را تجربه می‌کنند.
ششم	در این جلسه اعضای گروه یاد می‌گیرند که به هیجان‌هایی که به‌تازگی آشکار شده اعتماد کنند و واکنش‌های جدید را نسبت به انگیزه‌هایشان تجربه نمایند.
هفتم	در این جلسه هیجان‌های اولیه که در مراحل قبلی شناسایی شده بودند به‌صورت کامل‌تری پردازش می‌شوند. درمانگر قاعده‌ای را آغاز می‌کند که بر طبق آن مراجع اشتیاق خود را به‌نوع جدیدی از ارتباط به‌صورت تقریباً واضح بیان می‌کند.
هشتم	در این جلسه اعضای گروه به کمک هم راه‌حل‌های جدیدی را برای مشکلات خود خلق می‌کنند و حکایت جدیدی از مشکلاتشان را بیان می‌کنند و تلاش می‌کنند آن را از نو طراحی کنند. همچنین، آن‌ها مسیری را که قبلاً حرکت می‌کردند و این که چگونه راه برگشتشان را یافتند را به‌یاد می‌آورند.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار سن و مدت زمان مصرف داروهای سردرد آزمودنی‌ها (تعداد در هر گروه ۱۵ نفر)

متغیر	گروه آزمایش	گروه کنترل	p
سن (سال) (میانگین ± انحراف معیار)	۳۶/۳۳±۴/۳۷	۳۷/۹۳±۵/۹۵	۰/۴۰۹
و مدت زمان مصرف داروهای سردرد (سال) (میانگین ± انحراف معیار)	۳/۹۳±۱/۰۳	۴/۱۳±۱/۰۶	۰/۶۰۵

نوع آزمون: تی مستقل #اختلاف معنی‌دار $p<۰/۰۵$

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-15]

نتایج

در جدول ۲، یافته‌های توصیفی متغیرهای سن و مدت زمان مصرف داروهای سردرد آزمودنی‌ها آورده شده است. سطوح معناداری به‌دست آمده نشان می‌دهند که بین دو گروه از نظر سن و و مدت زمان مصرف داروهای سردرد تفاوت معنی‌داری وجود ندارد (p>۰/۰۵).

در بررسی پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر، آزمون شاپیرو ویلک نشان داد پیش‌فرض نرمال‌بودن توزیع متغیرهای رضایت از زندگی و شدت تجربه درد در نمونه مورد مطالعه محقق شده است، چرا که مقادیر z محاسبه‌شده معنی‌دار نیست (P>۰/۰۵). در آزمون ام باکس، چون F متغیرهای رضایت از زندگی (F=۲/۰۱۶) و شدت تجربه درد (F=۱/۲۶۲) به‌ترتیب در سطح (۰/۰۷۱ و ۰/۲۸۸) معنادار نبودند، بنابراین می‌توان گفت که مفروضه همسانی ماتریس واریانس-کوواریانس برای متغیرها برقرار شده است. آزمون کرویت موخلی نشان داد چون مقدار کرویت موخلی (۰/۷۰۰) متغیر رضایت از زندگی در سطح خطای داده‌شده (۰/۴۱۱) و مقدار کرویت موخلی (۰/۷۵۰) متغیر شدت تجربه درد در سطح خطای داده‌شده (۰/۴۶۶) معنی‌دار نیست، لذا می‌توان کرویت ماتریس واریانس- کوواریانس متغیرهای وابسته را پذیرفت. پس، این پیش‌فرض نیز برقرار است. در آخر، نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای پژوهش نشان داد که با توجه به عدم‌معنی‌داری مقدار F متغیرهای رضایت از زندگی و شدت تجربه درد در سطح خطای کوچک‌تر از (۰/۰۵) در همه متغیرها، می‌توان گفت که واریانس خطای متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با هم برابر بوده و از این جهت فرض همسانی واریانس‌های خطا برقرار است.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهند که بین نمرات متغیر رضایت از زندگی و شدت تجربه درد در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معنی‌داری وجود دارد (P<۰/۰۰۱). همچنین نتایج حاکی از آن هستند که رضایت از زندگی و شدت تجربه درد در گروه آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری دارد (P<۰/۰۰۱). علاوه بر این، تأثیر درمان هیجان‌مدار بر رضایت از زندگی و شدت تجربه درد زنان مبتلا به سردرد مزمن پس از سه ماه پیگیری ماندگار بوده است (P<۰/۰۰۱). نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان می‌دهند که اختلاف میانگین نمره رضایت از زندگی و شدت تجربه درد در گروه آزمایش با گروه کنترل معنادار می‌باشد (P<۰/۰۰۱).

