تأثیر ذهن‌آگاهی به روش کتاب درمانی در زنان مبتلا به میگرن

سید وحید تولایی[1]، یاسر رضاپور میرصالح[2]، آزاده چوب‌فروش‌زاده[2]

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: میگرن یکی از شایع‌ترین سردردهای اولیه است. بر اساس پژوهش‌های انجام شده، استرس در شروع و گسترش میگرن نقش مهمی ایفا می‌کند. مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس (Mindfulness-based stress reduction یا MBSR) به شیوه کتاب درمانی در مبتلایان به میگرن انجام شد.

مواد و روش‌ها: جامعه این پژوهش شامل تمام زنان مبتلا به سردرد میگرنی مراجعه کننده به کلینیک سردرد بیمارستان بقیه‌اله شهر تهران طی ماه‌های آذر تا اسفند سال ۱۳۹۵ بود که از میان آن‌ها، ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه شاهد) قرار گرفتند. برای گروه آزمایش علاوه بر دارو درمانی رایج، یک دوره ۸ جلسه‌ای MBSR به شیوه کتاب درمانی برگزار گردید، اما گروه شاهد تنها دارو درمانی را دریافت نمودند. مصاحبه بالینی برای تشخیص سردرد میگرنی، توسط پزشک متخصص مطابق با ملاک‌های انجمن بین‌المللی سردرد (International Headache Society یا IHS) انجام گرفت. به منظور جمع‌آوری داده‌ها، از مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس (Depression Anxiety and Stress Scale–۲۱ یا DASS–۲۱) و سنجش ناتوانی میگرن (Migraine Disability Assessment یا MIDAS) استفاده شد.

یافته‌ها: درمان MBSR به شیوه کتاب درمانی، تأثیر معنی‌داری در کاهش میزان شدت سردرد نداشت ($P > ۰/۰۹۵$)، اما کاهش معنی‌داری در سطح استرس ($P < ۰/۰۰۱$)، اضطراب ($P < ۰/۰۰۱$)، افسردگی ($P < ۰/۰۰۱$)، ناتوان کنندگی ($P < ۰/۰۰۱$) و دفعات سردرد ($P < ۰/۰۰۱$) مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: مداخله MBSR به شیوه کتاب درمانی، می‌تواند در بهبود پریشانی، عملکرد فرد و تعداد روزهای سردرد فرد مبتلا به میگرن اثربخش باشد.

واژه‌های کلیدی: ذهن‌آگاهی، استرس، کتاب درمانی، میگرن، سردرد

ارجاع: تولایی سید وحید، رضاپور میرصالح یاسر، چوب‌فروش‌زاده آزاده. **تأثیر ذهن‌آگاهی به روش کتاب درمانی در زنان مبتلا به میگرن.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۶؛ ۱۵ (۲): ۲۰۴-۱۹۸

دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۲/۷ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۴/۱

مقدمه

طبق گزارش انجمن بین‌المللی سردرد (International Headache Society یا IHS)، عمومی‌ترین سندرم درد، سردرد می‌باشد. میگرن که در دسته‌بندی سردردهای اولیه طبقه‌بندی می‌شود، به عنوان سومین اختلال شایع و هفتمین علت ناتوان کنندگی در جهان بیان شده است (۱). آثار و تبعات اجتماعی-اقتصادی و همچنین، نمود آن به عنوان یک درد مزمن و طولانی مدت، زندگی عادی مبتلایان را مختل می‌کند و به طور مستقیم بر کیفیت زندگی آن‌ها تأثیر می‌گذارد (۲، ۱).

هرچند که تاکنون دلیل مشخصی برای بروز میگرن ذکر نشده است (۳)، اما فشارهای عصبی و استرس را می‌توان از جمله عوامل مستعد کننده این بیماری دانست (۱). سردرد از شایع‌ترین بیماری‌هایی است که استرس در ایجاد و گسترش آن نقش مهمی ایفا می‌کند (۵، ۴). نتایج مطالعات نشان می‌دهد که سطح و میزان استرس، با بروز سردرد میگرنی ارتباط مستقیمی دارد (۴، ۲، ۱). همچنین، یافته‌های پژوهش سجادی‌نژاد و همکاران نشان داد که افسردگی، شایع‌ترین اختلال روان‌شناختی در افراد مبتلا به سردرد است (۶). از سوی دیگر، ۵۲ درصد از بیماران دارای اختلالات روان‌پزشکی که به دلیل افسردگی درمان می‌شوند، از سردرد رنج می‌برند و درصد زیادی از بیماران دارای سردرد میگرنی، افسردگی دارند (۷). به همین دلیل، پژوهشگران به بررسی اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی مختلف از جمله درمان شناختی- رفتاری (Cognitive behavioral therapy یا CBT) (۹، ۸) و یا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance and commitment therapy یا ACT) (۱۱، ۱۰) بر روی مبتلایان به میگرن پرداخته‌اند.

کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBSR یا Mindfulness-based stress reduction)، یکی از درمان‌های نسل سوم رفتار درمانی شناختی می‌باشد که اثربخشی آن در گروه‌های مختلف مورد بررسی قرار گرفته است (۱۳، ۱۲). نتایج به دست آمده حاکی از تأثیر این روش درمانی در کاهش شدت درد ادراک شده و محدودیت عملکرد بیماران مبتلا به درد مزمن (۱۵، ۱۴)، استرس ادراک شده (۱۶)، طول دوره علایم افسردگی، عود مجدد کمتر و کیفیت زندگی بالاتر است (۱۷).

با وجود نتایج امیدوار کننده، تکت این درمان‌ها با محدودیت‌هایی نیز

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران
۲- استادیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران
نویسنده مسؤول: یاسر رضاپور میرصالح
Email: y.rezapour@ardakan.ac.ir

www.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.2.8.9]

روبه‌رو هستند (۱۳، ۱۲). امروزه در حوزه سلامت روان این که چگونه می‌توان دسترسی افراد به خدمات سلامت روان را تسهیل و تسریع کرد، بسیار مورد توجه قرار گرفته است (۱۹، ۱۸). تحقیقات انجام شده گزارش می‌کند که درمان سودمند، درمانی است که علاوه بر اثربخش بودن برای مراجع، از نظر هزینه، در دسترس بودن و زمان تلف شده نیز به صرفه و کارامد باشد (۲۰).

در سال‌های اخیر، استفاده از شیوه‌های غیر حضوری (مانند مشاوره تلفنی، روان درمانی‌های مبتنی بر اینترنت و کتاب درمانی) در حال افزایش است (۱۸). کتاب درمانی از جمله روش‌هایی می‌باشد که کارایی آن در درمان ثابت شده است (۲۰، ۱۹). پژوهش‌های مختلف، کارایی کتاب درمانی در حل مشکلات متفاوت از جمله استرس و اضطراب (۱۹، ۱۸)، دردهای مزمن، مشکلات خواب، شکایات جسمانی (۲۲، ۲۱) و پرخاشگری (۲۳) را تأیید کرده‌اند.

بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی MBSR به روش کتاب درمانی بر ناتوان کنندگی، پریشانی (استرس، اضطراب و افسردگی)، شدت سردرد و تعداد دفعات سردرد در مبتلایان به میگرن انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون همراه با گروه شاهد بود که دو گروه در دو مرحله (پیش‌آزمون و پس‌آزمون) مورد سنجش قرار گرفتند.

جامعه آماری تحقیق را همه زنان مراجعه کننده به کلینیک سردرد بقیه‌الله شهر تهران، طی ماه‌های آذر تا اسفند سال ۱۳۹۵ تشکیل داد. این افراد بر اساس تشخیص بالینی پزشک متخصص و بر اساس معیارهای IHS، مبتلا به میگرن شناخته شده بودند.

نمونه‌گیری به صورت مبتنی بر هدف بر اساس معیارهای ورود صورت گرفت که از جمله معیارها می‌توان به دریافت تشخیص میگرن (توسط پزشک متخصص و بر اساس معیارهای IHS)، عدم ابتلا به اختلال شدید روانی، سن بین ۲۰ تا ۵۰ سال، سطح تحصیلات حداقل دیپلم و دسترسی به اینترنت و شبکه‌های اجتماعی اشاره نمود. بر این اساس، ۳۰ نفر (حداقل نمونه برای گروه شاهد و آزمایش: ۱۵ نفر) (۲۴) انتخاب شدند که پس از کسب آگاهی از ماهیت و اهداف پژوهش و اعلام رضایت کتبی، به صورت تصادفی ساده (به شیوه قرعه‌کشی) در دو گروه شاهد و آزمایش قرار گرفتند (هر گروه ۱۵ نفر). برای گروه شاهد تنها درمان پزشکی معمول انجام شد. در گروه آزمایش علاوه بر درمان پزشکی معمول، درمان MBSR به صورت کتاب درمانی بر اساس پروتکل درمانی ۸ هفته‌ای به اجرا درآمد.

