Journal of Anesthesiology and Pain Winter 2026, Vol 17, No 1

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

Mobin Jouyban[1], Roya Shirzad Tabrizi[2], Aysan Razmjou[3], Hadi Smkhani Akbarinejhad[3*]

1. *MA of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Medical sciences, Tabriz, Iran*
2. *BS in Nursing, Islamic Azad University, Medical Sciences Branch, Tabriz, Iran*
3. *MA Student in Child and Adolescent Clinical Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran*
4. *Dept of Psychology, University College of Nabi AKram, Tabriz, Iran*

ABSTRACT

Aim and background: In addition to physical problems, migraine affects psychological issues, so, in addition to medical interventions, psychological interventions for affected individuals should be addressed. 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 female nurses suffering from migraine in Tabriz city in 2025. In total, 30 person meeting the inclusion criteria were selected by purposeful sampling, and The 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 intensity pain 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 intensity pain and psychological health of female nurses 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 intensity pain and increase psychological health in female nurses with migraine, therefore it is likely to be a useful treatment strategy to improve the intensity pain and psychological health in female nurses with migraine.

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

Please cite this paper as:
Jouyban M, Shirzad Tabrizi R, Razmjou A, Smkhani Akbarinejhad H. [Effectiveness of Compassion-focused Therapy on Intensity Pain and Psychological Health of Female Nurses with Migraine (Persian)]. J Anesth Pain 2026;17(1):26-38.

Corresponding Author: Hadi Smkhani Akbarinejhad, Department of Psychology, University College of Nabi Akram, Tabriz, Iran
Email: Hadiakbarinejhad@yahoo.com

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-08]

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۱۷ ، شماره ۱، بهار ۱۴۰۵

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

مبین جویبان[۱]، رویا شیرزاد تبریزی[۲]، آیسان رزمجو[۳]، هادی اسمخانی اکبری‌نژاد[۴*]

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی، تبریز، ایران
۲. دانشجوی کارشناسی پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی، تبریز، ایران
۳. دانشجوی کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران
۴. گروه روان‌شناسی، موسسه آموزش عالی نبی اکرم (ص)، تبریز، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۸/۱۹ **تاریخ بازبینی: ...** **تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۹/۳۰**

چکیده

زمینـــه و هـــدف: میگـرن عـلاوه بـر مشـکلات جسـمانی، مسـائل روان‌شـناختی را تحـت تأثیـر قـرار می‌دهـد، بنابرایـن، در کنـار مداخـلات پزشـکی، بایـد بـه مداخـلات روان‌شـناختی افـراد مبتـلا پرداختـه شـود. پژوهـش حاضـر بـا هـدف تعییـن اثربخشـی درمـان متمرکـز بـر شـفقت بـر شـدت درد و سـلامت روان‌شـناختی پرسـتاران زن مبتـلا بـه میگـرن انجـام شـد.

مـــواد و روش‌هـــا: روش پژوهـش حاضـر نیمه‌تجربـی بـا طـرح پیش‌آزمـون- پس‌آزمـون و پیگیـری بـا گـروه کنتـرل بـود. جامعـه آمـاری پژوهـش را کلیـه پرسـتاران زن مبتـلا بـه میگـرن شـهر تبریـز در سـال ۱۴۰۴ تشـکیل داد. ۳۰ نفـر بـا داشـتن ملاک‌هـای ورود بـه مطالعـه بـا روش نمونه‌گیـری هدفمنـد و از میـان کلیـه پرسـتاران زن مبتـلا بـه میگـرن شـهر تبریـز در سـال ۱۴۰۴ انتخـاب و به‌صـورت تصادفـی در دو گـروه مداخلـه و کنتـرل، هـر کـدام ۱۵ نفـر قـرار گرفتنـد. اعضـای گـروه مداخلـه، در ۸ جلسـه ۱/۵ سـاعته درمـان متمرکـز بـر شـفقت را دریافـت کردنـد؛ ولـی گـروه کنتـرل هیـچ درمـان روان‌شـناختی را دریافـت نکردنـد. هـر دو گـروه، پیـش، پـس و ۳ مـاه پـس از مداخلـه به‌پرسشـنامه‌های ۲۰ سـوالی شـدت درد مکگیـل و ۲۸ سـوالی سـلامت عمومـی گلدبـرگ پاسـخ دادنـد. داده‌هـا توسـط آزمـون تحلیـل واریانـس بـا اندازگیـری مکـرر تجزیـه و تحلیـل شـدند.

