

مقایسه اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر و درمان پذیرش و تعهد بر ابعاد درد بیماران مبتلا به میگرن

مژگان بهراد*، شاهرخ مکوند حسینی**، محمود نجفی***

علی محمد رضایی**** و اسحاق رحیمیان بوگر*****

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ابعاد درد بیماران مبتلا به میگرن انجام شد. با بهره‌گیری از یک طرح آزمایشی تصادفی کنترل شده، نمونه‌ای شامل ۴۵ بیمار مبتلا به میگرن به صورت تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل جای گرفتند. در اجرای پژوهش از پرسشنامه‌های شدت درد ون کورف، پذیرش درد مک کراکن و وولس و خود کارآمدی درد نیکلاس استفاده شد. مداخلات درمانی به صورت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر روی گروه‌های آزمایش به صورت گروهی انجام شد، در حالیکه گروه کنترل، جلسات ملاقات ساده دریافت کردند. داده‌ها با استفاده از تحلیل کواریانس چند متغیره تحلیل شدند. میانگین دو گروه آزمایشی به‌طور معناداری با گروه کنترل در نمرات شدت درد، پذیرش درد و خود کارآمدی درد، در مراحل پس‌آزمون و پیگیری متفاوت بود، در حالیکه میانگین گروه‌های آزمایش تفاوت معناداری با هم نداشتند. می‌توان نتیجه گرفت که روان‌درمانی مثبت‌نگر و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هر دو به یک اندازه باعث بهبود ابعاد درد در افراد مبتلا به میگرن می‌شود و می‌توان برای مراکز درمانی مرتبط به‌عنوان درمان تکمیلی توصیه کرد.

کلیدواژه‌ها: ابعاد درد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، روان‌درمانی مثبت‌نگر، میگرن

* دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.
** دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.

ایران. shmakvand@semnan.ac.ir

*** استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.

**** استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.

***** استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.

- مقاله مستخرج از رساله دکتری نویسنده اول است.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۴/۲۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۷/۳۰

مقدمه

میگرن نوعی سردرد دوره‌ای عودکننده است که در آن درد اغلب به سر محدود می‌شود، اما گاهی ممکن است صورت و گردن را نیز مبتلا کند. بیماری میگرن بیشتر گروه‌های سنی جوان و میانسال را مبتلا می‌کند و ماهیت ناتوان‌کننده بیماری، کلیه ابعاد زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در درمان انواع درد از جمله سردردهای میگرنی درمان‌های دارویی^۱ همواره انتخاب اول است، اما با وجود تلاش‌های زیاد در زمینه درمان میگرن و به‌رغم مداخلات دارویی، بسیاری از بیماران مبتلا، همچنان درد را تجربه می‌کنند.

به‌منظور درک بهتر و مداخلات مؤثرتر در مدیریت درد، الگوی زیستی-روانی-اجتماعی، یک الگوی یکپارچه فراهم می‌کند که هم به فرایندهای فیزیولوژیکی و هم متغیرهای روان‌شناختی و اجتماعی در ایجاد و تداوم درد مزمن توجه دارد (رسول‌زاده طباطبایی، حقیقت و زاده‌وش، ۱۳۹۱) و در سال‌های اخیر، به طراحی و به‌کارگیری درمان‌های روان‌شناختی مؤثر و مفیدی در کنار درمان‌های پزشکی منجر شده است. این درمان‌ها عمدتاً بر مشارکت بیمار و مسئولیت شخصی او تأکید می‌کنند.

یکی از حوزه‌های جدید، پژوهش‌های روان‌شناسی مثبت در زمینه درد مزمن است که نشان می‌دهد که بیماران مبتلا به درد از نظر چگونگی گذراندن زندگی با هم تفاوت‌هایی دارند. افراد تاب‌آورتر قادر هستند به‌رغم وجود درد، از پس زندگی برآمده و حتی پیشرفت‌هایی در کار و زندگی شخصی خود داشته باشند و برخی دیگر معتقد هستند که درد کاملاً زندگی آن‌ها را از هم پاشیده است. تاب‌آوری می‌تواند سطوح استرس و ناتوانی را در شرایط استرس‌زا تعدیل کند و افزایش رضایت از زندگی را باعث شود (ابوالقاسمی، ۱۳۹۰). فاینان و گارلند^۲ (۲۰۱۵) با بررسی مدل عاطفه مثبت و تاب‌آوری نشان دادند که عاطفه مثبت می‌تواند تاب‌آوری (پذیرش و خود کارآمدی درد) فرد و در نتیجه مدیریت فعال درد را در فرد افزایش دهد. لامبرت، مولویر و تامپسون^۳ (۲۰۱۴) در یک مطالعه گزارش کردند که روان‌درمانی مثبت‌نگر به بهبود بهزیستی ذهنی، سلامت جسمانی، تعهد کاری و ایجاد سرزندگی در بیماران

-
1. pharmacological drugs
 2. Finan and Garland
 3. Lombert, Molvier and Thompson

مقایسه اثربخشی روان درمانی مثبت‌نگر و درمان پذیرش و ۹

منجر شده است. هاول، جاکوبسن و لورسن^۱ (۲۰۱۵) نیز با مطالعه‌ای در میان ۳۴ نفر بیمار مبتلا به درد نشان دادند که روان درمانی مثبت‌نگر به افزایش بهزیستی ذهنی، پذیرش درد و کاهش فاجعه انگاری درد منجر شد.

