

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با و بدون شفقت‌ورزی بر نشانگان روان‌شناختی بیماران دارای سردرد تنشی مزمن

تاریخ ارسال: ۱۴۰۳/۰۶/۲۶

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۰۸/۲۸

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۸/۲۹

تاریخ چاپ: ۱۴۰۳/۰۹/۱۰

چکیده

هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با و بدون مؤلفه شفقت‌ورزی بر اضطراب، استرس و افسردگی بیماران مبتلا به سردرد تنشی مزمن بود. پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری سه‌ماهه بود. جامعه آماری شامل بیماران مبتلا به سردرد تنشی مزمن مراجعه‌کننده به یک کلینیک مغز و اعصاب در شهر مشهد بود. نمونه‌ای شامل ۴۵ بیمار به صورت هدفمند انتخاب و به طور تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری شامل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با شفقت‌ورزی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بدون شفقت‌ورزی و گروه کنترل گمارش شدند. هر دو مداخله درمانی به صورت گروهی طی ۱۶ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای اجرا شد. داده‌ها با استفاده از مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس در سه مرحله گردآوری گردید. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان داد اثر گروه بر هر سه متغیر اضطراب، استرس و افسردگی معنادار است ($p < 0.001$). آزمون تعقیبی بن‌فرونی نشان داد هر دو گروه مداخله نسبت به گروه کنترل کاهش معناداری در نشانگان روان‌شناختی داشتند، اما گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با شفقت‌ورزی کاهش معنادار بیشتری نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بدون شفقت‌ورزی نشان داد. این تفاوت‌ها در مرحله پیگیری نیز پایدار باقی ماند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به‌ویژه هنگامی که با مؤلفه‌های شفقت‌ورزی همراه می‌شود، رویکردی مؤثر و پایدار برای کاهش نشانگان روان‌شناختی بیماران مبتلا به سردرد تنشی مزمن است.

کلیدواژگان: سردرد تنشی مزمن، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شفقت‌ورزی، اضطراب،

افسردگی، استرس

مینا کاویان^۱، فاطمه شهابی زاده^{۲*}، سمانه سادات جعفرطباطبایی^۳

۱. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران
۲. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران
۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران

* ایمیل نویسنده مسئول:

f_shahabizadeh@iaubir.ac.ir

شیوه استناددهی: کاویان، مینا، شهابی زاده، فاطمه، و جعفرطباطبایی، سمانه سادات. (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با و بدون شفقت‌ورزی بر نشانگان روان‌شناختی بیماران دارای سردرد تنشی مزمن. *روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری*، ۲ (۳)، ۱۵-۱.

Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy With and Without Compassion-Based Intervention on Psychological Symptoms in Patients With Chronic Tension-Type Headache

Submit Date: 2024-09-16

Revise Date: 2024-11-18

Accept Date: 2024-11-19

Publish Date: 2024-11-30

Abstract

The aim of this study was to compare the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy with and without a compassion-based component on anxiety, stress, and depression in patients with chronic tension-type headache. This quasi-experimental study employed a pretest–posttest design with a control group and a three-month follow-up. The study population consisted of patients diagnosed with chronic tension-type headache who referred to a neurology clinic in Mashhad. Forty-five eligible patients were purposively selected and randomly assigned to three groups: ACT with compassion-based intervention, ACT without compassion, and a control group (15 participants each). Both interventions were delivered in group format over sixteen 60-minute sessions. Psychological symptoms were assessed at pretest, posttest, and follow-up using a standardized self-report measure. Multivariate analysis of covariance indicated a significant group effect on anxiety, stress, and depression ($p < 0.001$). Bonferroni post hoc tests revealed that both intervention groups showed significantly greater reductions in psychological symptoms compared to the control group, while the ACT with compassion group demonstrated significantly larger improvements than the ACT-only group. These effects remained significant at follow-up. Acceptance and Commitment Therapy is effective in reducing psychological symptoms in chronic tension-type headache, and its integration with compassion-based intervention enhances and sustains therapeutic outcomes.

Keywords: *Chronic tension-type headache, Acceptance and Commitment Therapy, compassion, anxiety, depression, stress*

HEALTH PSYCHOLOGY AND BEHAVIORAL DISORDERS

روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری



Mina Kavian¹, Fatemeh Shahabizadeh^{2*},
Samaneh Sadat Jafar Tabatabaei³

1. Department of Health Psychology, Kish International Branch, Islamic Azad University, Kish Island, Iran

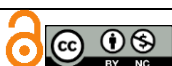
2. Associate Professor, Department of Clinical Psychology Kharazmi University, Tehran, Iran

3. Associate Professor, Department of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran

4. Associate Professor, Department of Psychology, Bandar Abbas Branch, Islamic Azad University, Bandar Abbas, Iran

*Corresponding Author's Email:
f_shahabizadeh@iaubir.ac.ir

How to cite: Kavian, M., Shahabizadeh, F., & Jafar Tabatabaei, S. (2024). Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy With and Without Compassion-Based Intervention on Psychological Symptoms in Patients With Chronic Tension-Type Headache. *Health Psychology and Behavioral Disorders*, 2(3), 1-15.



مقدمه

سردرد تنشی مزمن یکی از شایع‌ترین اختلالات درد مزمن است که نه تنها با ناراحتی جسمانی پایدار همراه است، بلکه پیامدهای روان‌شناختی گسترده‌ای نیز برای مبتلایان به همراه دارد. این نوع سردرد اغلب با الگوی درد مداوم یا عودکننده، احساس فشار یا انقباض در ناحیه سر و گردن، و کاهش قابل توجه کیفیت زندگی شناخته می‌شود و در بسیاری از موارد، مداخلات صرفاً دارویی قادر به کنترل کامل نشانه‌ها نیستند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که عوامل روان‌شناختی از جمله اضطراب، افسردگی، استرس و اجتناب تجربه‌ای نقش تعیین‌کننده‌ای در تداوم و تشدید دردهای مزمن ایفا می‌کنند (Alizadeh et al., 2023; Bakhshandeh Larimi et al., 2021). از این‌رو، رویکردهای درمانی نوین به‌طور فزاینده‌ای بر مداخلات روان‌شناختی متمرکز شده‌اند که بتوانند علاوه بر کاهش شدت درد، به بهبود سازگاری روانی بیماران نیز کمک کنند.

در سال‌های اخیر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance and Commitment Therapy; ACT) به‌عنوان یکی از رویکردهای موج سوم درمان‌های شناختی-رفتاری، توجه پژوهشگران و درمانگران حوزه درد مزمن را به خود جلب کرده است. این رویکرد با تمرکز بر افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، تلاش می‌کند تا بیماران به جای کنترل یا اجتناب از تجربه‌های درونی ناخوشایند، رابطه‌ای پذیرنده و آگاهانه با افکار، هیجان‌ها و احساسات بدنی خود برقرار کنند و در عین حال، در مسیر ارزش‌های شخصی‌شان متعهدانه عمل نمایند. شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که ACT در کاهش پریشانی روان‌شناختی، بهبود کیفیت زندگی و افزایش پذیرش درد در بیماران مبتلا به انواع دردهای مزمن اثربخش است (Alizadeh et al., 2023; Jiang et al., 2024; Kazemipour et al., 2021). همچنین مرورهای نظام‌مند و فراتحلیل‌ها حاکی از آن است که ACT می‌تواند نشانه‌های اضطراب و افسردگی را در جمعیت‌های بالینی مختلف، از جمله بیماران مبتلا به بیماری‌های جسمانی مزمن، به‌طور معناداری کاهش دهد (Jiang et al., 2024; Madani & Ebrahimzadeh, 2024).

