رویش روان شناسی، سال۱۲، شماره۲، شماره پیاپی ۸۳، اردیبهشت ۱۴۰۲
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),12(2), 2023

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی رفتاری بر کاهش درد بیماران مبتلا به سردردهای میگرنی

Comparing the effectiveness of mindfulness-based therapy and cognitive behavioral therapy on reducing pain in patients with migraine headaches

فهیمه موسی زاده
دانشجوی دکتری روان شناسی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن، تهران، ایران.
رحیم داوری (نویسنده مسئول)
استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن، تهران، ایران.
افسانه طاهری
استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن، تهران، ایران.

Fahimeh Mousa Zadeh
PhD student in psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Islamic Azad University, Rudehen Branch, Tehran, Iran.
Rahim Davari*
Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Islamic Azad University, Rudehen Branch, Tehran, Iran. *Dr.davari_rahim@yahoo.com*
Afsaneh Taheri
Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Islamic Azad University, Rudehen Branch, Tehran, Iran.

چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی با درمان شناختی رفتاری در کاهش درد بیماران مبتلا به سردردهای میگرنی بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون_پس آزمون با گروه گواه و پیگیری یک ماهه بود. جامعه آماری پژوهش زنان مبتلا به سردرد میگرنی مزمن بود که به بیمارستان‌های شهر ساری در سال ۱۴۰۰ مراجعه کرده بودند. ۴۵ نفر با نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در سه گروه (هر گروه ۱۵ نفر) گمارده شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه تجدید نظر شده درد مک‌گیل (SF-MPQ-2) دورکین و همکاران (۲۰۰۹) بود. یک گروه درمان ذهن‌آگاهی و یک گروه درمان شناختی رفتاری را در ۸ جلسه (هر هفته یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) دریافت کردند. در حین اجرای پژوهش گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید. نتایج نشان داد در مرحله پس‌آزمون و پیگیری شدت درد و مولفه‌های آن (ادراک حسی درد، ادراک عاطفی درد، ادراک ارزیابی درد، دردهای متنوع و گوناگون) میانگین هر دو گروه آزمایش از گروه گواه کمتر است (P<۰/۰۱) و میانگین گروه شناختی رفتاری کمتر از گروه درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی است (P<۰/۰۵). نتایج پژوهش بیانگر اولویت استفاده از درمان شناختی رفتاری در مقایسه با درمان ذهن‌آگاهی برای بهبود درد در بیماران مبتلا به سردردهای میگرنی توسط روان‌شناسان و مراکز درمان سردردهای میگرنی بود.

واژه‌های کلیدی: *سردرد میگرنی، درمان ذهن‌آگاهی، درمان‌شناختی رفتاری.*

Abstract

The purpose of this study was to compare the effectiveness of mindfulness-based therapy with cognitive behavioral therapy in reducing pain in patients with migraine headaches. The research method was semi-experimental with a pre-test-post-test design and a one-month follow-up with a control group. The statistical population of the research was women suffering from chronic migraine headaches who had visited Sari hospitals in 1400. 45 people were selected by convenience sampling and randomly assigned to three groups (15 people in each group). The research tool included the short-form McGill pain questionnaire (SF-MPQ-2) by Dworkin et al. (2009). One group received mindfulness therapy and one group received cognitive behavioral therapy in 8 sessions (one session of 90 minutes each week). During the implementation of the research, the control group did not receive any intervention. Repeated measurement analysis of variance was used to analyze the data. The results showed that in the post-test and follow-up stage of pain intensity and its components (sensory perception of pain, emotional perception of pain, perception of pain evaluation, various pains), the mean of both experimental groups is lower than the control group (P<0.01) and the mean of the cognitive behavioral group is lower than the group of mindfulness-based therapy (P<0.05). The results of the research showed the preference for using cognitive behavioral therapy compared to mindfulness therapy to improve pain in patients with migraine headaches by psychologists and migraine headache treatment centers.

Keywords: *Migraine headache, mindfulness treatment, cognitive behavioral therapy.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت : آبان ۱۴۰۱** | **پذیرش: آذر ۱۴۰۱** | **ویرایش نهایی: اردیبهشت ۱۴۰۲**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-05]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.2.9.5]

مقدمه

میگرن یکی از بیماری‌های شدید مغز و اعصاب است، که در آن سردردهای ملایم یا شدید پی در پی رخ می‌دهد. شدت سردرد در افراد مبتلا به حدی است که فرد را از انجام فعالیت‌های روزمره خود ناتوان می‌کند. سردردهای میگرنی مکرر، بسیار شدید، ناتوان کننده و خسته کننده هستند (ایگنبروت[1] و همکاران، ۲۰۲۱). از شیوع تقریبا ۲۲ درصدی سردرد در جامعه ایران، ۱۰ درصد آن تقریبا از نوع سردد میگرنی است که پیامدهای معناداری مانند غیبت شغلی، مراجعه به پزشک و ناتوانی در انجام کارهای روزمره در طی سردرد را به همراه دارد (ابراهیمی و همکاران، ۱۳۹۷). ناتوانی قابل توجه در زندگی روزمره این بیماران تا حدود زیادی به دلیل درد و علائم مرتبط با آن است (اوریتس[2] و همکاران، ۲۰۲۰). درد از نظر طول مدت به درد حاد[3] و درد مزمن[4] تقسیم می‌شود. درد حاد با آسیب‌دیدگی بافتی ایجاد می‌شود و گیرنده‌های حسی درد را فعال می‌کند (مانند، زخم، جراحی، بیماری)، معمولاً کوتاه مدت هستند و هنگامی که آسیب برطرف می‌شود، درد نیز از بین می‌رود. درد مزمن که در بیماران میگرنی نمایان می‌شود، دردی است که اغلب به وسیله یک آسیب فراخوانی می‌شود؛ اما با از بین رفتن عوامل اصلی درد، معمولاً به مدت طولانی باقی می‌ماند و نمی‌توان آن را به وسیله اصول آسیب‌شناسی توضیح داد (وانگ[5] و همکاران، ۲۰۱۹). مشخص نبودن عوامل سردردهای میگرنی تا حدودی باعث شده که درمان میگرن دشوار باشد و گزینه‌های درمان دارویی فعلی عوارض جانبی ناخواسته زیادی داشته باشند و حتی سردرد را در مبتلایان به میگرن مزمن تشدید کنند. این امر باعث شده است که بسیاری از پزشکان و محققان به سایر اشکال درمانی به عنوان یک منبع جایگزین برای مدیریت درد و التیام برای کسانی که از میگرن مقاوم به درمان دارویی استاندارد رنج می برند روی آورند (المتولی[6] و همکاران، ۲۰۲۰). با توجه به اینکه در کنار عوامل زیستی و فیزیکی، عوامل روان‌شناختی مانند نگرانی، ترس و استرس نیز می‌تواند فعال کننده سردردهای میگرنی باشند، بنابراین بر ضرورت و اهمیت درمان‌های روان‌شناختی برای بهبود این بیماری تاکید شده است (اوریتس و همکاران، ۲۰۲۰).

درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی یکی از درمان‌های روان‌شناختی است که اخیرا برای کاهش علائم دردهای بیماران میگرنی پیشنهاد شده است (ولز[7] و همکاران، ۲۰۲۱). درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی یک درمان استاندارد شده است که آگاهی لحظه ای را با کاهش قضاوت ادراکی حسی آموزش می‌دهد و با بهبود بسیاری از شرایط درد مزمن همراه است (چرکین[8] و همکاران، ۲۰۱۶). ذهن آگاهی ممکن است به ویژه برای میگرن، موثر باشد؛ این امر از آن جهت است که پاسخ‌های عاطفی به استرس، شایع‌ترین محرک میگرن است (پروکا[9]، ۲۰۱۴؛ کرسول[10] و همکاران، ۲۰۱۴). در حالی برخی از نتایج بدست آمده ایمنی، امکان‌پذیری و مزایای اولیه کاربرد درمان ذهن‌آگاهی را برای بیماران میگرنی نشان می‌دهند (زانگ[11] و همکاران، ۲۰۱۷؛ ولز[12] و همکاران، ۲۰۲۰)، اما رویکردهای استاندارد شده و دقیق که نشان دهنده اثربخشی بیشتر این درمان در مقایسه با دیگر درمان‌های روان‌شناختی باشد، به چشم نمی‌خورد (ولز و همکاران، ۲۰۲۱). نتایج یک فراتحلیل اخیرا نشان داده که اگر چه هیچ مطالعه‌ای در مورد مقایسه اثربخشی بین ذهن آگاهی و درمان شناختی -رفتاری به عنوان رایج‌ترین درمان روان‌شناختی مورد استفاده برای بیماران میگرنی وجود ندارد، اما به نظر می‌رسد که مداخلات ذهن آگاهی نسبت به مراقبت‌های معمول پزشکی اثربخشی بیشتری دارد (پاردوس – گاسکون[13] و همکاران، ۲۰۲۱). در برخی موارد نیز نشان داده شده که این درمان در مقایسه با دیگر درمان‌ها نظیر آموزش ریلکسیشن اثربخشی کمتری دارد (ایزدی خواه و همکاران، ۱۳۹۹) و یا تفاوت معناداری با درمان‌های رایج ندارد (افضلی و همکاران، ۱۳۹۹؛ ولز و همکاران، ۲۰۲۱). این نتایج گاها متناقض، ضرورت مقایسه اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی را با یک

1 Eigenbrodt
2 Urits
3. acute pain
4. chronic pain
5 Wang
6 El-Metwally
7 Wells
8 Cherkin
9 Peroutka
10 Creswell
11 Zhang
12 Wells
13 Pardos-Gascón

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.2.9.5]

مداخله استاندارد و با حمایت کافی تجربی نظیر درمان شناختی رفتاری (پاردوس – گاسکون و همکاران، ۲۰۲۱) جهت اطمینان از اثربخشی کفایت کننده آن بیشتر می‌کند.

درمان شناختی رفتاری درمانی است که از عوامل شناختی برای بهبود اختلالات روانی و پریشانی روانی استفاده می کند (کازانتزیس[1] و همکاران، ۲۰۱۸). این درمان به عنوان خط اول درمان‌های روان‌شناختی به تنهایی و یا در ترکیب با درمان‌های دارویی برای بیماران میگرنی پیشنهاد شده است (انگ[2] و همکاران، ۲۰۱۷؛ بی[3] و همکاران، ۲۰۲۱). در این درمان بر نقش شناخت در بروز تغییرات رفتاری و عاطفی تاکید می‌شود (دابسون و دابسون[4]، ۲۰۱۸). درمان شناختی‌رفتاری نوعی شیوه درمانی سازمان یافته کوتاه مدت و معطوف به مشکل است که هدف آن تعدیل شناخت‌های نادرست و غیرمنطقی با استفاده از تکنیک‌های شناختی مانند اصلاح تفکرهای ناکارآمد و یا تکنیک-های رفتاری مانند فعال‌سازی رفتاری، تقویت و شکل‌دهی رفتار است (کازانتزیس و همکاران، ۲۰۱۸). نتایج بدست آمده از یک فراتحلیل نشان داده که مداخله شناختی رفتاری حدود ۴۳ درصد از شدت درد را در بیماران مبتلا به دردهای مزمن می‌کاهد (نورل[5] و همکاران، ۲۰۱۶). به نظر می‌رسد که درمان شناختی رفتاری با کاهش فاجعه‌سازی بیمار و افزایش خودکارآمدی بیمار برای مدیریت درد، مشکلات درد مزمن مفید هستند و درمان ذهن‌آگاهی با افزایش ذهن‌آگاهی و پذیرش درد برای بیماران درد مزمن کارایی دارد (تورنر[6] و همکاران، ۲۰۱۶). این دیدگاه‌ها نشان می‌دهد که مکانیزم‌های اثرگذاری ای دو درمان برای کاهش درد تا حدودی متفاوت هستند. نتایج یک فراتحلیل نشان داد که پژوهش‌های پیشین اگرچه در نشان دادن تفاوت در اثربخشی این دو درمان ناتوان بوده‌اند، اما نتایج حاکی از اثربخشی هر دو درمان در کاهش ادراک درد بوده است (خو[7] و همکاران، ۲۰۱۹). اگر چه بررسی تفاوت اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی و درمان شناختی رفتاری برای بیماران میگرنی صورت نگرفته است، با این حال نشان داده شده که هر دو درمان هم در مدیریت درد و هم در مدیریت موقعیت های استرس‌زا که می تواند باعث ایجاد سردرد می‌شود، اثربخش هستند (فیدا[8] و همکاران، ۲۰۱۹). همچنین نشان داده شده که هر دو درمان در بهبود سرمایه عاطفی در بیماران میگرنی اثربخش است (الهام و همکاران، ۱۴۰۱).

در مجموع به نظر می‌رسد که شیوع سردردهای میگرنی نگران‌کننده است و تجربه دردهای مزمن و ناتوانی از جمله چالش‌های اساسی این بیماران است که زندگی روزمره آنها را مختل کرده است. نتایج پژوهش‌ها و بررسی‌های صورت گرفته که به آن اشاره گردید، تا حدودی حاکی از این است که درمان‌های دارویی به تنهایی نمی‌تواند برای کاهش درد این بیماران کفایت‌کننده باشد. در همین راستا با توجه به نقش عوامل روان‌شناختی به عنوان عوامل فعال کننده سردردهای میگرنی، بنابراین شناسایی مداخله‌های کارآمد وران‌شناختی، می‌تواند برای بهبود و کاهش شدت درد این بیماران کمک کننده باشد. با توجه به اینکه درمان شناختی رفتاری و ذهن‌آگاهی از مکانیزم‌ها و تکنیک‌های متفاوتی جهت درمان استفاده می‌کنند و از سوی دیگر نیز به مقایسه اثربخشی این دو درمان بر روی کاهش درد بیماران میگرنی پرداخته نشده است، بنابراین هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی رفتاری بر کاهش درد بیماران مبتلا به سردردهای میگرنی بود.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون_ پس آزمون و گروه گواه با دوره پیگیری یک ماهه بود. جامعه آماری پژوهش زنان مبتلا به سردرد میگرنی مزمن بود که به بیمارستان‌های شهر ساری در سال ۱۴۰۰ مراجعه کرده و تشخیص ابتلای آنها به به سردردهای میگرنی توسط پزشک متخصص تایید شده بود. با در نظر گرفتن این مورد که حداقل حجم نمونه مورد نیاز برای مطالعات آزمایشی ۱۵ نفر است (کوئن[9] و همکاران، ۲۰۰۲، ص ۱۵۷) از میان افراد واجد ملاک ورود که پس از ارائه توضیحات لازم درمانگر، اعلام

1 Kazantzis
2 Ng
3 Bae
4 Dobson & Dobson
5 Knoerl
6 Turner
7 Khoo
8 Faedda
9 Queen

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.2.9.5]

رضایت کردند برای شرکت در پژوهش، تعداد ۴۵ به صورت نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی با روش قرعه‌کشی در سه گروه (هر گروه ۱۵ نفر) گمارده شدند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از؛ رضایت آگاهانه از شرکت در پژوهش، سکونت در شهر ساری، عدم دارا بودن اختلالات بالینی دیگر به تشخیص روانپزشک، عدم مصرف داروهای روانپزشکی، عدم دریافت آموزش‌ها و درمان‌های روانشناختی قبل از ورود به پژوهش، داشتن حداقل ۲۵ سال سن و دارای سواد خواندن و نوشتن. ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت بودند از، غیبت بیش از ۲ جلسه متوالی، همکاری نکردن با درمانگر و انجام ندادن تکلیف اصلی پیشنهاد شده توسط درمانگر و انصراف از پژوهش. علاوه بر رضایت آگاهانه و محرمانه نگه‌داشتن اطلاعات شرکت‌کنندگان، همچنین امکان دریافت هر یک از مداخله‌ها برای گروه گواه به صورت رایگان دیگر ملاحضه اخلاقی پژوهش حاضر بود.در نهایت برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از روش تحلیل واریانس آمیخته به کمک نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ استفاده شد.

