Journal of Anesthesiology and Pain Winter 2026, Vol 16, No 4

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

Mobin Jouyban[1], Mehdi Biglari Kahlan[1], Amirhossein Ahdeno[2], Hadi Smkhani Akbarinejhad[3*]

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

ABSTRACT

Aim and background: chronic headache affects psychological issues in addition to physical problems; Therefore, in addition to medical interventions, psychological interventions for this group of people should also be addressed. The purpose of this study was to compare the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) with short-term solution-focused therapy (SSFT) on pain anxiety & psychological health in patients with chronic headache.

Material and Methods: This was a semi-experimental study with a pretest-posttest, controlled design with follow-up. The statistical population of the study consisted of men suffering from chronic headache in Tabriz city in 2025. In total, 45 people were selected using the purposeful sampling method, and were randomly divided into three groups. The experimental groups received the treatment specific to their group in 8 and 6 1.5 hour sessions, respectively, but the control group received no treatment. Data were analyzed with repeated measures analysis of variance.

Results: There was no significant difference between the scores of pain anxiety & psychological health in the experimental and control groups in the pre-test ($P<0.05$). The results showed that MBCT and SSFT reduced and increased pain anxiety & psychological health in patients with chronic headache in the post-test, compared to the control group, respectively ($p<0.001$). The effect of these two treatments on pain anxiety and psychological health at posttest and follow-up was not different ($p>0.05$).

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

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

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

Corresponding Author: Hadi Smkhani Akbarinejhad, Dept of Psychology, University College of Nabi AKram, Tabriz, Iran
Email: hadiakbarinejhad@yahoo.com

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-01]

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

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

مبین جویبان[۱]، مهدی بیگلری کهلان[۱]، امیرحسین عهدنو[۲]، هادی اسمخانی اکبری‌نژاد[۳]*

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی، تبریز، ایران
۲. دانشجوی پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی، تبریز، ایران
۳. گروه روانشناسی، موسسه آموزش عالی نبی اکرم (ص)، تبریز، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۸/۱۹ **تاریخ بازبینی: ...** **تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۹/۲۶**

چکیده

زمینـــه و هـــدف: سـردرد مزمـن عـلاوه بـر مشـکلات جسـمانی، مسـائل روان‌شـناختی را تحـت تأثیـر قـرار می‌دهـد، از ایـن رو در کنـار مداخـلات طبـی، بایـد بـه مداخـلات روان‌شـناختی ایـن گـروه از افـراد نیـز پرداختـه شـود. هـدف پژوهـش حاضـر مقایسـه اثربخشـی شـناخت‌درمانی مبتنـی بـر ذهن‌آگاهـی بـا درمـان راه‌حل‌محـور کوتاه‌مـدت بـر اضطـراب درد و سـلامت روان‌شـناختی بیمـاران مبتـلا بـه سـردرد مزمـن بـود.

مـواد و روش‌هـا: روش پژوهـش، نیمه‌آزمایشـی بـا طـرح پیش‌آزمـون- پسـآزمون و پیگیـری بـا گـروه کنتـرل بـود. جامعـه آمـاری پژوهـش را مـردان مبتـلا بـه سـردرد مزمـن شـهر تبریـز در سـال ۱۴۰۳ تشـکیل دادنـد. ۴۵ نفـر بـا اسـتفاده از روش نمونه‌گیـری هدفمنـد انتخـاب، و به‌صـورت تصادفـی در سـه گـروه قـرار گرفتنـد. گروه‌هـای آزمایشـی، درمـان مختـص گـروه خـود را به‌ترتیـب در ۸ و ۶ جلسـه ۱/۵ سـاعته دریافـت کردنـد، امـا گـروه کنتـرل هیـچ درمانـی را دریافـت کردنـد. تجزیـه و تحلیـل یافته‌هـا از طریـق آزمـون تحلیـل واریانـس آمیختـه بـا اندازه‌گیـری مکـرر انجـام گرفـت.

نتایـــج: بیـن نمـرات اضطـراب درد و سـلامت روان‌شـناختی در گروه‌هـای آزمایـش و کنتـرل در پیش‌آزمـون تفـاوت معنـی‌داری وجـود نداشـت (P>۰/۰۵). هـر دو درمـان در مقایسـه بـا گـروه کنتـرل، اضطـراب درد و سـلامت روان‌شـناختی بیمـاران مبتـلا بـه سـردرد مزمـن را در پس‌آزمـون به‌ترتیـب کاهـش و افزایـش دادنـد (p<۰/۰۰۱). در مرحلـه پیگیـری، اثـر ایـن دو درمـان بـر اضطـراب درد و سـلامت روان‌شـناختی مانـدگار بـود (p<۰/۰۰۱). تأثیـر ایـن دو درمـان بـر اضطـراب درد و سـلامت روان‌شـناختی در مراحـل پس‌آزمـون و پیگیـری یکسـان بـود (p>۰/۰۵).