با وجود اثربخشی قابل توجه ACT، برخی پژوهشگران بر این باورند که همه بیماران به یک اندازه از این رویکرد سود نمی‌برند و متغیرهای میانجی یا تعدیل‌کننده می‌توانند نقش مهمی در نتایج درمان ایفا کنند. یکی از این متغیرهای کلیدی، شفقت به خود است که در سال‌های اخیر به‌عنوان یک سازه محافظتی مهم در سلامت روان مطرح شده است. شفقت به خود به معنای برخورد مهربانانه، غیرقضاوتی و حمایت‌گرانه با خود در مواجهه با رنج، شکست یا درد تعریف می‌شود و با تنظیم هیجانی سازگارانه‌تر و کاهش خودانتقادی مرتبط است (Gerber et al., 2021; Hughes et al., 2021). مطالعات متعددی نشان داده‌اند که سطوح بالاتر شفقت به خود با اضطراب و افسردگی کمتر و سازگاری بهتر با بیماری‌های مزمن همراه است (Baxter & Sirois, 2024; Hughes et al., 2021).

در حوزه درد مزمن، شواهد فزاینده‌ای نشان می‌دهد که شفقت به خود می‌تواند نقش مهمی در کاهش ناتوانی ناشی از درد و بهبود پیامدهای روان‌شناختی ایفا کند. برای مثال، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که شفقت به خود از طریق کاهش اجتناب تجربه‌ای و افزایش خودکارآمدی، شدت ناتوانی ناشی از درد را کاهش می‌دهد (Farsa et al., 2022; Mistretta et al., 2023). مرورهای نظام‌مند نیز اثربخشی مداخلات مبتنی بر شفقت را در بهبود نشانه‌های روان‌شناختی بیماران مبتلا به دردهای مزمن تأیید کرده‌اند (Kılıç et al., 2021; Lanzaro et al., 2021). افزون بر این، برنامه‌های ساختارمند شفقت‌محور، از جمله مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی و شفقت، توانسته‌اند کاهش معناداری در استرس و پریشانی روان‌شناختی بیماران مبتلا به درد مزمن ایجاد کنند (Torrijos-Zarcero et al., 2021).

نکته قابل توجه آن است که ACT و مداخلات شفقت‌محور از نظر نظری و بالینی هم‌پوشانی‌های قابل ملاحظه‌ای دارند. هر دو رویکرد بر پذیرش تجربه‌های درونی، کاهش مبارزه با رنج و حرکت به‌سوی زندگی معنادار تأکید می‌کنند؛ با این تفاوت که درمان متمرکز بر شفقت به‌طور خاص بر فعال‌سازی نظام آرام‌سازی هیجانی، کاهش شرم و خودانتقادی و ایجاد رابطه‌ای حمایت‌گرانه با خود تمرکز دارد. پژوهش‌های اخیر نشان داده‌اند که ترکیب مؤلفه‌های شفقت با ACT می‌تواند اثربخشی این درمان را در برخی جمعیت‌های بالینی افزایش دهد (Carvalho et al., 2022; Carvalho et al., 2021). برای مثال، مطالعات آزمایشی و کارآزمایی‌های بالینی نشان داده‌اند که برنامه‌های ترکیبی ACT و

شفقت‌محور در کاهش درد، پریشانی روان‌شناختی و بهبود خودمدیریتی بیماران مبتلا به درد مزمن مؤثر بوده‌اند (Carvalho et al., 2022; Carvalho et al., 2021).

در سطح بین‌المللی، پژوهش‌هایی به بررسی اثربخشی درمان‌های مبتنی بر پذیرش و شفقت در بیماری‌های جسمانی مزمن پرداخته‌اند. نتایج این مطالعات حاکی از آن است که افزودن مؤلفه‌های شفقت به مداخلات پذیرش‌محور می‌تواند کاهش بیشتری در اضطراب و افسردگی ایجاد کند (Baxter & Sirois, 2024; Hughes et al., 2021). همچنین پژوهش‌های مقایسه‌ای نشان داده‌اند که درمان‌های ترکیبی مبتنی بر پذیرش و شفقت در مقایسه با برخی رویکردهای سنتی، پیامدهای روان‌شناختی مطلوب‌تری به همراه دارند (Khalatbari et al., 2021; Khayatan et al., 2021). این یافته‌ها بر ضرورت بررسی تجربی نقش شفقت‌ورزی به‌عنوان یک مؤلفه افزوده در چارچوب ACT تأکید می‌کنند.

در پژوهش‌های داخلی نیز شواهد قابل توجهی درباره اثربخشی ACT در جمعیت‌های مختلف، از جمله بیماران مبتلا به دردهای مزمن و سردرد، گزارش شده است. برای نمونه، نتایج پژوهش‌ها نشان داده‌اند که ACT می‌تواند انعطاف‌پذیری شناختی، تحمل پریشانی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سردرد یا بیماری‌های مزمن را بهبود بخشد (Bakhshandeh Larimi et al., 2021; Yarahmadi et al., 2021; Zaemi et al., 2023). در عین حال، مطالعات داخلی در حوزه شفقت‌محور نیز اثربخشی این رویکرد را در کاهش اضطراب مرگ و پریشانی روان‌شناختی بیماران جسمانی مزمن نشان داده‌اند (Ahmadi & Valizadeh, 2021; Ahmadpour Khorrami, 2024). با این حال، هنوز پژوهش‌های محدودی به‌طور مستقیم به مقایسه اثربخشی ACT با و بدون مؤلفه شفقت‌ورزی پرداخته‌اند، به‌ویژه در جمعیت بیماران مبتلا به سردرد تنشی مزمن.

از منظر نظری، سردرد تنشی مزمن را می‌توان در چارچوب مدل‌های زیستی-روانی-اجتماعی تبیین کرد؛ مدل‌هایی که بر تعامل پیچیده عوامل زیستی، شناختی، هیجانی و اجتماعی در تداوم درد تأکید دارند. در این چارچوب، اجتناب تجربه‌ای، خودانتقادی و فقدان مهارت‌های تنظیم هیجان به‌عنوان عوامل کلیدی در تشدید رنج روان‌شناختی ناشی از درد مطرح می‌شوند (Farsa et al., 2022). با هدف کاهش اجتناب تجربه‌ای و افزایش تعهد به ارزش‌ها عمل می‌کند، در حالی که شفقت‌ورزی می‌تواند از طریق کاهش خودانتقادی و فعال‌سازی نظام آرام‌سازی، زمینه لازم برای پذیرش عمیق‌تر تجربه درد را فراهم آورد (Carvalho et al., 2022; Mistretta et al., 2023). بنابراین، ترکیب این دو رویکرد از نظر نظری می‌تواند هم‌افزایی معناداری در بهبود نشانگان روان‌شناختی بیماران ایجاد کند.

با وجود پیشرفت‌های پژوهشی، خلأهای قابل توجهی در ادبیات موجود مشاهده می‌شود. بسیاری از مطالعات پیشین یا صرفاً بر ACT تمرکز داشته‌اند یا به‌طور جداگانه اثربخشی مداخلات شفقت‌محور را بررسی کرده‌اند و کمتر پژوهشی به مقایسه مستقیم این دو رویکرد در قالب یک طرح تجربی کنترل‌شده پرداخته است. افزون بر این، اغلب مطالعات بر جمعیت‌هایی مانند بیماران مبتلا به دردهای اسکلتی-عضلانی یا بیماری‌های مزمن داخلی تمرکز داشته‌اند و سردرد تنشی مزمن، با وجود شیوع بالا و بار روان‌شناختی قابل توجه، کمتر به‌صورت اختصاصی مورد توجه قرار گرفته است (Alizadeh et al., 2023; Lanzaro et al., 2021). این در حالی است که ویژگی‌های خاص سردرد تنشی، از جمله ماهیت مزمن، پیش‌بینی‌ناپذیری و ارتباط نزدیک آن با تنش‌های هیجانی، ضرورت بررسی مداخلات روان‌شناختی مؤثر و پایدار را دوچندان می‌کند.

