رویش روان شناسی، سال۱۲، شماره۷، شماره پیاپی ۸۸، مهر ۱۴۰۲
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),12(7), 2023

امکان‌سنجی مداخله روانشناختی خانواده محور متمرکز بر شفقت بر شدت و ناتوان‌کنندگی درد در زنان متاهل مبتلا به میگرن

The feasibility of family-oriented psychological intervention focused on compassion on pain intensity and disability in married women with migraine

نگار شیخلی
دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت، گروه روانشناسی، دانشگاه تهران پردیس بین‌الملل کیش، کیش، ایران.
مسعود غلامعلی لواسانی (نویسنده مسئول)
دانشیار، گروه روان شناسی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.
مهدی دهستانی
دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.
غلامعلی افروز
استاد ممتاز، گروه روان شناسی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

Negar Sheikhli
PhD student in Health Psychology, Department of Psychology, Tehran University, Kish International Campus, Kish Iran.
Masoud Gholamali Lavasani*
Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran.
lavasani@ut.ac.ir
Mehdi Dehestani
Associate Professor, Department of Psychology, Payam Noor University, Tehran, Iran.
Gholamali Afrooz
Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran.

چکیده
هدف از پژوهش حاضر امکان‌سنجی مداخله روانشناختی خانواده محور متمرکز بر شفقت بر شدت و ناتوان‌کنندگی درد در زنان متاهل مبتلا به میگرن بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون_پس آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری شامل زنان متاهل مبتلا به میگرن مراجعه کنند به "کلینیک درد مهر" شهر رشت در سال ۱۴۰۰ بود. ۴۰ نفر به روش هدفمند انتخاب و به شیوه تصادفی در دو گروه مداخله و گواه جایگذاری شدند. در مراحل سنجش از مقیاس شدت درد (PIS، دوئین و همکاران، ۱۹۷۸) و شاخص ناتوان‌کنندگی درد (PDI، پولارد، ۱۹۸۴) استفاده شد. گروه مداخله طی هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، به‌طور هفتگی تحت مداخله قرار گرفت. تحلیل داده‌ها به روش تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر انجام شد. نتایج نشان داد که متغیر شدت درد در گروه مداخله از مرحله پیش‌آزمون به پس آزمون با اختلاف میانگین (۳/۸۰۰) به‌طور معنادار کاهش یافته است (p<۰/۰۵)، اما این تغییر از پیش‌آزمون تا پیگیری با اختلاف میانگین (۰/۹۵۰) تفاوت معناداری نداشته است. ناتوان‌کنندگی درد در گروه مداخله از مرحله پیش-آزمون به پس‌آزمون با اختلاف میانگین (۴/۵۵۵) به‌طور معنادار کاهش یافته است، همچنین این تغییر از پیش‌آزمون تا پیگیری با اختلاف میانگین (۳/۴۰۰) کاهش یافته است (p<۰/۰۵). در مجموع می‌توان نتیجه گرفت که مداخله روانشناختی خانواده محور متمرکز بر شفقت نقش موثری در کاهش درد و ناتوان‌کنندگی درد در زنان متاهل مبتلا به میگرن داشته است، اما این کاهش در متغیر شدت درد در طول زمان پایدار نبوده است.

واژه‌های کلیدی: *خانواده، درد، شفقت، مداخله روانشناختی، میگرن.*

Abstract
The purpose of this study was the feasibility of a family-oriented psychological intervention focused on compassion on the pain intensity and disability in married women with migraine. The research method was semi-experimental with a pretest-posttest design and a control group with a three-month follow-up period. the statistical population of married women suffering from migraines who were referred to " Clinic Dard Mehr" in Rasht city in 2022. 40 people were selected in purposive sampling and were assigned to two intervention and control groups by a simple random method. Pain Intensity Scale (PIS) (Downie et al., 1978) and Pain Disability Index (PDI) (Pollard, 1984) were used in the measurement stages. The intervention group underwent weekly intervention during eight 90-minute sessions. Data analysis was done by Repeated measures ANOVA. The results showed that the variable of pain intensity in the intervention group from pretest to posttest with a mean difference (3.800) decreased significantly (p<0.05), but this change from pretest to follow-up with a mean difference (0.950) had no significant difference. Disability of pain in the intervention group has decreased significantly from the pretest to posttest with a mean difference (4.555), also this change has decreased from the pretest to the follow-up with a mean difference (of 3.400) (p<0.05). In general, it can be concluded that family-centered psychological intervention focused on compassion had an effective role in reducing pain intensity and disability in married women with migraines, but this reduction in pain intensity variable was not stable over time.

Keywords: *family, pain, compassion, psychological intervention, migraine.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت :** بهمن ۱۴۰۱ | **پذیرش:** فروردین ۱۴۰۲ | **ویرایش نهایی:** مهر ۱۴۰۲

مقدمه

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.7.1.7]

میگرن یکی از شایع ترین اختلالات عصبی است و به طور مداوم در رتبه‌های پنجم تا هشتم در بین علل اصلی ناتوانی در سراسر جهان قرار دارد (روسو[1] و همکاران، ۲۰۱۸). شیوع میگرن در زنان ۲ تا ۳ برابر بیشتر از مردان است که بیشترین آن بین سنین ۱۵ تا ۵۵ سالگی دیده می‌شود (بخشنده لاریمی و همکاران، ۱۴۰۰؛ ایزدی خواه و همکاران، ۱۴۰۱). اختلال میگرن نوعی از سردرد است که در ناحیه گیجگاهی و یا پیشانی ظاهر شده و با تظاهرات ضربانداز و تکرار شونده مشخص شده و به هنگام حملات، با تهوع، استفراغ وگریز از نور و صدا همراه است (لامبرت و زاگامی[2]، ۲۰۱۸). توافق فعلی بر این است که میگرن یک اختلال اپیزودیک، عودکننده و ژنتیکی تعیین شده در تحریک‌پذیری مغز است که منجر به فعال شدن و حساس شدن مسیر درد سه قلو- عروقی می‌شود (روسو و همکاران، ۲۰۱۸). فرآیند تجربه درد میگرن غالباً با وضعیت شلیک آغاز می‌شود و واکنش‌های متفاوتی در پی دارد که بسته به کنار آمدن افراد به بهبودی یا شدت درد ختم می‌شود (عمادی و همکاران، ۱۳۹۸).

درد توسط انجمن بین المللی مطالعه درد به عنوان یک تجربه حسی و هیجانی ناخوشایند همراه با آسیب واقعی یا بالقوه بافت تعریف شده است (خوش خطی و همکاران، ۱۳۹۹). در مطالعات پیشین تجربه درد در بیماران میگرن نشان داد که افزایش شدت درد با بیماری‌های مرتبط با التهاب (پسوریازیس، آلرژی)، اختلالات روانپزشکی (افسردگی، اضطراب) و شرایط خواب (بی‌خوابی) همراه بوده است (بوسه[3] و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین بیماری میگرن ناتوان کننده بوده و موجب تحمیل بار اقتصادی در بیماران می‌شود و تاثیرات عمده‌ای بر کیفیت زندگی، اشتغال و فعالیت‌های غیرجسمی آنان دارد (بخشنده لاریمی و همکاران، ۱۴۰۰؛ عمادی و همکاران، ۱۳۹۸؛ پیترز[4]، ۲۰۱۹).