نتیجه‌گیری: براسـاس یافته‌هـای ایـن پژوهـش می‌تـوان نتیجـه گرفـت کـه ایـن دو درمـان موجـب کاهـش اضطـراب درد و افزایـش سـلامت روان‌شـناختی بیمـاران سـردرد مزمـن شـده‌اند.

واژه‌هـــای کلیـــدی: شـناخت‌درمانی مبتنـی بـر ذهن‌آگاهـی، درمـان راه‌حل‌محـور کوتاه‌مـدت، اضطـراب درد، سـلامت روان‌شـناختی، سـردرد مزمـن

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 2026-11-01]

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 را به‌شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد[۴]. این امر نهایتاً باعث تضعیف روحیه فرد، ترس، تنیدگی، احساس ناامیدی، درماندگی، اضطراب، افسردگی و کاهش سلامت روان‌شناختی (psychological health)[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].

سلامت روان‌شناختی یکی از ابعاد مهم سلامت و شامل آسایش ذهنی، احساس توانمندی، خودمختاری، کفایت، ارتباط با دیگران و شناخت توانمندی‌ها جهت تحقق ظرفیت‌های خود است[۹]. افراد دارای سلامت روان‌شناختی بالا مشکلات روان‌شناختی، عاطفی و شخصیتی کم‌تری دارند، شادتر هستند، از راهبردهای مقابله‌ای مناسب برای حل چالش‌ها استفاده می‌کنند و امیدواری بیش‌تری نسبت به زندگی دارند[۱۰].

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 ۴۰ درصد از مشکلات آن‌ها را تخفیف می‌دهد[۱۱]. بسیاری از بیماران مبتلا به‌سردردهای مزمن، علی‌رغم مداخلات دارویی، همچنان درد را تجربه می‌کنند و اگر با سردردشان سازگار نشوند، سلامت روان‌شناختی‌شان 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[۱۲]. همچنین با توجه به‌مشکلات 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 درمان‌هان 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[۱۱] 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 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

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-01]

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[۱۳]. اصول اساسی این درمان حضور در زمان حال و قضاوت‌نکردن است[۱۴]. این درمان بر تاب‌آوری و شدت تجربه درد بیماران مبتلا به سردرد مزمن[۱۵]؛ و بر اضطراب درد بیماران مبتلا به میگرن[۱۶]، و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به صرع[۱۷] 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[۱۸]. 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[۱۹]. این درمان بر خودکارآمدی درد و تاب‌آوری بیماران مبتلا به سردرد مزمن[۲۰]؛ و بر کیفیت زندگی[۲۱]، تاب‌آوری و شادکامی[۲۲] بیماران مبتلا به ام اس اثربخش است.

به‌نظر می‌رسد این دو درمان می‌توانند بر اضطراب درد و سلامت روان‌شناختی بیماران مبتلا به سردرد مزمن تأثیر بگذارند. با این‌حال، در خصوص اثربخشی آن‌ها بر اضطراب درد و سلامت روان‌شناختی بیماران مبتلا به سردرد مزمن، و همچنین در راستای مقایسه اثربخشی آن‌ها بر اضطراب درد و سلامت روان‌شناختی بیماران مبتلا به سردرد مزمن هیچ پژوهشی در دسترس نیست. از این‌رو، هدف پژوهش حاضر این است که اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت بر اضطراب درد و سلامت روان‌شناختی 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.TABRIZU.REC.1403.544) 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 راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت، و متغیرهای وابسته، اضطراب درد و سلامت روان‌شناختی بودند. برنامه‌های مداخله در زمستان ۱۴۰۳ اجرا شد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه مردان مبتلا به سردرد مزمن شهر تبریز بود که در زمان نمونه‌گیری (سال ۱۴۰۳) 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 اخذ رضایت‌نامه کتبی آگاهانه از بیمارانی که توسط روان‌پزشک یا متخصص مغز و اعصاب تشخیص ابتلا به سردرد مزمن به آن‌ها گذاشته شده بود، چون پراکندگی نمره اضطراب درد و سلامت روان‌شناختی در بین بیماران متنوع بود، از این‌رو تصمیم گرفتیم فقط افرادی وارد مطالعه شوند که نمره اضطراب درد و سلامت روان‌شناختی شان در یک بازه مشخص قرار دارد؛ تا آن‌ها را از منظر نمره اضطراب درد و سلامت روان‌شناختی همتاسازی کنیم. بنابراین پرسشنامه‌های اضطراب درد McCracken و Dhingra، و سلامت روان‌شناختی Goldberg (توضیح این‌که در پرسشنامه سلامت عمومی، نمره بالاتر نشان‌دهنده سلامت روان‌شناختی ضعیف‌تر است) در بین ۱۸۸ بیمار اجرا شد و از بین ۱۵۱ نفر که در این پرسشنامه‌ها به‌ترتیب یک انحراف معیار بالاتر از میانگین نمره کسب کردند ۴۵ نفر انتخاب، و به‌صورت تصادفی (به‌شیوه قرعه‌کشی) به دو گروه آزمایش ۱ و ۲ (هر کدام ۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) تقسیم شدند. با بهره‌گیری از نرم‌افزار Gپاور (a=۰/۰۵، اندازه اثر: ۰/۱۵) و حجم نمونه مطالعات نیمه‌آزمایشی گذشته، حجم نمونه مطالعه حاضر ۴۵ نفر (۱۵ نفر برای هر گروه) تعیین گردید. برای جلوگیری از تبادل اطلاعات بین افراد گروه‌ها، از آن‌ها خواسته شد تا چهار ماه پس از اتمام درمان، درباره

