



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

Aida Elham¹, Mohsen Golparvar^{2*}, Ilnaz Sajadian³

1. PhD Student, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran
2. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran
3. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran

ABSTRACT

Aims and background: Pain anxiety is one of the most common psychological disorders in patients with migraine headaches that affects the response to treatment. This study aimed to 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.

Material and Method: The present research employed a pretest-posttest and two months follow-up control group quasi-experimental design with four groups. The sample size consisted of 60 women with migraine referred to psychiatric clinics in Kerman city in 1399, selected via a convenience sampling method based on the inclusion criteria. Then they were randomly assigned to three experimental and one control groups (each with 15 participants). Experimental groups participated in cognitive behavioral therapy focused on insomnia and mindfulness based cognitive therapy and Fordyce happiness training. To measure the dependent variable of the research, Pain Anxiety Scale (PASS-20) was administered to four groups in three research phases. The data were analyzed using the repeated measures ANOVA and Bonferroni post hoc test through SPSS version 24.

Results: Cognitive behavioral therapy focused on insomnia and mindfulness based cognitive therapy and Fordyce happiness training had a significant effect on reducing the anxiety pain ($P < 0.01$) and this effect was consistent during follow-up period ($P < 0.01$).

Conclusions: Cognitive behavioral therapy focused on Insomnia and mindfulness based cognitive therapy and Fordyce happiness training were as other effective interventions and could be used in medical centers to reduce pain anxiety in women suffering from migraine.

Keywords: Cognitive Behavioral Therapy, Cognitive Therapy, Happiness, Anxiety, Women, Migraine

► Please cite this paper as:

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 (Persian) *J Anesth Pain* 2022;13(1): 60-76.

Corresponding Author: Mohsen Golparvar, Associate Professor, Department of Psychology Faculty of Educational Sciences and Psychology, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan

Email: drmgolparvar@gmail.com

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

مقایسه اثربخشی رفتار درمانی شناختی متمرکز بر بهبود خواب با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و آموزش شادکامی فوردایس بر اضطراب درد زنان مبتلا به میگرن

آیدا الهام^۱، محسن گل پرور^{۲*}، ایلناز سجادیان^۳

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران
۲. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران
۳. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۰/۲۳

تاریخ بازبینی: ۱۴۰۰/۱۰/۱۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۹/۱۷

چکیده

زمینه و هدف: اضطراب درد از شایعترین اختلالات روان‌شناختی در مبتلایان به سردرد میگرنی است که پاسخ به درمان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی شناختی متمرکز بر بهبود خواب با شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و آموزش شادکامی فوردایس بر اضطراب درد زنان مبتلا به میگرن انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با پیگیری دو ماهه و چهار گروهی بود. نمونه پژوهش شامل ۶۰ نفر از زنان مبتلا به میگرن، مراجعه کننده به کلینیک‌های روانپزشکی شهر کرمان در سال ۱۳۹۹ بودند که به صورت در دسترس و مبتنی بر ملاک‌های ورود انتخاب و به‌طور تصادفی در سه گروه آزمایش و یک گروه کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) گمارده شدند. گروه‌های آزمایش تحت درمان رفتاردرمانی شناختی متمرکز بر بهبود خواب، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و آموزش شادکامی فوردایس قرار گرفتند. برای سنجش متغیر وابسته از پرسشنامه اضطراب درد (PASS-20) در سه مرحله پژوهش در چهار گروه استفاده شد. داده‌های حاصل با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و از طریق نرم افزار SPSS 24 تحلیل شد.

یافته‌ها: رفتاردرمانی شناختی متمرکز بر بهبود خواب، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و آموزش شادکامی فوردایس بر کاهش اضطراب درد تأثیر معنادار داشت ($P < 0/01$) و این اثر در طول دوره پیگیری پایدار بود ($P < 0/01$).

نتیجه‌گیری: رفتاردرمانی شناختی متمرکز بر بهبود خواب، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و آموزش شادکامی فوردایس به عنوان روش‌های مؤثر می‌تواند در مراکز بهداشتی و درمانی برای کاهش اضطراب درد زنان مبتلا به میگرن، بکار برده شود.

واژه‌های کلیدی: رفتاردرمانی شناختی، شناخت‌درمانی، شادکامی، اضطراب، زنان، میگرن

مقدمه

۷۲ ساعت طول می‌کشد، باعث اجتناب از فعالیت‌های فیزیکی می‌شود و همراه با تهوع یا استفراغ و حساسیت به نور و صدا در طول حمله میگرن می‌باشد، تشخیص داده می‌شود^(۱). ۱۲ درصد از مردم جهان از سردرد میگرنی رنج می‌برند و میزان بروز آن در دوران زندگی

میگرن شایع‌ترین نوع سردرد مزمن می‌باشد که بر اساس معیارهای انجمن بین‌المللی سردرد (International Headache Society)، به صورت سردردی عودکننده، اغلب یک طرفه و ضربان‌دار که به مدت ۴ تا

نویسنده مسئول: محسن گل پرور، گروه روانشناسی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

پست الکترونیکی: drmgolparvar@gmail.com

زنان سه برابر بیشتر از مردان است^(۳). همچنین احتمال بروز آن در سنین ۲۵ تا ۵۵ سالگی و سال‌های اولیه اشتغال به کار بیشترین میزان می‌باشد و با نزدیک شدن به سال‌های انتهایی عمر و دوران سالمندی کاهش می‌یابد^(۳). به زعم بسیاری از محققان عوامل روان‌شناختی از جمله عوامل موثر در بروز سردردهای میگرنی محسوب می‌شوند و از طرفی این بیماری و علائم آن بر متغیرهای روان‌شناختی از جمله اضطراب درد pain anxiety تأثیر می‌گذارد و موجب خلل در وظایف خانوادگی و شغلی افراد مبتلا به این بیماری می‌شود^(۴). اضطراب درد، مجموع پاسخ‌های شناختی، روانی و رفتاری است که معمولاً به عنوان اضطراب قلمداد می‌شوند و در پاسخ به درد یا رویدادهای مرتبط با درد نشان داده می‌شود و حاصل آمیزه‌ای از فرایندهای شناختی، فیزیولوژیکی و انگیزشی است. سطوح بالای اضطراب مرتبط با درد، منجر به اجتناب از فعالیت‌هایی می‌شود که گمان می‌رود، باعث افزایش شدت درد می‌گردند و اغلب شرطی‌زدایی جسمانی، مشکلات رفتاری ثانویه و کاهش ارتباطات اجتماعی را سبب می‌شود و سرانجام به صورت یک چرخه در می‌آید^(۵). در سالیان اخیر مطالعاتی در زمینه عوامل موثر بر اضطراب درد و پیامدهای روان‌شناختی آن انجام شده است، نتایج این مطالعات بیانگر اثر منفی اضطراب بر کیفیت خواب^(۶)، ادراک درد^(۷) و بر کیفیت زندگی^(۸) و اثر مثبت پذیرش بر اضطراب درد^(۹) می‌باشد. با توجه به آزارنده بودن علائم بیماری میگرن و عوارض فیزیولوژیک و روان‌شناختی ناشی از آن، در سال‌های اخیر رویکردهای متعدد اعم از دارودرمانی و روان‌درمانی به منظور کاهش مشکلات جسمانی و روان‌شناختی متعاقب این بیماری ارائه و اجرا شده است، لیکن بدلیل ارتباط دو جانبه بین عوامل روان‌شناختی و علائم بیماری میگرن، بدیهی است که کاربرد روش‌های مؤثر روان‌درمانی به منظور ارتقاء سطح سلامت روان در این بیماران، بر کاهش علائم این بیماری و افزایش کیفیت زندگی مبتلایان به میگرن نقش بسزایی خواهد داشت^(۱۰). همچنین بدلیل

