

مقاله اصلی

اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) بر افزایش تاب آوری و کاهش سردرد در بیماران مبتلا به میگرن

تاریخ دریافت: ۹۸/۱۲/۲۸ - تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۲/۲۴

خلاصه

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) بر افزایش تاب آوری و کاهش سردرد در بیماران مبتلا به میگرن انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه بیماران مبتلا به میگرن مراجعه کننده به بیمارستان شهید دکتر لوسانی شهر تهران در پاییز ۱۳۹۷ بود که از بین بیماران آنها ۳۵ نفر به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند و به صورت کاملاً تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. در هر دو گروه، تاب آوری و سردرد بیماران از طریق پرسشنامه تاب آوری کانر و دیویدسون و پرسشنامه سردرد میگرن اهواز مورد ارزیابی قرار گرفتند، گروه نخست، در ۸ جلسه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی دریافت کردند؛ اما گروه دوم مداخله ای نداشتند. سپس مجدداً در پس آزمون تاب آوری و سردرد هر دو گروه مورد ارزیابی قرار گرفت. داده ها با استفاده از تحلیل کواریانس چند متغیره تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج: نتایج نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تاب آوری و سردرد بیماران اثر بخش بود ($P < 0/01$)

نتیجه گیری: با توجه به اثر بخشی درمان استفاده از انواع درمانهای روان شناختی از جمله MBCT به عنوان مکمل درمانهای پزشکی برای مبتلایان به میگرن توصیه می گردد.

کلمات کلیدی: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، تاب آوری، سردرد، میگرن

نازیلا اسمعیلی^۱

پرویز عسگری^{۲*}

ناصر سراج خرمی^۳

سعید بختیارپور^۴

^۱ دانشجوی دکترای روان شناسی سلامت، گروه روان شناسی سلامت، واحد بین الملل خرمشهر- خلیج فارس، دانشگاه آزاد اسلامی، خرمشهر، ایران

^۲ دانشیار، گروه روان شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

^۳ استادیار، گروه روان شناسی، واحد دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، دزفول، ایران

^۴ استادیار گروه روان شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

Email: Askary47@yahoo.com

مقدمه

اختلالات سردرد یکی از شایع ترین اختلالات سیستم عصبی است و با تحمل درد و رنج زیاد، ناتوانی و هزینه های مالی برای بیماران همراه است. میزان شیوع اختلالات سردرد فعال در بین بزرگسالان در سراسر جهان ۱۱٪ برای میگرن^۱، ۴۲٪ برای سردرد تنشی^۲ و ۳٪ برای سردرد روزانه مزمن^۳ است (۱). میگرن یک اختلال سردرد اولیه و یکی از شایع ترین و غیرفعال ترین بیماری های عصبی در سراسر جهان است (۲). این بیماری به دلیل شدت ناتوان کننده ای که دارد از جمله مهمترین سردردها به شمار می آید اما چون علائم و حملات آن گاه به گاه اتفاق می افتد معمولاً در بهداشت عمومی نادیده گرفته می شود (۳). علی رغم اینکه میگرن سردرد خوش خیمی است، اما این درد در بسیاری موارد ناتوان کننده بوده، موجب اختلال عملکرد بیمار از جمله غیبت های بلند مدت شغلی، تغییرات خلقی و اختلالات خواب می شود و به همین دلیل زیان های روانی، اجتماعی و اقتصادی فراوانی به همراه خواهد داشت. بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت^۴ رتبه نوزدهم را در بین همه اختلالات ایجاد کننده ناتوانی به خود اختصاص داده است (۴). همچنین بررسی مقیاس های بالینی نشان می دهد که افراد مبتلا به میگرن آسیب پذیری بیشتری در برابر ناملایمات زندگی دارند و ممکن است در برخی عوامل با افراد عادی تفاوت داشته باشند و یا به سبب بیماری و درد مزمن نیاز به ارتقا برخی ویژه گی ها در این افراد وجود داشته باشد (۵).