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-01]

محتوای جلسات با یکدیگر گفتگویی نداشته باشند. جلسات درمانی، توسط یک مشاور با درجه دکتری تخصصی، و دو روان‌شناس بالینی با درجه کارشناسی ارشد و یک دانشجوی پرستاری در یک مرکز مشاوره خصوصی در شهر تبریز برگزار شد. بعد از اتمام جلسات (پس‌آزمون)، و چهار ماه پس از اتمام درمان (پیگیری)، اعضای هر دو گروه با استفاده از ابزارهای اندازه‌گیری ارزیابی شدند. جهت جلوگیری از ریزش اعضای گروه‌ها، حین مصاحبه اولیه با تک‌تک آن‌ها، از اعضا خواستیم تعهد خود را نسبت به شرکت در کل جلسات حفظ کنند، اما به آن‌ها گفته شد که هروقت مایل بودند می‌توانند از گروه خارج شودند. این امر در طول جلسات هم رصد می‌شد و همبستگی گروهی که بین اعضا ایجاد شده بود، مانع ریزش افراد گروه شد. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بودند از: سن ۳۰ تا ۵۰ سال، متأهل‌بودن و داشتن سواد خواندن و نوشتن، عدم ابتلا به‌بیماری جدی دیگری به‌غیر از سردرد مزمن (چون سرطان، ایدز)، عدم استفاده از داروهای روان‌پزشکی (چون بنزودیازپین و پروتریپتیلین)، و مصرف داروی‌های سردرد یکسان به‌مدت حداقل ۱ و حداکثر ۵ سال)، و معیارهای خروج از مطالعه نظیر (عدم تمایل به‌شرکت در مطالعه، و غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات درمانی) بودند. (توضیح این‌که این ملاک‌ها در مرحله آزمون اولیه در نظر گرفته شدند). پیش از تقسیم تصادفی افراد به گروه‌های آزمایش و کنترل (به‌شیوه قرعه‌کشی)، کلیه افراد گروه‌ها به‌شیوه قرعه‌کشی از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناسی نظیر سن و مدت زمان مصرف داروهای سردرد یکسان همسان شدند (پس از این‌که ملاک‌های ورود به مطالعه، یعنی سن و مدت زمان مصرف داروهای سردرد یکسان رعایت شد، برای این‌که کدام یک از آزمودنی‌ها در کدام گروه قرا گیرند از روش پرتاب سکه استفاده شد تا افراد در گروه‌ها قرار گیرند). همه اصول اخلاقی در این مقاله رعایت شده است. شرکت‌کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. اطلاعات آن‌ها محرمانه نگه داشته شدند و در پایان درمان، اعضای گروه کنترل نیز تحت مداخله قرار گرفتند. برای برگزاری جلسات درمانی، از افراد هیچ هزینه‌ای دریافت نشد.

پرسشنامه اضطراب درد PASS-20: این مقیاس، یک ابزار خودگزارشی ۲۰ سوالی است که در سال ۲۰۰۲ توسط McCracken و Dhingra بر اساس مقیاس اصلی PASS-40 ساخته شد[۲۳]. پرسشنامه اضطراب درد از چهار زیرمقیاس شناختی، فرار-اجتناب، ترس و فیزیولوژیکی تشکیل شده است[۲۴]. حداقل نمره در این پرسشنامه صفر و حداکثر ۱۰۰ است. آزمودنی‌ها باید در دامنه صفر (هرگز) تا ۵ (همیشه) به سوالات پاسخ دهند[۲۳]. Kleiman و همکاران در پژوهشی، ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۹۵ گزارش کردند[۲۴]. 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[۲۵]. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای کل این پرسشنامه ۰/۸۰ به‌دست آمده است.