نتایـــج: بیـن نمـرات شـدت درد و سـلامت روان‌شـناختی در گـروه آزمایـش و کنتـرل در پیش‌آزمـون تفـاوت معنـی‌داری وجـود نداشـت ($P>۰/۰۵$). نتایـج نشـان داد کـه درمـان متمرکـز بـر شـفقت در مقایسـه بـا گـروه کنتـرل، شـدت درد و سـلامت روان‌شـناختی پرسـتاران زن مبتـلا بـه میگـرن را در پس‌آزمـون به‌ترتیـب کاهـش و افزایـش داده اسـت ($P<۰/۰۰۱$). تأثیـر درمـان متمرکـز بـر شـفقت بـر شـدت درد و سـلامت روان‌شـناختی در مرحلـه پیگیـری مانـدگار بـود ($P<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیـــری: به‌نظـر می‌رسـد درمـان متمرکـز بـر شـفقت می‌توانـد سـبب کاهـش شـدت درد و افزایـش سـلامت روان‌شـناختی پرسـتاران زن مبتـلا بـه میگـرن شـود، از ایـن‌رو بـه احتمـال زیـاد می‌توانـد راهبـرد درمانـی مفیـدی بـرای بهبـود شـدت درد و سـلامت روان‌شـناختی پرسـتاران زن بـه میگـرن باشـد.

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

نویســنده مســئول: هادی اسمخانی اکبری‌نژاد. گروه روان‌شناسی، موسسه آموزش عالی نبی اکرم (ص)، تبریز، ایران

پست الکترونیک: Hadiakbarinejhad@yahoo.com

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-08]

مقدمه

پرستاران (nurses) نقش مهمی در ارائه خدمات درمانی و بهداشتی، و مدیریت مراقبت از بیمار بر عهده دارند. پرستاری شغلی است که در آن خطر بالای فرسودگی و ابتلا به بیماری‌های جسمی و روانی وجود دارد. از آن‌جایی‌که شغل پرستاری یکی از حرفه‌های استرس‌زا هست، در سال‌های اخیر شاهد افزایش میزان استرس در فضای کاری این قشر از افراد هستیم و این موضوع سلامت و ایمنی پرستاران و بیماران را به‌شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد[۱]. مواجهه هرروزه با بیماران و احساس مسئولیت برای همراهان آن‌ها، کار در محیط بالینی، مشاهده بیماران در حال مرگ، عدم امکانات لازم در محیط کار، غیرقابل پیش‌بینی‌بودن برخی از موقعیت‌ها و سایر عوامل استرس‌زا، سبب کاهش توانایی بالقوه و کیفیت زندگی پرستاران و افزایش استرس شغلی در آن‌ها می‌شود[۲]. استرس‌زابودن شغل پرستاری اثرات منفی روی سلامت جسمی و روان‌شناختی این افراد از جمله مشکلات خواب، بی‌قراری، اضطراب و افسردگی و سردردهای تنشی و میگرن (migraine) می‌گذارد[۳].

میگرن 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[۴]. میگرن وضعیتی به‌شدت ناتوان‌کننده است، به‌طوری‌که سازمان بهداشت جهانی آن‌را به‌عنوان یکی از ۲۰ علت اصلی ناتوانی در جهان رتبه‌بندی کرده است[۵]. 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[۶]. میگرن و درد برآمده از آن، علاوه بر تأثیرات مخرب در زندگی شغلی- اقتصادی و تحصیلی[۷]، و ایجاد اختلال در روابط خانوادگی و اجتماعی[۸]، همایندی بالایی با اختلالاتی نظیر افسردگی و اضطراب[۹] و کیفیت خواب پایین دارد[۱۰] که این امر نهایتاً بر کیفیت زندگی و سلامت روان‌شناختی (psychological health) مبتلایان تأثیر منفی می‌گذارد[۱۱].