امروز توجه درمانگران بر مفاهیم موج سوم رفتار درمانی همچون پذیرش، ذهن‌آگاهی، شفقت و … افزایش یافته است و مداخلات متنوعی در این زمینه جهت بهبود وضعیت روانشناختی افراد مبتلا به میگرن و سایر بیماری‌های مزمن افزایش یافته است (هیز و هافمن[5]، ۲۰۱۷). از جمله این روش‌ها می‌توان به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (بخشنده لاریمی و همکاران، ۱۴۰۰؛ اکبریان و همکاران، ۱۴۰۰)، درمان مبتنی بر ذهن آگاهی (ایزدی‌خواه و همکاران، ۱۴۰۱؛ ایزدی‌خواه و همکاران، ۱۳۹۹؛ گراتزی[6] و همکاران، ۲۰۲۲؛ ولز[7] و همکاران، ۲۰۲۱)، درمان تلفیقی هیجان مدار مبتنی بر شفقت (بهوندی و همکاران، ۱۴۰۱) و آموزش شفابخشی (شهبازی و لطیفی، ۱۳۹۹) اشاره کرد که کارآمدی بالینی آن در پژوهش‌های پیشین در بیماران مبتلا به میگرن و درد مزمن مورد تأیید قرار گرفته‌اند. همچنین مالپاس[8] و همکاران (۲۰۲۳) در پژوهشی نشان دادند که درمان متمرکز بر شفقت برای مدیریت درد (CFT-PM)[9] به شیوه سیستمی تأثیر قابل توجهی در کاهش افسردگی و ناتوان کنندگی درد داشته است؛ همچنین منجر به بهبود خودشفقتی و خودکارآمدی درد در افراد با درد مزمن شده است. همچنین برچخ[10] و همکاران (۲۰۲۱) نشان دادند که درمان متمرکز بر شفقت (CFT) منجر به بهبود کنترل هیجانی و همچنین کاهش شدت درد در بیماران مبتلا به میگرن شده است.

خانواده می‌تواند نقش مهمی در سازگاری بیماران با بیماری و پیشگیری از عوارض ناشی از آن و پیگیری روند درمان داشته باشد و حضور فعال خانواده به‌عنوان یک منبع حمایتی اقدام مؤثری برای ایجاد انگیزه پیگیری در بیمار به شمار می‌رود (مددکار و نوریان، ۱۴۰۰). بر این اساس تدوین و امکان‌سنجی یک مداخله روانشناختی خانواده محور می‌تواند از پتانسیل بالایی جهت بهبود وضعیت روانشناختی افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن برخوردار باشد؛ چراکه در مداخلات خانواده محور همه اعضای خانواده در مراقبت از فرد مبتلا به بیماری مزمن مشارکت فعال دارند (به‌طور نمونه: تنخا[11] و همکاران، ۲۰۲۰؛ رحمانی و همکاران، ۲۰۲۰). با توجه به اهمیت نقش خانواده در تسهیل‌سازی فرایند درمان و با توجه به کارایی درمان‌های موج سوم رفتار درمانی در بیماران مزمن؛ در این پژوهش مداخله روانشناختی خانواده محور متمرکز بر شفقت طراحی و امکان‌سنجی شد. محتوای این مداخله بر اساس درمان متمرکز بر شفقت (CFT)[12] و فرایند

1 . Russo
2. Lambert & Zagami
3. Buse
4 . Peters
5 . Hayes & Hofmann
6. Grazzi
7 . Wells
8 . Malpus
9 . Compassion Focused Therapy for Pain Management (CFT-PM)
10 . Barchakh
11 . Tankha
12 . Compassion-focused therapy (CFT)

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.7.1.7]

مداخله بر اساس درمانی سیستمی[1] طراحی شده است. درمان متمرکز بر شفقت توسط گیلبرت (۲۰۰۰) برای افرادی که عمدتاً با شرم و خودانتقادی درگیر هستند، تدوین شده است (گیلبرت و بیلی[2]، ۲۰۱۴). مهم‌ترین عناصر متمرکز بر شفقت که در تدوین این مداخله مورد استفاده قرار گرفت شامل: ۱- ایجاد یک رابطه درمانی مثبت که فرآیند درگیر شدن با چالش‌ها و توسعه مهارت‌های مقابله با آن‌ها را تسهیل می‌کند؛ ۲- توسعه درک مشفقانه بدون سرزنش در ماهیت رنج؛ ۳- توسعه توانایی تجربه و پرورش صفات مشفقانه و ۴-پرورش احساس شفقت نسبت به دیگران، گشاده رویی نسبت به شفقت از جانب دیگران و ایجاد شفقت به خود بودند (گیلبرت و بیلی، ۲۰۱۴؛ نف و گرامر[3]، ۲۰۱۳). فرایند مداخله بر اساس درمانی سیستمی طراحی و اجرا شد، به‌طوری که در نیمی از جلسات درمانی یکی از اعضای خانواده حضور داشتند و تکالیفی که به درمانجویان داده می‌شد با هدف جلب مشارکت سایر اعضای خانواده بود.

همانگونه که در بررسی پیشینه نشان داده شد، درد مزمن یک تجربه مشترک در افراد مبتلا به میگرن می‌باشد، که می‌تواند زمینه ساز مشکلات روانشناختی باشد. به منظور کاهش درد، مداخلات پزشکی و روانشناختی متفاوتی به‌کار گرفته می‌شود که هریک در جایگاه خود از اهمیت و کارکرد بالایی برخوردار هستند. اما خلاء یک مداخله روانشناختی خانواده محور در بررسی مطالعات پیشین برجسته می‌باشد، به دلیل نقش مهمی که محیط خانواد در مراقبت و مدیریت بیماری مزمن دارد، تدوین و امکان‌سنجی چنین برنامه مداخله‌ای از اهمیت بالایی برخوردار است. لذا هدف پژوهش حاضر امکان‌سنجی مداخله روانشناختی خانواده محور متمرکز بر شفقت بر شدت و ناتوان‌کنندگی درد در زنان متأهل مبتلا به میگرن بود.

روش

پژوهش حاضر به روش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری را کلیه افراد متاهل مبتلا به میگرن مراجعه کننده به "کلینیک درد مهر" شهر رشت در ماه‌های آذر تا بهمن در سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند. برای انجام پژوهش ۴۰ نفر به روش هدفمند انتخاب شدند و به شیوه تصادفی ساده در دو گروه مداخله و گواه جایگذاری شدند. (۲۰ نفر برای هر گروه، ۰/۵=حجم اثر، ۰/۵۰= آلفا). دامنه سنی ۴۰ الی ۵۵ سال، تشخصی قطعی بیماری میگرن بر اساس نظر متخصصین مغز و اعصاب، حداقل شش ماه از تشخیص بیماری گذشته باشد، حداقل تحصیلات سیکل، عدم سابقه بیماری‌های روانشناختی و بستری در مراکز اعصاب و روان، عدم سوء مصرف مواد، توانایی جسمانی کافی جهت شرکت در جلسه‌های درمانی به‌عنوان معیارهای ورود درنظر گرفته شد. همچنین وخامت حال جسمانی در طول جلسات مداخله، غیبت بیش از دو جلسه، دریافت همزمان مداخلات روانشناختی از سایر مراکز و نیاز به مصرف داروهای اعصاب و روان در طول مداخله؛ به عنوان معیارهای خروج درنظر گرفته شد.