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

پس از اجرای پیش‌آزمون، اعضای گروه آزمایش ۱، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (دو ماه، هفته‌ای یک جلسه) شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را به‌صورت گروهی، طبق برنامه درمانی Segal و همکاران[۲۹] 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

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-01]

درمانی De Shazer[۳۰] 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.

جدول ۱:

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 سلامت روان‌شناختی؛ 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:

جلسه	هدف و محتوا
اول	اجرای پیش‌آزمون- هدف: آشنایی گروه با هم و با درمانگر گروه، بیان قواعد گروه و تعیین چهارچوب‌ها و بیان اصول کلی درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت. تکلیف: شرکت‌کنندگان موظف شدند برای جلسه بعد هدف‌های موردنظر خود را از شرکت در جلسات نوشته و به‌گروه بیاورند. این اهداف باید متمرکز به‌تغییراتی باشد که در گروه ایجاد خواهند شد.
دوم	هدف: کمک به‌شرکت‌کنندگان تا بتوانند هدف‌های خود را به‌صورتی مثبت، معین، ملموس و قابل‌اندازه‌گیری تدوین کنند. تکلیف: از شرکت‌کنندگان درخواست شد برای جلسه بعد انتظارات و هدف‌های دیگری را که از خود و زندگیشان دارند بصورتی مثبت، دقیق، ملموس و قابل‌اندازه‌گیری نوشته و به‌جلسه آینده بیاورند.
سوم	هدف: کمک به‌شرکت‌کنندگان تا دریابند که از یک واقعه تعابیر متفاوتی وجود دارد، و بتوانند تلقی خود از مشکالت پیش‌آمده را به‌شکل مفیدتر تغییر دهند. کمک به‌آن‌ها تا به‌قابلیت‌ها و منابع خود پی‌برده و بتوانند یکدیگر را تحسین کنند. تکلیف: از اعضای گروه درخواست شد که در طول هفته جاری به‌هیچ وجه از خود ایراد نگیرند، و در عوض هر و کار فعالیت مثبتی که از خودشان می بینند را مورد تحسین و قدردانی قرار دهند و گزارش آن را به‌جلسه بیاورند
چهارم	هدف: کمک به‌شرکت‌کنندگان تا استثنائات مثبت در زندگی خود را تشخیص داده، و بر این اساس در خودشان امید ایجاد شده و بتوانند حوزه مشکالت خود را کاهش دهند. تکلیف: از شرکت‌کنندگان درخواست شد که به‌سواالت مطرح‌شده بیش‌تر فکر کنند و لحظات استثنائی مثبت در زندگی‌شان را تشخیص داده و به‌جلسه بعد بیاورند.
پنجم	هدف: برهم‌زدن الگوهای رفتاری مختلی که شرکت‌کنندگان طراحی کرده اند با استفاده از پرسش معجزه‌آسا. تکلیف: از شرکت‌کنندگان درخواست شد درباره سوال مطرح‌شده در جلسه در منزل فکر کنند و پاسخ‌ها را برای جلسه بعد بیاورند.
ششم	هدف: کمک به‌اعضا برای این‌که راه‌های دیگری برای تفکر، احساس و رفتار به‌جای آنچه الان انجام می‌دهند را پیدا کرده، و احساسات جدیدی را تجربه کنند با استفاده از واژه مهم به‌جای. جمع‌بندی و نتیجه‌گیری، و تعیین این‌که آیا اعضا به‌اهداف خود دست یافته‌اند؟ اجرای پس‌آزمون

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-01]

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	۴۰/۲۰±۴/۷۲	۰/۴۶۳*
	درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت	۴۲/۰۰±۶/۵۵	
	کنترل	۳۹/۶۷±۴/۵۳	
	کل	۴۰/۶۲±۵/۳۲	
مدت زمان مصرف داروهای سردرد یکسان	شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	۵/۶۷±۱/۱۱	۰/۶۶۹*
	درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت	۵/۳۳±۱/۰۴	
	کنترل	۵/۶۰±۱/۰۵	
	کل	۵/۵۳±۱/۰۵	

آزمون: واریانس یک‌راهه *اختلاف معنی‌دار $p<۰/۰۵$

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان در مطالعه ۴۰/۶۲±۵/۳۲ سال، و میانگین و انحراف معیار مدت زمان مصرف داروهای سردرد یکسان آن‌ها ۵/۵۳±۱/۰۵ بود. در جدول ۳، میانگین و انحراف معیار سن و مدت زمان مصرف داروهای سردرد یکسان آزمودنی‌ها مقایسه شده است. نتایج نشان می‌دهد که بین سه گروه از نظر سن و مدت زمان مصرف داروهای سردرد یکسان تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($p>۰/۰۵$).

