رویش روان شناسی، سال۱۳، شماره ۹، شماره پیاپی ۱۰۲، آذر ۱۴۰۳
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),13(9), 2024

مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و امید درمانی بر اضطراب درد و پذیرش خود بیماران مبتلا به میگرن

Comparing the effectiveness of emotion-oriented therapy and hope therapy on pain anxiety and self-acceptance in patients with migraine

حمید رضا عرب بافرانی
دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی سلامت، دانشکده پزشکی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.
ایران.
دکتر حسن رضائی جمالویی (نویسنده مسئول)
مرکز توسعه پژوهش های بالینی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.
دکتر احمد سبحانی
استادیار بیماریهای داخلی، مرکز توسعه پژوهش‌های بالینی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

Hamid Reza Arab Bafarani
PhD student of health psychology, Department of Health Psychology, Faculty of Medicine, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.
Dr. Hassan Rezaei Jamaloui*
Clinical Research Development Center, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.
h.rezayi2@yahoo.com
Dr. Ahmad Sobhani
Assistant professor of internal medicine, Clinical Research Development Center, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و امید درمانی بر اضطراب درد و پذیرش خود در بیماران مبتلا به میگرن بود. این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون_پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی بیماران مبتلا به میگرن ساکن شهر اصفهان در سال ۱۴۰۲-۱۴۰۳ بود. تعداد ۴۵ نفر به‌صورت در دسترس انتخاب شدند و با گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵) و یک گروه کنترل (۱۵) قرار گرفتند. گروه مداخله اول درمان هیجان‌مدار گرینبرگ و همکاران را طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یکبار و گروه بعدی امید درمانی به شیوه اشنایدر و همکاران را طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه-ای هفته‌ای یکبار دریافت کردند. داده‌ها با استفاده از مقیاس اضطراب درد مک کراکن و همکاران (۲۰۰۲) (PAS) و پذیرش خود چمبرلین و همکاران (۲۰۰۱) (USAQ) جمع‌آوری و به روش تحلیل واریانس آمیخته مورد تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد در متغیرهای اضطراب درد و پذیرش خود بیماران مبتلا به میگرن بین دو گروه در مرحله پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد (p<۰/۰۵) و امید درمانی در کاهش اضطراب درد و افزایش پذیرش خود در بیماران مبتلا به میگرن موثر بوده است (P<۰/۰۵). از یافته‌های فوق می‌توان نتیجه گرفت امید درمانی در کاهش اضطراب درد و پذیرش خود در بیماران مبتلا به میگرن موثرتر بود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود از این درمان در این بیماران بهره گرفته شود.

واژه‌های کلیدی: *پذیرش خود، امید درمانی، اضطراب درد، درمان هیجان‌مدار.*

Abstract

The present study aimed to compare the effectiveness of emotion-oriented therapy and hope therapy on pain anxiety and self-acceptance in patients with migraine. This was a semi-experimental study with a pre-test-post-test design and a control group with a three-month follow-up period. The statistical population of the study included all migraine patients living in Isfahan city in 2023-2024. 45 people were selected as available and randomly assigned to two experimental groups (15) and one control group (15). The first intervention group received Greenberg et al.'s emotional therapy during 8 sessions of 90 minutes once a week, and the second group received hope therapy according to Schneider et al.'s method during 8 sessions of 90 minutes once a week. Data were collected using McCracken et al.'s pain anxiety scale (2002) (PAS) and Chamberlin et al.'s (2001) self-acceptance scale (USAQ) and analyzed by mixed variance analysis. The results showed that there is a significant difference in the variables of pain anxiety and self-acceptance of migraine patients between the two groups in the post-test and follow-up phase (p<0.05) and hope therapy in reducing pain anxiety and increasing self-acceptance in migraine patients. has been effective (P<0.05). From the above findings, it can be concluded that hope therapy was more effective in reducing pain anxiety and self-acceptance in patients with migraine; Therefore, it is suggested to use this treatment in these patients.

Keywords: *Self-Acceptance, Pain Anxiety, Hope Therapy, Emotion-Oriented Therapy.*

نوع مقاله : پژوهشی | دریافت : اردیبهشت ۱۴۰۳ | پذیرش: مهر ۱۴۰۳ | ویرایش نهایی: آذر ۱۴۰۳

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-10]

مقدمه

میگرن[1] دومین اختلال عصبی همراه با درد عمیق بوده که بیش از ۱ میلیارد نفر را در سراسر جهان تحت تأثیر قرار می‌دهد (بازرگان و همکاران، ۲۰۲۳). شایع‌ترین انواع میگرن بدون هاله و میگرن همراه با اورا[2] است که اورا به تظاهرات عصبی گذرا قبل از حمله میگرن اشاره دارد (بوبائی[3]، ۲۰۲۴). علاوه بر این، انواع مختلفی از میگرن شناخته‌شده مانند میگرن مزمن[4] (CM) و میگرن اپیزودیک[5] (EM) وجود دارد که می‌تواند با یا بدون اورا ظاهر شود. (زو[6] و همکاران، ۲۰۲۳). شیوع میگرن در سطح جهانی، ۱۴/۷ درصد (یو[7] و همکاران، ۲۰۲۳) و در ایران ۱۵/۱ درصد (محمدی و همکاران، ۲۰۲۳) گزارش کرده‌اند و تقریباً یک میلیارد نفر در سراسر جهان سالانه تحت تأثیر میگرن قرار می‌گیرند (گاود[8] و همکاران، ۲۰۲۳). مطالعات نشان می‌دهد که زنان شیوع بیشتری از میگرن دارند، به‌طوری‌که زنان سه برابر بیشتر از مردان پس از قاعدگی حملات میگرنی را تجربه می‌کنند که ۷۰ درصد موارد جهانی را تشکیل می‌دهد (القحطانی[9]، ۲۰۲۴).

درد از ناتوان‌کننده‌ترین علامت‌ها در بین بیماران مبتلابه میگرن است (بشر پور و محمد نژاد دوین، ۱۴۰۲). متون پژوهشی مختلف نشان داده‌اند که متغیرهای هیجانی و شناختی نقش مهمی در تعیین شدت و ناتوانی مرتبط با درد بازی می‌کنند (کروچ[10] و همکاران، ۲۰۲۴). اضطراب درد[11] به‌عنوان حالت هیجانی فراگیر و آینده محور توصیف‌شده است که به دنبال محرک درد را که لزوماً حضور ندارد رخ می‌دهد (ماتکو[12] و همکاران، ۲۰۲۳). مک کراکن[13] و همکاران (۱۹۹۲) اضطراب درد را دارای سه بعد شناختی، زیستی و حرکتی می‌دانند؛ که با تفسیرهای ترسناک اجتناب و فرار پاسخ‌های فیزیولوژیک و تداخل شناختی مشخص می‌شود. در این راستا طی پژوهشی در بررسی رابطه بین اضطراب مرتبط با درد و ناتوانی‌های ناشی از درد در افراد مبتلابه میگرن همبستگی مثبت و معنی‌داری نشان داده شد (بیشای[14] و همکاران، ۲۰۲۳). همچنین مطالعات بر روی جمعیت بالینی نشان می‌دهد که پریشانی روانی قبل از عمل تأثیر قابل‌توجهی بر سطوح بالای شدت درد و ناراحتی عاطفی پس از جراحی در لگن، زانو و ستون فقرات کمری دارد (نودلمن[15] و همکاران، ۲۰۲۳). اضطراب ناشی از درد به‌عنوان یک عنصر حیاتی شناخته‌شده است که می‌تواند چالش‌های پیش روی افراد مبتلابه درد مزمن، به‌ویژه آن‌هایی که میگرن دارند، تشدید کند (دوان[16] و همکاران، ۲۰۲۳).

