



Effectiveness of Compassion-focused Therapy on Pain Intensity and Psychological Health of Women with Migraine

Beytullah Sadeghi¹ , Behzad Asbaghi², Hadi Smkhani Akbarinejad^{3*} 

1. BS of Social Sciences, researcher orientation, Payam-e Noor University, Ahar, Iran
2. MA of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Ardabil, Iran
3. Dept of Psychology, University College of Nabi AKram, Tabriz, Iran

ABSTRACT

Aim and background: The present study was to determine the effectiveness of compassion-focused therapy on intensity pain and psychological health of women with migraine.

Material and Methods: This study was semi-experimental with a pretest-posttest & follow-up control group design. The statistical population of the research consisted of all women suffering from migraine in Tabriz city in 2023. In total, 30 person meeting the inclusion criteria were selected by purposeful sampling, and they were randomly divided into the intervention and control groups (15 people each). The members of the experimental group received CFT in 8 sessions of 1.5 hours; but the control group did not receive any psychological treatment. Both groups answered the 20-question McGill pain intensity and 28-question Goldberg's general health Questionnaires, before, after and 4 months after the intervention. Analysis of findings through repeated measures analysis of variance test.

Results: There was no significant difference between the scores of pain intensity and psychological health in the experimental and control groups in the pre-test ($P < 0.05$). The results showed that compassion-focused therapy reduced and increased the intensity of pain and psychological health of women with migraine in the post-test, compared to the control group, respectively ($P < 0.001$). The effect of compassion-focused therapy on intensity pain and psychological health was lasting in the follow-up phase ($P < 0.001$).

Conclusion: It seems that compassion-focused therapy can reduce the intensity of pain and increase psychological health in women with migraine, therefore it is likely to be a useful treatment strategy to improve the intensity pain and psychological health in women with migraine.

Keywords: Compassion-focused Therapy, Intensity Pain, Psychological Health, Migraine

►Please cite this paper as:

Sadegi B, Asbaghi B, Smkhani Akbarinejad H [Effectiveness of Compassion-focused Therapy on Intensity Pain and Psychological Health of Women with Migraine (Persian)]. J Anesth Pain 2024;16(2); 24-34.

Corresponding Author: Hadi Smkhani Akbarinejad, Dept of Psychology, University College of Nabi AKram, Tabriz, Iran

Email: Hadiakbarinejad@yahoo.com

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۱۵، شماره ۲، تابستان ۱۴۰۳

اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر شدت درد و سلامت روانشناختی زنان مبتلا به میگرن

بیت‌اله صادقی^۱، بهزاد اسبقی^۲، هادی اسمخانی اکبری نژاد^{۳*}

۱. کارشناسی علوم اجتماعی، گرایش پژوهشگری، دانشگاه پیام نور، اهر، ایران

۲. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران

۳. گروه روانشناسی، موسسه آموزش عالی نبی اکرم (ص)، تبریز، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۳/۵

تاریخ بازبینی: ...

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۲/۱۵

چکیده

زمینه و هدف: پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر شدت درد و سلامت روان‌شناختی بیماران مبتلا به میگرن انجام شد.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش حاضر نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه زنان مبتلا به میگرن شهر تبریز در سال ۱۴۰۲ تشکیل داد. ۳۰ نفر با داشتن ملاک‌های ورود به مطالعه با روش نمونه‌گیری هدفمند و از میان کلیه زنان مبتلا به میگرن شهر تبریز در سال ۱۴۰۲ انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل، هر کدام ۱۵ نفر قرار گرفتند. اعضای گروه مداخله، در ۸ جلسه ۱/۵ ساعته درمان متمرکز بر شفقت را دریافت کردند؛ ولی گروه کنترل هیچ درمان روان‌شناختی را دریافت نکردند. هر دو گروه، پیش، پس و ۴ ماه پس از مداخله به پرسشنامه‌های ۲۰ سوالی شدت درد مگگیل و ۲۸ سوالی سلامت عمومی گلدبرگ پاسخ دادند. داده‌ها توسط آزمون آنالیز واریانس با اندازه‌گیری مکرر تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج: بین نمرات شدت درد و سلامت روان‌شناختی در گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ($P > 0/05$). نتایج نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت در مقایسه با گروه کنترل، شدت درد و سلامت روان‌شناختی زنان مبتلا به میگرن را در پس‌آزمون به‌ترتیب کاهش و افزایش داده است ($P < 0/001$). تأثیر درمان متمرکز بر شفقت بر شدت درد و سلامت روان‌شناختی در مرحله پیگیری ماندگار بود ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: به‌نظر می‌رسد درمان متمرکز بر شفقت می‌تواند سبب کاهش شدت درد و افزایش سلامت روان‌شناختی زنان مبتلا به میگرن شود، از این‌رو به احتمال زیاد می‌تواند راهبرد درمانی مفیدی برای بهبود شدت درد و سلامت روان‌شناختی زنان مبتلا به میگرن باشد.

واژه‌های کلیدی: درمان متمرکز بر شفقت، شدت درد، سلامت روان‌شناختی، میگرن

نویسنده مسئول: هادی اسمخانی اکبری نژاد، گروه روانشناسی، موسسه آموزش عالی نبی اکرم (ص)، تبریز، ایران

پست الکترونیک: Hadiakbarinejhad@yahoo.com

مقدمه

میگرن (migraine) یک نوع اختلال عصبی مزمن شایع است که با حملات مداوم سردرد متوسط تا شدید که می‌تواند از چند ساعت تا چند روز ادامه داشته باشد، مشخص می‌شود. علائم میگرن شامل دردی همراه با حالت تهوع، استفراغ، افزایش حساسیت به سروصدا و نور است^(۱). میگرن وضعیتی به شدت ناتوان‌کننده است، به طوری که سازمان بهداشت جهانی آن را به عنوان یکی از ۲۰ علت اصلی ناتوانی در جهان رتبه‌بندی کرده است^(۲). در سال ۲۰۱۶، شیوع میگرن در جمعیت عمومی ۱۴/۴ درصد، در زنان ۱۸/۹ درصد، و در مردان ۹/۸ درصد گزارش شده است^(۳). میگرن و درد برآمده از آن، علاوه بر تأثیرات مخرب در زندگی شغلی-اقتصادی و تحصیلی^(۴)، و ایجاد اختلال در روابط خانوادگی و اجتماعی^(۵)، همبندی بالایی با اختلالاتی نظیر افسردگی و اضطراب^(۶) و کیفیت خواب پایین دارد^(۷) که این امر نهایتاً بر کیفیت زندگی و سلامت روان‌شناختی (psychological health) مبتلایان تأثیر منفی می‌گذارد^(۸).

