Journal of Anesthesiology and Pain Winter 2026, Vol 16, No 4

Comparison of the Effectiveness of Schema Therapy and Compassion-Based Therapy on Health Anxiety and Pain Coping Strategies in Patients with Migraine

Raziyeh Pesaraklou[1], Fatemeh Pesaraklou[2], Roghayeh Pesaraklou[3], Seyed Mojtaba Aghili[4*]

1. *Master of Science in General Psychology, Payam Noor University, Gorgan, Iran*
2. *Master of Science in General Psychology, Payam Noor University, Gorgan, Iran*
3. *Master of Science in General Psychology, Payam Noor University, Gorgan, Iran*
4. *Department of Psychology, Payam Noor University, Tehran, Iran*

ABSTRACT

Aim and background: Pain is the most common reason for patients to visit a doctor. The aim of this study was to compare the effectiveness of schema therapy and compassion-based therapy on health anxiety and pain coping strategies in patients with migraine.

Material and Methods: This was a quasi-experimental study with a pre-test-post-test design and a control group. The statistical population of the study was patients with migraine headaches who referred to a neurologist in Gonbad-Kavoos in the first half of 2024. 45 people were selected purposively and randomly assigned to two experimental groups and a control group (15 people in each group). The experimental groups underwent 8 60-minute sessions of schema therapy and compassion-based therapy, and the control group did not receive treatment during this period. The research instruments were the health anxiety questionnaires of Salkowski et al. (2002) and the pain coping strategies of Rosenshil and Keefe (1983). The data were analyzed using multivariate analysis of covariance in SPSS version 24.

Results: The results showed that both interventions reduced health anxiety and increased pain coping strategies in patients with migraine ($P<0.05$). There was a significant difference between the effectiveness of the two treatment methods in this regard, in other words, schema therapy was more effective on pain coping strategies and compassion-based therapy was more effective on health anxiety in patients with migraine ($P<0.05$).

Conclusion: According to the research findings, schema therapy and compassion-based therapy can be used to improve health anxiety and increase adaptive pain coping strategies in patients with migraine.

Keywords: Schema therapy, Compassion-based therapy, Health anxiety, Pain coping strategies, Migraine.

Please cite this paper as:
Pesaraklou R, Pesaraklou F, Pesaraklou R, Aghili SM [Comparison of the Effectiveness of Schema Therapy and Compassion-Based Therapy on Health Anxiety and Pain Coping Strategies in Patients with Migraine (Persian)]. J Anesth Pain 2026;16(4):30-42.

Corresponding Author: Seyed Mojtaba Aghili, Department of Psychology, Payam Noor University, Tehran, Iran
Email: aghili@pnu.ac.ir

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-01]

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۱۶ ، شماره ۴، زمستان ۱۴۰۴

مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی و درمان مبتنی بر شفقت بر اضطراب سلامت

راضیه پسرکلو[۱]، فاطمه پسرکلو[۲]، رقیه پسرکلو[۳]، دکتر سید مجتبی عقیلی[۴*]

۱. کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه پیام نور، گرگان، ایران
۲. کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه پیام نور، گرگان، ایران
۳. کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه پیام نور، گرگان، ایران
۴. گروه علمی، دانشگاه پیامنور، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۸/۷ **تاریخ بازبینی: ...** **تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۹/۱۰**

چکیده

زمینـه و هـدف: درد شـایع‌ترین علـت مراجعـه بیمـاران بـه پزشـک اسـت. هـدف از انجـام ایـن پژوهـش مقایسـه اثربخشـی طرحواره‌درمانـی و درمـان مبتنـی بـر شـفقت بـر اضطـراب سـلامت و راهبردهـای مقابلـه بـا درد بیمـاران مبتـلا بـه میگـرن بـود.

مـواد و روش‌هـا: ایـن پژوهـش نیمه‌آزمایشـی بـا طـرح پیش‌آزمون_پس‌آزمـون و گـروه گـواه بـود. جامعـه آمـاری پژوهـش بیمـاران مبتـلا بـه سـردرد میگـرن مراجعـه کننـده بـه متخصـص اعصـاب و روان شـهر گنبـد کاووس در شـش ماهـه نخسـت سـال ۱۴۰۳ بودنـد. تعـداد ۴۵ نفـر بـه روش هدفمنـد انتخـاب و از طریـق گمـارش تصادفـی در دو گـروه آزمایـش و یـک گـروه گـواه قـرار گرفتنـد (هـر گـروه ۱۵ نفـر). گروه‌هـای آزمایـش تحـت ۸ جلسـه ۶۰ دقیقـه‌ای طرحواره‌درمانـی و درمـان مبتنـی بـر شـفقت قـرار گرفتنـد و در ایـن مـدت گـروه گـواه درمانـی دریافـت نکـرد. ابزارهـای پژوهـش پرسشـنامه‌های اضطـراب سـلامت سالکوسـکی و همـکاران (۲۰۰۲) و راهبردهـای مقابلـه بـا درد روزنسشـیل و کیـف (۱۹۸۳) بـود. داده‌هـا بـا اسـتفاده از تحلیـل کوواریانـس چنـد متغیـره در نرم‌افـزار SPSS نسـخه ۲۴ تحلیـل شـدند..

نتایـج: یافته‌هـا نشـان داد کـه هـر دو مداخلـه موجـب کاهـش اضطـراب سـلامت و افزایـش راهبردهـای مقابلـه بـا درد بیمـاران مبتـلا بـه میگـرن گردیـد ($P<۰/۰۵$). بیـن اثربخشـی دو روش درمانـی در ایـن زمینـه تفـاوت معنـی‌داری وجـود داشـت، بـه عبارتـی طرحواره‌درمانـی بـر راهبردهـای مقابلـه بـا درد و درمـان مبتنـی بـر شـفقت بـر اضطـراب سـلامت مبتـلا بـه میگـرن اثربخشـی بیشـتری داشـت ($P<۰/۰۵$)..

نتیجه‌گیری: بـا توجـه بـه یافته‌هـای پژوهـش می‌تـوان از طرحواره‌درمانـی و درمـان مبتنـی بـر شـفقت جهـت بهبـود اضطـراب سـلامت و افزایـش راهبردهـای سـازگارانه مقابلـه بـا درد بیمـاران مبتـلا بـه میگـرن بهـره گرفـت.

