

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

Mobin Jouyban<sup>1</sup> , Mehdi Biglari Kahlan<sup>1</sup>, Amirhossein Ahdeno<sup>2</sup>, Hadi Smkhani Akbarinejad<sup>3\*</sup> 

1. MA of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Medical sciences, Tabriz, Iran
2. Nursing student, Islamic Azad University, Medical sciences, Tabriz, Iran
3. Dept of Psychology, University College of Nabi AKram, Tabriz, Iran

### ABSTRACT

**Aim and background:** chronic headache affects psychological issues in addition to physical problems; Therefore, in addition to medical interventions, psychological interventions for this group of people should also be addressed. 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 & psychological health in patients with chronic headache.

**Material 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 2025. In total, 45 people were selected using the purposeful sampling method, and were randomly divided into three groups. The experimental groups received the treatment specific to their 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:** There was no significant difference between the scores of pain anxiety & psychological health in the experimental and control groups in the pre-test ( $P < 0.05$ ). The results showed that MBCT and SSFT reduced and increased pain anxiety & psychological health in patients with chronic headache in the post-test, compared to the control group, respectively ( $p < 0.001$ ). The effect of these two treatments on pain anxiety and psychological health at 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 psychological health of chronic headache patients.

**Keywords:** Mindfulness-based Cognitive Therapy, Short-term Solution-focused Therapy, Pain Anxiety, Psychological Health, Chronic Headache

►Please cite this paper as:

Jouyban M, Biglari Kahlan M, Ahdeno AH, Smkhani Akbarinejad H [Comparison the Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy with Short-term Solution-focused Therapy on Pain Anxiety & Psychological Health in Patients with Chronic Headache (Persian)]. J Anesth Pain 2026;16(4): 65-77.

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

**Email:** hadiakbarinejad@yahoo.com

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۱۶، شماره ۴، زمستان ۱۴۰۴

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

مبین جویبان<sup>۱</sup>، مهدی ییگلری کهلان<sup>۱</sup>، امیر حسین عهدنو<sup>۲</sup>، هادی اسمخانی اکبری نژاد<sup>۳\*</sup>

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی، تبریز، ایران

۲. دانشجوی پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی، تبریز، ایران

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

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۹/۲۶

تاریخ بازبینی: ...

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۸/۱۹

### چکیده

**زمینه و هدف:** سردرد مزمن علاوه بر مشکلات جسمانی، مسائل روان شناختی را تحت تأثیر قرار می دهد، از این رو در کنار مداخلات طبی، باید به مداخلات روان شناختی این گروه از افراد نیز پرداخته شود. هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با درمان راه حل محور کوتاه مدت بر اضطراب درد و سلامت روان شناختی 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 ۱۴۰۳ 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.

**نتایج:** بین نمرات اضطراب درد و سلامت روان شناختی در گروه های آزمایش و کنترل در پیش آزمون تفاوت معنی داری وجود نداشت ( $P>0/05$ ). هر دو درمان در مقایسه با گروه کنترل، اضطراب درد و سلامت روان شناختی 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 سلامت روان شناختی ماندگار بود ( $p<0/001$ ). تأثیر این دو درمان بر اضطراب درد و سلامت روان شناختی 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 سلامت روان شناختی بیماران سردرد مزمن شده اند.

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

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

پست الکترونیک: hadiakbarinejhad@yahoo.com

## مقدمه

سردرد تنشی (chronic) که یکی از شایع ترین نوع سردردهاست<sup>(۱)</sup>، سردردی تکرارشونده است که از چند دقیقه تا چند هفته طول می کشند، و در آن، نوع درد معمولاً فشاردهنده و سفت شونده با شدت ضعف تا متوسط و دوطرفه است و با فعالیت های معمول جسمانی تشدید نمی شود<sup>(۲)</sup>. انجمن بین المللی سردرد (international headache society) سردرد تنشی را به دو نوع دوره ای (periodic) و مزمن تقسیم بندی کرده است<sup>(۳)</sup>. سردرد مزمن با محدود ساختن فعالیت های روزمره زندگی، اختلال در روابط خانوادگی، اجتماعی و ایجاد فشارهای اقتصادی، کیفیت زندگی را به شدت تحت تأثیر قرار می دهد<sup>(۴)</sup>. این امر نهایتاً باعث تضعیف روحیه فرد، ترس، تنیدگی، احساس ناامیدی، درماندگی، اضطراب، افسردگی و کاهش سلامت روان شناختی (psychological health)<sup>(۵)</sup> و افزایش اضطراب درد (pain anxiety) در آن ها می شود<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 دامنه ای از کم تا شدید روی می دهد<sup>(۸)</sup>. اضطراب درد جنبه های متنوعی را دربر می گیرد که از آن جمله می توان 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>.

سلامت روان شناختی یکی از ابعاد مهم سلامت و شامل آسایش ذهنی، احساس توانمندی، خودمختاری، کفایت، ارتباط با دیگران و شناخت توانمندی ها جهت تحقق ظرفیت های خود است<sup>(۱۰)</sup>. افراد دارای سلامت روان شناختی بالا مشکلات روان شناختی، عاطفی و شخصیتی کمتری دارند، شادتر هستند، از راهبردهای مقابله ای مناسب برای حل چالش ها استفاده می کنند و امیدواری بیش تری نسبت به زندگی دارند<sup>(۱۱)</sup>.

