



مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان متمرکز بر شفقت (CFT) بر سردردهای تنشی و فشارخون در زنان مبتلا به اختلال علائم جسمی

دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران
استادیار، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران
دانشیار گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران

ساره صادقی نیسیانی ^{id}

محمد حسن غنی‌فر ^{id*}

فاطمه شهابی‌زاده ^{id}

ایمیل نویسنده مسئول: ghanifar@iaubir.ac.ir

پذیرش: ۱۴۰۱/۰۹/۲۱

دریافت: ۱۴۰۰/۱۲/۱۸

فصلنامه علمی پژوهشی
خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۷۱۷-۲۴۳۰
<http://Aftj.ir>

دوره ۳ | شماره ۵ پیاپی ۱۴ | ۴۰۵-۴۲۴

زمستان ۱۴۰۱

(مجموعه مقالات حوزه زنان)

نوع مقاله: پژوهشی

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان متمرکز بر شفقت (CFT) بر سردردهای تنشی و فشارخون در زنان مبتلا به اختلال علائم جسمی بود. **روش پژوهش:** این مطالعه از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی زنان دارای اختلال علائم جسمی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره ساره و انجمن مددکاری امام زمان (ع) در شهر اصفهان در نیمه اول سال ۱۴۰۰ بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۴۰ نفر که شرایط ورود به پژوهش را داشتند انتخاب و سپس با توجیه اهداف پژوهش و داشتن رضایت برای حضور در پژوهش به شیوه تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار داده شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه سردرد و سنجش میزان فشارخون به دست آمدند و با روش تحلیل اندازه‌گیری مکرر و نرم‌افزار SPSS تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد روی سردردهای تنشی، فشارخون سیستولیک و فشارخون دیاستولیک موثر بود ($p < 0/05$). اما درمان متمرکز بر شفقت تنها بر سردردهای تنشی موثر بود ($p < 0/05$). دو گروه از نظر سردردهای تنشی تفاوت معناداری با هم نداشتند ($p > 0/05$). اما تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به درمان متمرکز بر شفقت در فشارخون سیستولیک و دیاستولیک بیشتر بوده است. **نتیجه‌گیری:** می‌توان نتیجه گرفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر بیشتری در مقایسه با درمان متمرکز بر شفقت در فشارخون زنان مبتلا به اختلال علائم جسمی داشته است و می‌توان از آن به عنوان رویکردی مناسب جهت بهبود مشکلات این بیماران استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: درمان پذیرش و تعهد، درمان متمرکز بر شفقت، سردرد تنشی، فشارخون، اختلال علائم جسمی.

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:
درون متن:

(صادقی نیسیانی، غنی‌فر و شهابی‌زاده، ۱۴۰۱)

در فهرست منابع:

صادقی نیسیانی، ساره، غنی‌فر، محمد حسن، و شهابی‌زاده، فاطمه. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان متمرکز بر شفقت (CFT) بر سردردهای تنشی و فشارخون در زنان مبتلا به اختلال علائم جسمی. *فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی*، ۳(۵ پیاپی ۱۴): ۴۰۵-۴۲۴.

مقدمه

سلامتی ارگانیک انسان تحت تأثیر دو عامل است: عوامل جسمی و عوامل روانی (رنیور، هاسبه و گری، ۲۰۱۳؛ لوین، کوهن، کومودور-منسا، فلئوری، هافمن، خالد و همکاران، ۲۰۲۱). افراد مبتلابه اختلال علائم جسمی یا اختلال سوماتیک سمپتوم^۱ معمولاً درباره سلامت خود به شدت نگران هستند و بر این باور هستند که به یک بیماری مبتلا شده‌اند (هنینگسن، زیپفل و هرزوغ، ۲۰۰۷). این نگرانی‌ها معمولاً به نشانه‌های افسردگی منجر می‌شوند، که پریشانی روان‌شناختی را به دنبال خواهد داشت (رونبرگ، ساتل، شائفرت، هنینگسن و هاوستینز-ویهل، ۲۰۱۹). بسیاری از این افراد بی‌دلیل مورد عمل جراحی قرار می‌گیرند یا بدون هیچ‌گونه ضرورتی مراحل معاینات مختلف پزشکی را طی می‌کنند (کورانیسک و مافی، ۲۰۱۶). اختلال علائم جسمی، پرهزینه، مزمن و ناتوان‌کننده می‌باشد برای مثال: اضطراب، افسردگی و سلامتی روانی پایین از ویژگی‌های این بیماران است (من، شارما و جین، ۲۰۲۲). درمان این اختلال هزینه‌بر و زمان‌بر است (شرودر، اورنبل، جنسن، شارپ و فینک، ۲۰۱۷). انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۲۰۱۳). شیوع این اختلال را بین ۵ تا ۷ درصد است عنوان کرده است که نسبت مبتلایان زن به مرد بیشتر می‌باشد. اکثر افراد مبتلابه اختلالات جسمانی سازی باور دارند که مشکلاتشان واقعاً جسمی است و وقتی به آن‌ها گفته می‌شود که هیچ نشانه‌ای دال بر وجود مشکل پزشکی ندارند، باور نمی‌کنند (بورتون، فینک، هنینگسن، لوی و ریف، ۲۰۲۰).

معیارهای DSM-5 برای اختلال علائم جسمی شامل: یک یا چند نشانه سوماتیک که به شدت ناراحت‌کننده هستند یا زندگی روزمره را به شدت مختل می‌سازند، افکار، احساسات و رفتارهای افراطی با این نشانه‌های سوماتیک یا نگرانی‌های مرتبط با سلامت که با حداقل یکی از موارد زیر نشان داده می‌شود: الف، افکار دائمی درباره میزان خطرناک بودن نشانه‌ها و تناسب نداشتن نگرانی با شدت نشانه‌ها، اضطراب شدید و دائمی درباره سلامت خود یا درباره نشانه‌ها، شخص، زمان و انرژی زیادی را وقف نگرانی خود درباره سلامت یا درباره این نشانه‌ها می‌کند، لازم به ذکر است که این علائم باید شش ماه حضور داشته باشند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). از دیگر عواملی که مبتلایان به علائم جسمی تجربه می‌کنند سندرم دیسترس های بدنی^۲ است، این سندرم شامل: سرگیجه، سردرد، درد گردن و شانه، کمر درد، خستگی چشم، سو عملکرد معده، از دست دادن اشتها، یبوست و اسهال و بی‌خوابی است (فینک و شرودر، ۲۰۱۰؛ بوتزلیلی و همکاران، ۲۰۱۵). بنابراین می‌توان بیان داشت که این علائم و نشانه‌ها موجب اختلال در عملکردهای بدنی مبتلایان به اختلال جسمی می‌شود، برای مثال اشخاص مبتلابه سندرم روده تحریک پذیر (گروور و همکاران، ۲۰۲۱) شدیداً تحت تأثیر مسائل و مشکلات روانی قرار دارند (میدنفجورد، بورگ، تورنبلوم و سیمرن، ۲۰۲۱). اختلال دیگری که در این افراد پدید می‌آید مشکلات ریتم قلبی (نازاروا، ۲۰۲۱) است. پس می‌توان اینگونه پنداشت که رابطه بین روان و جسم رابطه‌ای دو طرفه است و هر دو بر هم تأثیر می‌گذارند و تمامی این موارد می‌توانند منجر به پریشانی روان‌شناختی شوند (شیها و همکاران، ۲۰۲۱).

1. Somatic Symptom Disorder
2. Physical Distress Syndrome

از دیگر سو بعضی از مبتلایان به اختلال علائم جسمی بیشتر از هر چیز دیگری، "درد" را تجربه می‌کنند (کانالس و همکاران، ۲۰۱۹)، در اختلال علائم جسمی با درد غالب، فرد بیان می‌کند که درد شدیدی احساس می‌کند، اما این درد چند ویژگی دارد: اولاً به نظر می‌رسد که اساس فیزیولوژیک یا نورولوژیک ندارد؛ دوماً به نظر می‌رسد بسیار شدیدتر از دردی است که از یک عارضه فیزیکی خاص انتظار می‌رود و سوماً مدت‌ها بعد از رفع شدن آسیب فیزیکی ادامه می‌یابد برای تشخیص این درد باید به سه نکته توجه کرد: اولاً درد به صورتی است که هر شخص آن را به شیوه‌ای متفاوت تجربه می‌کند، دوماً، هیچ عامل بدنی و جسمی نباید وجود داشته باشد و سوماً، اندازه‌گیری درد بسیار مشکل است (رومتیک و همکاران، ۲۰۲۰). این درد به مرور زمان، مصرف دارو و پرت کردن حواس از بین نمی‌رود، همچنین در شناخت اختلال ایجاد می‌کند و باعث می‌شود این اشخاص در حافظه، تمرکز حواس و انجام دادن کامل تکالیف دچار مشکل شوند و نیز با افسردگی، اضطراب، پایین بودن عزت نفس و مشکلات خواب همراه است (جراز و همکاران، ۲۰۱۶).