چون آزمون اثر پیلای در موقعیت‌های عملی قدرت بیش‌تری نسبت به‌سایر آزمون‌ها دارد، نتایج آن گزارش شده است (جدول ۴). اطلاعات مربوط به متغیر رضایت از زندگی بیان می‌کند که بین نمرات این متغیر در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین بخش دوم اطلاعات مربوط به متغیر رضایت از زندگی نشان می‌دهد که بین نمرات این متغیر در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایشی و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. به‌عبارتی بین زمان و مداخله تعامل وجود دارد. اندازه اثر به‌دست‌آمده برای متغیر رضایت از زندگی (۰/۵۴) نشان می‌دهد که ۵۴٪ از تغییرات این متغیر مربوط به اثربخشی درمان هیجان‌مدار بوده است. و نیز، اطلاعات مربوط به متغیر شدت تجربه درد بیان می‌کند که بین نمرات این متغیر در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین بخش دوم اطلاعات مربوط به متغیر شدت تجربه درد نشان می‌دهد که بین نمرات این متغیر در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایشی و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. به‌عبارتی بین زمان و مداخله تعامل وجود دارد. اندازه اثر به‌دست‌آمده برای متغیر شدت تجربه درد (۰/۵۱) نشان می‌دهد که ۵۱٪ از تغییرات این متغیر مربوط به اثربخشی درمان هیجان‌مدار بوده است.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-15]

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار متغیرهای رضایت از زندگیو شدت تجربه درد در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	تغییرات داخل گروهی	تغییرات بین گروهی
رضایت از زندگی	آزمایش	۱۳۵/۰۰±۶/۱۶	۱۴۱/۶۰±۵/۸۰	۱۴۱/۵۳±۵/۸۶	P<۰/۰۰۱	P<۰/۰۰۱
	کنترل	۱۳۳/۷۳±۶/۹۴	۱۳۳/۳۳±۷/۲۱	۱۳۳/۱۳±۷/۲۷	P>۰/۹	
	سطح معنی‌داری بین گروه‌ها	p>۰/۰۹۱	p<۰/۰۰۱	p<۰/۰۰۱	-	-
شدت تجربه درد	آزمایش	۸/۹۳±۱/۰۳	۵/۸۷±۱/۷۶	۶/۰۰±۱/۸۱	P<۰/۰۰۱	P<۰/۰۰۱
	کنترل	۸/۲۰±۰/۹۴	۸/۰۰±۰/۹۲	۷/۹۳±۰/۷۰	P>۰/۹	
	سطح معنی‌داری بین گروه‌ها	p>۰/۷۳۲	p<۰/۰۰۱	p<۰/۰۰۱	-	-

نوع آزمون: تحلیل واریانس آمیخته *اختلاف معنی‌دار p<۰/۰۵

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره در نمرات متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و کنترل

متغیر	تأثیر	آزمون	مقدار	F	فرضیه درجه آزادی	خطای درجه آزادی	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
رضایت از زندگی	زمان	اثر پیلایی	۰/۵۰	۱/۶۰	۲/۰	۲۷/۰	۰/۰۰۱	۰/۵۰
	زمان*مداخله	اثر پیلایی	۰/۵۴	۲/۱۵	۲/۰	۲۷/۰	۰/۰۰۱	۰/۵۴
شدت تجربه درد	زمان	اثر پیلایی	۰/۵۷	۴۵/۲۹	۲/۰	۲۷/۰	۰/۰۰۱	۰/۵۷
	زمان*مداخله	اثر پیلایی	۰/۵۱	۳۳/۶۹	۲/۰	۲۷/۰	۰/۰۰۱	۰/۵۱

بحث

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر رضایت از زندگی و شدت تجربه درد زنان مبتلا به سردرد مزمن بود. تحلیل داده‌ها نشان داد که درمان هیجان‌مدار بر رضایت از زندگی و شدت تجربه درد زنان مبتلا به سردرد مزمن تأثیر دارد، و تأثیر آن در مرحله پیگیری نیز ماندگار است. همچنین یافته‌ها نشان داد که تغییرات نمره رضایت از زندگی و شدت تجربه درد 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 رضایت از زندگی و شدت تجربه درد به‌ترتیب افزایش و کاهش یافتند و تأثیرات ناشی از حضور در گروه آزمایشی با نزدیک‌شدن به پایان مداخله بر روی نمرات رضایت از زندگی و شدت تجربه درد افراد در گروه آزمایشی مثبت بود.

