



Investigating the Predictive Role of Contextual Factors, Psychological Flexibility, Acceptance and Self-compassion, in Quality of Life of Migraine Patients

Alireza Gol¹, Hamidreza Aghamohamedian Shearba^{2*}, Imanullah Begdoli³,
Farhad Farid Hosseini⁴

1- PHD student of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran.

2- Full Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran.

3- Full Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran.

4- Associate Professor, Department of Psychiatry, Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

Corresponding author: Full Professor of The Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran.

Email: aghamohammadin@um.ac.ir

Received: 10 Jan 2023

Accepted: 10 May 2023

Abstract

Introduction: Quality of life is one of the basic areas that are of fundamental and undeniable importance in the process of human growth and development. Therefore, the present study was conducted with the aim of investigating the predictive role of contextual factors (psychological flexibility, acceptance, and self-compassion) in the quality of life of migraine patients.

Methods: The current research was fundamental in terms of its purpose and correlational (regression) in terms of descriptive method. The statistical population included all patients with migraines who were referred to neurology clinics in Mashhad in the second half of 1401. The sample size of the research was considered to be 222 people using JPower software, who were diagnosed with migraine based on the diagnosis of a neurologist in Qaim and Farabi Hospital, using an available sampling method. The questionnaires were completed. Data were collected through the questionnaires of health context (SF-36), acceptance of chronic pain (P-CPAQ), self-compassion (short form) (SCS), and acceptance and action (AAQ-II). Then the data was analyzed using spss26 software and multiple regression method.

Results: The results of multiple regression showed that tissue factors were able to predict the quality of life of people with migraine ($p < 0.05$). The coefficient of determination was 0.14, which indicates that psychological flexibility, acceptance, and self-compassion can explain 14% of the changes in the quality of life of people with migraine. Also, the results of the standardized regression coefficients showed that involvement in activity, tendency to pain, and psychological flexibility in a positive way and extreme identification in a negative way were significantly able to predict the quality of life of migraine patients, but the rest of the components were able to predict the quality The lives of patients with migraine were not.

Conclusions: Based on the results of the research, the high acceptance of pain and psychological flexibility in migraine patients can lead to an increase in their quality of life.

Keywords: Psychological flexibility, Pain acceptance, Self-compassion, Quality of life, Migraine patients.



نقش پیش‌بینی‌کنندگی عوامل بافتاری (انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، پذیرش و شفقت با خود) در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به میگرن

علیرضا گل^۱، حمیدرضا آقامحمدیان شهرباف^{۲*}، ایمان الله بیگدلی^۳، فرهاد فرید حسینی^۴

۱- دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.

۲- استاد تمام گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.

۳- استاد تمام گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.

۴- دانشیار گروه روان‌پزشکی، مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی، مشهد، ایران.

نویسنده مسئول: استاد تمام گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.
ایمیل: aghamohammadin@um.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۰/۲۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۲/۲۰

چکیده

مقدمه: کیفیت زندگی، یکی از حیطه‌های اساسی محسوب می‌شود که در روند رشد و تحول انسان از اهمیت اساسی و انکارناپذیری برخوردار است. لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش پیش‌بینی‌کنندگی عوامل بافتاری (انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، پذیرش و شفقت با خود) در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به میگرن انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر از نظر هدف، بنیادی و از لحاظ روش توصیفی از نوع همبستگی (رگرسیون) بود. جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به میگرن که در نیمه دوم سال ۱۴۰۱ به درمانگاه‌های مغز و اعصاب شهر مشهد مراجعه کردند، بود. حجم نمونه پژوهش با استفاده از نرم افزار جی پاور ۲۲۲ نفر در نظر گرفته شد که به روش نمونه‌گیری در دسترس از طریق مراجعه به درمانگاه مغز و اعصاب بیمارستان قائم و فارابی، توسط افرادی که براساس تشخیص متخصص مغز و اعصاب تشخیص میگرن دریافت کردند، پرسشنامه‌ها تکمیل شد. داده‌ها از طریق پرسشنامه‌های زمینه‌یابی سلامت (SF-36)، پذیرش درد مزمن (P-CPAQ)، شفقت با خود (فرم کوتاه) (SCS) و پذیرش و عمل (AAQ-II) جمع‌آوری شد. سپس اطلاعات با استفاده از نرم افزار spss26 و روش رگرسیون چندگانه انجام شد.

یافته‌ها: نتایج حاصل از اجرای رگرسیون چندگانه نشان داد که عوامل بافتاری قادر به پیش‌بینی کیفیت زندگی افراد مبتلا به میگرن بود ($p < 0/05$). ضریب تعیین $0/14$ به دست آمد که نشان دهنده این است که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، پذیرش و شفقت با خود می‌توانند ۱۴ درصد از تغییرات کیفیت زندگی افراد مبتلا به میگرن را تبیین کنند. همچنین نتایج ضرایب رگرسیون استاندارد شده نشان داد که درگیری در فعالیت، تمایل به درد و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به صورت مثبت و همانندسازی افراطی به صورت منفی معناداری قادر به پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به میگرن بود، اما بقیه مولفه‌ها قادر به پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به میگرن نبودند.

نتیجه‌گیری: براساس نتایج پژوهش، بالا بودن پذیرش درد و انعطاف‌پذیر روان‌شناختی در بیماران مبتلا به میگرن می‌تواند منجر به افزایش کیفیت زندگی در آنها شود.

کلیدواژه‌ها: انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، پذیرش درد، شفقت با خود، کیفیت زندگی، بیماران مبتلا به میگرن.

مقدمه

میگرن یک بیماری عصب‌شناختی مزمن و ناتوان‌کننده است که با حملات سردرد متوسط تا شدید در کنار علائمی مانند حالت تهوع، استفراغ، فوتوفوبیا (photophobia) و فونوفوبیا (phonophobia) مشخص می‌شود (۱، ۲). شیوع میگرن در آمریکا ۱۴ درصد (۳) و در اروپای غربی ۱۵ درصد (۴) تخمین زده شده است. طبق بررسی‌های صورت گرفته در ایران سردرد شایع‌ترین علت مراجعه به متخصصان اعصاب و روان است. ۹۳ درصد مردان و ۹۹ درصد زنان در طول عمر خود حداقل یک بار دچار سردرد می‌شوند. حدود ۱۰ درصد از مردان و ۲۰ درصد از زنان در ایران به سردردهای میگرنی مبتلا هستند ولی برای قطعی کردن میزان شیوع مطالعات وسیع‌تری مورد نیاز است (۵). تحلیل انجام شده در سال ۲۰۱۶ توسط سازمان جهانی بهداشت نشان داد که میگرن از نظر فراوانی دومین علت ناتوانی در طول زندگی است (۶). نارساکنش‌وری مرتبط با میگرن بر عملکرد شغلی، تحصیلی و اجتماعی اثرگذار است. بیشتر از ۹۰ درصد افراد در طول حملات میگرنی یا نمی‌توانند سر کار بروند یا نمی‌توانند به درستی کار کنند. بیماران میگرنی دستخوش کاهش فرصت‌های شغلی و آموزشی و کیفیت خواب کم و کاهش فعالیت‌های روزانه می‌شوند (۷).