بر این اساس، انجام پژوهشی که بتواند به‌طور هم‌زمان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با و بدون شفقت‌ورزی را بر نشانگان روان‌شناختی بیماران مبتلا به سردرد تنشی مزمن مقایسه کند، از اهمیت نظری و کاربردی بالایی برخوردار است. چنین پژوهشی می‌تواند علاوه بر غنای ادبیات علمی، به درمانگران در انتخاب و طراحی مداخلات مؤثرتر برای این بیماران کمک کند و زمینه را برای توسعه پروتکل‌های درمانی ترکیبی فراهم آورد. بنابراین، هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با و بدون شفقت‌ورزی بر نشانگان روان‌شناختی بیماران مبتلا به سردرد تنشی مزمن است.

روش‌شناسی

پژوهش حاضر با توجه به ماهیت مسئله و هدف تحقیق، در زمره مطالعات نیمه‌آزمایشی قرار می‌گیرد و با استفاده از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و مرحله پیگیری سه‌ماهه انجام شد. در این طرح، ابتدا از تمامی گروه‌ها پیش‌آزمون به عمل آمد و سپس مداخله‌های درمانی متناسب با هر گروه به‌صورت گروهی اجرا شد. گروه کنترل در طول دوره پژوهش هیچ‌گونه مداخله درمانی دریافت نکرد تا امکان مقایسه نتایج در مراحل پس‌آزمون و پیگیری فراهم شود. پس از اتمام مداخلات، پس‌آزمون اجرا شد و در نهایت، سه ماه پس از پایان درمان‌ها، مرحله پیگیری به منظور بررسی پایداری اثرات درمانی انجام گرفت.

جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به سردرد تنشی مزمن بود که در فاصله زمانی اردیبهشت تا خرداد سال ۱۴۰۲ به کلینیک مغز و اعصاب سناباد واقع در شهر مشهد مراجعه کردند. تشخیص سردرد تنشی مزمن بر اساس گزارش سابقه سردرد حداقل به مدت سه تا شش ماه و پس از انجام معاینه اولیه توسط نورولوژیست، روان‌پزشک یا پزشک فوق تخصص مغز و اعصاب کلینیک سناباد صورت گرفت و در موارد ضروری، نوار مغز نیز برای تکمیل فرایند تشخیص مورد استفاده قرار گرفت.

با توجه به ملاحظات روش‌شناختی پژوهش‌های تجربی، حجم نمونه بر اساس سطح معناداری ۰,۰۵، اندازه اثر متوسط و توان آزمون ۰,۸۰ تعیین شد که بر این اساس، حداقل تعداد ۱۵ نفر برای هر گروه مورد نیاز بود. در مجموع، ۴۵ بیمار مبتلا به سردرد تنشی مزمن به‌صورت هدفمند از میان مراجعه‌کنندگان واجد شرایط انتخاب شدند و سپس از طریق قرعه‌کشی به‌طور تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری شامل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با مؤلفه‌های شفقت‌ورزی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بدون شفقت‌ورزی و گروه کنترل گمارش شدند. هر دو مداخله درمانی به‌صورت گروهی و بر اساس پروتکل‌های استاندارد اجرا گردید.

معیارهای ورود به پژوهش شامل دامنه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال، برخورداری از حداقل سواد خواندن و نوشتن برای درک مفاهیم و محتوای جلسات درمانی، عدم دریافت مداخلات روان‌شناختی یا درمان‌های جایگزین در یک سال اخیر، نداشتن سایر بیماری‌ها یا دردهای مزمن هم‌زمان که می‌توانست روند درمان را پیچیده کند، عدم سوءمصرف مواد، تکمیل فرم رضایت‌نامه آگاهانه، سپری نشدن بیش از سه ماه از زمان تشخیص و شروع درمان سردرد، مراجعه برای اولین بار به‌دلیل سردرد و عدم مصرف داروهای میگرنی بود. معیارهای خروج از پژوهش نیز شامل عدم تمایل یا ناتوانی شرکت‌کننده در ادامه روند درمان، بروز استرس‌های شدید و غیرعادی زندگی مانند سوگ یا جدایی در طول اجرای مداخلات و غیبت بیش از دو جلسه درمانی در نظر گرفته شد.

برای گردآوری داده‌ها از مقیاس نشانگان روان‌شناختی استفاده شد. در این پژوهش، مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21) به‌کار رفت که یکی از ابزارهای معتبر خودگزارشی برای سنجش حالات عاطفه منفی در سه بعد افسردگی، اضطراب و تنیدگی است. این پرسشنامه شامل ۲۱ گویه بوده و پاسخ‌ها بر اساس طیف لیکرت چهاردرجه‌ای از «اصلاً» تا «خیلی زیاد» نمره‌گذاری می‌شود. نمرات بالاتر بیانگر شدت بیشتر نشانه‌های روان‌شناختی هستند. شرکت‌کنندگان وضعیت هر نشانه را بر اساس تجربه خود در طول هفته گذشته گزارش کردند. این ابزار به دلیل قابلیت مقایسه شدت نشانه‌ها در بازه‌های زمانی مختلف، امکان ارزیابی تغییرات و پیشرفت درمان را فراهم می‌سازد. در پژوهش حاضر، پایایی درونی مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد که مقدار آن برابر با ۰,۷۸، به‌دست آمد و نشان‌دهنده پایایی قابل قبول ابزار در نمونه مورد مطالعه است.

پروتکل مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بدون شفقت‌ورزی در این پژوهش به صورت گروهی و طی ۱۶ جلسه در مدت دو ماه اجرا شد؛ به این ترتیب که هر هفته دو جلسه ۶۰ دقیقه‌ای برگزار گردید و برای همگن‌سازی تعداد جلسات با گروه دوم، جلسه دوم هر هفته عمدتاً به

مرور تکالیف، پاسخ‌گویی به پرسش‌ها و تمرین‌های تثبیتی اختصاص یافت. محتوای مداخله بر مبنای مدل ACT با هدف افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی سازمان‌دهی شد و در طول جلسات، تمایز میان درد جسمانی و رنج روان‌شناختی، شناسایی و کاهش اجتناب تجربه‌ای، آموزش حضور در لحظه حال و ذهن‌آگاهی، و تقویت پذیرش تجربه‌های درونی ناخوشایند به‌طور تدریجی دنبال شد. در ادامه، مؤلفه‌های کلیدی مانند «خودِ مشاهده‌گر» و جداسازی/گسلش شناختی برای کاهش درهم‌تنیدگی با افکار ناکارآمد آموزش داده شد و از تمرین‌های زبانی و استعاره‌ای برای خنثی‌سازی قدرت افکار (مانند استعاره باتلاق مبارزه و قطار افکار) استفاده گردید. سپس تمرکز درمان به سمت شفاف‌سازی ارزش‌های فردی در حوزه‌های مهم زندگی و تبدیل ارزش‌ها به اهداف رفتاری کوتاه‌مدت و بلندمدت سوق داده شد و در پایان، با آموزش «تعهد به عمل»، برنامه‌ریزی برای حفظ دستاوردها، بازبینی تغییرات تجربه‌شده و جمع‌بندی درمان، فرایند مداخله خاتمه یافت. در تمام طول درمان، تکالیف بین‌جلسه‌ای، جزوه‌های آموزشی و فایل‌های صوتی تمرین‌های ذهن‌آگاهی به‌عنوان ابزارهای حمایتی به‌کار رفت و جلسات توسط درمانگر آموزش‌دیده در چارچوب ACT هدایت شد تا انسجام و پایبندی به اصول درمان حفظ گردد.