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 به‌شدت درد اشاره دارد و بعد عاطفی آن به‌میزان ناخشنودی که یک فرد تجربه می‌کند، اطلاق می‌شود. میگرن از جمله مشکلاتی است که در آن میزان درد تجربه‌شده توسط بیمار شدیداً آزاردهنده است[۱۲]. نتیجه پژوهش عمادی و همکاران[۱۳] 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[۱۴]. 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[۱۵].

علی‌رغم پیشرفت چشمگیر در کالبدشناسی، فیزیولوژی، زیست‌شناسی شیمیایی درد، و ساخت داروهای جدید، همچنان میگرن به‌عنوان مشکلی قابل‌توجه درنظر 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[۱۶]. اکثر مبتلایان به میگرن، علی‌رغم مداخلات دارویی همچنان درد را تجربه می‌کنند، و اگر سازش با سردردشان نباشند، کیفیت زندگی و سلامت روان‌شناختی‌شان به‌طور چشم‌گیری تحت تأثیر قرار می‌گیرد.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-08]

از این‌رو، پیشرفت‌های نظری و رشد پژوهش‌ها، مبانی لازم را برای مفهوم‌سازی میگرن به‌عنوان 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. به‌عنوان 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[۱۷]. با این‌حال، 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[۱۸].

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[۱۸]. محور اصلی این درمان، پرورش ذهن شفقت‌ورز است؛ از این‌رو درمانگر از طریق ایجاد و افزایش یک رابطه شفقت‌ورز درونی مراجعان با خودشان، به‌جای سرزنش‌کردن، محکوم‌کردن، 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[۱۹]. دو هدف اساسی این رویکرد، کاهش خصومت خود-جهت‌داده و افزایش توانایی‌های فرد جهت ایجاد احساس خود-اطمینانی، مهربانی و خود-تسکینی است که می‌توانند به‌عنوان پادزهری در برابر احساس تهدیدشدگی عمل کنند. فعالیت‌های اصلی این درمان، ایجاد قابلیت شفقت‌ورزی است[۱۸]. مطالعات نشان می‌دهند که این درمان بر علائم میگرن[۲۰]، استرس ادراک‌شده بیماران مبتلا به میگرن[۲۱] و کیفیت خواب و انواع باورهای غیرمنطقی بیماران مبتلا به علائم سردرد اولیه[۲۲] اثربخش است.

درمان متمرکز بر شفقت از درمان‌های جدید و موثر برای مشکلات و اختلالات روان‌شناختی به‌شمار می‌آید. این نوع درمانِ نسل سوم که از درمان‌های سنتی شناختی- رفتاری به‌صرفه‌تر و موثرتر است، می‌تواند در اختلالات روان‌شناختی که در میگرن نیز شایع می‌باشند موثر باشد[۲۰]؛ اما نتیجه هیچ پژوهشی که به اثربخشی این درمان بر شدت درد و سلامت روان‌شناختی پرستاران زن 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، درنظر 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 عین‌حال، فرضیه اساسی آن‌ها را که معتقدند این درمان به‌طور هم‌زمان بر شدت درد و سلامت روان‌شناختی پرستاران زن مبتلا به میگرن موثر می‌باشند مورد بررسی قرار دهد. چون تعداد زنان مبتلا به میگرن تقریباً دو برابر بیش‌تر از مبتلایان مرد است، در پژهش حاضر پرستاران زن مورد مطالعه قرار گرفتند. بنابراین، سوال اصلی پژوهش حاضر این است: آیا درمان

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-08]

متمرکز بر شفقت بر شدت درد و سلامت روان‌شناختی پرستاران زن مبتلا به میگرن اثربخش است؟

