Journal of Anesthesiology and Pain Autumn 2023, Vol 14, No 3



Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy on Sleep Quality and Pain Intensity of Women with Migraine

Naeimeh Bagherzadeh Hamamchi[1], Shahla Abkhooy[2], Hadi Smkhani Akbarinejhad[3*]

1. *MA in General Psychology, University College of Nabi AKram, Tabriz, Iran*
2. *MA in General Psychology, University College of Nabi AKram, Tabriz, Iran*
3. *Asisstant Professor Dept of Psychology, University College of Nabi AKram, Tabriz, Iran*

ABSTRACT

Aim and background: The aim of this study was to determine the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) on sleep quality & pain intensity of women with migraine.

Material and Methods: This study was semi-experimental with a pretest-posttest & follow-up control group design. The statistical population of the research consisted of all women suffering from migraine in Tabriz city in 2023. In total, 30 person meeting the inclusion criteria were selected by purposeful sampling, and The were randomly divided into the intervention and control groups (15 people each). The measurement tools were Pittsburgh sleep quality and McGill pain intensity questionnaires. The members of the experimental group received MBCT in 8 sessions of 1.5 hours; but the control group did not receive any treatment. Analysis of findings through repeated measures analysis of variance test.

Results: In the pretest, mean and standard deviation of the MBCT for sleep quality (17.60±2.53) and for pain intensity (46.87±4.61), and in control group for sleep quality (17.00±2.03) and for intensity of pain (45.80±3.89) (P>0.05). MBCT compared to the control group the sleep quality (14.13±2.20) and intensity of pain (41.93±5.04) of women with migraine improved and decreased respectively in the post-test ($p<0.001$). In the follow-up phase, the effect of treatment on the sleep quality and intensity of pain was lasting ($p<0.001$).

Conclusion: Based on the findings of this research, it can be concluded that mindfulness-based cognitive therapy has increased sleep quality and reduced the intensity pain of women with migraine.

Keywords: Mindfulness-based Cognitive Therapy, Sleep Quality, Intensity Pain, women with Migraine

Please cite this paper as:
Bagherzadeh Hamamchi N, Abkhooy SH, Smkhani Akbarinejhad H [Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy on Sleep Quality and Intensity Pain of Women with Migraine (Persian)]. J Anesth Pain 2023;14(3): 39-49..

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 2026-10-31]

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۱۴، شماره ۳، پاییز ۱۴۰۲

اثربخشی شناختدرمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کیفیت خواب و شدت درد زنان مبتلا به میگرن

نعیمه باقرزاده حمامچی[۱]، شهلا آب خوی[۲]، هادی اسمخانی اکبری‌نژاد[۳]*

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

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۵/۵ **تاریخ بازبینی: ۱۴۰۲/۶/۱۰** **تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۶/۳۰**

چکیده

زمینـه و هـدف: هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کیفیت خواب و شدت درد بیماران مبتلا به میگرن بود.

مـواد و روش‌هـا: روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه زنان مبتلا به میگرن شهر تبریز در سال ۱۴۰۲ تشکیل داد. ۳۰ نفر با داشتن ملاک‌های ورود به مطالعه با روش نمونه‌گیری هدفمند و از میان کلیه زنان مبتلا به میگرن شهر تبریز در سال ۱۴۰۲ انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه مداخله و گواه، هر کدام ۱۵ نفر قرار گرفتند. ابزارهای اندازه‌گیری، پرسشنامه‌های کیفیت خواب پیتزبورگ و شدت درد مک‌گیل بودند. اعضای گروه مداخله، در ۸ جلسه ۱/۵ ساعته شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را دریافت کردند؛ ولی گروه گواه هیچ درمانی را دریافت نکردند. داده‌ها توسط آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر تجزیه و تحلیل شدند.

نتایـج: در پیش‌آزمون، میانگین و انحراف معیار شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای کیفیت خواب (۲/۵۳±۱۷/۶۰) و برای شدت درد (۴/۶۱±۴۶/۸۷)، و در گروه گواه برای کیفیت خواب (۲/۰۳±۱۷/۰۰) و برای شدت درد (۳/۸۹±۴۵/۸۰) بود. شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در مقایسه با گروه گواه، کیفیت خواب (۲/۲۰±۱۴/۱۳) و شدت درد (۵/۰۴±۴۱/۹۳) زنان مبتلا به میگرن را در پس‌آزمون به‌ترتیب بهبود و کاهش داد ($p<۰/۰۰۱$). در مرحله پیگیری، اثر درمان بر کیفیت خواب و شدت درد ماندگار بود ($p<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیـری: براساس یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی موجب افزایش کیفیت خواب و کاهش شدت درد زنان مبتلا به میگرن شده است.

واژه‌های کلیدی: شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، کیفیت خواب، شدت درد، میگرن

نویسـنده مسـئول: هادی اسمخانی اکبری‌نژاد، گروه روانشناسی، موسسه آموزش عالی نبی اکرم (ص)، تبریز، ایران

پست الکترونیک: hadiakbarinejhad@yahoo.com

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-10-31]

مقدمه

میگرن (migraine) نوعی اختلال عصبی مزمن شایع است که با حملات مکرر سردرد متوسط تا شدید که از چند ساعت تا چند روز ادامه دارد، مشخص می‌شود. علائم میگرن شامل دردی همراه با حالت تهوع، استفراغ، افزایش حساسیت به سروصدا و نور است[۱]. میگرن وضعیتی عمیقاً ناتوان‌کننده است به‌طوری‌که سازمان بهداشت جهانی آن‌را به‌عنوان یکی از ۲۰ علت اصلی ناتوانی در جهان رتبه‌بندی کرده است[۲]. شیوع میگرن در سال ۲۰۱۶، در جمعیت عمومی ۱۴/۴ درصد، در زنان ۱۸/۹ درصد، و در مردان ۹/۸ درصد گزارش شده است[۳]. میگرن و درد ناشی از آن، علاوه بر تأثیرات مخرب در زندگی شغلی- اقتصادی و تحصیلی[۴]، و ایجاد اختلال در روابط خانوادگی و اجتماعی[۵]، همایندی بالایی با اختلالاتی نظیر افسردگی و اضطراب[۶] و کیفیت خواب پایین دارد[۷].