هنگامی که مردم با یک بیماری جسمی دست و پنجه نرم می‌کنند، همزمان با پیامدهای روانی مواجه می‌شوند. این مبارزه تأثیر گسترده‌ای بر تمام جنبه‌های زندگی بیمار دارد که می‌تواند منجر به کاهش کیفیت زندگی شود (۸). کیفیت زندگی (quality of life)، یکی از حیطه‌های اساسی محسوب می‌شود که در روند رشد و تحول انسان از اهمیت اساسی و انکارناپذیری برخوردار است. سازمان بهداشت جهانی به کیفیت زندگی به عنوان ادراک افراد در رابطه با اهداف، انتظارات، استانداردها، نگرانی‌هایشان اشاره می‌کند و شامل سلامت جسمانی، وضعیت روانی، استقلال، روابط اجتماعی و باورهای شخصی می‌شود. اگر بیماران در این موارد احساس حمایت و امنیت کنند، می‌توانند با علائم بیشتر بیماری مبارزه کنند (۹). مطالعات موجود پی برده‌است که مبتلایان به میگرن نسبت به افرادی که میگرن ندارند، ۲ تا ۵ برابر بیشتر احتمال دارد که از یک اختلال افسردگی یا اضطرابی رنج ببرند (۱۰). پس مدیریت و یا کنترل بیماری میگرن برای ارتقای کیفیت زندگی بیماران اهمیت زیادی دارد. در این پژوهش می‌خواهیم عواملی را که در کیفیت زندگی

بالاتر بیماران میگرنی نقش دارند، از دیدگاه بافتاری مورد بررسی قرار دهیم. در رویکرد بافتاری، فرایندهای روانشناختی براساس چارچوب و مدل بافتاری در نظر گرفته می‌شود که محیط بلاواسطه و تاریخچه تقویت را به حساب می‌آورد (۱۱). در پژوهش رحمتی و همکاران (۱۲) ۱۰۰ فرد مبتلا به میگرن با ۱۰۰ فرد سالم از نظر کیفیت زندگی و باورهای غیرمنطقی مورد مقایسه قرار گرفتند که نتایج نشان داد باورهای غیرمنطقی و کیفیت زندگی ساختارهای اثرگذار بر سردردهای میگرنی است و این متغیرها بین دو گروه سالم و مبتلا به میگرن تفاوت معناداری دارد و طراحی مداخله‌های درمانی برای ارتقاء کیفیت زندگی افراد دارای سردردهای میگرنی اهمیت زیادی دارد. طبق مطالعه هوبر و هنریچ (۱۳) افراد مبتلا به میگرن علی‌رغم اینکه استرس‌های روزانه‌ی بیشتری نسبت به افراد سالم ندارند، اما در واکنش به استرس احساسات افسردگی و اضطراب بیشتری را گزارش می‌کنند.

کیفیت زندگی تحت تأثیر عوامل بسیاری قرار می‌گیرد که در صورت بهبود این عوامل، کیفیت زندگی در جنبه‌های مختلف می‌تواند در زندگی فرد افزایش یابد (۱۴). یکی از عواملی که می‌تواند در سطح کیفیت زندگی بیماران مبتلا به میگرن اثر گذار باشد، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی (psychological flexibility) است. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی (PF) توانایی توجه کردن، مشاهده کردن و پذیرفتن افکار، هیجانات و احساس‌های بدنی متناقض و مداخله‌گر (بدون دستکاری کردن یا تغییر دادن آنها) به شیوه‌ای هشیارانه و غیرقضاوتی است و بعد رفتار کردن مطابق با ارزش‌های فردی و اهداف بلندمدت در حضور آن تجارب منفی و یا تغییر دادن رفتار برای دستیابی به اهداف و ارزش‌ها است (۱۵). افراد دارای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بالاتر، رضایتمندی بیشتری از زندگی و سلامت روان بیشتری دارند در مقایسه با افرادی که سطوح پایینی از انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را دارند؛ زیرا که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بالا با تعهد بالا برای انجام رفتارهای همسو با ارزش‌ها ارتباط مثبت معنادار دارد (۱۶، ۱۷). در پژوهشی استینهوت و همکاران (۱۸) نشان دادند انعطاف‌پذیری روان‌شناختی متغیر میانجی بین کیفیت زندگی و روان‌رنجورخویی است و میر و همکاران (۱۹) نشان دادند که با رشد مهارت‌های مرتبط با انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، کیفیت زندگی نیز افزایش می‌یابد. مطالعه‌ی گنتیلی و همکاران (۲۰) نشان داد که

تجربه کند.

متغیر دیگری که نقش آن بر کیفیت زندگی مبتلایان به میگرن مورد بررسی قرار گرفت، پذیرش (منظور پذیرش دردهای میگرنی) است. در مدل بافتاری پذیرش نقطه مقابل اجتناب تجربه ای است. در اجتناب تجربه ای فرد عمداً تلاش می کند تا از تجربه های درونی مثل عواطف، احساسات، خاطرات، افکار و حس های بدنی آزرانده اجتناب کند و برخلاف اهداف و ارزش هایش عمل کند اما در پذیرش درد برخلاف انعطاف ناپذیری روانشناختی، تمایل به تجربه کردن درد و پیامدهای عاطفی و شناختی آن وجود دارد و علی رغم وجود درد، فرد برای زندگی کارآمد تلاش می کند (۲۷). در مدل بافتاری اعتقاد بر این است که آنچه باعث طولانی شدن رنج انسان می شود، انعطاف ناپذیری روانشناختی و عدم پذیرش رنج و درد (اجتناب تجربه ای) است (۱۴). پذیرش درد دو جزء بنیادین تمایل به تجربه ای درد و تعهد به فعالیت را در بر می گیرد. تمایل به تجربه ای درد یعنی رها کردن تلاش برای تحت کنترل درآوردن درد و تعهد به فعالیت یعنی متمرکز شدن بر اهداف فردی و انجام اعمال ارزشمند علی رغم وجود درد (۳۳) پذیرش درد و انعطاف ناپذیری روانشناختی، تاب آوری بیماران مبتلا به درد مزمن را پیش بینی می کند. انعطاف ناپذیری روانشناختی رابطه ای معکوس با تاب آوری بیماران مبتلا به درد مزمن دارد و پذیرش درد رابطه ای مثبت معنادار با تاب آوری بیماران دارد. پذیرش درد یکی از منابع تاب آوری و کیفیت زندگی در افراد مبتلا به درد مزمن به شمار می رود (۳۴، ۳۵).

