مجله علمی پژوهش درعلوم انسانی ومطالعات اجتماعی، شماره ۲۰ ، تابستان ۱۳۹۹جلد۱، ص ۱۱۶-۱۰۰
http://www.jhss.ir

مجله علمی پژوهش در علوم انسانی ومطالعات اجتماعی (سال ششم)
شماره ۲۰ / تابستان ۱۳۹۹ / ص ۱۱۶-۱۰۰

اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی و اضطراب زنان مبتلا به میگرن

مینا اسدی[۱]، سعید متولّی[۲]
[۱]کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران ، واحد قزوین، ایران
[2]استادیار دانشگاه آموزش سلطان ادریس مالزی- پراک- مالزی
نویسنده مسئول:
مینا اسدی

چکیده :
زمینه و هدف: هدف از انجام پژوهش حاضر تعیین اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) بر افسردگی و اضطراب زنان مبتلا به میگرن در تهران بود. **روش تحقیق:** روش پژوهش شبه تجربی و مداخله‌ای از نوع پیش آزمون، پس آزمون با گروه کنترل بود. تعداد ۳۰ نفر از مبتلایان به سردرد میگرنی مراجعه کننده که در ماه‌های مرداد، شهریور و مهر۹۳ به یکی از خانه های سلامت منطقه ۹ استان تهران بصورت هدفمند ودردسترس به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. گروه کنترل صرفا تحت درمان دارویی وگروه مداخله ای علاوه بر درمان دارویی، توسط روانشناس بالینی تحت درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی قرارگرفت. میزان افسردگی و اضطراب بیماران توسط پرسشنامه افسردگی و اضطراب بک در دو مرحله پیش از درمان و پس از درمان ارزیابی شد. داده ها با استفاده از روش تحلیل کو واریانس مورد تجزیه وتحلیل قرار گرفت. **یافته‌ها:** میانگین نمرات افسردگی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش معنادار داشت ($p<0/003, f = 10/3$). و میانگین نمرات اضطراب در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل نیز کاهش معنادار داشت ($p<0/0001، f= 30/65$). **نتیجه‌گیری:** نتایج تحقیق نشان داد درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، دارای کارایی قابل ملاحظه ای در درمان افسردگی و اضطراب زنان مبتلا به سردردهای میگرنی است و می‌تواند به عنوان درمان مکمل در کنار دارو درمانی برای کاهش سردردهای مزمن از جمله سردرد میگرنی باشد .

واژهای کلیدی : شناخت درمانی، ذهن آگاهی، افسردگی، اضطراب، میگرن

مقدمه:

امروزه یکی از اختلالات شایع در روان پزشکی سردردهای میگرنی زنان است. طبق گزارش انجمن بین المللی، سردرد[1] عمومی ترین سندرم درد می باشد. میگیرن که در دسته بندی سردردهای اولیه طبقه بندی می شود، به عنوان سومین اختلال شایع و هتتمین علت ناتوان کنندگی در جهان بیان شده است(تولایی، رضاپور و چوبفروش زاده، ۱۳۹۶). سردردهای میگرنی یک اختلال حمله ای است که وجه مشخصه آن سردردهای یک طرفه ای با یا بدون اختلالات گوارشی و بینایی نظیر تهوع، استفراغ و ترس از نور بروز می‌کنند (بلداسی، لوسچسی، کافالی و همکاران، ۲۰۱۵ ؛ لاورل، آرتو، بندتسن و همکاران ، ۲۰۱۶). به زعم بسیاری از محققان، میگرن به عنوان یک بیماری مغز و اعصاب ، در اکثر مواقع، بی ارتباط با سازه های روان شناختی نیست(هاروند، وانگ و کائو، ۲۰۱۵).

هرچند تاکنون علّت اولیه میگرن روشن نشده است، ولی احتمال نقش وراثت، تیپ شخصیتی، اختلال در پیام رسانهای شیمیایی و عوامل روانشناختی، فیزیکی و محیطی مطرح شده اند و هم اکنون تعامل میان همه عاملهای یادشده را عامل میگرن می‌دانند. در مواردی که فرکانس میگرن برای چند ماه افزایش می‌یابد، احتمال اینکه میگرن با سردرد تنشی و افسردگی - اضطراب همراه باشد، وجود دارد. دو دسته درمان برای میگرن به کار برده میشود که شامل :درمان دارویی و درمان غیر دارویی است. درمان دارویی، با هدف اثرگذاری بر آسیب شناسی خود میگرن به کار برده می‌شود و شامل انواع گوناگونی از آگونیستهای گیرنده سروتونین است. پژوهشهای متعددی، به رابطه سردرد با اختلالات روانپزشکی به ویژه اضطراب و افسردگی اشاره کرده‌اند. به دلیل اثرات ناخواسته سردرد بر زندگی روانشناختی بیمار و نقش استرس در راه اندازی و تشدید سردردها از اواخردهه ۱۹۷۰ ، درمانهای روان‌شناختی در سردرد مورد توجه قرارگرفت(گوتهیر، ایورس و کریبر ، ۱۹۹۶).

مهم ترین ویژگی های روان شناختی افراد میگرنی ابتلا به افسردگی ، اضطراب ، استرس، باورهای غیرمنطقی و کمال گرایی است (برکام، ۲۰۱۵). تأثیراین اختلالات روان شناختی در بروز و تشدید میگرن تا حدی است که برخی محققان در این زمینه اصطلاح شخصیت میگرنی را مطرح کرده اند (سیرویس و مولنار، ۲۰۱۶).

شواهد نشان داده که میگرن با اختلالات روانی مرتبط است. میگرن به طور مثبت و معناداری با افسردگی ، افسرده خویی ، اختلال دوقطبی، حملات پانیک، اختلال پانیک، گذرهراسی و فوبی ساده ارتباط دارد. بسیاری ازپژوهش ها ارتباط قوی بین میگرن و اختلالات خلقی، اضطرابی و هم چنین تلاشهای خودکشی را تایید کرده اند (راتکلیف، اینز، جاکوبابی و همکاران، ۲۰۰۹). مطالعات نشان می‌دهد که میگرن و افسردگی با یکدیگر مرتبط هستند و این ارتباط دوسویه است. به عبارت دیگر افراد مبتلا به افسردگی در معرض خطر بالاتر برای ابتلا به میگرن و مبتلایان به میگرن نیز درمعرض خطر بالاتر برای ابتلا به افسردگی هستند مطالعات نشان می دهدکه ۵۰/۶ درصد ازمبتلایان به میگرن دچار افسردگی و اضطراب هستند(پومپیلی،کوسیمو و لستر، ۲۰۰۹).