علی رغم پیشرفت در کالبدشناسی، فیزیولوژی، زیست شناسی شیمیایی درد و ساخت داروهای جدید، همچنان سردرد به عنوان مشکل قابل توجهی در نظر گرفته می شود. در همین راستا، مشاهده می شود که استفاده از داروها برای بیماران مبتلا به

سردرد، تنها ۳۰ تا ۴۰ درصد از مشکلات آن ها را تخفیف می دهد<sup>(۱۲)</sup>. بسیاری از بیماران مبتلا به سردردهای مزمن، علی رغم مداخلات دارویی، همچنان درد را تجربه می کنند و اگر با سردردشان سازگار نشوند، سلامت روان شناختی شان به طور چشم گیری تحت تأثیر قرار می گیرد و تاب آوری شان در برابر سردرد کاهش می یابد. از این رو، پیشرفت های نظری و رشد پژوهش ها، مبانی لازم را برای مفهوم سازی سردرد به عنوان یک اختلال روانی فیزیولوژیکی (اختلال جسمانی که از استرس های روانی و اجتماعی و محیطی تأثیر می گیرد) فراهم آورده و سرانجام باعث استفاده از درمان های رفتاری و روان شناختی برای سردرد شده است. به عنوان مثال یک بررسی فراتحلیلی نشان داده است که مداخلات رفتاری، ۳۵ تا ۵۵ درصد سبب بهبود میگرن و سردرد تنشی شده است<sup>(۱۳)</sup>. همچنین با توجه به مشکلات فراوان روان شناختی بیماران مبتلا به سردرد،

استفاده از روان درمانی های موثر در کنار درمان های دارویی، می تواند سهم قابل ملاحظه ای برای التیام مشکلات این بیماران داشته باشد. اگرچه تاکنون تعدادی درمان ها روان شناختی برای بیماران مبتلا به سردرد طراحی شده است، اما اکثر این پژوهش ها بر تعداد محدودی از جنبه های این بیماری نظیر مشکلات شخصیتی، اجتماعی یا روانی پرداخته اند<sup>(۱۴)</sup> و جنبه های دیگر این بیماری را نادیده گرفته اند. یک راه برای دستیابی به زمینه های روانی، اجتماعی و پزشکی بیماران مبتلا به سردرد و درمان همه جانبه آن ها، در نظر گرفتن درمان های همه جانبه ای است تا تمامی ابعاد و مشکلات بیماران را در برگیرد. بنابراین با توجه به جنبه های مختلف روانی-اجتماعی که بر سلامت روان شناختی بیماران مبتلا به سردرد تأثیر گذارند؛ تدوین درمان های ویژه بیماران مبتلا به سردرد و انجام مداخله کل نگرانه ای در جهت کاهش مشکلات روان شناختی این بیماران ضروری به نظر می رسد. از این رو، توجه به مداخلات روان شناختی و رفتاری، نظیر مشاوره و روان درمانی در حل مشکلات بیماران مبتلا به سردرد مزمن مهم می نماید؛ که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (mindfulness-based cognitive therapy) و

موج سوم رفتاریست و دیگری ماهیتی پُست مدرن و کوتاه مدت دارد مقایسه کند.

### مواد و روش ها

کد اخلاق پژوهش (IR.TABRIZU.REC.1403.544) بود. پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود که در آن از دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل استفاده گردید. متغیرهای مستقل، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان راه حل محور کوتاه مدت، و متغیرهای وابسته، اضطراب درد و سلامت روان شناختی بودند. برنامه های مداخله در زمستان ۱۴۰۳ اجرا شد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه مردان مبتلا به سردرد مزمن شهر تبریز بود که در زمان نمونه گیری (سال ۱۴۰۳) برای درمان سردرد خود به کلینیک های دولتی مغز و اعصاب این شهر مراجعه کرده بودند. روش نمونه گیری، روش هدفمند بود. پس از تصویب کد اخلاق و کسب رضایت از مسئولین کلینیک ها و اخذ رضایت نامه کتبی آگاهانه از بیمارانی که توسط روان پزشک یا متخصص مغز و اعصاب تشخیص ابتلا به سردرد مزمن به آن ها گذاشته شده بود، چون پراکندگی نمره اضطراب درد و سلامت روان شناختی در بین بیماران متنوع بود، از این رو تصمیم گرفتیم فقط افرادی وارد مطالعه شوند که نمره اضطراب درد و سلامت روان شناختی شان در یک بازه مشخص قرار دارد؛ تا آن ها را از منظر نمره اضطراب درد و سلامت روان شناختی هم تاسازی کنیم. بنابراین پرسشنامه های اضطراب درد McCracken و Dhirga، و سلامت روان شناختی Goldberg (توضیح این که در پرسشنامه سلامت عمومی، نمره بالاتر نشان دهنده سلامت روان شناختی ضعیف تر است) در بین ۱۸۸ بیمار اجرا شد و از بین ۱۵۱ نفر که در این پرسشنامه ها به ترتیب یک انحراف معیار بالاتر از میانگین نمره کسب کردند ۴۵ نفر انتخاب، و به صورت تصادفی (به شیوه قرعه کشی) به دو گروه آزمایش ۱ و ۲ (هر کدام ۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) تقسیم شدند. با بهره گیری از نرم افزار G پاور (۵/۰۵=a، اندازه اثر: ۰/۱۵) و حجم نمونه مطالعات نیمه آزمایشی گذشته، حجم نمونه مطالعه حاضر ۴۵ نفر (۱۵ نفر برای هر گروه) تعیین گردید. برای جلوگیری از تبادل اطلاعات بین افراد گروه ها، از آن ها خواسته شد تا چهار ماه پس از اتمام درمان، درباره

درمان راه حل محور کوتاه مدت (short-term solution-focused therapy) از آن جمله اند.