پروتکل استفاده شده در مطالعه حاضر، با استفاده از پژوهش‌های معتبر حوزه ذهن‌آگاهی و رفتار درمانی‌های نسل سوم و همچنین، کتاب‌های خودیاری ذهن‌آگاهی طراحی شد (۳۰-۲۵، ۱۰). پس از نگارش متن اصلی، کتاب در اختیار دو نفر از روان‌شناسان صاحب تجربه در حوزه ذهن‌آگاهی قرار داده شد تا از نظر انطباق متن با مفروضات زیربنایی ذهن‌آگاهی بررسی شود. سرانجام پس از انجام اصلاحات لازم، ۵ نفر از مراجعان به صورت تصادفی انتخاب شدند و متن نهایی در اختیار آن‌ها قرار گرفت تا ابهامات احتمالی بررسی و اصلاح گردد. خلاصه‌ای از پروتکل آموزشی- درمانی در جدول ۱ ارایه شده است. شرکت کنندگان گروه آزمایش به صورت هفتگی (۸ هفته) در روز و ساعت معین و از طریق اینترنت توسط درمانگر پشتیبان مورد پیگیری قرار گرفتند و روند انجام تمرینات هفتگی آن‌ها بررسی شد و به سؤالات و ابهامات افراد پاسخ داده شد. بعد از پایان دوره درمانی، شرکت کنندگان گروه شاهد نیز تحت درمان روان‌شناختی قرار گرفتند.

جهت جمع‌آوری داده‌ها، ابزارهایی مورد استفاده قرار گرفت که در ادامه به تفصیل بیان شده‌اند.

پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت‌شناختی: اطلاعات مربوط به سن، میزان تحصیلات و وضعیت تأهل شرکت‌کنندگان با استفاده از این پرسش‌نامه جمع‌آوری گردید.

مقیاس سنجش ناتوانی میگرن (MIDAS یا Migraine Disability Assessment): این ابزار خودسنجی شامل ۷ سؤال می‌باشد که به اندازه‌گیری تأثیرات سردرد مزمن بر سطح عملکرد فرد (کارهای روزانه، فعالیت‌های اجتماعی و شغلی) می‌پردازد و مجموع ۵ سؤال اول، مشخص کننده میزان ناتوان کنندگی میگرن در فرد است. علاوه بر این، سؤال ۶ تعداد روزهایی که فرد در سه ماه گذشته دچار سردرد شده است را می‌سنجد. در سؤال ۷، افراد شدت سردرد خود را در یک طیف ۱۰ درجه‌ای مشخص می‌کنند که عدد صفر نشان دهنده عدم وجود سردرد است و عدد ۱۰ بیشترین میزان درد را نشان می‌دهد. اعتبار بازآزمایی این پرسش‌نامه، ۰/۸۳ و همسانی درونی آن نیز ۰/۸۳ به دست آمد. روایی مقیاس نیز به وسیله ارزیابی پزشکی و مقایسه آن با ثبت روزانه مورد تأیید قرار گرفته است (۳۱). همسانی درونی نسخه فارسی آزمون پس از اجرای آن بر روی ۸۰ نفر از زنان مبتلا به سردرد مزمن، ۰/۷۹ گزارش گردید (۱۰).

جدول ۱. چهارچوب کلی جلسات درمان MBSR (Mindfulness-based stress reduction)

جلسات	محتوای جلسات
مقدمه	روند برگزاری دوره و طول مدت آن، مزایای این دوره نسبت به دیگر دوره‌ها، صحبت از استرس و اضطراب، ذهن‌آگاهی به زبان ساده، فرم رضایت‌نامه
جلسه ۱	دلایل انتخاب دوره، استرس و اضطراب و جایگاه آن در زندگی، لیست کردن عوامل استرس‌زا، تمرین خوردن کشمش، تمرین وارسی با آگاهی کامل، برنامه‌ریزی و مرور تمرینات
جلسه ۲	مثلث شناخت هیجان و حواس بدنی، نحوه اثرگذاری اضطراب و استرس بر زندگی، تمرین نفس کشیدن آگاهانه، تمرین ذهن‌آگاهی در طول روز، برنامه‌ریزی و مرور تمرینات
جلسه ۳	آشنایی با مراحل ذهن‌آگاهی، آوردن مراحل ذهن‌آگاهی به زندگی، نحوه اثرگذاری ذهن‌آگاهی بر سردرد، تله‌های ذهنی و خودگویی منفی، تمرین نفس کشیدن آگاهانه، تمرین راه رفتن آگاهانه، برنامه‌ریزی و مرور تمرینات
جلسه ۴	فواید ذهن‌آگاهی برای بدن، تمرین وارسی بدنی، نحوه کار با درد فیزیکی، تمرین مراقبت از درد، موانع آگاهی از احساس، برنامه‌ریزی و مرور تمرینات
جلسه ۵	تمرین نشستن همراه با آگاهی، الگوهای همیشگی، تمرین آگاهی داشتن از عادت‌ها، تمرینات جسمانی (۱)، برنامه‌ریزی و مرور تمرینات
جلسه ۶	تمرین جلوگیری از برچسب زدن به خود، تمرین آشتی با عواطف دشوار، کشف قوانین درونی، تمرینات جسمانی (۲)، برنامه‌ریزی مرور تمرینات
جلسه ۷	تمرین مراقبه عشق و مهربانی، ذهن‌آگاهی در روابط بین فردی، سطوح روابط بین فردی، تمرین گوش دادن فعال، برنامه‌ریزی و مرور تمرینات
جلسه ۸	تمرین خوردن آگاهانه، تمرین ورزش آگاهانه، تمرین استراحت، تمرین ارتباط آگاهانه، موانع ارتباط، بررسی لیست عوامل استرس‌زا، برنامه‌ریزی و مرور تمرینات، برنامه‌ریزی برای آینده و ادامه، اختتامیه

