



Comparing the effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness and meaning therapy on pain self-efficacy and quality of life in men with chronic headache

Anita Miragapourtarrah¹, Kimia Asadian², Hadi Smkhani Akbarinejhad^{3*}

1. MA in General Psychology, University College of Nabi Akram Azarbaijan, Tabriz, Iran
2. MA in General Psychology, University College of Nabi Akram Azarbaijan, Tabriz, Iran
3. Department of Psychology, University College of Nabi Akram, Tabriz, Iran

ABSTRACT

Aim and background: The psychological problems of chronic headache patients should be considered in addition to physical problems. The present study aim was to compare the effectiveness of cognitive therapy on pain self-efficacy and quality of life of the men with chronic headache.

Material and Methods: The research method is semi-experimental with a pre-test design and follow-up control group. The statistical society of men suffering from chronic headache in Tabriz city was formed in 1401. 45 people were randomly divided into three groups (15 people into each group) using the purposeful sampling method. The experimental groups received the treatment specific to their group in 6 and 8 sessions, respectively. The control group did not receive treatment. The measurement tools were Nikolus pain self-efficacy and SF quality of life questionnaires. The data were analyzed by analysis of variance with repeated measures and post hoc test of extraversion.

Results: In the pre-test, the mean and standard deviation of pain self-efficacy and quality of life scores were not significantly different in the experimental and control groups ($P>0/05$). Both treatments increased men's pain self-efficacy and quality of life in the post-test compared to the control group ($P<0/001$). In the follow-up phase, the effect of these two treatments was permanent. The effect of these treatments on pain self-efficacy and quality of life of men with chronic headache was the same in the post-test and follow-up stages ($P>0/05$).

Conclusion: It seems that cognitive therapy based on mindfulness and meaning therapy has probably been effective by reducing headache catastrophizing and as a result reducing the fear associated with pain and intensity of the headache and therefore increasing the resilience of men with chronic headache. Therefore, it may be considered a useful preventive strategy.

Keywords: Mindfulness, Meaning therapy, Pain self-efficacy, Quality of life, Men with chronic headache

►Please cite this paper as:

Miragapourtarrah A, Asadian K, Smkhani Akbarinejhad H [Comparison of the effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness and meaning therapy on pain self-efficacy and quality of life in of men with chronic headache (Persian)]. J Anesth Pain 2024;15(1): 1-12.

Corresponding Author: Hadi Smkhani Akbarinejhad, Department of Psychology, University College of Nabi Akram, Tabriz, Iran

Email: Hadiakbarinejhad@yahoo.com

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۱۵، شماره ۱، بهار ۱۴۰۳

مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و معنا درمانی بر خودکارآمدی درد و کیفیت زندگی مردان مبتلا به سردرد مزمن

آنیته میراقاپورطراح^۱، کیمیا اسدیان^۲، هادی اسمخانی اکبری نژاد^{۳*}

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، موسسه آموزش عالی نبی اکرم (ص) آذربایجان، تبریز، ایران
۲. کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، موسسه آموزش عالی نبی اکرم (ص) آذربایجان، تبریز، ایران
۳. گروه روانشناسی، موسسه آموزش عالی نبی اکرم (ص)، تبریز، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۹/۱۸

تاریخ بازبینی: ۱۴۰۲/۷/۱۳

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۵/۶

چکیده

زمینه و هدف: علاوه بر مشکلات جسمانی، باید به مشکلات روانشناختی بیماران سردرد مزمن نیز توجه شود. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و معنا درمانی بر خودکارآمدی درد و کیفیت زندگی مردان مبتلا به سردرد مزمن صورت گرفت.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش، نیمه تجربی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری را مردان مبتلا به سردرد مزمن شهر تبریز در سال ۱۴۰۱ تشکیل دادند. ۴۵ نفر با روش نمونه گیری هدفمند انتخاب، به صورت تصادفی در سه گروه قرار گرفتند (هر گروه ۱۵ نفر). گروه‌های آزمایشی، درمان مختص گروه خود را به ترتیب در ۸ و ۶ جلسه دریافت کردند. گروه کنترل درمانی دریافت نکرد. ابزارهای اندازه گیری، پرسشنامه‌های خودکارآمدی درد Nikolus و کیفیت زندگی Sf بودند. داده‌ها توسط آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرنی تحلیل شدند.

نتایج: در پیش آزمون، میانگین و انحراف معیار نمره خودکارآمدی درد و کیفیت زندگی در گروه‌های آزمایش و کنترل اختلاف معنی داری نداشت ($P > 0/05$) هر دودرمان در مقایسه با گروه کنترل، خودکارآمدی درد و کیفیت زندگی مردان را در پس آزمون افزایش داد ($P > 0/001$). در مرحله پیگیری، اثر این دو درمان ماندگار بود ($P > 0/001$). تاثیر این درمان‌ها بر خودکارآمدی درد و کیفیت زندگی مردان مبتلا به سردرد مزمن در مراحل پس آزمون و پیگیری یکسان بود ($P > 0/05$).

