

Original Article

Comparative Efficacy of Mindful Self-Compassion Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Alexithymia and Pain Anxiety in Employed Women with Migraine

Adeleh Yousefi Siakoucheh¹, PhD Candidate; Mohammad Narimani^{2*}, PhD; Nader Hajloo², PhD

¹Department of General Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Mohaghegh Ardabili University, Ardabil, Iran

²Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Mohaghegh Ardabili University, Ardabil, Iran

Article Information

Article History:

Received: March 09, 2024

Accepted: May 13, 2024

*Corresponding Author:

Mohammad Narimani, PhD;
Department of Psychology, Faculty of
Educational Sciences and Psychology,
Mohaghegh Ardabili University,
Ardabil, Iran

Email: narimani@uma.ac.ir

Abstract

Introduction: Migraine headaches, as a neurogenic disorder, significantly impact patients' psychological well-being. This study aimed to compare the effectiveness of Mindful Self-Compassion Therapy (MSCT) and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in addressing alexithymia and pain anxiety among employed women with migraine.

Methods: This study employed a quasi-experimental design with a pretest-posttest framework with a control group. The target population comprised employed women suffering from migraine headaches in Rasht (Iran), in 2023. A purposive sampling method was used to select 60 participants, who were then randomly allocated into three equal groups (n=20 per group, two intervention groups, and one control group). Assessment tools included the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), measuring difficulty identifying feelings, difficulty describing feelings, and externally oriented thinking, and the Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20). Both intervention groups received eight 90-minute sessions of their respective therapies. Data were analyzed using multivariate analysis of covariance (MANCOVA) in SPSS software (version 26).

Results: After controlling for pretest scores, significant between-group differences emerged in posttest measures of alexithymia components (difficulty identifying emotions, difficulty describing emotions, externally oriented thinking) and pain anxiety. However, no significant differences ($P>0.05$) were observed between the MSCT and ACT groups' outcomes at post-test.

Conclusion: Both MSCT and ACT demonstrated comparable efficacy in mitigating the psychological consequences of migraine, particularly in reducing alexithymia and pain anxiety.

Keywords: Self compassion, Acceptance and Commitment Therapy, Affective Symptoms, Pain, Anxiety, Migraine Disorders

Please cite this article as:

Yousefi Siakoucheh A, Narimani M, Hajloo N. Comparative Efficacy of Mindful Self-Compassion Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Alexithymia and Pain Anxiety in Employed Women with Migraine. Sadra Med. Sci. J. 2025; 13(2): 216-229. doi: 10.30476/smsj.2025.102013.1508.



مجله علوم پزشکی صدرا

<https://smsj.sums.ac.ir/>


مقاله پژوهشی

مقایسه اثربخشی درمان شفقت به خود ذهن آگاه، و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ناگویی هیجانی و اضطراب درد زنان شاغل مبتلا به سردرد میگرنی

عادلہ یوسفی سیاهکوپه^۱، محمد نریمانی^{۲*}، نادر حاجلو^۲ 

^۱روانشناسی عمومی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران
^۲گروه روان شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

چکیده

اطلاعات مقاله

تاریخچه مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۲/۱۹

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۲/۲۴

نویسنده مسئول:

محمد نریمانی،

گروه روان شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی،

دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

پست الکترونیکی: m_narimani@uma.ac.ir

مقدمه: سردرد میگرنی به عنوان یک اختلال نوروفیزیکی می تواند روی سلامت روانی بیماران هم تأثیر بگذارد. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شفقت به خود ذهن آگاه، و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ناگویی هیجانی و اضطراب درد زنان شاغل مبتلا به سردرد میگرنی انجام شد.

مواد و روش ها: روش پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل زنان شاغل مبتلا به سردرد میگرنی شهر رشت در سال ۱۴۰۲ بود که از بین آن ها ۶۰ نفر به روش هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه ۲۰ نفری آزمایش و گواه جای گذاری شدند. جهت جمع آوری داده از پرسشنامه ناگویی هیجانی و اضطراب درد استفاده شد. هر دو گروه آزمایش مداخلات پذیرش و تعهد و شفقت به خود ذهن آگاه را به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای دریافت کردند. در نهایت داده ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیری در نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شد.

یافته ها: با کنترل اثر پیش آزمون بین میانگین ناگویی هیجانی (دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات، تفکر بیرون مدار) و اضطراب درد بیماران و پس آزمون سه گروه تفاوت معنی داری وجود دارد و علاوه بر این بین میانگین پس آزمون گروه شفقت به خود ذهن آگاه و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تفاوت معناداری در سطح ۰/۰۱ مشاهده نشد.

نتیجه گیری: نتایج به دست آمده مشخص کرد هر دو درمان می توانند به عنوان گزینه های مؤثر برای کاهش اثرات مخرب سردرد میگرنی روی سلامت روانی زنان مبتلا به سردرد میگرنی مورد استفاده قرار گیرند.

کلمات کلیدی: خودشفقتی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، علائم هیجانی، درد، اضطراب، اختلالات میگرنی

لطفاً این مقاله را به این صورت استناد کنید:

یوسفی سیاهکوپه ع، نریمانی م، حاجلو ن. مقایسه اثربخشی درمان شفقت به خود ذهن آگاه، و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ناگویی هیجانی و اضطراب درد زنان شاغل مبتلا به سردرد میگرنی. مجله علوم پزشکی صدرا. دوره ۱۳، شماره ۲، بهار ۱۴۰۴، صفحات ۲۱۶-۲۲۹.

پیدا کند. همین موضوع باعث عدم همدلی، فاقد هرگونه ابراز عاطفی، مشکل در خودآگاهی، بی‌قراری و تشدید درد در آن‌ها می‌شود (۱۲). در این زمینه، یالینای^۶ و همکاران (۱۳) در پژوهش خود ارتباط بین اضطراب، افسردگی و ناگویی هیجانی را در بیماران مبتلا به میگرن بررسی کردند. یافته‌های به‌دست‌آمده از شدت بالای ناگویی هیجانی در بین بیماران مبتلا به میگرن حکایت داشت و موجب افزایش اضطراب و افسردگی در آن‌ها شد. گالی^۷ و همکاران (۱۴) در پژوهشی ناگویی هیجانی را در بیماران مبتلا به میگرن مزمن و اپیزودیک^۸ مورد بررسی قرار دادند. یافته‌های به‌دست‌آمده مشخص کرد دو گروه شرکت‌کننده از نظر مشکل در توصیف احساسات تفاوت معناداری دارند. اما هر دو گروه از ناگویی هیجانی بسیار بالایی برخوردارند که موجب تشدید سردرد در آن‌ها می‌شود. بسیاری از بیماران مبتلا به سردرد تنشی و میگرنی به علت تجارب بدی که از حملات سردرد خود دارند، ممکن است یک اضطراب درد^۹ ضعیف تا شدید را تجربه کنند (۱۵). اضطراب مرتبط با درد یک تجربه فراگیر و عمومی در انسان است (۱۶) و جنبه‌های مختلف جسمانی (شامل افزایش ضربان قلب)، شناختی (شامل افکار منفی درباره درد)، رفتاری (شامل رفتارهای اجتنابی) و عاطفی (شامل ترس از درد) را در بر می‌گیرد (۱۷). بیماران میگرنی به علت تجربه گاه‌بگاه حملات تنشی، ترس و اضطراب خفیف تا شدیدی با بروز سردرد تجربه می‌کنند (۱۸). در برخی مواقع این اضطراب خود به خود موجب ایجاد میگرن شدید در افراد می‌شود (۱۹). در این راستا، لیگتارت^{۱۰} و همکاران (۲۰) در مطالعه‌ای نشان دادند که افسردگی و اضطراب همراه با درد سبب می‌شود که بیماران مبتلا به میگرن از سردرد مزمن بیشتری رنج ببرند. فولر-تامسون^{۱۱} و همکاران (۲۱) در پژوهشی به بررسی ارتباط اضطراب، درد و میگرن پرداختند. طبق نتایج به‌دست‌آمده ۶ درصد از بیماران مبتلا به میگرن اضطراب فراگیر داشتند. همچنین این افراد نسبت به سایر بیماران درد بیشتری تجربه می‌کردند که باعث تشدید میگرن در آن‌ها می‌شد.