شواهد اولیه به مفید بودن فنون روان‌شناسی مثبت برای بیماران مبتلا به دردهای مزمن اشاره کرده‌اند، اما برای به‌کارگیری این شیوه درمانی نیاز به بررسی‌های بیشتر است. بدین‌منظور می‌توان اثربخشی روان درمانی مثبت‌نگر را با نتایج درمانی دیگر رویکردهای دارای پشتوانه پژوهشی کافی مقایسه کرد. از جمله درمان‌های تأیید شده و با پشتوانه پژوهشی مناسب رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد است.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۲ بر مقابله مبتنی بر پذیرش در مورد تجاربی که به آسانی قابل تغییر نیستند (مثل سردرد میگرنی) و تغییر رفتاری در حوزه‌های تأکید دارد که برای فرد با اهمیت است. اعتقاد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر این است که آنچه را بپذیرد که خارج از کنترل شخصی است و به عملی متعهد باشد که زندگی را غنی می‌سازد (نایب حسین زاده، فتح الله‌زاده، سعادت و رستمی، ۱۳۹۵). در این راستا مولرو کوین^۳ (۲۰۱۶) در یک مطالعه، مکانیزم اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بررسی کردند و نتایج ده پژوهش مختلف را که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را برای میگرن به کار برده بودند، چنین تبیین کردند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به کاهش درد و بهبود علائم در بیماران منجر شده است. دیندو و مارچمان^۴ (۲۰۱۵) نیز نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش پذیرش درد در بیماران شده است. وولس و مک کراکن^۵ (۲۰۱۵)، لوسیانو و گولار^۶ (۲۰۱۴)، بوهرمن و اسکاگلند^۷ (۲۰۱۳) هم نشان دادند که بیماران در شاخص‌هایی از قبیل میزان شدت درد، افسردگی و عملکرد شغلی و فیزیکی بهبود معناداری را نسبت به قبل از اجرای درمان نشان دادند.

1. Howell, Jacobson and Lorson
2. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)
3. Muller and Kevin
4. Dindo and Marchman
5. Vowles and McCracken
6. Luciano and Gular
7. Buhrman and Skoglund

لذا هدف پژوهش حاضر بررسی و مقایسه اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر با روان‌درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش بر شدت درد، خودکارآمدی درد (میزان باور فرد به توانایی‌هایش برای انجام فعالیت‌ها) و پذیرش درد شامل دو مؤلفه تعهد کاری (پیگیری فعالیت‌های روزانه با وجود درد) و پذیرش درد (عدم وجود نسبی تلاش برای اجتناب از درد یا کنترل آن) بیماران مبتلا به میگرن است. بر این اساس فرضیه‌های این پژوهش عبارتند از ۱- روان‌درمانی مثبت‌نگر بر ابعاد درد در بیماران میگرنی دارای اثربخشی معنادار است؛ ۲- درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ابعاد درد بیماران میگرنی دارای اثربخشی معنادار است و ۳- اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ابعاد درد بیماران میگرنی تفاوت دارد. چنانچه رویکرد مثبت‌نگر بتواند اثربخشی مناسب در این حیطه را داشته باشد، می‌تواند جایگزین رویکردهای قبلی شود که بیشتر بر آسیب‌شناسی روانی متمرکز هستند، یا اینکه در تلفیق با رویکرد پذیرش و تعهد برای کاهش عوارض در بیماران مبتلا به میگرن استفاده شود.

روش

طرح پژوهش حاضر کاربردی آزمایشی تصادفی کنترل شده^۱ بود که با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل همراه با پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری انجام شد. جامعه آماری پژوهش را تمام افرادی تشکیل می‌داد که در سال ۹۵ به مراکز درمانی تخصصی مغز و اعصاب شهرستان یزد مراجعه کردند و توسط پزشکان متخصص مغز و اعصاب تشخیص قطعی میگرن دریافت کردند. نمونه آماری نیز شامل ۴۵ بیمار مبتلا به میگرن بود که از بین ۱۱۵ مراجع به این مراکز درمانی به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل به صورت تصادفی جایگزین شدند. حجم نمونه با توجه به توان آماری، سطح آلفای ۰/۰۵ و اندازه اثر ۰/۸ و نیز مطالعات پیشین برآورد شد. ملاک‌های ورود عبارت بود از: تشخیص ابتلا به میگرن توسط متخصص مغز و اعصاب بر اساس معیارهای انجمن بین‌المللی سردرد، سابقه ابتلا حداقل یک سال (برای متعادل‌سازی گروه‌ها)، دامنه سنی بین ۲۰-۵۰ سال (به علت شیوع بیشتر در این دوره سنی)، سطح تحصیلات حداقل دیپلم. ملاک‌های خروج نیز عبارت بود از: ابتلا به اختلالات شدید روانی، مصرف داروهای ضد روان‌پریشی، ابتلا به بیماری جسمانی (که مانع مشارکت در برنامه

1. randomized controlled trial design

مقایسه اثربخشی روان درمانی مثبت‌نگر و درمان پذیرش و ... ۱۱

شود)، سوء مصرف مواد. به‌منظور توافق درباره اهداف، موضوع، روش اجرای گروهی، شرایط و زمان برگزاری جلسات با هر یک از آزمودنی‌ها مصاحبه فردی انجام شد و بعد از تکمیل فرم اطلاعات فردی و فرم رضایت آگاهانه نمونه نهایی انتخاب شد. سپس پیش‌آزمون در میان سه گروه و پس‌آزمون بعد از اعمال مداخله‌های بالینی اجرا شد. مداخلات درمانی شامل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روان درمانی مثبت‌نگر بود که یک درمانگر آموزش دیده و طی ۸ جلسه و به صورت گروهی اجرا شد. گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. سپس یک دوره پیگیری سه ماهه به عمل آمد.