درمانهای غیردارویی و چند رشته ای سردرد بسیار متداول شده و اثرات خوبی نشان داده است. آموزش تن آرامی، بیوفیدبک و درمان شناختی کاهش معناداری در هر دو نوع سردرد میگرنی و تنشی نشان داده است (هانسن، بندتسن و جنسن ، ۲۰۰۷).

[1]- International Headache Societ

یکی از مداخله های روانشناختی و درمانهای غیردارویی شناخت درمانی مبتنی برذهن آگاهی MBCT است که توسط سگال [1]ویلیامز [2]و تیزدل [3](۲۰۰۲)، معرفی شده است و امروزه در درمان افسردگی ، استرس و اضطراب و پیشگیری از عود افسردگی مورد استفاده قرار می گیرد. در سال ۱۹۹۲ تیزدل و سگال ، برای جلوگیری از عود و برگشت افسردگی رویکرد جدیدی را مطرح کردند. این رویکرد درمانی آمیزه مبتکرانه‌ای بود از جنبه های شناخت درمانی بک[4] و برنامه کاهش استرس مبتنی برذهن اگاهی کابات زین[5] است. پیشینه نظری این درمان به این مساله اشاره دارد که پیوند خلق افسرده و تفکر منفی در خلال یک دوره افسردگی موجب می شود که در آینده وقوع یکی از عناصر (خلق افسرده) حضوردیگری (افکار منفی) را به همراه خواهد داشت .(سگال و همکاران ،۲۰۰۲). ذهن آگاهی به ما یاری می‌دهد تا این نکته را درک کنیم که هیجانات منفی ممکن است رخ دهد، اما آنها جزء ثابت و دائمی شخصیت نیستند. همچنین به فرد این امکان را می‌دهد تا به جای آنکه به رویدادها به طور غیر ارادی و بی‌تأمل پاسخ دهد، با تفکر و تأمل پاسخ دهد. ذهن آگاهی روشی برای زندگی بهتر، تسکین دردها و غنا بخشی و معنادار سازی زندگی است (سیگل، ۲۰۰۹).

تحقیقات اخیر روی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی MBCT ، نتایج رضایت بخش و دلایل منطقی برای استفاده از آن در کار بالینی و مخصوصاً کار با بیماران مبتلا به اختلالات خلقی و اضطرابی را فراهم کرده است. در پژوهشی، این درمان روی ۴۹ مادر که دارای سابقه حداقل یک دوره افسردگی بودند انجام گرفت و نتایج نشان داد که این درمان از یک سو بهبود معنی‌داری در افسردگی ایجاد کرده و به میزان معنی‌داری نیزاحتمال عود افسردگی را کاهش می‌دهد(دمیجیان، گودمان، فلدر و همکاران، ۲۰۱۵). همچنین (مانشی، ایزندرث، و دلوچی، ۲۰۱۳)، در بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود افسردگی به این نتیجه رسیدند که آزمودنی ها پس از هشت جلسه درمان، بهبود معنی دار در افسردگی، کاهش معنی دار در نشخوار فکری و علایم اضطراب از خود نشان دادند و بهبود مهارت های ذهن آگاهی در پیگیری بلند مدت نیز مشاهده شد.

خالقی پور و زرگار،(۱۳۹۳)، در بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی و امید به زندگی مادران کودکان کم توان ذهنی به این نتیجه رسیدند که پس از مداخله، میانگین افسردگی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش معنی دار و میانگین امید به زندگی افزایش معنی داری نشان داده است.

بیرامینی، موحدی، محمدزادگان و همکاران، (۱۳۹۲)، در پژوهش دیگری تأثیر شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی را در کاهش اضطراب و افسردگی دانش آموزان مدارس دبیرستانی نیز بررسی کرده اند، که نتایج کاهش معنی دار اضطراب و افسردگی در گروه آزمایشی در مقایسه با گروه گواه را نشان داده است.

پژوهش حیدری، (۱۳۸۸) باعنوان اثربخشی شناخت درمانی مبتنی برذهن اگاهی درمقایسه باروشهای شناخت درمانی سنتی درکاهش افسردگی نوجوانان دخترایرانی در مریوان براساس الگوی طرح تجربی تک موردی برع بیمار افسرده اساسی درمحدوده سنی ۱۴تا۱۸ سال انجام شد. این پژوهش نشان داد متغیر مستقل درمان ۸

[1] - Segal
[2] - Williams
[3] - Teasdale
[4] - Beck
[5] - Kabat-Zinn

جلسه ای MBCT بود.که باتقسیم تصادفی آزمودنیها به دوگروه کاربندیهای آزمایشی بصورت تصادفی به هر کدام از گروهها اختصاص پیدا کردند. یافته ها حاکی ازاثربخشی هردونوع درمان بودند. وداده ها نشان دهنده کارآمدی بیشت MBCT دربهبود وحفظ نتایج درمان بود. نتایج نشان داد که درمان MBCT درکاهش نشانگان افسردگی موثرهستند.

محسنی، (۱۳۸۸)، درپژوهشی با عنوان کارآمدی واثربخشی رویکرد درمانی شناختی ورفتاری مدیریت استرس برشدت و فراوانی سردرد واضطراب وافسردگی زنان مبتلا به سردرهای میگرنی وتنشی در اصفهان انجام داد. نتایج نشان دادکه بین گروههای آزمایش وکنترل ازنظر میزان کاهش فراوانی وقوع سردرد وکاهش شدت سردرد در مبتلایان به میگرن ، درنتیجه درمان شناختی ورفتاری مدیریت استرس تفاوت معنادار وجود داشت. و یافته های فراتحلیل دردرمان شناختی رفتاری مدیریت استرس درمورد سردردمیگرنی (۳۵٪تا۵۵٪) بهبود در فراوانی سردرد وشدت سردرد و همه درمانها برای میگرن موثرتر از شرایط کنترل بود. درمانهای شناختی و رفتاری مدیریت استرس برافسردگی وفراوانی سردرد مبتلایان به سردردتنشی موثربود. اما برشدت سردرد آنها واضطراب مبتلا به سردردتنشی تفاوت وجود نداشت. وبطورکلی درمان شناختی ورفتاری مدیریت استرس یک شیوه روان درمانی درجهت بهبود مبتلایان به سردردهای میگرنی وتنشی و اختلالات خلقی این بیماران ازجمله (اضطراب وافسردگی)به کار برد.