درد یک تجربه حسی یا هیجانی ناخوشایندی است که با آسیب واقعی یا بالقوه مرتبط است و شامل دو بعد حسی و عاطفی می‌باشد. بعد حسی درد به شدت درد اشاره دارد و بعد عاطفی آن به میزان ناخشنودی که یک فرد تجربه می‌کند، اطلاق می‌شود. میگرن از جمله مشکلاتی است که در آن میزان درد تجربه‌شده توسط بیمار شدیداً آزاردهنده است^(۹). نتیجه پژوهش‌های عمادی و همکاران^(۱۰) نشان می‌دهد که بین شدت درد و سلامت روان‌شناختی در بیماران مبتلا به رابطه معنی‌داری وجود دارد.

سلامت روان‌شناختی یکی از ابعاد مهم سلامت و شامل آسایش ذهنی، احساس توانمندی، خودمختاری، کفایت، ارتباط با دیگران و شناخت توانمندی‌ها جهت تحقق ظرفیت‌های خود است^(۱۱). افراد دارای سلامت روان‌شناختی بالا مشکلات روان‌شناختی، عاطفی و شخصیتی کم‌تری دارند، شادتر هستند، از راهبردهای مقابله‌ای مناسب برای حل چالش‌ها استفاده می‌کنند و امیدواری بیشتری نسبت به زندگی دارند^(۱۲).

علی‌رغم پیشرفت چشمگیر در کالبدشناسی، فیزیولوژی، زیست‌شناسی شیمیایی درد، و ساخت داروهای جدید، همچنان میگرن به عنوان مشکلی قابل توجه در نظر گرفته

می‌شود. در همین راستا، مشاهده می‌شود که استفاده از داروها برای بیماران مبتلا به میگرن، تنها ۴۰ تا ۵۰ درصد از مشکلات آن‌ها را بهبود می‌دهد^(۱۳). اکثر مبتلایان به میگرن، علی‌رغم مداخلات دارویی همچنان درد را تجربه می‌کنند، و اگر سازش با سردردشان نباشد، کیفیت زندگی و سلامت روان‌شناختی‌شان به‌طور چشم‌گیری تحت تأثیر قرار می‌گیرد. از این‌رو، پیشرفت‌های نظری و رشد پژوهش‌ها، مبانی لازم را برای مفهوم‌سازی میگرن به عنوان یک اختلال روانی فیزیولوژیکی (اختلال جسمانی که از استرس‌های روانی و اجتماعی و محیطی تأثیر می‌گیرد) فراهم آورده و سرانجام باعث استفاده از درمان‌های رفتاری و روان‌شناختی برای میگرن شده است. به عنوان مثال یک بررسی فراتحلیلی نشان داده است که مداخلات روان‌شناختی، ۲۵ تا ۳۶ درصد سبب بهبود شدت درد در بیماران مبتلا به میگرن شده است^(۱۴). با این حال، موج سوم درمان‌های شناختی-رفتاری از قبیل درمان متمرکز بر شفقت (compassion-focused therapy) می‌تواند اثربخشی مثبت و برجسته‌ای نسبت به درمان‌های شناختی-رفتاری رایج در فرآیند درمان داشته باشد^(۱۵).

درمان متمرکز بر شفقت در پاسخ به این مشاهده تدوین شد که بسیاری از افراد، به‌ویژه آن‌هایی که شرم و خودانتقادی بالایی دارند، هنگام دریافت درمان‌های سنتی در ایجاد صدای درونی مهربان و خود-حمایت‌گر مشکلاتی داشتند. تمرکز این درمان بر چهار حوزه تجارب پیشین و تاریخچه‌ای، ترس‌های اساسی، راهکارهای احساس امنیت و پیامدها و نتایج پیش‌بینی نشده است^(۱۵). محور اصلی این درمان، پرورش ذهن شفقت‌ورز است؛ از این‌رو درمانگر از طریق ایجاد و افزایش یک رابطه شفقت‌ورز درونی مراجعان با خودشان، به جای سرزنش کردن، محکوم کردن، و یا خودانتقادی، به آن‌ها کمک می‌کنند. اصول اساسی در درمان متمرکز بر شفقت، به این موضوع اشاره دارد که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین‌بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت، ذهن انسان همان‌گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این عوامل درونی نیز آرام شود^(۱۶). دو

