ISSN: 2717-3216 Volume 11, Issue 2 (2024), 103-115 https://www.ijfpjournal.ir/

Iranian Journal of Family Psychology

Research Paper

10.22034/ijfp.2025.1975600.1187

Effectiveness of family-oriented psychological intervention on acceptance of chronic pain in married women with migraine

Negar Sheikhli[1] Masoud Gholamali Lavasani[2] Mehdi Dehestani [3] Gholamali Afrooz[4]

1. PhD in Health Psychology, Department of Psychology, Tehran University, Kish International Campus, Kish Iran
2. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran.
3. Associate Professor, Department of Psychology, South Tehran Branch, Payam Noor University, Tehran, Iran.
4. Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran

Article Info.

Received: 2 October 2024

Revised: 28 November 2024

Accepted: 1 January 2024

Keywords:

Migraine, psychological intervention, chronic pain, quality of life

Abstract

***Abstract*:**

A migraine pain affects all aspects of life, including physical, mental, and social conditions and relationships between couples. The objective of this study was to determine the effectiveness of family-oriented psychological intervention in the acceptance of chronic pain in married women with migraine. This study was a semi-experimental study with a three-month follow-up. In this study, 40 married women with migraine were assigned into two intervention and control groups randomly. Chronic Pain Acceptance Questionnaire (McCracken et al., 2004) was used in the evaluation stages. The intervention group underwent intervention during eight sessions and the control group was on the waiting list and received their usual interventions. Data analysis was conducted by repeated measurement variance analysis method using SPSS (version 24) software. The results showed a significant difference between the two groups in terms of chronic pain acceptance ($F = 46.622$, $P = 0.001$); 55% observed differences in the pain acceptance were observed. Chronicity was caused by the intervention. The results of the follow-up phase showed that the mean differences between pretest and posttest, pretest and follow-up, and posttest and follow-up were significant only in the intervention group ($P < 0.05$). Indeed, the chronic pain acceptance score increased over time in the intervention group compared to the control group. The results of this research study showed that family-oriented psychological intervention could be effective in accepting the chronic pain of women with migraine.

*Corresponding author

Email: : lavasani@ut.ac.ir

How to Cite:

Sheikhli, N., Gholamali Lavasani, M., Dehstani, M., Gholamali,A. (2024). Effectiveness of family-oriented psychological intervention on acceptance of chronic pain in married women with migraine. *Iranian Journal of Family Psychology*. *11*(2), 103-115.

ISSN: 2717-3216 https://www.ijfpjournal.ir/

روانشناسی خانواده
دوره یازدهم، شماره ۲، پاییز و زمستان ۱۴۰۳



مقاله پژوهشی

اثربخشی مداخله روان‌شناختی خانواده محور بر پذیرش درد مزمن در زنان متأهل مبتلا به میگرن

نگار شیخلی [۱] مسعود غلامعلی لواسانی [۲*] مهدی دهستانی [۳] غلامعلی افروز [۴]

۱. دکتری روان‌شناسی سلامت، گروه روانشناسی، دانشگاه تهران پردیس بین‌الملل کیش. کیش. ایران
۲. دانشیار، گروه روان شناسی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
۳. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد تهران جنوب، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.
٤. استاد ممتاز، گروه روان شناسی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

اطلاعات مقاله

دریافت: ۱۴۰۳/۰۷/۱۱

بازنگری: ۱۴۰۳/۰۹/۰۸

پذیرش: ۱۴۰۳/۱۰/۱۲

کلیدواژه‌ها:

میگرن، مداخله روان‌شناختی، درد

مزمن، کیفیت زندگی

چکیده

چکیده

درد ناشی از میگرن بر کل ابعاد زندگی، یعنی شرایط جسمی، روانی، اجتماعی و روابط بین زوجین تأثیر می‌گذارد. هدف این پژوهش تعیین اثربخشی مداخله روان‌شناختی خانواده محور بر پذیرش درد مزمن در زنان متأهل مبتلا به میگرن بود. این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی با پیگیری سه ماه بود. در این مطالعه ۴۰ زن متأهل مبتلا به میگرن در دو گروه مداخله و گواه به روش تصادفی مشارکت داشتند. در مراحل سنجش از پرسش‌نامه پذیرش درد مزمن (CPAQ) استفاده شد. گروه مداخله طی هشت جلسه تحت مداخله قرار گرفتند و گروه گواه در لیست انتظار قرار داشت و مداخلات معمول خود را دریافت کردند. تحلیل داده‌ها به روش تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر با نرم افزار SPSS-24 انجام شد. نتایج نشان داد که تفاوت معناداری بین دو گروه در متغیر پذیرش درد مزمن (P=۰/۰۰۱، F=۴۶/۶۲۲) وجود دارد (P<۰/۰۵) و ۵۵ درصد از تفاوت‌های مشاهده در متغیر پذیرش درد مزمن ناشی از مداخله بوده است. نتایج آزمون تبعی نشان داد که تفاوت میانگین بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون، پیش‌آزمون با پیگیری و پس‌آزمون با پیگیری فقط در گروه مداخله معنادار است (P<۰/۰۵)؛ در واقع نمره پذیرش درد مزمن در طول زمان در گروه مداخله نسبت به گروه گواه افزایش یافته است. نتایج این پژوهش نشان داد که مداخله روان‌شناختی خانواده محور می‌تواند در پذیرش درد مزمن زنان مبتلا به میگرن مؤثر باشد.

***نویسنده مسئول:**

پست الکترونیکی: lavasani@ut.ac.ir

استناد به این مقاله:

شیخلی، نگار، غلامعلی لواسانی، مسعود، دهستانی، مهدی، افروز، غلامعلی. (۱۴۰۳). اثربخشی مداخله روان‌شناختی خانواده محور بر پذیرش درد مزمن در زنان متأهل مبتلا به میگرن . *روانشناسی خانواده*، ۱۱(۲)، ۱۰۳-۱۱۵.

مقدمه

میگرن یک اختلال پیچیده نورولوژی است که از طریق سطح درد مشخص می‌شود که بالاتر از حد طبیعی است و در نتیجه اختلال در ترشح یا عملکرد انسولین یا هر دوی این موارد به وجود می‌آید (Baskin et al., 2006). عوارض مزمن بیماری اختلال میگرن را به طور کلی می‌توان به دو گروه، عوارض عروقی و غیر عروقی تقسیم کرد. عروقی همچون انواع بیماری‌های قلبی، رتینوپاتی، نوروپاتی، نفروپاتی، کاتاراکت می‌شود. عوارض غیر عروقی نیز شامل عفونت‌ها، تغییرات پوستی، کاهش شنوایی، بیماری‌های گوارشی، اختلال عملکرد جنسی را شامل می‌شوند (Finocchi et al., 2010).