ابزار سنجش

پرسشنامه تجدید نظر شده درد مک‌گیل (SF-MPQ-2)[1]: این پرسشنامه در سال ۲۰۰۹ توسط دورکین[2] و همکاران به منظور بسط و تکمیل پرسشنامه قدیمی مک‌گیل با اضافه کردن نشانه‌های هر دو نوع درد نوروپاتیک و غیر نوروپاتیک در ۲۲ ماده ، بر روی ۸۸۲ نفر که دارای نشانه‌های متنوع درد بودند و همچنین ۲۲۶ بیمار مبتلا به دیابت با درد نوروپاتیک که در آزمایش بالینی تصادفی شرکت کرده بودند، مورد بررسی قرار گرفت. پرسشنامه بر روی یک لیکرت ۱۱ درجه‌ای (۰ تا ۱۰) شدت، تنوع درد و درد حسی و عاطفی را ارزیابی می‌کند. یافته‌های سازندگان نشان دهنده‌ی روایی و پایایی قابل قبول این پرسشنامه بود. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی حاکی از وجود چهار خرده مقیاس درد پیوسته، درد متنوع، درد نوروپاتیک و درد عاطفی بود. ضریب آلفا کرونباخ به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۷، ۰/۸۳ و ۰/۸۶ گزارش شده است. همچنین دورکین و همکاران (۲۰۱۵) مقدار آلفای کرونباخ نمره کل و خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه را ۰/۷۷ تا ۰/۹۳ و مقدار روایی همگرایی نمره کل و خرده مقیاس‌های پرسشنامه را با پرسشنامه کوتاه درد ۰/۲۴ تا ۰/۳۵ (P=۰/۰۰۱) گزارش دادند. در ایران تنهایی و همکاران (۱۳۹۱) این پرسشنامه را هنجاریابی کرده‌اند و مقدار آلفای کرونباخ بدست آمده برای خرده مقیاس‌های پرسشنامه و نمره کل آن را بین ۰/۷۸ تا ۰/۹۵ گزارش داده‌اند. برای تایید روایی افتراقی پرسشنامه نیز نتایج نشان داد که این پرسشنامه و ابعاد آن در تمیز بیماران دارای درد و فاقد درد به صورت معناداری عمل می‌کند (P<۰/۰۱). در پژوهش حاضر مقدار آلفای کرونباخ نمره کل و خرده مقیاس‌های آن بین ۰/۷۱ تا ۰/۸۴ بدست آمد.

مداخله ذهن‌آگاهی طبق پروتکل بایر (۲۰۰۶) در ۸ جلسهٔ ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای یکبار برای یکی از گروه‌های آزمایش اجرا گردید. خلاصه مداخله اجرا شده در جدول۱ ارائه شده است.

جدول ۱: خلاصه پروتکل جلسات آموزش ذهن آگاهی

جلسات	عناوین جلسات	اهداف
جلسه اول	اجرای پیش آزمون و آشنایی با درمان ذهن آگاهی	ابتدا اجرای پیش‌آزمون و سپس معرفی آموزش ذهن‌آگاهی و تعریف آن و توضیح پیرامون علت اجرای این دوره آموزشی برای بیماران مبتلا به سردردهای میگرنی، توضیح پیرامون چگونگی برنامه‌ریزی برای تمرینات ذهن‌آگاهی و گنجاندن این تمرینات در زندگی روزانه، مشارکت بیماران مبتلا به سردردهای میگرنی و یادداشت‌های روزانه درباره تمرین ذهن‌آگاهی،
جلسه دوم	شروع برنامه آموزشی ذهن آگاهی	صحبت در مورد تجربه شرکت کنندگان در مورد ذهن‌آگاهی، تمرین تنفس آگاهانه و آموزش تنفس شکمی، تمرین ذهن آشفته در برابر ذهن آرام با کمک بطری اکلیلی.
جلسه سوم	انجام تکالیف ذهن‌آگاهی	صحبت در مورد تجربه شرکت‌کنندگان از ذهن‌آگاهی و تکرار تنفس ذهن‌آگاهانه و آموزش بادی اسکن.
جلسه چهارم	اجرای درمان ذهن آگاهی با مثال	تکرار تمرینات پایه تنفسی و آموزش آگاهی نسبت به زمان حال با کمک تمرین لیوان آب.
جلسه پنجم	استفاده از تجربه آزمودنی‌ها و آموزش ذهن‌آگاهی	صحبت در مورد تجربه شرکت‌کنندگان از تمرینات ذهن‌آگاهی و آموزش خوردن ذهن‌آگاهانه به همراه تکرار تمرین تنفس ذهن آگاهانه و بادی اسکن.

1 Short-Form Mc Gill Pain Questionnaire (SF-MPQ-2)

2 Dworkin

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.2.9.5]

جلسه ششم	انجام تمرینات ذهن آگاهی	تکرار تمرینات پایه تنفسی و تکرار تمرین خوردن ذهن آگاهانه و آموزش تمرین بوییدن ذهن آگاهانه و لمس کردن ذهن آگاهانه و انجام حرکات کششی ذهن‌آگاهانه.
جلسه هفتم	مرور تمرینات جلسه قبل	مرور تمرینات جلسات قبل، آموزش تمرین گوش دادن ذهن‌آگاهانه و انجام تمرین ذهن‌آگاهی نسبت به افکار"مراقبه رودخانه روان"، "تخته سفید نانوشته"، "ورود به شکاف بین افکار".
جلسه هشتم	جمع بندی و اجرای پس‌آزمون	تکرار تمرینات پایه تنفسی و بادی اسکن، انجام تمرین ذهن آگاهی "عوض کردن کانال" و "افکار خودآیند منفی". مرور تمرینات جلسات قبل و آموزش مراقبه ذهن آگاهی نسبت به هیجانات و بازی" من احساس می‌کنم" و یادداشت‌نویسی یا نقاشی درباره احساسات و هیجانات. مرور جلسات قبل، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری نهایی، تشکر از گروه و ختم جلسه و در نهایت اجرای پس آزمون.