مواد و روش‌ها

کد اخلاق پژوهش حاضر (IR.TABRIZU.REC.1402.689) بود. پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه زنان مبتلا به میگرن شهر تبریز بود که در زمان نمونه‌گیری (سال ۱۴۰۲) برای درمان میگرن خود به کلینیک‌های دولتی مغز و اعصاب این شهر مراجعه کرده بودند. روش نمونه‌گیری، روش هدفمند بود. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بودند از: سن ۳۰ تا ۵۰ سال، متأهل بودن و داشتن سواد خواندن و نوشتن، عدم ابتلا به بیماری جدی دیگری به غیر از میگرن (چون سرطان، ایدز)، عدم استفاده از داروهای روان‌پزشکی (چون بنزودیازپین و پروتریپتیلین)، مصرف داروهای میگرن یکسان به مدت حداقل ۱ و حداکثر ۵ سال، داشتن درد بیش‌تر بر اساس پرسشنامه (نمره بالاتر از ۳۸) و کسب نمره بالاتر از ۴۲ در پرسشنامه سلامت عمومی (توضیح این‌که در پرسشنامه سلامت عمومی، نمره بالاتر نشان‌دهنده سلامت روان شناختی ضعیف‌تر است)، و معیارهای خروج از مطالعه نظیر (عدم تمایل به شرکت در مطالعه، و غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات درمانی) بودند (توضیح این‌که این ملاک‌ها در مرحله آزمون اولیه در نظر گرفته شدند). پس از تصویب کد اخلاق و کسب رضایت از مسئولین کلینیک‌ها، تنها ۲۴۳ بیمار که توسط روان‌پزشک یا متخصص مغز و اعصاب تشخیص ابتلا به میگرن به آن‌ها گذاشته شده بود در این پژوهش اعلام همکاری کردند که از آن‌ها رضایت‌نامه کتبی آگاهانه اخذ شد، که از این بین ۳۷ نفر معیارهای ورود به مطالعه را نداشتند و از پژوهش خارج شدند. ۲۰۶ نفر باقیمانده به صورت تصادفی (به شیوه قرعه‌کشی) در دو گروه مداخله و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. جهت تعیین حجم نمونه از معادله برآورد فرمول حجم نمونه Fleiss استفاده شد. تعداد ۱۵ نفر برای هر گروه بر اساس نرم‌افزار تعیین حجم نمونه 3 G Power و با در نظر گرفتن پارامترهای زیر محاسبه شد. اندازه اثر = ۰/۴۸؛ ضریب آلفا = ۰/۰۵؛ توان آزمون = ۰/۶۸؛ Repetitions = ۲؛ Critical Noncentrality parameter $\lambda = 11/998$ ؛ $2/465$

هدف اساسی این رویکرد، کاهش خصومت خود-جهت‌داده و افزایش توانایی‌های فرد جهت ایجاد احساس خود-اطمینانی، مهربانی و خود-تسکینی است که می‌تواند به‌عنوان پادزهری در برابر احساس تهدیدشدگی عمل کنند. فعالیت‌های اصلی این درمان، ایجاد قابلیت شفقت‌ورزی است^(۱۵). مطالعات نشان می‌دهند که این درمان بر علائم میگرن^(۱۷)، استرس ادراک‌شده بیماران مبتلا به میگرن^(۱۸) و کیفیت خواب و انواع باورهای غیرمنطقی بیماران مبتلا به علائم سردرد اولیه^(۱۹) اثربخش است.

درمان متمرکز بر شفقت از درمان‌های جدید و موثر برای مشکلات و اختلالات روان‌شناختی به‌شمار می‌آید. این نوع درمان نسل سوم که از درمان‌های سنتی شناختی-رفتاری به‌صرفه‌تر و موثرتر است، می‌تواند در اختلالات روان‌شناختی که در میگرن نیز شایع می‌باشند موثر باشد^(۱۷)؛ اما نتیجه هیچ پژوهشی که به اثربخشی این درمان بر شدت درد و سلامت روان‌شناختی بیماران مبتلا به میگرن بپردازد در دسترس نیست. با تغییر رویکرد بیماری‌نگر و پیدایش دیدگاه‌های سلامت‌نگر، سلامتی فقط روی یک محور که یک‌سوی آن بیمار و سوی دیگر آن سلامتی افراد قرار دارد، در نظر گرفته نمی‌شود؛ بلکه سلامت پیوستاری است که حالت انفعالی ندارد و نیازمند پرورش است. بدیهی است در این رابطه شناخت عوامل موثر بر غنی‌سازی زندگی و افزایش ظرفیت‌ها و سرمایه‌های روان‌شناختی و یافتن رویکردهای درمانی موثر برای زندگی آرام و مطمئن برای بیماران از اهمیت ویژه‌ای برخوردار باشد؛ از این‌رو، در پژوهش حاضر پژوهشگران سعی دارند رویکردی را عملیاتی کنند که ضمن قابلیت اجرایی پژوهش، جنبه جدیدی را دربر داشته باشد و در عین حال، فرضیه اساسی آن‌ها را که معتقدند این درمان به‌طور هم‌زمان بر شدت درد و سلامت روان‌شناختی زنان مبتلا به میگرن موثر می‌باشند مورد بررسی قرار دهد. چون تعداد زنان مبتلا به میگرن تقریباً دو برابر بیش‌تر از مبتلایان مرد است، در پژوهش حاضر زنان مورد مطالعه قرار گرفتند. بنابراین، سوال اصلی پژوهش حاضر این است: آیا درمان متمرکز بر شفقت بر شدت درد و سلامت روان‌شناختی زنان مبتلا به میگرن اثربخش است؟

$F=1$ ؛ Numerator $df=29$ ؛ Denominator $df=1$ ؛ Pillai $V=0/45$ ؛ Actual power= $0/81$. همه اصول اخلاقی در این مقاله رعایت شده است. شرکت‌کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. اطلاعات آن‌ها محرمانه نگه داشته شدند و در پایان درمان، اعضای گروه کنترل نیز تحت مداخله قرار گرفتند. برای برگزاری جلسات درمانی، از افراد هیچ هزینه‌ای دریافت نشد. اطلاعات جمعیت‌شناختی که از نمونه‌ها جمع‌آوری شوند شامل سن و مدت زمان مصرف داروهای میگرن و سطح تحصیلات بود. برای جلوگیری از تبادل اطلاعات بین افراد گروه‌ها، از آن‌ها خواسته شد تا چهار ماه پس از اتمام درمان، درباره محتوای جلسات با یکدیگر گفت‌وگویی نداشته باشند. جلسات درمانی در پاییز و زمستان سال ۱۴۰۲ توسط یک مشاور با درجه دکتری تخصصی و یک روان‌شناسی بالینی با درجه کارشناسی ارشد در یک مرکز مشاوره خصوصی در شهر تبریز برگزار شد. بعد از اتمام جلسات (پس‌آزمون) و چهار ماه پس از اتمام درمان (پیگیری)، اعضای هر دو گروه با استفاده از ابزارهای اندازه‌گیری ارزیابی شدند. جهت جلوگیری از ریزش اعضای گروه‌ها، حین مصاحبه اولیه با تک‌تک آن‌ها، از اعضا خواستیم تعهد خود را نسبت به شرکت در کل جلسات حفظ کنند، اما به آن‌ها گفته شد که هر وقت مایل بودند می‌توانند از گروه خارج شوند. این امر در طول جلسات هم رصد می‌شد و همبستگی گروهی که بین اعضا ایجاد شده بود مانع ریزش افراد گروه شد.