یکی از عواملی که علاوه بر کاهش میزان سردرد در خصوص بیماران مبتلا به میگرن اهمیت دارد و در این پژوهش به آن پرداخته شده تاب آوری^۵ می باشد. انجمن روان شناسی آمریکا^۶ تاب آوری را به عنوان «یک فرآیند پویا که افراد با سازگاری رفتاری مثبت در مواقع رویارویی با سختی، تروما، فجایع، تهدیدات یا حتی منابع قابل توجه فشارهای روانی از خود نشان می دهند» تعریف کرده است. تاب آوری یک ساختار دو بعدی دارد که یکی مربوط به قرار گرفتن در معرض سختی و دیگری سازگاری مثبت با نتایج آن سختی است (۶). در واقع تاب آوری به انطباق موقتی اطلاق میشود که در مواجهه با مصائب و استرس های توانکاه و ناتوان کننده بروز می کند. مطابق با این تعریف،

تاب آوری، کنش وری و پویایی سازنده ای است که لازمه آن تعادل پیچیده بین عوامل خطر ساز و محافظت کننده است (۷). فشارهای زندگی وارده بر فرد، نحوه مقابله فرد با آن فشار و میزان مقاومت و تحمل فشارها بر ایجاد و تشدید حملات میگرنی تأثیر زیادی دارد. افرادی که دارای تاب آوری بالایی هستند، از سلامت عمومی بیشتری برخوردار بوده و میتوانند بدین وسیله تعداد و شدت حملات میگرنی را کاهش دهند (۸). در بسیاری موارد حتی بعد از درمان های دارویی و غیر دارویی بیمار همچنان مقادیری از درد جسمی را به همراه خواهد داشت در این بین افراد با تاب آوری بالا، به رشد و بالندگی در زندگی علی رغم درد ادامه می دهند و زندگی معنی داری خواهند داشت اما افرادی که تاب آوری ندارند اجازه خواهند داد تا درد و علائم آن تعریف کننده زندگی فردی و اجتماعی آنها باشد (۱). این بیماری با هزینه های قابل توجهی در زمینه مراقبت های بهداشتی و استفاده از منابع همراه است، و همچنین هزینه های غیر مستقیم از قبیل کاهش بهره وری شغلی مرتبط است (۲۰). در سال های اخیر، درمان های غیر دارویی برای درمان بیماران مبتلا به انواع مختلف میگرن پیشنهاد شده است که نتایج امیدوار کننده ای نیز به دنبال داشته است و یافته های پژوهشی نیز اثر بخشی مداخلات غیر دارویی را بر بهبود علائم و عوارض ناشی از دیابت تأیید می کند. با توجه به اینکه سردردهای مزمن به صورت ناخواسته بر زندگی روانشناختی بیمار اثرگذار است و همچنین به دلیل اینکه استرس در به وجود آوردن علائم و شدت درد در بیماران مبتلا به میگرن نقش دارد، مداخلات روان شناختی از اواخر دهه ۱۹۷۰ در این زمینه مورد توجه قرار گرفت (۹،۱۰). علی رغم اینکه معیارهای تشخیصی برای اختلالات سردرد روشن شده است، داروهای جدیدی توسعه یافته است و مداخلات زیستی- روانی - اجتماعی^۷ با موفقیت انجام شده است اما علی رغم این پیشرفت ها همچنان بیماران میگرنی از شدت درد شکایت دارند. درمان های شناختی رفتاری^۸ از جمله مداخلاتی است که به طور گسترده برای بیماران مبتلا به انواع سردردهای مزمن مورد پذیرش قرار گرفته است. از لحاظ نظری، ساز و کار کلیدی که پیشرفت های گزارش شده در طول درمان CBT را تحت تأثیر قرار می دهد، کاهش تعارض های ناسازگار است (۱۱). در حمایت از این اصل مطالعات بسیاری اثر بخشی درمان CBT را بر بیماران مبتلا به میگرن گزارش کرده اند (۱۵)-

- 1 Migraine
- 2 tension-type headache
- 3 chronic daily headache
- 4 world Health Organization
- 5 resiliency
6. American Psychological Association (APA)