از جمله عوارض سردرد میگرنی می توان به ایجاد اختلال در فعالیت روزمره، هزینه های مستقیم ناشی از درمان دارو و کاهش کیفیت زندگی اشاره نمود (۳۶). کیفیت زندگی تحت تأثیر عوامل بسیاری قرار می گیرد که در صورت بهبود این عوامل، کیفیت زندگی در جنبه های مختلف می تواند در زندگی فرد افزایش یابد (۲۷). با توجه به پیشینه ی پژوهشی نقش عوامل خانوادگی، شناختی و شخصیتی در میگرن به خوبی بررسی شده است اما در مورد نقش عوامل بافتاری مثل انعطاف پذیری روان شناختی، شفقت با خود و پذیرش درد در شدت دردهای مزمن میگرنی و کیفیت زندگی مبتلایان به میگرن، تعداد مطالعات به حد مکفی نیست؛ هرچند که نقش عوامل بافتاری انعطاف پذیری روان شناختی، شفقت با خود و پذیرش درد، در درد مزمن و بیماری های جسمانی دیگر بررسی شده اما در

انعطاف پذیری روانشناختی به طور معناداری در پیش بینی درد مزمن و افسردگی نقش دارد حتی زمانی که سن، اضطراب و میزان درد کنترل می شود. آزمودنی های با سطوح پایین انعطاف پذیری روان شناختی طول بیماری طولانی تری را دارند و همچنین انعطاف پذیری روانشناختی اثر غیرمستقیم معنادار بر رابطه ی بین علائم و کنش وری دارد.

عامل دیگری که بر کیفیت زندگی افراد مبتلا به میگرن نقش دارد، شفقت با خود (self-compassion) است. شفقت به خود شامل توانایی بالا برای پذیرفتن نقاط قوت و ضعف به طور همزمان را در بر می گیرد (۲۱). شفقت به خود بالا با همانندسازی فکری یا نشخوار فکری، اضطراب، افسردگی و وسواس کمتری مشاهده شده است (۲۲). شفقت به خود فرد را در برابر حالات روانی منفی محافظت می کند و در تقویت حالات روانی مثبت موثر است (۲۳). پژوهش ها نشان می دهد که افراد دارای شفقت با خود سلامت روان شناختی بیشتری را تجربه می کنند نسبت به افرادی که شفقت با خود ندارند. برای مثال شفقت با خود به طور مثبتی با رضایتمندی از زندگی (۲۴)، خردمندی، شادکامی، خوش بینی، کنجکاوی (۲۵)، برقراری ارتباط اجتماعی، مسئولیت پذیری فردی و تاب آوری هیجانی (۲۶)، ارتباط دارد و با نشخوار فکری، اضطراب، افسردگی و خود - انتقادی (۲۷)، همبستگی منفی دارد. ارتباطات مثبت متعددی بین شفقت با خود و انعطاف پذیری روانشناختی وجود دارد (۲۸). ذهن آگاهی، یکی از میناهای شفقت با خود، همبستگی مثبت با انعطاف پذیری روان شناختی دارد (۲۹). طبق پژوهش محمودی (۳۰) شفقت با خود به طور مثبتی با تاب آوری در بین افراد مبتلا به بیماری های جسمانی یا استرس ارتباط دارد. یافته های پژوهش کیم و کو (۳۱) نشان داد که شفقت با خود در میانسالان باعث افزایش کیفیت زندگی آنها می شود. نری - هورویت و همکاران (۳۲) در مطالعه ای ۲۵۹ بزرگسال دارای اسکروزیس چندگانه (Multiple Sclerosis) را از نظر تاب آوری، کیفیت زندگی و شفقت با خود بررسی کردند تا نقش شفقت با خود و تاب آوری را در کیفیت زندگی بیماران دارای MS ارزیابی کنند. نتایج نشان داد که بیماران دارای شفقت با خود و تاب آوری بالا، کیفیت زندگی بالاتری را نیز دارند. شفقت با خود باعث می شود بیمار ادراک خود از سلامتی اش را چارچوب بندی مجدد کند و تاب آوری بالا به بیمار مبتلا به MS کمک کند تا بهتر با رویدادهای استرس زا و تروماتیک کنار بیاید و کیفیت زندگی بهتری را

حوزه میگردن پژوهش‌های بیشتری مورد نیاز است، که در این پژوهش نقش این سه عامل بافتاری بر کیفیت زندگی این بیماران مورد بررسی قرار می‌گیرد.

روش کار

پژوهش حاضر از نظر هدف، بنیادی و از لحاظ روش توصیفی از نوع همبستگی (رگرسیون) بود جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به میگرن است که در نیمه دوم سال ۱۴۰۱ به درمانگاه های مغز و اعصاب شهر مشهد مراجعه کردند و تشخیص میگرن دریافت نمودند. جهت حجم نمونه با استفاده از نرم افزار G*power، با اندازه اثر ۰/۰۵، آلفای ۰/۰۵، توان آزمون ۰/۸ و برای سه متغیر پیش بین، حجم نمونه ۲۲۲ نفر در نظر گرفته شد که از این جامعه با روش نمونه گیری در دسترس افرادی که ملاک های ورود را احراز کردند به عنوان نمونه نهایی انتخاب شدند. به منظور جمع آوری داده‌های پژوهش، پس از مراجعه به درمانگاه مغز و اعصاب بیمارستان قائم و فارابی در شهر مشهد در نیمه دوم سال ۱۴۰۱، به صورت در دسترس از بین افرادی که براساس تشخیص متخصص مغز و اعصاب، تشخیص میگرن دریافت نموده بودند و نیز براساس دیگر معیارهای ورود، پرسشنامه‌ها توسط ۲۲۲ بیمار تکمیل شد. ملاک های ورود به پژوهش شامل سن ۱۸ تا ۶۵ سال، تشخیص میگرن توسط متخصص مغز و اعصاب، سلامت نسبی جسمی و حداقل تحصیلات دیپلم، ملاک های خروج شامل ابتلای همزمان به سایر بیماری های حاد یا مزمن، قرار گرفتن در شرایط استرس زا و مصرف داروهای روانگردان، اعتیاد به الکل یا مواد مخدر بود.

این پژوهش دارای کد اخلاق به شماره IR.MUMS.REC.1401.013 از کمیته اخلاق دانشگاه فردوسی مشهد می‌باشد. به منظور رعایت مسائل اخلاقی پژوهش، در آغاز هدف از اجرای پژوهش برای کلیه مبتلابان به میگرن شرح داده شد و به شرکت کنندگان اطمینان خاطر داده شد که اطلاعات آنان محرمانه باقی خواهد ماند. همچنین خاطر نشان شد که آزمودنی حق انصراف از آزمون و عدم تکمیل پرسشنامه را دارد و به شرکت کنندگان تأکید شد که انجام این پژوهش و شرکت در آن هیچ گونه ضرری برای آن‌ها نخواهند داشت.

پرسش‌نامه زمینه‌یابی سلامت (فرم کوتاه) (SF-36): این پرسش‌نامه که توسط ویر و شربورون (۳۷) ساخته شده

است. یک ابزار بسیار معروف برای ارزیابی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت است. هشت مقیاس SF-36 (پرسشنامه کیفیت زندگی) در ۲ بعد سلامت جسمانی و سلامت روانی خلاصه می‌گردند. چهار خرده مقیاس اول شامل کارکرد جسمانی، نقش جسمانی، درد جسمانی و سلامت عمومی در بعد "سلامت جسمانی" و چهار خرده مقیاس آخر سلامت روانی شامل سرزندگی، کارکرد اجتماعی، نقش هیجانی و سلامت روانی می‌باشد. همچنین این پرسشنامه دارای یک سوال نیز می‌باشد که در آن فرد به ارزیابی سلامت خود در یک ماه گذشته می‌پردازد در پژوهش لینز و کاروالهو (۳۸) نتایج حاصل از تحلیل عاملی نشان داد که دو مفهوم متمایز وجود دارد که این پرسش‌نامه اندازه می‌گیرد: بعد جسمانی و بعد روانی. عملکرد جسمی، محدودیت جسمی، درد جسمی و سلامت عمومی مربوط به بعد جسمانی می‌شود و سایر مقیاس‌ها مربوط به بعد روانی می‌شود. نسخه‌ی فارسی این پرسش‌نامه توسط اصغری مقدم و فقهی (۱۳۹۲) هنجاریابی شد. نتایج نشان داد که ضرایب بازآزمایی خرده مقیاس های پرسشنامه بین ۰/۴۳ تا ۰/۷۹ و ضرایب آلفای کرونباخ خرده مقیاس های آن بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۵ بود. برای بررسی اعتبار پرسشنامه دو گروه سالم و بیمار را در تمام خرده مقیاس ها با هم مقایسه کردند که نتایج حاکی از وجود تفاوت معنادار بین دو گروه بود که نشان از روایی و پایایی مناسب پرسشنامه است (۳۹).