مواد و روش‌ها

کد اخلاق پژوهش حاضر (IR.TABRIZU.REC.1404.722) بود. پژوهش حاضر از نوع نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه پرستاران زن مبتلا به میگرن شهر تبریز بود که در زمان نمونه‌گیری (سال ۱۴۰۴) برای درمان میگرن خود به‌کلینیک‌های 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، متأهل‌بودن، عدم ابتلا به‌بیماری جدی دیگری به‌غیر از میگرن (چون سرطان، ایدز)، عدم استفاده از داروهای روان‌پزشکی (چون بنزودیازپین و پروتریپ‌تیلین)، مصرف داروی‌های میگرن یکسان به‌مدت 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 روان‌شناختی ضعیف‌تر است)، و معیارهای خروج از مطالعه نظیر (عدم تمایل به‌شرکت در مطالعه، و غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات درمانی) بودند (توضیح این‌که این ملاک‌ها در مرحله آزمون اولیه درنظر گرفته شدند). پس از تصویب کد اخلاق و کسب رضایت از مسئولین کلینیک‌ها، تنها ۲۷۸ 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 ۶۷ نفر معیارهای ورود به مطالعه را نداشتند و و از پژوهش خارج شدند. ۲۱۱ نفر باقیمانده به‌صورت تصادفی (به‌شیوه 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 G Power 3 و با در نظر گرفتن پارامترهای زیر محاسبه شد. اندازه اثر= ۰/۴۸؛ ضریب آلفا=۰/۰۵؛ توان آزمون=۰/۶۸؛ Repetitions=۲؛ Noncentrality parameter λ=۱۱/۹۹۸؛ Critical ۲/۴۶۵؛ F=؛ Numerator df=۱؛ Denominator df=۲۹؛ Actual power=۰/۸۱؛ Pillai V=۰/۴۵. 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 سه ماه پس از اتمام درمان، درباره محتوای جلسات با یکدیگر گفت‌وگویی نداشته باشند. جلسات درمانی در بهار سال ۱۴۰۴ توسط یک مشاور با درجه دکتری تخصصی و ۲ روان‌شناسی بالینی با درجه کارشناسی ارشد و یک دانشجوی پرستاری در یک مرکز مشاوره خصوصی در شهر تبریز برگزار شد. بعد از اتمام جلسات (پس‌آزمون) و سه 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 هروقت مایل بودند می‌توانند از گروه خارج شوند. این امر در طول جلسات هم رصد می‌شد و

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-08]

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 به‌کار 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[۲۳]. 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[۲۴]. روایی و پایایی این پرسشنامه در سال ۲۰۰۹ توسط Dworkin و همکاران مورد بررسی قرار گرفته است[۲۳]. پایایی این پرسشنامه در مطالعات داخلی مناسب گزارش شده است[۲۵]. در پژوهش حاضر، پایایی کل این پرسشنامه توسط آزمون آلفای کرونباخ ۰/۷۹ 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 به‌صورت 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[۲۶]. Goldberg و Williams[۲۷] در تحلیل ۴۳ مطالعه، حساسیت آن را ۸۴٪ و ویژگی آن را ۸۲٪ گزارش نمودند. Palahang و همکاران[۲۸] در اعتباریابی این پرسشنامه روی ۶۱۹ نفر از ساکنان بالاتر از ۱۵ سال شهر کاشان، حساسیت، 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، ۰/۸۴و ۰/۶۴ گزارش کرد. در پژوهش حاضر، پایایی کل این پرسشنامه توسط آزمون آلفای کرونباخ ۰/۸۱ 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[۱۸] 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.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-08]

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 آسیب پذیری 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	شکل گیری و ایجاد احساسات بیشتر و متنوع تر 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 پیش رو و تحمل شرایط سخت و چالش انگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه شدن افراد با چالش های 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 مسئولیت پذیری به عنوان یکی از مولفه های درمان متمرکز بر شفقت برای ایجاد احساسات و دیدگاه های جدید و کارآمدتر
هشتم	مرور و تمرین مهارت های جلسات قبل برای کمک به آزمودنی ها جهت مقابله به روش های مختلف با شرایط متفاوت و متغیر زندگی

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار، و فراوانی یافته‌های توصیفی پرستاران زن مبتلا به میگرن شهر تبریز در سال ۱۴۰۴ (تعداد در هر گروه ۱۵ نفر)

متغیر	گروه آزمایش	گروه کنترل	p
سن (سال) (میانگین ± انحراف معیار)	۳۶/۰۰±۳/۵۴	۳۶/۲۰±۳/۹۳	۰/۸۸۵ •
مدت زمان مصرف داروهای میگرن (سال) (میانگین ± انحراف معیار)	۳/۷۳±۰/۹۶	۴/۲۷±۰/۹۶	۰/۱۴۰ •
سطح تحصیلات لیسانس (تعداد- درصد) فوق‌لیسانس و بالاتر (تعداد- درصد)	 ۶ (۴۰) ۹ (۶۰)	 ۷ (۴۶/۶۶) ۸ (۵۳/۳۳)	۰/۴۶۱ ••

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

یافته‌ها

اطلاعات مربوط به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی پرستاران زن 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 ($p>0/05$).