یکی از انواع این دردها سردرد تنشی است، به نظر می‌رسد اختلالی شایع در سراسر جهان باشد، که سردردهای مکرر از خفیف تا شدید و هر دو طرف سر را شامل می‌شود، تشخیص باتوجه به معیارهای بالینی ارائه شده توسط طبقه بندی بین المللی اختلالات سردرد و بر اساس تاریخچه سردرد مشخص می‌گردد (آشینا و همکاران، ۲۰۲۱). سردرد می‌تواند منجر به مختل شدن فرایندهای روزمره می‌شود و در نهایت باعث پایین آمدن کیفیت زندگی خواهد شد (مالبرگ و همکاران، ۲۰۲۱). افراد مبتلا به سردرد تنشی مشکلات و مسائل روان‌شناختی مانند، اضطراب و افسردگی هم دارند (گوگاری و پاتیل، ۲۰۲۰). همچنین خطر بیماری‌های قلبی، انسداد و فشارخون را بالا می‌برد (پتروا و همکاران، ۲۰۲۰؛ رانهی و همکاران، ۲۰۲۱)، به این صورت که از هشت نفر مبتلا به فشارخون بالا، شش نفر داشتن سردرد تنشی را گزارش می‌دهند که نشان از رابطه فشارخون بالا با سردرد تنشی است (راستوقی و همکاران، ۲۰۲۱).

فشارخون نیرویی است که در واحد سطح دیواره رگ خونی وارد شده و در میلی متر فشار سیستولیک و دیاستولیک جیوه اندازه‌گیری می‌شود فاجس و ولتون، ۲۰۲۰). عوامل خطر مختلفی که می‌توانند پیش درآمد فشارخون بالا باشند، شامل: تغذیه نامناسب و غذاهای با کالری زیاد و نمک، سابقه خانوادگی، جنسیت، سن. علائم اولیه فشارخون بالا شامل: سرگیجه، قرمزی صورت و سردرد می‌باشد که اگر به موقع درمان نشود، می‌تواند به کلیه‌ها، چشم‌ها آسیب برساند یا منجر به سکته مغزی و سکته قلبی شود و در نهایت منجر به مرگ شود (لوو و همکاران، ۲۰۲۰)، از مهمترین عوامل موثر بر فشارخون بالا سن، زمینه ژنتیکی و غذا را می‌توان نام برد (هینتون و همکاران، ۲۰۲۰). با این حال به نظر می‌رسد هم فشارخون بالا و هم سردردهای تنشی هر دو موجب اختلال در فرایندهای عادی زندگی و نیز ایجاد دیسترس خواهند کرد و حتی احتمال مرگ هم وجود دارد، که لازم است مورد توجه درمانگران قرار گیرد، در این میان درمان‌های روان‌شناختی هم باید مورد توجه قرار گیرد که از میان درمان‌های روان‌شناختی می‌توان به درمان پذیرش و تعهد^۱ و درمان متمرکز بر شفقت^۲ اشاره کرد.

1. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

2. Compassion-focused therapy (CFT)

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نوعی مداخله روان‌شناختی مبتنی بر شواهد است که راهبردهای پذیرش و توجه آگاهی^۱ را به شیوه‌های مختلفی با راهبرد های تعهد و تغییر رفتار در می‌آمیزد، این امر با هدف افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی انجام می‌گیرد، درمان پذیرش و تعهد با رفتار درمانی شناختی سنتی تفاوت‌هایی چند دارد، از جمله اینکه هدف رفتار درمانی شناختی آن است که به افراد آموزش داده شود روی افکار، احساسات، حس‌های بدنی، خاطرات و دیگر وقایع درونی کنترل داشته باشند؛ اما در درمان پذیرش و تعهد هدف این می‌باشد که افراد بیاموزند وقایع درونی‌شان، مخصوصاً آن‌هایی را که ناخواسته‌اند، قضاوت نکنند و بپذیرند (هیز و همکاران، ۲۰۰۴). این درمان شخص را یاری می‌کند تا با حسی متعالی از خود که "خود - به‌عنوان - بافتار" شناخته می‌شود کسب کند، یعنی فرد همیشه مشاهده‌گر، تجربه‌کننده افکار، احساسات، حس‌های بدنی و خاطرات خود و درعین‌حال از آن‌ها متمایز است، در واقع درمان پذیرش و تعهد بر این فرض استوار است که فرآیندهای روان‌شناختی ذهن بهنجار بشر اغلب مخرب هستند (هیز، ۲۰۰۹). علت‌های اصلی مشکلات روان‌شناختی از نظر درمان پذیرش و تعهد چنین می‌باشد: آمیختگی با افکار، ارزیابی تجربه، اجتناب از تجربه، دلیل دهی به رفتار و راهبردهای سالم جایگزین این‌ها در درمان پذیرش و تعهد عبارتند از: پذیرش واکنش‌ها و بودن در زمان حال، گزینش یک مسیر ارزشمند و اقدام در جهت طی این مسیر (هیز، ۲۰۰۵).

اصول بنیادین درمان پذیرش و تعهد شامل: گسلش شناختی: یادگیری روش‌هایی برای کاهش تمایل به عین واقعیت پنداشتن افکار، تصورات، هیجانات و خاطرات، پذیرش: اجازه دادن به آمد و رفت افکار بدون اینکه با آن‌ها مبارزه شود، تماس با لحظه اکنون: آگاهی از اینجا و اکنون؛ و تجربه آن با گشودگی و علاقه‌مندی، مشاهده خود: دستیابی به حسی تعالی‌یافته از خود؛ تسلسلی از آگاهی که تغییرپذیر نیست، ارزش‌ها: اکتشاف اینکه چه چیزی برای خود واقعی فرد بسیار مهم است و اقدام متعهدانه: طرح‌ریزی اهداف بر اساس ارزش‌ها و تلاش متعهدانه برای رسیدن به آن اهداف (ژانگ و همکاران، ۲۰۱۸).

از طرف دیگر سازه شفقت ارتباط نزدیکی با ذهن آگاهی دارد (نف، ۲۰۰۳)، هرچند بنا به نظر گیلبرت (۲۰۰۹) شفقت به خود ریشه در روابط فرد با مراقبین اولیه دارد اما پژوهش‌ها نشان داده‌اند که مداخلات درمانی می‌توانند منجر به بالا رفتن آن شوند (گرینر و همکاران، ۲۰۲۲). تمرکز اصلی درمان‌های متمرکز بر شفقت بر بالا بردن شفقت می‌باشد، با این وجود شفقت به خود در سایر درمان‌های موج سوم شناختی-رفتاری (مانند، کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتار درمانی دیالکتیک) نیز یک عامل تعدیل‌کننده درمانی مهم هستند و برخی از این درمان‌ها منجر به بالا رفتن شفقت به خود می‌شوند (گیلبرت، ۲۰۱۴).

با توجه به بررسی‌های صورت گرفته در پیشینه پژوهش در جامعه ایرانی، درمان‌های ذکر شده مورد استفاده برای سایر اختلالات بوده است برای مثال اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس شغلی (حسینائی و همکاران، ۱۳۹۲)، رضایت زناشویی زوج‌ها (کاووسی و همکاران، ۱۳۹۶)، پریشانی روان‌شناختی، رضایت زناشویی و کیفیت زندگی مبتلایان به بیماری اسکروز متعدد (شاکرنژاد و همکاران، ۱۳۹۶)، اضطراب فراگیر (کشاورز و همکاران، ۱۳۹۷)، تحمل پریشانی و خودکنترلی زنان خیانت دیده (باباخانی، ۱۳۹۹)؛ روی

مبتلایان به فشار خون (حدادی و همکاران، ۱۴۰۰)، ادراک درد و خودکارآمدی درد (ایران دوست و همکاران، ۱۴۰۰)، همچنین اثر درمان متمرکز بر شفقت روی، خود سرکوب‌گری و صمیمیت هیجانی زنان متقاضی طلاق (آذری و همکاران، ۱۳۹۹)، سلامت روان زنان مبتلا به مالتیپل اسکروزیس (سلیمی و همکاران، ۱۳۹۷)، نشانگان افسردگی، اضطراب، استرس و خودکارآمدی وزن در افراد مبتلا به اختلال خوردن (طاهر پور و همکاران، ۱۳۹۸)، روی بیماران مبتلا به سردرد (بهوندی و همکاران، ۱۴۰۰) مورد بررسی قرار گرفته است. پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به سوالات زیر بود:

- ۱- آیا اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت بر سردردهای تنشی و فشار خون در زنان مبتلا به اختلال علائم جسمی در مرحله پس‌آزمون متفاوت بود؟
- ۲- آیا اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت بر سردردهای تنشی و فشار خون در زنان مبتلا به اختلال علائم جسمی در مرحله پیگیری پایدار بود؟