درد تجربه حسی یا هیجانی ناخوشایندی است که با آسیب واقعی یا بالقوه مرتبط است و دارای دو بعد حسی و عاطفی می‌باشد. بعد حسی درد به‌شدت درد اشاره دارد و بعد عاطفی آن به‌میزان ناخشنودی که یک فرد تجربه می‌کند، اطلاق می‌شود. میگرن از جمله مشکلاتی است که در آن میزان درد تجربه‌شده توسط بیمار شدیداً آزاردهنده است[۸]. نتایج بررسی Duan و همکاران نشان می‌دهد بین شدت درد (intensity pain) و کیفیت خواب (sleep quality) بیماران مبتلا میگرن رابطه منفی و معناداری وجود دارد، و افرادی که از کیفیت خواب مناسبی برخوردارند سردردهای میگرنی کم‌تری را در طول زندگی خود

تجربه می‌کنند[۹]. کیفیت خواب یک سازه بالینی است و از شاخص‌های ذهنی مربوط به چگونگی تجربه خواب از جمله رضایت از خواب و احساسی که پس از برخاستن از خواب ایجاد می‌شود، تشکیل می‌شود[۱۰]. خواب بی‌کیفیت ضعیف بعد از سردرد و اختلالات گوارشی، در رتبه سوم مشکلات افراد دارای میگرن قرار دارد و از شکایات شایع و دلیل مراجعه افراد به پزشکان و روان‌شناسان است[۱۱].

علی‌رغم پیشرفت در کالبدشناسی، فیزیولوژی، زیست‌شناسی شیمیایی درد، و ساخت داروهای جدید، همچنان میگرن به‌عنوان مشکل قابل‌توجهی درنظر گرفته می‌شود. در همین راستا، مشاهده می‌شود که استفاده از داروها برای بیماران مبتلا به میگرن، تنها ۴۰ تا ۵۰ درصد از مشکلات آن‌ها را تخفیف می‌دهد[۱۲].

اکثر مبتلایان به میگرن، علی‌رغم مداخلات دارویی همچنان درد را تجربه می‌کنند، و اگر سازش با سردردشان نباشند، کیفیت خوابشان به‌طور چشم‌گیری تحت تأثیر قرار می‌گیرد. از این‌رو، پیشرفت‌های نظری و رشد پژوهش‌ها، مبانی لازم را برای مفهوم‌سازی میگرن 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 میگرن شده است. به‌عنوان مثال یک بررسی فراتحلیلی نشان داده است که مداخلات روان‌شناختی، ۲۵ تا ۳۶ درصد سبب بهبود شدت درد در بیماران مبتلا به میگرن شده است[۱۳]. از این‌رو، توجه به مداخلات روان‌شناختی و رفتاری نظیر مشاوره و روان‌درمانی در حل مشکلات بیماران مبتلا به میگرن مهم می‌نماید؛ که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (mindfulness-based cognitive therapy) از آن جمله است.

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[۱۴]. اصول اساسی این درمان حضور در زمان حال و قضاوت‌نکردن است[۱۵]. این درمان بر تاب‌آوری و شدت تجربه درد بیماران مبتلا به سردرد مزمن[۱۶]؛ و اضطراب درد [۱۷]، شدت درد و روزهای حملات[۱۸]، فراوانی سردرد[۱۹]، شدت درد[۲۰، ۲۱]، تسکین سردرد[۲۲] و بهبود کیفیت خواب[۲۳] اثربخش است.

با تغییر رویکرد بیماری‌نگر و پیدایش دیدگاه‌های سلامت‌نگر، سلامتی فقط روی یک محور که یک‌سوی آن بیمار و سوی دیگر آن سلامتی افراد قرار دارد، درنظر گرفته نمی‌شود؛ بلکه سلامت پیوستاری است که حالت انفعالی ندارد و نیازمند پرورش است. بدیهی است در این رابطه شناخت عوامل موثر بر غنی‌سازی زندگی و افزایش ظرفیت‌ها و سرمایه‌های روان‌شناختی و یافتن رویکردهای درمانی موثر برای زندگی آرام و مطمئن برای بیماران از اهمیت ویژه‌ای برخوردار باشد؛ از این‌رو، در پژوهش حاضر پژوهشگران سعی دارند رویکردی را عملیاتی کنند که ضمن قابلیت اجرایی پژوهش، جنبه جدیدی را دربر داشته باشد و در عین‌حال، فرضیه اساسی آن‌ها را که معتقدند این درمان به‌طور هم‌زمان

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-10-31]

بـر کیفیـت خـواب و شـدت دـرد زنـان مبتـلا بـه میگـرن موثـر می‌باشـند مـورد بررسـی قـرار دهـد. بنابرایـن، سـوال اصلـی پژوهـش حاضـر ایـن اسـت: آیـا شـناخت‌درمانی مبتنـی بـر ذهن‌آگاهـی بـر کیفیـت خـواب و شـدت دـرد زنـان مبتـلا بـه میگـرن اثربخـش اسـت؟