برای گروه آزمایش درمان شناختی- رفتاری، ۸ جلسه مداخله درمان شناختی رفتاری براساس پروتکل پیشنهادی هازلت- استیونز (۲۰۰۳) در ۸ هفته پیاپی و هر جلسه با مدت تقریبی ۹۰ دقیقه اجرا گردید که خلاصه آن در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: خلاصه جلسات درمان مبتنی بر درمان شناختی رفتاری

جلسات	عناوین جلسات	اهداف
جلسه اول	خوش‌آمدگویی	-بحث راجع به مکان برگزاری، تعداد جلسات، زمان هر جلسه و مطرح کردن قوانین و مقررات - بحث کردن راجع به مدل زیستی.روانی-اجتماعی که حل مشکلات سردردهای میگرنی را یک بیماری بیولوژیک می‌داند که عوامل چندگانه در شروع و تداوم آن نقش دارد. - کمک برای دست‌یابی به مفهومی تازه از حل مشکلات بیماران مبتلا به سردردهای میگرنی - جمع‌بندی و خلاصه مطالب به کمک مراجع.
جلسه دوم	توضیح تن‌آرامی به عنوان تکنیکی برای کاهش برانگیختگی اشاره به نقش آن در جلوگیری از سردردهای شدید.	– توضیحات اولیه راجع به معرفی تن‌آرامی به عنوان مهارت جدیدی که نیاز به تمرین منظم دارد - آموزش تنفس رویکردهای کنترل و بهبود زندگی زناشویی. - آموزش عملی آرامی.
جلسه سوم	معرفی باورها و افکار منفی و بیان تأثیر آنها بر مشکلات سردرد بیماران	- معرفی تکنیک‌ها و راهبردهای شناسایی و یادداشت برداری افکار ناکارآمد منفی در طول هفته و تمرین در منزل.
جلسه چهارم	معرفی و توضیح روش‌های ارزیابی و اصلاح افکار ناکارآمد	- تمرین چالش عملی با افکار و باورهای غیرمنطقی در جلسه درمان. - ارائه تکالیف خانگی در راستای ثبت افکار خودآیند منفی و چالش با آنها.
جلسه پنجم	توضیح و معرفی مهارت‌های مقابله با مشکلات از طریق ایجاد تغییر در افکار و هیجانات مؤثر بر سردردهای میگرنی	– آموزش و تمرین راهبردهای توجه برگردانی از سردرد در راستای آموزش مهارت‌های مقابله با سردردهای میگرنی. – ارائه تکلیف خانگی در راستای استفاده از تکنیک‌های توجه برگردانی از سردردهای شدید.
جلسه ششم	توضیح چرخه فعالیت های تفریحی و فعالیت برای فراموشی سردردها	- بحث درباره فواید استفاده از این چرخه در منزل و محل کار و ثبت آن.
جلسه هفتم	آموزش مراحل مدیریت بر زمان به عنوان راهبردی برای مقابله با تنش و فشار محیطی: الف) مرحله انتخاب هدف ب) مرحله اولویت‌بندی اهداف به روش ABXΔE ج) در نظر گرفتن زمان‌های حداکثر کارآیی با توجه به سوابق شخصی در تعیین اولویت‌ها د) اجرای مراحل نامبرده	- بحث راجع به اینکه در بسیاری از موارد برنامه ریزی فعالیت‌ها به عنوان شیوه‌ای برای کاهش اتلاف وقت در نظر گرفته می‌شود. – برنامه‌ریزی فعالیت‌ها همچنین باعث کاهش افکار ناکارآمد و عواطف ناخوشایند همراه با آن و بهبود و افزایش تعاملات و فعالیت‌های اجتماعی است. - بحث راجع به نزدیک شدن به به پایان جلسات و لزوم تمرین و مهارت‌های آموخته شده در منزل برای حفظ اثر درمان. - آموزش چهار مرحله‌ای پیشگیری از برگشت به منظور مواجهه بهتر با مواقع موجود بر سر راه انجام مهارت‌های مقابله‌ای.
جلسه هشتم	دریافت بازخورد در جلسات درمان شناختی رفتاری و تأثیر آن بر فرد	-مرور تکالیف و رفع اشکالات. - تمرین مهارت‌های آموخته شده در جلسات قبل با مشارکت مراجع. - بیان ضرورت و لزوم بکارگیری مهارت‌های آموخته شده در جریان زندگی روزمره. -ارائه‌ی خلاصه‌ای از تکنیک‌های آموزش داده شده در جلسات.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.2.9.5]

- تشکر از مراجع برای حضور در جلسات و دریافت بازخورد از جانب مراجع و گرفتن پس‌آزمون.

یافته‌ها

دامنه سنی شرک‌کننده در پژوهش ۲ تا ۴۲ سال بود و برای گروه‌های ذهن‌آگاهی، شناختی رفتاری و گواه، میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان به ترتیب ۳۵/۱۳ ± ۳/۹۸، ۳۳/۸۷ ± ۳/۶۲ و ۳۵/۳۳ ± ۳/۵۰ بود. همچنین فراوانی (درصد فراوانی) سطح تحصیلات دیپلم و زیر دیپلم، کارشناسی و کارشناسی ارشد و بالاتر برای گروه ذهن‌آگاهی به ترتیب ۳ (۲۰ درصد)، ۸ (۵۳/۳ درصد) و ۴ (۲۶/۷ درصد)، برای گروه شناختی رفتاری به ترتیب ۴ (۲۶/۷ درصد)، ۸ (۵۳/۳ درصد) و ۳ (۲۰ درصد) و گواه به ترتیب ۵ (۳۳/۳ درصد)، ۷ (۴۶/۷ درصد) و ۳ (۲۰ درصد) بدست آمد. در جدول ۳ شاخص‌های توصیفی نمره کل و خرده مقیاس‌های متغیر وابسته پژوهش ارائه شده است.

جدول۳: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

گروه	آزمون‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
	متغیر	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
ذهن‌آگاهی	ادراک حسی درد	۳۲/۶۰	۴/۹۲	۲۷/۱۳	۲/۸۱	۲۴/۴۰	۳/۵۰
	ادراک عاطفی درد	۱۱/۳۳	۲/۴۱	۸/۸۷	۱/۸۱	۷/۴۰	۱/۴۰
	ارزیابی ادراک درد	۳/۶۷	۰/۷۲	۲/۴۷	۰/۷۴	۱/۸۷	۰/۷۴
	دردهای متنوع و گوناگون	۱۱/۶۷	۲/۴۱	۹/۲۰	۱/۹۳	۷/۸۷	۱/۷۷
	نمره کلی درد	۵۹/۲۷	۷/۵۳	۴۷/۶۷	۲/۲۵	۴۱/۴۰	۳/۱۶
شناختی رفتاری	ادراک حسی درد	۳۳/۴۷	۴/۰۱	۲۳/۸۰	۲/۸۱	۱۸/۵۳	۱/۸۱
	ادراک عاطفی درد	۱۱/۸۰	۱/۶۶	۷/۰۷	۰/۷۹	۵/۷۳	۰/۷۰
	ارزیابی ادراک درد	۳/۵۳	۰/۹۱	۱/۷۳	۰/۷۰	۰/۸۷	۰/۶۴
	دردهای متنوع و گوناگون	۱۱/۱۳	۲/۶۱	۶/۸۷	۲/۱۷	۵/۱۳	۱/۲۴
	نمره کلی درد	۵۹/۹۳	۶/۹۹	۳۹/۴۷	۴/۷۷	۳۰/۲۷	۳/۴۶
گواه	ادراک حسی درد	۳۲/۱۳	۳/۰۷	۳/۵۳	۳/۲۹	۳۰/۸۰	۲/۳۱
	ادراک عاطفی درد	۱۲/۵۳	۱/۶۴	۱۲/۳۳	۱/۶۳	۱۲/۹۳	۲/۴۹
	ارزیابی ادراک درد	۳/۱۳	۰/۸۳	۳/۶۰	۰/۶۳	۳/۸۰	۱/۱۴
	دردهای متنوع و گوناگون	۱۰/۶۷	۲/۹۴	۱۱/۶۰	۲/۶۹	۱۰/۷۳	۲/۴۱
	نمره کلی درد	۵۸/۴۷	۵/۷۷	۶۰/۰۷	۵/۷۹	۵۸/۲۷	۵/۶۴

در جدول ۳ شاخص‌های میانگین و انحراف معیار به تفکیک گروه‌ها و مراحل آزمون پژوهش برای نمره کل و خرده مقیاس‌های متغیر درد ارائه شده است. این نتایج نشان می‌هد که برای گروه‌های مداخله میانگین نمرات در پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش‌آزمون، کاهش محسوسی را نشان می‌دهد، ولی چنین کاهش محسوسی در گروه گواه مشاهده نمی‌گردد.

