Journal of Research in Psychological Health
October 2024, Volume 18, Issue 3

The comparison of the efficacy of cognitive-behavioral therapy and mindfulness-based cognitive- therapy in perfectionism of patients with migraine headache

Marziyeh Sargoli[1], Jafar Hassani[2], Mohammad Shakeri[3]

1. *Ph.D Student in Psychology, Islamic Azad University, Bojnourd Branch, Bojnourd, Iran.*
2. *Professor, Department of Clinical Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran.*
3. *Assistant Professor, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnourd, Iran.*

Citation: Sargoli, M., Hassani, J. & Shakeri, M. The comparison of the efficacy of cognitive-behavioral therapy and mindfulness-based cognitive- therapy in perfectionism of patients with migraine headache. **J**ournal of **R**esearch in **P**sychological **H**ealth. 2024; 18 (3):1-13 [Persian].

Article Info:

Received:
2023/07/31

Accepted:
2024/10/26

Key words
Migraine headache, Cognitive-behavioral therapy, Mindfulness-based cognitive therapy, Perfectionism

Abstract

The aim of this study was to assess the efficacy of cognitive-behavioral therapy and mindfulness-based cognitive therapy in perfectionism of patients with migraine headache. Using pretest-posttest based quasi-experimental design, with a three-group design. Using quasi-experimental design based on pre-test and post-test, three groups of patients with migraine headaches referring to Mashhad neurology clinic were selected based on the inclusion and exclusion criteria and were randomly divided into three groups (two experimental groups and one control group, each group 15). The perfectionism questionnaire (Hill et all, 2004) was used to collect information. Data were analyzed by multivariate analysis of covariance (MONCOVA) and Bonferroni post hoc test. Based on the results, both cognitive-behavioral therapy and mindfulness-based cognitive therapy significantly reduced perfectionism in patients with migraine headache. The results also showed that mindfulness based cognitive therapy has a greater effect on reducing perfectionism in patients with migraine headache. In general, interventions based on mindfulness and cognitive behavioral principles can play a fundamental role in ensuring the psychological health of patients with migraine headache.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1403.18.3.5.0]

مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کمال-گرایی بیماران مبتلا به سردرد میگرنی

مرضیه سرگلی [۱]، جعفر حسنی*[۲]، محمد شاکری [۳]

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد، بجنورد، ایران.
۲. استاد گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.
۳. استادیار روان‌شناسی، سلامت، گروه داخلی، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران.

تاریخ دریافت
۱۴۰۳/۰۵/۱۰

تاریخ پذیرش نهایی
۱۴۰۳/۰۸/۰۵

واژگان کلیدی
سردرد میگرنی، درمان شناختی-رفتاری، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، کمال‌گرایی

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی درکمال گرایی در بیماران مبتلا به سردرد میگرنی بود. در قالب یک طرح شبه آزمایشی مبتنی بر پیش آزمون و پس آزمون، سه گروه از بیماران مبتلا به سردرد میگرنی مراجعه کننده به کلینیک مغز و اعصاب مشهد بر اساس معیارهای ورود و خروج انتخاب شدند و به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری (دو گروه آزمایش و یک گروه گواه) قرار گرفتند. جهت گردآوری اطلاعات از پرسشنامه کمال گرایی (هیل و همکاران، ۲۰۰۴) استفاده شد. داده ها از طریق تحلیل کوواریانس چندمتغیری و آزمون تعقیبی بن فرونی مورد تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان داد که هر دو روش درمان شناختی-رفتاری و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی موجب کاهش معنادار کمال گرایی در بیماران مبتلا به سردرد میگرنی شد. نتایج همچنین نشان داد که درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی تاثیر بیشتری بر کاهش کمال گرایی بیماران مبتلا به سردرد میگرنی دارد. در مجموع، مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی و اصول شناختی رفتاری می تواند در تامین سلامت روان شناختی بیماران مبتلا به سردرد میگرنی نقش بنیادی ایفا کند.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1403.18.3.5.0]