مواد و روش‌ها

کـد اخـلاق پژوهـش (IR.TABRIZU.REC.1401.066) بـود. پژوهـش حاضـر از نـوع نیمه‌آزمایشـی بـا طـرح پیش‌آزمـون-پس‌آزمـون و پیگیـری بـا گـروه گـواه بـود کـه دـر آن از یـک گـروه مداخلـه و یـک گـروه گـواه اسـتفاده گردیـد. متغیـر مسـتقل شـناخت‌درمانی مبتنـی بـر ذهن‌آگاهـی، و متغیرهـای وابسـته کیفیـت خـواب و شـدت دـرد بودنـد. برنامـه مداخلـه دـر پاییـز و زمسـتان ۱۴۰۱ اجـرا شـد. جامعـه آمـاری پژوهـش حاضـر شـامل کلیـه زنـان مبتـلا بـه میگـرن شـهر تبریـز بـود کـه دـر زمـان نمونه‌گیـری (سـال ۱۴۰۱) بـرای درمـان میگـرن خـود به‌کلینیک‌هـای دولتـی مغـز و اعصـاب ایـن شـهر مراجعـه کردـه بودنـد. روش نمونه‌گیـری، روش هدفمنـد بـود. پـس از تصویـب کـد اخـلاق و کسـب رضایـت از مسـئولین کلینیک‌هـا و اخـذ رضایت‌نامـه کتبـی آگاهانـه از بیمارانـی کـه توسـط روان‌پزشـک یـا متخصـص مغـز و اعصـاب تشـخیص ابتلا بـه میگـرن بـه آن‌هـا گذاشـته شـده بـود، چـون پراکندگـی نمـره کیفیـت خـواب و شـدت دـرد دـر بیـن بیمـاران متنـوع بـود، از ایـن‌رو تصمیـم گرفتیـم فقـط افرادـی وارد مطالعه شـوند کـه نمـره کیفیـت خـواب و شـدت دردشـان دـر یـک بـازه مشـخص قـرار دـارد؛ تـا آن‌هـا را از منظـر نمـره کیفیت خـواب و شـدت دـرد همتاسـازی کنیـم. بنابرایـن پرسشـنامه‌های کیفـت خـواب Pittsburgh و شـدت دـرد Melzak دـر بیـن ۲۱۶ بیمـار اجـرا شـد و از بیـن ۱۸۸ نفـر کـه دـر ایـن پرسشـنامه‌ها به‌ترتیـب یـک انحـراف معیـار بالاتـر از میانگیـن نمـره کسـب کردنـد ۳۰ نفـر انتخـاب، و به‌صـورت تصادفـی (به‌شـیوه قرعه‌کشـی) بـه دـو گـروه مداخلـه و گـواه (هـر گـروه ۱۵ نفـر) تقسـیم شـدند (توضیـح این‌کـه، دـر پرسشـنامه کیفیـت خـواب، نمـره بالاتـر نشـان‌دهنده کیفیـت خـواب ضعیف‌تـر اسـت). جهـت تعییـن حجـم نمونـه از معادلـه برآورد فرمـول حجـم نمونـه Fleiss اسـتفاده شـد. تعـداد ۱۵ نفـر بـرای هـر گـروه بـر اسـاس نرم‌افـزار تعییـن حجـم نمونـه G Power 3 و بـا دـر نظـر گرفتـن پارامترهـای زیـر محاسـبه شـد. اندـازه اثـر= ۰/۴۸؛ ضریـب آلفا=۰/۰۵؛ تـوان آزمـون=۰/۶۸؛ Repetitions=۲؛ Noncentrality parameter λ=۱۱/۹۹۸؛ Critical/۴۶۵ ؛F=۲؛ Numerator df=۱؛ Denominator df=۲۹؛ Actual power=۰/۸۱؛ Pillai V=۰/۴۵. بـرای جلوگیـری از تبادـل اطلاعـات بیـن افـراد گروه‌هـا، از آن‌هـا خواسـته شـد تـا چهـار مـاه پـس از اتمـام درمـان، دربـاره محتـوای جلسـات بـا یکدیگـر گفت‌وگویـی نداشـته باشـند. جلسـات درمانـی، توسـط یـک مشـاور بـا درجـه دکتـری تخصصـی و دـو دانشـجوی کارشناسـی ارشـد روان‌شناسـی دـر یـک مرکـز مشـاوره خصوصـی دـر شـهر تبریـز برگـزار شـد. بعـد از اتمـام جلسـات (پس‌آزمـون) و چهـار مـاه پـس از اتمـام درمـان (پیگیـری)، اعضـای هـر دـو 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 دـر کل جلسـات حفـظ کننـد، امـا بـه آن‌هـا گفتـه شـد کـه هروقـت مایـل بودنـد می‌تواننـد از گـروه خـارج شـودند. ایـن امـر دـر 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، متأهل‌بودـن و داشـتن سـواد خواندـن و نوشـتن، عدـم ابتـلا به‌بیمـاری جدـی دیگـری به‌غیـر از میگـرن (چـون سـرطان، ایدـز)، عدـم اسـتفاده از داروهـای روان‌پزشـکی (چـون بنزودیازپیـن و پروتریپ‌تیلیـن)، و مصـرف داروی‌هـای میگـرن یکسـان به‌مدـت حداقـل ۱ و حداکثـر ۵ سـال)، و معیارهـای خـروج از مطالعـه نظیـر (عدـم تمایـل به‌شـرکت دـر مطالعـه، و غیبـت بیـش از ۲ جلسـه دـر جلسـات درمانـی) بودنـد. (توضیح این‌کـه ایـن ملاک‌هـا دـر مرحلـه آزمـون اولیـه درنظـر گرفتـه شـدند). پیـش از تقسـیم تصادفـی افـراد بـه گروه‌هـای مداخلـه و گـواه (به‌شـیوه قرعه‌کشـی)، کلیـه افـراد گروه‌هـا به‌شـیوه قرعه‌کشـی از نظـر ویژگی‌هـای جمعیت‌شناسـی نظیـر سـن و مدـت زمـان مصـرف داروهـای میگـرن یکسـان همسـان شـدند (پـس از این‌کـه ملاک‌هـای ورود بـه مطالعـه، یعنـی سـن و مدـت زمـان مصـرف داروهـای میگـرن یکسـان رعایـت شـد، بـرای این‌کـه کدـام یـک از آزمودنی‌هـا دـر کدـام گـروه قـرا گیرنـد از روش پرتـاب سـکه اسـتفاده شـد تـا افـراد دـر گروه‌هـا قـرار گیرنـد). همـه اصـول اخلاقـی دـر ایـن مقالـه رعایـت شـده اسـت. شـرکت‌کنندگان اجـازه داشـتند هـر زمـان کـه مایـل بودنـد از پژوهـش خـارج شـوند. اطلاعـات آن‌هـا محرمانـه نگـه داشـته شـدند و دـر پایـان درمـان، اعضـای گروه گـواه نیـز تحـت مداخلـه قـرار گرفتنـد. بـرای برگـزاری جلسـات درمانـی، از افـراد هیـچ هزینـه‌ای دریافـت نشـد.