سردرد میگرنی[1] یک سردرد ضربان دار تکرار شونده با علائم گذرای عصبی است. حملات سردرد معمولاً به همراه تهوع، استفراغ و گریز از نور و صدا می‌باشد (Tan et al., 2007). بررسی مطالعات دلالت بر این دارد که تنش‌های روانی - اجتماعی همراه با آشفتگی‌های هیجانی و ناتوانی در مقابله با حوادث زندگی و خانوادگی یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های حملات سردرد (شدت و تعداد حملات) محسوب می‌گردد که می‌تواند بر کیفیت زندگی این افراد تأثیر بگذارد (John et al., 2007). به طور کلی فشارهای زندگی وارده بر فرد، نحوهٔ مقابله فرد با آن فشار و میزان مقاومت و تحمل فشارها بر ایجاد و تشدید حملات میگرنی تأثیر زیادی دارد (Norton & Asmundson, 2004). بنابراین سردردها به ویژه سردردهای میگرنی، نه تنها یک مشکل نورولوژیک و روان‌شناختی خود فرد مبتلا است بلکه گاهی منجر به ناتوانایی‌های کلی شده، کیفیت زندگی بیمار و اعضای خانواده را مختل می‌نماید (Carotenuto et al., 2011).

درد ناشی از میگرن کل ابعاد زندگی، یعنی شرایط جسمی، روانی و اجتماعی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در درمان انواع درد از جمله سردردهای میگرنی درمان‌های دارویی همواره انتخاب اول است، اما با وجود تلاش‌های زیاد در زمینه درمان میگرن و به رغم مداخلات دارویی، بسیاری از بیماران مبتلا، همچنان درد را تجربه می‌کنند (Pei et al., 2020). به منظور درک بهتر و مداخلات مؤثرتر در مدیریت درد، الگوی زیستی روانی اجتماعی، یک الگوی یکپارچه فراهم می‌کند که هم به فرایندهای فیزیولوژیکی و هم متغیرهای روان‌شناختی و اجتماعی در ایجاد و تداوم درد مزمن توجه دارد و روابط بین زوجین بیمار تأثیر می‌گذارد (Templeton et al., 2010).

در سال‌های اخیر، به طراحی و به‌کارگیری درمان‌های روان‌شناختی مؤثر و مفیدی در کنار درمان‌های پزشکی منجر شده است. این درمان‌ها عمدتاً بر مشارکت بیمار و مسئولیت شخصی او تأکید می‌کنند. نتایج یک بررسی مروری نشان داد که مداخلات روان‌شناختی به طور معناداری موجب کاهش فراوانی و شدت سردرد و بهبود کیفیت خواب در افراد مبتلا به میگرن می‌شوند (Sullivan et al., 2019). پژوهش‌های دیگر نشان دادند که مداخلات رفتار درمانی به همراه مداخلات زیستی (دارویی) در افراد مبتلا به میگرن نقش مؤثری در کاهش دفعات و شدت سردرد دارد (Pérez-Muñoz et al., 2019). پژوهش دیگری نشان داد که مداخله روان‌شناختی آموزش مهارت‌های مقابله با استرس به همراه دارو درمانی نقش معناداری در کاهش شدت درد، بهبود کیفیت زندگی و راهبردهای مقابله‌ای داشته است (Rashid-Tavalai et al., 2016).

1 migraine headache

نتایج بررسی‌های اخیر دلالت بر این دارد که درمان‌های موج سوم رفتار درمانی، از درمان‌های موثر بر بهبود نشانگان روان‌شناختی افراد مبتلا به میگرن می‌باشد (Esteves et al., 2022; Lazaridou et al., 2020). در همین راستا نتایج یک بررسی مروری نشان داد که مداخلات روان‌شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی نقش موثری بر کاهش و شدت درد افراد مبتلا به میگرن دارند (Gu et al., 2018). همچنین نتایج مطالعات پیشین دلالت بر این دارد که مداخلات روان‌شناختی متمرکز بر شفقت نقش موثری بر کاهش استرس افراد مبتلا به سردرد تنشی (Parsapour & Raeisi, 2019)، کاهش شدت درد و کنترل هیجانی (Barchakh et al., 2021)، علائم میگرن و کاهش استرس (Ashharian Dokht et al., 2018) در افراد مبتلا به میگرن موثر بوده است. علاوه بر این در زمینه مداخلات خانواده محور، یک بررسی مروری نشان داد که الگوی توانمندسازی خانواده محور بر کیفیت زندگی بزرگسالان مبتلا به بیماری‌های مزمن مؤثر است و به طور خاص منجر به بهبود عملکرد فیزیکی، بهبود محدودیت نقش فیزیکی، کاهش درد جسمانی، افزایش سلامت عمومی، عملکرد اجتماعی و شادابی می‌شود (Vahedian-Azimi et al., 2018).

نتایج مطالعات نشان داد مداخلات روان‌شناختی پیشین برای افراد مبتلا به میگرن، عمدتاً بر کاهش استرس، مدیریت درد، یا بهبود کیفیت زندگی متمرکز بودند، اما غالباً به نقش حیاتی خانواده در مدیریت این بیماری توجه کافی نشده است. این مداخلات معمولاً تعاملات خانواده را در تنظیم هیجانات و حمایت از فرد بیمار در نظر نمی‌گیرند و ممکن است در ایجاد پایداری و تأثیرات بلندمدت محدود باشند. از این جهت پروتکل تدوین شده با در نظر گرفتن نقش فعال خانواده در مدیریت میگرن این خلاء پژوهشی را پر می‌کند. بنابراین، یکی از اهداف پژوهش حاضر طراحی برنامه مداخلات روان‌شناختی خانواده محور در این افراد می‌باشد و سپس کارایی آن مورد بررسی قرار خواهد گرفت. با توجه به آنچه گفته شد و بررسی جامع پیشینه پژوهش‌های انجام شده، سؤال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا برنامه مداخله روان‌شناختی خانواده محور بر پذیرش درد در زنان متأهل مبتلا به میگرن مؤثر است؟