پرسش‌نامه‌ی پذیرش درد مزمن (P-CPAQ): پرسشنامه پذیرش درد مزمن در سال ۲۰۰۴ توسط مک کراکن و وولز (۳۳) تهیه شد و به طور گسترده در پژوهش های مرتبط با درد مزمن مورد استفاده قرار می‌گیرد. این پرسشنامه ۲۰ گویه دارد که در مقیاس ۷ درجه ای از صفر (اصلا درمورد شما صادق نیست) تا ۶ (همیشه درمورد شما صادق است) نمره گذاری می‌شود. این پرسشنامه شامل دو خرده مقیاس است که عبارتند از: درگیری در فعالیت (AE) (۱۱ سوال) و تمایل به درد (PW) (۹ سوال). ۹ گویه مقیاس تعهد در فعالیت به صورت معکوس و ۱۱ گویه مربوط به تمایل به درد به صورت مستقیم نمره‌دهی می‌شود. علاوه بر دو زیرمقیاس ذکر شده، یک نمره کل واحد براساس جمع نمرات هر دو مقیاس به دست می‌آید. حداکثر نمره کل ۱۲۰ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده‌ی پذیرش بهتر درد مزمن است (۳۳). پایایی این پرسشنامه برای درگیری در فعالیت و پذیرش درد به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۷۵ گزارش شد

علیرضا گل و همکاران

روانی بیشتر است. سوالات براساس مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای از ۱ (هیچ‌وقت درمورد شما صدق نمی‌کند) تا ۷ (همیشه درمورد شما صدق می‌کند) نمره گذاری می‌شوند. نمرات بالاتر نشانگر انعطاف‌پذیری روانشناختی بالاتر است. در پژوهش بوند و همکاران (۲۰۱۱) این پرسشنامه روایی و پایایی مناسبی داشت. در این پژوهش مقدار آلفای کرونباخ ۰/۸۴ و ضریب پایایی آزمون بازآزمون سه و شش ماه، به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۹ گزارش گردید (۱۶). ترجمه نسخه اصلی پرسشنامه، روایی و پایایی آن در مطالعه عباسی انجام شد. یافته‌های به دست آمده از تحلیل عاملی اکتشافی دو عامل اجتناب از تجارب هیجانی و کنترل روی زندگی را نشان داد. روایی همگرا و افتراقی آن را از راه همبستگی آن‌ها با مشکل در تنظیم هیجان و افسردگی و اضطراب بک بررسی کردند. یافته‌های نشان داد که اجتناب تجربی همبستگی منفی و معنی داری با اضطراب بک داشت، همچنین همبستگی منفی و معنی داری بین اجتناب تجربی و میزان اضطراب در جمعیت عمومی و گروه مبتلا به افسردگی به دست آمد. همسانی درونی پرسشنامه در کل برابر ۰/۸۹ و ضریب تصنیف آن در کل برابر ۰/۸۳ گزارش شد (۴۳).

تجزیه و تحلیل داده‌ها در دو بخش توصیفی و استنباطی صورت گرفت. در بخش توصیفی از شاخص‌هایی نظیر میانگین و انحراف استاندارد، کمترین و بیشترین داده‌ها استفاده شد، همچنین در بخش استنباطی پژوهش از روش رگرسیون چند متغیره استفاده شد که به کمک نرم‌افزار SPSS-26 تحلیل شد.

یافته‌ها

تعداد اعضای شرکت کننده در این پژوهش ۲۲۲ فرد مبتلا به میگرن بود. میانگین سنی شرکت کنندگان ۳۶/۷۳ با انحراف معیار ۹/۲۱ بود. در جدول ۱ مشخصات جمعیت شناختی شرکت کنندگان ارائه شده است.

جدول ۱. مشخصات جمعیت شناختی

متغیر	فراوانی	درصد
جنسیت	زن	۱۲۴
	مرد	۹۸
وضعیت تاهل	مجرد	۱۰۵
	متاهل	۱۱۷
جمع	۲۲۲	۱۰۰

و در مطالعه پالوت پایایی درونی با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۴ محاسبه شد (۴۰). در بررسی ویژگی روان‌سنجی نسخه فارسی، مسگریان (۴۱) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی ۰/۷۱ گزارش شد. اعتبار همگرا در بررسی همبستگی با خودکارآمدی درد و اعتبار واگرا از طریق محاسبه همبستگی با ناتوانی جسمی، افسردگی، اضطراب، شدت درد و فاجعه آفرینی مورد تایید قرار گرفت.

پرسش‌نامه استاندارد شفقت با خود (فرم کوتاه) (SCS): این پرسش‌نامه‌ی ۱۲ سوالی توسط ریس و همکارانش (۲۲) براساس مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای ساخته شده است و دارای شش مولفه است. این شش مولفه عبارتند از: مهربانی به خود، خود قضاوتی، انسانیت مشترک، انزوا، ذهن‌آگاهی و همانندسازی افراطی. در پژوهش ریس و همکاران (۲۲) فرم کوتاه این پرسش‌نامه همسانی درونی مناسبی دارد (آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۶) و همبستگی نسبتاً خوبی با فرم بلند SCS دارد (ضریب همبستگی برابر با ۰/۹۷). تحلیل عاملی انجام شده برای فرم کوتاه SCS ساختار شش عاملی موجود در فرم بلند را تایید می‌کند. در کل فرم کوتاه SCS ابزاری معتبر و پایا است و می‌تواند به جای فرم بلند استفاده شود خصوصاً زمانی که به نمرات خود-شفقتی کلی توجه داریم. ویژگی‌های روان‌سنجی در نمونه‌ی ایرانی توسط خانجانی و همکاران (۴۲) مورد بررسی قرار گرفت که روایی و پایایی مناسبی داشت. به طوری که همبستگی منفی معنادار با کمال‌گرایی (۰/۳۳-) و عاطفه‌ی منفی (۰/۳۸-) و شرم بیرونی (۰/۲۱-) داشت و ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۷۹ بود و نتایج تحلیل عاملی از ساختار ۶ مولفه‌ای مقیاس شفقت با خود در نمونه‌ی ایرانی حمایت کرد.