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و معنا درمانی احتمالاً با کاهش فاجعه آمیز کردن سردرد، و در نتیجه کاهش ترس مرتبط با درد در کاهش شدت سردرد، و از این رو در افزایش تاب آوری مردان مبتلا به سردرد مزمن موثر بوده است، بنابراین ممکن است راهبرد پیشگیرانه مفیدی تلقی شود.
واژه‌های کلیدی: ذهن آگاهی، معنا درمانی، خودکارآمدی درد، کیفیت زندگی، مردان مبتلا به سردرد مزمن

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

پست الکترونیک: Hadiakbarinejad@yahoo.com

مقدمه

سر درد مزمن (Chronic headache) یک اختلال بسیار شایع است که بیشتر از ۱۵ روز در ماه و به مدت بیش از ۳ ماه اتفاق می افتد^(۱). سر درد مزمن انواع مختلفی دارد که شامل میگرن و سر درد تنشی و سر درد سرویکوژنیک است^(۲). شایع ترین نوع سر درد، سر درد تنشی است^(۳). سر درد تنشی (Tension headache) نوعی سر درد تکرارشونده است که از چند دقیقه تا چند هفته طول می کشد و در آن نوع درد معمولاً فشاردهنده و سفت شونده با شدت ضعف تا متوسط و دوطرفه است و با فعالیت جسمانی تشدید نمی شود^(۴). انجمن بین المللی سر درد (International behavioral society) سر درد تنشی را به دو نوع دوره ای (Periode) و مزمن طبقه بندی کرده است^(۵). سر درد سرویکوژنیک (Cervicogenic headache) یک درد بسیار رایجی است که از ناحیه پس سری شروع شده و به نواحی پیش پیشانی - گیجگاهی و اطراف چشم منتشر می شود و از ناحیه استخوانها و عضلات گردن و مشکلات عصبی نشات می گیرد^(۶). سر درد مزمن با محدود ساختن فعالیتهای روزمره زندگی، اختلال در روابط خانوادگی، اجتماعی، ایجاد فشارهای اقتصادی کیفیت زندگی را به شدت تحت تاثیر قرار می دهد^(۷). این امر باعث تضعیف روحیه فرد، ترس، درماندگی، اضطراب، افسردگی و کاهش تاب آوری و احساس خودکارآمدی پایین در مدیریت درد می شود^(۸). خودکارآمدی درد (-Pain self) efficacy به میزان اعتماد فرد به توانایی ها خود برای انجام گروهی از فعالیت ها با وجود درد اشاره دارد^(۹). ناکارآمدی در مدیریت درد باعث شکل گیری ترس فزاینده از پیشرفت بیماری در بسیاری از بیماری های مزمن از جمله سردردها می شود^(۱۰).

علی رغم پیشرفت در کالبد شناسی، فیزیولوژی، زیست شناسی، شیمیایی درد و ساخت داروی جدید همچنان سر درد به عنوان مشکل قابل توجهی در نظر گرفته می شود در همین راستا مشاهده می شود استفاده از دارو تنها ۳۰ تا ۴۰ درصد از مشکلات بیماران مبتلا به سر درد مزمن را تخفیف می دهد^(۱۱). بسیاری از بیماران مبتلا به سر درد مزمن علی رغم مداخلات دارویی همچنان درد را تجربه می کنند و اگر با سردردشان سازگار نباشد کیفیت زندگی شان تحت تاثیر قرار می گیرد و تاب آوری شان در برابر سر درد کاهش می یابد^(۱۲). کیفیت زندگی (Quality of life)

مبتنی بر سلامت شرایطی است که در آن بیمار از وضعیت عاطفی، اقتصادی، فرهنگی، معنوی احساس رضایت می کند که ابعاد فیزیکی و روانی و اجتماعی دارد و در واقع احساسی است که بیمار از سلامتی خود را دارد^(۱۳). از این رو پیشرفت های نظری و رشد پژوهش ها مبانی لازم را برای مفهوم سازی سر درد به عنوان یک اختلال روانی فیزیولوژیکی فراهم آورده و سرانجام باعث استفاده از درمان های روان شناختی برای سر درد شده است یک بررسی فراتحلیلی نشان داده که مداخلات رفتاری ۳۵٪ تا ۵۵٪ سبب بهبود میگرن و سر درد تنشی شده است^(۱۴). از این رو توجه به مداخلات روانشناختی و رفتاری نظیر مشاوره و روان درمانی در حل مشکلات بیماران مبتلا به سر درد مزمن مهم می نماید که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (Cognitive behavioral based on mindfulness) و معنادرمانی (Meaning therapy) از آن جمله اند^(۱۵). تمرین های شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به گونه ای طراحی شده اند که توجه به بدن را افزایش می دهند به عنوان یکی از درمان های موثر بر کاهش درد مزمن و شناخت های منفی همراه آن شناخته شده است این درمان به بیماران کمک می کند که چگونه از احساسات بدنی و افکار و هیجانهای خود آگاه شوند و به شکل غیر مستقیم با کاهش میزان استرس، پاسخ سازگاران به علایم هشداردهنده عود بیماری نشان دهند^(۱۶). اصول اساسی این درمان حضور در زمان حال و قضاوت نکردن است^(۱۷). این درمان بر کاهش شدت بهزیستی روان شناختی افراد مبتلا به سر درد میگرنی^(۱۸)، بر تاب آوری و شدت تجربه درد در بیماران مبتلا به سر درد مزمن^(۱۹)، بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سر درد^(۲۰)، اثربخش است. ویکتور فرانکل (Viktor Frankl) در سال ۱۹۲۶ در یک سخنرانی عمومی برای اولین بار از اصطلاح معنادرمانی استفاده کرد. او دو سطح از معناجویی را مطرح می کند. سطح اول معنای حاضر یا معنا در زمان حال است و سطح دوم، «فرامعنا» نام دارد که هر شخصی به دنبال زندگی خود است^(۲۱). معنادرمانی با در نظر گرفتن گذرایی از زندگی و وجود انسانی به جای بدبینی و انزوا انسان را به تالش و فعالیت فرا می خواند و بیان می کند که آنچه انسان ها را از پای در می آورد رنج ها و سرنوشت نامطلوبشان نیست بلکه بی معنا شدن زندگی است که مصیبت بار است. از این رو