پروتکل مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با شفقت‌ورزی به گونه‌ای طراحی شد که در همان بازه زمانی دو ماه و با همان تعداد ۱۶ جلسه گروهی (هفته‌ای دو جلسه ۶۰ دقیقه‌ای) اجرا شود، اما ترتیب و محتوای جلسات به صورت ترکیبی و مرحله‌بندی‌شده بود؛ بدین معنا که ابتدا یک بسته هشت‌جلسه‌ای شفقت‌محور بر اساس درمان متمرکز بر شفقت اجرا شد و سپس بلافاصله یک بسته هشت‌جلسه‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ارائه گردید تا دو گروه مداخله از نظر زمان شروع و پایان، مدت درمان و تعداد جلسات همگن باشند. در فاز شفقت‌ورزی، آموزش با تبیین مدل سه‌سیستمی تنظیم هیجان (تهدید، انگیزش/برانگیختگی و آرام‌سازی) آغاز شد و نقش خودانتقادی، شرم و فعال‌بودن بیش از حد سیستم تهدید در تداوم رنج روانی مرتبط با سردرد مزمن مورد بحث قرار گرفت؛ سپس با تمرین‌های تنفسی و ذهن‌آگاهی مشفقانه، هدف فعال‌سازی نظام آرام‌سازی و ایجاد حس امنیت هیجانی دنبال شد. در ادامه، شرکت‌کنندگان به شناسایی صدای انتقادی درونی، بازسازی شناختی محتوای خودانتقادی و جایگزینی آن با زبان مهربانانه و حمایتی هدایت شدند و تمرین‌هایی مانند نامه‌نگاری از منظر «خودِ شفقت‌ورز» و تصویرسازی هدایت‌شده برای آرامش و امنیت به کار گرفته شد. همچنین شیوه مواجهه شفقت‌آمیز با هیجان‌های دشوار (نظیر خشم، ترس و شرم) آموزش داده شد و به تدریج «خودِ شفقت‌ورز» به‌عنوان یک موضع درونی حمایتی تثبیت گردید؛ در پایان فاز اول، مرور ارزش‌ها در چارچوب شفقت، برنامه‌ریزی رفتارهای مراقبتی واقعی و ترسیم نقشه استمرار تمرین‌ها انجام شد. پس از آن، فاز ACT با همان منطق مرحله‌ای اجرا شد؛ به گونه‌ای که ابتدا مفاهیم پایه مرتبط با درد مزمن و تمایز درد/رنج، کاهش اجتناب تجربه‌ای و مشاهده افکار بدون قضاوت آموزش داده شد، سپس پذیرش تجربه‌های ناخوشایند، خودِ مشاهده‌گر و گسلش شناختی با استفاده از تمرین‌های استعاره‌ای و نوشتاری توسعه یافت و در نهایت با شفاف‌سازی ارزش‌ها، هدف‌گذاری در راستای ارزش‌ها، آموزش تن‌آرامی، تقویت تعهد به عمل و برنامه‌نگهداشت، مداخله تکمیل شد. برای حمایت از روند درمان، جزوه‌های آموزشی، تمرین‌های نوشتاری بین‌جلسه‌ای و فایل‌های صوتی مدیتیشن شفقت به‌طور منظم ارائه شد و جلسات توسط درمانگر دارای آموزش تخصصی در چارچوب شفقت‌محور و ACT اداره گردید و پایبندی به چارچوب درمانی نیز در طول اجرا به صورت بالینی پایش شد.

در بخش تجزیه و تحلیل داده‌ها، ابتدا از روش‌های آمار توصیفی شامل محاسبه فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار، چولگی و کشیدگی برای توصیف ویژگی‌های نمونه و متغیرهای پژوهش استفاده شد. به منظور بررسی پیش‌فرض‌های آماری، آزمون لوین برای ارزیابی تساوی واریانس‌ها و آزمون شاپیرو-ویلک برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات به کار رفت. همچنین، پیش‌فرض‌های مربوط به تحلیل کوواریانس از جمله همگنی شیب خطوط رگرسیون و نرمال بودن پراکنش داده‌ها مورد بررسی قرار گرفت و برای تحلیل کوواریانس چندمتغیری، آزمون ام‌پاکس استفاده شد. کلیه تحلیل‌های آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ انجام گرفت و سطح معناداری آزمون‌ها در این پژوهش ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در ابتدای این بخش، شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در سه گروه و در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ارائه شده است.

جدول ۱. یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش

متغیر	آماره	درمان پذیرش و تعهد	درمان پذیرش و تعهد	گروه کنترل	گروه کنترل
		شفقت‌ورزی	شفقت‌ورزی		
نشانگان روان‌شناختی - اضطراب	میانگین	پیش‌آزمون	پیش‌آزمون	پیش‌آزمون	پیش‌آزمون
	۱۵.۲۶	۷.۷۳	۷.۶۸	۱۴.۱۳	۶.۴۶
	۲.۱۶	۲.۵۱	۲.۵۰	۲.۰۲	۲.۶۰
انحراف معیار	۲.۱۶	۲.۵۱	۲.۵۰	۲.۰۲	۲.۶۰
نشانگان روان‌شناختی - استرس	میانگین	پیش‌آزمون	پیش‌آزمون	پیش‌آزمون	پیش‌آزمون
	۱۵.۲۶	۹.۷۳	۹.۹۶	۱۴.۱۳	۸.۴۶
	۲.۱۶	۳.۵۱	۳.۴۷	۲.۰۲	۲.۴۲
انحراف معیار	۲.۱۶	۳.۵۱	۳.۴۷	۲.۰۲	۲.۴۲
نشانگان روان‌شناختی - افسردگی	میانگین	پیش‌آزمون	پیش‌آزمون	پیش‌آزمون	پیش‌آزمون
	۱۳.۲۶	۸.۷۳	۸.۶۵	۱۴.۱۴	۸.۴۶
	۱.۱۸	۱.۴۵	۱.۴۷	۲.۱۱	۲.۵۸
انحراف معیار	۱.۱۸	۱.۴۵	۱.۴۷	۲.۱۱	۲.۵۸

گزارش توصیفی جدول ۱ نشان می‌دهد که میانگین نمرات اضطراب، استرس و افسردگی در هر دو گروه مداخله از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون کاهش محسوسی داشته و این روند کاهشی در مرحله پیگیری نیز تا حد زیادی پایدار مانده است. میزان کاهش نمرات در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با شفقت‌ورزی نسبت به گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بدون شفقت‌ورزی بیشتر به نظر می‌رسد، به‌ویژه در مؤلفه‌های اضطراب و افسردگی که افت میانگین‌ها چشمگیرتر است. در مقابل، گروه کنترل تغییرات اندکی در میانگین نمرات نشان داده و مقادیر اضطراب، استرس و افسردگی در این گروه در سه مرحله اندازه‌گیری تقریباً ثابت باقی مانده است. همچنین مقادیر انحراف معیار در هر سه گروه حاکی از پراکندگی نسبتاً مشابه نمرات و همگنی نسبی داده‌ها در مراحل مختلف اندازه‌گیری است.

به‌منظور اطمینان از امکان به‌کارگیری آزمون‌های آماری پارامتریک، مفروضه‌های اصلی تحلیل کوواریانس چندمتغیری پیش از انجام تحلیل‌های استنباطی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد که توزیع نمرات اضطراب، استرس و افسردگی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در هر سه گروه از توزیع نرمال برخوردار است و انحراف معناداری از نرمال بودن مشاهده نشد. همچنین آزمون لوین بیانگر عدم معناداری تفاوت واریانس‌ها بین گروه‌ها بود که حاکی از رعایت مفروضه همگنی واریانس‌ها در متغیرهای وابسته است. بررسی همگنی شیب خطوط رگرسیون نیز نشان داد که تعامل معناداری بین نمرات پیش‌آزمون و عضویت گروهی وجود ندارد و بنابراین مفروضه برابری شیب‌های رگرسیونی برقرار است. علاوه بر این، نتایج آزمون ام‌پاکس برای ماتریس‌های کوواریانس معنادار نبود که این یافته، همگنی ماتریس‌های کوواریانس را تأیید می‌کند. در مجموع، نتایج بررسی مفروضه‌ها نشان داد که شرایط لازم برای اجرای تحلیل کوواریانس چندمتغیری و تفسیر نتایج آن در سطح اطمینان مناسب فراهم بوده است.