تطابق نتایج پژوهش حاضر با پژوهش‌های مشابه که از لحاظ موضوعی با این پژوهش تطابق داشته باشد، به‌دلیل در دسترس‌بودن کم اثربخشی این درمان بر رضایت از زندگی و شدت تجربه درد زنان مبتلا به سردرد مزمن، دشوار است؛ ولی می‌توان گفت که نتایج حاصل از این پژوهش با یافته‌های مطالعات زیر همسو می‌باشد. همچنین، لازم به‌ذکر است که در هیچ پژوهشی نتایج مغایر با نتایج پژوهش حاضر به‌دست نیامده تا دلیل ناهمسویی را مورد بحث قرار دهیم.

Behvandi و همکاران[۱۹]، Fathi و همکاران[۲۰]، Dillon و همکاران[۲۱]، Fathi و همکاران[۲۲]، و Anastasia و همکاران[۲۲] در پژوهش‌های خود نشان دادند که درمان هیجان‌مدار به‌ترتیب بر کیفیت زندگی بیماران سردرد اولیه[۱۹]، کیفیت زندگی زنان مبتلا به سردرد مزمن[۲۰، ۲۱]، شدت تجربه درد و تاب‌آوری زنان مبتلا به سردرد مزمن[۲۲] و استرس ادراک‌شده و کیفیت زندگی افراد مبتلا به سردرد مزمن[۲۳] اثربخش است، که نتایج این پژوهش‌ها به‌نوعی با نتایج پژوهش حاضر همسو می‌باشد.

عوامل گوناگونی نظیر تجربه درد و پیامدهای روانی و اجتماعی همراه با آن، بر روی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سردرد مزمن

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-15]

اثر می‌گذارد و آن را کاهش می‌دهد، و هر عاملی که بتواند بر روی این عوامل تأثیر بگذارد و آن‌ها را بهبود بخشد، رضایت از زندگی را نیز بهبود می‌بخشد (۲۸). در تبیین این یافته می‌توان گفت، درمان هیجان‌مدار سبب تنظیم هیجان به‌صورت سازگارانه می‌شود که این امر موجب کاهش علائم بیماری شده و احساس رضایت و درک فرد از سلامت عمومی را افزایش می‌دهد و موجب بهبود کیفیت زندگی و نهایتاً افزایش رضایت از زندگی می‌گردد. درمان هیجان‌مدار با استفاده از راهبردهای مثبت تنظیم هیجان شامل پذیرش، تمکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی و ارزیابی مجدد مثبت را در بیماران مبتلا به سردرد مزمن افزایش می‌دهد و استفاده از راهبردهای منفی تنظیم هیجان شامل ملامت خویش، نشخوارگری و فاجعه‌انگاری را در بیماران کاهش می‌دهد (۲۹)، که این امر در نهایت موجب بهبود کیفیت زندگی و افزایش رضایت از زندگی بیماران مبتلا به سردرد مزمن می‌شود.

گروهی از پژوهشگران معتقدند که خلق افسرده آستانه تحمل درد را کاهش می‌دهد. براین اساس، از یک سو، درد عواطف و هیجانات منفی را به‌دنبال دارد و از سوی دیگر، هیجانات منفی به‌نوبه خود باعث تداوم شدت تجربه درد می‌شود. تأثیر علّی هر یک بر دیگری یکی از مهم‌ترین اسرار تجربه درد است (۲۹). درمان هیجان‌مدار با کمک به بیماران در راستای تجربه هیجانی جدید و ابراز مثبت آن‌ها، حساسیت بیش از حد آن‌ها را نسبت به احساس‌های بدنی و برانگیختگی درونی کم می‌کند و با تقویت نظام نظم‌دهی هیجانی، سبب می‌شود تا آن‌ها پاسخ‌های هیجانی طولانی مدتی را به محرک درد نشان ندهند (۳۰). همچنین درمان هیجان‌مدار با کمک به بهبود توانایی نمادی‌سازی هیجانات، منجر به این می‌شود تا عکس‌العمل‌های فیزیولوژیکی غیرعادی کم شود و توانایی آسیب‌دیده برای خودمراقبتی و خودنظم‌دهی بهبود یابد (۲۳)، که این مسأله سبب کاهش شدت تجربه درد ادراک‌شده و طول مدت آن می‌شود. افرادی که از درمان هیجان‌مدار برخوردار بوده‌اند، با یادگیری واگویی هیجانات‌شان، می‌توانند هیجانات خود را شناسایی و توصیف کنند، و در هنگام مواجهه با درد نیز هیجانات خود را تشخیص دهند که در این‌صورت می‌توانند درد خود را بهتر مدیریت کنند و شدت درد را کم‌تر تجربه نمایند (۲۳).