پاکالینس، بوتز، اسپیلن گارد و همکاران، (۲۰۰۸)، در پژوهش خود نشان دادند که مبتلایان به سردرد، نشانه‌های افسردگی ، اضطراب وجسمانی کردن بیشتری نسبت به گروه کنترل دارند. باتوجه به اینکه مبتلایان به سردرد مزمن خطر بالاتری برای اختلالات عاطفی دارند واستعمال مفرط دارو یک اتفاق شایع درآنها می باشد. ورویکرد درمان چند سیستمی درمورد آنها پیشنهاد می گردد.

درپژوهشی دیگری چارلز، (۱۹۸۱)، به ارزیابی سه روش درمان غیردارویی شامل تن آرامی عضلانی، تجسم(تصویرسازی ذهنی) و بیوفیدبک برای سردرد میگرنی پرداخت. نتایج نشان داد که هرسه نوع درمان بهبود معنادار درنشانه ها را باعث شدند وتفاوتی بین آنها وجود نداشت.

MBCT بعنوان یک درمان مستقل ، ساختاریافته و به صرفه از لحاظ هزینه و زمان، در درمان افسردگی و استرس حاد می‌تواند برای کاهش شدت درد و کاهش تکرار و تداوم سردرد بیماران مبتلا به میگرن موثر باشد. هدف پژوهش حاضر اثربخشی MBCT بر کاهش افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به سردرهای میگرنی است. و اینکه باتوجه به آمار بالای حالتهای روحی و روانی اضطراب و افسردگی در این بیماران این درمان می‌تواند در کاهش مشکل آنها کمک کند . درصورت بدست آمدن نتایج موردانتظار ، این مطالعه با روش درمانی MBCT برای کاهش اضطراب و افسردگی به نفع بیماران میگرنی خواهد بود و در ادامه به سلامت جسمی و روانی آنها کمک می کند و در ادامه سلامت عمومی و بهداشت روانی جامعه است اعتبار می بخشد. همچنین این پژوهش به طرح پرسشهایی در ارتباط با مدل ایده ال درمان و پیشگیری از عود افسردگی و اضطراب بیماران میگرن کمک خواهد کرد و ابزاری برای توسعه بیشتر مطالعات و از سوی دیگر کار بالینی فراهم خواهد ساخت (چارلز، ۱۹۸۱).

تاکنون هیچ مطالعه ای بطور مستقیم MBCT را برای ارزیابی تاثیر بر درمان افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به سردرد های میگرنی مورد بررسی قرار نداده است. براساس این بررسی کوتاه ، می‌توان نتیجه گرفت که به نظر می رسد درمانMBCT گزینه ای مناسب برای درمان افسردگی و اضطراب بیماران میگرن است و رابطه ای

مستقیم در کاهش تکرار و تداوم سردرد آنها و هم چنین کاهش شدت درد آنها خواهد داشت. به همین جهت و با توجه به اظهارات ذکر شده پژوهشگر درصدد است تا به بررسی تأثیر درمان شناخت درمانی مبتنی برذهن آگاهی بر افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به سردردهای میگرنی بپردازد . سؤال اصلی این پژوهش این است که آیا شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر روی افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به سردردهای میگرنی تاثیر دارد ؟

روش

روش پژوهش حاضر شبه تجربی و مداخله ای از نوع پیش آزمون – پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش عبارت است اززنان مراجعه کننده ای که به منظور مشاوره به خانه سلامت منطقه ۹ استان تهران مراجعه کرده اند.

در این پژوهش دو گروه وجود داشت. گروه آزمایش و گروه کنترل ، مداخله درمانی بر روی یک گروه از آزمودنی ها یعنی گروه آزمایش اجرا شد. طرح پژوهش در شکل زیر ارائه شده است .

T_1	X	T_2
T_1	-	T_2

در این طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل آزمودنی ها در مرحله اول بصورت هدفمند و در دسترس انتخاب شده اند. و جایگزینی آنها در گروهها نیز بصورت تصادفی ساده انجام شده و هر دو گروه در پیش آزمون و پس آزمون شرکت داشته اند. روش نمونه گیری ازبین زنان مراجعه کننده به خانه سلامت ۳۰نفر ازمبتلایان به سردردهای میگرنی بصورت دردسترس و هدفمند به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. افراد مبتلا به سردردهای میگرنی قبلا توسط نورولوژیست مورد معاینه وتشخیص نوع سردرد قرار گرفته بودند، که به عنوان گروه نمونه بصورت تصادفی ساده در دو گروه آزمایشی و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار داده شدند. حجم نمونه پژوهش حاضر به دلیل اینکه از نوع شبه آزمایشی می باشد، شامل۱۵ نفر گروه آزمایش و۱۵ نفر گروه کنترل است. با توجه به اهداف پژوهش که بررسی تاثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به میگرن بوده است، ملاک ورود به پژوهش شامل: دارا بودن حد نصاب نمره در افسردگی و یا اضطراب بوده است که از طریق پرسشنامه ارزیابی شده است و داشتن بیماری سردرد میگرنی که توسط پزشک مورد معاینه و تشخیص نوع سردرد قرار گرفته است. دامنه سنی گروه مبتلایان به سردردهای میگرنی بین ۲۰ تا ۵۰ سال بودند.

ابزار های پژوهش

پرسشنامه افسردگی بک[1] (BDI): این پرسشنامه برای سنجش شدت افسردگی در سال ۱۹۶۳ توسط بک تدوین شد و در سال ۱۹۹۴ مورد تجدید نظر قرار گرفت. این مقیاس شامل ۲۱ ماده خود ارزیابی می‌باشد که شدت علایم افسردگی را می سنجد و هر ماده(نشانه بیماری) بر اساس شدت آن به چهار درجه تقسیم شده و از صفر تا سه نمره می گیرد. نمره صفر نشان دهنده پایین ترین میزان و نمره سه نشان دهنده بالاترین میزان تجربه افسردگی است. در این آزمون جمع نمره ها می تواند بین۰ تا ۶۳ باشد، هر یک از مواد این پرسشنامه

[1] - Beck Depression Inventory

یکی از علائم افسردگی را می‌سنجد. پایایی بازآزمایی آن از ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ با میانگین ۰/۸۶ است(بک، استیر و بروآن، ۱۹۹۶). و به منظور تعیین روایی این پرسشنامه، همبستگی آن با پرسشنامه سلامت عمومی، ۰/۶۷ گزارش شده است(آلتو، الواینو، کیویماکی و همکاران، ۲۰۱۲). آلفای کرونباخ ۰/۸۷ و پایایی قابل قبول ۰/۷۸ را برای دانشجویان ایرانی قابل قبول می‌دانند(رحیمی، ۱۳۹۳).

