



## Comparison the Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy with Short-term Solution-focused Therapy on Pain Anxiety & Quality of Life in Patients with Chronic Headache

Faezeh Ebrahimi Sadr<sup>1</sup> , Nasrin Kashefimehr<sup>2</sup>, Hadi Smkhani Akbarinejhad<sup>3\*</sup> 

1. MA of Clinical Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran

2. MA in Family Counseling, Islamic Azad University East Azarbaijan Science and Research Branch, Tabriz, Iran

3. Dept of Psychology, University College of Nabi AKram, Tabriz, Iran

### ABSTRACT

**Aims and background:** The purpose of this study was to compare the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) with short-term solution-focused therapy (SSFT) on pain anxiety & quality of life in patients with chronic headache.

**Materials and Methods:** This was a semi-experimental study with a pretest-posttest, controlled design with follow-up. The statistical population of the study consisted of men suffering from chronic headache in Tabriz city in 2022. 45 people were selected by purposeful sampling method, and were randomly divided into three groups. The experimental groups received the treatment of their specific group in 8 and 6 1.5 hour sessions, respectively, but the control group received no treatment. Data were analyzed with repeated measures analysis of variance.

**Results:** In the pretest, mean and standard deviation of MBCT for pain anxiety was  $(76/93 \pm 4/49)$  & for quality of life was  $(40/40 \pm 3/85)$ ; in SSFT for pain anxiety was  $(76/87 \pm 4/43)$  & for quality of life was  $(39/33 \pm 4/79)$ ; and in the control group for pain anxiety was  $(78/27 \pm 4/14)$  & for quality of life was  $(40/60 \pm 3/52)$ . Both treatment methods in comparison with control group, showed reduced pain anxiety and increased quality of life of patients after the test ( $p < 0.001$ ). In the follow-up phase, the effect of these two treatments on pain anxiety and quality of life was lasting ( $p < 0.001$ ). The effect of these two treatments on pain anxiety and quality of life in posttest and follow-up was not different ( $p > 0.05$ ).

**Conclusion:** Based on the findings of this study, it can be concluded that these two treatments have reduced pain anxiety and increased the quality of life of chronic headache patients.

**Keywords:** Mindfulness-based Cognitive Therapy, Short-term Solution-focused Therapy, Pain Anxiety, Quality of Life, Chronic Headache

► Please cite this paper as:

Ebrahimi Sadr F, Kashefimehr N, Smkhani Akbarinejhad H [ Comparison the Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy with Short-term Solution-focused Therapy on Pain Anxiety & Quality of Life in Patients with Chronic Headache (Persian)]. J Anesth Pain 2023;13(4): 125-140.

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

**Email:** hadiakbarinejhad@yahoo.com

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۱۳، شماره ۴، زمستان ۱۴۰۱

## مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با درمان راه حل محور کوتاه مدت بر اضطراب درد و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سردرد مزمن

فائزه ابراهیمی صدر<sup>۱</sup>، نسرین کاشفی مهر<sup>۲</sup>، هادی اسمخانی اکبری نژاد<sup>۳\*</sup>

۱. کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

۲. کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات آذربایجان شرقی، تبریز، ایران

۳. گروه روان شناسی، موسسه آموزش عالی نبی اکرم (ص)، تبریز، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۹/۲۸

تاریخ بازبینی: ۱۴۰۱/۰۹/۱۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۵/۱۷

### چکیده

**زمینه و هدف:** هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با درمان راه حل محور کوتاه مدت بر اضطراب درد و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سردرد مزمن بود.

مواد و روش ها: روش پژوهش، نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را مردان مبتلا به سردرد مزمن شهر تبریز در سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند. ۴۵ نفر با استفاده از روش نمونه گیری هدفمند انتخاب، و به صورت تصادفی در سه گروه قرار گرفتند. گروه های آزمایشی، درمان مختص گروه خود را به ترتیب در ۸ و ۶ جلسه ۱/۵ ساعته دریافت کردند، اما گروه کنترل هیچ درمانی را دریافت نکردند. تجزیه و تحلیل یافته ها از طریق آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه گیری مکرر انجام گرفت.

**یافته ها:** در پیش آزمون، میانگین و انحراف معیار شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برای اضطراب درد ( $76/93 \pm 4/49$ ) و کیفیت زندگی ( $40/40 \pm 3/85$ )، در درمان راه حل محور کوتاه مدت برای اضطراب درد ( $76/86 \pm 4/43$ ) و کیفیت زندگی ( $39/33 \pm 4/79$ )، و در گروه کنترل برای اضطراب درد ( $78/27 \pm 4/14$ ) و کیفیت زندگی ( $40/60 \pm 3/52$ ) بود. هر دو درمان در مقایسه با گروه کنترل، اضطراب درد و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سردرد مزمن را در پس آزمون به ترتیب کاهش و افزایش دادند ( $p < 0/001$ ). در مرحله پیگیری، اثر این دو درمان بر اضطراب درد و کیفیت زندگی ماندگار بود ( $p < 0/001$ ). تأثیر این دو درمان بر اضطراب درد و کیفیت زندگی در مراحل پس آزمون و پیگیری یکسان بود ( $p > 0/05$ ).

**نتیجه گیری:** براساس یافته های این پژوهش می توان نتیجه گرفت که این دو درمان موجب کاهش اضطراب درد و افزایش کیفیت زندگی بیماران سردرد مزمن شده اند.

**واژه های کلیدی:** شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، درمان راه حل محور کوتاه مدت، اضطراب درد، کیفیت زندگی، سردرد مزمن

نویسنده مسئول: هادی اکبری نژاد اسمخانی، گروه روان شناسی، موسسه آموزش عالی نبی اکرم (ص)، تبریز، ایران

پست الکترونیک: hadiakbarinejhad@yahoo.com

## مقدمه

سردرد تنشی (chronic) که یکی از شایع‌ترین نوع سردردهاست<sup>(۱)</sup>، سردردی تکرارشونده است که از چند دقیقه تا چند هفته طول می‌کشد، و در آن، نوع درد معمولاً فشاردهنده و سفت‌شونده با شدت ضعف تا متوسط و دوطرفه است و با فعالیت‌های معمول جسمانی تشدید نمی‌شود<sup>(۲)</sup>. انجمن بین‌المللی سردرد (international headache society) سردرد تنشی را به دو نوع دوره‌ای (periodic) و مزمن تقسیم‌بندی کرده است<sup>(۳)</sup>.

