

Research Paper

Comparing of Compassion-Based Emotion Focused Therapy With Compassion-Focused Treatment on Quality of Life of Primary Headache Patients



Neda Behvandi¹ , Felor Khayatan¹ , Mohsen Golparvar¹

1. Department of Psychology, Faculty of Educational Science and Psychology, Isfahan Branch (Khorasgan), Islamic Azad University, Isfahan, Iran.



Citation Behvandi N, Khayatan F, Golparvar M. [Comparing of Compassion-Based Emotion Focused Therapy With Compassion-Focused Treatment on Quality of Life of Primary Headache Patients (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2022; 28(2):210-221. <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.28.2.4025.1>

doi <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.28.2.4025.1>



Received: 06 Sep 2021

Accepted: 01 Nov 2021

Available Online: 01 Jul 2022

ABSTRACT

Objectives The formulation of emotion-focused and compassion-focused behavioral intervention therapy can explain the relationship between the dimensions of problems and the health promotion of patients with headache symptoms and present the first combined treatment for emotional problems and the sedation of the nervous system to investigate and comprehensively prevent the symptoms of primary headaches.

Methods This was a quasi-experimental study with a pre-test, post-test, and follow-up with a control group. The sample consisted of 45 patients with primary headache symptoms who were referred to the neurology clinic of Khatam Al-Anbia Hospital in Tehran City, Iran. They were selected by the purposive sampling method and randomly divided into two experimental groups and a control group (15 people in each group). The experimental groups underwent a combination of compassion-based emotion therapy (ten 60-min sessions) and compassion-focused treatment (eight 60-min sessions). The control group received no intervention. After collecting the data, they were entered into the SPSS software, version 24. Descriptive statistical indices (mean and standard deviation) and statistical inference (repeated measures analysis of variance and the Bonferroni post hoc test) were used to analyze the data.

Results The findings showed that the quality of life (QoL) variable is not significant because of the non-compliance with the spheric default in the intragroup effect and time factor ($F=3.47$, $df=1.15$, and $P<0.05$); However, the interaction of the factor of time and group ($F= 8.25$, $df= 2.31$, and $P<0.01$) shows a significant difference ($P<0.01$) in the QoL variable between pre-test, post-test, and follow-up and time interaction with the group (between the three groups).

Conclusion Compassion-based emotion-based combination therapy packages can help control the current situation and subsequent decisions of patients in the face of the signs and symptoms of early headaches by creating a calm mental environment and relieving any pressure or stress. Therefore, compassion-based emotion-based combination therapy is a treatment option that can be used to increase the QoL of people with primary headaches.

Keywords:

Quality of life (QoL),
Primary headache

* Corresponding Author:

Felor Khayatan, PhD.

Address: Department of Psychology, Faculty of Educational Science and Psychology, Isfahan Branch (Khorasgan), Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

Tel: +98 (913) 1289531

E-mail: f.khayatan@yahoo.com

Extended Abstract

Introduction

According to the [International Classification of Headache Disorders \(ICHD\)](#), the most common pain disorder is a headache. The simplest definition of headache based on the criteria for diagnosis and classification by the International Headache Association (2018) is the sensation of pain from the eye to the back of the head. Headaches are classified into two categories: primary and secondary [1]. According to the definition of headache classification criterion (2018), primary headaches are those that occur without any primary cause and are not caused by other complications [2]. According to the classification criteria of primary headache (2018), the most common primary headaches are migraine headaches, tension headaches, and cluster headaches [3]. A review of various studies shows that primary headaches are negatively correlated with the quality of life (QoL), and people with chronic primary headaches experience a lower QoL compared to healthy individuals [8, 9]. One manifestation of positive emotions is the QoL which includes life satisfaction and feelings of happiness and joy. These are the aspects of health [10]. In the research of Malekpour, Marashi and Bashlideh (2017) in designing and testing a model of the antecedents and consequences of migraine headaches, the results showed that low QoL can trigger, aggravate, or perpetuate headache attacks, in addition to the disability and confusion associated with headaches and the change in the patient's attitude and knowledge about life events and the resulting stress [11]. emotion-focused therapy is a neo-humanistic and experimental method in which the therapist focuses on raising the awareness of the mental content that has been denied or distorted by the therapist and creating new meaning influenced by the client's physical experience [13]. Timolak and Greenberg (2018) has shown that emotional therapy is effective in the QoL of people with chronic headaches [16]. Gilbert's (2010) compassionate therapy is based on the evolutionary theory and emphasizes the interaction between threat, motivational, and sedative systems with the neurological subset [17]. Kaltz (2016) argues that a supportive attitude toward self and others is associated with positive psychological consequences, such as reducing negative emotions and increasing physical health [18]. The study by Yarnell and Neff (2017) has shown that compassion-focused treatment helps improve the QoL by reinterpreting events through forgiveness and empathy [20]. By combining the content of these two treatments, the background for using and exploiting the strengths and empowerment of

both approaches to increase the well-being and emotional and mental health of patients can be provided. This combination therapy seeks to promote adaptive and positive coping strategies to further improve the quality of life of patients with early headache symptoms. Therefore, the present study seeks to answer two main questions: 1) what effects does the combination of compassion-based emotion therapy and compassion-focused treatment have on the quality of life of patients with primary headache symptoms? 2) Do these two methods of intervention lead to different results in terms of effectiveness?

Methods

This is a three-group quasi-experimental study with a pre-test-post-test design and follow-up with a control group. The statistical population include all patients with primary headache symptoms who were referred to the clinic of Khatam Al-Anbia Hospital in Tehran in the winter of 2020. The population was in the age range of 18 to 45 years, from which 45 patients were purposefully selected. After the purposeful selection of the sample members, the randomly selected individuals (lottery) were divided into 3 groups of 15 people (in a quasi-experimental study, at least 15 people are recommended for each group). Then, subjects were divided into two experimental groups and one control group after sampling. After collecting the data, they were entered into the SPSS software, v. 24, and descriptive statistics (including mean and standard deviation) and inferential statistics (including repeated measures analysis of variance and the Bonferroni post hoc tests) were used to analyze the data.

Results

In the intragroup effect section, the time factor ($F=3.47$, $df=1.15$ and $P>0.05$) and the interaction of the time and group factor ($F=8.25$, $df=2.31$ and $P<0.01$), there is a significant difference ($P<0.01$) in the QoL between pre-test, post-test, and follow-up and time interaction with the group (three research groups) (Table 1).

The Bonferroni test results show the quality of life in the post-test phase, compassionate emotion-based integrated therapy group, and the compassion-focused treatment group are significantly different from the control group ($P<0.01$). Also, no significant difference was observed in the quality of life in the follow-up phase in the treatment group or the control group ($P>0.05$).