پرسشنامه اضطراب بک[1](BAI): به طور اخص علائم شدت اضطراب بالینی رادرافراد می‌سنجد. این پرسشنامه یک مقیاس ۲۱ سوالی ۴ گزینه ای است که آزمودنی در هرسوال یکی از چهار گزینه را که نشان دهنده شدت اضطراب است انتخاب می‌کند و به گزینه ها به ترتیب اهمیت از صفر تا سه نمره داده می شود یعنی به هرگز یا اصلاً نمره صفر و به گزینه به شدت مرا آزار می دهد نمره سه داده می شود. درسال ۱۹۹۳ بک، پرسشنامه اضطراب بک را (BAI) همراه با پرسشنامه افسردگی بک (BDI) وSCL_90-R روی ۴۷۰ بیمار سرپایی با انواع اختلال های روانی اجرا کردند که نتایج بدست آمده همسانی درونی ازمون BAI به روش آلفای کرونباخ برابر۰/۹۲ بالا بود. همبستگی آن با مقیاس اضطراب SCL-90-R،۰/۸۱ و با خرده مقیاس افسردگی همان مقیاس SCL-90-R برابر ۰/۶۲ و همبستگی قابل توجهی بود. ضریب همبستگی بین افسردگی بک برابر۰/۶۱به دست آمد. این پرسشنامه درایران مورد بررسی وهنجاریابی قرار گرفته است. پایایی(همسانی درونی)پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ برابر۰/۹۲ بود که از پایایی بالایی برخوردار است. برای محاسبه ثبات زمانی به روش بازآزمون، پرسشنامه دوباره تکرار شد و ضریب پایایی بازآزمایی ۰/۸۳ به دست آمد (کاویانی، موسوی و محیط، ۱۳۸۰).

شیوه اجرا:

پژوهشگر درابتدای کار رضایت تمامی بیماران برای شرکت درپژوهش جلب نمود. پس از آنکه تمامی شرکت کنندگان درپژوهش، پرسشنامه اضطراب وافسردگی بک را تکمیل کردند نمرات آنها در دو مقیاس اضطراب و افسردگی بعنوان خط پایه محاسبه شد. گروه کنترل صرفاً تحت درمان دارویی وگروه مداخله ای علاوه بر درمان دارویی، توسط روانشناس بالینی، تحت درمان MBCT قرار گرفت. مدت زمان درمان ۸ جلسه و هر جلسه به مدت ۲ ساعت به صورت هفتگی بود. روز و زمان تشکیل جلسات با هماهنگی و موافقت اعضای گروه انجام شد که از ساعت ۱۰ تا ۱۲ هر سه شنبه در خانه سلامت برگزار می‌شد. پس از انجام مداخله مجدداً پرسشنامه اضطراب وافسردگی بک در مورد هر یک از دو گروه آزمایش و کنترل بعنوان پس آزمون اجرا شد ونمرات افراد در دو مقیاس اضطراب و افسردگی محاسبه گردید. سپس نتایج به دست امده با داده های اولیه مورد مقایسه قرار گرفت.

[1] - Beck Anxiety Inventory

جدول ۱. خلاصه جلسات طرح درمانی

موضوع جلسه اول	وقتی متوجه هدایت خودکار می شویم حضورذهن پیدا می کنیم.حضورذهن بهترین راه خروج ازهدایت خودکاراست که آگاهی ازهرلحظه را به ما می آموزد.معطوف کردن توجه به قسمت های مختلف بدن هم آسان و هم مشکل به نظر می رسد .
موضوع جلسه دوم	تمرکز بیشتر بر بدن ، نجواهای ذهنی را آشکارتر کرده و منجر به کنترل بیشترواکنش نسبت به وقایع روزانه می شود.
موضوع جلسه سوم	آگاهی بیشتراز این که ذهن چگونه می تواند اغلب مشغول و پراکنده باشد ، یادمی گیریم که با تمرکز عامدانه آگاهی برتنفس ، امکان متمرکز ویکپارچه بودن بیشتر را فراهم آورریم .
موضوع جلسه چهارم	اکثراً وقتی ذهن می خواهد روی موضوعی تمرکز کرده و از موضوعات دیگر اجتناب کند دچار حواسپرتی می شود . در رویکرد حضورذهن برای حضور همزمان در زمان حال ، فرد باید از زاویه دیگری به وقایع نگاه کند تا دید گسترده و متفاوتی نسبت به آنها داشته باشد .
موضوع جلسه پنجم	ارتباط متفاوت به معنی اجازه حضور به تجربه ، دقیقاً همان طوری که هست ، بدون اینکه درمورد آن قضاوت کنیم یا سعی داشته باشیم که تغییری درآن نسبت به آنچه هست ایجاد کنیم .
موضوع جلسه ششم	خلق و افکارمنفی ارتباط ما را با تجربه محدود می کند. درک این مطلب که افکار، فقط فکرهستند حتی برای کسی که این اعتقاد را ندارد ، معقولانه است .
موضوع جلسه هفتم	زمانی که احتمال عود افسردگی وجود دارد تمریناتی را می توان انجام داد. به عنوان اولین گام می توان ازتمرین زمان تنفس استفاده کرد و برای ادامه می توان تمرینات دیگر رابکاربرد.
موضوع جلسه هشتم	با تمرین منظم حضورذهن به حفظ تعادل درزندگی کمک می کند. نیات مثبت تقویت می شوند زیرا این تمرینات بادلایل مثبت مراقبت ازخود مرتبط است .