سردرد مزمن با محدودساختن فعالیت‌های روزمره زندگی، اختلال در روابط خانوادگی، اجتماعی و ایجاد فشارهای اقتصادی، کیفیت زندگی (quality of life) را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد<sup>(۴)</sup>. این امر نهایتاً باعث تضعیف روحیه فرد، ترس، تنیدگی، احساس ناامیدی، درماندگی، افسردگی و کاهش تاب‌آوری<sup>(۵)</sup> و افزایش اضطراب درد (pain anxiety) در آن‌ها می‌شود<sup>(۶)</sup>. اضطراب از جمله عواملی است که در ادراک و سازگاری با درد تأثیر دارد<sup>(۷)</sup>. اضطراب درد یک تجربه فراگیر و عمومی در انسان است که در دامن‌های از کم تا شدید روی می‌دهد<sup>(۸)</sup>. اضطراب درد جنبه‌های متنوعی را دربر می‌گیرد که از آن جمله می‌توان به جنبه جسمانی (نظیر افزایش ضربان قلب)، جنبه شناختی (نظیر افکار منفی درباره درد)، جنبه رفتاری (نظیر رفتارهای اجتنابی) و جنبه عاطفی (نظیر ترس از درد) اشاره کرد<sup>(۹)</sup>.

کیفیت زندگی شرایطی است که در آن بیمار از نظر عاطفی، اجتماعی، اقتصادی، معنوی و جنسی احساس رضایت می‌کند؛ که ابعاد فیزیکی، روانی و اجتماعی دارد و در واقع احساسی است که بیمار از وضعیت سلامتی خود دارد<sup>(۹)</sup>.

بین بیماری و کیفیت زندگی رابطه متقابل وجود دارد و اختلالات جسمانی و وجود علائم جسمانی اثر مستقیم روی تمام جنبه‌های کیفیت زندگی دارد<sup>(۹)</sup>.

علی‌رغم پیشرفت در کالبدشناسی، فیزیولوژی، زیست‌شناسی شیمیایی درد و ساخت داروهای جدید، همچنان سردرد به‌عنوان مشکل قابل توجهی در نظر 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<sup>(۱۰)</sup>.

بسیاری از بیماران مبتلا به سردردهای 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، مبنای 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<sup>(۱۱)</sup>.

همچنین با توجه به مشکلات 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 درمان‌ها برای روان‌شناختی برای بیماران مبتلا به سردرد طراحی شده است، اما اکثر این پژوهش‌ها بر تعداد محدودی از جنبه‌های این بیماری نظیر مشکلات شخصیتی، اجتماعی یا روانی پرداخته‌اند<sup>(۱۰)</sup> 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، در نظر گرفتن درمان‌های همه جانبه‌ای است تا تمامی ابعاد و مشکلات بیماران

را در برگیرد.

بنابراین با توجه به جنبه‌های مختلف روانی- اجتماعی که بر سلامت روان شناختی بیماران مبتلا به سردرد تأثیر گذارند؛ تدوین درمان‌های ویژه بیماران مبتلا به سردرد و انجام مداخله کل‌نگرانه‌ای در جهت کاهش مشکلات روان‌شناختی این بیماران ضروری به نظر می‌رسد.

از این‌رو، توجه به مداخلات 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) و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت (short-term solution-Focused therapy) از آن جمله‌اند.

تمرین‌های شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به‌گونه‌ای طراحی شده‌اند که توجه به بدن را افزایش می‌دهند. این درمان 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<sup>(۱۲)</sup>. اصول اساسی این درمان حضور در زمان حال و قضاوت‌نکردن است<sup>(۱۳)</sup>.

این درمان بر تاب‌آوری و شدت تجربه درد بیماران مبتلا به سردرد مزمن<sup>(۱۴)</sup>؛ و بر اضطراب درد بیماران مبتلا به میگرن<sup>(۱۵)</sup>، و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به صرع<sup>(۱۶)</sup> اثربخش است.

درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت مددجویان را افراد شایسته و متبحری می‌داند که قادرند مشکلات خود را با حداقل کمک از طرف دیگران حل کنند<sup>(۱۷)</sup>. فرض اساسی این درمان این است که مشکل یا مسئله موجود که فرد را به‌سوی درمان می‌کشاند، برای تعیین جهت ادامه بحث نیاز نیست. زیرا عامل هر مشکلی لزوماً با راه‌حل آن مرتبط نبوده و درمان‌جویان خودشان منابعی را دارند که برای ایجاد

تغییر آن‌ها را به کار خواهند گرفت<sup>(۱۸)</sup>.

این درمان بر خودکارآمدی درد و تاب‌آوری بیماران مبتلا به سردرد مزمن<sup>(۱۹)</sup>؛ و بر کیفیت زندگی<sup>(۲۰)</sup>، تاب‌آوری و شادکامی<sup>(۲۱)</sup> بیماران مبتلا به ام‌اس اثربخش است. به نظر می‌رسد این دو درمان می‌توانند بر اضطراب درد و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سردرد مزمن تأثیر بگذارند. با این‌حال، در خصوص اثربخشی آن‌ها بر اضطراب درد و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سردرد مزمن، و همچنین در راستای مقایسه اثربخشی آن‌ها بر اضطراب درد و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سردرد مزمن هیچ پژوهشی در دسترس نیست. از این‌رو، هدف پژوهش حاضر این است که اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت بر اضطراب درد و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سردرد مزمن را که یکی برآمده از درمان‌های موج سوم رفتاری‌ست و دیگری ماهیتی پُست‌مدرن و کوتاه‌مدت دارد مقایسه کند.

#### مواد و روش‌ها

کد اخلاق پژوهش (IR.IAU.ABHAR.REC.1400.088) بود. پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود که در آن از دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل استفاده گردید. متغیرهای مستقل، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت، و متغیرهای وابسته، اضطراب درد و کیفیت زندگی بودند. برنامه‌های مداخله در زمستان ۱۴۰۰ اجرا شد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه مردان مبتلا به سردرد مزمن شهر تبریز بود که در زمان نمونه‌گیری (سال ۱۴۰۰) برای درمان سردرد خود به کلینیک‌های دولتی مغز و اعصاب این شهر مراجعه کرده بودند.

روش نمونه‌گیری، روش هدفمند بود. پس از تصویب کد اخلاق و کسب رضایت از مسئولین کلینیک‌ها و

گروه خارج شتودند.