پرسش‌نامه پذیرش و عمل (AAQ-II): این پرسشنامه توسط بوند و همکاران (۱۶) ساخته شد. یک نسخه ۱۰ ماده‌ای است. این پرسشنامه سازه‌ای را می‌سنجد که به تنوع، پذیرش، اجتناب تجربی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بر می‌گردد. نمرات بالاتر نشان دهنده‌ی انعطاف‌پذیری

جدول ۲. آمار توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	زیرمؤلفه	کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف معیار
کیفیت زندگی	سلامت جسمی	۱۶	۴۲	۳۳/۴۵	۴/۴۵
	سلامت روانی	۱۶	۴۴	۳۳/۱۵	۳/۹۴
پذیرش درد مزمن	نمره کل	۶۰	۱۰۰	۸۳/۸۷	۸/۳۴
	درگیری در فعالیت	۹	۹۷	۲۹/۹۱	۱۲/۲۲
	تمایل به درد	۱۵	۶۸	۴۶/۴۷	۹/۲۰
	نمره کل	۳۸	۱۴۳	۷۶/۳۹	۱۵/۹۶
شفقت با خود	مهربانی به خود	۲	۱۰	۶/۰۳	۲/۰۱
	قضاوت کردن خود	۲	۱۰	۵/۱۸	۱/۹۶
	تجارب مشترک	۲	۱۰	۵/۹۴	۱/۸۵
	انزوا	۲	۱۰	۵/۱۸	۲/۰۱
	ذهن آگاهی	۲	۱۰	۵/۹۲	۱/۹۵
	هماندسازی افراطی	۲	۱۰	۴/۶۹	۱/۹۷
انعطاف پذیری روان شناختی	نمره کل	۱۲	۵۷	۳۲/۹۷	۹/۳۶
	-	۱۸	۶۳	۴۳/۷۲	۱۰/۱۴

که نتایج آن گویای نرمال بودن توزیع پراکندگی متغیرهای پژوهش بود ($P > 0/05$). به منظور بررسی همخطی متغیرهای پیش بین از شاخص تحمل و تورم واریانس و جهت بررسی استقلال خطاها از آزمون دوربین واتسون استفاده شد. نتایج در جدول ۲ گزارش شده است.

به منظور بررسی نقش پیش بینی کننده عوامل بافتاری در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به میگرن از رگرسیون چندگانه استفاده شد. در ابتدا پیش فرض های استفاده از رگرسیون شامل نرمال بودن داده ها، عدم همخطی متغیرهای پیش بین و استقلال خطاها بررسی شد. جهت بررسی نرمال بودن متغیرهای پژوهش از آزمون کالموگروف اسمیرنوف استفاده شد

جدول ۳. بررسی مفروضه ها

متغیر	شاخص تحمل	شاخص تورم
درگیری در فعالیت	۰/۹۵	۱/۰۴
تمایل به درد	۰/۹۲	۱/۰۹
مهربانی به خود	۰/۴۱	۲/۴۲
قضاوت کردن خود	۰/۳۹	۲/۵۵
تجارب مشترک	۰/۴۷	۲/۱۱
انزوا	۰/۵۲	۱/۹۱
ذهن آگاهی	۰/۴۱	۲/۴۶
هماندسازی افراطی	۰/۳۹	۲/۵۳
انعطاف پذیری روان شناختی	۰/۴۸	۲/۰۶

مشاهده می شود مفروضه های رگرسیون برقرار است. به منظور بررسی نقش انعطاف پذیری روان شناختی، پذیرش و شفقت با خود در پیش بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به میگرن از روش رگرسیون خطی چندگانه استفاده شد. ضریب همبستگی چندگانه $0/37$ و ضریب تعیین (R^2) نیز

اگر شاخص تحمل بزرگتر از $0/1$ و شاخص تورم کوچکتر از 10 باشد به معنی عدم هم خطی متغیرهاست. همچنین آماره دوربین واتسون $1/98$ به دست آمد که کوچکتر از 2 است و می توان گفت که از مفروضه های رگرسیون تخطی صورت نگرفته است. همانطور که در جدول ۲

علیرضا گل و همکاران

تغییرات کیفیت زندگی افراد مبتلا به میگرن را تبیین کنند. در ادامه نتایج در جدول زیر گزارش شده است.

۰/۱۴ به دست آمد که بیانگر این است که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، پذیرش و شفقت با خود می‌تواند ۱۴ درصد از

جدول ۴. نتایج اجرای رگرسیون

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معنی‌داری	Adjusted R ²
پیش بین	۲۱۴۸/۷۹	۹	۲۳۹/۷۵	۳/۸۲	۰/۰۰۱	۰/۱۰
باقی مانده	۱۳۲۴۰/۹۲	۲۱۲	۶۲/۴۵			
کل	۱۵۳۸۹/۷۱	۲۲۱				

به پیش بینی کیفیت زندگی افراد مبتلا به میگرن بود. به منظور بررسی اینکه کدامیک از متغیرها، قادر به پیش بینی کیفیت زندگی افراد مبتلا به میگرن است، نتایج ضرایب رگرسیون گزارش می‌شود.

نتایج حاصل از اجرای رگرسیون چندگانه نشان می‌دهد که متغیرهای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، پذیرش و شفقت با خود قادر به پیش بینی کیفیت زندگی افراد مبتلا به میگرن است ($F=3/82, p<0/05$). بنابراین عوامل بافتاری (انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، پذیرش و شفقت با خود) قادر

جدول ۵. ضرایب رگرسیون استاندارد شده

متغیر پیش‌بین	ضرایب رگرسیون (B)	خطای انحراف استاندارد	ضرایب رگرسیون استاندارد شده (β)	t	معنی‌داری
پذیرش درد مزمن	درگیری در فعالیت	۰/۱۵	۰/۰۴	۳/۵۳	۰/۰۰۱
	تمایل به درد	۰/۱۴	۰/۰۶	۲/۳۴	۰/۰۲۰
	مهربانی به خود	۰/۶۵	۰/۴۱	۱/۵۹	۰/۱۱۲
شفقت با خود	قضاوت کردن خود	-۰/۰۸	۰/۴۳	-۰/۲۰	۰/۸۳۶
	تجارب مشترک	۰/۲۸	۰/۴۲	۰/۶۷	۰/۵۰۱
	انزوا	-۰/۲۶	۰/۳۶	-۰/۷۱	۰/۴۷۹
انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	ذهن‌آگاهی	-۰/۲۵	۰/۴۲	-۰/۵۸	۰/۵۶۲
	هماندسازی افراطی	-۱/۲۹	۰/۴۲	-۳/۰۳	۰/۰۰۳
	-	۰/۰۸	۰/۰۷	۱/۰۷	۰/۲۸۴

شفقت با خود و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به صورت منفی معناداری قادر به پیش بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به میگرن بودند و بقیه مولفه‌ها قادر به پیش بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به میگرن نبودند. در رابطه با نقش مولفه‌های پذیرش درد در پیش بینی کیفیت زندگی یافته‌های پژوهش همسو با یافته‌های مک‌کراکن و ژائو-اوبرینت (۴۴)، بهرامی راد و همکاران (۴۵)، هیرش و همکاران (۴۶) و مسگریان و همکاران (۴۱) بود. مک‌کراکن و ژائو-اوبرینت (۴۴) نشان دادند که پذیرش درد با مشکلات روان‌شناختی کمتر و بهزیستی روان‌شناختی بیشتر مرتبط است. هیرش و همکاران (۴۶) نشان دادند که پذیرش درد در میان افراد مبتلا به درد مزمن با تعدادی از نتایج مثبت از جمله کاهش مداخله درد و عملکرد روانی-اجتماعی بهتر

ضرایب رگرسیون استاندارد شده نشان داد که درگیری در فعالیت، تمایل به درد و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به صورت مثبت و هماندسازی افراطی به صورت منفی معناداری قادر به پیش بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به میگرن بود، ولی بقیه مولفه‌ها قادر به پیش بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به میگرن نیست.