Table 1. Results of repeated measures analysis of variance for quality of life

Source of Effect	Total Squares	Degree of Freedom	Average Squares	F	Significance	Square Eta Share	Test Power	
Intragroup	Time	82.24	1.15	71.21	3.47	0.06	0.08	0.48
	Time × group interaction	391.10	2.31	169.33	8.25	0.001	0.28	0.97
	Error (time)	995.33	48.50	20.52	-	-	-	-
Intergroup	Group	512.99	2	256.50	0.83	0.44	0.04	0.18
	Error	12943.60	42	308.18	-	-	-	-

Iranian Journal of
PSYCHIATRY AND CLINICAL PSYCHOLOGY

Discussion

This study aimed to compare the effectiveness of compassionate emotion-based integrated therapy and compassion-focused treatment on quality of life in patients with primary headache symptoms [19, 20]. The discussion showed that these two treatments significantly increased the quality of life in patients with primary headache symptoms. The research conclusion shows that compassionate emotion-based integrated therapy for patients with primary headache symptoms can create more awareness and acceptance of thoughts and feelings and the use of positive strategies (Table 1).

Compassion-based emotion therapy helps patients with early headache symptoms while positively regulating emotions, accepting their present and past experiences as they are and without judgment, thus changing their quality of life (such as motivation), increasing their satisfaction, and understanding of public health.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

Maintaining the principle of complete confidentiality for participants; Having full authority to withdraw from the research; Obtain written consent; Using data for research purposes

Funding

This research is a part of Neda Behandi's PhD thesis as the first author, which was carried out in collaboration with Folor Khayatan as a supervisor and Mohsen Golparvar as a consultant. This research was not financially supported.

Authors contributions

Conceptualization: Neda Behvandi; Methodology: Folor Khayatan, Mohsen Golparvar; Investigation: Neda Behvandi, Folor Khayatan; Writing-Original Draft: Neda Behvandi; Writing-Review & Editing: Neda Behvandi, Folor Khayatan; Resources: Neda Behvandi, Folor Khayatan; Supervision: Neda Behvandi, Folor Khayatan, Mohsen Golparvar.

Conflicts of interest

The authors declared no conflict of interest.

Acknowledgements

We would like to thank all the participants and officials of Khatam Al-Anbia Hospital who cooperated with us in carrying out this research.

مقاله پژوهشی

مقایسه درمان هیجان مدار مبتنی بر شفقت با درمان متمرکز بر شفقت بر کیفیت زندگی بیماران سردرد اولیه

ندا بهوندی^۱، *فلور خیاطان^۱، محسن گل‌پرور^۱

۱. گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

Use your device to scan
and read the article online**Citation** Behvandi N, Khayatan F, Golparvar M. [Comparing of Compassion-Based Emotion Focused Therapy With Compassion-Focused Treatment on Quality of Life of Primary Headache Patients (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2022; 28(2):210-221. <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.28.2.4025.1>**doi** <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.28.2.4025.1>

تاریخ دریافت: ۱۵ شهریور ۱۴۰۰

تاریخ پذیرش: ۱۰ آبان ۱۴۰۰

تاریخ انتشار: ۱۰ تیر ۱۴۰۱

اهداف: تلفیق درمان هیجان‌مدار و متمرکز بر شفقت می‌تواند برای مشکلات هیجانی و تسکین نظام عصبی بسترهایی جهت بررسی و پیشگیری جامع از علائم سردرد اولیه فراهم کنند.**مواد و روش‌ها:** جامعه آماری مطالعه حاضر کلیه بیماران مبتلا به علائم سردرد اولیه مراجعه‌کننده به به درمانگاه مغز و اعصاب بیمارستان خاتم‌الانبیای تهران بودند که از بین آن‌ها ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در ۲ گروه آزمایش و ۱ گروه کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار داده شدند. گروه‌های آزمایش تحت درمان تلفیقی هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت (۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای) و درمان متمرکز بر شفقت قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ‌گونه درمانی دریافت نکرد. روش این مطالعه، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود. پس از جمع‌آوری داده‌ها، اطلاعات وارد نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ شدند و شاخص‌های آمار توصیفی (شامل میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (شامل تحلیل واریانس تکرار شده و آزمون‌های تعقیبی بونفرونی) برای تحلیل داده‌ها استفاده شدند.**یافته‌ها:** نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده در گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری که تحت ارزیابی پرسش‌نامه کیفیت زندگی توسط وار و شربون (۱۹۹۲) قرار گرفتند، نشان داد متغیر کیفیت زندگی با توجه به عدم رعایت پیش‌فرض کروییت در بخش اثر درون‌گروهی و در عامل زمان ($F=۳/۴۷$ ، $df=۱/۱۵$ و $P>۰/۰۵$) معنادار نیست، ولی تعامل عامل زمان و گروه ($F=۷/۲۵$ ، $df=۲/۳۱$ و $P<۰/۰۱$) نشان می‌دهد که در متغیر کیفیت زندگی بین مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و تعامل زمان با گروه (۳ گروه پژوهش) تفاوت معناداری ($P<۰/۰۱$) وجود دارد.**نتیجه‌گیری:** بسته درمان تلفیقی هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت می‌تواند در مواجهه با علائم و نشانه‌های سردرد اولیه با ایجاد فضای ذهنی و محیطی آرام و اقدام به رهایی هرگونه فشار و استرس به کنترل وضعیت فعلی و تصمیم‌گیری‌های بعدی بیماران کمک کند. از این رو، درمان تلفیقی هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت، درمانی قابل استفاده برای افزایش کیفیت زندگی افراد مبتلا به سردرد اولیه است.

کلیدواژه‌ها:

کیفیت زندگی، سردرد اولیه

* نویسنده مسئول:

دکتر فلور خیاطان

نشانی: اصفهان، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، گروه روانشناسی.

تلفن: ۱۲۸۹۵۳۱ (۹۱۳) ۰۹۸+

رایانامه: f.khayatan@yahoo.com

مقدمه

درمان متمرکز بر هیجان گرینبرگ، درمانی نوانسان‌گرا و تجربی است که تمرکز درمانگر، نه تنها بر به آگاهی در آوردن محتوای ذهنی است که از جانب درمان‌جو انکار یا تحریف شده است، بلکه ایجاد معنای تازه متأثر از تجربه بدنی درمان‌جو را نیز در نظر دارد [۱۲].

گرینبرگ معتقد است رویکرد متمرکز بر هیجان بیشتر روی شناخت و تجربیات هیجانی افراد تأکید می‌کند. فرض اصلی این درمان مبنی بر انطباقی بودن ذاتی هیجان‌هاست. هدف اصلی درمان متمرکز بر هیجان، تغییر شکل دادن هیجان‌ات غیرانطباقی، با افزایش آگاهی و بیان هیجان‌ات، آموختن نظم‌جویی هیجان‌ات و فعال‌سازی هیجان‌ات انطباقی است [۱۳]. پژوهش لطفی و همکاران نشان داد درمان هیجان‌مدار کمک می‌کند تا روحیه و هیجان‌ات مراجع بازیابی شود و تأثیر هیجان‌ات مخرب تسکین یابد و با بازیابی در افکار و هیجان‌ات، به درمان نشانگان اضطراب و افسردگی می‌پردازد [۱۴].