کلیه‌ی شرکت‌کنندگان پرسشنامه‌ها را در مرحله پیش آزمون و پس آزمون تکمیل کردند گروه مداخله تحت درمان قرار گرفت و گروه گواه مداخلات معمول را دریافت کرد. بنا به اهداف تحقیق، ۳ ماه بعد از مداخله پیگیری اجرا شد. همچنین به منظور رعایت اخلاق در پژوهش در پایان مطالعه، گروه گواه نیز تحت مداخله قرار گرفت. شرکت در این پژوهش اختیاری بود و همه افراد نسبت به اهداف پژوهش مطلع بودند، همه افراد فرم رضایت آگاهانه را تکمیل و امضاء کردند. همچنین در راستای توجه به ملاحظات اخلاقی شرکت در این پژوهش برای افراد هیچ‌گونه آسیب‌روانی و جسمانی به دنبال نداشت. پیشنهاده این پژوهش پس از تصویب با شناسه IR.UT.PSYEDU.REC.1401.034 در کمیته ملی اخلاق، شعبه دانشگاه تهران به ثبت رسیده است. تحلیل داده‌ها در نرم افزار SPSS-24 با استفاده از آزمون آماری تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر انجام شد.

ابزار سنجش

1 . Systemic therapy
2 . Gilbert & Bailey
3 . Neff & Germer

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.7.1.7]

مقیاس شدت درد (PIS)[1]: این مقیاس جهت سنجش شدت درد ادراک شده توسط دوئین[2] و همکاران (۱۹۷۸) طراحی شده است. شدت درد با استفاده از یک سوال در مقیاس درجه بندی عددی از صفر (عدم وجود درد) تا ۱۰ (بدترین درد ممکن) ارزیابی می‌شود. از افراد خواسته شد تا متوسط درد روزانه خود را در هفته گذشته درجه‌بندی کنند (دوئین و همکاران، ۱۹۷۸). روایی افتراقی این مقیاس بر اساس ضریب تمیز ۰/۸۰ می‌باشد و پایایی بازآزمایی آن با فاصله یک هفته ۰/۷۲ گزارش شد (لی و هاپیدو[3]، ۲۰۲۱). در ایران نیز افشارنژاد و همکاران (۱۳۸۹) روایی محتوایی بر اساس نظر متخصصان معتبر و پایایی بازآزمایی را ۰/۷۸ گزارش کردند. در مطالعه حاضر شاخص روایی محتوایی بر اساس نظر ۵ متخصص روانشناسی ۰/۹۷ و پایایی بازآزمایی در گروه گواه با فاصله دو ماه ۰/۷۷ محاسبه شد.

شاخص ناتوان‌کنندگی درد (PDI)[4]: این شاخص یک مقیاس هفت آیتمی خود گزارش‌دهی است که توسط پولارد[5] (۱۹۸۴) طراحی و اعتباریابی شده است. این شاخص میزان تاثیری را که درد مزمن بر عملکرد جسمانی و روانی افراد در هفت جنبهٔ مهم زندگی (مسؤولیت‌پذیری در قبال خانواده، تفریح، فعالیت اجتماعی، شغل، رفتار جنسی، خودمراقبتی و فعالیت‌های حمایتی زندگی) می‌گذارد، اندازه‌گیری می‌کند. دامنه نمره‌های پاسخ بین صفر (توانایی کامل) تا ۱۰ (ناتوانی کامل) است. بنابراین، نمره کل این پرسشنامه دامنه‌ای بین ۰ تا ۷۰ را شامل می‌شود که نمره‌های بالاتر بر ناتوانی بیشتر فرد دلالت دارند. روایی سازه این شاخص به روش تحلیل عاملی تایید با یک عامل مورد تایید قرار گرفته است (X^2/df=۳/۲۱۲ ،CFI=۰/۹۹۱ ،RMSEA=۰/۰۴) و همسانی درونی آن به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۶ گزارش شده است (سوئر[6] و همکاران، ۲۰۱۳). پایایی و روایی این شاخص توسط رضائی و همکاران (۱۳۹۰) در ۲۷۹ بیمار مبتلا به دردهای مزمن بررسی شد. پایایی شاخص ناتوان‌کنندگی درد با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ و روایی با شاخص اضطراب مرتبط با درد ۰/۴۵ محاسبه شد (نقل از رضائیان و همکاران، ۱۳۹۳). در مطالعه حاضر شاخص روایی محتوایی بر اساس نظر ۵ متخصص روانشناسی ۰/۹۹ و پایایی بازآزمایی در گروه گواه با فاصله دو ماه ۰/۸۰ محاسبه شد؛ همچنین همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ محاسبه شد.

جهت تدوین مداخله روانشناختی خانواده محور متمرکز بر شفقت از روش پژوهش کتابخانه‌ای و نظر متخصصین استفاده شد. در ابتدا پروتکل درمان متمرکز بر شفقت (CFT) و آموزش ذهن مشفق (CMT)[7] مورد بررسی قرار گرفت (گیلبرت و بیلی، ۲۰۱۴؛ نف و گرامر، ۲۰۱۳)؛ سپس عناصر مشترک متمرکز بر شفقت شناسایی شد. سپس (فرایند درمان) جلسات آن بر اساس چارچوب درمان سیستمی تنظیم شد. بسته آموزشی اولیه در اختیار پنج متخصص روانشناسی و مشاوره خانواده قرار داده شد تا نظرات خود را بر آن اعمال کنند. پس از تجدیدنظر و اعمال نظر متخصصین، بسته نهایی با هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هر هفته یک جلسه) جهت محاسبه روایی محتوایی در اختیار هشت متخصص روانشناسی و مشاوره خانواده قرار دیگر داده شد. ضریب روایی نسبی (CVR) و شاخص‌های روایی محتوایی (CVI) بر اساس نظرات هشت نفر از متخصصان برای جلسات بین ۰/۴۵ الی ۱ محاسبه شد.