پرسشنامه درد McGill: پرسشنامه درد McGill در سال ۱۹۹۷ توسط Melzack ساخته شد و دارای ۲۰ مجموعه عبارت است و هدف آن سنجش درک افراد از درد از ابعاد مختلف درد (چهار بعد ادراک حسی درد، ادراک عاطفی درد، ادراک ارزیابی درد و دردهای متنوع و گوناگون) است. پرسشنامه درد McGill از برجسته‌ترین ابزارهای اندازه‌گیری درد است که برای اولین بار توسط ملزاک روی ۲۹۷ بیمار که از انواع مختلف دردها رنج می‌برند مورد استفاده قرار گرفت. نسخه اصلاح‌شده پرسشنامه درد McGill نیز توسط Melzack و همکاران برای یک اقدام کوتاه اما مفید در زمینه درد ساخته شد که در ۲۵۰ مطالعه به کار گرفته شده است.

پرسشنامه درد تعدیل‌شده McGill متشکل از سه بخش است که عبارت‌اند از: بخش اول شامل ۱۵ توصیف کلامی در دو گروه اصلی (حسی ۱۱ شاخص، عاطفی ۴ شاخص) که هر توصیف دارای رتبه‌ای خاص در محدوده (بدون درد=۰، خفیف=۱، متوسط=۲ و شدید=۳) است. بخش دوم شامل مقیاس دیداری درد است که از «صفر تا ۱۰» رتبه‌بندی می‌شود و بیمار ارزیابی خود را از درد موجود روی یک خط مندرج از صفر (بدون درد) تا ۵ (شدیدترین درد) رتبه‌بندی می‌کند. مقیاس دیداری درد همان خط‌کش درد است شامل خطی افقی است که از صفر تا ۱۰ مدرج شده و صفر نشانگر بی‌دردی مطلق و ۱۰ نشانه درد غیرقابل تحمل است^(۲۰). بخش سوم شامل درد در حال حاضر در محدوده (۰=بدون درد، ۱=خفیف، ۲=ناراحت‌کننده، ۳=زجرآور، ۴=وحشتناک، ۵=مشقت‌بار) است. مجموع نمرات کل درد بیمار برابر با نمره کل حاصل‌شده از کلیه مجموعه‌ها در ابعاد مختلف درد است. حداقل نمره در این پرسشنامه صفر و حداکثر آن ۷۵ است؛ که نمره بالاتر نشان‌دهنده شدت در بیشتر است^(۲۱). روایی و پایایی این پرسشنامه در سال ۲۰۰۹ توسط Dworkin و همکاران مورد بررسی قرار گرفته است^(۲۰). پایایی این پرسشنامه در مطالعات داخلی مناسب گزارش شده است^(۲۲). در پژوهش حاضر، پایایی کل این پرسشنامه توسط آزمون آلفای کرونباخ ۰/۸۳ محاسبه شده است.

پرسشنامه سلامت عمومی Goldberg: این ابزار که توسط Goldberg در سال ۱۹۷۹ ساخته شده است، ۲۸ سوال دارد که از ۴ مقیاس فرعی الف) علائم جسمانی، ب) علائم اضطرابی، ج) کارکرد اجتماعی و د) افسردگی تشکیل شده که هر مقیاس دارای ۷ پرسش می‌باشد. این پرسشنامه به صورت ۴ درجه‌ای از ۰ (اصلاً) تا ۳ (خیلی بیشتر از حد معمول) نمره‌گذاری می‌شود. در این پرسشنامه هرچه نمره فرد بیشتر باشد وضعیت سلامت روانی وی پایین‌تر خواهد بود. حداقل نمره فرد در این پرسشنامه صفر و حداکثر آن ۸۴ است^(۲۳). Goldberg و Williams^(۲۴) در تحلیل ۴۳ مطالعه، حساسیت آن را ۰/۸۴٪ و ویژگی آن را ۰/۸۲٪ گزارش نمودند. Palahang و همکاران^(۲۵) در اعتباریابی این پرسشنامه روی ۶۱۹ نفر از ساکنان بالاتر از ۱۵ سال شهر کاشان، حساسیت،

نتایج

اطلاعات مربوط به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی زنان مبتلا به میگرن در جدول ۲ ارائه شده است. در این پژوهش هیچ ریزشی در نمونه‌ها اتفاق نیفتاد و ۱۵ عضو گروه آزمایش به‌طور کامل مداخله را دریافت کردند. در جدول ۲، یافته‌های توصیفی متغیرهای سن، مدت زمان مصرف داروهای میگرن و سطح تحصیلات آزمودنی‌ها آورده شده است. در جدول ۲، سطوح معناداری به‌دست آمده نشان می‌دهند که بین اعضای دو گروه از نظر سن، مدت زمان مصرف داروهای میگرن و سطح تحصیلات تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($p > 0/05$).