این امر در طول جلسات هم‌رصد می‌شد و همبستگی گروهی که بین اعضا ایجاد شده بود، مانع ریزش افراد گروه شد. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بودند از: سن ۳۰ تا ۵۰ سال، متأهل بودن و داشتن سواد خواندن و نوشتن، عدم ابتلا به بیماری جدی دیگری به‌غیر از سردرد مزمن (چون سرطان، ایدز)، عدم استفاده از داروهای روان‌پزشکی (چون بنزودیازپین و پروتریپتیلین)، و مصرف داروهای سردرد یکسان به‌مدت حداقل ۱ و حداکثر ۵ سال)، و معیارهای خروج از مطالعه نظیر (عدم تمایل به شرکت در مطالعه، و غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات درمانی) بودند. توضیح این‌که این ملاک‌ها در مرحله آزمون اولیه در نظر گرفته شدند.

پیش از تقسیم تصادفی افراد به گروه‌های آزمایش و کنترل (به‌شيوه قرعه‌کشی)، کلیه افراد گروه‌ها به‌شيوه قرعه‌کشی از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناسی نظیر سن و مدت زمان مصرف داروهای سردرد یکسان همسان شدند (پس از این‌که ملاک‌های ورود به مطالعه، یعنی سن و مدت زمان مصرف داروهای سردرد یکسان رعایت شد، برای این‌که کدام یک از آزمودنی‌ها در کدام گروه قرار گیرند از روش پرتاب سکه استفاده شد تا افراد در گروه‌ها قرار گیرند). همه اصول اخلاقی در این مقاله رعایت شده است. شرکت‌کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند.

اطلاعات آن‌ها محرمانه نگه داشته شدند و در پایان درمان، اعضای گروه کنترل نیز تحت مداخله قرار گرفتند. برای برگزاری جلسات درمانی، از افراد هیچ هزینه‌ای دریافت نشد.

**پرسشنامه اضطراب درد PASS-20:** این مقیاس، یک ابزار خودگزارشی ۲۰ سوالی است که در سال ۲۰۰۲ توسط McCracken و Dhingra بر اساس مقیاس اصلی PASS-40 ساخته شد<sup>(۲۲)</sup>. پرسشنامه اضطراب درد

اخذ رضایت‌نامه کتبی آگاهانه از بیمارانی که توسط روان‌پزشک یا متخصص مغز و اعصاب تشخیص ابتلا به سردرد مزمن به آن‌ها گذاشته شده بود، چون پراکندگی نمره اضطراب درد و کیفیت زندگی در بین بیماران متنوع بود، از این‌رو تصمیم گرفتیم فقط افرادی وارد مطالعه شوند که نمره اضطراب درد و کیفیت زندگی‌شان در یک بازه مشخص قرار دارد؛ تا آن‌ها را از منظر نمره اضطراب درد و کیفیت زندگی هم‌تاسازی کنیم.

بنابراین پرسشنامه‌های اضطراب درد McCracken و Dhingra و کیفیت زندگی در بین ۱۵۲ بیمار اجرا شد و از بین ۱۱۸ نفر که در این پرسشنامه‌ها به‌ترتیب یک انحراف معیار بالاتر و پایین‌تر از میانگین نمره کسب کردند ۴۵ نفر انتخاب، و به‌صورت تصادفی (به‌شيوه قرعه‌کشی) به دو گروه آزمایش ۱ و ۲ (هر کدام ۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) تقسیم شدند. با بهره‌گیری از نرم‌افزار Gپاور (a=۰/۰۵، اندازه اثر: ۰/۱۵) و حجم نمونه مطالعات نیمه‌آزمایشی گذشته، حجم نمونه مطالعه حاضر ۴۵ نفر (۱۵ نفر برای هر گروه) تعیین گردید. برای جلوگیری از تبادل اطلاعات بین افراد گروه‌ها، از آن‌ها خواسته شد تا چهار ماه پس از اتمام درمان، درباره محتوای جلسات با یکدیگر گفتگویی نداشته باشند.

جلسات درمانی، توسط یک مشاور با درجه دکتری تخصصی، و یک روان‌شناس بالینی و یک مشاور با درجه کارشناسی ارشد در یک مرکز مشاوره خصوصی در شهر تبریز برگزار شد.

بعد از اتمام جلسات (پس‌آزمون)، و چهار 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، اما به آن‌ها گفته شد که هر وقت مایل بودند می‌توانند از

حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای کل این پرسشنامه ۰/۸۴ به دست آمده است.

پس از اجرای پیش‌آزمون، اعضای گروه آزمایش ۱، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (دو ماه، هفته‌ای یک جلسه) شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را به صورت گروهی، طبق برنامه درمانی Segal و همکاران<sup>(۲۶)</sup> دریافت کردند (جدول ۱). همچنین، اعضای گروه آزمایش ۲، طی ۶ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (دو ماه، هفته‌ای یک جلسه) درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت را به صورت گروهی، طبق برنامه درمانی De Shazer<sup>(۲۷)</sup> دریافت کردند (جدول ۲). اعضای گروه کنترل هیچ درمانی را دریافت نکردند. برای تجزیه و تحلیل آماری از نسخه ۲۴ نرم‌افزار SPSS استفاده شد. جهت بررسی فرضیه پژوهش از آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون تعقیبی بونفونی استفاده شد. در این پژوهش سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

از چهار زیرمقیاس شناختی، فرار-اجتناب، ترس و فیزیولوژیکی تشکیل شده است<sup>(۲۳)</sup>. حداقل نمره در این پرسشنامه صفر و حداکثر ۱۰۰ است. آزمودنی‌ها باید در دامنه صفر (هرگز) تا ۵ (همیشه) به سوالات پاسخ دهند<sup>(۲۳)</sup>. Kleiman و همکاران در پژوهشی، ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۹۵ گزارش کردند<sup>(۲۳)</sup>. داوودی و همکاران، در پژوهشی بر روی یک گروه ۵۰ نفری از بیماران مبتلا به دردهای روماتیسمی در ایران، پایایی این مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل مقیاس اضطراب درد ۰/۸۸ و برای خرده مقیاس‌ها بین ۰/۶۴ تا ۰/۸۷ محاسبه کردند<sup>(۲۴)</sup>. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای کل این پرسشنامه ۰/۸۵ به دست آمده است.

**پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36:** این پرسشنامه شامل ۳۶ سوال با پاسخ‌های چندگزینه‌ای (ضعیف<sup>(۱)</sup> تا عالی<sup>(۵)</sup>) است و دیدگاه فرد را نسبت به سلامت می‌سنجد. این مقیاس دارای ابعاد هشت‌گانه عملکرد جسمی، محدودیت جسمی، درد جسمی، سلامت عمومی، عملکرد اجتماعی، مشکلات روحی، سلامت روان و نشاط است، که ضرایب آلفای گزارش‌شده برای آن‌ها به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۸۵، ۰/۷۱، ۰/۶۵، ۰/۷۷، ۰/۸۴، ۰/۸۱ و ۰/۷۷ بوده که نشانگر ثبات درونی خوب این ابعاد است<sup>(۲۵)</sup>. حداقل نمره در این پرسشنامه ۳۶ و حداکثر ۱۸۰ است. نمره بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بیش‌تر است. این پرسشنامه سوالاتی چون "به‌طور کلی، سلامتی خود را چگونه توصیف می‌نمایید" دارد. مقیاس‌های گونه فارسی این پرسشنامه به جز مقیاس نشاط ۰/۶۵، از حداقل ضرایب استاندارد پایایی در محدوده ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ برخوردارند. آزمون تحلیل عاملی نیز دو جزء اصلی را به دست داد که ۰/۶۵ پراکندگی میان مقیاس‌های پرسشنامه را توجیه می‌نمود. این پرسشنامه از پایایی و روایی لازم برخوردار است<sup>(۲۵)</sup>. در پژوهش

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

| جلسه        | محتوا   |
|-------------|---|
| اول         | هدف: آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و با مشاور و فرآیند مشاوره؛ آگاهی بیش‌تر از احساسات، افکار و حس‌های بدنی لحظه به لحظه و تجربه بودن در لحظه. موضوع: توضیح درباره اهمیت حضور در لحظه حال و بودن در این‌جا و اکنون، و بازکردن مفهوم ذهن‌آگاهی برای اعضا با استفاده 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 به لحظه 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: تغییر عادات 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 بهزیستی روان‌شناختی. موضوع: تغییر خلق و افکار از طریق تلقی افکار به‌عنوان فقط فکر و نه واقعیت.  |
| هفتم و هشتم | هدف: آگاهی از تغییرات جزئی خلق. موضوع: هشیار بودن از نشانه‌های کاهش اضطراب درد، و تنظیم برنامه برای روبه‌رو شدن احتمالی با نشانه‌های کاهش کیفیت زندگی؛ برنامه‌ریزی برای آینده و استفاده از فنون حضور در لحظه برای ادامه زندگی و تعمیم آن‌ها به کل جریان زندگی؛ اختتام جلسات درمانی و اجرای پس‌آزمون.                                    |

## جدول ۲: محتوای جلسات و پروتکل درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت

| جلسه  | هدف و محتوا  |
|-------|--|
| اول   | اجرای پیش‌آزمون - هدف: آشنایی گروه با هم و با درمانگر گروه، بیان قواعد گروه و تعیین چهارچوب‌ها و بیان اصول کلی درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت. تکلیف: شرکت‌کنندگان موظف شدند برای جلسه بعد هدف‌های موردنظر خود را از شرکت در جلسات نوشته و به‌گروه بیاورند. این اهداف باید متمرکز به‌تغییراتی باشد که در گروه ایجاد خواهند شد.  |
| دوم   | هدف: کمک به شرکت‌کنندگان تا بتوانند هدف‌های خود را به‌صورتی مثبت، معین، ملموس و قابل اندازه‌گیری تدوین کنند. تکلیف: از شرکت‌کنندگان درخواست شد برای جلسه بعد انتظارات و هدف‌های دیگری را که از خود و زندگیشان دارند بصورتی مثبت، دقیق، ملموس و قابل اندازه‌گیری نوشته و به‌جلسه آینده بیاورند.   |
| سوم   | هدف: کمک به شرکت‌کنندگان تا دریابند که از یک واقعه تعابیر متفاوتی وجود دارد، و بتوانند تلقی خود از مشکلات پیش‌آمده را به‌شکل مفیدتر تغییر دهند. کمک به آن‌ها تا به‌قابلیت‌ها و منابع خود پی‌برده و بتوانند یکدیگر را تحسین کنند. تکلیف: از اعضای گروه درخواست شد که در طول هفته جاری به‌هیچ وجه از خود ایراد نگیرند، و در عوض هر و کار فعالیت مثبتی که از خودشان می‌بینند را مورد تحسین و قدردانی قرار دهند و گزارش آن را به‌جلسه بیاورند. |
| چهارم | هدف: کمک به شرکت‌کنندگان تا استثنائات مثبت در زندگی خود را تشخیص داده، و بر این اساس در خودشان امید ایجاد شده و بتوانند حوزه مشکلات خود را کاهش دهند. تکلیف: از شرکت‌کنندگان درخواست شد که به‌سوالات مطرح‌شده بیش‌تر فکر کنند و لحظات استثنائی مثبت در زندگی‌شان را تشخیص داده و به‌جلسه بعد بیاورند.  |
| پنجم  | هدف: برهم‌زدن الگوهای رفتاری مختلفی که شرکت‌کنندگان طراحی کرده‌اند با استفاده از پرسش معجزه‌آسا. تکلیف: از شرکت‌کنندگان درخواست شد درباره سوال مطرح‌شده در جلسه در منزل فکر کنند و پاسخ‌ها را برای جلسه بعد بیاورند.   |
| ششم   | هدف: کمک به‌اعضا برای این‌که راه‌های دیگری برای تفکر، احساس و رفتار به‌جای آنچه الان انجام می‌دهند را پیدا کرده، و احساسات جدیدی را تجربه کنند با استفاده از واژه مهم به‌جای جمع‌بندی و نتیجه‌گیری، و تعیین این‌که آیا اعضا به‌اهداف خود دست یافته‌اند؟ اجرای پس‌آزمون   |



## نتایج

میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان در مطالعه  $41/09 \pm 5/76$  سال، و میانگین و انحراف معیار مدت زمان مصرف داروهای سردرد یکسان آن‌ها  $5/44 \pm 1/03$  بود. در جدول ۳، میانگین و انحراف معیار