7 biopsychosocial interventions

8 Cognitive-behavioral therapy(CBT)

بیماران مبتلا به میگرن مراجعه کننده به بیمارستان شهید دکتر لوسانی شهر تهران در پاییز ۱۳۹۷ بود که جهت نمونه گیری از بین متخصصین مغز و اعصاب شهر تهران ۸ متخصص به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شد و از بین بیماران آنها ۳۵ نفر (۱۵ نفر به ازای هر یک از گروههای آزمایش و گواه با در نظر گرفتن ریزش آزمودنی ها) به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند و به صورت کاملاً تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. که پس از ریزش تعدادی از آزمودنی ها اطلاعات مربوط به ۳۰ آزمودنی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. توان آزمون بیشتر از ۰/۸۰ محاسبه شد ($P=1$) که نشان دهنده کفایت حجم نمونه می باشد. به طور خلاصه می توان فرایند اجرای پژوهش را در چهار مرحله خلاصه کرد. نخست، ۳۰ نفر آزمودنی انتخاب و به شیوه کاملاً تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری قرارداد شدند. گروه اول، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی دریافت کردند و گروه دوم، بدون مداخله آزمایشی مورد مقایسه قرار گرفتند. میانگین سن شرکت کنندگان بین ۲۰ تا ۶۰ سال بود و ملاک های شمول تشخیص میگرن توسط متخصص مغز و اعصاب، نداشتن اختلالات روانی یا بیماری جسمی دیگر و عدم شرکت در جلسات روان درمانی دیگر حداقل یک ماه قبل از پژوهش و هوش بهنجار بود. بعد از هماهنگی با بیماران و انتخاب آزمودنی ها، به جهت رعایت نکات اخلاقی رضایت آگاهانه از آنها کسب و درباره محرمانگی اطلاعات به آنها اطمینان خاطر داده شد.

پرسشنامه ی تاب آوری کانر و دیویدسون (CD-RISC): این پرسشنامه ۲۵ گویه دارد و کانر و دیویدسون (۲۳)، آن را جهت اندازه گیری قدرت مقابله با فشار و تهدید، با مرور منابع پژوهشی ۱۹۹۱-۱۹۷۹ در حوزه تاب آوری تهیه کردند نمره گذاری درجه بندی بین صفر= کاملاً نادرست تا چهار= همیشه درست انجام می شود بیشترین نمره ۱۰۰ و کمترین نمره صفر است. تهیه کنندگان معتقدند این پرسشنامه بخوبی قادر به تفکیک افراد تاب آور از غیر تاب آور در گروه های بالینی و غیر بالینی و قابل استفاده در موقعیتهای پژوهشی و بالینی است. نتایج مطالعه ی مقدماتی مربوط به ویژگی های روان سنجی این مقیاس، پایایی و روایی آن را تأیید کرده اند. همسانی درونی، پایایی بازآزمایی و روایی همگرا و واگرایی مقیاس، کافی گزارش شده است (۲۳). در ایران نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، ضریب پایایی مقیاس بین ۰/۸۰ تا ۰/۸۹ گزارش شده است. همچنین روایی مقیاس را به روش همبستگی هر گویه با نمره ی کل مقوله ی

۱۲). ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس^۱ یکی دیگر از رویکردهای درمانی امیدوار کننده در این زمینه می باشد که در مقایسه با مراقبت های استاندارد مراقبه، با توجه به درک درد، مقابله با درد، و اثر بخش بودن آن پس از اجرا و همچنین در مرحله پیگیری، مفیدتر است (۱۶-۱۸). البته در پژوهشی که انجام شده است ۵۰ درصد از بیماران مبتلا به سردرد به یادگیری روشهای مراقبه به عنوان درمان مکمل یا جایگزین علاقه مند بودند (۱۹). تکنیک های (MBSR)، ذهن آگاهی را در فرد گسترش می دهد و پذیرش و بهبود در این زمینه را به عنوان یک مکانیزم ممکن برای موفقیت درمان مطرح می کند. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی^۲ استراتژی های کلیدی دو درمان شناختی رفتاری و ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس را به منظور بازدهی بهتر، ادغام می کند و هدف از آن افزایش فرایندهای تفکر انطباقی، مانند پذیرش^۳ و کاهش همزمان محتوای تفکر ناسازگار، مانند فاجعه سازی^۴ می باشد (۱۱). به دلیل همین رویکرد یکپارچه MBCT ممکن است به صورت بالقوه نتایج مطلوبتری نسبت به رویکردهای CBT و MBSR داشته باشد. زیرا این رویکرد جنبه هایی از شناخت درمانی را با تکنیک های مراقبه ترکیب می کند و هدفش آموزش کنترل توجه به بیماران است تا بتوانند تغییرات خلقی جزئی خود را شناسایی و از شروع دوره ی مجدد بیماری جلوگیری کنند. این شیوه درمان می تواند بر علائم جسمی و همچنین ظرفیت های روان شناختی افراد به ویژه هنگام مواجهه با درد مفید و موثر باشد.