پذیرش خود[17] عامل دیگری است که سازگاری و سلامتی را تعیین می‌کند (آردانا[18]، ۲۰۲۴). پذیرش خود یک از ابعاد مدل بهزیستی روان‌شناختی ریف است به معنای مثبت بودن است شامل نگرش مثبت به خود که شامل ویژگی‌های خوب و بد و داشتن احساسات مثبت نسبت به گذشته است (هنشکه[19]، ۲۰۲۳). در رویکرد عقلانی و هیجانی پذیرش خود به معنای پذیرفتن خود به‌عنوان انسانی پویا، بی‌نظیر و تغییرپذیر است. این رویکرد معتقد است ما باید صرف‌نظر از دستاوردها خود را انسانی ارزشمند بدانیم و تمامی نقاط قوت ضعف خود را قبول کنیم و نقاط ضعف خود را بهبود ببخشیم و نقاط ضعف خود را ارتقاء دهیم (سارگر[20] و همکاران، ۲۰۲۴). مطالعات تحقیقی مختلف نشان داده‌اند که میزان پایین پذیرش خود با افسردگی (دولت و وادهوا[21]، ۲۰۲۳)، اضطراب (سنگوی[22] و همکاران، ۲۰۲۳)، سطح پایین شادی (زیپاگان و گالوژ تن[23]، ۲۰۲۳) مرتبط است.

---

1 Migraine
2 aura
3 Boubayi
4 chronic migraine
5 episodic migraine
6 Xu
7 Yu
8 Gawde
9 Al-Qahtani
10 Crouch
11 pain anxiety
12 Matko
13 McCracken
14 Bishay
15 Nudelman
16 Duan
17 self-acceptance
18 Ardhana
19 Henschke
20 Saregar
21 Daulat & Wadhwa
22 Sanghvi
23 Zipagan & Galvez Tan

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-10]

شناسایی راهکارهای درمانی مؤثر بر اضطراب درد و پذیرش خود همواره مدنظر درمانگران و یکی از دغدغه‌های آنان بوده است. یکی از درمان‌هایی که به نظر می‌رسد می‌توان بر این دو متغیر مؤثر باشد؛ رویکرد درمانی هیجان مدار[1] است. این نظریه بر اساس نظریه سیستمی، نظریه دل‌بستگی، درمان انسان‌گرا و تجربی تدوین‌شده است (فریدمن و مایور[2]، ۲۰۲۴ و ویسبرگ[3] و همکاران، ۲۰۲۱). تأکید درمان هیجان مدار بر روش سازگاری به کمک حمایت، مراقبت و توجه متقابل بر نیازهای بیمار است (هاروی[4] و همکاران، ۲۰۲۳). هدف رویکرد هیجان مدار دسترسی و بازبینی مجدد هیجان‌ها است (گرینبرگ و پاسکوآل- لیون[5]، ۲۰۲۴). بر اساس درمان هیجان مدار، شیوه‌ای که افراد تجربه‌های هیجانی را سازمان‌دهی و پردازش می‌کنند؛ به اضطراب درد (ماتیوس[6] و همکاران، ۲۰۲۳) و پذیرش خود (گلیسنتی[7] و همکاران، ۲۰۲۳) در آن‌ها کمک می‌کند. در سراسر درمان هیجان مدار، مراجع به‌عنوان فردی متخصص درباره تجربه‌های خود و درمانگر به‌منزله تسهیلگر و راهنما برای اهداف مراجع در نظر گرفته می‌شود (تسنگ[8] و همکاران، ۲۰۲۴).پژوهش‌هایی مانند بهوندی و همکاران (۱۴۰۱)، شکر الهی و همکاران (۱۴۰۰)، فتحی و همکاران (۱۳۹۹) و فتحی و همکاران (۱۳۹۹) اثربخشی این درمان را نشان دادند.

امید درمانی[9] یکی از رویکردهایی است که تمایل دارد به نقاط مثبت افراد توجه کند (کاوک و ییلماز[10]، ۲۰۱۸). تجربه هیجان‌های مثبتی که امید درمانی بر آن تأکید دارد، در بیشتر موارد توانایی بهتری در استفاده از توانمندی‌ها و سازگاری در مواجهه با مشکلات بیماری ایجاد می‌کند (عباس‌آبادی و همکاران، ۱۴۰۲). امید درمانی با تأثیر بر باورها، افکار و احساسات شخصی فرد خودمختاری، رشد شخصی و پذیرش خویشتن را نیز بهبود می‌بخشد (سالیوان و رابک[11]، ۲۰۲۰). این مداخله به بیماران کمک می‌کند تا توجه، انتظارات و حافظه خود را از اتفاقات فاجعه‌آمیز و منفی به سمت وقایع مثبت و امیدوارکننده سوق دهند. همچنین این مداخله در افرادی که دارای احساس امید و معنای کم هستند نیز می‌تواند تغییرات مثبتی ایجاد کند (کوپنز و همکاران[12]، ۲۰۲۴). پژوهش‌هایی هندریکس[13] و همکاران (۲۰۲۴) و استوجکیک و همکاران (۲۰۲۴)، ابو[14] و همکاران (۲۰۲۳)، سماوی و همکاران (۲۰۱۹) و رضوی و همکاران (۲۰۱۹) اثربخشی امید درمانی را نشان دادند.

با توجه به پژوهش‌های صورت گرفته تأثیر مثبت دو درمان هیجان مدار و امید درمانی بر اضطراب درد و پذیرش خود تائید شده است؛ اما در هرکدام از پژوهش‌های ذکرشده نبودن گروه کنترل و پیگیری، قابلیت اطمینان و تعمیم‌پذیری نتایج را با مشکل مواجه نموده است. همچنین پژوهش‌های صورت گرفته با تأکید بر امید درمانی از توجه به درمان هیجان مدار که ازنظر اصول اولیه و روش با امید درمانی متفاوت است؛ غفلت داشته‌اند؛ بنابراین ضرورت انجام پژوهش‌های بیشتر برای بررسی کارایی این دو درمان به‌ویژه در بافت فرهنگ ایرانی که ماهیتی متفاوت نسبت به کشورهای غربی دارد به‌خصوص در جامعه بیماران مبتلابه میگرن از احساس می‌شود. لذا هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار و امید درمانی بر اضطراب درد و پذیرش خود در بیماران مبتلابه میگرن بود.

روش

پژوهش حاضر با نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون_پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری سه‌ماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی بیماران مبتلابه میگرن ساکن شهر اصفهان در سال ۱۴۰۲-۱۴۰۳ بود. تعداد ۴۵ نفر به‌صورت در دسترس انتخاب شدند و با گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵) و یک گروه کنترل (۱۵) قرار گرفتند. بدین‌صورت که با هماهنگی با مراکز مربوطه از بین بیماران دارای تشخیص میگرن با توجه به ملاک‌های ورود و خروج از مطالعه نمونه اولیه به‌صورت در دسترس انتخاب شدند و به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند. معیارهای ورود به پژوهش شامل دریافت تشخیص بیماری میگرن توسط پزشک متخصص، داشتن

1 emotion-oriented therapy
2 Frydman& Mayor
3 Weisberg
4 Harvey
5 Greenberg, Pascual-Leone
6 Mathews
7 Glisenti
8 Tseng
9 Hope-Therapy
10 Kavak & Yilmaz
11 Sullivan & Roback
12 Coppens
13 Hendriks
14 Abow

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-10]

حداقل تحصیلات دیپلم برای پاسخگویی به سؤالات، نداشتن اختلال جسمانی (با توجه به اظهارات خود بیمار) و روان‌شناختی (با مراجعه به پرونده بیمار) که مانع شرکت در پژوهش شود؛ داشتن سن بین ۲۰ تا ۴۰ سال؛ عدم دریافت داروهای تثبیت‌کننده خلق در زمان تشخیص و در طول دوره‌ی پژوهش؛ نداشتن اختلال زمینه‌ای؛ نداشتن سابقه خانوادگی بیماری؛ حداقل شش ماه از تشخیص نهایی بیماری گذشته باشد. عدم وجود علائم شدید مربوط به بیماری میگرن که امکان حضور در جلسات وجود نداشته باشد، عدم ابتلا به یکی از بیماری‌های شدید جسمانی و وجود معلولیت‌های جسمی، تشخیص اختلال شدید روانی نظیر افسردگی و اضطراب شدید با توجه به پرونده پزشکی با توجه به اظهارات خود بیمار بودند. ملاک خروج شامل غیبت بیش از دو جلسه، ناقص تکمیل شدن پرسش‌نامه‌ها، انصراف از ادامه همکاری، عدم تعهد نسبت به تمرینات در فرایند مداخله و شرکت هم‌زمان در برنامه‌های مشاوره یا روان‌درمانی دیگر بود. پس از اجرای مرحله پیش‌آزمون، طی جلسات معین و طی روزهای مختلف به‌گونه‌ای که شرکت‌کنندگان گروه‌های موردمطالعه نتوانستند باهم ملاقات داشته و یا به تبادل اطلاعات بپردازند، برنامه‌های مذکور آموزش داده شد. سپس یک هفته بعد از اتمام جلسات آموزشی مرحله پس‌آزمون و ۳ ماه بعد، پیگیری مداخله انجام شد. محرمانه بودن اطلاعات کسب‌شده، جلب رضـایت آگاهانه آزمودنی‌های پژوهش، عدم انتشار اطلاعات شرکت‌کنندگان به دیگران و ایجاد یک جو اطمینان‌بخش ازجمله ملاحظاتی بود کـه پژوهشگر مدنظر قرارداد. لازم به ذکر است کد اخلاق پژوهش نیز IR.IAU.FALA.REC.1402.038 بود. درنهایت برای تحلیل داده‌های پژوهش از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد.

