Journal of Anesthesiology and Pain Winter 2023, Vol 13, NO 4



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

Faezeh Ebrahimi Sadr[1], Nasrin Kashefimehr[2], Hadi Smkhani Akbarinejhad[3*]

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

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

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

ABSTRACT

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

Materials and Methods: This was a semi-experimental study with a pretest-posttest, controlled design with follow-up. The statistical population of the study consisted of men suffering from chronic headache in Tabriz city in 2022.4.5. people were selected by purposeful sampling method, and were randomly divided into three groups. The experimental groups received the treatment of their specific group in 8 and 6 1.5 hour sessions, respectively, but the control group received no treatment. Data were analyzed with repeated measures analysis of variance.

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

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

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

Please cite this paper as:

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

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

Email: hadiakbarinejhad@yahoo.com

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-13]

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

مقایسه اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت بر اضطراب درد و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سردرد مزمن

فائزه ابراهیمی صدر[۱]، نسرین کاشفی‌مهر[۲]، هادی اسمخانی اکبری‌نژاد[۳*]

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران
۲. کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات آذربایجان شرقی، تبریز، ایران
۳. گروه روان‌شناسی، موسسه آموزش عالی نبی اکرم (ص)، تبریز، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۵/۱۷ تاریخ بازبینی: ۱۴۰۱/۰۹/۱۵ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۹/۲۸

چکیده

زمینه و هدف: هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت بر اضطراب درد و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سردرد مزمن بود.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را مردان مبتلا به سردرد مزمن شهر تبریز در سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند. ۴۵ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب، و به‌صورت تصادفی در سه گروه قرار گرفتند. گروه‌های آزمایشی، درمان مختص گروه خود را به‌ترتیب در ۸ و ۶ جلسه ۱/۵ ساعته دریافت کردند، اما گروه کنترل هیچ درمانی را دریافت کردند. تجزیه و تحلیل یافته‌ها از طریق آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر انجام گرفت.

یافته‌ها: در پیش‌آزمون، میانگین و انحراف معیار شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای اضطراب درد (۷۶/۹۳±۴/۴۹) و کیفیت زندگی (۴۰/۴۰±۳/۸۵)، در درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت برای اضطراب درد (۷۶/۸۶±۴/۴۳) و کیفیت زندگی (۳۹/۳۳±۴/۷۹)، و در گروه کنترل برای اضطراب درد (۷۸/۲۷±۴/۱۴) و کیفیت زندگی (۴۰/۶۰±۳/۵۲) بود. هر دو درمان در مقایسه با گروه کنترل، اضطراب درد و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سردرد مزمن را در پس‌آزمون به‌ترتیب کاهش و افزایش دادند ($p<۰/۰۰۱$). در مرحله پیگیری، اثر این دو درمان بر اضطراب درد و کیفیت زندگی ماندگار بود ($p<۰/۰۰۱$). تأثیر این دو درمان بر اضطراب درد و کیفیت زندگی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری یکسان بود ($p>۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که این دو درمان موجب کاهش اضطراب درد و افزایش کیفیت زندگی بیماران سردرد مزمن شده‌اند.

واژه‌های کلیدی: شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت، اضطراب درد، کیفیت زندگی، سردرد مزمن

نویسنده مسئول: هادی اکبری نژاد اسمخانی، گروه روان‌شناسی، موسسه آموزش عالی نبی اکرم (ص)، تبریز، ایران
پست الکترونیک: hadiakbarinejhad@yahoo.com

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-13]

مقدمه

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

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

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

بین بیماری و کیفیت زندگی رابطه متقابل وجود دارد و اختلالات جسمانی و وجود علائم جسمانی اثر مستقیم روی تمام جنبه‌های کیفیت زندگی دارد[۹].

علی‌رغم پیشرفت در کالبدشناسی، فیزیولوژی، زیست‌شناسی شیمیایی درد و ساخت داروهای جدید، همچنان سردرد به‌عنوان مشکل قابل‌توجهی درنظر گرفته می‌شود. در همین راستا، مشاهده می‌شود که استفاده از داروها برای بیماران مبتلا به سردرد، تنها ۳۰ تا ۴۰درصد از مشکلات آن‌ها را تخفیف می‌دهد[۱۰].