ویژگی، کارایی و میزان اشتباه طبقه‌بندی در گروه مردان را به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۷۴، ۰/۱۹ و برای زنان را به ترتیب، ۰/۸۸، ۰/۸۴ و ۰/۶۴ گزارش کرد. در پژوهش حاضر، پایایی کل این پرسشنامه توسط آزمون آلفای کرونباخ ۰/۸۴ محاسبه شده است. پس از اجرای پیش‌آزمون، اعضای گروه مداخله، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (دو ماه، هفته‌ای یک جلسه) درمان متمرکز بر شفقت را به‌صورت گروهی، طبق برنامه درمانی Gilbert و Simos^(۱۵) دریافت کردند (جدول ۱). اعضای گروه کنترل هیچ درمانی را دریافت نکردند. برای تجزیه و تحلیل آماری از نسخه ۲۴ نرم‌افزار SPSS استفاده شد. در این پژوهش از آزمون تی مستقل، خی‌دو و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده گردید. در این پژوهش سطح معناداری معادل ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

جدول ۱: محتوای جلسات و پروتکل درمان متمرکز بر شفقت

جلسه	محتوا
اول	برقراری رابطه درمانی، آشناکردن افراد با یکدیگر، تعریف مفاهیم مربوط به موضوع پژوهش و آسیب‌پذیری روانی ناشی از ویتیلیگو و اثرات آن بر افراد و مفهوم سازی درمان متمرکز بر شفقت
دوم	آموزش برای درک و فهم اینکه افراد احساس کنند که امور را با نگرش همدلانه دنبال کنند و تمرین عملی همدلی
سوم	شکل‌گیری و ایجاد احساسات بیشتر و متنوع‌تر در ارتباط با مسائل افراد برای افزایش مراقبت و توجه به سلامتی خود
چهارم	پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود به خاطر اشتباهات برای سرعت بخشیدن به تغییرات
پنجم	پذیرش تغییرات پیش‌رو و تحمل شرایط سخت و چالش‌انگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه شدن افراد با چالش‌های مختلف
ششم	ایجاد احساسات ارزشمند و متعالی و ارتقای آن در افراد تا بتوانند برخورد مناسب، موثر و کارآمدی با محیط داشته باشند
هفتم	آموزش مسئولیت‌پذیری به عنوان یکی از مولفه‌های درمان متمرکز بر شفقت برای ایجاد احساسات و دیدگاه‌های جدید و کارآمدتر
هشتم	مرور و تمرین مهارت‌های جلسات قبل برای کمک به آزمودنی‌ها جهت مقابله به روش‌های مختلف با شرایط متفاوت و متغیر زندگی

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار، و فراوانی یافته‌های توصیفی زنان مبتلا به میگرن شهر تبریز در سال ۱۴۰۲ (تعداد در هر گروه ۱۵ نفر)

متغیر	گروه آزمایش	گروه کنترل	p
سن (سال)	۳۵/۷۳ ± ۲/۹۱	۳۶/۴۷ ± ۴/۱۹	۰/۶۲۴
(میانگین ± انحراف معیار)			•
مدت زمان مصرف داروهای میگرن (سال)	۳/۶۰ ± ۰/۹۱	۴/۰۰ ± ۱/۱۳	۰/۲۹۶
(میانگین ± انحراف معیار)			•
سطح تحصیلات			
سیکل (تعداد - درصد)	۲ (۱۳/۳)	۳ (۲۰)	۰/۲۲۱
دیپلم و فوق‌دیپلم (تعداد - درصد)	۶ (۴۰)	۶ (۴۰)	
لیسانس (تعداد - درصد)	۴ (۲۶/۷)	۴ (۲۶/۷)	
فوق‌لیسانس و بالاتر (تعداد - درصد)	۳ (۳۰)	۲ (۱۳/۳)	

آزمون: تی مستقل، •، خی‌دو ••، * $p < 0/05$ اختلاف معنی‌دار

روان‌شناختی در سطح خطای کوچک‌تر از (۰/۰۵) در همه متغیرها، می‌توان گفت که واریانس خطای متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با هم برابر بوده و از این جهت فرض همسانی واریانس‌های خطا برقرار است.

همان‌طور که در جدول ۳ نشان داده شده است، میانگین نمرات شدت درد و سلامت روان‌شناختی در گروه آزمایش و کنترل قبل از مداخله یکسان بوده و بعد از مداخله در گروه آزمایش کاهش داشته‌اند و این کاهش تا چهار ماه پس از درمان و در مرحله پیگیری دارای ثبات است (توضیح این‌که در پرسشنامه سلامت عمومی، نمره بالاتر نشان‌دهنده سلامت روان‌شناختی ضعیف‌تر است).

در جدول ۴ نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای متغیرهای شدت درد و سلامت روان‌شناختی ارائه شده است. همان‌گونه که نتایج نشان می‌دهد درمان متمرکز بر شفقت منجر به کاهش معنادار شدت درد و بهبود سلامت روان‌شناختی زنان مبتلا به میگرن شده است.

در بررسی پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر، آزمون Shapiro-Wilk نشان داد پیش‌فرض نرمال بودن توزیع متغیرهای شدت درد و سلامت روان‌شناختی در نمونه مورد مطالعه محقق شده است، چرا که مقادیر Z محاسبه‌شده معنی‌دار نیست ($P > 0/05$). در آزمون ام‌باکس، چون F متغیرهای شدت درد ($F=2/256$) و سلامت روان‌شناختی ($F=2/017$) به ترتیب در سطح (۰/۱۸۰ و ۰/۲۱۹) معنادار نبودند، بنابراین می‌توان گفت که مفروضه همسانی ماتریس واریانس-کوواریانس برای متغیرها برقرار شده است. آزمون کرویت موخلی نشان داد چون مقدار کرویت موخلی (۰/۷۵۰) متغیر شدت درد در سطح خطای داده‌شده (۰/۶۰۰) و مقدار کرویت موخلی (۰/۷۰۰) متغیر سلامت روان‌شناختی در سطح خطای داده‌شده (۰/۵۵۰) معنی‌دار نیست، لذا می‌توان کرویت ماتریس واریانس-کوواریانس متغیرهای وابسته را پذیرفت. پس، این پیش‌فرض نیز برقرار است. در آخر، نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای پژوهش نشان داد که با توجه به عدم معنی‌داری مقدار F متغیرهای شدت درد و سلامت

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار متغیر شدت درد و سلامت روان‌شناختی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری زنان مبتلا به میگرن شهر تبریز در سال ۱۴۰۲