واژه‌های کلیدی: طرحواره‌درمانی، درمان مبتنی بر شفقت، اضطراب سلامت، راهبردهای مقابله با درد، میگرن

نویسـنده مسـئول: راضیه پسرکلو، کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه پیام نور، گرگان، ایران

پست الکترونیک: Nazaninpesarakloo@gmail.com

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-01]

مقدمه

درد شایع‌ترین علت مراجعه بیماران به پزشک است. یکی از انواع دردهایی که شیوع بالایی دارد و علت مراجعه بسیاری از افراد به کلینیک‌های مغز و اعصاب می‌باشد، سردرد میگرنی (Migraine Headache) است [۱]. میگرن به عنوان یک بیماری روان‌تنی، از انواع شایع سردرد می‌باشد که به صورت سردردی عود کننده، ضربان‌دار و معمولا یک‌طرفه در فواصل حملات بدون درد بروز نموده و به مدت ۴ تا ۷۲ ساعت طول می‌کشد؛ غالباً همراه با بی‌اشتهایی، تهوع و در مواردی استفراغ و در تعدادی از بیماران همراه با اختلالات حسی، حرکتی یا خلقی و سایر نشانه‌های اختلال کارکرد عصبی همراه است [۲]. اکثر افراد مبتلا به این اختلال در هنگام بروز حملات میگرنی کاملا ناتوان شده و از انجام کارهای روزمره خود باز می‌مانند و این بیماری معمولا با استعمال مفرط داروهای مسکن و به دنبال آن ناتوانی در عملکرد فرد همراه است [۳]. شیوع جهانی میگرن ۱۲ درصد است و سالانه ۱۳ بیلیون دلار هزینه اقتصادی برای دولت‌ها دارد و باعث از دست رفتن ۱۱۳ میلیون روز کاری می‌شود [۴]. شیوع بالای میگرن و تأثیرات منفی زیادی که بر عملکرد اجتماعی، شغلی، خانوادگی و تحصیلی بیماران مبتلا دارد باعث شده است که سازمان بهداشت جهانی این بیماری را در رده بیستم «بیماری‌هایی که منجر به شرایط ناتوان‌کننده زندگی می‌شوند» رتبه‌بندی کند [۵]. برخی از اختلالات روانشناختی همچون بسیاری از رویدادهای زیستی یا محرک‌ها با میگرن در ارتباط هستند که از این دسته می‌توان به اضطراب (Anxiety) اشاره کرد [۶].

اضطراب از جمله عوامل به وجود آوردنده سردردهای میگرنی و رایج‌ترین مشکلات روانشناختی همبسته با میگرن هستند؛ به طوری که شیوع اضطراب در فرد مبتلا به سردردهای میگرنی بین ۲۸/۳ تا ۵۵/۹ درصد گزارش شده است [۷]. برخی از افراد مبتلا به میگرن، طیف وسیعی از عوامل را به غلط به عنوان علائمی از یک بیماری جسمی خطرناک تفسیر می‌کنند [۸]. این سوء تعبیرهای مبتنی بر خطر منجر به شکل‌گیری فرض‌ها و افکار منفی بیشتری می‌گردد در نتیجه این افکار غالباً به وسیله تصویرهای ذهنی هیجانی تقویت می شود و به این ترتیب فرد اضطراب سلامت (Health Anxiety) شدید و مداومی را تجربه می کند [۹]. اضطراب سلامت با نگرانی مستمر درباره شرایط سلامتی جسمی همراه است و حتی در صورتی که مشکل جسمانی خاصی وجود نداشته باشد همچنان این اضطراب وجود دارد [۱۰]. افراد با اضطراب سلامتی، اعتقادات ناکارآمد و تحریف شده در مورد سلامت خودشان دارند و آن‌ها بر نقص‌های فیزیکی جزئی، مشکلات جسمانی و احساسات مبهم فیزیکی متمرکز می‌شوند [۱۱].

پژوهشگران بر این باورند که راهبردهای مقابله‌ای با درد (Pain Coping Strategies)، توانایی آنها برای کنترل و تحمل درد و نیز استمرار فعالیت روزمره را تحت تاثیر قرار می‌دهد [۱۲]. راهبردهای مقابله با درد به عنوان افکار و رفتارهای خاصی تعریف می‌شود که افراد از آن‌ها برای اداره درد یا واکنش‌های عاطفی خویش به درد استفاده می‌کنند [۱۳]. راهبردهای مقابله با درد به دو دسته دارویی و غیر دارویی تقسیم می‌شوند که از روش‌های غیر دارویی می‌توان فاجعه‌آفرینی، انحراف ذهن، تن‌آرامی، تصویرسازی، گفتگو با خود، تحریک پوستی و تمرین‌های ورزشی را نام برد [۱۴]. در حالی که استفاده از راهبردهای مقابله فعال (مانند تلاش برای انجام وظایف با وجود درد، عدم توجه به درد، استفاده از آرامش عضلانی) دارای نتایج انطباقی است، استفاده از راهبردهای مقابله غیر فعال (فاجعه‌آفرینی وابستگی و محدود کردن فعالیت) با درد بیشتر، ناتوانی جسمی شدیدتر، ترس زیاد، اضطراب، نگرانی و احتمال افسردگی همراه است [۱۵].

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-01]

هنوز هیچ روش درمانی ثابت و تأیید شده‌ای برای درمان میگرن نیست؛ پژوهش‌ها نشان داده است که درمان غیردارویی عوارض جانبی کمتری دارد و می‌توان آن را همزمان با داروها استفاده کرد، از جمله مداخلات روان‌شناختی برای میگرن، می‌توان به طرحواره‌درمانی (Schema Therapy) اشاره کرد [۱۶]. طرحواره‌درمانی بر ریشه‌های تحولی مشکلات روانشناختی در دوران کودکی و نوجوانی، استفاده از تکنیک‌های برانگیزاننده و ارائه مفهوم سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار تأکید دارد [۱۷]. چون طرحواره‌درمانی بر عمیق‌ترین سطح شناخت تأکید می‌کند، به دنبال آن است که هسته مرکزی مشکل را اصلاح نماید [۱۸] و با استفاده از نظریات مختلفی از جمله فنون گشتالتی، نظریات روابط‌شیء و دلبستگی و نظریات شناختی_رفتاری و با تلفیق مداخلات شناختی، تجربی یا همان هیجان‌محور و الگوشکنی رفتار به‌طور جامعی به درمان اختلالات مختلف می‌پردازد [۱۹]. در این راستا نتایج مطالعات نشان‌دهنده تاثیر طرحواره‌درمانی بر کاهش اضطراب بیماران [۲۰، ۲۱، ۲۲ و ۲۳]، راهبردهای مقابله‌ای [۲۴، ۲۵، ۲۶ و ۲۷] بود.