آنکه یکی از شکایات شایع افراد مبتلا به سردرد میگرنی، اختلالات خواب خصوصاً بی‌خوابی و خواب منقطع می‌باشد و همین عامل موجب تشدید علائم ناشی از میگرن و علائم افسردگی، اضطراب، افکار خودکشی، تحریک‌پذیری، خستگی، نقائص شناختی و درد در آنان می‌گردد، درمان اختلالات خواب در این افراد کاهش علائم و عوارض ناشی از بیماری را در پی خواهد داشت^(۱۱). درمان رفتاری شناختی اخیراً به عنوان خط اول درمان برای بی‌خوابی در نظر گرفته شده است^(۱۲). اجزای اصلی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر بهبود خواب عبارتند از: (۱) محدودیت خواب، (۲) کنترل محرک، (۳) بازسازی شناختی^(۱۳). نتایج مطالعات نشان می‌دهد که رفتاردرمانی شناختی متمرکز بر بهبود خواب اثرات پایدارتر و با دوام‌تری نسبت به دارو درمانی در از بین بردن نشانه‌های بی‌خوابی داشته است^(۱۴)، همچنین تأثیر این درمان بر اختلالات خواب، افسردگی و اضطراب بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک‌های درمانی^(۱۵)، علائم افسردگی ناشی از بی‌خوابی در افراد مبتلا به بی‌خوابی^(۱۶)، بی‌خوابی زنان مبتلا به میگرن مزمن^(۱۷)، بی‌خوابی، اضطراب و استرس ادراک شده در بیماران پارانوئید^(۱۸) و علائم اضطراب بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر^(۱۹) نشان داده شده است.

یکی دیگر از روش‌های روان‌درمانی که در سالیان اخیر توجه بسیاری از درمانگران را به خود جلب کرده است، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (Mindfulness based cognitive therapy) است. این روش با ترکیب مهارت‌های ذهن‌آگاهی و فنون شناختی شریاطی را فراهم می‌کند تا فرد بتواند به صورت مجزا و خالی از قضاوت، نظاره‌گر افکار منفی خود باشد و از درگیر شدن با الگوهای پایدار افکار منفی دوری کند و منجر به رشد دیدگاه جدید و شکل‌گیری افکار و هیجان‌های خوشایند می‌شود^(۲۰). نتایج مطالعات بیانگر اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر ادراک درد و خودکارآمدی درد در بیماران مبتلا به سرطان پستان^(۲۱)، کاهش علائم و طول

دوره‌های افسردگی در بیماران مبتلا به میگرن را بدنبال خواهد داشت. کیفیت زندگی و خودکارآمدی بیماران تحت درمان دیالیز^(۲۴) و کیفیت زندگی، افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس^(۲۵)، می‌باشد. نتایج پژوهش‌های انجام شده در زمینه علائم بیماری میگرن حاکی از روابط قوی و دو جانبه بین سردردهای میگرنی با علائم افسردگی و کاهش شادکامی در افراد مبتلا بوده است، در نتیجه به کارگیری روش‌های روان‌درمانی برای مقابله با خلق منفی و افزایش شادکامی در کاهش علائم این بیماران مفید می‌باشد^(۲۶). یکی از مؤثرترین این شیوه‌های درمانی، برنامه آموزش شادکامی فوردایس است. این راهبرد شامل چهارده مؤلفه با هشت مؤلفه شناختی و شش مؤلفه رفتاری است. در بخش شناختی به مباحث ریشه‌ای در مورد علل دخیل بودن افکار و رفتارهای خاص در ایجاد شادکامی پرداخته است و در بخش رفتاری، مجموعه متنوعی از تکنیک‌ها و راه‌حل‌های حاصل از درمان شناختی و رفتاری را مورد استفاده قرار داده است^(۲۷). در خصوص برنامه آموزش شادکامی فوردایس بر متغیرهای روان‌شناختی مطالعاتی انجام شده است که از جمله می‌توان به اثربخشی این رویکرد درمانی بر بهزیستی روان‌شناختی و استرس زنان با ناتوانی حرکتی^(۲۸)، استرس، اضطراب و افسردگی بیماران تحت همودیالیز^(۲۹)، سطح استرس، اضطراب و افسردگی پرستاران بیماران مبتلا به سرطان^(۳۰) و افسردگی مادران دارای نوزادان نارس^(۳۱) اشاره نمود.

با جستجوهای بعمل آمده در موتورهای جستجو در خصوص اثربخشی رویکردهای شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، آموزش شادکامی فوردایس و رفتاردرمانی شناختی متمرکز بر بهبود خواب، بر اضطراب درد زنان مبتلا به میگرن پژوهشی یافت نشد. لذا نتایج حاصل از این پژوهش می‌تواند موجب پر کردن خلاءهای تحقیقاتی در این زمینه گردد، و افزایش انگیزه سایر پژوهشگران برای انجام مطالعات بیشتر به منظور بررسی این رویکردهای درمانی بر سایر متغیرهای روان‌شناختی

روش

این مطالعه از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با پیگیری دو ماهه و چهار گروهی بود. جامعه آماری این پژوهش شامل ۱۵۸ نفر از زنان مبتلا به میگرن مراجعه کننده به کلینیک‌ها و مطب‌های روان‌پزشکی

در پاییز و زمستان ۱۳۹۹ در شهر کرمان بودند. بدین صورت که با انجام مصاحبه با زنان مراجعه کننده به کلینیک‌ها و مطب‌های متخصصین مغز و اعصاب شهر کرمان و بررسی علائم سردرد میگرنی و تکمیل پرسشنامه سنجش علائم سردرد میگرنی توسط آنان، افراد مبتلا به سردرد میگرنی مورد غربالگری قرار گرفتند و پس از تأیید تشخیص میگرن توسط متخصص مغز و اعصاب با رعایت ملاحظات اخلاقی و با توجه به اینکه کفایت حجم نمونه نیز در تحقیقات آزمایشی حداقل ۱۵ نفر برای هر گروه، در نظر گرفته شده است^(۳۲)، ۷۲ نفر از زنان مبتلا به میگرن (برای هر یک از چهار گروه پژوهش ۱۸ نفر با توجه به ریزش احتمالی در نظر گرفته شد که در طول مطالعه در هر گروه ۳ نفر ریزش وجود داشت) بر اساس ملاک‌های ورود و خروج و به صورت در دسترس انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به مطالعه، تشخیص بیماری میگرن توسط پزشک متخصص مغز و اعصاب، قرار داشتن در رده سنی ۱۸ تا ۵۵ سال، جنسیت زن، داشتن حداقل سواد مقطع راهنمایی، عدم قرار داشتن تحت درمان‌های موازی روان‌شناختی یا روان‌پزشکی، داشتن آمادگی جسمانی (نداشتن بیماری‌های جسمانی ناتوان کننده مانند بیماری ام اس، بیماری‌های عضلانی، اسکلتی) جهت شرکت در دوره‌های آموزشی و رضایت و تمایل به مشارکت در پژوهش و ادامه آن بود. ملاک‌های خروج، عدم تشخیص بیماری میگرن توسط پزشک متخصص مغز و اعصاب، قرار گرفتن در دامنه سنی کمتر از ۱۸ سال و بالاتر از ۵۵ سال، جنسیت مرد، قرار داشتن تحت درمان موازی روان‌شناختی یا روان‌پزشکی، ابتلا به بیماری‌های جسمانی ناتوان کننده مانند بیماری ام اس، بیماری‌های عضلانی، اسکلتی جهت شرکت در دوره‌های آموزشی، غیبت بیش از ۲ تا ۳ جلسه و یا عدم تمایل به شرکت و ادامه مشارکت در پژوهش، داشتن مدرک تحصیلی در رشته روان‌شناسی، شرکت در دوره‌های آموزشی روان‌شناسی و عدم تابعیت ایرانی بود. این مطالعه با شماره کارآزمایی بالینی IRCT20200514047442N1

در مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران ثبت گردیده و با کد اخلاق از کمیته پژوهش تحقیقات علمی دانشگاه برابر با IR.IAU.KHUISF.REC.1400.057 مورد تأیید قرار گرفته است. ملاحظات اخلاقی مورد رعایت در پژوهش، رعایت رازداری کامل برای تک تک شرکت کنندگان، داشتن آزادی و اختیار کامل برای کناره‌گیری از پژوهش، اطلاع رسانی کامل در مورد پژوهش و کسب رضایت‌نامه کتبی و استفاده از داده‌ها فقط در راستای اهداف پژوهش بود. در عین حال گروه کنترل (گواه) در راستای معیارهای اخلاقی توصیه شده در پژوهش‌های علمی، در پایان دوره اجرای پژوهش به صورت آزادانه و به شکل فشرده تحت یکی از درمان‌های رفتاردرمانی شناختی متمرکز بر بهبود خواب، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و یا آموزش شادکامی فوردایس قرار گرفتند. شیوه اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از انتخاب و گمارش تصادفی شرکت کنندگان (بصورت قرعه کشی) به سه گروه آزمایش و یک گروه کنترل، هر یک از گروه‌های آزمایش توسط روان‌شناس و درمانگر دارای مدرک دکتری تخصصی روان‌شناسی و با یک دهه تجربه آموزش و درمان در حوزه درمان‌های شناختی و رفتاری، ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و بصورت ۲ جلسه در هر هفته، تحت درمان قرار گرفتند. در ابتدای شروع درمان به عنوان پیش‌آزمون و پس از اعمال مداخلات، به عنوان پس‌آزمون و پس از مدت دو ماه یک بار دیگر به عنوان پی‌گیری، میزان اضطراب درد چهار گروه مورد سنجش قرار گرفت. بسته رفتاردرمانی شناختی متمرکز بر بهبود خواب توسط Edinger Carney & (۲۰۱۰) طراحی^(۳۳) و در پژوهش‌های McCrae, Curtis & Williams (۲۰۱۸) و فرخی، مصطفی‌پور و بندار-کاخکی (۱۳۹۷)، مورد استفاده قرار گرفته است^(۳۴-۳۵). بسته شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی توسط Kabat-Zinn (۱۹۸۵) تدوین^(۳۶) و در مطالعات McCay & et al (۲۰۱۶) و مظفری، نجات، توننده‌جانی و ثماری (۲۰۱۹) مورد استفاده قرار گرفته است^(۳۷-۳۸). بسته آموزش شادکامی فوردایس توسط

نشانه اضطراب درد بیشتر است. همبستگی بین کل مقیاس با مقیاس افسردگی بک $r=0/62$ بدست آمده است. همچنین همبستگی این مقیاس با ناتوانی جسمانی و ناتوانی روان‌شناختی نیز بررسی شد و ضریب همبستگی برای ناتوانی جسمانی $r=0/44$ و برای ناتوانی روان‌شناختی $r=0/59$ محاسبه شده است^(۴۱). در ایران، پایایی این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل مقیاس اضطراب درد $0/88$ و برای زیر مقیاس‌ها بین $0/64$ تا $0/87$ بدست آمده است، که نشان دهنده پایایی قابل قبول مقیاس PASS-20 می‌باشد. در بررسی ضریب همبستگی مقیاس علائم اضطراب درد و فرم کوتاه آزمون افسردگی بک، همبستگی مثبت و معناداری $r=0/49$ بین نمره کل مقیاس علائم اضطراب درد و فرم کوتاه آزمون افسردگی بک به دست آمده است ($p<0/01$)^(۴۲). در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ مقیاس اضطراب درد برابر با $0/74$ به دست آمد.

Fordyce (۱۹۸۳) طراحی^(۳۷) و در پژوهش فیاضی، ایادی، صدری و کثیرلو (۲۰۱۹)، مورد استفاده قرار گرفته است^(۳۹). شرح مختصر جلسات رفتاردرمانی شناختی متمرکز بر بهبود خواب، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و آموزش شادکامی فوردایس به ترتیب در جداول شماره ۱، ۲ و ۳ ارائه شده است. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل موارد ذیل بودند:

پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی: ویژگی‌های فردی آزمودنی‌ها (نظیر سن، وضعیت تأهل، تحصیلات) از طریق این پرسشنامه محقق ساخته سنجیده شد.

مقیاس اضطراب درد (PASS-20): مقیاس اضطراب درد توسط McCracken & Dhingra در سال ۲۰۰۲ ساخته شده است^(۴۰). فرم کوتاه این مقیاس دارای ۲۰ ماده است^(۴۱) و دامنه نمرات آن بین ۰ تا ۱۰۰ و شیوه امتیازدهی از ۰ (هرگز) تا ۵ (همیشه) است. نمرات بالاتر در این آزمون

جدول ۱: شرح مختصر جلسات رفتاردرمانی شناختی متمرکز بر بهبود خواب

جلسه	محتوا
جلسه اول	ایجاد آشنایی، بررسی مشکل و مصاحبه‌ی فردی، ارزیابی ماهیت بی‌خوابی و مناسب بودن روش درمانی CBT-I، توضیح اهداف آموزش و اهمیت انجام تکالیف خانگی
جلسه دوم	معرفی ساز و کار خواب و توضیح درباره‌ی اختلال بی‌خوابی، دادن تکلیف برای شناخت الگوهای خواب فرد.
جلسه سوم	مرور و اظهار نظر در مورد یادداشت‌های مربوط به خواب بیمار، بررسی شناخت‌های معیوب مرتبط با خواب و بیخوابی. بررسی خطاهای شناختی رایج در افراد مبتلا به بیخوابی مثل افکار همه‌یاهیچ، فاجعه‌سازی، ذهن‌خوانی
جلسه چهارم	ادامه‌ی بررسی شناخت‌های مرتبط با خواب و بی‌خوابی و کار بر روی تغییر آن‌ها، بحث در مورد تکنیک ثبت افکار، آموزش بهداشت خواب
جلسه پنجم	آموزش روش‌های توقف فکر، برگرداندن توجه، آموزش تکنیک محدودیت خواب، به حداقل رساندن میزان زمان بیدار ماندن در رختخواب و آرام‌سازی عضلانی.
جلسه ششم	آموزش روش حل مسئله، آموزش کنترل محرک، عدم انجام فعالیت‌های محرک بی‌خوابی در رختخواب، تعدیل توصیه‌های مربوط به زمان مجاز برای ماندن در رختخواب، مرور و تشویق تبعیت از برنامه درمانی
جلسه هفتم	ارائه دستورالعمل‌های لازم برای مقابله با بی‌خوابی در مکان خواب، حذف فعالیت‌های مغایر خواب، و آموزش آرام‌سازی
جلسه هشتم	ادامه آموزش آرام‌سازی و رفع اشکال و انجام پس آزمون