پرسشـنامه کیفـت خـواب Pittsburgh: ایـن پرسشـنامه توسـط Buysse و همـکاران در سـال ۱۹۸۹ طراحی شـده اسـت[۲۴]. ایـن شـاخص شـامل ۱۹ سـوال و ۷ مولفـه (کیفیـت ذهنـی خـواب، تأخیـر دـر بـه خـواب رفتـن، مدت زمـان خواب،

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-10-31]

میزان بازدهی خواب، اختلالات خواب، استفاده از داروهای خواب‌آورو اختلالات عملکرد روزانه) است[۲۴]. محدوده نمره در هر مولفه از صفر تا ۲۱ است؛ لذا نمره کل این پرسشنامه از صفر تا ۲۱ خواهد بود[۲۴]. در این شاخص نمره صفر به‌معنای نداشتن مشکل در خواب و ۲۱ به‌معنای داشتن مشکل شدید در همه حوزه‌هاست. نمره کلی بالاتر از ۵ بیانگر کیفیت خواب ضعیف است. به‌عبارتی، نمرات بالاتر بیانگر ضعیف‌تربودن کیفیت خواب هستند[۲۴]. پایایی این مقیاس توسط Buysse و همکاران[۲۵] ۰/۸۳ محاسبه شد و اعتبار آن با حساسیت ۸۹/۶ درصد و ویژگی ۸۶/۵ در آزمودنی‌های بیمار نسبت به گروه کنترل در سطح مناسب گزارش شده است[۲۴]. Carpenter و Andrykowski پایایی این پرسشنامه را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۰ ذکر کرده‌اند[۲۵]. اعتبار این پرسشنامه در جمعیت ایرانی مورد تأیید قرار گرفته است، حساسیت ۱۰۰ درصد، ویژگی ۹۳ درصد و آلفایکرونباخ ۰/۸۹ را برای نسخه فارسی این پرسشنامه گزارش شده است[۲۶،۲۷]. در پژوهش حاضر، پایایی کل این پرسشنامه توسط آزمون آلفای کرونباخ ۰/۸۵ محاسبه شده است.

پرسشنامه درد McGill: پرسشنامه درد مک‌گیل در سال ۱۹۹۷ توسط Melzack ساخته شد[۲۸] و دارای ۲۰ مجموعه عبارت است و هدف آن سنجش درک افراد از درد از ابعاد مختلف درد (چهار بعد ادراک حسی درد، ادراک عاطفی درد، ادراک ارزیابی درد و دردهای متنوع و گوناگون) است. پرسشنامه درد McGill از برجسته‌ترین ابزارهای اندازه‌گیری درد است که برای اولین بار توسط ملزاک روی ۲۹۷ بیمار که از انواع مختلف دردها رنج می‌برند مورد استفاده قرار گرفت[۲۸]. نسخه اصلاح‌شده پرسشنامه درد McGill نیز توسط Melzack و همکاران برای یک اقدام کوتاه اما مفید در زمینه درد ساخته شد که در ۲۵۰ مطالعه به‌کار گرفته شده است[۲۸]. پرسشنامه درد تعدیل‌شده McGill متشکل از سه بخش است که عبارت‌اند از: بخش اول شامل ۱۵ توصیف کلامی در دو گروه اصلی (حسی ۱۱ شاخص، عاطفی ۴ شاخص) که هر توصیف دارای رتبه‌ای خاص در محدوده (بدون درد=۰، خفیف=۱، متوسط=۲ و شدید=۳) است. بخش دوم شامل مقیاس دیداری درد است که از «صفر تا ۱۰» رتبه‌بندی می‌شود و بیمار ارزیابی خود را از درد موجود روی یک خط مندرج از صفر (بدون درد) تا ۵ (شدیدترین درد) رتبه‌بندی می‌کند. مقیاس دیداری درد همان خط‌کش درد است شامل خطی افقی است که از صفر تا ۱۰ مدرج شده و صفر نشانگر بی‌دردی مطلق و ۱۰ نشانه درد غیرقابل تحمل است[۲۸]. بخش سوم شامل درد در حال حاضر در محدوده (۰= بدون درد، ۱= خفیف، ۲= ناراحت‌کننده، ۳= زجرآور، ۴= وحشتناک، ۵= مشقت‌بار) است. مجموع نمرات کل درد بیمار برابر با نمره کل حاصل‌شده از کلیه مجموعه‌ها در ابعاد مختلف درد است[۲۹]. حداقل نمره در این پرسشنامه صفر و حداکثر آن ۷۵ است؛ که نمره بالاتر نشان‌دهنده شدت در بیش‌تر است[۲۹]. روایی و پایایی این پرسشنامه در سال ۲۰۰۹ توسط Dworkin و همکاران مورد بررسی قرار گرفته است[۲۸]. پایایی این پرسشنامه در مطالعات داخلی مناسب گزارش شده است[۳۰]. در پژوهش حاضر، پایایی کل این پرسشنامه توسط آزمون آلفای کرونباخ ۰/۸۸ محاسبه شده است.

