

مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان با درمان مبتنی بر شفقت بر کیفیت خواب و انواع باورهای غیرمنطقی بیماران مبتلا به علائم سردرد اولیه

ندا بهوندی^۱، فلور خیاطان^{۲*}، محسن گل پرور^۳

- ۱- دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران
- ۲- استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران
- ۳- دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

یافته / دوره ۲۳ / شماره ۴ / پاییز ۱۴۰۰ / مسلسل ۸۹

چکیده

دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۳/۱۵ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۵/۱۶

مقدمه: سردرد اولیه به عنوان یکی از فراگیرترین اختلالات درد، موجب توجه به مشکلات بهزیستی بیماران مبتلا به علائم سردرد اولیه به ویژه در زمینه های کیفیت خواب و انواع باورهای غیرمنطقی شده است. این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان و مبتنی بر شفقت بر کیفیت خواب و انواع باورهای غیرمنطقی در بیماران مبتلا به علائم سردرد اولیه انجام شد. مواد و روش ها: مطالعه از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش - پس آزمون با گروه گواه بود. نمونه پژوهش شامل ۴۵ نفر از بیماران مبتلا به علائم سردرد اولیه مراجعه کننده به درمانگاه مغز و اعصاب بیمارستان خاتم الانبیاء تهران بود که به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه (هر گروه ۱۵ نفر) قرار داده شدند. گروه های آزمایش تحت درمان متمرکز بر هیجان و درمان مبتنی بر شفقت قرار گرفتند.

یافته ها: نتایج پژوهش نشان داد در مرحله پس آزمون در کیفیت خواب ($F=17/04$ ، $df=2$ و $p<0/01$) و انواع باورهای غیرمنطقی ($F=77/27$ ، $df=2$ و $p<0/01$) بین گروه های پژوهش، تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نشان داد، درمان متمرکز بر هیجان و مبتنی بر شفقت بر متغیر کیفیت خواب ($p<0/01$) و متغیر انواع باورهای غیرمنطقی ($p<0/01$) تاثیر معنادار داشته اند.

بحث و نتیجه گیری: درمان متمرکز بر هیجان و مبتنی بر شفقت، دو روش درمانی مناسب جهت افزایش کیفیت خواب و کاهش انواع باورهای غیرمنطقی بیماران مبتلا به علائم سردرد اولیه هستند. بیماران با شرکت در جلسات گروهی این دو درمان به راهبردهای مقابله ای به شیوه سازگاران و مثبت در جهت کنترل هر چه بیشتر حملات و بهبود علائم سردرد دست می یابند. واژه های کلیدی: درمان متمرکز بر هیجان، درمان مبتنی بر شفقت، کیفیت خواب، انواع باورهای غیرمنطقی، علائم سردرد اولیه.

*آدرس مکاتبه: اصفهان، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی.

پست الکترونیک: f.khayatan@yahoo.com

مقدمه

پژوهش‌های عصب روانشناختی نشان می‌دهد، سردرد اولیه به عنوان یکی از شایع‌ترین بیماری‌های نورولوژیک، با متغیرهای بهداشت روان رابطه دارد (۱). طبق تعریف انجمن بین‌المللی سردرد (۲۰۱۸)، سردردهای اولیه به سردردهایی گفته می‌شود که بدون هیچ علت اولیه پزشکی اتفاق می‌افتند و منشأ آن روانشناختی است (۲). در سال‌های اخیر، تغییر سبک زندگی، مشکلات روزمره و عوامل اضطراب‌آفرین، زمینه‌ساز افزایش سردردهای تنشی و میگرن در جوامع بوده است (۳). در بسیاری از موارد سردردهای تنشی و میگرنی باعث اختلال قابل توجه در خلق و خو، عملکردهای اجتماعی، عملکرد شغلی (غیبت-های طولانی مدت از محل کار)، فعالیت‌های روزمره فرد و باعث وارد کردن بار اقتصادی به فرد و جامعه می‌شوند (۴). مطالعه باس، رینز، پاولویس، فانینگ، رید، آدامز و همکاران (۲۰۱۸) متغیر روانشناختی کیفیت خواب را به عنوان متغیر پیشایند و پیامد در ایجاد یا تشدید علائم سردرد اولیه معرفی می‌کند (۵). مطالعات نشان داده‌اند کیفیت خواب وابسته به حدس و گمان درباره‌ی شروع آسان خواب، حفظ خواب، فقدان بیقراری در هنگام شب است (۶). نتایج پژوهش هارنود، وانگ و کائو (۲۰۱۵) نشان داده است مبتلایان به سردرد میگرنی و تنشی در آغاز به خواب رفتن و حفظ خواب مشکل دارند (۷). مطالعه هائول، بوتسچک، ترنر، اسمیترمن و رینز (۲۰۱۶) نشان داده است پر خوابی و کم خوابی می‌تواند منجر به تحریک سردرد میگرنی و تنشی شود (۸). مطالعات نشان داده‌اند مبتلایان به علائم سردرد اولیه به دلیل مشکلات روانشناختی مانند حساسیت و ادراک بیش از حد نسبت به مشکلات به میزان بیشتری در معرض کیفیت خواب پایین قرار دارند و این مشکل به عنوان یک آسیب روانشناختی، نیاز به درمان آن از اهمیت برخوردار است (۹). در مطالعه لوتر، پیچیرز، واردنر، وانویت، وانهمرت،

زیتمن و همکاران (۲۰۱۵) متغیر انواع باورهای غیرمنطقی با علائم سردرد اولیه ارتباط دارد و درماندگی در برابر تغییر، توقع تایید از دیگران، اجتناب از مشکل و بی‌مسئولیتی هیجانی را در بر می‌گیرد (۱۰). انواع باورهای غیرمنطقی افکاری متفاوت با واقعیت و منطقی هستند که می‌توانند بر روان فرد سلطه یابند و بر نحوه‌ی تعبیر، تفسیر، معنی دادن به رویدادها و تنظیم کیفیت و کمیت رفتارها و عواطف افراد تاثیر گذار باشند (۱۱). مطالعه چدا، ترنر و اسلتر (۲۰۱۹) نشان داده است باورهای غیرمنطقی با مشکلات عصب شناختی ارتباط دارد (۱۲). مطالعات لوتر، پیچیرز، واردنر، وانویت، وانهمرت، زیتمن و همکاران (۲۰۱۵) و گیلای، امید، قارلی‌پور، توسلی، حقیر و سرخابی (۱۳۹۵) نشان داده‌اند مبتلایان به علائم سردرد اولیه در مقایسه با سایر افراد، در وقایع آشفته ساز عمده زندگی مشابه‌اند، اما فراوانی برداشت‌های نادرست از واقعیت روزمره در این افراد بیش از سایرین است (۱۳-۱۰). نتایج مطالعات متعدد نشان داده‌اند متغیر انواع باورهای غیرمنطقی در بیماران مبتلا به علائم سردرد اولیه به دلیل مشکلاتی که در عملکرد این بیماران ایجاد می‌کند نیاز است به عنوان یک آسیب روانشناختی برای درمان آن اقدام شود (۱۴).