پژوهش فتحی و همکاران به مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سردرد مزمن پرداخت. این پژوهش نشان داد درمان هیجان‌مدار موجب تنظیم هیجان به‌صورت سازگار می‌شود که این امر موجب کاهش علائم سردرد مزمن شده و احساس رضایت و درک فرد از سلامت عمومی‌اش را افزایش می‌دهد و موجب بهبود کیفیت زندگی بیماران می‌شود [۱۵].

پژوهش دیلون و همکاران نشان داد درمان هیجان‌مدار بر کیفیت زندگی افراد مبتلا به سردرد مزمن اثربخش است. این پژوهش نشان داد درمان هیجان‌مدار با راهبردهای مثبت تنظیم هیجان مانند پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی و ارزیابی مجدد مثبت و با کاهش خودسرزنشگری، نشخوار فکری و فاجعه‌انگاری، از تشدید و عود سردرد مزمن بیماران جلوگیری و به بهبود کیفیت زندگی این افراد کمک می‌کند [۱۶].

درمان متمرکز بر شفقت گیلبرت براساس نظریه تکاملی بر تعامل بین سیستم‌های تهدید، انگیزشی و آرام‌بخش با زیرمجموعه عصب‌شناختی تأکید می‌کند [۱۷]. کالتر معتقد است نگرش حمایت‌گرانه نسبت به خود و دیگران با پیامدها روان‌شناختی مثبت مانند کاهش هیجان‌ات منفی و افزایش سلامت جسمانی در ارتباط است [۱۸]. مطالعه ارکمن به بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر کیفیت زندگی زنان پرداخته‌است. این پژوهش با تأثیر مهرورزی با خود و دیگران، شرطی‌زدایی و تقویت روابط یاری‌رسان به بهبود کیفیت زندگی زنان کمک کرد [۱۹].

پژوهش یارنل و نف نشان داد درمان متمرکز بر شفقت با تفسیر مجدد رویدادها از طریق بخشش و همدلی با خود به بهبود کیفیت زندگی کمک می‌کند [۲۰]. با توجه با اینکه سلامت حق همه

طبق ملاک تشخیص و طبقه‌بندی انجمن بین‌المللی سردرد (۲۰۱۸)، عمومی‌ترین اختلال درد، سردرد است. ساده‌ترین تعریف سردرد براساس ملاک تشخیص و طبقه‌بندی انجمن بین‌المللی سردرد (۲۰۱۸)، احساس درد از ناحیه چشم تا پشت سر بوده و به ۲ دسته سردردهای اولیه و سردردهای ثانویه دسته‌بندی می‌شوند [۱].

مطابق تعریف کاسپر، فوسی، هوسر، لونگو، جیمسون و لوسکالزو سردردهای اولیه به سردردهایی گفته می‌شود که بر اثر عارضه‌ای دیگری به وجود نیامده‌اند، ولی کیفیت زندگی را به شدت کاهش می‌دهند [۲]. مطالعات نشان داده‌اند شایع‌ترین سردردهای اولیه میگرنی، تنشی و خوشه‌ای هستند [۳].

مطالعات انجمن روان‌پزشکی ایالات متحده نشان می‌دهد سردردهای ثانویه به‌دلیل بیماری دیگری (مانند سینوزیت حاد) رخ می‌دهند [۴]. درباره زمینه سبب‌شناسی علائم سردرد اولیه مطالعات نشان می‌دهد، علاوه بر متغیرهای فیزیولوژیک (مانند تغییر در خواب یا اشتها)، عوامل روان‌شناختی و اجتماعی نیز می‌توانند موجب شروع، تداوم و تشدید علائم سردرد اولیه شوند [۵، ۶]. در مطالعات انجام‌شده اضطراب و فشار روانی به‌عنوان عوامل زمینه‌ساز و آشکارساز علائم سردرد اولیه معرفی شده‌اند [۷].

بررسی پژوهش‌های اورز و مارزینگ و نیز آر و همکاران نشان می‌دهد سردردهای اولیه با کیفیت زندگی همبستگی منفی دارد و افراد مبتلا به سردردهای اولیه مزمن کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به افراد سالم تجربه می‌کنند [۸، ۹]. از نمودهای احساسات مثبت، کیفیت زندگی است که شامل رضایت از زندگی احساس خوشبختی و شادکامی است که جنبه‌هایی از سلامت به‌شمار می‌روند. این سازه ارتباط تنگاتنگی با اهداف، انتظارات، استانداردها و علائق، اعتقادات شخصی، وضعیت جسمی و روانی و میزان خوداتکایی دارد [۱۰].

پژوهش ملک‌پور و همکاران نشان داد کیفیت زندگی پایین می‌تواند راه‌انداز، تشدیدکننده یا تداوم بخش حملات سردرد باشد؛ بر ناتوانی و آشفتگی همراه با سردرد بیافزاید و نگرش و شناخت بیمار درباره رویدادهای زندگی و استرس‌های ناشی از آن را تغییر دهد [۱۱]. با توجه به اینکه طی سال‌های اخیر درمان‌های رفتاری درباره علائم سردرد اولیه گسترش یافته‌است؛ صورت‌بندی درمان هیجان‌مدار توأم با شفقت می‌تواند رابطه بین ابعاد مشکلات و ارتقای سلامت مبتلایان به علائم سردرد را تبیین و به‌عنوان اولین درمان تلفیقی برای مشکلات هیجانی و تسکین نظام عصبی بسترهایی جهت بررسی و پیشگیری جامع از علائم سردرد اولیه فراهم کند.

پرسش‌نامه کیفیت زندگی وار و شربون:

فرم ۳۶ عبارتی کیفیت زندگی توسط وار و شربون [۲۱] در سال ۱۹۹۲ در کشور ایالات متحده طراحی شد. پرسش‌نامه کیفیت زندگی (SF-36) شامل ۳۶ عبارت است و ۸ حیطه مختلف سلامت را ارزیابی می‌کند. این ۸ خرده‌مقیاس کیفیت زندگی در ۲ بُعد کلی سلامت جسمانی و سلامت روانی هستند که ۱۴ خرده‌مقیاس اول در بُعد سلامت جسمانی، شامل کارکرد جسمانی، نقش جسمانی، درد جسمانی و سلامت عمومی و ۴ خرده‌مقیاس آخر سلامت روانی، شامل سرزندگی، کارکرد اجتماعی، نقش هیجانی و سلامت روانی است.