www.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.2.8.9]

فرم کوتاه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (Depression Anxiety and Stress Scale-۲۱ یا DASS-۲۱): از این پرسش‌نامه جهت ارزیابی سطح اضطراب، استرس و افسردگی استفاده می‌شود. مقیاس DASS-۲۱ از ۲۱ گویه تشکیل شده است و آزمودنی باید مطابق با شرایط فعلی خود، به سؤالات در طیف لیکرت چهار درجه‌ای (بین صفر تا ۳) پاسخ دهد. این مقیاس شامل سه زیرمقیاس «استرس، اضطراب و افسردگی» می‌باشد. روایی و پایایی ابزار مذکور پیش از این در جمعیت ایرانی مورد سنجش قرار گرفته است (۳۲).

یافته‌ها

اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت کنندگان شامل سن، وضعیت تأهل و میزان تحصیلات در جدول ۲ ارایه شده است. هیچ یک از مراجعان سابقه اختلال روانی را گزارش نکردند.

جدول ۲. اطلاعات جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها

ویژگی		گروه آزمایش (۱۵ نفر)	گروه شاهد (۱۵ نفر)
سن (سال) [تعداد (درصد)]	۲۰-۲۹	۶ (۴۰/۰)	۳ (۲۰/۰)
	۳۰-۳۹	۵ (۳۳/۳)	۸ (۵۳/۳)
	۴۰-۴۹	۴ (۲۶/۷)	۴ (۲۶/۷)
تحصیلات [تعداد (درصد)]	دیپلم	۲ (۱۳/۳)	۴ (۲۶/۷)
	فوق دیپلم	۲ (۱۳/۳)	۲ (۱۳/۳)
	کارشناسی	۴ (۲۶/۷)	۳ (۲۰/۰)
	کارشناسی ارشد	۵ (۳۳/۳)	۴ (۲۶/۷)
	دکتری	۲ (۱۳/۳)	۲ (۱۳/۳)
وضعیت تأهل [تعداد (درصد)]	مجرد	۷ (۴۶/۷)	۵ (۳۳/۳)
	متأهل	۷ (۴۶/۷)	۱۰ (۶۶/۷)
	مطلقه	۱ (۶/۷)	۰ (۰)

میانگین و انحراف معیار نمرات پریشانی، ناتوان کنندگی، شدت سردرد، عملکرد فردی و دفعات سردرد مراجعان در دو گروه آزمایش و شاهد در جدول ۳ ارایه شده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته در گروه‌های آزمایش و شاهد

متغیرها	گروه	پیش‌آزمون میانگین ± انحراف معیار	پس‌آزمون میانگین ± انحراف معیار
پریشانی	شاهد	۵۷/۴۷ ± ۱۰/۳۹	۴۷/۶۰ ± ۸/۳۷
	آزمایش	۵۸/۱۳ ± ۱۱/۲۱	۲۳/۷۳ ± ۴/۴۳
ناتوان کنندگی	شاهد	۹۴/۱۳ ± ۱۱/۲۶	۸۳/۴۰ ± ۱۰/۲۱
	آزمایش	۸۹/۲۷ ± ۱۰/۱۶	۴۳/۱۳ ± ۴/۸۵
شدت درد	شاهد	۷/۲۷ ± ۱/۹۴	۶/۱۳ ± ۱/۸۰
	آزمایش	۷/۰۷ ± ۲/۱۲	۴/۱۳ ± ۲/۲۶
عملکرد فردی	شاهد	۴۳/۴۷ ± ۱۱/۸۵	۴۰/۳۳ ± ۱۰/۶۴
	آزمایش	۴۰/۲۷ ± ۱۰/۵۴	۲۵/۲۰ ± ۵/۴۴
دفعات سردرد	شاهد	۳۹/۴۳ ± ۱۴/۲۱	۳۸/۳۳ ± ۱۳/۸۱
	آزمایش	۳۷/۲۷ ± ۱۲/۵۴	۲۵/۴۷ ± ۹/۰۸

در سطح استنباطی، داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. بدین منظور قبل از تحلیل، پیش‌فرض‌های تحلیل کواریانس با استفاده از آزمون Levene بررسی گردید و نتایج نشان دهنده نرمال بودن توزیع داده‌ها و تجانس در واریانس‌ها بود (جدول ۴).