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 ($p>۰/۰۵$) معنی‌دار نیست. در آزمون ام‌باکس، چون F متغیرهای اضطراب درد ($F=۲/۲۲$) و سلامت روان‌شناختی ($F=۲/۴۳$) به‌ترتیب در سطح ۰/۵۷۰ و ۰/۴۸۳) معنادار نبودند، بنابراین می‌توان گفت که مفروضه همسانی ماتریس کوواریانس برای متغیرها برقرار شده است. همچنین، آزمون کرویت موخلی نشان داد چون مقدار کرویت موخلی (۰/۶۰۰) متغیر اضطراب درد در سطح خطای داده‌شده (۰/۶۳۰) و مقدار کرویت موخلی (۰/۶۵۰) متغیر سلامت روان‌شناختی در سطح خطای داده‌شده (۰/۶۶۵) معنی‌دار نیست، لذا می‌توان کرویت ماتریس واریانس- کواریانس متغیرهای وابسته را پذیرفت. پس، این پیش‌فرض نیز برقرار است. همچنین نتایج آزمون لون برای بررسی برابری واریانس خطا در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان داد که با توجه به معنادارنبودن مقدار Fهای متغیر اضطراب درد و سلامت روان‌شناختی در سطح خطای کوچک‌تر از (۰/۰۵) می‌توان گفت که واریانس خطای متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با هم برابر بوده و از این جهت پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها خطا ندارد.

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهند که بین نمرات متغیر اضطراب درد و سلامت روان‌شناختی در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P<۰/۰۰۱$). همچنین نتایج حاکی از آن هستند که نمرات اضطراب درد و سلامت روان‌شناختی در گروه‌های آزمایشی در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری دارد ($P<۰/۰۰۱$). علاوه بر این تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت بر اضطراب درد و سلامت روان‌شناختی بیماران مبتلا به سردرد مزمن پس از چهار ماه پیگیری ماندگار بوده است ($P<۰/۰۰۱$). نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته نشان می‌دهند که اختلاف میانگین نمره اضطراب درد و سلامت روان‌شناختی در گروه‌های آزمایشی با گروه کنترل معنادار می‌باشد ($P<۰/۰۰۱$).

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

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-01]

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 (۰/۴۳) نشان می‌دهد که ۴۳٪ از تغییرات این متغیر مربوط به اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت بوده است. و نیز، اطلاعات مربوط به متغیر سلامت روان‌شناختی بیان می‌کند که بین نمرات این متغیر در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین بخش دوم اطلاعات مربوط به متغیر سلامت روان‌شناختی نشان داد که بین نمرات این متغیر در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های آزمایشی (شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت) و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. به‌عبارتی بین زمان و مداخله تعامل وجود دارد. اندازه اثر به‌دست‌آمده برای متغیر سلامت روان‌شناختی (۰/۴۳) نشان می‌دهد که ۴۳٪ از تغییرات این متغیر مربوط به اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت بوده است.

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

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

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

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-01]

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	۰/۹۵	۴/۷۵۳	۲/۰	۴۱/۰	۰/۰۰۱	۰/۹۵
	زمان*مداخله	اثر پیلایی	۰/۹۲	۱۷/۸۸۶	۴/۰	۸۴/۰	۰/۰۰۱	۰/۴۳
سلامت روان‌شناختی	زمان	اثر پیلایی	۰/۹۱	۲/۳۰۸	۲/۰	۴۱/۰	۰/۰۰۱	۰/۹۱
	زمان*مداخله	اثر پیلایی	۰/۸۷	۱۶/۴۱۴	۴/۰	۸۴/۰	۰/۰۰۱	۰/۴۳

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

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	-۷/۱۳۳	*۰/۰۰۱	-۷/۲۰۰	*۰/۰۰۱	۰/۰۶۷	۱/۰۰۰
سلامت روان‌شناختی	-۷/۷۳۳	*۰/۰۴۶	۷۰/۹۳۳	*۰/۰۳۹	۰/۲۰۰	۱/۰۰۰