در کنار مداخلات دارویی و پزشکی، از جمله درمان‌های روان‌شناختی کارآمدی که می‌تواند در رابطه با زنان مبتلا به سردرد میگرنی مورد استفاده قرار گیرد،

سردرد میگرنی^۱ یک اختلال فراگیر عصبی-شناختی محسوب می‌شود که با احساس سرگیجه، حالت تهوع، حساسیت داشتن به نور و صدا، دردهای شدید کوتاه یا طولانی‌مدت، بدن درد مزمن در سطوح مختلف همراه است (۱). میگرن یک بیماری شایع است که در جنس و سنین مختلف مشاهده می‌شود، اما بررسی‌های انجام شده مبین شیوع بالای آن در زنان است (۲). زنان به علت طولانی بودن مدت سردرد، دفعات حملات بیشتر، و تأثیر شدیدتر بر کارایی فرد در محل کار، سطوح بالاتری از ناتوانی مرتبط با سردرد را تجربه می‌کنند (۳). هورمون‌های جنسی از جمله استروژن^۲، تستوسترون^۳، و پروژسترون^۴، به ویژگی‌های دوشکلی جنسی و شیوع میگرن در مردان و زنان کمک می‌کنند (۴). در رابطه با شیوع‌شناسی میگرن نتایج پژوهش مروری کریمی و همکاران (۵) از شیوع ۴۳ درصدی میگرن در سرتاسر جهان حکایت کرد که ۱۶ تا ۸۳ درصد از آن‌ها همراه با اضطراب بود. زارعی و همکاران (۶) در مطالعه‌ای به بررسی شیوع‌شناسی و عوامل مرتبط با میگرن در دانشجویان ایرانی پرداختند. یافته‌های به‌دست‌آمده نشان داد ۸۱/۵۳ درصد از افراد سردرد را تجربه کرده بودند که ۶/۹ درصد از آن‌ها میگرن بودند.

بررسی‌های صورت گرفته در رابطه با سردرد میگرنی تأثیرات ابعاد شناختی و هیجانی در این بیماری را تأیید می‌کند (۷). در این زمینه یکی از مهم‌ترین متغیرهایی که موجب تشدید بیماری و درد در این افراد می‌گردد، ناگویی هیجانی^۵ است (۸). ناگویی هیجانی به معنای عدم درک درست احساسات و هیجانات فرد در لحظه است (۹). به عبارت دیگر، ناگویی هیجانی یک ساختار چندبعدی است که با نقص در پردازش شناختی احساسات به‌طور گسترده‌ای موجب مشکلات هیجانی و روان‌شناختی در بیماران مبتلا به میگرن میشود (۱۰). وقتی بیماری در شناسایی و تنظیم هیجانات دچار مشکل و خطا باشد، در ابراز هیجان خود که در ناگویی هیجانی دیده می‌شود، دشواری قابل توجهی را تجربه خواهد کرد (۱۱). بیمار مبتلا به سردرد میگرنی وقتی در حالت ناگویی هیجانی بالا قرار دارد، نمی‌تواند کلمات مناسبی برای توصیف احساسات مثبت و منفی خود

6. Yalınay

7. Galli

8. Episodic

9. Pain Anxiety

10. Tomé-Pires

11. Fuller-Thomson

1. Migraine Headaches

2. Estrogen

3. Testosterone

4. Progesterone

5. Alexithymia

درمان شفقت به خود ذهن آگاه^{۱۲} است (۲۲). شفقت به خود یک شکل سالم خودپذیری است که بیانگر میزان پذیرش و قبول جنبه‌های نامطلوب زندگی است (۲۳). در درمان خود شفقت‌ورزی بیماران یاد می‌گیرند که از احساسات دردناک خود دوری نکنند، تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند و هیجانات خود را به‌درستی مدیریت نمایند (۲۴). شفقت به خود به بیماران کمک می‌کند تا به‌طور عمیق‌تری از احساسات، نیازها و وضعیت‌های خود آگاهی پیدا کنند. این آگاهی از وضعیت ذهنی و فیزیکی، فرد را قادر می‌سازد تا بهترین راه‌حل‌ها و روش‌های مدیریتی برای کنترل و پیشگیری از حملات میگردن را شناسایی کند (۲۵). شفقت به خود باعث می‌شود بیماران از تکنیک‌های تنفسی، مدیتیشن، و تمرینات آرام‌بخشی استفاده نمایند که با استفاده منظم از آن‌ها، فرد قادر خواهد بود کنترل بهتری روی علائم و عوارض میگردن داشته باشد (۲۶). همچنین براساس مطالعات انجام شده می‌توان اذعان داشت، درمان شفقت به خود ذهن آگاه با تأکید بر توسعه مهارت‌های فرد در قبال خودشناسی، خودمراقبتی، و ارتباط مثبت با خود و دیگران، می‌تواند به‌طور مؤثری در کاهش شدت و فراوانی حملات سردرد میگردنی تأثیرگذار باشد (۲۷).

از دیگر سو، بر اساس بررسی‌های انجام شده درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^{۱۳} نیز می‌تواند به‌صورت چشمگیری علائم سردرد را کاهش دهد (۲۸). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر آگاهی شخص، همراه با تعهد نسبت به عمل و پذیرش درد تأکید می‌کند؛ یعنی فرد بدون تلاش برای کنترل بر افکار مربوط به بیماری، به افکار مرتبط با بیماری اجازه حضور در ذهن می‌دهد (۲۹). هنگامی که این افکار و احساسات با گشودگی و پذیرش مشاهده شوند، حتی دردناک‌ترین آن‌ها کمتر تهدیدکننده‌اند و قابل پذیرش‌تر می‌شوند (۳۰). در این درمان سعی بر این است که به بیمار یاد داده شود که هرگونه فعالیتی برای اجتناب یا کنترل این تجارب روانی بی‌فایده است یا اثر منفی دارد و باید تجارب ایجادشده را بدون هیچ‌گونه واکنش برای حذف آن‌ها به‌طور کامل پذیرفت (۳۱). به عبارت دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک مداخله امیدوارکننده برای پریشانی مرتبط با بیماری‌های مزمن است، زیرا باعث افزایش انعطاف‌پذیری فرد به‌منظور مواجهه با عوامل استرس‌زا غیرقابل پیش‌بینی و کنترل می‌شود (۳۲).

12. Mindful Self-Compassion

13. Acceptance and Commitment Therapy

بیمار افکار و احساسات خود را بپذیرد و نسبت به تغییرات به وجود آمده متعهد باشد (۳۳). در این درمان به افراد آموزش داده می‌شود تا بر افزایش آگاهی روانی خود تمرکز کنند، نقاط مثبت خود را دوباره مورد سنجش قرار دهند و تلاش کنند تا قضاوت درستی در مورد مشکلات خود داشته باشند (۳۴).

بررسی‌های صورت گرفته در سطح جهان نشان می‌دهد که سردرد میگردنی از جمله بیماری‌های مزمنی است که عملکرد فرد را در ابعاد مختلف تحت تأثیر قرار می‌دهد. از آنجاکه سبک زندگی افراد طی سال‌های اخیر تغییرات زیادی داشته، تغذیه ناسالم شیوع و میزان استفاده از گوشی‌های هوشمند افزایش پیدا کرده است، همچنین به علت استرس‌های روزمره بسیاری از افراد جهان در خطر ابتلا به انواع بیماری مزمن و غیر مزمن قرار دارند. از طرف دیگر، با توجه به اینکه سردرد میگردنی پیامدهای جسمانی، روان‌شناختی، اجتماعی، اقتصادی، خانوادگی و تحصیلی زیادی به همراه دارد، قبل از هر چیزی لازم است در کنار درمان‌های پزشکی و دارویی از آموزش و درمان‌های روان‌شناختی استفاده گردد تا شاهد کنترل و بهبود شدت حملات و سردرد تنشی در بیماران مبتلا به میگردن باشیم. در همین راستا، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی شفقت به خود ذهن آگاه، و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ناگویی هیجانی و اضطراب درد زنان شاغل مبتلا به سردرد میگردنی انجام شد.