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	تغییرات داخل گروهی	تغییرات بین گروهی
شدت درد	آزمایش	۴۶/۶۷±۴/۶۰	۴۰/۷۳±۴/۹۴	۴۰/۶۷±۵/۱۳	$P < 0/001$	$P < 0/001$
	کنترل	۴۵/۵۳±۳/۹۴	۴۵/۶۰±۴/۱۲	۴۵/۲۰±۴/۴۴	$P > 0/9$	$P > 0/9$
سلامت روان‌شناختی	آزمایش	۵۰/۳۳±۴/۲۵	۴۴/۳۳±۴/۴۹	۴۴/۶۰±۴/۴۳	$P < 0/001$	$P < 0/001$
	کنترل	۵۲/۸۰±۴/۱۰	۵۲/۶۷±۴/۱۳	۵۲/۷۳±۴/۲۱	$P > 0/9$	$P > 0/9$
	سطح معنی‌داری بین گروه‌ها	$p > 0/450$	$p < 0/011$	$p < 0/013$	-	-

نوع آزمون: تحلیل واریانس آمیخته $p < 0/05$ *اختلاف معنادار

جدول ۴: تحلیل اندازه‌گیری مکرر نمره نمرات شدت درد و سلامت روان‌شناختی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری بین گروه‌ها

متغیر	منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	MS	F	مقدار اتا	value-P
شدت درد	اثر درون‌گروهی	۱۸۶/۸۶۷	۲	۹۳/۴۳۳	۶۹/۵۳۷	۰/۵۱	۰/۰۰۱
	اثر گروه	۱۷۰/۸۴۴	۱	۱۷۰/۸۴۴	۲/۸۷۱	۰/۰۹	۰/۰۵۰
سلامت روان‌شناختی	اثر بین‌گروهی	۱۷۴۷۶۸/۴۰۰	۱	۱۷۴۷۶۸/۴۰۰	۲/۹۳۷	۰/۷۹	۰/۰۰۱
	اثر درون‌گروهی	۱۷۸/۴۲۲	۲	۸۹/۲۱۱	۲۱۵/۷۵۰	۰/۶۸	۰/۰۰۱
روان‌شناختی	اثر گروه	۸۹۶/۱۷۸	۱	۸۹۶/۱۷۸	۴/۱۰۸	۰/۱۲	۰/۰۴۸
	اثر بین‌گروهی	۲۲۱۲۱۶/۰۴۴	۱	۲۲۱۲۱۶/۰۴۴	۱/۰۱۴	۰/۷۷	۰/۰۰۱

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی

متغیر	مراحل	تفاوت میانگین	سطح معناداری
شدت درد	پیش آزمون	۲/۹۳	۰/۰۰۰۱
	پس آزمون	۳/۱۶	۰/۰۰۰۱
	پیش آزمون	-۲/۹۳	۰/۰۰۰۱
	پس آزمون	۰/۲۳	۰/۳۱۵
	پیش آزمون	-۳/۱۶	۰/۰۰۰۱
	پس آزمون	-۰/۲۳	۰/۳۱۵
سلامت روان شناختی	پیش آزمون	۳/۰۶	۰/۰۰۰۱
	پس آزمون	۲/۹۰	۰/۰۰۰۱
	پیش آزمون	-۳/۰۶	۰/۰۰۰۱
	پس آزمون	-۰/۱۶	۰/۰۹۶
	پیش آزمون	-۲/۹۰	۰/۰۰۰۱
	پس آزمون	۰/۱۶	۰/۰۹۶

روان شناختی بهبود یافته است و پس از پایان مداخله این بهبودی ثابت مانده و تغییری نکرده است.

در جدول ۵ نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه پیش آزمون، پس آزمون و دوره پیگیری نشان داده شده است. در تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر صرفاً مشخص می شود که آیا بین میانگین ها در دو گروه در سطوح مختلف سنجش تفاوت وجود دارد یا خیر؛ اما نمی تواند مشخص کند که این تفاوت مربوط به کدام مراحل سنجش بوده است. به همین دلیل از مقایسه های دوتایی بین گروه ها استفاده می شود. یعنی تفاوت نمرات در مراحل سنجش را در دو گروه با هم مقایسه می کند. همان گونه که جدول نشان می دهد بین پیش آزمون- پس آزمون و پیش آزمون- پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد که این نشان دهنده این است که تا زمانی که درمان صورت گرفته بین دو گروه مداخله و گواه تفاوت معناداری از نظر میانگین ها وجود داشته و در واقع مداخله ای که بر روی گروه مداخله انجام گرفته، باعث این تفاوت شده است. اما بررسی نتایج در پس آزمون- پیگیری نشان داد که تفاوتی بین این دو مرحله در مقایسه بین گروه مداخله و گواه وجود نداشته است که این از یک سو نشان دهنده حفظ اثر درمان در طول زمان و از سوی دیگر تفاوت بین دو گروه به مداخله ای بر

همان گونه که از نتایج جدول ۴ در بعد اثر بین گروهی و همچنین مقایسه میانگین ها در جدول ۳ مشهود است، بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود داشته است؛ به این معنا که در مقایسه با گروه کنترل، مداخله در گروه آزمایش منجر به بهبود معناداری هم در شدت درد و هم سلامت روان شناختی شده است. همچنین بررسی مقایسه پیامدها در طول زمان در گروه کنترل نشان داد که بین نمرات آزمودنی ها در شدت درد و سلامت روان شناختی در پیش آزمون، پس آزمون و دوره پیگیری تفاوت معناداری وجود نداشت؛ به این معنی که در طول زمان بهبودی که از لحاظ آماری معنادار باشد، برای این گروه حاصل نشده است. در واقع در این گروه از نظر نمرات شدت درد و سلامت روان شناختی بین سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و دوره پیگیری تفاوت معناداری وجود نداشت ($p > 0.05$)؛ در صورتی که در گروه آزمایش مقایسه پیامدها در طول زمان نشان داد که در هر دو متغیر شدت درد و سلامت روان شناختی بین پیش آزمون نسبت به پس آزمون و پیش آزمون نسبت به پیگیری تفاوت معناداری وجود داشت ($p < 0.05$). اما بین پس آزمون نسبت به دوره پیگیری تفاوت معناداری وجود نداشت ($p > 0.05$). این بدین معناست که تا زمانی که مداخله بر روی زنان مبتلا به میگرن صورت گرفته نمرات آن ها در شدت درد و سلامت

می‌گردد که بر روی گروه مداخله اعمال شده است؛ زیرا با اتمام درمان تفاوتی مشاهده نشده است.

