



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

Mobin Jouyban¹ , Roya Shirzad Tabrizi², Aysan Razmjou³, 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

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

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

مبین جویان^۱، رویا شیرزاد تبریزی^۲، آيسان رزمجو^۳، هادی اسمخانی اکبری نژاد^{۴*}

۱. کارشناس ارشد روان شناسی 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 روان شناسی بالینی کودک و نوجوان، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران
۴. گروه روان شناسی، موسسه آموزش عالی نبی اکرم (ص)، تبریز، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۹/۳۰

تاریخ بازبینی: ...

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۸/۱۹

چکیده

زمینه و هدف: میگرن علاوه بر مشکلات جسمانی، مسائل روان شناختی را تحت تأثیر قرار می دهد، بنابراین، در کنار مداخلات پزشکی، باید به مداخلات روان شناختی افراد مبتلا پرداخته شود. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر شدت درد و سلامت روان شناختی پرستاران زن مبتلا به میگرن انجام شد.

مواد و روش ها: روش پژوهش حاضر نیمه تجربی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه پرستاران زن مبتلا به میگرن شهر تبریز در سال ۱۴۰۴ تشکیل داد. ۳۰ نفر با داشتن ملاک های ورود به مطالعه با روش نمونه گیری هدفمند و از میان کلیه پرستاران زن مبتلا به میگرن شهر تبریز در سال ۱۴۰۴ انتخاب و به صورت 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 روان شناختی را دریافت نکردند. هر دو گروه، پیش، پس و ۳ ماه پس از مداخله به پرسشنامه های ۲۰ سوالی شدت درد مکیگل و ۲۸ سوالی سلامت عمومی گلدبرگ پاسخ دادند. داده ها توسط آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج: بین نمرات شدت درد و سلامت روان شناختی در گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون تفاوت معنی داری وجود نداشت ($P>0/05$). نتایج نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت در مقایسه با گروه کنترل، شدت درد و سلامت روان شناختی پرستاران زن مبتلا به میگرن را در پس آزمون به ترتیب کاهش و افزایش داده است ($P<0/001$). تأثیر درمان متمرکز بر شفقت بر شدت درد و سلامت روان شناختی در مرحله پیگیری ماندگار بود ($P<0/001$).

نتیجه گیری: به نظر می رسد درمان متمرکز بر شفقت می تواند سبب کاهش شدت درد و افزایش سلامت روان شناختی پرستاران زن مبتلا به میگرن شود، از این رو به احتمال زیاد می تواند راهبرد درمانی مفیدی برای بهبود شدت درد و سلامت روان شناختی پرستاران زن به میگرن باشد.

واژه های کلیدی: درمان متمرکز بر شفقت، شدت درد، سلامت روان شناختی، میگرن، پرستار

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

پست الکترونیک: Hadiakbarinejhad@yahoo.com

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 آنجایی که 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 به شدت 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 پیش‌بینی بودن برخی از موقعیت‌ها و سایر عوامل استرس‌زا، سبب کاهش توانایی بالقوه و کیفیت زندگی پرستاران و افزایش استرس شغلی در آن‌ها می‌شود^(۲). استرس‌زا بودن 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 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^(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 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^(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 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^(۱۶). اکثر مبتلایان به میگرن، علی‌رغم مداخلات دارویی همچنان درد را تجربه می‌کنند، و اگر سازش با سردردشان نباشند، کیفیت زندگی و سلامت روان‌شناختی‌شان به طور چشم‌گیری تحت تأثیر قرار می‌گیرد.

به عنوان پادزهری در برابر احساس تهدیدشدگی عمل کنند. فعالیت های اصلی این درمان، ایجاد قابلیت شفقت ورزی است^(۱۸). مطالعات نشان می دهند که این درمان بر علائم میگرن^(۲۰)، استرس ادراک شده 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 درمان های جدید و موثر برای مشکلات و اختلالات روان شناختی به شمار می آید. این نوع درمان نسل سوم که از درمان های سنتی شناختی- رفتاری به صرفه تر و موثرتر است، می تواند در اختلالات روان شناختی که در میگرن نیز شایع می باشند موثر باشد^(۲۰)؛ اما نتیجه هیچ پژوهشی که به اثربخشی این درمان بر شدت درد و سلامت روان شناختی پرستاران زن مبتلا به میگرن بپردازد در دسترس نیست. با تغییر رویکرد بیماری نگر و پیدایش دیدگاه های سلامت نگر، سلامتی فقط روی یک محور که یک سوی آن بیمار و سوی دیگر آن سلامتی افراد قرار دارد، در نظر گرفته نمی شود؛ بلکه سلامت پیوستاری است که حالت انفعالی ندارد و نیازمند پرورش است. بدیهی است در این رابطه شناخت عوامل موثر بر غنی سازی زندگی و افزایش ظرفیت ها و سرمایه های روان شناختی و یافتن رویکردهای درمانی موثر برای زندگی آرام و مطمئن برای بیماران از اهمیت ویژه ای برخوردار باشد؛ از این رو، 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 آن ها را که معتقدند این درمان به طور هم زمان بر شدت درد و سلامت روان شناختی پرستاران زن مبتلا به میگرن موثر می باشند مورد بررسی قرار دهد. چون تعداد زنان مبتلا به میگرن تقریباً دو برابر بیش تر از مبتلایان مرد است، در پژوهش حاضر پرستاران زن مورد مطالعه قرار گرفتند. بنابراین، سوال اصلی پژوهش حاضر این است: آیا درمان