بحث

مطالعه حاضر با هدف بررسی نقش عوامل بافتاری (انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، پذیرش و شفقت با خود) در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به میگرن انجام شد. براساس یافته‌های مطالعه مولفه‌های پذیرش درد مزمن (درگیری در فعالیت، تمایل به درد)، مولفه هماندسازی افراطی از متغیر

همراه است. مسگریان و همکاران (۴۱) با بررسی نقش پذیرش درد در کاهش درد و ناتوانی بیماران مبتلا به درد مزمن، نشان دادند که بین میزان پذیرش درد مزمن با شدت درد، ناتوانی جسمی و اختلال در عملکرد روزانه ارتباط معنی داری وجود دارد. طبیعتاً اختلال در عملکرد روزانه، بهزیستی روان شناختی و عملکرد روانی-اجتماعی می تواند با سطح کیفیت زندگی افراد مرتبط باشد. در تبیین یافته پژوهش می توان افزود که پذیرش درد اولین گام در جهت سازگاری با تغییرات ایجاد شده در زندگی است، به صورتی که باعث می شود فرد در محیط زندگی به فعالیت خود ادامه دهد و در عین حال برای کنترل درد نیز تلاش کند. به علاوه به دنبال پذیرش درد فرد اقدامات غیر موثر برای کاهش درد را متوقف نموده و به جای آن بر مشارکت در فعالیت های ارزشمند و پیگیری اهداف مناسب شخصی خود تمرکز می کند و در نتیجه موجب بهبود کیفیت زندگی فرد می گردد. در رابطه با نقش همانندسازی افراطی که رابطه منفی معناداری با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به میگرن داشت، یافته پژوهش با یافته های فراستادوتیر و دورجی (۴۷)، نف و داهم (۴۸)، نف و پومیر (۴۹)، طاهر کرمی، حسینی و دشت بزرگی (۵۰) و گیلبرت و آیرون (۵۱) که نشان دادند که شفقت به خود بر کیفیت زندگی تاثیر گذار است، همسو بود. در تبیین این یافته می توان گفت افرادی که دارای شفقت به خود بالاتری هستند، به احتمال زیاد از سلامت روان بیشتر و روابط اجتماعی بهتر برخوردار خواهند بود. همانندسازی افراطی جنبه منفی شفقت به خود می باشد. فردی که با خود مهربان است، به جای قضاوت یا انتقاد از کاستی ها و بی کفایتی های خود، نسبت به خویش توجه، درک و پذیرش دارد. دارابودن شفقت به خود سبب می شود تا فرد به این آگاهی برسد که احتمال اشتباه برای همه وجود دارد؛ زیرا همه انسان ها دارای نقص اند، ممکن است اشتباه کنند یا رفتارهای ناسالم و نادرستی را مرتکب شوند و بنابراین، انزوا و گوشه گیری به دلیل اشتباهات، رفتار سازگارانه ای نخواهد بود. علاوه بر این، شفقت داشتن به خود موجب می شود جنبه های دردناک نادیده گرفته نشود و در عین حال، مکرراً نیز ذهن را اشغال نکند. افراد در حین تجربه رنج و به هنگام مقابله با چالش های زندگی ممکن است به جای آنکه با هشجاری به تماشای خود بنشینند و از چشم انداز بالاتری به تجربه خویش بنگرند، خود را به طور ناهشیار ارزیابی منفی می کنند. وقتی فردی نسبت به خود

شفقت بیشتری داشته باشد، کمتر با دیگران همانندسازی می کند. او سعی می کند که با دیگران روابط سالم و مناسبی برقرار کند و که نقش بسزایی در آرامش ذهنی، کاهش استرس و افزایش کیفیت زندگی دارد (۵۲، ۵۳، ۵۴). بر این اساس، شفقت به خود باعث می شود افراد از سطح سلامت خوبی برخوردار شوند و بتوانند آشفتگی های روانی را در خود کاهش دهند و سبک زندگی خوب و مثبتی را برای خود ایجاد کنند (۴۷). اما همانطور که در نتایج مشاهده شد مولفه های دیگر شفقت به خود ارتباط معنی داری با کیفیت زندگی نداشتند و فقط همانندسازی افراطی نقش معکوس در پیش بینی کیفیت زندگی داشت و این نتیجه نقش مهم همانندسازی افراطی را در مولفه های کیفیت زندگی نشان می دهد.

در رابطه با نقش انعطاف پذیری روان شناختی که به صورت مثبت معناداری قادر به پیش بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به میگرن بود، این یافته همسو با یافته های لانگ و همکاران (۵۵) بود. آن ها نشان دادند که افراد با انعطاف پذیری روان شناختی بالا، سلامت روان شناختی و هیجانی بیشتری داشتند. در تبیین یافته پژوهش می توان افزود، افرادی که انعطاف پذیری روان شناختی دارند می توانند مشکلات و موقعیت های جدید را در سطوح مختلف بررسی کرده و گزینه ها و ایده های جایگزینی را ارائه کنند (۵۵). انعطاف پذیری روان شناختی در واقع توانایی دنبال کردن اهداف ارزشمند زندگی است با وجود استرس و پریشانی. انعطاف پذیری روان شناختی نقش اساسی در سلامت دارد (۱۷). بنابراین با توجه به اثرات مثبت انعطاف پذیری روان شناختی در سلامت و زندگی نقش پیش بینی کننده آن در کیفیت زندگی افراد مبتلا به میگرن قابل توجه است. از محدودیت های پژوهش می توان به این موارد اشاره کرد: این پژوهش در بیماران مبتلا به میگرن شهر مشهد انجام شده است؛ بنابراین در تعمیم یافته ها باید با احتیاط صورت بگیرد. همچنین، در ارتباط با میزان واریانس تبیین نشده متغیر درون زاد (کیفیت زندگی) ممکن است عوامل دیگری در پیش بینی این متغیر نقش داشته باشند. استفاده از پرسشنامه های خودگزارشی نیز بخشی از محدودیت ها بود که می توانست بر اعتبار یافته ها به طور ناخواسته خدشه وارد کند. یافته های این پژوهش به لحاظ نظری به تکمیل و بسط نظریه های موجود کیفیت زندگی کمک می کند و به لحاظ عملی با آگاهی از متغیرهای

بیماران مبتلا به میگرن، شایسته است که برنامه ای جهت بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به میگرن بر مبنای تمرکز بر این متغیرها تنظیم گردد.