مقدمه

درد[1] شایع‌ترین علت مراجعه بیماران به پزشک است. انجمن بین‌المللی مطالعات درد[2]، درد را یک احساس و تجربه هیجانی ناخوشایند در نظر گرفته است که با آسیب بافتی واقعی یا بالقوه در ارتباط است (اور و همکاران، ۲۰۲۰). یکی ازدردهایی که شیوع بالایی دارد و علت مراجعه بسیاری به کلنیک‌های مغز و اعصاب است، سردرد میگرنی[3] است. میگرن به عنوان یک بیماری روان‌تنی، از انواع شایع سردرد می‌باشد که به صورت سردردی عود کننده، ضربان‌دار و معمولاً یک طرفه در فواصل حملات بدون درد بروز نموده و به مدت ۴ تا ۷۲ ساعت طول می‌کشد (لیامپاس و همکاران، ۲۰۲۱). سردرد میگرنی غالباً همراه با بی‌اشتهایی، تهوع و در مواردی استفراغ و در تعدادی از بیماران همراه با اختلال‌های حسی، حرکتی یا خلقی و سایر نشانه‌های اختلال کارکرد عصبی می‌باشد. یافته‌های پژوهشی بیانگر این هستند که بیش از یک سوم افراد مبتلا به سردردهای میگرنی نشانه‌های پیش‌درآمدی (اورا) دیداری، حسی، زبانی یا حرکتی سردرد را نشان می‌دهند. این علایم دلالت براین دارند که سردرد به زودی شروع خواهد شد. هرچند مکانیسم دقیق میگرن ناشناخته است، لیکن این باور وجود دارد که دلایل بروز میگرن ترکیبی از عوامل محیطی و ژنتیکی است. حدود دو سوم افراد، سردردها را از خانواده به ارث می‌برند که نوسان سطح هورمون می‌تواند در این زمینه نقش داشته باشد و به ندرت به خاطر نقص تک ژن اتفاق می‌افتد (شفلر و همکاران، ۲۰۲۰). از منظر فیزیکی علت ایجاد میگرن، تحریک گیرنده‌های حساس به درد در اطراف سر و گردن و درون جمجمه است. همچنین این باور وجود دارد که میگرن به دلیل نوعی اختلال در رگ‌های خونی و عصبی باشد و نظریه اولیه مربوط به افزایش قابلیت تحرک قشر مخ و کنترل ناهنجار یاخته‌های عصبی درد در عصب سه قلوی ساقه مغز می‌باشد (روسو و همکاران، ۲۰۲۰). برآوردهای کلی نشان می‌دهد که بزرگسالان مبتلا به اختلال سردرد به ترتیب ۲۳ درصد میگرنی، ۴۲ درصد سردرد تنشی و ۳۵ درصد سردرد مزمن روزانه را تجربه می‌کنند (لیامپاس و همکاران، ۲۰۲۰). حملات دوره‌ای میگرن سبب اختلال عملکرد بیمار می‌شود و توانایی افراد در تمام جنبه‌های زندگی روزمره نظیر اشتغال، کارهای خانه و فعالیت‌های غیرجسمانی کاهش می‌یابد (دی‌توماسو و همکاران، ۲۰۱۴).

محققان اعلام کرده‌اند که بیماری میگرن در افراد استرس زیادی ایجاد می‌کند و همین امر بر روی ضربان قلب و فشارخون تأثیر مستقیم دارد (کائو و همکاران، ۲۰۱۹). همچنین مشکلات روان‌شناختی در بیماران مبتلا به سردردهای میگرن بسیار شایع است. درصد زیادی از بیماران مبتلا به سردرد میگرنی و سردرد تنشی، افسردگی و اختلال‌های اضطرابی دارند (ژانگ و همکاران، ۲۰۱۹). یکی از متغیرهای روان‌شناختی که با سردرد میگرنی ارتباط دارد، کمال‌گرایی[4] است (اسماعیلی و همکاران، ۲۰۲۱؛ پارک و همکاران، ۲۰۱۸). کمال‌گرایی مجموعه‌ای از معیارهای بسیار بالا برای عملکرد است که با خودارزیابی‌های منفی و سرزنش خود همراه است (هویت و همکاران، ۲۰۲۰). کمال‌گرایی معمولاً به عنوان یک ویژگی شخصیتی در نظر گرفته می‌شود که با تلاش برای بی‌عیب بودن و وضع استانداردهای بسیار بالا برای عملکرد مشخص می‌شود و با گرایش به ارزیابی منتقدانه رفتار خود و دیگران همراه است (استوبر و همکاران، ۲۰۲۰). جاه‌طلبی، نظم و دقت افراطی در فعالیت‌های روزمره و حساسیت افراطی به روند امور زندگی از خصوصیات روان‌شناختی افراد کمال‌گراست که این ویژگی در بیماران مبتلا به سردرد نیز دیده می‌شود (سوکمن، ۲۰۲۲).