از دیگر سو درمان متمرکز بر شفقت (Compassion Focused Therapy)، اثربخشی مثبت و برجسته‌ای نسبت به درمان‌های شناختی_رفتاری رایج در فرآیند درمان میگرن داشته است [۲۸]. درمان متمرکز بر شفقت از علوم عصب‌شناسی، روانشناسی اجتماعی، رشد و مدل‌های درمانی بسیاری برگرفته شده است که سه اصل ذهن‌آگاهی، مهربانی با خود و حس اشتراک با انسانیت را دربر می‌گیرد [۲۹]. محور اصلی این درمان، پرورش ذهن شفقت‌ورز است؛ از این رو درمانگر از طریق ایجاد و افزایش یک رابطه شفقت‌ورز درونی مراجعان با خودشان، به‌جای سرزنش کردن، محکوم کردن، و یا خودانتقادی، به آنها کمک می‌کنند [۳۰]. 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 [۳۱]. طبق پژوهش‌های صورت گرفته عامل کلیدی و تاثیرگذار در اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت استفاده از سازه‌های هشیار کننده نسبت به مشکل است؛ به عبارت دیگر درمان مبتنی بر شفقت نوعی راهبرد هیجان‌محور است، چرا که مراجعان را نسبت به هیجان خود آگاه می‌کند [۳۲]. نتایج مطالعات مختلف نشان‌دهنده اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر اضطراب سلامت بیماران [۳۳]؛ اضطراب زنان مبتلا به سردرد تنشی [۳۴، ۳۵ و ۳۶]، راهبردهای مقابله‌ای با درد [۳۷، ۳۸ و ۳۰] بود.

میگرن وضعیتی به شدت ناتوان کننده است، به‌طوریکه سازمان بهداشت جهانی آن را به‌عنوان یکی از ۲۰ علت اصلی ناتوانی در جهان رتبه‌بندی کرده است. علی‌رغم پیشرفت در فیزیولوژی، زیست شناسی شیمیایی درد و ساخت داروهای جدید، همچنان سر درد به عنوان مشکل قابل توجهی در نظر گرفته می‌شود. در همین راستا مشاهده می‌شود که استفاده از دارو تنها ۳۰ تا ۴۰ درصد از مشکلات بیماران مبتلا به میگرن را تخفیف می‌دهد. از این رو توجه به مداخلات روانشناختی و رفتاری، نظیر مشاوره و روان‌درمانی در حل مشکلات بیماران مبتلا به سردرد مزمن، مهم می‌نماید؛ لذا بر اساس پیشینه‌های نظری و پژوهشی فوق و با توجه به میزان شیوع بالای میگرن در جامعه به نظر می‌رسد که مطالعه و پژوهش در مورد اثربخشی درمان‌های روانشناختی لازم است تا هم مؤثرترین درمان‌های روانشناختی برای به کارگیری در کاهش علائم روانشناختی بیماران میگرن شناخته شود، هم در کنار مداخلات دارویی، محافظت کننده‌های روانشناختی نیز مشخص گردد. از طرف دیگر با توجه به اینکه در بیماران مبتلا به میگرن، مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی و درمان مبتنی بر شفقت، تاکنون مطالعه نشده است؛ لذا خلاء تحقیقاتی در

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-01]

این راستا وجود دارد و به همین جهت پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی طرح‌واره‌درمانی و درمان مبتنی بر شفقت بر اضطراب سلامت و راهبردهای مقابله با درد بیماران مبتلا به میگرن انجام شد.

مواد و روش‌ها

هدف پژوهش کاربردی و روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون_پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل بیماران مبتلا به سردرد میگرن مراجعه کننده به متخصص اعصاب و روان شهر گنبد کاووس در شش ماهه نخست سال ۱۴۰۳ بود. با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصد، خطای آلفای ۰/۰۵ و توان آزمون ۰/۷ درصد و اندازه اثر ۰/۴، حجم نمونه مورد مطالعه در این پژوهش ۴۵ نفر تعیین شد؛ بنابراین از جامعه فوق با روش نمونه‌گیری هدفمند بر اساس معیارهای ورود و خروج ۴۵ نفر انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: تشخیص بیماری میگرن توسط متخصص اعصاب و روان، رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، حداقل تحصیلات دیپلم بود و ملاک‌های خروج نیز شامل غیبت بیش از دو جلسه و عدم تمایل به ادامه حضور در فرایند پژوهش بود.

نحوه اجرای پژوهش به این شکل بود که فراخوان شرکت در این پژوهش به همراه شماره تماس با پژوهشگر در کلینیک‌های اعصاب و روان شهر گنبد کاووس منتشر گردید. پس از تماس بیماران و اعلام همکاری و رضایت آگاهانه کتبی، پرسشنامه جمعیت‌شناختی برای بیماران به صورت آنلاین تحت وب ارسال شد. بدین ترتیب ملاک‌های ورود و خروج بر اساس پاسخ‌های افراد به پرسشنامه جمعیت شناختی بررسی شد و در نهایت ۴۵ نفر انتخاب شدند. پس از گمارش تصادفی شرکت‌کننده‌ها، در مرحله بعد، ابزارها به عنوان پیش‌آزمون بر روی شرکت‌کننده‌های گروه مداخله و گواه قبل از شروع مداخله به اجرا درآمد. سپس گروه آزمایش اول طرحواره‌درمانی و گروه آزمایش دوم درمان مبتنی بر شفقت را در ۸ جلسه ۶۰ دقیق‌های دریافت کردند و گروه گواه هیچ نوع مداخله آموزشی را دریافت نکرد. در پایان مداخله نیز تمامی شرکت‌کننده‌های سه گروه، جهت پس‌آزمون، پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. داده‌های پژوهش با آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری و آزمون تعقیبی بنفرونی با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ تحلیل شدند. در پژوهش حاضر برای رعایت ملاحظات اخلاقی به تمام شرکت‌کننده‌ها این اطمینان خاطر داده شد که تمام اطلاعات حاصل از این مطالعه تنها به منظور ارائه نتایج در رساله است و تمام اطلاعات آنها تا آخر محرمانه باقی خواهد ماند. همچنین، به آنها یادآوری شد که هر زمان که مایل بودند می‌توانند از مطالعه خارج شوند. به جهت رعایت اصول اخلاقی گروه گواه نیز مداخله موثرتر را پس از پایان مطالعه دریافت می‌نماید.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه اضطراب سلامت (Health Anxiety Questionnaire): این آزمون توسط Salkovskis و همکاران، در سال ۲۰۰۲ به منظور ارزیابی اضطراب سلامت (مستقل از وضعیت سلامت جسمانی) ساخته شد. یک شاخص خودسنجی و دارای ۱۸ ماده و ۳ عامل به این شرح است: احتمال بیماری، پیامدهای منفی بیماری و اشتغال ذهنی با بیماری است. در هر سؤال ۴ عبارت مطرح شده است که آزمودنی می‌بایست یکی از آنها را انتخاب نماید. عبارات مذکور به صورت صفر تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. روایی و پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۱ است [۳۹]. ویژگی‌های روانسنجی این مقیاس برای نمونه ایرانی به این صورت گزارش شد: روایی درونی مقیاس کلی برابر ۰/۸۸ و

