

امکان سنجی مداخله روانشناختی خانواده محور متمرکز بر شفقت بر شدت و ناتوان کنندگی 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

Negar Sheikhl

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, South Tehran Branch, Payam Noor University, Tehran, Iran.

Gholamali Afroz

Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran.

نگار شیخلی

دانشجوی دکتری روان شناسی سلامت، گروه روانشناسی، دانشگاه تهران
پردیس بین الملل 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، واحد تهران جنوب، دانشگاه پیام نور، تهران،
ایران.

غلامعلی افروز

استاد ممتاز، گروه روان شناسی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی،
دانشگاه تهران، تهران، ایران.

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.

چکیده

هدف از پژوهش حاضر امکان سنجی مداخله روانشناختی خانواده محور متمرکز بر شفقت بر شدت و ناتوان کنندگی 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 ناتوان کنندگی درد (PDI، پولارد، ۱۹۸۴) استفاده شد. گروه مداخله طی هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، به طور هفتگی تحت مداخله قرار گرفت. تحلیل داده‌ها به روش تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر انجام شد. نتایج نشان داد که متغیر شدت درد در گروه مداخله از مرحله پیش آزمون به پس آزمون با اختلاف میانگین (۳/۸۰۰) به طور معنادار کاهش یافته است ($p < 0.05$)، اما این تغییر از پیش آزمون تا پیگیری با اختلاف میانگین (۰/۹۵۰) تفاوت معناداری نداشته است. ناتوان کنندگی درد در گروه مداخله از مرحله پیش آزمون به پس آزمون با اختلاف میانگین (۴/۵۵۵) به طور معنادار کاهش یافته است، همچنین این تغییر از پیش آزمون تا پیگیری با اختلاف میانگین (۳/۴۰۰) کاهش یافته است ($p < 0.05$). در مجموع می توان نتیجه گرفت که مداخله روانشناختی خانواده محور متمرکز بر شفقت نقش موثری در کاهش درد و ناتوان کنندگی 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.

مقدمه

میگرن یکی از شایع‌ترین اختلالات عصبی است و به طور مداوم در رتبه‌های پنجم تا هشتم در بین علل اصلی ناتوانی در سراسر جهان قرار دارد (روسو^۱ 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 ضرباندار و تکرار شونده مشخص شده و به هنگام حملات، با تهوع، استفراغ و گریز از نور و صدا همراه است (لامبرت و زاگامی^۲، 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 بین‌المللی 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^۳ و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین بیماری میگرن ناتوان‌کننده بوده و موجب تحمیل بار اقتصادی در بیماران می‌شود و تأثیرات عمده‌ای بر کیفیت زندگی، اشتغال و فعالیت‌های غیرجسمی آنان دارد (بخشنده لاریمی و همکاران، ۱۴۰۰؛ عمادی و همکاران، ۱۳۹۸؛ پیتزر^۴، 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^۵، 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 ذهن‌آگاهی (ایزدی خواه و همکاران، ۱۴۰۱؛ ایزدی خواه و همکاران، ۱۳۹۹؛ گراتزی^۶ و همکاران، ۲۰۲۲؛ ولز^۷ 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^۸ و همکاران (۲۰۲۳) در پژوهشی نشان دادند که درمان متمرکز بر شفقت برای مدیریت درد (CFT-PM)^۹ به شیوه سیستمی تأثیر قابل توجهی در کاهش افسردگی و ناتوان‌کنندگی درد داشته است؛ همچنین منجر به بهبود خودشفقتی و خودکارآمدی درد در افراد با درد مزمن شده است. همچنین برجخ^{۱۰} 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 به عنوان 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^{۱۱} 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

1 . Russo

2. Lambert & Zagami

3. Buse

4 . Peters

5 . Hayes & Hofmann

6. Grazi

7 . Wells

8 . Malpus

9 . Compassion Focused Therapy for Pain Management (CFT-PM)

10 . Barchakh

11 . Tankha

خانواده محور متمرکز بر شفقت طراحی و امکان‌سنجی شد. محتوای این مداخله بر اساس درمان متمرکز بر شفقت (CFT)^۱ و فرایند مداخله بر اساس درمانی سیستمی^۲ 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^۳، ۲۰۱۴). مهم‌ترین عناصر متمرکز بر شفقت که در تدوین این مداخله مورد استفاده قرار گرفت شامل: ۱- ایجاد یک رابطه درمانی مثبت که فرایند 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^۴، ۲۰۱۳). فرایند مداخله بر اساس درمانی سیستمی طراحی و اجرا شد، به طوری 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 به کار 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 پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری را کلیه افراد متأهل 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، ۵/۵=حجم اثر، ۵۰/۵=آلفا). دامنه سنی ۴۰ الی ۵۵ سال، تشخیصی 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 به عنوان معیارهای ورود در نظر 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 در نظر گرفته شد.

کلیه شرکت‌کنندگان پرسشنامه‌ها را در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون 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. پیشنهاد 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.

1. Compassion-focused therapy (CFT)

2. Systemic therapy

3. Gilbert & Bailey

4. Neff & Germer

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 ...