نتایج تحلیل کواریانس با حذف اثر پیش‌آزمون، بیانگر تفاوت معنی‌دار بین میانگین نمرات دو گروه آزمایش و شاهد در شاخص تعداد روزهای سردرد ($P < ۰/۰۰۱$)، ناتوان کنندگی ($P < ۰/۰۰۱$) و پریشانی ($P < ۰/۰۱۸$) بود (جدول ۵). همچنین، نتایج تحلیل کواریانس برای زیرمقیاس‌های شاخص پریشانی، تفاوت معنی‌داری را در شاخص استرس ($P < ۰/۰۰۱$)، اضطراب ($P < ۰/۰۰۱$) و افسردگی ($P < ۰/۰۰۱$) در میانگین نمرات گروه‌های آزمایش و شاهد نشان داد (جدول ۶).

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی ذهن‌آگاهی به شیوه کتاب درمانی بر روی زنان مبتلا به میگرن انجام شد. نتایج نشان داد، با وجود این که مداخله MBSR به شیوه کتاب درمانی، تأثیری در شدت سردرد میگرن نداشت و تفاوت معنی‌داری بین گروه‌های آزمایش و شاهد مشاهده نشد، اما در کاهش دفعات حمله میگرن، ناتوان کنندگی، استرس، اضطراب و افسردگی مراجعان مؤثر بود. این یافته با نتایج برخی پژوهش‌ها (۲۱، ۱۵، ۱۰) همخوانی داشت.

جدول ٤. نتایج آزمون‌های Shapiro-Wilk و Levene جهت ارزیابی پیش‌فرض‌های مطالعه

متغیرها	آزمون Shapiro-Wilk				آزمون Levene		
	شاهد		آزمایش				
	آماره	مقدار P	آماره	مقدار P	F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	مقدار P
پریشانی	۰/۹۴۲	۰/۲۵۵	۰/۹۲۸	۰/۱۹۲	۲/۳۲۲	۱	۲۸	۰/۱۳۹
ناتوان کنندگی	۰/۹۷۸	۰/۴۶۶	۰/۹۵۳	۰/۱۸۹	۰/۳۰۴	۱	۲۸	۰/۵۸۶
شدت سردرد	۰/۹۳۸	۰/۰۷۸	۰/۹۳۰	۰/۰۵۲	۰/۰۹۳	۱	۲۸	۰/۷۶۳
عملکرد فردی	۰/۹۳۰	۰/۲۴۵	۰/۹۱۷	۰/۱۴۹	۰/۲۹۹	۱	۲۸	۰/۵۸۹
دفعات سردرد	۰/۹۳۶	۰/۲۶۸	۰/۹۳۶	۰/۱۷۸	۰/۳۰۱	۱	۲۸	۰/۵۸۷

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.2.8.9]
www.mui.ac.ir

جدول ۵. نتایج تحلیل کواریانس جهت بررسی اثربخشی درمان MBSR (Mindfulness-based stress reduction) بر پریشانی، عملکرد فردی، شدت درد و دفعات سردرد

متغیر		درجه آزادی	F	مقدار P
پریشانی	شاهد	۲	۴/۷۰	۰/۰۱۸
	آزمایش	۲		
ناتوان کنندگی	شاهد	۲	۵۸/۱۵	۰/۰۰۱
	آزمایش	۲		
شدت سردرد	شاهد	۲	۲/۵۷	۰/۰۹۵
	آزمایش	۲		
دفعات سردرد	شاهد	۲	۲۸/۵۸	۰/۰۰۱
	آزمایش	۲		

Wells و همکاران در مطالعه‌ای به بررسی تأثیر ذهن‌آگاهی برای بیماران مبتلا به میگرن پرداختند و عدم کاهش شدت سردردهای میگرنی را در مقیاس شدت درد گزارش نمودند (۱۵). نتایج تحقیق Rosenzweig و همکاران که با هدف اثربخشی درمان MBSR در انواع مختلفی از درد مزمن انجام شد (برخی از شرکت کنندگان مبتلا به میگرن بودند) نیز نشان دهنده بهبود کمی در شدت سردردهای میگرنی بود (۲۱).