سپاسگزاری

پژوهشگران بر خود لازم می دانند از تمامی افرادی که در این پژوهش همکاری های لازم را انجام دادند، سپاسگزاری نمایند. این پژوهش بخشی از یافته های رساله دکترای نویسنده اول می باشد. در اجرای پژوهش ملاحظات اخلاقی منطبق با دستورالعمل کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه فردوسی مشهد در نظر گرفته شده و کد اخلاق به شماره IR.MUMS.REC.1401.013 دریافت شده است.

تضاد منافع

نویسندگان هیچ گونه تعارض منافی را گزارش نکرده اند.

References

1. Lombard L, Farrar M, Ye W, Kim Y, Cotton S, Buchanan AS, Jackson J, & Joshi S. A global real-world assessment of the impact on health-related quality of life and work productivity of migraine in patients with insufficient versus good response to triptan medication. *The journal of headache and pain*. 2020; 21: 1-16. <https://doi.org/10.1186/s10194-020-01110-9>
2. Giffin NJ, Lipton R B, Silberstein SD, Olesen J, & Goadsby PJ. The migraine postdrome: an electronic diary study. *Neurology*. 2016; 87(3): 309-313. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000002789>
3. Burch RC, Loder S, Loder E, & Smitherman TA. The prevalence and burden of migraine and severe headache in the United States: updated statistics from government health surveillance studies. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2015; 55(1): 21-34. <https://doi.org/10.1111/head.12482>
4. Stovner LJ, & Andree C. Prevalence of headache in Europe: a review for the EuroLight project. *The journal of headache and pain*. 2010; 11(4): 289-299. <https://doi.org/10.1007/s10194-010-0217-0>
5. Behrouz B, Amini K, Shakhniya F, Abedi A, & Ghasemi N. The Epidemiology and Clinical Characteristics of Migraine and Tension Headaches among the Patients Referred to

پیش بینی کننده کیفیت زندگی به اقداماتی در زمینه افزایش کیفیت زندگی منجر می شود.

نتیجه گیری

بر اساس نتایج حاصل از پژوهش حاضر، عوامل بافتاری (انعطاف پذیری روان شناختی، پذیرش و شفقت با خود) قادر به پیش بینی کیفیت زندگی افراد مبتلا به میگرن بودند. کیفیت زندگی تحت تأثیر عوامل بسیاری قرار می گیرد که در صورت بهبود این عوامل، کیفیت زندگی در جنبه های مختلف می تواند در زندگی فرد افزایش یابد (۲۷). از آنجایی که ویژگی های روان شناختی افراد نقش موثری بر کیفیت زندگی دارد، لذا بررسی جنبه های روان شناختی زندگی، در بیماران مبتلا به میگرن از اهمیت ویژه ای برخوردار است. اگر بیماران در این موارد توانمند باشند، می توانند با علائم بیماری مبارزه کنند و کیفیت زندگی خود را بهبود دهند. بنابراین با توجه به نقش عوامل بافتاری در کیفیت زندگی

- Farabi Hospital in Kermanshah City in Year 2011 [Research]. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2013; 9(1): 58-65.
6. James SL, Abate D, Abate KH, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N, Abbastabar H, Abd-Allah F, Abdela J, & Abdelalim A. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. 2018 *The Lancet*. 2018; 392(10159): 1789-1858
7. AlHarbi FG, & AlAteeq MA. Quality of life of migraine patients followed in neurology clinics in Riyadh, Saudi Arabia. *Journal of family & community medicine*. 2020; 27(1): 37. https://doi.org/10.4103/jfcm.JFCM_185_19
8. Cerami C, Crespi C, Bottiroli S, Santi GC, Sances G, Allena M, et al. High perceived isolation and reduced social support affect headache impact levels in migraine after the Covid-19 outbreak: a cross sectional survey on chronic and episodic patients. *Cephalalgia*. 2021; 41(14): 1437-46. <https://doi.org/10.1177/03331024211027568>
9. Fatima I, Qayyum S, Tariq S, Younas F, Hassan Gillani SMA. Health locus of control, illness behavior and headache related quality of life in individuals with migraine. *Ilkogretim Online Elem Educ Online*. 2021; 20(4): 1330-43.

10. Muayqil T, Al-Jafen BN, Al-Saaran Z, Al-Shammari M, Alkthiry A, Muhammad WS, Murshid R, & Alanazy MH. Migraine and headache prevalence and associated comorbidities in a large Saudi sample. *European neurology*. 2018; 79(3-4): 126-134. <https://doi.org/10.1159/000487317>
11. Smitherman TA, McDermott MJ, & Buchanan EM. Negative impact of episodic migraine on a university population: quality of life, functional impairment, and comorbid psychiatric symptoms. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2011; 51(4): 581-589. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2011.01857.x>
12. Hayes SC, Barnes-Holmes D, & Wilson KG. Contextual behavioral science: Creating a science more adequate to the challenge of the human condition. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2012; 1(1-2): 1-16. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2012.09.004>
13. Rahnmai m, Kafi masoule SM, Baradaran M, & Bakhshayesh B. Comparison of irrational beliefs, D personality type and quality of life in migraine headaches and Healthy People. *QUARTERLY JOURNAL OF HEALTH PSYCHOLOGY*. 2015; 4(15): 7-20.
14. Zhang Q, Zhang L, Yin R, Fu T, Chen H, Shen B. Effectiveness of telephone-based interventions on health-related quality of life and prognostic outcomes in breast cancer patients and survivors -a meta-analysis. *Eur J Cancer Care*. 2018;27(1):e12632. <https://doi.org/10.1111/ecc.12632>
15. Hayes SC, Strosahl KD, & Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy*. American Psychological Association Washington, DC. 2009.
16. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, Waltz T, & Zettle RD. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior therapy*. 2011; 42(4): 676-688. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
17. Kashdan TB, Disabato DJ, Goodman FR, Doorley JD, & McKnight PE. Understanding psychological flexibility: A multimethod exploration of pursuing valued goals despite the presence of distress. *Psychological Assessment*. 2020; 32(9): 829. <https://doi.org/10.1037/pas0000834>
18. Steenhaut P, Rossi G, Demeyer I, & De Raedt R. How is personality related to well-being in older and younger adults? The role of psychological flexibility. *International psychogeriatrics*. 2019; 31(9): 1355-1365. <https://doi.org/10.1017/S1041610218001904>
19. Meyer EC, Frankfurt SB, Kimbrel NA, DeBeer BB, Gulliver, SB, & Morrisette S.B. The influence of mindfulness, self-compassion, psychological flexibility, and posttraumatic stress disorder on disability and quality of life over time in war veterans. *Journal of clinical psychology*. 2018; 74(7): 1272-1280. <https://doi.org/10.1002/jclp.22596>
20. Gentili C, Rickardsson J, Zetterqvist V, Simons LE, Lekander M, & Wicksell RK. Psychological flexibility as a resilience factor in individuals with chronic pain. *Frontiers in psychology*, 2019; 10: 2016. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02016>
21. Neff KD, Germer CK. A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of clinical psychology*. 2013;69(1):28-44. <https://doi.org/10.1002/jclp.21923>
22. Raes F. Rumination and worry as mediators of the relationship between self-compassion and depression and anxiety. *Personality and Individual Differences*. 2010;48(6):757-61. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.01.023>
23. Saeedi Z, Ghorbani N, Sarafranz MR, Sharifian MH. The effect of inducing self-compassion and self-esteem on the level of the experience of shame and guilt. *bjcp* 2013;8(1):91-102. [Persian]
24. Yang Y, Zhang M, & Kou Y. Self-compassion and life satisfaction: The mediating role of hope. *Personality and Individual Differences*. 2016; 98: 91-95. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.03.086>
25. Neff KD, Kirkpatrick KL, & Rude SS. Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of research in personality*. 2007; 41(1): 139-154. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2006.03.004>
26. Neff KD, & McGehee P. Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity*. 2010;9(3):225-240.