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره در تغییر نشانگان روان‌شناختی

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	مجزور اتا
پیش‌آزمون (افسردگی)	۴۱۲۴.۴۶	۲	۲۰۶۲.۲۳	۳۱۲.۶۰	۰.۰۰۰	۰.۷۳
گروه (افسردگی)	۲۶۳.۹۳	۲	۱۳۱.۹۶	۲۰۸.۵۳	۰.۰۰۰	۰.۷۹
خطا (افسردگی)	۲۴.۶۸	۳۹	۰.۶۳	—	—	—
پیش‌آزمون (اضطراب)	۳۹۸۶.۲۶	۲	۱۹۹۳.۱۳	۱۴۵.۳۶	۰.۰۰۰	۰.۸۵
گروه (اضطراب)	۳۱۶.۳۲	۲	۱۵۸.۱۶	۲۱۲.۲۲	۰.۰۰۰	۰.۷۸
خطا (اضطراب)	۲۹.۰۶	۳۹	۰.۷۵	—	—	—
پیش‌آزمون (استرس)	۴۹۸۵.۴۶	۲	۲۴۹۲.۷۳	۸۱.۷۸	۰.۰۰۰	۰.۶۹
گروه (استرس)	۳۲۶.۳۱	۲	۱۶۳.۱۵	۵۸.۷۹	۰.۰۰۰	۰.۶۵
خطا (استرس)	۱۰۸.۲۲	۳۹	۲.۷۷	—	—	—

گزارش نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که با کنترل اثر پیش‌آزمون، اثر عامل گروه بر هر سه مؤلفه افسردگی، اضطراب و استرس معنادار است. مقادیر F بالا و سطوح معناداری کمتر از ۰,۰۰۱ بیانگر تفاوت معنادار بین گروه‌ها در پس‌آزمون و پیگیری است. همچنین اندازه اثرها (مجزور اتا) برای افسردگی (۰,۷۹)، اضطراب (۰,۷۸) و استرس (۰,۶۵) در دامنه متوسط تا بزرگ قرار دارند که نشان‌دهنده سهم قابل توجه مداخله‌ها در تبیین تغییرات نشانگان روان‌شناختی است. به‌علاوه، اثر پیش‌آزمون در هر سه متغیر معنادار گزارش شده که حاکی از نقش نمرات پایه در پیش‌بینی نمرات پس‌آزمون است؛ با این حال، حتی با کنترل این اثر، تفاوت‌های بین گروهی همچنان معنادار باقی مانده و مؤید اثربخشی مداخله‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد، به‌ویژه همراه با شفقت‌ورزی، در کاهش نشانگان روان‌شناختی بیماران مبتلا به سردرد تنشی مزمن است.

جدول ۳. نتایج آزمون بن‌فرونی برای مقایسه میانگین‌های تعدیل‌شده نشانگان روان‌شناختی

متغیر	مرحله	گروه‌های مورد مقایسه	اختلاف میانگین	سطح معناداری
اضطراب	پس‌آزمون	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با شفقت‌ورزی - کنترل	-۱۰.۰۲۷	۰.۰۰۱
		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بدون شفقت‌ورزی - کنترل	-۶.۲۶۵	۰.۰۰۱
	پس‌آزمون	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با شفقت‌ورزی - درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بدون شفقت‌ورزی	-۳.۷۶۱	۰.۰۰۱
		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با شفقت‌ورزی - کنترل	-۹.۹۸۰	۰.۰۰۱
افسردگی	پس‌آزمون	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بدون شفقت‌ورزی - کنترل	-۵.۳۴۵	۰.۰۰۱
		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با شفقت‌ورزی - درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بدون شفقت‌ورزی	-۲.۰۴۸	۰.۰۰۱
	پس‌آزمون	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با شفقت‌ورزی - کنترل	-۷.۷۶۲	۰.۰۰۱
		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بدون شفقت‌ورزی - کنترل	-۶.۴۱۰	۰.۰۰۱
اضطراب	پیگیری	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با شفقت‌ورزی - درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بدون شفقت‌ورزی	-۲.۹۵۴	۰.۰۰۱
		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با شفقت‌ورزی - کنترل	-۱۰.۹۵۰	۰.۰۰۱
	پیگیری	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بدون شفقت‌ورزی - کنترل	-۶.۹۴۱	۰.۰۰۱
		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با شفقت‌ورزی - درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بدون شفقت‌ورزی	-۳.۴۱۲	۰.۰۰۱
افسردگی	پیگیری	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با شفقت‌ورزی - کنترل	-۸.۸۵۶	۰.۰۰۱
		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بدون شفقت‌ورزی - کنترل	-۴.۵۱۲	۰.۰۰۱
	پیگیری	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با شفقت‌ورزی - درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بدون شفقت‌ورزی	-۲.۹۶۰	۰.۰۰۱
		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با شفقت‌ورزی - کنترل	-۸.۸۱۴	۰.۰۰۱
		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بدون شفقت‌ورزی - کنترل	-۶.۳۴۰	۰.۰۰۱
		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با شفقت‌ورزی - درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بدون شفقت‌ورزی	-۳.۴۱۷	۰.۰۰۱

گزارش نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که آزمون تعقیبی بن‌فرونی اختلاف معناداری بین تمامی زوج‌های مقایسه‌شده در هر سه مؤلفه اضطراب، استرس و افسردگی هم در مرحله پس‌آزمون و هم در مرحله پیگیری نشان می‌دهد. به‌طور مشخص، هر دو گروه مداخله در مقایسه با گروه

کنترل کاهش معناداری در میانگین‌های تعدیل‌شده نشانگان روان‌شناختی داشته‌اند، اما میزان این کاهش در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با شفقت‌ورزی به‌طور معناداری بیشتر از گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بدون شفقت‌ورزی بوده است. تداوم معناداری تفاوت‌ها در مرحله پیگیری بیانگر پایداری اثرات درمانی در طول زمان است و نتایج حاکی از آن است که افزودن مؤلفه شفقت‌ورزی به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اثربخشی بیشتری در کاهش اضطراب، استرس و افسردگی بیماران مبتلا به سردرد تنشی مزمن ایجاد کرده است.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که هر دو مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، چه به‌تنهایی و چه در ترکیب با شفقت‌ورزی، موجب کاهش معنادار نشانگان روان‌شناختی شامل اضطراب، استرس و افسردگی در بیماران مبتلا به سردرد تنشی مزمن شدند. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره و آزمون‌های تعقیبی بن‌فرونی حاکی از آن بود که این کاهش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه پایدار باقی مانده است. با این حال، شدت و دامنه تغییرات در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با شفقت‌ورزی به‌طور معناداری بیشتر از گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بدون شفقت‌ورزی بود. این یافته به‌روشنی نشان می‌دهد که افزودن مؤلفه شفقت‌ورزی می‌تواند اثربخشی ACT را در کاهش پریشانی روان‌شناختی بیماران مبتلا به سردرد تنشی مزمن تقویت کند.