درمان متمرکز بر هیجان درمانی نوانسان‌گرا و تجربی است که از طریق تغییر شکل دادن هیجانات غیرانطباقی، با افزایش آگاهی و بیان هیجانات، آموختن نظم جویی هیجانات و فعالسازی هیجانات انطباقی به حل مشکلات روانشناختی می‌پردازد (۱۵). مطالعه دهنوی، صادقی و سپهوندی (۱۳۹۸) نشان داده است درمان متمرکز بر هیجان از طریق تعدیل و تنظیم هیجان، به ویژه نوسانات هیجانی به بهبود کیفیت خواب می‌پردازد (۱۶). نتایج پژوهش‌های مانتا، هلمز، ویمن، کاپالدی و لیم (۲۰۱۸)؛ الرد، فیرهلم، بویسا، فرکیون و بارلو (۲۰۱۵) و حقایق، ادیبی و دوازده امامی (۱۳۹۴) نشان داده است نظم بخشی

داده است درمان مبتنی بر شفقت از طریق افزایش توجه آگاهانه به حال، ایجاد سازش بیشتر و خودکارآمدی می‌تواند موجب حل تعارضات درون و میان فردی ایجادکننده‌ی انواع باورهای غیرمنطقی در بیماران مبتلا به میگرن شود (۲۶).

همانطور که توضیح داده شد، مشکلات کیفیت خواب و انواع باورهای غیرمنطقی شایع‌ترین مشکلات روانشناختی بیماران مبتلا به علائم سردرد اولیه به شمار می‌آید. بنابراین ارائه درمان مناسب برای مشکلات بیماران مبتلا به علائم سردرد اولیه گامی موثر در ارتقای سلامت و بهداشت روان آنان می‌باشد. از اینرو پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به دو پرسش اصلی است: ۱. درمان متمرکز بر هیجان و درمان مبتنی بر شفقت چه تأثیری بر کیفیت خواب و انواع باورهای غیرمنطقی بیماران مبتلا به علائم سردرد اولیه دارد؟ ۲. آیا این دو شیوه مداخله به نتایج متفاوتی از نظر اثربخشی منجر می‌شوند؟

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نظر روش نیمه آزمایشی سه گروهی با طرح پیش-پس آزمون با گروه گواه می‌باشد. جامعه آماری کلیه‌ی بیماران مبتلا به علائم سردرد اولیه مراجعه کننده به درمانگاه بیمارستان خاتم الانبیاء تهران در سنین ۱۸ تا ۴۵ سال بوده که از میان آنان ۴۵ نفر بیمار (در تحقیقات نیمه آزمایشی حداقل ۱۵ نفر برای هر گروه توصیه شده است) به شکل هدفمند انتخاب شدند. آزمودنی‌ها پس از نمونه‌گیری در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه قرار گرفتند. پس از جمع‌آوری داده‌ها، اطلاعات وارد نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ شده و شاخص‌های آمار توصیفی (شامل میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (شامل تحلیل کوواریانس و آزمون‌های تعقیبی بونفرونی) برای تحلیل داده‌ها استفاده شد.

ملاک ورود در پژوهش شامل: رضایت آگاهانه برای درمان، قرار داشتن در رده‌ی سنی ۱۸ تا ۴۵ سال، نمره

هیجانی و مؤلفه‌های آن به طور مستقیم شدت، فراوانی و طول دوره‌ی ادراک درد را تحت تأثیر قرار می‌دهند (۱۹-۱۷). پژوهش صالحپور، قدسی احقر و نوابی نژاد (۱۳۹۷) نشان می‌دهد درمان متمرکز بر هیجان از طریق شناسایی و پذیرش هیجان‌ها و ابراز صحیح نیازها، علائق و اولویت‌ها در روابط می‌تواند به کاهش انواع باورهای غیرمنطقی افراد بپردازد (۲۰). مطالعه کرفی (۱۳۹۴) نشان داده است، درمان متمرکز بر هیجان به افراد این آگاهی را می‌رساند که در مقابل حوادث قطعی که از کنترل آنان خارج است از طریق تغییر توجه از جنبه خارج از کنترل و مواجه با جنبه قابل کنترل به جای اجتناب از آن، به بازسازی چرخه‌های درگیر با مشکلات زندگی‌شان بپردازند و از این طریق می‌توانند به کنترل انواع باورهای غیرمنطقی نیز بپردازند (۲۱).

درمان متمرکز بر شفقت گیلبرت (۲۰۱۴) بر تعامل بین سیستم‌های تهدید، انگیزشی و آرام‌بخش با زیرمجموعه عصب‌شناختی تأکید می‌کند (۲۲). مطالعه خلعتبری، قربان شیرودی، زرین بخش و تیزدست (۱۳۹۸) نشان می‌دهد، این نگرش حمایت‌گرانه نسبت به خود و دیگران با پیامدهای روانشناختی مثبت مانند کاهش هیجانات منفی و افزایش سلامت جسمانی در ارتباط است (۲۳). مطالعه هادیان جبل و عاملی (۱۳۹۸) نشان می‌دهد درمان متمرکز بر شفقت از طریق شناخت و قبول توانایی‌ها و عدم توانایی‌های خود، پذیرش واقعیت‌ها و رها کردن آرمان‌ها و آرزوهای ناممکن، تقسیم کارها و کمک گرفتن از دیگران، سیستم آرام بخش مغز را فعال و به بهبود کیفیت خواب کمک می‌کند (۲۴). مطالعه کالتز (۲۰۱۶) نشان داده است، درمان مبتنی بر شفقت از طریق ایجاد انگیزه درونی، خوش‌بینی و تزریق توانایی مواجهه به افراد به جای اجتناب‌ورزی، به کاهش آشفتگی ناشی از انواع باورهای غیرمنطقی کمک می‌کند (۲۵). مطالعه شهاریان، یارمحمدیان، شریفی و غضنفری (۱۳۹۸) نشان

پایین در کیفیت خواب و نمره بالا در باورهای غیرمنطقی، تشخیص سردرد اولیه توسط متخصص و داشتن پرونده، تحت درمان‌های روانپزشکی و روان‌شناختی موازی نباشند. ملاک‌های خروج نیز شامل: عدم رضایت برای ادامه درمان، نمره بالا در کیفیت خواب و نمره پایین در باورهای غیرمنطقی، عدم تشخیص سردرد اولیه و تحت درمان روانپزشکی یا روان‌شناختی موازی باشند.