بسیاری از بیماران مبتلا به‌سردردهای مزمن، علی‌رغم مداخلات دارویی، همچنان درد را تجربه می‌کنند و اگر با سردردشان سازگار نشوند، کیفیت زندگی‌شان به‌طور چشم‌گیری تحت تأثیر قرار می‌گیرد و تاب‌آوری‌شان در برابر سردرد کاهش می‌یابد.

از این‌رو، پیشرفت‌های نظری و رشد پژوهش‌ها، مبانی لازم را برای مفهوم‌سازی سردرد به‌عنوان یک اختلال روانی فیزیولوژیکی (اختلال جسمانی که از استرس‌های روانی و اجتماعی و محیطی تأثیر می‌گیرد) فراهم آورده و سرانجام باعث استفاده از درمان‌های رفتاری و روان‌شناختی برای سردرد شده است. به‌عنوان مثال یک بررسی فراتحلیلی نشان داده است که مداخلات رفتاری، ۳۵ تا ۵۵ درصد سبب بهبود میگرن و سردرد تنشی شده است[۱۱].

همچنین با توجه به مشکلات فراوان روان‌شناختی بیماران مبتلا به سردرد، استفاده از روان‌درمانی‌های موثر در کنار درمان‌های دارویی، می‌تواند سهم قابل ملاحظه‌ای برای التیام مشکلات این بیماران داشته باشد.

اگرچه تاکنون تعدادی درمان‌ها روان‌شناختی برای بیماران مبتلا به سردرد طراحی شده است، اما اکثر این پژوهش‌ها بر تعداد محدودی از جنبه‌های این بیماری نظیر مشکلات شخصیتی، اجتماعی یا روانی پرداخته‌اند[۱۰] و جنبه‌های دیگر این بیماری را نادیده گرفته‌اند. یک راه برای دستیابی به زمینه‌های روانی، اجتماعی و پزشکی بیماران مبتلا به سردرد و درمان همه جانبه آن‌ها، درنظر گرفتن درمان‌های همه جانبه‌ای است تا تمامی ابعاد و مشکلات بیماران

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-13]

را در برگیرد.

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

از این‌رو، توجه به‌مداخلات روان‌شناختی و رفتاری، نظیر مشاوره و روان‌درمانی در حل مشکلات بیماران مبتلا به سردرد مزمن مهم می‌نماید؛ که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (mindFulness-based cognitive therapy) و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت (short-term solution-Focused therapy) از آن جمله‌اند.

تمرین‌های شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به‌گونه‌ای طراحی شده‌اند که توجه به بدن را افزایش می‌دهند. این درمان به‌بیماران کمک می‌کند تا یاد بگیرند چگونه از احساسات بدنی، افکار و هیجانات خود آگاه شوند و به‌شکل غیرمستقیم با کاهش میزان استرس، پاسخ سازگارانه‌ای به‌علائم هشداردهنده عود بیماری نشان دهند[۱۲]. اصول اساسی این درمان حضور در زمان حال و قضاوت‌نکردن است[۱۳].

این درمان بر تاب‌آوری و شدت تجربه درد بیماران مبتلا به سردرد مزمن[۱۴]؛ و بر اضطراب درد بیماران مبتلا به میگرن[۱۵]، و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به صرع[۱۶] اثربخش است.

درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت مددجویان را افراد شایسته و متبحری می‌داند که قادرند مشکلات خود را با حداقل کمک از طرف دیگران حل کنند[۱۷]. فرض اساسی این درمان این است که مشکل یا مسئله موجود که فرد را به‌سوی درمان می‌کشاند، برای تعیین جهت ادامه بحث نیاز نیست. زیرا عامل هر مشکلی لزوماً با راه‌حل آن مرتبط نبوده و درمان‌جویان خودشان منابعی را دارند که برای ایجاد تغییر آن‌ها را به کار خواهند گرفت[۱۸].

این درمان بر خودکارآمدی درد و تاب‌آوری بیماران مبتلا به سردرد مزمن[۱۹]؛ و بر کیفیت زندگی[۲۰]، تاب‌آوری و شادکامی[۲۱] بیماران مبتلا به ام اس اثربخش است. به‌نظر می‌رسد این دو درمان می‌توانند بر اضطراب درد و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سردرد مزمن تأثیر بگذارند. با این‌حال، در خصوص اثربخشی آن‌ها بر اضطراب درد و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سردرد مزمن، و همچنین در راستای مقایسه اثربخشی آن‌ها بر اضطراب درد و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سردرد مزمن هیچ پژوهشی در دسترس نیست.