تمرین های شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به گونه ای طراحی شده اند که توجه به بدن را افزایش می دهند. این درمان به بیماران کمک می کند تا یاد بگیرند چگونه از احساسات بدنی، افکار و هیجانات خود آگاه شوند و به شکل غیرمستقیم با کاهش میزان استرس، پاسخ سازگارانهای به علائم هشداردهنده عود بیماری نشان دهند<sup>(۱۳)</sup>. اصول اساسی این درمان حضور در زمان حال و قضاوت نکردن است<sup>(۱۴)</sup>. این درمان بر تاب آوری و شدت تجربه درد بیماران مبتلا به سردرد مزمن<sup>(۱۵)</sup>؛ و بر اضطراب درد بیماران مبتلا به میگرن<sup>(۱۶)</sup>، و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرع<sup>(۱۷)</sup> اثربخش است.

درمان راه حل محور کوتاه مدت مددجویان را افراد شایسته و متبحری می داند که قادرند مشکلات خود را با حداقل کمک از طرف دیگران حل کنند<sup>(۱۸)</sup>. فرض اساسی این درمان این است که مشکل یا مسئله موجود که فرد را به سوی درمان می کشاند، برای تعیین جهت ادامه بحث نیاز نیست. زیرا عامل هر مشکلی لزوماً با راه حل آن مرتبط نبوده و درمان جویان خودشان منابعی را دارند که برای ایجاد تغییر آن ها را به کار خواهند گرفت<sup>(۱۹)</sup>. این درمان بر خودکارآمدی درد و تاب آوری بیماران مبتلا به سردرد مزمن<sup>(۲۰)</sup>؛ و بر کیفیت زندگی<sup>(۲۱)</sup>، تاب آوری و شادکامی<sup>(۲۲)</sup> بیماران مبتلا به ام اس اثربخش است.

به نظر می رسد این دو درمان می توانند بر اضطراب درد و سلامت روان شناختی بیماران مبتلا به سردرد مزمن تأثیر بگذارند. با این حال، در خصوص اثربخشی آن ها بر اضطراب درد و سلامت روان شناختی بیماران مبتلا به سردرد مزمن، و همچنین در راستای مقایسه اثربخشی آن ها بر اضطراب درد و سلامت روان شناختی بیماران مبتلا به سردرد مزمن هیچ پژوهشی در دسترس نیست. از این رو، هدف پژوهش حاضر این است که اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان راه حل محور کوتاه مدت بر اضطراب درد و سلامت روان شناختی بیماران مبتلا به سردرد مزمن را که یکی برآمده از درمان های

ساخته شد<sup>(۲۳)</sup>. پرسشنامه اضطراب درد از چهار زیرمقیاس شناختی، فرار-اجتناب، ترس و فیزیولوژیکی تشکیل شده است<sup>(۲۴)</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>(۲۴)</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>(۲۵)</sup>. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای کل این پرسشنامه ۰/۸۰ به دست آمده است.

پرسشنامه سلامت عمومی Goldberg: این ابزار که توسط Goldberg در سال ۱۹۷۹ ساخته شده است، ۲۸ سوال دارد که از ۴ مقیاس فرعی (الف) علائم جسمانی، (ب) علائم اضطرابی، (ج) کارکرد اجتماعی و (د) افسردگی تشکیل شده که هر مقیاس دارای ۷ پرسش می‌باشد. این پرسشنامه به صورت ۴ درجه‌ای از صفر (اصلاً) تا ۳ (خیلی بیش‌تر از حد معمول) نمره‌گذاری می‌شود. در این پرسشنامه هرچه نمره فرد بیش‌تر باشد وضعیت سلامت روانی وی پایین‌تر خواهد بود. حداقل نمره فرد در این پرسشنامه صفر و حداکثر آن ۸۴ است<sup>(۲۶)</sup>. Goldberg و Williams<sup>(۲۷)</sup> در تحلیل ۴۳ مطالعه، حساسیت آن را ۰/۸۴ و ویژگی آن را ۰/۸۲ گزارش نمودند. Palahang و همکاران<sup>(۲۸)</sup> در اعتباریابی این پرسشنامه روی ۶۱۹ نفر از ساکنان بالاتر از ۱۵ سال شهر کاشان، حساسیت، ویژگی، کارایی و میزان اشتباه طبقه‌بندی در گروه مردان را به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۷۴، ۰/۱۹ و برای زنان را به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۸۴ و ۰/۶۴ گزارش کرد. در پژوهش حاضر، پایایی کل این پرسشنامه توسط آزمون آلفای کرونباخ ۰/۸۲ محاسبه شده است.