ابزار سنجش

مقیاس شدت درد (PIS):^۱ این مقیاس جهت سنجش شدت درد ادراک شده توسط دوئین^۲ 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^۳، 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):^۴ این شاخص یک مقیاس هفت آیتمی خود گزارش‌دهی است که توسط پولارد^۵ (۱۹۸۴) طراحی و اعتباریابی شده است. این شاخص میزان تأثیری را که درد مزمن بر عملکرد جسمانی و روانی افراد در هفت جنبه مهم زندگی (مسئولیت‌پذیری 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 تأیید با یک عامل مورد تأیید قرار گرفته است (RMSEA=۰/۰۴، CFI=۰/۹۹۱، $X^2/df=3/212$) و همسانی درونی آن به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۶ گزارش شده است (سوئر^۶ 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)^۷ 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.

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

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.

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، ارتقاء 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 توأم با شفقت، الگوی مطلوب حل کردن صبورانه مشکلات پرداخته شد.

یافته‌ها

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 $43 \pm 92/6/61$ و گواه $45 \pm 53/5/31$ تفاوت معناداری وجود نداشت ($t=0/849$, $p=0/401$). 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 ($\chi^2=0/234$, $p=0/889$). 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 ($\chi^2=0/173$, $p=0/677$). 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	گروه گواه
		انحراف معیار $\pm$ میانگین	انحراف معیار $\pm$ میانگین
شدت درد	پیش آزمون	$6/75 \pm 1/20$	$6/31 \pm 1/07$
	پس آزمون	$2/95 \pm 1/76$	$6/80 \pm 1/36$
	پیگیری	$5/80 \pm 1/70$	$6/78 \pm 1/39$
ناتوان‌کنندگی درد	پیش آزمون	$31/40 \pm 3/43$	$31/65 \pm 2/55$
	پس آزمون	$26/85 \pm 3/31$	$31/75 \pm 2/65$
	پیگیری	$28/00 \pm 4/36$	$31/60 \pm 3/20$

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، به عبارت دیگر، داده‌ها دارای توزیع نرمال است ($P>0/05$). نتایج آزمون باکس جهت

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 ...

بررسی پیش‌فرض همسانی ماتریس‌های کوواریانس نشان داد که در حالت چندمتغیری ($P=0/089$, Box's $M=11/751$) در شرکت-کنندگان معنادار نیست، بر این اساس این پیش‌فرض برقرار می‌باشد ($P>0/05$). نتایج آزمون لون نشان داد که همگونی واریانس‌ها در متغیر شدت درد در مراحل پیش‌آزمون ($F=0/449$, $P=0/507$)، پس آزمون ($F=0/385$, $P=0/539$) و پیگیری ($F=3/191$, $P=0/082$) برقرار می‌باشد ($P<0/05$). همچنین نتایج آزمون لون نشان داد که همگونی واریانس‌ها در متغیر ناتوان‌کنندگی درد در مراحل پیش‌آزمون ($F=0/010$, $P=0/922$)، پس آزمون ($F=1/081$, $P=0/305$) و پیگیری ($F=2/123$, $P=0/153$) برقرار می‌باشد ($P<0/05$). نتایج آزمون کرویت ماچلی در حالت چندمتغیری نشان داد که مقدار P آزمون در متغیرهای شدت درد و ناتوان‌کنندگی درد ($W=0/907$)، $3/606$ =تخمین‌خی‌دو، ۲=درجه آزادی، ($P=0/165$) معنادار نمی‌باشد ($P>0/05$). 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 $0/65$ معنادار است ($F=12/718$, $P=0/001$ ، $F=0/652$ ، اثر پیلایی)، به عبارت 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	<0/001	0/۳۲۵
	زمان*گروه	۷۹/۸۱۷	۲	۳۹/۹۰۸	۱۹/۰۱۲	<0/001	0/۳۳۰
	خطا	۱۵۹/۵۳۳	۷۶	۲/۰۹۹			
ناتوان‌کنندگی درد	بین‌گروهی	۷۸/۴۰۸	۱	۷۸/۴۰۸	۳۸/۹۳۹	<0/001	0/۵۰۶
	زمان	۱۰۹/۰۷۱	۲	۵۴/۵۰۸	۴/۸۹۸	<0/001	0/۱۱۴
	زمان*گروه	۱۱۵/۱۱۷	۲	۵۷/۵۵۸	۵/۱۷۲	<0/001	0/۱۲۰
	خطا	۸۴۵/۸۶۷	۷۶	۱۱/۱۳۰			
	بین‌گروهی	۲۵۵/۲۰۸	۱	۲۵۵/۲۰۸	۱۸/۷۰۱	<0/001	0/۳۳۰

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 ($F=18/258$, $P=0/001$) و ناتوان‌کنندگی درد ($F=4/898$, $P=0/001$) 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 ($F=19/012$, $P=0/001$) و ناتوان‌کنندگی درد ($F=5/172$, $P=0/001$) معنادار بوده است. اندازه اثر مداخله در متغیرهای شدت درد و ناتوان‌کنندگی درد در طول زمان ۳۲ و ۵۰ درصد و در اثر متقابل زمان و گروه ۳۳ و ۱۱ درصد محاسبه شد. معناداری اثر متقابل زمان و گروه نشان می‌دهد، تغییرات 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 بین گروهی نشان داد که تفاوت معناداری بین دو گروه در متغیرهای شدت درد ($F=38/939$, $P=0/001$) و ناتوان‌کنندگی درد ($F=18/701$, $P=0/001$) وجود دارد ($P<0/05$). 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.