در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، می‌توان به نقش محوری این رویکرد در افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی اشاره کرد. ACT با کاهش اجتناب تجربه‌ای و کمک به بیماران برای پذیرش افکار، هیجان‌ها و احساسات بدنی ناخوشایند، چرخه معیوب «درد-رنج روان‌شناختی» را تضعیف می‌کند. نتایج پژوهش حاضر همسو با مطالعات پیشین نشان می‌دهد که ACT می‌تواند نشانه‌های اضطراب و افسردگی را در بیماران مبتلا به دردهای مزمن به‌طور معناداری کاهش دهد (Alizadeh et al., 2023; Bakhshandeh Larimi et al., 2021). همچنین یافته‌های این پژوهش با مرورهای نظام‌مند و فراتحلیل‌هایی که اثربخشی ACT را در کاهش پریشانی روان‌شناختی بیماران جسمانی مزمن گزارش کرده‌اند، هم‌راستا است (Jiang et al., 2024; Madani & Ebrahimzadeh, 2024). به‌ویژه در سردرد تنشی مزمن، که تنش‌های هیجانی و شناختی نقش مهمی در تداوم علائم دارند، تمرکز ACT بر پذیرش و حضور در لحظه حال می‌تواند به کاهش درگیری ذهنی با درد و در نتیجه کاهش اضطراب و استرس منجر شود.

با این حال، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که اگرچه ACT به‌تنهایی مؤثر است، اما ترکیب آن با شفقت‌ورزی نتایج قوی‌تری به همراه دارد. این یافته با ادبیات پژوهشی مربوط به نقش شفقت به خود در سلامت روان هم‌خوانی دارد. شفقت‌ورزی از طریق کاهش خودانتقادی، شرم و سرزنش خود، و جایگزینی آن‌ها با نگرشی مهربانانه و حمایت‌گرانه نسبت به خود، می‌تواند تنظیم هیجانی سازگارانه‌تری را فراهم آورد (Gerber et al., 2021; Hughes et al., 2021). پژوهش‌های متعددی نشان داده‌اند که شفقت به خود با سطوح پایین‌تر اضطراب و افسردگی و سازگاری بهتر با بیماری‌های مزمن مرتبط است (Baxter & Sirois, 2024; Hughes et al., 2021). در همین راستا، یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که فعال‌سازی مؤلفه شفقت‌ورزی در کنار پذیرش، می‌تواند به کاهش عمیق‌تر و پایدارتر نشانگان روان‌شناختی منجر شود. از منظر نظری، می‌توان این یافته را در چارچوب مدل‌های تنظیم هیجان تبیین کرد. بیماران مبتلا به سردرد تنشی مزمن اغلب در وضعیت فعال‌بودن مزمن نظام تهدید قرار دارند؛ وضعیتی که با اضطراب، تنش عضلانی و نشخوار فکری همراه است. درمان‌های شفقت‌محور با هدف فعال‌سازی نظام آرام‌سازی هیجانی و ایجاد حس امنیت درونی، می‌توانند این عدم تعادل را اصلاح کنند. پژوهش‌های پیشین نشان داده‌اند که مداخلات شفقت‌محور در بیماران مبتلا به درد مزمن موجب کاهش استرس و بهبود سازگاری روان‌شناختی می‌شود (Lanzaro et al., 2021; Torrijos-Zarcero et al., 2021). در پژوهش حاضر نیز به نظر می‌رسد که ترکیب ACT با شفقت‌ورزی از طریق فراهم کردن بستر هیجانی امن‌تر، پذیرش درد و هیجان‌های ناخوشایند را تسهیل کرده و در نتیجه، اثربخشی درمان را افزایش داده است.

نتایج این مطالعه همچنین با پژوهش‌هایی که به‌طور خاص به ترکیب ACT و شفقت‌ورزی پرداخته‌اند، هم‌سو است. مطالعات آزمایشی نشان داده‌اند که افزودن مؤلفه‌های شفقت به ACT می‌تواند کاهش بیشتری در پریشانی روان‌شناختی و ناتوانی ناشی از درد ایجاد کند (Carvalho et al., 2021; et al., 2022). همچنین پژوهش‌های مقایسه‌ای در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن نشان داده‌اند که درمان‌های ترکیبی مبتنی بر پذیرش و شفقت نسبت به درمان‌های تک‌بعدی، پیامدهای روان‌شناختی مطلوب‌تری دارند (Khalatbari et al., 2021; al., 2021; Khayatan et al., 2021). یافته‌های پژوهش حاضر این شواهد را در جمعیت بیماران مبتلا به سردرد تنشی مزمن تأیید می‌کند و نشان می‌دهد که این بیماران نیز می‌توانند از مزایای درمان‌های ترکیبی بهره‌مند شوند.

یکی دیگر از یافته‌های مهم پژوهش حاضر، پایداری اثرات درمانی در مرحله پیگیری سه‌ماهه بود. این پایداری به‌ویژه در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با شفقت‌ورزی برجسته‌تر بود. این نتیجه را می‌توان به ماهیت مهارت‌محور هر دو رویکرد نسبت داد؛ به این معنا که بیماران در طول درمان، مهارت‌هایی مانند پذیرش، ذهن‌آگاهی و شفقت به خود را می‌آموزند که قابلیت تعمیم به موقعیت‌های روزمره را دارند. پژوهش‌های پیشین نیز نشان داده‌اند که مداخلات مبتنی بر پذیرش و شفقت می‌توانند اثرات ماندگاری بر کاهش نشانه‌های روان‌شناختی داشته باشند (Mistretta et al., 2023; Sierra & Ortiz, 2023). در نتیجه، یافته‌های پژوهش حاضر از این دیدگاه حمایت می‌کند که درمان‌های مبتنی بر پذیرش و شفقت نه تنها در کوتاه‌مدت، بلکه در میان‌مدت نیز مؤثر هستند.

در مجموع، نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که اگرچه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌تنهایی رویکردی کارآمد برای کاهش نشانگان روان‌شناختی بیماران مبتلا به سردرد تنشی مزمن است، اما افزودن مؤلفه شفقت‌ورزی می‌تواند اثربخشی این درمان را به‌طور معناداری افزایش دهد. این یافته با پژوهش‌های داخلی و خارجی که بر نقش شفقت به خود در بهبود پیامدهای روان‌شناختی بیماران جسمانی مزمن تأکید دارند، هم‌خوانی دارد (Ahmadi & Valizadeh, 2021; Ahmadpour Khorrami, 2024; Farsa et al., 2022). از این‌رو، می‌توان نتیجه گرفت که مداخلات روان‌شناختی برای سردرد تنشی مزمن، در صورتی که به‌صورت یکپارچه به پذیرش، تعهد و شفقت‌ورزی بپردازند، می‌توانند پاسخ جامع‌تری به نیازهای روان‌شناختی این بیماران ارائه دهند.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به حجم نمونه نسبتاً محدود و انتخاب نمونه به‌صورت هدفمند از یک مرکز درمانی اشاره کرد که ممکن است تعمیم‌پذیری نتایج به سایر جمعیت‌ها را کاهش دهد. همچنین، استفاده از ابزارهای خودگزارشی برای سنجش نشانگان روان‌شناختی می‌تواند تحت تأثیر سوگیری پاسخ‌دهی قرار گیرد. محدودبودن دوره پیگیری به سه ماه نیز از دیگر محدودیت‌هاست، زیرا امکان بررسی پایداری بلندمدت اثرات درمانی فراهم نشده است.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با حجم نمونه بزرگ‌تر و در مراکز درمانی مختلف انجام شود تا تعمیم‌پذیری نتایج افزایش یابد. همچنین بررسی اثرات بلندمدت این مداخلات با دوره‌های پیگیری شش‌ماهه و یک‌ساله می‌تواند اطلاعات ارزشمندی درباره پایداری درمان فراهم کند. انجام مطالعاتی که متغیرهای میانجی مانند شفقت به خود، اجتناب تجربه‌ای یا انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را به‌طور مستقیم بررسی کنند نیز می‌تواند به تبیین دقیق‌تر سازوکارهای اثرگذاری این درمان‌ها کمک کند.