جدول ۱: سرفصل محتوای جلسات درمانی

جلسه	محتوا
جلسه اول	در جلسه اول به معرفی اعضا پرداخته شد؛ دعوت شرکت کنندگان به بحث پیرامون اهداف مورد انتظار از شرکت در این جلسات آشنایی شرکت کنندگان با اهداف برنامه - آگاهی از بیماری میگرن و مشکلات زناشویی ایجاد شده از بیماری میگرن پرداخته شد. همچنین در این جلسه بیماران با مفهوم شفقت و خودارزیابی‌های درونی همچون خودانتقادی و شرم آشنا شدند.
جلسه دوم	در جلسه دوم به احیای اهداف و آرمان‌های ازدواج، ارتقای صمیمیت، صداقت بین زوجین، باور به هدف آرامش در سایه ازدواج، خوشبینی، گشاده رویی در برابر دردها و ماهیت رنج با استفاده از فنون ذهن‌آگاهی پرداخته شد.
جلسه سوم	در این جلسه به اهمیت احساس همسر درباره همسر مبتلا به میگرن، ارتقای تعهد مشترک نسبت به همسر مبتلا به میگرن، آراستگی ظاهری و کلامی، کاربرد مهارت خودشفقتی، حس دوست داشتن و تحلیل تنش‌های ایجاد شده از بابت بیماری پرداخته شد.

1 . Pain Intensity Scale (PIS)
2 . Downie
3 . Li & Hapidou
4 . Pain Disability Index (PDI)
5 . Pollard
6. Soer
7 . Compassionate Mind Training (CMT)

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.7.1.7]

جلسه چهارم	در این جلسه به بهبود بخشی رابطه تعاملی زوج با همسر مبتلا به میگرن و با همدیگر - شناخت بیشتر اختلال میگرن، مرور احساسات هر دو زوج نسبت به بیماری، تنش مرتبط با اختلال و تکنیک‌های مدیریت آن، آشنایی زوجین با نشانه‌ها و ویژگی‌های اختلال میگرن پرداخته شد.
جلسه پنجم	در این جلسه تحکیم باورهای خوشایند نسبت به همدیگر حتی با داشتن اختلال میگرن، تاب آوری متناسب با بیماری، حل مساله مشترک زوجین از طریق پذیرش واقعیت بیماری و سازگاری با آن ضمن حفظ باور خوشایند در کنار هم رضایت از ارتباط زناشویی و پذیرش متقابل با وجود همسر دارای اختلال، تحمل متقابل و تاب‌آوری در برابر فشارها پرداخته شد.
جلسه ششم	در جلسه ششم به ارتقای مدیریت اختلال میگرن- تحکیم الگوهای صحیح رضایت زوجیت و فرزند، مرور جلسات گذشته، نتیجه‌گیری و ارزیابی عملی از مهارت‌های کسب شده، رفع اشکالات و ارائه الگوهای درست در اصلاح آن‌ها پرداخته شد.
جلسه هفتم	در جلسه هفتم به بهبود رابطه زناشویی، ارتقائ نشاط معنوی- اصول بهبود بخشی رابطه تعاملی زوجین با هم، توانایی برقراری ارتباط عاطفی عمیق با یکدیگر (همراه با قاطعیت منطق) پرداخته شد.
جلسه هشتم	در جلسه هشتم کمک به ارتقای رضامندی زوجیت، بر اساس توجه به کاهش خود انتقادی‌ها و انتقاد به همسر، توجه به همسر در موقعیت اجتماعی و احترام به همسر، عصبانیت کم و برخورد مسامحت آمیز توام با شفقت، الگوی مطلوب حل کردن صبورانه مشکلات پرداخته شد.

یافته ها

در این مطالعه ۴۰ نفر (۲۰ نفر گروه مداخله و ۲۰ نفر گروه گواه) مشارکت داشتند. در جدول ۲ اطلاعات جمعیت‌شناختی دو گروه ارائه شد. بین میانگین سنی (سال) مشارکت‌کنندگان گروه مداخله ۶/۶۱ ۹۲±۴۳ و گواه ۵/۳۱ ۵۳±۴۵ تقاوت معناداری وجود نداشت (t=۰/۸۴۹ ،p=۰/۴۰۱). پراکندگی تحصیلات در گروه مداخله (۳ نفر با تحصیلات دیپلم و ۱۷ نفر با تحصیلات کاردانی و کارشناسی) و گواه (۲ نفر با تحصیلات دیپلم و ۱۸ نفر با تحصیلات کاردانی و کارشناسی) همگون بود (p=۰/۸۸۹ ،χ2=۰/۲۳۴). همچنین پراکندگی وضعیت اشتغال در گروه مداخله (۱۶ نفر شغل آزاد/ خانه‌دار و ۴ نفر شغل دولتی) و گروه گواه (۱۷ نفر شغل آزاد/ خانه‌دار و ۳ نفر شغل دولتی) همگون بود (p=۰/۶۷۷ ،χ2=۰/۱۷۳). در جدول ۲ یافته‌های توصیفی ارائه شده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار شدت درد و ناتوان‌کنندگی درد به تفکیک گروه‌ها

متغیر	مرحله سنجش	گروه مداخله انحراف معیار±میانگین	گروه گواه انحراف معیار±میانگین
شدت درد	پیش آزمون	۶/۷۵±۱/۲۰	۶/۳۱±۱/۰۷
	پس آزمون	۲/۹۵±۱/۷۶	۶/۸۰±۱/۳۶
	پیگیری	۵/۸۰±۱/۷۰	۶/۷۸±۱/۳۹
ناتوان‌کنندگی درد	پیش آزمون	۳۱/۴۰±۳/۴۳	۳۱/۶۵±۳/۵۵
	پس آزمون	۲۶/۸۵±۳/۳۱	۳۱/۷۵±۲/۶۵
	پیگیری	۲۸/۰۰±۴/۳۶	۳۱/۶۰±۳۰/۲۰

نتایج جدول ۲ گویای این است که نمرات شدت درد و ناتوان‌کنندگی درد در گروه مداخله نسبت به گروه گواه، تغییرات بیشتری داشته است. جهت بررسی معناداری تغییرات نمرات در متغیرهای پژوهش از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. نتایج در ادامه گزارش شده است. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک جهت بررسی پیش‌فرض طبیعی بودن توزیع داده‌ها نشان داد که مقدار آماره آزمون شاپیرو-ویلک در گروه‌ها در متغیرها معنادار نیست، به‌عبارت دیگر، داده‌ها دارای توزیع نرمال است (P>۰/۰۵). نتایج آزمون باکس جهت بررسی پیش‌فرض همسانی ماتریس‌های کوواریانس نشان داد که در حالت چندمتغیری (P=۰/۰۸۹ ،Box's M=۱۱/۷۵۱) در شرکت-کنندگان معنادار نیست، بر این اساس این پیش‌فرض برقرار می‌باشد (P>۰/۰۵). نتایج آزمون لون نشان داد که همگونی واریانس‌ها در متغیر شدت درد در مراحل پیش‌آزمون (P=۰/۵۰۷ ،F=۰/۴۴۹)، پس آزمون (P=۰/۵۳۹ ،F=۰/۳۸۵) و پیگیری (P=۰/۰۸۲ ،F=۳/۱۹۱) برقرار می‌باشد (P<۰/۰۵). همچنین نتایج آزمون لون نشان داد که همگونی واریانس‌ها در متغیر ناتوان‌کنندگی درد در مراحل پیش‌آزمون

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.7.1.7]