قبل از بررسی نتایج بدست آمده از اجرای مداخله‌های پژوهش، پیش‌فرض‌های لازم جهت انجام تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر بررسی گردید. در همین رابطه مقدار آماره Z در آزمون کلموگروف اسمیرنوف برای نمره کل و خرده مقیاس‌های متغیر درد در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در سه گروه پژوهش بین ۰/۴۸ تا ۱/۲۸ بدست آمد که همگی معنادار نبودند (P>۰/۰۵) و حاکی از نرمال بودن توزیع متغیرها داشت. هچنین مقدار آماره بدست آمده برای آزمون F لوین بین ۰/۲۸ تا ۲/۳۹ بود که همگی معنادار نبودند (P>۰/۰۵) و حاکی از همگنی واریانس متغیرها در گروه‌ها داشت. همچنین مقدار آزمون موچلی برای نمره کل درد (P=۰/۴۳، x^2=۱/۶۶ و Mauchly's=۰/۹۶) و خرده مقیاس‌های ادراک حسی درد (P=۰/۱۲، x^2=۴/۲۰ و Mauchly's=۰/۹۰)، ادراک عاطفی درد (P=۰/۱۶،

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.2.9.5]

x^2=۳/۷۲ و Mauchly's=۰/۹۱)، ادراک رزیابی درد (P=۰/۴۷، x^2=۱/۵۲ و Mauchly's=۰/۹۶) و دردهای متنوع و گوناگون (P=۰/۹۱، x^2=۰/۱۸ و Mauchly's=۰/۹۹) به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۹۱، ۰/۹۶ و ۰/۹۹ بدست آمد که حاکی از رعایت بودن پیش‌فرض کرویت موچلی بود. همچنین مقادیر بدست آمده از آزمون ام‌باکس حاکی از برقرار بودن پیش‌فرض همگنی ماتریس‌های واریانس – کوواریانس بود (P=۰/۵۳، F =۱/۰۸ و Box's M =۵۱/۸۸). با رعایت پیش‌فرض‌هاب لازم، جهت بررسی تفاوت "اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی رفتاری بر کاهش درد بیماران مبتلا به سردردهای میگرنی" ابتدا نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیری

شاخص	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	P	اندازه اثر	توان آزمون
اثر پیلایی	۱/۱۹	۳/۹۳	۲۴	۶۴	۰/۰۰۱	۰/۶۰	۱
لامبدای ویلکز	۰/۰۴	۹/۹۴	۲۴	۶۲	۰/۰۰۱	۰/۷۹	۱
اثر هوتلینگ	۱۷/۰۲	۲۱/۲۷	۲۴	۶۰	۰/۰۰۱	۰/۸۹	۱
بزرگترین ریشه روی	۴۴/۶۹	۴۴/۵۰	۱۲	۳۲	۰/۰۰۱	۰/۹۴	۱

با توجه به اینکه مقدار سطح معناداری بدست آمده برای هر چهار شاخص آزمون تحلیل واریانس چندمتغیرهای در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است، بنابراین می‌توان گفت که حداقل میان یکی از متغیرها در گروه‌های پژوهش تفاوت وجود دارد. برای بررسی این مورد که در کدام متغیرها و کدام زمان‌ها تفاوت معناداری میان گروه‌های پژوهش تفاوت وجود دارد، نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر جهت بررسی تفاوت اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی رفتاری بر کاهش درد بیماران مبتلا به سردردهای میگرنی

منبع	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	p	اندازه اثر
زمان	ادراک حسی درد	۱۵۱۷/۳۷۸	۲	۷۵۸/۶۸۹	۹۵/۳۰۳	۰/۰۰۱	۰/۶۹۴
	ادراک عاطفی درد	۲۵۲/۹۳۳	۲	۱۲۶/۴۶۷	۵۰/۳۳۱	۰/۰۰۱	۰/۵۴۵
	ادراک ارزیابی درد	۳۷/۴۳۷	۲	۱۸/۷۱۹	۲۶/۳۰۳	۰/۰۰۱	۰/۳۸۵
	دردهای متنوع و گوناگون	۲۳۹/۷۴۸	۲	۱۱۹/۸۷۴	۲۹/۹۴۱	۰/۰۰۱	۰/۴۱۶
	نمره کلی درد	۵۸۴۱/۳۷۸	۲	۲۹۲۰/۶۸۹	۱۴۱/۳۷۴	۰/۰۰۱	۰/۷۷۱
زمان × عضویت گروهی	ادراک حسی درد	۷۵۱/۲۴۴	۴	۱۸۷/۸۱۱	۲۳/۵۹۲	۰/۰۰۱	۰/۵۲۹
	ادراک عاطفی درد	۱۷۳/۳۳۳	۴	۴۳/۳۳۳	۱۷/۲۴۶	۰/۰۰۱	۰/۴۵۱
	ادراک ارزیابی درد	۴۶/۷۸۵	۴	۱۱/۶۹۶	۱۶/۴۳۶	۰/۰۰۱	۰/۴۳۹
	دردهای متنوع و گوناگون	۱۶۵/۹۴۱	۴	۴۱/۴۸۵	۱۰/۳۶۲	۰/۰۰۱	۰/۳۳۰
	نمره کلی درد	۳۵۷۱/۲۴۴	۴	۸۹۲/۸۱۱	۴۳/۲۱۶	۰/۰۰۱	۰/۶۷۳
گروه	ادراک حسی درد	۹۷۴/۴۴۴	۲	۴۸۷/۲۲۲	۳۲/۵۸۷	۰/۰۰۱	۰/۶۰۸
	ادراک عاطفی درد	۴۷۸/۸۰۰	۲	۲۳۹/۴۰۰	۶۲/۸۹۵	۰/۰۰۱	۰/۷۵۰
	ادراک ارزیابی درد	۴۸/۷۷۰	۲	۲۴/۳۸۵	۴۸/۴۱۲	۰/۰۰۱	۰/۶۹۷
	دردهای متنوع و گوناگون	۲۴۴/۸۵۹	۲	۱۲۲/۴۳۰	۱۲/۵۳۵	۰/۰۰۱	۰/۳۷۴
	نمره کلی درد	۵۶۳۳/۹۱۱	۲	۲۸۱۶/۹۵۶	۵۹/۸۸۴	۰/۰۰۱	۰/۷۴۰

نتایج بدست آمده در جدول ۴ نشان می‌دهد که مقدار F برای منبع تغییرات زمان (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) گروه (ذهن-آگاهی، شناختی رفتاری و گواه) و تعامل زمان و گروه معنادار است (P=۰/۰۰۱). برای بررسی نقاط تفاوت موجود مقایسه زوجی بین گروه‌های پژوهش در هر سه مرحله زمان (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) به تفکیک در جدول ۵ ارائه شده است.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.2.9.5]