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-01]

پایایی کل مقیاس از طریق محاسبه آلفای کرونباخ ۰/۸۱ و به شیوه بازآزمایی (با فاصله ۲۱ روز) ۰/۷ به دست آمده است [۴۰]. پرسشنامه راهبردهای مقابله با درد (Pain Coping Strategies Questionnaire): این پرسشنامه توسط Rosenstiel & Keefe در سال ۱۹۸۳ ساخته شد، شامل ۴۲ گویه است و شش راهبرد شناختی توجه برگردانی، تفسیر مجدد درد، گفتگو با خود، نادیده انگاشتن درد، فاجعه انگاری و دعا و امیدواری و یک راهبرد مقابله رفتاری را در طیف لیکرتی هفت درجه‌ای از هیچ=صفر تا همیشه یا کاملا=۶ ارزیابی می‌کند. در این ابزار خرده مقیاس فاجعه انگاری به عنوان راهبرد مقابله‌ای ناسازگارانه به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود و نمره بیشتر به معنای راهبردهای مقابله‌ای سازاگارانه‌تر است همچنین برای این ابزار ضرایب آلفای کرونباخ را در دامنه‌ای از ۰/۷۱ تا ۰/۸۵ گزارش کردند [۴۱]. در پژوهش آنان راهبردهای مقابله‌ای قادر به تبیین ۳۷ درصد از واریانس درد در بیماران و ۴۷ درصد از ظرفیت عملکردی این بیماران بود. نتایج پژوهشی در ایران رابطه معناداری را بین شدت درد و ناتوانی جسمی با راهبردهای مقابله با درد به عنوان روایی همزمان ابزار گزارش کرد، همچنین برای ابزار ضرایب آلفای کرونباخ را در دامنه‌ای از ۰/۷۵ تا ۰/۸۳ به دست آوردند [۴۲].

مداخلات درمانی

طرحواره‌درمانی: جلسات طرحواره‌درمانی بر اساس پروتکل Yang [۴۳] در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای اجرا شد.

مداخله درمانی متمرکز بر شفقت: ساختار جلسات برگرفته از پروتکل Gilbert [۴۴] که مورد تایید اساتید و متخصصان رویکرد متمرکز بر شفقت می‌باشد. شرح جلسات درمان متمرکز بر شفقت در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۱: خلاصه جلسات مداخله طرحواره‌درمانی یانگ (۲۰۰۳)

جلسات	محتوای جلسات
اول	برقراری ارتباط، معرفی بیماران، بیان قواعد گروه (از جمله رازداری، احترام، گوش دادن و...)، شناخت مشکل فعلی اعضا، سنجش بیماران برای طرحواره‌درمانی با تمرکز بر تاریخچه زندگی آنها انجام شد.
دوم	آموزش در مورد طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای، برقراری ارتباط بین مشکلات فعلی و سیستم‌های مغزی_رفتاری با طرحواره‌ها با ارائه مثال انجام شد.
سوم	ارائه راهبردهای شناختی مانند ارائه منطق فنون شناختی، اجرای آزمون اعتبار طرحواره با ارائه مثال انجام شد، به تعریف جدید از شواهد تایید کننده طرحواره پرداخته شد.
چهارم	به ادامه ارائه راهبردهای شناختی مانند ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای، برقراری گفت‌گو بین جنبه سالم و جنبه طرحواره، به چالش کشیدن طرحواره‌ها، آموزش تدوین کارت‌های آموزشی در رابطه با خودکنترلی پرداخته شد.
پنجم	منطق فنون تجربی (جنگیدن با طرحواره‌ها در سطح هیجانی و عاطفی)؛ تصویرسازی ذهنی، ربط دادن تصویر ذهنی گذشته به زمان حال، انجام گفت‌گوی خیالی ارائه گردید.
ششم	منطق فنون رفتاری، بیان هدف فنون رفتاری، راه‌هایی برای تهیه فهرست رفتار، اولویت‌بندی و مشخص کردن مشکل‌سازترین رفتار، افزایش انگیزه برای تغییر رفتار در راستای تعدیل سیستم‌های مغزی_رفتاری ارائه شد.
هفتم	فنون رفتاری، افزایش انگیزه برای تغییر رفتار، تمرین رفتارهای سالم از طریق تصویرسازی و ایفای نقش، غلبه بر موانع تغییر و ایجاد تغییرات مهم زندگی در راستای تعدیل سیستم‌های مغزی_رفتاری و خود کنترلی اجرا شد.
هشتم	مرور و جمع‌بندی جلسات قبل، جمع‌بندی و بررسی پیامدهای ناشی از عدم خودکنترلی و تعدیل سیستم‌های مغزی_رفتاری، تعیین زمان اجرای پس‌آزمون (با فاصله یک هفته بعد از جلسه آخر) و تشکر از گروه و ختم جلسات انجام شد.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-01]