ابزارهای پژوهش عبارت بودند از:

پرسشنامه شدت درد^۱: در سال ۱۹۹۲، ون کورف، اورمل، کیف و ورکین^۲ این پرسشنامه را برای اندازه‌گیری شدت درد مزمن ساخته و همسانی درونی مقیاس را ۰/۹۱ گزارش کرده‌اند. در این مقیاس میانگین شدت درد در چهار هفته گذشته با استفاده از ۷ گویه و مقیاس یازده درجه‌ای لیکرت نمره‌دهی می‌شود. از شرکت‌کننده خواسته می‌شود تا با انتخاب عددی بین صفر تا ده شدت درد خود را در حال حاضر و یک ماه گذشته مشخص کند. در ایران افشارزاده، رضایی و یوسف‌زاده همسانی درونی این مقیاس را برای پژوهش‌های داخلی ۰/۷۳ گزارش کرده‌اند (۲۰۱۰). ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۷۳ به‌دست آمد.

پرسشنامه خودکارآمدی درد^۳: نیکلاس^۴ در سال ۱۹۸۹، این پرسشنامه را به‌منظور ارزیابی خودکارآمدی درد بیماران مبتلا به دردهای مزمن ساخته است و آلفای کرونباخ آن ۰/۹۲ گزارش شده است. پرسشنامه ۱۰ گویه دارد و هر گویه میزان ارزیابی شرکت‌کننده از توانایی او را برای انجام گروهی از فعالیت‌ها با وجود درد بر اساس یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای می‌سنجد. ضریب همسانی درونی پرسشنامه برابر ۰/۹۲ گزارش شده است (اصغری، ۲۰۰۹). ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۹۵ محاسبه شد.

1. Pain Interferens Score: PIS
2. Vankorff, Ormel, Keefe and Dworkin
3. pain self-efficacy questionnaire
4. Nickolas

پرسشنامه پذیرش درد^۱ (مک کراکن و وولس، ۲۰۰۴): این پرسشنامه دارای دو مؤلفه پذیرش درد و تعهد کاری است و در مجموع ۲۰ گویه دارد که ۹ گویه آن مربوط به پذیرش درد و ۱۱ گویه آن مربوط به تعهد کاری است. نمره‌گذاری در مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای صورت می‌گیرد. این پرسشنامه به خوبی یک همسانی درونی مطلوب را با آلفای ۰/۸۲ (تعهد کاری) و ۰/۷۸ (پذیرش درد) نشان داده است. در ایران نیز صبور و کاکابرایی (۱۳۹۵) همسانی درونی این پرسشنامه را ۰/۷۴ گزارش کردند. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۸۷ به دست آمد. روان‌درمانی مثبت‌نگر در ۸ جلسه و بر اساس پروتکل رشید (۲۰۰۸) و به صورت زیر اجرا شد:

جلسه	هدف	محتوا	تغییر مورد انتظار	تکلیف
اول	برقراری رابطه درمانی	معارفه و آشنایی، بیان اهداف پژوهشی، اجرای پیش‌آزمون، مفهوم لذت، تعهد و معنا	برقراری رابطه مناسب بین اعضا و درمانگر، شناخت توانمندی‌ها	داستانی عینی از توانمندی‌ها
دوم	تعهد، لذت	بررسی تکالیف، پرورش توانمندی، خاطرات خوب در برابر خاطرات بد	درک نقش هیجان مثبت در بهزیستی، بیان احساسات توأم با اخم و تلخی	ثبت دفترچه شکرگزاری، سه خاطره بد
سوم	بخشش	بررسی تکالیف، معرفی بخشش	بخشش و تبدیل خشم و تلخی به هیجان خنثی یا مثبت	نامه بخشش
چهارم	قدردانی	بررسی تکالیف، معرفی قدردانی	بررسی خاطرات با تأکید بر قدردانی	نامه قدردانی
پنجم	معنا، تعهد	بررسی تکالیف، آموزش رضایت در برابر کمال‌خواهی	انتخاب به‌اندازه کافی خوب	نوشتن راه‌های افزایش رضایت
ششم	لذت	بررسی تکالیف، آموزش خوش‌بینی و امید	بررسی مجدد شکست‌ها	نوشتن سه در بسته‌شده و سه در باز شده پس از آن
هفتم	تعهد، معنا	بررسی تکالیف، آموزش عشق و دلبستگی	پاسخدهی فعال-سازنده	بازخور فعال-سازنده
هشتم	زندگی کامل	بررسی تکالیف، آموزش زندگی کامل، بررسی تغییرات، ارائه خلاصه درمان و دریافت بازخورد، اتمام جلسات	درک منافع و ماندگاری توانمندی، لذت، تعهد و معنا	

مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز در ۸ جلسه و بر اساس پروتکل درمانی وولس و سورل