(P=۰/۹۲۲، F=۰/۰۱۰)، پس آزمون (P=۰/۳۰۵، F=۱/۰۸۱) و پیگیری (P=۰/۱۵۳، F=۲/۱۲۳) برقرار می‌باشد (P<۰/۰۵). نتایج آزمون کرویت ماچلی در حالت چندمتغیری نشان داد که مقدار P آزمون در متغیرهای شدت درد و ناتوان‌کنندگی درد (W =۰/۹۰۷ ماچلی، ۳/۶۰۶=تخمین خی‌دو، ۲=درجه آزادی، P=۰/۱۶۵) معنادار نمی‌باشد (P>۰/۰۵). با توجه به برقراری پیش‌فرض‌ها جهت سنجش اثر مداخله در طول زمان به تفکیک گروه‌ها از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

نتیجه آزمون اثر پیلایی در آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر در حالت چندمتغیری نشان داد که اثر گروه بر ترکیب خطی متغیرهای شدت درد و ناتوان‌کنندگی درد در گروه‌ها با اندازه اثر ۰/۶۵ معنادار است (P=۰/۰۰۱، F=۱۲/۷۱۸، ۰/۶۵۲=اثرپیلایی[1])، به‌عبارت دیگر بین گروه مداخله و گواه در حداقل یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنادار وجود دارد، جهت بررسی اینکه کدام یک از متغیرها دستخوش تغییرات معنادار شده است، نتایج تحلیل واریانس در حالت تک متغیری در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر برای متغیر شدت درد و ناتوان‌کنندگی درد در مراحل سنجش

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	اندازه اثر
شدت درد	زمان	۷۶/۶۵۰	۲	۳۸/۳۲۵	۱۸/۲۵۸	<۰/۰۰۱	۰/۳۲۵
	زمان*گروه	۷۹/۸۱۷	۲	۳۹/۹۰۸	۱۹/۰۱۲	<۰/۰۰۱	۰/۳۳۰
	خطا	۱۵۹/۵۳۳	۷۶	۲/۰۹۹			
	بین‌گروهی	۷۸/۴۰۸	۱	۷۸/۴۰۸	۳۸/۹۳۹	<۰/۰۰۱	۰/۵۰۶
ناتوان‌کنندگی درد	زمان	۱۰۹/۰۷۱	۲	۵۴/۵۰۸	۴/۸۹۸	<۰/۰۰۱	۰/۱۱۴
	زمان*گروه	۱۱۵/۱۱۷	۲	۵۷/۵۵۸	۵/۱۷۲	<۰/۰۰۱	۰/۱۲۰
	خطا	۸۴۵/۸۶۷	۷۶	۱۱/۱۳۰			
	بین‌گروهی	۲۵۵/۲۰۸	۱	۲۵۵/۲۰۸	۱۸/۷۰۱	<۰/۰۰۱	۰/۳۳۰

نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر در جدول ۳ ارائه شده است. نتایج نشان داد که بین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای شدت درد (P=۰/۰۰۱، F=۱۸/۲۵۸) و ناتوان‌کنندگی درد (P=۰/۰۰۱، F=۴/۸۹۸) بدون توجه به عامل گروهی تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین روند تغییرات نمرات در این متغیرها از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری (اثر متقابل زمان و گروه) در گروه‌ها برای شدت درد (P=۰/۰۰۱، F=۱۹/۰۱۲) و ناتوان‌کنندگی درد (P=۰/۰۰۱، F=۵/۱۷۲) معنادار بوده است. اندازه اثر مداخله در متغیرهای شدت درد و ناتوان‌کنندگی درد در طول زمان ۳۲ و ۵۰ درصد و در اثرمتقابل زمان و گروه ۳۳ و ۱۱ درصد محاسبه شد. معناداری اثر متقابل زمان و گروه نشان می‌دهد، تغیرات متغیر در دو گروه مداخله و گواه روند متفاوتی را دنبال می‌کنند. به عبارتی، یافته‌های فوق حاکی از آن است که روند تغییر معناداری در میانگین متغیرهای مورد بررسی در مراحل ارزیابی مشاهده شده و میزان تغییرات مربوط به متغیرها طی مراحل ارزیابی در دو گروه مورد مطالعه یکسان نبوده است.

در ادامه با بررسی اثرات بین گروهی مشخص شد که روند تغییرات در هر یک از گروه‌های پژوهش به چه شکل بوده است. نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر در قسمت تغییرات بین‌گروهی نشان داد که تفاوت معناداری بین دو گروه در متغیرهای شدت درد (P=۰/۰۰۱، F=۳۸/۹۳۹) و ناتوان‌کنندگی درد (P=۰/۰۰۱، F=۱۸/۷۰۱) وجود دارد (P<۰/۰۵). همانطور که مشاهده می‌شود ۵۰ درصد از تفاوت‌های مشاهده در متغیر شدت درد و ۳۳ درصد از تفاوت‌های مشاهده در متغیر ناتوان‌کنندگی درد ناشی از عضویت گروهی (مداخله) بوده است. در جدول ۴ اختلاف میانگین مراحل سنجش در متغیرها به تفکیک گروه‌ها ارائه شده است.

1 . Pillai's Trace

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.7.1.7]

جدول ۴: میانگین و انحراف معیار نمرات شدت و ناتوان‌کنندگی درد در گروه‌های مداخله و گواه طی مراحل سنجش و مقایسه آن‌ها

متغیرها	گروه‌ها	مراحل آزمون			آزمون تبعی بون‌فرونی		
		پیش‌آزمون میانگین±انحراف معیار	پس آزمون میانگین±انحراف معیار	پیگیری میانگین±انحراف معیار	پیش‌آزمون تا پس‌آزمون *P<۰/۰۵	پیش‌آزمون تا پیگیری *P<۰/۰۵	پس‌آزمون تا پیگیری *P<۰/۰۵
شدت درد	مداخله	۶/۷۵±۱/۲۰	۲/۹۵±۱/۷۶	۵/۸۰±۱/۷۰	(P=/۰۰۱) *۳/۸۰۰	(P=/۰۷۸) ۰/۹۵۰	(P=/۰۰۱) *۲/۸۵۰
	گواه	۶/۳۱±۱/۰۷	۶/۸۰±۱/۳۶	۶/۷۸±۱/۳۹	(P=۱/۰۰۰) -۰/۰۵۰	(P=۱/۰۰۰) -۰/۰۷۸	(P=۱/۰۰۰) -۰/۰۱۰
ناتوان-کنندگی درد	مداخله	۳۱/۴۰±۳/۴۳	۲۶/۸۵±۳/۳۱	۲۸/۰۰±۴/۳۶	(P=/۰۰۱) *۴/۵۵۵	(P=/۰۰۱) *۳/۴۰۰	(P=۱/۰۰۰) ۱/۱۵۰
	گواه	۳۱/۶۵±۳/۵۵	۳۱/۷۵±۲/۶۵	۳۱/۶۰±۳۰/۲۰	(P=۱/۰۰۰) -۰/۱۰۰	(P=۱/۰۰۰) -۰/۰۵۰	(P=۱/۰۰۰) ۰/۱۵۰

جهت مقایسه تغییرات گروها در مراحل مختلف آزمون از آزمون تبعی بن‌فرونی استفاده شده است، نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است. نتایج نشان داد که متغیر شدت درد در گروه مداخله از مرحله پیش‌آزمون به پس آزمون با اختلاف میانگین (۳/۸۰۰) به‌طور معنادار کاهش یافته است (p<۰/۰۵)، اما این تغییر از پیش‌آزمون تا پیگیری با اختلاف میانگین (۰/۹۵۰) تفاوت معناداری نشان نداد. ناتوان‌کنندگی درد در گروه مداخله از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون با اختلاف میانگین (۴/۵۵۵) به‌طور معنادار کاهش یافته است، همچنین این تغییر از پیش‌آزمون تا پیگیری با اختلاف میانگین (۳/۴۰۰) کاهش یافته است(p<۰/۰۵).