سن و مدت زمان مصرف داروهای سردرد یکسان آزمودنی‌ها مقایسه شده است. نتایج نشان می‌دهد که بین سه گروه از نظر سن و مدت زمان مصرف داروهای سردرد یکسان تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار سن و مدت زمان مصرف داروهای سردرد یکسان آزمودنی‌ها (تعداد در هر گروه ۱۵ نفر)

| متغیر                             | گروه                            | انحراف معیار $\pm$ میانگین | P         |
|-----------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------|
| سن                                | شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی | $40/73 \pm 5/29$           | * $0/474$ |
|                                   | درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت     | $42/53 \pm 6/91$           |           |
|                                   | کنترل                           | $40/00 \pm 4/98$           |           |
|                                   | کل                              | $41/09 \pm 5/76$           |           |
| مدت زمان مصرف داروهای سردرد یکسان | شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی | $5/47 \pm 1/06$            | * $0/684$ |
|                                   | درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت     | $5/27 \pm 1/03$            |           |
|                                   | کنترل                           | $5/60 \pm 1/05$            |           |
|                                   | کل                              | $5/44 \pm 1/03$            |           |

نوع آزمون: واریانس یک‌راهه \*اختلاف معنی‌دار  $p < 0/05$

متغیر کیفیت زندگی در سطح خطای داده‌شده ( $0/670$ ) معنی‌دار نیست، لذا می‌توان کرویت ماتریس واریانس-کواریانس متغیرهای وابسته را پذیرفت. پس، این پیش‌فرض نیز برقرار است.

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهند که بین نمرات متغیر اضطراب درد و کیفیت زندگی در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $P < 0/001$ ). همچنین نتایج حاکی از آن هستند که نمرات اضطراب درد و کیفیت زندگی در گروه‌های آزمایشی در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری دارد ( $P < 0/001$ ). علاوه بر این تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت بر اضطراب درد و

در بررسی پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر، آزمون شاپیرو ویلک نشان داد پیش‌فرض نرمال بودن توزیع متغیرهای مورد مطالعه در نمونه مورد مطالعه محقق شده است، چرا که مقادیر Z محاسبه‌شده در سطح ( $p < 0/05$ ) معنی‌دار نیست. در آزمون ام‌باکس، چون F متغیرهای اضطراب درد ( $F = 2/11$ ) و کیفیت زندگی ( $F = 2/59$ ) به ترتیب در سطح ( $0/571$  و  $0/480$ ) معنا دار نبودند، بنابراین می‌توان گفت که مفروضه همسانی ماتریس کواریانس برای متغیرها برقرار شده است. در آخر، آزمون کرویت موخلی نشان داد چون مقدار کرویت موخلی ( $0/600$ ) متغیر اضطراب درد در سطح خطای داده‌شده ( $0/613$ ) و مقدار کرویت موخلی ( $0/650$ )

کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سردرد مزمن پس از چهار ماه پیگیری ماندگار بوده است ( $P < 0/001$ ). نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته نشان می‌دهند که اختلاف میانگین نمره اضطراب درد و کیفیت زندگی در گروه‌های آزمایشی با گروه کنترل معنادار می‌باشد ( $P < 0/001$ ).

جدول ۴: میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

| متغیر   | گروه   | پیش‌آزمون<br>انحراف معیار $\pm$ میانگین | پس‌آزمون<br>انحراف معیار $\pm$ میانگین | پیگیری<br>انحراف معیار $\pm$ میانگین | سطح معنی‌داری تغییرات<br>داخل گروهی | سطح معنی‌داری<br>تغییرات بین گروهی |
|---|--|---|--|--------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| اضطراب<br>درد                                       | شناخت‌درمانی<br>مبتنی بر ذهن‌آگاهی                     | ۷۶/۹۳ $\pm$ ۴/۴۹                        | ۷۱/۰۷ $\pm$ ۴/۴۸                       | ۷۱/۲۰ $\pm$ ۴/۴۹                     | $P < 0/001$ *                       |                                    |
|   | درمان راه‌حل‌محور<br>کوتاه‌مدت                         | ۷۶/۸۷ $\pm$ ۴/۴۳                        | ۷۰/۹۳ $\pm$ ۴/۶۰                       | ۷۱/۰۷ $\pm$ ۳/۸۴                     | $P < 0/001$ *                       | $P < 0/001$ *                      |
|   | کنترل  | ۷۸/۲۷ $\pm$ ۴/۱۴                        | ۷۸/۰۷ $\pm$ ۴/۴۱                       | ۷۷/۸۷ $\pm$ ۴/۳۲                     | $p = 0/861$                         |                                    |
| کیفیت زندگی   | سطح معنی‌داری در<br>هر مقطع اندازه‌گیری بین<br>گروه‌ها | $p = 0/615$                             | $p < 0/001$ *                          | $p < 0/001$ *                        | -                                   | -                                  |
|   | شناخت‌درمانی مبتنی بر<br>ذهن‌آگاهی                     | ۴۰/۴۰ $\pm$ ۳/۸۵                        | ۴۶/۰۰ $\pm$ ۵/۵۵                       | ۴۵/۹۳ $\pm$ ۵/۵۶                     | $P < 0/001$ *                       |                                    |
|   | درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت                            | ۳۹/۳۳ $\pm$ ۴/۷۹                        | ۴۵/۴۰ $\pm$ ۵/۱۹                       | ۴۵/۴۰ $\pm$ ۵/۰۶                     | $P < 0/001$ *                       | $P < 0/001$ *                      |
| سطح معنی‌داری در هر مقطع<br>اندازه‌گیری بین گروه‌ها | کنترل  | ۴۰/۶۰ $\pm$ ۳/۵۲                        | ۴۰/۶۰ $\pm$ ۳/۵۲                       | ۴۱/۴۰ $\pm$ ۳/۲۶                     | $p = 0/895$                         |                                    |
|   |  | $p = 0/662$                             | $p < 0/007$ *                          | $p < 0/004$ *                        | -                                   | -                                  |

نوع آزمون: تحلیل واریانس آمیخته \* اختلاف معنی‌دار  $p < 0/05$

بر ذهن‌آگاهی و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت بوده است. و نیز، اطلاعات مربوط به متغیر کیفیت زندگی بیان می‌کند که بین نمرات این متغیر در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین بخش دوم اطلاعات مربوط به متغیر کیفیت زندگی نشان داد که بین نمرات این متغیر در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های آزمایشی (شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت) و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. به‌عبارتی بین زمان و مداخله تعامل وجود دارد. اندازه اثر به‌دست‌آمده برای متغیر کیفیت زندگی (۰/۸۴) نشان می‌دهد که ۸۴٪ از تغییرات این متغیر مربوط به اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت بوده است.