پس از اجرای پیش‌آزمون، اعضای گروه مداخله، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (دو ماه، هفته‌ای یک جلسه) شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را به‌صورت گروهی، طبق برنامه درمانی Segal و همکاران[۳۱] دریافت کردند (جدول ۱). اعضای گروه گواه 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 استفاده شد. در این پژوهش سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

در جدول ۲، یافته‌های توصیفی متغیرهای سن و مدت زمان مصرف داروهای میگرن آزمودنی‌ها آورده شده است. سطوح معناداری به‌دست آمده نشان می‌دهند که بین دو گروه از نظر سن و مدت زمان مصرف داروهای مزمن تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($p>0/05$).

در بررسی پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر، آزمون شاپیرو ویلک نشان داد پیش‌فرض نرمال‌بودن توزیع متغیرهای کیفیت خواب و شدت درد در نمونه مورد مطالعه محقق شده است، چرا که مقادیر z محاسبه‌شده معنی‌دار نیست ($P>0/05$). در آزمون ام باکس، چون F متغیرهای کیفیت خواب ($F=2/187$) و شدت درد ($F=2/116$) به‌ترتیب در سطح (۰/۱۴۵ و ۰/۳۰۴) معنادار نبودند، بنابراین می‌توان گفت که مفروضه همسانی ماتریس واریانس-کوواریانس برای متغیرها برقرار شده است. آزمون کرویت موخلی نشان داد چون مقدار کرویت موخلی (۰/۷۰۰) متغیر کیفیت خواب در سطح خطای داده‌شده (۰/۵۴۲) و مقدار کرویت موخلی (۰/۷۵۰) متغیر شدت درد در سطح خطای داده‌شده

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-10-31]

(۰/۵۶۹) معنی‌دار نیست، لذا می‌توان کرویت ماتریس واریانس- کواریانس متغیرهای وابسته را پذیرفت. پس، این پیش‌فرض نیز برقرار است. در آخر، نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانسها در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای پژوهش نشان داد که با توجه به عدم‌معنی‌داری مقدار F متغیرهای کیفیت خواب و شدت درد در سطح خطای کوچک‌تر از (۰/۰۵) در همه متغیرها، می‌توان گفت که واریانس خطای متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با هم برابر بوده و از این جهت فرض همسانی واریانس‌های خطا برقرار است. نتایج جدول ۳ نشان می‌دهند که بین نمرات متغیر رضایت از زندگی و شدت تجربه درد در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معنی‌داری وجود دارد (P<۰/۰۰۱). همچنین نتایج حاکی از آن هستند که رضایت از زندگی و شدت تجربه درد در گروه مداخله در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری دارد (P<۰/۰۰۱). علاوه بر این، تأثیر درمان هیجان‌مدار بر رضایت از زندگی و شدت تجربه درد زنان مبتلا به سردرد مزمن پس از سه ماه پیگیری ماندگار بوده است (P<۰/۰۰۱). نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان می‌دهند که اختلاف میانگین نمره رضایت از زندگی و شدت تجربه درد در گروه مداخله با گروه گواه معنادار می‌باشد (P<۰/۰۰۱).

جلسه	شرح جلسات (هدف و موضوع)
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.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار سن و مدت زمان مصرف داروهای میگرن آزمودنی‌ها (تعداد در هر گروه ۱۵ نفر)

متغیر	گروه مداخله	گروه گواه	p
سن (سال) (میانگین ± انحراف معیار)	۳۵/۶۷±۴/۲۰	۳۶/۸۷±۴/۶۴	۰/۴۶۴
مدت زمان مصرف داروهای میگرن (سال) (میانگین ± انحراف معیار)	۳/۶۰±۱/۰۵	۴/۰۰±۱/۰۶	۰/۳۱۱

نوع آزمون: تی مستقل #اختلاف معنی‌دار p<۰/۰۵

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-10-31]

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار متغیرهای رضایت از زندگیو شدت تجربه درد در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	تغییرات داخل گروهی	تغییرات بین گروهی
کیفیت خواب	مداخله	۱۷/۶۰±۲/۵۳	۱۴/۱۳±۲/۲۰	۱۴/۸۷±۳/۶۶	P<۰/۰۰۱	P<۰/۰۰۱
	گواه	۱۷/۰۰±۲/۰۳	۱۷/۰۷±۲/۳۷	۱۷/۲۷±۲/۳۴	P>۰/۹	
	سطح معنی‌داری بین گروه‌ها	p>۰/۴۸۰	p<۰/۰۰۲	p<۰/۰۴۱	-	-
شدت درد	مداخله	۴۶/۸۷±۴/۶۱	۴۱/۹۳±۵/۰۴	۴۱/۸۰±۵/۰۴	P<۰/۰۰۱	P<۰/۰۰۱
	گواه	۴۵/۸۰±۳/۸۹	۴۵/۷۳±۳/۸۸	۴۵/۴۷±۴/۴۸	P>۰/۹	
	سطح معنی‌داری بین گروه‌ها	p>۰/۴۹۹	p<۰/۰۲۹	p<۰/۰۴۵	-	-

