

اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر شدت درد و بهزیستی روان شناختی در بیماران مبتلا به سردرد میگرنی *Effectiveness of Mindful Therapy on Severity of pain and Psychological well-being in the Patients with Migraine Headache*

Akram Izadikhah

PhD Student in Health Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

Mojtaba Ansari Shahidi (Corresponding author)

Assistant Professor, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

Email: Dransarishahidi@gmail.com

Hassan Rezaei Jamaloei

Assistant Professor, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

Seyyed Abbas Haghayegh

Assistant Professor, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

Abstract

Aim: The emergence of chronic diseases such as migraine headache causes emotional and psychological damages in the patients. Therefore, there should be sufficient attention to the patients' psychological features besides common medical therapies. According to that, the present study was conducted aiming to investigate the effectiveness of mindful therapy on Severity of pain and Psychological well-being in the patients with migraine headache. **Methods:** The present study was Quasi-experimental with pretest, posttest, control group and a two-month follow-up design. The statistical population of the study included the patients with migraine headache in the town of Shahin Shahr, Isfahan in the first quarter of 2019 who had referred to Milad, Hadi, Beshtam and Yari centers. 30 patients with migraine headache were selected through available sampling method and they were randomly replaced into experimental and control groups (15 patients in the experimental and 15 in the control group). The experimental group received eight ninety-minute mindful therapy interventions (Cabat Zin, 2003) during two months. The applied questionnaires in this study included Severity of pain questionnaire (Melzack, 1975) and Psychological well-being (Ryff, 1980). The data from the study were analyzed through repeated measurement ANOVA by SPSS statistical software 23. **Results:** the results showed that mindful therapy significantly influences Severity of pain and Psychological well-being in the patients with migraine headache ($p < 0.001$). **Conclusion:** According to the findings of the present study it can be stated that mindful therapy can be suggested as an efficient therapy to decrease Severity of pain and improve Psychological well-being in the patients with migraine headache owning techniques such as thoughts, emotions and mindful behavior.

Keywords: Mindful therapy, Severity of pain, Psychological well-being, migraine headache.

اکرم ایزدی خواه

دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، واحد نجفآباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجفآباد، ایران.

مجتبی انصاری شهیدی (نویسنده مسئول)

استادیار، گروه روانشناسی، واحد نجفآباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجفآباد، ایران.

Email: Dransarishahidi@gmail.com

حسن رضایی جمالویی

استادیار، گروه روانشناسی، واحد نجفآباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجفآباد، ایران.

سیدعباس حقایق

استادیار، گروه روانشناسی، واحد نجفآباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجفآباد، ایران.

چکیده

هدف: بروز بیماری‌های مزمن جسمی همچون سردردهای میگرنی سبب آسیب‌های هیجانی و روان‌شناختی در بیماران می‌شود. بر این اساس نیاز است که در کنار درمان‌های پزشکی معمول، به ویژگی‌های روان‌شناختی بیماران نیز توجه کافی صورت پذیرد. بر همین اساس پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر شدت درد و بهزیستی روان‌شناختی در بیماران مبتلا به سردرد میگرنی انجام گرفت. **روش:** پژوهش حاضر شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری دوماهه بود. جامعه پژوهش شامل بیماران مبتلا به سردرد میگرنی شهرستان شاهین‌شهر در سه ماهه آخر سال ۱۳۹۷ بود که به مراکز میلاد، هادی، بشتام و یاری مراجعه کرده بودند. در این پژوهش تعداد ۳۰ بیمار مبتلا به سردردهای میگرنی با روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل گمارده شدند (۱۵ بیمار در گروه آزمایش و ۱۵ بیمار در گروه کنترل). گروه آزمایش درمان ذهن آگاهی (کابات‌زین، ۲۰۰۳) را طی دو ماه در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. پرسشنامه‌های مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه شدت درد (ملزاک، ۱۹۷۵) و بهزیستی روان‌شناختی (ریف، ۱۹۸۰) بود. داده‌های حاصل از پژوهش به شیوه تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر به وسیله نرم‌افزار آماری SPSS23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان ذهن آگاهی بر شدت درد و بهزیستی روان‌شناختی در بیماران مبتلا به سردرد میگرنی موثر بود ($P \leq 0.001$). نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان بیان کرد که درمان ذهن آگاهی با برخورداری از فونونی همانند افکار، هیجانات و رفتار آگاهانه می‌تواند به عنوان یک درمان کارآمد جهت کاهش شدت درد و بهبود بهزیستی روان‌شناختی در بیماران مبتلا به سردرد میگرنی مطرح باشد.

کلمات کلیدی: درمان ذهن آگاهی، شدت درد، بهزیستی روان‌شناختی، سردرد

میگرنی

مقدمه

اختلالات عصبی مزمن فراوانی وجود دارد که می‌تواند آسیب‌های گسترده‌ای را برای بیماران در پی داشته باشد. یکی از انواع این اختلالات، سردرد است (تالارسکا، گورزاویز - استاچویک، میچالاک، زلجکوسکا و هاداس^۱، ۲۰۱۴). سردرد میگرنی^۲ نوعی از سردرد است که ضربان‌دار و تکرار شونده بوده و در ناحیه گیجگاهی و یا پیشانی ظاهر شده و به هنگام حملات، با تهوع، استفراغ و گریز از نور و صدا همراه است (لامبرت و زاگامی^۳، ۲۰۱۸). بیش از ۹۰ درصد انسان‌ها در طول سال، حداقل یک حمله سردرد را تجربه می‌کنند (هالروید^۴، ۲۰۱۰). شیوع سردردهای میگرنی تقریباً ۱۰ درصد می‌باشد و در زنان ۲ تا ۳ برابر شایع‌تر از مردان است که بیشترین شیوع آن بین سنین ۱۵ تا ۵۵ سالگی است (فانتاسیا^۵، ۲۰۱۴). بر مبنای گزارشات آمار سازمان بهداشت جهانی، به ازای هر یک میلیون نفر جمعیت، روزانه ۳ هزار حمله میگرن در جهان اتفاق می‌افتد. می‌توان اظهار داشت بر اساس آمار، ۱۵ تا ۲۰ درصد بیماران مراجعه کننده به مراکز درمانی و ۱ تا ۲ درصد از جمعیت عمومی به میگرن مبتلا هستند که در این میان زنان با نرخ ۱۸ درصد، نسبت به مردان با نرخ ۷ درصد، از سهم بالاتری برخوردارند (ابدل^۶، ۲۰۰۹؛ کیرسون^۷ و همکاران، ۲۰۱۸). میگرن کلاسیک (همراه با اورا یا علائم هشدار دهنده و میگرن شایع (بدون اورا) انواع این سردرد محسوب می‌شوند (وو، یانگ و چن^۸، ۲۰۱۷). به نظر می‌رسد که کاهش اثر مکانیسم‌های مهاری در انتقال درد در سیستم اعصاب مرکزی، انبساط عروقی و نیز التهاب نوروزنیک از عوامل دخیل در سردردهای میگرنی باشد (بوهم، استان‌کامپیانو و رزون^۹، ۲۰۱۸). وقوع حملات دوره‌ای میگرن، موجب اختلال در عملکرد بیمار گشته که از جمله آنها می‌توان به عدم تمرکز و امتناع از هرگونه فعالیت شخصی و اجتماعی و غیبت‌های طولانی مدت از محل کار و تحصیل، تاثیر بر خلق و خو و متعاقب آن اختلال در روابط فرد با اطرافیان اشاره کرد (تام-پیرس^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۶).