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

پژوهش حاضر به روش نیمه تجربی با طرح پیش آزمون – پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری را کلیه افراد متأهل مبتلا به میگرن مراجعه کننده به کلینیک درد مهر در استان گیلان شهر رشت در ماه‌های آذر تا بهمن در سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند. پس از بررسی‌های اولیه و انجام آزمایش‌ها، تشخیص اختلال میگرن دریافت کردند، تشکیل دادند. نمونه پژوهش حاضر به روش هدفمند ۴۰ نفر (۲۰ نفر برای هر گروه، ۰/۵=حجم اثر، ۰/۵۰= آلفا) هر گروه ۲۰ نفر؛ گروه آزمایش و گواه) انتخاب شدند. ملاک های ورود و خروج این مطالعه عبارت بودند از: دامنهٔ سنی ۵۵-۴۰ سال، ابتلا به اختلال میگرن بر اساس تشخیص کلینیکی میگرن در بیماران تأیید گردد؛ به مدت حداقل شش ماه به تشخیص پزشک متخصص، میزان تحصیلات بالاتر از سیکل، عدم وجود سابقه بیماری عصبی و روانی وسابقه بستری در بیمارستان، عدم سوء مصرف مواد، توانایی شرکت درجلسه های گروه درمانی و تمایل به همکاری. ملاک های خروج از مطالعه برای گروه آزمایش: عدم حضور در جلسات مداخله بیش از دو جلسه، عدم تمایل به ادامه حضور در جلسات مداخله بود. از طریق جایگزینی تصادفی[4] به گروه آزمایش و یک گروه کنترل تقسیم شدند (با استفاده از جدول اعداد تصادفی) و پس از جایگزینی تصادفی، برای رعایت اصل کاربندی تصادفی، دوباره از روی تصادف یکی از گروه‌ها به عنوان

4 Random Allocation or Randomization

گروه مداخله (درمان خانواده محور) و گروه کنترل (گروهی که تنها درمان‌های دارویی و آموزش جاری اختلال میگرن را دریافت می‌کنند) انتخاب شدند. کلیه‌ی شرکت‌کنندگان پرسشنامه‌های مشخصات دموگرافیک، پرسش‌نامه پذیرش درد را در مرحله پیش آزمون و پس آزمون تکمیل کردند گروه آزمایش تحت مداخله ذکر شده قرار گرفتند. بنا به اهداف تحقیق نیز، ۳ ماه بعد از مداخله جهت انجام امور پیگیری درمان، جلسه ای با هدف ارزیابی کلی اثر بخشی مداخله صورت پذیرفت. لازم به ذکر است که در پژوهش حاضر افت آزمودنی در مراحل سنجش رخ نداد.

مداخله در جلسات اول، دوم، سوم و چهارم که بیمار به همراه عضو معرفی شده از طرف خانواده‌اش شرکت داشتند هدف اصلی برنامه مداخله روان‌شناختی خانواده محور، توانمند شدن سیستم خانواده بیمار و عضو فعال خانواده وی در جهت ارتقای سطح سلامت و بهبود نشانگان اختلال میگرن و تبعیت از درمان انجام پذیرفت. در گروه کنترل طی مدت پژوهش مداخله‌ای صورت نگرفته و تنها از پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت شناختی و پرسش‌نامه پذیرش درد قبل و بعد از مداخله در گروه‌های آزمون جهت سنجش این بیماران به طور هم‌زمان با دو گروه مداخله استفاده شد. به لحاظ اخلاقی در طی مطالعه ارتباطی بین گروه کنترل و آزمون وجود نداشت. گروه کنترل طبق پروتکل جاری خاص توسط پزشک متخصص تحت درمان بودند و پژوهشگر هیچ‌گونه دخالتی نداشت. همچنین در پایان مطالعه، تمامی موارد آموزش داده شده به گروه آزمون، در قالب یک بسته آموزشی به گروه کنترل ارائه شد.

پروپوزال این پژوهش با شماره IR.UT.PSYEDU.REC.1401.034 در کمیته ملی اخلاق، شعبه دانشگاه تهران به ثبت رسیده است؛ مداخله توسط روانشناس آموزش دیده تحت نظر متخصصان درد مزمن و روانشناسی سلامت اجرا شده است. در این مطالعه کلیه ملاحظات اخلاقی رعایت شده است و افراد در این مطالعه مشارکت اختیاری داشتند و از همه افراد رضایت آگاهانه مکتوب دریافت شد.

محتوای جلسات مداخله روان‌شناختی خانواده محور با استفاده از روش کتابخانه‌ای و نظر متخصصین تدوین شد. مجموعه مقالات، کتاب‌ها، و پایان‌نامه‌های فارسی و لاتین منتشره شده در مجلات و پایگاه‌های معتبری همچون گوگل اسکالر، ساینس دایرکت پاب مد ، وایلی ، اس ای دی ، نورمگز ، مگ ایران، پایگاه استنادی جهان اسلام و پرتال جامع علوم انسانی بررسی گردید. همچنین برای دستیابی به مضامین و همچنین معانی مرتبط به پروتکل تدوین شده از واژه‌ها و کلمات کلیدی مرتبط با مداخلات روان‌شناختی خانواده محور استفاده شده است.

در پژوهش حاضر مداخله روان‌شناختی خانواده محور به مجموعه‌ای از اقدامات درمانی و آموزشی اطلاق می‌شود که هدف آن بهبود تعاملات و روابط بین اعضای خانواده، به‌ویژه زوجین، در راستای مدیریت مشکلات ناشی از اختلالات روانی یا جسمانی مانند میگرن است. در پروتکل ارائه‌شده، این مداخله بر ارتقای صمیمیت، همدلی، تعهد و توانمندی زوجین در مواجهه با مشکلات زناشویی مرتبط با میگرن تمرکز دارد. جلسات شامل آگاهی‌بخشی درباره اختلال، تقویت مهارت‌های ارتباطی، مدیریت هیجانات، حل مسئله و تاب‌آوری مشترک است. در این پژوهش، بررسی روایی محتوایی این برنامه، توسط ۹ متخصص روان‌شناسی و ۲ پزشک متخصص دردهای مزمن همکار با کلینیک مهر، صورت گرفت. برای کل برنامه مداخلات روان‌شناختی خانواده محور، ضریب نسبی روایی محتوا برابر با ۰/۹۳ و شاخص روایی محتوا برابر با ۰/۹۵ به دست آمد که با توجه به اینکه با ۱۱ ارزیاب، حداقل مقدار روایی (CVR) باید حدود ۰/۵۵ باشد، و با توجه به اینکه ملاک پذیرش نمره (CVI) باید ۰/۷۹ و بالاتر باشد، لذا اعتبار محتوای این برنامه

پذیرفته شده و مورد تأیید می‌باشد. در جدول ۱ سرفصل محتوای جلسات مداخله روان‌شناختی خانواده محور ارائه شده است.