ابزار پژوهش

مقیاس اضطراب درد[1] (PAS): این مقیاس یک ابزار خود گزارش دهی است که توسط مک کراکن و دینگرا [2] (۲۰۰۲) به‌منظور سنجش نشانه‌های اضطراب درد طراحی شد. این مقیاس دارای ۲۰ سؤال و ۴ خرده مقیاس شامل شناختی[3]، گریز – اجتناب[4]، ترس[5] و اضطراب فیزیولوژیکی[6] است. سؤالات بر روی طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از هرگز = ۰، بندرت = ۱، گاهی وقت‌ها = ۲، بیشتر وقت‌ها = ۳ و همیشه = ۴ نمره‌گذاری می‌شود. حداقل و حداکثر نمره در این مقیاس در دامنه‌ای از ۰ تا ۱۰۰ است. نمره کل شرکت‌کنندگان از جمع نمرات مؤلفه‌ها به دست می‌آید. در پژوهش کلیمن [7]و همکاران (۲۰۱۱) پایایی پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۵به دست آمـد. مک کراکن و همکاران (۲۰۰۲) جهت بررسی روایی مقیاس از روش تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی استفاده نمودند. نتایج پژوهش آنان نشان داد که این آزمون از ۴ بعد تشکیل‌شده و بار عاملی هر سؤال بر روی عامل مربوطه بالاتر از ۰/۴۰ است. در ایران پایایی پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۰ به دست آمد (خورشیدی نازلو و همکاران، ۱۴۰۱). برای بررسی روایی مقیاس اضطراب درد از طریق وارسی روایی سازه با تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد. آلفای کرونباخ گزارش‌شده در پژوهش حاضر برای کل مقیاس ۰/۹۰ و برای زیرمقیاس‌های شناختی، گریز – اجتناب، ترس و اضطراب فیزیولوژیکی به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۸۱، ۰/۷۵ و ۰/۸۶ بود.

پرسشنامه پذیرش خود[8] (USAQ): این پرسشنامه یک ابزار خود گزارش دهی است که توسط چمبرلین و هاگا[9] (۲۰۰۱الف) به‌منظور پذیرش خود طراحی شد. دارای ۲۰ سؤال و ۲ خرده مقیاس شامل پذیرش بی‌قیدوشرط خود[10] و پذیرش مشروط خود[11] است که جمع هر دو نمره پذیرش خود را تشکیل می‌دهد. سؤالات بر روی طیف لیکرت ۷ درجه‌ای از کاملاً نادرست = ۱، نادرست = ۲، تا حدودی نادرست = ۳، نه درست و نه نادرست = ۴، تا حدودی درست = ۵، درست=۶ و همیشه درست =۷ نمره‌گذاری می‌شود. چمبرلین و هاگا (۲۰۰۱ب) همسانی درونی پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۲ گزارش کردند که در سطح قابل قبولی است. روایی این پرسشنامه در چمبرلین و همکاران (۲۰۰۱الف) از طریق همبستگی بین متغیرها محاسبه شد که نتایج آن پذیرش بی‌قیدوشرط خود و پذیرش خود (r=۰/۷۶) و پذیرش مشروط خود و پذیرش خود (r=۰/۷۵۱) بود که روایی مطلوب را نشان می‌دهد. پایایی پرسشنامه در ایران با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۶۸ به دست آمد. همچنین پایایی آن از طریق دونیمه کردن آزمون و با استفاده از روش تنصیف اسپیرمن برون

1 Pain Anxiety Scale
2 McCracken, Dhingra
3 cognitive
4 escape-avoidance
5 fear
6 physiological anxiety
7 Kleiman
8 Unconditional self-acceptance Questionnaire
9 Chamberlain& Haaga
10 Unconditional self-acceptance
11 conditional self-acceptance

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-10]

۰/۶۳ به دست آمد. روایی محتوایی این پرسشنامه توسط ۱۰ نفر از اساتید دانشگاه مشهد تائید شده است. همچنین با روش تحلیل عاملی اکتشافی و تحلیل عامل تأییدی دو عامل پذیرش بی‌قیدوشرط خود و پذیرش مشروط خود انجامید که باهم ۴۸/۲ درصد از واریانس کل را تبیین می‌کردند (حاجی علی‌اکبری، ۲۰۱۶). آلفای کرونباخ گزارش‌شده در پژوهش حاضر برای کل مقیاس ۰/۷۶ و برای زیر مقیاس‌های بی‌قیدوشرط خود و پذیرش مشروط خود به ترتیب ۰/۷۱ و ۰/۷۴ بود.

بسته آموزشی درمان هیجان مدار: پروتکل استفادهشده در این درمان بر اساس پروتکل درمان هیجان مدار گرینبرگ و همکاران (۲۰۰۸) تدوین نموده، اقتباس شد. جلسات گروهی ۸ جلسه درمان ۱ جلسه در هفته ۹۰ دقیقه‌ای بود که در مرکز مشاوره برگزار شد. خلاصه کارهایی که در ۸ جلسه صورت گرفت به شرح زیر است:

جدول ۱. بسته آموزشی درمان هیجان مدار

جلسات	خلاصه مطالب و فعالیت‌ها
جلسه اول	آشنایی کلی با اعضای گروه؛ معرفی درمانگر، بررسی انگیزه و انتظار آنان از شرکت در گروه، ارائه تعریف مفاهیم درمان هیجان مدار. آشنایی اولیه با مشکلات اعضا
جلسه دوم	درمانگر اعضای گروه را تشویق می‌کند که تروماهای خود را مانند ترس از طرد شدن یا ترس از گفتن عیب و نقصی که پویایی روابطشان را به عقب میراند را بیان کنند.
جلسه سوم	احساسات واکنشی ثانویه مانند خشم، ناکامی، تندی، احساسات مرتبط با سردرد منعکس‌شده و به آن‌ها ارزش داده می‌شود.
جلسه چهارم	اعضای گروه به کمک درمانگر به برونی‌سازی مشکل می‌پردازند و به احساسات اولیه و نیازهای دل‌بستگی تحقق‌نیافته به‌صورت مشکل ارتباطی کلیدی نگاه می‌کنند.
جلسه پنجم	اعضای گروه به شناخت از جنبه‌های مختلف خود دست‌یافته و درنهایت احساس ارزشمندی خود را تجربه می‌کنند.
جلسه ششم	اعضای گروه یاد می‌گیرند که به هیجان‌هایی که به‌تازگی آشکارشده اعتماد کنند و واکنش‌های جدید را نسبت به انگیزه‌هایشان تجربه نمایند.
جلسه هفتم	هیجان‌های اولیه که در مراحل قبلی شناسایی‌شده بودند به‌صورت کامل‌تری پردازش می‌شوند. درمانگر قاعده‌ای را آغاز می‌کند که بر طبق آن مراجع اشتیاق خود را به نوع جدیدی از ارتباط به‌صورت تقریباً واضح بیان می‌کند.
جلسه هشتم	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 این‌که چگونه راه برگشتشان را یافتند را به یاد می‌آورند.