ملاک های خروج از مطالعه (غیبت بیش از ۲ جلسه در درمان، بیماری های جدی به غیر از سردرد مزمن، برخورداری همزمان با پژوهش حاضر از جلسات مشاوره و رواندرمانی فردی و گروهی) بودند. با بهره گیری از نرم افزار G پاور و حجم نمونه مطالعات نیمه آزمایشی گذشته، حجم نمونه مطالعه حاضر ۴۵ نفر (۱۵ نفر برای هر گروه) تعیین گردید. توضیح این که حجم نمونه بزرگتر از ۱۵ نفر در رواندرمانی های گروهی ممکن است کیفیت درمان و پویایی گروه های درمانی را پایین بیاورد. شایان ذکر است که تمام اصول اخلاقی در این مقاله رعایت گردیده است. شرکت کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. اطلاعات آن ها محرمانه نگه داشته شد. در پایان درمان، گروه کنترل نیز تحت مداخله قرار گرفت. برای برگزاری جلسات درمانی، از افراد هیچ هزینه ای دریافت نشد. کد اخلاق پژوهش حاضر (IR.IAU.Z.REC.1401.090) بود. اطلاعات جمعیت شناختی که از نمونه ها جمع آوری شدند شامل سن، مدت زمان ابتلا به سردرد مزمن، مدت زمان استفاده از داروهای سردرد و مقطع تحصیلی بود.

پرسشنامه خودکار آمدی درد: این پرسشنامه ۱۰ سوالی، براساس نظریه Bandura درمورد خودکار آمدی میباشد و به منظور ارزیابی باور بیمار از تواناییش در انجام فعالیت های گوناگون علی رغم وجود درد توسط Nikolus ساخته شده است و کار آمدی و بسندگی فرد در زندگی با درد ارزیابی میکند. پاسخ گویی به سوالات این پرسشنامه در مقیاس لیکرت یک تا شش درجه ای بوده و دامنه نمرات بین ۱۰ تا ۶۰ متغیر میباشد. نمره بیش تر بیانگر باور قدرتمندتر در انجام فعالیت های روزمره علی رغم وجود درد است. برای بررسی اعتبار پرسشنامه، اصغری مقدم و همکاران ضرایب باز آزمایشی پرسشنامه را با فاصله زمانی ۹ روز ($P=0/001$) گزارش کرده اند. ضرایب اعتبار آزمون را با استفاده از روش های آلفای کرونباخ، روش تنصیف و روش بازآزمایی به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۸۱، ۰/۷۷ به دست آوردند که بیانگر پایایی مطلوب و رضایت بخش آزمون است. جولایی ها در پژوهش خود آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۹۲۱ به دست آورده است. آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حقیقت و همکاران ۰/۸۹ به دست آمده است.

معنایابی در زندگی می تواند تاثیرات عمیقی بر کاهش مشکلات روان شناختی گروه های مختلف بیماران داشته باشد (۲۲). پژوهش های مختلف حاکی از این است که این درمان بر کاهش اضطراب مرگ و ناامیدی و افزایش تاب آوری زنان مبتلا به ام اس (۲۳)، افزایش کیفیت زندگی نشانگان افت روحیه در بیماران مبتلا به ایدز (۲۴)، بر امید به زندگی و بهزیستی روان شناختی بیماران مبتلا به ویروس کرونا (۲۵) موثر است. به نظر می رسد این دو درمان می توانند بر خودکارآمدی درد و کیفیت زندگی مردان مبتلا به سردرد مزمن تاثیر بگذارد. با این حال در خصوص اثربخشی آن ها بر خودکارآمدی درد و کیفیت زندگی مردان مبتلا به سردرد مزمن و همچنین مقایسه اثربخشی آن ها هیچ پژوهش صورت نگرفته است. از این رو هدف پژوهش حاضر این است که اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و معنادرمانی بر خودکارآمدی درد و کیفیت زندگی مردان مبتلا به سردرد مزمن را مقایسه کند.

مواد و روش ها

روش پژوهش حاضر، نیمه تجربی و طرح آن از نوع پیش آزمون پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه مردان مبتلا به سردرد مزمن شهرستان تبریز بود که در سال ۱۴۰۱ به کلینیک های تخصصی مراجعه کردند. برای نمونه گیری از روش نمونه گیری غیر احتمالی در دسترس مبتنی بر هدف استفاده شد؛ به طوری که پس از کسب رضایت از انجمن و بیماران که به دلیل درگیر بودن با سردرد مزمن و سپس با در نظر گرفتن معیارهای ورود (سن بین ۲۵ تا ۴۵، تحصیلات حداقل دیپلم، ابتلا به سردرد مزمن پیش از ۴ سال، مدت زمان مصرف داروهای سردرد) پرسشنامه های خودکارآمدی درد Nikolus و پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 در بین ۱۷۶ نفر از آن ها که مایل به شرکت در پژوهش بودند اجرا شد (توضیح این که پرسشنامه ها توسط مردان و در حضور پژوهشگران پرشدند)، و از بین آن هایی که در این پرسشنامه ها یک انحراف معیار پایین ترازمیانگین نمره کسب کردند (۱۲۷ نفر) ۴۵ نفر انتخاب شدند و به صورت تصادفی (به شیوه قرعه کشی از طریق پرتاب سکه) به دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل تقسیم گردیدند (هر گروه ۱۵ نفر).

جدول ۱. جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی طبق برنامه درمانی Segal و همکاران