ملاحظات اخلاقی شامل: حفظ اصل رازداری کامل برای شرکت کنندگان، داشتن اختیار کامل برای کناره‌گیری از پژوهش، کسب رضایتنامه کتبی و استفاده از داده‌ها در جهت اهداف پژوهش بود.

پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ (PSQI): این پرسشنامه در سال ۱۹۸۹ توسط دکتر بویس، رینالدز، چارلز، مانک، برمن و کوپفر در موسسه روانپزشکی پیتزبورگ ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۱۹ سوال و ۷ خرده‌مقیاس است که در یک طیف لیکرت ۴ درجه‌ای از ۰ تا ۳ به این صورت نمره‌گذاری می‌شود: نمره صفر نبود مشکل خواب، نمره ۱ مشکل خواب متوسط، نمره ۲ مشکل خواب جدی، نمره ۳ مشکل خواب بسیار جدی. ۱۹ سوال پرسشنامه به سه شکل نمره متفاوت نمره داده می‌شود. نمره گذاری سوالات ۱ و ۳، سوالات ۲ و ۴ و سوالات ۵ تا ۹ با یکدیگر تفاوت دارد. کسب نمره کل بالاتر از ۵ در کل پرسشنامه به معنای کیفیت خواب ضعیف و نمره پایین‌تر از ۵ به معنای کیفیت خواب طبیعی است. در مطالعات خارجی پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ از روایی ۸۶/۵ و پایایی ۸۹/۵ و آلفای کرونباخ ۰/۸۳ برخوردار بود و در مطالعات داخلی نیز روایی ۰/۸۶ و پایایی ۰/۸۹ به دست آمد. در پژوهش حاضر پایایی بدست آمده از پرسشنامه ۰/۷۴ گزارش شده است (۲۷).

پرسشنامه باورهای غیر منطقی جونز (IBT): این آزمون در سال ۱۹۶۹ توسط جونز ساخته شده و یکی از

کاربردی‌ترین ابزارهای اندازه‌گیری باورهای غیرمنطقی در جهان است. فرم بلند پرسشنامه باورهای غیرمنطقی جونز (IBT) شامل ۱۰۰ سوال و ۱۰ خرده‌آزمون است. هر ۱۰ سوال یک خرده‌مقیاس باورهای غیرمنطقی را می‌سنجد و جمعاً ده باور غیرمنطقی در این آزمون مورد سنجش قرار می‌گیرد. این خرده‌مقیاس‌ها عبارتند از توقع تأیید از دیگران، انتظارات بیش از حد از خود، سرزنش خود، واکنش همراه با ناکامی، بی‌مسئولیتی هیجانی، بیش‌دلواپسی اضطرابی، اجتناب از مشکل، وابستگی، درماندگی برای تغییر و کمال‌گرایی. جونز با استفاده از روش آزمون مجدد مشاهده نمود که پایایی آزمون معادل ۰/۹۲ و آلفای کرونباخ ۰/۷۱ است. پایایی هر یک از خرده‌مقیاس‌های ده گانه آن از ۰/۶۶ تا ۰/۸۰ و میانگین پایایی همه خرده‌مقیاس ۰/۷۴ است. فرم کوتاه پرسشنامه باورهای غیرمنطقی جونز تحت عنوان باورهای غیرمنطقی اهواز (4IBT -A) در ایران توسط عبادی و معتمدین در سال ۱۳۸۴ طراحی شد. فرم کوتاه پرسشنامه باورهای غیرمنطقی دارای ۴۰ سوال و ۴ خرده‌آزمون است که با نمره گذاری پرسشنامه براساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای و از به شدت مخالف تا به شدت موافق امتیازبندی شده است. چون در پاسخنامه سوالات مثبت و منفی وجود دارد، در سوالات منفی شیوه نمره گذاری معکوس است، بدین نحو که در یک سوال به گزینه‌ی کاملاً موافق نمره ۵ داده می‌شود و در سوال دیگر به گزینه کاملاً مخالف نمره ۵ تعلق می‌گیرد. به هر حال نمره ۵ غیرمنطقی بودن در هر سوال را نشان می‌دهد. در مطالعات خارجی فرم کوتاه پرسشنامه باورهای غیرمنطقی از روایی ۰/۶۵ و پایایی ۰/۸۵ برخوردار بود و در مطالعات داخلی نیز روایی ۰/۸۱ و پایایی ۰/۸۶ بدست آمده است. در پژوهش حاضر نیز پایایی ۰/۷۴ بدست آمده است (۲۸).

درمان متمرکز بر هیجان: در پژوهش حاضر از پکیج درمان هیجان مدار (گرینبرگ، ۲۰۰۶) ۸ جلسه ۶۰

دقیقه‌ای به منظور درمان گروهی بیماران مبتلا به علائم سردرد اولیه استفاده شد (۲۹).
دقیقه‌ای به منظور درمان گروهی بیماران مبتلا به علائم سردرد اولیه استفاده شد (۳۰).

درمان مبتنی بر شفقت: در پژوهش حاضر از پکیج درمان مبتنی بر شفقت (گیلبرت، ۲۰۰۹) ۸ جلسه ۶۰

جدول ۱. جلسات درمان هیجان مدار گرینبرگ (۲۰۰۶)

محتوای جلسات	هدف جلسات
شامل آشنایی کلی با اعضای گروه؛ معرفی درمانگر، بررسی انگیزه و انتظار آنان از شرکت در کلاس ارائه تعریف مفاهیم درمان هیجان مدار.	آشنایی اولیه با مشکلات اعضا
در این جلسه درمانگر مراجعین را تشویق می کند که ترس‌های خود را مانند ترس از طرد شدن یا ترس از گفتن عیب و نقصی که پویایی روابط شان را به عقب می راند، بیان کنند.	شناسایی و ابراز هیجان‌ها
در این جلسه اعضای گروه به کمک درمانگر ضمن برون‌سازی هیجان‌ها و احساسات‌شان به چرخه شکل‌گیری احساسات اولیه و نیازهای دلبستگی تحقق نیافته‌شان پی می‌برند.	آگاهی از هیجان‌ها
در این جلسه احساسات واکنشی ثانویه مانند خشم، ناکامی، تندی، احساسات مرتبط با جدایی منعکس شده و به آنها ارزش داده می شود.	پذیرش هیجان‌ها
در این جلسه اعضای گروه به شناخت از جنبه‌های مختلف خود دست یافته و در نهایت احساس ارزشمندی خود را تجربه می کنند.	تجربه هیجان‌های جدید
در این جلسه اعضای گروه یاد می گیرند که به هیجان‌هایی که به تازگی آشکار شده اعتماد کنند و واکنش‌های جدید را نسبت به انگیزه هایشان تجربه نمایند.	انگیزه آفرینی برای تداوم هیجان‌های جدید
در این جلسه هیجان‌های اولیه که در مراحل قبلی شناسایی شده بودند به صورت کامل تری پردازش می شوند. درمانگر قاعده‌ای را آغاز می کند که طبق آن مراجعین اشتیاق خود را به نوع جدیدی از ارتباط به صورت تقریباً واضح بیان می کنند.	پردازش بیشتر هیجان‌های جدید
جلسه پایانی به خلق راه حل‌های جدیدی برای مشکلات مراجعین کمک می کند و همچنین حکایت جدیدی از مشکلات مراجعین بیان شده و تلاش می شود آن را از نو طراحی کنند.	ایجاد راه حل جدید برای مشکلات