بسته آموزشی امید درمانی به شیوه اسنایدر: پروتکل استفادهشده در این درمان بر اساس پروتکل آموزشی امید درمانی به شیوه اسنایدر[1] و همکاران (۲۰۰۰) به نقل از بهاری تدوین نموده، اقتباس شد. جلسات گروهی ۸ جلسه درمان ۱ جلسه در هفته ۹۰ دقیقه‌ای بود. خلاصه کارهایی که در ۸ جلسه صورت گرفت به شرح زیر است:

جدول ۲. بستهٔ آموزشی امید درمانی به شیوه اسنایدر

جلسات	خلاصه مطالب و فعالیت‌ها
جلسه اول	اجرای پیش‌آزمون، آشنایی اعضا با یکدیگر با درمانگر و ساختار گروه، معرفی برنامه آموزشی و هدف از اجرای آن
جلسه دوم	تعریف، توضیح و بیان ویژگی‌های هدف، بیان اهمیت هدفمند بودن در زندگی
جلسه سوم	یافتن امید در افراد تعیین قدرت اراده، قدرت برنامه‌ریزی، موانع و اهداف در هر یک از افراد)، کمک به افراد برای ساختن خانه امید خود، صحبت در مورد راه‌های رسیدن به هدف، صحبت در مورد احساسات ناشی از رسیدن به هدف یا ناکام ماندن هدف، راهکارهایی برای بیشتر کردن احتمال دستیابی به هدف
جلسه چهارم	امید افزایی در افراد تعیین اهداف درمانی امیدبخش، صحبت در مورد راه‌های افزایش نیروی عامل و باانگیزه رسیدن به اهداف، تعریف انگیزش، حیطه‌های مهم انگیزش و انرژی: انرژی فیزیکی، انرژی روانی، صحبت در مورد انرژی روانی

1 Snyder

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-10]

جلسه پنجم	ادامه بحث در مورد راه‌های افزایش نیروی عامل و باانگیزه رسیدن به اهداف، صحبت در مورد انرژی فیزیکی به‌عنوان عاملی در افزایش قدرت اراده؛ توجه به تغذیه، ورزش، صحبت در مورد قدرت راهیابی
جلسه ششم	افزایش امید در افراد، صحبت در مورد موانع رسیدن به هدف، صحبت در مورد خود گویی‌های منفی به‌عنوان یکی از موانع، دلیل استفاده از خود گویی های منفی، بیان استراتژی‌هایی برای تغییر خود گویی های منفی
جلسه هفتم	حفظ و ابقای امید در زندگی، صحبت در مورد اهمیت افراد در حفظ بهبودی اطرافیان و همسرانشان، ارائه راهکارهایی برای جلوگیری از دور شدن از مسیر رسیدن به هدف
جلسه هشتم	جمع‌بندی جلسات، گرفتن بازخورد از اعضای گروه، و مشخص کردن جلسه پیگیری و پس‌آزمون

یافته ها

۵۹/۶ درصد شرکت کنندگان در گروه درمان هیجان مدار زن و ۴۰/۴ درصد مرد؛ ۳۹/۷ درصد از شرکت کنندگان در گروه امید درمانی زن و ۶۰/۳ درصد مرد و ۶۰/۵ درصد از شرکت کنندگان در گروه گواه زن و ۳۹/۵ درصد نیز مرد بودند. همچنین حداقل سن شرکت‌کنندگان در این پژوهش ۲۱ و حداکثر سن ۳۵ است. میانگین سنی در گروه درمان هیجان مدارد ۲۷/۵ با انحراف معیار ۴/۱۵، در گروه امید درمانی ۲۸/۸ با انحراف معیار ۴/۴۴ و در گروه گواه ۳۰/۴ با انحراف معیار ۴/۸۰ بود. سطح تحصیلات گروه به ترتیب ۱۳/۳ درصد (دیپلم)، ۴۰/۳ درصد (کارشناسی)، ۴۶/۴ درصد (کارشناسی ارشد)، سطح تحصیلات در گروه امید درمانی ۱۵/۶ درصد (دیپلم)، ۲۹/۶ درصد (کارشناسی) و ۵۴/۸ درصد (کارشناسی ارشد) و در گروه گواه ۱۰ درصد (دیپلم)، ۵۳/۳ درصد (کارشناسی) و ۳۶/۷ درصد (کارشناسی ارشد) بودند. همچنین با توجه به سطح معناداری بزرگ‌تر از ۰/۰۵ تفاوت معناداری بین دو گروه از نظر جنسیت، سن و سطح تحصیلات از یکدیگر وجود نداشت.

جدول شماره ۳. میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		M	SD	M	SD	M	SD
اضطراب درد	درمان هیجان مدار	۴۹/۸	۴/۰۵	۴۰	۴/۷۱	۳۴/۱	۴/۷۹
	امید درمانی	۴۸/۶	۳/۳۵	۳۸/۸	۵/۵۴	۳۹/۶	۵/۶۷
	گروه گواه	۵۰/۳	۴/۳۲	۴۹/۸	۴/۲۴	۴۹/۶	۴/۱۵
پذیرش خود	درمان هیجان مدار	۳۷/۹	۶/۸۵	۵۳/۵	۶/۰۳	۵۲/۴	۶/۱۲
	امید درمانی	۳۸/۴	۵/۳۳	۴۷/۸	۵/۲۶	۴۶/۸	۵/۳۵
	گروه گواه	۳۸/۹	۶/۹۰	۴۰/۷	۵/۸۶	۳۹/۹	۵/۴۱

جدول ۳ نشان می‌دهد میزان اضطراب درد و پذیرش خود در هر سه گروه در مرحله پیش‌آزمون نزدیک به هم است ولی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تغییرات گروه‌های مداخله نسبت به گروه گواه قابل‌توجه بوده است. این تغییرات در نمرات کل این متغیر نیز به خوبی قابل مشاهده است. نتایج آزمون شاپیرو ویلک معنادار نبود، نتیجه گرفته می‌شود که توزیع نمرات متغیرهای وابسته نرمال است. نتایج آزمون لوین نشان داد مقدار F برای هیچیک از متغیرهای وابسته معنی دار نیست که حاکی از برقراری مفروضه همگنی واریانس‌های بین گروه‌هاست. مقدار F مشاهده شده در آزمون ام باکس معنادار است؛ نتیجه گرفته می‌شود که مفروضه برابری ماتریس‌های کوواریانس برقرار نمی‌باشد اما با توجه به برابری تعداد گروه‌ها می‌توان از این فرض چشم‌پوشی کرد. نتایج آزمون آزمون موچلی نشان داد مجذور کا برای هر سه متغیر وابسته معنادار است که نشان می‌دهد مفروضه کرویت داده‌ها برای هیچکدام برقرار نیست. از این رو در محاسبه تحلیل واریانس از مقادیر اصلاح شده گرینهاوس- گیزر برای درجات آزادی استفاده شد. برای بررسی میزان همبستگی بین سه متغیر وابسته از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که بسته به زمان ارزیابی، از ۰/۳۸ تا ۰/۶۷ به دست آمد که در سطح آلفای ۰/۰۵ معنادار بودند. به این ترتیب مفروضه‌های انجام تحلیل واریانس آمیخته چندمتغیره برقرار است.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-10]

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس آمیخته برای بررسی اثر گروه و زمان ارزیابی روی متغیرهای وابسته

منبع		متغیر وابسته	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	Sig.	اندازه اثر
درون آزمودنی	زمان ارزیابی	اضطراب درد	۲۲۹۲/۵	۱/۰۱	۲۲۵۰/۶	۱۱۳/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۷۲۹
		پذیرش خود	۲۱۶۵/۴	۱/۶۵	۱۳۱۲/۴	۷۴۴/۹	۰/۰۰۱	۰/۹۴۷
	زمان ارزیابی* گروه	اضطراب درد	۱۲۰۸/۸	۲/۰۳	۵۹۳/۳	۲۹/۷	۰/۰۰۱	۰/۵۸۷
		پذیرش خود	۹۳۷/۱	۳/۳۰	۲۸۴/۰۰۳	۱۶۱/۱	۰/۰۰۱	۰/۸۸۵
	خطا	اضطراب درد	۸۵۱/۹	۴۲/۷	۱۹/۹			
		پذیرش خود	۱۲۲/۰۸	۶۹/۲	۱/۷۶			
بین آزمودنی	گروه	اضطراب درد	۲۷۵۴/۴	۲	۱۳۷۷/۲	۳۲/۰۳	۰/۰۰۱	۰/۶۰۴
		پذیرش خود	۱۴۸۷/۱	۲	۷۴۳/۵	۷/۲۳	۰/۰۰۲	۰/۲۵۶
	خطا	اضطراب درد	۱۸۰۵/۸	۴۲	۴۲/۹			
		پذیرش خود	۴۳۱۶/۳	۴۲	۱۰۲/۷			

با توجه به نتایج تحلیل واریانس آمیخته در جدول ۴ مشاهده می‌شود که اثر اصلی زمان ارزیابی و اثر تعاملی گروه و زمان ارزیابی بر هر ۲ متغیر وابسته معنادار است. به در اثر اصلی طوریکه F گزارش شده در اضطراب درد ۱۱۳/۰۲ و در پذیرش خود ۷۴۴/۹ در سطح ۰/۰۱ معنادار بود (P<۰/۰۱). همچنین اثر تعاملی گروه و ارزیابی بر هر ۲ متغیر وابسته معنادار گزارش شد به طوری که F گزارش شده در اضطراب درد ۲۹/۷ و پذیرش خود ۱۶۱/۱ در سطح ۰/۰۱ معنادار بود (P<۰/۰۱). به این معنا که نمرات اضطراب درد و پذیرش خود کلیه شرکت‌کنندگان، صرف نظر از اینکه در چه گروهی باشند، در پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری به طور معناداری متفاوت است. برای بررسی منبع تفاوت از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد.