جدول ٦. نتایج تحلیل کواریانس جهت بررسی اثربخشی درمان MBSR (Mindfulness-based stress reduction) بر زیرمقیاس‌های پریشانی

متغیر	منبع تغییرات	درجه آزادی	F	مقدار P
استرس	پیش‌آزمون	۲	۱۶/۳۶	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۲		
اضطراب	پیش‌آزمون	۲	۱۹/۷۱	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۲		
افسردگی	پیش‌آزمون	۲	۲۹/۵۱	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۲		

معتمدی و همکاران به این نتیجه دست یافتند که روش ACT در زنان مبتلا به میگرن و سردردهای تنشی، منجر به کاهش معنی‌دار شدت سردرد ادراک شده نگردید، اما بهبود معنی‌داری در عملکرد افراد مشاهده شد (۱۰). این یافته‌ها با اهداف درمان‌های مبتنی بر پذیرش و ذهن‌آگاهی انطباق دارد. به طور کلی، هدف اصلی درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی، کاهش تجارب منفی (مانند افکار منفی، احساسات ناخوشایند و ناراحتی‌های جسمی) نیست، بلکه هدف محوری این درمان‌ها، کاهش تأثیرات منفی این قبیل تجارب (در اینجا سردرد) می‌باشد (۳۳). به بیان دیگر، تمرکز اصلی این درمان‌ها، بهبود عملکرد فرد با وجود تجارب منفی است (۳۴، ۳۳، ۱۰).

یکی از ویژگی‌های پژوهش حاضر، استفاده از روش کتاب درمانی در درمان بود. در مطالعاتی که با شیوه خودیاری صورت گرفته، کارامدی این روش‌ها در جمعیت‌های بالینی مختلف تأیید شده است. به عنوان نمونه، Cuijpers و همکاران در پژوهش فراتحلیلی خود، با بررسی تحقیقاتی که از سال ۱۹۶۶ تا ۲۰۱۰ به صورت خودیاری جهت کاهش افسردگی و اضطراب انجام شده بود، نشان دادند که درمان‌های خودیاری در مقایسه با درمان‌های حضوری اثربخشی مشابهی دارند (۳۵).

هرچند که در درمان حضوری، ارتباط درمانی به عنوان یک عنصر درمان‌بخش و مؤثر برای ادامه و پیگیری درمان محسوب می‌شود و برای فرد الزام و تعهد ایجاد می‌کند (۳۶)، اما باید توجه داشت که با محدودیت‌هایی نیز مواجه است که از آن جمله می‌توان به دسترسی به فرد متخصص، محدودیت‌های زمانی، جلسات طولانی مدت، مشکلات حمل و نقل و هزینه بالای درمان اشاره نمود. البته با وجود اثربخشی بالای درمان‌های خودیار و دیگر مزایای آن‌ها، نمی‌توان ادعای برتری مطلق درمان‌های خودیار نسبت به درمان‌های حضوری را داشت. به عقیده Cottrell و همکاران، به دلیل این مزایا (اثربخشی بالا و دیگر مزایای نام‌برده) می‌توان از درمان‌های خودیار به عنوان یکی ازگزینه‌های مناسب بهره برد (۳۷). به عبارت دیگر، درمان‌های خودیار (مانند کتاب درمانی و یا درمان با پکیج‌های آموزشی و یا با استفاده از تلفن) در شرایطی که افراد به دلایلی امکان بهره‌مندی از خدمات درمانی حضوری را ندارند، می‌تواند به عنوان یک راهکار مناسب و قابل اعتماد مورد استفاده قرار گیرد.

محدودیت‌هایی در انجام تحقیق حاضر وجود داشت که یکی از آن‌ها، عدم انتخاب مراجعان مرد به عنوان نمونه بود. بنابراین، بهتر است در تعمیم نتایج پژوهش به مردان مبتلا به میگرن، با احتیاط عمل شود. همچنین، نمونه‌گیری به شیوه غیر تصادفی و تنها در یک مرکز درمانی انجام شد که تعمیم‌پذیری نتایج را کاهش می‌دهد. به دلیل وجود برخی از محدودیت‌های اجرایی، امکان مطالعه پیگیری اثرات درمان در فواصل طولانی مدت وجود نداشت.

بر این اساس، پیشنهاد می‌گردد این مداخله در پژوهش‌های آینده بر روی مردان نیز انجام گیرد. همچنین، نمونه‌گیری به شیوه تصادفی و از چند مرکز درمانی، می‌تواند در افزایش تعمیم‌پذیری نتایج سودمند باشد. توصیه می‌شود مطالعات آینده همراه با پیگیری صورت پذیرد.