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

چون آزمون اثر پیلای در موقعیت‌های عملی قدرت بیش‌تری نسبت به‌سایر آزمون‌ها دارد، نتایج آن گزارش شده است (جدول ۴). اطلاعات مربوط به متغیر کیفیت خواب 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 خواب نشان می‌دهد که بین نمرات این متغیر در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه مداخله و گواه تفاوت معناداری وجود دارد. به‌عبارتی بین زمان و مداخله تعامل وجود دارد. اندازه اثر به‌دست‌آمده برای متغیر رضایت از زندگی (۰/۴۴) نشان می‌دهد که ۴۴٪ از تغییرات این متغیر مربوط به اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بوده است. علاوه بر این، اطلاعات مربوط به متغیر شدت 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 شدت درد نشان می‌دهد که بین نمرات این متغیر در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه مداخله و گواه تفاوت معناداری وجود دارد. به‌عبارتی بین زمان و مداخله تعامل وجود دارد. اندازه اثر به‌دست‌آمده برای متغیر شدت تجربه درد (۰/۴۲) نشان می‌دهد که ۴۲٪ از تغییرات این متغیر مربوط به اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بوده است.

بحث

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی شناختی‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کیفیت خواب و شدت درد زنان مبتلا به میگرن بود. تحلیل داده‌ها نشان داد که شناختی‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کیفیت خواب و شدت درد زنان مبتلا به میگرن تأثیر دارد، و تأثیر آن در مرحله پیگیری نیز ماندگار است. همچنین یافته‌ها نشان داد که تغییرات نمره کیفیت خواب و شدت درد در زمان‌های مورد بررسی در گروه‌ها متفاوت بوده و اثر زمان معنی‌دار است؛ یعنی اثر متقابلی بین زمان و مداخله وجود دارد و با گذشت زمان از شروع مداخله، نمرات کیفیت خواب و شدت درد به‌ترتیب بهبود و کاهش یافتند و تأثیرات ناشی از حضور در گروه مداخله با نزدیک‌شدن به پایان مداخله بر روی نمرات کیفیت خواب و شدت درد افراد در گروه مداخله مثبت بود.

در راستای اثربخشی شناختی‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کیفیت خواب و شدت درد زنان مبتلا به میگرن می‌توان به نتایج حاصل از این پژوهش‌های Aboutalebi و همکاران[۱۶]، Elham و همکاران[۱۷]، Seng و همکاران[۱۸]، Simshäuser و همکاران[۱۹]، Esmaeili و همکاران[۲۰]، IzadiKhah و همکاران[۲۱]، Mansourishad و همکاران[۲۲]، و Hosseinpour و همکاران[۲۳] اشاره کرد که در پژوهش‌های جداگانه خود نشان دادند که شناختی‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به‌ترتیب بر تاب‌آوری و شدت تجربه درد بیماران مبتلا به سردرد مزمن[۱۶]؛ و اضطراب درد [۱۷]، شدت درد و روزهای حملات[۱۸]، فراوانی سردرد[۱۹]، شدت درد[۲۰، ۲۱]، تسکین سردرد[۲۲] و بهبود کیفیت خواب[۲۳] بیماران مبتلا به میگرن اثربخش است. نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های مطالعات مذکور همسو می‌باشد. لازم به‌ذکر است که در هیچ پژوهشی نتایج مغایر با نتایج پژوهش حاضر به‌دست نیامده تا دلیل ناهمسویی را مورد بحث قرار دهیم.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-10-31]

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره در نمرات متغیرهای پژوهش در گروه مداخله و گواه

متغیر	تأثیر	آزمون	مقدار	F	فرضیه درجه آزادی	خطای درجه آزادی	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
کیفیت خواب	زمان	اثر پیلایی	۰/۸۰	۵۵/۱۵	۲/۰	۲۷/۰	۰/۰۰۱	۰/۴۲
	زمان*مداخله	اثر پیلایی	۰/۸۱	۵۸/۰۱	۲/۰	۲۷/۰	۰/۰۰۱	۰/۴۴
شدت درد	زمان	اثر پیلایی	۰/۷۷	۴۵/۶۴	۲/۰	۲۷/۰	۰/۰۰۱	۰/۴۰
	زمان*مداخله	اثر پیلایی	۰/۷۶	۴۴/۶۸	۲/۰	۲۷/۰	۰/۰۰۱	۰/۴۲

Ong و همکاران یک چارچوب مفهومی برای مکانیسم‌های بی‌خوابی ترسیم کردند که در آن به‌نقش مولفه‌های آگاهی/ذهن‌آگاهی و پذیرش به‌عنوان مولفه‌های ضروری در درمان بی‌خوابی تأکید داشتند. آن‌ها پیشنهاد دادند که بی‌خوابی توسط برانگیختگی افزایش‌یافته ایجاد می‌شود که دو سطح برانگیختگی شناختی در آن نقش دارند. سطح اول یا برانگیختگی اولیه شامل فعالیت‌های شناختی نظیر افکاری است که به‌طور مستقیم با نقص خواب مرتبط هستند. برانگیختگی ثانویه یا برانگیختگی فراشناختی عبارت است از آگاهی و تفسیر برانگیختگی اولیه، یعنی چطور یک شخص به‌طور منفی یا مثبت افکار مرتبط با خواب خود را ارزیابی می‌کند. مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی به‌طور ویژه برانگیختگی ثانویه را هدف قرار می‌دهند. بدین‌گونه که آگاهی فرد از حالت‌های جسمانی و ذهنی خود هنگام تجربه نشانه‌های بی‌خوابی از طریق ذهن‌آگاهی افزایش می‌یابد و سپس پاسخ به این نشانه‌ها از حالت فرایندهای ذهنی مکرر به حالت سازگاری که همان پذیرش است می‌رسد. به‌طوری که تمایل ذهن آگاهی بالاتر با کیفیت خواب و سلامت جسمانی بهتر مرتبط است[۳۲].