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به این صورت برنامه ریزی شده که دستورالعمل هشت جلسه ای دارد و جلسات آن به صورت گروهی برگزار میشود. پژوهش های گذشته اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و همچنین سایر درمانهای مبتنی بر ذهن آگاهی را بر علائم بیماری در بیماران مبتلا به دردهای مزمن مورد تأیید قرار می دهند (۱۱، ۱، ۲۲). اما تا کنون در جامعه بیماران مبتلا به میگرن پژوهشی که به بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر شدت درد و تاب آوری پرداخته باشد انجام نشده است. لذا پژوهش حاضر به بررسی فرضیه های زیر می پردازد.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی با طرح پیش آزمون -پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه

1 Mindfulness-based stress reduction (MBSR)

2 mindfulness based cognitive therapy (MBCT)

3 acceptance

4 catastrophizing

ضریب ها بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ بدست آمده اس (۲۴) در پژوهش حاضر پایایی این ابزار به کمک آلفای کرونباخ ۰/۷۸ گزارش شد. پرسشنامه سردرد میگرن اهواز (AMQ): این ابزار توسط نجاریان (۲۵) ساخته و اعتباریابی شده است که از ۲۵ سوال با چهار گزینه در مقیاس لیکرت ساخته شده است. نجاریان، پایایی این ابزار را از طریق باز آزمایی و همسانی درونی مورد آزمون قرار داده و ضریب پایایی آن را به ترتیب ۰/۸۰ و ۰/۹۱ گزارش کرده است. برای بررسی اعتبار همگرا

این پرسشنامه به همراه پرسشنامه اضطراب و افسردگی در بیمارستان (HADS) و پرسشنامه MMPI و پرسشنامه پرخاشگری اهواز اجرا شد، که نتایج نشان دهنده معتبر بودن این پرسشنامه بود. در این پژوهش برای گروه اول شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اساس راهنمای عملی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی ساخته سگال، ویلیامز و تیزدیل (۲۶) استفاده شد.

جدول ۱- جلسات ذهن آگاهی

موضوع جلسات	محتوی و هدف جلسات
معارفه	آشنایی اعضا با یکدیگر، توضیح در مورد هدف
هدایت خود کار	حضور ذهن و معطوف کردن توجه به قسمت های مختلف بدن
رویارویی با موانع	چالش با موانع، تمرین واریسی بدن
حضور ذهن از تنفس	تمرکز عامدانه ی آگاهی بر تنفس،
ماندن در زمان حال	حضور ذهن برای حضور همزمان در زمان حال
اجازه/مجوز حضور	اجازه ی حضور ذهن بدون قضاوت
افکار حقایق نیستند	افکار تنها فکر هستند. اتحاد خود با افکار را کاهش داده و به آن ها به عنوان فکر بنگرند.
مراقبت از خود به بهترین شکل	زمان شروع درد تمریناتی مانند تمرین زمان و در ادامه تمرینات دیگر
به کارگیری آموخته ها در مقابل خلق منفی	استفاده از آموخته ها برای کنار آمدن با وضعیت های خلقی در آینده، مراقبه واریسی جسمانی، به پایان رساندن مراقبه، مروری بر آنچه در دوره گذشت

نتایج

نتایج آمار توصیفی نشان داد که ۲۰ نفر دارای مدرک تحصیلی دانشگاهی و ۱۰ نفر فاقد مدرک تحصیلی دانشگاهی بودند. میانگین سن آزمودنی ها نیز ۳۶/۲۴±۵/۱۲ بود. با توجه به سطح معنی داری مشاهده شده در آزمون شاپیروویلک برای متغیرهای وابسته پیش فرض نرمال بودن توزیع داده ها در مورد متغیرهای وابسته برقرار بود ($p > 0/05$) به منظور آزمون مفروضه همسانی ماتریس های واریانس- کوواریانس از آزمون باکس استفاده شد که برابر با ۰/۵۱ بود و نشان

می دهد که واریانس ها همسان هستند. همچنین با توجه به نتایج آزمون لون می توان گفت که گروهها در متغیر های پژوهش از لحاظ واریانس ها همگن بوده اند ($p > 0/05$). همچنین بررسی مفروضه یکسانی شیب رگرسیون برای تاب آوری ($F=1/948$ و $P=0/13$) و برای سردرد ($F=0/55$ و $P=0/64$)، بود که بیانگر رعایت این مفروضه می باشد. با توجه به رعایت تمام مفروضه ها استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری مجاز بوده و نتایج آن در جدول ۲ گزارش شده است.