$p<۰/۰۵$ *اختلاف معنادار

برای بررسی این مهم که نمرات کدام‌یک از گروه‌ها در متغیرهای اضطراب درد و سلامت روان‌شناختی 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 سلامت روان‌شناختی گروه‌های آزمایشی با گروه کنترل، معنادار بوده است ($P<۰/۰۰۱$)؛ اما اختلاف میانگین نمرات اضطراب درد و سلامت روان‌شناختی در گروه‌های آزمایشی نسبت به‌یکدیگر معنادار نمی‌باشد ($P>۰/۰۵$). نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نیز حاکی از آن هستند که معنی‌داری تغییرات بین‌گروهی، 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 سلامت روان‌شناختی گروه‌های آزمایشی کم‌تر از نمره گروه کنترل می‌باشد (توضیح این‌که در پرسشنامه سلامت عمومی، نمره بالاتر نشان‌دهنده سلامت روان‌شناختی ضعیف‌تر است)؛ اما نمرات اضطراب درد و سلامت روان‌شناختی گروه‌های آزمایشی، تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند؛ بنابراین برتری درمان در پس‌آزمون و پیگیری در بهبود اضطراب درد و سلامت روان‌شناختی به‌نفع هیچ یک از درمان‌ها نیست.

بحث

هدف از پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت بر اضطراب درد و سلامت روان‌شناختی 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 بهبود سلامت روان‌شناختی 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 سلامت روان‌شناختی در زمان‌های مورد بررسی در گروه‌ها متفاوت بوده و گذر زمان نقش تعدیل‌کنندگی بر تأثیر درمان‌ها در کاهش اضطراب درد و بهبود سلامت روان‌شناختی 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

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-01]

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

درباره اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌توان نتیجه گرفت که این درمان بر اضطراب درد و سلامت روان‌شناختی بیماران مبتلا به سردرد مزمن اثربخش است. در این راستا، هیچ مطالعه‌ای که اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را بر اضطراب درد و سلامت روان‌شناختی بیماران مبتلا به سردرد مزمن مورد بررسی قرار دهد در دسترس نیست. اما می‌توان به نتیجه پژوهش ابوطالبی و همکاران[۱۵] اشاره کرد که نشان دادند شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تاب‌آوری و شدت تجربه درد زنان مبتلا به سردرد مزمن اثربخش است. همچنین می‌توان به پژوهش الهام و همکاران[۱۶] اشاره کرد که نشان دادند شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اضطراب درد زنان مبتلا به میگرن تأثیر دارد. علاوه بر این‌ها، می‌توان به نتیجه پژوهش محمدپور و همکاران[۱۷] اشاره کرد که به این نتیجه رسیدند شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به صرع اثربخش است. نتایج پژوهش حاضر به‌نوعی با نتایج پژوهش‌های مذکور همسو می‌باشد. هیچ پژوهشی مبنی بر ناهمسو بودن با نتیجه پژوهش حاضر پیدا نشد، تا بتوان علت شباهت و تفاوت نتایج مطالعات را بحث و بررسی نمود. این پژوهش همانند پژوهش‌های قبلی به این نتیجه رسید که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با کمک به پذیرش فعالانه مشکلات برآمده از سردرد مزمن توانسته است مقاومت آن‌ها را درباره مشکلات‌شان که برآمده از سردرد مزمن است بیش‌تر کند و از این‌رو اضطراب درد آن‌ها کاهش و سلامت روان‌شناختی‌شان افزایش یابد.

انجام تمرینات ذهن‌آگاهی باعث رشد عواملی چون مشاهده، غیرقضاوتی‌بودن، غیرواکنشی‌بودن و عمل همراه با هوشیاری، و در نهایت رشد بهزیستی روان‌شناختی، کاهش اضطراب و نشانه‌های روان‌شناختی می‌شود. در حقیقت، وقتی ذهن‌آگاهی افزایش می‌یابد توانایی برای عقب‌ایستادن و مشاهده‌کردن حالت‌هایی مثل اضطراب افزایش می‌یابد، در نتیجه فرد می‌تواند خود را از الگوهای رفتاری 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 سلامت روان‌شناختی وی افزایش یابد[۲۹].