روش پژوهش

روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه گواه بود. در پژوهش حاضر آزمودنی‌ها بعد از اجرای پیش‌آزمون، به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار داده شدند (۲۰ نفر گروه آزمایش و ۲۰ نفر گروه گواه). جامعه آماری پژوهش شامل زنان دارای اختلال علائم جسمی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره ساره و انجمن مددکاری امام زمان (ع) در شهر اصفهان در نیمه اول سال ۱۴۰۰ بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۴۰ نفر که شرایط ورود به پژوهش را داشتند انتخاب و سپس با توجه اهداف پژوهش و داشتن رضایت برای حضور در پژوهش به شیوه تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۲۰ نفر) قرار داده شدند. معیار ورود به پژوهش عبارت بودند از: ۱) داشتن اختلال علائم جسمانی براساس معیارهای DSM-5 به تشخیص روانشناس و روانپزشک (۲) تمایل به شرکت در دوره آموزشی، ۳) داشتن سواد خواندن و نوشتن، ۴) نداشتن بیماری‌های جسمی و روانی قابل توجه مانند دیابت، اختلالات روان‌پریشی از جمله اسکیزوفرنی، افسردگی شدید.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه سردرد HQ^۱: این ابزار از ۸ گویه تشکیل شده است که به منظور ارزیابی سردرد مورد استفاده قرار می‌گیرد. نمره گذاری پرسشنامه بصورت طیف لیکرت ۵ نقطه‌ای می‌باشد که برای گزینه‌های «به شدت مخالف»، «مخالف»، «ممتنع»، «موافق» و «به شدت موافق» به ترتیب امتیازات ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ در نظر گرفته می‌شود. برادران، احمدی، علیجان و رضوانی بابل (۱۳۸۹) ضریب پایایی آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰.۷۳ تخمین زده شده است.

۲. سنجش میزان فشارخون^۲: برای سنجش میزان فشارخون از فرد دوره دیده کمک گرفته خواهد شد. به این صورت که شخص از طریق مصاحبه با بررسی سابقه پزشکی مبتلا نتیجه خواهد گرفت یا شخص دارای پر فشاری خون است یا خیر و همچنین استفاده از دستگاه فشار سنج دیجیتال برای سنجش میزان فشارخون استفاده خواهد گردید.

^۱ . Headache Questionnaire

^۲ . Blood pressure measurement

۳. پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۱: در این پژوهش برای اجرای درمان ACT از پروتکل های هیز و ویلسون (۲۰۰۵)، هیز و همکاران (۲۰۰۹)، لوین و هیز (۲۰۱۶) و ایزدی و عابدی (۱۳۹۳) استفاده می‌شود که در ادامه خلاصه ای از اهداف و محتوای جلسات ذکر خواهد شد.

جدول ۱. خلاصه جلسات برنامه درمانی مفاهیم درمان پذیرش و تعهد

جلسات	اهداف جلسات	خلاصه جلسات
جلسه اول	آشنایی با شرکت کنندگان، معرفی اهداف برنامه، قوانین و مقررات گروه، برگزاری	کسب شناخت کافی در رابطه با اهداف برنامه آموزشی، قوانین گروه از جمله رازداری و حضور به‌موقع در جلسات و چگونگی روند پژوهش، اجرای پیش‌آزمون. تکلیف: مشخص کردن اهداف خود از شرکت در پژوهشی
جلسه دوم	پیش‌آزمون‌ها، بررسی اهم درگیری‌ها و مشکلات عمده، بحث در مورد تعارضات و راهکارهای استفاده‌شده	بررسی مشکلات و درگیری‌های اعضا، شناسایی تأثیراتی که مشکلات بر شرکت‌کننده‌ها داشته، شناسایی راه‌حل‌های که تا اکنون استفاده کرده‌اند. تکلیف: مشخص کردن علت اصلی تعارضاتی و مشکلاتی در زندگی و بررسی تأثیر این مشکلات بر روابط آن‌ها
جلسه سوم	بررسی راهبردهای کنترلی، ناکارآمدی و ایجاد درماندگی خلاق	بررسی تکلیف جلسه قبل و بحث درباره تأثیرات تعارضات در زندگی آن‌ها همچنین بررسی راهبردهای استفاده‌شده و مشخص کردن کارآمدی و ناکارآمدی این راهبردها، پی بردن به بی‌پهودگی راهبردهای کنترلی با استفاده از استعاره‌های شخص در چاه استعاره- استعاره داروهای مُسکن- استعاره طناب‌کشی با هیولا. تکلیف: مشخص کردن راهبردهای کنترلی و نقش آن‌ها در تعارضات و بررسی تأثیر آن‌ها در زندگی
جلسه چهارم	درک اینکه کنترل مسئله است نه راه‌حل، پی بردن به رفتارهای تعارض برانگیز و پرورش افکار و احساسات مخرب و آسیب‌زا، آموزش ذهن آگاهی و پذیرش	بررسی تکلیف جلسه قبل و بحث درباره بی‌پهودگی راهبردهای کنترلی، توضیح در مورد اجتناب از تجارب دردناک و پیامدهای آن، معرفی ذهن آگاهی و پذیرش، آموزش گام‌های پذیرش، تمرین پذیرش افکار و احساسات. برای این منظور از استعاره‌های زیر استفاده می‌شود: استعاره دونات ژله ای، تکلیف: اجرای تمرینات ذهن آگاهی در طول هفته و بررسی تأثیر آن‌ها در زندگی
جلسه پنجم	آموزش گسلش شناختی (فاصله گرفتن از افکار و مشاهده آن‌ها بدون قضاوت)	توضیح آمیختگی شناختی و بیان ارتباط مشترک احساسات، کارکردهای شناختی و رفتار قابل مشاهده، آموزش گسلش شناختی و فاصله گرفتن از افکار و مشاهده‌گری افکار بدون قضاوت و عمل مستقل از تجارب ذهنی با استفاده از استعاره قطار. تکلیف: تمرین گسلش شناختی در طول هفته و بررسی تأثیر آن بر تعارضات در زندگی
جلسه ششم	جایگزینی برای کنترل: تمایل، احساسات پاک و ناپاک	شرکت‌کنندگان لازم است در این جلسه به منشأ تعارضات که ریشه در افکار، احساسات و خاطرات ناخوشایند گذشته آن‌ها دارد پی ببرند و در مقابل این تجربیات درونی ناخوشایند رفتارهای واکنشی و تعارض برانگیز را نشان ندهند بلکه این افکار و احساسات را تجربه کنند برای کمک به تجربه درون خودشان، تشخیص احساسات پاک از ناپاک، ذکر مثال‌های در مورد هیجانات و احساسات اولیه (پاک) و هیجانات و احساسات ثانویه

¹. Acceptance and commitment therapy

(ناپاک)		
جلسه هفتم	آشنایی با خود به عنوان زمینه و ادامه گسلش شناختی و	بررسی تکالیف جلسات قبل و بررسی تأثیر تمرین گسلش شناختی در زندگی درمان‌جویان، شناخت ویژگی‌های پنهان زبان و ذهن، شکاف بین واقعیات درونی و بیرونی، شناخت انواع آمیختگی‌ها و حرکت به سمت یک زندگی ارزشمند با یک خودپذیرا و مشاهده‌گر. استفاده از استعاره صفحه شطرنج، استعاره خانه با میلمان، مسافران در اتوبوس-
جلسه هشتم	تصریح ارزش‌ها	بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره تأثیر مشاهده‌گری افکار در زندگی درمان‌جویان، توضیح مفهوم ارزش‌ها، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمند نمودن مراجع برای زندگی بهتر، برای کمک به درک بهتر این موضوع از استعاره تشیع جنازه، مشخص نمودن ارزش‌ها و اولویت‌بندی آن‌ها در ده حیطه خانواده، ازدواج، روابط دوستانه، شغل و حرفه، تحصیلات و رشد شخصی، تفریح و سرگرمی، معنویت، زندگی اجتماعی
جلسه نهم	ایجاد تعهد برای عمل در راستای ارزش‌ها	بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره ارزش‌ها، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمند نمودن مراجع برای زندگی بهتر، حرکت با تمام وجود در مسیر ارزش‌ها بدون توجه به افکار و احساسات و خاطرات گذشته
جلسه دهم	مرور جلسات، اجرای پس-آزمون	بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره پیامدهای عمل بر اساس ارزش‌ها، بررسی تغییرات سازنده در طول دوره درمانی و چگونگی تثبیت و تحکیم آن‌ها، ارائه خلاصه‌ای از جلسات درمانی و دریافت

۴. پروتکل درمان متمرکز بر شفقت^۱: در این پژوهش برای اجرای درمان CFT از پروتکل گیلبرت (۲۰۱۰) استفاده خواهد شد که در ادامه خلاصه‌ای از محتوای جلسات ذکر خواهد شد.