مواد و روش‌ها

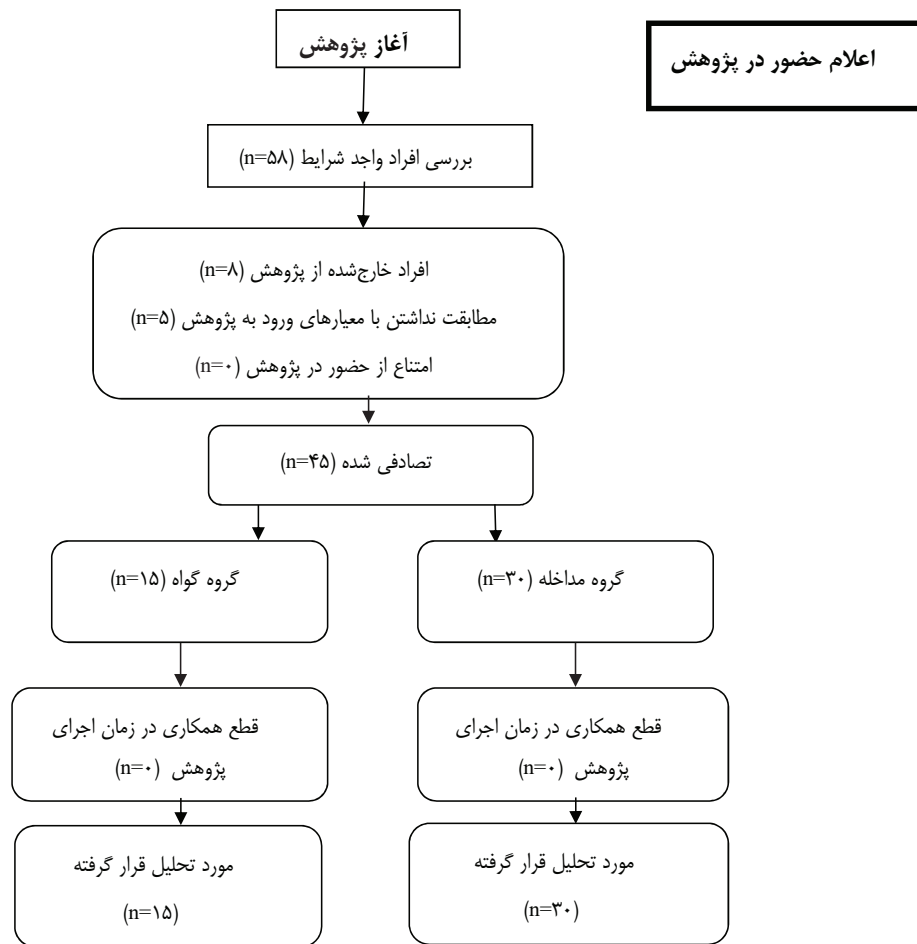
روش پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه گواه بود.

جامعه آماری

جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه زنان شاغل مبتلا به سردرد میگردنی شهر رشت در سال ۱۴۰۲ بود که در زمان نمونه‌گیری برای درمان سردرد خود به کلینیک‌های مغز و اعصاب شهر رشت (درمانگاه بعثت و کلینیک بوسار) مراجعه کرده بودند (شکل ۱).

معیارهای ورود و خروج

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل رضایت شخصی، داشتن سواد خواندن و نوشتن، سابقه ابتلا به بیماری سردرد میگردنی در ۲ سال گذشته، و دامنه سنی ۱۵ تا ۵۰ سال بود و نیمه کاره رها کردن پرسشنامه‌ها، غیبت



شکل ۱. نمودار کانسورت

اطلاعاتی در مورد جنس، سن، وضعیت تأهل، مدت زمان بیماری و تحصیلات شرکت کنندگان به محققان ارائه داد.

• مقیاس آلکسی تایمیا تورنتو (TAS-20)^{۱۴}:

مقیاس ۲۰ گویه‌ای آلکسی تایمیا توسط بگبی^{۱۵} و همکاران در سال ۱۹۹۴ طراحی شد و شامل سه خرده مقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر بیرون مدار است (۳۶). شیوه نمره گذاری این مقیاس براساس لیکرت پنج درجه‌ای^{۱۶} ۱ (کاملاً مخالف) تا ۵ (کاملاً موافق) انجام می‌شود. به این ترتیب حداقل و حداکثر نمره در این مقیاس ۲۰ تا ۱۰۰ است. افرادی که در این پرسشنامه نمره ۶۱ به بالا کسب کنند به عنوان افراد واجد آلکسی تایمیای بالا مشخص می‌شوند. بگبی و همکاران (۳۶) پایایی این پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ و ضریب پایایی بازآزمایی ۰/۷۷ گزارش کردند. در ایران نیز مقیاس آلکسی تایمیا در دو مطالعه جداگانه برای استفاده از روی گروهی از معنادان و همچنین گروه‌های بالینی و غیر بالینی ترجمه و اعتباریابی شده است. در

بیش از دو جلسه، شانس جواب دادن به سؤالات، عدم ابتلا به اختلالات روان پزشکی حاد، و عدم اعتیاد به مواد مخدر و الکل به عنوان ملاک‌های خروج از مطالعه نظر گرفته شدند.

حجم نمونه و روش نمونه‌گیری

پس از کسب رضایت از مسئولان کلینیک‌ها و بیماران، ۶۰ بیمار از بین بیمارانی که توسط روانپزشک یا متخصص مغز و اعصاب تشخیص ابتلا به سردرد میگرن در آن‌ها محرز شده بود، انتخاب و به صورت تصادفی (قرعه کشی) به سه دو گروه آزمایش شفقت به خود ذهن آگاه (۲۰ بیمار) پذیرش و تعهد (۲۰ بیمار) و یک گروه گواه (۲۰ بیمار) تقسیم شدند. به منظور تعیین حجم نمونه، با در نظر گرفتن $d=0/7$ ، $a=0/5$ ، $\beta=0/8$ و با استفاده از نرم افزار G*Power نسخه ۱/۳، حجم نمونه در هر گروه ۱۷ نفر محاسبه شد و با احتساب ۲۰ درصد ریزش، ۲۰ نفر در نظر گرفته شد (۳۵).

ابزار گردآوری داده‌ها

• چک لیست جمعیت شناختی: این پرسشنامه

14. Toronto Alexithymia Scale

15. Bagby

16. Five-point Likert scale

جدول ۱. خلاصه جلسات درمانی شفقت به خود ذهن آگاه (۴۰)

جلسات	عنوان جلسات	شرح جلسات
۱	درک شفقت به خود ذهن آگاه	تشریح چگونگی انجام کار، علت انتخاب افراد، آشنایی با گروه و مقررات حاکم بر آن آشنایی با مفهوم شفقت به خود.
۲	ذهن آگاهی	آشنایی با چگونگی تمرین ذهن آگاهی، هدایت خودکار، حضور ذهن از فعالیت‌های روزمره.
۳	تمرین مهربانی و مهر ورزیدن	فرصتی برای شفقت به خود، تکنیک دکمه فشار آدلر، با یک دوست چگونه رفتار می‌کنید؟ آموزش همدردی؛ شکل‌گیری و ایجاد احساسات بیشتر و متنوع‌تر در ارتباط با مسائل افراد برای افزایش مراقبت و توجه به سلامتی خود.
۴	یافتن جایگاه شفقت در خودتان	آگاهی از وقایع خوشایند، آموزش بخشایش، پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود به خاطر اشتباهات برای سرعت بخشیدن به ایجاد تغییرات. بازنگری: (مرور میانه درمان): در اواسط اجرای پروتکل یک جلسه بازنگری انجام می‌شود. در این جلسه درمانگران با درمان‌جویان پیشرفتشان را درباره مطالب آموخته‌شده از جلسه اول تا کنون را بررسی می‌کنند. بازخورد درمان‌جو نسبت به فرایند و پیشرفت درمانی نیز مورد بحث قرار می‌گیرد. درمانگر به افراد کمک می‌کند تا احساس آرامش کنند، به درون خود بنگرند و در هنگام بروز مشکلات واکنش مبتنی بر شفقت به خود را از خود نشان دهند.
۵	عمیق‌زدگی کردن	تعیین ارزش‌های زندگی، بررسی و کشف ارزش‌ها، آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی؛ ایجاد احساسات ارزشمند در خود تا بتوانند برخورد مناسب و کارآمدی با محیط داشته باشند.
۶	مدیریت احساسات و عواطف دشوار	احساسات منفی متداول در زندگی، مهارت مدیریت هیجان‌ها، آموزش پذیرش مسائل، پذیرش تغییرات پیش رو و تحمل شرایط سخت و چالش‌برانگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجهه‌شدن افراد با چالش‌های مختلف.
۷	تغییر روابط	ارتباط مؤثر، موانع ارتباط، قواعد ارتباط سازنده و مهربانانه با خود و دیگران
۸	قبول و پذیرش زندگی	شناسایی تعصبات منفی زندگی، اهمیت حفظ تعادل در تعصب، مرور و تمرین مهارت‌های ارائه‌شده در جلسات گذشته برای کمک به شرکت‌کنندگان تا بتوانند به روش‌های مختلف با شرایط متفاوت زندگی خود مقابله کنند.