چون آزمون اثر پیلای در موقعیت‌های عملی قدرت بیشتری نسبت به سایر آزمونها دارد، نتایج آن گزارش شده است (جدول ۵). اطلاعات مربوط به متغیر اضطراب درد بیان می‌کند که بین نمرات این متغیر در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین بخش دوم اطلاعات مربوط به متغیر اضطراب درد نشان داد که بین نمرات این متغیر در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های آزمایشی (شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت) و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. به‌عبارتی بین زمان و مداخله تعامل وجود دارد. اندازه اثر به‌دست‌آمده برای متغیر اضطراب درد (۰/۴۶) نشان می‌دهد که ۴۶٪ از تغییرات این متغیر مربوط به اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی

**جدول ۵:** نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در نمرات متغیرهای پژوهش در گروه‌های مداخله و گواه

| متغیر       | تأثیر       | مقدار      | F      | فرضیه درجه آزادی | خطای درجه آزادی | سطح معناداری | مجذور اتا |
|-------------|-------------|------------|--------|------------------|-----------------|--------------|-----------|
| اضطراب درد  | زمان        | اثر پیلایی | ۵/۵۷۴  | ۲/۰              | ۴۱/۰            | ۰/۰۰۱        | ۰/۹۶      |
|             | زمان*مداخله | اثر پیلایی | ۱۸/۱۵۲ | ۴/۰              | ۸۴/۰            | ۰/۰۰۱        | ۰/۴۶      |
| کیفیت زندگی | زمان        | اثر پیلایی | ۴۷/۷۳۵ | ۲/۰              | ۴۱/۰            | ۰/۰۰۱        | ۰/۷۰      |
|             | زمان*مداخله | اثر پیلایی | ۸/۲۰۰  | ۴/۰              | ۸۴/۰            | ۰/۰۰۱        | ۸۴/۳۷     |

نوع آزمون: تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر \*اختلاف معنی‌دار  $p < 0/05$

که اختلاف میانگین نمرات اضطراب درد و کیفیت زندگی گروه‌های آزمایشی با گروه کنترل، معنادار بوده است ( $P < 0/001$ )؛ اما اختلاف میانگین نمرات اضطراب درد و کیفیت زندگی در گروه‌های آزمایشی

برای بررسی این مهم که نمرات کدام‌یک از گروه‌ها در متغیرهای اضطراب درد و کیفیت زندگی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری با یکدیگر تفاوت دارند، مقایسه زوجی انجام شد (جدول ۶). نتایج نشان دادند

گروه‌های آزمایشی به ترتیب کم‌تر و بیش‌تر از نمره گروه کنترل می‌باشد؛ اما نمرات اضطراب درد و کیفیت زندگی گروه‌های آزمایشی، تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند؛ بنابراین برتری درمان در پس‌آزمون و پیگیری در کاهش اضطراب درد و افزایش کیفیت زندگی به نفع هیچ یک از درمان‌ها نیست.

نسبت به یکدیگر معنادار نمی‌باشد ( $P > 0/05$ ). نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نیز حاکی از آن هستند که معنی‌داری تغییرات بین گروهی، ناشی از تفاوت تغییرات گروه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت با گروه کنترل می‌باشد؛ به طوری که هم در پس‌آزمون و هم در پیگیری، نمرات اضطراب درد و کیفیت زندگی

جدول ۶: مقایسه‌های زوجی برای متغیرهای پژوهش بر اساس آزمون تعقیبی بونفرونی

| گروه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت |              | گروه درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت در مقایسه با گروه کنترل |              | گروه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در مقایسه با گروه کنترل |              | متغیر       |
|---|--------------|--|--------------|--|--------------|-------------|
| تفاوت میانگین‌ها  | سطح معناداری | تفاوت میانگین‌ها   | سطح معناداری | تفاوت میانگین‌ها   | سطح معناداری | اضطراب درد  |
| ۰/۱۳۳   | ۱/۰۰۰        | -۷/۱۳۳   | *۰/۰۰۱       | -۷/۰۰۰   | *۰/۰۰۱       |             |
| تفاوت میانگین‌ها  | سطح معناداری | تفاوت میانگین‌ها   | سطح معناداری | تفاوت میانگین‌ها   | سطح معناداری | کیفیت زندگی |
| ۰/۶۰۰   | ۱/۰۰۰        | ۴/۸۰۰  | *۰/۰۲۹       | ۵/۴۰۰  | *۰/۰۱۲       |             |

$P < 0/05$  اختلاف معنادار

### بحث

تعدیل‌کنندگی بر تأثیر درمان‌ها در کاهش اضطراب درد و افزایش کیفیت زندگی دارد و اثر زمان معنی‌دار است؛ یعنی اثر متقابلی بین زمان و مداخله وجود دارد و با گذشت زمان از شروع مداخله، نمرات اضطراب درد کاهش و کیفیت زندگی افزایش یافتند و تأثیرات ناشی از حضور در گروه‌های آزمایشی با نزدیک‌شدن به پایان مداخله بر روی نمرات اضطراب درد و کیفیت زندگی افراد در هر دو گروه مداخله‌ای مثبت بود.

درباره اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌توان نتیجه گرفت که این درمان بر اضطراب درد و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سردرد مزمن اثربخش است. در این راستا، هیچ مطالعه‌ای که اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را بر اضطراب درد

هدف از پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت بر اضطراب درد و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سردرد مزمن بود، که به صورت یک طرح نیمه‌آزمایشی انجام شد. در این راستا، تحلیل داده‌ها نشان داد که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت بر کاهش اضطراب درد و افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سردرد مزمن تأثیر دارند، و تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت متفاوت از هم نیست. همچنین، یافته‌ها نشان داد که تغییرات نمره اضطراب درد و کیفیت زندگی در زمان‌های مورد بررسی در گروه‌ها متفاوت بوده و گذر زمان نقش

درباره اثربخشی درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت می‌توان نتیجه گرفت که این درمان بر اضطراب درد و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سردرد مزمن اثربخش است. در این راستا، هیچ مطالعه‌ای که اثربخشی درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت را بر اضطراب درد و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سردرد مزمن مورد بررسی قرار دهد در دسترس نیست. اما می‌توان به نتیجه پژوهش اسمخانی اکبری‌نژاد و نقی‌زاده علمداری اشاره کرد که نشان دادند درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت بر خودکارآمدی درد و تاب‌آوری دختران مبتلا به سردرد مزمن<sup>(۱۹)</sup> اثربخش است. همچنین می‌توان به پژوهش جمعیان و همکاران اشاره نمود که به این نتیجه رسیدند درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام‌اس<sup>(۲۰)</sup> اثربخش است.

