Journal of Anesthesiology and Pain Spring 2021, Vol 13, NO 1

# Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy on Resilience and Intensity of Pain Experience in Women with Chronic Headache

**Hamid Aboutalebi[1], Nafiseh Yazdchi[2], Hadi Smkhani Akbarinejhad[3*]**

1. *MA in Conseling, Islamic Azad University, Central Branch, Tehran, Iran*
2. *MA in Educational Psychology, Islamic Azad University, Central Branch, Tehran, Iran*
3. *Dept of Psychology, Nabi Akram University, Tabriz, Iran*

## ABSTRACT

**Aims and background:** Theoretical advances and research developments have provided the basis for conceptualizing headache as a psycho-physiological disorder, and have eventually led to the use of behavioral and psychological therapies for headache. The aim of this study was to determine the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on resilience and intensity of pain experience in women with chronic headache.

**Materials and Methods:** This study was semi-experimental with a pretest-post test & follow up control group design. The population of this study consisted of all women with headaches in 2019 for the treatment of headache to the Government Clinic neurologist referred Esfahan city. In total, 30 women were selected by purposive sampling as the participants and randomly divided into tow groups. The members of the experimental group received their group-specific treatment in 8 sessions of 1.5 hours; But members of the control group did not receive any treatment. Analysis of findings through repeated measures analysis of variance test were performed.

**Results:** There was no significant difference between experimental and control groups ($p>0.05$) in mean and standard deviation of resilience & chronic headaches in the pretest. Mindfulness-based Cognitive Therapy in post-test improved Resilience and intensity of pain experience in women with chronic headache ($p<0.001$). In the follow-up phase, the effect of Mindfulness-based Cognitive Therapy was lasting ($p<0.001$).

**Conclusion:** Mindfulness-based cognitive therapy may be effective in reducing the severity of headaches by reducing catastrophic headaches, thereby reducing pain-related fears, and therefore in increasing resilience in women with chronic headaches, and can be considered a useful preventive strategy.

**Keywords:** Mindfulness-based Cognitive Therapy, Resilience, intensity of pain experience, Chronic Headache

Please cite this paper as:

Aboutalebi H, Yazdchi N, Smkhani Akbarinejhad H[Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy on Resilience and Intensity of Pain Experience of Women With Chronic Headache (Persian)] J Anesth Pain 2021;13(1):1-13.

**Corresponding Author:** Hadi Smkhani Akbarinejhad, Phd, Dept of Psychology, University College of Nabi Akram, Tabriz, Iran

**Email:** Hadiakbarinejhad@yahoo.com



[ Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-10-11 ]

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۱۳، شماره ۱، بهار ۱۴۰۱

# اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تاب آوری و شدت تجربه درد زنان مبتلا به سردرد مزمن

حمید ابوطالبی[۱]، نفیسه یزدچی[۲]، هادی اسمخانی اکبری‌نژاد[۳*]

۱. کارشناس ارشد مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، تهران، ایران
۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، تهران، ایران
۳. گروه روان‌شناسی، موسسه آموزش عالی نبی اکرم (ص)، تبریز، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۴/۱۵ تاریخ بازبینی: تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۵/۱۸

## چکیده

**زمینـــه و هـــدف:** پیشـرفت‌های نظـری و توسـعه پژوهش‌هـا، مبانـی لازم را بـرای مفهوم‌سـازی سـردرد به‌عنـوان یـک اختـلال روانـی-فیزیولوژیکـی فراهـم آورده و سـرانجام باعـث اسـتفاده از درمان‌هـای رفتـاری و روان‌شـناختی بـرای سـردرد شـده اسـت. هـدف پژوهـش حاضـر تعییـن اثربخشـی شـناخت‌درمانی مبتنـی بـر ذهن‌آگاهـی بـر تـاب‌آوری و شـدت تجربـه درد زنـان مبتـلا بـه سـردرد مزمـن بـود.

**مـواد و روش‌هـا:** روش پژوهـش، نیمه‌تجربـی بـا طـرح پیش‌آزمـون- پس‌آزمـون و پیگیـری بـا گـروه کنتـرل بـود. جامعـه آمـاری پژوهـش را زنـان مبتـلا بـه سـردرد مزمـن کـه در سـال ۱۳۹۸ بـرای درمـان سـردرد خـود به‌کلینیک‌هـای دولتـی مغـز و اعصـاب شـهر اصفهـان مراجعـه کـرده بودنـد تشـکیل دادنـد. ۳۰ نفـر بـا روش نمونه‌گیـری هدفمنـد انتخـاب، و به‌صـورت تصادفـی در دو گـروه قـرار گرفتنـد. اعضـای گـروه آزمایشـی، در ۸ جلسـه ۱/۵ سـاعته درمـان اختصاصـی را دریافـت کردنـد. گـروه کنتـرل درمانـی دریافـت نکردنـد. داده‌هـا توسـط آزمـون تحلیـل واریانـس آمیخته بـا اندازه‌گیـری مکـرر تجزیـه و تحلیـل شـدند.

**یافته‌هـا:** در پیش‌آزمـون، میانگیـن و انحـراف معیـار نمـره تـاب‌آوری و شـدت تجربـه درد در گـروه آزمایـش و کنتـرل اختـلاف معنـاداری نداشـت ($p>۰/۰۵$). شـناخت‌درمانی مبتنـی بـر ذهن‌آگاهـی، تـاب‌آوری و شـدت تجربـه درد زنـان مبتـلا بـه سـردرد مزمـن را در پس‌آزمـون بهبـود بخشـیده اسـت ($p<۰/۰۰۱$). در مرحلـه پیگیـری، اثـر شـناخت‌درمانی مبتنـی بـر ذهن‌آگاهـی مانـدگار بـود ($p<۰/۰۰۱$).

**نتیجه‌گیـری:** شـناخت‌درمانی مبتنـی بـر ذهن‌آگاهـی احتمـالاً بـا کاهـش فاجعه‌آمیزکـردن سـردرد، و در نتیجـه کاهـش تـرس مرتبـط بـا درد در کاهـش شـدت سـردرد، و از ایـن‌رو در افزایـش تـاب‌آوری زنـان مبتـلا بـه سـردرد مزمـن موثـر بـوده اسـت، بنابرایـن ممکـن اسـت راهبـرد پیشـگیرانه مفیـدی تلقـی شـود.