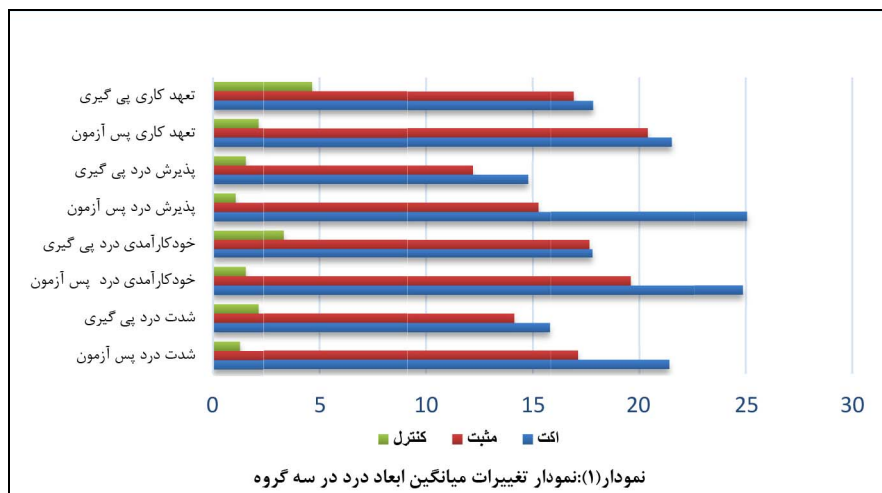
1. Pain Acceptance Questionnaire: CPAQ.

(۲۰۰۷) به شرح زیر انجام شد:

جلسه	هدف	محتوا	تغییر مورد انتظار	تکلیف
اول	برقراری رابطه درمانی، ایجاد درماندگی خلاق	معارفه و آشنایی، بیان اهداف پژوهشی، اجرای پیش‌آزمون،	برقراری رابطه مناسب بین اعضا و درمانگر، تجربه درماندگی خلاق	مشخص کردن موارد اجتناب از درد
دوم	تغییر رفتار و ذهن آگاهی	بررسی تکالیف جلسه قبل، تمرین ذهن‌آگاهی	درک مدل تغییر رفتار، تجربه ذهن‌آگاهی	ثبت تجارب روزانه، تمرین ذهن‌آگاهی
سوم	شناسایی ارزش‌ها	بررسی تکالیف، پذیرش، ارزش	درک مفهوم ارزش‌ها و شناسایی آن‌ها	تکمیل فرم ارزیابی ارزش‌ها، تمرین ذهن‌آگاهی
چهارم	شفاف‌سازی ارزش‌ها و اهداف	بررسی تکالیف، شفاف‌سازی ارزش‌ها، بررسی موانع،	تعیین اهداف و عمل متعهدانه	تعیین سه ارزش، سه هدف و سه رفتار مربوط به هدف
پنجم	گسلش	بررسی تکالیف، آموزش گسلش از تهدیدهای زبان	ذهن‌آگاهی و گسلش از افکار	شروع به کار متعهدانه
ششم	عمل متعهدانه	بررسی تکالیف، مرور درمان، تمرین خودمشاهده‌گری	تشخیص آمیختگی شناختی، موانع، نگاه کردن به قطب‌نمای ارزش‌ها	اجرای رفتارهای مرتبط با ارزش تعیین شده
هفتم	رضایت	بررسی تکالیف، رنج اولیه و ثانویه	تعهد، تشخیص موانع شکل‌گیری رضایت	ذهن‌آگاهی در پیاده‌روی
هشتم	ختم جلسات و نتیجه‌گیری، اجرای پس‌آزمون	بررسی تکالیف، شفاف‌سازی ارزش‌ها، بررسی تغییرات، ارائه خلاصه درمان و دریافت بازخورد، اتمام جلسات	آمادگی برای عود، متعهد شدن به تغییر رفتار	

یافته‌ها

میانگین تعدیل شده ابعاد درد در مراحل پس‌آزمون و پیگیری برای گروه‌های تحقیق در جدول ۱ و نمودار ۱ منعکس شده است. همان‌طور که دیده می‌شود، روان‌درمانی مثبت‌نگر و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مراحل پس‌آزمون و پیگیری به کاهش نمرات شدت درد، خودکارآمدی درد و پذیرش درد نسبت به مرحله پیش‌آزمون منجر شده است. در حالیکه گروه کنترل تغییرات اندکی در همین ابعاد داشته است.



جدول ۱: نتایج مربوط به میانگین تعدیل‌شده متغیرهای پژوهش در پس‌آزمون و پیگیری به تفکیک گروه‌ها

متغیر	گروه	پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
شدت درد	درمان اکت	-۲۱/۴	۵/۲۳	-۱۵/۸	۸/۶۹
	درمان مثبت	-۱۷/۱۳	۳/۷۷	-۱۴/۱۳	۴/۳۷
	کنترل	۱/۲۶	۹/۹۶	۲/۱۳	۹/۴
خودکارآمدی درد	درمان اکت	۲۴/۸۶	۸/۲۷	۱۷/۸	۹/۸۸
	درمان مثبت	۱۹/۶	۴/۲۷	۱۷/۶۶	۱۱/۳۴
	کنترل	-۱/۵۳	۷/۳۵	-۳/۳۳	۹/۰۹
پذیرش درد	درمان اکت	۲۵/۰۶	۵/۶۲	۱۴/۸	۷/۲۳
	درمان مثبت	۱۵/۲۶	۶/۶۳	۱۲/۲	۶/۷۵
	کنترل	۱/۰۶	۴/۸۶	۱/۵۳	۵/۶۴
تعهد کاری	درمان اکت	۲۱/۵۳	۶/۳۱	۱۷/۸۶	۷/۸۴
	درمان مثبت	۲۰/۴	۵/۵	۱۶/۹۳	۵/۷۹
	کنترل	-۲/۱۳	۱۷/۹۶	-۴/۶۶	۱۷/۳۷