| جلسه | شرح جلسات |
|-------------|---|
| اول | هدف: آگاهی بیشتر از احساسات، افکار و حس های بدنی لحظه به لحظه و تجربه بودن در لحظه. موضوع: توضیح درباره اهمیت حضور در لحظه حال و بودن در در اینجا و اکنون و باز کردن مفهوم ذهن آگاهی برای اعضا با استفاده از چند فن و یاد گرفتن انجام روزمره همراه با توجه کردن به آن ها. |
| دوم | هدف: توجه به احساسات و افکار و گسترش و پذیرش افکار و احساسات ناخوشایند. موضوع: پی بردن به ذهن سرگردان و تمرین توجه به بدن، احساس جسمی و فیزیکی و توجه به تنفس. |
| سوم | هدف: مهارت های پاسخگویی به فکر یا احساس ناخوشایند. موضوع: آرام گرفتن ذهن سرگردان با تمرین تنفس و مرور بدن، مراقبه نشسته و انجام تمرین هایی که توجه را به لحظه حال می آورند. |
| 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، بی انگیزه بودن در کارها، بی نتیجه دانستن فعالیت ها یا اجتناب از موقعیت های سخت زندگی، ارزش های 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 روان شناختی. موضوع: تغییر خلق و افکار از طریق تلقی افکار به عنوان فقط فکر و نه واقعیت بودن از نشانه های کاهش بهزیستی روان شناختی، و تنظیم برنامه برای روبرو شدن احتمالی با نشانه های کاهش بهزیستی روان شناختی. |
| هفتم و هشتم | هدف: آگاهی از تغییرات جزئی خلق. موضوع: هشیار برنامه ریزی برای آینده و استفاده از فنون حضور در لحظه ادامه زندگی و تعمیم آن ها به کل جریان زندگی. |

جدول ۲. جلسات معنادرمانی به صورت گروهی طبق برنامه درمانی Andreson

| جلسه | شرح جلسات |
|-------|--|
| اول | آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و با مشاور و فرآیند مشاوره |
| دوم | آشنایی با رویکرد معنادرمانی |
| سوم | پذیرش مسولیت فرد نسبت به خود و دیگران |
| چهارم | یافتن هدف در زندگی |
| پنجم | بررسی موضوع مرگ و زندگی |
| ششم | غلبه بر یاس و ناامیدی |
| هفتم | نگرش و احساسات افراد در زندگی |
| هشتم | خلاصه پایان جلسات گروهی، اجرای پیش آزمون |

جسمی، سلامت روان و نشاط است، که ضرایب آلفای گزارش شده برای آن ها به ترتیب ۰/۹۹، ۰/۸۵، ۰/۷۱، ۰/۶۵، ۰/۷۷، ۰/۸۴، ۰/۸۱ و ۰/۷۷ بوده که نشانگر ثبات درونی خوب این ابعاد است. حداقل نمره در این پرسشنامه ۳۶ و حداکثر ۱۸۰ است.

پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36: این پرسشنامه شامل ۳۶ سوال با پاسخ های چند گزینه ای (ضعیف (۱) تا عالی (۵)) است و دیدگاه فرد را نسبت به سلامت می سنجد. این مقیاس دارای ابعاد هشت گانه عملکرد جسمی، محدودیت جسمی، درد

متغیر های مستقل: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و معنادرمانی

متغیر های وابسته: خودکارآمدی درد و کیفیت زندگی برای تحلیل آماری از نسخه ۲۴ نرم افزار SPSS استفاده شد. جهت بررسی فرضیه پژوهش از آنالیز واریانس با اندازه گیری های مکرر و آزمون تعقیبی بونفرنی، و برای مقایسه سن، مدت زمان ابتلا به بیماری سردرد مزمن، مدت زمان استفاده از داروهای سردرد آزمودنی از آنالیز واریانس، و برای مقایسه مقطع تحصیلی آن ها از آزمون خی دو استفاده شد. در این پژوهش سطح معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها

در جدول ۳، یافته های توصیفی متغیرهای سن، مدت زمان ابتلا به سردرد مزمن، مدت زمان استفاده از داروهای سردرد، شغل و سطح تحصیلات آزمودنی ها آورده شده است. در جدول ۳، سطوح معنی داری به دست آمده نشان می دهند که بین سه گروه از نظر سن، مدت زمان ابتلا به سردرد مزمن، مدت زمان استفاده از داروهای سردرد شغل و سطح تحصیلات تفاوت معنی دار وجود ندارد ($p < 0/05$). در بررسی پیش فرض های آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر، آزمون شاپیرو ویلک نشان دادند که پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیر های مورد مطالعه در نمونه مورد بررسی محقق شده است؛ زیرا مقادیر Z محاسبه شده در سطح ($P > 0/05$) معنی دار نیستند. در آزمون ام باکس، از آن جایی که F متغیر های خودکار آمدی درد ($F=2/561$) و کیفیت زندگی ($F=3/091$) به ترتیب در سطح ۰/۳۰۱ و ۰/۴۵۷ معنی دار نبودند، می توان گفت که مفروضه همسانی ماتریس کوواریانس برای متغیر ها برقرار شده است. همچنین نتایج آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس خطا در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نشان داد که با توجه به عدم معنی داری مقدار F متغیرها در سطح خطای کوچکتر از ۰/۰۵ میتوان گفت که واریانس خطای متغیر پژوهش در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با هم برابر بوده و از این جهت فرض همسانی واریانس های خطا نیز برقرار است. در آخر، آزمون کرویت موخلی نشان دادند با توجه به این که مقدار کرویت موخلی

نمره بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بیش تر است. این پرسش نامه سوالاتی چون "به طور کلی، سلامتی خود را چگونه توصیف می نمایید" دارد. مقیاس های 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 مقیاس های پرسش نامه را توجیه می نمود. این پرسش نامه از پایایی و روایی لازم برخوردار است. پس از اجرای پیش آزمون، اعضای گروه آزمایش اول طی هشت جلسه ۹۰ دقیقه ای (دوماه هفتگی ای یک جلسه) شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را به صورت گروهی طبق برنامه درمانی Williams, Segal, Teasdale دریافت کردند (جدول ۱). اعضای گروه آزمایش دوم نیز طی هشت جلسه ۹۰ دقیقه ای (دوماه هفتگی ای یک جلسه) معنادرمانی را به صورت گروهی طبق برنامه درمانی Anderson دریافت کردند (جدول ۲)؛ اما اعضای گروه کنترل هیچ درمانی را دریافت نکردند. جلسات درمانی در یک مرکز مشاوره خصوصی در شهر تبریز توسط یک متخصص مشاوره با درجه دکتری، و یک کارشناس ارشد روانشناسی برگزار شدند. برای جلوگیری از تبادل اطلاعات بین افراد گروه های آزمایش، از آن ها خواسته شد تا چهار ماه پس از اتمام درمان، درباره محتوای جلسات با یکدیگر گفتگویی نداشته باشند. بعد از اتمام جلسات (پس آزمون) و چهار ماه پس از اتمام درمان (پیگیری)، اعضای هر سه گروه با استفاده از ابزارهای اندازه گیری ارزیابی شدند. جهت جلوگیری از ریزش اعضای گروه ها، حین مصاحبه اولیه با تک تک آن ها از اعضا خواسته شد تعهد خود را نسبت به شرکت در کل جلسات حفظ کنند. این امر در طول جلسات نیز رصد می شد و همبستگی گروهی که بین اعضا ایجاد شده بود، مانع ریزش افراد گروه گردید.