به شکل طبیعی، یکی از پیامدهای میگرن درد است (اشهاریان، یارمحمدیان، شریفی و غضنفری، ۱۳۹۷). درد از یک سو، هیجان منفی به دنبال دارد و از سوی دیگر، هیجان منفی موجب تداوم درد می‌شود (هیوز^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۵). بیماران درد را به عنوان یک عامل استرس‌آور مهم تجربه می‌کنند. درد شدید می‌تواند منجر به بی‌قراری بیمار شود (یاماشیتا، یاماساکی، ماتسامایا و آمایا^{۱۲}، ۲۰۱۷). عدم تسکین درد علیرغم پاسخ‌های فیزیولوژیک منفی مانند تغییرات علائم حیاتی (مثل فشار خون)، می‌تواند تاثیرات منفی روانی نیز داشته باشد که از آن جمله می‌توان به دلیریوم^{۱۳}، اضطراب و اختلال استرس پس از سانحه^{۱۴} اشاره نمود. اثرات منفی بالینی در پی مدیریت ناموثر درد شامل مشکلات

¹. Talarska, Zgorzalewicz-Stachowiak, Michalak, Czajkowska, Hudak

². Migraine headache

³. Lambert, Zagami

⁴. Holroyd

⁵. Fantasia

⁶. Abel

⁷. Kearson

⁸. Wu, Yang, Chen

⁹. Bohm, Stancampiano, Rozen

¹⁰. Tomé-Pires

¹¹. Hughes

¹². Yamashita, Yamasaki, Matsuyama, Amaya

¹³. Delirium

¹⁴. Post traumatic stress disorder

قلبی، ریوی، عفونت، التیام ضعیف زخم، بیخوابی و تضعیف روحیه و غیره است که همگی این عوامل منجر به مشکل اقتصادی و پزشکی همچون افزایش طول اقامت در بیمارستان، پذیرش مجدد و نارضایتی بیماران می‌گردد (بورک، گراپ، مانرو، شوبرت و سسلر^۱، ۲۰۱۴).

از مولفه‌های روان‌شناختی که در بروز سردردهای میگرنی دچار آسیب می‌شود، می‌توان به بهزیستی روان‌شناختی^۲ اشاره نمود (نریمانی، بگیان کوله‌مرز و مهدی نژاد مقدم، ۱۳۹۴). بهزیستی روان‌شناختی به کیفیت تجربه شده زندگی اشاره می‌کند و منعکس کننده عملکرد و تجربه روان‌شناختی مطلوب است. معنی لغوی بهزیستی یک حالت رضایت از شاد بودن، سلامتی و موفقیت است که به تجربه و عملکرد روان‌شناختی مطلوب اشاره می‌کند (نظری باغنی، برای مقدم، داورنیا و داورنیا، ۱۳۹۹). بهزیستی توانایی شرکت فعالانه در کار و تفریح، خلق روابط معنی‌دار با دیگران، گسترش حس خودمختاری و داشتن هدف در زندگی و تجربه کردن هیجانات مثبت است (چائو^۳، ۲۰۱۹). بهزیستی شامل ابعادی مانند پذیرش خود^۴، روابط مثبت با دیگران^۵، استقلال^۶، تسلط بر محیط^۷، هدفمندی در زندگی^۸ و رشد شخصی^۹ می‌شود (چو، مارتین، مارگرت، مک دونالد و پون^{۱۰}، ۲۰۱۱). در نهایت بهزیستی صحیح شامل هیجانات مثبت، ویژگی‌های شخصیتی بالغ مانند خود رهبری، مشارکت کردن، خودشکوفایی، رضایت از زندگی و نیروهای شخصیتی مانند امید، دلسوزی و شجاعت می‌شود. هم‌چنین به خودآگاهی به عنوان کلید بهزیستی صحیح اشاره شده است، مبتنی بر این حقیقت که ویژگی‌های بهزیستی اگر درونی نشوند، خود به خود تجربه نشوند و افراد از خود و اعمال شان آگاه نباشند، تقلیل می‌یابند (پائولوکاهانو، تولوانن، کینانن و لاپالاین^{۱۱}، ۲۰۱۹).

تاکنون روش‌های درمانی و آموزشی مختلفی جهت بهبود مولفه‌های روان‌شناختی، جسمانی و هیجانی افراد مبتلا به سردردهای میگرنی به کار گرفته شده است. از جمله این روش‌ها می‌توان به آموزش مفاهیم رویکرد شناختی-رفتاری توأم با تن‌آرامی (میهمی، عزت‌پور، مرادی و دادگر، ۱۳۹۸)؛ آموزش گروهی مدیریت خشم (سعیدمنش و قربانی، ۱۳۹۷)؛ روان‌درمانی مثبت‌نگر و درمان پذیرش و تعهد (بهداد، مکوند حسینی، نجفی، رضایی و رحیمیان بوگر، ۱۳۹۷) و بایوفیدبک و درمان ترکیبی نوروبایوفیدبک (اورکی و ویسه تهرانی، ۱۳۹۵) اشاره کرد. از روش‌های کاربردی دیگر در این زمینه می‌توان به درمان ذهن‌آگاهی^{۱۲} اشاره کرد که کارایی بالینی آن در پژوهش‌های گوناگون برای افراد با بیماری‌های جسمانی مزمن نشان داده شده است. ذهن‌آگاهی به عنوان حالت توجه برانگیخته و آگاهی از آنچه که در لحظه کنونی اتفاق می‌افتد، تعریف شده است. این توجه، توجهی است هدفمند، به همراه پذیرش بدون داوری در