**واژه‌های کلیدی:** شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، تاب‌آوری، شدت تجربه درد، سردرد مزمن

## مقدمه

یکـی از شـکایت‌هایی کـه باعـث مراجعـه افـراد به‌مراکـز درمانـی می‌شـود سـردرد (headache) اسـت[۱]. سـردرد تنشـی (chronic) یـک از شـایع‌ترین نـوع سردردهاسـت[۲] کـه در دوران کودکـی و نوجوانـی نیـز شـیوع زیـادی دارد[۳]. سـردردهای تنشـی، یـک سـردرد تکرارشـونده‌اند کـه از چنـد

**نویسنده مسئول:** هادی اسمخانی اکبری‌نژاد، گروه روان‌شناسی، موسسه آموزش عالی نبی‌اکرم (ص)، تبریز، ایران
**پست الکترونیک:** Hadiakbarinejhad@yahoo.com

[ Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-10-11 ]

دقیقه تا چند هفته طول می‌کشند، نوع درد معمولاً فشاردهنده و سفت‌شونده با شدت ضعف تا متوسط و دوطرفه است و با فعالیت‌های معمول فیزیکی تشدید نمی‌شود[۴]. انجمن بین‌المللی سردرد (international headache society) سردرد تنشی را به دو نوع دوره‌ای (Periodic) و مزمن طبقه‌بندی کرده است[۵]. این نوع سردرد در زنان شایع‌تر از مردان است[۶]. سردرد مزمن با محدودساختن فعالیت‌های روزمره زندگی، اختلال در روابط خانوادگی، اجتماعی و ایجاد فشارهای اقتصادی، کیفیت زندگی را به‌شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد[۷]. این امر نهایتاً باعث تضعیف روحیه فرد، ترس، تنیدگی، اضطراب، احساس ناامیدی، درماندگی، افسردگی و کاهش تاب‌آوری (resilience)[۸] و افزایش شدت تجربه درد در آن‌ها (intensity oF Pain exPerience) می‌شود[۹].

تاب‌آوری یکی از مهم‌ترین توانمندی‌های انسان است که سبب سازگاری موثر با عوامل خطر می‌شود و در پزشکی و روان‌شناسی نشان‌دهنده مقاومت جسمانی و بهبود خودانگیخته و توانایی ایجاد مجدد تعادل هیجانی در موقعیت‌های تنش‌زاست[۱۰]. تاب‌آوری در برابر تأثیرات روان‌شناختی وقایع مشکل‌آفرین از فرد محافظت می‌کند[۱۱]. افراد با سطح بالای تاب‌آوری معمولاً می‌توانند با درد ناشی از بیماری مقابله کنند و نشانه‌های افسردگی در این افراد به‌سبب مقابله موثر کاهش می‌یابد؛ ولی افراد بیمار به‌دلیل سیر طولانی بیماری کم‌کم تحلیل می‌روند و تاب‌آوری آن‌ها کاهش می‌یابد و به فاجعه‌سازی درد روی می‌آورند[۱۲].

تجربه درد یکی از شایع‌ترین رویدادهایی است که افراد را وادار به درخواست کمک از نظام‌های مراقبتی، بهداشتی و درمانی می‌کند، و نه‌تنها با تنیدگی و ناراحتی ایجاد شده توسط درد، بلکه به‌واسطه پیامدهای تنیدگی‌زای دیگری که برای فرد دردمند دارد، از جمله هزینه‌های درمانی و پیامدهای خانوادگی و شغلی، جنبه‌های مختلف زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد[۱۳].

علی‌رغم پیشرفت در کالبدشناسی، فیزیولوژی، زیست‌شناسی شیمیایی درد و ساخت داروهای جدید، همچنان سردرد به‌عنوان مشکل قابل‌توجهی درنظر گرفته می‌شود. در همین راستا، مشاهده می‌شود که استفاده از داروها برای بیماران مبتلا به سردرد، تنها ۳۰ تا ۴۰ درصد از مشکلات آن‌ها را تخفیف می‌دهد[۱۴]. بسیاری از بیماران مبتلا به‌سردردهای مزمن، علی‌رغم مداخلات دارویی، همچنان درد را تجربه می‌کنند و اگر با سردردشان سازگار نشوند، کیفیت زندگی‌شان به‌طور چشم‌گیری تحت تأثیر قرار می‌گیرد و تاب‌آوری‌شان در برابر سردرد کاهش می‌یابد. از این‌رو، پیشرفت‌های نظری و رشد پژوهش‌ها، مبانی لازم را برای مفهوم‌سازی سردرد به‌عنوان یک اختلال روانی فیزیولوژیکی (اختلال جسمانی که از استرس‌های روانی و اجتماعی و محیطی تأثیر می‌گیرد) فراهم آورده و سرانجام باعث استفاده از درمان‌های رفتاری و روان‌شناختی برای سردرد شده است. به‌عنوان مثال یک بررسی فراتحلیلی نشان داده است که مداخلات رفتاری، ۳۵ تا ۵۵ درصد سبب بهبود میگرن و سردرد تنشی شده است[۱۵]. همچنین با توجه به‌مشکلات فراوان روان‌شناختی بیماران مبتلا به سردرد، استفاده از روان‌درمانی‌های موثر در کنار درمان‌های دارویی، می‌تواند سهم قابل ملاحظه‌ای برای التیام مشکلات این بیماران داشته باشد. اگرچه تاکنون تعدادی درمان‌های روان‌شناختی برای بیماران مبتلا به سردرد طراحی گردیده است، اما اکثر این پژوهش‌ها بر تعداد محدودی از جنبه‌های این بیماری نظیر مشکلات شخصیتی، اجتماعی یا روانی پرداخته‌اند[۱۴] و جنبه‌های دیگر این بیماری را نادیده گرفته‌اند. یک راه برای دستیابی به زمینه‌های روانی، اجتماعی و پزشکی بیماران مبتلا به سردرد و درمان همه جانبه آن‌ها، درنظر گرفتن درمان همه جانبه‌ای است تا تمامی ابعاد و مشکلات بیماران مبتلا به سردرد را در برگیرد. بنابراین با توجه به جنبه‌های مختلف روانی- اجتماعی که بر سلامت روان‌شناختی بیماران مبتلا به سردرد تأثیر گذارند؛ تدوین درمان‌های ویژه بیماران مبتلا به سردرد و انجام مداخله کل‌نگرانه‌ای در جهت کاهش مشکلات



[ Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-10-11 ]

روان‌شناختی این بیماران ضروری به نظر می‌رسد. از این‌رو، توجه به‌مداخلات روان‌شناختی و رفتاری، نظیر مشاوره و روان‌درمانی در حل مشکلات بیماران مبتلا به سردرد مزمن مهم می‌نماید؛ که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (mindFulness-based cognitive theraPy) از آن جمله است[۱۶].

درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به‌منظور پیشگیری از عود افسردگی طراحی شد، اما در حال حاضر به‌یکی از پرکاربردترین درمان‌ها در حوزه روان‌درمانی و مشاوره تبدیل شده است. تمام تمرین‌های این درمان طوری طراحی شده است که توجه به بدن را افزایش می‌دهد. نقش مهم بدن در حیطه‌های بین‌رشته‌ای جدید همچون پزشکی ذهن- بدن هم به تأیید رسیده است. این درمان به بیماران کمک می‌کند تا یاد بگیرند چگونه از احساسات بدنی، افکار و هیجانات خود آگاه شوند و به‌شکل غیرمستقیم با کاهش میزان استرس، پاسخ سازگارانه‌ای به‌علائم هشداردهنده عود بیماری نشان دهند[۱۶]. اصول اساسی این درمان حضور در زمان اکنون و قضاوت نکردن است[۱۷]. در پژوهش‌هایی که از ذهن‌آگاهی استفاده می‌شود، تأکید بر تعامل بین فرآیندهای بدنی، شناختی و هیجانی است[۱۸]. نتایج پژوهش‌ها حاکی از این است که این درمان بر افزایش تاب‌آوری و کاهش سردرد[۱۹]، شدت درد[۲۰، ۲۱ و ۲۲] بیماران مبتلا به سردرد مزمن موثر است؛ اما پژوهش در این زمینه اندک است، و هیچ پژوهشی اثربخشی این درمان را به‌صورت یک‌جا بر تاب‌آوری و شدت تجربه درد زنان مورد پژوهش قرار نداده است. لذا هدف پژوهش حاضر این است: شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تاب‌آوری و شدت تجربه درد زنان مبتلا به سردرد مزمن موثر است.

## روش کار

روش پژوهش حاضر، نیمه‌تجربی و طرح آن از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه زنان مبتلا به سردرد مزمن شهر پارس‌آباد بود که در زمان نمونه‌گیری (سال ۱۳۹۸) برای درمان سردرد خود به‌کلینیک‌های دولتی مغز و اعصاب شهر اصفهان مراجعه کرده بودند. روش نمونه‌گیری، روش هدفمند بود. پس از کسب رضایت از مسئولین کلینیک‌ها و بیماران، از بین ۷۹ بیمار که توسط روان‌پزشک یا متخصص مغز و اعصاب تشخیص ابتلا به سردرد مزمن به آن‌ها گذاشته شده بود، ۳۰ نفر انتخاب، و به‌صورت تصادفی (به‌شیوه قرعه‌کشی) به دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) تقسیم شدند. معیارهای ورود به مطالعه (سن ۳۰ تا ۵۰ سال، متأهل‌بودن و داشتن سواد خواندن و نوشتن، عدم ابتلا به‌بیماری جدی دیگری به‌غیر از سردرد مزمن (چون سرطان، ایدز)، عدم استفاده از داروهای روان‌پزشکی (چون بنزودیازپین و پروتریپ‌تیلین)، و مصرف داروی‌های سردرد یکسان به‌مدت حداقل ۱ و حداکثر ۵ سال)، و معیارهای خروج از مطالعه نظیر (عدم تمایل به‌شرکت در مطالعه، و غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات درمانی) بودند.

جهت تعیین حجم نمونه از معادله برآورد فرمول حجم نمونه Fleiss استفاده شد. تعداد ۱۵ نفر برای هر گروه بر اساس نرم‌افزار تعیین حجم نمونه G Power 3 و با در نظر گرفتن پارامترهای زیر محاسبه شد. اندازه اثر= ۰/۴۸؛ ضریب آلفا= ۰/۰۵؛ توان آزمون= ۰/۶۸؛ RePetitions=۲؛ Noncentrality Parameter λ = ۱۱/۹۹۸؛ Critical F =۲/۴۶۵؛ Numerator dF=۱؛ Denominator dF =۲۹؛ Actual Power=۰/۸۱؛ Pillai V=۰/۴۵.

$$n = \frac{2\sigma_d^2 (Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta})^2}{\delta^2}$$

پیش از تقسیم تصادفی (به‌شیوه قرعه‌کشی)، کلیه افراد از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناسی نظیر سن و مصرف داروهای سردرد همسان شدند. همه اصول اخلاقی در این مقاله رعایت شده است. شرکت‌کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. اطلاعات



[ Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-10-11 ]

آن‌ها محرمانه نگه داشته شدند و در پایان درمان، گروه کنترل نیز تحت مداخله قرار گرفتند. کد اخلاق پژوهش حاضر (IR.IAU.Z.REC.1398.187) بود.

**مقیاس تاب‌آوری davidson:** davidson & connor & connor[۲۳] با مرور منابع پژوهشی ۱۹۹۷-۱۹۷۹ در حوزه تاب‌آوری، این مقیاس را طراحی کرده‌اند. این مقیاس ۲۵ گویه دارد که در یک دامنه لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا چهار (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود[۲۳]. حداقل نمره تاب‌آوری آزمودنی در این مقیاس صفر و حداکثر ۱۰۰ است. هرچه‌قدر نمره آزمودنی در این پرسشنامه بالا باشد، نشان‌دهنده تاب‌آوری بیش‌تر وی است[۲۳]. روایی و پایایی این مقیاس بر روی ۲۰۰ نفر از نوجوانان مبتلا به سرطان تهران، ارومیه و اصفهان بررسی شد، که روایی محتوایی این مقیاس با استفاده از روش تعیین شاخص روایی محتوا ۰/۹۸، و پایایی کل ابزار با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ گزارش شد[۲۴]. در پژوهشی[۲۵]، پایایی این مقیاس با روش آلفای کرونباخ بر روی ۲۸۷ نفر از دانشجویان دانشگاه شیراز محاسبه گردید که میزان آن ۰/۸۷ گزارش شد. پایایی این مقیاس در این مطالعه با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به‌دست آمده است.

**پرسشنامه دیداری سنجش درد:** این پرکاربردترین ابزار سنجش درد در دنیاست. مقیاس دیداری اندازه‌گیری شدت درد یک خط‌کش ۱۰ سانتی متری می‌باشد که در انتهای سمت چپ آن واژه بدون درد و در انتهای سمت راست آن واژه شدیدترین حالت درد نوشته شده است. فرد با توجه به میزان درد خود در ۴۸ ساعت گذشته روی پیوستار علامت می‌گذارد[۲۶]. علاوه بر روایی و پایایی، مهم‌ترین خصیصه این ابزار سادگی استفاده از آن می‌باشد. این ابزار یک معیار ۱۰-۰ سانتی‌متری است، که طرف چپ آن (عدد صفر) بیانگر نداشتن درد و طرف راست آن (عدد ده) بیانگر شدیدترین درد است. کسب نمره ۳-۱ نشان‌دهنده درد خفیف، ۷-۴ درد متوسط و ۱۰-۸ نشان‌دهنده درد شدید می‌باشد[۲۶]. در مطالعات متعددی در خارج از کشور روایی و پایایی علمی این ابزار تأیید شده است[۲۷]. در ایران نیز پایایی این مقیاس با ضریب همبستگی r=۰/۸۸ مورد تأیید قرار گرفته است[۲۷]. پایایی این مقیاس در این مطالعه با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به‌دست آمده است.