جدول ۵. مقایسه زوجی میانگین گروه‌های درمان هیجان مدار و امید درمانی در سه مرحله پژوهش

متغیرها	مراحل پژوهش	گروه	گروه	تفاوت میانگین	سطح معناداری
		درمان هیجان مدار	امید درمانی	۱/۲	۱
	پیش آزمون	درمان هیجان مدار	کنترل	-۰/۴۶۶	۱
		امید درمانی	کنترل	-۱/۶۶	۰/۷۵۶
اضطراب درد		درمان هیجان مدار	امید درمانی	-۵/۴۰*	۰/۰۱۲
	پس آزمون	درمان هیجان مدار	کنترل	-۱۶/۴*	۰/۰۰۱
		امید درمانی	کنترل	۱۱*	۰/۰۰۱
		درمان هیجان مدار	امید درمانی	-۵/۴۶*	۰/۰۱۲
	پیگیری	درمان هیجان مدار	کنترل	-۱۵/۴*	۰/۰۰۱
		امید درمانی	کنترل	-۱۰*	۰/۰۰۱
		درمان هیجان مدار	امید درمانی	-۰/۵۳۳	۱
	پیش آزمون	درمان هیجان مدار	کنترل	-۰/۱	۱
		امید درمانی	کنترل	-۰/۴۶۶	۱
		درمان هیجان مدار	امید درمانی	۵/۶۶*	۰/۰۲۹
	پس آزمون	درمان هیجان مدار	کنترل	۱۲/۸*	۰/۰۰۱
پذیرش خود		امید درمانی	کنترل	۷/۱۳*	۰/۰۰۴
		درمان هیجان مدار	امید درمانی	۵/۶۰*	۰/۰۲۹
	پیگیری	درمان هیجان مدار	کنترل	۱۲/۵*	۰/۰۰۱
		امید درمانی	کنترل	۶/۹۳*	۰/۰۰۵

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-10]

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که تفاوت مرحله پس آزمون و پیگیری در گروه‌های آزمایش در هر ۲ متغیر وابسته معنی‌دار به‌دست‌آمده است (p<۰/۰۵) اما در مرحله پیش آزمون تفاوت بین گروه‌های مداخله و کنترل معنی‌دار نیست (p>۰/۰۵). با توجه به نتایج جدول ۵ بین دو درمان هیجان مدار و امید درمانی در مرحله پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد و امید درمانی در اضطراب درد و پذیرش خود بهتر عمل کرده‌اند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار و امید درمانی بر اضطراب درد و پذیرش خود در بیماران مبتلا به میگرن انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد درمان گروهی هیجان مدار بر متغیرهای اضطراب درد و پذیرش خود بیماران مبتلابه میگرن مؤثر است. این یافته با نتایج پژوهشگرانی چون بهوندی و همکاران (۱۴۰۱)، شکر الهی و همکاران (۱۴۰۰)، فتحی و همکاران (۱۳۹۹) و فتحی و همکاران (۱۳۹۹) همسو بود. در تبیین اثربخشی درمان گروهی هیجان مدار بر متغیرهای اضطراب درد و پذیرش خود بیماران مبتلابه میگرن می‌توان گفت که در فرایند درمان هیجان مدار، فرد با افزایش آگاهی فراشناختی نسبت به افکار و احساسات بدنی خود، عدم قضاوت نسبت به آن‌ها، در جهت رها کردن خود از این افکار و هیجانات دردناک و سرزنشگر گام برمی‌دارد که این به ایجاد یک نگرش مشفقانه نسبت به خود و دیگران کمک می‌کند. نگرشی که به فرد این توانایی را می‌دهد تا بافاصله گرفتن از تمام کاستی‌ها و نواقص درونی و بیرونی و فارغ از همه آن‌ها، با دیدگاهی وسیع‌تر به خود و دنیای پیرامون نگریسته و به‌این‌ترتیب با ایجاد یک احساس رهایی و وسعت نظر در خود، به بسیاری از ناملایمات و ضعف‌ها به‌گونه‌ای مهربان و با دلسوزی برخورد کرده و شفقت به خود و دیگران را تجربه کند که همین موضوع می‌تواند به کاهش بیشتر هیجانات منفی کمک کند (علی تبار و زادحسن، ۲۰۲۳). با درمان گروهی هیجان مدار یاد می‌گیریم چطور نفوذ سیستم خطر را تضعیف کنیم وزندگی خودمان را دوباره از طریق کنترل هیجان‌ها به دست آوریم و درک و پذیرش جنبه‌های مثبت موقعیت سبب سازگاری بیشتر و بهزیستی روانی افراد تحت مداخله می‌گردد. این روش درمانی به نقش مهم هیجانات و ارتباطات در سازماندهی الگوهای ارتباطی اشاره داشته و هیجانات را عامل تغییر در نظر می‌گیرد. بر اساس و مبانی رویکرد وجودی انسان‌گرایی استوار هست و بر آگاهی و توجه به اینجا و اکنون و دسترسی به هیجانات برای افزایش صمیمیت و کیفیت روابط بین فردی تمرکز دارند. این رویکرد بر اهمیت و نقش مهم عاطفه منفی در پریشانی رابطه است. از تکنیک‌های رویکرد هیجان‌مدار در ایجاد معانی و تعامل جدید با استفاده از تمرکز آن در بیان نیازهای دلبستگی ارضا نشده و پردازش مجدد احساسات به منظور التیام جراحات دلبستگی استفاده می‌شود (ویتنبرن[1] و همکاران، ۲۰۱۹). این دیدگاه از هیجان بر این باور است که هیجان یک سیستم تطبیقی و ذاتی است که به بقا و پیشرفت ما کمک می‌کند. هیجان‌ها بیانگر ضروری‌ترین نیازهای انسان‌ها هستند و به سرعت افراد را در ارتباط با بهزیستی هشدار می‌دهند. آن‌ها همچنین افراد را آماده می‌کنند و راهنمای آنها در شرایط مهم برای اقدام نسبت به برآورده کردن نیازها هستند بنابراین هیجان‌ها برای یک حالت اولیه از پردازش در عمل تنظیم شده‌اند (برکینگ[2] و همکاران، ۲۰۰۸) که می‌تواند در بهبود متغیرهای مورد بررسی مؤثر باشد.

همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد امید درمانی بر اضطراب درد و پذیرش خود در بیماران مبتلا به میگرن مؤثر است. این یافته با نتایج پژوهش‌های نظیر ابو و همکاران (۲۰۲۳)، سماوی و همکاران (۲۰۱۹) و رضوی و همکاران (۲۰۱۹) همسو بود. در تبیین اثربخشی امید درمانی بر متغیرهای اضطراب درد و پذیرش خود می‌توان گفت که امید دارای ویژگی و خصوصیتی است که باعث می‌شود فرد فرمان و کنترل زندگی خود را در دست بگیرد و زندگی‌اش را با آرمان‌ها و علایق خود همسان کند. امید یک انگیزش و هیجان معنی‌دار و امید داشتن انتظار مثبت برای رسیدن به هدف است. ازآنجایی‌که امید داشتن و امیدواری یکی از راهبردهای مقابله‌ای مؤثر در مواجهه با تنش‌ها است، به‌نحوی‌که افراد امیدوار در زندگی عامل‌ها و گذرگاه‌های بیشتری برای دنبال کردن اهداف خوددارند و هنگامی‌که با موانع برخورد می‌کنند، انگیزه خود را حفظ کرده و از گذرگاه‌های جانشین استفاده می‌کنند. اما افراد ناامید به دلیل این‌که عامل و گذرگاه‌های کمتری دارند در برخورد با موانع، انگیزه خود را ازدست‌داده و دچار هیجان‌های منفی می‌شوند. به‌عبارت‌دیگر، امید درمانی باعث می‌شود فرد احساس کند که می‌تواند برای رسیدن به اهداف خود، مسیرهای مختلفی را مستقلانه امتحان کرده و تحمل کند (لارسن[3] و همکاران،