همچنین این پرسش‌نامه یک سؤال نیز دارد که در آن فرد به ارزیابی سلامت خود در ۱ ماه گذشته می‌پردازد. کارکرد جسمانی (۱۰ عبارت)، نقش جسمانی (۴ عبارت)، درد جسمانی (۲ عبارت)، سلامت عمومی (۵ عبارت)، سرزندگی (۴ عبارت)، کارکرد اجتماعی (۲ عبارت)، نقش هیجانی (۳ عبارت) و سلامت روانی (۵ عبارت) است که کیفیت زندگی افراد ارزیابی می‌شود. پایین‌ترین نمره در این پرسش‌نامه امتیاز ۰ و بالاترین امتیاز ۱۰۰ است. نمره بالاتر به‌منزله کیفیت زندگی بهتر است. امتیاز هر بُعد با امتیاز عنوان‌ها در آن بُعد مشخص می‌شود. اعتبار و پایایی آن در گروه‌های مختلف بیماران بررسی شده است.

این پرسش‌نامه معتبر به‌طور گسترده برای ارزیابی کیفیت زندگی به‌کار برده می‌شود. در ایران این فرم توسط منتظری و همکاران با روش ترجمه مجدد به فارسی برگردانده شده و روی ۴۱۶۳ نفر در رده سنی ۱۵ سال به بالا که ۵۲ درصد آن‌ها زن بودند، هنجاریابی شده است. ضریب پایایی گزارش شده برای خرده‌مقیاس‌ها از ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ به‌غیر از خرده‌مقیاس سرزندگی که ۰/۶۵ بوده است. در مجموع یافته‌ها نشان داده‌اند نسخه ایرانی این پرسش‌نامه ابزاری مناسب برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی است. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ پرسش‌نامه کیفیت زندگی ۰/۸۱ به‌دست آمد.

درمان تلفیقی هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت: در پژوهش حاضر از پکیج درمان تلفیقی هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت (به‌پوندی و همکاران) ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به‌منظور درمان گروهی بیماران مبتلا به علائم سردرد اولیه استفاده شد (جدول شماره ۱) [۲۲].

درمان متمرکز بر شفقت: در پژوهش حاضر از پکیج درمان مبتنی بر شفقت (گیلبرت) ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به‌منظور درمان گروهی بیماران مبتلا به علائم سردرد اولیه استفاده شد (جدول شماره ۲) [۲۳].

یافته‌ها

ابتدا متغیرهای جمعیت‌شناختی تجزیه و تحلیل شد. چنان‌که در جدول شماره ۳ مشاهده می‌شود، در تحلیل داده‌های جمعیت‌شناختی توسط آزمون کای‌دو (معناداری) تفاوت آماری معناداری در نتایج نشان می‌دهد که بین متغیرهای جمعیت‌شناختی ۳ گروه تفاوت معناداری وجود ندارد ($P > 0/05$).

افراد است این امر بر اهمیت علائم سردرد اولیه و پیشگیری از مشکلات آن می‌افزاید. چالش اصلی بهداشت بیماران مبتلا به علائم سردرد اولیه، زندگی با کیفیت بهتر است. از سوی دیگر، این بیماران به دلیل شدت علائم جسمانی‌شان دچار مشکلاتی مانند حساسیت و زودرنجی در مقابل مشکلات، احساس ناتوانی و بی‌کفایتی، نشخوار فکری، تمایل به دوری از جمع و سایر مشکلات روان‌شناختی می‌شوند که بر اهمیت بالای کیفیت زندگی این بیماران می‌افزاید. از این‌رو، پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به ۲ پرسش اصلی است: ۱. بسته درمان تلفیقی هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت و درمان متمرکز بر شفقت چه تأثیری بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به علائم سردرد اولیه دارند؟ ۲. آیا این ۲ شیوه آزمایش به نتایج متفاوتی از نظر اثربخشی منجر می‌شوند؟

روش

این پژوهش از نظر روش مطالعه نیمه‌آزمایشی ۳ گروهی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل است. جامعه آماری همه بیماران مبتلا به علائم سردرد اولیه مراجعه‌کننده به درمانگاه بیمارستان خاتم‌الانبیای تهران در زمستان ۱۴۰۰ در سنین ۱۸ تا ۴۵ سال بودند که از میان آنان ۴۵ نفر بیمار به شکل هدفمند انتخاب شدند. پس از انتخاب هدفمند اعضای نمونه، افراد انتخاب‌شده به شیوه تصادفی (قرعه‌کشی) در ۳ گروه ۱۵ نفری (در تحقیقات نیمه‌آزمایشی حداقل ۱۵ نفر برای هر گروه توصیه شده است) قرار گرفتند. آزمودنی‌ها پس از نمونه‌گیری در ۲ گروه آزمایش و ۱ گروه کنترل قرار گرفتند.

روش اجرای پژوهش

پس از نمونه‌گیری در ۲ گروه آزمایش و ۱ گروه کنترل، بسته درمانی هیجان‌مدار متمرکز بر شفقت در ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای و روان‌درمانی متمرکز بر شفقت در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برای گروه‌های آزمایش اجرا شد. گروه کنترل نیز هیچ‌گونه درمانی دریافت نکرد. پس از جمع‌آوری داده‌ها، اطلاعات وارد نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ شده و شاخص‌های آمار توصیفی (شامل میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (شامل تحلیل واریانس تکرار شده و آزمون‌های تعقیبی بونفرونی) برای تحلیل داده‌ها استفاده شد.

ملاک ورود در پژوهش: قرار داشتن در رده سنی ۱۸ تا ۴۵ سال، نمره بالا در مقیاس کیفیت زندگی، تشخیص سردرد اولیه توسط متخصص و داشتن پرونده، تحت درمان‌های روان‌پزشکی و روان‌شناختی موازی نباشند.

ملاک‌های خروج از پژوهش: نمره پایین در مقیاس کیفیت زندگی، تحت درمان روان‌پزشکی یا روان‌شناختی موازی بودن.

جدول ۱. جلسات درمان تلفیقی هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت [۲۲]