جدول ۵. نتایج مقایسه زوجی درد و خرده مقیاس‌های آن در بین گروه‌های پژوهش

زمان	متغیرها	مقایسه		تفاوت میانگین	خطای استاندارد برآورد	مقدار p
پیش آزمون	ادراک حسی درد	ذهن آگاهی	شناختی رفتاری	-۰/۸۷	۱/۴۹	۰/۵۶۳
			گواه	۰/۴۷	۱/۴۹	۰/۷۵۵
		شناختی رفتاری	گواه	۱/۳۳	۱/۴۹	۰/۳۷۵
	ادراک عاطفی درد	ذهن آگاهی	شناختی رفتاری	-۰/۴۷	۰/۷۱	۰/۵۱۳
			گواه	-۱/۲۰	۰/۷۱	۰/۰۹۷
		شناختی رفتاری	گواه	-۰/۷۳	۰/۷۱	۰/۳۰۶
	ادراک ارزیابی درد	ذهن آگاهی	شناختی رفتاری	۰/۱۳	۰/۳۰	۰/۶۶۲
			گواه	۰/۵۳	۰/۳۰	۰/۰۸۵
		شناختی رفتاری	گواه	۰/۴۰	۰/۳۰	۰/۱۹۳
	دردهای متنوع و گوناگون	ذهن آگاهی	شناختی رفتاری	۰/۵۳	۰/۹۷	۰/۵۸۷
			گواه	۱	۰/۹۷	۰/۳۱۰
		شناختی رفتاری	گواه	۰/۴۷	۰/۹۷	۰/۶۳۴
	نمره کلی درد	ذهن آگاهی	شناختی رفتاری	-۰/۶۷	۲/۴۸	۰/۷۹۰
			گواه	۰/۸۰	۲/۴۸	۰/۷۴۹
		شناختی رفتاری	گواه	۱/۴۷	۲/۴۸	۰/۵۵۸
پس آزمون	ادراک حسی درد	ذهن آگاهی	شناختی رفتاری	۳/۳۳	۰/۹۹	۰/۰۰۲
			گواه	-۵/۴۰	۰/۹۹	۰/۰۰۱
		شناختی رفتاری	گواه	-۸/۷۳	۰/۹۹	۰/۰۰۱
	ادراک عاطفی درد	ذهن آگاهی	شناختی رفتاری	۱/۸۰	۰/۵۴	۰/۰۰۲
			گواه	-۳/۴۷	۰/۵۴	۰/۰۰۱
		شناختی رفتاری	گواه	-۵/۲۷	۰/۵۴	۰/۰۰۱
	ادراک ارزیابی درد	ذهن آگاهی	شناختی رفتاری	۰/۷۳	۰/۲۵	۰/۰۰۶
			گواه	-۱/۱۳	۰/۲۵	۰/۰۰۱
		شناختی رفتاری	گواه	-۱/۸۷	۰/۲۵	۰/۰۰۱
	دردهای متنوع و گوناگون	ذهن آگاهی	شناختی رفتاری	۲/۳۳	۰/۸۳	۰/۰۰۸
			گواه	-۲/۴۰	۰/۸۳	۰/۰۰۱
		شناختی رفتاری	گواه	-۴/۷۳	۰/۸۳	۰/۰۰۱
	نمره کلی درد	ذهن آگاهی	شناختی رفتاری	۸/۲۰	۱/۶۵	۰/۰۰۱
			گواه	-۱۲/۴۰	۱/۶۵	۰/۰۰۱
		شناختی رفتاری	گواه	-۲۰/۶۰	۱/۶۵	۰/۰۰۱
پیگیری	ادراک حسی درد	ذهن آگاهی	شناختی رفتاری	۵/۸۷	۰/۹۶	۰/۰۰۱
			گواه	-۶/۴۰	۰/۹۶	۰/۰۰۱
		شناختی رفتاری	گواه	-۱۲/۲۷	۰/۹۶	۰/۰۰۱
	ادراک عاطفی درد	ذهن آگاهی	شناختی رفتاری	۱/۶۷	۰/۶۲	۰/۰۱
			گواه	-۵/۵۳	۰/۶۲	۰/۰۰۱
		شناختی رفتاری	گواه	-۷/۲۰	۰/۶۲	۰/۰۰۱
	ادراک ارزیابی درد	ذهن آگاهی	شناختی رفتاری	۱	۰/۳۱۸	۰/۰۰۳
			گواه	-۱/۹۳	۰/۳۱۸	۰/۰۰۱
		شناختی رفتاری	گواه	-۲/۹۳	۰/۳۱۸	۰/۰۰۱
	دردهای متنوع و گوناگون	ذهن آگاهی	شناختی رفتاری	۲/۷۳	۰/۸۵	۰/۰۰۳
			گواه	-۲/۸۷	۰/۸۵	۰/۰۰۲
		شناختی رفتاری	گواه	-۵/۶۰	۰/۸۵	۰/۰۰۱
	نمره کلی درد	ذهن آگاهی	شناختی رفتاری	۱۱/۱۳	۱/۶۹	۰/۰۰۱
			گواه	-۱۶/۸۷	۱/۶۹	۰/۰۰۱
		شناختی رفتاری	گواه	-۰/۲۸	۱/۶۹	۰/۰۰۱

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.2.9.5]

نتایج بدســت آمده در جدول ۵ نشــان داد که بین نمره کل متغیر درد و خرده مقیاس‌های آن در مرحله پیش‌آزمون بین ســه گروه پژوهش تفاوت معناداری وجود ندارد (P>۰/۰۵). همچنین نتایج بدست آمده نشان می‌دهد که هر دو گروه آزمایش در مرحله پس آزمون و پیگیری به صورت معناداری میانگین کمتری در مقایسه با گروه گواه در نمره کل و خرده مقیاس متغیر درد کسب کرده‌اند (P<۰/۰۵) که حاکی از اثربخشــی هر دو مداخله بود. همچنین نتایج نشــان داد که گروه مداخله شــناختی رفتاری در مقایســه با گروه ذهن‌آگاهی در متغیر درد و خرده‌مقیاس‌های آن به صــورت معناداری میانگین کمتری کســب کرده‌اند(P<۰/۰۵) که حاکی از اثربخشــی بیشــتر مداخله شناختی رفتاری در کاهش ادراک درد و خرده مقیاس‌های آن بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی رفتاری بر کاهش درد بیماران مبتلا به سردردهای میگرنی بود. نتایج پژوهش بیانگر اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی بر کاهش درد و خرده مقیاس‌آن در بیماران مبتلا به سردردهای میگرنی بود. این یافته با نتایج بدست آمده از پژوهش‌های ولز و همکاران (۲۰۲۱)، زانگ و همکاران (۲۰۱۷)، ولز و همکاران (۲۰۲۰)، پاردوس – گاسکون و همکاران (۲۰۲۱)، ایزدی خواه و همکاران (۱۳۹۹) و افضلی و همکاران (۱۳۹۹) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان به این نکته اشاره کرد که آموزش ذهن‌آگاهی با توجه به اینکه قضاوت‌های ذهنی و حالت‌های فاجعه‌انگاری را کاهش می‌دهد، می‌تواند با کاهش ادراک هیجانی و حسی درد و همچنین کاهش ارزیابی‌های منفی گردد. در همین رابطه باید توجه کرد که عوامل روان‌شناختی مانند نگرانی، ترس و استرس فعال کننده سردردهای میگرنی هستند (اوریتس و همکاران، ۲۰۲۰). در همین رابطه استفاده از آموزش‌های ذهن‌آگاهی مانند تمرکز بر آرامش بدنی و عدم قضاوت منفی از شرایط و رویدادهای رخ داد احتمالا بتواند از شدت عوامل فعال کننده دردهای میگرنی بکاهد. آموزش این تکنیک‌ها به بیماران مبتلا به سردرد میگرنی می‌تواند میزان دردهای عضلانی و تنش‌های ذهنی و بدنی آنان را کاهش دهد. زیرا آنان با آگاهی از احساسات بدنی و جسمانی خود در طی این تکنیک‌ها، میزان آگاهی خویش را نسبت به مشکلات فیزیکی و درد خود بالا برده و نگرانی‌ها فاجعه‌انگار را کاهش می‌دهد. در شرایطی که پاسخ‌های عاطفی به استرس، شایع‌ترین محرک دردهای میگرن است (پروکا، ۲۰۱۴؛ کرسول و همکاران، ۲۰۱۴)، استفاده از تکنیک‌های مانند تنفس بدنی و اسکن بدنی که مانع از عملکرد خودکار و مخرب پردازش عاطفی می‌شود، احتمالا با کاهش دردهای حسی و عاطفی مرتبط با میگرن همراه گردد.