جدول ۲. خلاصه‌ای از جلسات در CFT

جلسات	محتوا
اول	معرفی اعضا و قواعد گروه، اجرای گیش آزمون، برقراری ارتباط اولیه، مروری بر ساختار جلسات آشنایی با اصول کلی درمان متمرکز بر شفقت، بررسی مفاهیم اساسی درمان، تمایز شفقت با تاسف برای خود.
دوم	آموزش ذهن آگاهی همراه با تمرین وارسی بدن و تنفس، آشنایی با سیستم‌های مغزی مبتنی بر شفقت، معرفی مولفه‌های بعد اشتیاق و بعد التیام، تصویر سازی مکان امن، روابط بین درد، خلق و عملکرد تکالیف خانگی.
سوم	مرور تمرین جلسه قبل، آشنایی با خصوصیات افراد مهرورز، شفقت نسبت به دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند (پرورش حس اشتراکات انسانی) در مقابل احساسات خود تخریب‌گرانه، پذیرش درد مزمن، ارزش‌ها و ارایه تکلیف خانگی.
چهارم	مرور تمرین جلسه قبل، تمرین ذهن آگاهی، بحث راجع به ارزش‌ها، موانع موجود در مسیر ارزش‌ها، اهداف و عمل، تجربه مهربانی کردن به دیگران، ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی کردن شخصیت خود به عنوان مهرورز و یا غیر مهرورز با توجه به مباحث آموزشی، تصویر سازی خود مهربان.
پنجم	مرور تمرین جلسه قبل، تمرین ذهن آگاهی، طرح ریزی و اقدام، ذهن آگاهی و مشاهده خود، عمل متعهدانه، تکمیل فرم مصاحبه ذهن مهربان (بعد اشتیاق)، تکالیف خانگی.
ششم	مرور تمرین جلسه قبل، تمرین ذهن آگاهی، تمایل، تعهد به اعمال و ارزش‌ها با وجود موانع، مصاحبه ذهن مهربان (بعد التیام بخش)، تکالیف خانگی.
هفتم	مرور تمرین جلسه قبل، بررسی تاثیرات تاریخچه‌ای و گذشته زندگی مراجع، نوشتن نامه‌های مهرورزانه برای

¹ . Compassion-focused treatment protocol

خود و دیگران، روش ثبت یادداشت روزانه ی موقعیت های واقعی مبتنی بر مهرورزی و عملکرد فرد در آن موقعیت، تمرین ذهن آگاهی، تکالیف خانگی.	
مرور جلسه قبل، تمرین ذهن آگاهی، تکالیف خانگی.	هشتم
مرور جلسه قبل، تمرین های ذهن آگاهی، تعهد به اعمال و ارزش ها، ثبت و یادداشت روزانه ی موقعیت های مبتنی بر شفقت، تکالیف خانگی.	نهم
جمع بندی و اریه راهکارهایی برای حفظ مشفقانه، به کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره، جلوگیری از عود و عقب نشینی، خداحافظی با درمانگر، اریه تکالیف همیشگی.	دهم

روش اجرا

از کل مبتلایان انتخاب شده، پیش‌آزمون سندرم سردرد تنشی و سنجش فشارخون گرفته شد، سپس به صورت تصادفی به دو گروه مداخله و گواه قرار گرفتند. مبتلایان گروه های مداخله در (۱۰ جلسه دوساعته درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ۱۰ جلسه دو ساعته درمان متمرکز بر شفقت) شرکت کردند، ولی برای افراد گروه گواه برنامه درمانی خاصی در نظر گرفته نشد. بعد از پایان مداخله از هر سه گروه پس‌آزمون اجرا گرفته شد و سپس بعد از دو ماه از اجرای پس‌آزمون، پی گیری هم اعمال شد.

یافته‌ها

نتایج در سطح توصیفی نشان داد در مطالعه حاضر میانگین و انحراف معیار سن در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد $42/05$ و $8/76 \pm$ ، درمان متمرکز بر شفقت، $41/35$ و $10/20 \pm$ و گروه گواه $42/25$ و $8/35 \pm$ سال بود. بیشتر شرکت کنندگان از نظر سطح تحصیلات در سه گروه مقطع دیپلم بودند. در گروه درمان پذیرش و تعهد، ۸۰ درصد، در گروه درمان متمرکز بر شفقت، ۸۵ درصد و در گروه گواه ۷۵ درصد از نمونه زنان و بقیه مردان بودند. با توجه به یافته‌های به دست آمده از همبستگی پیرسون، از بین متغیرهای جمعیت شناختی سن و تحصیلات هیچ رابطه معنی داری با متغیرهای پژوهش نشان نداده است و همه سطوح معنی داری از $0/05$ بیشتر است. بدین ترتیب در بررسی فرضیه‌های نیازی به کنترل این متغیرها جمعیت شناختی نیست. همچنین یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش، در جدول شماره ۳ ارائه گردیده است.

جدول شماره ۳. شاخص‌های توصیفی نمرات متغیرهای پژوهش گروه‌های آزمایش و گواه در دو

مرحله پژوهش

متغیرها	مراحل	درمان پذیرش و تعهد		درمان متمرکز بر شفقت		گواه
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
سردردهای	پیش‌آزمون	۲۳/۳۵	۳/۶۶	۲۴/۴۰	۵/۳۰	۲۴/۶۰
تنشی	پس‌آزمون	۱۸/۷۵	۴/۲۴	۱۷/۶۵	۵/۷۱	۲۳/۶۵
فشارخون	پیش‌آزمون	۱۳/۷۵	۰/۹۳	۱۳/۷۰	۰/۹۹	۱۳/۳۷
سیستولیک	پس‌آزمون	۱۲/۲۰	۱/۰۳	۱۲/۹۷	۰/۹۲	۱۳/۱۵
فشارخون	پیش‌آزمون	۹/۲۵	۰/۵۷	۹/۱۹	۰/۵۴	۹/۱۰
دیاستولیک	پس‌آزمون	۸/۲۶	۰/۵۴	۹/۰۳	۰/۵۹	۹/۱۶

برای تحلیل آماری داده‌های مرتبط به این پژوهش از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد. میانگین پس‌آزمون گروه‌های آزمایش با میانگین گروه گواه در این تحلیل مورد مقایسه قرار گرفتند و نمره‌های پیش‌آزمون تعدیل شده است سپس با استفاده از آزمون تعقیبی بنفرونی تفاوت بین گروه‌ها به صورت دقیق مشخص شده است، در ادامه برای این فرضیه ذکر می‌شود. قبل از به‌کارگیری آزمون روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، پیش‌فرض‌های لازم این آزمون از جمله نرمال بودن داده‌ها، همگنی شیب رگرسیون و همگنی واریانس‌ها، مقادیر چولگی و کشیدگی و همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس مورد بررسی قرار گرفت. برای پیش‌فرض نرمال بودن داده‌ها از آزمون شاپیرو-ویلک^۱ استفاده گردید که نتایج آن نشان داد سطح معناداری همه متغیرهای پژوهش در این آزمون بیشتر از ۰/۰۵ می‌باشد بنابراین داده‌های متغیرها نرمال می‌باشد. سطح معناداری آزمون لوین نیز در همه متغیرها بیشتر از ۰/۰۵ بود. بنابراین واریانس گروه‌ها در این متغیرها برابر است. همچنین سایر پیش‌فرض‌های آماری عبارت بود از مقادیر چولگی^۲ و مقادیر کشیدگی^۳ چون در بازه (۲ و -۲) قرار دارند بنابراین داده‌های این متغیر از نظر چولگی و کشیدگی نیز نرمال بود. در ادامه نتایج آزمون توزیع طبیعی نمره‌ها و آزمون همگنی واریانس‌ها در جدول شماره ۴ آمده است.