جدول ۲: شرح مختصر جلسات شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی

جلسه	محتوا
جلسه اول	خوش‌آمدگویی و آشنایی اعضای گروه با درمانگر و یکدیگر شرح اهداف و قوانین گروه، آموزش روانی، تمرین خوردن کشمش با ذهن‌آگاهی، آشناسازی با مفهوم هدایت خودکار و تمرین واریسی بدنی
جلسه دوم	تمرین واریسی بدنی، تمرین افکار و احساسات جایگزین و آموزش تمرکز زدایی از افکار و فرضیه‌های ذهنی با گذاشتن برجسب فرضیه روی آنها، ثبت وقایع خوشایند، مراقبه نشسته ۱۰ تا ۱۵ دقیقه
جلسه سوم	ذهن‌آگاهی بر روی تنفس، حرکت به شیوه ذهن‌آگاهی، تمرین تنفس و کشمش
جلسه چهارم	بودن در زمان حال، پنج دقیقه ذهن‌آگاهی دیداری یا شنیداری، مراقبه نشسته، راه رفتن با حالت ذهن‌آگاهی
جلسه پنجم	پذیرش و اجازه، مراقبه نشسته، آگاهی از تنفس و بدن، تاکید بر آگاهی از چگونگی پاسخ در برابر افکار، احساسها و حسهای جسمانی
جلسه ششم	آموزش توجه به ذهن، افکار مثبت و منفی، خوشایند یا ناخوشایند بودن افکار، اجازه دادن به ورود افکار منفی و مثبت به ذهن و به آسانی خارج کردن آنها از ذهن بدون قضاوت و توجه عمیق به آنها.
جلسه هفتم	مراقبه نشسته، آگاهی از تنفس، بدن، صداها، افکار و احساسها
جلسه هشتم	مراقبه واریسی جسمانی، جمع‌بندی جلسات آموزشی، استفاده از فنون ذهن‌آگاهانه در زندگی و تعمیم آن به کل جریان زندگی

جدول ۳: شرح مختصر جلسات آموزش شادکامی فوردایس

جلسه	محتوا
جلسه اول	آشنایی اعضا با یکدیگر، مروری بر ساختار جلسات، آموزش تکنیک افزایش فعالیت جسمانی، تأکید بر فعالیتهای لذت بخش و جدید، دسته جمعی و معنادار
جلسه دوم	تکنیکهای آموزش نحوه برقراری روابط اجتماعی و افزایش روابط اجتماعی، تکنیک افزایش مهارت‌های حل مسأله اجتماعی و افزایش صمیمیت
جلسه سوم	آموزش تکنیک برنامه‌ریزی و سازماندهی بهتر داشتن، تدوین و تعدیل اهداف و مقاصد کوتاه مدت، میان مدت و بلندمدت و تکنیک‌های مدیریت زمان
جلسه چهارم	آموزش تکنیک توقف نگرانی‌ها و آموزش تکنیک‌های پایین آوردن سطح توقعات و مهار آرزوهای بلندپروازانه
جلسه پنجم	آموزش تکنیک توسعه تفکر مثبت و خوش‌بینی و تغییر برداشت‌های منفی به مثبت
جلسه ششم	آموزش تکنیک تمرکز بر زمان حال و زندگی در زمان حال
جلسه هفتم	آموزش تکنیک بیان احساسات، آموزش خود بودن، عشق ورزی و دوست یابی
جلسه هشتم	آموزش تکنیک ارزش قایل شدن برای شادکامی و اجرای پس آزمون

نتایج

ابتدا متغیرهای جمعیت شناختی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج بررسی متغیرهای جمعیت شناختی در جدول شماره ۴ ارائه شده است. این تحلیل در راستای اطمینان از عدم تفاوت گروه‌های مطالعه در متغیرهای جمعیت شناختی انجام گرفت. نتایج جدول شماره ۴ نشان می‌دهد که بین متغیرهای جمعیت شناختی سه گروه تفاوت معناداری وجود ندارد ($p < 0/05$).

پس از گردآوری داده‌ها این اطلاعات وارد نرم‌افزار SPSS 24 گردید و از آمار توصیفی (شامل میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (شامل تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر و آزمون‌های تعقیبی) جهت بررسی و تحلیل داده‌ها استفاده گردید.

جدول ۴: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی گروه‌های آزمایش و گروه کنترل

مقدار p	گروه کنترل (n = 15)	آموزش شادکامی فوردایس (n = 15)	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (n = 15)	رفتاردرمانی شناختی متمرکز بر بهبود خواب (n = 15)	
	انحراف استاندارد ± میانگین	انحراف استاندارد ± میانگین	انحراف استاندارد ± میانگین	انحراف استاندارد ± میانگین	
۰/۹۷۹	۳۳/۴۷ ± ۷/۸۳	۳۲/۸۷ ± ۷/۶۱	۳۳/۷۳ ± ۷/۶۲	۳۴/۰۰ ± ۶/۶۹	سن
	(درصد) تعداد	(درصد) تعداد	(درصد) تعداد	(درصد) تعداد	سطح تحصیلات
	۲ (۱۳/۳)	۱ (۶/۷)	۲ (۱۳/۳)	۲ (۱۳/۳)	راهنمایی
	۵ (۳۳/۳)	۵ (۳۳/۳)	۵ (۳۳/۳)	۵ (۳۳/۳)	دیپلم
۱/۰۰۰	۱ (۶/۷)	۲ (۱۳/۳)	۱ (۶/۷)	۱ (۶/۷)	کاردانی
	۵ (۳۳/۳)	۵ (۳۳/۳)	۵ (۳۳/۳)	۵ (۳۳/۳)	کارشناسی
	۲ (۱۳/۳)	۲ (۱۳/۳)	۲ (۱۳/۳)	۲ (۱۳/۳)	تحصیلات تکمیلی
					وضعیت ازدواج
	۳ (۲۰/۰)	۳ (۲۰/۰)	۲ (۱۳/۳)	۲ (۱۳/۳)	مجرد
۰/۹۲۳	۱۲ (۸۰/۰)	۱۲ (۸۰/۰)	۱۳ (۸۶/۶)	۱۳ (۸۶/۶)	متاهل
	۰	۰	۰	۰	بیوه
	۰	۰	۰	۰	مطلقه
					شغل
	۹ (۶۰/۰)	۹ (۶۰/۰)	۹ (۶۰/۰)	۱۰ (۶۶/۷)	خانه‌دار
۰/۹۸۵	۳ (۲۰)	۳ (۲۰)	۲ (۱۳/۳)	۳ (۲۰)	کارمند
	۲ (۱۳/۳)	۲ (۱۳/۳)	۳ (۲۰)	۲ (۱۳/۳)	شغل آزاد
					ابتلاء به بیماری
	۱۳ (۸۶/۷)	۱۴ (۹۳/۳)	۱۳ (۸۶/۷)	۱۳ (۸۶/۷)	عدم ابتلاء
۰/۹۸۳	۱ (۶/۷)	۱ (۶/۷)	۱ (۶/۷)	۱ (۶/۷)	بیماری جسمی
	۱ (۶/۷)	۰	۱ (۶/۷)	۱ (۶/۷)	بیماری روان‌شناختی

آزمون مجذور کای برای سطح تحصیلات، وضعیت ازدواج، شغل، وضعیت اقتصادی و ابتلاء به بیماری. آزمون دقیق Fisher، برای سن در جدول شماره ۵ آماره‌های توصیفی متغیر اضطراب درد همراه با آزمون شاپیروویلیک برای بررسی نرمال بودن داده‌ها برای گروه‌های آزمایش و کنترل در سه مرحله پژوهش ارائه شده است.