- <https://doi.org/10.1080/15298860902979307>
27. Zhang H, Watson-Singleton NN, Pollard SE, Pittman DM, Lamis DA, Fischer NL, Patterson B, & Kaslow NJ. Self-criticism and depressive symptoms: Mediating role of self-compassion. *OMEGA-Journal of Death and Dying*. 2019; 80(2): 202-223. <https://doi.org/10.1177/0030222817729609>
 28. Marshall EJ, & Brockman RN. The relationships between psychological flexibility, self-compassion, and emotional well-being. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2016; 30(1): 60-72. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.30.1.60>
 29. Silberstein LR, Tirch D, Leahy RL, & McGinn L. Mindfulness, psychological flexibility and emotional schemas. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2012; 5(4): 406-419 <https://doi.org/10.1521/ijct.2012.5.4.406>
 30. Mahmoodi H. Prediction of resilience based on self-compassion and empathy in veterans. *Iranian Journal of War and Public Health*. 2018; 10(4): 215-220. <https://doi.org/10.29252/ijwph.10.4.215>
 31. Kim C, Ko H. The impact of self-compassion on mental health, sleep, quality of life and life satisfaction among older adults. *Geriatric Nursing*. 2018; 39(6): 623-628. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2018.06.005>
 32. Nery-Hurwit M, Yun J, & Ebbeck V. Examining the roles of self-compassion and resilience on health-related quality of life for individuals with Multiple Sclerosis. *Disability and Health Journal*. 2018; 11(2): 256-261. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2017.10.010>
 33. McCracken LM, Vowles KE, & Eccleston C. Acceptance of chronic pain: component analysis and a revised assessment method. *Pain*. 2004; 107(1-2): 159-166. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2003.10.012>
 34. Smith BW, & Zautra AJ. Vulnerability and resilience in women with arthritis: test of a two-factor model. *Journal of consulting and clinical psychology*, 2018; 76(5): 799 <https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.5.799>
 35. Aghayousefi A, Tarkhan M, Mohammadi N, & Afshar H. The role of psychological inflexibility and pain acceptance in predicting of resiliency in chronic pain patients. *QUARTERLY JOURNAL OF HEALTH PSYCHOLOGY*. 2017; 5(17): 23-38.
 36. Koller LS, Diesner SC, Voitl P. Quality of life in children and adolescents with migraine: an Austrian monocentric, cross-sectional questionnaire study. *BMC Pediatr* 2019; 19(1): 164-172. <https://doi.org/10.1186/s12887-019-1537-0>
 37. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992Jun; 30(6): 473-83. <https://doi.org/10.1097/00005650-199206000-00002>
 38. Lins L, & Carvalho FM. SF-36 total score as a single measure of health-related quality of life: Scoping review. *SAGE open medicine*, 2016; 4: 1725-1736. <https://doi.org/10.1177/2050312116671725>
 39. Asghari Moghadam MA, Faqih S. Validity and reliability of health background questionnaire (short form of 36 questions) in two Iranian samples. *Daneshvar Behavat*, 2002; 10(1): 1-10.
 40. Ribeiro AP, Mendes I, Stiles WB, Angus L, Sousa I, Gonçalves MM. Ambivalence in emotion focused therapy for depression: The maintenance of problematically dominant self narratives. *Psychotherapy Research*. 2014; 24(6): 702 <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.879620>
 41. Mesgarian F. The psychometric properties of the Persian version of the chronic pain acceptance questionnaire in Iranian chronic pain patients [Thesis]. Tehran, Iran: Shahed University; 2010. [In Persian].
 42. Khanjani S, Foroughi AA, Sadghi K, & Bahrainian SA. Psychometric properties of Iranian version of self-compassion scale (short form). *Pajoohandeh Journal*. 2016; 21(5): 282-289
 43. Abbasi E, Feti L, Molodi R, Zarrabi H. Psychometric adequacy of the Persian version of the Acceptance and Practice Questionnaire (second version). *Psychological Methods and Models*, 2011; 3(10): 65-80.
 44. McCracken LM & Zhao-O'Brien J. General psychological acceptance and chronic pain: There is more to accept than the pain itself. *European Journal of Pain*. 2010; 14(2): 170-175 <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2009.03.004>
 45. Bahrami Rad M, Rafezi Z, Shokrgozar A. Pain prediction based on pain catastrophizing in people with rheumatoid arthritis. 2016. Shiraz University Clinical Conference.

46. Hirsh A, Kratz A, Molton I, Ehde D. Pain acceptance is associated with key psychosocial outcomes in adults with multiple sclerosis and chronic pain. *The Journal of Pain*. 2012; 4: 76-86. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2011.02.311>
47. Frostadottir AD, & Dorjee D. Effects of Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) and Compassion Focused Therapy (CFT) on Symptom Change, Mindfulness, Self-Compassion and Rumination in Clients with Depression, Anxiety and Stress. *Frontiers in Psychology*. 2019; 10: 1099. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01099>
48. Neff KD, & Dahm KA. "Self- Compassion: what it is, what it does, and how it relates to mindfulness,". In M. Robinson, B. Meier & B. Ostafin. (Eds.). *Mindfulness and Self-Regulation*. 2014: 121-140. https://doi.org/10.1007/978-1-4939-2263-5_10
49. Neff KD, & Pommier E. The relationship between self-compassion and other focused concern among college undergradates, community adult, and particing meditators. *Self and Identity*. 2013; 12(2): 160-178. <https://doi.org/10.1080/15298868.2011.649546>
50. Taher Karami Z, Hosseini A, & Dasht Zorgi Z. The effectiveness of therapy based on self-compassion on resilience, self-dissociation, life expectancy and psychological well-being of menopausal women in Ahvaz. *Social Health*, 2018; 5(3): 189-197. <https://doi.org/10.22037>
51. Gilbert P, & Irons C. Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualizations, research and use in psychotherapy*. 2005: 263-325.
52. Rezvani M, and Sajjadian A. The mediating role of self-compassion in the effect of personality traits on positive psychological functions in female students, *Research Journal of Positive Psychology*, 2017; 4(3): 13-27.
53. Irons C, & Lad S. Using compassion focused therapy to work with shame and self-criticism in complex trauma. *Australian Clinical Psychologist*. 2017; 3(1): 17-43.
54. Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 2014; 53(1): 6- 41. <https://doi.org/10.1111/bjc.12043>
55. Long Y, Chen C, Deng M, Huang X, Tan W, Zhang L, & Liu Z. Psychological resilience negatively correlates with resting-state brain network flexibility in young healthy adults: a dynamic functional magnetic resonance imaging study. *Annals of Translational Medicine*. 2019; 7(24). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC69> <https://doi.org/10.21037/atm.2019.12.45>