از این رو، پیشرفت های نظری و رشد پژوهش ها، مبانی لازم را برای مفهوم سازی میگرن به عنوان یک اختلال روانی فیزیولوژیکی (اختلال جسمانی که از استرس های روانی و اجتماعی و محیطی تأثیر می گیرد) فراهم آورده و سرانجام باعث استفاده از درمان های رفتاری و روان شناختی برای میگرن شده است. به عنوان مثال یک بررسی فراتحلیلی نشان داده است که مداخلات روان شناختی، ۲۵ تا ۳۶ درصد سبب بهبود شدت درد در بیماران مبتلا به میگرن شده است^(۱۷). با این حال، موج سوم درمان های شناختی- رفتاری از قبیل درمان متمرکز بر شفقت (compassion-focused therapy) می تواند اثربخشی مثبت و برجسته ای نسبت به درمان های شناختی- رفتاری رایج در فرآیند درمان داشته باشد^(۱۸).

درمان متمرکز بر شفقت در پاسخ به این مشاهده تدوین شد که بسیاری از افراد، به ویژه آن هایی که شرم و خودانتقادی بالایی دارند، هنگام دریافت درمان های سنتی در ایجاد صدای درونی مهربان و خود-حمایت گر مشکلاتی داشتند. تمرکز این درمان بر چهار حوزه تجارب پیشین و تاریخچه ای، ترس های اساسی، راهکارهای احساس امنیت و پیامدها و نتایج پیش بینی نشده است^(۱۸). محور اصلی این درمان، پرورش ذهن شفقت ورز است؛ از این رو درمانگر از طریق ایجاد و افزایش یک رابطه شفقت ورز درونی مراجعان با خودشان، به جای سرزنش کردن، محکوم کردن، و یا خودانتقادی، به آن ها کمک می کنند. اصول اساسی در درمان متمرکز بر شفقت، به این موضوع اشاره دارد که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت، ذهن انسان همان گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می دهد، در مواجهه با این عوامل درونی نیز آرام شود^(۱۹). دو هدف اساسی این رویکرد، کاهش خصومت خود-جهت داده و افزایش توانایی های فرد جهت ایجاد احساس خود-اطمینانی، مهربانی و خود-تسکینی است که می توانند

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 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، 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 روان‌شناختی 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 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 به صورت 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؛ Critical Noncentrality parameter $\lambda = 11/998$ ؛ $F = 1$ ؛ Numerator df = ۲۹؛ Denominator df = ۲۹؛ Pillai V = ۰/۴۵؛ Actual power = ۰/۸۱. 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

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 می باشد. این پرسشنامه به صورت ۴ درجه ای از ۰ (اصلاً) تا ۳ (خیلی بیش تر از حد معمول) نمره گذاری می شود. در این پرسشنامه هرچه نمره فرد بیش تر باشد وضعیت سلامت روانی وی پایین تر 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 طبقه بندی 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 ۰/۸۱ محاسبه شده است.

پس از اجرای پیش آزمون، اعضای گروه مداخله، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای (دو ماه، هفته ای یک جلسه) درمان متمرکز بر شفقت را به صورت 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 نرم افزار SPSS استفاده شد. در این پژوهش از آزمون تی مستقل، خی دو و تحلیل واریانس با اندازه گیری های مکرر استفاده گردید. در این پژوهش سطح معناداری معادل ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

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 برجسته ترین ابزارهای اندازه گیری درد است که برای اولین بار توسط ملزاک روی ۲۹۷ بیمار که از انواع مختلف دردها رنج می برند مورد استفاده قرار گرفت. نسخه اصلاح شده 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 تعدیل شده McGill متشکل از سه بخش است که عبارت اند از: بخش اول شامل ۱۵ توصیف کلامی در دو گروه اصلی (حسی ۱۱ شاخص، عاطفی ۴ شاخص) که هر توصیف دارای رتبه ای 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» رتبه بندی می شود و بیمار ارزیابی خود را از درد موجود روی یک خط مندرج از صفر (بدون درد) تا ۵ (شدیدترین درد) رتبه بندی می کند. مقیاس دیداری درد همان خط کش درد است شامل خطی افقی است که از صفر تا ۱۰ مدرج شده و صفر نشانگر بی دردی مطلق و ۱۰ نشانه درد غیرقابل تحمل است^(۲۳). بخش سوم شامل درد در حال حاضر در محدوده (بدون درد=۰، خفیف=۱، ناراحت کننده=۲، زجرآور=۳، وحشتناک=۴، مشقت بار) است. مجموع نمرات کل درد بیمار برابر با نمره کل حاصل شده از کلیه مجموعه ها در ابعاد مختلف درد است. حداقل نمره در این پرسشنامه صفر و حداکثر آن ۷۵ است؛ که نمره بالاتر نشان دهنده شدت در بیش تر است^(۲۴). روایی و