جهت تجزیه و تحلیل داده ها ابتدا شاخص های توصیفی(میانگین، واریانس، انحراف معیار) و در ادامه از آمار استنباطی، تحلیل کوواریانس استفاده شده است که با استفاده از SPSS ۲۱ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. رعایت یکسانی واریانس ها با استفاده از نرم افزار spss وهمگنی شیب های رگرسیون مورد بررسی قرار گرفته است. چون این مفروضه ها در این پژوهش رعایت شده، پس می توان از آزمون های آماری پارامتریک f استفاده کرد و به علت داشتن پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل از آزمون f تحلیل کوواریانس استفاده شده است. برای بررسی یکسانی واریانس ها از آزمون لوین استفاده شده و فرض صفر تأیید شده است. سطح معناداری بدست آمده بزرگتر از۰/۰۵ بوده است، یعنی دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری با هم ندارند و این پیش فرض رعایت شده است. آزمون f واریانس آزمایشی را با واریانس خطا یا درون گروهی مقایسه می کند.

یافته ها:

از کل ۳۰ نفر نمونه آماری ، ۱۵ نفر در گروه کنترل و ۱۵ نفر نیز در گروه آزمایش بودند که از این تعداد ۱۰ درصد در گروه سنی ۲۰ تا ۲۵ سال، ۲۰ درصد ۲۶ تا ۳۰ سال، ۱۶/۷ درصد ۳۱ تا ۳۵ سال، ۲۰ درصد ۳۶ تا ۴۰ سال، ۲۰ درصد ۴۱ تا ۴۵ سال و ۱۳/۳۰ درصد نیز ۴۶ سال به بالا بودند.

جدول ۲. شاخص های توصیفی متغیر های پژوهش در دو گروه کنترل و آزمایش

متغیر	گروه	تعداد	پیش آزمون		پس آزمون	
			میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
افسردگی	کنترل	۱۵	۲۵/۲۰	۸/۹۱	۲۷/۲۷	۹/۸۶
	آزمایش	۱۵	۲۴/۷۳	۸/۳۷	۱۸/۵۳	۱۰/۹۷
	مجموع	۳۰	۲۴/۹۷	۸/۵۰	۲۲/۹۰	۱۱/۱۷
اضطراب	کنترل	۱۵	۲۳/۲۰	۶/۵۵	۲۸/۹۳	۱۰/۳۰
	آزمایش	۱۵	۳۰/۰۷	۱۳/۰۱	۲۲/۴۷	۱۲/۰۳
	مجموع	۳۰	۲۶/۶۳	۱۰/۷۰	۲۵/۷۰	۱۱/۱۴۸

جدول ۲ نشان دهنده شاخص های توصیفی در متغیرهای پژوهش در دو موقعیت پیش آزمون و پس آزمون به تفکیک گروه می‌باشد. همان طور که نتایج نشان می‌دهد میانگین و انحراف استاندار متغیر افسردگی در پیش آزمون در دو گروه کنترل و آزمایش به ترتیب (۲۵/۲۰)، (۸/۹۱) و (۲۴/۷۳)، (۸/۳۷) می‌باشد. همچنین میانگین و انحراف استاندار متغیر اضطراب در پیش آزمون در دو گروه کنترل و آزمایش به ترتیب (۲۳/۲۰)، (۶/۵۵) و (۳۰/۰۷)، (۱۳/۰۱) می باشد. همچنین میانگین و انحراف استاندار متغیر افسردگی در پس آزمون در دو گروه کنترل و آزمایش به ترتیب (۲۷/۲۷)، (۹/۸۶) و (۱۸/۵۳)، (۱۰/۹۷) می‌باشد. همچنین میانگین و انحراف استاندار متغیر اضطراب در پس آزمون در دو گروه کنترل و آزمایش به ترتیب (۲۸/۹۳)، (۱۰/۳۰) و (۲۲/۴۷)، (۱۲/۰۳) می باشد.

همان طور که از یافته های جدول۳ استنباط می‌شود، از آنجا که سطح معنی داری به دست آمده در آزمون (K-S)، در متغیرها بیش از مقدار ملاک ۰/۰۵ می‌باشد در نتیجه می توان گفت که توزیع متغیر های مورد بررسی در نمونه آماری داری توزیع نرمال می باشند. بنابراین فرضیه های پژوهش را از طریق آزمون پارامتریک مورد آزمون قرار دادیم.

بررسی فرض نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش

جدول ۳. آزمون فرض نرمال بودن توزیع متغیرها

شاخص آماری / متغیر	Kolmogorov -Smirnov Z	سطح معنی داری sig
افسردگی	۱/۰۲	۰/۲۴
اضطراب	۱/۲۰	۰/۱۱

فرضیه ۱: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش علائم افسردگی در بیماران مبتلا به سردردهای میگرنی موثر است. برای آزمون فرضیه مورد نظر از آنجا که پیش آزمون و پس آزمون در دو گروه کنترل و آزمایش مورد بررسی قرار گرفته بود، بنابراین با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس نمرات متغیر افسردگی در دو گروه مورد مقایسه قرار می گیرد.

نتایج جدول ۴ نشان می دهد که چون سطح معناداری بدست آمده بزرگتر از (۰/۰۵) می باشد، بنابراین دو گروه آزمایش و کنترل از نظر واریانس تفاوت معنی داری ندارند، بنابراین این پیش فرض نیز جهت انجام آزمون کوواریانس رعایت شده است.

بر اساس داده های جدول ۵، به دلیل این که در واریانس بین گروهی سطح معناداری برابر (۰/۰۰۳) می‌باشد و این مقدار کوچکتر از سطح معناداری ملاک یعنی ۰/۰۱ است، و نیز از آنجا که مقدار F به دست آمده (۱۰/۳۴) بزرگتر از مقدار بحرانی با درجه آزادی (۲۷ ، ۱) می‌باشد، بنابراین فرضیه ۱ پژوهش مبتنی بر تاثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش علائم افسردگی در بیماران مبتلا به سردردهای میگرنی، تأیید می‌شود واین طور نتیجه گیری می‌گردد که بین میانگین نمرات افسردگی، در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری وجود دارد. همچنین مقایسه میانگین ها در نمرات پس آزمون متغیر افسردگی نشان می‌دهد که گروه آزمایش (۱۸.۵۳) نمرات پایین تری را در میزان افسردگی نسبت به گروه کنترل (۲۷.۲۶) کسب کرده است. توان آماری نیز دقت تحلیل را نشان می دهد. همچنین مقدار اندازه اثر نیز (۰/۲۷۷) نشان می‌دهد که میزان آن قابل قبول است. در مجموع می توان به نتیجه بدست آمده اعتماد کرد. بنابراین فرضیه پژوهشی با ۹۹٪ اطمینان تائید و فرض صفر رد می شود.