از این‌رو، هدف پژوهش حاضر این است که اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت بر اضطراب درد و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سردرد مزمن را که یکی برآمده از درمان‌های موج سوم رفتاری‌ست و دیگری ماهیتی پُست‌مدرن و کوتاه‌مدت دارد مقایسه کند.

مواد و روش‌ها

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

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

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-13]

اخـذ رضایت‌نامـه کتبـی آگاهانـه از بیمارانـی کـه توسـط روان‌پزشـک یـا متخصـص مغـز و اعصـاب تشـخیص ابتـلا بـه سـردرد مزمـن بـه آن‌هـا گذاشـته شـده بـود، چـون پراکندگـی نمـره اضطـراب درد و کیفیـت زندگـی در بیـن بیمـاران متنـوع بـود، از ایـن‌رو تصمیـم گرفتیـم فقـط افـرادی وارد مطالعـه شـوند کـه نمـره اضطـراب درد و کیفیـت زندگی‌شـان در یـک بـازه مشـخص قـرار دارد؛ تـا آن‌هـا را از منظـر نمـره اضطـراب درد و کیفیـت زندگـی همتاسـازی کنیـم.

بنابرایـن پرسشـنامه‌های اضطـراب درد McCracken و Dhingra و کیفیـت زندگـی در بیـن ۱۵۲ بیمـار اجـرا شـد و از بیـن ۱۱۸ نفـر کـه در ایـن پرسشـنامه‌ها به‌ترتیـب یـک انحـراف معیـار بالاتـر و پایین‌تـر از میانگیـن نمـره کسـب کردنـد ۴۵ نفـر انتخـاب، و به‌صـورت تصادفـی (به‌شـیوه قرعه‌کشـی) بـه دو گـروه آزمایـش ۱ و ۲ (هـر کـدام ۱۵ نفـر) و گـواه (۱۵ نفـر) تقسـیم شـدند. بـا بهره‌گیـری از نرم‌افـزار Gپـاور (a=۰/۰۵، انـدازه اثـر: ۰/۱۵) و حجـم نمونـه مطالعـات نیمه‌آزمایشـی گذشـته، حجـم نمونـه مطالعـه حاضـر ۴۵ نفـر (۱۵ نفـر بـرای هـر گـروه) تعییـن گردیـد. بـرای جلوگیـری از تبـادل اطلاعـات بیـن افـراد گروه‌هـا، از آن‌هـا خواسـته شـد تـا چهـار مـاه پـس از اتمـام درمـان، دربـاره محتـوای جلسـات بـا یکدیگـر گفتگویـی نداشـته باشـند.

جلسـات درمانـی، توسـط یـک مشـاور بـا درجـه دکتـری تخصصـی، و یـک روان‌شـناس بالینـی و یـک مشـاور بـا درجـه کارشناسـی ارشـد در یـک مرکـز مشـاوره خصوصـی در شـهر تبریـز برگـزار شـد.

بعـد از اتمـام جلسـات (پس‌آزمـون)، و چهـار مـاه پـس از اتمـام درمـان (پیگیـری)، اعضـای هـر دو گـروه بـا اسـتفاده از ابزارهـای اندازه‌گیـری ارزیابـی شـدند. جهـت جلوگیـری از ریـزش اعضـای گروه‌هـا، حیـن مصاحبـه اولیـه بـا تک‌تـک آن‌هـا، از اعضـا خواسـتیم تعهـد خـود را نسـبت بـه شـرکت در کل جلسـات حفـظ کننـد، امـا بـه آن‌هـا گفتـه شـد کـه هروقـت مایـل بودنـد می‌تواننـد از گـروه خـارج شـوند.