جدول ۴. نتایج آزمون توزیع طبیعی نمره‌ها و آزمون همگنی واریانس‌ها

متغیر	گروه	کولموگروف-اسمیرنف		آزمون لوین		موخلی	
		درجه آزادی	آماره	درجه آزادی	آماره	موخلی	معناداری
سردردهای تنشی	آزمایش گواه	۱۵	۰/۷۴۵	۲۸	۱/۵۰	۳/۱۵	۰/۸۴
	آزمایش گواه	۱۵	۰/۷۳۵	۲۸	۱/۵۰	۳/۱۵	۰/۸۴
فشارخون سیستمولیک	آزمایش گواه	۱۵	۰/۵۳۲	۲۸	۲/۳۳	۲/۶۹	۰/۹۱
	آزمایش گواه	۱۵	۰/۷۳۱	۲۸	۲/۳۳	۲/۶۹	۰/۹۱
فشارخون دیاستولیک	آزمایش گواه	۱۵	۰/۷۴۸	۲۸	۲/۳۹۱	۳/۱۶	۰/۸۴
	آزمایش گواه	۱۵	۰/۳۳۴	۲۸	۲/۳۹۱	۳/۱۶	۰/۸۴

نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر در بین گروه‌های مورد مطالعه در متغیرهای سردردهای تنشی و فشارخون نشان داد اثر بین آزمودنی (گروه) معنادار می‌باشد و این اثر بدین معنی است که حداقل یکی از گروه‌ها با یکدیگر در حداقل یکی از متغیرهای سردردهای تنشی و فشارخون خود تفاوت دارند. اثر درون آزمودنی (زمان) برای متغیرهای پژوهش نیز معنادار بود که بدین معنی است که در طی زمان از پیش‌آزمون تا پیگیری حداقل در یکی از متغیرهای میانگین با تغییر همراه بوده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر اثرات گروه متغیرهای پژوهش

مقیاس	منبع اثر	مجموع	درجه	میانگین	F	معناداری	مجذور
		مجذورات	آزادی	مجذورات		اتا	اتا

1. Shapiro-Wilk

2. Skewness

3. kurtosis

۰/۷۶۰	۰/۰۰۱	۸۸/۵۷۰	۴۳۰/۹۰۰	۲	۸۶۱/۸۰۰	زمان*گروه	سردردهای
۰/۳۱	۰/۰۰۱	۱۲/۱۱	۲۴۷/۸۷	۲	۴۹۵/۷۴	گروه	تنشی
۰/۵۹۵	۰/۰۰۱	۴۱/۲۰۴	۳۵۸/۹۰۰	۲	۷۱۷/۸۰۰	زمان*گروه	فشارخون
۰/۱۷	۰/۰۰۵	۵/۸۷	۶/۰۹	۲	۱۲/۰۱	گروه	سیستولیک
۰/۷۳۷	۰/۰۰۱	۷۸/۳۵۰	۵۲۲/۱۵۰	۱	۵۵۲/۱۵۰	زمان*گروه	فشارخون
۰/۲۵	۰/۰۰۰	۹/۱۱	۵/۰۵	۲	۱۰/۱۱	گروه	دیاستولیک

نتایج از جدول ۵ نشان داد نسبت F به دست آمده در عامل گروه‌ها در ابعاد سردردهای تنشی ($p < ۰/۰۱$) و فشارخون ($p < ۰/۰۱$) معنادار است. این یافته بیانگر این است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت بر سردردهای تنشی و فشارخون در زنان مبتلا به اختلال علائم جسمی موثر است. بین سه گروه آزمایش و گواه در سردردهای تنشی، فشارخون سیستولیک و فشارخون دیاستولیک در افراد مبتلا به اختلال علائم جسمی تفاوت معنادار وجود دارد ($P < ۰/۰۵$). جهت مقایسه و بررسی جهت تفاوت‌های گروه‌ها به صورت دقیق از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شده است که نتایج آن در جدول شماره ۶ ذکر شده است.

جدول ۶. مقایسه‌های زوجی بین گروه‌های آزمایش و گواه در مرحله پس‌آزمون متغیرهای پژوهش

متغیرها	گروه	گروه مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	معناداری
سردردهای تنشی	درمان پذیرش و تعهد	درمان متمرکز بر شفقت	۰/۱۸۲	۱/۴۴	۰/۹۴۵
	گواه	گواه	-۶/۰۸	۱/۴۵	**۰/۰۰۰
فشارخون سیستولیک	درمان پذیرش و تعهد	درمان متمرکز بر شفقت	-۰/۸۰۶	۰/۳۲۲	*۰/۰۴۶
	گواه	گواه	-۱/۰۶	۰/۳۲۵	**۰/۰۰۵
فشارخون دیاستولیک	درمان پذیرش و تعهد	درمان متمرکز بر شفقت	-۰/۲۶۱	۰/۳۲۳	۰/۹۴۶
	گواه	گواه	-۰/۷۷۶	۰/۲۳۷	**۰/۰۰۶
فشارخون دیاستولیک	درمان پذیرش و تعهد	درمان متمرکز بر شفقت	-۰/۹۶۱	۰/۲۳۹	**۰/۰۰۱
	گواه	گواه	-۰/۱۸۵	۰/۲۳۷	۰/۹۵۶

نتایج آزمون بنفرونی برای مقایسه میانگین گروه‌های آزمایشی و گواه در شماره ۵ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به گروه گواه در مرحله پس‌آزمون سردردهای تنشی، فشارخون سیستولیک و فشارخون دیاستولیک معنادار می‌باشد ($p < ۰/۰۵$) که این نتیجه بیانگر آن است میزان اثربخشی گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر این متغیرها در افراد مبتلا به اختلال علائم جسمی

معنادار بوده است. تفاوت میانگین گروه‌درمانی متمرکز بر شفقت نسبت به گروه گواه در مرحله پس‌آزمون سردردهای تنشی معنادار می‌باشد ($p < 0/05$) که این نتیجه بیانگر آن است تأثیر گروه گروه‌درمانی متمرکز بر شفقت بر سردردهای تنشی در افراد مبتلابه اختلال علائم جسمی معنادار بوده است. اما تأثیر گروه گروه‌درمانی متمرکز بر شفقت بر فشارخون سیستولیک و فشارخون دیاستولیک در افراد مبتلابه اختلال علائم جسمی معنادار نبوده است ($p > 0/05$). در مقایسه بین تأثیر گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به گروه‌درمانی متمرکز بر شفقت در سردردهای تنشی تفاوت معناداری وجود نداشت ($p > 0/05$). اما در مقایسه بین تأثیر گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به گروه‌درمانی متمرکز بر شفقت در فشارخون سیستولیک و دیاستولیک اختلاف معناداری وجود دارد ($p < 0/05$) به طوری که تأثیر گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به گروه‌درمانی متمرکز بر شفقت در فشارخون سیستولیک و دیاستولیک بیشتر بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت بر سردردهای تنشی و فشارخون در مبتلایان به اختلال علائم جسمی بود. نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به گروه گواه در مرحله پس‌آزمون سردردهای تنشی، فشارخون سیستولیک و فشارخون دیاستولیک معنادار می‌باشد ($p < 0/05$) که این نتیجه بیانگر آن است میزان اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر این متغیرها در افراد مبتلابه اختلال علائم جسمی معنادار بوده است.

تفاوت میانگین گروه‌درمانی متمرکز بر شفقت نسبت به گروه گواه در مرحله پس‌آزمون سردردهای تنشی معنادار می‌باشد ($p < 0/05$) که این نتیجه بیانگر آن است تأثیر گروه گروه‌درمانی متمرکز بر شفقت بر سردردهای تنشی در افراد مبتلابه اختلال علائم جسمی معنادار بوده است. اما تأثیر گروه گروه‌درمانی متمرکز بر شفقت بر فشارخون سیستولیک و فشارخون دیاستولیک در افراد مبتلابه اختلال علائم جسمی معنادار نبوده است ($p > 0/05$). در مقایسه بین تأثیر گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به گروه‌درمانی متمرکز بر شفقت در سردردهای تنشی تفاوت معناداری وجود نداشت ($p > 0/05$). اما در مقایسه بین تأثیر گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به گروه‌درمانی متمرکز بر شفقت در فشارخون سیستولیک و دیاستولیک اختلاف معناداری وجود دارد ($p < 0/05$) به طوری که تأثیر گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به گروه‌درمانی متمرکز بر شفقت در فشارخون سیستولیک و دیاستولیک بیشتر بوده است. در بررسی پیشینه پژوهش در ارتباط بین اثربخشی درمان‌های پژوهش روی متغیرهای مطالعه این نتایج حاصل شد: پژوهش حدادی و همکاران (۲۰۲۱) در پژوهشی نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش سردرد شده است که نتایج پژوهش آن‌ها همسو با نتایج پژوهش حاضر می‌باشد. همچنین پژوهش کاروالهو و همکاران (۲۰۲۱) با عنوان اثر بخشی برنامه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و برنامه سلامت مبتنی بر شفقت برای مدیریت خود در دردهای مزمن: نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ترکیب با درمان مبتنی بر شفقت موجب کاهش درد می‌شود، که نتایج این پژوهش هم همسو با نتایج حاصل از مطالعه حاضر می‌باشد. همچنین پژوهش حاضر همسو با مطالعه‌های (گاریکلا، ۲۰۲۱؛ روسلیکوا و همکاران، ۲۰۲۱؛ گالوز و همکاران، ۲۰۲۱؛ ماراتوس و شفیلد، ۲۰۲۰؛ پلینگتون، ۲۰۱۹) می‌باشد. باتوجه به

اینکه پژوهش‌های انجام گرفته در رابطه با اثر درمان متمرکز بر شفقت روی متغیرهای جسمی بسیار نادر است اما با این حال نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش سارینن و همکاران (۲۰۲۰) که نشان دادند شفقت می‌تواند موجب کاهش فشارخون بالا شود و نیز با نتایج پژوهش تورستون و همکاران (۲۰۲۱) همسو نمی‌باشد.