1. Burk, Grap, Munro, Schubert, Sessler

2. Psychological well-being

3. Chao

4. Self acceptance

5. Positive reactions with others

6. Autonomy

7. Environmental mastery

8. Purpose in life

9. Personal growth

10. Cho, Martin, Margrett, MacDonald and Poon

11. Puolakanaho, Tolvanen, Kinnunen, Lappalainen

12. Mindfulness therapy

مورد تجربه‌های در حال وقوع در لحظه کنونی (زیرمن، بارل و جوردن^۱، ۲۰۱۸). آموزش‌های مبتنی بر ذهن آگاهی بر روش‌های مراقبه‌ای مانند تکنیک بررسی بدن برای افزایش فهم و آگاهی از چگونگی افکار متکی است. این تکنیک در راستای ادراک حس‌های ارادی بدن مانند غذا خوردن و حرکت کردن و حس‌های غیرارادی بدنی مانند تنفس برنامه‌ریزی شده است تا با به کارگیری آن‌ها کنترل بیشتری بر پاسخ‌های غیرارادی مانند تنش‌ها اعمال شود (کوهات و همکاران، ۲۰۱۷). پیشینه پژوهشی بیانگر آن است که درمان ذهن آگاهی تاکنون برای افراد مبتلا به میگرن استفاده نشده است؛ اما نتایج پژوهش خیر و منشئی (۱۳۹۸)؛ محلوجی و لطفی کاشانی (۱۳۹۸)؛ فخری، بهادر و امینی (۱۳۹۶)؛ شفیعی و فسخودی (۱۳۹۶)؛ خسروی و قربانی (۱۳۹۵)؛ زارع، محمدی، متقی، افشار و پورکاظم (۱۳۹۳)؛ عبدالقادری، کافی، صابری و آریاپوران (۱۳۹۲)؛ مان، اوکای و کارولی^۲ (۲۰۱۴)؛ کوهات، استینسون، داویز-چالمرز، راسکین و وایک^۳ (۲۰۱۷)؛ بیرتول، دابرو-مارشال، دابرو-مارشال، داردن و دان^۴ (۲۰۱۷)؛ هس^۵ (۲۰۱۸)؛ گامپورت، دانگ، لی و هاروی^۶ (۲۰۱۸)؛ مجید، علی و سادوک^۷ (۲۰۱۸)؛ داوسی^۸ و همکاران (۲۰۱۹) نشان داده است که درمان ذهن آگاهی برای افراد مبتلا به بیماری‌های فیزیولوژیک مزمن دارای اثربخشی بوده است.

حال با توجه به پیامدهای نامطلوب عدم توجه به مولفه‌های روان‌شناختی و هیجانی افراد مبتلا به سردردهای میگرنی و تاثیرات گسترده آن بر روند زندگی فردی، اجتماعی و شغلی این افراد و این که می‌تواند زندگی خانوادگی و اجتماعی فرد را با آسیب جدی مواجه سازد، ضروری است اقدامات مقتضی برای بهبود مولفه‌های روان‌شناختی، هیجانی و جسمانی این افراد صورت گیرد. بنابراین با توجه به تاثیر درمان ذهن آگاهی بر بهبود مشکلات روانی، رفتاری، هیجانی و جسمانی، و از سوی دیگر به دلیل عدم انجام پژوهشی مشابه، هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر شدت درد و بهزیستی روان‌شناختی در بیماران مبتلا به سردردهای میگرنی بود.

روش

طرح پژوهش حاضر، از نوع شبه‌آزمایشی با پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل و مرحله پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل بیماران مبتلا به سردردهای میگرنی شهرستان شاهین شهر استان اصفهان در سه ماهه آخر سال ۱۳۹۷ بود. از این میان، تعداد ۳۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. بدین صورت که از بین بیماران مبتلا به سردردهای میگرنی مراجعه کننده به مراکز درمانی میلاد، هادی، بشتام و یاری شهرستان شاهین شهر، تعداد ۳۰ نفر به شکل داوطلبانه انتخاب شدند. شیوه انتخاب نمونه بدین صورت بود که با مراجعه به مراکز درمانی بیماران دارای سردردهای میگرنی (این افراد تشخیص متخصص مغز و اعصاب را مبنی بر داشتن سردرد میگرنی را دریافت کرده بودند)، فرم‌های شرکت داوطلبانه در پژوهش در بین بیماران توزیع و پس از جمع‌آوری، تعداد ۳۰ نفر از این بیماران انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل گمارده شدند (۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵

1. Zimmermann, Burrell, Jordan

2. Mun, Okun, Karoly

3. Kohut, Stinson, Davies-Chalmers, Ruskin, Wyk

4. Birtwell, Dubrow-Marshall, Dubrow-Marshall, Duerden, Dunn

5. Hess

6. Gumpert, Dong, Lee, Harvey

7. Majeed, Ali, Sudak

8. Dowsey

نفر هم در گروه کنترل). ملاک‌های ورود به پژوهش شامل داشتن بیماری میگرن به تشخیص متخصص، عدم برخورداری از آسیب‌های روان‌شناختی مزمن همچون اضطراب و افسردگی (با توجه به خوداظهاری و مصاحبه بالینی)، نداشتن بیماری جسمی حاد و مزمن دیگر و اعلام رضایت و آمادگی جهت شرکت در پژوهش بود. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش شامل داشتن بیش از دو جلسه غیبت، عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در کلاس و عدم تمایل به ادامه حضور در فرایند انجام پژوهش بود. قبل از ارائه درمان ذهن آگاهی، پرسشنامه‌های پژوهش به آنان ارائه و پس از پاسخگویی جمع‌آوری گردید. در گام بعد افراد گروه آزمایش مداخله درمانی ذهن آگاهی را در طی دو ماه دریافت نمودند، در حالیکه گروه کنترل از دریافت این مداخله در طی انجام فرایند پژوهش بی‌بهره بود، ولی قرار شد که پس از اتمام فرایند پژوهش، افراد حاضر در گروه کنترل نیز این مداخلات را به شکل رایگان دریافت کنند. لازم به ذکر است که پس از اتمام پژوهش ۶ نفر از افراد حاضر در گروه کنترل درمان ذهن آگاهی را دریافت نموده و ۸ نفر دیگر از دریافت این درمان انصراف دادند.

ابزار

پرسشنامه درد مک گیل (MPQ): پرسشنامه درد مک گیل در سال ۱۹۷۵ توسط ملزاک^۱ ساخته شد و دارای ۲۰ مجموعه عبارت است و هدف آن سنجش درک افراد از درد از ابعاد مختلف درد (چهار بعد ادراک حسی درد: سوالات ۱ تا ۱۰، ادراک عاطفی درد: سوالات ۱۱ تا ۱۵، ادراک ارزیابی درد: سوال ۱۶، و دردهای متنوع و گوناگون: سوالات ۱۷ تا ۲۰) می‌باشد. پرسشنامه درد مک گیل شامل دو عامل مستقل است: یکی تحت عنوان درد حسی که توصیف کننده تجربه درد در فرد و دیگری درد عاطفی که تشریح تاثیر احساسی از تجربه درد را نشان می‌دهد (گیلرون^۲ و همکاران، ۲۰۰۵). اگر پاسخ دهنده هیچ یک از عبارات را مطابق با توصیف درد خود ندانست به آن مجموعه نمره صفر تعلق می‌گیرد. برای بدست آوردن امتیاز مربوط به هر بعد مجموع امتیازات آن بعد را با هم جمع نموده و به منظور بدست آورد امتیاز کلی پرسشنامه مجموع امتیازات تک تک سوالات را محاسبه نماید. امتیاز بالاتر نشان دهنده میزان ادراک درد بالاتر در فرد پاسخ دهنده است و برعکس (خسروی، صدیقی، مرادی علمداری و زنده دل، ۱۳۹۱). در پژوهش دورکین^۳ و همکاران (۲۰۰۹) روایی این پرسشنامه مورد تایید قرار گرفته است. همچنین پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه گردید. ضریب آلفا برای کلیه ابعاد بین ۰/۸۳ تا ۰/۸۷ بدست آمد. خسروی، صدیقی، مرادی علمداری و زنده دل (۱۳۹۱) در پژوهش خود آلفای کرونباخ کلی این پرسشنامه را ۰/۸۵ و آلفای کرونباخ هر چهار زیرمقیاس را بالای ۰/۸۰ گزارش کرده است. همچنین این پژوهشگران میزان روایی محتوایی این پرسشنامه را مطلوب گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر، پایایی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ محاسبه شد.

پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی: فرم اولیه پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی با ۵۴ سوال در سال ۱۹۸۰ توسط ریف^۴ در دانشگاه ویسکانسین تدوین شد که بعدها فرم ۱۸ سوال نیز تدوین گردید. در پژوهش حاضر فرم ۱۸ سوالی با ۶

^۱. Melzack

^۲. Gilron

^۳. Dworkin

^۴. Ryff

خرده‌مقیاس مورد استفاده قرار گرفته است (بیانی، محمدکوچکی و بیانی، ۱۳۸۷). در پژوهش حاضر نسخه ۱۸ سؤالی آن با ۶ خرده‌مقیاس به کار برده شد. خرده‌مقیاس‌های این آزمون عبارتند از: پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، استقلال، تسلط بر محیط، هدفمندی در زندگی، رشد شخصی. پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف از آزمون‌های خودگزارش دهی و بسته پاسخ است که هر یک از سؤالات آن از یک طیف ۶ درجه‌ای (کاملاً مخالفم ۱، تاحدی مخالفم ۲، مخالفم ۳، موافقم ۴، تاحدی موافقم ۵ و کاملاً موافقم ۶) تشکیل شده است. در این پرسشنامه کسب نمره بالاتر بیانگر بهزیستی روان‌شناختی بهتر است. نتایج همبستگی پرسشنامه ۱۸ سؤالی ریف با مقیاس رضایت از زندگی^۱، پرسشنامه شادکامی آکسفورد، و پرسشنامه عزت‌نفس روزنبرگ، حاکی از قابل قبول بودن روایی سازه این پرسشنامه در جمعیت ایرانی است (بیانی و همکاران، ۱۳۸۷). میکائیلی منیع (۱۳۸۹) ضریب پایایی این پرسشنامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۰ و قابل قبول گزارش کرده است. بیانی و همکاران (۱۳۸۷) هم ضریب پایایی پرسشنامه ریف را با استفاده از روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۸۹ برآورد کردند. دایرندانک^۲ (۲۰۰۵) نسخه ای از پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ۵۴ سؤالی ریف را در پژوهش خود استفاده نمود، آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های آن را در دامنه ۰/۷۹ تا ۰/۸۵ گزارش نموده است و روایی محتوایی و سازه‌ای آزمون فوق را نیز مورد تایید قرار داد. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ محاسبه شد.

روند اجرا

پس از اخذ مجوزهای لازم و انجام فرایند نمونه‌گیری (مطابق با آنچه ذکر گردید)، بیماران انتخاب شده (۳۰ بیمار) به شیوه تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل گمارده شدند (هر گروه ۱۵ بیمار). گروه آزمایش درمان ذهن‌آگاهی را در طی دو ماه به صورت هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. جهت رعایت اخلاق در پژوهش رضایت بیماران برای شرکت در برنامه مداخله کسب و از کلیه مراحل مداخله آگاه شدند. همچنین به افراد گروه کنترل اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرایند پژوهشی این مداخلات را دریافت خواهند نمود. همچنین به هر دو گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی می‌ماند و نیازی به درج نام نیست. جهت ایجاد انگیزه برای بیماران برای شرکت در پژوهش حاضر، قبل از شروع مداخله، جوانب درمانی و آموزشی مداخلات برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد. این در حالی است که تمام فرایند اجرایی مداخله نیز به شکل رایگان برای آنها ارائه داده شد.

¹. Life satisfaction index

². Dierendonck

جدول ۱: خلاصه جلسات مربوط به درمان ذهن آگاهی (کابات زین^۱، ۲۰۰۳)

جلسه	موضوع	خلاصه جلسه
اول	هدایت خودکار	آشنایی با اعضای گروه و انتظارات آن‌ها، تعیین خط مشی گروه و توضیح پیرامون بیماری میگرن، تمرین خوردن کشمش، تمرین مراقبه واریسی بدن. تکلیف: انجام یکی از کارهای روزمره با ذهن آگاهی و واریسی بدن
دوم	چالش با موانع	ده دقیقه تنفس با ذهن آگاهی، تمرین واریسی بدن. تکلیف: آوردن توجه به یکی دیگر از فعالیت‌های روزمره، ثبت وقایع خوشایند، واریسی بدن و ده دقیقه تنفس ذهن آگاهانه
سوم	ذهن آگاهی در حین حرکت	تمرین حرکات کششی همراه با ذهن آگاهی، تمرین قدم زدن آگاهانه، تمرین واریسی بدن. تکلیف: پیاده روی آگاهانه، واریسی بدن، ثبت تجربه‌های ناخوشایند
چهارم	ماندن در لحظه	تمرین ذهن آگاهی نسبت به شنیدن و فکر کردن، داستان بره‌های گرسنه، تمرین مکث سه دقیقه‌ای، تمرین واریسی بدن. تکلیف: واریسی بدن، استفاده از وسایل نقلیه همراه با ذهن آگاهی، مکث سه دقیقه‌ای
پنجم	پذیرفتن و اجازه دادن	تمرین مراقبه نشسته با آگاهی از تنفس و بدن، پذیرش، تمرین ایجاد یک مشکل و کار کردن روی آن از طریق بدن، تمرین مکث سه دقیقه‌ای (به همراه احساس پذیرا بودن)، تمرین واریسی بدن. تکلیف: واریسی بدن و مکث سه دقیقه‌ای
ششم	افکار واقعیت نیستند	افکار جان‌شین، تمرین مکث سه دقیقه‌ای، تمرین واریسی بدن. تکلیف: واریسی بدن، مکث سه دقیقه‌ای و استفاده از آن در مواقع بروز احساسات ناخوشایند
هفتم	مراقبت از خود	ارتباط بین خلق و احساسات، چگونه به بهترین نحو از خود مراقبت کنیم، تمرین واریسی بدن. تکلیف: تهیه لیستی از فعالیت‌های انرژی بخش و خسته کننده
هشتم	به کارگیری آموخته‌ها و تمرین‌ها در آینده	تمرین واریسی بدن، بحث پیرامون تداوم تمرین‌ها و برنامه ریزی جهت انجام آن، بررسی مشکلات که مانع از انجام تکالیف می‌شوند

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو-ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها، آزمون موجلی جهت بررسی پیش فرض کرویت داده‌ها و همچنین از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید. نتایج آماری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

یافته‌های حاصل از داده‌های دموگرافیک نشان داد که از افراد دارای دامنه سنی ۳۱ تا ۴۹ سال بودند که در این بین دامنه سنی ۳۵ تا ۳۸ دارای بیشترین فراوانی بود (۳۲/۳ درصد). میانگین سنی گروه آزمایش ۳۶-۱۷ و میانگین سنی گروه کنترل ۳۷/۱۵ سال بود. از طرفی این افراد دارای دامنه تحصیلات سیکل تا فوق لیسانس بودند که در این بین پایه تحصیلی دیپلم دارای بیشترین فراوانی بود (۳۴ درصد). تعداد ۸ نفر (معادل ۵۳/۳۳ درصد) در گروه آزمایش و ۷ نفر (معادل ۴۶/۶۷ درصد) در گروه گواه متاهل بودند. میانگین مدت زمان بیماری افراد گروه آزمایش ۴/۲۵ سال و گروه گواه ۳/۷۵ سال بود.