آزمون لوین برای سنجش برابری واریانس‌های خطای متغیرهای وابسته و آزمون ام باکس برای سنجش برابری کوواریانس‌ها بین گروه‌ها انجام شد که با توجه به مقدار معنادار بودن برخی ابعاد نتایج مربوط به آن‌ها را بایستی با احتیاط تفسیر کرد. لذا شاخص لامبدای ویلکس نیز

مقایسه اثربخشی روان درمانی مثبت‌نگر و درمان پذیرش و ۱۵

گزارش شد که به این عامل کم‌تر وابسته است. در جدول ۲ مشاهده می‌شود، اندازه اثر پیلایی و لامبدای ویلکز در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری، معنادار بوده است. اندازه اثر نیز برای پس‌آزمون ۰/۸۷ و برای پیگیری ۰/۶۸ به دست آمده است.

جدول ۲: آزمون اثرات چند متغیری

مرحله	آزمون	مقدار	نسبت F	درجه آزادی فرضیه‌ها	درجه آزادی خطا	معناداری	اندازه اثر
پس‌آزمون	اثر پیلایی	۰/۸۷	۶۴/۵۰	۴	۳۹	۰/۰۰۱	۰/۸۷
	لامبدای ویلکز	۰/۱۳	۶۴/۵۰	۴	۳۹	۰/۰۰۱	۰/۸۷
پیگیری	اثر پیلایی	۰/۶۸	۲۱/۱۷	۴	۳۹	۰/۰۰۱	۰/۶۸
	لامبدای ویلکز	۰/۳۲	۲۱/۱۷	۴	۳۹	۰/۰۰۱	۰/۶۸

جدول ۳ مقادیر مرتبط با آزمون اثرات بین آزمودنی منعکس شده است. همان‌گونه که دیده می‌شود، تأثیر متغیر مستقل گروه بر هر چهار متغیر شدت درد، خودکارآمدی درد، پذیرش درد و تعهد کاری معنادار است.

جدول ۳: آزمون اثرات بین آزمودنی‌ها

منبع تغییرات	متغیر پاسخ	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	معناداری	ضرایب پاره‌ای اتا
پس‌آزمون	شدت درد	۱	۶۹۴۴/۰۲	۱۴۷/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۶۹
	خودکارآمدی درد	۱	۷۹۲۰/۲	۶۰/۴۹	۰/۰۰۱	۰/۴۹
	پذیرش درد	۱	۹۲۱۶/۳۵	۱۹۶/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۷۵
	تعهد کاری	۱	۷۷۰۹/۳۵	۲۳۲/۸۱	۰/۰۰۱	۰/۷۹
پیگیری	شدت درد	۱	۳۸۶۴/۲	۶۳/۳	۰/۰۰۱	۰/۵۳
	خودکارآمدی درد	۱	۴۵۴۰/۰۸	۳۴/۳	۰/۰۰۱	۰/۴۷
	پذیرش درد	۱	۵۱۶۲/۷۵	۵۰/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۵۱
	تعهد کاری	۱	۳۲۴۲/۷۵	۷۴/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۵۶

با توجه به معناداری تحلیل واریانس چند متغیره و تأثیر گروه بر متغیرهای پاسخ، برای پاسخ گویی به فرضیات تحقیق مقایسه جفتی میانگین متغیرهای ابعاد درد انجام شد. همان‌گونه که در جدول ۴ و ۵ مشاهده می‌شود، تفاوت میانگین‌های دو گروه آزمایش در کلیه ابعاد درد با کنترل اثر پیش‌آزمون اندک بوده است و از لحاظ آماری نیز هیچکدام معنادار نبوده است، در حالی که

۱۶ مطالعات روان‌شناختی / دوره ۱۴ / شماره ۱

تفاوت میانگین‌های هر یک از گروه‌های آزمایش با گروه کنترل در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری در کلیه ابعاد درد قابل ملاحظه و از لحاظ آماری نیز معنادار بوده است.

جدول ۴: مقایسه‌های زوجی تفاوت میانگین‌های تعدیل‌شده متغیرهای وابسته در پس‌آزمون

متغیر	گروه ۱	گروه ۲	تفاوت میانگین‌ها (۱-۲)	انحراف استاندارد	سطح معناداری
	اکت	مثبت	-۴/۲۶	۲/۵	۰/۰۹۶
شدت درد	اکت	کنترل	-۲۲/۶۶	۲/۵	۰/۰۰۱
	مثبت	کنترل	-۱۸/۴	۲/۵	۰/۰۰۱
	اکت	مثبت	۱/۱۳	۴/۱۷	۰/۷۸۸
خودکارآمدی درد	اکت	کنترل	۲۳/۶۶	۴/۱۷	۰/۰۰۱
	مثبت	کنترل	۲۲/۵۳	۴/۱۷	۰/۰۰۱
	اکت	مثبت	۵/۲۶	۲/۵	۰/۰۴۱
پذیرش درد	اکت	کنترل	۲۶/۴	۲/۵	۰/۰۰۱
	مثبت	کنترل	۲۱/۱۳	۲/۵	۰/۰۰۱
	اکت	مثبت	۹/۸	۲/۱	۰/۰۰۱
تعهد کاری	اکت	کنترل	۲۶/۱۳	۲/۱	۰/۰۰۱
	مثبت	کنترل	۱۶/۳۳	۲/۱	۰/۰۰۱