پس از اجرای پیش‌آزمون، اعضای گروه آزمایش ۱، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (دو ماه، هفته‌ای یک جلسه) شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را به صورت گروهی، طبق برنامه درمانی Segal و همکاران<sup>(۲۹)</sup> دریافت کردند (جدول ۱). همچنین، اعضای گروه آزمایش ۲، طی ۶ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (دو ماه، هفته‌ای یک جلسه) درمان راه حل محور کوتاه مدت را به صورت گروهی، طبق برنامه

محتوای جلسات با یکدیگر گفتگویی نداشته باشند. جلسات درمانی، توسط یک مشاور با درجه دکتری تخصصی، و دو روان‌شناس بالینی با درجه کارشناسی ارشد و یک دانشجوی پرستاری 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 هروقت مایل بودند می‌توانند از گروه خارج شوند. این امر در طول جلسات هم رصد 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 به غیر از سردرد مزمن (چون سرطان، ایدز)، عدم استفاده از داروهای روان‌پزشکی (چون بنزودیازپین و پروتریپتیلین)، و مصرف داروهای سردرد یکسان به مدت 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 این که این ملاک‌ها در مرحله آزمون اولیه در نظر گرفته شدند). پیش از تقسیم تصادفی افراد به گروه‌های آزمایش و کنترل (به شیوه قرعه‌کشی)، کلیه افراد گروه‌ها به شیوه قرعه‌کشی از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناسی نظیر سن و مدت زمان مصرف داروهای سردرد یکسان همسان شدند (پس از این که ملاک‌های ورود به مطالعه، یعنی سن و مدت زمان مصرف داروهای سردرد یکسان رعایت شد، برای این که 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

درمانی De Shazer<sup>(۳۰)</sup> دریافت کردند (جدول ۲). اعضای گروه کنترل هیچ درمانی را دریافت نکردند. برای تجزیه و تحلیل آماری از نسخه ۲۴ نرم افزار SPSS استفاده شد. جهت بررسی فرضیه پژوهش

از آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه گیری های مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. در این پژوهش سطح معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

جدول ۱:

| جلسه       | محتوا                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| اول        | هدف: آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و با مشاور و فرایند مشاوره؛ 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 این جا و اکنون، و باز کردن مفهوم ذهن آگاهی برای اعضا با استفاده از چند فن، و یا گرفتن انجام امور 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 پاسخ گویی 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 این که 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، فرار یا اجتناب از موقعیت های سخت زندگی، آرزوهای بزرگ داشتن، مقایسه همیشگی وضع موجود خود با وضعیت دلخواه. موضوع: آگاهی کامل از افکار و احساسات و پذیرفتن آن ها بدون قضاوت و دخالت مستقیم.                                                                                                                                 |
| ششم و هفتم | هدف: آگاه شدن از علایم هشدار دهنده بهزیستی روان شناختی. موضوع: تغییر خلق و افکار از طریق تلقی افکار به عنوان فقط فکر و نه واقعیت. هدف: آگاهی از تغییرات جزئی خلق. موضوع: هشیار بودن از نشانه های کاهش اضطراب درد، و تنظیم برنامه برای روبه رو شدن احتمالی با نشانه های کاهش سلامت روان شناختی؛ برنامه ریزی برای آینده و استفاده از فنون حضور در لحظه برای ادامه زندگی و تعمیم آن ها به کل جریان زندگی؛ اختتام جلسات درمانی و اجرای پس آزمون. |

جدول ۲:

| جلسه  | هدف و محتوا                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| اول   | اجرای پیش آزمون - هدف: آشنایی گروه با هم و با درمانگر گروه، بیان قواعد گروه و تعیین چهارچوب ها و بیان اصول کلی درمان راه حل محور کوتاه مدت. تکلیف: شرکت کنندگان موظف شدند برای جلسه بعد هدف های مورد نظر خود را از شرکت در جلسات نوشته و به گروه بیاورند. این اهداف باید متمرکز به تغییراتی باشد که در گروه ایجاد خواهند شد.                                                                                                             |
| دوم   | هدف: کمک به شرکت کنندگان تا بتوانند هدف های خود را به صورتی مثبت، معین، ملموس و قابل اندازه گیری تدوین کنند. تکلیف: از شرکت کنندگان درخواست شد برای جلسه بعد انتظارات و هدف های دیگری را که از خود و زندگیشان دارند بصورتی مثبت، دقیق، ملموس و قابل اندازه گیری نوشته و به جلسه آینده بیاورند.                                                                                                                                           |
| سوم   | هدف: کمک به شرکت کنندگان تا دریابند که از یک واقعه تعبیر متفاوتی وجود دارد، و بتوانند تلقی خود از مشکلات پیش آمده را به شکل مفیدتر تغییر دهند. کمک به آن ها تا به قابلیت ها و منابع خود پی برده و بتوانند یکدیگر را تحسین کنند. تکلیف: از اعضای گروه درخواست شد که در طول هفته جاری به هیچ وجه از خود ایراد نگیرند، و در عوض هر و کار فعالیت مثبتی که از خودشان می بینند را مورد تحسین و قدردانی قرار دهند و گزارش آن را به جلسه بیاورند |
| چهارم | هدف: کمک به شرکت کنندگان 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 شرکت کنندگان درخواست شد که به سوالات مطرح شده بیشتر فکر کنند و لحظات استثنائی مثبت در زندگی شان را تشخیص داده و به جلسه بعد بیاورند.                                                                                                                                     |
| پنجم  | هدف: برهم زدن الگوهای رفتاری مختلی که شرکت کنندگان طراحی کرده اند با استفاده از پرسش معجزه آسا. تکلیف: از شرکت کنندگان درخواست شد درباره سوال مطرح شده در جلسه در منزل فکر کنند و پاسخ ها را برای جلسه بعد بیاورند.                                                                                                                                                                                                                      |
| ششم   | هدف: کمک به اعضا برای این که راه های دیگری برای تفکر، احساس و رفتار به جای آنچه الان انجام می دهند را پیدا کرده، و احساسات جدیدی را تجربه کنند با استفاده از واژه مهم به جای. جمع بندی و نتیجه گیری، و تعیین این که آیا اعضا به اهداف خود دست یافته اند؟ اجرای پس آزمون                                                                                                                                                                  |