1 Wittenborn
2 Berking
3 Larsen

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-10]

۲۰۲۰). افرادی که در معرض آموزه‌های امید درمانی قرار می‌گیرند، اغلب به دلیل به کار بردن آموزه‌های کاربردی در راستای عزت‌نفس و تفکر امیدوارانه، میزان رضایت از زندگی خود را بالا می‌برند. همچنین امید درمانی با ارائه آموزه‌های واقع‌بینانه، مثبت و امیدبخش در وادی رشد شخصی و خودپنداره مثبت و میزان رضایت از زندگی افراد بسیار مثبت خواهد بود. وقتی انسان در پروسه امید درمانی قرار می‌گیرد و با اجزاء آن آشنا می‌شود درنتیجه هوشیارانه و آگاهانه به‌سوی ارزش‌ها و خواسته‌های معقول و منطقی‌اش درحرکت است و این موجب خود ارزشمندی و رضایت در او می‌شود و نگرش او را نسبت به خود و محیط اطرافش تحت تأثیر قرار می‌دهد. همچنین می‌توان افزود که برخوردار بودن از یک تفکر امیدوارانه و داشتن منابع کافی برای رسیدن به اهداف سبب معنادار شدن زندگی می‌گردد. به‌بیان‌دیگر بین ایـن دو متغیـر یـک ارتباط تعاملی وجود دارد. یعنی افزایش امید منجر به افزایش معنا در زندگی می‌شود و افزایش معنا سبب افزایش امید یا تفکر هدف‌دار می‌شود که بر اساس یافته‌های پژوهش فلدمن و اشنایدر افزایش معنا و امید به‌صورت تعاملی منجر بـه افزایش بهزیستی روان‌شناختی و عواطف مثبت و کیفیت زندگی می‌گردد (بهراد و همکاران، ۱۳۹۷).

در نهایت یافته‌های پژوهش نشان داد بین اثربخشی درمان گروهی هیجان مدار و درمان گروهی امید درمانی بر اضطراب درد بیماران مبتلابه میگرن تفاوت معناداری وجود دارد و امید درمانی نسبت به درمان هیجان مدار در کاهش اضطراب درد موثرتر بوده است. پژوهشی که به مقایسه دو درمان در اضطراب درد پرداخته باشد یافت نشد. در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت که درمان گروهی امید درمانی موجب افزایش امید شده است که همین امر باعث افزایش سطح خود مراقبتی، کیفیت زندگی و ارتقای سلامت عمومی در بیماران می‌شود. امید به افراد این امکان را می‌دهد تا بر موقعیت‌های استرس‌زا غلبه و تلاش ثابتی را برای رسیدن به اهداف انجام دهند. افراد دارای امید بالا تلاش خود را معطوف بر رسیدن به اهداف می‌کنند و اهداف را با اطمینان بیشتری به دست می‌آورند (ابو و همکاران، ۲۰۲۳). همچنین آنان به زندگی خود غنا می‌بخشند و با دیدی فراتر از وضعیت کنونی یعنی وضعیت درد، رنج و نابسامانی به زندگی نگاه می‌کنند. درنتیجه امید درمانی از طریق افزایش شادی و حفظ آن در زندگی، اعتمادبه‌نفس، سازگاری با شرایط تنش‌زا و معنی دادن به زندگی و دستیابی به آرامش باعث کاهش اضطراب درد (سالیوان و همکاران، ۲۰۲۰) در بیماران مبتلابه میگرن شده و همین عوامل نیز می‌تواند توجیهی بر اثربخشی بیشتر امید درمانی نسبت به درمان گروهی هیجان مدار در کاهش اضطراب درد باشد. امید درمانی باعث افزایش امید می‌شود و امید نیروی مثبتی است که انگیزش، تحقق اهداف و سازگاری را افزایش و نیروی لازم برای زندگی را جهت تحقق اهداف را در طول مسیر حفظ می‌نماید. امید درمانی از طریق افزایش امید باعث می‌شود که افراد با امید بالا تمایل و انرژی بیشتری برای پیگیری اهداف داشته باشند و این امر به انگیزش آن‌ها برای شرکت فعالانه در فرایند حل مسئله و رفتارهایی که موجب رشد و بالندگی می‌شود، کمک می‌کند (کوپنز و همکاران، ۲۰۲۴). همچنین امید درمانی به‌عنوان یک روش مبتنی بر رویکرد روانشناسی مثبت نگر باعث افزایش توان افراد در مقابله با موقعیت‌های تنش‌زا و چالش‌انگیز مثل بیماری می‌شود. علاوه بر آن این روش درمانی نقش مؤثری در افزایش سازگاری، خوش‌بینی، اعتمادبه‌نفس و خودکارآمدی دارد. درنتیجه امید درمانی از طریق مکانیسم‌های توضیح داده‌شده باعث می‌شود که افراد آموزش داده‌شده موقعیت‌های تنش‌زا و چالش‌انگیز زندگی مثل بیماری را قابل‌کنترل و قابل مدیریت ادراک کنند و نگرش‌های خوشبینانه‌تری نسبت به خود باوجود بیماری داشته باشند که این عوامل خود از طریق افزایش مقاومت افراد در برابر بیماری‌ها باعث ارتقای سرسختی سلامت و درنهایت کاهش اضطراب درد می‌شوند (ابو و همکاران، ۲۰۲۳).

نتیجه حاصل از پژوهش نشان داد که بین اثربخشی درمان گروهی هیجان مدار و درمان گروهی امید درمانی بر پذیرش خود بیماران مبتلابه میگرن تفاوت معنادار وجود دارد و درمان گروهی هیجان مدار مؤثرتر عمل کرده است. پژوهشی که به مقایسه دو درمان در پذیرش خود پرداخته باشد یافت نشد. در تبیین یافته حاصل می‌توان گفت که در تبیین یافته حاصل می‌توان گفت که گروه‌درمانی متمرکز بر هیجان موجب می‌شود که فرد نسبت به موقعیت، آگاه و هشیار باشند، احساسات و هیجان‌های خود را بشناسند، بنابراین از علت این احساسات درد نیز باخبرند و هیجان‌های خود را به شیوه سالم مدیریت می‌کنند و مسئولیت‌پذیر هستند. از سوی دیگر احساسات و رفتارهای اطرافیانشان را نیز درک می‌کنند و درنتیجه بر خود، محیط و اطرافیانشان تأثیر مثبتی می‌گذارند. می‌پذیرند که موانع بخشی از زندگی هر انسان است. آن‌ها می‌آموزند که نمی‌توان از بسیاری مشکلات اجتناب کرد، ولی می‌توان در برابر آن‌ها باز و منعطف بود و اشتیاق خود را برای سازگار شدن با تغییرات حفظ کرد (کمپر[1] و همکاران، ۲۰۱۶)؛ که به نظر می‌رسد همین امر موجب بهبود پذیرش خود شود. تمرکز رویکرد هیجان مدار بر هیجانات و عواطف می‌باشد. اساس درمان بر خودسازی و تعادل فرد از راه خویشتن پنداری مثبت سعی در خود نظم‌بخشی فرد و سیستم احساسی او دارد. این شیوه درمانی تلفیقی از دیدگاه انسان‌گرایانه، دلبستگی و شناختی است و به‌صورت گسترده

1 Compare

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-10]

و متنوع از راهبردهای از قبیل شناخت احساسات، تمرکز بر احساسات، تأکید بر احساسات مثبت، بازسازی هیجانی، پیدا کردن راه‌حل و خلق و ایجاد معانی تازه و روابط حسنه در این رویکرد استفاده می‌شود و با توجه به این‌که بیشتر احساسات حالت هیجانی دارند با آموزش و با استفاده از روش‌های مداخله‌ای خاص این رویکرد می‌توان باعث تغییر و اصلاح عواطف مثبت و منفی افراد شد (هویت[1] و همکاران، ۲۰۲۳).