جدول ۲: خلاصه جلسات درمان متمرکز بر شفقت

جلسات	شرح جلسات
اول	اجرای پیش آزمون، آشنایی درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر، گفتگو درباره هدف تشکیل جلسات و ساخت کلی آن، بررسی انتظارات از برنامه درمانی، آشنایی بـا اصول کلی درمان متمرکز بر شفقت و تمایز شفقت با تأسف برای خود.
دوم	توضیح و تشریح شفقت: اینکه شفقت چیست و چگونه می‌توان از طریق آن بر مشکلات فائق آمد. آموزش ذهن‌آگاهی همراه با تمرین، وارسی بدنی و تنفس، آشنایی با سیستم‌های مغزی مبتنی بر شفقت.
سوم	آشنایی با خصوصیات افراد شفقت ورز، شفقت نسبت به دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیـز نقـایص و مشکلاتی دارند (پرورش حس اشتراکات انسانی) در مقابل احساسات خودتخریب‌گرانه. آموزش افزایش گرمی و انرژی، ذهن‌آگاهی، پذیرش، خرد و قدرت، گرمی و عدم قضاوت.
چهارم	ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان «شفقت‌ورز» یـا «غیر شفقت‌ورز» با توجه به مباحث آموزشی، شناسایی و کاربرد تمرین‌های «پرورش ذهن شفقت ورز».
پنجم	آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته) و به کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره.
ششم	ایفای نقش فرد در سه بعد وجودی خود انتقادگر، خود انتقاد شونده و خود شفقت‌ورز با استفاده از تکنیک صندلی خالی گشتالت، پیدا کردن لحن و تن صدای خود انتقادگر و خود شفقت‌گر درونی هنگام گفتگوی درونی و مشابهت آن با الگوی گفتگوی آدم‌های مهم زندگی.
هفتم	کار بر روی ترس از شفقت به خود و موانع پرورش این خصیصه. آموزش تکنیک‌های تصویرپردازی ذهنی شفقت‌ورز، تنفس تسکین‌بخش ریتمیک، ذهن‌آگاهی و نوشتن نامه شفقت‌ورز.
هشتم	جمع‌بندی و نتیجه‌گیری و پاسخ‌گویی به سوالات اعضا و ارزیابی کل جلسات، تشکر و قدردانی از اعضا جهت شرکت در جلسات، اجرای پس‌آزمون.

جدول ۳: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و گواه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
اضطراب سلامت	طرحواره‌درمانی	۴۷/۵۳	۶/۵۸	۳۵/۶۴	۴/۷۲
	درمان شفقت	۴۷/۹۰	۶/۳۹	۳۱/۴۸	۴/۱۹
	گروه گواه	۴۶/۷۱	۶/۲۳	۴۶/۹۸	۶/۸۷
راهبردهای مقابله با درد	طرحواره‌درمانی	۸۶/۰۳	۸/۹۴	۱۰۳/۱۱	۷/۶۰
	درمان شفقت	۸۶/۴۲	۸/۱۷	۹۹/۱۶	۶/۷۵
	گروه گواه	۸۶/۳۷	۸/۳۳	۸۶/۲۱	۸/۱۳

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت‌شناختی نشان داد که از بین نمونه‌های پژوهش ۷۳/۶ زن و ۲۶/۴ مرد بودند. همچنین میانگین سن افراد در گروه طرحواره‌درمانی ۳۶/۴۲، گروه درمان مبتنی بر شفقت ۳۵/۱۳ و گروه گواه ۳۵/۴۴ بود. در جدول ۳، شاخص‌های توصیفی مربوط به پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای پژوهش گزارش شده است.

با توجه به جدول ۳، می‌توان مشاهده کرد که میانگین نمرات مربوط به اضطراب سلامت و راهبردهای مقابله با درد گروه‌های آزمایش در مقایسه با گروه گواه در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون تفاوت داشته است. در ادامه نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای بررسی معنادار بودن این تفاوت ارائه شده است.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-01]

نتایج حاصل از اجرای آزمون شاپیرو ویلکز نشان داد، فرض صفر مبنی بر نرمال بودن توزیع نمرات در متغیرهای پژوهش در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون در هر سه گروه باقی است (P>۰/۰۵). جهت بررسی پیش‌فرض برابری واریانس‌ها، از آزمون لوین استفاده شده است. نتایج نشان داده است در متغیر اضطراب سلامت (F=۱/۲۷) و راهبردهای مقابله با درد (F=۲/۳۳) به دست آمد که مجموع نتایج نشان می‌دهد پیش‌فرض برابری واریانس‌ها در هر دو مرحله تأیید شده است (P>۰/۰۵). هم-چنین، نتایج آزمون ام‌باکس (Box's M)، همگن بودن ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته (Box's M=۹/۳۸، P=۰/۷۱۱) در تمام سطوح متغیر مستقل (گروه‌ها) در سطح ۰/۰۵ مورد تأیید قرار گرفت. لذا استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره بلامانع بود. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون متغیرهای وابسته در گروه‌های آزمایش و گواه نشان داد که مقدار F لامبدای ویلکز معنی‌دار می‌باشد (P<۰/۰۰۱). بر این اساس می‌توان بیان داشت که دو گروه مورد مطالعه، حداقل در یکی از متغیرهای وابسته، تفاوت آماری معنی‌داری با یکدیگر دارند.

با توجه به نتایج جدول ۴، می‌توان گفت که طرحواره‌درمانی و درمان مبتنی بر شفقت بر اضطراب سلامت (F=۴۴/۱۸، p<۰/۰۰۱) و راهبردهای مقابله با درد (F=۴۴/۱۸، p<۰/۰۰۱) مؤثر بود. در ادامه برای بررسی تفاوت گروه‌ها بر متغیرهای پژوهش از آزمون تعقیبی بنفرونی جهت انجام مقایسه دوتایی استفاده شد.

نتایج به دست آمده از آزمون تعقیبی بونفرونی نشان داد که تفاوت میان گروه‌های طرحواره‌درمانی و درمان مبتنی بر شفقت با یکدیگر و نیز با گروه گواه از نظر آماری معنادار است (P<۰/۰۵). همچنین در کاهش اضطراب سلامت درمان مبتنی بر شفقت و در افزایش راهبردهای مقابله با درد طرحواره‌درمانی اثربخشی بیشتری داشته است.

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری مربوط به نمرات اضطراب سلامت و راهبردهای مقابله با درد

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه اثر
اضطراب سلامت	پیش‌آزمون	۲۷۱/۱۵	۱	۲۷۱/۱۵	۱۳/۶۸	۰/۱۳۵	۰/۰۹
	گروه	۳۹۸۴/۶۲	۲۵	۱۵۹/۳۸	۴۴/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۵۶
	خطا	۵۴۱/۳۴	۲۷	۲۰/۰۴			
راهبردهای مقابله با درد	پیش‌آزمون	۴۵۱/۹۴	۱	۴۵۱/۹۴	۱۸/۹۲	۰/۱۱۹	۰/۰۳
	گروه	۵۸۹۲/۰۳	۲۵	۲۳۵/۶۸	۲۶/۷۱	۰/۰۰۱	۰/۴۱
	خطا	۷۱۸/۶۹	۲۷	۲۶/۶۱			

جدول ۵: نتایج آزمون بونفرونی به منظور مقایسه زوجی نمرات اضطراب سلامت و راهبردهای مقابله با درد در پس‌آزمون