جدول ۵: آماره‌های توصیفی متغیر اضطراب درد به تفکیک چهار گروه پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

مرحله	فتاردرمانی شناختی متمرکز بر بهبود خواب	شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	آموزش شادکامی فوردایس	کنترل
	شاپیروویلیک	شاپیروویلیک	شاپیروویلیک	شاپیروویلیک
پیش‌آزمون	۰/۳۳ ۷۴/۳۳±۱۹/۸۸	۰/۴۱ ۷۴/۳۰±۲۱/۷۳	۰/۶۳ ۷۵/۶۷±۲۰/۶۵	۰/۷۵ ۷۲/۸۷±۱۹/۳۵
پس‌آزمون	۰/۲۹ ۲۵/۴۷±۱۰/۷۴	۰/۳۵ ۲۴/۶۷±۱۱/۷۹	۰/۳۷ ۲۵/۲۰±۱۲/۸۱	۰/۲۶ ۷۳/۶۰±۲۰/۲۷
پیگیری	۰/۲۶ ۲۴/۷۷±۱۳/۷۷	۰/۱۷ ۲۸/۸۷±۱۱/۹۲	۰/۱۵ ۳۰/۲۷±۱۲/۹۵	۰/۳۳ ۷۴/۵۳±۲۰/۸۹

همانطور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات اضطراب درد گروه کنترل در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون کمی افزایش داشته است. میانگین متغیر مذکور در گروه‌های آزمایشی رفتاردرمانی شناختی متمرکز بر بهبود خواب، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و آموزش شادکامی فوردایس در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون کاهش بارز داشته است و این تفاوت میانگین در گروه آزمایشی رفتاردرمانی شناختی متمرکز بر بهبود خواب کمی بیشتر می‌باشد. نتایج آزمون شاپیروویلیک نشان داد که فرض توزیع نرمال نمرات اضطراب درد در هر سه مرحله غیرمعمول است. بنابر این فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها برقرار است. با انجام آزمون لوین فرض صفر در مورد تساوی واریانس‌های چهار گروه در متغیر

اضطراب در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به ترتیب با سطح معناداری ۰/۹۴، ۰/۱۱ و ۰/۰۷ تأیید شد. نتایج حاصل از آزمون باکس نشان داد که پیش‌فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کواریانس سه گروه در متغیر وابسته پژوهش با سطح معناداری ۰/۰۷ تأیید شد. نتایج آزمون کرویت ماچلی برای بررسی یکسانی تفاوت واریانس درون آزمودنی‌ها نشان داد که با توجه به سطح معناداری ($P < 0/05$) فرض کرویت موچلی برای متغیر وابسته پژوهش رد می‌شود در نتیجه از آزمون تحلیل واریانس تعدیل یافته با استفاده از Greenhouse Giesser Epsilon برای بررسی سوالات پژوهش استفاده شد. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده درون‌گروهی و بین‌گروهی اضطراب درد در سه مرحله آزمایش در جدول شماره ۶ آمده است.

جدول ۶: نتایج آزمون اثرات درون آزمودنی‌ها و بین آزمودنی

نام آزمون	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذورات	توان آزمون
آزمون	۵۰۲۵۸/۱۷	۱/۲۱۰	۴۱۵۲۸/۹۳	۱۷۵۳/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۹۶۹	۱/۰۰۰
درون آزمودنی	۱۷۸۶۷/۱۵	۳/۶۳۱	۴۹۲۱/۲۸	۲۰۷/۷۵	۰/۰۰۱	۰/۹۱۸	۱/۰۰۰
	۱۶۰۵/۳۳	۶۷/۷۷۱	۲۳/۶۸				
بین آزمودنی	۳۱۵۱۱/۷۷	۳	۱۰۵۰۳/۹۲	۱۰۲/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۸۴۶	۰/۹۸۴
	۸۰	۵۶	۱۰۲/۱۹				

یکی از دو مرحله پس آزمون و پیگیری بین چهار گروه پژوهش در اضطراب درد تفاوت وجود دارد ($P < 0/01$). برای تشخیص تفاوت بین گروه‌ها و مقایسه میانگین‌ها از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۷ نشان داده شده است.

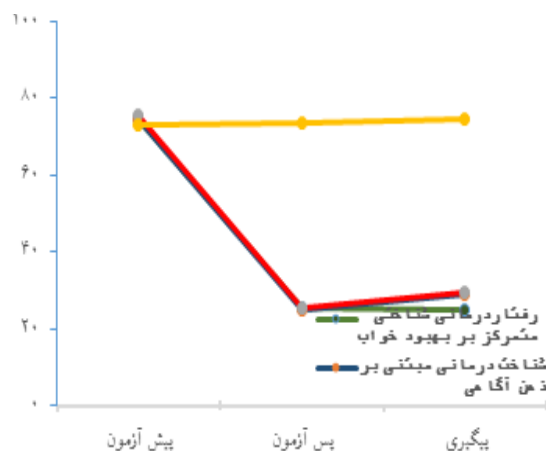
نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که اثرات درون آزمودنی اثرزمان و تعامل زمان و گروه و همچنین اثرات بین آزمودنی برای متغیر اضطراب درد معنادار است ($P < 0/01$). همچنین در بخش اثرات بین گروهی نشان می‌دهد که عامل گروه نیز معنادار است. این یعنی حداقل در

جدول ۷: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه دو به دوی گروه‌های پژوهش

گروه اول	گروه مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
رفتار درمانی شناختی متمرکز بر بهبود خواب	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	-۰/۷۴	۲/۱۳۱	۱
	آموزش شادکامی فوردایس	-۰/۴۶	۲/۱۳۱	۱
	کنترل	-۰/۳۳۹	۲/۱۳۱	۰/۰۰۱
شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	آموزش شادکامی فوردایس	-۰/۸۱	۲/۱۳۱	۱
	کنترل	-۰/۳۷۴	۲/۱۳۱	۰/۰۰۱
	آموزش شادکامی فوردایس	-۰/۳۹۲	۲/۱۳۱	۰/۰۰۱

وجود دارد ($P < 0/01$)، ولی بین سه درمان با یکدیگر تفاوت معناداری وجود ندارد ($P > 0/01$). نمودار زیر روند تغییرات نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گروه‌های آزمایش و کنترل را در متغیر اضطراب درد نشان می‌دهد.