هدف جلسات	محتوای جلسات
مواجهه و درمان تجارب هیجانی منفی در حوزه سردرد اولیه	جلسه اول: آشنایی با قوانین در طول درمان، معرفی مفروضه‌های بنیادی هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت، ارزیابی چرخه تعاملی احساسات و هیجانات شناسایی‌نشده (ترس‌ها و خواسته‌های دلبستگی) زیربنای سردرد و نام‌گذاری آن‌ها، آموزش تأثیر شفقت بر ۳ سیستم تنظیم هیجان مغز و ارائه تکالیف خانگی است.
درمان مهارت ابراز هیجان ضعیف ناشی از سردرد اولیه	جلسه دوم: بررسی تکلیف جلسه گذشته، تحلیل و درک هیجانات بیماران سردرد اولیه برای غلبه بر موانع ابراز هیجان سالم (شیوه‌های مقابله با خشم و تخلیه هیجانی و تأکید بر بیان هیجانات)، آموزش تکنیک نقش بازی کردن به‌منظور ابراز هیجانات، آموزش راهبردهای امنیتی خوددلسوزی و امنیت درونی (تکنیک کاوش همدلانه) و ارائه تکالیف خانگی است.
درمان تجربه ذهنی آسیب‌زا در متن سردرد اولیه	جلسه سوم: بررسی تکلیف جلسه گذشته، تغییر درک و چارچوب‌بندی مجدد افکار آسیب‌پذیری، معرفی سبک‌های تفکر توأم با خطا، آموزش ویژگی‌های افراد مشفق (آگاه بودن از افکار اکنون و قضاوت نکردن خود و دیگران، کنترل انتقادگر درون، ارائه تکالیف خانگی است.
درمان حساسیت و درک بیش‌ازحد مشکلات معطوف به سردرد اولیه	جلسه چهارم: بررسی تکلیف جلسه گذشته، بیان و درک تأثیر تفکر غیرمنطقی بر آشفتگی از طریق آگاهی درباره شناخت‌های داغ، تکنیک بارش فکری جهت بررسی نقاط قوت و ضعف خود، تصویرسازی مهرورزانه جهت مقابله با افکار منفی و ارائه تکالیف خانگی است.
درمان کاهش فعالیت رفتاری و سبک رفتار منفعلانه در سردرد اولیه	جلسه پنجم: بررسی تکلیف جلسه گذشته، آموزش بررسی و درک عمیق آسیب‌های رفتاری حاصله از طریق ارائه تکنیک یادداشت‌برداری، طرح انگیزشی رفتاری در پاسخ به رفتار منفعلانه، آموزش تقویت رفتارهای شفقت‌آمیز و ارائه تکالیف خانگی است.
ادامه درمان مشکلات رفتاری و درمان مشکلات بدنی و اعصاب هنگام تجارب معطوف سردرد اولیه	جلسه ششم: بررسی تکلیف جلسه گذشته، بررسی موانع رویارویی و اصلاح مشکلات رفتاری، تکنیک مشاهده آگاهانه (تکنیک موج)، پذیرش ایجاد پاسخ‌های رفتاری اکنون برای بهبود مشکلات رفتاری، اجرای تکنیک بررسی بدن برای مشکلات جسمانی و ارائه تکالیف خانگی است.
ادامه درمان مواجهه و کنترل مشکلات بدنی و اعصاب هنگام تجارب معطوف سردرد اولیه	جلسه هفتم: بررسی تکلیف جلسه گذشته، بررسی تأثیر هیجان و احساسات منفی و مثبت بر بدن، راهبردهای مثبت هیجانی برای کاهش علائم سردرد اولیه، تکنیک تنفس ۳ دقیقه‌ای مشفقانه و ارائه تکالیف خانگی است.
درمان نگرش منفی نسبت به خود و دیگران معطوف به سردرد اولیه	جلسه هشتم: بررسی تکلیف جلسه گذشته، تغییر خاطرات گذشته، افکار و احساسات ناامیدی با تکنیک خودگویی مثبت، نگرش جدید از طریق پذیرش بدون قید و شرط خود و دیگران، ایجاد احساس خودارزشمندی، کنترل خود در برابر کنترل تجربه لحظه به لحظه شرایط و ارائه تکالیف خانگی است.
درمان شکل‌گیری و تداوم روابط آسیب‌زای حوزه سردرد اولیه	جلسه نهم: بررسی تکلیف جلسه گذشته، تشخیص ارتباط خوب و بد، تکنیک بازسازی و ارتقای تعاملات مؤثر، توجه به توانایی‌ها و عدم توانایی‌های خود و دیگران، تکنیک‌های افزایش انعطاف‌پذیری و ارائه تکالیف خانگی است.
آموزش مواجهه و کنترل مشکلات درماندگی و حل مسئله معطوف به سردرد اولیه	جلسه دهم: بررسی تکلیف جلسه گذشته، تغییر درماندگی و ناکارآمدی در حل مشکلات با فراهم کردن حمایت، پذیرش محدودیت‌ها و ضعف‌ها، تکنیک رنگ، صدا و تصویر مشفقانه و تمرکز بر نقاط مثبت برای دستیابی به اهداف خویش و اجرای پس‌آزمون است.

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

چنان‌که در **جدول شماره ۶** مشاهده می‌شود، در بخش اثر درون‌گروهبی، عامل زمان ($F=۳/۴۷$ ، $df=۱/۱۵$ و $P>۰/۰۵$) معنادار نیست، ولی تعامل عامل زمان و گروه ($F=۸/۲۵$ ، $df=۲/۳۱$ و $P<۰/۰۱$) نشان می‌دهد در کیفیت زندگی بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و تعامل زمان با ۳ گروه پژوهش تفاوت معناداری ($P<۰/۰۱$) وجود دارد. مجذور سهمی آتا برای عامل تعامل زمان با گروه برابر با $۰/۲۸$ و توان آزمون برابر با $۰/۹۷$ است. همچنین در بخش اثر بین‌گروهی مشاهده می‌شود در کیفیت زندگی تفاوت معناداری ($P<۰/۰۱$) وجود ندارد.

چنان‌که در **جدول شماره ۷** مشاهده می‌شود در کیفیت زندگی در مرحله پس‌آزمون گروه درمان هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت با گروه درمان متمرکز بر شفقت و با گروه کنترل تفاوت معنادار دارد ($P<۰/۰۱$)، ولی بین گروه درمان متمرکز بر شفقت و گروه کنترل با یکدیگر تفاوت معناداری وجود ندارد ($P>۰/۰۵$). همچنین کیفیت زندگی در مرحله پیگیری بین هیچ‌یک از ۲ گروه درمان با گروه کنترل تفاوت معنادار به‌دست نیامده است ($P<۰/۰۵$).

چنان‌که در **جدول شماره ۳** مشاهده می‌شود در هر ۳ مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری کیفیت زندگی دارای توزیع نرمال در سطح مساوی یا کوچک‌تر از $۰/۰۱$ ($P>۰/۰۱$) و برابری واریانس خطا ($P>۰/۰۵$) بوده است. همچنین چنان‌که در **جدول شماره ۴** مشاهده می‌شود، آزمون ماکلی (ماچلی) معنادار است، یعنی پیش‌فرض کرویت رعایت نشده است. در مواردی که پیش‌فرض کرویت رعایت نمی‌شود، می‌توان به آماره گرین‌هاوس / گیزر در جداول تحلیل نهایی مراجعه کرد. برابری ماتریس واریانس / کوواریانس (از طریق آزمون ام باکس) و شیب خطوط رگرسیون به‌عنوان آخرین پیش‌فرض نیز بررسی شد.

در **جدول شماره ۵** میانگین و انحراف معیار مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیر کیفیت زندگی، گروه هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت و گروه درمان متمرکز بر شفقت در کنار گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون و مرحله پیگیری تغییراتی داشته‌اند.