نتیجه‌گیری

درمان هیجان‌مدار با آگاه‌کردن فرد از هیجانات مثبت و منفی، پذیرش و ابراز به‌موقع آن‌ها کمک می‌کند تا آن‌ها راهبردهای منفی تنظیم هیجان شامل ملامت خویش، نشخوارگری و فاجعه‌انگاری را کاهش دهند، در نتیجه می‌توان از آن به‌عنوان یک مداخله بالینی موثر در این بیماران استفاده کرد.

نمونه پژوهش حاضر را، کلیه زنان متأهل ۳۰ الی ۵۵ ساله مبتلا به سردرد مزمن شهر تبریز در سال ۱۴۰۱ تشکیل داد، که این مورد یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر است؛ و تعمیم یافته‌ها به همه زنان مبتلا به صرع جوان‌تر و مسن‌تر را دشوار می‌سازد. همچنین، در این پژوهش جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه استفاده شد که به‌دلیل خودگزارشی‌بودن ابزارها، امکان سوگیری در پاسخدهی محتمل به‌نظر می‌رسد. علاوه بر این‌ها، آزمودنی‌های پژوهش حاضر از منظر متغیرهایی نظیر وضعیت اقتصادی و اجتماعی همتا نشده‌اند که این مورد نیز یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر است. با توجه به لزوم توجه به سلامت جسمانی و روان‌شناختی بیماران مبتلا به سردرد مزمن، پیشنهاد می‌شود که در کلینیک‌های روان‌شناسی بیمارستان‌ها و کلنیک‌های دولتی و خصوصی، از درمان هیجان‌مدار به‌صورت فردی و گروهی در زمینه افزایش رضایت از زندگی و کاهش شدت تجربه درد بیماران مبتلا به سردرد مزمن استفاده شود.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

سهم نویسندگان

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-15]

امور مربوط به گردآوری داده‌ها و نگارش و تجزیه و تحلیل داده‌ها، اصلاحات مقاله، شناسایی نمونه متشکل از زنان مبتلا به سردرد مزمن و اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بر عهده عر ۴ نویسنده بود.

تشکر و قدردانی

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

References

1. Fan X, Fu G, Wang L, Shen W, Zhang Y. A bibliometric analysis and visualization of tension-type headache. Front. Neurol 2020; 13: 980096.
2. Hao X, Liang F, Wang L, Greenwood KM, Xue CC, Zheng Z, et al. Identifying Chinese Medicine Patterns of Tension-Type Headache and Understanding Its Subgroups. Evid Based Complement Alternat Med 2021; 2021: 5544571.
3. Zheng H, Gao T, Zheng Q-H, Lu L-Y, Hou T-H, Zhang S-S, et al. Acupuncture for Patients With Chronic Tension-Type Headache: A Randomized Controlled Trial. Neurology 2022; 99(14): e1570-e1572.
4. Evans RW. Diagnostic testing for migraine and other primary headaches. Neurol Clin 2019; 37(4): 707-25.
5. Ruiz–Parraga GT, Lopez–Martínez AE. 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.
6. Pohl J, Streit A-C, Neumeier MS, Merki-Feld GS, Ruch W, Gantenbein AR. Migraine and Happiness. Womens Health Rep (New Rochelle) 2022; 3(1): 155-161.
7. Schwedt TJ, Nikolova S, Dumkrieger G, Li J, Wu T, Chong CD. Longitudinal changes in functional connectivity and pain-induced brain activations in patients with migraine: a functional MRI study pre- and post- treatment with Erenumab. The Journal of Headache and Pain 2022; 23(1): 159.
8. Vaughan B, Mulcahy J, Fitzgerald K. General Life Satisfaction scale: construct validity in musculoskeletal pain patients. Chiropr Man Therap 2020; 28: 27.
9. Parra-Rizo M A, Sanchis-Soler G. Satisfaction with Life, SubjectiveWell-Being and Functional Skills in Active Older Adults Based on Their Level of Physical Activity Practice. Int. J. Environ. Res. Public Health 2020; 17: 1-10.
10. Roborel de Climens A, Tunceli K, Arnould B, Germain N, Iglay K, Norquist J. Brodovicz K J. Review of patient-reported outcome instruments measuring health-related quality of life and satisfaction in patients with type 2 diabetes treated with oral therapy. Curr Med Res Opin 2015; 31(4): 643-665.
11. Polonsky WH, Fisher L, Hessler D, Edelman SV. Development of a New Measure for Assessing Glucose Monitoring Device-Related Treatment Satisfaction and Quality of Life. Diabetes Technol Ther 2015; 17(9): 657-663.
12. Pan F, Tian J, Cicuttini F, Jones G. Sleep Disturbance and Its Association with Pain Severity and Multisite Pain: A Prospective 10.7-Year Study. Pain Ther 2020; 9(2): 751-763.
13. Lo Bianco G, Thomson S, Vigneri S, Shapiro H, Schatman ME. Abdominal Epilepsy, a Rare Cause of Abdominal Pain: The Need to Investigate Thoroughly as Opposed to Making Rapid Attributions of Psychogenic Causality. J Pain Res 2020; 13: 457-460.
14. McMahon S, Koltzenburg M, Tracey I, Turk D. Wall & Melzack's Textbook of Pain. Elsevier: Churchill: Livingstone. 2013; 129.
15. 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.
16. Elliott R, Watson J, Goldman R, Greenberg L. Emotion-focused therapy training: An experiential approach to change. (Translated by Mohammad Arash Ramezani). Tehran: Arsbaran. 2022; 11. [in Persian]
17. Greenberg LJ, Warwar S, Malcolm W. Emotion-focused couples therapy and the of forgiveness. J Marital Fam Ther 2010; 36(1): 28-42.
18. Johnson S M. Emotion-focused couple therapy exercises: relationship building. (Translated by Zahra Azarian, Ezra Etemadi, Fatemeh Bahrami,