جدول ۲- نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری

شاخص آماری	ارزش	F	درجه آزادی اثر	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
اثر بیلابی	۰/۷۵	۳۸/۵۶	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۷۵	۱
لامبدای ویلکز	۰/۲۴	۳۸/۵۶	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۷۵	۱
اثر هتلینگ	۳/۰۸	۳۸/۵۶	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۷۵	۱
بزرگترین ریشه روی	۳/۰۸	۳۸/۵۶	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۷۵	۱

موضوع می‌رسد که آیا هر یک از متغیرهای وابسته بطور جداگانه از سطوح مختلف متغیر مستقل تاثیر پذیرفته است یا خیر. به همین خاطر در ادامه با استفاده از آزمون تک متغیری تحلیل کوواریانس یک‌راهه (آنکوا) به بررسی اثر متغیر مستقل بر هر یک از متغیرهای وابسته پرداخته شده است.

نتایج جدول ۲ نشان داد، هر چهار آماره چند متغیری مربوطه (اثر پیلی، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگترین ریشه روی) معنادار است. به عبارت دیگر، بین آزمودنی‌هایی که مداخلات را دریافت کرده اند (گروه آزمایش) و آزمودنی‌هایی که مداخلات را دریافت نکرده اند (گروه کنترل)، حداقل به لحاظ یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی داری وجود دارد ($P < 0/01$). لذا بعد از آن نوبت به بررسی این

جدول ۳- نتایج حاصل از تحلیل آنکوا در متن مانکوا بر روی میانگین نمره های پس آزمون متغیرهای وابسته

منابع تغییر شاخص متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
تاب آوری	۱۸۱/۴۶	۱	۱۸۱/۴۶	۲۲/۲۹	۰/۰۰۱
سازگاری اجتماعی	۵۲۸/۵۵	۱	۵۲۸/۵۵	۳۴/۵۳	۰/۰۰۱

مدیریت و حل تعارض، تمرکز روی اهداف قابل دسترس، درس گرفتن از شکست، پیشگیری از مشکلات و دفع بحران‌ها افزایش می‌یابد. افراد خودتاب آور، دارای رفتارهای خودشکنانه نیستند؛ از نظر عاطفی آرام هستند و توانایی تغییر شرایط استرس‌زا را دارند (۲۹). همچنین با توجه به اینکه هدف از مداخلات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در بیمار ذهن آگاهی روشن و غیر قضاوتی از آنچه در لحظه قابل درک می‌باشد، می‌تواند تغییرات قابل مشاهده ای در زندگی بیماران و کارکردهای روان شناختی آنها ایجاد کند و با توسعه ساز و کارهای دفاعی و کنار آمدن و پذیرفتن درد ناشی از بیماری به ارتقا تاب آوری بیمار کمک کند. با این تمرینات بیماران یاد میگیرند ارزیابی مجدد و مثبت از وقایع مربوط به بیماری شان داشته باشند و به طور کلی سیستم پردازش اطلاعات بیمار به شیوه موثر تری به کار می‌افتد. دیگر یافته پژوهش حاضر اثربخشی درمان بر کاهش سردرد بیماران مبتلا به میگرن بود که این یافته با پژوهش‌های قبلی که در این زمینه انجام شده بود همسو می‌باشد (۱۸، ۱۷، ۱۱). در تبیین این یافته می‌توان گفت با توجه به اینکه مداخلات بیومدیکال، اغلب برای درمان میگرن ناکافی هستند و همانند سایر انواع بیماری‌هایی که درد مزمن به همراه دارد، بسیاری از عوامل بیولوژیکی، روانی و اجتماعی به ایجاد و تداوم درد کمک می‌کنند و بنابراین یک روش درمان موثر باید هر یک از این عناصر را هدف قرار دهد (۱۱). در این درمان به بیماران مهارت‌هایی آموزش داده می‌شود که با کمک آن قادر باشند بدون هیچگونه قضاوتی از افکارشان آگاه شوند و نیز بتوانند در عوض افکار منفی، افکار مثبت و یا خنثی را به عنوان انعکاسی از واقعیت در نظر بگیرند و آنها را رخدادهای ذهنی گذرا تلقی کنند (۳۱). حتی در

همانطور که در جدول بالا مشاهده می‌شود، نتیجه آزمون تک متغیری برای تک تک متغیرهای وابسته معنادار است ($P < 0/01$). بنابراین نتیجه گرفته می‌شود متغیر مستقل بر تک تک متغیرهای وابسته به صورت جداگانه اثر دارد. و فرضیه‌های پژوهش تایید می‌گردد.