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

متغیرها	گروه‌ها	مراحل آزمون		آزمون تبعی بن فرونی		
		پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون تا	پیش آزمون تا	پس آزمون تا
		میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار	پیش آزمون تا پس آزمون	پیش آزمون تا پس آزمون	پیش آزمون تا پس آزمون
شدت درد	مداخله	۶/۷۵ $\pm$ ۱/۲۰	۲/۹۵ $\pm$ ۱/۷۶	۵/۸۰ $\pm$ ۱/۷۰	(P=۰/۰۰۱) *۳/۸۵۰	(P=۰/۰۰۱) *۲/۸۵۰
	گواه	۶/۳۱ $\pm$ ۱/۰۷	۶/۸۰ $\pm$ ۱/۳۶	۶/۷۸ $\pm$ ۱/۳۹	(P=۱/۰۰۰) -۰/۰۷۸	(P=۱/۰۰۰) -۰/۰۱۰
ناتوان کنندگی درد	مداخله	۳۱/۴۰ $\pm$ ۳/۴۳	۲۶/۸۵ $\pm$ ۳/۳۱	۲۸/۰۰ $\pm$ ۴/۳۶	(P=۰/۰۰۱) *۴/۵۵۵	(P=۱/۰۰۰) ۱/۱۵۰
	گواه	۳۱/۶۵ $\pm$ ۳/۵۵	۳۱/۷۵ $\pm$ ۲/۶۵	۳۱/۶۰ $\pm$ ۳۰/۲۰	(P=۱/۰۰۰) -۰/۰۵۰	(P=۱/۰۰۰) ۰/۱۵۰

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

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف امکان سنجی مداخله روانشناختی خانواده محور متمرکز بر شفقت بر شدت و ناتوان کنندگی درد در زنان متأهل 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)، برچ 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 به طور 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 حمایت‌گرا نه 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 حمایت‌گرا نه 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 ذهن آگاهی 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،

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 ...

دیگران و جهان را از طریق پذیرش مشفقانه و واقع بینانه افزایش دهد (ویلیامز و پنمن^۱، ۲۰۱۲). در این مداخله درد نه به‌عنوان یک عنصر مزاحم، بلکه به عنوان یک تجربه در کنار سایر تجربیات 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 ناتوان‌کنندگی درد داشته باشند. علاوه بر این، کیسکلی^۲ 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^۳ 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^۴، 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 صرفاً یک مسئله فردی مربوط 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^۵، 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 متغیر 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)^۶ 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.

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

منابع

- 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)، ۲۸-۲۱. <http://rehabilitationj.uswr.ac.ir/article-fa.html-۴۷۸۱۱>
- اکبریان، م.، محمدی شیرمجله، 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 ذهن آگاهی و ریلکسیشن بر شدت درد در بیماران مبتلا به سردرد های میگرنی. *بیهوشی و درد*، ۱۱ (۳)، ۲۸-۴۲. <https://jap.iuims.ac.ir/article-1-5523-fa.html>
- ایزدی خواه، ا.، انصاری شهیدی، م.، رضایی جمالویی، ح.، و حقایق، ع. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر شدت درد و بهزیستی روان شناختی 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 انعطاف پذیری شناختی، نشخوار فکری و تحمل آشفته گی 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.iuims.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.iuims.ac.ir/article-fa.html-۵۴۸۱۱>
- رضایی، س.، یوسفزاده، ش.، افشار نژاد، ط.، اصغری مقدم، م.، ع.، و ضرابی، ه. (۱۳۹۰). تعیین عوامل روان شناختی 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 فاجعه پنداری و ناتوان کنندگی 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 ادراک شده 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 تجربه درد در بیماران زن مبتلا به میگرن: یک مطالعه کیفی. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۸ (۷۳)، ۱-۱۶. <https://psychologicalscience.ir/article-1-57-fa.html>
- کریمی، م.، چرامی، م.، غضنفری، ا.، شریفی، ط.، مسعودی، ر. (۱۳۹۹). بررسی مقایسه ای تأثیر آموزش گروهی برنامه توانمندسازی خانواده محور و برنامه شفقت ورزی به خود بر استرس ادراک شده و داغ اجتماعی مراقبین خانوادگی افراد مبتلا به بیماری صرع. *فصلنامه پرستاری، مامایی و پیرپزشکی*، ۶ (۴)، ۳۲-۴۵. http://sjnmp.muk.ac.ir/browse.php?a_id=372&sid=1&slc_lang=fa
- مددکار، ش.، نوریان، ک. (۱۴۰۰). تأثیر آموزش چند رسانه ای 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>
- 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](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.