چون ذهن‌آگاهی، احساس بدون‌قضاوت و متعادلی از آگاهی است که به‌واضح‌دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده‌های فیزیکی، همان‌طور که اتفاق می‌افتند، کمک می‌کند[۳۳]، بنابراین آموزش آن به‌بیماران مبتلا به میگرن باعث می‌شود که آنان احساسات و نشانه‌های فیزیکی خود از جمله درد را بپذیرند و قبول و پذیرش این احساسات باعث کاهش توجه و حساسیت بیش از حد نسبت به گزارش این نشانه‌های بدنی و درد در آنان می‌شود. به‌عبارت دیگر می‌توان گفت که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی موجب می‌شود که افراد مبتلا به میگرن با انجام تمرین‌های ذهن‌آگاهی مانند وارسی بدن و بازارزیابی مثبت افکار شناخت و آگاهی خود را نسبت به درد کاهش دهند و از این طریق به کاهش شدت درد خویش کمک نمایند.

مکانیسم‌های اثرگذار ذهن‌آگاهی مانند مواجهه، تغییر شناختی، مدیریت خود، آرام‌سازی و پذیرش باعث کاهش شدت درد می‌شوند؛ به‌بیان دیگر افراد مهارتی یاد می‌گیرند که به‌کمک آن در هر لحظه نسبت به‌حالات بدنی، احساسات و افکار خود آگاه باشند و طی تمرین‌ها حالت‌های بدنی و ذهنی معیوب را شناسایی کنند و به‌جای واپس‌رانی و کنترل آن‌ها، آن‌ها را بپذیرد و در زمان حال نگه دارد و کنار بگذارد، یعنی به‌جای انکار، وجود آن‌ها را می‌پذیرد و همین پذیرش بار منفی این حاالت را پایین آورده و مانع پیشرفت علائم می‌شود. در حقیقت، به‌کاربردن تکنیک‌های ذهن‌آگاهی باعث ایجاد تغییراتی در الگوهای فکری فرد می‌شود. برای مثال، کاربرد تکنیک مشاهده افکار مرتبط با درد بدون قضاوت‌کردن درباره آن، می‌تواند منجر به‌فهم و درک این نکته گردد که این تجربیات تنها فکر هستند و نمایانگر حقیقت یا واقعیت نیستند. بنابراین، نباید باعث رفتارهای اجتنابی در بیماران شوند. آموزش ذهن‌آگاهی شامل حفظ آگاهی به‌صورت ارادی و براساس توجه به‌موضوعات خاص مانند احساسات بدنی از یک لحظه به لحظه دیگر است. پُر واضح است افرادی که به‌وقت تجربه درد، درگیر نشخوارهای فکری منفی درباره درد می‌شوند تا حد زیادی توانایی تمرکز بر تجربیات لحظه حال با یک دیدگاه غیرقضاوتی را از دست می‌دهند، ذهن‌آگاهی به‌عنوان یک متغیر فراشناخت از طریق توقف پردازش‌های مفهومی به‌تنظیم هیجان کمک می‌کند[۳۳].

نتیجه‌گیری

شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با کاربرد فنون و روش‌های خاص خود، احتمالاً سبب پذیرش بیماری و مواجهه آگاهانه با درد ناشی از آن شده، و در نتیجه مقابله بهتر با بیماری و کاهش شدت درد و افزایش کیفیت خواب بیماران مبتلا به میگرن را موجب شده است.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-10-31]

نمونه پژوهش حاضر را، کلیه زنان متأهل ۳۰ الی ۵۰ ساله مبتلا به میگرن شهر تبریز در سال ۱۴۰۱ تشکیل داد، که این مورد یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر است؛ و تعمیم یافته‌ها به همه زنان مبتلا به میگرن جوان‌تر و مسن‌تر 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 اجتماعی همتا نشده‌اند که این مورد نیز یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر است. با توجه به لزوم توجه به سلامت جسمانی و روان‌شناختی بیماران مبتلا به میگرن، پیشنهاد می‌شود که در کلینیک‌های روان‌شناسی بیمارستان‌ها و کلنیک‌های دولتی و خصوصی، از شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به‌صورت فردی و گروهی در زمینه افزایش کیفیت خواب و کاهش شدت درد بیماران مبتلا به میگرن استفاده شود.

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 نعیمه باقرزاده حمام‌چی، شهلا آب خوی و هادی اسمخانی اکبری‌نژاد بود. همچنین، نعیمه باقرزاده حمام‌چی و شهلا آب خوی اصلاحات مقاله، شناسایی نمونه متشکل از زنان مبتلا به میگرن را بر عهده داشتند و پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را اجرا کردند.

تشکر و قدردانی

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

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-10-31]