مطالعه اول که روی ۳۲۱ معتاد زن و مرد انجام شد، پایایی پرسشنامه با شیوه ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌ها و نمره کل بین ۰/۷۱ تا ۰/۸۳ و با روش بازآزمایی به فاصله زمانی ۲ هفته، بین ۰/۶۱ تا ۰/۶۹ گزارش شد. همچنین روایی همزمان این پرسشنامه با پرسشنامه‌های هوش هیجانی، بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی آموخته‌شده نیز بررسی شده است. نتایج به‌دست‌آمده از روایی مطلوب مقیاس آلکسی‌تایمیا حکایت داشت. در مطالعه دوم نیز که روی ۱۷۵ بیمار مبتلا به افسردگی، اضطراب و وسواس و ۱۷۳ گروه غیر بیمار انجام شد، پایایی پرسشنامه با شیوه‌های ضریب آلفای کرونباخ^{۱۷} و بازآزمایی مطلوب گزارش گردید (۳۷). در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل و زیرمقیاس‌ها ۰/۷۹ تا ۰/۸۶ گزارش شد.

• **مقیاس علائم اضطراب درد (PASS-20)**^{۱۸}: مقیاس علائم اضطراب درد یک ابزار خودگزارشی است که برای ارزیابی اضطراب و واکنش‌های ترس مرتبط با درد در افراد مبتلا به دردهای مزمن توسط مک‌کراکن^{۱۹} و همکاران در سال ۱۹۹۲ ساخته شده است. فرم کوتاه این مقیاس ۲۰ گویه دارد و توسط مک‌کراکن و دینگرا در سال ۲۰۰۲ و براساس مقیاس اصلی ساخته شده است (۳۸). پژوهش‌ها نشان داده‌اند

که فرم کوتاه اقتباس خوبی از فرم اصلی مقیاس است. همبستگی متقابل بین دو فرم کوتاه و بلند ۰/۸۷ به‌دست‌آمده است (۳۸). دامنه نمرات فرم کوتاه بین ۰ تا ۱۰۰ است و شرکت‌کننده باید در دامنه‌ای از ۰ (هرگز) تا ۵ (همیشه) به سؤال‌های این مقیاس پاسخ دهد. در پژوهشی که توسط مک‌کراکن و دینگرا در سال ۲۰۰۲ انجام شد همسانی درونی فرم ۲۰ سؤالی با استفاده از آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۱ گزارش گردید (۳۸). در داخل ایران نیز پاک‌نژاد و همکاران (۳۹) در پژوهشی به بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس اضطراب درد در جامعه ایرانی پرداختند. طبق نتایج به‌دست‌آمده همسانی درونی فرم ۲۰ سؤالی با استفاده از آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و زیر مقیاس‌های آن بین ۰/۴۸ تا ۰/۸۷ گزارش گردید. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۷ به‌دست آمد.

• **برنامه مداخله‌ای: درمان شفقت به خود ذهن آگاه (MSCT)**^{۲۰}: به‌منظور بررسی و درمان زنان شاغل مبتلا به سردرد مزمن از درمان شفقت به خود ذهن آگاه نف و گرمر^{۲۱} (۴۰) طی ۸ جلسه (هر هفته دو جلسه) ۹۰ دقیقه گروهی استفاده گردید. همچنین در طول دوره، اعضای گروه آزمایش و گواه از درمان روتین خود برای کم‌درد برخوردار بودند (جدول ۱).

20. Mindful Self-Compassion Therapy
21. Neff & Germer

17. Cronbach's alpha coefficient
18. Pain Anxiety Symptoms Scale
19. McCracken

جدول ۲. محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای بیماران مبتلا به سردرد مزمن (۴۱)

جلسات	فعالیت‌ها
اول	برقراری رابطه درمانی، آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش، پاسخ به پرسشنامه و بستن قرارداد درمانی.
دوم	کشف و بررسی روش‌های درمانی بیمار و ارزیابی میزان تأثیر آن‌ها، بحث در مورد موقتی و کم اثر بودن درمان‌ها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
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 تکلیف.
چهارم	توضیح در مورد اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای آن، آموزش گام‌های پذیرش، تغییر مفاهیم زبان با استفاده از تمثیل، آموزش تن آرامی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
پنجم	معرفی مدل رفتاری سه‌بعدی به‌منظور بیان ارتباط مشترک رفتار/احساسات، کارکردهای روان‌شناختی و رفتار قابل مشاهده و بحث در مورد تلاش برای تغییر رفتار بر اساس آن، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
ششم	توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویش‌بین به‌عنوان یک بستر و برقراری تماس با خود با استفاده از تمثیل، آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌هایی که جزء محتوای ذهنی هستند، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
هفتم	توضیح مفهوم ارزش‌ها، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمند نمودن مراجع برای زندگی بهتر، تمرین تمرکز، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
هشتم	آموزش تعهد به عمل، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها، جمع‌بندی جلسات، اجرای پس‌آزمون

پژوهش استفاده شد. لازم به ذکر است سطح معنی‌داری در این پژوهش ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

ملاحظات اخلاقی

به‌منظور رعایت نکات اخلاقی در ابتدا شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه را تکمیل نمودند. همچنین قبل از پاسخ دادن به سؤالات برای شرکت‌کنندگان هدف و اهمیت پژوهش، اصل رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات شخصی و انجام تحلیل به‌صورت کلی بیان شد. همچنین کسب مجوز اخلاق با کد (IR.UMA.REC.1402.008) از کمیته اخلاق دانشگاه محقق اردبیلی به‌عنوان ملاحظات اخلاقی این مطالعه مدنظر گرفته شد.

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان این پژوهش شامل کلیه زنان شاغل مبتلا به سردرد میگرن شهر رشت در سال ۱۴۰۲ بود. از بین این افراد ۵۸ مورد بررسی اولیه قرار گرفت. پس از اینکه بیماران از نظر ملاک‌های ورود و خروج از پژوهش ارزیابی شدند، در انتها ۳۰ بیمار مبتلا به سردرد میگرنی به‌عنوان نمونه نهایی مطالعه انتخاب گردیدند (شکل ۱).

میانگین و انحراف معیار سنی زنان مبتلا به میگرن گروه آزمایش $32/49 \pm 5/73$ سال و بیماران گروه گواه $31/87 \pm 6/32$ سال بود. بر اساس نتایج

• درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT):^{۲۲}

به‌منظور بررسی و درمان زنان شاغل مبتلا به سردرد مزمن از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هیز^{۲۳} و همکاران (۴۱) طی ۸ جلسه (هر هفته دو جلسه) ۹۰ دقیقه گروهی استفاده گردید. همچنین در طول دوره، اعضای گروه آزمایش و گواه از درمان روتین خود برای کمردرد برخوردار بودند (جدول ۲).

روند اجرای پژوهش

پس از هماهنگی‌های لازم با کلینیک‌های مغز و اعصاب شهر رشت، پژوهشگر از میان مراجعان کلینیک‌ها، فقط زنان شاغلی که طی دو سال اخیر جهت درمان میگرن خود به کلینیک‌های مورد نظر مراجعه کرده بودند را انتخاب کرد. به‌صورت تصادفی ۶۰ نفر از آن‌ها انتخاب شدند و پرسشنامه‌های پژوهش در اختیار آن‌ها قرار داده شد.