جدول ۲. جلسات درمان مبتنی بر شفقت گیلبرت (۲۰۰۹)

محتوای جلسات	هدف جلسات
برقراری ارتباط اولیه، گروه بندی، 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 مفاهیم مبتنی بر شفقت
آموزش ذهن آگاهی همراه با تمرین وارسی دنی 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 ذهن 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 خود تخریب گرانه و شرم، آموزش همدردی.	آشنایی با خصوصیات افراد مشفق
ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان فرد دارای شفقت یا غیر شفقت با توجه به مباحث آموزشی، شناسایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن مشفقانه (ارزش خود شفقتی، همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران، آموزش استعاره فیزیوتراپی)، آموزش بخشایش.	خودشناسی
آشنایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن مشفقانه (بخشش، پذیرش بدون قضاوت، آموزش استعاره آنفلونزا و آموزش بردباری)، آموزش پذیرش مسائل؛ پذیرش تغییرات پیش رو و تحمل شرایط سخت و چالش برانگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه شدن افراد با چالش‌های مختلف.	تمرینات شفقت به خود از طریق پذیرش
تمرین عملی ایجاد تصاویر مشفقانه، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته) و به کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره و برای همسر، فرزندان، والدین، دوستان، معلمان و آشنایان، آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی.	تمرینات عملی شفقت
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.	آموزش شفقت نسبت به دیگران

جمع بندی تمرینات مبتنی بر شفقت آموزش و تمرین مهارت ها؛ مرور و تمرین مهارت های ارائه شده در جلسات گذشته برای کمک به آزمودنی ها تا بتوانند به روش های مختلف با شرایط متفاوت زندگی خود مقابله کنند و نهایتاً جمع بندی و ارائه راهکارهایی برای حفظ و به کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره.

یافته‌ها

شناختی سه گروه، تفاوت معناداری وجود ندارد ($p < 0/05$). چنان که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، در هر دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون کیفیت خواب دارای توزیع نرمال بوده است ($p > 0/05$). همچنین چنان که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، کیفیت خواب دارای برابری واریانس خطا بوده است. همچنین شیب خطوط رگرسیون نیز به عنوان پیش فرض دیگر نیز بررسی شد.

در تحلیل داده‌های جمعیت شناختی توسط آزمون کای دو (معناداری) تفاوت آماری معناداری بین متغیرهای جنسیت $0/83 (0/66)$ ، سن $4/20 (0/65)$ ، تحصیلات $1/13$ ($0/39$)، وضعیت تأهل $1/51 (0/47)$ و وضعیت اشتغال $4/20 (0/38)$ در افراد گروه درمان متمرکز بر هیجان، گروه درمان مبتنی بر شفقت و گروه کنترل گزارش نشد. نتایج نشان می‌دهد بین متغیرهای جمعیت

جدول ۳. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک و آزمون لوین در متغیر کیفیت خواب

متغیر پژوهش	زمان	آزمون شاپیرو-ویلک		آزمون لوین	
		آماره	معناداری	آماره	معناداری
کیفیت خواب	پیش‌آزمون	0/95	0/055	0/66	0/52
	پس‌آزمون	0/96	0/11		

غیرمنطقی دارای برابری واریانس خطا بوده است. همچنین شیب خطوط رگرسیون نیز به عنوان پیش فرض دیگر نیز بررسی شد.

در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون باورهای غیرمنطقی دارای توزیع نرمال بوده است ($p \geq 0/01$). همچنین چنان که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، باورهای

جدول ۴. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک و آزمون لوین در متغیر باورهای غیرمنطقی

متغیر پژوهش	زمان	آزمون شاپیرو-ویلک		آزمون لوین	
		آماره	معناداری	آماره	معناداری
باورهای غیرمنطقی	پیش‌آزمون	0/91	0/06	1/92	0/16
	پس‌آزمون	0/95	0/09		

میانگین کیفیت خواب افزایش (لازم به ذکر است که کاهش نمرات به معنای افزایش کیفیت خواب است) داشته‌اند.

چنان که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، در کیفیت خواب، گروه متمرکز بر هیجان و گروه درمان مبتنی بر شفقت در مرحله پس‌آزمون نسبت به گروه کنترل در

جدول ۵. میانگین و انحراف معیار کیفیت خواب در سه گروه پژوهش در دو مرحله زمانی

متغیر	مرحله	گروه هیجان مدار مبتنی بر شفقت		گروه درمان مبتنی بر شفقت		گروه کنترل	
		SD	M	SD	M	SD	M
کیفیت خواب	پیش‌آزمون	11/25	39/40	5/08	37/20	3/76	
	پس‌آزمون	3/90	33/60	2/41	33/33	3/70	

چنان که در جدول ۶ مشاهده می‌شود، در باورهای غیرمنطقی، گروه متمرکز بر هیجان و گروه درمان مبتنی

بر شفقت در مرحله پس‌آزمون نسبت به گروه کنترل در میانگین باورهای غیرمنطقی کاهش داشته است.