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد شدت درد و بهزیستی روان‌شناختی در دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

مولفه‌ها	گروه‌ها	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
شدت درد	گروه آزمایش	میانگین ۴۱/۸۰	میانگین ۳۱/۴۰	میانگین ۳۱/۷۳
	گروه کنترل	میانگین ۴۴/۲۰	میانگین ۴۵/۰۶	میانگین ۴۴/۲۰
بهزیستی روان‌شناختی	گروه آزمایش	میانگین ۷۵/۹۳	میانگین ۸۹/۴۰	میانگین ۹۰/۷۳
	گروه کنترل	میانگین ۷۸	میانگین ۷۷/۸۶	میانگین ۷۶/۹۳

۱. Kabat-zinn

نتایج یافته توصیفی نشان داد که درمان ذهن‌آگاهی منجر به کاهش میانگین متغیر شدت درد و افزایش میانگین نمرات بهزیستی روان‌شناختی افراد مبتلا به سردرد میگرنی شده بود. قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون واریانس با اندازه‌گیری مکرر، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیرهای شدت درد و بهزیستی روان‌شناختی در گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برقرار است ($p > 0/05$). همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن معنادار نبود که این یافته می‌داد پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها رعایت شده است ($p > 0/05$). همچنین نتایج آزمون موچلی بیانگر آن بود که پیش‌فرض کرویت داده‌ها در متغیرهای شدت درد و بهزیستی روان‌شناختی رعایت شده است ($p > 0/05$). نتایج آزمون لامبدای ویلکز نیز بیانگر آن بود که به شکل کلی بین دو گروه آزمایش و کنترل در اثر درمان ذهن‌آگاهی تفاوت ایجاد شده است که یافته‌های تفصیلی در اداکه ارائه شده است.

جدول ۳: تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر جهت بررسی تاثیرات درون و بین گروهی برای متغیرهای شدت درد و بهزیستی روان‌شناختی

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار f	مقدار p	اندازه اثر	توان آزمون
مرحل	۴۸۱/۲۶	۱/۶۲	۲۹۵/۷۰	۱۱۵/۷۲	۰/۰۰۰۱	۰/۸۰	۱
شدت درد	۲۰۳۵/۳۷	۱	۲۰۳۵/۳۷	۲۳/۷۸	۰/۰۰۰۱	۰/۴۵	۱
تعامل مراحل و گروهبندی	۵۷۴/۲۸	۱/۶۲	۳۵۲/۸۵	۱۳۸/۰۹	۰/۰۰۰۱	۰/۸۳	۱
خطا	۱۱۶۷۴۴	۴۵/۵۷	۲/۵۵				
بهزیستی	۹۱۶/۳۵	۱/۵۴	۵۹۲/۹۷	۱۰۳/۰۳	۰/۰۰۰۱	۰/۷۸	۱
روان‌شناختی	۱۳۵۳/۳۴	۱	۱۳۵۳/۳۴	۱۲/۲۸	۰/۰۰۱	۰/۲۵	۰/۹۲
تعامل مراحل و گروهبندی	۱۱۰۴/۶۲	۱/۵۴	۷۱۴/۸۰	۱۲۴/۲۰	۰/۰۰۰۱	۰/۸۱	۱
خطا	۲۴۹/۰۲	۴۳/۲۷	۵/۷۵				

همانگونه که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که میزان F اثر تعامل مراحل و گروه برای متغیر شدت درد (۱۳۸/۰۹) و برای متغیر بهزیستی روان‌شناختی (۱۲۴/۲۰) است که در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است. این یافته نشان می‌دهد که گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ متغیرهای پژوهش (شدت درد و بهزیستی روان‌شناختی) در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با یکدیگر تفاوت معنی‌داری دارند. جهت بررسی تفاوت میانگین گروه آزمایش با گروه کنترل در متغیرهای پژوهش، در جدول ۴ نتایج مقایسه میانگین گروه آزمایش و کنترل در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گزارش شده است.

جدول ۴: نتایج مقایسه میانگین گروه آزمایش و کنترل در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای پژوهش

مولفه	مرحله	مقدار t	درجه آزادی	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد برآورد	سطح معناداری
شدت درد	پیش‌آزمون	-۱/۱۰	۲۸	-۲/۴۰	۲/۱۷	۰/۲۷
	پس‌آزمون	-۷/۰۷	۲۸	-۱۳/۶۶	۱/۹۳	۰/۰۰۰۱
	پیگیری	-۶/۶۶	۲۸	-۱۲/۴۶	۱/۸۷	۰/۰۰۰۱
بهزیستی روان‌شناختی	پیش‌آزمون	-۰/۴۱	۲۸	-۲/۰۶	۴/۹۵	۰/۶۸
	پس‌آزمون	۲/۳۲	۲۸	۱۱/۵۳	۴/۹۷	۰/۰۳
	پیگیری	۲/۷۸	۲۸	۱۳/۸۰	۴/۹۵	۰/۰۱