نتیجه‌گیری می‌شود بین درمان هیجان‌مدار و امید درمانی بر اضطراب درد و پذیرش خود بیماران مبتلا به میگرن تفاوت وجود دارد و امید درمانی در کاهش اضطراب درد و پذیرش خود در این بیماران موثرتر عمل کرده است. ////از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان جمع‌آوری اطلاعات به‌وسیله پرسشنامه خودگزارش‌دهی و اکتفا به بیماران مبتلا به میگرن ساکن شهر اصفهان و مقطعی بودن پژوهش و همچنین نمونه گیری دردسترس اشاره کرد. به‌منظور ارتقاء نتایج پژوهش پیشنهاد می‌گردد از سایر روش‌های گردآوری اطلاعات همچون مصاحبه و مشاهده نیز استفاده گردد. پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی متغیرهای مداخله‌گری چون تأثیر خرده‌فرهنگ‌ها و شرایط اجتماعی، اقتصادی نیز لحاظ شود، پژوهش بعدی با دیگر گروه‌های سنی و از جوامع و محیط‌های اجتماعی دیگری نمونه‌برداری شود، در پژوهش‌های آتی از پژوهش‌های طولی استفاده گردد و در صورت امکان از روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود.

منابع

بشرپور، س.، و محمدنژاد دوین، ع. (۱۴۰۲). مدل‌یابی علی ادراک درد در مبتلایان به بیماری میگرن بر اساس عدم تحمل پریشانی با نقش میانجی ترس از پیشرفت بیماری: یک مطالعه توصیفی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۲۲ (۹)، ۹۲۹-۹۴۶. http://dx.doi.org/10.61186/jrums.22.9.929

بهراد، م.، مکوندحسینی، ش.، نجفی، م.، رضایی، ع.، و رحیمیان بوگر، ا. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی روان درمانی مثبت نگر و درمان پذیرش و تعهد بر ابعاد درد بیماران مبتلا به میگرن. *مطالعات روان شناختی*، ۱۴(۱)، ۷-۲۲.

بهوندی، ن.، خیاطان، ف.، و گل پرور، م.. (۱۴۰۱). مقایسه درمان هیجان مدار مبتنی بر شفقت با درمان متمرکز بر شفقت بر کیفیت زندگی بیماران سردرد اولیه. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)*، ۲۸(۲)، ۲۱۰-۲۲۱. http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.28.2.4025.1

حاجی علی اکبری، ن. (۱۳۹۵). *مقایسه پذیرش بی قید و شرط خود، احساس تنهایی و منبع کنترل در زنان هم وابسته و غیر هم وابسته*. نخستین همایش جامع بین المللی روانشناسی، علوم تربیتی و علوم اجتماعی،تهران، https://civilica.com/doc/634369

خورشیدی نازلو، لیلا، اعتمادی نیا، مهین، چلبیانلو، غلامرضا، خادمی، علی، و خلیل زاده، رحیم. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان فرا تشخیصی بر اضطراب درد, عدم تحمل پریشانی و اختلالات خواب در بیماران سایکوسوماتیک مبتلا به میگرن. *روانشناسی و روانپزشکی شناخت*، ۹(۴)، ۶۷-۸۱..

رضوی، س.، ابوالقاسمی، ش.، اکبری، ب.، و نادری نبی، ب. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس امیدواری و مدیریت درد در زنان مبتلا به درد مزمن. *بیهوشی و درد*، ۱۰(۱)، ۳۶-۴۹.

شکراللهی، م؛ هاشمی، س؛ مهرابی زاده هنرمند؛ زرگر، ی؛ نعامی، ع. (۱۴۰۰). مقایسهٔ اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان شناختی تحلیلی بر حساسیت اضطرابی، فاجعه آمیزکردن درد، اجتناب تجربی و تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به درد مزمن با ناگویی هیجانی. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۹ (۴)، ۷۵۲-۷۳۹. http://dx.doi.org/10.52547/rbs.19.4.739

عباس آبادی، ف؛ صادقی، ز؛ فرزایی، م؛ حیدریان، م. (۱۴۰۲). اثربخشی مداخلهٔ گروهی مبتنی بر رویکرد امید درمانی بر سلامت عمومی و امیدواریِ زنان مبتلا به بیماری مولتیپل اسکروزیس شهر کرمانشاه در سال ۱۴۰۰. *سلامت جامعه*، ۱۷(۱)، ۳۲-۴۲. https://doi.org/10.22123/chj.2023.337662.1890

فتحی، س؛ پویامنش، ج؛ قمری، م؛ فتحی اقدم، ق. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سردرد مزمن. *فیض*، ۲۴(۳)، ۳۰۲-۳۱۱.

فتحی، س؛ پویامنش، ج؛ قمری، م؛ فتحی اقدم، ق. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان هیجانمدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شدت تجربه درد و تاب‌آوری زنان مبتلا به سردرد مزمن. *سلامت جامعه*، ۱۴(۴)، ۷۵-۸۷.https://doi.org/10.22123/chj.2021.219287.1441

Abow, F. H., Razak, T. A., Abulkassim, R., Adnan, M., Rahi, A., Aziz, F., & Fadhil, A. M. (2023). Comparing the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Hope Therapy on Pain Anxiety and Self-Acceptance in Patients with Leukemia. *International Journal of Body, Mind & Culture* (2345-5802), 10(1). https://doi.org/10.22122/ijbmc.v10i1.425

1 Hoyt

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-10]

Al-Qahtani, Z. (2024). Study to determine the prevalence of menstrual migraine in reproductive-age women in saudi arabia. *Healthcare*, 12(3), 317. https://doi.org/10.3390/healthcare12030317

Ardhana, D. (2024). Self-acceptance of saye's (tajen judge) children in bali. *Jurnal Psikologi*, 51(1), 20. https://doi.org/10.22146/jpsi.90059

Bazargan, M., Comini, J., Kibe, L., Assari, S., & Cobb, S. (2023). Association between Migraine and Quality of Life, Mental Health, Sleeping Disorders, and Health Care Utilization Among Older African American Adults. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 1-11 .https://doi.org/10.1007/s40615-023-01629-y

Berking, M., Wupperman, P., Reichardt, A., Pejic, T., Dippel, A., & Znoj, H. (2008). Emotion-regulation skills as a treatment target in psychotherapy. *Behaviour research and therapy*, 46(11), 1230-1237 .https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.08.005

Bishay, F., Tippin, G. K., Fransson, A., & Hapidou, E. G. (2023). Establishing cut-offs for the Pain Self-Efficacy Questionnaire for people living with chronic pain. *Journal of Military, Veteran and Family Health*, 9(4), 50-62 . http://doi.org/10.3138/jmvfh-2022-0076

Boubayi, M. (2024). Clinical and therapeutic aspects of migraine in brazzaville. *World Journal of Neuroscience*, 14(01), 56-71. https://doi.org/10.4236/wjns.2024.141006

Chamberlain, J. M., & Haaga, D. A. (2001a). Unconditional self-acceptance and psychological health. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 19, 163-176. https://doi.org/10.1023/A:1011189416600

Chamberlain, J. M., & Haaga, D. A. (2001b). Unconditional self-acceptance and responses to negative feedback. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 19, 177-189. https://doi.org/10.1023/A:1011141500670

Compare, A., Tasca, G. A., Lo Coco, G., & Kivlighan Jr, D. M. (2016). Congruence of group therapist and group member alliance judgments in emotionally focused group therapy for binge eating disorder. *Psychotherapy*, 53(2), 163. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/pst0000042

Coppens, M., Pipe, S. W., Miesbach, W., Astermark, J., Recht, M., van der Valk, P., ... & Young, G. (2024). Etranacogene dezaparvovec gene therapy for haemophilia B (HOPE-B): 24-month post-hoc efficacy and safety data from a single-arm, multicentre, phase 3 trial. *The Lancet Haematology*, *11*(4), e265-e275. https://doi.org/10.1080/20008198.2021.2011603

Crouch, T. B., Donovan, E., Smith, W. R., Barth, K., Becker, W. C., & Svikis, D. (2024). Patient Motivation to Reduce or Discontinue Opioids for Chronic Pain: Self-Efficacy, Barriers, and Readiness to Change. *The Clinical Journal of Pain*, 40(1), 18-25. https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000001167

Daulat, N. and Wadhwa, H. (2023). Examining indian american women's relationship to work engagement through self-identity acceptance and positive mental health. *Asian American Journal of Psychology*, 14(2), 133-144. https://doi.org/10.1037/aap0000279