متغیر	گروه		اختلاف میانگین‌ها	خطای استاندارد	معنی‌داری
اضطراب سلامت	طرحواره‌درمانی	درمان شفقت	۴/۱۶	۰/۵۳	۰/۰۰۱
	طرحواره‌درمانی	گواه	-۱۱/۳۴	-۲/۱۵	۰/۰۰۱
	درمان شفقت	گواه	-۱۵/۵	-۲/۶۸	۰/۰۰۱
راهبردهای مقابله با درد	طرحواره‌درمانی	درمان شفقت	۳/۹۵	۰/۸۵	۰/۰۰۱
	طرحواره‌درمانی	گواه	۱۶/۹	-۰/۵۳	۰/۰۰۱
	درمان شفقت	گواه	۱۲/۹۵	-۱/۳۸	۰/۰۰۱

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-01]

بحث

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی و درمان مبتنی بر شفقت بر اضطراب سلامت و راهبردهای مقابله با درد بیماران مبتلا به میگرن انجام شد. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت اثربخشی بیشتری بر کاهش اضطراب سلامت بیماران مبتلا به میگرن دارد. این یافته با نتایج مطالعات پورصالح و سرپرست [۳۳]، تفنگچی و همکاران [۳۴]، کوپلاند و همکاران [۳۵]، هولزر و همکاران [۳۶]، رمرزوال و همکاران [۲۲] همسو بود.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که بیماران مبتلا به میگرن دارای دارای اضطراب سلامتی، نسبت به علائم بدنی خود بسیار حساس بوده و این علائم را که گاهی طبیعی نیز هستند مورد قضاوت قرار می‌دهند و آنها را بد می‌دانند؛ بنابراین چرخه‌ای به وجود می‌آید که در آن، اضطراب فرد نسبت به سلامتی خود افزایش پیدا می‌کند [۶]. در طرحواره‌درمانی تکنیک‌های مربوطه برای کنترل احساسات منفی کمک کرد تا این بیماران، وضعیت بیماری را از وضعیت اضطراب و آشفتگی جدا کرده و به‌طور خاص به این موضوع بپردازند که در نهایت با کنترل عامل‌های زمینه‌ای، افزایش خودآگاهی میزان اضطراب سلامت را کاهش دهند [۲۲]. اما در برنامه آموزش شفقت به خود بهوشیار، به فرد یاد داده می‌شود که علائم خود را مورد قضاوت قرار نداده و نسبت به خود مهربان باشند. کارکرد طبیعی شفقت نیز ایجاد رفتار محبت‌آمیز، فراهم کردن موقعیت‌هایی برای احساس امنیت، تسکین بخشی، مشارکت، ترغیب و حمایت هست [۳۳]. همچنین اضطراب موجب افزایش کورتیزل و تحریک سیستم سمپاتیک در فرد می‌شود اما شفقت به خود، اکسی توسین را در بدن افزایش می‌دهد و باعث کاهش سطح کورتیزول در بدن شده و به آرامش فرد کمک می‌کند. درمان مبتنی بر شفقت بـه بیماران کمک می‌کند با بیماری خود کنار بیایند و خودشان را در پاسخ به تنش‌ها آرام کنند و با کاهش افکار وارسی خود و خودارزیابی‌های منفی، باعث اثربخشی بیشتر این درمان بر کاهش اضطراب سلامت می‌شود [۳۵].

دیگر یافته پژوهش نشان داد که طرحواره‌درمانی اثربخشی بیشتری بر افزایش راهبردهای سازگارانه مقابله با درد بیماران مبتلا به میگرن دارد. این یافته با نتایج مطالعات علی اکبری و همکاران [۲۴]، یاوری و همکاران [۲۵]، گازلینی و همکاران [۲۶]، ناسیکار و همکاران [۳۸]، آهلوالیا و همکاران [۲۷] همسو بود.

در تبیین این یافته باید خاطر نشان کرد که به نظر می‌رسد بیماران مبتلا به میگرن با استفاده از راهبرهای شناختی، تجربی، رفتاری و بین‌فردی به بازسازی طرحواره‌های منفی و خاطرات تلخ دست یافتند و توانستند با اصلاح ذهنیت‌های طرحواره‌ای ناسالم از جمله والد سرزنشگر و منتقد، کودک آسیب‌پذیر، عصبانی و تکانشگر و نیز مقابله‌های ناکارآمد، ارزیابی و برداشت‌های منفی از خود را بهبود ببخشند و درک مثبت‌تری از جسم خود داشته باشند [۲۵]. طرحواره‌درمانی انگیزه درونی بیماران برای حفظ و ارتقاء سلامت روانی و جسمانی و همچنین جنگیدن در مقابل این بیماری را تحریک می‌کند. استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مثبت و کارآمد مانند توجه برگردانی، تفسیر مجدد درد، گفتگو با خود، نادیده انگاشتن درد، دعا و امیدواری و افزایش فعالیت رفتاری، احساس انسجام و یکپارچگی درون روانی افراد را تقویت می‌کند و عوامل استرس‌زای درگیر در زندگی مانند سردرد تنشی میگرن را به عنوان یک مساله قابل حل درک می‌کند [۲۶]. همچنین با استفاده از این نوع درمان، طرحواره‌ها شناسایی می‌شوند و با استفاده از روش‌های سازگارانه‌ای مانند گسلش، پذیرش، ذهن‌آگاهی و بررسی ارزش‌های فردی، به تنظیم هیجانی و بهبود عملکرد بین فردی پرداخته می‌شود و به این ترتیب باعث نظم و انسجام فکری افراد می‌شود و آشفتگی‌های هیجانی که معمولا با سردردهای میگرنی همراه هستند را کاهش می‌دهد و از طریق افزایش اعتماد به نفس، به

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-01]

احساس خودکارآمدی در مقابله با درد و اتخاذ راهبردهای مقابله با درد سازگارانه همانند توجه برگردانی، نادیده انگاشتن درد و افزایش فعالیت رفتاری منتهی می‌شود [۲۷]. همچنین درمان مبتنی بر شفقت سبب رشد هوشـمندانه و توانایی به تعویق انداختن احساسات ناخوشایند توانایی درگیر شدن یا گریز از یک هیجان منفی به صورت مناسب، توانایی کنترل عاقلانه هیجان‌ها می‌شود و با تعدیل هیجان‌های منفی و افزایش هیجان‌های خوشایند، سبب توسعه سیستم تسکین‌دهنده و استراتژی‌هایی برای تنظیم راهبردهای سازگارانه مقابله با درد شده و از هرگونه درگیری بیشتر در رفتارهای غیرمفید با عواقب ناخواسته درد و رنج جلوگیری می‌کند [۳۰].