بحث

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر شدت درد و سلامت روان‌شناختی زنان مبتلا به میگرن بود. تحلیل داده‌ها نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت بر شدت درد و سلامت روان‌شناختی زنان مبتلا به میگرن تأثیر دارد، و تأثیر آن در مرحله پیگیری نیز ماندگار است. همچنین یافته‌ها نشان داد که تغییرات نمره شدت درد و سلامت روان‌شناختی در زمان‌های مورد بررسی در گروه‌ها متفاوت بوده و اثر زمان معنی‌دار است؛ یعنی اثر متقابل بین زمان و مداخله وجود دارد و با گذشت زمان از شروع مداخله، نمرات شدت درد و سلامت روان‌شناختی به ترتیب کاهش و افزایش یافتند و تأثیرات ناشی از حضور در گروه مداخله با نزدیک شدن به پایان مداخله بر روی نمرات شدت درد و سلامت روان‌شناختی افراد در گروه مداخله مثبت بود. در راستای اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر شدت درد و سلامت روان‌شناختی زنان مبتلا به میگرن می‌توان به نتایج حاصل از پژوهش‌های Ashharian و همکاران^(۱۷)، Ashharian و همکاران^(۱۸) و Behvandi و همکاران^(۱۹) اشاره کرد که در پژوهش‌های جداگانه خود نشان دادند که درمان متمرکز بر شفقت به ترتیب بر علائم میگرن؛ استرس ادراک شده بیماران مبتلا به میگرن؛ و کیفیت خواب و انواع باورهای غیرمنطقی بیماران مبتلا به علائم سردرد اولیه اثربخش است. نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های مطالعات مذکور همسو می‌باشد. لازم به ذکر است که در هیچ پژوهشی نتایج مغایر با نتایج پژوهش حاضر به دست نیامده تا دلیل ناهمسوایی را مورد بحث قرار دهیم.

یکی از حوزه‌های مورد تأکید در درمان متمرکز بر شفقت همدلی و گسترش علاقه به دیگران است که در جلسات درمانی مورد تأکید قرار گرفتند. گسترش بخشش و همدلی با دیگران نهایتاً منجر به افزایش شبکه حمایت اجتماعی در افراد می‌شود. این موضوع در سایر مطالعات نیز مورد تأکید قرار گرفته است^(۲۶). اثرگذاری این درمان بر شدت درد و سلامت

روان‌شناختی بیماران می‌تواند از مسیر اثرگذاری بر گسترش و غنی‌سازی روابط اجتماعی بیمار باشد. از سوی دیگر، تفسیر مجدد رویدادها با توجه به شرایط اصلاح شده سبب افزایش سرزندگی که به نوبه خود باعث افزایش سلامت روان‌شناختی و کاهش شدت درد در زنان مبتلا به میگرن در طی گذراندن آموزش می‌شود. همچنین به کارگیری مداخلات ذهن‌آگاهانه و تمرینات آرام‌بخشی یکی دیگر از حوزه‌های مورد تأکید در این درمان بود. اثرگذاری این تکنیک‌ها بر متغیرهای پژوهش در تحقیقات گذشته نشان داده شده است. به نظر می‌رسد تکنیک‌ها و اصول درمان مبتنی بر شفقت با افزایش همدلی و احساس خود-بخشودگی بر روند پذیرش بیماری اثرگذار است^(۲۷).

لازم به ذکر است که پژوهش حاضر از چندین محدودیت برخوردار است که از مهم‌ترین آن‌ها کوچک بودن حجم نمونه بود. همچنین، در این پژوهش جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه استفاده شد که به دلیل خودگزارشی بودن ابزارها، امکان سوگیری در پاسخدهی محتمل به نظر می‌رسد. با توجه به محدودیت جامعه آماری این پژوهش، پیشنهاد می‌شود جهت دستیابی به نتایج دقیق‌تر به منظور به کارگیری یافته‌ها، مطالعات آتی با تعداد نمونه‌های بزرگ‌تر تکرار شود. همچنین پژوهشگران بعدی در مداخلات درمانی، نسبت به همتاسازی دقیق‌تر افراد نمونه اقدام نمایند تا بتوان مقایسه‌های دقیق‌تری از نتایج به دست آورد. همچنین، پیشنهاد می‌شود علاوه بر بررسی پرسشنامه‌ای، از سایر روش‌های گردآوری اطلاعات نظیر مشاهده و مصاحبه نیز استفاده شود. با توجه به نقش مهم زنان در سلامت فرزندان، خانواده و جامعه، و از طرفی لزوم توجه به سلامت جسمانی و روان‌شناختی آن‌ها پیشنهاد می‌شود که در کلینیک‌های روان‌شناسی دولتی و خصوصی، از درمان متمرکز بر شفقت در زمینه کاهش شدت درد و افزایش سلامت روان‌شناختی زنان مبتلا به میگرن استفاده شود.

نتیجه‌گیری

نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر نشان داد که پس از ارائه درمان متمرکز بر شفقت به زنان مبتلا به میگرن، شدت درد

سهام نویسندگان

امور مربوط به گردآوری داده‌ها، نگارش و تجزیه و تحلیل داده‌ها، اصلاحات مقاله، شناسایی نمونه متشکل از زنان مبتلا به میگرن و اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بر عهده هر سه نویسنده مقاله حاضر بوده است.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر تقدیر و تشکر نمایند.

