

تأثیر ذهن‌آگاهی به روش کتاب درمانی در زنان مبتلا به میگرن

سید وحید تولایی^۱، یاسر رضاضور میرصالح^۲، آزاده چوبفروش‌زاده^۳

مقاله پژوهشی

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) (MBSR) به شیوه کتاب درمانی در مبتلایان به میگرن انجام شد.

مواد و روش‌ها: جامعه این پژوهش شامل تمام زنان مبتلا به سردد میگرنی مراجعه کننده به کلینیک سردد بیمارستان بقیه‌الله 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 باطنی برای تشخیص سردد میگرنی، توسط پزشک متخصص مطابق با ملاک‌های انجمن بین‌المللی سردد (IHS) International Headache Society یا (DASS Depression Anxiety and Stress Scale-۲۱) و سنجش ناتوانی میگرن (Migraine Disability Assessment) استفاده شد.

یافته‌ها: درمان MBSR به شیوه کتاب درمانی، تأثیر معنی‌داری در کاهش میزان شدت سردد نداشت ($P > 0.095$)، اما کاهش معنی‌داری در سطح استرس ($P < 0.001$)، اضطراب ($P < 0.001$)، افسردگی ($P < 0.001$)، ناتوان کنندگی ($P < 0.001$) و دفعات سردد ($P < 0.001$) مشاهده شد.

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

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

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

پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۴/۱

دربافت مقاله: ۱۳۹۶/۲/۷

مقدمه

طبق گزارش انجمن بین‌المللی سردد (IHS)، عمومی‌ترین سردد در، سردد 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).

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)، سردد از شایع‌ترین بیماری‌هایی است که استرس در ایجاد و گسترش آن نقش مهمی ایفا می‌کند (۴). نتایج مطالعات نشان می‌دهد که سطح و میزان استرس، با بروز سردد میگرنی ارتباط مستقیم دارد (۴، ۱، ۲). همچنین، یافته‌های پژوهش سجادی‌تزاد و همکاران نشان داد که افسردگی، شایع‌ترین اختلال روان‌شناسی در افراد مبتلا به سردد است (۶). از سوی دیگر،

- دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران
- استادیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران

نویسنده مسؤول: یاسر رضاضور میرصالح

Email: y.rezapour@ardakan.ac.ir

درمان پزشکی معمول، درمان MBSR به صورت کتاب درمانی بر اساس پروتکل درمانی ۸ هفتادی به اجرا درآمد. پروتکل استفاده شده در مطالعه حاضر، با استفاده از پژوهش‌های معتبر ذهن‌آگاهی و رفتار درمانی‌های نسل سوم و همچنین، کتاب‌های خودیاری ذهن‌آگاهی طراحی شد (۱۰، ۲۵-۳۰). 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 سوالات 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 شرکت کنندگان با استفاده از این پرسشنامه جمع‌آوری گردید.

مقیاس سنجش ناتوانی میگرن (MIDAS) این ابزار خودسنجی شامل ۷ سؤال می‌باشد که به اندازه‌گیری تأثیرات سردد مزمن بر سطح عملکرد فرد (کارهای روزانه، فعالیت‌های اجتماعی و شغلی) می‌پردازد و مجموع ۵ سؤال اول، مشخص کننده میزان ناتوانی کنندگی میگرن در فرد است. علاوه بر این، سؤال ۶ تعداد روزهایی که فرد در سه ماه گذشته دچار سردد شده است را می‌سنجد. در سؤال ۷، افراد شدت سردد خود را در یک طیف ۱۰ درجه‌ای مشخص می‌کنند که عدد صفر نشان دهنده عدم وجود سردد 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 نتیجه روزانه مورد تأیید قرار گرفته است (۳۱). همسانی درونی نسخه فارسی آزمون پس از اجرای آن بر روی ۸۰ نفر از زنان مبتلا به سردد مزمن، ۰/۷۹-۰/۷۹ را گزارش گردید (۱۰).

روبه رو هستند (۱۲، ۱۳). امروزه در حوزه سلامت روان این که چگونه می‌توان دسترسی افراد به خدمات سلامت روان را تسهیل و تسريع کرد، بسیار مورد توجه قرار گرفته است (۱۸، ۱۹).

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 کارآمد باشد (۲۰).

در سال‌های اخیر، استفاده از شبیوهای غیر حضوری (مانند مشاوره تلفنی، روان‌درمانی‌های 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 (۱۸)، دردهای مزمن، مشکلات خواب، شکایات جسمانی (۲۱، ۲۲) و پرخاشگری (۲۳) را تأیید کردند.

بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی MBSR به روش

کتاب درمانی بر ناتوانی کنندگی، پریشانی (استرس، اضطراب و افسردگی)، شدت سردد و تعداد دفعات سردد در مبتلایان به میگرن انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع شبیه‌آزمایشی 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 مراجعت کننده به کلینیک سردد قبیله‌اله 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 ابتلاء 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 شبیه 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

جدول ۱. چهارچوب کلی جلسات درمان MBSR

جلسات	محظوظ جلسات
جلسه ۱	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 دلایل انتخاب دوره، استرس و اضطراب و جایگاه آن در زندگی، لیست کردن عوامل استرس‌زا، تمرین خودن کشمکش، 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	آشایی با مراحل ذهن‌آگاهی، آوردن مراحل ذهن‌آگاهی به زندگی، نحوه اثرگذاری ذهن‌آگاهی بر سردد، 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 از بدنی، تمرین آشی با عواطف دشوار، کشف قوین درونی، تمرینات جسمانی (۱)، برنامه‌ریزی و مرور تمرینات
جلسه ۶	تمرین جلوگیری از برجسب زدن به خود، تمرین آشی با عواطف دشوار، کشف قوین 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 خودن آگاهانه، تمرین ورزش آگاهانه، تمرین استراحت، تمرین ارتباط آگاهانه، موانع ارتباط آگاهانه، تمرین ارتباط آگاهانه، موانع ارتباط آگاهانه، تمرین استراحت، تمرینات، برنامه‌ریزی و مرور تمرینات، برنامه‌ریزی برای آینده و ادامه، اختتامیه

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	۵۷/۴۷ ± ۱۰/۳۹	۴۷/۶۰ ± ۸/۳۷
آزمایش	شاهد	۵۸/۱۳ ± ۱۱/۲۱	۲۳/۷۳ ± ۴/۴۳	۵۸/۱۳ ± ۱۱/۲۱	۲۳/۷۳ ± ۴/۴۳
ناتوان	شاهد	۹۴/۱۳ ± ۱۱/۲۶	۸۳/۴۰ ± ۱۰/۲۱	۹۴/۱۳ ± ۱۱/۲۶	۸۳/۴۰ ± ۱۰/۲۱
کنندگی	آزمایش	۸۹/۷۷ ± ۱۰/۱۶	۴۴/۱۳ ± ۴/۸۵	۸۹/۷۷ ± ۱۰/۱۶	۴۴/۱۳ ± ۴/۸۵
شدت درد	شاهد	۷/۲۷ ± ۱/۹۴	۶/۱۳ ± ۱/۸۰	۷/۲۷ ± ۱/۹۴	۶/۱۳ ± ۱/۸۰
آزمایش	شاهد	۷/۰/۷ ± ۲/۱۲	۴/۱۳ ± ۲/۲۶	۷/۰/۷ ± ۲/۱۲	۴/۱۳ ± ۲/۲۶
عملکرد	شاهد	۴۳/۴۷ ± ۱۱/۸۵	۴۰/۳۳ ± ۱۰/۶۴	۴۳/۴۷ ± ۱۱/۸۵	۴۰/۳۳ ± ۱۰/۶۴
فردی	آزمایش	۴۰/۰/۷ ± ۱۰/۵۴	۲۵/۲۰ ± ۵/۴۴	۴۰/۰/۷ ± ۱۰/۵۴	۲۵/۲۰ ± ۵/۴۴
دفعات سردد	شاهد	۳۹/۴۳ ± ۱۴/۲۱	۳۸/۳۳ ± ۱۳/۸۱	۳۹/۴۳ ± ۱۴/۲۱	۳۸/۳۳ ± ۱۳/۸۱
آزمایش	آزمایش	۳۷/۲۷ ± ۱۲/۵۴	۲۵/۴۷ ± ۹/۰۸	۳۷/۲۷ ± ۱۲/۵۴	۲۵/۴۷ ± ۹/۰۸

در سطح استباطی، 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 سردد (P < ۰/۰۰۱)، ناتوان کنندگی (P < ۰/۰۰۱) و پریشانی (P < ۰/۰۱) 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 سردد میگرن نداشت و تفاوت معنی‌داری بین گروه‌های آزمایش و شاهد مشاهده نشد، اما در کاهش دفات حمله میگرن، ناتوان کنندگی، استرس، اضطراب و افسردگی مراجعان مؤثر بود. این یافته با نتایج برخی پژوهش‌ها (۲۱، ۱۵، ۱۰) همخوانی داشت.