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-15]

Shahin Samadi and Mino Mirzadeh). Tehran: Danjhe. 2022; 52. [in Persian]
19. Behvandi N, Khayatan F, Golparvar M. Comparing of Compassion-Based Emotion Focused Therapy With Compassion-Focused Treatment on Quality of Life of Primary Headache Patients. IJPCP 2022; 28(2): 210-221. [in Persian]
20. Fathi S, Poyamanesh J, Ghamari M, FathiAgdam G. Comparison of the effectiveness of an emotion-based therapy and a treatment based on acceptance and commitment on the quality of life of women with chronic headache. Feyz 2020; 24(3): 302-311. [in Persian]
21. Dillon A, Timulak L, Greenberg LS. Transforming core emo-tional pain in a course of emotion-focused therapy for depression: A case study. Psychotherapy Research 2018; 28(3): 406-422.
22. Fathi S, Pouyamanesh J, Ghamari M, Fathiaghdam GH. The Effectiveness of Emotion-based Therapy and Acceptance & Commitment Therapy on the Pain Severity and Resistance in Women with Chronic Headaches. CHJ 2021; 14(4): 75-87. [in Persian]
23. Anastasia M, Bougea AM, Spandideas N, Alexopoulos EC, Thomaides T, Chrousos GP, Darviri C. Effect of the Emotional Freedom Technique on Perceived Stres, Quality of Life and Cortisol Salivary Levels in Tension-Type Headache Sufferers: A Randomized Controlled Trial. Journal of Science and Healing 2013; 9(2): 91-99.
24. Diener E D, Emmons R, Larsen R, Griffin S. The Satisfaction With Life Scale. Journal of Personality Assessment 1985; 1: 17-75.
25. Bayani AA, Koocheky M, Goodarzi H. The reliability and validity of the satisfaction with life scale. JIP 2007; 3(11): 259-265. [in Persian]
26. Memarian R. The effect of Benson relaxation technique on patients' preoperative anxiety in men ward. Daneshvar Science-Research Scholar 2000; 34:8-30. [in Persian]
27. Ahangarzadeh Rezaei S, Rasoli M. Psychometric Properties Of The Persian Version Of "Connor-Davidson Resilience Scale" in adolescents with cancer. Nurs Midwifery J 2015; 13(9):739-747. [in Persian]
28. Viteri C, Codina M, Cobaleda S, Lahuerta J, Barriga J, Morales MD. Quality of life and treatment satisfaction in Spanish epilepsy patients on monotherapy with lamotrigine or valproic acid. Seizure 2010; 19(7): 432-438.
29. Portuguez MW, Costa Did, Marroni SP, Pagliarini V, Vieira K. Neuropsychological aspects of psychogenic nonepileptic seizures. Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology 2007; 13: 24-7.
30. Janz NK, Hawley ST, Mujahid M S, Griggs JJ, Alderman A, Hamilton AS, et al (2011). Correlates of worry about recurrence in a multiethnic population-based sample of women with breast cancer. Cancer 2011; 117(9): 1827-1836.
31. Kano M, Fukudo S. The alexithymic brain: the neural pathways linking alexithymia to physical disorders. Bio psycho social Medicine 2013; 7: 1.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-15]