آن‌ها به میزان قابل توجهی نسبت به گروه کنترل کاهش و سلامت روان شناختی‌شان افزایش یافت. لذا این نتایج می‌تواند چارچوبی به درمانگران و متخصصین حوزه سلامت که در ارتباط با این زنان هستند جهت برنامه‌ریزی مداخلات آموزشی به‌منظور بهبود شدت درد و سلامت روان شناختی آن‌ها ارائه بدهد.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

References

- Jenkins B. Migraine management. *Aust Prescr* 2020; 43(5): 148-151.
- Chalmer MA, Kogelman L JA, Ullum H, Sørensen E, Didriksen M, Mikkelsen S, et al. Population-Based Characterization of Menstrual Migraine and Proposed Diagnostic Criteria. *JAMA Netw Open* 2023; 6(5): e2313235.
- Stovner LJ, Nichols E, Steiner TJ, Abd-Allah F, Abdelalim A, Al-Raddadi RM, et al. Global, regional, and national burden of migraine and tension-type headache 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet Neurology* 2018; 17(11): 954-976.
- Müller B, Gaul C, Reis O, Jürgens TP, Kropp P, Ruscheweyh R, et al. Headache impact and socioeconomic status: findings from a study of the German Migraine and Headache Society (DMKG). *J Headache Pain* 2023; 24(1): 37.
- Buse DC, Fanning KM, Reed ML, Murray S, Dumas PK, Adams AM, et al. Life With Migraine: Effects on Relationships, Career, and Finances From the Chronic Migraine Epidemiology and Outcomes (CaMEO) Study. *Headache* 2019; 59(8): 1286-1299.
- Duan S, Ren Z, Xia H, Wang Z, Zheng T, Li G, et al. Associations between anxiety, depression with migraine, and migraine-related burdens. *Front Neurol* 2023; 14: 1090878.
- Singh AH, Bathla M, Gupta P, Bhusri L. Quality of Sleep and Disability Associated with Headache: Migraine versus Tension-Type Headache: A Comparative Study. *Ann Afr Med* 2023; 22(1): 11-17.
- Kim S-Y, Park S-P. The role of headache chronicity among predictors contributing to quality of life in patients with migraine: a hospital-based study. *J Headache Pain* 2014; 15(1): 68.
- Silberstein SD, Lee L, Gandhi K, Fitzgerald T, Bell J, Cohen JM. Health care Resource Utilization and Migraine Disability Along the Migraine Continuum Among Patients Treated for Migraine. *Headache* 2018; 58(10): 1579-1592.
- Emadi F, Sharif F, Shaygan M, Shaygan M, Sharifi N, Ashjazadeh N. Comparison of Pain-Related and Psychological Variables between Acute and Chronic Migraine Patients, and Factors Affecting Headache Chronicity. *Int J Community Based Nurs Midwifery* 2019; 7(3): 192-200.
- Joe GW, Lehman WEK, Rowan GA, Knight K, Flynn PM. The role of physical and psychological health problems in the drug use treatment process. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2019; 102: 23-32.

12. Qi D, & Wu Y. Does welfare stigma exist in China? Policy evaluation of the Minimum Living Security System on recipients' psychological health and wellbeing. *Social Science & Medicine* 2018; 205: 26-36.
13. Tepper SJ, Rabany L, Cowan RP, Smith TR, Grosberg BM, Torphy BD, Harris D, et al. Remote electrical neuromodulation for migraine prevention: A double-blind, randomized, placebo-controlled clinical trial. *Randomized Controlled Trial* 2023; 63(3): 377-389.
14. Dudeney J, Sharpe L, McDonald S, Menzies RE, McGuire B. Are psychological interventions efficacious for adults with migraine? A systematic review and meta-analysis. *Headache* 2022; 62(4): 405-419.
15. Gilbert P, Simos G. *Compassion focused therapy: Clinical practice and applications*. Routledge; 2020: 17.
16. Millard LA, Wan MW, Smith DM, Wittkowski A. The effectiveness of compassion focused therapy with clinical populations: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2023; 326:168-192.
17. Ashharian dokht M, Yarmohammadian A, Sharifi T, Ghazanfari A. A Comparison of the Effectiveness of Compassion-Focused Therapy and Transdiagnostic Treatment on Symptoms of Migraine. *CHJ* 2018; 12(3): 10-19. [in Persian].
18. Ashharian dokht M, Yarmohammadian A, Sharifi T, Ghazanfari A. Comparing the Effectiveness of Compassion Focused Therapy with Transdiagnostic Treatment on Perceived stress in patients with migraine. *JACP* 2018; 9(34): 27-38. [in Persian].
19. Behvandi N, Khayatan F, Golparvar M. Comparing the Effectiveness of emotion focused therapy with compassion Focused therapy on sleep quality and irrational beliefs in patients with early headache symptoms. *yafte* 2021; 23(4): 31-44. [in Persian].
20. Dworkin RH, Turk DC, Revicki DA, Harding G, Coyne KS, Peirce-Sandner S, et al. Development and initial validation of an expanded and revised version of the Short-form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ2). *Pain* 2009; 144(1): 35-42.
21. Alemi S, Abolmaali Alhosseini Kh, Malihialzackerini S, Khabiri M. [Effect of Mindfulness Therapy and Aroma-therapy Massage on Pain Perception, Quality of Life and Sleep Quality in Older Women With Chronic Pain. *Iranian Journal of Ageing*. 2021; 16(2): 218-233. [in Persian].
22. Adelmanesh F, Arvantaj A, Rashki H, Ketabchi S, Montazeri A, Raissi G. Results from the translation and adaptation of the Iranian Short-Form McGill Pain Questionnaire (I-SF-MPQ): preliminary evidence of its reliability, construct validity and sensitivity in an Iranian pain population. *Sports Medicine, Arthroscopy, Rehabilitation, Therapy & Technology* 2011; 3(1): 27. [in Persian].
23. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med* 1979; 9(1): 139-145.
24. Goldberg DP, Williams P. *A Users' Guide To The General Health Questionnaire*. London: GL Assessment. 1988; 23.
25. Palahang H, Nasr M, Brahani MN, Shahmohammadi D. Epidemiology of Mental Illnesses in Kashan City. *IJPCP* 1996; 2(4): 19-27. [in Persian].
26. Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh S. The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. *J Sch Public Health Inst Public Health Res* 2006; 4(4):1-12. [in Persian].
27. Albertson ER, Neff KD, Dill-Shackleford KE. SelfCompassion and Body Dissatisfaction in Women: A Randomized Controlled Trial of a Brief Meditation Intervention. *Mindfulness* 2015; 6(3): 444-454.