برای تبیین نتایج حاصل از پژوهش حاضر می‌توان به اصول بنیادی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت اشاره نمود، به این صورت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بیان می‌دارد که، شخص به جای تلاش جهت مبارزه با فکر مورد نظر و یا مسئله مورد نظر، می‌بایست آن را پذیرش کرده و با آغوش باز آن را بپذیرد (هیز و همکاران، ۲۰۰۹)، از طرف دیگر تمرکز درمان مبتنی بر شفقت روی مهربانی و دلسوزی شخص با خودش است (گیلبرت، ۲۰۰۹). متغیرهای پژوهش حاضر سردردهای تنشی و فشارخون بودند؛ سردردهای تنشی کاملاً با عوامل روان‌شناختی از جمله: استرس، اضطراب و افسردگی ارتباط دارد (سونگ و همکاران، ۲۰۱۶). پر واضح است که آن زمان که شخص دچار تنش بشود همواره سردردها نیز به سراغ شخص خواهند آمد، اما همان طور که ذکر شد هدف نهایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌باشد، یعنی پذیرش و در آغوش گرفتن مسائل و مشکلات، بنابراین وقتی که شخصی دچار تنش می‌شود، با پذیرش و قبول کردن مشکلات به طبع فرد مورد نظر میزان فشار وارده را از طریق تکنیک‌های این درمان وک کرده و در نهایت از میزان سردردهای تنشی کاسته خواهد شد. از طرف دیگر درمان شفقت هم تأکید بر خود دلسوزی و مهربانی با خود دارد، طبیعتاً هر دوی این درمان‌ها از طریق آموزش شخص به قبول کردن مشکلات و رنج‌های خود و نیز مهربانی و دلسوزی و همراهی با خود، به جای خود سرزنشگری و تنبیه خود و یا طبق رویکرد‌های سنتی، تلاش فراوان جهت آرام کردن خود که در واقع نوعی جنگ درونی می‌باشد، بلکه با پذیرش مسائل و مشکلات و نیز یادگرفتن مهربانی کردن با خود، همگی موجب کاهش سردردهای تنشی از یک سو و کاهش فشارخون از سوی دیگر می‌شود، اما نکته مهم در یافته‌های پژوهش حاضر اثربخش نبود درمان متمرکز بر شفقت روی فشارخون می‌باشد. در راستای تبیین این یافته می‌توان داشت که فشارخون عاملی جسمی می‌باشد، یعنی عواملی همچون ارث، ژنتیک و عوامل فیزیولوژیک فردی با فشارخون در ارتباط است (ژانگ و همکاران، ۲۰۲۱). لذا درمان متمرکز بر شفقت که به عنوان درمانی روان‌شناختی شناخته می‌شود احتمالاً روی عوامل جسمی تأثیر ندارد.

از محدودیت‌های این مطالعه به این مورد می‌توان اشاره کرد که اعضای نمونه را زنان تشکیل داده‌اند، لذا در تعمیم دادن نتایج به جامعه مردان باید جانب احتیاط را رعایت نمود، همچنین با توجه به این محدودیت پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های آتی تأثیر همین درمان را روی نمونه‌ای با تعداد بیشتر مردان انجام دهند. محدودیت دیگر این پژوهش، تعداد پایین نمونه بود، که پیشنهاد می‌گردد، مطالعات آتی پژوهش حاضر را روی نمونه‌های با تعداد بالا، تکرار کنند. همچنین با توجه به اثربخش نبودن درمان متمرکز بر شفقت روی فشارخون که در راستای پژوهش‌های پیشین نبود لذا پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های آتی همین درمان را روی نمونه‌های بزرگتر بررسی کنند.

موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند. پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله قرار گرفتند.

سپاسگزاری

نویسندگان پژوهش حاضر بر خود لازم دانستند که از کلیه افرادی که در پژوهش شرکت نمودند، کمال تشکر و سپاس خود را ابراز نماید.

مشارکت نویسندگان

پژوهش حاضر حاصل اقتباس از طرح پژوهشی نویسنده اول بود که توسط معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند به تصویب رسیده است. نویسنده این پژوهش در طراحی، مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری داده‌ها، پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی سازی نقش داشت.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- آذری، ویدا، کاظمیان مقدم، کبری، مهرابی‌زاده هنرمند، مهناز. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر خودسرکوبگری و صمیمیت هیجانی زنان متقاضی طلاق. دوفصلنامه روانشناسی خانواده. ۷(۱): ۸۱-۹۲.
- ایران دوست، فروزان، صفری، سهیلا، طاهر نشاط دوست، حمید، نادی، محمد علی. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرتبط با درد و افسردگی زنان مبتلا به کمردرد مزمن. نشریه بین‌المللی علوم رفتاری، ۹(۱): ۱-۱۱.
- ایزدی، راضیه، عابدی، محمد رضا. (۱۳۹۳). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. نوبت دوم، تهران؛ انتشارات جنگل. ابراهیمی، امراله، مولوی، حسین، موسوی، غفور، برنامش، علی رضا، یعقوبی، محمد. (۱۳۸۶). ویژگی‌های روانسنجی، ساختار عاملی، نقطه برش بالینی، حساسیت و ویژگی پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سوالی (GHQ-28) در بیماران ایرانی مبتلا به اختلالات روانپزشکی. مجله تحقیقات علوم رفتاری. ۵(۱): ۱۱-۱.
- امیرخانلو، آذرخش، میرزائیان، بهرام، حسن زاده، رمضان. (۱۴۰۰). مقایسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتار درمانی دیالتیکی بر بخشودگی بین فردی و تحمل پریشانی در زنان آزاردیده از خشونت‌های خانگی. نشریه رویش روان‌شناسی، ۴(۱۰): ۱-۱۰.
- باباخانی، وحیده. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر تحمل پریشانی و خودکنترلی زنان خیانت‌دیده. دوفصلنامه روانشناسی خانواده. ۷(۱): ۱۲۱-۱۳۲.
- بهوندی، ندا، خیاطان، فلور، گل پرور، محسن. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان تلفیقی هیجان مدار مبتنی بر شفقت با درمان مبتنی بر شفقت بر کمال‌گرایی و عدم تحمل بلا تکلیفی بیماران مبتلا به علائم سردرد اولیه. فصلنامه علمی - پژوهشی روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی. ۱۲(۴۳): ۱۳۰-۱۱۴.
- تقوی، سید محمد رضا. (۱۳۸۰). بررسی روایی و پایایی پرسشنامه سلامت عمومی. مجله روان‌شناسی. ۵(۴): ۳۸۱-۳۹۴.

- حسینائی، علی، احدی، حسن، فتی، لادن، حیدری، علیرضا، مظاهری، محمدمهدی. (۱۳۹۲). تأثیر آموزش گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر استرس شغلی و فرسودگی شغلی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران. ۱۹ (۲): ۱۰۹-۱۲۰.
- حدادی، سمیرا، ملیحی الذاکرینی، سعید، تاج بخش، رامین، تجویدی، منصوره، کاکاوند، علیرضا. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و فراشناخت درمانی بر فشارخون در بیماران تحت هومودیالیز. مجله دانشگاه علوم پزشکی قم. ۱۵(۱): ۱۰-۱۹.
- رهنما، مارال، سجادیان، ایلناز، رئوفی، امیر. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پریشانی روان‌شناختی و متابعت درمانی بیماران کرونر قلبی. نشریه روان پرستاری. ۵(۴): ۴۳-۳۴.
- کاوسیان جواد، حریفی حسنیه، کریمی، کامبیز (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر رضایت زناشویی زوج‌ها. مجله سلامت و مراقبت. ۱۹ (۱): ۷۵-۸۷.
- کشاوری افشار، حسین، رافعی، زهرا، میرزائی، عباس. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب فراگیر. پایش. ۱۷ (۳): ۲۸۹-۲۹۶.
- سلیمی، آرمان، ارسلان ده، فرشته، زهراکار، کیانوش، داورنیا، رضا، شاکرمی، محمد. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر سلامت روان زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس. افق دانش. ۲۴ (۲): ۱۲۵-۱۳۱.
- شاکرنژاد، سپیده، مودن، نسرين، حمیدی، معصومه، هاشمی، رها، بزاززاده، نیلوفر، بدایق مظاهر. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پریشانی روان‌شناختی، رضایت زناشویی و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به بیماری اسکروز متعدد. مجله سلامت و مراقبت. ۱۹(۱): ۷-۱۷.
- شیدایی اقدم، شوان، شمس الدینی، سلوی، عباسی، سمیه، یوسفی، سارا، عبداللهی، صفیه، مرادی جو، محمد. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش پریشانی و نگرشهای ناکارآمد در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. فصلنامه اندیشه و رفتار در روان شناسی بالینی. ۹(۳۴): ۶۶-۵۷.
- طاهر پور، مریم، سهرابی، احمد، زمستانی، مهدی. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر نشانگان افسردگی، اضطراب، استرس و خودکارآمدی وزن در افراد مبتلا به اختلال خوردن. مجله علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار. ۲۶(۴): ۵۰۵-۵۱۳.
- یعقوبی، حمید (۱۳۹۴). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه ۱۰ سوالی پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی کسلر (۱۰-K). فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی. ۶(۴): ۴۵-۵۷.
- نریمانی، محمد، طاهری فرد، مینا. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اجتناب تجربه ای و پریشانی روان‌شناختی نوجوانان دارای اختلال یادگیری خاص. فصلنامه ناتوانی‌های یادگیری. ۴(۸): ۱۱۰-۱۳۳.