در بررسی پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر، آزمون Shapiro-Wilk نشان داد پیش‌فرض نرمال‌بودن 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 ام باکس، چون F متغیرهای شدت درد ($F=2/188$) و سلامت روان‌شناختی ($F=2/234$) به‌ترتیب در سطح (۰/۱۹۴ و ۰/۲۲۷) 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 (۰/۷۰۰) متغیر شدت درد در سطح خطای داده‌شده

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-08]

(۰/۶۴۷) و مقدار کرویت موخلی (۰/۶۰۰) متغیر سلامت روان‌شناختی در سطح خطای داده‌شده (۰/۵۱۱) معنی‌دار نیست، لذا می‌توان کرویت ماتریس واریانس- کواریانس متغیرهای وابسته را پذیرفت. پس، این پیش‌فرض نیز برقرار است. در آخر، نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس-ها در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای پژوهش نشان داد که با توجه به عدم‌معنی‌داری مقدار F متغیرهای شدت درد و سلامت 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 سه 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 پرستاران زن مبتلا به میگرن شده است.

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار متغیر شدت درد و سلامت روان‌شناختی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری پرستاران زن مبتلا به میگرن شهر تبریز در سال ۱۴۰۴

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	تغییرات داخل گروهی	تغییرات بین گروهی
شدت درد	آزمایش	۴۶/۸۷±۴/۷۴	۴۰/۵۳±۴/۹۱	۴۰/۴۷±۵/۰۶	P<۰/۰۰۱	P<۰/۰۰۱
	کنترل	۴۵/۷۳±۳/۹۹	۴۵/۸۷±۴/۱۷	۴۵/۶۰±۴/۶۱	P>۰/۹	
	سطح معنی‌داری بین گروه‌ها	p>۰/۴۸۵	p<۰/۰۰۳	p<۰/۰۰۷	-	-
سلامت روان‌شناختی	آزمایش	۵۰/۴۷±۳/۲۶	۴۴/۲۰±۳/۵۰	۴۴/۳۳±۳/۴۴	P<۰/۰۰۱	P<۰/۰۰۱
	کنترل	۵۲/۰۷±۳/۳۹	۵۱/۹۳±۳/۴۹	۵۲/۰۰±۳/۶۰	P>۰/۹	
	سطح معنی‌داری بین گروه‌ها	p>۰/۶۱۲	p<۰/۰۱۵	p<۰/۰۱۶	-	-

نوع آزمون: تحلیل واریانس آمیخته p<۰/۰۵ *اختلاف معنادار

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

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	MS	F	مقدار اتا	value-P
شدت درد	اثر درون‌گروهی	۲۰۳/۰۸۹	۲	۱۰۱/۵۴۴	۶۳/۱۲۱	۰/۶۹	۰/۰۰۱
	اثر گروه	۲۱۷/۷۷۸	۱	۲۱۷/۷۷۸	۳/۶۱۴	۰/۱۱	۰/۰۴۴
	اثر بین‌گروهی	۱۷۵۶۵۰/۸۴۴	۱	۱۷۵۶۵۰/۸۴۴	۲/۹۱۵	۰/۷۹	۰/۰۰۱
سلامت روان‌شناختی	اثر درون‌گروهی	۱۹۸/۶۰۰	۲	۹۹/۳۰۰	۲۱۹/۵۰۵	۰/۶۸	۰/۰۰۱
	اثر گروه	۷۲۲/۵۰۰	۱	۷۲۲/۵۰۰	۳/۵۲۷	۰/۱۲	۰/۰۴۵
	اثر بین‌گروهی	۲۱۷۵۶۲/۵۰۰	۱	۲۱۷۵۶۲/۵۰۰	۱/۰۶۲	۰/۷۷	۰/۰۰۱

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-08]