جدول ۱: سرفصل محتوای جلسات مداخله روان‌شناختی خانواده محور

جلسه	محتوا	تکلیف
جلسه اول	در جلسه اول به معرفی اعضا پرداخته شد؛ دعوت شرکت‌کنندگان به بحث پیرامون اهداف مورد انتظار از شرکت در این جلسات آشنایی شرکت‌کنندگان با اهداف برنامه - آگاهی از بیماری میگرن و مشکلات زناشویی ایجاد شده از بیماری میگرن پرداخته شد.	فکر کردن درباره زندگی زوجیت خود و مشخص کردن مشکلات زناشویی ناشی از میگرن
جلسه دوم	در جلسه دوم به احیای اهداف و آرمان‌های ازدواج، ارتقای صمیمیت، صداقت بین زوجین، باور به هدف آرامش در سایه ازدواج، تعهدات اخلاقی، خوش‌بینی، گشاده رویی، ارتباط عمیق با همسر پرداخته شد.	تعیین و به‌کارگیری جملات مثبت - تمرین خودآگاهی هیجانی
جلسه سوم	در این جلسه به اهمیت احساس همسر درباره همسر مبتلا به میگرن، ارتقای تعهد مشترک نسبت به همسر مبتلا به میگرن، آراستگی ظاهری و کلامی، کاربرد مهارت، حس دوست داشتن و تحلیل تنش‌های ایجاد شده از بابت بیماری پرداخته شد.	تحلیل نگرانی‌های همسر درباره زندگی مشترک و همسر دارای اختلال میگرن
جلسه چهارم	در این جلسه به بهبود بخشی رابطه تعاملی زوج با همسر مبتلا به میگرن و با همدیگر - شناخت بیشتر اختلال میگرن، مرور احساسات هر دو زوج نسبت به بیماری، تنش مرتبط با اختلال و تکنیک‌های مدیریت آن، آشنایی زوجین با نشانه‌ها و ویژگی‌های اختلال میگرن پرداخته شد.	تمرین رابطه مثبت با همسر دارای اختلال با صبر و حوصله و درک فرد مبتلا به اختلال میگرن
جلسه پنجم	در این جلسه تحکیم باورهای خوشایند نسبت به همدیگر حتی با داشتن اختلال میگرن، تاب آوری متناسب با بیماری، حل مسئله مشترک زوجین از طریق پذیرش واقعیت بیماری و سازگاری با آن ضمن حفظ باور خوشایند در کنار هم رضایت از ارتباط زناشویی و پذیرش متقابل با وجود همسر دارای اختلال، تحمل متقابل و تاب آوری پرداخته شد.	تمرین تاب آوری مشترک
جلسه ششم	در جلسه ششم به ارتقای مدیریت اختلال میگرن - تحکیم الگوهای صحیح رضایت زوجیت و فرزند، مرور جلسات گذشته، نتیجه‌گیری و ارزیابی عملی از مهارت‌های کسب شده، رفع اشکالات و ارائه الگوهای درست در اصلاح آن‌ها پرداخته شد.	استفاده از روش ایفای نقش در کلاس - مشاوره گروهی کوتاه در کلاس
جلسه هفتم	در جلسه هفتم به بهبود رابطه زناشویی، ارتقای نشاط معنوی - اصول بهبود بخشی رابطه تعاملی زوجین با هم، توانایی برقراری ارتباط عاطفی عمیق با یکدیگر (همراه با قاطعیت منطق) پرداخته شد.	تمرین نشاط معنوی
جلسه هشتم	در جلسه هشتم به کمک به ارتقای رضامندی زوجیت، توجه به همسر در موقعیت اجتماعی و احترام به همسر، با محبت صدا زدن همسر، عصبانیت کم و برخورد مسامحت آمیز، الگوی مطلوب حل کردن صبورانه مشکلات پرداخته شد.	تمرین راهکارهای متناسب با مسئله و خودکنترلی در هیجانات، تلاش برای حس آرامش با مهارت‌های ارتباطی

ابزار سنجش

پرسش‌نامه پذیرش درد مزمن (CPAQ): این پرسش‌نامه (McCracken et al., 2004) به طور گسترده در پژوهش‌های مرتبط با درد مزمن مورد استفاده قرار می‌گیرد. این پرسش‌نامه ۲۰ آیتم دارد که در یک مقیاس ۷ درجه‌ای، از صفر تا ۶ نمره گذاری می‌شود و دو خرده مقیاس دارد: الف) در گیری در فعالیت‌ها (پیگیری فعالیت‌های روزانه با وجود درد) و ب) پذیرش درد (عدم وجود نسبی تلاش‌ها برای اجتناب از درد یا کنترل آن). یازده آیتم این پرسش‌نامه به پذیرش درد مربوط و مستقیم نمره گذاری می‌شود (آیتم‌های ۱، ۲، ۳، ۵، ۶، ۸، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۵ و ۱۹). در حالی که نهایتم درگیری در فعالیت‌ها (آیتم‌های ۴، ۷، ۱۱، ۱۳، ۱۴، ۱۶، ۱۷، ۱۸ و ۲۰) نمره گذاری معکوس دریافت می‌کنند. دامنه نمرات در این پرسش‌نامه بین صفر الی ۱۲۰ است و نمرات بالاتر نشان دهنده پذیرش بیشتر درد است (McCracken et al., 2004). آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه توسط طراحان برای درگیری در فعالیت و پذیرش درد به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۷۵ گزارش شده است (McCracken et al., 2004). پایایی این پرسش‌نامه در مطالعه حاضر به روش همسانی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های درگیری در فعالیت‌ها، درد و نمره کل به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۷۰ و ۰/۷۵ محاسبه شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۴۰ نفر (۲۰ نفر گروه آزمایش و ۲۰ نفر گروه گواه) مشارکت داشتند. در جدول ۲ اطلاعات جمعیت‌شناختی دو گروه ارائه شد.

جدول ۲: اطلاعات جمعیت‌شناختی گروه‌های مداخله و گواه

متغیر	گروه آزمایش	گروه گواه	(t/χ2) P
سن	۴۳/۹۲ ±۶/۶۱	۴۵/۵۳ ±۵/۳۱	(t=۰/۸۴۹) ۰/۴۰۱
تحصیلات			(χ2=۰/۲۲۸)
کارشناسی	۳	۲	۰/۶۳۲
کارشناسی ارشد	۱۷	۱۸	
تعداد فرزندان			(χ2=۰/۲۳۴)
یک فرزند	۲	۳	۰/۸۸۹
دو فرزند	۳	۳	
سه فرزند	۱۵	۱۴	
وضعیت اشتغال			(χ2=۰/۱۷۳)
آزاد	۱۶	۱۷	۰/۶۷۷
کارمند	۴	۳	

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد میانگین سن اعضاء گروه آزمایش ۴۳/۹۲ و میانگین سن اعضاء گروه گواه ۴۵/۵۳ بود. در گروه آزمایش و گواه افراد با تحصیلات کارشناسی ارشد بالاترین درصد فراوانی را داشتند. در گروه آزمایش پاسخگویان دارای سه فرزند بیشترین فراوانی و پاسخگویان دارای یک و دو فرزند کمترین فراوانی را داشتند، در گروه گواه نیز پاسخگویان دارای سه فرزند بیشترین درصد فراوانی را در بین اعضاء نمونه داشتند. همچنین بیشتر اعضاء گروه آزمایش و گواه دارای وضعیت شغلی آزاد بودند. علاوه بر این نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر اطلاعات جمعیت‌شناختی همگون می‌باشند. در جدول ۳ یافته‌های توصیفی ارائه شده است.