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، توصیه می‌شود درمانگران و مراکز درمانی از مداخلات مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با مؤلفه‌های شفقت‌ورزی در درمان بیماران مبتلا به سردرد تنشی مزمن استفاده کنند. ادغام آموزش شفقت به خود در پروتکل‌های درمانی می‌تواند به بهبود تنظیم هیجانی و کاهش پایداری نشانگان روان‌شناختی بیماران منجر شود. همچنین برگزاری کارگاه‌های آموزشی برای درمانگران در زمینه درمان‌های ترکیبی پذیرش‌محور و شفقت‌محور می‌تواند کیفیت خدمات روان‌شناختی ارائه‌شده به این بیماران را ارتقا دهد.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

موازن اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازن و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ گونه تضاد منافع وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از تمامی شرکت کنندگان که در اجرای پژوهش حاضر کمک نمودند نهایت قدردانی و سپاس را دارند.

شفافیت داده‌ها

داده‌ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی رایت ارسال خواهد شد.

حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

چکیده گسترده

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

Chronic tension-type headache is among the most prevalent forms of chronic pain and is widely recognized as a condition with both somatic and psychological dimensions. Beyond persistent head and neck pain, patients frequently experience elevated levels of anxiety, stress, and depressive symptoms, which substantially impair daily functioning and quality of life. Contemporary models of chronic pain emphasize the role of psychological processes such as experiential avoidance, maladaptive emotion regulation, and negative self-evaluation in the persistence and intensification of pain-related distress. Within this context, psychological interventions targeting these processes have gained increasing attention as essential components of comprehensive pain management (Alizadeh et al., 2023; Bakhshandeh Larimi et al., 2021).

Acceptance and Commitment Therapy (ACT) is a third-wave behavioral therapy that aims to enhance psychological flexibility through acceptance of internal experiences, mindfulness, cognitive defusion, values clarification, and committed action. A growing body of evidence demonstrates that ACT is effective in reducing psychological distress and improving adjustment in individuals with chronic physical illnesses and pain conditions (Jiang et al., 2024; Madani & Ebrahimzadeh, 2024). Studies conducted among patients with chronic pain, migraine, cancer, and other long-term medical conditions have consistently reported reductions in anxiety, depression, and distress following ACT-based interventions (Alizadeh et al., 2023; Kazemipour et al., 2021; Yarahmadi et al., 2021). These findings suggest that ACT is a robust intervention for addressing the psychological correlates of chronic pain.

Despite its demonstrated effectiveness, ACT does not appear to yield uniform outcomes for all patients. Recent theoretical and empirical work has suggested that certain psychological capacities may moderate or enhance the effects of ACT, one of which is self-compassion. Self-compassion refers to responding to one's own suffering with kindness, understanding, and a sense of shared humanity rather than self-criticism or avoidance. Extensive research has shown that higher levels of self-compassion are associated with lower anxiety and depression and better emotional regulation in individuals with chronic illness (Gerber et al., 2021; Hughes et al., 2021). Meta-analytic and systematic review studies further indicate that self-compassion plays a protective role against psychological distress in chronic health conditions (Baxter & Sirois, 2024; Kılıç et al., 2021).

In the field of chronic pain, self-compassion has been identified as a key mechanism associated with reduced pain-related disability and improved psychological outcomes. Research suggests that self-compassion can attenuate the impact of pain by reducing experiential avoidance, self-criticism, and emotional reactivity while promoting adaptive coping and self-efficacy (Farsa et al., 2022; Mistretta et al., 2023). Compassion-focused interventions and mindful self-compassion programs have demonstrated effectiveness in reducing distress and improving emotional well-being among chronic pain patients (Lanzaro et al., 2021; Torrijos-Zarcero et al., 2021).

From an integrative perspective, ACT and compassion-focused approaches share important conceptual foundations, including acceptance of internal experiences, reduction of struggle with suffering, and movement toward a meaningful life. However, compassion-focused therapy explicitly targets shame, self-criticism, and threat-based emotional systems by cultivating warmth, safeness, and self-kindness. Emerging studies suggest that integrating compassion-based components into ACT may enhance therapeutic outcomes, particularly for individuals with high levels of emotional vulnerability or chronic distress (Carvalho et al., 2022; Carvalho et al., 2021). Comparative and combined-treatment studies have reported that ACT augmented with compassion-based strategies leads to greater reductions in psychological distress than ACT alone in several chronic illness populations (Khalatbari et al., 2021; Khayatan et al., 2021).

Despite these advances, there remains a notable gap in the literature regarding the direct comparison of ACT with and without compassion-based components in patients with chronic tension-type headache. While prior studies have examined ACT or compassion-focused interventions separately, few have evaluated whether adding compassion training to ACT yields incremental benefits for psychological symptoms in this specific population. Given the high prevalence of emotional distress among individuals with chronic tension-type headache and the close relationship between emotional tension and headache symptoms, such an investigation is both theoretically and clinically warranted (Alizadeh et al., 2023; Lanzaro et al., 2021). Accordingly, the present study sought to compare the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy with and without compassion-based intervention on psychological symptoms in patients with chronic tension-type headache.

Methods and Materials

The present study employed a quasi-experimental design with pretest, posttest, and three-month follow-up assessments, including two experimental groups and one control group. The statistical population consisted of patients diagnosed with chronic tension-type headache who referred to a neurology clinic in Mashhad during a specified recruitment period. Diagnosis was confirmed by a neurologist based on clinical evaluation and headache history.

A total of forty-five eligible participants were selected through purposive sampling and randomly assigned to three groups: Acceptance and Commitment Therapy with compassion-based intervention, Acceptance and Commitment Therapy without compassion-based intervention, and a control group. Each group consisted of fifteen participants. Inclusion criteria included an age range of 20 to 50 years, minimum literacy, absence of severe comorbid medical or psychiatric conditions, no concurrent psychological treatment, and informed

consent. Exclusion criteria included excessive session absence, unwillingness to continue treatment, and major life stressors during the intervention period.

Both experimental groups received group-based interventions over sixteen sessions conducted twice weekly, each lasting sixty minutes. The ACT-only group received a standard ACT protocol focusing on acceptance, mindfulness, cognitive defusion, values clarification, and committed action. The combined ACT and compassion group first received compassion-focused sessions aimed at cultivating self-kindness, emotional safeness, and compassionate self-relating, followed by ACT sessions matched in number and duration to the ACT-only group. The control group received no psychological intervention during the study period.

Psychological symptoms, including anxiety, stress, and depression, were assessed using a standardized self-report measure at pretest, posttest, and follow-up. Data were analyzed using descriptive statistics and multivariate analysis of covariance, with pretest scores controlled. Post hoc comparisons were conducted to examine between-group differences.

Findings

Descriptive results indicated that mean scores of anxiety, stress, and depression decreased from pretest to posttest in both intervention groups, whereas the control group showed minimal change across measurement points. These reductions were maintained at the three-month follow-up, particularly in the combined ACT and compassion group.

Multivariate analysis of covariance revealed a significant overall effect of group on psychological symptoms after controlling for pretest scores. Univariate analyses demonstrated significant group differences for anxiety, stress, and depression. Effect size indices indicated moderate to large effects of the interventions, with the largest effects observed in the group receiving ACT combined with compassion-based intervention.

Post hoc Bonferroni comparisons showed that both intervention groups differed significantly from the control group in posttest and follow-up scores across all psychological symptoms. Additionally, the ACT with compassion group demonstrated significantly greater reductions in anxiety, stress, and depression compared to the ACT-only group at both posttest and follow-up. These findings suggest that while ACT alone is effective in reducing psychological symptoms in patients with chronic tension-type headache, the inclusion of compassion-based components leads to superior and more durable outcomes.

Discussion and Conclusion

The findings of this study indicate that Acceptance and Commitment Therapy is an effective psychological intervention for reducing anxiety, stress, and depression in patients with chronic tension-type headache. More importantly, the results demonstrate that integrating compassion-based intervention into ACT produces significantly greater improvements in psychological symptoms than ACT alone. These outcomes highlight the added value of targeting self-compassion, emotional safeness, and self-kindness alongside acceptance and values-based action.