ایـن امـر در طـول جلسـات هـم رصـد می‌شـد و همبسـتگی گروهـی کـه بیـن اعضـا ایجـاد شـده بـود، مانـع ریـزش افـراد گـروه شـد. ملاک‌هـای ورود بـه مطالعـه عبـارت بودنـد از: سـن ۳۰ تـا ۵۰ سـال، متأهل‌بـودن و داشـتن سـواد خوانـدن و نوشـتن، عـدم ابتـلا به‌بیمـاری جـدی دیگـری به‌غیـر از سـردرد مزمـن (چـون سـرطان، ایـدز)، عـدم اسـتفاده از داروهـای روان‌پزشـکی (چـون بنزودیازپیـن و پروتریپ‌تیلیـن)، و مصـرف داروی‌هـای سـردرد یکسـان به‌مـدت حداقـل ۱ و حداکثـر ۵ سـال)، و معیارهـای خـروج از مطالعـه نظیـر (عـدم تمایـل به‌شـرکت در مطالعـه، و غیبـت بیـش از ۲ جلسـه در جلسـات درمانـی) بودنـد. (توضیـح این‌کـه ایـن ملاک‌هـا در مرحلـه آزمـون اولیـه در نظـر گرفتـه شـدند).

پیـش از تقسـیم تصادفـی افـراد بـه گروه‌هـای آزمایـش و کنتـرل (به‌شـیوه قرعه‌کشـی)، کلیـه افـراد گروه‌هـا به‌شـیوه قرعه‌کشـی از نظـر ویژگی‌هـای جمعیت‌شناسـی نظیـر سـن و مـدت زمـان مصـرف داروهـای سـردرد یکسـان همسـان شـدند (پـس از این‌کـه ملاک‌هـای ورود بـه مطالعـه، یعنـی سـن و مـدت زمـان مصـرف داروهـای سـردرد یکسـان رعایـت شـد، بـرای این‌کـه کـدام یـک از آزمودنی‌هـا در کـدام گـروه قـرا گیرنـد از روش پرتـاب سـکه اسـتفاده شـد تـا افـراد در گروه‌هـا قـرار گیرنـد). همـه اصـول اخلاقـی در ایـن مقالـه رعایـت شـده اسـت. شـرکت‌کنندگان اجـازه داشـتند هـر زمـان کـه مایـل بودنـد از پژوهـش خـارج شـوند.

اطلاعـات آن‌هـا محرمانـه نگـه داشـته شـدند و در پایـان درمـان، اعضـای گـروه کنتـرل نیـز تحـت مداخلـه قـرار گرفتنـد. بـرای برگـزاری جلسـات درمانـی، از افـراد هیـچ هزینـه‌ای دریافـت نشـد.

پرسشـنامه اضطـراب درد PASS-20: ایـن مقیـاس، یـک ابـزار خودگزارشـی ۲۰ سـوالی اسـت کـه در سـال ۲۰۰۲ توسـط McCracken و Dhingra بـر اسـاس مقیـاس اصلـی PASS-40 سـاخته شـد[۳۲]. پرسشـنامه اضطـراب درد

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-13]

از چهار زیرمقیاس شناختی، فرار- اجتناب، ترس و فیزیولوژیکی تشکیل شده است[۲۳]. حداقل نمره در این پرسشنامه صفر و حداکثر ۱۰۰ است. آزمودنی‌ها باید در دامنه صفر (هرگز) تا ۵ (همیشه) به سوالات پاسخ دهند[۲۲]. Kleiman و همکاران در پژوهشی، ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۹۵ گزارش کردند[۲۲]. 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 مقیاس ها بین ۰/۶۴ تا ۰/۸۷ محاسبه کردند[۲۴]. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای کل این پرسشنامه ۰/۸۵ به‌دست آمده است.

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

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

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-13]

جدول ۱: محتوای جلسات و پروتکل شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی

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

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-13]

جدول ۲: محتوای جلسات و پروتکل درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت

جلسه	هدف و محتوا
اول	اجـرای پیش‌آزمـون- هـدف: آشـنایی گـروه بـا هـم و بـا درمانگـر گـروه، بیـان قواعـد گـروه و تعییـن چهارچوب‌هـا و بیـان اصـول کلـی درمـان راه‌حل‌محـور کوتاه‌مـدت. تکلیـف: شـرکت‌کنندگان موظـف شـدند بـرای جلسـه بعـد هدف‌هـای موردنظـر خـود را از شـرکت در جلسـات نوشـته و به‌گـروه بیاورنـد. ایـن اهـداف بایـد متمرکـز به‌تغییراتـی باشـد کـه در گـروه ایجـاد خواهنـد شـد.
دوم	هـدف: کمـک به‌شـرکت‌کنندگان تـا بتواننـد هدف‌هـای خـود را به‌صورتـی مثبـت، معیـن، ملمـوس و قابـل اندازه‌گیـری تدویـن کننـد. تکلیـف: از شـرکت‌کنندگان درخواسـت شـد بـرای جلسـه بعـد انتظـارات و هدف‌هـای دیگـری را کـه از خـود و زندگیشـان دارنـد بصورتـی مثبـت، دقیـق، ملمـوس و قابل‌اندازه‌گیـری نوشـته و به‌جلسـه آینـده بیاورنـد.
سوم	هـدف: کمـک به‌شـرکت‌کنندگان تـا دریابنـد کـه از یـک واقعـه تعابیـر متفاوتـی وجـود دارد، و بتواننـد تلقـی خـود از مشـکالت پیش‌آمـده را به‌شـکل مفیدتـر تغییـر دهنـد. کمـک به‌آن‌هـا تـا به‌قابلیت‌هـا و منابـع خـود پی‌بـرده و بتواننـد یکدیگـر را تحسـین کننـد. تکلیـف: از اعضـای گـروه درخواسـت شـد کـه در طـول هفتـه جـاری به‌هیـچ وجـه از خـود ایـراد نگیرنـد، و در عـوض هـر و کار فعالیـت مثبتـی کـه از خودشـان مـی بیننـد را مـورد تحسـین و قدردانـی قـرار دهنـد و گـزارش آن را به‌جلسـه بیاورنـد.
چهارم	هـدف: کمـک به‌شـرکت‌کنندگان تـا اسـتثنائات مثبـت در زندگـی خـود را تشـخیص داده، و بـر ایـن اسـاس در خودشـان امیـد ایجـاد شـده و بتواننـد حـوزه مشـکالت خـود را کاهـش دهنـد. تکلیـف: از شـرکت‌کنندگان درخواسـت شـد کـه به‌سـوالت مطرح‌شـده بیش‌تـر فکـر کننـد و لحظـات اسـتثنائی مثبـت در زندگی‌شـان را تشـخیص داده و به‌جلسـه بعـد بیاورنـد.
پنجم	هـدف: برهـم‌زدن الگوهـای رفتـاری مختلـی کـه شـرکت‌کنندگان طراحـی کـرده انـد بـا اسـتفاده از پرسـش معجزه‌آسـا. تکلیـف: از شـرکت‌کنندگان درخواسـت شـد دربـاره سـوال مطرح‌شـده در جلسـه در منـزل فکـر کننـد و پاسـخ‌ها را بـرای جلسـه بعـد بیاورنـد.
ششم	هـدف: کمـک به‌اعضـا بـرای این‌کـه راه‌هـای دیگـری بـرای تفکـر، احسـاس و رفتـار به‌جـای آنچـه الان انجـام می‌دهنـد را پیـدا کـرده، و احساسـات جدیـدی را تجربـه کننـد بـا اسـتفاده از واژه مهـم به‌جـای. جمع‌بنـدی و نتیجه‌گیـری، و تعییـن این‌کـه آیـا اعضـا به‌اهـداف خـود دسـت یافته‌انـد؟ اجـرای پس‌آزمـون

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-13]

نتایج

میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان در مطالعه ۵/۷۶±۴۱/۰۹ سال، و میانگین و انحراف معیار مدت زمان مصرف داروهای سردرد یکسان آن‌ها ۱/۰۳±۵/۴۴ بود. در جدول ۳، میانگین و انحراف معیار سن و مدت زمان مصرف داروهای سردرد یکسان آزمودنی‌ها مقایسه شده است. نتایج نشان می‌دهد که بین سه گروه از نظر سن و مدت زمان مصرف داروهای سردرد یکسان تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

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

متغیر	گروه	انحراف معیار ± میانگین	p
سن	شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	۴۰/۷۳±۵/۲۹	۰/۴۷۴*
	درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت	۴۲/۵۳±۶/۹۱	
	کنترل	۴۰/۰۰±۴/۹۸	
	کل	۴۱/۰۹±۵/۷۶	
مدت زمان مصرف داروهای سردرد یکسان	شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	۵/۴۷±۱/۰۶	۰/۶۸۴*
	درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت	۵/۲۷±۱/۰۳	
	کنترل	۵/۶۰±۱/۰۵	
	کل	۵/۴۴±۱/۰۳	