جدول ۵: مقایسه‌های زوجی تفاوت میانگین‌های تعدیل‌شده نمرات متغیرهای وابسته در پیگیری

متغیر	گروه ۱	گروه ۲	تفاوت میانگین‌ها (۱-۲)	انحراف استاندارد	سطح معناداری
	اکت	مثبت	-۱/۶۶	۲/۸۵	۰/۵۶
شدت درد	اکت	کنترل	-۱۷/۹۳	۲/۸۵۳	۰/۰۰۱
	مثبت	کنترل	-۱۶/۲۶	۲/۸۵۳	۰/۰۰۱
خودکارآمدی درد	اکت	مثبت	۰/۹۳	۴/۲	۰/۸۲
	اکت	کنترل	۲۲/۵۳	۴/۲	۰/۰۰۱
	مثبت	کنترل	۲۱/۶	۴/۲۰۱	۰/۰۰۱
	اکت	مثبت	۰/۱۳	۳/۷	۰/۹۷۱
پذیرش درد	اکت	کنترل	۲۱/۱۳	۳/۷	۰/۰۰۱
	مثبت	کنترل	۲۱	۳/۷	۰/۰۰۱
	اکت	مثبت	۲/۶	۲/۴	۰/۲۸
تعهد کاری	اکت	کنترل	۱۶/۳۳	۲/۴	۰/۰۰۱
	مثبت	کنترل	۱۳/۷۳	۲/۴	۰/۰۰۱

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه درباره اثربخشی روان درمانی مثبت‌نگر بر ابعاد درد بیماران میگرنی نشان داد شدت درد بیماران میگرنی پس از دریافت جلسات روان درمانی مثبت‌نگر بهبود یافته و پیگیری سه ماهه نیز نشان‌دهنده پایداری درمان است. همچنین نتایج نشان‌دهنده این بود که خودکارآمدی درد و پذیرش درد این بیماران بلافاصله پس از درمان و در مرحله پیگیری افزایش یافته که حاکی از اثربخشی و پایداری اثرات درمانی با گذشت زمان است. این نتایج با یافته‌های استونینگتون (۲۰۱۶)، فاینان (۲۰۱۵)، لامبرت (۲۰۱۴)، الکساندرا (۲۰۱۵) و هاول (۲۰۱۵) مطابقت دارد.

در تبیین اثربخشی روان درمانی مثبت‌نگر می‌توان گفت که برخی از فعالیت‌های مثبت شامل قدردانی، مهربانی، خوش‌بینی، شناسایی و به‌کارگیری توانمندی‌ها، یادداشت وقایع مثبت روزانه و بخشش به افزایش بهزیستی روانی، احساس لذت، درگیری در فعالیت‌ها و پذیرش درد و احساس معنا در زندگی منجر می‌شوند. پذیرش درد به نوبه خود به شدت درد کم‌تر و فعالیت‌های روزانه بیشتر منجر می‌شود. همچنین فرضیه تاب‌آوری در روان‌شناسی مثبت بیان می‌کند که هیجان‌های مثبت ما یک مارپیچ صعودی از بهزیستی به وجود می‌آورند (فردریکسون، ۲۰۰۰). ایده مارپیچ صعودی بهزیستی، در مقابل ایده رایج مارپیچ نزولی افسردگی است. وقتی آدمیان تجارب منفی و در نتیجه خلق منفی دارند، در این حالت دچار دید تونلی می‌شوند که اغلب به تفکر منفی و بدبینانه منجر می‌شود. این تفکر منفی به خلق منفی بیشتری منجر می‌شود که می‌تواند مارپیچ رو به پایین را خیلی سریع کند. در مقابل هیجان‌های مثبت چشم بندها را کنار می‌زنند و به آدمیان اجازه می‌دهند که احتمال‌های بیشتری را در نظر بگیرند و خوشبینانه‌تر ببینند. افرادی که هیجان‌های مثبت را تجربه می‌کنند، تجربه مارپیچ صعودی بهزیستی را تجربه می‌کنند و این باعث می‌شود که از خودشان لذت ببرند. با وجود این، مهم‌تر از همه این موارد اینکه مارپیچ صعودی بهزیستی باعث ایجاد جعبه ابزاری از مهارت‌های سازگاری در فرد می‌شود. ازین رو کسانی که هیجان‌های مثبت را تجربه می‌کنند بهتر می‌توانند با شرایط سخت و نامساعد در زندگی کنار بیایند و تاب‌آوری بیشتری دارند (فردریکسون، ۲۰۰۰).

بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ابعاد درد بیماران میگرنی نشان‌دهنده این بود که این درمان به گونه مؤثر موجب کاهش شدت درد و بهبود سطح خودکارآمدی و پذیرش درد می‌شود. نتایج این بخش از پژوهش با یافته‌های مولرو کوین (۲۰۱۶)، دیندو و همکاران (۲۰۱۴)، وولس و مک کراکن (۲۰۱۵)، لوسیانو و همکاران (۲۰۱۴) و بوهرمن و همکاران (۲۰۱۳) مطابقت دارد.