جدول ۲. جلسات درمان متمرکز بر شفقت گیلبرت [۳۲]

هدف جلسات	محتوای جلسات
آشنایی با مفاهیم مبتنی بر شفقت	برقراری ارتباط اولیه، گروه‌بندی، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کلی و تمایز شفقت با تأسف برای خود، ارزیابی میزان آزار عاطفی، توصیف و CFT درمان تبیین آزار عاطفی و عوامل مرتبط با نشانه‌های آن.
آشنایی با ذهن مشفق	آموزش ذهن‌آگاهی همراه با تمرین بررسی بدنی و تنفس، آشنایی با سیستم‌های مغزی مبتنی بر شفقت، آموزش همدلی، آموزش برای درک و فهم اینکه افراد احساس کنند که امور را با نگرش همدلانه دنبال کنند.
آشنایی با خصوصیات افراد مشفق	آشنایی با خصوصیات افراد دارای شفقت، شفقت نسبت به دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند (پرورش حس اشتراکات انسانی) در مقابل احساسات خودتخریب‌گرانه، شرم و آموزش همدردی.
خودشناسی	ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به‌عنوان فرد. دارای شفقت یا غیرشفقت. با توجه به مباحث آموزشی، شناسایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن مشفقانه (ارزش خودشفقتی، همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران و آموزش استعاره فیزیوتراپی) و آموزش بخشایش.
تمرینات شفقت به خود از طریق پذیرش	آشنایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن مشفقانه (بخشش، پذیرش بدون قضاوت، آموزش استعاره آنفلوآنزا و آموزش بردباری)، آموزش پذیرش مسائل، پذیرش تغییرات پیش‌رو و تحمل شرایط سخت و چالش‌برانگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه شدن افراد با چالش‌های مختلف.
تمرینات عملی شفقت	تمرین عملی ایجاد تصاویر مشفقانه، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته) و به‌کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره و برای همسر، فرزندان، والدین، دوستان، معلمان و آشنایان، آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی.
آموزش شفقت نسبت به دیگران	آموزش نوشتن نامه‌های مشفقانه برای خود و دیگران، روش آموزش ثبت و یادداشت روزانه موقعیت‌های واقعی مبتنی بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعیت.
جمع‌بندی تمرینات مبتنی بر شفقت	آموزش و تمرین مهارت‌ها، مرور و تمرین مهارت‌های ارائه‌شده در جلسات گذشته برای کمک به آزمودنی‌ها تا بتوانند به روش‌های مختلف با شرایط متفاوت زندگی خود مقابله کنند و نهایتاً جمع‌بندی و ارائه راهکارهایی برای حفظ و به‌کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره.

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

بحث

گروه درمان تلفیقی هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت با گروه درمان متمرکز بر شفقت و با گروه کنترل دارای تفاوت معنادار و در مرحله پیگیری بین هیچ‌یک از ۲ گروه درمان با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود ندارد.

درواقع، در مقایسه ۲ درمان، درمان نوین تلفیق هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت در مرحله پس‌آزمون بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به علائم سردرد تأثیر معناداری داشته، اما درمان متمرکز بر شفقت تأثیر معناداری بر کیفیت زندگی بیماران نداشته است

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان تلفیقی هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت و درمان متمرکز بر شفقت بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به علائم سردرد اولیه انجام شد. فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه آیا اثربخشی درمان تلفیقی هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت با درمان متمرکز بر شفقت بر کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به علائم سردرد اولیه متفاوت است؟ به این صورت پاسخ داده می‌شود که در کیفیت زندگی در مرحله پس‌آزمون

جدول ۳. جدول توزیع فراوانی گروه‌های پژوهش در متغیرهای جمعیت‌شناختی

گروه	جنسیت		سن	تحصیلات		وضعیت تأهل		شغل
	مرد	زن		لیسانس و بالاتر	دیپلم و فوق دیپلم	مجرد	متاهل	
هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت	۴	۱۱	۳ تا ۴۰ سال بالاتر	۵	۱۰	۶	۹	خانهدار دولتی و غیردولتی
مبتنی بر شفقت کنترل	۲	۱۳	۳ تا ۴۰ سال بالاتر	۹	۶	۴	۱۱	خانهدار دولتی و غیردولتی
مقدار خرد (معناداری)	۰/۸۳	۴/۲۰	۴/۲۰	۴/۱۳	۱/۵۱	۴/۲۰		

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

جدول ۴. نتایج آزمون شاپیرو ویلک، آزمون لوین و آزمون ماکلی در متغیر کیفیت زندگی

متغیر پژوهش	زمان	آزمون شاپیرو ویلک		آزمون لوین		آزمون ماکلی (ماچلی)	
		آماره	معناداری	آماره	معناداری	آماره	معناداری
کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	۰/۹۲	۰/۰۳	۱/۰۱	۰/۳۷		
	پس‌آزمون	۰/۹۶	۰/۰۱۲	۴/۰۵	۰/۰۲	۰/۲۷	۰/۰۰۱
	پیگیری	۰/۹۶	۰/۰۱۲	۳/۹۷	۰/۰۳		

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

جدول ۵. میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی در ۳ گروه پژوهش در ۳ مرحله زمانی

متغیر	مرحله	میانگین ± انحراف معیار		
		گروه درمان تلفیقی هیجان مدار مبتنی بر شفقت	گروه درمان متمرکز بر شفقت	گروه کنترل
کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	۸۳/۴۰ ± ۷/۵۱	۸۳/۴۷ ± ۱۱/۵۴	۸۲/۵۳ ± ۱۱/۱۹
	پس‌آزمون	۸۹/۱۳ ± ۷/۹۴	۸۳/۶۰ ± ۷/۳۲	۸۲/۴۰ ± ۱۵/۴۲
	پیگیری	۸۱/۷۳ ± ۸	۸۱/۶۰ ± ۶/۲۲	۸۸/۸۰ ± ۱۴/۹۵

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

جدول ۶. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری تکرار شده (مکرر) برای کیفیت زندگی

منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F ضریب	معناداری	مجذور سهمی اتا	توان آزمون	منبع اثر	
								زمان	درون گروهی
زمان	۸۲/۳۴	۱/۱۵	۷۱/۲۱	۳/۴۷	۰/۰۶	۰/۰۸	۰/۴۸	تعامل	زمان × گروه
تعامل	۳۹۱/۱۰	۲/۳۱	۱۶۹/۳۳	۸/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۲۸	۰/۹۷	خطا (زمان)	
خطا (زمان)	۹۹۵/۳۳	۴۸/۵۰	۲۰/۵۲	-	-	-	-	گروه	
گروه	۵۱۲/۹۹	۲	۲۵۶/۵۰	۰/۸۳	۰/۴۴	۰/۰۴	۰/۱۸	بین گروهی	
بین گروهی	۱۲۹۴۳/۶۰	۴۲	۳۰۸/۱۸	-	-	-	-	خطا	

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

جدول ۷. نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه دوبه‌دوی گروه‌های پژوهش در کیفیت زندگی