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

در بررسی پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر، آزمون شاپیرو ویلک نشان داد پیش‌فرض نرمال‌بودن توزیع متغیرهای مورد مطالعه در نمونه مورد مطالعه محقق شده است، چرا که مقادیر z محاسبه‌شده در سطح ($p<0/05$) معنی‌دار نیست. در آزمون ام‌باکس، چون F متغیرهای اضطراب درد ($F=2/11$) و کیفیت زندگی ($F=2/59$) به‌ترتیب در سطح (۰/۵۷۱ و ۰/۴۸۰) معنادار نبودند، بنابراین می‌توان گفت که مفروضه همسانی ماتریس کوواریانس برای متغیرها برقرار شده است. در آخر، آزمون کرویت موخلی نشان داد چون مقدار کرویت موخلی (۰/۶۰۰) متغیر اضطراب درد در سطح خطای داده‌شده (۰/۶۱۳) و مقدار کرویت موخلی (۰/۶۵۰) متغیر کیفیت زندگی در سطح خطای داده‌شده (۰/۶۷۰) معنی‌دار نیست، لذا می‌توان کرویت ماتریس واریانس- کوواریانس متغیرهای وابسته را پذیرفت. پس، این پیش‌فرض نیز برقرار است.

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

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-13]

کیفیت زندگی 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 کیفیت زندگی در گروه‌های آزمایشی با گروه کنترل معنادار می‌باشد (P<۰/۰۰۱).

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 داخل گروهی	سطح معنی‌داری تغییرات بین گروهی
اضطراب درد	شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	۷۶/۹۳±۴/۴۹	۷۱/۰۷±۴/۴۸	۷۱/۲۰±۴/۴۹	P<۰/۰۰۱*	P<۰/۰۰۱*
	درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت	۷۶/۸۷±۴/۴۳	۷۰/۹۳±۴/۶۰	۷۱/۰۷±۳/۸۴	P<۰/۰۰۱*	
	کنترل	۷۸/۲۷±۴/۱۴	۷۸/۰۷±۴/۴۱	۷۷/۸۷±۴/۳۲	p =۰/۸۶۱	
	سطح معنی‌داری در هر مقطع اندازه‌گیری بین گروه‌ها	p =۰/۶۱۵	p<۰/۰۰۱*	p<۰/۰۰۱*	-	-
کیفیت زندگی	شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	۴۰/۴۰±۳/۸۵	۴۶/۰۰±۵/۵۵	۴۵/۹۳±۵/۵۶	P<۰/۰۰۱*	P<۰/۰۰۱*
	درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت	۳۹/۳۳±۴/۷۹	۴۵/۴۰±۵/۱۹	۴۵/۴۰±۵/۰۶	P<۰/۰۰۱*	
	کنترل	۴۰/۶۰±۳/۵۲	۴۰/۶۰±۳/۵۲	۴۱/۴۰±۳/۲۶	p =۰/۸۹۵	
	سطح معنی‌داری در هر مقطع اندازه‌گیری بین گروه‌ها	p =۰/۶۶۲	p<۰/۰۰۷*	p<۰/۰۰۴*	-	-

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

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-13]

چون آزمون اثر پیلای در موقعیت‌های عملی قدرت بیشتری نسبت بهسایر آزمونها دارد، نتایج آن گزارش شده است (جدول ۵). اطلاعات مربوط به متغیر اضطراب درد بیان می‌کند که بین نمرات این متغیر در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین بخش دوم اطلاعات مربوط به متغیر اضطراب درد نشان داد که بین نمرات این متغیر در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های آزمایشی (شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت) و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. به‌عبارتی بین زمان و مداخله تعامل وجود دارد. اندازه اثر به‌دست‌آمده برای متغیر اضطراب درد (۰/۴۶) نشان می‌دهد که ۴۶٪ از تغییرات این متغیر مربوط به اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت بوده است. و نیز، اطلاعات مربوط به متغیر کیفیت زندگی بیان می‌کند که بین نمرات این متغیر در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین بخش دوم اطلاعات مربوط به متغیر کیفیت زندگی نشان داد که بین نمرات این متغیر در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های آزمایشی (شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان راه‌حل محور کوتاه‌مدت) و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. به‌عبارتی بین زمان و مداخله تعامل وجود دارد. اندازه اثر به‌دست‌آمده برای متغیر کیفیت زندگی (۰/۸۴) نشان می‌دهد که ۸۴٪ از تغییرات این متغیر مربوط به اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت بوده است.