علاوه بر این‌ها، می‌توان به نتیجه پژوهش نصیرنژاد و همکاران اشاره کرد که به این نتیجه رسیدند درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت بر تاب‌آوری و شادکامی بیماران مبتلا به ام‌اس<sup>(۲۱)</sup> تأثیر دارد. نتایج پژوهش حاضر به‌نوعی با نتایج پژوهش‌های مذکور همسو می‌باشد. هیچ پژوهشی مبنی بر ناهمسو بودن با نتیجه پژوهش حاضر پیدا نشد، تا بتوان علت شباهت و تفاوت نتایج مطالعات را بحث و بررسی نمود.

این پژوهش همانند پژوهش‌های قبلی به این نتیجه رسید که درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت با کمک به کشف و ساختن راه‌حل‌ها برای مشکلات برآمده از سردرد مزمن توانسته است مقاومت آن‌ها را درباره مشکلاتشان که برآمده از سردرد مزمن است بیش‌تر کند و از این‌رو اضطراب درد آن‌ها کاهش و کیفیت زندگی‌شان افزایش یابد. هنگامی که مراجعان به راه‌حل‌های گوناگونی برای حل مشکلاتشان دست پیدا کردند و تغییرات کوچک را در پی به‌کارگیری این راه‌حل‌ها در زندگی و روابطشان ملاحظه نمودند، امیدواری برای ایجاد تغییرات بزرگ‌تری در آن‌ها ایجاد گردید. همچنین با کشف و استخراج استثنائات زندگی، بیماران دریافتند که زمان‌هایی در زندگی آن‌ها

و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سردرد مزمن مورد بررسی قرار دهد در دسترس نیست. اما می‌توان به نتیجه پژوهش ابوطالبی و همکاران اشاره کرد که نشان دادند شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تاب‌آوری و شدت تجربه درد زنان مبتلا به سردرد مزمن<sup>(۱۴)</sup> اثربخش است. همچنین می‌توان به پژوهش الهام و همکاران اشاره کرد که نشان دادند شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب درد زنان مبتلا به میگرن<sup>(۱۷)</sup> تأثیر دارد. علاوه بر این‌ها، می‌توان به نتیجه پژوهش محمدپور و همکاران اشاره کرد که به این نتیجه رسیدند شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به صرع<sup>(۱۶)</sup> اثربخش است. نتایج پژوهش حاضر به‌نوعی با نتایج پژوهش‌های مذکور همسو می‌باشد. هیچ پژوهشی مبنی بر ناهمسو بودن با نتیجه پژوهش حاضر پیدا نشد، تا بتوان علت شباهت و تفاوت نتایج مطالعات را بحث و بررسی نمود. این پژوهش همانند پژوهش‌های قبلی به این نتیجه رسید که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با کمک به پذیرش فعالانه مشکلات برآمده از سردرد مزمن توانسته است مقاومت آن‌ها را درباره مشکلاتشان که برآمده از سردرد مزمن است بیش‌تر کند و از این‌رو اضطراب درد آن‌ها کاهش و کیفیت زندگی‌شان افزایش یابد. انجام تمرینات ذهن آگاهی باعث رشد عواملی چون مشاهده، غیرقضاوتی بودن، غیرواکنشی بودن و عمل همراه با هوشیاری، و در نهایت رشد بهزیستی روان‌شناختی، کاهش اضطراب و نشانه‌های روان‌شناختی می‌شود. در حقیقت، وقتی ذهن آگاهی افزایش می‌یابد توانایی برای عقب‌ایستادن و مشاهده‌کردن حالت‌هایی مثل اضطراب افزایش می‌یابد، در نتیجه فرد می‌تواند خود را از الگوهای رفتاری خودکار 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 که این عوامل باعث می‌شود کیفیت زندگی وی افزایش یابد<sup>(۲۶)</sup>.

استفاده شد که به دلیل خودگزارشی بودن ابزارها، امکان سوگیری در پاسخدهی محتمل به نظر می‌رسد. علاوه بر این‌ها، آزمودنی‌های پژوهش حاضر از منظر متغیرهایی نظیر وضعیت اقتصادی و سطح تحصیلات هم‌تا نشده‌اند که این مورد نیز یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر است. با توجه به نقش مهم مردان در خانواده و جامعه، و از طرفی لزوم توجه به سلامت جسمانی و روانشناختی آنها پیشنهاد میشود در کلینیک‌های روانشناسی بیمارستانها و کلینیک‌های دولتی و خصوصی، از شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت در زمینه کاهش اضطراب درد و افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سردرد مزمن استفاده شود. با توجه به محدودیت جامعه آماری این پژوهش، پیشنهاد میشود که پژوهش حاضر در بین جوامع آماری مختلف، سایر شهرها نیز اجرا گردد.

### تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

### سهم نویسندگان

امور مربوط به گردآوری داده‌ها و نگارش و تجزیه و تحلیل داده‌ها به عهده هادی اسمخانی اکبری‌نژاد و فائزه ابراهیمی صدر بود. نسرین کاشفی‌مهر اصلاحات مقاله، شناسایی نمونه متشکل از افراد مبتلا به سردرد مزمن را بر عهده داشت و پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را اجرا کرد.

### تشکر و قدردانی

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

وجود داشته که مشکلات به این گونه که هم‌اکنون با آن مواجه هستند وجود نداشته یا با شدت کم‌تری وجود داشته است و پی بردند که در آن موقعیت‌ها رفتارهایی داشته‌اند و کارهایی انجام می‌داده‌اند که مشکلات کنونی وجود نداشته‌اند، حال در فرآیند جلسات درمان آموختند که هم‌اکنون نیز می‌توانند لحظه‌های استثنایی بدون مشکل در زندگی‌شان را دوباره ایجاد نمایند<sup>(۲۸)</sup>. در جلسات درمانی راه‌حل‌محور به بیماران مبتلا به سردرد مزمن کمک شد تا خود برای مشکلات شخصی و روابط بین‌فردی خود راه‌حل‌های جدیدی پیدا کنند و با این احساس که خود قادر به کاهش مشکلات‌شان هستند، اضطراب درد آن‌ها کاهش و کیفیت زندگی‌شان افزایش پیدا کرد.