Duan, S., Ren, Z., Xia, H., Wang, Z., Zheng, T., Li, G., … & Liu, Z. (2023). Associations between anxiety, depression with migraine, and migraine-related burdens. *Frontiers in Neurology*, 14. https://doi.org/10.3389/fneur.2023.1090878

Frydman, J. S., & Mayor, C. (2024). A scoping review on the use and potential of school-based drama therapy to enhance socio-emotional skills in early childhood. *Early Childhood Education Journal*, *52*(4), 669-680. https://doi.org/10.1007/s10643-023-01471-1

Gawde, P., Shah, H., Patel, H., Bharathi, K., Patel, N., Sethi, Y., … & Kaka, N. (2023). Revisiting migraine: the evolving pathophysiology and the expanding management armamentarium. *Cureus*. https://doi.org/10.7759/cureus.34553

Glisenti, K., Strodl, E., & King, R. (2023). The role of beliefs about emotions in emotion-focused therapy for binge-eating disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *53*(2), 117-124. https://doi.org/10.1007/s10879-022-09555-6

Greenberg LJ, W. S. H., Malcolm WM. (2008). Differential Effects of Emotion-Focused Therapy and Psycho-education in Facilitating Forgiveness and Letting Go of Emotional Injuries. *J Counsel Psycho*, 55(2):185-196. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-0167.55.2.185

Greenberg, L. S., & Pascual-Leone, A. (2024). Changing emotion with emotion. In *Change in Emotion and Mental Health* (pp. 325-344). Academic Press. https://doi.org/10.1016/B978-0-323-95604-8.00012-5

Harvey, L. J., White, F. A., Hunt, C., & Abbott, M. (2023). Investigating the efficacy of a Dialectical behaviour therapy-based universal intervention on adolescent social and emotional well-being outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, *169*, 104408. https://doi.org/10.1016/j.brat.2023.104408

Hendriks, S., Althaus, J., Atkinson, M. A., Baschat, A. A., Berkman, B. E., Grady, C., ... & Miller, J. L. (2024). Precarious hope: Ethical considerations for offering experimental fetal therapies outside of research after initial studies in humans. *Prenatal Diagnosis*, *44*(2), 180-186. https://doi.org/10.1002/pd.6474

Henschke, E. (2023). What is self-love? redefinition of a controversial construct.. *The Humanistic Psychologist*, 51(3), 281-302. https://doi.org/10.1037/hum0000266

Hoyt, M. A., Wang, A. W.-T., Ceja, R. C., Cheavens, J. S., Daneshvar, M. A., Feldman, D. R., Funt, S. A., & Nelson, C. J. (2023). Goal-Focused Emotion-Regulation Therapy (GET) in Young Adult Testicular Cancer Survivors: A Randomized Pilot Study. *Annals of Behavioral Medicine*, kaad010. https://doi.org/10.1093/abm/kaad010

Kavak, F., & Yilmaz, E. (2018). The effect of hope on the treatment adherence of schizophrenia patients. *Annals of Medical of Research*, 25(3).

Kleiman, V., Clarke, H., & Katz, J. (2011). Sensitivity to pain traumatization: a higher-order factor underlying pain-related anxiety, pain catastrophizing and anxiety sensitivity among patients scheduled for major surgery. *Pain Research and Management*, 16(3), 169-177. https://doi.org/10.1155/2011/932590

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-10]

Larsen, D., Whelton, W., Rogers, T., McElheran, J., Herth, K., Tremblay, J., … & Domene, J. (2020). Multidimensional hope in counseling and psychotherapy scale.. Journal of Psychotherapy Integration, 30(3), 407-422. https://doi.org/10.1037/int0000198

Mathews, G., Li, X., & Wilkinson, H. (2024). The role and impact of therapeutic counselling on the emotional experience of adults living with dementia: A systematic review. *Dementia*, 14713012241233765.https://doi.org/10.1177/14713012241233765

Matko, K., Burzynski, M., Pilhatsch, M., Brinkhaus, B., Michalsen, A., & Bringmann, H. C. (2023). How Does Meditation-Based Lifestyle Modification Affect Pain Intensity, Pain Self-Efficacy, and Quality of Life in Chronic Pain Patients? An Experimental Single-Case Study. *Journal of Clinical Medicine*, 12(11), 3778. https://doi.org/10.3390/jcm12113778

McCracken, L. M., & Dhingra, L. (2002). A short version of the Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20): preliminary development and validity. *Pain research and management*, 7(1), 45-50. https://doi.org/10.1155/2002/517163

Mohammadi, P., Khodamorovati, M., vafaee, k., Hemmati, M., Darvishi, N., & Ghasemi, S. (2023). Prevalence of migraine in iran: a systematic review and meta-analysis. *BMC Neurology*, 23(1). https://doi.org/10.1186/s12883-023-03215-5

Nudelman, Y., Pincus, T., Nicholas, M. K., & Ami, N. B. (2023). Cross-cultural adaptation, reliability, and validity of the pain self-efficacy questionnaire-Hebrew version. *Musculoskeletal Science and Practice*, 64, 102749. https://doi.org/10.1016/j.msksp.2023.102749

Sanghvi, D. E., Zainal, N. H., & Newman, M. G. (2023). Trait self-acceptance mediates parental childhood abuse predicting depression and anxiety symptoms in adulthood. Journal of Anxiety Disorders, 94, 102673. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2023.102673

Saregar, A., Kirana, L. J., Asyhari, A., Anugrah, A., Fitri, M. R., & Panse, V. R. (2024). Technology and Digital Literacy: Interrelationships and the Impact of Acceptance with Self-regulated Learning. *In E3S Web of Conferences* (Vol. 482, p. 04006). EDP Sciences. https://doi.org/10.1051/e3sconf/202448204006

Snyder, C. R., & Taylor, J. D. (2000). Hope as a common factor across psychotherapy approaches: A lesson from the dodo's verdict. In *Handbook of hope* (pp. 89-108). Academic Press. https://doi.org/10.1016/B978-012654050-5/50007-5

Sullivan, H. C., & Roback, J. D. (2020). Convalescent plasma: therapeutic hope or hopeless strategy in the SARS-CoV-2 pandemic. *Transfusion medicine reviews*, 34(3), 145-150. https://doi.org/10.1016/j.tmrv.2020.04.001

Tseng, C. F., Wittenborn, A. K., Morgan, P. C., & Liu, T. (2024). Exploring the effectiveness of emotionally focused therapy for depressive symptoms and relationship distress among couples in Taiwan: A single-arm pragmatic trial. *Journal of Marital and Family Therapy*, 50(1), 202-217. https://doi.org/10.1111/jmft.12681

Weisberg, P. J., Dilts, T. E., Greenberg, J. A., Johnson, K. N., Pai, H., Sladek, C., Kratt, C., Tyler, S. W., & Ready, A. (2021). Phenology-based classification of invasive annual grasses to the species level. *Remote Sensing of Environment*, 263, 112568. https://doi.org/10.1016/j.rse.2021.112568

Wittenborn, A. K., Liu, T., Ridenour, T. A., Lachmar, E. M., Mitchell, E. A., & Seedall, R. B. (2019). Randomized controlled trial of emotionally focused couple therapy compared to treatment as usual for depression: Outcomes and mechanisms of change. *Journal of Marital and Family Therapy*, 45(3), 395-409. https://doi.org/10.1111/jmft.12350

Xu, W., Barisano, G., Phung, D., Chou, B., Pinto, S., & Sheikh-Bahaei, N. (2023). Structural mri in migraine: a review of migraine vascular and structural changes in brain parenchyma. *Journal of Central Nervous System Disease*, 15, 117957352311678. https://doi.org/10.1177/11795735231167868

Yu, B., Zhang, W., Zhao, C., Xing, Y., Lv, M., & Luo, F. (2023). Effectiveness, safety, and predictors of response to ultrasound-guided stellate ganglion blockades for the treatment of patients with chronic migraine: a retrospective and observational study. *Pain Practice*, 23(6), 609-617. https://doi.org/10.1111/papr.13224

Zipagan, F. B., & Galvez Tan, L. J. T. (2023). From Self-Compassion to Life Satisfaction: Examining the Mediating Effects of Self-Acceptance and Meaning in Life. *Mindfulness*, 14(9), 2145-2154 .https://doi.org/10.1007/s12671-023-02183-8

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-10]