گروه مبنا	گروه مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	معناداری
پس‌آزمون	گروه درمان تلفیقی هیجان مدار مبتنی بر شفقت	۶/۳۷	۲/۰۷	۰/۰۱۱
	گروه درمان تلفیقی هیجان مدار مبتنی بر شفقت	۷/۵۲	۲/۰۷	۰/۰۰۲
	گروه درمان متمرکز بر شفقت	۱/۱۴	۲/۰۷	۱
پیگیری	گروه درمان تلفیقی هیجان مدار مبتنی بر شفقت	-۰/۳۸	۳/۷۰	۱
	گروه درمان تلفیقی هیجان مدار مبتنی بر شفقت	-۴/۳۱	۳/۷۰	۰/۷۵
	گروه درمان متمرکز بر شفقت	-۳/۹۳	۳/۷۰	۰/۸۸

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

شفقت سبب تنظیم هیجان به صورت سازگارانۀ از طریق ارزیابی مجدد مسائل به شیوه مثبت و همدلانه می‌شود که این امر موجب کاهش علائم سردرد اولیه می‌شود. بیماران مبتلا به علائم سردرد اولیه با ورود به درمان هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت فرا می‌گیرند تا با سازگاری موفقیت‌آمیز با شرایط تهدیدکننده و آسیب‌زا، از احساس اعتماد به نفس و کارآمدی برخوردار شوند و در نتیجه با موفقیت علائم سردرد و مشکلات زندگی‌شان را پشت سر بگذارند.

درواقع، درمان نوین هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت احساس ترس و نگرانی بیش از حدی را که بیماران نسبت به مشکلات زندگی داشته‌اند از طریق رهایی از افکار ناامیدی، احساس ضعف و ناتوانی و همچنین توجه به تجارب حال و گذشته‌شان بدون قضاوت کاهش می‌دهد. کاهش حساسیت و ادراک بیش‌ازحد نسبت به مشکلات زندگی به احساس رضایت و حل مشکلات‌شان بیماران کمک می‌کند و سبب بهبود کیفیت زندگی به‌رغم داشتن مشکلات می‌شود.

نتایج مرحله پیگیری به‌رغم مرحله پس‌آزمون نشان می‌دهد بین درمان هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت و روان‌درمانی متمرکز بر شفقت تفاوت آماری معناداری وجود نداشت؛ بنابراین در تبیین این نتایج می‌توان گفت این ۲ درمان برای تأثیرگذاری درازمدت و در شرایط خارج از آزمایش به زمان بیشتری احتیاج دارند. به‌عبارتی، بسته‌نوین درمان تلفیقی هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت و درمان متمرکز بر شفقت برای تأثیرگذاری پایدار نیازمند تعداد بیشتر جلسات درمان بودند.

با توجه به اینکه پژوهش حاضر بر روی بیماران مبتلا به علائم سردرد اولیه در شهر تهران اجرا شد، بنابراین در تعمیم نتایج به مناطق و شهرهای دیگر باید جانب احتیاط رعایت شود.

پیشنهاد می‌شود جهت تعمیم‌پذیری و مقایسه نتایج، پژوهش حاضر در سایر شهرها نیز تکرار شود. همچنین توصیه می‌شود نتایج این پژوهش با سایر درمان‌ها نیز مقایسه شود.

نتیجه‌گیری

درمان هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت به بیماران با علائم سردرد اولیه کمک می‌کند تا ضمن تنظیم هیجان‌ها به شکل مثبت، تجارب حال و گذشته‌شان را همان‌گونه که هست و بدون قضاوت بپذیرند و از این طریق کیفیت زندگی‌شان (مانند انگیزه تغییر، احساس رضایت و درک از سلامت عمومی) را افزایش دهند.

و در مرحله پیگیری هم درمان نوین تلفیق هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت و هم درمان متمرکز بر شفقت تأثیر معناداری بر کیفیت زندگی بیماران نداشته‌اند.

در پژوهش فتحی و همکاران به مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سردرد مزمن پرداخت. این پژوهش نشان داد درمان هیجان‌مدار موجب تنظیم هیجان به صورت سازگار می‌شود که این امر موجب کاهش علائم سردرد مزمن شده و احساس رضایت و درک فرد از سلامت عمومی‌اش را افزایش می‌دهد و موجب بهبود کیفیت زندگی بیماران می‌شود [۱۵].

پژوهش دیلون و همکاران نشان داد درمان هیجان‌مدار بر کیفیت زندگی افراد مبتلا به سردرد مزمن اثربخش است. این پژوهش نشان داد درمان هیجان‌مدار از طریق راهبردهای مثبت تنظیم هیجان مانند پذیرش تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی و ارزیابی مجدد مثبت با کاهش خودسرزنشگری، نشخوار فکری و فاجعه‌انگاری کیفیت زندگی از تشدید و عود سردرد مزمن بیماران جلوگیری می‌کند [۱۶].

پژوهش واتسون و گرینبرگ نشان داد درمان هیجان‌مدار از طریق رهاشدن از حلقه افکار و احساسات منفی، مانند افسردگی، ناامیدی، یأس، اضطراب و تنش بر کیفیت زندگی افزایش می‌یابد [۲۴]. پژوهش تیمولاک و الوانی نشان داد درمان هیجان‌مدار از طریق روبه‌رو شدن با تجارب و هیجانات درونی به جای اجتناب از آن‌ها به بهبود کیفیت زندگی زوجین ناباور کمک کرد. آگاه شدن از تجارب، احساسات و نیازهای درونی و هیجانی و استفاده متعادل از آن‌ها موجب می‌شود از طریق بهبود تعاملات و ارزیابی مجدد تجربیات، کیفیت زندگی بهبود یابد [۲۵].

نتایج لوکاس نشان داد درمان هیجان‌مدار بر کیفیت زندگی افراد مبتلا به درد مزمن تأثیرگذار است [۲۶]. پژوهش‌های [۲۴، ۲۳، ۱۵، ۱۴] نشان داد عوامل گوناگونی مانند تجربه درد و پیامدهای روانی اجتماعی همراه آن بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به درد مزمن تأثیر می‌گذارند و آن را کاهش می‌دهند. از این رو، هر عاملی که بتواند روی این عوامل تأثیر بگذارد و آن‌ها را بهبود بخشد، کیفیت زندگی را نیز ارتقا می‌بخشد.

مطالعه کاتز به بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر کیفیت زندگی پرداخته‌است. این پژوهش با تأثیر مهرورزی با خود و دیگران، شرطی‌زدایی و تقویت روابط یاری‌رسان به بهبود کیفیت زندگی کمک کرد [۱۷]. پژوهش یارنل و نف نشان داد درمان متمرکز بر شفقت با تفسیر مجدد رویدادها از طریق بخشش و همدلی با خود به بهبود کیفیت زندگی کمک می‌کند [۱۹].