جدول ۶. میانگین و انحراف معیار باورهای غیرمنطقی در سه گروه پژوهش در دو مرحله زمانی

متغیر	مرحله	گروه هیجان مدار مبتنی بر شفقت		گروه درمان مبتنی بر شفقت		گروه کنترل	
		SD	M	SD	M	SD	M
باورهای غیرمنطقی	پیش‌آزمون	۴۰/۵۲	۱۳۸/۶۰	۴۰/۵۲	۱۳۸/۶۰	۱۱/۴۷	۱۱۴/۰۷
	پس‌آزمون	۵/۷۴	۷۹/۰۷	۱۰/۵۱	۱۲۲/۰۷	۲۱/۳۱	

چنان‌که در جدول ۷ مشاهده می‌شود، در مرحله پس‌آزمون پس از کنترل اثر پیش‌آزمون در کیفیت خواب ($F=۱۷/۰۴$ ، $df=۲$ و $p<۰/۰۱$) بین گروه‌های پژوهش تفاوت معناداری وجود دارد. این امر نشان دهنده این است که حداقل بین دو گروه از سه گروه پژوهش (گروه درمان متمرکز بر هیجان، گروه درمان مبتنی بر شفقت و گروه کنترل) در کیفیت خواب در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. اندازه اثر (مجذور ضریب سهمی اتا) برابر $۰/۴۵$ و توان آزمون برابر با ۱ است. به این معنی که ۴۵ درصد تفاوت در کیفیت خواب در پس‌آزمون پس از کنترل پیش‌آزمون با ۱۰۰ درصد توان به اجرای درمان در حداقل یکی از گروه‌های آزمایش بستگی داشته است.

چنان‌که در جدول ۷ مشاهده می‌شود، در مرحله پس‌آزمون پس از کنترل اثر پیش‌آزمون در کیفیت خواب ($F=۱۷/۰۴$ ، $df=۲$ و $p<۰/۰۱$) بین گروه‌های پژوهش تفاوت معناداری وجود دارد. این امر نشان دهنده این است که حداقل بین دو گروه از سه گروه پژوهش (گروه درمان متمرکز بر هیجان، گروه درمان مبتنی بر شفقت و گروه کنترل) در کیفیت خواب در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. اندازه اثر (مجذور ضریب سهمی اتا) برابر $۰/۴۵$ و توان آزمون برابر با ۱ است. به این معنی که ۴۵ درصد تفاوت در کیفیت خواب در پس‌آزمون پس از کنترل پیش‌آزمون با ۱۰۰ درصد توان به اجرای درمان در حداقل یکی از گروه‌های آزمایش بستگی داشته است.

جدول ۷. نتایج تحلیل کوواریانس در کیفیت خواب در پس‌آزمون پس از کنترل پیش‌آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	سطح معناداری	مجذور ضریب اتا	توان آزمون
اثر پیش‌آزمون	۲۲/۰۲	۱	۲۲/۰۲	۱/۹۵	۰/۱۷	۰/۰۴۵	۰/۲۸
عضویت گروهی	۳۸۵/۶۴	۲	۱۹۲/۸۲	۱۷/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۴۵	۱
خطا	۴۶۳/۸۴	۴۱	۱۱/۳۱	-	-	-	-
کل	۹۱۳/۲۴	۴۴	-	-	-	-	-

چنان‌که در جدول ۸ مشاهده می‌شود، در مرحله پس‌آزمون پس از کنترل اثر پیش‌آزمون در باورهای غیرمنطقی ($F=۷۷/۲۷$ ، $df=۲$ و $p<۰/۰۱$) بین گروه‌های پژوهش تفاوت معناداری وجود دارد. این امر نشان دهنده این است که حداقل بین دو گروه از سه گروه پژوهش (گروه درمان هیجان مدار مبتنی بر شفقت، گروه درمان مبتنی بر شفقت و گروه کنترل) در باورهای غیرمنطقی تفاوت معناداری وجود دارد. اندازه اثر (مجذور ضریب سهمی اتا) برابر $۰/۷۹$ و توان آزمون برابر با ۱ است. به این معنی که ۷۹ درصد تفاوت در باورهای غیرمنطقی در پس‌آزمون پس از کنترل پیش‌آزمون با ۱۰۰ درصد توان به اجرای درمان در حداقل یکی از گروه‌های آزمایش بستگی داشته است.

چنان‌که در جدول ۸ مشاهده می‌شود، در مرحله پس‌آزمون پس از کنترل اثر پیش‌آزمون در باورهای غیرمنطقی ($F=۷۷/۲۷$ ، $df=۲$ و $p<۰/۰۱$) بین گروه‌های پژوهش تفاوت معناداری وجود دارد. این امر نشان دهنده این است که حداقل بین دو گروه از سه گروه پژوهش (گروه درمان هیجان مدار مبتنی بر شفقت، گروه درمان مبتنی بر شفقت و گروه کنترل) در باورهای غیرمنطقی تفاوت معناداری وجود دارد. اندازه اثر (مجذور ضریب سهمی اتا) برابر $۰/۷۹$ و توان آزمون برابر با ۱ است. به این معنی که ۷۹ درصد تفاوت در باورهای غیرمنطقی در پس‌آزمون پس از کنترل پیش‌آزمون با ۱۰۰ درصد توان به اجرای درمان در حداقل یکی از گروه‌های آزمایش بستگی داشته است.

جدول ۸. نتایج تحلیل کوواریانس در باورهای غیرمنطقی در پس‌آزمون پس از کنترل پیش‌آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	سطح معناداری	مجذور ضریب اتا	توان آزمون
اثر پیش‌آزمون	۱/۳۳	۱	۱/۳۳	۰/۰۱۴	۰/۹۱	۰/۰۰۱	۰/۰۵
عضویت گروهی	۱۴۴۶۸/۲۹	۲	۷۲۳۴/۱۴	۷۷/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۷۹	۱
خطا	۳۸۳۸/۲۷	۴۱	۹۳/۶۲	-	-	-	-
کل	۱۹۹۸۷/۲۰	۴۴	-	-	-	-	-

چنان‌که در جدول ۹ مشاهده می‌شود در کیفیت خواب در مرحله پس‌آزمون، گروه درمان متمرکز بر هیجان با گروه درمان مبتنی بر شفقت و با گروه کنترل دارای تفاوت معنادار است ($p < 0/01$)، ولی بین گروه درمان

جدول ۹. نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه دوجه دو گروه های پژوهش در کیفیت خواب

معناداری	خطای استاندارد	تفاوت میانگین‌ها	گروه مورد مقایسه	گروه مبنا
۰/۰۰۱	۱/۲۳	-۶/۵۲	گروه درمان مبتنی بر شفقت	گروه درمان هیجان مدار مبتنی بر شفقت
۰/۰۰۱	۱/۲۵	-۶/۰۴	گروه کنترل (گواه)	گروه درمان هیجان مدار مبتنی بر شفقت
۱	۱/۲۴	۰/۴۸	گروه کنترل (گواه)	گروه درمان مبتنی بر شفقت

چنان‌که در جدول ۱۰ مشاهده می‌شود در باورهای غیرمنطقی در مرحله پس‌آزمون، گروه درمان متمرکز بر هیجان کنترل دارای تفاوت معنادار هستند ($p < 0/01$)، ولی بین دو گروه درمان متمرکز بر هیجان مدار و گروه درمان مبتنی بر شفقت با یکدیگر تفاوت معناداری وجود ندارد ($p > 0/05$).