قبل از شروع مداخله، پرسش‌نامه‌ها به‌صورت خودگزارشی بر روی نمونه‌ها اجرا شدند (پیش‌آزمون). سپس، اعضای گروه آزمایش، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (۲ ماه، هفته‌ای یک جلسه) شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را به‌صورت گروهی، طبق برنامه درمانی Segal و همکاران[۲۸] دریافت کردند (جدول ۱). در طول دوره مطالعه، اعضای گروه آزمایش و کنترل، از درمان روتین خود برای سردردشان برخوردار بودند. در طول دوره مطالعه اعضای گروه کنترل هیچ درمان و آموزش روان‌شناختی را دریافت نکردند. برای جلوگیری از تبادل اطلاعات بین افراد گروه‌ها، از آن‌ها خواسته شد تا ۵ ماه پس از اتمام درمان، درباره محتوای جلسات با یکدیگر گفتگویی نداشته باشند. جلسات درمانی، توسط ۱ مشاور با درجه دکتری تخصصی مشاوره، و ۱ مشاور و ۱ روان‌شناس با مدرک کارشناسی ارشد در یک مرکز مشاوره خصوصی در شهر اصفهان برگزار شد. بعد از اتمام جلسات (پس‌آزمون)، و ۵ ماه پس از اتمام درمان (پیگیری)، اعضای هر دو گروه با استفاده از ابزارهای اندازه‌گیری ارزیابی شدند. جهت جلوگیری از ریزش اعضای گروه‌ها، حین مصاحبه اولیه با تک‌تک آن‌ها، از اعضا خواستیم تعهد خود را نسبت به شرکت در کل جلسات حفظ کنند. این امر در طول جلسات هم رصد می‌شد و همبستگی گروهی که بین اعضا ایجاد شده بود، مانع ریزش افراد گروه شد.

برای تجزیه و تحلیل آماری از نسخه ۲۴ نرم‌افزار SPSS استفاده شد. جهت بررسی فرضیه پژوهش از آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. در این پژوهش سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.



[ Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-10-11 ]

**جدول ۱:** محتوای جلسات و پروتکل شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی

| | |
|---|---|
| **اول** | هدف: آگاهی بیش‌تر از احساسات، افکار و حس‌های بدنی لحظه به لحظه وتجربه بودن در لحظه. موضوع: توضیح درباره اهمیت حضور در لحظه حال و بودن در این‌جا و اکنون، و بازکردن مفهوم ذهن‌آگاهی برای اعضا با ستفاده از چند فن، و یاد گرفتن انجام امور روزمره، همراه با توجه کردن به آن‌ها. |
| **دوم** | هدف: توجه به احساسات و افکار، و گسترش و پذیرش افکار و احساسات ناخوشایند. موضوع: پی‌بردن به ذهن سرگردان و تمرین توجه به بدن، احساس جسمی و فیزیکی و توجه به تنفس. |
| **سوم** | هدف: مهارت‌های پاسخ‌گویی به فکر یا احساس ناخوشایند. موضوع: آرام گرفتن ذهن سرگردان با تمرین تنفس و مرور بدن، مراقبه نشسته و انجام تمرین‌هایی که توجه را به‌لحظه حال می‌آورند. |
| **چهارم** | هدف: جلوگیری از ایجاد تثبیت افکار منفی. موضوع: یاد گرفتن این‌که بدون فرار و دوری کردن از افراد، در لحظه اکنون باقی بمانیم و تلاطم افکار را نظاره کنیم. |
| **پنجم** | هدف: تغییرعادات قدیمی فکر کردن مانند شناخت امور روزمره خودکار، بی‌انگیزه بودن در کارها، بی‌نتیجه دانستن فعالیت‌ها، فرار یا اجتناب از موقعیت‌های سخت زندگی، آرزوهای بزرگ داشتن، مقایسه همیشگی وضع موجود خود با وضعیت دل‌خواه. موضوع: آگاهی کامل از افکار و احساسات و پذیرفتن آن‌ها بدون قضاوت و دخالت مستقیم. |
| **ششم** | هدف: آگاه شدن از علایم هشداردهنده تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی. موضوع: تغییر خلق و افکار از طریق تلقی افکار به‌عنوان فقط فکر و نه واقعیت. |
| **هفتم و هشتم** | هدف: آگاهی از تغییرات جزیی خلق. موضوع: هشیار بودن از نشانه‌های کاهش تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی، و تنظیم برنامه برای روبه‌رو شدن احتمالی با نشانه‌های کاهش تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی؛ برنامه‌ریزی برای آینده و استفاده از فنون حضور در لحظه برای ادامه زندگی و تعمیم آن‌ها به کل جریان زندگی. |

**یافته‌ها**

میانگین و انحراف معیار سن اعضای گروه آزمایش ۴۰/۲۷±۶/۳۷، اعضای گروه کنترل ۳۹/۳۳±۶/۹۹، و کل آزمودنی‌ها ۳۹/۸۱±۶/۶۰ سال (P=۰/۷۰۵)، و میانگین و انحراف معیار مدت زمان مصرف داروهای سردرد اعضای گروه آزمایش ۳/۲۰±۱/۱۴، اعضای گروه کنترل ۳/۲۷±۱/۳۸، و کل آزمودنی‌ها ۳/۲۳±۱/۲۵ بود (P=۰/۸۸۷). میانگین و انحراف معیار سن و مدت زمان مصرف داروهای سردرد آزمودنی‌ها مقایسه شده است. نتایج نشان می‌دهد که بین دو گروه از نظر سن و مدت زمان مصرف داروهای سردرد تفاوت معنی‌داری وجود ندارد (P>۰/۰۵).

در بررسی پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر، آزمون شاپیرو ویلک نشان داد پیش‌فرض نرمال‌بودن توزیع متغیرهای تاب‌آوری و شدت تجربه درد در نمونه مورد مطالعه محقق شده است، چرا که مقادیر z محاسبه شده معنی‌دار نیست (P>۰/۰۵). در آزمون ام باکس، چون F متغیرهای تاب‌آوری (F=۳/۱۶۷) و شدت تجربه درد (F=۲/۳۷۸) به‌ترتیب در سطح (۰/۶۶۵ و ۰/۴۱۳) معنادار نبودند، بنابراین می‌توان گفت که مفروضه همسانی ماتریس واریانس-کوواریانس برای متغیرها برقرار



[ Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-10-11 ]