جدول ۳: *میانگین و انحراف معیار پذیرش درد مزمن به تفکیک گروه‌ها*

متغیر	مرحله سنجش	گروه مداخله انحراف معیار±میانگین	گروه گواه انحراف معیار±میانگین
پذیرش درد مزمن	پیش آزمون	۷۵/۵±۰۰/۴۵	۷۴/۴±۴۰/۴۱
	پس آزمون	۸۹/۶±۴۰/۵۵	۷۵/۵±۸۵/۰۲
	پیگیری	۹۳/۴±۴۰/۹۵	۷۶/۷±۴۵/۶۲

نتایج جدول ۳ گویای این است که نمرات پذیرش درد مزمن در گروه مداخله نسبت به گروه گواه، تغییرات بیشتری داشته است. جهت بررسی معناداری تغییرات نمرات در متغیرهای پژوهش از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. نتایج در ادامه گزارش شده است. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک جهت بررسی پیش‌فرض طبیعی بودن توزیع داده‌ها نشان داد که مقدار آماره آزمون شاپیرو-ویلک در گروه‌ها در متغیرها معنادار نیست، به‌عبارت دیگر، داده‌ها دارای توزیع نرمال است (P>۰/۰۵). نتایج آزمون باکس جهت بررسی پیش‌فرض همسانی ماتریس‌های کوواریانس نشان داد که متغیر پذیرش درد مزمن (P=۰/۰۹۴، Box's M=۱۱/۸۳۳) در شرکت‌کنندگان معنادار نیست، بر این اساس این پیش‌فرض برقرار می‌باشد (P>۰/۰۵). نتایج آزمون لون نشان داد که همگونی واریانس‌ها در متغیر پذیرش درد مزمن در مراحل پیش‌آزمون (P=۰/۵۱۱، F=۰/۴۴۰)، پس آزمون (P=۰/۱۷۷، F=۱/۸۹۵) و پیگیری (P=۰/۰۵۹، F=۳/۷۰۹) برقرار می‌باشد (P<۰/۰۵). نتایج آزمون کرویت ماچلی نشان داد که مقدار P آزمون در متغیر پذیرش درد مزمن (W =۰/۹۰۷ ماچلی، ۳/۶۰۶=تخمین خی‌دو، ۲=درجه آزادی، P=۰/۱۶۵) معنادار نمی‌باشد (P>۰/۰۵).

جدول ۴: *نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر برای متغیر پذیرش درد مزمن در مراحل سنجش*

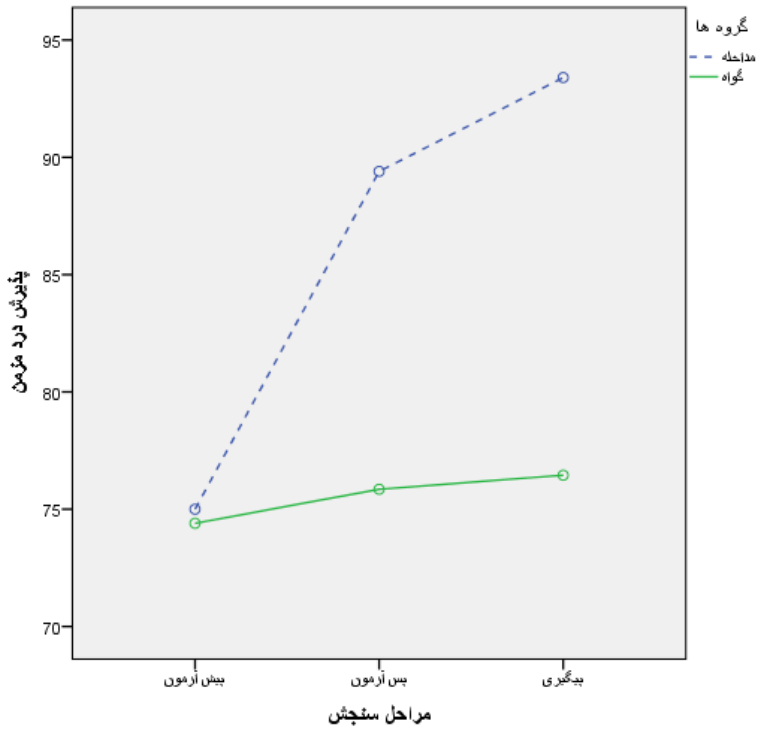
متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	اندازه اثر
پذیرش درد مزمن	زمان	۲۳۰۱/۹۵۰	۲	۱۱۵۰/۹۷۵	۷۳/۵۰۱	<۰/۰۰۱	۰/۶۵۹
	زمان*گروه	۱۴۸۸/۶۱۷	۲	۷۴۴/۳۰۸	۴۷/۵۳۲	<۰/۰۰۱	۰/۵۵۶
	خطا	۱۱۹۰/۱۰۰	۷۶	۱۵/۶۵۹			
	بین گروهی	۳۲۲۴/۰۳۳	۱	۳۲۲۴/۰۳۳	۴۶/۶۲۲	<۰/۰۰۱	۰/۵۵۱

نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر در جدول ۴ ارائه شده است. نتایج نشان داد که بین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیر پذیرش درد مزمن (P=۰/۰۰۱، F=۷۳/۵۰۱) بدون توجه به عامل گروهی تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین روند تغییرات نمرات در این متغیرها از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری (اثر متقابل زمان و گروه) در گروه‌ها متفاوت بوده است (P=۰/۰۰۱، F=۴۷/۵۳۲). اندازه اثر مداخله در متغیر پذیرش درد مزمن در طول زمان ۶۵ درصد و در اثرمتقابل زمان و گروه ۵۵ درصد محاسبه شد. معناداری اثر متقابل زمان و گروه نشان می‌دهد، تغیرات متغیر در دو گروه مداخله و گواه روند متفاوتی را دنبال می‌کنند. به عبارتی، یافته‌های فوق حاکی از آن است که روند تغییر معناداری در میانگین متغیرهای مورد بررسی در مراحل ارزیابی مشاهده شده و میزان تغییرات مربوط به متغیرها طی مراحل ارزیابی در دو گروه مورد مطالعه یکسان نبوده است. در ادامه با بررسی اثرات بین گروهی مشخص شد که روند تغییرات در هر یک از گروه‌های پژوهش به چه شکل بوده است. نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر در قسمت تغییرات بین‌گروهی نشان داد که تفاوت معناداری بین دو گروه در متغیر پذیرش درد مزمن (P=۰/۰۰۱، F=۴۶/۶۲۲) وجود دارد (P<۰/۰۵). همانطور که مشاهده می‌شود ۵۵ درصد از تفاوت‌های مشاهده در متغیر پذیرش درد مزمن ناشی از عضویت گروهی (مداخله) بوده است.