سپاسگزاری

مطالعه حاضر برگرفته از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد به شماره ۹۳/۵۵۲/۲/ر، مصوب دانشگاه اردکان می‌باشد. بدین وسیله از کلیه کارکنان درمانگاه بقیه‌الله و کلینیک سردرد و همچنین، بیمارانی که در انجام این پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

References

1. The international classification of headache disorders, 3rd edition (beta version). Cephalalgia 2013; 33(9): 629-808.
2. Pietrobon D, Moskowitz MA. Pathophysiology of migraine. Annu Rev Physiol 2013; 75: 365-91.
3. Silberstein SD. Practice parameter: Evidence-based guidelines for migraine headache (an evidence-based review): Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology 2000; 55(6): 754-62.
4. Sauro KM, Becker WJ. The stress and migraine interaction. Headache 2009; 49(9): 1378-86.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.2.8.9]

5. Kelman L. The triggers or precipitants of the acute migraine attack. Cephalalgia 2007; 27(5): 394-402.
6. Sajadinejad MS, Mohammadi N, Taghavi SM, Ashgazadeh N. Therapeutic effects of cognitive-behavioral group therapy on headache disability and depression in patients with migraine and tension headache. Iran J Psychiatry Clin Psychol 2009; 14(4): 411-8. [In Persian].
7. Toubaei S, Farrashbandi H. Assessment of personality characteristics in migraine patients. Urmia Med J 2010; 21(2): 280-5. [In Persian].
8. Martin PR, Aiello R, Gilson K, Meadows G, Milgrom J, Reece J. Cognitive behavior therapy for comorbid migraine and/or tension-type headache and major depressive disorder: An exploratory randomized controlled trial. Behav Res Ther 2015; 73: 8-18.
9. Danae Sij Z, Dehghani Firoozabadi M, Sharifzade G. Effects of cognitive-behavioral stress management on depression, anxiety, and pain control in patients with migraine headaches. Mod Care J 2014; 10(3): 157-64. [In Persian].
10. Mo'tamedi H, Rezaiemaram P, Tavallaie A. The effectiveness of a group-based acceptance and commitment additive therapy on rehabilitation of female outpatients with chronic headache: Preliminary findings reducing 3 dimensions of headache impact. Headache 2012; 52(7): 1106-19.
11. Dindo L, Recober A, Marchman J, O'Hara MW, Turvey C. One-day behavioral intervention in depressed migraine patients: Effects on headache. Headache 2014; 54(3): 528-38.
12. Grossman P, Niemann L, Schmidt S, Walach H. Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis. J Psychosom Res 2004; 57(1): 35-43.
13. Abbott RA, Whear R, Rodgers LR, Bethel A, Thompson CJ, Kuyken W, et al. Effectiveness of mindfulness-based stress reduction and mindfulness based cognitive therapy in vascular disease: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. J Psychosom Res 2014; 76(5): 341-51.
14. Omidi A, Zargar F. Effect of mindfulness-based stress reduction on pain severity and mindful awareness in patients with tension headache: A randomized controlled clinical trial. Nurs Midwifery Stud 2014; 3(3): e21136.
15. Wells RE, Burch R, Paulsen RH, Wayne PM, Houle TT, Loder E. Meditation for migraines: A pilot randomized controlled trial. Headache 2014; 54(9): 1484-95.
16. Chang VY, Palesh O, Caldwell R, Glasgow N. The effects of a mindfulness-based stress reduction program on stress, mindfulness self-efficacy, and positive states of mind. Stress and Health 2004; 20(3): 141-7.
17. Masumian S, Golzari M, Shairi MR, Momenzadeh S. The effect of mindfulness-based stress reduction on the rate of depression in patients with chronic low back pain. J Anesth Pain 2013; 3(2): 82-8. [In Persian].
18. Houghton VT. A quantitative study of the effectiveness of mindfulness-based stress reduction treatment, using an Internet-delivered self-help program, for women with generalized anxiety disorder [PhD Thesis]. Minneapolis, MN: Capella University; 2008.
19. Sharma V, Sood A, Prasad K, Loehrer L, Schroeder D, Brent B. Bibliotherapy to decrease stress and anxiety and increase resilience and mindfulness: A pilot trial. Explore (NY) 2014; 10(4): 248-52.
20. Naylor EV, Antonuccio DO, Litt M, Johnson GE, Spogen DR, Williams R, et al. Bibliotherapy as a treatment for depression in primary care. J Clin Psychol Med Settings 2010; 17(3): 258-71.
21. 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. J Psychosom Res 2010; 68(1): 29-36.
22. Johnston M, Foster M, Shennan J, Starkey NJ, Johnson A. The effectiveness of an Acceptance and Commitment Therapy self-help intervention for chronic pain. Clin J Pain 2010; 26(5): 393-402.
23. Shechtman Z. The contribution of bibliotherapy to the counseling of aggressive boys. Psychother Res 2006; 16(5): 645-51.
24. Faraji N. Research methods. 8th ed. Tehran, Iran: Pouran Pajouhesh Publications; 2014. p. 101-2.
25. Davidson RJ, Kabat-Zinn J, Schumacher J, Rosenkranz M, Muller D, Santorelli SF, et al. Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. Psychosom Med 2003; 65(4): 564-70.
26. Fletcher LB, Schoendorff B, Hayes SC. Searching for mindfulness in the brain: A process-oriented approach to examining the neural correlates of mindfulness. Mindfulness 2010; 1(1): 41-63.
27. Goldstein E, Stahl B. MBSR every day: Daily practices from the heart of mindfulness-based stress reduction. Oakland, CA: New Harbinger Publications; 2015.
28. Lazar SW, Kerr CE, Wasserman RH, Gray JR, Greve DN, Treadway MT, et al. Meditation experience is associated with increased cortical thickness. Neuroreport 2005; 16(17): 1893-7.
29. Siegel RD. The mindfulness solution: Everyday practices for everyday problems. New York, NY: Guilford Press; 2009.
30. Stahl B, Goldstein E. A mindfulness-based stress reduction workbook. Oakland, CA: New Harbinger Publications; 2010.
31. Stewart WF, Lipton RB, Dowson AJ, Sawyer J. Development and testing of the Migraine Disability Assessment (MIDAS) Questionnaire to assess headache-related disability. Neurology 2001; 56(6 Suppl 1): S20-S28.
32. Sahebi A, Asghari MJ, Salari RS. Validation of depression anxiety and stress scale (DASS-21). Developmental Pscychology