درباره اثربخشی درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت می‌توان نتیجه گرفت که این درمان بر اضطراب درد و سلامت روان‌شناختی بیماران مبتلا به سردرد مزمن اثربخش است. در این راستا، هیچ مطالعه‌ای که اثربخشی درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت را بر اضطراب درد و سلامت روان‌شناختی‌بیماران مبتلا به سردرد مزمن مورد بررسی قرار دهد در دسترس نیست. اما می‌توان به نتیجه پژوهش اسمخانی اکبری‌نژاد و نقی‌زاده علمداری[۲۰] اشاره کرد که نشان دادند درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت بر خودکارآمدی درد و تاب‌آوری دختران مبتلا به سردرد مزمناثربخش است. همچنین می‌توان به پژوهش جمعیان و همکاران[۲۱] اشاره نمود که به این نتیجه رسیدند درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام اس اثربخش است. علاوه بر این‌ها، می‌توان به نتیجه پژوهش نصیرنژاد و همکاران[۲۲] اشاره کرد که به این نتیجه رسیدند درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت بر تاب‌آوری و شادکامیبیماران مبتلا به ام اس تأثیر دارد. نتایج پژوهش حاضر به‌نوعی با نتایج پژوهش‌های مذکور همسو می‌باشد. هیچ پژوهشی مبنی بر ناهمسو بودن با نتیجه پژوهش حاضر پیدا نشد، تا بتوان علت شباهت و تفاوت نتایج مطالعات را بحث و بررسی نمود. این پژوهش همانند پژوهش‌های قبلی به این نتیجه رسید که درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت با کمک به کشف و ساختن راه‌حل‌ها برای مشکلات برآمده از سردرد مزمن توانسته است مقاومت آن‌ها را درباره مشکلات‌شان که برآمده از سردرد مزمن است بیش‌تر کند و از این‌رو اضطراب درد آن‌ها کاهش و سلامت روان‌شناختی‌شان افزایش یابد.

هنگامی که مراجعان به راه‌حل‌های گوناگونی برای حل مشکلات‌شان دست پیدا کردند و تغییرات کوچک را در پی به‌کارگیری این راه‌حل‌ها در زندگی و روابط‌شان ملاحظه نمودند، امیدواری برای ایجاد تغییرات بزرگ‌تری در آن‌ها ایجاد گردید. همچنین با کشف و استخراج استثنائات زندگی، بیماران دریافتند که زمان‌هایی در

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-01]

زندگی آن‌ها وجود داشته که مشکلات به این گونه که هم اکنون با آن مواجه هستند وجود نداشته یا با شدت کم‌تری وجود داشته است و پی بردند که در آن موقعیت‌ها رفتارهایی داشته‌اند و کارهایی انجام می‌داده‌اند که مشکلات کنونی وجود نداشته‌اند، حال در فرآیند جلسات درمان آموختند که هم اکنون نیز می‌توانند لحظه‌های استثنایی بدون مشکل در زندگی‌شان را دوباره ایجاد نمایند[۳۱]. 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 سلامت روان‌شناختی‌شان افزایش پیدا کرد.

نتیجه‌گیری

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

نمونه پژوهش حاضر را، کلیه مردان متأهل ۳۰ تا ۵۰ ساله مبتلا به سردرد مزمن شهر تبریز تشکیل دادند، که این مورد یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر است؛ و تعمیم یافته‌ها به همه مردان مبتلا به سردرد مزمن جوان‌تر و مسن‌تر، و مردان غیرمتأهل که از حمایت همسر و خانواده برخوردار نیستند را دشوار می‌سازد.

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 آن ها 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 سلامت روان‌شناختی بیماران مبتلا به سردرد مزمن استفاده شود. با توجه به محدودیت جامعه آماری این پژوهش، پیشنهاد می‌شود که پژوهش حاضر در بین جوامع آماری مختلف، سایر شهرها نیز اجرا گردد.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

سهم نویسندگان

امور مربوط به گردآوری داده‌ها، نگارش و تجزیه و تحلیل داده‌ها، اصلاحات مقاله، شناسایی نمونه متشکل از مردان مبتلا به سردرد مزمن و اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بر عهده هر چهار نویسنده مقاله حاضر بوده است.

تشکر و قدردانی

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

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.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-01]