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                                | شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی | ۴۰/۲۰ $\pm$ ۴/۷۲           | ۰/۴۶۳* |
|                                   | درمان راه حل محور کوتاه مدت     | ۴۲/۰۰ $\pm$ ۶/۵۵           |        |
|                                   | کنترل                           | ۳۹/۶۷ $\pm$ ۴/۵۳           |        |
|                                   | کل                              | ۴۰/۶۲ $\pm$ ۵/۳۲           |        |
| مدت زمان مصرف داروهای سردرد یکسان | شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی | ۵/۶۷ $\pm$ ۱/۱۱            | ۰/۶۶۹* |
|                                   | درمان راه حل محور کوتاه مدت     | ۵/۳۳ $\pm$ ۱/۰۴            |        |
|                                   | کنترل                           | ۵/۶۰ $\pm$ ۱/۰۵            |        |
|                                   | کل                              | ۵/۵۳ $\pm$ ۱/۰۵            |        |

آزمون: واریانس یک راهه \*اختلاف معنی دار  $p < ۰/۰۵$ 

## یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن شرکت کنندگان در مطالعه  $۴۰/۶۲ \pm ۵/۳۲$  سال، و میانگین و انحراف معیار مدت زمان مصرف داروهای سردرد یکسان آن‌ها  $۵/۵۳ \pm ۱/۰۵$  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 معنی داری وجود ندارد ( $p > ۰/۰۵$ ).

در بررسی پیش فرض‌های آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه گیری مکرر، آزمون شاپیرو ویلک نشان داد پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیرهای مورد مطالعه در نمونه مورد مطالعه محقق شده است، چرا که مقادیر Z محاسبه شده در سطح ( $p > ۰/۰۵$ ) معنی دار نیست. در آزمون ام‌باکس، چون F متغیرهای اضطراب درد ( $F=۲/۲۲$ ) و سلامت روان شناختی ( $F=۲/۴۳$ ) به ترتیب در سطح ( $۰/۵۷۰$  و  $۰/۴۸۳$ ) معنادار نبودند، بنابراین می‌توان گفت که مفروضه همسانی ماتریس کوواریانس برای متغیرها برقرار شده است. همچنین، آزمون کرویت موخلی نشان داد چون مقدار کرویت موخلی ( $۰/۶۰۰$ ) متغیر اضطراب درد در سطح خطای داده شده ( $۰/۶۳۰$ ) و مقدار کرویت موخلی ( $۰/۶۵۰$ ) متغیر سلامت روان شناختی در سطح خطای داده شده ( $۰/۶۶۵$ ) معنی دار نیست، لذا می‌توان کرویت ماتریس واریانس- کواریانس متغیرهای وابسته را پذیرفت. پس، این پیش فرض نیز برقرار است. همچنین نتایج آزمون

لون برای بررسی برابری واریانس خطا در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نشان داد که با توجه به معنادار نبودن مقدار Fهای متغیر اضطراب درد و سلامت روان شناختی در سطح خطای کوچک تر از ( $۰/۰۵$ ) می‌توان گفت که واریانس خطای متغیرهای پژوهش در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با هم برابر بوده و از این جهت پیش فرض همگنی واریانس‌ها خطا ندارد.

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهند که بین نمرات متغیر اضطراب درد و سلامت روان شناختی در سه بار اجرای پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری، تفاوت معنی داری وجود دارد ( $P < ۰/۰۰۱$ ). همچنین نتایج حاکی از آن هستند که نمرات اضطراب درد و سلامت روان شناختی در گروه‌های آزمایشی در پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون تفاوت معنی داری دارد ( $P < ۰/۰۰۱$ ). علاوه بر این تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان راه حل محور کوتاه مدت بر اضطراب درد و سلامت روان شناختی بیماران مبتلا به سردرد مزمن پس از چهار ماه پیگیری ماندگار بوده است ( $P < ۰/۰۰۱$ ). نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته نشان می‌دهند که اختلاف میانگین نمره اضطراب درد و سلامت روان شناختی در گروه‌های آزمایشی با گروه کنترل معنادار می‌باشد ( $P < ۰/۰۰۱$ ).