فرضیه پژوهش: مقایسه اثربخشی درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و معنادرمانی بر خودکار آمدی درد و کیفیت زندگی مردان مبتلا به سردرد مزمن متفاوت است.

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهند که بین نمرات متغیر خودکارآمدی 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 خودکارآمدی درد و کیفیت زندگی در گروه‌های آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری دارد ($P < 0/00$).

(۰/۶۵۰) متغیر خودکارآمدی درد در سطح خطای داده شده (۰/۵۵۱) و مقدار کروییت موخلی (۰/۶۰۰) متغیر کیفیت زندگی در سطح خطای داده شده (۰/۴۹۰) معنی‌دار نیست، می‌توان کروییت ماتریس واریانس-کواریانس متغیرهای وابسته را پذیرفت؛ بنابراین، این پیش‌فرض نیز برقرار است.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار سن، مدت زمان استفاده از داروهای سردرد، شغل و سطح تحصیلات آزمودنی‌ها (تعداد در هر گروه ۱۵ نفر)

| متغیر | گروه آزمایش ۱ | گروه آزمایش ۱ | گروه کنترل | p-value |
|------------------------------------|---------------|---------------|------------|----------|
| سن | ۳۹/۷۳±۵/۲۴ | ۳۹/۹۳±۵/۷۱ | ۳۹/۰۰±۴/۲۹ | *.۰/۸۷۱ |
| سردرد (به سال) از استفاده زمان مدت | ۵/۲۷±۱/۰۳ | ۴/۷۳±۰/۷۰ | ۴/۹۳±۰/۹۶ | *.۰/۲۸۰ |
| کارمند | ۸ (۵۳/۳٪) | ۷ (۴۶/۶٪) | ۹ (۶۰٪) | **.۰/۱۱۳ |
| شغل آزاد | ۷ (۴۶/۶٪) | ۸ (۵۳/۳٪) | ۶ (۴۰٪) | |
| سطح تحصیلات | ۵ (۳۳/۳٪) | ۴ (۲۶/۶٪) | ۵ (۳۳/۳٪) | **.۰/۰۷۲ |
| فوق لیسانس و بالاتر | ۴ (۲۶/۶٪) | ۵ (۳۳/۳٪) | ۴ (۲۶/۶٪) | |

نوع آزمون: تحلیل واریانس یک‌راهه *، خی‌دو*، اختلاف معنی‌دار $p < 0/05$

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

| متغیر | گروه | پیش‌آزمون انحراف معیار ± میانگین | پس‌آزمون انحراف معیار ± میانگین | پیگیری انحراف معیار ± میانگین | سطح معنی‌داری تغییرات بین گروهی | سطح معنی‌داری تغییرات داخل گروهی |
|-------------------|--|-------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|--|
| خودکارآمدی درد | شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی | ۲۹/۰۷±۳/۹۳ | ۳۷/۴۷±۳/۹۹ | ۳۷/۶۰±۳/۹۹ | * $< 0/001P$ | * $< 0/001P$ |
| | معنادرمانی | ۲۶/۶۷±۴/۴۳ | ۳۴/۸۰±۴/۶۴ | ۳۴/۸۰±۴/۶۴ | * $< 0/001P$ | * $< 0/001P$ |
| | کنترل | ۲۷/۸۰±۴/۱۹ | ۲۷/۴۷±۴/۳۸ | ۲۷/۴۷±۴/۳۸ | =۰/۹۱۹P | =۰/۹۱۹P |
| کیفیت زندگی | سطح معنی‌داری در هر مقطع اندازه‌گیری بین گروه‌ها | =۰/۳۰۳P | * $< 0/001P$ | * $< 0/001P$ | - | - |
| | شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی | ۴۰/۱۳±۳/۶۴ | ۴۵/۶۰±۵/۴۶ | ۴۵/۵۳±۵/۴۶ | * $< 0/001P$ | * $< 0/001P$ |
| | معنادرمانی | ۳۹/۴۰±۴/۸۶ | ۴۵/۴۷±۵/۲۳ | ۴۵/۴۹±۵/۱۱ | * $< 0/001P$ | * $< 0/001P$ |
| | کنترل | ۴۰/۴۷±۳/۳۷ | ۴۰/۵۷±۳/۳۷ | ۴۰/۴۰±۳/۲۶ | =۰/۹۵۸P | =۰/۹۵۸P |
| | سطح معنی‌داری در هر مقطع اندازه‌گیری بین گروه‌ها | =۰/۷۵۹P | * $< 0/007P$ | * $< 0/006P$ | - | - |

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

جدول ۵: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره در نمرات متغیرهای پژوهش در گروه های آزمایشی و کنترل

| متغیر | تأثیر | مقدار | F | فرضیه درجه آزادی | خطای درجه آزادی | سطح معناداری | اندازه اثر |
|----------------|-------------|------------|--------|------------------|-----------------|--------------|------------|
| خودکارآمدی درد | زمان | اثر پیلایی | ۲/۶۶۰ | ۲/۰ | ۴۱/۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۲ |
| | زمان*مداخله | اثر پیلایی | ۱۸/۹۳۹ | ۴/۰ | ۸۴/۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۷ |
| کیفیت زندگی | زمان | اثر پیلایی | ۴۵/۹۹۰ | ۲/۰ | ۴۱/۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۹ |
| | زمان*مداخله | اثر پیلایی | ۷/۷۵۰ | ۴/۰ | ۸۴/۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۲۷ |