References

- American Psychiatric Association, A. P., & American Psychiatric Association. (2013). diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5.
- Andersen, L. S., Grimsrud, A., Myer, L., Williams, D. R., Stein, D. J., & Seedat, S. (2011). The psychometric properties of the K10 and K6 scales in screening for mood and anxiety disorders in the South African Stress and Health study. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 20(4), 215-223.
- A-tjak, J. G., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A., & Emmelkamp, P. M. (2015). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for

- clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and psychosomatics*, 84(1), 30-36.
- Ashina, S., Mitsikostas, D. D., Lee, M. J., Yamani, N., Wang, S. J., Messina, R., ... & Lipton, R. B. (2021). Tension-type headache. *Nature Reviews Disease Primers*, 7(1), 1-21.
- Burian, H., Böge, K., Burian, R., Burns, A., Nguyen, M. H., Ohse, L., ... & Diefenbacher, A. (2021). Acceptance and commitment-based therapy for patients with psychiatric and physical health conditions in routine general hospital care—Development, implementation and outcomes. *Journal of Psychosomatic Research*, 143, 110374.
- Bronsi, F., Golmakani, Z. B., Mansouri, A., & Del, A. Z. (2020). The effectiveness of compassion focused therapy on distress tolerance, difficulty in emotion regulation and anxiety sensitivity in patients with cardiovascular disease. *Social Determinants of Health*, 6, e16-e16.
- Burton, C., Fink, P., Henningsen, P., Löwe, B., & Rief, W. (2020). Functional somatic disorders: discussion paper for a new common classification for research and clinical use. *Bmc Medicine*, 18(1), 1-7.
- Budtz-Lilly, A., Schröder, A., Rask, M. T., Fink, P., Vestergaard, M., & Rosendal, M. (2015). Bodily distress syndrome: A new diagnosis for functional disorders in primary care?. *BMC family practice*, 16(1), 1-10.
- Canales, G. D. L. T., Guarda-Nardini, L., Rizzatti-Barbosa, C. M., Conti, P. C. R., & Manfredini, D. (2019). Distribution of depression, somatization and pain-related impairment in patients with chronic temporomandibular disorders. *Journal of Applied Oral Science*, 27.
- Carvalho, S. A., Trindade, I. A., Duarte, J., Menezes, P., Patrão, B., Nogueira, M. R., ... & 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. *Frontiers in Psychology*, 12.
- Fuchs, F. D., & Whelton, P. K. (2020). High blood pressure and cardiovascular disease. *Hypertension*, 75(2), 285-292.
- Fink, P., & Schröder, A. (2010). One single diagnosis, bodily distress syndrome, succeeded to capture 10 diagnostic categories of functional somatic syndromes and somatoform disorders. *Journal of psychosomatic research*, 68(5), 415-426.
- Fledderus, M., Bohlmeijer, E. T., Pieterse, M. E., & Schreurs, K. M. G. (2012). Acceptance and commitment therapy as guided self-help for psychological distress and positive mental health: a randomized controlled trial. *Psychological medicine*, 42(3), 485-495.
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6-41.
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*, 15(3), 199-208.
- Gilbert, P. (2010). An introduction to compassion focused therapy in cognitive behavior therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3(2), 97-112.
- Grover, M., Kolla, B. P., Pamarthy, R., Mansukhani, M. P., Breen-Lyles, M., He, J. P., & Merikangas, K. R. (2021). Psychological, physical, and sleep comorbidities and functional impairment in irritable bowel syndrome: Results from a national survey of US adults. *PloS one*, 16(1), e0245323.
- Griner, D., Beecher, M. E., Burlingame, G. M., Erekson, D. M., & Cattani, K. (2022). Compassion focused therapy in groups. In *Compassion focused therapy* (pp. 413-426). Routledge.

- Garcia, M. (2021). ONLINE ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY FOR CHRONIC PAIN IN A SAMPLE OF PEOPLE WITH CHIARI MALFORMATION: A PILOT STUDY (Doctoral dissertation, Kent State University).
- Ghogare, A. S., & Patil, P. S. (2020). A cross-sectional study of co-morbid generalized anxiety disorder and major depressive disorder in patients with tension-type headache attending tertiary health care centre in central rural India. *Nigerian Postgraduate Medical Journal*, 27(3), 224.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy*, 35(4), 639-665
- Hayes, S. C. (2005). *Get out of your mind and into your life: The new acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2009). *Acceptance and commitment therapy*. Washington, DC: American Psychological Association
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Bunting, K., Twohig, M., & Wilson, K. G. (2004). What is acceptance and commitment therapy?. In *A practical guide to acceptance and commitment therapy* (pp. 3-29). Springer, Boston, MA.
- Hung, C. I., Liu, C. Y., & Yang, C. H. (2019). Persistent depressive disorder has long-term negative impacts on depression, anxiety, and somatic symptoms at 10-year follow-up among patients with major depressive disorder. *Journal of affective disorders*, 243, 255-261.
- Hudson, M. P., Thompson, A. R., & Emerson, L. M. (2020). Compassion-focused self-help for psychological distress associated with skin conditions: a randomized feasibility trial. *Psychology & health*, 35(9), 1095-1114.
- Henningsen, P., Zipfel, S., & Herzog, W. (2007). Management of functional somatic syndromes. *The Lancet*, 369(9565), 946-955.
- Hinton, T. C., Adams, Z. H., Baker, R. P., Hope, K. A., Paton, J. F., Hart, E. C., & Nightingale, A. K. (2020). Investigation and treatment of high blood pressure in young people: too much medicine or appropriate risk reduction?. *Hypertension*, 75(1), 16-22.
- Jaracz, J., Gattner, K., Jaracz, K., & Górna, K. (2016). Unexplained painful physical symptoms in patients with major depressive disorder: prevalence, pathophysiology and management. *CNS drugs*, 30(4), 293-304.
- Kurlansik, S. L., & Maffei, M. S. (2016). Somatic symptom disorder. *American family physician*, 93(1), 49-54.
- Khanam, F., Sharma, M. P., & Chaturvedi, S. K. (2019). Acceptance and Commitment Therapy in Patients with Somatic Symptom Disorder: A Case Series. *Indian journal of clinical psychology*, 46(1), 46-51.
- Levine, G. N., Cohen, B. E., Commodore-Mensah, Y., Fleury, J., Huffman, J. C., Khalid, U., ... & American Heart Association Council on Clinical Cardiology; Council on Arteriosclerosis, Thrombosis and Vascular Biology; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; and Council on Lifestyle and Cardiometabolic Health. (2021). Psychological health, well-being, and the mind-heart-body connection: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 143(10), e763-e783.
- Luo, D., Cheng, Y., Zhang, H., Ba, M., Chen, P., Li, H., ... & Chen, H. (2020). Association between high blood pressure and long term cardiovascular events in young adults: systematic review and meta-analysis. *bmj*, 370.
- McGinty, E. E., Presskreischer, R., Han, H., & Barry, C. L. (2020). Psychological distress and loneliness reported by US adults in 2018 and April 2020. *Jama*, 324(1), 93-94.