فرم کوتاه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس DASS-۲۱ یا Depression Anxiety and Stress Scale-۲۱)

این پرسشنامه جهت ارزیابی سطح اضطراب، استرس و افسردگی استفاده می‌شود. مقیاس DASS-۲۱ از ۴۹ بُویه تشکیل شده است و آزمودنی باید مطابق با شرایط فعلی خود، به سوالات در طی لیکرت چهار درجه‌ای (بین صفر تا ۳) پاسخ دهد. این مقیاس شامل سه زیرمقیاس «استرس، اضطراب و افسردگی» می‌باشد. روابط 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 نکرده‌اند.

جدول ۲. اطلاعات جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها

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

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

جدول ۴. نتایج آزمون‌های Shapiro-Wilk و Levene جهت ارزیابی پیش‌فرض‌های مطالعه

متغیرها	آزمون				آزمون				آزمون			
	Levene		Shapiro-Wilk		آزمون		آزمون		آزمون		آزمون	
	P	مقدار	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	F	P	مقدار	آماره	P	مقدار	آماره	آماره
پریشانی	۰/۱۳۹	۲۸	۱	۲/۲۲۲	۰/۱۹۲	۰/۹۲۸	۰/۲۵۵	۰/۹۴۲	۰/۲۵۵	۰/۹۴۲	۰/۹۴۲	۰/۹۴۲
ناتوان	۰/۵۸۶	۲۸	۱	۰/۳۰۴	۰/۱۸۹	۰/۹۵۳	۰/۴۶۶	۰/۹۷۸	۰/۴۶۶	۰/۹۷۸	۰/۹۷۸	۰/۹۷۸
شدت سردد	۰/۷۶۳	۲۸	۱	۰/۰۹۳	۰/۰۵۲	۰/۹۳۰	۰/۰۷۸	۰/۹۳۸	۰/۰۷۸	۰/۹۳۸	۰/۹۳۸	۰/۹۳۸
عملکرد فردی	۰/۵۸۹	۲۸	۱	۰/۲۹۹	۰/۱۴۹	۰/۹۱۷	۰/۲۴۵	۰/۹۳۰	۰/۲۴۵	۰/۹۳۰	۰/۹۳۰	۰/۹۳۰
دفات سردد	۰/۵۸۷	۲۸	۱	۰/۳۰۱	۰/۱۷۸	۰/۹۳۶	۰/۲۶۸	۰/۹۳۶	۰/۲۶۸	۰/۹۳۶	۰/۹۳۶	۰/۹۳۶

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 جمیعت‌های بالینی مختلف تأیید شده است. به عنوان نمونه، Cuijpers و همکاران در پژوهش فراتحلیلی خود، با بررسی تحقیقاتی که از سال ۱۹۶۰ تا ۲۰۱۰ به صورت خودیاری چهت 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 محدودیت‌های 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 از گزینه‌های مناسب بهره برد (۳۷). به عبارت دیگر، درمان‌های خودیار (مانند کتاب درمانی و یا درمان با پیکچه‌های آموزشی و یا با استفاده از تلفن) در شرایطی که افراد به دلایلی ممکن است 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 تعیین نتایج پژوهش به مردان مبتلا به میگرن، با اختیاط عمل شود. همچنین، نمونه‌گیری به شیوه غیر تصادفی و تنها در یک مرکز درمانی انجام شد که تعیین‌پذیری 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 تعیین‌پذیری 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، مصوب دانشگاه اردکان می‌باشد. بدین وسیله از کلیه کارکنان درمانگاه بقیه‌اله و کلینیک سرددار و همچنین، بیمارانی که در انجام این پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

References

- The international classification of headache disorders, 3rd edition (beta version). *Cephalalgia* 2013; 33(9): 629-808.
- Pietrobon D, Moskowitz MA. Pathophysiology of migraine. *Annu Rev Physiol* 2013; 75: 365-91.
- 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.
- Sauro KM, Becker WJ. The stress and migraine interaction. *Headache* 2009; 49(9): 1378-86.

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	۲	۴/۷۰	.۰/۰۱۸
	۲		آزمایش
ناتوان کنندگی	۲	۵۸/۱۵	.۰/۰۰۱
	۲		آزمایش
شدت سردرد	۲	۲/۵۷	.۰/۰۹۵
	۲		آزمایش
دفعات سردرد	۲	۲۸/۵۸	.۰/۰۰۱
	۲		آزمایش

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

جدول ۶. 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 تنفسی، منجر به کاهش معنی دار شدت سردرد ادرار ک شده نگردید، اما بهبود معنی داری در عملکرد افراد مشاهده شد (۱۰). این یافته‌ها با اهداف درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی انتطبق 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 (۱۰، ۳۳، ۳۴).

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, Whead 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 Psychology*

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.

Mindfulness Bibliotherapy for Female Outpatients with Migraine

Seyed Vahid Tavallaei¹, Yaser Rezapour-Mirsaleh², Azadeh Choobforoushzadeh²

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