همانگونه نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، در متغیرهای شدت درد و بهزیستی روان‌شناختی تفاوت میانگین گروه آزمایش با گروه کنترل در مرحله پیش‌آزمون (۰/۳۷ و ۰/۶۸) معنی‌دار نیست و در نتیجه بین دو گروه آزمایش و کنترل در این مرحله تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. اما تفاوت میانگین گروه آزمایش و گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون (۰/۰۰۱ و ۰/۰۳) و پیگیری (۰/۰۰۱ و ۰/۰۱) در متغیرهای شدت درد و بهزیستی روان‌شناختی معنی‌دار می‌باشد. در نتیجه میانگین گروه آزمایش در این دو مرحله به صورت معنی‌داری متفاوت از میانگین گروه کنترل می‌باشد. این بدان معناست که درمان ذهن آگاهی توانسته منجر به بهبود بهزیستی روان‌شناختی و کاهش شدت درد در بیماران مبتلا به سردردهای میگرنی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری گردد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر شدت درد و بهزیستی روان‌شناختی در بیماران مبتلا به سردردهای میگرنی انجام گرفت. نتایج نشان داد که درمان ذهن آگاهی بر شدت درد و بهزیستی روان‌شناختی در بیماران مبتلا به سردردهای میگرنی تأثیر معنادار دارد. یافته اول پژوهش نشان داد که درمان ذهن آگاهی منجر به کاهش شدت درد در بیماران مبتلا به سردردهای میگرنی شده بود. این یافته همسو با نتایج پژوهش پیشین بود. چنانکه مطالعات متعددی به بررسی تأثیر ذهن آگاهی بر کاهش درد و مولفه‌های مرتبط با آن در بیماران پرداخته‌اند که به اتفاق اثربخشی آن را تأیید کرده‌اند. چنانکه خیر و منشئی (۱۳۹۸) اثربخشی درمان ذهن آگاهی را بر شدت درد افراد مبتلا به رماتیسم؛ فخری و همکاران (۱۳۹۶) اثربخشی ذهن آگاهی را بر شادکامی و کاهش قندخون در بیماران دیابتی؛ شفیع و فسخودی (۱۳۹۶) اثربخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی را بر فاجعه‌آمیزی و شدت درد در بیماران دارای درد مزمن عضلانی - اسکلتی؛ عبدالقادری و همکاران (۱۳۹۲) اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را بر کاهش درد، افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به کمر درد مزمن؛ گامپورت و همکاران (۲۰۱۸) اثر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی را بر بهبود نگرش افراد دارای بیماری‌های جسمانی مزمن؛ و مان و همکاران (۲۰۱۴) اثر ذهن آگاهی را بر شدت درد و فاجعه‌آمیزی در بیماران مبتلا به درد مزمن را مورد بررسی قرار داده‌اند. این پژوهشگران نشان داده‌اند که درمان ذهن آگاهی می‌تواند از مولفه‌های روان‌شناختی، هیجانی و جسمانی بیماران دارای دردهای مزمن را تحت تأثیر قرار دهد.

در تبیین اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر شدت درد در بیماران مبتلا به سردردهای میگرنی می‌توان بیان کرد که مطابق نظر گامپورت و همکاران (۲۰۱۸)، درمان ذهن آگاهی در کنار درمان مولفه‌های فیزیولوژیک می‌تواند نگرش بیماران نسبت به درمان را بهبود بخشده و از این طریق خودکارآمدی آنها را افزایش دهد. درمان ذهن آگاهی با تأثیر بر پردازش‌های حسی، شناختی و هیجانی، فرایندهای روان‌شناختی فرد را در جهت مثبت تحت تأثیر قرار داده و از این رهگذر می‌تواند مولفه‌های روان‌شناختی و فیزیولوژیک بیماران را دستخوش تغییر نماید که بر این اساس تغییرات معناداری در شدت درد در بیماران مبتلا به سردردهای میگرنی به چشم می‌خورد. علاوه بر این ذهن آگاهی می‌تواند به الگوهای رفتاری منجر شود که افکار و هیجانات آشفته‌ساز کمتری را در خود دارند (مان و همکاران، ۲۰۰۷). در تبیین دیگر می‌توان گفت درمان ذهن آگاهی می‌تواند با تقویت فرایندهای کنارآمدن شناختی و تقویت توانش‌های تنظیم

هیجان، آموزش حل مسئله و آموزش فنون نادیده گرفتن، در زمان شروع حملات درد در مقابل بدعملکردی خلقی محافظت کند و با انجام تمرین‌های منظم ذهن‌آگاهی تغییراتی مثبت در برخی از کارکردهای روان‌شناختی ایجاد نماید که منجر به کسب توانش‌های خودگردانی و انعطاف‌پذیری در برخورد با رویدادهای استرس‌زا و کسب توانش‌های فیزیکی و جسمی گردد و اخذ توانش‌های لازم برای تغییر کشاکش‌ها بر اساس ذهن‌آگاهی، باعث کاهش ادراک درد بیماران مبتلا به سردردهای میگرنی می‌شود. علاوه بر این فرایند پذیرش درد که در واقع پایان جنگیدن با درد و یاد گرفتن زندگی با آن است، می‌تواند منجر به نتایج مثبت شود (مجید و همکاران، ۲۰۱۸). بنابراین پذیرش درد و آمادگی برای تغییر، عواطف مثبت را افزایش می‌دهد که منجر به کاهش شدت درد از طریق تاثیر بر سیستم درون‌ریز و تولید شبه‌افیونی درون‌زاد و کاهش ناتوانی ناشی از درد یا آماده کردن افراد برای کاربرد رویکردهای موثر در برخورد با درد می‌شود (هس، ۲۰۱۸). بنابراین با توجه به ارتباط بین ذهن‌آگاهی و متغیرهای روان‌شناختی موثر در درد، انتظار می‌رود که مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی از طریق افزایش میزان ذهن‌آگاهی در سایر متغیرها نیز اثرگذار باشد. در نتیجه می‌توان گفت حضور ذهن با افزایش میزان دردی که فرد می‌تواند تحمل کند در شدت ادراک شده فرد بطور غیرمستقیم اثر گذاشته و باعث کاهش ادراک شدت درد در بیماران مبتلا به دردهای مزمن همچون بیماران مبتلا به سردردهای میگرنی می‌شود.

یافته دوم پژوهش نشان داد که درمان ذهن‌آگاهی منجر به بهبود بهزیستی روان‌شناختی در بیماران مبتلا به سردردهای میگرنی شده بود. یافته حاضر همسو با نتایج پژوهش مجید و همکاران (۲۰۱۸)؛ هس (۲۰۱۸) و داوسی و همکاران (۲۰۱۹) بود. این پژوهش‌گران نشان داده‌اند که درمان ذهن‌آگاهی می‌تواند منجر به بهبود مولفه‌های شناختی و هیجانی بیماران با دردهای مزمن جسمانی شود. همچنین هم‌راستا با نتایج این پژوهش خسروی و قربانی (۱۳۹۵) اثربخشی ذهن‌آگاهی را بر استرس ادراک شده و فشار خون زنان مبتلا به فشار خون بالا؛ زارع و همکاران (۱۳۹۳) اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را بر فاجعه‌پنداری، پذیرش و شدت درد بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا؛ کوهات و همکاران (۲۰۱۷) اثر مداخله ذهن‌آگاهی را بر نمونه‌های بالینی نوجوانان با بیماری جسمانی مزمن؛ و بیرتول و همکاران (۲۰۱۷) اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر نشانه‌های افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به درد مزمن را تایید کرده‌اند.