در تبیین اثربخشی درمان نوین هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به علائم سردرد اولیه نسبت به درمان متمرکز بر شفقت می‌توان گفت درمان نوین هیجان‌مدار مبتنی بر

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

حفظ اصل رازداری کامل برای شرکت‌کنندگان، داشتن اختیار کامل برای کناره‌گیری از پژوهش، کسب رضایت‌نامه کتبی و استفاده از داده‌ها در جهت اهداف پژوهش بود. این مطالعه برگرفته از رساله دکتری با کد اخلاق IR.IAU.KHUISF.REC.1399.063 است و در مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران با کد IRCT20210901052355N1 به ثبت رسیده است.

حامی مالی

این پژوهش هیچ‌گونه کمک مالی از سازمان‌های دولتی، خصوصی و غیرانتفاعی دریافت نکرده است.

مشارکت نویسندگان

همه نویسندگان به طور یکسان در تهیه این مقاله مشارکت داشتند.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

از مسئولان بیمارستان خاتم‌الانبیاء که در اجرای این پژوهش با ما همکاری داشتند، تشکر و قدردانی می‌کنیم.

References

- [1] No author. Headache classification committee of the international headache society (IHS), the international classification of headache disorders, 3rd edition. *Cephalalgia*. 2018; 38(1):1-211. [DOI:10.1177/0333102417738202] [PMID]
- [2] Casper D, Fossi A, Husser A, Longo D, Jameson L, Loskalzo J. Principles of Harrison internal medicine [A. Mansoori Rad, Persian trans]. Tehran: Arjmand; 2015. [Link]
- [3] Gatta M, Spitaleri C, Balottin U, Spoto A, Balottin L, Mangano S, et al. Alexithymic characteristics in pediatric patients with primary headache: A comparison between migraine and tension-type headache. *The Journal of Headache and Pain*. 2015; 16:98. [DOI:10.1186/s10194-015-0572-y] [PMID] [PMCID]
- [4] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). Washington: American Psychiatric Association; 2016. [DOI:10.1176/appi.books.9780890425596]
- [5] Azizi M, Agha-MohammadiyanShaarbaf H, Mashhadi A, Asghari-Ebrahimabada M. [The comparison of psychological status in people suffering from migraine with healthy people (Persian)]. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2016; 23(4):706-13. [Link]
- [6] Herpertz SC, Herzog W, Taubner, S. Prevention of mental and psychosomatic disorders in occupational and training settings. *Mental Health & Prevention*. 2016; 4(1):1-2. [DOI:10.1016/j.mhp.2016.02.004]
- [7] Balottin U, Ferri M, Racca M, Rossi M, Rossi G, Beghi E, et al. Psychotherapy versus usual care in pediatric migraine and tension-type headache: A single-blind controlled pilot study. *Italian Journal of Pediatrics*. 2018; 40:6-18. [DOI:10.1186/1824-7288-40-6] [PMID] [PMCID]
- [8] Evers S, Marziniak M. Clinical features, pathophysiology and treatment of medication-overuse headache. *Lancet Neurology*. 2017; 4(4):391-401. [DOI:10.1016/S1474-4422(10)70008-9] [PMID]
- [9] Orr SL, Christie SN, Akiki S, McMillan HJ. Disability, quality of life, and pain coping in pediatric migraine: An observational study. *Journal of Child Neurology*. 2017; 32(8):717-24. [DOI:10.1177/0883073817702025] [PMID]
- [10] D'Amico D, Grazi L, Usai S, Raggi A, Leonardi M, Bussone G. Disability in chronic daily headache: State of the art and future directions. *Neurological Sciences*. 2011; 32(Suppl 1):S71-6 [DOI:10.1007/s10072-011-0552-1] [PMID]
- [11] Malekpouer F, Marashi SA, Bashldeh K. [Designing and testing a model of outbreaks and consequences of migraine headaches in the non-clinical population (Persian)]. *Journal of Research in Psychological Health*. 2017; 12(3):19-33. [Link]
- [12] Greenberg L. Emotion-focused therapy: A clinical synthesis. *Focus: The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*. 2010; 8(1):32-42. [DOI:10.1176/foc.8.1.foc32]
- [13] Sanagavi Moharrar G, Shirazi M, Mohammadi R, Maghsoodloo F. [Effectiveness of emotional therapy on reducing anxiety and depression in patients with multiple sclerosis (Persian)]. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*. 2019; 61(supplment1):190-200. [DOI:10.22038/MJMS.2019.14605]
- [14] Lotfi M, Amini M, Shiasy Y. [Comparison of interpersonal and intrapersonal emotion regulation models in explaining depression and anxiety syndrome (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2021; 27(3):288-301. [DOI:10.32598/ijpcp.27.2.2359.2]
- [15] Fathi S, Pouyamanesh C, Qamari M, Fathi Aqdam Q. Comparison of the effectiveness of emotion-oriented therapy and acceptance-based therapy on the severity of pain experience and resilience of women with chronic headache. *Journal of Community Health*. 2020; 14(4):75-87. [DOI:10.22123/CHJ.2021.219287.1441]
- [16] Dillon A, Timulak L, Greenberg LS. Transforming core emotional pain in a course of emotion-focused therapy for depression: A case study. *Psychotherapy Research*. 2018; 28(3):406-22. [DOI:10.1080/10503307.2016.1233364] [PMID]
- [17] Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 2010; 53(1):6-41. [DOI:10.1111/bjc.12043]
- [18] Kolts R. CFT made simple: A clinician's guide to practicing compassion-focused therapy. Oakland: New Harbinger Publications; 2016. [Link]
- [19] Cummins RA. Gender dimensions of life quality for adults in Australia. In: Eckermann E, editor. *Gender, lifespan and quality of life: An international perspective*. Berlin: Springer Science & Business Media; 2013. [Link]
- [20] Yarnell LM, Neff KD. Self-compassion, interpersonal conflict resolutions, and well-being. *Self and Identity*. 2013; 12(2):146-59. [Link]
- [21] Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36) I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*. 1992; 30(6):473-83. [DOI:10.1097/00005650-199206000-00002] [PMID]
- [22] Behvandi N, Khayatan F, Golparvar M. [Comparing the effectiveness of compassionate emotion-based integrated therapy with compassion focused therapy on perfectionism and intolerance of uncertainty irrational beliefs in patients with early headache symptoms (Persian)]. *Psychological Methods and Models*. 2021; 12(43):114-30. [DOI:10.30495/JPM.2021.4727]
- [23] Gilbert P. Compassion: From its evolution to a psychotherapy. *Frontiers in Psychology*. 2020; 11:586161. [DOI:10.3389/fpsyg.2020.586161] [PMID] [PMCID]
- [24] Watson J C, Greenberg L S. Emotion-focused therapy for generalized anxiety. Washington: American Psychological Association; 2017. [DOI:10.1037/0000018-001]
- [25] Timulak L, Mc Elvaney J. Transforming generalized anxiety: An emotion-focused approach. Oxfordshire: Taylor & Francis; 2017. [Link]
- [26] Lucas S. Migraine and other headache disorders: ACOG clinical updates in women's health care primary and preventive care review summary volume XVIII. *Obstetrics & Gynecology*. 2019; 134(1):211. [DOI:10.1097/AOG.0000000000003322] [PMID]