همچنین نتایج پژوهش بیانگر اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کاهش درد و خرده مقیاس‌های آن در بیماران مبتلا به سردردهای میگرنی بود. این یافته با نتایج پژوهش‌های انگ و همکاران (۲۰۱۷)؛ بی و همکاران (۲۰۲۱)، فیدا و همکاران (۲۰۱۹) و الهام و همکاران (۱۴۰۱) همسو بود. در تبیین این یافته باید به این مورد توجه کرد که درد مختل کننده زندگی روزمره بمیاران میگرنی تا حدودی به وسیله عوامل روان‌شناختی مانند اضطراب و فاجعه‌انگاری پیرامون عدم اتمام درد، تشدید می‌گردد (اوریتس و همکاران، ۲۰۲۰). در همین رابطه مداخله ارائه شده برای گروه شناختی رفتاری در پژوهش حاضر بر اصلاح باورها و شناخت‌های ناکارآمدی تمرکز داشت که منجر به این فاجعه‌انگاری و تشدید درد می‌شدند. همچنین مداخله شناختی رفتاری به گروه مورد مداخله آموزش‌های پیرامون تغییر توجه از نواحی درد بدنی و احساس‌های ناخوشایند مرتبط با درد و تلاش برای برنامه‌ریزی فعالیت‌های خوشایند را مورد توجه قرار داد. احساس ناتوانی و اداراک درد و نارضایتی از زندگی از عوامل اساسی تداوم بخش دردهای میگرنی است (ایگنبروت[1] و همکاران، ۲۰۲۱). بر همین اساس می‌توان این احتمال را داد که تکنیک‌های تغییر توجه و برنامه‌ریزی رفتارها و فعالیت‌های خوشایند، احتمالا از شدت عوامل تدام بخش درد میگرنی کاسته باشد. همچنین باید توجه کرد که بخشی از دردهای میگرنی با احساس خستگی و کلافگی فعال می‌گردند (المتولی و همکاران، ۲۰۲۰). در همین رابطه در مداخله شناختی رفتاری ارائه شده به آموزش مدیریت برنامه‌ها و مدیریت زمان جهت غلبه بر این کلافگی‌ها و احساس خستگی اقدام شد. به نظر می‌رسد که این مداخله‌ها در مدیریت موقعیت‌های که باعث ایجاد سردرد می‌شود، اثربخش هستند (فیدا و همکاران، ۲۰۱۹).

در نهایت نتایج پژوهش نشان داد که درمان شناختی رفتاری در مقایسه با مداخله ذهن‌آگاهی بر کاهش درد و خرده مقیاس‌های آن در بیماران مبتلا به سردردهای میگرنی موثرتر بود. این یافته با نتیجه بدست آمده از پژوهش ایزدی خواه و همکاران (۱۳۹۹) همسو بود.

1 Eigenbrodt

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.2.9.5]

البته برخی از پژوهش‌ها مانند فیدا و همکاران (۲۰۱۹) و الهام و همکاران (۱۴۰۱) تفاوتی در اثربخشی این دو درمان در میان بیماران میگرنی گزارش نداده‌اند. هر چند این پژوهش بر متغیر ادراک درد تمرکز نداشته‌اند و بر متغیرهای دیگر نظر سرمایه عاطفی و مدیریت درد متمرکز بوده‌اند. در تبیین یافته بدست آمده می‌توان گفت که مداخله شناختی رفتاری در مقایسه با مداخله ذهن‌آگاهی فشار و مسئولیت اجرای مداخله کمتری را بر مراجع وارد می‌کند (برون[1] و همکاران، ۲۰۱۱). این امر احتمالا بتواند برای بیماران میگرنی نکته‌ای کلیدی باشد. چرا که دردهای میگرنی به مدت طولانی ادامه دارند و امکان تمرکز و توجه مدوام که در درمان ذهن‌آگاهی مورد نیاز است را دشوار می‌سازد. بنابراین این احتمال را می‌توان داد که درمان شناختی رفتاری با توجه به اینکه رهنمودی است و درمانگر نقش فعالی را بر عهده می‌گیرد، احتمالا با فشار و انرژی کمتری از بیماران میگرنی همراه می‌گردد. کم بودن فشار از جانب درمان ارائه شده می‌تواند با کاهش خطر عوامل فعال‌ساز سردردهای میگرنی همراه گردد. این درحالی است که درمان ذهن‌آگاهی نیاز دارد که افراد دریافت کننده آن به صورت متمرکز و فعال درگیر جلسات مداخله شوند و تکنیک‌های و تمرین‌های عمیق ذهن‌آگاهی را دنبال و تمرین کنند. بررسی تجارب شرکت‌کننده در درمان‌های ذهن‌آگاهی نیاز بیانگر این بوده که تجربه درمانی برای آنها تا حدودی دشوار و همراه با حس مبارزه بوده است (چادویک[2] و همکاران، ۲۰۱۱؛ آلن[3] و همکاران، ۲۰۰۹). با توجه به اینکه احساس خستگی و فشار روانی از عوامل فعال‌ساز دردهای میگیرنی هستند (اوریتس و همکاران، ۲۰۲۰)، بنابراین می‌توان این احتمال را داد که درمان ذهن‌آگاهی با این خطر روبرو بوده است که کمتر توانسته از شدت فعالیت عوامل فعال‌ساز میگرنی بکاهد.

در مجموع نتایج بدست آمده نشان داد که هر دو درمان ذهن‌آگاهی و درمان شناختی رفتاری بر کاهش درد بیماران مبتلا به سردردهای میگرنی اثربخش است و اثربخشی برای درمان‌شناختی رفتاری بیشتر است. نتایج بدست آمده این امیدواری را می‌دهد که استفاده از هر دو درمان برای بیماران میگرنی بتواند با کاهش درد همراه باشد، با این تفاوت که اولویت استفاده از جهت اثربخشی بیشتر برای درمان شناختی رفتاری است.

با این حال نباید از محدودیت‌های پژوهش غافل شد. روش نمونه‌گیری پژوهش حاضر به صورت دردسترس بود، بنابراین محدودیت عمده پژوهش حاضر عدم نمونه‌گیری تصادفی و در نتیجه کاهش تعمیم‌پذیری نتایج بود. علاوه بر این باید توجه کرد که شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر فقط محدود به زنان بود. بر همین اساس پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های آتی مشابه با مشارکت مردان نیز صورت بگیرد.

منابع

ابراهیمی، ف؛ نجمی ورزنه، ف؛ محمدی، ی؛ رازقی جهرمی، س؛ نجمی ورزنه، ف. و تقا، م. (۱۳۹۷). انواع سردردهای تنشی و میگرنی میان کارکنان پزشکی در بیمارستان سینا، تهران، ایران. *مجله علوم اعصاب شفای خاتم*، ۶ (۲)، ۲۵-۳۰ 10.29252/shefa.6.2.25

افضلی، م؛ قائمی، ف؛ درتاج، ف. و باقری، ف. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی و تحریک فراجمجمه‌ای مغز با استفاده از جریان مستقیم الکتریکی بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سردرد میگرنی. *سلامت جامعه*، ۱۴(۳)، ۱-۱۲.10.22123/chj.2020.226455.1482

الهام، آ؛ گل پرور، م. و سجادیان، ا. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی شناختی با شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی و آموزش شادکامی فوردایس بر سرمایه عاطفی زنان مبتلا به میگرن. *دوماه نامه علمی ـ پژوهشی فیض*، ۲۶ (۴)، ۴۴۶-۴۵۶. .kaums.ac.ir/article-1-4645l

ایزدی خواه، ا؛ انصاری شهیدی، م؛ رضایی جمالویی، ح؛ حقایق، عباس. (۱۳۹۹). مقایسه اثر بخشی درمان ذهن‌آگاهی و ریلکسیشن بر شدت درد در بیماران مبتلا به سر درد های میگرنی .بیهوشی و درد، ۱۱ (۳)، ۲۸-۴۲. http://jap.iums.ac.ir/article-1-5523-fa.html