در تبیین اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی بر بهزیستی روان‌شناختی در بیماران مبتلا به سردردهای میگرنی می‌توان بیان کرد که درمان ذهن‌آگاهی و مهارت‌های ذهن‌آگاهی به بیماران این بینش را عطا می‌کند تا نسبت به الگوهای افکار، عواطف، هیجانات و رفتارهای اتوماتیک خود آگاهی و بصیرت پیدا کند و سپس بتواند به صورت ماهرانه پاسخ‌های هدفمند مفید را انتخاب کنند، به جای آنکه به طور خودکار با روش‌های خو گرفته و ناهشیار نسبت به وقایع محیطی واکنش نشان دهند (کوهات و همکاران، ۲۰۱۷). این فرایند زمانی مهم‌تر جلوه می‌کند که بیان شود که اغفاد مبتلا به بیماری‌های جسمانی مزمن به دلیل ماهیت آزاردهنده بیماری خود، عموماً روش‌هایی را برای پاسخ به رویدادهای محیطی برمی‌گزینند که قبلاً به آن خو گرفته‌اند (مجید و همکاران، ۲۰۱۸). بر این اساس آنها توانایی روان‌شناختی جهت پاسخگویی نوآورانه را در خود احساس نکرده و نمی‌توانند طرحی نو در فرایند شناختی و روان‌شناختی خود

ایجاد نمایند که بر اساس آن شادمانی و نشاط بیشتری را تجربه نمایند. بنابراین درمان ذهن آگاهی با ایجاد تغییر در ساختار عواطف، احساسات، هیجانات و افکار بیماران با سردردهای میگرنی آنان را قادر می‌سازد که با آگاهی از فرایندهای شناختی و فراشناختی خود بتوانند، پاسخ‌های جدیدی را در فرایند شناختی و هیجانی خود ایجاد و نشاط ذهنی بیشتری را تجربه نمایند. همچنین می‌توان گفت که درمان ذهن آگاهی، موجب افزایش ظرفیت‌های درونی از جمله تحمل کردن و انتظار کشیدن و صبر کردن در موقعیت‌های تنش‌زا می‌شود (بیرتول و همکاران، ۲۰۱۷)، به طوری که درمان ذهن آگاهی در بیماران با سردردهای میگرنی موجب کاهش نگرش منفی می‌شود که می‌تواند منجر به کاهش نگرانی، افزایش قدرت تحمل و بهزیستی روان‌شناختی آنها شود.

محدود بودن دامنه تحقیق به بیماران مبتلا به سردردهای میگرنی شاهین‌شهر استان اصفهان؛ عدم بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری تصادفی و عدم مهار متغیرهای اثرگذار بر شدت درد و بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به سردردهای میگرنی از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج، در سطح پیشنهاد پژوهشی، این پژوهش در سایر استان‌ها و مناطق و جوامع دارای فرهنگ‌های متفاوت، دیگر بیماران (همچون افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر، تالاسمی، سرطان و...)، مهار عوامل ذکر شده و روش نمونه‌گیری تصادفی اجرا شود. با توجه به اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر شدت درد و بهزیستی روان‌شناختی در بیماران مبتلا به سردردهای میگرنی، در سطح کاربردی پیشنهاد می‌شود تا در مراکز درمانی بیماران مبتلا به سردردهای میگرنی، روان‌شناسانی حضور داشته باشند تا با بکارگیری درمان ذهن آگاهی بتوانند نسبت به کاهش شدت درد و بهبود بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به سردردهای میگرنی اقدام نمایند.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از رساله دوره دکترای تخصصی اکرم ایزدی‌خواه در دانشگاه آزاد واحد نجف‌آباد بود. بدین وسیله از تمام بیماران مبتلا به سردردهای میگرنی حاضر در پژوهش، خانواده‌های آنها و مسئولین مراکز درمانی این بیماران که همکاری کاملی جهت اجرای پژوهش داشتند، قدردانی به عمل می‌آید.

منابع

- اشهاریان، مهدی، یارمحمدیان، احمد، شریفی، طیبه، غضنفری، احمد. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت با درمان فراتشخیصی بر استرس ادراک شده بیماران مبتلا به میگرن، مجله روان‌شناسی تحلیلی شناختی، ۹(۳۴)، ۲۷-۳۸.
- اورکی، محمد، ویسه تهرانی، نپتون. (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی بایوفیدبک و درمان ترکیبی نوروبایوفیدبک بر کاهش سردرد افراد مبتلا به میگرن، عصب روان‌شناسی، ۲(۳)، ۱۰۵-۱۱۶.
- بهداد، مژگان، مکنوند حسینی، شاهرخ، نجفی، محمود، رضایی، علی محمد، رحیمیان بوگر، اسحاق. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی روان‌درمانی مثبت نگر و درمان پذیرش و تعهد بر ابعاد درد بیماران مبتلا به میگرن، مطالعات روان‌شناختی، ۱۴(۱)، ۷-۲۲.
- بیانی، علی اصغر، محمدکوچکی، عاشور، بیانی، علی. (۱۳۸۷). روایی و پایایی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف، مجله روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی، ۱۴(۲)، ۱۴۶-۱۵۱.
- خسروی، الهه، قربانی، مریم. (۱۳۹۵). اثربخشی ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر استرس ادراک شده و فشار خون زنان مبتلا به فشار خون بالا، دو ماهنامه فیض، ۲۰(۴)، ۳۶۸-۳۶۱.
- خسروی، مهنوش، صدیقی، صمیر، مرادی علمداری، شقایق، زنده دل، کاظم (۱۳۹۱). پرسشنامه فارسی درد مک گیل، ترجمه، انطباق و پایایی در بیماران مبتلا به سرطان، گزارش کوتاه. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۷۱(۱)، ۵۳-۵۸.