همان‌طور که در جدول ۷ مشاهده می‌شود، بین گروه‌های رفتار درمانی شناختی متمرکز بر بهبود خواب، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و آموزش شادکامی فوردایس با گروه کنترل در متغیر اضطراب درد تفاوت معناداری



شکل شماره ۱: مقایسه میانگین نمرات اضطراب درد در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های آزمایش و کنترل

بحث

هدف از اجرای این پژوهش مقایسه‌ی اثربخشی رفتار درمانی شناختی متمرکز بر بهبود خواب با شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و آموزش شادکامی فوردایس بر اضطراب درد زنان مبتلا به میگرن بود. یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر نشان داد که رفتاردرمانی شناختی متمرکز بر بهبود خواب، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و آموزش شادکامی فوردایس باعث کاهش اضطراب درد در زنان مبتلا به سردرد میگرنی شد. همچنین تفاوت میانگین نمرات آزمودنی‌ها در مراحل آزمون مبرهن این موضوع بود که اثربخشی رفتاردرمانی شناختی متمرکز بر بهبود خواب نسبت به گروه‌های شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و آموزش شادکامی فوردایس بیشتر بود. در مورد تأثیر رفتاردرمانی شناختی متمرکز بر بهبود خواب بر اضطراب درد زنان مبتلا به سردرد میگرنی پژوهشی در دسترس قرار نگرفت لیکن نتایج این پژوهش با نتایج مطالعات et al Pchelina & مبنی بر تأثیر رفتار درمانی شناختی متمرکز بر بهبود خواب بر اختلالات خواب، افسردگی و اضطراب بیماران مراجعه کننده به کلینیک‌های درمانی^(۱۵)، Leerssen & et al در خصوص تأثیر این درمان بر علائم افسردگی ناشی از بی‌خوابی در افراد مبتلا به بی‌خوابی^(۱۶)، Crawford et al & در خصوص تأثیر این درمان بر بی‌خوابی زنان مبتلا به میگرن مزمن^(۱۷)، Denis & et al در خصوص تأثیر آن بر بی‌خوابی، اضطراب و استرس ادراک شده در بیماران پارانوئید^(۱۸) و Gosling & et al در خصوص تأثیر آن بر بهبود خواب بر علائم اضطراب بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر^(۱۹) همسوئی دارد.

اثربخشی رفتاردرمانی شناختی متمرکز بر بهبود خواب بر اضطراب درد در زنان مبتلا به میگرن در این پژوهش این گونه قابل تبیین است که با توجه به این موضوع که مشکلات خواب و حملات سردرد نتیجه ناهماهنگی در عملکرد منظم و منسجم در ساختار مغز می‌باشد، به صورتی که بی‌خوابی برانگیزاننده حملات سردرد

می‌باشد و از طرفی حملات سردرد نیز منجر به بی‌خوابی می‌گردد^(۲۰). از طرفی دیگر اضطراب درد یکی از پیامدهای روان‌شناختی سردرد میگرنی در افراد مبتلا به این بیماری می‌باشد، بنابراین با انجام مداخلات درمانی برای مقابله با بی‌خوابی می‌توان بروز حملات سردرد و متعاقب آن اضطراب درد را در این بیماران کاهش داد و از آنجایی که خواب فرایندی است که عوامل رفتاری و شناختی بر کمیت و کیفیت آن تأثیر می‌گذارد، رفتاردرمانی شناختی متمرکز بر بهبود خواب یکی از بهترین گزینه‌ها برای بهبود فرایند خواب در افراد مبتلا به بی‌خوابی می‌باشد. بدین صورت که افراد بی‌خواب اسنادها و باورهای غلطی درباره خواب دارند و احساس می‌کنند که هرگز قادر به کنترل بی‌خوابی خود نیستند، این روش درمانی با آموزش تکنیک‌هایی به منظور اصلاح خطاهای شناختی، اسنادهای غلط و افکار ناکارآمد موجب مقابله با بی‌خوابی در این افراد می‌شود. هدف عمده رفتاردرمانی شناختی متمرکز بر بهبود خواب، بازسازی یا تقویت رابطه بین شرایط خواب و محرک است. این کار با آموزش به حداقل رساندن میزان زمان بیدار ماندن در رختخواب، حذف فعالیت‌های مغایر با خواب و تنظیم برنامه خواب و بیداری انجام می‌گیرد و منجر به غلبه بیمار بر بی‌خوابی و افزایش احساس کارآمدی در کنترل بی‌خوابی می‌گردد و کاهش سردرد میگرنی و اضطراب درد را بدنبال خواهد داشت.

در خصوص اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب درد زنان مبتلا به میگرن پژوهشی در دسترس قرار نگرفت، لیکن نتیجه این پژوهش با نتایج مطالعات مظفری، نجات، توزنده‌جانی و ثماری در خصوص اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر ادراک درد و خودکارآمدی درد در بیماران مبتلا به سرطان پستان^(۲۱)، Tickell & et al و Musa & et al، در خصوص اثربخشی این درمان بر کاهش علائم و طول دوره‌های افسردگی در بیماران مبتلا به افسردگی^(۲۲-۲۳)، صولتی، مردانی، احمدی و دانابی در خصوص اثربخشی

اضطراب و افسردگی بیماران تحت همودیالیز^(۳۹)، قضاوی، مردانی و پهلوان‌زاده در خصوص اثربخشی این رویکرد درمانی بر سطح استرس، اضطراب و افسردگی پرستاران بیماران مبتلا به سرطان^(۴۰) و بارک‌زایی، نویدیان و رضایی در خصوص اثربخشی این رویکرد درمانی بر افسردگی مادران دارای نوزادان نارس^(۴۱) همسو می‌باشد. اثربخشی آموزش شادکامی فوردایس بر اضطراب درد در زنان مبتلا به میگرن در این پژوهش این گونه قابل تبیین است که سردرد به منزله‌ی یک رویداد استرس‌زا در زندگی افراد مبتلا به سردرد میگرنی توصیف می‌شود و باعث تجربه هیجانات منفی و اضطراب درد در آنان می‌شود. آموزش شادکامی فوردایس با آموزش تکنیک توقف نگرانی موجب می‌شود که این افراد با شناسایی افکار منفی و نگرانی‌زای خود نسبت به بروز حملات سردرد و توقف این افکار و جایگزینی آن‌ها با افکار مثبت سطح اضطراب درد خود را کنترل نموده و نگرانی و اضطراب کمتری را تجربه کنند. همچنین افکار منفی و بدبینانه نسبت به بروز حملات سردرد در آینده در افراد مبتلا به سردرد میگرنی موجب بروز اضطراب درد در این افراد می‌شود. در آموزش شادکامی فوردایس، آموزش توسعه تفکر مثبت و تغییر برداشت‌های منفی به مثبت و خوش‌بینی باعث توقف چرخه‌ی افکار منفی و بدبینانه و اضطراب درد می‌شود. همچنین با آموزش تکنیک زندگی کردن در زمان حال به این افراد توصیه می‌شود که با تمرکز بر زندگی در زمان حال و لذت بردن از اینجا و اکنون، از نگرانی در مورد وقوع حوادث ناخوشایند (سردرد) در آینده پرهیز نموده و با آموزش اولویت دادن به شادی در زندگی، اضطراب درد در این افراد کاهش می‌یابد. در پایان نیز لازم است تا به محدودیت‌های پژوهش توجه شود. محدودیت اول به نمونه پژوهش که زنان مبتلا به میگرن بودند، مربوط می‌شود در این خصوص تعمیم نتایج به مردان با سردرد میگرنی امکانپذیر نمی‌باشد و نیاز به تکرار پژوهش تا حصول نتایج نهایی در این گروه می‌باشد. محدودیت دوم استفاده از

این درمان بر کیفیت زندگی و خودکارآمدی بیماران تحت درمان دیالیز^(۴۲)، قدس پور، نجفی و رحیمی بوگر در خصوص اثربخشی این درمان بر کیفیت زندگی، افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس^(۴۳) همسو می‌باشد.

اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اضطراب درد در زنان مبتلا به میگرن در این پژوهش این گونه قابل تبیین است که این درمان با آموزش پذیرش، زندگی در زمان حال و عدم قضاوت در مورد رویدادها و از طریق کسب تجارب جدید و مثبت موجب کاهش علائم تنش و اضطراب در وقایع ناخوشایند زندگی مانند سردرد ناشی از میگرن می‌شود و توانایی تنظیم هیجان و ایجاد پیامدهای مثبت را در زنان مبتلا به سردرد میگرنی افزایش می‌دهد و بدین گونه باعث کاهش اضطراب درد در این افراد می‌شود. ارزیابی مجدد مفهومی شناختی است و به معنای در نظر گرفتن موقعیت تهدیدکننده به نحوی که کمتر برای فرد آزاردهنده باشد و واکنش‌های هیجانی کمتری را در او ایجاد کند می‌باشد. با توجه به اینکه زنان مبتلا به سردرد میگرنی با علائم اضطراب درد، در تفسیر علائم این بیماری دچار سوگیری هستند و گرایش شدید به بروز هیجان‌های منفی دارند، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با آموزش شناخت افکار و احساسات و پذیرش آن‌ها بدون بروز واکنش‌های هیجانی، زندگی در زمان حال و عدم قضاوت در مورد رویدادهای زندگی آنها را برای تغییرات شناختی آماده می‌کند و بدین گونه این افراد در تنظیم هیجان و کاهش اضطراب درد توانمند می‌شوند.

در خصوص اثربخشی آموزش شادکامی فوردایس بر اضطراب درد زنان مبتلا به میگرن پژوهشی در دسترس قرار نگرفت، لیکن نتیجه این پژوهش با نتایج مطالعات فیاضی، ایادی، صدری و کثیرلو در خصوص اثربخشی این رویکرد درمانی بر بهزیستی روان‌شناختی و استرس زنان با ناتوانی حرکتی^(۴۴)، مهربابی، قضاوی و شاهقلیان در خصوص اثربخشی آموزش شادکامی فوردایس بر استرس،

کلیه زنان مبتلا به میگرن که با همکاری خود زمینه و امکان اجرای این پژوهش را فراهم نمودند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نمائیم.

پرسشنامه در قالب خودپاسخگویی است. این روش ممکن است در فرایند سنجش، اطلاعات سطحی و درآمیخته با مطلوب نمایی اجتماعی را به دست دهد. با توجه به موارد اشاره شده پیشنهاد می‌شود، اثربخشی رفتاردرمانی شناختی متمرکز بر بهبود خواب، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و آموزش شادکامی فوردایس در مردان مبتلا به میگرن نیز انجام شود و استفاده از مصاحبه برای دستیابی به اطلاعات عمیق‌تر در کنار پرسشنامه خودپاسخگویی، در مطالعات آینده مورد بررسی قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج بدست آمده، به نظر می‌رسد، رفتاردرمانی شناختی متمرکز بر بهبود خواب، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و آموزش شادکامی فوردایس علیرغم محدودیت‌های ذکر شده بتواند گام مفید و موثری جهت کاهش اضطراب درد در زنان مبتلا به میگرن باشد. با توجه به اثربخشی بیشتر رفتاردرمانی شناختی متمرکز بر بهبود خواب نسبت به شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و آموزش شادکامی فوردایس بر اضطراب درد زنان مبتلا به میگرن پیشنهاد می‌شود که در کلینیک‌های روانپزشکی، دوره‌های درمان و آموزش مبتنی بر رویکرد رفتاردرمانی شناختی متمرکز بر بهبود خواب، به صورت دو ماه یکبار برنامه‌ریزی و از طریق درمانگران مجرب برای زنان مبتلا به سردرد میگرنی آموزش داده شود تا از این طریق بتوانند اضطراب درد خود را کاهش دهند و به بهبود کیفیت زندگی آنان کمک گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از رساله دکتری که با شماره کارآزمایی بالینی IRCT20200514047442N1 در مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران ثبت گردیده و با کد اخلاق از کمیته پژوهش تحقیقات علمی دانشگاه برابر با IR.IAU.KHUISF.REC.1400.057 است. بدین وسیله از

References

1. Negro A, Koverech A, Martelletti P. Serotonin receptor agonists in the acute treatment of migraine: a review on their therapeutic potential. *J of Pain Res* 2018; 11: 515-26.
2. Woldeamanuel YW, Cowan R.P. Migraine affects 1 in 10 people worldwide featuring recent rise: A systematic review and meta-analysis of community-based studies involving 6 million participants. *J Neurol Sci*. 2017; 372: 307–315.
3. Burch R, Rizzoli P, Loder E. The prevalence and impact of migraine and severe headache in the United States: figures and trends from government health studies. *Headache* 2018; 58(4): 496–505.
4. Pavlovic JM. The impact of midlife on migraine in women: summary of current views. *Women's Midlife Health* 2020; 6(11): 1-7.
5. Roelofs J, McCracken L, Peters ML, Crombez G, Van Breukelen G, Vlaeyen JWS. Psychometric Evaluation of the Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS) in Chronic Pain Patients. *J of Behavioral Medicine* 2004; 27(2): 167-183.
6. Galenkamp L, Lazaridou A, Napadow O, Edwards F. The relationship between catastrophizing, anxiety, and sleep quality in fibromyalgia. *The Journal of Pain* 2018; 19 (3): 33-41.
7. Aparicio AV, Ortega BF, Carbonell-Baeza A, Cuevas MA, Delgado-Fernández M, Jonatan R. Anxiety, depression and fibromyalgia pain and severity. *Behavioral Psychology* 2013; 21 (2): 381-392.
8. Nüesch E, Häuser W, Bernardy K, Barth J, Jüni P. Comparative efficacy of pharmacological and non-pharmacological interventions in fibromyalgia syndrome: network meta-analysis. *Ann Rheum Dis* 2012; 25(4), 212-226.
9. Morgan N, Morgan L, Lori L, Price LL, Wang ch. Mindfulness Is Associated With Psychological Symptoms, Self-Efficacy and Quality Of Life Among Patients With Fibromyalgia. *American college of rheumatology* 2013; 13(3): 221-232.
10. Wells R, Burch R, Paulsen R, Wayne P, Houle T, Loder E. Meditation for migraines: a pilot randomized controlled trial. *Headache* 2014; 54(9): 1484-95.
11. Piantino J, Lim MM, Newgard CD, Iliff J. Linking traumatic brain injury, sleep disruption and post-traumatic headache: a potential role for Glymphatic pathway dysfunction. *Curr Pain Headache Rep* 2019; 23(9): 62-71.
12. Wise J. Cognitive behavioural therapy can help chronic insomnia, review finds. *BMJ* 2015; 21(7): 350-358.
13. Koffel EA, Koffel JB, Gehrman PR. A meta-analysis of group cognitive behavioral therapy for insomnia. *Sleep medicine reviews* 2015; 19: 6-16.
14. Esmaeili M, Basiri N, Shakibae F. The Effect of Cognitive Behavioral Therapy focused in Insomnia (CBTFI) on Improving Sleep Quality and Insomnia Severity in Patients with Primary Insomnia Disorder. *J Res Behave Sci* 2015; 13(3): 409-419.
15. Pchelina P, Poluektov M, Berger T, Krieger T, Duss SB, Bassetti C.(2020). Effectiveness and Cost-Effectiveness of Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia in Clinical Settings. *Front. Psychiatry*, 2020; 3(4): 25-35.
16. Leerssen J, Foster-Dingley JC, Lakbila-Kamal O, Dekkers L, Albers A, Ikelaar S, Maksimovic T, Rick Eus JW, Van Someren.(2020). The effectiveness of cognitive-behavioural therapy for insomnia on depression. *BMC Psychiatry* 2020; 20(163): 1-11.
17. Crawford MR, Luik AI, Espie CA, Taylor HL, Burgess HJ, Jones AL, Ong JC. Digital Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia in Women with Chronic Migraines. *Headache* 2020; 60: 902-915.
18. Denis D, Eley TC, Rijdsdijk F, Zavos H, Keers R, Espie CA, Luik AI, Badini I, Derveeuw S, Hodsoll J, Gregory AM. Is digital cognitive behavioural therapy for insomnia effective in treating sub-threshold