### نتیجه‌گیری

این پژوهش نشان داد که تأثیر اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت بر اضطراب درد و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سردرد مزمن متفاوت از هم نیست. هیچ پژوهشی اثربخشی این دو درمان را بر اضطراب درد و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سردرد مزمن مقایسه نکرده است. این دو رویکرد درمانی با کاربرد اصول، مبانی و فنون خاص و ویژه خود توانسته‌اند به این بیماران کمک کنند تا بیماری و مشکلات برآمده از آن را بهتر پذیرش کنند که این امر سبب شده تا بهتر با آن مقابله کنند، که متعاقباً کیفیت زندگی آنان افزایش پیدا کرده و اضطراب درد در آنان کم‌تر شده است.

نمونه پژوهش حاضر را، کلیه مردان متأهل ۳۰ تا ۵۰ ساله مبتلا به سردرد مزمن شهر تبریز تشکیل دادند، که این مورد یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر است؛ و تعمیم یافته‌ها به همه مردان مبتلا به سردرد مزمن جوان‌تر و مسن‌تر، و مردان غیرمتأهل که از حمایت همسر و خانواده برخوردار نیستند را دشوار می‌سازد. همچنین، در این پژوهش جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه

## References

- Goadsby PJ. Headache research in 2020: disrupting and improving practice. *Lancet Neurol* 2020; 20(1):7-8.
- Burch R. Migraine and Tension-Type Headache: Diagnosis and Treatment. *Med Clin North Am* 2019; 103(2): 215-233.
- International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facialpain. *Cephalalgia* 2018; 24: 1-151.
- Evans RW. Diagnostic testing for migraine and other primary headaches. *Neurol Clin* 2019; 37(4): 707-25.
- 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.
- Kim S, Bae D-W, Park S-G, Park J-W. The impact of Pain-related emotions on migraine. *Sci Rep* 2021; 11(1): 577.
- Mortazavi-Nasiri FS, Pakdaman Sh, Dehghani M. The Association of Catastrophizing and Pain-Related Anxiety with Headache-Related Disability in Patients Suffering from Migraine. *J Res Behav Sci* 2015; 13(4): 609-16. [in Persian].
- Cimpean A, David D. The mechanisms of pain tolerance and pain-related anxiety in acute pain. *HealthPsycholOpen* 2019; 6(2): 2055102919865161.
- Daly LE, Dolan RD, Power DG, Ní Bhuachalla É, Sim W, Cushen SJ, et al. Determinants of quality of life in patients with incurable cancer. *Cancer* 2020; 126(12): 2872-2882.
- McMahon S, Koltzenburg M, Tracey I, Turk D. Wall & Melzack's Textbook of Pain. Elsevier: Churchill: Livingstone; 2013: 121.
- 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.
- Fumero A, Peñate W, Oyanadel C, Porter B. The Effectiveness of Mindfulness-Based Interventions on Anxiety Disorders. A Systematic Meta-Review. *EJIHPE* 2020; 10(3): 704-719.
- Burgess EE, Selchen S, Diplock BD, Rector N A. A Brief Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) Intervention as a Population-Level Strategy for Anxiety and Depression. *Int J Cogn Ther* 2021; 20: 1-19.
- Aboutalebi H, Yazdchi N, Smkhani Akbarinejad H. Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy on Resilience and Intensity of Pain Experience of Women With Chronic Headache. *J Anesth Pain* 2021; 13(1): 1-13. [in Persian].
- Elham A, Golparvar M, Sajadian I. Comparison the Effectiveness of Cognitive Behavioral therapy focused on Insomnia with Mindfulness Based Cognitive therapy and Fordyce Happiness training on Pain Anxiety in Women with Migraine. *J Anesth Pain* 2022; 13(1): 60-76. [in Persian].
- Mohammadpour M, Rafinia P, Sabahi P, Najafi M. Effectiveness of Mindfulness-based Therapy (MBCT) in Comparison with Acceptance and Commitment-based Therapy (ACT) in Improving the Quality of Life and its Components in Epileptic Patients. *JMPR* 2020; 15(57): 1-18. [in Persian].
- Chen S. An online solution focused brief therapy for adolescent anxiety during the novel coronavirus disease (COVID-19) pandemic: a structured summary of a study protocol for a randomised controlled trial. *Trials* 2020; 21(1): 403.
- Choi JJ. The Role of the Solution-Focused Brief Therapist in Client-Led Problem Talks. *AJFT* 2021; 49(1): 1-17.
- Smkhani Akbarinejad H, NaghizadehAlamdari M.

- Comparison of the Effectiveness of Acceptance & Commitment Therapy with Short-term Solution-focused Therapy on the Self-efficacy & Resilience of Female Students with Chronic Headache. *J Anesth Pain* 2021; 12(2): 1-18. [in Persian].
20. Gameian D, Hosseinsabet F, Motamedi A. Effectiveness of Brief Solution-focused Group Therapy on Quality of Life and Self-efficacy of Multiple Sclerosis Women. *JCP* 2019; 10(3): 13-22. [in Persian].
21. Nasirnejhad F, Poyamanesh J, FathiAgdam G, Jafari A. The effectiveness of mindfulness-based therapy and short-term solution-focused therapy on the resilience and happiness of women with Multiple Sclerosis. *Feyz* 2020; 24(5): 536-544. [in Persian].
22. McCracken LM, Dhingra L. A short version of the Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20): preliminary development and validity. *Pain Res Manag* 2002; 7(1): 45-50.
23. Kleiman V, Clarke H, Katz J. Sensitivity to pain traumatization: A higher-order factor underlying pain-related anxiety, pain catastrophizing and anxiety sensitivity among patients scheduled for major surgery. *Pain Res Manag* 2011; 16(3): 169-77.
24. Davoudi I, Zargar Y, MOzaffaripour E, Nargesi F, Molah K. The relationship between pain catastrophizing, social support, pain-related anxiety, coping strategies and neuroticism, with functional disability in rheumatic patients. *Quarterly Journal of Health Psychology* 2012; 1(1): 59-73. [in Persian].
25. Rafiei N, Sharifian Sani M, Rafiey H, Behnampour N, Foroozesh K. Reliability and Validity of Persian Version of "Quality of Life Index". *J Mazandaran Univ Med Sci* 2014; 24(116): 75-83. [in Persian].
26. Segal ZV, Williams JM, Teasdale JD. *Mindfulness Based cognitive therapy for depression*. 3rd ed. New York: The Guilford Press;2013. p.86.
27. De Shazer S. *Words were originally magic*. 1st ed. New York: Norton; 1994. p30.
28. Kim H. Client growth and alliance development in solution-focused brief family therapy. Unpublished PhD. Thesis, The State University of New York at Buffalo 2006:44.