جدول ۱۰. نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه دوجه دو گروه های پژوهش در باورهای غیر منطقی

معناداری	خطای استاندارد	تفاوت میانگین‌ها	گروه مورد مقایسه	گروه مبنا
۰/۲۳	۳/۵۳	۶/۴۰	گروه درمان مبتنی بر شفقت	گروه درمان هیجان مدار مبتنی بر شفقت
۰/۰۰۱	۳/۷۰	-۳۶/۷۳	گروه کنترل (گواه)	گروه درمان هیجان مدار مبتنی بر شفقت
۰/۰۰۱	۳/۷۰	-۴۳/۱۳	گروه کنترل (گواه)	گروه درمان مبتنی بر شفقت

بحث و نتیجه گیری

درمان متمرکز بر هیجان از سویی از طریق نظم بخشی هیجانی به کاهش اضطراب، آشفتگی، خشم و سایر هیجان‌های منفی می‌پردازد و از سویی دیگر با فعالسازی عواطف انطباقی مانند خودارزشمندی، علاقمندی، شادکامی، همدلی و سایر عواطف مثبت کیفیت خواب را بهبود می‌بخشد. مطالعه ماتتا، هلمز، ویمن، کاپالدی و لیم (۲۰۱۸) با نتایج پژوهش حاضر همسو می‌باشد. نتایج پژوهش یاد شده که به بررسی درمان متمرکز بر هیجان بر کیفیت خواب کهنه سربازان آسیب دیده از استرس پس از سانحه پرداخته است، نشان داده است تنظیم احساسات و بهبود علائم اضطراب در کهنه سربازان آسیب دیده از استرس پس از سانحه می‌تواند به بهبود کیفیت خواب آنان کمک کند (۱۷). نتایج فرضیه اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر کیفیت خواب بیماران مبتلا به علائم سردرد اولیه همسو با نتایج مطالعات (۱۶-۱۷) نشان

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان و درمان مبتنی بر شفقت بر کیفیت خواب و باورهای غیرمنطقی بیماران مبتلا به علائم سردرد اولیه انجام شد. نتایج نشان داده‌اند که این دو درمان به میزان معناداری کیفیت خواب را افزایش و انواع باورهای غیرمنطقی بیماران مبتلا به علائم سردرد اولیه را کاهش داده‌اند. به عبارت دیگر اجرای مداخلات موثر بودند. فرضیه اول پژوهش مبنی بر این‌که آیا درمان متمرکز بر هیجان بر کیفیت خواب بیماران مبتلا به علائم سردرد اولیه موثر است؟ تایید شد. این یافته همسو با مطالعه دهنوی، صادقی و سپهوندی (۱۳۹۹) است (۱۶). نتایج مطالعه دهنوی، صادقی و سپهوندی که به بررسی اثر بخشی درمان واقعیت درمانی- هیجان مدار بر کیفیت خواب زنان مبتلا به کم کاری تیروئید پرداختند، نشان داد

می‌دهد بین فرایندهای پردازش هیجانی و کیفیت خواب رابطه وجود دارد. در واقع درمان متمرکز بر هیجان با ارزیابی هیجان‌ها و آموزش توقف خود سرزنشگری، زودرنجی، اضطراب، تنهایی و ناامنی به تغییر هیجان و عواطف فرد پرداخته و کیفیت خواب را بهبود می‌بخشد.

فرضیه دوم پژوهش مبنی بر اینکه آیا درمان مبتنی بر شفقت بر کیفیت خواب بیماران مبتلا به علائم سردرد اولیه موثر است؟ تایید شد. نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد درمان مبتنی بر شفقت، کیفیت خواب بیماران مبتلا به علائم سردرد اولیه را از طریق پیامدهای مثبتی همچون ایجاد حس شفقت به خود و پذیرش مشکلات زندگی که موجب کاهش پریشانی و اضطراب می‌شود افزایش می‌دهد. نتایج فرضیه پژوهش حاضر، همسو با پژوهش هادیان و جبل عاملی (۱۳۹۸) است. پژوهش هادیان و جبل عاملی (۱۳۹۸) تحت عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر کیفیت خواب زنان مبتلا به افسردگی نشان داده است درمان مبتنی بر شفقت از طریق ایجاد دیدگاه غیرقضاوتی نسبت به خود، شکیبایی و مهربانی نسبت به خود، کیفیت خواب زنان افسرده را بهبود بخشیده است (۲۴). در بررسی مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان با درمان مبتنی بر شفقت بر کیفیت خواب بیماران مبتلا به سردرد اولیه به این صورت پاسخ داده می‌شود که در کیفیت خواب در مرحله پس‌آزمون پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، بین گروه درمان متمرکز بر هیجان با گروه درمان مبتنی بر شفقت و با گروه گواه تفاوت معناداری وجود دارد. در واقع درمان متمرکز بر هیجان در افزایش کیفیت خواب موثرتر از درمان مبتنی بر شفقت بوده و این یافته با پژوهش دهنوی، صادقی و سپهوندی (۱۳۹۹) همخوانی دارد (۱۶). درمان مبتنی بر شفقت در مقایسه با گروه گواه بر افزایش کیفیت خواب بیماران مبتلا به علائم سردرد اولیه موثر بوده است.

فرضیه سوم پژوهش عبارت است از آیا درمان متمرکز بر هیجان بر انواع باورهای غیرمنطقی بیماران مبتلا به علائم سردرد اولیه موثر است؟ تایید شد. در تبیین تاثیر درمان متمرکز بر هیجان بر کاهش انواع باورهای غیرمنطقی بیماران مبتلا به علائم سردرد اولیه به اثربخشی درمان متمرکز به هیجان از طریق تغییر درک فرایند تجربه (تجربیات هیجانی) و پردازش تعاملات بین فردی اشاره کرد. در واقع بیماران مبتلا به علائم سردرد اولیه در صورتی که به خلق هیجان‌های مثبت توفیق یابند، می‌توانند واقعیت‌های درون روانی و انواع باورهای غیرمنطقی خود را مورد پردازش و سازماندهی مجدد قرار دهند. نتایج این فرضیه با نتایج مطالعه صالحپور، قدسی احقر و نوایی نژاد (۱۳۹۷) همسو است. نتایج پژوهش صالحپور، قدسی احقر و نوایی نژاد نشان داده است، درمان متمرکز بر هیجان می‌تواند از طریق تعدیل توقع تایید دیگران، سرزنش کردن خود، بی‌مسئولیتی عاطفی و توجه مضطربانه به کاهش انواع باورهای غیرمنطقی در زوجین متقاضی طلاق، منجر شود (۲۰). نتایج تحقیق کرفی (۱۳۹۴) نشان داده است درمان متمرکز بر هیجان بر کاهش انواع باورهای غیرمنطقی زنان متأهل تاثیر معناداری دارد (۲۱).