شـده اسـت. در آخـر، آزمـون کرویـت موخلـی نشـان داد چـون مقـدار کرویـت موخلـی (۰/۵۵۶) متغیـر تـاب‌آوری در سـطح خطـای داده‌شـده (۰/۴۳۴) و مقـدار کرویـت موخلـی (۰/۴۷۰) متغیـر شـدت تجربـه درد در سـطح خطـای داده‌شـده (۰/۳۴۱) معنـی‌دار نیسـت، لـذا می‌تـوان کرویـت ماتریـس واریانـس- کواریانـس متغیرهـای وابسـته را پذیرفـت. پـس، ایـن پیش‌فـرض نیـز برقـرار اسـت. نتایـج آزمـون لویـن بـرای بررسـی همگنـی واریانس‌هـا در پیش‌آزمـون، پس‌آزمـون و پیگیـری در متغیرهـای پژوهـش نشـان داد کـه بـا توجـه بـه عدم‌معنـی‌داری مقـدار F همـه متغیرهـا در سـطح خطـای کوچک‌تـر از (۰/۰۵) در همـه متغیرهـا، می‌تـوان گفـت کـه واریانـس خطـای متغیرهـای پژوهـش در پیش‌آزمـون، پس‌آزمـون و پیگیـری بـا هـم برابـر بـوده و از ایـن جهـت فـرض همسـانی واریانس‌هـای خطـا برقـرار اسـت.

**جدول ۲:** میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و کنترل زنان مبتلا به سردرد مزمن شهر اصفهان در سال ۱۳۹۸ (تعداد در هر گروه ۱۵ نفر)

| متغیر | گروه | پیش‌آزمون<br>انحراف معیار ± میانگین | پس‌آزمون<br>انحراف معیار ± میانگین | پیگیری<br>انحراف معیار ± میانگین |
|---|---|---|---|---|
| تاب‌آوری | آزمایش | ۴۲/۵ ± ۹۳/۳۹ | ۵۷/۸ ± ۶۰/۳۲ | ۵۷/۶ ± ۴۰/۶۸ |
| | کنترل | ۴۳/۴۲±۴۷/۸۷ | ۴۲/۵ ± ۸۷/۷۹ | ۴۲/۸۷±۵/۸۷ |
| | کل | ۴۳/۲۰±۵/۵۲ | ۵۰/۲۳±۱۰/۲۸ | ۵۰/۱۳±۱۰/۱۹ |
| شدت تجربه درد | آزمایش | ۸/۹۳±۱/۰۳ | ۵/۸۷±۱/۷۶ | ۶/۰۰±۱/۸۱ |
| | آزمایش | ۸/۲۰±۰/۹۴ | ۸/۰۰±۰/۹۲ | ۷/۹۳±۰/۷۰ |
| | کل | ۸/۵۷ ±۱/۰۴ | ۶/۹۳±۱/۷۶ | ۶/۹۷±۱/۶۷ |

اطلاعـات جـدول ۳ بـرای متغیـر تـاب‌آوری بیـان می‌کنـد کـه بیـن نمـرات متغیـر تـاب‌آوری در سـه بـار اجـرای پیش‌آزمـون، پس‌آزمـون و پیگیـری تفـاوت معنـاداری وجـود دارد. همچنیـن بیـن نمـرات متغیـر تـاب‌آوری در سـه بـار اجـرای پیش‌آزمـون، پس‌آزمـون و پیگیـری در دو گـروه آزمایـش و کنتـرل تفـاوت معنـاداری وجـود دارد. به‌عبارتـی بیـن زمـان و مداخلـه تعامـل وجـود دارد. همچنیـن، اطلاعـات جـدول ۲ بـرای متغیـر شـدت تجربـه درد بیـان می‌کنـد کـه بیـن نمـرات متغیـر شـدت تجربـه درد در سـه بـار اجـرای پیش‌آزمـون، پس‌آزمـون و پیگیـری تفـاوت معنـاداری وجـود دارد. همچنیـن بیـن نمـرات متغیـر شـدت تجربـه درد در سـه بـار اجـرای پیش‌آزمـون، پس‌آزمـون و پیگیـری در دو گـروه آزمایـش و کنتـرل تفـاوت معنـاداری وجـود دارد. به‌عبارتـی بیـن زمـان و مداخلـه تعامـل وجـود دارد.



[ Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-10-11 ]

**جدول ۳:** نتایج آزمون تحلیل واریانس متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و کنترل زنان مبتلا به سردرد مزمن شهر اصفهان در سال ۱۳۹۸ (تعداد در هر گروه ۱۵ نفر)

| | مقدار | F | فرضیه درجه آزادی | خطای درجه آزادی | سطح معنی‌داری | مجذور اتا |
|---|---|---|---|---|---|---|
| اثر پیلایی | ۰/۵۹۴ | ۱۹/۷۲۹ | ۲/۰۰۰ | ۲۷/۰۰۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۹۴ |
| لامبدا ویلکز | ۰/۴۰۶ | ۱۹/۷۲۹ | ۲/۰۰۰ | ۲۷/۰۰۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۹۴ |
| اثر هتلینگ | ۱/۴۶۱ | ۱۹/۷۲۹ | ۲/۰۰۰ | ۲۷/۰۰۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۹۴ |
| بزرگ‌ترین ریشه روی | ۱/۴۶۱ | ۱۹/۷۲۹ | ۲/۰۰۰ | ۲۷/۰۰۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۹۴ |
| اثر پیلایی | ۰/۸۷۷ | ۲۳/۱۵۳ | ۲/۰۰۰ | ۲۷/۰۰۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۳۲ |
| لامبدا ویلکز | ۰/۱۲۳ | ۲۳/۱۵۳ | ۲/۰۰۰ | ۲۷/۰۰۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۳۲ |
| اثر هتلینگ | ۷/۱۳۷ | ۲۳/۱۵۳ | ۲/۰۰۰ | ۲۷/۰۰۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۳۲ |
| بزرگ‌ترین ریشه روی | ۷/۱۳۷ | ۲۳/۱۵۳ | ۲/۰۰۰ | ۲۷/۰۰۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۳۲ |
| اثر پیلایی | ۰/۸۷۷ | ۴۵/۲۹۶ | ۲/۰۰۰ | ۲۷/۰۰۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۷۰ |
| لامبدا ویلکز | ۰/۱۲۳ | ۴۵/۲۹۶ | ۲/۰۰۰ | ۲۷/۰۰۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۷۰ |
| اثر هتلینگ | ۷/۱۳۷ | ۴۵/۲۹۶ | ۲/۰۰۰ | ۲۷/۰۰۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۷۰ |
| بزرگ‌ترین ریشه روی | ۷/۱۳۷ | ۴۵/۲۹۶ | ۲/۰۰۰ | ۲۷/۰۰۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۷۰ |
| اثر پیلایی | ۰/۷۱۴ | ۳۳/۶۹۹ | ۲/۰۰۰ | ۲۷/۰۰۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۱۴ |
| لامبدا ویلکز | ۰/۲۸۶ | ۳۳/۶۹۹ | ۲/۰۰۰ | ۲۷/۰۰۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۱۴ |
| اثر هتلینگ | ۲/۴۹۶ | ۳۳/۶۹۹ | ۲/۰۰۰ | ۲۷/۰۰۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۱۴ |
| بزرگ‌ترین ریشه روی | ۲/۴۹۶ | ۳۳/۶۹۹ | ۲/۰۰۰ | ۲۷/۰۰۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۱۴ |