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

آزمون: تی مستقل، •، خی دو •• * $p < 0.05$ اختلاف معنی دار

یافته ها

اطلاعات مربوط به ویژگی های جمعیت شناختی پرستاران زن مبتلا به میگرن در جدول ۲ ارائه شده است. در این پژوهش هیچ ریزشی در نمونه ها اتفاق نیفتاد و ۱۵ عضو گروه آزمایش به طور کامل مداخله را دریافت کردند. در جدول ۲، یافته های توصیفی متغیرهای سن، مدت زمان مصرف داروهای میگرن و سطح تحصیلات آزمودنی ها آورده شده است. در جدول ۲، سطوح معناداری به دست آمده نشان می دهند که بین اعضای دو گروه از نظر سن، مدت زمان مصرف داروهای میگرن و سطح تحصیلات تفاوت معنی داری وجود ندارد ($p > 0.05$).

در بررسی پیش فرض های آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه گیری مکرر، آزمون Shapiro-Wilk نشان داد پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیرهای شدت درد و سلامت روان شناختی در نمونه مورد مطالعه محقق شده است، چرا که مقادیر Z محاسبه شده معنی دار نیست ($P > 0.05$). در آزمون ام باکس، چون F متغیرهای شدت درد ($F = 2/188$) و سلامت روان شناختی ($F = 2/234$) به ترتیب در سطح (0.194) و (0.227) معنادار نبودند، بنابراین می توان گفت که مفروضه همسانی ماتریس واریانس-کوواریانس برای متغیرها برقرار شده است. آزمون کرویت موخلی نشان داد چون مقدار کرویت موخلی (0.700) متغیر شدت درد در سطح خطای داده شده

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.

(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 عدم معنی‌داری 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.

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	$P>۰/۹$	$P>۰/۹$
	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	$P>۰/۹$	$P>۰/۹$
	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 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

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی

متغیر	مراحل	تفاوت میانگین	سطح معناداری
شدت درد	پیش آزمون	۳/۱۰	۰/۰۰۰۱
	پیگیری	۳/۲۶	۰/۰۰۰۱
	پیش آزمون	-۳/۱۰	۰/۰۰۰۱
	پیگیری	۰/۱۶	۰/۴۷۵
	پیش آزمون	-۳/۲۶	۰/۰۰۰۱
	پیگیری	-۰/۱۶	۰/۴۷۵
سلامت روان شناختی	پیش آزمون	۳/۲۰	۰/۰۰۰۱
	پیگیری	۳/۱۰	۰/۰۰۰۱
	پیش آزمون	-۳/۲۰	۰/۰۰۰۱
	پیگیری	-۰/۱۰	۰/۳۲۶
	پیش آزمون	-۳/۱۰	۰/۰۰۰۱
	پیگیری	۰/۱۰	۰/۳۲۶

معناست که تا زمانی که مداخله بر روی پرستاران زن مبتلا به میگرن صورت گرفته نمرات آن‌ها در شدت درد و سلامت روان شناختی 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 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 میانگین‌ها 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-

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

نتایج مغایر با نتایج پژوهش حاضر به دست نیامده تا دلیل ناهمسویی 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^(۲۹). اثرگذاری این درمان بر شدت درد و سلامت روان شناختی بیماران می‌تواند از مسیر اثرگذاری بر گسترش و غنی‌سازی روابط اجتماعی بیمار باشد. از سوی دیگر، تفسیر مجدد رویدادها با توجه به شرایط اصلاح‌شده سبب افزایش سرزندگی که به نوبه خود باعث افزایش سلامت روان شناختی و کاهش شدت درد در پرستاران زن 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^(۳۰).

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

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 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 روان شناختی پرستاران زن مبتلا به میگرن بود. تحلیل داده‌ها نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت بر شدت درد و سلامت روان شناختی 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 روان شناختی 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 روان شناختی 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 روان شناختی افراد در گروه مداخله مثبت بود. در راستای اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر شدت درد و سلامت روان شناختی پرستاران زن مبتلا به میگرن می‌توان به نتایج حاصل از پژوهش‌های Ashharian و همکاران^(۳۰)، Ashharian و همکاران^(۳۱) و Behvandi و همکاران^(۳۲) 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

آموزشی به منظور بهبود شدت درد و سلامت روان شناختی 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.

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 پرستاران زن در سلامت فرزندان، خانواده و نظام سلامت و بهداشت، و از طرفی لزوم توجه به سلامت جسمانی و روان شناختی آنها پیشنهاد می‌شود که در کلینیک‌های روان‌شناسی دولتی و خصوصی، از درمان متمرکز بر شفقت در زمینه کاهش شدت درد و افزایش سلامت روان شناختی پرستاران زن مبتلا به میگرن استفاده شود.

نتیجه‌گیری

نتایج به دست آمده 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 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

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

- 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].

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 With Chronic 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.