$p < 0.05$ * اختلاف معنادار

جدول ۶: مقایسه های زوجی برای متغیرهای پژوهش بر اساس آزمون تعقیبی بونفرونی بیماران آسیب طناب نخاعی شهر تبریز در سال ۱۴۰۱

| متغیر | گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در مقایسه با گروه کنترل | گروه معنادرمانی در مقایسه با گروه کنترل | گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در مقایسه با معنادرمانی |
|----------------|--|---|--|
| خودکارآمدی درد | تفاوت میانگین ها | تفاوت میانگین ها | تفاوت میانگین ها |
| | ۱۰/۰۰۰ | ۷/۳۳۳ | ۲/۶۶۷ |
| کیفیت زندگی | ۵/۱۳۳ | ۵/۰۰۰ | ۰/۱۳۳ |
| | *۰/۰۱۶ | *۰/۰۲۰ | *۰/۰۰۱ |

$p < 0.05$ * اختلاف معنادار

در موقعیت های عملی دارای قدرت بیش تری نسبت به سایر آزمون ها است، نتایج آن در جدول ۵ گزارش شده است. اطلاعات بخش اول جدول ۵ در مورد متغیر خودکارآمدی درد بیان میکند که بین نمرات این متغیر در سه بار اجرای پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری، تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین بخش دوم نتایج این جدول حاکی از آن هستند که بین نمرات متغیر خودکارآمدی درد در سه بار اجرای پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در گروه های آزمایش (شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و معنادرمانی) و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد؛ به عبارت دیگر بین زمان و مداخله تعامل وجود دارد. اندازه اثر به دست آمده برای متغیر خودکارآمدی درد ۰/۴۷ نشان می دهد که ۴۷٪ از تغییرات متغیر خودکارآمدی درد مربوط به اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و معنادرمانی بوده است. علاوه بر این، اطلاعات بخش اول جدول ۵ برای متغیر کیفیت زندگی بیان می کند که بین نمرات این متغیر در سه بار اجرای پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری، تفاوت معنی داری وجود دارد. همچنین بخش دوم نتایج این جدول نشان می دهد که بین نمرات متغیر کیفیت زندگی در سه بار اجرای پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در گروه های

علاوه بر این تاثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و معنادرمانی بر خودکارآمدی درد و کیفیت زندگی در مردان مبتلا به سردرد مزمن پس از چهار ماه پیگیری ماندگار بوده است ($P < 0/001$). نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر نشان می دهند که اختلاف میانگین نمره خودکارآمدی درد و کیفیت زندگی در گروه های درمانی با گروه کنترل معنی دار است ($P < 0/001$). نتایج مقایسه های زوجی برای مرحله پیگیری نیز نشان از آن دارند که اختلاف میانگین نمرات خودکارآمدی و کیفیت زندگی در گروه های درمانی با گروه کنترل معنی دار است ($P < 0/001$). از سوی دیگر، نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی حاکی از آن هستند که معنی داری تغییرات بین گروهی به دلیل تفاوت تغییرات گروه های درمانی با گروه کنترل است؛ به طوری که خودکارآمدی درد و کیفیت زندگی گروه های درمانی بیش تر از نمرات گروه کنترل است؛ اما نمره خودکارآمدی درد و کیفیت زندگی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و معنادرمانی متفاوت از یکدیگر نمی باشد؛ بنابراین، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و معنادرمانی در افزایش خودکارآمدی درد و کیفیت زندگی نسبت به یکدیگر برتری ندارند. با توجه به این که آزمون اثر پیلایی

زندگی مردان مبتلا به سردرد مزمن، مقدور نبود؛ ولی می توان گفت که نتایج حاصل از این پژوهش با یافته های مطالعات زیرهمسو می باشد. همچنین، لازم به ذکر است که در هیچ پژوهشی نتایج مغایر با نتایج پژوهش حاضر به دست نیامده تا دلیل ناهمسویی را مورد بحث قرار دهیم. در راستای اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می توان به نتیجه مطالعات زیر مشاهده کرد. Izadikhah و همکاران^(۱۸) در پژوهش خود نشان دادند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر شدت و بهزیستی روانشناختی افراد مبتلا به سردرد میگرنی موثر است. Askary & Esmaeili^(۱۹) در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تاب آوری و شدت تجربه درد بیماران مبتلا به سردرد مزمن اثربخش است. همچنین Mohammadpour و همکاران^(۲۰) در پژوهش خود نتیجه گرفتند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرع موثر است. در پژوهش های جداگانه به این نتیجه رسیدند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودکارآمدی درد و کیفیت زندگی مردان مبتلا به سردرد مزمن اثربخش است؛ که نتایج پژوهش ها به نوعی با نتایج پژوهش حاضر همسو است. توجه به این که هدف از درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در بیماران، تقویت ذهن آگاهی روشن و غیرقضاوتی بودن درباره آن چه در لحظه قابل درک می باشد است، می تواند تغییرات قابل مشاهده های در زندگی بیماران و کارکردهای روان شناختی آن ها ایجاد کند و با توسعه ساز و کارهای دفاعی و کنارآمدن و پذیرفتن درد ناشی از بیماری به ارتقاء بهزیستی روان شناختی بیماران کمک کند^(۲۶). Antonovsky^(۲۷) معتقد بود که تجربیات غیرقابل انتظار و غیرقابل کنترل و وضعیت های بلا تکلیف، احساس انسجام را تضعیف می کند، و می توان پذیرفت که بیماران سردرد مزمن این شرایط را تجربه می کنند؛ در نتیجه آن ها در شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی صرف نظر از مهارت ها و فنون خاصی که فرا گرفته اند، در میزان احساسات مذکور (غیرقابل کنترل و غیرقابل انتزاع بوده اند (کاهش قابل ملاحظه ای داشته اند) و به سبب آن، میزان تاب آوریشان بالا رفته است. در راستای اثربخشی معنا درمانی بر خودکارآمدی