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی

متغیر	مراحل		تفاوت میانگین	سطح معناداری
شدت درد	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۳/۱۰	۰/۰۰۰۱
		پیگیری	۳/۲۶	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	-۳/۱۰	۰/۰۰۰۱
		پیگیری	۰/۱۶	۰/۴۷۵
	پیگیری	پیش‌آزمون	-۳/۲۶	۰/۰۰۰۱
		پس‌آزمون	-۰/۱۶	۰/۴۷۵
سلامت روان‌شناختی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۳/۲۰	۰/۰۰۰۱
		پیگیری	۳/۱۰	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	-۳/۲۰	۰/۰۰۰۱
		پیگیری	-۰/۱۰	۰/۳۲۶
	پیگیری	پیش‌آزمون	-۳/۱۰	۰/۰۰۰۱
		پس‌آزمون	۰/۱۰	۰/۳۲۶

همان‌گونه که از نتایج جدول ۴ در بعد اثر بین‌گروهی و همچنین مقایسه میانگین‌ها 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 روان‌شناختی شده است. همچنین بررسی مقایسه پیامدها در طول زمان در گروه کنترل نشان داد که بین نمرات آزمودنی‌ها در شدت درد و سلامت روان‌شناختی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون 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 روان‌شناختی بین سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و دوره پیگیری تفاوت معناداری وجود نداشت ($p>۰/۰۵$)؛ در صورتی‌که در گروه آزمایش مقایسه پیامدها در طول زمان نشان داد که در هر دو متغیر شدت درد و سلامت روان‌شناختی بین پیش‌آزمون نسبت به پس‌آزمون و پیش‌آزمون نسبت به پیگیری تفاوت معناداری وجود داشت ($p<۰/۰۵$). اما بین پس‌آزمون نسبت به دوره پیگیری تفاوت معناداری وجود نداشت ($p>۰/۰۵$). این بدین معناست که تا زمانی که مداخله بر روی پرستاران زن مبتلا به میگرن صورت گرفته نمرات آن‌ها در شدت درد و سلامت روان‌شناختی بهبود یافته است و پس از پایان مداخله این بهبودی ثابت مانده و تغییری نکرده است.

در جدول ۵ نتایج آزمون تقیبی بونفرونی برای مقایسه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و دوره پیگیری نشان داده شده است. در تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر صرفاً مشخص می‌شود که آیا بین میانگین‌ها در دو گروه در سطوح مختلف سنجش تفاوت وجود دارد یا خیر؛ اما نمی‌تواند مشخص کند که این تفاوت مربوط به کدام مراحل سنجش بوده است. به‌همین دلیل از مقایسه‌های دوتایی بین گروه‌ها استفاده می‌شود. یعنی تفاوت نمرات در مراحل سنجش را در دو گروه با هم مقایسه می‌کند. همان‌گونه که جدول نشان می‌دهد بین پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیش‌آزمون- پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد که این نشان‌دهنده این است که تا زمانی که درمان صورت گرفته بین دو گروه مداخله و گواه تفاوت معناداری از نظر میانگین‌ها وجود داشته و در واقع مداخله‌ای که بر روی گروه مداخله انجام گرفته، باعث این تفاوت شده است. اما بررسی نتایج در پس‌آزمون-

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-08]

پیگیری نشان داد که تفاوتی بین این دو مرحله در مقایسه بین گروه مداخله و گروه گواه وجود نداشته است که این از یک‌سو نشان‌دهنده حفظ اثر درمان در طول زمان و از سوی دیگر تفاوت بین دو گروه به مداخله‌ای بر می‌گرددکه 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 پرستاران زن مبتلا به میگرن بود. تحلیل داده‌ها نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت بر شدت درد و سلامت روان‌شناختی پرستاران زن 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 متقابلی بین زمان و مداخله وجود دارد و با گذشت زمان از شروع مداخله، نمرات شدت درد و سلامت روان‌شناختی به‌ترتیب کاهش و افزایش یافتند و تأثیرات ناشی از حضور در گروه مداخله با نزدیک‌شدن 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 پرستاران زن مبتلا به میگرن می‌توان به نتایج حاصل از پژوهش‌های Ashharian و همکاران[۲۰]، Ashharian و همکاران[۲۱] و Behvandi و همکاران[۲۲] اشاره کرد که در پژوهش‌های جداگانه خود نشان دادند که درمان متمرکز بر شفقت به‌ترتیب بر علائم میگرن؛ استرس ادراک‌شده 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 به‌ذکر است که در هیچ پژوهشی نتایج مغایر با نتایج پژوهش حاضر به‌دست نیامده تا دلیل ناهمسویی را مورد بحث قرار دهیم.