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف امکان‌سنجی مداخله روانشناختی خانواده محور متمرکز بر شفقت بر شدت و ناتوان‌کنندگی درد در زنان متاهل مبتلا به میگرن انجام شد. نتایج نشان داد که این مداخله نقش موثری بر کاهش شدت و ناتوان کنندگی درد گروه مداخله داشته است. نتیجه حاضر با مطالعات مالپاس و همکاران (۲۰۲۳)، برچخ و همکاران (۲۰۲۱) و بهوندی و همکاران (۱۴۰۰) همسو بود؛ این مطالعات نشان دادند درمان متمرکز بر شفقت می‌تواند نقش موثری بر کاهش شدت و ناتوان کنندگی درد داشته باشد. همچنین به‌طور غیرمستقیم نتیجه حاضر با مطالعات ولز و همکاران (۲۰۲۱)، ایزدی‌خواه و همکاران (۱۴۰۱)، اکبریان و همکاران (۱۴۰۰)، شهبازی و لطیفی (۱۳۹۹)، گراتزی و همکاران (۲۰۲۲) همسو بود، در این مطالعات کارایی سایر مداخلات روانشناختی موج سوم رفتار درمانی در بهبود نشانگان درد مورد تایید قرار گرفته است.

پژوهش‌های پیشین نیز گویای این بوده‌اند شفقت با نگرش حمایت‌گرانه نسبت به خود و دیگران با پیامدهای روانشناختی مثبت مانند کاهش هیجانات منفی و افزایش سلامت جسمانی در ارتباط است (بهوندی و همکاران، ۱۴۰۰). افرادی که شفقت به خود بالاتری دارند، درد اجتناب‌ناپذیر و احساس شکستی که هر فرد ممکن است در طول زندگی تجربه نماید، از طریق سرزنش و خود انتقادی بی‌رحمانه، احساس طردشدگی و انزوا و نیز همانندسازی افراطی با افکار و هیجانات ادامه پیدا نمی‌کند؛ بلکه با ایجاد نگرشی حمایت‌گرانه و تصویرسازی مشفقانه نسبت به خود سبب می‌گردد فرد انگیزه بیشتری برای یافتن راه حل در سلامتی خود داشته باشد (کرمی و همکاران، ۱۳۹۹).

با توجه به کارآمدی مداخله بر کاهش شدت درد، در تبیین می‌توان به کاربست فنون این مداخله همچون ذهن آگاهی، شفقت، خودانتقادی و بهبود مهارت‌های تعامل بین فردی اشاره کرد. در اهمیت ذهن‌آگاهی می‌توان گفت، این فنون می‌تواند بر سیستم هیجانی افراد، افکار، حواس فیزیکی و تکانه‌های عمل تأثیر بگذارد. با این حال، می‌تواند نگاه آن‌ها به زندگی را تغییر دهد و روابط آن‌ها را با خود، دیگران و جهان را از طریق پذیرش مشفقانه و واقع بینانه افزایش دهد (ویلیامز و پنمن[1]، ۲۰۱۲). در این مداخله درد نه به‌عنوان یک عنصر

1 . Williams & Penman

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.7.1.7]

مزاحم، بلکه به عنوان یک تجربه در کنار سایر تجارب بدون هیچ قضاوتی پذیرفته می‌شود، در واقع بیماران می‌آموزند که "زندگی با درد مزمن" نیز امکان‌پذیر است. این مداخله می‌تواند به افرادی که از سردردهای مزمن رنج می‌برند کمک کند تا هیجانات خود را بر اساس رابطه بین درد و احساس تنظیم کنند تا از سوگیری در پردازش اطلاعات جلوگیری کنند که منجر به هیجانات منفی می‌شود. به نوبه خود، آن‌ها قادر خواهند بود به طور مؤثرتری با بیماری خود سازگار شوند. علاوه بر این، ظرفیت افراد برای خودتنظیمی هیجان‌های خود می‌تواند منشأ تفاوت اساسی آن‌ها در تحمل درد و رنج باشد که از طریق آن افراد موفق می‌شوند تجربه درد را از واکنش‌های درد هیجانی جدا کنند.

در تبیین کارآمدی مداخله بر کاهش ناتوان‌کنندگی درد می‌توان گفت که فنونی همچون پذیرش، درک مشفقانه و بهبود تعاملات زوجی بر مبنای پذیرش همدلانه؛ می‌توانند نقش موثری بر کاهش ناتوان کنندگی درد داشته باشند. علاوه بر این، کیسکلی[1] و همکاران (۲۰۱۹) نشان دادند که پذیرش درد در مقایسه با چندین روش دیگر مقابله با درد، پیش‌بینی‌کننده قوی‌تری برای کاهش ناتوان‌کنندگی درد مزمن است. علاوه بر این، تانگن[2] و همکاران (۲۰۲۰) نیز معتقد بودند که تجربیات ناموفق متعدد برای کنترل درد، مهم‌ترین عامل در پریشانی روانشناختی است؛ اما در مقابل پذیرش درد مزمن می‌تواند از شدت و ناتوان‌کنندگی درد بکاهد. بر این اساس می‌توان گفت که پذیرش درد به جای تلاش برای کنترل آن می‌تواند با سطح بالاتری از سازگاری همراه باشد. بنابراین تغییر نگرش و آمادگی برای پذیرش درد در بیماران مبتلا به میگرن می‌تواند عواطف مثبت را افزایش دهد، که به نوبه خود می‌تواند بر ادراک فرد از تجربه درد تاثیر بگذارد (ایزدی‌خواه و همکاران، ۱۳۹۹).

در این پژوهش مداخله متمرکز بر شفقت با رویکرد سیستمی تدوین و ارائه شد؛ درمانگر در درمان سیستمی به دنبال آن است که افراد را نه تنها در سطح فردی، بلکه به عنوان افرادی که در روابط پویا هستند، مورد مداخله قرار دهد. این رویکرد درمانی ریشه در خانواده درمانی سیستمی دارد و هدف آن بهبود عملکرد سیستم خانواده است (بوستن[3]، ۲۰۰۰). یکی از دلایل کارآمدی مداخله روانشناختی خانواده محور متمرکز بر شفقت بر کاهش نشانگان درد می‌تواند نگاه سیستمی این مداخله باشد، چراکه مدیریت بیماری مزمن صرفا یک مسئله فردی مروط به بیمار نیست، بلکه محیط خانواده و کیفیت تعاملات بین زوجین می‌تواند نقش موثری بر مدیریت بیماری و کاهش نشانگان درد داشته باشد (کرنس و اوتیس[4]، ۲۰۰۳). در این مداخله سعی شد با ارائه تکنیک‌هایی در زمینه مهارت‌های ارتباط همدلانه با همسر، بهبود تاب‌آوری در خانواده و افزایش صمیمت، عملکرد خانواده را بهبود بخشید.