From a clinical perspective, the superior performance of the combined intervention suggests that addressing self-criticism and threat-based emotional responses may enhance patients' capacity to accept pain and distressing internal experiences. Compassion-based practices may provide an emotional context that facilitates deeper engagement with ACT processes, thereby strengthening psychological flexibility and emotional regulation. The persistence of treatment effects at follow-up further indicates that these interventions promote enduring psychological skills rather than transient symptom relief.

Overall, the present study supports the integration of compassion-focused strategies into acceptance-based therapies for individuals with chronic tension-type headache. Such integrative approaches may offer a more comprehensive response to the complex psychological needs of this population and contribute to more effective and sustainable pain management.

References

- Ahmadi, V., & Valizadeh, H. (2021). The Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Therapy on the Quality of Life and Death Anxiety in the Elderly. *Aging Psychology*, 7(2), 166-153. <https://doi.org/10.22126/jap.2021.6370.1528>
- Ahmadpour Khorrami, R. (2024). The effectiveness of compassion-focused therapy on death anxiety in patients with chronic kidney failure (under hemodialysis) in Shiraz. 5th International Conference on Health, Educational Sciences, and Psychology, <https://civilica.com/search/paper/k-%D9%86%D8%A7%D8%B1%D8%B3%D8%A7%DB%8C%DB%8C%20%D9%85%D8%B2%D9%85%D9%86%20%DA%A9%D9%84%DB%8C%D9%87/>
- Alizadeh, P., Kooshki, S., & Tarvirdizadeh, H. (2023). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and on Pain Intensity, Childhood Trauma, Perfectionism and Psychological Flexibility in Patients with Chronic Pain. *Journal of Assessment and Research in Applied Counseling (JARAC)*, 5(2), 123-136. <https://doi.org/10.61838/kman.jarac.5.2.15>
- Bakhshandeh Larimi, N., Zebardast, A., & Rezaei, S. (2021). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on cognitive flexibility, rumination, and distress tolerance in persons with Migraine headache [Research]. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 8(2), 74-87. <https://doi.org/10.32598/shenakht.8.2.74>
- Baxter, R., & Sirois, F. M. (2024). Self-compassion and psychological distress in chronic illness: A meta-analysis. *British Journal of Health Psychology*. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12761>
- Carvalho, S. A., Gillanders, D., Forte, T., Trindade, I. A., Pinto-Gouveia, J., Lapa, T., & Castilho, P. (2022). Self-compassion in Acceptance and Commitment Therapy for chronic pain: a pilot study. *Scandinavian journal of pain*, 22(3), 631-638. <https://doi.org/10.1515/sjpain-2021-0214>
- Carvalho, S. A., Trindade, I. A., Duarte, J., Menezes, P., Patrão, B., Nogueira, M. R., Guiomar, R., Lapa, T., Pinto-Gouveia, J., & Castilho, P. (2021). Efficacy of an ACT and Compassion-Based eHealth Program for Self-Management of Chronic Pain (iACTwithPain): Study Protocol for a Randomized Controlled Trial [Study Protocol]. *Frontiers in psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.630766>
- Farsa, F. A., Shahabizadeh, F., Hashemi, M., & Dadkhah, P. (2022). Presenting a Model of Pain Outcomes in Patients With Chronic Low Back Pain Based on Mood and Anxiety Symptoms and Emotional Schemas: The Mediating Role of Experiential Avoidance and Self-Compassion. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 9(5), 40-54. <https://doi.org/10.32598/shenakht.9.5.40>
- Gerber, Z., Davidovics, Z., & Anaki, D. (2021). The Relationship Between Self-Compassion, Concern for Others, and Parental Burnout in Child's Chronic Care Management. *Mindfulness*, 12(12), 2920-2928. <https://doi.org/10.1007/s12671-021-01752-z>
- Hughes, M., Brown, S. L., Campbell, S., Dandy, S., & Cherry, M. G. (2021). Self-compassion and anxiety and depression in chronic physical illness populations: a systematic review. *Mindfulness*, 12(7), 1597-1610. <https://doi.org/10.1007/s12671-021-01602-y>
- Jiang, X., Sun, J., Song, R., Wang, Y., Li, J., & Shi, R. (2024). Acceptance and commitment therapy reduces psychological distress in patients with cancer: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Front. Psychol.*, 14, 1253266. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1253266>
- Kazemipour, A., Mirderkvand, F., & Amraei, K. (2021). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on the Acceptance and Post-Traumatic Growth in Colorectal Cancer Patients Comorbid with Stress. *Research-in-Medicine*, 45(3), 38-43. <http://pejouhesh.sbmu.ac.ir/article-1-2518-en.html>
- Khalatbari, A., Ghorbanshiroudi, S., Zarbakhsh, M., & Tizdast, T. (2021). Comparison of the Effectiveness of Compassion-Focused Therapy and Treatment based on Acceptance and Commitment to Craving, Quality of Life and Psychological Distress in Patients with Type 2 Diabetes. *Health Psychology*, 9(36), 7-24. <https://doi.org/10.30473/hpj.2020.53961.4884>
- Khayatan, S., Aghaei, A., Abedi, M., & Golparvar, M. (2021). Comparison of "Combined Therapy Package Focused on Compassion and Acceptance and Commitment Therapy" with "Cognitive Behavioral Therapy" (CBT) on Depression and Glycosylated Hemoglobin in Female with Type II Diabetes. *jhpm.ir*, 10(6), 127-140. <http://jhpm.ir/article-1-1166-en.html>
- Kılıç, A., Hudson, J., McCracken, L. M., Ruparelia, R., Fawson, S., & Hughes, L. D. (2021). A systematic review of the effectiveness of self-compassion related interventions for individuals with chronic physical health conditions. *Behavior therapy*, 52(3), 607-625. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2020.08.001>

- Lanzaro, C., Carvalho, S. A., Lapa, T. A., Valentim, A., & Gago, B. (2021). A systematic review of self-compassion in chronic pain: from correlation to efficacy. *Spanish Journal of Psychology*, 24, e26. <https://doi.org/10.1017/SJP.2021.22>
- Madani, F., & Ebrahimzadeh, S. (2024). Effectiveness of acceptance and commitment therapy on depression, anxiety, and distress in children with diabetes: A systematic review. *Quarterly Journal of Child Mental Health*, 11(4), 18-33. <https://doi.org/10.61186/jcmh.11.4.18>
- Mistretta, E. G., Davis, M. C., Bartsch, E. M., & Olah, M. S. (2023). Self-Compassion and Pain Disability in Adults With Chronic Pain: The Mediating Role of Future Self-Identification and Self-Efficacy. *Journal of Health Psychology*, 28(11), 1044-1056. <https://doi.org/10.1177/13591053231167275>
- Sierra, M. A., & Ortiz, E. (2023). Feasibility and effect of a self-help online acceptance and commitment therapy program focused on repetitive negative thinking for Colombian young women. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 28, 127-138. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2023.03.010>
- Torrijos-Zarcelo, M., Mediavilla, R., Rodríguez-Vega, B., Del Río-Diéguez, M., López-Álvarez, I., Rocamora-González, C., & Palao-Tarrero, A. (2021). Mindful Self-Compassion program for chronic pain patients: a randomized controlled trial. *Eur. J. Pain*, 25(4), 930-944. <https://doi.org/10.1002/ejp.1734>
- Yarahmadi, M., Oraki, M., Saadat, S. H., Eshaghian, M., & Momeni, A. (2021). The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on distress tolerance and the severity of obsessive-compulsive symptoms [Research]. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 7(6), 66-79. <https://doi.org/10.52547/shenakht.7.6.66>
- Zaemi, H., Rajayi, A. R., Safarian Tosi, M. R., & Najat, H. (2023). Comparing the Effectiveness of Emotion-focused Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on the Distress Tolerance of Disaffected Couples. *Rehabilitation Nursing Research Journal*, 9(3), 55-66. <https://ijrn.ir/article-1-762-en.pdf>