چون آزمون اثر پیلای در موقعیت‌های عملی قدرت بیش تری 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 پیش آزمون، پس آزمون 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. به عبارتی بین زمان و مداخله تعامل وجود دارد. اندازه اثر به دست آمده برای متغیر اضطراب درد (۰/۴۳) نشان می‌دهد که ۴۳٪ از تغییرات این متغیر مربوط به اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت بوده است. و نیز، اطلاعات مربوط به متغیر سلامت روان‌شناختی 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 سلامت روان‌شناختی 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. به عبارتی بین زمان و مداخله تعامل وجود دارد. اندازه اثر به دست آمده برای متغیر سلامت روان‌شناختی (۰/۴۳) نشان می‌دهد که ۴۳٪ از تغییرات این متغیر مربوط به اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت بوده است.

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<br>معنی‌داری<br>تغییرات<br>داخل گروهی | سطح<br>معنی‌داری<br>تغییرات<br>بین<br>گروهی |
|----------------------|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------|
| اضطراب درد           | شناخت‌درمانی مبتنی<br>بر ذهن‌آگاهی                     | ۷۶/۹۳ $\pm$ ۴/۳۰                        | ۷۰/۸۷ $\pm$ ۴/۶۱                       | ۷۱/۰۷ $\pm$ ۴/۷۱                     | $P < ۰/۰۰۱^*$                             | $P < ۰/۰۰۱^*$                               |
|                      | درمان راه‌حل‌محور<br>کوتاه‌مدت                         | ۷۷/۰۰ $\pm$ ۴/۴۴                        | ۷۰/۸۰ $\pm$ ۳/۸۰                       | ۷۰/۹۳ $\pm$ ۳/۸۶                     | $P < ۰/۰۰۱^*$                             |                                             |
|                      | کنترل                                                  | ۷۸/۲۰ $\pm$ ۳/۹۸                        | ۷۸/۰۰ $\pm$ ۴/۲۵                       | ۷۷/۸۰ $\pm$ ۴/۱۶                     | $p = ۰/۸۷۶$                               |                                             |
|                      | سطح معنی‌داری در<br>هر مقطع اندازه‌گیری<br>بین گروه‌ها | $p = ۰/۶۵۸$                             | $p < ۰/۰۰۱^*$                          | $p < ۰/۰۰۱^*$                        | -                                         |                                             |
| سلامت<br>روان‌شناختی | شناخت‌درمانی مبتنی<br>بر ذهن‌آگاهی                     | ۴۹/۹۳ $\pm$ ۳/۰۹                        | ۴۴/۰۰ $\pm$ ۳/۳۵                       | ۴۳/۸۷ $\pm$ ۳/۳۴                     | $P < ۰/۰۰۱^*$                             | $P < ۰/۰۰۱^*$                               |
|                      | درمان راه‌حل‌محور<br>کوتاه‌مدت                         | ۵۰/۱۳ $\pm$ ۳/۳۰                        | ۴۳/۸۰ $\pm$ ۳/۱۵                       | ۴۳/۸۰ $\pm$ ۳/۱۰                     | $P < ۰/۰۰۱^*$                             |                                             |
|                      | کنترل                                                  | ۵۱/۵۳ $\pm$ ۳/۳۱                        | ۵۱/۷۳ $\pm$ ۳/۲۳                       | ۵۲/۰۰ $\pm$ ۳/۴۲                     | $p = ۰/۸۸۲$                               |                                             |
|                      | سطح معنی‌داری در<br>هر مقطع اندازه‌گیری<br>بین گروه‌ها | $p = ۰/۸۷۲$                             | $p < ۰/۰۱۹^*$                          | $p < ۰/۰۱۴^*$                        | -                                         |                                             |

آزمون: تحلیل واریانس آمیخته \*اختلاف معنی‌دار  $p < ۰/۰۵$



جدول ۵: نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در نمرات متغیرهای پژوهش در گروه های مداخله و گواه

| متغیر             | تأثیر       | مقدار | F      | فرضیه درجه آزادی | خطای درجه آزادی | سطح معناداری | مجذور اتا |
|-------------------|-------------|-------|--------|------------------|-----------------|--------------|-----------|
| اضطراب درد        | زمان        | ۰/۹۵  | ۴/۷۵۳  | ۲/۰              | ۴۱/۰            | ۰/۰۰۱        | ۰/۹۵      |
|                   | زمان*مداخله | ۰/۹۲  | ۱۷/۸۸۶ | ۴/۰              | ۸۴/۰            | ۰/۰۰۱        | ۰/۴۳      |
| سلامت روان شناختی | زمان        | ۰/۹۱  | ۲/۳۰۸  | ۲/۰              | ۴۱/۰            | ۰/۰۰۱        | ۰/۹۱      |
|                   | زمان*مداخله | ۰/۸۷  | ۱۶/۴۱۴ | ۴/۰              | ۸۴/۰            | ۰/۰۰۱        | ۰/۴۳      |

آزمون: تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر \*اختلاف معنی دار  $p < ۰/۰۵$ 

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

| متغیر             | گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در مقایسه با گروه کنترل | گروه درمان راه حل محور کوتاه مدت در مقایسه با گروه کنترل | گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با درمان راه حل محور کوتاه مدت |
|-------------------|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| اضطراب درد        | تفاوت میانگین ها<br>-۷/۱۳۳                                   | تفاوت میانگین ها<br>-۷/۲۰۰                               | تفاوت میانگین ها<br>۰/۰۶۷                                           |
|                   | سطح معناداری<br>*۰/۰۰۱                                       | سطح معناداری<br>*۰/۰۰۱                                   | سطح معناداری<br>۱/۰۰۰                                               |
| سلامت روان شناختی | تفاوت میانگین ها<br>-۷/۷۳۳                                   | تفاوت میانگین ها<br>۷۰/۹۳۳                               | تفاوت میانگین ها<br>۰/۲۰۰                                           |
|                   | سطح معناداری<br>*۰/۰۴۶                                       | سطح معناداری<br>*۰/۰۳۹                                   | سطح معناداری<br>۱/۰۰۰                                               |

 $p < ۰/۰۵$  \*اختلاف معنادار

بنابراین برتری درمان در پس آزمون و پیگیری در بهبود اضطراب درد و سلامت روان شناختی به نفع هیچ یک از درمان ها نیست.