- Mark, G., & Smith, A. P. (2018). Coping and its relation to gender, anxiety, depression, fatigue, cognitive difficulties and somatic symptoms. *Journal of Education, Society and Behavioural Science*, 1-22
- Molander, P., Hesser, H., Weineland, S., Bergwall, K., Buck, S., Jäder Malmlöf, J., ... & Andersson, G. (2018). Internet-based acceptance and commitment therapy for psychological distress experienced by people with hearing problems: A pilot randomized controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, 47(2), 169-184.
- Meena, P. S., Sharma, A., & Jain, M. (2022). Gender differences in somatic symptoms in patients with depression: A comparative study at tertiary care center in North India. *Indian Journal of Social Psychiatry*, 38(1), 69.
- Midenfjord, I., Borg, A., Törnblom, H., & Simrén, M. (2021). Cumulative effect of psychological alterations on gastrointestinal symptom severity in irritable bowel syndrome. *Official journal of the American College of Gastroenterology | ACG*, 116(4), 769-779.
- Malmberg-Ceder, K., Soinila, S., Korhonen, P. E., Kautiainen, H., & Haanpää, M. (2021). Headache and quality of life in Finnish female municipal employees. *Scandinavian journal of pain*.
- Maratos, F. A., & Sheffield, D. (2020). Brief Compassion-Focused Imagery Dampens Physiological Pain Responses. *Mindfulness*, 11(12), 2730-2740.
- Nazarova, J. (2021). Functional Cardiopathy Syndrome In Modern Adolescents. *The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research*, 3(01), 6-11
- Neff, K. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and identity*, 2(2), 85-101.
- Petrova, M. M., Moskaleva, P. V., Shnayder, N. A., & Nasyrova, R. F. (2020). Comorbidity of arterial hypertension and tension-type headache. *Kardiologija*, 60(10), 132-140.
- Renoir, T., Hasebe, K., & Gray, L. (2013). Mind and body: how the health of the body impacts on neuropsychiatry. *Frontiers in Pharmacology*, 4, 158.
- Roenneberg, C., Sattel, H., Schaefer, R., Henningsen, P., & Hausteiner-Wiehle, C. (2019). Functional somatic symptoms. *Deutsches Ärzteblatt International*, 116(33-34), 553.
- Roslyakova, T., Falco, M. A., & Gauchet, A. (2021). An exploratory clinical trial on acceptance and commitment therapy as an adjunct to psychoeducational relaxation therapy for chronic pain. *Psychology & Health*, 36(12), 1403-1426.
- Rometsch, C., Denking, J. K., Engelhardt, M., Windthorst, P., Graf, J., Gibbons, N., ... & Junne, F. (2020). Pain, somatic complaints, and subjective concepts of illness in traumatized female refugees who experienced extreme violence by the "Islamic State" (IS). *Journal of psychosomatic research*, 130, 109931.
- Rathi, N., Kazi, S., Shaikh, A. G., Kumar, J., Maheshwari, J., Rathi, M. K., & Rathi, K. K. (2021). PERCEPTION OF HEADACHE IS INTERLINKED WITH HIGH BLOOD PRESSURE: A POPULATION BASED MULTICENTER PROSPECTIVE STUDY. *Journal of Peoples University of Medical & Health Sciences Nawabshah (JPUMHS)*, 11(1), 80-83.
- Rastogi, R., Singhal, P., Chaturvedi, D. K., & Gupta, M. (2021). Investigating Correlation of Tension-Type Headache and Diabetes: IoT Perspective in Health care. In *Internet of Things for Healthcare Technologies* (pp. 71-91). Springer, Singapore.
- Shen, F., Liu, Y., & Brat, M. (2021). Attachment, Self-Esteem, and Psychological Distress: A Multiple-Mediator Model. *Professional Counselor*, 11(2), 129-142.
- Schröder, A., Ørnbøl, E., Jensen, J. S., Sharpe, M., & Fink, P. (2017). Long-term economic evaluation of cognitive-behavioural group treatment versus enhanced usual care for functional somatic syndromes. *Journal of Psychosomatic Research*, 94, 73-81.

- Shiha, M. G., Asghar, Z., Thoufeeq, M. O., Kurien, M., Ball, A. J., Rej, A., ... & Aziz, I. (2021). Increased psychological distress and somatization in patients with irritable bowel syndrome compared with functional diarrhea or functional constipation, based on Rome IV criteria. *Neurogastroenterology & Motility*, 33(10), e14121.
- Sharifian, N., Spivey, B. N., Zaheed, A. B., & Zahodne, L. B. (2020). Psychological distress links perceived neighborhood characteristics to longitudinal trajectories of cognitive health in older adulthood. *Social Science & Medicine*, 258, 113125.
- Sander, A. M., Clark, A. N., Arciniegas, D. B., Tran, K., Leon-Novelo, L., Ngan, E., ... & Walser, R. (2021). A randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy for psychological distress among persons with traumatic brain injury. *Neuropsychological rehabilitation*, 31(7), 1105-1129.
- Saarinen, A. I., Keltikangas-Järvinen, L., Hintsala, T., Pulkki-Råback, L., Ravaja, N., Lehtimäki, T., ... & Hintsanen, M. (2020). Does compassion predict blood pressure and hypertension? The modifying role of familial risk for hypertension. *International journal of behavioral medicine*, 27(5), 527-538.
- Song, T. J., Cho, S. J., Kim, W. J., Yang, K. I., Yun, C. H., & Chu, M. K. (2016). Anxiety and depression in tension-type headache: a population-based study. *PloS one*, 11(10), e0165316.
- Thurston, R. C., Fritz, M. M., Chang, Y., Barinas Mitchell, E., & Maki, P. M. (2021). Self-compassion and subclinical cardiovascular disease among midlife women. *Health Psychology*, 40(11), 747.
- Westerman, G., McCann, E., & Sparkes, E. (2020). Evaluating the effectiveness of mindfulness and compassion-based programs on shame and associated psychological distress with potential issues of salience for adult survivors of childhood sexual abuse: a systematic review. *Mindfulness*, 1-21.
- Wang, S., Zhang, Y., Ding, W., Meng, Y., Hu, H., Liu, Z., ... & Wang, M. (2020). Psychological distress and sleep problems when people are under interpersonal isolation during an epidemic: a nationwide multicenter cross-sectional study. *European Psychiatry*, 63(1).
- Vasiliadis, H. M., Chudzinski, V., Gontijo-Guerra, S., & Prévile, M. (2015). Screening instruments for a population of older adults: The 10-item Kessler Psychological Distress Scale (K10) and the 7-item Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7). *Psychiatry research*, 228(1), 89-94.
- Zhang, C. Q., Leeming, E., Smith, P., Chung, P. K., Hagger, M. S., & Hayes, S. C. (2018). Acceptance and commitment therapy for health behavior change: a contextually-driven approach. *Frontiers in psychology*, 8, 2350.
- Zhang, M., Zhang, J., Zhang, F., Zhang, L., & Feng, D. (2018). Prevalence of psychological distress and the effects of resilience and perceived social support among Chinese college students: Does gender make a difference?. *Psychiatry research*, 267, 409-413.
- Zhang, Y., Zhou, C., Huang, Z., & Ye, X. (2021). Study of cuffless blood pressure estimation method based on multiple physiological parameters. *Physiological Measurement*, 42(5), 055004.

پرسشنامه سردرد و داروهای مورد استفاده

ردیف	عبارات	تفاوت	موضوع	به شدت موافق
۱	سردردهای من می تواند با داروهای بدون نسخه درمان شود.			
۲	من نیازی به مشورت با پزشک جهت درمان سردرد ندارم.			
۳	از داروی مورد استفاده قرای سردردم کاملاً راضی هستم.			
۴	مایل هستم کاری برای پیشگیری از بروز سردرد انجام دهم.			
۵	داروهای بدون نسخه برای سردرد ارزانتر از داروهای نسخه ای هستند.			
۶	استفاده از داروهای بدون نسخه راحتتر از داروهای نسخه ای هستند.			
۷	داروهای بدون نسخه برای سردرد سالمتر (کم خطرتر) از داروهای نسخه ای هستند.			
۸	داروهای بدون نسخه از داروهای نسخه ای موثرتر هستند.			

Comparing the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Compassion Focused Therapy (CFT) on tension headaches and blood pressure in women with somatic symptom disorder

Sara. Sadeghi Nisiani¹, Mohammad Hassan. Ghanifar^{2*} & Fatemeh. Shahbazizadeh³

Abstract

Aim: The purpose of this study was to compare the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Compassion Focused Therapy (CFT) on tension headaches and blood pressure in patients with physical symptoms disorder. **Methods:** This was a quasi-experimental study with a pre-test, post-test and follow-up design with a witness group. The statistical population of the research included all women with physical symptoms disorder who referred to Sara counseling centers and Imam Zaman (AS) Helping Association in Isfahan city in the first half of 2021. And then, justifying the objectives of the research and having the consent to participate in the research, they were randomly placed in two experimental and control groups. The data were obtained using headache questionnaire and blood pressure measurement and were analyzed by repeated measurement analysis method and SPSS software. **Results:** The results showed that the treatment based on acceptance and commitment (ACT) was effective on tension headaches, systolic blood pressure and diastolic blood pressure ($p < 0.05$). But compassion-focused therapy (CFT) was effective only on tension headaches ($p < 0.05$). There was no significant difference between the two groups in terms of tension headaches ($p < 0.05$). But the effect of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) was greater than Compassion Focused Therapy (CFT) in systolic and diastolic blood pressure. **Conclusion:** It can be concluded that the treatment based on acceptance and commitment had a greater effect compared to the treatment focused on compassion in the blood pressure of women with physical symptoms disorder and it can be considered as a suitable approach to improve the problems of these patients.

Keywords: *acceptance and commitment therapy, compassion-focused therapy, tension headache, blood pressure, somatic symptom disorder.*

1. PhD student, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran

2. ***Corresponding author:** Assistant Professor, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran
Email: ghanifar@iaubir.ac.ir

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