آزمایش (شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و معنا درمانی) و کنترل تفاوت معنا داری وجود دارد؛ به عبارت دیگر، زمان و مداخله تعامل دارند. اندازه اثر به دست آمده برای متغیر کیفیت زندگی ۰/۲۷ نشان می دهد که ۲۷٪ از تغییرات متغیر کیفیت زندگی مربوط به اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و معنا درمانی بوده است. برای بررسی این مهم که نمرات کدام یک از گروه ها در متغیر های خودکارآمدی درد و کیفیت زندگی در مرحله پس آزمون و پیگیری با یکدیگر تفاوت دارند، مقایسه زوجی انجام شد (جدول ۶). نتایج نشان داد که اختلاف میانگین نمرات کدام یک از گروه های آزمایشی با گروه کنترل، معنا دار بوده است ($P < 0/001$)؛ اما اختلاف میانگین نمرات خودکارآمدی درد و کیفیت زندگی در گروه های آزمایشی نسبت به یکدیگر معنا دار نمی باشد ($P > 0/05$). نتایج آزمون تعقیبی بونفرنی نیز حاکی از آن هستند که معنی داری تغییرات بین گروهی، ناشی از تفاوت تغییرات گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و معنا درمانی با کنترل می باشد؛ به طوری که هم در پس آزمون و هم در پیگیری، نمرات خودکارآمدی درد و کیفیت زندگی گروه های درمانی، تفاوت معنا داری با یکدیگر ندارند؛ بنابراین برتری درمان در پس آزمون و پیگیری در افزایش خودکارآمدی درد و کیفیت زندگی به نفع هیچ یک از درمان ها نیست.

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و معنا درمانی بر خودکارآمدی درد و کیفیت زندگی مردان مبتلا به سردرد مزمن انجام شد. نتایج از اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و معنا درمانی بر خودکارآمدی درد و کیفیت زندگی مردان مبتلا به سردرد مزمن حمایت کرد. نتایج نشان داد که همچنین، نتایج نشان داد که تاثیر این دو درمان بر خودکارآمدی درد و کیفیت زندگی مردان مبتلا به سردرد مزمن در پس آزمون و پیگیری با هم متفاوت نمی باشد. تطابق نتایج پژوهش حاضر با پژوهش های مشابه که از لحاظ موضوعی با این پژوهش تطابق داشته باشد، به دلیل نوین بودن معنا درمانی، و از طرفی به سبب دسترس نبودن مقایسه اثربخشی دو درمان بر خودکارآمدی درد و کیفیت

نمونه پژوهش حاضر مردان بین ۲۵ تا ۴۵ ساله مبتلا به بیماری سردرد مزمن شهر تبریز تشکیل می‌دادند که این مورد یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر است و تعمیم یافته‌ها به مردان مبتلا به سردرد مزمن جوان‌تر و مسن‌تر و همچنین مردان و زنان متأهلی که از حمایت همسر برخوردار هستند را دشوار می‌سازد. همچنین در این مطالعه جمع‌آوری داده‌ها توسط پرسشنامه انجام شد که به دلیل خودگزارشی بودن ابزارها، سوگیری در پاسخ دهی محتمل است. پیشنهاد می‌شود پژوهش حاضر در جوامع آماری مختلف و در سایر شهرها اجرا گردد و از سایر روش‌های گردآوری اطلاعات نظیر مشاهده و مصاحبه نیز استفاده شود. به نظر می‌رسد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و معنادرمانی می‌تواند سبب افزایش پذیرش بیماری در بیماران مبتلا به سردرد مزمن شوند، از این رو احتمالاً می‌توانند راهبرد درمانی مفیدی برای ارتقای وضعیت روانی بیماران سردرد مزمن تلقی شوند. 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 این درمان‌ها به صورت فردی و گروهی در زمینه افزایش خودکارآمدی درد و کیفیت زندگی مردان مبتلا به سردرد مزمن استفاده شود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش تقدیر و تشکر کنند.

درد و کیفیت زندگی مردان مبتلا به سردرد مزمن نیز می‌تواند به نتیجه پژوهش Akbarinejhad و همکاران^(۲۳) رسید که معنادرمانی بر کاهش اضطراب مرگ و ناامیدی و افزایش تاب‌آوری زنان مبتلا به ام‌اس اثر بخش است. همچنین Sharifian و همکاران^(۲۴) در مطالعات خود به این نتیجه رسیدند که معنادرمانی بر افزایش کیفیت زندگی و کاهش نشانگان افت روحیه در بیماران ایدز نیز موثر است. Zolfali Pormale و همکاران^(۲۵) نیز به این نتیجه رسیدند که معنادرمانی بر امید به زندگی و افزایش بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به ویروس کرونا اثر بخش است. معنادرمانی با انسان و دنیای او سر و کار دارد، و به فرد این فرصت را می‌دهد تا با نگرانیها و مفاهیم زیربنایی زندگی از قبیل زندگی و مرگ، امید و ناامیدی، رابطه با دیگران یا ماندن در انزوا، انتخاب آزادانه، آگاهی و احساس مسئولیت نسبت به خود و دیگران، تعالی خویشتن و جستجوی معنا در دوره‌های از زندگی که با مرگ نزدیک است مواجه شود. در چنین شرایطی و پس از درک مفاهیم معنادرمانی، فرد مسئولیت‌پذیری بیشتری نسبت به زندگی خود دارد و دگرگونی‌های بنیادین در باورهای خود تجربه میکند که احساس شادکامی و انگیزه در کنار مسئولیت‌پذیری نسبت به خود و دیگران باعث میشود تا افراد به تغییر در رفتار خود نسبت به دیگران و ارتباط با محیط پیرامونشان بپردازند و از این طریق جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی آنها پس از درک معنا و هدف خود در زندگیشان بیشتر می‌شود^(۲۸).