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-29]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.2.8.9]

2005; 1(4): 299-313.
33. Proulx K. Integrating mindfulness-based stress reduction. Holist Nurs Pract 2003; 17(4): 201-8.
34. Vowles KE, Thompson M. Acceptance and commitment therapy for chronic pain. In: McCracken L, Editor. Mindfulness and acceptance in behavioral medicine: Current theory and practice. Oakland, CA: New Harbinger Publications; 2011. p. 31-60.
35. Cuijpers P, Donker T, Johansson R, Mohr DC, van Straten A, Andersson G. Self-guided psychological treatment for depressive symptoms: A meta-analysis. PLoS One 2011; 6(6): e21274.
36. Lambert MJ, Barley DE. Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. Psychother Theor Res Pract Train 2001; 38(4): 357-61.
37. Cottrell C, Drew J, Gibson J, Holroyd K, O'Donnell F. Feasibility assessment of telephone-administered behavioral treatment for adolescent migraine. Headache 2007; 47(9): 1293-302.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-29]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.2.8.9]

Mindfulness Bibliotherapy for Female Outpatients with Migraine

Seyed Vahid Tavallaei[1], Yaser Rezapour-Mirsaleh[2], Azadeh Choobforoushzadeh[2]

Original Article

Abstract

Aim and Background: Migraine is the most common primary headache. According to the studies, stress plays an important role in the initiation and development of migraine. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of mindfulness-based stress reduction (MBSR) bibliotherapy methods on women with migraine.

Methods and Materials: The study population included all females with migraine attending to Specialized Headache Clinic of Baqiyatallah Hospital in Tehran, Iran, from November 2016 to January 2017. 30 of them were selected via purposive sampling and were randomly placed in two groups of intervention and control. The intervention group received medical treatment as usual; in addition followed by a course of 8 sessions of mindfulness-based stress reduction bibliotherapy. The control group received only the medical treatment as usual. Clinical interview for diagnosis of migraine headaches was conducted by a specialist physician using the International Headache Society criteria. The study data were collected via the 21-item Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21) and the Migraine Disability Assessment Scale (MIDAS).

Findings: There was no significant reduction in the headache severity ($P > 0.095$). However, the levels of stress ($P < 0.001$), anxiety ($P < 0.001$), depression ($P < 0.001$), and disability ($P < 0.001$), and the number of days with headache ($P < 0.001$) significantly reduced.

Conclusions: According to the results, the mindfulness-based stress reduction bibliotherapy could be applied as an efficient intervention in women with migraine, especially for improvement of the outpatients' functions.

Keywords: Mindfulness, Stress, Bibliotherapy, Migraine, Headache

Citation: Tavallaei SV Rezapour-Mirsaleh Y, Choobforoushzadeh A. **Mindfulness Bibliotherapy for Female Outpatients with Migraine.** J Res Behav Sci 2017; 15(2): 198-204.

Received: 27.04.2017 Accepted: 22.06.2017

1- MSc Student, Department of Counseling, School of Educational Sciences and Psychology, Ardakan University, Ardakan, Iran
2- Assistant Professor, Department of Counseling, School of Educational Sciences and Psychology, Ardakan University, Ardakan, Iran
Corresponding Author: Yaser Rezapour-Mirsaleh, Email: y.rezapour@ardakan.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-29]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.2.8.9]