جدول ۴. نتایج آزمون لوین مبنی بر پیش فرض تساوی واریانس ها در آزمون تحلیل کوواریانس

شاخص متغیر وابسته	ضریب F	درجه آزادی۱	درجه آزادی۲	معناداری(p)
افسردگی	۰/۰۰۸	۱	۲۸	۰/۹۳

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس دو گروه آزمایش و کنترل پس از کنترل متغیرهای مداخله گر(پیش آزمون) در فرضیه ۱

شاخص آماری منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	Fضریب	سطح معناداری(p	اندازه اثر	توان آماری
پیش آزمون	۱۶۹۲/۴۲	۱	۱۶۹۲/۴۲	۳۳/۷۹۲	۰/۰۰۰۱	۰/۵۵۶	۱
واریانس بین گروهی	۵۱۷/۹۵۶	۱	۵۱۷/۹۵۶	۱۰/۳۴۲	۰/۰۰۳	۰/۲۷۷	۰/۸۷۳
واریانس درون گروهی	۱۳۵۲/۲۴۶	۲۷	۵۰/۰۸۳				
مجموع	۱۹۳۴۹	۳۰					

فرضیه ۲: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش علائم اضطراب در بیماران مبتلا به سردردهای میگرنی موثر است. برای آزمون فرضیه مورد نظر از آنجا که پیش آزمون و پس آزمون در دو گروه کنترل و آزمایش مورد بررسی قرار گرفته بود، بنابراین با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس نمرات متغیر اضطراب در دو گروه مورد مقایسه قرار می گیرد.

نتایج جدول ۶ نشان می دهد که چون سطح معناداری بدست آمده بزرگتر از (۰/۰۵) می باشد، بنابراین دو گروه آزمایش و کنترل از نظر واریانس تفاوت معنی داری ندارند، بنابراین این پیش فرض نیز جهت انجام آزمون کوواریانس رعایت شده است.

بر اساس داده های جدول ۷ ، به دلیل این که در واریانس بین گروهی سطح معناداری برابر (۰/۰۰۰۱) می‌باشد و این مقدار کوچکتر از سطح معناداری ملاک یعنی ۰/۰۱ است، و نیز از آنجا که مقدار F به دست آمده (۳۰/۶۵) بزرگتر از مقدار بحرانی با درجه آزادی (۲۷ ، ۱) می باشد، بنابراین فرضیه ۲ پژوهش مبتنی بر تاثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش علائم اضطراب در بیماران مبتلا به سردردهای میگرنی، تائید می شود واین طور نتیجه گیری می گردد که بین میانگین نمرات اضطراب، در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری وجود دارد. همچنین مقایسه میانگین ها در نمرات پس آزمون متغیر اضطراب نشان می دهد که گروه آزمایش (۲۲.۴۶) نمرات پایین تری را در میزان اضطراب نسبت به گروه کنترل (۲۷.۹۳) کسب کرده است. توان آماری نیز دقت تحلیل را نشان می دهد. همچنین مقدار اندازه اثر نیز (۰/۵۳۲) نشان می‌دهد که میزان آن مطلوب است. در مجموع می توان به نتیجه بدست آمده اعتماد کرد. بنابراین فرضیه پژوهشی با ۹۹٪ اطمینان تائید و فرض صفر رد می شود.

جدول ۶. نتایج آزمون لوین مبنی بر پیش فرض تساوی واریانس ها در آزمون تحلیل کوواریانس در فرضیه ۲

شاخص متغیر وابسته	ضریب F	درجه آزادی۱	درجه آزادی۲	معناداری(p)
اضطراب	۰/۰۵	۱	۲۸	۰/۱۶

جدول ۷. نتایج تحلیل کوواریانس دو گروه آزمایش و کنترل پس از کنترل متغیرهای مداخله گر(پیش آزمون)

شاخص آماری منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	سطح معناداری(p)	اندازه اثر	توان آماری
پیش آزمون	۲۵۴۰/۸۲۱	۱	۲۵۴۰/۸۲۱	۷۰/۷۳۵	۰/۰۰۰۱	۰/۷۲۴	۱
واریانس بین گروهی	۱۱۰۱/۲۱۷	۱	۱۱۰۱/۲۱۷	۳۰/۶۵۷	۰/۰۰۰۱	۰/۵۳۲	۱
واریانس درون گروهی	۹۶۹/۸۴۶	۲۷	۳۵/۹۲				
مجموع	۲۳۶۳۹	۳۰					

بحث و نتیجه گیری:

افکار خودآیند نقش مهمی در ایجاد، دوام و درمان افسردگی و اضطراب دارند، به طوری که در افسردگی افکار خودآیند، اغلب حول محور موضوع های ناامیدی، احساس ارزشمندی پایین و شکست می‌چرخند و افراد مبتلا به اختلال‌های اضطرابی به طور معمول افکار خودآیندی دارند که محتوای آنها را پیشبینی خطر، آسیب، کنترل پذیری یا ناتوانی در کنترل تهدیدها تشکیل می‌دهند. شناخت درمانی مبتنی برذهن آگاهی به افراد یاد می‌دهد تا این افکار خودآیند را شناسایی کنند و آنها را فقط به صورت یک فکر در نظر بگیرند ونه انعکاسی از واقعیت و در آن افکار غرق نشوند.

ذهن آگاهی تقریباً شامل آموزش های اساسی درباره افسردگی از جمله تمرین های مختلف شناخت درمانی که در آن ارتباط میان تفکر و احساس را نشان می‌دهد و اینکه وقتی افسردگی زندگی آنها را تهدید کرد چگونه آنها بتوانند از خودشان مراقبت کنند . شناخت درمانی بر اساس ذهن آگاهی به بیماران در جلسات گروه درمانی کمک می‌کند تا الگوهای ذهنی را بهتر ببینند و یادبگیرند که چگونه وقتی خلقشان پایین می‌آید آن را تشخیص دهند. بیماران در این جلسات یاد می‌گیرند تا ظرفیتشان را بالا ببرند و اجازه می‌دهند که خلق و تفکر منفی بیاید و برود بدون اینکه با آن مبارزه کنند .