فرضیه چهارم پژوهش عبارت است از آیا درمان مبتنی بر شفقت بر انواع باورهای غیرمنطقی بیماران مبتلا به علائم سردرد اولیه موثر است؟ تایید شد. در پژوهش حاضر درمان مبتنی بر شفقت موجب شده بیماران مبتلا به علائم سردرد اولیه از طریق ایجاد باور ناپایداری حوادث ناخوشایند و اعتماد به توانایی خود برای مقابله با مشکلات استرس‌زا انواع باورهای غیرمنطقی‌شان را کاهش دهند. نتایج این فرضیه با نتایج مطالعه کالتر (۲۰۱۶) مبتنی بر کاهش انواع باورهای غیرمنطقی از طریق درمان مبتنی بر شفقت همسو می‌باشد (۲۵). نتایج مطالعه صالح آبادی و ناعمی (۱۳۹۹) نشان داده است درمان مبتنی بر شفقت

IR.IAU.KHUISF.REC.1399.063 در وبگاه سامانه

کمیته ملی اخلاق به ثبت رسیده است.

با افزایش مهارت توجه، استدلال، رفتار و تجارب حسی مهربانانه موجب کاهش انواع باورهای غیرمنطقی در مادران کودکان مبتلا به ناتوانی یادگیری می شود (۳۱). در این راستا نتایج پژوهش حاضر در راستای نتیجه مطالعه آلبرستون و نف (۲۰۱۵) می باشد (۳۲).

در تحقیق آلبرستون و نف اثر بخشی درمان مبتنی بر شفقت بر کاهش خود انتقادگری زنان دچار نارضایتی از تصویر بدنی مورد تایید قرار گرفت. در مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان با درمان مبتنی بر شفقت بر باورهای غیرمنطقی بیماران مبتلا به سردرد اولیه به این صورت پاسخ داده می شود که انواع باورهای غیرمنطقی در گروه درمان متمرکز بر هیجان و گروه درمان مبتنی بر شفقت با گروه گواه دارای تفاوت معنادار هستند، اما بین دو گروه درمان متمرکز بر هیجان و گروه درمان مبتنی بر شفقت با یکدیگر تفاوت معناداری وجود ندارد.

این نتیجه نشان می دهد بین دو گروه درمان متمرکز بر هیجان و درمان مبتنی بر شفقت در درمان انواع باورهای غیرمنطقی تفاوت معناداری وجود ندارد اما هر کدام از درمان ها به صورت جداگانه در مقایسه با گروه گواه بر کاهش انواع باورهای غیرمنطقی موثر بوده اند. خلاصه نتایج بدست آمده دال بر این است که درمان متمرکز بر هیجان از طریق بازسازی ادراک تجربیات توانسته موثرتر از درمان مبتنی بر شفقت، بر کیفیت خواب بیماران مبتلا به علائم سردرد اولیه تاثیر گذار باشد. همچنین درمان متمرکز بر شفقت توانسته از طریق تنظیم هیجان مثبت تقریباً همانند درمان متمرکز بر هیجان بر کاهش انواع باورهای غیرمنطقی بیماران مبتلا به علائم سردرد اولیه تاثیر گذار باشد.

تشکر و قدردانی

مراتب قدردانی خود را از کلیه کادر بیمارستان خاتم الانبیاء که در اجرای این پژوهش با ما همکاری داشتند اعلام می داریم. پژوهش حاضر در کمیته اخلاق معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اصفهان با کد

References

1. Tassorelli C, Diener H-Ch, Dodick D, Silberstein S D, Lipton R B, Ashina M, Becker WJ, Ferrari, M D, Goadsby P J, Pozo-Rosich P, Wang S-J. Guidelines of the International Headache Society for controlled trials of preventive treatment of chronic migraine in adults, *Cephalalgia*, 2018; 38(5): 815-32.
2. International Classification of Headache Disorders. 3rd edition. *Cephalalgia*: 2018 .201-11.
3. Vieira R, Vieira D, Gomes W, Gauer G. Alexithymia and its impact on quality of life in a group of Brazilian women with migraine without aura, *J Headache Pain*, 2018; 14(1): 18-34.
4. Prinsie JC, Sajobi TT, Wang M, Patten SB, Fiest KM, Bulloch AG, Pringsheim T, Wiebe S, Jette N. effects of depression and anxiety on quality of life in five common neurological disorders, *Gen Hosp Psychiatry*, 2018; 52: 58-63.
5. Buysse D. J, Reynolds C. F, Charles F, Monk T. H, Berman S. R, Kupfer D. J. The Pittsburgh sleep quality index: a new instrument for psychiatric practice and research, *Psychiatry Research*, 2018; 28(2): 193-213.
6. Seidel S, Hart T, Weber M, Matterey S, Paul A, Riederer F, et al. Quality of sleep, fatigue and daytime sleepiness in migraine a controlled study. 2016; *Cephalalgia*; 14: 1-8.
7. Harnod T, Wang YC, Kao CH. Association of migraine and sleep related breathing disorder: a population based cohort study, *Medicine (Baltimore)*, 2015; 94-112.
8. Houle TT, Butschek RA, Turner DP, Smitherman TA, Rains JC. Stress and sleep duration predict headache severity in chronic headache sufferers, *Pain*, 2016; 243-64.
9. Wesal M, Neshat Doost H. Meta-analysis of the effect of psychological intervention in reducing pain intensity in patients with chronic pain, *Journal of Anesthesiology and Pain*, 2020;10 (3): 21-28.
10. Louter MA, Pijpers JA, Wardenaar KJ, van Zwet EW, van Hemert AM, Zitman FG, Ferrari MD, Penninx BW, Terwindt GM. Symptom dimensions of affective disorders in migraine patients, *J Psychosom Res*, 2015; 79(5):458-63.
11. Rahnamay M, Kafi S M, Baradaran M, Bakhshayesh B. comparison of Irrational Beliefs, Personality Type D and Quality of Life in Migraine Headaches and Healthy People. *Health Psychology*. 2018; 17 (15): 3-7. (In Persian)
12. Chadha N, Turner M, Slater M. Investigating Irrational Beliefs, Cognitive Appraisals, Challenge and Threat, and Affective States in Golfers Approaching Competitive Situations, *Front, Psychol*, 2019; 295-315.
13. Gilassi H, Omidy A, Gharli pour Z, Tavassoli A, Haghiri A, Sorkhabi p. The Role of Coping Strategies and Pain-Related Strategies in Migraine Impairment. *Journal of Islamic Azad University*.2016; 59 (1): 23-63. (in Persian)
14. Rahimi Ahmad Abadi S, Kalantari M, Abedi MR, Modares Gharavi SM. The Role of Gender Stereotypes on Predicting Irrational Beliefs and