جدول ۴ تأثیرات متغیرهای زمان، و تعامل زمان و مداخله را بر متغیرهای تاب‌آوری و شدت تجربه درد نشان می‌دهد. همان‌گونه که در جدول مشاهده می‌شود اثر متغیر زمان بر متغیرهای تاب‌آوری و شدت تجربه درد



[ Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-10-11 ]

معنادار است (P<۰/۰۰۱). یعنی نمرات متغیرهای تاب‌آوری و شدت تجربه درد گروه آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری دارد. همچنین اثر تعاملی متغیر زمان و مداخله نیز در متغیرهای تاب‌آوری و شدت تجربه درد معنادار بوده است (P<۰/۰۰۱). یعنی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی توانسته است بر تاب‌آوری و شدت تجربه درد در پس‌آزمون و پیگیری تأثیر معنی‌داری بگذارد. همچنین ضرایب اتای به‌دست آمده برای متغیر تاب‌آوری نشان می‌دهد که ۵۸ درصد از تغییرات این متغیر در مرحله زمان، و ۶۲ درصد از تغییرات آن، در مرحله تعاملی متغیر زمان و مداخله، ماحصل تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بوده است. و نیز، ضرایب اتای به‌دست آمده برای متغیر شدت تجربه درد نشان می‌دهد که ۷۲ دصد از تغییرات این متغیر در مرحله زمان، و ۶۵ درصد از تغییرات آن، در مرحله تعاملی متغیر زمان و مداخله، ماحصل تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بوده است.

**جدول ۴:** نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته در بین گروه آزمایش و کنترل در متغیر پژوهش در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری زنان مبتلا به سردرد مزمن شهر اصفهان در سال ۱۳۹۸ (تعداد در هر گروه ۱۵ نفر)

| | متغیر | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح معنی‌داری | مجذور اتا |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| تاب‌آوری | زمان | ۲۰۶۴/۰۱۱ | ۱ | ۲۰۶۴/۰۱۱ | ۱۸/۹۲۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۰۳ |
| | خطا (زمان) | ۳۰۵۳/۷۷۸ | ۲۸ | ۱۰۹/۰۶۳ | | | |
| | زمان | ۹۷۵/۴۸۹ | ۲ | ۴۸۷/۷۴۴ | ۳۹/۰۴۴ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۸۲ |
| | زمان*مداخله | ۱۱۵۰/۲۸۹ | ۲ | ۵۷۵/۱۴۴ | ۴۶/۰۴۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۲۲ |
| | خطا (زمان) | ۶۹۹/۵۵۶ | ۵۶ | ۱۲/۴۹۲ | | | |
| شدت تجربه درد | زمان | ۲۷/۷۷۸ | ۱ | ۲۷/۷۷۸ | ۶/۷۰۲ | ۰/۰۱۵ | ۰/۱۹۳ |
| | خطا (زمان) | ۱۱۶/۰۴۴ | ۲۸ | ۴/۱۴۴ | | | |
| | زمان | ۵۲/۲۸۹ | ۲ | ۲۶/۱۴۴ | ۷۳/۳۶۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۲۴ |
| | زمان*مداخله | ۳۸/۴۲۲ | ۲ | ۱۹/۲۱۱ | ۵۳/۹۱۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۵۸ |
| | خطا (زمان) | ۱۹/۹۵۶ | ۵۶ | ۰/۳۵۴ | | | |

## بحث

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تاب‌آوری و شدت تجربه درد زنان مبتلا به سردرد مزمن بود. تحلیل داده‌ها نشان داد که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تاب‌آوری و شدت تجربه درد زنان مبتلا به سردرد مزمن تأثیر دارد، و تأثیر آن در مرحله پیگیری نیز ماندگار است. همچنین یافته‌ها نشان داد که تغییرات نمره تاب‌آوری و شدت



[ Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-10-11 ]

تجربه درد در زمان‌های مورد بررسی در گروه‌ها متفاوت بوده و اثر زمان معنی‌دار است؛ یعنی اثر متقابلی بین زمان و مداخله وجود دارد و با گذشت زمان از شروع مداخله، نمرات تاب‌آوری افزایش و نمرات شدت تجربه درد کاهش یافتند و تأثیرات ناشی از حضور در گروه آزمایشی با نزدیک‌شدن به پایان مداخله بر روی نمرات تاب‌آوری و شدت تجربه درد افراد در گروه آزمایشی مثبت بود.

در راستای اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تاب‌آوری و شدت تجربه درد زنان مبتلا به سردرد مزمن می‌توان به‌نتایج پژوهش‌های Esmaeili و همکاران[۱۹]، Saedi و همکاران[۲۰]، Haji Seyed Javadi و همکاران[۲۱]، Day و همکاران[۲۲] اشاره کرد که نشان دادند شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تاب‌آوری و شدت تجربه درد اثربخش است که نتیجه پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های مذکور همسو می‌باشد. هیچ پژوهشی مبنی بر ناهمسوبودن با نتیجه پژوهش حاضر پیدا نشد تا بتوان علت شباهت و تفاوت‌های مطالعات را مورد بحث و بررسی قرار داد.

ذهن‌آگاهی ضمن این که به‌بیماران کمک می‌کند تا بفهمند چگونه آرامش و رضایت را دوباره از اعماق وجودشان کشف کرده و آن را با زندگی روزمره‌شان آمیخته و به‌سبک زندگی‌شان مبدل کنند؛ به آنان کمک می‌کند تا کم‌کم خود را از نگرانی، اضطراب، خستگی، افسردگی نجات دهند. این رویکرد معتقد است که اگر هر کس درگیر دوره‌هایی از رنج و درد باشد، این درد و رنج با آگاهی ذهن، تبدیل به‌رنجی همدلانه می‌شود که به احساس شفقت نسبت به خود و دیگران و تاب‌آوری بیش‌تر در مقابله با مشکلات منتهی می‌شود، در حالی‌که بدون ذهن‌آگاهی، دردها و رنج‌ها به‌صورت هیجان ناتوان‌کننده‌ای تجربه می‌شود که با تلخی و خشم آمیخته شده و با احساس درماندگی شدید همراه می‌شود[۲۸]. درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با تقویت فرآیندهای مقابله شناختی، نظیر ارزیابی مجدد مثبت و تقویت مهارت‌های تنظیم هیجان مانند تاب‌آوری و تحمل پریشانی، آموزش حل مسأله و آموزش فنون نادیده گرفتن، در زمان شروع حملات استرس‌زا از بیماران در مقابل بدعملکردی خُلقی ناشی از استرس و نشخوار محافظت می‌کند[۲۹].

درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به بیماران کمک می‌کند تا یاد بگیرند چگونه از احساسات بدنی، افکار و هیجانات خود آگاه شوند و به شکل غیرمستقیم با کاهش میزان استرس، پاسخ سازگارانه‌ای به‌علائم هشداردهنده عود بیماری نشان دهند[۳۰]. انجام تمرینات ذهن‌آگاهی باعث رشد عواملی چون مشاهده، غیرقضاوتی بودن، غیرواکنشی بودن و عمل همراه با هوشیاری، و در نهایت رشد بهزیستی روان‌شناختی، کاهش استرس و نشانه‌های روانشناختی می‌شود.

در حقیقت، وقتی ذهن‌آگاهی افزایش می‌یابد توانایی برای عقب ایستادن و مشاهده کردن حالت‌هایی مثل اضطراب افزایش می‌یابد، در نتیجه فرد می‌تواند خود را از الگوهای رفتاری اخودکار رها کند و از طریق درک و دریافت مجدد، دیگر با حالت‌هایی مثل اضطراب و ترس کنترل نشود، بلکه می‌تواند از اطلاعات برخواسته از این حالت‌ها استفاده کند و با هیجانات همراه باشد و در نتیجه تاب‌آوری خود را ارتقاء دهد[۲۸].

چون ذهن‌آگاهی، احساس بدون‌قضاوت و متعادلی از آگاهی است که به واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده‌های فیزیکی، همان‌طور که اتفاق می‌افتند، کمک می‌کند[۳۰]، بنابراین آموزش آن به‌بیماران مبتلا به سردرد مزمن، باعث می‌شود که آنان احساسات و نشانه‌های فیزیکی خود از جمله درد سر را بپذیرند و قبول و پذیرش این احساسات باعث کاهش توجه و حساسیت بیش از حد نسبت به گزارش این نشانه‌های بدنی و درد در آنان می‌شود. به‌عبارت دیگر می‌توان گفت که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی موجب می‌شود که افراد مبتلا به سردرد مزمن با انجام تمرین‌های ذهن‌آگاهی مانند وارسی بدن و باز ارزیابی مثبت افکار شناخت و آگاهی خود را نسبت به درد کاهش دهند و از این طریق



[ Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-10-11 ]

به کاهش شدت درد خویش کمک نمایند.
مکانیسم‌های اثرگذار ذهن‌آگاهی کمک می‌کنند مانند مواجهه، تغییر شناختی، مدیریت خود، آرام‌سازی و پذیرش باعث کاهش شدت درد می‌شوند به‌بیان دیگر افراد مهارتی یاد می‌گیرند که به‌کمک آن در هر لحظه نسبت به‌حاالت بدنی، احساسات و افکار خود آگاه باشند و طی تمرین‌ها حالت‌های بدنی و ذهنی معیوب را شناسایی کنند و به‌جای واپس ـ رانی (RePression) و کنترل آن‌ها، آن‌ها را بپذیرد و در زمان حال نگه دارد و کنار بگذارد یعنی به‌جای انکار، وجود آن‌ها را می‌پذیرد و همین پذیرش بار منفی این حاالت را پایین آورده و مانع پیشرفت علائم می‌شود. در حقیقت، به‌کاربردن تکنیک‌های ذهن‌آگاهی باعث ایجاد تغییراتی در الگوهای فکری فرد می‌شود. برای مثال، کاربرد تکنیک مشاهده افکار مرتبط با درد بدون قضاوت‌کردن درباره آن، می‌تواند منجر به‌فهم و درک این نکته گردد که این تجربیات تنها فکر هستند و نمایانگر حقیقت یا واقعیت نیستند. بنابراین، نباید باعث رفتارهای اجتنابی در بیماران شوند. آموزش ذهن‌آگاهی شامل حفظ آگاهی به‌صورت ارادی و براساس توجه به موضوعات خاص مانند احساسات بدنی از یک لحظه به لحظه دیگر است. پر واضح است افرادی که به‌وقت تجربه درد، درگیر نشخوارهای فکری منفی درباره درد می‌شوند تا حد زیادی توانایی تمرکز بر تجربیات لحظه حال با یک دیدگاه غیرقضاوتی را از دست می‌دهند، ذهن‌آگاهی به‌عنوان یک متغیر فراشناخت از طریق توقف پردازش‌های مفهومی به‌تنظیم هیجان کمک می‌کند[۳۰].
نمونه پژوهش حاضر را، کلیه زنان متأهل ۳۰-۵۰ ساله مبتلا به سردرد مزمن شهر پارس‌آباد تشکیل دادند، که این مورد یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر است؛ و تعمیم یافته‌ها به همه زنان مبتلا به سردرد مزمن جوان‌تر و مسن‌تر، و زنان غیرمتأهل که از حمایت همسر و خانواده برخوردار نیستند را دشوار می‌سازد. همچنین، در این پژوهش جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه استفاده شد که به‌دلیل خودگزارشی‌بودن ابزارها، امکان سوگیری در پاسخدهی محتمل به‌نظر می‌رسد. با توجه به محدودیت جامعه آماری این پژوهش، پیشنهاد می‌شود که پژوهش حاضر در بین جوامع آماری مختلف، سایر شهرها نیز اجرا گردد؛ و علاوه بر بررسی پرسشنامه‌ای، از سایر روش‌های گردآوری اطلاعات نظیر مشاهده و مصاحبه نیز استفاده شود.

## نتیجه‌گیری

با توجه به‌نتایج این پژوهش می‌توان گفت که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با کاربرد فرآیندها و فنون خود، سبب افزایش تاب‌آوری و کاهش شدت تجربه درد گروه نمونه شده است. با توجه به‌نقش مهم زنان در خانواده و جامعه، و از طرفی لزوم توجه به سلامت جسمانی و روان‌شناختی آن‌ها پیشنهاد می‌شود که در در انجمن‌های مربوط به سردرد، و در کلینیک‌های روان‌شناسی بیمارستان‌ها و کلنیک‌های دولتی و خصوصی، از شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی فردی و گروهی در زمینه افزایش تاب‌آوری و کاهش شدت تجربه درد زنان مبتلا به سردرد مزمن استفاده شود.

## تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

## سهم نویسندگان

همه نویسندگان این مقاله در طراحی، مدیریت طرح، مفهوم‌سازی، اجرا، تحلیل و تفسیر داده‌ها، تهیه پیش‌نویس، بازبینی و اصلاح، ویراستاری و نهایی‌سازی مقاله مشارکت یک‌سانی داشته‌اند.

## تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر تقدیر و تشکر نمایند.



[ Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-10-11 ]

## References


1. Steiner TG, Stovner LJ, Birbeck GL. Migraine: the seventh disabler. J Headache Pain 2013; 14(1):1. PMID: 23566305
2. Goadsby PJ. Headache research in 2020: disrupting and improving practice. Lancet Neurol 2020; 20(1): 7-8. DOI:https: //doi.org/10.1016/S1474-4422(20) 30457-9
3. Ghorbani A, Abtahi S-M, Fereidan-Esfahani M, Abtahi S-H, Shemshaki H, Akbari M, et al. Prevalence and clinical characteristics of headache among medical students, Isfahan, Iran. J Res Med Sci 2013; 18(Suppl 1):S24-S27. PMID: 23961279
4. Burch R. Migraine and Tension-Type Headache: Diagnosis and Treatment. Med Clin North Am 2019; 103(2):215-233. doi: 10.1016/j.mcna.2018.10.003.
5. International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facialpain. Cephalalgia 2018; 24:1-151. DOI: 10.1177/0333102417738202
6. Aminoff M, Greenberg D, Simon R, Roger P, David A, Michael J. Clinical Neurology. 9th. New York: McGraw Hill. 2015; 85-92.
7. Evans RW. Diagnostic testing for migraine and other primary headaches. Neurol Clin 2019; 37(4):707-25. DOI: 10.1016/j.ncl.2008.11.009
8. Ruiz–Parraga G T, Lopez–Martínez A E. The role of experiential avoidance, resilience and pain acceptance in the adjustment of chronic back pain patients who have experienced a traumatic event: a path analysis. JABM 2015; 49(2):247-257. DOI: 10.1007/s12160-014-9654-3
9. Hinkle J L, Cheever K H. Brunner & Suddarths Textbook of Medicalsurgical-nursing. 14 Ed. Lippincott, Williams & Wilkins, Philadelphia; 2017.
10. Goldstein S, Brooks R B. Why study resilience? In S. Goldstein & R. B. Brooks (Eds(., Handbook of resilience in children (pp. 3-14). New York, NY, US: Springer Science Business Media; 2013.
11. Wu Y, Sang Z-Q, Zhang X-C, Margraf J. The Relationship Between Resilience and Mental Health in Chinese College Students: A Longitudinal Cross-Lagged Analysis. Front Psychol 2020; 11:108. doi: 10.3389/fpsyg.2020.00108.
12. Bauer H, Emeny R T, Baumert J, Ladwig K-H. Resilience moderates the association between chronic pain and depressive symptoms in the elderly. EJP 2016; 20(8): 1253-1265. DOI: 10.1002/ejp.850
13. Pan F, Tian J, Cicuttini F, Jones G. Sleep Disturbance and Its Association with Pain Severity and Multisite Pain: A Prospective 10.7-Year Study. Pain Ther 2020; 9(2): 751-763.doi: 10.1007/s40122-020-00208-x
14. McMahon S, Koltzenburg M, Tracey I, Turk D. Wall & Melzack's Textbook of Pain. Elsevier: Churchill: Livingstone; 2013: 121.
15. Vowles KE, McCracken LM. Acceptance and Values-Based Action in Chronic Pain: A Study of Treatment Effectiveness and Process. J Consult & Clin Psychol 2008; (76):397-407. DOI: 10.1037/0022-006X.76.3.397
16. Emanuel AS, Updegraff JA, Kalmbach AD, Ciesla J A. The role of mindfulness facets in affective forecasting. PIDJ 2010; 49: 815-818. https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.06.012
17. McCarney RW, Schulz J, Grey AR. Effectiveness of mindfulness-based therapies in reducing symptoms of depression: A meta-analysis. EJPC 2012; 14(3): 279-299. https://doi.org/10.1080/13642537.2012.713186
18. Michalak J, Burg J, Heidenreich T. Don't Forget Your Body: Mindfulness, Embodiment and the Treatment of Depression. Mindfulness 2012; 3(3):190-199. DOI: 10.1007/s12671-012-0107-4
19. Esmaeili N, Askary P, Saraj Khorami N, Bakhtiarpour S. Mindfulness -Based Cognitive Therapy (MBCT)




[ Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-10-11 ]

on Increasing Resilience and Reducing Headache in Migraine Patients. MJMUMS 2020; 63(3):2350-2358. https://mjms.mums.ac.ir/article_16926.html

20. Saedi S, Mirzaei Moin R, Qiyasi M, Moghaddasi M. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on pain intensity and sleep quality in patients with migraine headache. Fourth International Conference on Recent Innovations in Psychology, Counseling and Behavioral Sciences, Tehran; 2017. https://civilica.com/doc/670405/
21. Haji Seyed Javadi T, Aghareb Parast N, Shahsavani S, Chehraghi MJ, Razavi L, Rahmani S. Comparison of the effectiveness of mindfulness-based stress reduction group therapy with acceptance and commitment therapy on severity of pain and health-related quality of life in patients with migraine. Int Clin Neurosci J 2019; 6(3):111-117. doi:10.15171/icnj.2019.21
22. Day M A, Thorn B E, Rubin N J. Mindfulness-based cognitive therapy for the treatment of headache pain: A mixed-methods analysis comparing treatment responders and treatment non-responders. Complement Ther Med 2014; 22(2):278-85. DOI: 10.1016/j.ctim.2013.12.018
23. Conner K M, Davidson J R. Development of a new resilience scale: The Conner – Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Depress Anxiety 2003; 18(2):76-82. DOI: 10.1002/da.10113
24. Ahangarzadeh Rezaei S. Rasoli M. Psychometric Properties Of The Perstan Version Of "Conner-Davidson Resilience Scale" in adolescents with cancer. J Urmia Nurs Midwifery Fac 2015; 13(9):739-747. [Persian] http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-2369-en.html
25. Samani S, Jokar B, Sahragard N. Effects of Resilience on Mental Health and Life Satisfaction. IJPCP 2007; 13(3):290-295. [Persian] http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-275-en.html
26. Memarian R. The effect of Benson relaxation technique on patients' preoperative anxiety in men ward. Daneshvar Science-Research Scholar 2000; 34:8-30. [Persian]
27. Ahangarzadeh Rezaei S, Rasoli M. Psychometric Properties Of The Persian Version Of "Connor-Davidson Resilience Scale" in adolescents with cancer. Nurs Midwifery J 2015; 13(9):739-747. [Persian] http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-2369-en.html
28. Segal ZV, Williams JM, Teasdale JD. Mindfulness Based cognitive therapy for depression. 3nd ed. New York: The Guilford Press 2013: 86.
29. Williams M, Penman D. Mindfulness: A practical guide to finding peace in a frantic world. 1en ed. Piatkus Books, 2012:45-46.
30. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. J Pers Social Psychol 2003; 84(4):822-48. DOI: 10.1037/0022-3514.84.4.822



[ Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-10-11 ]