تجزیه و تحلیل آماری

داده‌های حاصل از تکمیل پرسش‌نامه‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شد و از شاخص‌های آماری و تحلیل کوواریانس چند متغیری^{۲۴} و آزمون تعقیبی بونفرونی^{۲۵} به‌منظور آزمون فرضیه‌های

22. Acceptance and Commitment Therapy

23. Hayes

24. MANCOVA

25. Bonferroni post hoc test

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی مؤلفه‌های ناگویی هیجانی و اضطراب درد به تفکیک گروه‌های پژوهش

مؤلفه	مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی
دشواری در شناسایی احساسات	پیش‌آزمون	شفقت به خود	۱۸/۰۱	۵/۳۵	۰/۴۹۰	-۱/۲۹
		پذیرش و تعهد	۱۷/۹۵	۵/۲۸	۰/۴۶۱	-۰/۸۰۶
		گواه	۱۶/۲۵	۵/۴۲	-۰/۳۴۸	-۱/۴۵
	پس‌آزمون	شفقت به خود	۱۳/۰۵	۵/۲۸	۰/۵۳۶	-۱/۳۱
		پذیرش و تعهد	۱۳/۰۱	۵/۰۳	-۰/۶۱۵	-۰/۸۴۵
		گواه	۱۶/۰۸	۴/۶۴	-۰/۱۱۷	-۱/۵۱
دشواری در توصیف احساسات	پیش‌آزمون	شفقت به خود	۱۷/۰۱	۷/۰۴	۰/۵۲۳	-۱/۰۱
		پذیرش و تعهد	۲۰/۰۵	۶/۴۱	۰/۲۲۷	-۱/۱۲
		گواه	۱۵/۰۲	۷/۳۹	۰/۱۴۵	-۱/۲۹
	پس‌آزمون	شفقت به خود	۱۲/۰۲	۶/۷۹	۰/۶۲۵	-۱/۶۵
		پذیرش و تعهد	۱۶/۴۱	۶/۴۱	۰/۲۲۷	-۱/۱۲
		گواه	۱۵/۰۵	۶/۴۲	-۰/۳۴۱	-۱/۴۲
تفکر بیرون‌مدار	پیش‌آزمون	شفقت به خود	۲۱/۰۴	۱۱/۳۲	۱/۰۴	-۰/۵۶۱
		پذیرش و تعهد	۲۱/۰۵	۶/۱۵	۰/۹۵۲	-۰/۱۲۴
		گواه	۲۰/۸۵	۷/۵۸	۰/۱۶۴	-۰/۶۵۲
	پس‌آزمون	شفقت به خود	۱۶/۰۹	۱۰/۹۱	۱/۱۱	۰/۱۱۶
		پذیرش و تعهد	۱۶/۰۲	۵/۹۲	۰/۲۰۹	-۰/۵۹۸
		گواه	۲۰/۰۹	۷/۵۹	۰/۱۴۷	-۰/۶۷۴
اضطراب درد	پیش‌آزمون	شفقت به خود	۷۵/۵۵	۱۰/۷۵	-۰/۵۴	-۱/۲۵
		پذیرش و تعهد	۷۲/۵۵	۱۱/۴۶	-۰/۴۵	-۰/۹۱
		گواه	۷۲/۴۷	۱۲/۳۴	-۰/۸۳	۰/۵
	پس‌آزمون	شفقت به خود	۵۰/۸۵	۱۰/۲۶	-۰/۳۹	-۱/۰۶
		پذیرش و تعهد	۴۶/۰۶	۹/۸۳	-۰/۵۳	-۰/۳۶
		گواه	۷۰/۴۳	۱۰/۸۷	-۰/۹۹	۱/۳

پیش‌فرض‌هایی است که پیش از اجرای آزمون بررسی شدند. جهت بررسی پیش‌فرض نرمال بودن داده‌ها از شاخص کجی و کشیدگی استفاده شد و نتایج نشان داد که شاخص کجی و کشیدگی همه سطوح پژوهش در دامنه ۲ و ۲- قرار داشت که به معنای نرمال بودن داده‌های پژوهش است. به‌منظور بررسی همگنی واریانس خطای متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و گواه از آزمون لوین^{۲۸} استفاده شد. نتایج نشان از عدم معناداری آزمون لوین برای همه سطوح متغیرهای پژوهش در سطح ۰/۰۵ داشت. بنابراین شرط همگنی واریانس‌های بین گروهی رعایت شده است. نتایج آزمون ام‌باکس^{۲۹}، همگن بودن ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در تمام سطوح متغیر مستقل را تأیید کرد ($P > 0/05$). نتایج آزمون خی‌دو بارتلت^{۳۰} برای بررسی معناداری رابطه بین متغیرها نشان داد که رابطه بین آن‌ها معنادار است ($P < 0/01$).

به‌دست‌آمده بیشتر شرکت‌کنندگان دارای تحصیلات دانشگاهی (۳۷/۶ درصد کارشناسی) و مجرد (۵۹/۶ درصد) بودند. همچنین ۴۶/۹ درصد از زنان در سه سال گذشته از سردرد می‌گریزیدند. نتایج آزمون مجذور کای^{۲۶} نشان داد که گروه‌های مداخله و گواه از نظر سن، وضعیت تأهل، مدت‌زمان بیماری و تحصیلات، تفاوت معنی‌داری نداشتند ($P > 0/005$). در ادامه میانگین، انحراف معیار و شاخص‌های نرمالیتی^{۲۷} (کجی و کشیدگی) متغیرهای پژوهش ارائه شده است (جدول ۳).

نتایج (جدول ۳) نشان می‌دهد که میانگین نمرات تمام مؤلفه‌ها در هر دو گروه آزمایشی، در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون کاهش یافته است. برای بررسی اثربخشی درمان شفقت به خود ذهن آگاه و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر هر یک از خرده مؤلفه‌های ناگویی هیجانی و اضطراب درد زنان مبتلا به میگرن از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. استفاده از این تحلیل مستلزم رعایت

28. Levene's test

29. Box's M test

30. Bartlett's test

26. Chi-square test

27. Normality indices (Skewness and Kurtosis)

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای تعیین تفاوت گروهی در مؤلفه‌های ناگویی هیجانی و اضطراب درد

مؤلفه‌ها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
دشواری در شناسایی احساسات	۳۳۸/۷۹	۳	۱۱۲/۹۳	۴/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۲۱۱
دشواری در توصیف احساسات	۱۲۰۱/۵۳	۳	۴۰۰/۵۱	۱۶/۳۷	۰/۰۰۱	۰/۴۶۷
تفکر بیرون‌مدار	۲۲۰۰/۲۴	۳	۷۳۳/۴۱	۱۹/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۵۱۴
اضطراب درد	۶۴۵۹/۱۵	۲	۳۲۲۹/۵۷	۳۰/۲۴	۰/۰۰۱	۰/۵۳۵
دشواری در شناسایی احساسات	۳۳۸/۷۹	۳	۱۱۲/۹۳	۴/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۲۱۱
دشواری در توصیف احساسات	۱۲۰۱/۵۳	۳	۴۰۰/۵۱	۱۶/۳۷	۰/۰۰۱	۰/۴۶۷
تفکر بیرون‌مدار	۲۲۰۰/۲۴	۳	۷۳۳/۴۱	۱۹/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۵۱۴
اضطراب درد	۶۴۵۹/۱۵	۲	۳۲۲۹/۵۷	۳۰/۲۴	۰/۰۰۱	۰/۵۳۵

در کدام یک از مؤلفه‌های ناگویی هیجانی و اضطراب درد وجود دارد، نتایج تحلیلی کوواریانس چند متغیری ارائه شده است (جدول ۴).