References

1. Jenkins B. Migraine management. Aust Prescr 2020; 43(5): 148-151.
2. Chalmer MA, Kogelman L JA, Ullum H, Sørensen E, Didriksen M, Mikkelsen S, et al. Population-Based Characterization of Menstrual Migraine and Proposed Diagnostic Criteria. JAMA Netw Open 2023; 6(5): e2313235.
3. Stovner LJ, Nichols E, Steiner TJ, Abd-Allah F, Abdelalim A, Al-Raddadi RM, et al. Global, regional, and national burden of migraine and tension-type headache 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. The Lancet Neurology 2018; 17(11): 954-976.
4. Müller B, Gaul C, Reis O, Jürgens TP, Kropp P, Ruscheweyh R, et al. Headache impact and socioeconomic status: findings from a study of the German Migraine and Headache Society (DMKG). J Headache Pain 2023; 24(1): 37.
5. Buse DC, Fanning KM, Reed ML, Murray S, Dumas PK, Adams AM, et al. Life With Migraine: Effects on Relationships, Career, and Finances From the Chronic Migraine Epidemiology and Outcomes (CaMEO) Study. Headache 2019; 59(8): 1286-1299.
6. Duan S, Ren Z, Xia H, Wang Z, Zheng T, Li G, et al. Associations between anxiety, depression with migraine, and migraine-related burdens. Front Neurol 2023; 14: 1090878.
7. Singh AH, Bathla M, Gupta P, Bhusri L. Quality of Sleep and Disability Associated with Headache: Migraine versus Tension-Type Headache: A Comparative Study. Ann Afr Med 2023; 22(1): 11-17.
8. Silberstein SD, Lee L, Gandhi K, Fitzgerald T, Bell J, Cohen JM. Health care Resource Utilization and Migraine Disability Along the Migraine Continuum Among Patients Treated for Migraine. Headache 2018; 58(10): 1579-1592.
9. Duan S, Ren Z, Xia H, Wang Z, Zheng T, Liu Z. Association between sleep quality, migraine and migraine burden. Front Neurol 2022, 13: 955298.
10. Faubion SS, Ghaith S, Kling JM, Mara K, Enders F, Starling AJ, et al. Migraine and sleep quality: does the association change in midlife women? Menopause 2023; 30(4): 376-382.
11. Akman T, Yavuzsen T, Sevgen Z, Ellidokuz H, Yilmaz AU. Evaluation of sleep disorders in cancer patients based on Pittsburgh sleep Quality index. European Journal of Cancer Care 2015; 24(4): 553-559.
12. Tepper SJ, Rabany L, Cowan RP, Smith TR, Grosberg BM, Torphy BD, Harris D, et al. Remote electrical neuromodulation for migraine prevention: A double-blind, randomized, placebo-controlled clinical trial. Randomized Controlled Trial 2023; 63(3): 377-389.
13. Dudeney J, Sharpe L, McDonald S, Menzies RE, McGuire B. Are psychological interventions efficacious for adults with migraine? A systematic review and meta-analysis. Headache 2022; 62(4): 405-419.
14. 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.
15. 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.
16. 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].
17. 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].
18. Seng E, Singer A, Metts C, Grinberg A, Patel Z, Marzouk M, et al. Does Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Migraine Reduce Migraine-Related Disability in People with Episodic and Chronic Migraine? A Phase 2b Pilot Randomized Clinical Trial. Headache 2019; 59(9): 1448-1467.
19. Simshäuser K, Pohl R, Behrens P, Schultz C, Lahmann C, Schmidt S. Mindfulness-Based Cognitive Therapy as Migraine Intervention: a Randomized Waitlist Controlled Trial. Int J Behav Med 2022; 29(5): 597-609.
20. Esmaeili N, Askary P, Saraj Khorami N, Bakhtiarpour S. Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) on Increasing Resilience and Reducing Headache in Migraine Patients. MUMS 2020; 63(3): 2350-2358. [in Persian].
21. IzadiKhah A, Ansari Shahidi M, Rezaei Jamaloei H, Haghayegh A. Comparing the Effectiveness of Mindfulness Therapy and Relaxation on Pain in

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-10-31]

Patients with Migraine. JAP 2020; 11(3): 28-42. [in Persian].
22. Mansourishad H, Togha M, Borjali A, Karimi R. Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive-Behavioral Therapy on Relieving Migraine Headaches. Arch Neurosci 2017; 4(4): e58028.
23. Hosseinpour H, Akbari M, Hassani J, Zargar F. The Efficacy of Pharmacotherapy Combined with Short-Term Mindfulness Therapy on the Reduction of Migraine Disability and Improvement of Sleep Quality. Shefaye Khatam 2020; 8(2): 18-28. [in Persian].
24. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ.The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. Psychiatry Research 1989; 28(2): 193-213.
25. Carpenter JS, Andrykowski MA. Psychometric evaluation of the ittsburgh sleep quality index. Journal of Psychosomatic Research 1998; 45(1): 5-13.
26. Najafi Z, Tagharrobi Z, Shahriyari-Kale-Masihi M. Effect of aromatherapy with Lavender on sleep quality among patients undergoing hemodialysis. FEYZ 2014; 18(2): 145-50. [in Persian].
27. Arab Z, Shariati AR, Asayesh H, Vakili MA, Bahrami-Taghanaki H, Azizi H. A sham-controlled trial of acupressure on the quality of sleep and life in haemodialysis patients. Acupuncture in Medicine 2016; 34(1): 2-6. [in Persian].
28. Dworkin RH, Turk DC, Revicki DA, Harding G, Coyne KS, Peirce-Sandner S, et al. Development and initial validation of an expanded and revised version of the Short-form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ2). Pain 2009; 144(1): 35-42.
29. Alemi S, Abolmaali Alhosseini Kh, Malihialzackerini S, Khabiri M. [Effect of Mindfulness Therapy and Aroma-therapy Massage on Pain Perception, Quality of Life and Sleep Quality in Older Women WithChronic Pain. Iranian Journal of Ageing. 2021; 16(2): 218-233. [in Persian].
30. Adelmanesh F, Arvantaj A, Rashki H, Ketabchi S, Montazeri A, Raissi G. Results from the translation and adaptation of the Iranian Short-Form McGill Pain Questionnaire (I-SF-MPQ): preliminary evidence of its reliability, construct validity and sensitivity in an Iranian pain population. Sports Medicine, Arthroscopy, Rehabilitation, Therapy & Technology 2011; 3(1): 27. [in Persian].
31. Segal ZV, Williams JM, Teasdale JD. Mindfulness Based cognitive therapy for depression. 3nd ed. New York: The Guilford Press;2013. p.86.
32. Ong J, Ulmer C, Manber R. Improving sleep with mindfulness and acceptance: A metacognitive model of insomnia. Behav Res Ther 2012; 50(11): 651-60.
33. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. J Pers Social Psychol 2003; 84(4): 822-48.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-10-31]