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان داد که طرحواره‌درمانی بر راهبردهای مقابله با درد و درمان مبتنی بر شفقت بر اضطراب سلامت مبتلا به میگرن اثربخشی بیشتری داشت. با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان از طرحواره‌درمانی و درمان مبتنی بر شفقت جهت بهبود اضطراب سلامت و افزایش راهبردهای سازگارانه مقابله با درد بیماران مبتلا به میگرن بهره گرفت.

در رابطه با محدودیت‌های این پژوهش می‌توان گفت پژوهش حاضر روی بیماران مبتلا به میگرن شهر گنبد اجرا شد، بنابراین برای تعمیم نتایج به سایر افراد و گروه‌های سنی دیگر می‌بایست احتیاط شود. نمونه این مطالعه به صورت هدفمند انتخاب شد، بنابراین می‌بایست در تعمیم نتایج به این مورد توجه شود. همچنین یکی دیگر از محدودیت‌های این مطالعه عدم اجرای آزمون پیگیری به دلیل عدم دسترسی به نمونه پژوهش بود. پیشنهاد می‌شود اثربخشی این درمان بر روی سایر گروه‌های سنی و بر بیماران دیگر شهرها انجام شود. همچنین پیشنهاد می‌شود مطالعات طولی مشابه‌ای در مورد اثربخشی این دو درمان بر بهبود سردردهای میگرن در طول زمان انجام گیرد. در زمینه کاربردی اجرای مداخلات درمانی طرحواره‌درمانی و درمان مبتنی بر شفقت در بیماران مبتلا به میگرن در سایر مراکز درمانی پیشنهاد می‌شود.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ گونه تضاد منافعی ندارند.

سپاسگزاری

بدین‌وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش و سایر افرادی که در انجام این پژوهش همکاری داشتند، نهایت تقدیر و تشکر را داریم. این مطالعه دارای تاییدیه اخلاق به شماره (IR.PNU.REC.1403.302) از دانشگاه پیام نور است.

References

1 Jamshidi S, Hooman F, Asgari P. Effectiveness of transdiagnostic therapy on pain self-efficacy and clinical symptoms in women with migraine. Rooyesh-e-Rawanshani. 2024;13(3):110-101. [Persian]

2 Balakrishnan P, Raj E. An immediate pain relief with Agnikarma therapy for acute episode of migraine headache—a case report. Journal of Ayurveda and Integrative Medicine. 2024;15(3):953-962.

3 Pillai S, Moskatel L. Headache, migraine, and food. Encyclopedia of Food Allergy. 2024;1(2):782-791.

4 Goetz A, McCormick S, Phillips R, & Friedman D. CE: Diagnosing and Managing Migraine. The American Journal of Nursing. 2022;122(1):32-43.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-01]

5 Ma YM, Zhang DP, Zhang HL, Cao FZ, Zhou Y, Wu B, Wang LZ, & Xu B. Why is vestibular migraine associated with many comorbidities. Journal of Neurology. 2024;271(12):7422-7433.
6 Mahedi Y, Eissa A, Shorubb E, ElSheikh MM, Hamdy R, & Moustafa AA. Anxiety, depression and migraine comorbidity: A literature review. The Nature of Depression: An Updated Review. 2021;1(1):99-108.
7 Kudrow D, Hutchinson S, Pixton GC, & Fullerton T. Safety of Rimegepant in Adults with Migraine and Anxiety, Depression, or Using Antidepressants: Analysis of a Multicenter, Long-Term, Open-Label Study. Pain and Therapy. 2024;10(1):24-36.
8 Navab FS, Hadi A, Jahlan I, Askari G, Khorvash F, & Arab A. Is there a link between the inflammatory potential of a diet and mental health among patients with migraine? Findings from a cross-sectional survey. Nutritional Neuroscience. 2024;27(11):1211-1219. [Persian]
9 Marzouk MA, Buse DC, Karvounides D, Powers SW, & Seng EK. Not their fault: Mental health characteristics of parents with migraine and the migraine status of their children. Headache. 2024;64(9):1143-1145.
10 Osterman S, Axelsson E, Forsell E, Svanborg C, Lindefors N, Hedman-Lagerlof E, & Ivanov VZ. Effectiveness and prediction of treatment adherence to guided internet-based cognitive behavioral therapy for health anxiety: A cohort study in routine psychiatric care. Internet Interventions. 2024;38(1):100-117.
11 Duholm CS, Højgaard DRMA, Ørnbøl E, Wellnitz KB, Thomsen PH, Rimvall MK, & Rask CU. Can the Whiteley Index be used to assess health anxiety in adolescents from the general population. Journal of Psychosomatic Research. 2024;187(1):111-119.
12 Brune D, Endell D, George SZ, Edwards R, Scheibel M, & Lazaridou A. Beyond the Surgery: The Impact of Coping Strategies on Persistent Pain After Rotator Cuff Repair. Journal of Clinical Medicine. 2024;13(21):6584.
13 Steel JL, Brintz CE, Heapy AA, Keefe F, Cheatle MD, Jhamb M, McNeil DW, Shallcross AJ, Kimmel PL, Dember LM, White DM, Williams J, & Cukor D. Adapting a pain coping skills training intervention for people with chronic pain receiving maintenance hemodialysis for end stage Kidney disease. Journal of Behavioral Medicine. 2024;1(1):534-541.
14 Edirisinghe NP, Makuloluwa PTR, Amarasekara T, & Goonewardena CSE. Coping with cancer pain: a qualitative study to explore pain perception and self-coping strategies of patients with cancer in Sri Lanka. BMJ Open. 2024;14(11):855-862.
15 Ghazai M, Tajikzadeh F, Sadeghi R, Ramzan Saatchi L. Comparison of pain perception, pain coping strategies and pain self-efficacy in female athletes and non-athletes. Journal of Principles of Mental Health. 2015;17(4):163-159. [Persian]
16 Gol A, Aghamohammadian-Sherbaf H, Bigdali I, Faridhosseini F. Gender comparison of the effectiveness of contextual schema therapy on improving the quality of life of patients with migraine. Journal of Sabzevar University of Medical Sciences. 2024;31(5):692-681. [Persian]
17 Sousa M, Gouveia C, Cunha O, & Castro Rodrigues A. The Effectiveness of Schema Therapy in Individuals Who Committed Crimes: A Systematic Review. Trauma, Violence & Abuse. 2024;25(5):3631-3642.
18 Shi Y, Chen IJ, Yang M, Wang L, Song Y, & Sun Z. How Does Parental Early Maladaptive Schema Affect Adolescents' Social Adaptation? Based on the Perspective of Intergenerational Transmission. Behavioral Sciences (Basel, Switzerland). 2024;14(10):928-935.
19 Semeniuc S, Sterie MC, Soponaru C, Butnaru S, & Gavrilovici O. Therapists' problematic experiences when working with obsessive-compulsive disorder: a qualitative investigation of schema modes, mode cycles, and strategies to