3. International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facialpain. Cephalalgia 2018; 24: 1-151.
4. Evans RW. Diagnostic testing for migraine and other primary headaches. Neurol Clin 2019; 37(4): 707-25.
5. Ruiz–Parraga G T, Lopez–Martínez A E. The role of experiential avoidance, resilience and pain acceptance in the adjustment of chronic back pain patients who have experienced a traumatic event: a path analysis. JABM 2015; 49(2): 247-257.
6. Kim S, Bae D-W, Park S-G, Park J-W. The impact of Pain-related emotions on migraine. Sci Rep 2021; 11(1): 577.
7. Mortazavi-Nasiri FS, Pakdaman Sh, Dehghani M. The Association of Catastrophizing and Pain-Related Anxiety with Headache-Related Disability in Patients Suffering from Migraine. J Res Behav Sci 2015; 13(4): 609-16. [in Persian].
8. Cimpean A, David D. The mechanisms of pain tolerance and pain-related anxiety in acute pain. Health Psychol Open 2019; 6(2): 2055102919865161.
9. Joe GW, Lehman WEK, Rowan GA, Knight K, Flynn PM. The role of physical and psychological health problems in the drug use treatment process. Journal of Substance Abuse Treatment 2019; 102: 23-32.
10. Qi D,& Wu Y. Does welfare stigma exist in China? Policy evaluation of the Minimum Living Security System on recipients' psychological health and wellbeing. Social Science & Medicine 2018; 205: 26-36.
11. McMahon S, Koltzenburg M, Tracey I, Turk D. Wall & Melzack's Textbook of Pain. Elsevier: Churchill: Livingstone; 2013: 121.
12. Vowles KE, McCracken LM. Acceptance and Values-Based Action in Chronic Pain: A Study of Treatment Effectiveness and Process. J Consult & Clin Psychol 2008; (76):397-407.
13. Fumero A, Peñate W, Oyanadel C, Porter B. The Effectiveness of Mindfulness-Based Interventions on Anxiety Disorders. A Systematic Meta-Review. EJIHPE 2020; 10(3): 704-719.
14. Burgess EE, Selchen S, Diplock BD, Rector N A. A Brief Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) Intervention as a Population-Level Strategy for Anxiety and Depression. Int J Cogn Ther 2021; 20: 1-19.
15. Aboutalebi H, Yazdchi N, Smkhani Akbarinejhad H. Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy on Resilience and Intensity of Pain Experience of Women With Chronic Headache. J Anesth Pain 2021; 13(1): 1-13. [in Persian].
16. Elham A, Golparvar M, Sajadian I. Comparison the Effectiveness of Cognitive Behavioral therapy focused on Insomnia with Mindfulness Based Cognitive therapy and Fordyce Happiness training on Pain Anxiety in Women with Migraine. J Anesth Pain 2022; 13(1): 60-76. [in Persian].
17. Mohammadpour M, Rafinia P, Sabahi P, Najafi M. Effectiveness of Mindfulness-based Therapy (MBCT) in Comparison with Acceptance and Commitment-based Therapy (ACT) in Improving the Quality of Life and its Components in Epileptic Patients. JMPR 2020; 15(57): 1-18. [in Persian].
18. Chen S. An online solution focused brief therapy for adolescent anxiety during the novel coronavirus disease (COVID-19) pandemic: a structured summary of a study protocol for a randomised controlled trial. Trials 2020; 21(1): 403.
19. Choi JJ. The Role of the Solution-Focused Brief Therapist in Client-Led Problem Talks. AJFT 2021; 49(1): 1-17.
20. Smkhani Akbarinejhad H, NaghizadehAlamdari M. Comparison of the Effectiveness of Acceptance & Commitment Therapy with Short-term Solution-focused Therapy on the Self-efficacy & Resilience of Female Students with Chronic Headache. J Anesth Pain 2021; 12(2): 1-18. [in Persian].
21. Gameian D, Hosseinsabet F, Motamedi A. Effectiveness of Brief Solution-focused Group Therapy on Quality of Life and Self-efficacy of Multiple Sclerosis Women. JCP 2019; 10(3): 13-22. [in Persian].
22. Nasirnejhad F, Poyamanesh J, FathiAgdam G, Jafari A. The effectiveness of mindfulness-based therapy and short-term solution-focused therapy on the resilience and happiness of women with Multiple Sclerosis. Feyz 2020; 24(5): 536-544. [in Persian].
23. McCracken LM, Dhingra L. A short version of the Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20):

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-01]

preliminary development and validity. Pain Res Manag 2002; 7(1): 45-50.
24. Kleiman V, Clarke H, Katz J. Sensitivity to pain traumatization: A higher-order factor underlying pain-related anxiety, pain catastrophizing and anxiety sensitivity among patients scheduled for major surgery. Pain Res Manag 2011; 16(3): 169-77.
25. Davoudi I, Zargar Y, MOzaffaripour E, Nargesi F, Molah K. The relationship between pain catastrophizing, social support, pain-related anxiety, coping strategies and neuroticism, with functional disability in rheumatic patients. Quarterly Journal of Health Psychology 2012; 1(1): 59-73. [in Persian].
26. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. Psychol Med 1979; 9(1): 139-145.
27. Goldberg DP, Williams P. A Users' Guide To The General Health Questionnaire. London: GL Assessment. 1988; 23.
28. Palahang H, Nasr M, Brahani MN, Shahmohammadi D. Epidemiology of Mental Illnesses in Kashan City. IJPCP 1996; 2(4): 19-27. [in Persian].
29. Segal ZV, Williams JM, Teasdale JD. Mindfulness Based cognitive therapy for depression. 3nd ed. New York: The Guilford Press;2013. p.86.
30. De Shazer S. Words were originally magic. 1nd ed. New York: Norton; 1994. p30.
31. Kim H. Client growth and alliance development in solution-focused brief family therapy. Unpublished PhD. Thesis, The State University of New York at Buffalo 2006:44.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-01]