در مجموع می‌توان نتیجه گرفت که مداخله خانواده محور متمرکز بر شفقت می‌تواند نقش موثری بر کاهش شدت و ناتوان‌کنندگی درد در زنان متاهل مبتلا به میگرن داشته باشد؛ اما اثر مداخله در مرحله پیگیری فقط در متغییر ناتوان‌کنندگی درد پایدار بوده است. یکی از دلایل احتمالی عدم پایداری اثر مداخله بر شدت درد می‌تواند ناشی از عواملی باشد که بر شدت درد آن‌ها تاثیر گذاشته که در پژوهش حاضر شناسایی و کنترل نشده‌اند و دلیل دیگر آن، نوع ابزاری است که جهت سنجش شدت درد مورد استفاده قرار گرفته است. علاوه بر این‌ها اجرای این مطالعه در زنان متاهل مبتلا به میگرن و نمونه‌گیری هدفمند از دیگر محدودیت‌های این مطالعه هستند که می‌بایست در تعمیم‌دهی نتایج، مورد توجه باشند. در زمینه پژوهشی اجرای این مداخله در سایر بیماران مزمن، نمونه‌گیری تصادفی و انجام پژوهش در قالب یک کارآزمایی تصادفی کنترل شده (RCT)[5] جهت افزایش تعمیم‌پذیری این مداخله پیشنهاد می‌شود. در زمینه کاربردی اجرای این مداخله به منظور کاهش نشانگان درد برای بیماران مبتلا به میگرن توصیه می‌گردد.

منابع

1 . Kioskli
2 . Tangen
3 . Boston
4 . Kerns, & Otis
5 . Randomized controlled trial (RCT)

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.7.1.7]

افشارنژاد، ط.، رضایی، س.، و یوسف‌زاده، ش. (۱۳۸۹). ارتباط ترس از حرکت و شدت درد با ناتوانی جسمی در بیماران مبتلا به کمردرد مزمن. *مجله توانبخشی، ۱۱* (۲)، ۲۱-۲۸. http://rehabilitationj.uswr.ac.ir/article-۱-۴۷۸-fa.html

اکبریان، م.، محمدی شیرمحله، ف.، برجعلی، ا.، حسن آبادی، ح.، و ابوالقاسمی، ش. (۱۴۰۰). تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی، خستگی مزمن و شدت درد در بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا: مطالعه با اثر انتظار. *مجله علمی پژوهشی طب داخلی روز، ۲۸*(۱)، ۷۰-۸۵. https://imtj.gmu.ac.ir/browse.php?a_id=3684&slc_lang=fa&sid=1&ftxt=1&html=1

ایزدی خواه، ا.، انصاری شهیدی، م.، رضایی جمالویی، ح.، حقایق، ع. (۱۳۹۹). مقایسه اثر بخشی درمان ذهن‌آگاهی و ریلکسیشن بر شدت درد در بیماران مبتلا به سر درد های میگرنی. *بیهوشی و درد، ۱۱*(۳)، ۲۸-۴۲. https://jap.iums.ac.ir/article-1-5523-fa.html

ایزدی‌خواه، ا.، انصاری شهیدی، م.، رضایی جمالویی، ح.، و حقایق، ع. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی بر شدت درد و بهزیستی روان‌شناختی در بیماران مبتلا به سردرد میگرنی. *فصلنامه روان شناسی تحلیلی شناختی، ۱۳*(۴۸)، ۶۷-۵۵. https://journals.iau.ir/article_691836.

بخشنده لاریمی، ن.، زبردست، ع.، رضائی، س. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری شناختی، نشخوار فکری و تحمل آشفتگی در افراد با سردرد میگرنی. *مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت، ۸*(۲)، ۷۴-۸۷. https://shenakht.muk.ac.ir/article-1-1004-fa.html

بهوندی، ن.، خیاطان، ف.، و گل پرور، م. (۱۴۰۱). مقایسه درمان هیجان مدار مبتنی بر شفقت با درمان متمرکز بر شفقت بر کیفیت زندگی بیماران سردرد اولیه. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۲۸*(۲)، ۲۱۰-۲۲۱. http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-3567-fa.html

خوش خطی، ن.، امیری مجد، م.، بزازیان، س.، و یزدی نژاد، ع. (۱۳۹۸). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر شدت درد بیماران کلیوی تحت همودیالیز. *بیهوشی و درد، ۱۱*(۱)، ۱-۱۳. http://jap.iums.ac.ir/article-۱-۵۴۸۱-fa.html

رضایی، س.، یوسف‌زاده، ش.، افشار نژاد، ط.، اصغری مقدم، م. ع.، و ضرابی، ه. (۱۳۹۰). تعیین عوامل روان‌شناختی مرتبط با ناتوانی جسمی در بیماران مبتلا به کمردرد مزمن. *روان شناسی بالینی، ۳*(۱)، ۳۹-۵۳. https://jcp.semnan.ac.ir/article_2045.html?lang=fa

رضائیان، م.، ابراهیمی، الف.، و ضرغام، م. (۱۳۹۳). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فاجعه‌پنداری و ناتوان‌کنندگی درد در زنان مبتلا به. *پژوهش های علوم شناختی و رفتاری، ۴*(۲)، ۱۷-۳۰. https://cbs.ui.ac.ir/article_17344.html#_ftn14

شهبازی، ن.، لطیفی، ز. (۱۴۰۱). اثربخشی آموزش خودشفابخشی (کدهای شفابخش) بر افسردگی، شدت درد ادراک‌شده و اضطراب مرتبط با درد در بیماران مبتلا به سردرد مزمن. *فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی سلامت، ۹*(۳۵)، ۱۱۳-۱۳۲. https://hpj.journals.pnu.ac.ir/article_7240.html

عمادی، ز، بهرامی احسان، ه.، رستمی، ر. (۱۳۹۸). عوامل مؤثر بر تجربهٔ درد در بیماران زن مبتلا به میگرن: یک مطالعهٔ کیفی. *مجله علوم روانشناختی، ۱۸*(۷۳)، ۱-۱۶. https://psychologicalscience.ir/article-1-57-fa.html

کرمی، م.، چرامی، م.، غضنفری، ا.، شریفی، ط.، مسعودی، ر. (۱۳۹۹). بررسی مقایسه‌ای تأثیرآموزش گروهی برنامه توانمندسازی خانواده‌محور و برنامه شفقت ورزی به خود بر استرس ادراک شده و داغ اجتماعی مراقبین خانوادگی افراد مبتلا به بیماری صرع. *فصلنامه پرستاری، مامایی و پیراپزشکی، ۶*(۴)، ۳۲-۴۵. http://sjnmp.muk.ac.ir/browse.php?a_id=372&sid=1&slc_lang=fa