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-01]

return to healthy adult mode. Frontiers in Psychiatry. 2023;14(1):115-127.
20 Mirbagheri R, Khosravi S, Akrami M. Studying the effectiveness of group schema therapy on death anxiety and emotional disturbance in patients with breast cancer. Journal of Psychology and Psychiatry of Cognition. 2022;9(5):16-28. [Persian]
21 Imam Zamani Z, Mashhadi A, Sepehri Shamloo Z. The effectiveness of group emotional schema therapy on anxiety and emotional schemas of women with generalized anxiety disorder. Clinical and Counseling Psychology Research. 2019;9(1):24-5. [Persian]
22 Remmerswaal KCP, Cnossen TEA, van Balkom AJLM, & Batelaan NM. Schema therapy with cognitive behaviour day-treatment in patients with treatment-resistant anxiety disorders and obsessive-compulsive disorder: an uncontrolled pilot study. Behavioural and Cognitive Psychotherapy. 2023;51(2):174-179.
23 Straarup NS, Renneberg HB, Farrell J, & Younan R. Group schema therapy for patients with severe anxiety disorders. Journal of Clinical Psychology. 2022;78(8):1590-1600.
24 Ali-Akbari M, Hassanzadeh Hanouei M, Alipour A, Bayat N. The effectiveness of schema therapy on coping styles in rheumatoid arthritis patients. Health Psychology. 2023;12(45):147-162. [Persian]
25 Yavari F, Dartaj F, Ghaemi F, Delavar A. Investigating the effectiveness of schema therapy on coping styles and cognitive emotion regulation strategies in students. Razi Journal of Medical Sciences. 2023;30(5):118-128. [Persian]
26 Gazzellini S, Pellegrini V, Napoli E, Ventre V, Lettori D, Castelli E, Basile B, & Giacomantonio M. Validation of the schema coping inventory for dysfunctional coping strategies. Frontiers in Psychology. 2024;15(1):144-159.
27 Ahluwalia M, Hughes AM, McCracken LM, & Chilcot J. A pilot study examining the effects of priming headache illness schema on attentional engagement towards pain relief medication, in those with high and low medication treatment beliefs. Psychology, Health & Medicine. 2017;22(7):808-813.
28 Bhovandi N, Khayatan F, Golparvar M. Comparing the effectiveness of emotion-focused therapy with compassion-based therapy on sleep quality and types of irrational beliefs in patients with primary headache symptoms. Scientific Journal of Research. 2021;23(4):44-31.
29 Johannsen M, Schlander C, Vestergaard I. Group-based compassion-focused therapy for prolonged grief symptoms in adults – Results from a randomized controlled trial. Psychiatry Research. 2022;314(9):46-53.
30 Gooding H, Stedmon J, & Crix D. 'All these things don't take the pain away but they do help you to accept it': making the case for compassion-focused therapy in the management of persistent pain. British Journal of Pain. 2020;14(1):31-41.
31 Fraser M, Gregory K. Applying a process-based therapy approach to compassion focused therapy: A synergetic alliance. Journal of Contextual Behavioral Science. 2024;32(4):75-81.
32 Vrabel K, Waller G, Goss K, Wampold B, Kopland M, Hoffart A. Cognitive behavioral therapy versus compassion focused therapy for adult patients with eating disorders with and without childhood trauma: A randomized controlled trial in an intensive treatment setting. Behaviour Research and Therapy. 2024;174(3):104-118.
33 Poursaleh A, Sarwar A. Effectiveness of online training of self-aware compassion program on health anxiety and psychological resilience during the coronavirus outbreak. Clinical Psychology and Personality. 2022;20(2):135-147. [Persian]
34 Tofangchi M, Raisi Z, Qomrani A, Rezaei H. Development of a distress tolerance promotion package and comparison of its effectiveness with compassion-based therapy on self-criticism, fear

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-01]

of negative evaluation, and anxiety in women with chronic tension-type headaches. Journal of Psychological Sciences. 2021;20(100):634-621. [Persian]

35 Kopland MCG, Vrabel K, Landt MS, Hoffart A, Johnson SU, & Giltay EJ. Network dynamics of self-compassion, anxiety, and depression during eating disorder therapy. European Eating Disorders Review: The Journal of the Eating Disorders Association. 2024;33(1):35-52.

36 Holzer KJ, Bollepalli H, Carron J, Yaeger LH, Avidan MS, Lenze EJ, & Abraham J. The impact of compassion-based interventions on perioperative anxiety and depression: A systematic review and meta-analysis. Journal of Affective Disorders. 2024;365(1):476-491.

37 Hassani F, Bahlouli H, Azadi M, Ghodsi P. Comparing the effectiveness of compassion therapy and integrated spiritual therapy on pain coping strategies in the elderly with chronic pain. Gerontology. 2024;9(3):101-91. [Persian]

38 Nasika IN, Wiart C, Bonvarlet AS, Guillaume J, Yavchitz A, & Tereno S. Attachment patterns, self-compassion, and coping strategies in patients with chronic pain. Pain Reports. 2023;8(5):108-117.

39 Salkovskis P, Rimes K, Warwick H, Clark D. The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. Psychological Medicine. 2002;32(5):843-853.

40 Panahi S, Asghari-Moghaddam M, Shairi M, Eghter-Nejad S. Investigating the factor structure and psychometric properties of the Persian version of the short form of the Health Anxiety Questionnaire in a non-clinical sample. Educational Measurement Quarterly. 2010;1(2):46-21. [Persian]

41 Rosenstiel A, Keefe F. The use of coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patient characteristics and current adjustment. Pain. 1983;17(1):33-44

42 Dehghanpour V, Rafiepour A, Abolmaali-Elhoseni K, Sabet M, Vahid Dastjerdi M. Structural equation modeling of the relationship between pain coping strategies with brain/behavioral systems and distress tolerance in migraine sufferers. Journal of Disability Studies. 2021;11(1):86-74. [Persian]

43 Young J, Glasco J, Vishar M. Schema therapy, a practical guide for clinical professionals. Translation: Hamidpour H, Andoz Z. First edition Tehran: Arjomand Publications; 2011.

44 Gilbert P, McEwan K, Matos M, & Rivis A. Fears of compassion: Development of three self-report measures. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice. 2010;84(3):239-255.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-01]