در تبیین چگونگی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌توان گفت که این رویکرد درمانی از فرایندهای پذیرش، تمرکز ذهنی، تعهد و فرایندهای تغییر رفتار به منظور ایجاد انعطاف‌پذیری استفاده می‌کند و بر پذیرش هر چه بیشتر، آگاهی متمرکز بر لحظه حال و درگیری و مشارکت در فعالیت‌هاییت‌آکید دارد که در راستای ارزش‌های شخصی است. به نظر می‌رسد که پذیرش فرایندی کلیدی در دستاوردهای درمانی کاهش اثر تجربیات دردناک بر کارکردهای هیجانی و همچنین پیش‌بین کارکردهای فرد در آینده است.

نتایج این بررسی در خصوص مقایسه اثربخشی این دو شیوه درمانی حاکی از برابری نسبی آن‌ها بود. به عبارت دیگر یافته‌ها نشان داد که هر دو نوع درمان تقریباً به یک میزان موجب بهبود و ارتقاء ابعاد درد در بیماران مبتلا به میگرن می‌شوند. در این زمینه پژوهش مشابه ایرانی یا خارجی موجود نیست. اما آنچه مشخص است شباهت‌هایی بین دو شیوه درمانی وجود دارد که نتایج درمانی مشابه را می‌تواند توجیه کند. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، بهزیستی روانی، ارزش‌ها و توانمندی‌ها، تأکید بر ذهن آگاهی و حضور در لحظه حال، پذیرش و رهایی از رنجش‌ها از جمله مفاهیم مشترک در روان‌درمانی مثبت‌نگر و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش است. درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش سعی در افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی افراد دارد و در این جهت مهارت‌های پذیرش و حرکت در جهت ارزش‌ها را تقویت می‌کند و روان‌درمانی مثبت‌نگر در راستای ارتقاء بهزیستی افراد سعی در آموزش مهارت‌های تاب‌آوری، تقویت توانمندی‌ها، بالابردن سطح عاطفه مثبت و افزایش رضایت از زندگی دارد که این نیز نهایتاً خود کارآمدی و پذیرش را در افراد افزایش می‌دهد.

براساس یافته‌های حاصل از این پژوهش می‌توان اذعان کرد که اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر می‌تواند با رویکرد پذیرش و تعهد برابری کند که طی سالیان اخیر پشتوانه پژوهشی خوبی کسب کرده است. پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی از جمله محدود بودن دامنه سنی و

تحصیلات گروه هدف و عدم دسترسی به سایر افراد مبتلا که به مراکز درمانی مراجعه نکرده‌اند و همچنین محدود بودن منطقه اجرای پژوهش (صرفاً استان یزد) و اعتماد به آزمون‌های خودگزارشی بیماران مواجه بود. لازم است در این حوزه با نمونه‌های متفاوت و متعدد اثربخشی روان درمانی مثبت مطالعه شود. همچنین کارایی روان درمانی مثبت‌نگر در میان سایر بیماری‌های خاص در حیطه روان‌شناسی سلامت نیز می‌تواند آزمون شود. بررسی اثربخشی روان درمانی مثبت‌نگر در مقایسه با سایر روش‌های درمانی رایج درمورد بیماری می‌گرن نیز می‌تواند به تأیید این رویکرد درمانی در جهت درمان بیماری می‌گرن کمک کند. در صورت همگرایی نتایج می‌توان در حوزه روان‌شناسی سلامت نیز از آموخته‌های روان‌شناسی مثبت سود جست. همچنین درباره تلفیق درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و روان درمانی مثبت‌نگر می‌توان تحقیق کرد و از فنون مکمل در این دو روش روان‌درمانی برای نتیجه‌گیری بهتر از درمان استفاده شود.

منابع

- ابوالقاسمی، عباس (۱۳۹۰). ارتباط تاب‌آوری، استرس و خودکارآمدی با رضایت از زندگی در دانش‌آموزان دارای پیشرفت تحصیلی بالا و پایین، فصلنامه مطالعات روانشناختی، ۷(۴):۱۳۱-۱۵۲.
- رسول‌زاده طباطبایی، رسول، حقیقت، فرشته و زادهوش، سمیه (۱۳۹۱). تأثیر درد بر جنبه‌های مختلف زندگی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس، فصلنامه مطالعات روانشناختی، ۸(۱):۹۵-۱۱۶.
- نایب حسین‌زاده، سپیده، فتح‌الله‌زاده، نوشین، سعادت، نادره و رستمی، مهدی (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش کیفیت زندگی و خود شفقتی مادران کودکان ناتوان، فصلنامه مطالعات روان‌شناختی، ۱۲(۳):۱۰۳-۱۲۲.
- Abolghsemi, A. (2011). stress and self-efficacy with life satisfaction in students with high and low academic achievement. *Journal of Psychological Studies*. 7(4):131-152(Text in Persian).
- Alexandra, L., Jensen, M. P. and Molton. I. R. (2015). Association between age, distress, and orientations to happiness in individuals with disabilities. *Rehabilitation Psychology*. 60(1):27-35.
- Buhrman, M., Skoglund, A. and et al. (2013). Guided internet-delivered acceptance and commitment therapy for chronic pain patients: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*. 51(6): 307-315.
- Dindo, L. and Marchman, J. (2015). Depression and disability in migraine: the role of pain acceptance and values-based action. *International journal of behavioral medicine*. 22(1):109-17.
- Finan, P. H. and Garland, E. (2015). The role of positive affect in pain and its treatment. *Clinical Journal of pain*. 31(2): 177-187.
- Fredrickson BL. (1998). What good are positive emotions? *Review of general psychology*. 2(3):300.
- Gillanders, S, T., Ferreira, N, B. and Bose, E. (2013). The relationship between acceptance, catastrophizing and illness representations in chronic pain. *Journal of Pain*. 17(6):893-902.
- Howell, A. J., Jacobson, P. M. and Lorsen. D. J. (2015). Enhanced psychological health among chronic pain clients engaged in hope-focused group counseling. *The Counseling Psychologist*. 43 (4): 586-613.
- Jensen, M., Karoyl, P. (2000). Self-report scale and procedure for assessing pain in adults. New York: Guilford.
- Kelly, R., Peck, M.A., Todd, A. S. and FAHS Steven, M. (2015). Traditional and alternative treatments for depression: implications for migraine management.