- خیر، غزاله، منشی، غلامرضا. (۱۳۹۸). اثربخشی درمانگری ذهن‌آگاهی کودک‌محور بر شدت درد کودکان مبتلا به رماتیسم، فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناختی، ۱۸(۷۵)، ۳۳۷-۳۴۸.
- زارع، حسین، محمدی، نرگس، متقی، پیمان، افشار، حمید، پورکاظم، طاهره. (۱۳۹۳). تأثیر درمان تعدیل شده شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر فاجعه‌پنداری، پذیرش و شدت درد بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا، روان‌شناسی سلامت، ۳(۴)، ۹۴-۱۱۳.
- سعیدمنش، محسن، قربانی، مهدی. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش گروهی مدیریت خشم بر افزایش میزان سازگاری اجتماعی و شغلی مبتلایان به میگرن، مطالعات ناتوانی، ۸(۱)، ۲۳۰-۳۵.
- شفیعی، فائزه، امینی فسخودی، مریم (۱۳۹۶). اثربخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش فاجعه‌آمیزی و شدت درد در بیماران دارای درد مزمن عضلانی-اسکلتی، بیهوشی و درد، ۷(۳)، ۱-۱۰.
- عبدالقادر، ماریه، کافی، سیدموسی، صابری، عالیه، آریاپوران، سعید. (۱۳۹۲). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی-رفتاری بر کاهش درد، افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به کمر درد مزمن، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ۲۱(۶)، ۷۹۵-۸۰۷.
- فخری، محمداکظم، بهادر، عادل، امینی، فاطمه. (۱۳۹۶). اثربخشی ذهن‌آگاهی بر شادکامی و کاهش قندخون در بیماران دیابتی. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۲۷(۱۵۱)، ۹۴-۱۰۴.
- محلوجی، آناهیتا، لطفی کاشانی، فرح. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر خودپنداشت و خودبیمارانگاری بیماران مبتلا به درد مزمن، مجله علوم روان‌شناختی، ۱۸(۷۶)، ۴۵۱-۴۵۷.
- میکائیلی منبع، فرزانه. (۱۳۸۹). بررسی وضعیت بهزیستی روان‌شناختی دانشجویان دوره کارشناسی دانشگاه ارومیه، مجله افق دانش، ۱۶(۴): ۷۲-۶۵.
- میهمی، کردستان، عزت‌پور، عمادالدین، مرادی، امید، دادگر، مصطفی. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزشی مفاهیم رویکرد شناختی-رفتاری توأم با تن-آرامی بر کاهش درد میگرن، روانشناسی و روانپزشکی شناخت، ۶(۲)، ۲۷-۳۷.
- نیرمانی، محمد، بگیان کوله‌مرز، محمدجواد، مهدی‌نژاد مقدم، بهناز. (۱۳۹۴). مقایسه باورهای غیرمنطقی، خودکارآمدی و بهزیستی روان‌شناختی در بیماران مبتلا به سردردهای میگرنی و افراد سالم، مجله روان‌شناسی سلامت، ۴(۱۳)، ۲۰-۷.
- نظری باغنی، زهرا، براتی مقدم، بهروز، داورنیا، محمد، داورنیا، رضا. (۱۳۹۹). اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر بر بهزیستی ذهنی زنان مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک، مجله روان‌شناسی تحلیلی شناختی، ۱۱(۴۱)، ۶۳-۷۸.
- Abel, H. (2009). Migraine headaches: Diagnosis and management. *Optometry Journal of The American Optometric Association*, 80, 138-148.
- Birtwell, K., Dubrow-Marshall, L., Dubrow-Marshall, R., Duerden, T., Dunn, A. (2017). A mixed methods evaluation of a Mindfulness-Based Stress Reduction course for people with Parkinson's disease. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 29: 220-228.
- Bohm, P.E., Stancampiano, F.F., Rozen, T.D. (2018). Migraine Headache: Updates and Future Developments. *Mayo Clinic Proceedings*, 93(11): 1648-1653.
- Chao. S. (2019). Does geriatric nursing staff burnout predict well-being of LTC residents? *Geriatric Nursing*, In Press, Corrected Proof.
- Cho, J., Martin, P., Margrett, J., MacDonald, M., Poon, L.W. (2011). The Relationship between Physical Health and Psychological Well-Being among Oldest-Old Adults, *Journal of Aging Research*, 2011, Article ID 605041, 8pages.
- Dierendonck, D. (2005). The construct validity of Ryff Scale of psychological well-being its extension with spiritual well-being. *Personality and Individual Differences*, 36: 629-643.
- Dowsey, M., Castle, D., Knowles, S., Monshat, K., Salzberg, M., Nelson, E., Dunin, A., Dunin, J., Spelman, T., Choong, P. (2019). The effect of mindfulness training prior to total joint arthroplasty on post-operative pain and physical function: A randomised controlled trial. *Complementary Therapies in Medicine*, 46, 195-201.
- Dworkin, R. H., Turk, D. C., Reviski, 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), 35-42.
- Fantasia, H.C. (2014). Migraine Headache Prophylaxis in Adolescents. *Nursing for Women's Health*, 18(5): 420-424.
- Gilron, I., Bailey, J. M., Tu, D., Holden, R. R., Weaver, D. F., & Houlden, R. L. (2005). Morphine, gabapentin, or their combination for neuropathic pain. *New England Journal of Medicine*, 352(13), 1324-1334.
- Gumport, N.B., Dong, L., Lee, J.Y., Harvey, A.G. (2018). Patient learning of treatment contents in cognitive therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*; 58: 51-59.

- Hess, D. (2018). Mindfulness-Based Interventions for Hematology and Oncology Patients with Pain. *Hematology/Oncology Clinics of North America*, 32(3), 493-504.
- Holroyd, K.A., Cottrell, C.K., O'Donnell, F.J., et al. (2010). Effect of preventive (beta blocker) treatment, behavioural migraine management, or their combination on outcomes of optimised acute treatment in frequent migraine: randomised controlled trial. *BMJ* 341: c4871.
- Hughes, R.E., Holland, L.R., Zanino, D., Link, E., Michael, M., Thompson, K.E. (2015). Prevalence and intensity of pain and other physical and psychological symptoms in adolescents and young adults diagnosed with cancer on referral to a palliative care service. *Journal of adolescent and young adult oncology*, 4(2), 70-75.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144-156.
- Kearson, A., Samawi, L., Burrowes, S., Keaser, M., Zhang, J., Campbell, C., Gould, N., White, L., Peterlin, B., Haythornthwaite, J., Seminowicz, D. (2019). The Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction on Pain Catastrophizing in Episodic Migraine. *The Journal of Pain*, 20(4), 52-60.
- Kohut, S.A., Stinson, J., Davies-Chalmers, C., Ruskin, D., Wyk, M. (2017). Mindfulness-Based Interventions in Clinical Samples of Adolescents with Chronic Illness: A Systematic Review. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 23(8): 124-129.
- Lambert, G.A., Zagami, A.S. (2018). Does somatostatin have a role to play in migraine headache? *Neuropeptides*, 69: 1-8.
- Majeed, M.H., Ali, A.A., Sudak, D.M. (2018). Mindfulness-based interventions for chronic pain: Evidence and applications. *Asian Journal of Psychiatry*, 32, 79-83.
- Melzack, R. (1975). The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain*, 1(3), 277-299.
- Mun, C.J., Okun, M.A., Karoly, P. (2014). Trait mindfulness and catastrophizing as mediators of the association between pain severity and pain-related impairment. *Personality and Individual Differences*, 66: 68-73.
- Puolakanaho, A., Tolvanen, A., Kinnunen, S.M., Lappalainen, R. (2019). Burnout-related ill-being at work: Associations between mindfulness and acceptance skills, worksite factors, and experienced well-being in life. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 10: 92-102.
- Talarska, D., Zgorzalewicz-Stachowiak, M., Michalak, M., Czajkowska, A., Hudas, K. (2014). Functioning of women with migraine headaches. *Scientific World J*; 2014: 492350.
- Tomé-Pires, C., Solé, E., Racine, M., Galán, S., Castarlenas, E., Jensen, M.P., Miró, J. (2016). The relative importance of anxiety and depression in pain impact in individuals with migraine headaches. *Scandinavian Journal of Pain*, 13, 109-113.
- Wu, M.F., Yang, Y.W., Chen, Y.Y. (2017). The effect of anxiety and depression on the risk of irritable bowel syndrome in migraine patients. *Journal of Clinical Neuroscience*, 44: 342-345.
- Yamashita, A., Yamasaki, M., Matsuyama, H., Amaya, F. (2017). Risk factors and prognosis of pain events during mechanical ventilation: a retrospective study. *Journal of intensive care*, 5(1), 17-21.
- Zimmermann, F.F., Burrell, B., Jordan, J. (2018). The acceptability and potential benefits of mindfulness-based interventions in improving psychological well-being for adults with advanced cancer: A systematic review. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 30: 68-78.