با توجه به (جدول ۴) آماره F برای مؤلفه‌های دشواری در شناسایی احساسات (۴/۹۸)، دشواری در توصیف احساسات (۱۶/۳۷)، تفکر بیرون‌مدار (۱۹/۷۶)، و اضطراب درد (۳۰/۲۴) در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است که نشان می‌دهد بین چهار گروه در این مؤلفه‌ها تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین میزان اندازه اثر در (جدول ۴) نشان می‌دهد که عضویت گروهی ۰/۲۱۱ درصد از تغییرات دشواری در شناسایی احساسات، ۰/۴۶۷ درصد از تغییرات دشواری در توصیف احساسات، ۰/۵۱۴ درصد از تغییرات تفکر بیرون‌مدار، و ۰/۵۳۵ درصد از تغییرات اضطراب درد را تبیین می‌کند. با توجه به این یافته‌ها می‌توان ادعان داشت درمان شفقت به خود ذهن‌آگاه و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش مؤلفه‌های ناگویی هیجانی و اضطراب درد در زنان مبتلا به میگرن می‌شود. در ادامه جهت مقایسه اثربخشی درمان شفقت به خود ذهن‌آگاه و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر متغیرهای وابسته از نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شده است که (جدول ۵) گزارش شده است.

نتایج آزمون بونفرونی در (جدول ۵) نشان می‌دهد که در مؤلفه‌های ناگویی هیجانی و اضطراب درد تفاوت بین دو گروه آزمایش و گواه معنادار ولی با هم‌دیگر غیر معنادار بوده است. بدین معنا که هر دو درمان

همچنین عدم وجود داده‌های پرت چندمتغیری با استفاده از فاصله ماهالانوبیس^{۳۱} بررسی شد و نشان داد که داده پرت وجود ندارد و صحت این فرضیه تأیید گردید. علاوه بر این هم‌خطی بین متغیرهای وابسته با ضریب همبستگی بین جفت متغیرها بررسی شد و با توجه به اینکه تمامی ضرایب همبستگی بین جفت متغیرها در حد وسط بود این فرضیه نیز مورد تأیید قرار گرفت.

با توجه به حد متوسط ضرایب همبستگی می‌توان نتیجه گرفت که بین متغیرها همبستگی خطی چندگانه وجود ندارد، بنابراین با توجه به آماره‌های چندمتغیری مربوطه و معنادار نبودن لامبدای ویلکز^{۳۲} در سطح اطمینان ۹۵ درصد، مفروضه همگنی ضرایب رگرسیون^{۳۳} برقرار است. با توجه به برقراری مفروضه‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری، مجاز به استفاده از این آزمون آماری خواهیم بود. برای تعیین اثر کلی متغیر گروه بر مؤلفه‌های ناگویی هیجانی و اضطراب درد از آزمون لامبدای ویلکز استفاده شد که نتایج اثر کلی گروه معنادار است، زیرا F مربوط به آزمون لامبدای ویلکز با (۱۴/۱۷) و با درجه آزادی (۱۲) در سطح ۰/۰۰۱ معنادار و اندازه اثر آن (۰/۵۰۳) است؛ یعنی بین گروه‌های آزمایش و گواه حداقل در یکی از مؤلفه‌های ناگویی هیجانی و اضطراب درد تفاوت معناداری وجود دارد. برای تعیین اینکه این تأثیر کلی

31. Mahalanobis distance

32. Wilks' Lambda

33. Homogeneity of regression coefficients

جدول ۵. نتایج مقایسه زوجی مؤلفه‌های ناگویی هیجانی و اضطراب درد در گروه‌های آزمایش

مؤلفه‌ها	گروه	تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف معیار	معناداری
دشواری در شناسایی احساسات	پذیرش و تعهد	۰/۱۱۲	۱/۰۸	۰/۰۹۱
	شفقت به خود	۳/۱	۱/۱۴	۰/۰۰۱
	پذیرش و تعهد	۳/۲۲	۱/۲۱	۰/۰۰۱
دشواری در توصیف احساسات	پذیرش و تعهد	-۲/۴۳	۱/۱۲	۰/۰۳۵
	شفقت به خود	-۱/۶۲	۱/۱۹	۰/۰۲۸
	پذیرش و تعهد	۱/۴۲	۱/۲۶	۰/۰۳۷
تفکر بیرون‌مدار	پذیرش و تعهد	۱/۹۳	۱/۳۸	۰/۰۱۶
	شفقت به خود	-۲/۱۴	۱/۴۷	۰/۰۱۵
	پذیرش و تعهد	-۴/۰۷	۱/۵۵	۰/۰۱۱
اضطراب درد	پذیرش و تعهد	۴/۲۵	۳/۲۶	۰/۱۹۹
	شفقت به خود	-۱۹/۵۷	۳/۲۶	۰/۰۰۱
	پذیرش و تعهد	-۲۳/۸۲	۳/۲۶	۰/۰۰۱

در مقایسه با گروه گواه، تأثیر معناداری بر مؤلفه‌های ناگویی هیجانی (دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات، تفکر بیرون‌مدار) و اضطراب درد زنان مبتلا به میگرن داشته و تأثیر این درمان یکسان بوده است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی مقایسه اثربخشی درمان شفقت به خود ذهن آگاه و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ناگویی هیجانی و اضطراب درد زنان شاغل مبتلا به سردرد میگرنی انجام شد. نتایج به‌دست‌آمده مشخص کرد درمان شفقت به خود ذهن آگاه و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌صورت معناداری موجب کاهش ناگویی هیجانی (دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات، تفکر بیرون‌مدار) در زنان شاغل مبتلا به سردرد میگرنی شده است. یافته‌های این پژوهش در راستای مطالعات یالینای و همکاران (۱۳) و گالی و همکاران (۱۴) است. نتایج این مطالعه تأکید می‌کند که به‌طور مؤثر می‌توان از روش‌های درمانی مبتنی بر شفقت به خود ذهن آگاه و پذیرش و تعهد برای مدیریت و کاهش عوارض هیجانی در زنان مبتلا به سردرد میگرنی استفاده نمود.

درمان شفقت به خود ذهن آگاه از تکنیک‌های تنفس عمیق، مدیتیشن، تمرینات توجه به حالت

حاضر و تمرینات تمرکز بر احساسات و تجربیات استفاده می‌کند (۲۵). از طریق آگاهی از هیجانات و احساسات خود، افراد می‌توانند رفتارهای خود را بررسی کنند و واکنش بهتری در برابر موقعیت‌های استرس‌زا و ناراحت‌کننده داشته باشند (۲۲). درمان شفقت به خود ذهن آگاه به افراد کمک می‌کند تا احساسات و تجربیات خود را با آگاهی و مهربانی بررسی کنند. این رویکرد می‌تواند باعث افزایش توجه به احساسات و نیازهای شخصی شود و بیماران را به شناخت بهتر خود و واکنش بهتر در برابر احساسات هدایت کند (۲۶). با توجه به اینکه استرس و نگرانی از عوامل اصلی تحریک‌کننده میگرن محسوب می‌شوند، این روش می‌تواند به کاهش استرس و افزایش مدیریت هیجانات کمک کند که ممکن است منجر به کاهش شدت و فراوانی حملات میگرن شود (۳۷). از طرف دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به بیماران کمک می‌کند تا با پذیرش تجربیات و احساسات دشوار خود، به جای مقابله مستقیم با آن‌ها، پذیرش را اتخاذ کنند (۲۸). این رویکرد تأکید دارد که تلاش برای تغییر یا کنترل هیجانات ممکن است موجب ایجاد مشکلات بیشتر و افزایش درد و رنج شود. به جای آن، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به بیماران می‌آموزد که با پذیرش هیجانات و ادراک آن‌ها، برای رسیدن به اهداف مهم و ارزشمندشان متعهد شوند (۲۹). مطالعات نشان داده‌اند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

می‌تواند به کاهش ناگویی هیجانی کمک کند (۳۸). با پذیرش هیجانات و ادراک آن‌ها به جای تقاضای بیشتری برای کنترل آن‌ها، افراد می‌توانند بهبود قابل توجهی در مدیریت هیجانات خود داشته باشند. این رویکرد همچنین افراد را تشویق می‌کند که با توجه به ارزش‌ها و اهداف شخصی خود، رفتارهایی متعهدانه انجام دهند که به کاهش ناگویی هیجانی و درد آن‌ها منجر شود (۲۸). با توجه به اینکه می‌گرن می‌تواند به‌طور مستقیم تحت تأثیر احساسات و استرس قرار گیرد، ارائه این دو روش درمانی به زنان شاغل مبتلا به می‌گرن می‌تواند بهبود قابل توجهی در سلامت روانی آنان به ارمغان آورد (۳۴).