جدول ۵: میانگین و انحراف معیار نمرات پذیرش درد مزمن در گروه‌های مداخله و گواه طی مراحل سنجش و مقایسه آن‌ها

گروه‌ها	مراحل آزمون			آزمون تبعی بون‌فرونی		
	پیش‌آزمون میانگین±انحراف معیار	پس آزمون میانگین±انحراف معیار	پیگیری میانگین±انحراف معیار	پیش‌آزمون تا پس‌آزمون *P<۰/۰۵	پیش‌آزمون تا پیگیری *P<۰/۰۵	پس‌آزمون تا پیگیری *P<۰/۰۵
مداخله	۷۴/۴۰±۴/۴۱	۷۵/۰۰±۵/۴۵	۷۴/۴۰±۴/۴۱	(P=/۰۰۰۱) *۱۴/۴۰۰	(P=/۰۰۰۱) *۱۸/۴۰۰	(P=۰/۰۱۰) *۴/۰۰۰
گواه	۷۵/۸۵±۵/۰۲	۸۹/۴۰±۶/۵۵	۷۵/۸۵±۵/۰۲	۱/۴۵۰ (P=۰/۷۱۰)	(P=۰/۲۳۳) ۲/۰۵۰	(P=۱/۰۰۰) -۰/۶۰۰

جهت مقایسه تغییرات گروها در مراحل مختلف آزمون از آزمون تبعی بن‌فرونی استفاده شده است، نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است. نتایج حکایت از این دارد که میانگین بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون، پیش‌آزمون با پیگیری و پس‌آزمون با پیگیری فقط در گروه مداخله معنادار است (P<۰/۰۵)؛ در واقع نمره پذیرش درد مزمن در طول زمان در گروه مداخله نسبت به گروه گواه افزایش یافته است، جهت درک بهتر این تغییرات، نمودار تغییرات این متغیر به تفکیک گروه‌ها در نمودار ۱ ارائه شده است.



نمودار ۱. روند تغییرات متغیر پذیرش درد مزمن در گروه‌های مداخله و گواه در مراحل سنجش

بررسی دیداری نمودار ۱ نشان می‌دهد که هر دو گروه در مرحله پیش‌آزمون تقریباً نزدیک به یکدیگر بودند، اما در در مرحله پس‌آزمون و پیگیری، میانگین گروه مداخله افزایش داشته است. در مقابل پس‌آزمون و پیگیری گروه گواه، تغییرات ناچیزی داشته است. طبق شکل ۱ می‌توان نتیجه گرفت که مداخله در طول زمان بر متغیر پذیرش درد مزمن اثر افزایشی داشته است.

بحث

نتایج پژوهش نشان داد که برنامه مداخلات روان‌شناختی خانواده محور بر پذیرش درد مزمن در افراد متأهل مؤثر است. نتایج برخی از مطالعات پیشین دلالت بر اهمیت مداخلات روان‌شناختی بر نشانگان در درد در افراد مبتلا به میگرن داشته است (Guralnick, 1991;) (Norman et al., 2013; Rauh et al., 1988). همچنین نتایج مطالعات پیشن دلالت بر اهمیت مداخله درمانی مبتنی بر شفقت بر کاهش استرس افراد مبتلا به سردرد تنشی (Parsapour & Raeisi, 2019)، کاهش شدت درد و کنترل هیجانی (Barchakh et al., 2021)، علائم میگرن و کاهش استرس (Ashharian Dokht et al., 2018) در افراد مبتلا به میگرن و همچنین بهبود عملکرد فیزیکی و کاهش درد جسمانی (Vahedian-Azimi et al., 2018) در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن داشته است.

در تبیین یافته پژوهش بر اساس رویکردهای موج سوم در روان‌شناسی می‌توان گفت، این رویکردها با تمرکز بر پذیرش تجربیات ناخوشایند و تغییر رابطه فرد با درد، به جای تلاش برای حذف آن، نقش مهمی در بهبود کیفیت زندگی بیماران ایفا می‌کنند (Lazaridou et al., 2020). در مداخلات خانواده محور، این نظریه‌ها از طریق آموزش مهارت‌های ارتباطی و افزایش همدلی در میان اعضای خانواده به‌ویژه همسر، به تقویت پذیرش درد کمک می‌کنند (Esteves et al., 2022). این فرآیند، با تغییر الگوهای تعاملی ناسازگار و کاهش استرس ناشی از ارتباطات معیوب، محیط حمایتی‌تری برای بیمار فراهم می‌آورد. یکی از مفاهیم اساسی در رویکردهای موج سوم روانشناسی پذیرش است که بر پذیرش آگاهانه و بدون قضاوت تجربیات درونی، از جمله درد فیزیکی و هیجانات مرتبط با آن تأکید دارد (Hayes & Linehan, 2018). در زنان متأهل مبتلا به میگرن، عدم پذیرش درد ممکن است به انزوای اجتماعی و کاهش تعامل مثبت با همسر منجر شود. از این‌رو، مداخلات روان‌شناختی خانواده محور با استفاده از تکنیک‌هایی مانند ارتباط مؤثر و تنظیم هیجانی به بیماران و همسران آن‌ها کمک می‌کند تا درک بهتری از یکدیگر داشته باشند.

همچنین نظریه‌های خانواده‌درمانی بر اهمیت تعاملات بین‌فردی و نقش خانواده به‌عنوان یک سیستم پویا تأکید دارند (Minuchin, 2018). در این چارچوب، درد مزمن نه تنها به‌عنوان یک تجربه‌ی فردی، بلکه به‌عنوان یک پدیده‌ی نظام‌مند در نظر گرفته می‌شود که بر تمام اعضای خانواده تأثیر می‌گذارد. برای مثال، در مداخلات خانواده محور، به چگونگی واکنش همسر نسبت به شکایات بیمار توجه شده و تلاش می‌شود تا رفتارهای حمایتی و غیرانتقادی جایگزین واکنش‌های منفی یا اجتنابی گردد. این تغییرات رفتاری نه تنها موجب کاهش استرس بیمار می‌شود، بلکه احساس درک و همدلی متقابل را افزایش داده و پذیرش درد را تسهیل می‌کند.