#### بحث

هدف از پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان راه حل محور کوتاه مدت بر اضطراب درد و سلامت روان شناختی بیماران مبتلا به سردرد مزمن بود، که به صورت یک طرح نیمه آزمایشی انجام شد. در این راستا، تحلیل داده ها نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان راه حل محور کوتاه مدت بر کاهش اضطراب درد و بهبود سلامت روان شناختی بیماران مبتلا به سردرد مزمن تأثیر دارند، و تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان راه حل محور کوتاه مدت متفاوت از هم نیست. همچنین، یافته ها نشان داد که تغییرات نمره اضطراب درد و سلامت روان شناختی در زمان های مورد بررسی در گروه ها متفاوت بوده و گذر زمان نقش تعدیل کنندگی بر تأثیر درمان ها در کاهش اضطراب درد و بهبود سلامت روان شناختی دارد و اثر زمان معنی دار است؛ یعنی اثر متقابلی بین زمان و مداخله وجود دارد و با گذشت زمان از شروع مداخله، نمرات اضطراب درد

برای بررسی این مهم که نمرات کدام یک از گروه ها در متغیرهای اضطراب درد و سلامت روان شناختی در مرحله پس آزمون و پیگیری با یکدیگر تفاوت دارند، مقایسه زوجی انجام شد (جدول ۶). نتایج نشان دادند که اختلاف میانگین نمرات اضطراب درد و سلامت روان شناختی گروه های آزمایشی با گروه کنترل، معنادار بوده است ( $P < ۰/۰۰۱$ )؛ اما اختلاف میانگین نمرات اضطراب درد و سلامت روان شناختی در گروه های آزمایشی نسبت به یکدیگر معنادار نمی باشد ( $P > ۰/۰۵$ ). نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نیز حاکی از آن هستند که معنی داری تغییرات بین گروهی، ناشی از تفاوت تغییرات گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان راه حل محور کوتاه مدت با گروه کنترل می باشد؛ به طوری که هم در پس آزمون و هم در پیگیری، نمرات اضطراب درد و سلامت روان شناختی گروه های آزمایشی کم تر از نمره گروه کنترل می باشد (توضیح این که در پرسشنامه سلامت عمومی، نمره بالاتر نشان دهنده سلامت روان شناختی ضعیف تر است)؛ اما نمرات اضطراب درد و سلامت روان شناختی گروه های آزمایشی، تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند؛

خودکار رها کند و از طریق درک و دریافت مجدد، دیگر با حالت‌هایی مثل اضطراب و ترس کنترل نشود، بلکه می‌تواند از اطلاعات برخاسته از این حالت‌ها استفاده کند و با هیجانات همراه باشد که این عوامل باعث می‌شود سلامت روان‌شناختی وی افزایش یابد<sup>(۲۹)</sup>.

درباره اثربخشی درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت می‌توان نتیجه گرفت که این درمان بر اضطراب درد و سلامت روان‌شناختی بیماران مبتلا به سردرد مزمن اثربخش است. در این راستا، هیچ مطالعه‌ای که اثربخشی درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت را بر اضطراب درد و سلامت روان‌شناختی بیماران مبتلا به سردرد مزمن مورد بررسی قرار دهد در دسترس نیست. اما می‌توان به نتیجه پژوهش اسمخانی اکبری‌نژاد و نقی‌زاده علمداری<sup>(۳۰)</sup> اشاره کرد که نشان دادند درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت بر خودکارآمدی درد و تاب‌آوری دختران مبتلا به سردرد مزمن اثربخش است. همچنین می‌توان به پژوهش جمعیان و همکاران<sup>(۳۱)</sup> اشاره نمود که به این نتیجه رسیدند درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام اس اثربخش است. علاوه بر این‌ها، می‌توان به نتیجه پژوهش نصیرنژاد و همکاران<sup>(۳۲)</sup> اشاره کرد که به این نتیجه رسیدند درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت بر تاب‌آوری و شادکامی بیماران مبتلا به ام اس 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 سلامت روان‌شناختی‌شان 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

کاهش و سلامت روان‌شناختی بهبود یافتند و تأثیرات ناشی از حضور در گروه‌های آزمایشی با نزدیک‌شدن به پایان مداخله بر روی نمرات اضطراب درد و سلامت روان‌شناختی افراد در هر دو گروه مداخله‌ای مثبت بود.