- Mental Health of Individuals with Gender Dysphoria. MEJDS. 2020; 10:104-15. (in Persian)
15. Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy, BJCP, 2010;53(1): 6-41.
 16. Dehnavi H, Sadeghi M, Sepahvandi M .A. The Effectiveness of the Integrative Approach of Reality – Emotion-focused Therapy on the Quality of Sleep and Sexual Self-efficacy in Women with Hypothyroidism. Sadra Medical Journal. 2020; 8 (2): 91-102. (in Persian)
 17. Mantua J, Helms SM, Weymann KB, Capaldi VF, Lim MM. Sleep Quality and Emotion Regulation Interact to Predict Anxiety in Veterans with PTSD, Behavioural Neurology, 2018;110-120.
 18. Ellard K K, Fairholme C P, Boisseau C L, Farchione TJ, Barlow D. H. Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: protocol development and initial outcome data, Cogn. Behav. Pract, 2015; 17: 88-101.
 19. Haghayegh S A, Adibi P, Davazdahemami M H. Efficacy of Emotion Focused Therapy on Quality of Life and Sleep in Irritable Bowel Syndrome. GOVARESH. 2015;20(3): 185-92. (in Persian)
 20. Salehpour P, Ahghar G, Navabi Nejad Sh. he Effectiveness of Emotion- Focused Couple Therapy on Reducing Irrational Beliefs and Emotional Divorce in Married Women Referred to Tehran Counseling Centers. Journal of Mashhad School of Medical Sciences. 2018; 62:57-70. (in Persian)
 21. Karfi A. The effectiveness of normative education on irrational communication beliefs of women. Master Thesis . University Bojnourd . Faculty of Literature and Humanities. 2015; 628-642. (in Persian)
 22. Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy, BJCP, 2014;53(1):6-41.
 23. Khalatbari A, Qorban shirudi SH, Zarinbakhsh M, Tizdast T. Comparison of the effectiveness of compassion-based therapy and treatment based on acceptance and commitment to craving, quality of life and psychological distress in patients with type 2 diabetes. Scientific Journal of Health Psychology. 2019 ;36 (4): 7-24. (in Persian)
 24. Hadian S, JebelAmeli SH. The effectiveness of treatment of patients with compassion in mental rumination and self-blame due to depression. Urmia Journal of Medical Sciences. 2018; 30 (2): 86-96. (in Persian)
 25. Kolts R. CFT made simple: a clinician's guide to practicing compassion-focused therapy. Oakland, CA: New Harbinger Publications. 2016; 213-232.
 26. Asharyan M, Yarmohammadiyan A, Sharifi T, Ghazanfari A. Comparison of the effectiveness of compassion-focused therapy with meta-diagnostic therapy on migraine symptoms. Journal of Community Health .2018;12 (3): 10-19. (in Persian)
 27. Buysse D. J, Reynolds C. F, Charles F, Monk T. H, Berman S. R, & Kupfer D. J. The Pittsburgh sleep quality index: a

- new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 2018;28(2): 193-213.
28. Jones R.G. A factored measure of Ellis's irrational belief system with personality and maladjustment correlates, (Doctoral Dissertation, Texas Technological College, Dissertation Abstracts International, 1969; 69: 43-64.
29. Greenberg L. Emotion-focused therapy: a clinical synthesis. *Focus: The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*. 2006; 8 (1): 32-42.
30. Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. *BJCP*. 2009; 53(1):6-41.
31. Salehabadi A, Mohammad Naimi A. The effect of self-compassion training on the hopes and irrational beliefs of mothers of children with learning disabilities. *Journal of Exceptional Psychology*. 2020; 39(10):157-175. (in Persian)
32. Albertson E. R, Neff K. D. Self-Compassion and Body Dissatisfaction in Women:A Randomized Controlled Trial of a Brief Meditation Intervention, *Mindfulness*, 2015; 167-189.

Comparing the Effectiveness of emotion focused therapy with compassion Focused therapy on sleep quality and irrational beliefs in patients with early headache symptoms

Behvandi N¹, Khayatan F^{2*}, Golparvar M³

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

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University, Isfahan Branch (Khorasgan), Isfahan, Iran, f.khayatan@yahoo.com

3. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran

Received: 15 Jun 2021

Accepted: 12 Aug 2021

Abstract

Background: Primary headache, as one of the most pervasive pain disorders, has drawn attention to the welfare problems of patients with primary headache symptoms, especially regarding sleep quality and irrational beliefs. This study was conducted to evaluate the effectiveness of emotion-focused therapy and compassion-focused therapies on sleep quality and irrational beliefs in patients with primary headache symptoms.

Materials and Methods: This quasi-experimental study was conducted with a pretest-posttest control group design. The sample consisted of 45 patients with primary headache symptoms referring to the neurology clinic of Khatam Al-Anbia Hospital in Tehran, Iran. The samples were selected using the purposive sampling method and randomly divided into two experimental groups and one control group (n=15 each). The experimental groups underwent emotion-focused and compassion-focused therapies.

Results: The results showed that there was a significant difference between research groups in the post-test stage regarding sleep quality ($F=17.04$, $df=2$, and $P<0.01$) and irrational beliefs ($F=77.27$, $df=2$, and $P<0.01$). The results of the Bonferroni post hoc test showed that emotion-focused and compassion-focused therapies had a significant effect on sleep quality ($P<0.01$) and irrational beliefs ($P<0.01$).

Conclusion: Based on the results, emotion-focused and compassion-focused therapies were two appropriate treatments to increase sleep quality and reduce irrational beliefs among patients with primary headache symptoms. Patients, by participating in group sessions of these two therapies, developed adaptive and positive coping strategies to control attacks and improve headache symptoms as much as possible.

Keywords: Emotion-focused therapy, Compassion-focused therapy, Sleep quality, Irrational beliefs, Primary headache symptoms.

***Citation:** Behvandi N, Khayatan F, Golparvar M. Comparing the effectiveness of emotion focused therapy with compassion Focused therapy on sleep quality and irrational beliefs in patients with early headache symptoms. *Yafte*. 2021; 23(4):31-44.