علاوه بر این یکی از مفاهیم کلیدی در رویکردهای موج سوم روان‌شناسی مفهوم شفقت است. شفقت تأکید ویژه‌ای بر توانایی فرد برای برخورد مهربانانه با خود و دیگران در مواجهه با رنج دارد (Gilbert, 2009). این مفهوم به‌ویژه در مدیریت درد مزمن اهمیت می‌یابد، زیرا درد فیزیکی اغلب با احساسات منفی مانند شرم، ناامیدی، و خودسرزنشگری همراه است (Purdie & Morley, 2016). زنان متأهل مبتلا به میگرن، علاوه بر چالش‌های ناشی از درد، ممکن است با انتظارات اجتماعی و خانوادگی برای مدیریت نقش‌های مختلف خود مواجه شوند که این فشارها می‌تواند پذیرش درد را دشوارتر کند. در این راستا، مداخله خانواده محور مبتنی بر شفقت تلاش می‌کند تا هم در بیمار و هم در خانواده، نگرشی مهربانانه و غیر قضاوت‌گرانه نسبت به رنج

ایجاد کنند. شفقت به خود که شامل سه عنصر اصلی یعنی مهربانی با خود، اشتراک انسانی و ذهن‌آگاهی است، یکی از عوامل کلیدی در پذیرش درد محسوب می‌شود (Gilbert, 2009: Purdie & Morley, 2016).

در مداخلات خانواده محور، بیمار تشویق می‌شود تا به جای انتقاد از خود به دلیل محدودیت‌های ناشی از درد، با خود مهربان باشد و رنج خود را به‌عنوان بخشی از تجربه انسانی بپذیرد (Esteves, et al., 2022). به طور هم‌زمان، همسر بیمار نیز آموزش می‌بیند تا با رفتارهای حمایتگرانه و شفقت‌آمیز به جای سرزنش یا بی‌توجهی، به کاهش بار روانی و هیجانی بیمار کمک کند. برای مثال، تمرین‌هایی که در آن اعضای خانواده یاد می‌گیرند به جای تمرکز بر مشکل (مانند درد بیمار)، به نیازهای هیجانی و روانی یکدیگر توجه کنند، می‌تواند محیطی امن و همدلانه ایجاد کند. این ارتباطات باعث می‌شود بیمار احساس درک و پذیرش بیشتری داشته باشد که به نوبه‌ی خود، پذیرش درد را تسهیل می‌کند.

مفهوم شفقت همچنین تأکید دارد که خود انتقادی و قضاوت‌های منفی اجتماعی می‌توانند درد را تشدید کنند (Purdie & Morley, 2016). در زنان مبتلا به میگرن، این احساسات منفی ممکن است از انتظارات نقش‌های خانوادگی و اجتماعی سرچشمه بگیرد. به‌عنوان بخشی از مداخله خانواده محور، تکنیک‌های مبتنی بر شفقت می‌توانند به بیمار کمک کنند تا به جای تمرکز بر ضعف‌های خود، جنبه‌های مثبت وجودی و تلاش‌های خود را تصدیق کند. علاوه بر این، مداخلات خانواده محور تلاش می‌کنند تا شفقت به دیگران نیز در روابط زناشویی تقویت شود. هنگامی که همسر بیمار، با دیدی شفقت‌آمیز و بدون قضاوت، به نیازهای بیمار پاسخ می‌دهد، رابطه زناشویی بهبود می‌یابد و بیمار احساس حمایت بیشتری می‌کند. این حمایت نه تنها به کاهش استرس بیمار منجر می‌شود، بلکه درک متقابل از شرایط یکدیگر را نیز افزایش می‌دهد. در نهایت، مفهوم شفقت در مداخلات خانواده محور، با تأکید بر ایجاد یک چرخه مثبت از همدلی و مهربانی در روابط خانوادگی، به بیمار کمک می‌کند تا پذیرش درد مزمن را تقویت کند. این رویکرد می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی، کاهش پریشانی روانی، و افزایش رضایت زناشویی در زنان مبتلا به میگرن منجر شود. به‌علاوه، محیط شفقت‌آمیز خانواده، با کاهش تنش‌های بین‌فردی، احتمال تداوم اثرات مثبت مداخله را در بلندمدت افزایش می‌دهد.

علاوه بر این، نتایج مرحله پیگیری سه‌ماهه نشان داد که نمرات پذیرش درد در این مرحله نسبت به پس‌آزمون نیز به طور معناداری افزایش یافته است. این یافته حاکی از آن است که اثرات مداخله نه‌تنها پایدار بوده، بلکه با گذشت زمان تقویت نیز شده است. چنین بهبودی احتمالاً ناشی از تثبیت تغییرات ایجادشده در شناخت و رفتار شرکت‌کنندگان و استمرار حمایت خانوادگی در دوره پس از مداخله است. همچنین، شرکت‌کنندگان ممکن است در این بازه زمانی فرصت بیشتری برای استفاده از مهارت‌ها و استراتژی‌های آموخته‌شده در مداخله پیدا کرده باشند که به تقویت پذیرش درد و کاهش مقاومت‌های شناختی و عاطفی در برابر آن انجامیده است. این نتایج اهمیت مداخلات خانواده محور را در مدیریت روان‌شناختی درد مزمن برجسته می‌کند و نشان می‌دهد که تقویت نقش خانواده می‌تواند تأثیر عمیقی بر پایداری و اثربخشی مداخلات روان‌شناختی داشته باشد.

با این حال پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همراه بود. نخستین محدودیت حجم کوچک نمونه است. گرچه این مطالعه دستخوش افت آزمودنی‌ها نشد، ولی حجم کم نمونه این مطالعه یکی از محدودیت‌هایی است که مانع از برآورد دقیق اندازه اثر برنامه شده است. محدودیت دوم مربوط به استفاده از ابزارهای خود گزارشی است. این ابزارها دارای مشکلات ذاتی (خطای اندازه

گیری، عدم خویشتن نگری و...) است. همچنین نمونه این پژوهش بر روی بیماران زن مبتلا به اختلال میگرن انجام شده است شرایط یاد شده تعمیم نتایج را با احتیاط مواجهه می‌کند. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی برای کنترل اثر انتظار، برنامه‌های شبه درمان (برنامه پلاسیبو) بر روی کنترل اجرا شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود از نمونه‌هایی با حجم بزرگ‌تر برای دستیابی به اندازه اثر واقعی برنامه استفاده شود. پیشنهاد می‌شود پژوهشگران برای بسط یافته‌های این مطالعه، برنامه مداخلات روان‌شناختی خانواده محور را بر روی بیماران مشابه در سایر بیمارستان‌ها اجرا کنند.