از دیگر سو، یافته‌های پژوهش حاضر نشان دادند که درمان شفقت به خود ذهن‌آگاه و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌صورت معناداری باعث کاهش اضطراب درد زنان شاغل مبتلا به سردرد می‌گرنی شده است. این نتایج نشان می‌دهند که استفاده از روش‌های درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و همچنین رویکرد شفقت به خود ذهن‌آگاه می‌تواند به‌عنوان ابزارهای مؤثر در مدیریت درد زنان مبتلایان به سردرد می‌گرنی عمل کند. این یافته‌ها با پژوهش‌های اخیر لیگتارت و همکاران (۲۰) و فولر-تامسون و همکاران (۲۱) همسو است.

درمان شفقت به خود ذهن‌آگاه می‌تواند به کاهش اضطراب مرتبط با درد کمک کند. اضطراب مرتبط با درد می‌تواند ناشی از تجربه درد فیزیکی، توقعات ناامیدکننده درباره درمان، و یا همین‌طور تأثیرات اجتماعی و روابطی با دیگران باشد (۲۷). درمان شفقت به خود ذهن‌آگاه، بیماران را به توجه به تجربیات حال حاضر و بدون اندازه‌گیری از آن‌ها تشویق می‌کند. این روش به افراد کمک می‌کند تا با آگاهی از تجربیات بدنی و روانی‌شان، به‌طور متعادل و بدون قضاوت به بیماری واکنش نشان دهند (۲۴). این مهارت‌ها می‌توانند به افراد کمک کنند تا درد را بهتر مدیریت کنند و از نقش افزایش اضطراب در ایجاد یا تشدید درد کاسته شود (۲۲). مطالعات نشان داده‌اند که تمرینات شفقت به خود ذهن‌آگاه می‌تواند بهبود قابل توجهی در کاهش اضطراب مرتبط با درد داشته باشد (۲۵). با آگاهی از تجربیات حال حاضر و تمرکز روی نقاط تنفسی و سایر حواس، افراد می‌توانند به احساسات ناخواسته‌شان واکنش نشان دهند و به جای عکس‌العمل‌های بیش‌ازحد ناشی از اضطراب، به انتخاب‌های سالم‌تر و کم‌تر مرتبط با درد دست پیدا

کنند (۳۷). درمان شفقت به خود ذهن‌آگاه می‌تواند به‌عنوان یک رویکرد مؤثر برای کاهش اضطراب مرتبط با درد در افراد مبتلا به سردرد می‌گرنی و دیگر انواع دردهای مزمن مورد استفاده قرار گیرد، زیرا افزایش آگاهی و توجه به تجربیات حال حاضر می‌تواند بهبود قابل توجهی در سلامت روانی و مدیریت درد فراهم کند (۲۶).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز می‌تواند به کاهش اضطراب مرتبط با درد کمک کند. این رویکرد درمانی تأکید دارد که هدف اصلی از درمان، بهبود کیفیت زندگی است و نهایتاً به جای تغییر در تجربه درد، بیشتر بر تغییر در روابط و رفتارها تأکید دارد (۲۹). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از ابزارهایی مانند پذیرش تجربیات درونی، توجه به ارزش‌ها و اهداف شخصی، و اتخاذ رفتارهای متعهدانه برای ایجاد تغییرات مثبت در زندگی استفاده می‌کند (۳۸). این رویکرد به بیماران کمک می‌کند که با پذیرش تجربیات دردناک خود و تمرکز روی ارزش‌ها و اهداف زندگی، به جای تمرکز بر درد، به سمت زندگی معنی‌دارتری حرکت کنند (۳۱). مطالعات نشان داده‌اند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند به کاهش اضطراب مرتبط با درد کمک کند. با ارائه مهارت‌هایی برای پذیرش درد و توجه به ارزش‌ها و اهداف شخصی، این رویکرد می‌تواند بیماران را آموزش دهد که چگونه با درد زندگی کنند و به سمت اهداف زندگی خود پیشروی کنند. این رویکرد همچنین به بیماران کمک می‌کند تا با تجربه اضطراب مرتبط با درد، به مقابله با آن پاسخ دهند و به سمت رفتارهای سالم و مؤثر برای مدیریت درد حرکت کنند (۲۸).

محدودیت‌های پژوهش

- این پژوهش تنها روی زنان با سردرد می‌گرنی مزمن و در یک منطقه جغرافیایی خاص انجام شد که این امر تعمیم‌پذیری نتایج به سایر جمعیت‌ها و مناطق را با محدودیت روبرو می‌کند.
- مدت‌زمان مداخلات ثابت برابر ۸ جلسه با زمان ۹۰ دقیقه بود، انجام دادن دوره پیگیری می‌توانست درک بهتری از تأثیرات پایدار درمان‌ها ارائه دهد.
- اگرچه از پرسشنامه ناگویی هیجانی و پرسشنامه اضطراب درد برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد، استفاده از ابزارهای ارزیابی متعدد یا شامل اندازه‌گیری‌های هدفمندتر درجه شدت درد می‌توانست به پایایی بیشتری برخوردار باشد.

پیشنهادهای پژوهش

روش‌های مبتنی بر شفقت به خود و پذیرش می‌تواند به‌عنوان راهکاری مؤثر در مدیریت عوارض هیجانی و روان‌شناختی این بیماران مورد استفاده قرار گیرد. همچنین نتایج این مطالعه تبیین می‌کند که ارائه خدمات درمانی و پشتیبانی مناسب می‌تواند به ارتقای سلامت روانی زنان مبتلا به سردرد میگرنی کمک کند.

تشکر و قدردانی

از تمامی مسئولان کلینیک‌های مغز و اعصاب شهر رشت و بیمارانی که با صبوری در این پژوهش همکاری داشتند، تشکر و قدردانی شود.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

نتیجه‌گیری

پژوهش‌های آتی می‌توانند از طرح‌های طولی برای ارزیابی تأثیرات بلندمدت درمان شفقت به خود ذهن آگاه و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مدیریت سردرد میگرنی و روانی بهبودیافتگان استفاده کنند و در پژوهش خود به هر دو جنسیت زن و مرد و مناطق مختلف جغرافیایی توجه داشته باشند.

به‌طور کلی، نتایج این مطالعه نشان داد که درمان شفقت به خود ذهن آگاه و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند به‌طور معناداری به کاهش ناگویی هیجانی و اضطراب درد در زنان شاغل مبتلا به سردرد میگرنی کمک کند. این نتایج با تحقیقات گذشته در این زمینه همخوانی دارند و نشان می‌دهند که استفاده از

منابع

- Leonardi M, Raggi A. A narrative review on the burden of migraine: when the burden is the impact on people's life. *J Headache Pain*. 2019;20(1):41.
- Ornello R, Caponnetto V, Frattale I, Sacco S. Patterns of Migraine in Postmenopausal Women: A Systematic Review. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2021;17:859-71.
- Al-Hassany L, Verdonk P, VanDenBrink AM. Studying sex and gender in neurological disease. *Lancet Neurol*. 2023;22(1):32-3.
- Tsai CK, Tsai CL, Lin GY, Yang FC, Wang SJ. Sex Differences in Chronic Migraine: Focusing on Clinical Features, Pathophysiology, and Treatments. *Curr Pain Headache Rep*. 2022;26(5):347-55.
- Karimi L, Crewther SG, Wijeratne T, Evans AE, Afshari L, Khalil H. The Prevalence of Migraine With Anxiety Among Genders. *Front Neurol*. 2020;11:569405.
- Zarea K, Rahmani M, Hassani F, Hakim A. Epidemiology and associated factors of migraine headache among iranian medical students: A descriptive-analytical study. *Clinical Epidemiology and Global Health*. 2018;6(3):109-14.
- La Touche R, Garcia-Salgado A, Cuenca-Martinez F, Angulo-Diaz-Parreno S, Paris-Aleman A, Suso-Marti L, et al. Alexithymia and facial emotion recognition in patients with craniofacial pain and association of alexithymia with anxiety and depression: a systematic review with meta-analysis. *PeerJ*. 2021;9:e12545.
- Özsoy F, Taşcı İ. Defense mechanisms, dissociation, alexithymia and childhood traumas in chronic migraine patients. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*. 2021;39:101-13.
- Natalucci G, Faedda N, Quinzi A, Alunni Fegatelli D, Vestri A, Turturo G, et al. Alexithymia, Metacognition, and Theory of Mind in Children and Preadolescents With Migraine Without Aura (MWoA): A Case-Control Study. *Front Neurol*. 2019;10:774.
- Sheykhgafshe FB, Farahani H, Watson P. Using exploratory graph analysis (EGA) in validating the structure of the Perth alexithymia questionnaire in Iranians with chronic pain. *Front Psychol*. 2024;15:1400340.
- Bottiroli S, Rosi A, Sances G, Allena M, De Icco R, Lecce S, et al. Social cognition in chronic migraine with medication overuse: a cross-sectional study on different aspects of mentalization and social relationships. *J Headache Pain*. 2023;24(1):47.
- Ghiggia A, Bottiroli S, Lingardi V, Tassorelli C, Galli F, Castelli L. Alexithymia and psychological distress in fibromyalgia and chronic migraine: A cross-sectional study.