References

3. Goadsby PJ. Headache research in 2020: disrupting and improving practice. *Lancet Neurol* 2020; 20(1): 7-8. DOI: 10.1016/S1474-4422(20)304457-9
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,
1. Boas CT, capobianco DJ, cutrer FM, et al. Headache and other craniofacial pain. In: Bradley WG, Draff RB, Fenichel GM, et al. *Neurology in clinical practice*. 5 ed. London; Butterworth Heinemann, 2008: 2026-2042
2. Haas M, Spegman and efficacy of spinal manipulation for chronic cervicogenic headache: a pilot randomized controlled trial. *The spine journal* 2010; 10(2): 117-128

- in reducing symptoms of depression: A meta-analysis. *EJPC* 2012; 14(3): 279-299.
18. Izadikhah, Akram, Ansari shahidi, Mojtaba, Mojtaba, Rezaei jamaloei.H. Effectiveness of mindful therapy on severity of pain and Psychological well-being in the Patients with migraine Headache, *Journal of Analytical-cognitive psychology*. Spring 2027 Vol. 13/ Issue 48/pp: 55-67.
 19. Esmaili N, Askary P, Saraj Khorami N, Bakhtiarpour S. Mindfulness- Based Cognitive Therapy (MBCT) on Increasing Resilience and Reducing Headache in Migraine Patients. *MJMUMS* 2020; 63(3): 2350-2358.
 20. Mohammadpour M, Rafinia P, Sabahip, Najafi M. Effectiveness of mindfulness the quality of life and its components in Epileptic patients. *JMPR* 2020, 15(57): 1-18
 21. McDonald MJ, Wong PTR, Gingras DT. Meaning-in-life measures and development of a Brief Version of the personal Meaning Profile. In: Wong PTP, Ed. *Personality and clinical psychology series. The human quest for meaning: Theories, research, and applications*. London: Routledge/ Taylor & Francis Group; 2012.P.357-82.
 22. Frankel v, Ed. *Man s search for meaning*. 56 ed. New york: Basic books; 2019. P. 23024.
 23. Akbarinejad H, Bayrampour E, Farooqi P. Comparison of the effectiveness of meaning therapy and therapy based on acceptance and commitment on death anxiety, resilience and hopelessness of women MS. *Islamic Azad University Medical Sciences*. 1400; 31(1): 97-106.
 24. Sharifian M, Akbarpour M, Smkhani Akbarinejad H. Comparison of the effectiveness of Acceptance & Commitment therapy with logotherapy on the quality of life & Pernalization Syndrome of women with AIDS.
 25. Zolfali Pormalek S, Bakhshandeh A, Khorasani F, Smkhani Akbarinejad H. Comparison of the effectiveness of logo therapy with mindfulness-based cognitive therapy on the life expectancy and Psychological well-being of patients with corona virus / Medical cranial neuralgias and facialpain. *Cephalgia* 2018; 24:1-151. DOI: 10.1177/0333102417738202
 6. Hall T, Robinson K. The Flexion- Rotation test and Active cervical Mobility: a comparative Measurment study in cervicogenic Headache *J of Manual Therapy* 2004: 9: 197-202
 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. Hinkle J L, Cheever K H. *Brunner & Suddarths Textbook of Medicalsurgical-nursing*. 14 Ed. Lippincott. Willams & Wilkins, Philadelphia; 2017.
 9. Necholas MK. Physical self-efficacy questionnaire: Taking pain into account. *EJP* 2007; 11(2): 153-63.
 10. Manafi F, Dehshir GH. Fear of disease progression in patients with cancer multiple sclerosis and its relation to emotional problems. *Quarterly Journal of IJHP* 2017; 6(22): 115-130.
 11. McMahan S, Koltzenburg M, Tracey I, Turk D. Wall & Melzack s *Textbook of pain*. Elsevier: Churchill: Livingstone; 2013: 121.
 12. Vaweles 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.
 13. Daly LE, Dolan RD, Power DG, Ni Bhuachalla E, Simw/ Cushen SJ. et al. Determinants of quality of life in patients with in curable cancer. *Cancer* 2020; 126(12): 2872-2882.
 14. Wovels KE, McCracken LM. Acceptance and Values-Based Action in Chronic pain: A study of Treatment Effectiveness and Process. *J Consult & Clin Psyvhol* 2008; (76): 397-407.
 15. Fumero A, Penate W, Oyanadel C, Porter B. The Effectiveness of Mindfulness-Based Interventions on Anxiety Disorders. *Asystematicmeta- Review*. *FJIHPE* 2020, 10(3): 704-719.
 16. Emanuel AS, Updegraff JA, Kalmbach AD, Ciesla J A. The role of mindfulness facets in affective forecasting. *PIDJ* 2010; 49: 815-818.
 17. McCarney RW, Schulz, Grey AR. Effectiveness of mindfulness-based therapies

27. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International* 1996; 11:11-18.
28. Sri Suyanti T, Keliat BA, Helena Catharina Daulima N. Effect of logo-therapy, acceptance, commitment therapy, family psychoeducation on self-stigma, and depression on housewives living with HIV/AIDS. *Enfermería Clínica* 2018; 28: 98-108.
26. Esmaeili N, Askary P, Saraj Khorami N, Bakhtiarpour S. Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) on Increasing Resilience and Reducing Headache in Migraine Patients. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences* 2020; 634:2350-2358.