The Journal of Head and Face Pain. 55(2):351-355.

Kaiser, R. S. and Mooreville, M. (2015). Psychological interventions for the management of chronic pain: A review of current evidence. *Curr Pain Headache.* 19(9):43.

Lombert, L. T., Molvier, N. and Thompson, D. (2014). Happiness intervention decreases pain and depression, boosts happiness among primary care patients. *Primary Health Care Research and Development.* 16(2): 114-126.

Luciano. J. V., Gullar. J. A. and et. al. (2014). Effectiveness of group acceptance and commitment therapy for fibromyalgia: A 6-month randomized controlled trial. *Pain.* 155(4):693-702.

McCracken, L, M. and Vowles, K, E.(2014). Acceptance and commitment therapy and mindfulness for chronic pain: model, process, and progress. *The American psychologist.* 69(2):178-87.

Muller, R. and Kevin, G. (2016). Effects of a tailored positive psychology intervention on well-being and pain in individuals with chronic pain and a physical disability: a feasibility trial. *Journal of pain.* 3(1):32-44.

Naeb Hossianzade S, Fathzade, N., Saadati, N. and Rostami, M. (2016) . The effectiveness of adherence-based treatment and commitment to improving the quality of life and self-affection of mothers of disabled children. *Journal of Psychological Studies.*;12(3):103-122(Text in Persian).

Nicholas, M,K. (2007). The Pain self-efficacy questionnaire: taking pain into account. *Journal of Pain.* 11(2):153-163.

Tabatabaei Rasoulzade R, Haghigat, F. and Zadhosh, S. (2012) . Impact of pain on various aspects of life in patients with multiple sclerosis. *Journal of Psychological Studies.* 8(1):95-116(Text in Persian).

Vonkorff, M., Ormel, J., keefe, F.J.,and Dworkin, S. F. (1992). Grading the severity of chronic pain. *Pain.* 50(2):133-149.

Vowles KE and McCracken LM. (2015).Patient functioning and catastrophizing in chronic pain: the mediating effects of acceptance *Health Psychol.* 27(2): 136-143.

Vowles, K, E. and Thompson, M. (2011). *Acceptance and commitment therapy for chronic pain.* Okland: New Harbinger.

Abstracts

Psychological Studies
Faculty of Education and Psychology,
Alzahra University

Vol.14, No.1
Spring 2018

**Comparison of Effectiveness of Positive Psychotherapy
and Acceptance and Commitment Therapy on Aspects of
Pain in Patients with Migraine**

Mojgan Behrad*, Shahrokh Makvand Hosseini**,
Mahmood Najafi***, Ali Mohammad Rezaei**** &
Eshagh Rahimian Boogar*****

Abstract

The purpose of the present study was to compare the effectiveness of positive psychotherapy and acceptance and commitment therapy on different aspects of pain in migraine patients. A randomized controlled trial design with pre-test, post-test and follow-up paradigm were applied. A total number of 45 patients suffering from migraine checked for inclusion and exclusion criteria and were assigned to 3 groups of two experimental groups and a control group. Instruments were included Pain Questionnaire, Chronic Pain Acceptance Questionnaire and Self-efficacy of Pain Questionnaire which administered in pre-test, post-test and follow-up stages. Two experimental groups undergone 8 group sessions of 90 min acceptance and commitment therapy (ACT) and group positive psychotherapy (PPT), whereas no intervention received by control group except simple meeting with the therapist. Data extracted from questionnaires and analyzed by a multivariate analysis of covariance (MANCOVA). Results were shown significantly differences for experimental groups and control group in pain, pain

* PhD Candidate of Psychology, Semnan University, Semnan, Iran.

** Corresponding Author: Shahrokh Makvand-Hoseini, Associate Professor (PhD):
Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran.

*** Assistant Professor: Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan
University, Semnan, Iran.

**** Assistant Professor: Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan
University, Semnan, Iran.

***** Assistant Professor: Faculty of Psychology and Educational Sciences,
Semnan University, Semnan, Iran.

received: 2017-10-22 accepted :2018-06-23

DOI: 10.22051/psy.2018.17616.1505

..... Psychological Studies Vol.14 , No.1, Spring 2018

acceptance and self-efficacy of pain, whereas no significant differences found for positive psychotherapy and acceptance and commitment therapy. It could be concluded that the positive psychotherapy and acceptance and commitment therapy can be applied by therapists as a complementary therapy in clinics and therapeutic centers in migraine treatment.

Keywords

Acceptance and commitment therapy, Aspects of Pain, Positive psychotherapy, Migraine