مددکار، ش.، نوریان، ک. (۱۴۰۰). تاثیر آموزش چند رسانه‌ای با رویکرد خانواده محور مبتنی بر پیگیری تلفنی (تله نرسینگ) پس از ترخیص بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد. *مجله بالینی پرستاری و مامایی، ۸*(۴)، ۵۰۰-۵۱۰. https://www.sid.ir/fA/Journal/ViewPaper.aspx?ID=543254

Barchakh, Z., Mardani Valandani, Z., & Khorvash, F. (2021). The effectiveness of compassion-focused therapy for improving emotional control and reducing the severity of pain in migraine patients. *Practice in Clinical Psychology*, *9*(1), 51-60. https://doi.org/10.32598/jpcp.9.1.740.1

Boston, P. (2000). Systemic family therapy and the influence of post-modernism. *Advances in psychiatric treatment*, *6*(6), 450-457. https://doi.org/10.1192/apt.6.6.450

Buse, D. C., Reed, M. L., Fanning, K. M., Bostic, R., Dodick, D. W., Schwedt, T. J., ... & Lipton, R. B. (2020). Comorbid and co-occurring conditions in migraine and associated risk of increasing headache pain intensity and headache frequency: results of the migraine in America symptoms and treatment (MAST) study. *The journal of headache and pain*, *21*(1), 1-16. https://doi.org/10.1186/s10194-020-1084-y

Cascarilla, E. A. (2009). *Chronic Pain-Related Distress & Disability: An Empirical Investigation of a Modern Behavioral Theory of Acceptance of Chronic Pain* (Doctoral dissertation, University of Akron). http://rave.ohiolink.edu/etdc/view?acc_num=akron1257472306

Downie, W. W., Leatham, P. A., Rhind, V. M., Wright, V., Branco, J. A., & Anderson, J. A. (1978). Studies with pain rating scales. *Annals of the rheumatic diseases*, *37*(4), 378-381. http://dx.doi.org/10.1136/ard.37.4.378

Gilbert, P., & Bailey, K. G. (Eds.). (2014). *Genes on the couch: Explorations in evolutionary psychotherapy*. Routledge.

Gillen, C. T., Barry, C. T., & Bater, L. R. (2016). Anxiety symptoms and coping motives: Examining a potential path to substance use-related problems in adolescents with psychopathic traits. *Substance use & misuse*, *51*(14), 1920-1929. https://doi.org/10.1080/10826084.2016.1201510

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.7.1.7]

Grazzi, L., Montisano, D. A., Raggi, A., & Rizzoli, P. (2022). Feasibility and effect of mindfulness approach by web for chronic migraine and high-frequency episodic migraine without aura at in adolescents during and after COVID emergency: preliminary findings. *Neurological Sciences*, *43*(9), 5741-5744. https://doi.org/10.1007/s10072-022-06225-2

Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2017). The third wave of cognitive behavioral therapy and the rise of process-based care. *World psychiatry*, *16*(3), 245. https://doi.org/10.1002/wps.20442

Kerns, R. D., & Otis, J. D. (2003). Family therapy for persons experiencing pain: Evidence for its effectiveness. *Seminars in Pain Medicine*, *1* (2), 79-89. https://doi.org/10.1016/S1537-5897(03)00007-7

Kioskli, K., Winkley, K., & McCracken, L. M. (2019). Might psychological flexibility processes and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) apply in adults with painful diabetic neuropathy? A cross-sectional survey. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *13*, 66-73. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.07.002

Lambert, G.A., & Zagami, A.S. (2018). Does somatostatin have a role to play in migraine headache? *Neuropeptides*, *69*, 1-8. https://doi.org/10.1016/j.npep.2018.04.006

Li, Y., & Hapidou, E. G. (2021). Patient Satisfaction With Chronic Pain Management: Patient Perspectives of Improvement. *Journal of Patient Experience*, *8*, 23-34. https://doi.org/10.1177/23743735211007834

Malpus, Z., Nazar, Z., Smith, C., & Armitage, L. (2023). Compassion focused therapy for pain management:'3 systems approach'to understanding why striving and self-criticism are key psychological barriers to regulating activity and improving self-care for people living with persistent pain. *British Journal of Pain*, *17*(1), 87-102. https://doi.org/10.1177/204946372211336

Neff, K. D., & Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of clinical psychology*, *69*(1), 28-44. https://doi.org/10.1002/jclp.21923

Peters, G. L. (2019). Migraine overview and summary of current and emerging treatment options. *Am J Manag Care*, *25*(2 Suppl), S23-S34. https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2012.02185.x

Ploner, M., Sorg, C., & Gross, J. (2017). Brain rhythms of pain. *Trends in cognitive sciences*, *21*(2), 100-110. https://doi.org/10.1016/j.tics.2016.12.001

Pollard, C. A. (1984). Preliminary validity study of the pain disability index. *Perceptual and Motor Skills*, *59*(3), 974. https://doi.org/10.2466/pms.1984.59.3.974

Rahmani, M., Bahraminejad, N., & Rezaei, M. (2020). The effect of family-oriented educational intervention on postoperative pain after orthopedic surgery. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, *25*(1), 47-52. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_127_18

Russo, A., Coppola, G., Pierelli, F., Parisi, V., Silvestro, M., Tessitore, A., & Tedeschi, G. (2018). Pain perception and migraine. *Frontiers in Neurology*, *9*, 576. https://doi.org/10.3389/fneur.2018.00576

Soer, R., Köke, A. J., Vroomen, P. C., Stegeman, P., Smeets, R. J., Coppes, M. H., & Reneman, M. F. (2013). Extensive validation of the pain disability index in 3 groups of patients with musculoskeletal pain. *Spine*, *38*(9), 562-568. https://doi.org/10.1097/BRS.0b013e31828af21f

Tangen, S. F., Helvik, A. S., Eide, H., & Fors, E. A. (2020). Pain acceptance and its impact on function and symptoms in fibromyalgia. *Scandinavian journal of pain*, *20*(4), 727-736. https://doi.org/10.1515/sjpain-2020-0049

Tankha, H., Caño, A., Corley, A., Dillaway, H., Lumley, M. A., & Clark, S. (2020). A novel couple-based intervention for chronic pain and relationship distress: A pilot study. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, *9*(1), 13-32. https://doi.org/10.1037/cfp0000131

Wells, R. E., O'Connell, N., Pierce, C. R., Estave, P., Penzien, D. B., Loder, E., ... & Houle, T. T. (2021). Effectiveness of mindfulness meditation vs headache education for adults with migraine: a randomized clinical trial. *JAMA Internal Medicine*, *181*(3), 317-328. https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.7090

Williams, M., & Penman, D. (2011). *Mindfulness: A practical guide to finding peace in a frantic world*. Hachette UK.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.7.1.7]