یکی از حوزه‌های مورد تأکید در درمان متمرکز بر شفقت همدلی و گسترش علاقه به‌دیگران است که در جلسات درمانی مورد تأکید قرار گرفتند. گسترش بخشش و همدلی با دیگران نهایتاً منجر به‌افزایش شبکه حمایت اجتماعی در افراد می‌شود. این موضوع در سایر مطالعات نیز مورد تأکید قرار گرفته است[۲۹]. 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 به‌شرایط اصلاح‌شده سبب افزایش سرزندگی که به‌نوبه خود باعث افزایش سلامت روان‌شناختی و کاهش شدت درد در پرستاران زن مبتلا به میگرن در طی گذراندن آموزش می‌شود. همچنین به‌کارگیری 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. به‌نظر می‌رسد تکنیک‌ها و اصول درمان مبتنی بر شفقت با افزایش همدلی و احساس خود-بخشودگی بر روند پذیرش بیماری اثرگذار است[۳۰].

لازم به ذکر است که پژوهش حاضر از چندین محدودیت برخوردار است که از مهم‌ترین آن‌ها کوچک‌بودن حجم نمونه بود. همچنین، در این پژوهش جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه استفاده شد که به‌دلیل خودگزارشی‌بودن ابزارها، امکان سوگیری در پاسخدهی محتمل به‌نظر می‌رسد. با توجه به محدودیت جامعه آماری این پژوهش، پیشنهاد می‌شود جهت دستیابی به نتایج دقیق‌تر به‌منظور به‌کارگیری 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

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-08]

از نتایج به‌دست 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 پرستاران زن در سلامت فرزندان، خانواده و نظام سلامت و بهداشت، 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 پرستاران زن مبتلا به میگرن استفاده شود.

نتیجه‌گیری

نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش حاضر نشان داد که پس از ارائه درمان متمرکز بر شفقت به پرستاران زن مبتلا به میگرن، شدت درد آن‌ها به میزان قابل توجهی نسبت به گروه کنترل کاهش و سلامت روان‌شناختی‌شان 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 روان‌شناختی آن‌ها ارائه بدهد.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

سهم نویسندگان

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

تشکر و قدردانی

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

References

1. Fang Y, Yang J, Zhang M Song J, Lin R. A Longitudinal Study of Stress in New Nurses in their First Year of Employment. Int J Clin Pract 2022; 2022: 6932850.
2. Yan J, Wu C, Du Y He S, Shang L, Lang H. Occupational Stress and the Quality of Life of Nurses in Infectious Disease Departments in China: The Mediating Role of Psychological Resilience. Front Psychol 2022; 13: 817639.
3. Hallyburton A, Allison-Jones L. Mental health bias in physical care: An integrative review of the literature. J Psychiatr Ment Health Nurs 2023; 2023: 1-14.
4. Jenkins B. Migraine management. Aust Prescr 2020; 43(5): 148-151.
5. 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.
6. 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.
7. Müller B, Gaul C, Reis O, Jürgens TP, Kropp P, Ruscheweyh R, et al. Headache impact and socioeconomic status: findings from a study of

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-08]

the German Migraine and Headache Society (DMKG). J Headache Pain 2023; 24(1): 37.
8. 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.
9. 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.
10. 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.
11. 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.
12. 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.
13. 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.
14. 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.
15. 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.
16. 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.
17. 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.
18. Gilbert P, Simos G. Compassion focused therapy: Clinical practice and applications. Routledge; 2020: 17.
19. 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.
20. 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].
21. 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. JA-CP 2018; 9(34): 27-38. [in Persian].
22. 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].

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-08]

23. 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.
24. 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 WithChronic Pain. Iranian Journal of Ageing. 2021; 16(2): 218-233. [in Persian].
25. 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].
26. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. Psychol Med 1979; 9(1): 139-145.
27. Goldberg DP, Williams P. A Users' Guide To The General Health Questionnaire. London: GL Assessment. 1988; 23.
28. Palahang H, Nasr M, Brahani MN, Shahmohammadi D. Epidemiology of Mental Illnesses in Kashan City. IJPCP 1996; 2(4): 19-27. [in Persian].
29. 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].
30. 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.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-08]