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

متغیر	تأثیر		مقدار	F	فرضیه درجه آزادی	خطای درجه آزادی	سطح معناداری	مجذور اتا
اضطراب درد	زمان	اثر پیلایی	۰/۹۶	۵/۵۷۴	۲/۰	۴۱/۰	۰/۰۰۱	۰/۹۶
	زمان*مداخله	اثر پیلایی	۰/۹۲	۱۸/۱۵۲	۴/۰	۸۴/۰	۰/۰۰۱	۰/۴۶
کیفیت زندگی	زمان	اثر پیلایی	۰/۷۰	۴۷/۷۳۵	۲/۰	۴۱/۰	۰/۰۰۱	۰/۷۰
	زمان*مداخله	اثر پیلایی	۰/۵۶	۸/۲۰۰	۴/۰	۸۴/۰	۰/۰۰۱	۸۴/۳۷

نوع آزمون: تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر *اختلاف معنی‌دار $p < ۰/۰۵$

برای بررسی این مهم که نمرات کدام‌یک از گروه‌ها در متغیرهای اضطراب درد و کیفیت زندگی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری با یکدیگر تفاوت دارند، مقایسه زوجی انجام شد (جدول ۶). نتایج نشان دادند که اختلاف میانگین نمرات اضطراب درد و کیفیت زندگی گروه‌های آزمایشی با گروه کنترل، معنادار بوده است ($P<۰/۰۰۱$)؛ اما اختلاف میانگین نمرات اضطراب درد و کیفیت زندگی در گروه‌های آزمایشی

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-13]

نسبت به‌یکدیگر معنادار نمی‌باشد (P>۰/۰۵). نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نیز حاکی از آن هستند که معنی‌داری تغییرات بین گروهی، ناشی از تفاوت تغییرات گروه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت با گروه کنترل می‌باشد؛ به‌طوری‌که هم در پس‌آزمون و هم در پیگیری، نمرات اضطراب درد و کیفیت زندگی گروه‌های آزمایشی به‌ترتیب کم‌تر و بیش‌تر از نمره گروه کنترل می‌باشد؛ اما نمرات اضطراب درد و کیفیت زندگی گروه‌های آزمایشی، تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند؛ بنابراین برتری درمان در پس‌آزمون و پیگیری در کاهش اضطراب درد و افزایش کیفیت زندگی به‌نفع هیچ یک از درمان‌ها نیست.

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

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

P<۰/۰۵ اختلاف معنادار

بحث

هدف از پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان راه‌حل محور کوتاه‌مدت بر اضطراب درد و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سردرد مزمن بود، که به‌صورت یک طرح نیمه‌آزمایشی انجام شد. در این راستا، تحلیل داده‌ها نشان داد که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت بر کاهش اضطراب درد و افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سردرد مزمن تأثیر دارند، و تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت متفاوت از هم نیست. همچنین، یافته‌ها نشان داد که تغییرات نمره اضطراب درد و کیفیت زندگی در زمان‌های مورد بررسی در گروه‌ها متفاوت بوده و گذر زمان نقش تعدیل‌کنندگی بر تأثیر درمان‌ها در کاهش اضطراب درد و افزایش کیفیت زندگی دارد و اثر زمان معنی‌دار است؛ یعنی اثر متقابلی بین زمان و مداخله وجود دارد و با گذشت زمان از شروع مداخله، نمرات اضطراب درد کاهش و کیفیت زندگی افزایش یافتند و تأثیرات ناشی از حضور در گروه‌های آزمایشی با نزدیک‌شدن به‌پایان مداخله بر روی نمرات اضطراب درد و کیفیت زندگی افراد در هر دو گروه مداخله‌ای مثبت بود.