یافته ها با نتایج پژوهش دمیجان و همکاران، (۲۰۱۵)؛ مانشی و همکاران (۲۰۱۳)، و خالقی پور و زرگار، (۱۳۹۳)؛ بیرامینی و همکاران، (۱۳۹۲)، همسو است. همچنین نتایج با پژوهش محسنی، (۱۳۸۸)، مطابقت دارد اینکه درمان شناختی ورفتاری مدیریت استرس یک شیوه روان درمانی درجهت بهبود مبتلایان به سردردهای میگرنی وتنشی و اختلالات خلقی این بیماران ازجمله (اضطراب وافسردگی)به کار برد.

درمان شناختی باعث کاهش نگرش ناکارآمد از طریق تفسیر در محتوای افکار افسرده می‌شود. ذهن آگاهی یک ارتباط متفاوت با افکار ارائه می‌دهد این روش تأکید نمی‌کند که رویدادهای موافق و مخالف با افکار را جمع آوری کنیم یا به آن پاسخ دهیم. درمقابل این روش تشویق می‌کند که با ذهنی متمایز و با توجه و تمرکز بیشتر در مقابل افکار مقاومت کنیم و آن ها را بعنوان بخشی از یک بسته در نظر بگیریم و باوجود اینکه نمی‌دانیم از کجا آمده اند نسبت به وجود آنها آگاه باشیم و آنها را بپذیریم(تیزل و همکاران، ۲۰۰۲). مهم ترین تغییرات شناختی که درپایان درمان افسردگی بدان دست می یابیم عبارتند از :

کاهش انتظارات منفی برای دست یابی به موفقیت .

کاهش افکار اتوماتیک

کاهش سوگیری در یادآوری اطلاعات مربوط به خود

مطابق پژوهش ها استرس و نشانه های افسردگی از متداولترین عوامل تسریع کننده و تشدید کننده میگرن هستند. در مقایسه با دیگر سردردها مبتلایان به میگرن نسبت به محرکهای هیجانی ، ادراکی و استرس فعالیت‌های روزانه حساس تر هستند(هانگ و همکاران ،۲۰۰۸). همچنین اضطراب و افسردگی می‌تواند باعث افزایش فراوانی میگرن گردد به طوری که تایتچن و همکاران (۲۰۰۷)، نشان دادند مبتلایان به میگرن با افسردگی همراه، در مقایسه با مبتلایان به میگرن

بدون افسردگی همراه ، فراوانی سردرد و ناتوانی مرتبط با سردرد بیشتری را تجربه می‌کنند. هم‌چنین مبتلایان به میگرن با اضطراب همراه ، فراوانی سردرد و ناتوانی مرتبط با سردرد بیشتری را تجربه می‌کند و مبتلایان به میگرن با وجود هردوی این متغیرها بیشترین فراوانی سردرد و ناتوانی مرتبط با سردرد را تجربه می کنند .

همان طور که شواهد نشان می دهد استرس و افسردگی می‌تواند باعث تشدید سردرد شود و از طرفی مبتلایان به میگرن هم احتمالاً مهارتهای مقابله ای ناسازگارانه تری را به کار می برند. همچنان که که هیز و همکاران (۲۰۰۶)، نشان دادند که مهارتهای مقابله قوی تری می تواند افسردگی و اضطراب را در مبتلایان به سردرد کاهش دهد. بنابراین درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بعنوان یک درمان مؤثر در کاهش افسردگی و اضطراب و آموزش به بیماران در مورد چگونگی حل استرس های روحی و افکار ناکارآمد می تواند به حذف اثرات منفی سردرد کمک کند که باعث می‌شود بیمار احساس کنترل بیشتری داشته باشد و شدت و تکرار سردردهای میگرن کاهش خواهد یافت و باعث بالارفتن کیفیت زندگی بیمار خواهد شد .

با توجه به نتایج پژوهش حاضر به طور کلی می توان گفت درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بعنوان یک شیوه روان درمانی ، در جهت بهبود مبتلایان به سردردهای میگرنی و اختلالات خلقی این بیماران از جمله (افسردگی و اضطراب) به کار برد . در واقع درمان مورد نظر در این پژوهش نیاز این بیماران به خدمات روان درمانی را تأیید می کند .

محدودیت ها

به دلیل وقت گیر بودن درمان ذهن آگاهی ، پژوهشگر قادر به استفاده از نمونه ای بزرگتر نشد .

عدم آشنایی زنان با شیوه درمان های مبتنی بر ذهن آگاهی ، چرا که برخی تکنیک ها ی آن معمولاً در زندگی روزمره ایرانی نامأنوس می باشند مانند : تمرین و بازنگری وارسی بدنی .

عدم اندازه گیری دوام درمان در فاصله های بیشتر شامل سه و شش ماه بعد از مداخله که بعلت محدودیت دسترسی به افراد در طرح پژوهش پیش بینی نشده بود.

این مداخله فقط بر روی زنان مبتلا به سردرد های میگرن در تهران انجام شد .

این مداخله قبل از شروع درمان و بعد از پایان درمان میزان درد بیماران را مورد ارزیابی قرار نداد.

پیشنهادات پژوهشی

بررسی های پیگیری به منظور اندازه گیری دوام اثرات درمان و ارزیابی درد بیماران بعد از مداخله درمانی به طرح پژوهشی اضافه شود.

پژوهش حاضر در مورد هردو جنس انجام شود و نتایج آنها با یکدیگر مقایسه شود .

با توجه به شیوع بالای اختلالات روانی در بین مبتلایان به سردرد و محاسن متعدد درمان های روان شناختی پیشنهاد می شود به منظور افزایش سلامت روانی این بیماران ، بیمارستان ها و درمانگاههای نورولوژی امکاناتی فراهم آورند که با اجرای درمان روانشناختی ازجمله درمان مورد نظر، بیماران مبتلا از خدمات وسیع روان درمانی و برنامه های ارتقای بهداشت روانی استفاده نمایند .

سپاسگزاری:

این پژوهش برگرفته از پایان نامه مقطع کارشناسی ارشد نویسنده اول مقاله می‌باشد و دارای کد پژوهشی ۶۲۸۲۰۷۰۱۹۲۱۰۲۳ از دانشگاه آزاد علوم و تحقیقات واحد قزوین می‌باشد. بدین‌وسیله از کلیه زنان شرکت کننده مبتلا به میگرن خانه سلامت تهران در این پژوهش تشکر و قدردانی می شود.

منابع:

بیرامی ، منصور؛ موحدی ، یزدان؛ محمدزادگان ، رضا؛ **موحدی، معصومه؛** وکیلی ، سجاد.(۱۳۹۲). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش اضطراب و افسردگی در دانش آموزان دبیرستانی. مجله دستاوردهای روانشناختی. دوره ۲۰، شماره ۲، ص ۱-۱۸.