- J Psychosom Res. 2022;163:111048.
13. Yalinay Dikmen P, Onur Aysever E, Kosak S, Ilgaz Aydinlar E, Sagduyu Kocaman A. Relationship between MIDAS, depression, anxiety and alexithymia in migraine patients. *Acta Neurol Belg*. 2020;120(4):837-44.
 14. Galli F, Caputi M, Sances G, Vegni E, Bottiroli S, Nappi G, et al. Alexithymia in chronic and episodic migraine: a comparative study. *J Ment Health*. 2017;26(3):192-6.
 15. Caponnetto V, Deodato M, Robotti M, Koutsokera M, Pozzilli V, Galati C, et al. Comorbidities of primary headache disorders: a literature review with meta-analysis. *The journal of headache and pain*. 2021;22:1-18.
 16. De La Rosa JS, Brady BR, Ibrahim MM, Herder KE, Wallace JS, Padilla AR, et al. Co-occurrence of chronic pain and anxiety/depression symptoms in U.S. adults: prevalence, functional impacts, and opportunities. *Pain*. 2024;165(3):666-73.
 17. Rambod M, Karimi N, Vizeshfir F, Pasyar N. Comparison of Musculoskeletal Pain Among Faculty Members at Iranian Medical Universities Before and After the COVID-19 Pandemic. *Sadra Medical Journal*. 2023;11(4):454-61. [Persian].
 18. Kristoffersen ES, Aaseth K, Grande RB, Lundqvist C, Russell MB. Psychological distress, neuroticism and disability associated with secondary chronic headache in the general population - the Akershus study of chronic headache. *J Headache Pain*. 2018;19(1):62.
 19. Schwedt TJ, Hentz JG, Sahai-Srivastava S, Spare NM, Martin VT, Treppendahl C, et al. Headache characteristics and burden from chronic migraine with medication overuse headache: Cross-sectional observations from the Medication Overuse Treatment Strategy trial. *Headache*. 2021;61(2):351-62.
 20. Ligthart L, Gerrits MM, Boomsma DI, Penninx BW. Anxiety and depression are associated with migraine and pain in general: an investigation of the interrelationships. *J Pain*. 2013;14(4):363-70.
 21. Fuller-Thomson E, Jayanthikumar J, Agbeyaka SK. Untangling the Association Between Migraine, Pain, and Anxiety: Examining Migraine and Generalized Anxiety Disorders in a Canadian Population Based Study. *Headache*. 2017;57(3):375-90.
 22. Datko M, Schuman-Olivier Z, Brusaferri L, Housman H, Tohyama S, Round K, et al. Insula response to interoception is inversely correlated with trait mindfulness, self-compassion, and migraine frequency in patients with episodic migraine. *The Journal of Pain*. 2022;23(5):45.
 23. Davey A, Chilcot J, Driscoll E, McCracken LM. Psychological flexibility, self-compassion and daily functioning in chronic pain. *Journal of contextual behavioral science*. 2020;17:79-85.
 24. Mistretta EG, Davis MC. Meta-analysis of self-compassion interventions for pain and psychological symptoms among adults with chronic illness. *Mindfulness*. 2022:1-18.
 25. Lanzaro C, Carvalho SA, Lapa TA, Valentim A, Gago B. A Systematic Review of Self-Compassion in Chronic Pain: From Correlation to Efficacy. *Span J Psychol*. 2021;24:e26.
 26. Egan SJ, Rees CS, Delalande J, Greene D, Fitzallen G, Brown S, et al. A Review of Self-Compassion as an Active Ingredient in the Prevention and Treatment of Anxiety and Depression in Young People. *Adm Policy Ment Health*. 2022;49(3):385-403.
 27. Anheyer D, Leach MJ, Klose P, Dobos G, Cramer H. Mindfulness-based stress reduction for treating chronic headache: A systematic review and meta-analysis. *Cephalalgia*. 2019;39(4):544-55.
 28. Grazi L, Bernstein C, Raggi A, Sansone E, Grignani E, Searl M, et al. ACT for migraine: effect of acceptance and commitment therapy (ACT) for high-frequency episodic migraine without aura: preliminary data of a phase-II, multicentric, randomized, open-label study. *Neurol Sci*. 2019;40(Suppl 1):191-2.
 29. Dindo LN, Recober A, Calarge CA, Zimmerman BM, Weinrib A, Marchman JN, et al. One-Day Acceptance and Commitment Therapy Compared to Support for Depressed Migraine Patients: a Randomized Clinical Trial. *Neurotherapeutics*. 2020;17(2):743-53.
 30. Vasiliou VS, Karademas EC, Christou Y, Papacostas S, Karekla M. Acceptance and Commitment Therapy for Primary Headache Sufferers: A Randomized Controlled Trial of Efficacy. *J Pain*. 2021;22(2):143-60.
 31. Bernstein CA, Connor JP, Vilsmark ES,

- Paschali M, Rozenkrantz L, Rist PM, et al. Acceptance and commitment therapy for episodic migraine: Rationale and design of a pilot randomized controlled trial. *Contemp Clin Trials*. 2022;121:106907.
32. Gentili C, Zetterqvist V, Rickardsson J, Holmstrom L, Simons LE, Wicksell RK. ACTsmart: Guided Smartphone-Delivered Acceptance and Commitment Therapy for Chronic Pain-A Pilot Trial. *Pain Med*. 2021;22(2):315-28.
33. Dochat C, Wooldridge JS, Herbert MS, Lee MW, Afari N. Single-Session Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Interventions for Patients with Chronic Health Conditions: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Contextual Behav Sci*. 2021;20:52-69.
34. Rickardsson J, Gentili C, Holmstrom L, Zetterqvist V, Andersson E, Persson J, et al. Internet-delivered acceptance and commitment therapy as microlearning for chronic pain: A randomized controlled trial with 1-year follow-up. *Eur J Pain*. 2021;25(5):1012-30.
35. Bagheri Sheykhgafshe F, Savabi Niri V, Baryaji S, Saeedi Z, Kiani A, Fathi-Ashtiani A. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Sexual Function, Coping Strategies and Distress Tolerance of Employees with Rheumatoid Arthritis. *Sadra Medical Journal*. 2023;11(4):360-73.
- [In Persian].
36. Bagby RM, Taylor GJ, Parker JD. The Twenty-item Toronto Alexithymia Scale--II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *J Psychosom Res*. 1994;38(1):33-40.
37. Rostami M, Soleimani M, Abbasi M, Sadeghi A, Toupchi KV, Davasaz RP, et al. The Relationship between Alexithymia and Emotional Maturity with the Mediation of Attachment Styles in Cardiovascular Patients. *Sadra Medical Journal*. 2024;12(1):1-11. [Persian].
38. McCracken LM, Dhingra L. A short version of the Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20): preliminary development and validity. *Pain Res Manag*. 2002;7(1):45-50.
39. PAKNEJAD M, ASGHARI A, RAHIMINEZHAD A, ROSTAMI R, TAHERI A. Factorial structure and psychometric properties of the Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20). 20145(3):71-94. [Persian].
40. Neff KD, Germer CK. A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *J Clin Psychol*. 2013;69(1):28-44.
41. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change: Guilford press; 2011.