تشکر و سپاسگزاری

پژوهشگران بر خود لازم می دانند که از معاونت پژوهشی و فناوری دانشگاه تهران و همچنین ریاست مرکز آقای دکتر سیروس امیرعلوی و کارکنان کلینیک درد مهر شهر رشت و زنان مبتلا به میگرن که در این مطالعه مشارکت داشتند، صمیمانه قدردانی می‌نمایند.

تعارض منافع

تعارضی در منافع گزارش نشده است.

References

Ashharian Dokht, M., Yarmohammadian, A., Sharifi, T., & Ghazanfari, A. (2018). A Comparison of the Effectiveness of Compassion-Focused Therapy and Transdiagnostic Treatment on Symptoms of Migraine. *Community Health Journal*, *12*(3), 10-19. https://doi.org/10.22123/chj.2019.136644.1158.[In Persian]

Barchakh, Z., Mardani Valandani, Z., & Khorvash, F. (2021). The effectiveness of compassion-focused therapy for improving emotional control and reducing the severity of pain in migraine patients. *Practice in Clinical Psychology*, *9*(1), 51-60. http://dx.doi.org/10.32598/jpcp.9.1.740.1

Baskin, S. M., Lipchik, G. L., & Smitherman, T. A. (2006). Mood and anxiety disorders in chronic headache. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, *46*, S76-S87. https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2006.00559.x

Carotenuto, M., Esposito, M., Precenzano, F., Castaldo, L., & Roccella, M. (2011). Cosleeping in childhood migraine. *Minerva pediatrica*, *63*(2), 105-109. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21487373/

Esteves, I. M., Coelho, M. S., Neves, H., Pestana-Santos, M., & Reis Santos, M. (2022). Efectiveness of family-centred educational interventions for anxiety, pain and behaviours of children and adolescents and anxiety of their parents during the perioperative journey: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Perioperative Nursing (JPN)*, *35*(1), e-3. https://doi.org/10.26550/2209-1092.1153

Finocchi, C., Villani, V., & Casucci, G. (2010). Therapeutic strategies in migraine patients with mood and anxiety disorders: clinical evidence. *Neurological Sciences*, *31*(1), 95-98. https://doi.org/10.1007/s10072-010-0297-2

Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*, *15*(3), 199-208. https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.005264

Gu, Q., Hou, J. C., & Fang, X. M. (2018). Mindfulness meditation for primary headache pain: a meta-analysis. *Chinese Medical Journal*, *131*(07), 829-838. https://doi.org/10.4103/0366-6999.228242

Guralnick, M. J. (1991). The next decade of research on the effectiveness of early intervention. *Exceptional children*, *58*(2), 174-183. https://doi.org/10.1177/001440299105800209

Hayes, S. C., & Linehan, M. M. (2018). Third-wave therapies. *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis*, *9*, 270-288. https://global.oup.com/academic/product/systems-of-psychotherapy-9780197774908?q=Systems%20of%20Psychotherapy&lang=en&cc=us

John, P. J., Sharma, N., Sharma, C. M., & Kankane, A. (2007). Effectiveness of yoga therapy in the treatment of migraine without aura: a randomized controlled trial. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, *47*(5), 654-661. https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2007.00789.x

Lazaridou, A., Paschali, M., & Edwards, R. R. (2020). Future directions in psychological therapies for pain management. *Pain Medicine*, *21*(11), 2624-2626. https://doi.org/10.1093/pm/pnaa335

McCracken, L. M., Vowles, K. E., & Eccleston, C. (2004). Acceptance of chronic pain: component analysis and a revised assessment method. *Pain*, *107*(1-2), 159-166. https://doi.org/10.1016/j.pain.2003.10.012

Minuchin, S. (2018). *Families and family therapy*. Routledge. http://dx.doi.org/10.4324/9780203111673

Norman, R. M., Windell, D., Lynch, J., & Manchanda, R. (2013). Correlates of subjective recovery in an early intervention program for psychoses. *Early Intervention in Psychiatry*, *7*(3), 278-284. https://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2012.00371.x

Norton, P. J., & Asmundson, G. J. (2004). Anxiety sensitivity, fear, and avoidance behavior in headache pain. *Pain*, *111*(1-2), 218-223. https://doi.org/10.1016/j.pain.2004.06.018

Parsapour, S., & Raeisi, Z. (2019). Effectiveness of compassion focused therapy on stress and headache in patients with tension-type headache. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*, *14*(3), 305-312. http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_lh/article/view/16752

Pei, J. H., Wang, X. L., Yu, Y., Zhang, Y. B., Gou, L., Nan, R. L., ... & Han, Z. J. (2020). Prevalence of suicidal ideation and suicide attempt in patients with migraine: a systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, *277*, 253-259. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.019

Pérez-Muñoz, A., Buse, D. C., & Andrasik, F. (2019). Behavioral interventions for migraine. *Neurologic Clinics*, *37*(4), 789-813.

Purdie, F., & Morley, S. (2016). Compassion and chronic pain. *Pain*, *157*(12), 2625-2627. https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000638

Rashid-Tavalai, Z., Bakhshani, N. M., Amirifard, H., & Lashkaripour, M. (2015). Effectiveness of combined copying skills training and pharmacological therapy for patients with migraine. *Global Journal of Health Science*, *8*(6), 179-186. https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n6p179

Rauh, V. A., Achenbach, T. M., Nurcombe, B., Howell, C. T., & Teti, D. M. (1988). Minimizing adverse effects of low birthweight: Four-year results of an early intervention program. *Child development*, 544-553. https://doi.org/10.2307/1130556

Sullivan, D. P., Martin, P. R., & Boschen, M. J. (2019). Psychological sleep interventions for migraine and tension-type headache: a systematic review and meta-analysis. *Scientific Reports*, *9*(1), 1-8. https://doi.org/10.1038/s41598-019-42785-8

Tan, H. J., Suganthi, C., Dhachayani, S., Mohd Rizal, A. M., & Raymond, A. A. (2007). The coexistence of anxiety and depressive personality traits in migraine. *Singapore medical journal*, *48*(4), 307-310. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17384877/

Templeton, L., Velleman, R., & Russell, C. (2010). Psychological interventions with families of alcohol misusers: A systematic review. *Addiction Research & Theory*, *18*(6), 616-648. https://doi.org/10.3109/16066350903499839

Vahedian-Azimi, A., Bashar, F. R., Amini, H., Salesi, M., & Alhani, F. (2018). Effect of family-centered empowerment model on quality of life in adults with chronic diseases: A systematic review and meta-analysis study. *Hayat*, *24*(2), 152-173. http://hayat.tums.ac.ir/article-1-2451-en.html. [In Persian]

©The Author(s). Published by Family Psychology Association of Iran
This article is an open access article licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)