تولایی، سید وحید؛ رضاپور، یاسر میرصالح؛ چوب فروش زاده، آزاده. (۱۳۹۶). تأثیر ذهن آگاهی به روش کتاب درمانی در زنان مبتلا به میگرن. مجله تحقیقات علوم رفتاری .دوره ۱۵ ، شماره۲. ص ۱۹۸- ۲۰۴.

حیدری ، حیدر. (۱۳۸۸) . اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در مقایسه با روشهای شناخت درمانی سنتی در کاهش افسردگی نوجوانان دختر . پایان نامه کارشناسی ارشد . دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی تهران .

خالقی پور ، شهناز؛ زرگر ، فاطمه. (۱۳۹۳). تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی و امید به زندگی در مادران کودکان دارای معلولیت ذهنی.مجله علمی پژوهشی رفتار. دوره ۱۲، شماره ۲، ص۴۴-۵۳.

رحیمی ، چنگیز. (۱۳۹۳). استفاده از پرسشنامه افسردگی بک برای دانشجویان ایرانی ، مجله بالینی ، و مجله شخصیت ، دوره ۲۱ ، شماره ۱۰ ،ص ۱۷۳-۱۸۸.

کاویانی، حسین.، موسوی، اشرف السادات.، و محیط، احمد. (۱۳۸۰). مصاحبه وآزمون روانی. تهران: پژوهشکده علوم شناختی.

محسنی ، وجیهه. (۱۳۸۸). بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری مدیریت استرس بر شدت و فراوانی سردرد و اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به سردردهای میگرنی و تنشی . پایان نامه کارشناسی ارشد . دانشگاه اصفهان .

Aalto, A. M., Elovainio, M., Kivimäki, M., Uutela, A., & Pirkola, S.(2012). The Beck Depression Inventory and General Health Questionnaire as measures of depression in the general population: A validation study using the Composite International Diagnostic Interview as the gold standard. In Psychiatry Research, 197 (1), 163-171.

Baldacci, F., Lucchesi, C., Cafalli, M., Poletti, M., Ulivi, M., Vedovello, M, et al.(2015). Migraine features in migraineurs with and without anxiety– depression symptoms: A hospital-based study. Clinical Neurology and Neurosurgery, 132(1): 74-78.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K.(1996). Manual for the Beck Depression Inventory. 2nd ed. San Antonio: TX: The Psychological Corporation.

Borkum, J. M.(2015). Migraine triggers and oxidative stress: A narrative review and synthesis. Headache, The Journal of Head and Face Pain,56(1): 12-35.

Charles,B.G.(1981). Acomparision of psychological treatment of migraine headache : relaxation, visualization and biofeedback. Unpublished ph.D.Dissertation, university of Arkan.sas.

Dimidjian, S., Goodman, S. H., Felder, J. N., Gallop, R., Brown, A. P., & Beck, A.(2015). An open trial of mindfulness-based cognitive therapy for the Prevention of perinatal depressive relapse/re currence. Arch Womens Ment Health, Department of Psychology and Neuroscience, University of Colorado Boulder,18 (1), 85-94.

Gauthier, J. G., Ivers, H., & Carrier, S.(1996). Nonpharmacological approaches in the management of recurrent headache disorders and their comparison and combination with pharmacotherapy. Clinical Psychology Review, 16(6), 543- 571.

Harnod, T. Wang, Y & Kao, CH.(2015). Higher risk of developing a subsequent migraine in adults with nonapnea sleep disorders: A nationwide population-based cohort study. European Journal of Internal Medicine, 26 (4): 232-236.

Hansen,J.S.Bendtsen,L.&Jensen,R.(2007). predictors of treatment outcome in headache patients with the millon clinical multiaxial Inventory III(MCMI-III),Headache pain ,8,28-34.

Hung,C.L.Lu,cy.&Wang,S.J.(2008). precipitating oraggravating factors for headache in patients with major depressive disorder,Journal of psychosomaticresearch , 64,231-23.

Hayes, S.C. Luoma, J.B. Bond, F.W. Masuda, A. & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. Behaviour research and therapy, 44(1), 1-25.

Laurell, K., Artto, V., Bendtsen, L., Hagen, K., Häggström, J., Linde, M. and Kallela, M. (2016). Premonitory symptoms in migraine: a cross-sectional study in 2714 persons. Cephalalgia, 36(10): 951-959.

Munshi, K., Eisendrath, S., & Delucchi, K.(2013). Preliminary long-term follow-up of Mindfulness-based cognitive therapy-induce remission of depression. Mindfulness (NY), 4 (4), 354-361.

Pompili,M.Cosimo,D.D.Innamorati,M.&Lester,D.(2009). psychiatric comorbidity in patients with chronic daily headache and migraine :aselective overview including personality traits and suicide risk, the Journal of headache and pain, 10,283-291.

pakalinis, A.Butz,C.Splaingard, D.Donna,K.&Fong,J.(2007). emotional problems and prevalence of medication overuse in pediatric chronic daily headache , Child Neurology, 22,1356-1359.

Ratcliffe,G.E.Enns,M.W.Jacobobi,F.Belik,S.L..&Sareen,J.(2009). the relationship between migraine and mental disorders in a population-based sample. General hospital psychiatry, 31,14-19.

Sirois, F. M. and Molnar, D. S. (Eds.). (2016). Perfectionism, health, and wellbeing. Cham: Springer International Publishing.

Segal,z.v.,Williams,M.G.,&Teasdale,J.D.(2002). mindfulness-based cognitive therapy for depression.newyork:Guilford press.

Siegel RD.(2009). The mindfulness solution: Everyday practices for everyday problems: Guilford Press.

Teasdel,J.D.Segal,Z.V.Williamsm.J.M.G.Ridgeway,V.A.Soulsby,J.Lau,M.A. (2002). pervention of relapse in major depression by mindfulness based cognitive therapy. Consulting and clinicalpsychology. 68:615-623.

Tietjen,G.E.Penterlin,B.L.Brandes,J.L.Hafeez,F.Hutchinson,S.Martin,V.t.Dafer, (2007). R.M.Auroara,S.K.Stein, M.R. Herial, N. A. Utley, C.White,L.Khuder,S.A. Depressionand anxiety relationship. Headache, 47,866-875.