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

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-13]

و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سردرد مزمن مورد بررسی قرار دهد در دسترس نیست. اما می‌توان به نتیجه پژوهش ابوطالبی و همکاران اشاره کرد که نشان دادند شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تاب‌آوری و شدت تجربه درد زنان مبتلا به سردرد مزمن[۱۴] اثربخش است. همچنین می‌توان به پژوهش الهام و همکاران اشاره کرد که نشان دادند شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اضطراب درد زنان مبتلا به میگرن[۱۷] تأثیر دارد. علاوه بر این‌ها، می‌توان به نتیجه پژوهش محمدپور و همکاران اشاره کرد که به این نتیجه رسیدند شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به صرع[۱۶] 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 کیفیت زندگی‌شان افزایش یابد. انجام تمرینات ذهن‌آگاهی باعث رشد عواملی چون مشاهده، غیرقضاوتی بودن، غیرواکنشی بودن و عمل همراه با هوشیاری، و در نهایت رشد بهزیستی روان‌شناختی، کاهش اضطراب و نشانه‌های روان‌شناختی می‌شود. در حقیقت، وقتی ذهن آگاهی افزایش می‌یابد توانایی برای عقب ایستادن و مشاهده‌کردن حالت‌هایی مثل اضطراب افزایش می‌یابد، در نتیجه فرد می‌تواند خود را از الگوهای رفتاری اخودکار رها کند و از طریق درک و دریافت مجدد، دیگر با حالت‌هایی مثل اضطراب و ترس کنترل نشود، بلکه می‌تواند از اطلاعات برخواسته از این حالت‌ها استفاده کند و با هیجانات همراه باشد که این عوامل باعث می‌شود کیفیت زندگی وی افزایش یابد[۲۶].

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

علاوه بر این‌ها، می‌توان به نتیجه پژوهش نصیرنژاد و همکاران اشاره کرد که به این نتیجه رسیدند درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت بر تاب‌آوری و شادکامیبیماران مبتلا به ام اس[۲۱] تأثیر دارد. نتایج پژوهش حاضر به‌نوعی با نتایج پژوهش‌های مذکور همسو می‌باشد. هیچ پژوهشی مبنی بر ناهمسو بودن با نتیجه پژوهش حاضر پیدا نشد، تا بتوان علت شباهت و تفاوت نتایج مطالعات را بحث و بررسی نمود.

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

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-13]

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[۳۸].

در جلسات درمانی راه‌حل‌محور به‌بیماران 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 به‌کاهش مشکلات‌شان هستند، اضطراب درد آن‌ها کاهش و کیفیت زندگی‌شان افزایش پیدا کرد.

نتیجه‌گیری

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

نمونه پژوهش حاضر را، کلیه مردان متأهل ۳۰ تا ۵۰ ساله مبتلا به سردرد مزمن شهر تبریز تشکیل دادند، که این مورد یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر است؛ و تعمیم یافته‌ها به همه مردان مبتلا به سردرد مزمن جوان‌تر و مسن‌تر، و مردان غیرمتأهل که از حمایت همسر و خانواده برخوردار نیستند را دشوار می‌سازد. همچنین، در این پژوهش جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه استفاده شد که به‌دلیل خودگزارشی‌بودن ابزارها، امکان سوگیری در پاسخدهی محتمل به‌نظر 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 کلنیک‌های دولتی و خصوصی، از شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت در زمینه کاهش اضطراب درد و افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سردرد مزمن استفاده شود. با توجه به محدودیت جامعه آماری این پژوهش، پیشنهاد میشود که پژوهش حاضر در بین جوامع آماری مختلف، سایر شهرها نیز اجرا گردد.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

سهم نویسندگان

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

تشکر و قدردانی

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

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-13]

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. Daly LE, Dolan RD, Power DG, Ní Bhuachalla É, Sim W, Cushen SJ, et al. Determinants of quality of life in patients with incurable cancer. Cancer 2020; 126(12): 2872-2882.
10. McMahon S, Koltzenburg M, Tracey I, Turk D. Wall & Melzack's Textbook of Pain. Elsevier: Churchill: Livingstone; 2013: 121.
11. 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.
12. 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.
13. 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.
14. 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].
15. 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].
16. 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].
17. 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.
18. Choi JJ. The Role of the Solution-Focused Brief Therapist in Client-Led Problem Talks. AJFT 2021; 49(1): 1-17.
19. Smkhani Akbarinejhad H, NaghizadehAlamdari M.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-13]

Comparison of the Effectiveness of Acceptance & Commitment Therapy with Short-term Solution-focused Therapy on the Self-efficacy & Resilience of Female Students with Chronic Headache. J Anesth Pain 2021; 12(2): 1-18. [in Persian].

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

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-13]