بحث و نتیجه گیری

یافته‌های این پژوهش حاکی از اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تاب آوری در بیماران بود. علیرغم اینکه پژوهشی یافت نشد که این شیوه درمان را بر تاب آوری بیماران مبتلا به میگرن بررسی کرده باشد اما این مداخله در سایر جوامع آماری از جمله بیماران مبتلا به دیابت (۲۷ و ۲۸) نوجوانان و کودکان دارای سردرد مزمن (۲۹) زنان سرپرست خانوار (۳۰)، بیماران دارای افسردگی (۲۲)، بررسی شده که نتایج همسو با یافته‌های پژوهش حاضر بود. همچنین در پژوهش‌های بسیاری رابطه بین ذهن آگاهی و تاب آوری مورد تایید قرار گرفت (۲۷ و ۱۱) که با توجه به اینکه بخش اعظم مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی ارتقا ذهن آگاهی در بیماران می‌باشد، توان این نتایج را نیز همسو با نتایج پژوهش حاضر دانست. در تبیین این یافته می‌توان گفت با توجه به اینکه مهارت‌های تاب آوری آموختنی هستند و مداخلات روان شناختی از جمله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی از طریق کاهش هیجان‌ات منفی و ایجاد هیجان‌ات مثبت موجب تغییر آسیب پذیری به تاب آوری می‌شود. در واقع تاب آوری از طریق شناخت مشکلات و استرسورها، بارش فکری خلاقانه، تصمیم گیری‌های مشترک، مذاکره، مصالحه و روابط متقابل،

برخی پژوهشها از درمانهای شناختی رفتاری برای درمان سردردهای اولیه بدون کمک دارد بهره گرفته می‌شود (۳۲)، اما این روش ممکن است خالی از خطر نباشد و به همین دلیل در پژوهش حاضر دخالتی در دارو درمانی و سایر درمانهای روان پزشکی بیماران صورت نگرفت و صرفاً از شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بهره گرفته شد. با توجه به این نکته که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی تمرین‌های مراقبه دارد که بیمار پس از جلسات درمانی در منزل انجام می‌دهد و تعهد به انجام تکالیف یکی از عواملی بود که در این پژوهش بیماران آن را بسیار موثر دانستند. به عبارت دیگر این پروتوکل با هدف قرار دادن مکانیسمهای شناختی کلیدی به صورت قابل توجهی در پذیرش درد و نیز خودکارآمدی در مدیریت سردرد اثر بخش بود. در واقع افکار و هیجانات منفی دروازه درد را باز میکنند و اطلاعات بیشتری درباره درد به مغز می‌رسد و برعکس افکار و هیجانات مثبت دروازه درد را بسته و پیام درد را محدود می‌کنند (۳۳). در پی مکانیسم‌های زمینه‌ای تمرینات MBCT مثل بینش، پذیرش، مواجهه، نجسیدن، افزایش عملکرد ذهن و بدن، تغییر شناختی و خودمدیریتی افکار و هیجانات منفی مربوط به درد کاهش می‌یابند و بر اساس نظریه‌ی دروازه‌ای درد، ارسال پیام درد و در نتیجه شدت درد نیز کاهش می‌یابد (۳۴).

پژوهش حاضر دارای برخی محدودیتهاست که باید هنگام تفسیر نتایج و تعمیم دهی به گروههای دیگر در نظر داشت از جمله اینکه شرکت کنندگان پژوهش حاضر بیماران مبتلا به میگرن بودند و در تعمیم نتایج این پژوهش به سایر جوامع آماری لازم است احتیاط بیشتری صورت گیرد. دیگر اینکه با توجه به اینکه علاوه بر نوع درمان ممکن است صرف حضور درمانگر و جلسات گروه درمانی و شرکت در جمع درمانجویان فی نفسه بر حالات روانی و در نتیجه نتایج پژوهش‌هایی از این دست موثر باشد جدا کردن این اثر از نوع درمان تنها در صورتی ممکن بود که گروه کنترل نیز در جلساتی گروهی با حضور درمانگر بدون انجام روش درمانی MBCT شرکت می‌کردند. که با توجه به محدودیت‌های پژوهشی چنین امری ممکن نبود. در پایان با توجه به اینکه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی ترکیبی از روش‌های درمانی شناختی رفتاری و ذهن آگاهی می‌باشد، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مقایسه‌ای این دو شیوه درمان در بیماران مبتلا به میگرن انجام شود تا مکانیسم اثر درمان تلفیقی مشخص گردد. توصیه می‌گردد با توجه به آمار بالای مبتلایان به سردردهای مزمن به مراکز پزشکی و درمانی در این مراکز از روان‌شناسان مسلط به روشهای درمانی از جمله MBCT، به عنوان اعضای تیم درمان استفاده گردد.