تنهایی، ز؛ فتحی آشتیانی، ع؛ امینی، م؛ واحدی، ه. و شقاقی، فرهاد. (۱۳۹۱). اعتباریابی پرسشنامه تجدیدنظر شده درد مک گیل بر روی بیماران مبتلا به IBS. *نشریه گوارش*، ۱۷(۲)، ۹۱-۹۶. 10.1080/14737175.1715212

Allen, M., Bromley, A., Kuyken, W., & Sonnenberg, S. J. (2009). Participants' experiences of mindfulness-based cognitive therapy:"it changed me in just about every way possible". *Behavioural and cognitive psychotherapy*, *37*(4), 413-430. 10.1017/S135246580999004X

Bae, J. Y., Sung, H. K., Kwon, N. Y., Go, H. Y., Kim, T. J., Shin, S. M., & Lee, S. (2021). Cognitive behavioral therapy for migraine headache: A systematic review and meta-analysis. *Medicina*, *58*(1), 44. 10.3390/medicina58010044

1 Brown
2 Chadwick
3 Allen

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.2.9.5]

Brown, L. A., Gaudiano, B. A., & Miller, I. W. (2011). Investigating the similarities and differences between practitioners of second-and third-wave cognitive-behavioral therapies. *Behavior modification*, *35*(2), 187-200. https://doi.org/10.1177/0145445510393730

Chadwick, P., Kaur, H., Swelam, M., Ross, S., & Ellett, L. (2011). Experience of mindfulness in people with bipolar disorder: A qualitative study. *Psychotherapy Research*, *21*(3), 277-285. 10.1080/10503307.2011.565487

Cherkin, D. C., Sherman, K. J., Balderson, B. H., Cook, A. J., Anderson, M. L., Hawkes, R. J., ... & Turner, J. A. (2016). Effect of mindfulness-based stress reduction vs cognitive behavioral therapy or usual care on back pain and functional limitations in adults with chronic low back pain: a randomized clinical trial. *Jama*, *315*(12), 1240-1249. 10.1001/jama.2016.2323

Creswell, J. D., Pacilio, L. E., Lindsay, E. K., & Brown, K. W. (2014). Brief mindfulness meditation training alters psychological and neuroendocrine responses to social evaluative stress. *Psychoneuroendocrinology*, *44*, 1-12. 10.1016/j.psyneuen.2014.02.007

Dobson, D., & Dobson, K. S. (2018). *Evidence-based practice of cognitive-behavioral therapy*. Guilford publications.

Dworkin, R. H., Turk, D. C., Revicki, D. A., Harding, G., Coyne, K. S., Peirce-Sandner, S., ... & Melzack, R. (2009). Development and initial validation of an expanded and revised version of the Short-form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ-2). *Pain®*, *144*(1-2), 35-42. 10.1016/j.pain.2009.02.007

Dworkin, R. H., Turk, D. C., Trudeau, J. J., Benson, C., Biondi, D. M., Katz, N. P., & Kim, M. (2015). Validation of the Short-form McGill Pain Questionnaire-2 (SF-MPQ-2) in acute low back pain. *The journal of pain*, *16*(4), 357-366. 10.1016/j.jpain.2015.01.012

Eigenbrodt, A. K., Ashina, H., Khan, S., Diener, H. C., Mitsikostas, D. D., Sinclair, A. J., ... & Ashina, M. (2021). Diagnosis and management of migraine in ten steps. *Nature Reviews Neurology*, *17*(8), 501-514. 10.1038/s41582-021-00509-5.

El-Metwally, A., Toivola, P., AlAhmary, K., Bahkali, S., AlKhathaami, A., Al Ammar, S. A., ... & Almustanyir, S. (2020). The epidemiology of migraine headache in Arab countries: a systematic review. *The Scientific World Journal*, *4790254* | *https://doi.org/10.1155/2020/4790254*.

Faedda, N., Natalucci, G., Baglioni, V., Giannotti, F., Cerutti, R., & Guidetti, V. (2019). Behavioral therapies in headache: focus on mindfulness and cognitive behavioral therapy in children and adolescents. *Expert Review of Neurotherapeutics*, *19*(12), 1219-1228. 10.1080/14737175.2019.1654859

Kazantzis, N., Luong, H. K., Usatoff, A. S., Impala, T., Yew, R. Y., & Hofmann, S. G. (2018). The processes of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, *42*(4), 349-357. 10.1007/s10608-018-9920-y

Khoo, E. L., Small, R., Cheng, W., Hatchard, T., Glynn, B., Rice, D. B., ... & Poulin, P. A. (2019). Comparative evaluation of group-based mindfulness-based stress reduction and cognitive behavioural therapy for the treatment and management of chronic pain: A systematic review and network meta-analysis. *Evidence-Based Mental Health*, *22*(1), 26-35. 10.1136/ebmental-2018-300062

Knoerl, R., Lavoie Smith, E. M., & Weisberg, J. (2016). Chronic pain and cognitive behavioral therapy: An integrative review. *Western journal of nursing research*, *38*(5), 596-628. 10.1177/0193945915615860

Ng, Q. X., Venkatanarayanan, N., & Kumar, L. (2017). A systematic review and meta-analysis of the efficacy of cognitive behavioral therapy for the management of pediatric migraine. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, *57*(3), 349-362. 10.1111/head.13016

Pardos-Gascón, E. M., Narambuena, L., Leal-Costa, C., & Van-der Hofstadt-Román, C. J. (2021). Differential efficacy between cognitive-behavioral therapy and mindfulness-based therapies for chronic pain: Systematic review. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *21*(1), 100197. 10.1016/j.ijchp.2020.08.001

Peroutka, S. J. (2014). What turns on a migraine? A systematic review of migraine precipitating factors. *Current pain and headache reports*, *18*(10), 1-6. 10.1007/s11916-014-0454-z

Turner, J. A., Anderson, M. L., Balderson, B. H., Cook, A. J., Sherman, K. J., & Cherkin, D. C. (2016). Mindfulness-based stress reduction and cognitive behavioral therapy for chronic low back pain: similar effects on mindfulness, catastrophizing, self-efficacy, and acceptance in a randomized controlled trial. *Pain*, *157*(11), 2434–2444. https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000635.

Urits, I., Patel, M., Putz, M. E., Monteferrante, N. R., Nguyen, D., An, D., ... & Viswanath, O. (2020). Acupuncture and its role in the treatment of migraine headaches. *Neurology and therapy*, *9*(2), 375-394. 10.6084/m9.figshare.12981695.

Wang, H., Song, T., Wang, W., & Zhang, Z. (2019). TRPM2 participates the transformation of acute pain to chronic pain during injury-induced neuropathic pain. *Synapse*, *73*(10), e22117. https://doi.org/10.1002/syn.22117

Wells, R. E., O'Connell, N., Pierce, C. R., Estave, P., Penzien, D. B., Loder, E., ... & Houle, T. T. (2021). Effectiveness of mindfulness meditation vs headache education for adults with migraine: a randomized clinical trial. *JAMA internal medicine*, *181*(3), 317-328. 10.1001/jamainternmed.2020.7090

Wells, R. E., Seng, E. K., Edwards, R. R., Victorson, D. E., Pierce, C. R., Rosenberg, L., ... & Schuman-Olivier, Z. (2020). Mindfulness in migraine: A narrative review. *Expert review of neurotherapeutics*, *20*(3), 207-225. 10.1080/14737175.2020.1715212

Zhang, Y., Dennis, J. A., Leach, M. J., Bishop, F. L., Cramer, H., Chung, V. C., ... & Adams, J. (2017). Complementary and alternative medicine use among US adults with headache or migraine: results from the 2012 National Health Interview Survey. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, *57*(8), 1228-1242. 10.1111/head.13148

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.2.9.5]

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-05]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.2.9.5]