- insomnia: A pilot RCT, *Sleep Medicine, Journal of Sleep* 2019; 3(2): 125-134.
19. Gosling JA, Batterham P, Ritterband L, Glozier N, Thorndike F, Griffiths KM, Mackinnon A, Christensen HM. Online insomnia treatment and the reduction of anxiety symptoms as a secondary outcome in a randomised controlled trial: The role of cognitive-behavioural factors. *Aust N Z J Psychiatry* 2018; 52(12): 1183-93.
 20. Parsons CE, Crane C, Parsons LJ, Fjorback LO, Kuyken W. Home practice in mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction: A systematic review and meta-analysis of participants' mindfulness practice and its association with outcomes. *Behav Res Ther* 2017; 95: 29-41.
 21. Mozafari-Motlagh MR, Nejat H, Tozandehjani H, Samari AA. Effect of cognitive behavior therapy integrated with mindfulness on perceived pain and pain self-efficacy in patients with breast cancer. *J Nurs Midwifery Sci* 2019; 6: 51-6.
 22. Tickell A, Ball S, Bernard P, Kuyken W, Marx R, Pack S, Strauss C, Sweeney T, Crane C. The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) in Real-World Healthcare Services. *Mindfulness* 2019; 11: 279-290.
 23. Musa ZA, Lam SK, Mukhtar FBM, Soh Kwong Yan SK, Oladele Tajudeen Olalekan OO, Soh Kim Geok SK. (2020). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on the management of depressive disorder: Systematic review. *International Journal of Africa Nursing Sciences* 2020; 16(36): 1-8.
 24. Solati K, Mardani S, Ahmadi A, Danaei S. Effect of mindfulness-based cognitive therapy on quality of life and self-efficacy in dialysis patients. *J Renal Inj Prev* 2019; 8(1):28-33.
 25. Ghodspour Z, Najafi M, Rahimian Boogar I. Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Psychological Aspects of Quality of Life, Depression, Anxiety, and Stress among Patients with Multiple Sclerosis. *JPCP* 2018; 6(4): 215-222.
 26. Sabatini F. The relationship between happiness and health: Evidence from Italy. *Social Science & Medicine* 2014; 114: 178-187.
 27. Fordyce MW. (1983). A program to increase happiness: Further studies. *Journal of Counseling Psychology* 1983; 30: 483-498.
 28. Fayazi M, Ayadi N, Sadri E, Kasirloo Y. The effectiveness of cognitive-behavioral Fordyce happiness training on psychological well-being and experienced Stress women with physical-motor disabilities. *Rooyesh-e-Ravanshenasi*. 2019; 8(8): 17-24.
 29. Mehrabi Y, Ghazavi Z, Shahgholian N. Effect of fordyce's happiness program on stress, anxiety, and depression among the patients undergoing hemodialysis. *Iranian J Nursing Midwifery Res* 2017; 22: 190-4.
 30. Ghazavi Z, Mardany Z, Pahlavanzadeh S. Effect of happiness educational program on the level of stress, anxiety and depression of the cancer patients' nurses. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2016; 21(5): 534-540.
 31. Barekzaei F, Navidian A, Rezaee N. The Effect of Fordyce Happiness Training on the Depression of the Mothers of Premature Infants Admitted to the Neonatal Intensive Care Unit. *Iran Journal of Nursing*. 2020; 33(124):1-13.
 32. Smith PL, Little DR. Small is beautiful: In defense of the small-N design. *Psychon Bull Rev* 2018; 25: 2083-2101.
 33. Carney C, Edinger JD. Multimodal cognitive behavior therapy, *Insomnia: Diagnosis and treatment*. London, Informa Healthcare; 2010. P. 375-386.
 34. McCrae CS, Curtis AF, Williams JM. (2018). Efficacy of brief behavioral treatment for insomnia in older adults: examination of sleep, mood, and cognitive outcomes. *Sleep Med* 2018; 51; 153-66.
 35. Farrokhi H, Mostafapour V, Bondar Kakhki Z. The Effectiveness of Multi-Component Cognitive-

- Behavior Therapy for Insomnia on the Elderly People Suffering from Insomnia. *Scientific Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2018; 16(2): 138-147.
36. Kabat-Zinn J, Lipworth L, Burney R. The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine* 1985; 8(2): 163-90.
37. McCay E, Frankford R, Beanlands H, Sidani S, Gucciardi E, Blidner R, Carter C, Aiello A. Evaluation of Mindfulness-Based Cognitive Therapy to Reduce Psychological Distress and to Promote Well-Being: A Pilot Study in a Primary Health Care Setting. *SAGE Open* 2016; 7(42): 1-12.
38. Mozafari-Motlagh MR, Nejat H, Tozandehjani H, Samari AA. Effect of cognitive behavior therapy integrated with mindfulness on perceived pain and pain self-efficacy in patients with breast cancer. *J Nurs Midwifery Sci* 2019; 6: 51-6.
39. Fayazi M, Ayadi N, Sadri E, Kasirloo Y. The effectiveness of cognitive-behavioral Fordyce happiness training on psychological well-being and experienced Stress women with physical-motor disabilities. *Frooyesh* 2019; 8 (8): 17-24.
40. McCracken LM, Dhingra L. A short version of the Pain Anxiety Symptom Scale (PASS-20): Preliminary development and validity. *Pain res manage* 2002; 7: 45-50.
41. Strahl C, Kleinknecht RA, Dinnel DL. The role of pain anxiety, coping, and pain self-efficacy in rheumatoid arthritis patient functioning. *Behaviour Research and Therapy* 2000; 38: 863-873.
42. Davoudi L, 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. *Health Psychology*. 2012; 1(1): 1-15.
43. Daniel P, Sullivan I, Paul R. Martin I, Mark J. Boschen I. Psychological Sleep Interventions for Migraine and Tension-Type Headache: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Scientific Reports* 2019; 9:6411 | <https://doi.org/10.1038/s41598-019-42785-8>.