References

1. Stonnington, C. M., Kothari, D. J., & Davis, M. C. (2016). Understanding and promoting resiliency in patients with chronic headache. *Current neurology and neuroscience reports*, 16(1), 6.
2. Terwindt GM. Advance in genetics of migraine. *Current opinion in neurology*. 2019 Mar.
3. Vos T, Barber RM, Bell B, Bertozzi-Villa A, Biryukov S, Bolliger I, Charlson F, Davis A, Degenhardt L, Dicker D, Duan L. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*. 2015;386(9995):743-800.
4. Olesen J. International classification of headache disorders. *The Lancet Neurology*. 2018 May 1;17(5):396-7.
5. parvaz (M. A), Y., parvaz (M. A), S., jahanbaznejad (M. A), K. Comparative investigation of personality traits in migraine patients and sound people by personality MMPI questionnaire.. *Clinical Psychology Studies*, 2011; 1(3): 60-80.
6. Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child development*. 2000 May;71(3):543-62.
7. Olsson CA, Bond L, Burns JM, Vella-Brodrick DA, Sawyer SM. Adolescent resilience: A concept analysis. *Journal of adolescence*. 2003 Feb 1;26(1):1-1.
8. Aghayusefi A, Bazaryari Meymand M. Study of General health, resiliency, and defense mechanisms in patients with migraine headache. *Iran South Med J*. 2013; 16 (2) :118-127
9. Grazi L, Bernstein C, Raggi A, Sansone E, Grignani E, Searl M, Rizzoli P. ACT for migraine: effect of acceptance and commitment therapy (ACT) for high-frequency episodic migraine without aura: preliminary data of a phase-II, multicentric, randomized, open-label study. *Neurological Sciences*. 2019 Mar 11:1-2.
10. Brown, H., Newman, C., Noad, R., & Weatherby, S. (2012). Behavioral management of migraine. *Annual Indian Academic Neurology*, 15, 78-82.
11. Day MA, Thorn BE, Ward LC, Rubin N, Hickman SD, Scogin F, Kilgo GR. Mindfulness-based cognitive therapy for the treatment of headache pain: a pilot study. *The Clinical journal of pain*. 2014 Feb 1;30(2):152-61.
12. Thorn BE, Pence LB, Ward LC, et al. A randomized clinical trial to reduce catastrophizing in chronic headache sufferers. *J Pain*. 2007;8:938–949
13. Burns JW, Glenn B, Bruehl S, et al. Cognitive factors influence outcome following multidisciplinary chronic pain treatment: a replication and extension of a cross-lagged panel analysis. *Behav Res Ther*. 2003;41:1163–1182.
14. Burns JW, Kubilus A, Bruehl S, Harden RN, Lofland K. Do changes in cognitive factors influence outcome following multidisciplinary treatment for chronic pain? A cross-lagged panel analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2003 Feb;71(1):81.
15. Thorn BE, Boothby JL, Sullivan MJ. Targeted treatment of catastrophizing for the management of chronic pain. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2002 Mar 1;9(2):127-38.
16. Nash-McFeron D. Mindfulness in the treatment of chronic headache pain [Dissertation]. Seattle (WA): Seattle Pacific University. 2006.
17. Pradhan EK, Baumgarten M, Langenberg P, Handwerker B, Gilpin AK, Magyari T, Hochberg MC, Berman BM. Effect of mindfulness-based stress reduction in rheumatoid arthritis patients. *Arthritis Care & Research*. 2007 Oct 15;57(7):1134-42
18. Rosenzweig S, Greeson JM, Reibel DK, Green JS, Jasser SA, Beasley D. Mindfulness-based stress reduction for chronic pain conditions: variation in treatment outcomes and role of home meditation practice. *Journal of psychosomatic research*. 2010 Jan 1;68(1):29-36
19. Goyal M, Haythornthwaite J, Levine D, Becker D, Vaidya D, Hill-Briggs F, Ford D. Intensive meditation for refractory pain and symptoms. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 2010 Jun 1;16(6):627-31.
20. Young WB, Park JE, Tian IX, Kempner J. The stigma of migraine. *PloS one*. 2013 Jan 16;8(1):e54074.
21. Sabatini F. The relationship between happiness and health: evidence from Italy. *Social Science & Medicine*. 2014 Aug 1;114:178-87.
22. Cherkin DC, Sherman KJ, Balderson BH, Cook AJ, Anderson ML, Hawkes RJ, Hansen KE, Turner JA. Effect of mindfulness-based stress reduction vs cognitive behavioral therapy or usual care on back pain and functional limitations in adults with chronic low back pain: a randomized clinical trial. *Jama*. 2016 Mar 22;315(12):1240-9.

23. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*. 2003 Sep;18(2):76-82.
24. Bigdeli I, Najafy M, Rostami M. The Relation of Attachment Styles, Emotion Regulation, and Resilience to Well-being among Students of Medical Sciences . *Iranian Journal of Medical Education*. 2013; 13 (9) :721-729
25. Nagareyan B. Migrain headache. *Hygiene World* 1996; 11: 52- 4. (Persian)
26. Segal ZV, Teasdale JD, Williams JM, Gemar MC. The mindfulness-based cognitive therapy adherence scale: Inter-rater reliability, adherence to protocol and treatment distinctiveness. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2002 Mar;9(2):131-8.
27. van Son, Jenny., Nyklíček, Ivan., Pop, Victor J., Blonk, Marion C., Erdtsieck, Ronald J., Pouwer, François(2014). Mindfulness-based cognitive therapy for people with diabetes and emotional problems: Long-term follow-up findings from the DiaMind randomized controlled trial, *Journal of Psychosomatic Research*, Volume 77, Issue 1, 81–84
28. mirmahdi, S., razaali, M. The Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy on Resilience, Emotion Regulation and Life Expectancy among Women with Diabetes2. *QUARTERLY JOURNAL OF HEALTH PSYCHOLOGY*, 2019; 7(28): 167-183
29. Kalapurakkel S, A. Carpino E, Lebel A, E. Simons L. “Pain can’t stop me”: Examining pain self-efficacy and acceptance as resilience processes among youth with chronic headache. *Journal of Pediatric Psychology*. 2014 Oct 15;40(9):926-33.
30. Mansourishad H, Togha M, Borjali A, Karimi R. Effectiveness of mindfulness-based cognitive-behavioral therapy on relieving migraine headaches. *Archives of Neuroscience*. 2017;4(4).
31. Crane, R. (2012). *Mindfulness-based cognitive therapy: distinctive features*. (Translated by Firoozeh Jafari, Hamid Khanipoor & Parvaneh Mohammadkhani). Tehran: University of Welfare and Rehabilitation Sciences. (Persian).
32. Penzien DB. Stress management for migraine: recent research and commentary. *Headache*. 2009;49:1395–1398
33. Otis J. *Managing chronic pain: A cognitive-behavioral therapy approach*. Oxford university press; 2007 Sep 24.
34. Zare, H., Mohammadi, N., Motaghi, P., Afshar, H., Poorkazem, L. Effectiveness of modified mindfulness-based cognitive therapy on catastrophizing, acceptance and severity of pain in Fibromyalgia patients. *QUARTERLY JOURNAL OF HEALTH PSYCHOLOGY*, 2014; 3(12): 97-117.

*Original Article***Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) on Increasing Resilience and Reducing Headache in Migraine Patients**

Received: 18/03/2020 - Accepted: 13/05/2020

Nazila Esmaeili¹
Parviz Askary^{2*}
Naser Saraj Khorami³
Saeed Bakhtiarpour⁴

¹ Ph.D Student, Department of Health Psychology, Khoramshahr-Persian Gulf, International Branch, Islamic Azad University, Khoramshahr, Iran

² Associate Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

³ Assistant Professor, Department of Psychology, Dezful Branch, Islamic Azad University, Dezful, Iran

⁴ Assistant Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

Email: Askary47@yahoo.com

Abstract

Introduction: The present study was performed with aim to investigate the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) on increasing resilience and reducing headaches in patients with migraines.

Methods: The present study was a quasi-experimental study with pretest-post-test design and a control group. The statistical population included all patients with migraine referred to Shahid Dr. Lavasani Hospital in Tehran at 2018. 35 patients were selected by targeted sampling method and were randomly assigned to two groups of experimental and control. In both groups, patient resilience and headache were assessed through Connor and Davidson Resilience Questionnaire and Ahvaz Migraine Headache Questionnaire. The first group received mindfulness-based cognitive therapy in 8 sessions, but the second group did not receive any intervention. Then, in posttest, the resilience and headache of both groups were evaluated. Data were analyzed using multivariate analysis of covariance.

Results: The results showed that cognitive therapy based on mindfulness was effective on patients' resilience and headache ($P < 0.01$).

Conclusion: Due to the effectiveness of treatment, the use of different psychological therapies, including MBCT, as a complement to medical therapies is recommended for patients with migraines.

Key words: Mindfulness-based cognitive therapy, Resilience, Headache, Migraine