درباره اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌توان نتیجه گرفت که این درمان بر اضطراب درد و سلامت روان‌شناختی بیماران مبتلا به سردرد مزمن اثربخش است. در این راستا، هیچ مطالعه‌ای که اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را بر اضطراب درد و سلامت روان‌شناختی بیماران مبتلا به سردرد مزمن مورد بررسی قرار دهد در دسترس نیست. اما می‌توان به نتیجه پژوهش ابوطالبی و همکاران<sup>(۳۵)</sup> اشاره کرد که نشان دادند شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تاب‌آوری و شدت تجربه درد زنان مبتلا به سردرد مزمن اثربخش است. همچنین می‌توان به پژوهش الهام و همکاران<sup>(۳۶)</sup> اشاره کرد که نشان دادند شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اضطراب درد زنان مبتلا به میگرن تأثیر دارد. علاوه بر این‌ها، می‌توان به نتیجه پژوهش محمدپور و همکاران<sup>(۳۷)</sup> اشاره کرد که به این نتیجه رسیدند شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به صرع 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 ذهن‌آگاهی 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 سلامت روان‌شناختی‌شان افزایش یابد.

انجام تمرینات ذهن‌آگاهی باعث رشد عواملی چون مشاهده، غیرقضاوتی‌بودن، غیرواکنشی‌بودن و عمل همراه با هوشیاری، و در نهایت رشد بهزیستی روان‌شناختی، کاهش اضطراب و نشانه‌های روان‌شناختی می‌شود. در حقیقت، وقتی ذهن‌آگاهی افزایش می‌یابد توانایی برای عقب‌ایستادن و مشاهده‌کردن حالت‌هایی مثل اضطراب افزایش می‌یابد، در نتیجه فرد می‌تواند خود را از الگوهای رفتاری

همچنین، در این پژوهش جهت جمع آوری داده‌ها از پرسش‌نامه 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 شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت در زمینه کاهش اضطراب درد و افزایش سلامت روان‌شناختی 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، نگارش و تجزیه و تحلیل داده‌ها، اصلاحات مقاله، شناسایی نمونه متشکل از مردان مبتلا به سردرد مزمن و اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بر عهده هر چهار نویسنده مقاله حاضر بوده است.

#### تشکر و قدردانی

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

زندگی آن‌ها وجود داشته که مشکلات به این گونه که هم اکنون 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 هم اکنون نیز می‌توانند لحظه‌های استثنایی بدون مشکل در زندگی‌شان را دوباره ایجاد نمایند<sup>(۳۱)</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 سلامت روان‌شناختی‌شان افزایش پیدا کرد.

#### نتیجه‌گیری

این پژوهش نشان داد که تأثیر اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت بر اضطراب درد و سلامت روان‌شناختی بیماران مبتلا به سردرد مزمن متفاوت از هم نیست. هیچ پژوهشی اثربخشی این دو درمان را بر اضطراب درد و سلامت روان‌شناختی 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 سلامت روان‌شناختی 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.

#### References

1. Goadsby PJ. Headache research in 2020: disrupting and improving practice. *Lancet Neurol* 2020; 20(1):7-8.
2. Burch R. Migraine and Tension-Type Headache: Diagnosis and Treatment. *Med Clin North Am* 2019; 103(2): 215-233.

3. International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facialpain. *Cephalalgia* 2018; 24: 1-151.
4. Evans RW. Diagnostic testing for migraine and other primary headaches. *Neurol Clin* 2019; 37(4): 707-25.
5. 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.
6. 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.
7. 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].
8. Cimpean A, David D. The mechanisms of pain tolerance and pain-related anxiety in acute pain. *Health Psychol Open* 2019; 6(2): 2055102919865161.
9. Joe GW, Lehman WEK, Rowan GA, Knight K, Flynn PM. The role of physical and psychological health problems in the drug use treatment process. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2019; 102: 23-32.
10. Qi D, & Wu Y. Does welfare stigma exist in China? Policy evaluation of the Minimum Living Security System on recipients' psychological health and wellbeing. *Social Science & Medicine* 2018; 205: 26-36.
11. McMahon S, Koltzenburg M, Tracey I, Turk D. Wall & Melzack's Textbook of Pain. Elsevier: Churchill: Livingstone; 2013: 121.
12. 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.
13. 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.
14. 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.
15. 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. *J Anesth Pain* 2021; 13(1): 1-13. [in Persian].
16. 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].
17. 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].
18. 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.
19. Choi JJ. The Role of the Solution-Focused Brief Therapist in Client-Led Problem Talks. *AJFT* 2021; 49(1): 1-17.
20. Smkhani Akbarinejhad 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].
21. 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].
22. 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].
23. McCracken LM, Dhirgra L. A short version of the Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20):

- preliminary development and validity. *Pain Res Manag* 2002; 7(1): 45-50.
24. 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.
  25. 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].
  26. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med* 1979; 9(1): 139-145.
  27. Goldberg DP, Williams P. *A Users' Guide To The General Health Questionnaire*. London: GL Assessment. 1988; 23.
  28. Palahang H, Nasr M, Brahani MN, Shahmohammadi D. Epidemiology of Mental Illnesses in Kashan City. *IJPCP* 1996; 2(4): 19-27. [in Persian].
  29. Segal ZV, Williams JM, Teasdale JD. *Mindfulness Based cognitive therapy for depression*. 3rd ed. New York: The Guilford Press; 2013. p.86.
  30. De Shazer S. *Words were originally magic*. 1st ed. New York: Norton; 1994. p30.
  31. 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.