با توجه به شیوع بالای میگرن بین افراد و مشکلات متعددی که در زمینه‌های مختلف به دنبال دارد، محققان زیادی به ریشه‌های روان‌شناختی میگرن اشاره کرده‌اند؛ بنابراین لزوم توجه به درمان میگرن و رفع آن‌ها ضرورتی مضاعف دارد

1. pain
2. International association for the study of pain (IASP)
3. migraine headache
4. perfectionism

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1403.18.3.5.0]

(لین و همکاران، ۲۰۱۹). یکی از درمان‌های مؤثر در کاهش و کنترل سردردهای میگرنی، درمان شناختی-رفتاری[1] می‌باشد (ناهمان-آوربوچ و همکاران، ۲۰۲۰؛ ون‌دست و پاورز، ۲۰۱۹). منطق کلی کاربرد شیوه‌های شناختی-رفتاری در درمان سردرد، از مشاهده شیوه مقابله افراد با استرس‌های زندگی روزمره که می‌تواند راه‌انداز، تشدید کننده یا تداوم بخش حملات سردرد باشد و بر ناتوانی و آشفتگی همراه با سردرد بیفزاید، سرچشمه می‌گیرد (ناهمان-آوربوچ و همکاران، ۲۰۲۰).

در این راستا، کلان و همکاران (۲۰۱۹) بر این باورند که درد یک پدیده پیچیده و ذهنی است که هر شخص به شیوه منحصر به فردی تجربه می‌کند و چگونه شناخت، باورهای فرد درباره درد، ارزیابی و شیوه‌های مقابله وی با آن، در چگونگی تجربه وی نقش دارد. در شیوه درمان شناختی-رفتاری، این باور وجود دارد که درمانگر با وجود اینکه نمی‌تواند شرایط زندگی بیمار را تغییر دهد، ولی شاید بتواند نگرش بیمار درباره رویدادهای زندگی و استرس‌های ناشی از آن را تغییر دهد. بنابراین به بیمار کمک می‌کند تا در معیارهای آرمان‌گرایانه و شیوه‌های مقابله خود با رویدادها بازنگری کند، کمتر از خود انتقاد کند و راه‌حل‌های تازه‌ای برای مشکلات خود بیابد (کراوفورد و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین در این درمان، باورها و چشم‌داشت‌های بیمار درباره امکان کنترل درد به بحث گذاشته می‌شود و با آموختن مهارت‌هایی در زمینه کنترل استرس، مقابله مؤثر با درد و راه‌های رویارویی مؤثرتر با موقعیت‌های مشکل‌آفرین، به تقویت حس خودکارآمدی بیمار می‌پردازد و از این راه می‌کوشد احساس ناتوانی آن‌ها را کاهش داده و به بهبود خلق منفی کمک نماید (لاو و همکاران، ۲۰۱۸). از ویژگی‌های شیوه درمان شناختی-رفتاری، در نظر داشتن عوامل هیجانی، شناختی و اجتماعی مؤثر بر سردرد و تأثیر آن در کاهش استرس و تلاش‌های ناموفق در کنترل سردرد، گزارش شده است (اینان و همکاران، ۲۰۲۰).

یکی دیگر از روش‌های درمانی که در سال‌های اخیر توجه درمانگران را به خود جلب کرده است، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی[2] می‌باشد (سنگ و همکاران، ۲۰۱۹؛ شعبانی و همکاران، ۲۰۱۹). مداخلات ذهن‌آگاهی به صورت مکرر در مراقبت‌های بهداشتی در کمک به بهبودی بیماران در مدیریت درد، استرس و کیفیت زندگی مورد استفاده قرار گرفته‌اند (ولز و همکاران، ۲۰۲۰). در واقع، ذهن‌آگاهی از جمله روش‌های درمانگری است که در آن بر آگاهی فکری تأکید می‌شود (بوتلر، ۲۰۲۱). نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که آموزش ذهن‌آگاهی باعث کاهش نشانه‌های اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر می‌شود (کولز و همکاران، ۲۰۱۹). همچنین نتایج تحقیقات نشان دهنده اثرات مثبت ذهن-آگاهی بر خودتنظیمی و بازیابی تعادل (هارلی، ۲۰۱۸)، بهزیستی هیجانی و اجتماعی (هنت و همکاران، ۲۰۱۸)، بهزیستی روان‌شناختی (فرد و همکاران، ۲۰۱۸) درد، توجه و مسائل خواب (پرینی و همکاران، ۲۰۲۱) می‌باشد. تمرین‌های ذهن‌آگاهی به برخی از روش‌ها که راه قدرتمندی جهت پایه‌گذاری دوباره و تقویت روابط ما با دیدگاه‌های درونی‌مان است توجه خاص و بدون قضاوت دارد (لی و چو، ۲۰۲۱)؛ بنابراین، یکی از ویژگی‌های این درمان تمرین‌های مفیدی است که به طور همزمان مهارت‌هایی در خصوص مدیریت ثمربخش بر آسیب‌پذیری عمومی افراد از طریق آثار تمرین‌های عملی ذهن‌آگاهی به شکل ساختاریافته در زندگی روزانه‌شان به آن‌ها بیاموزد (میرز و همکاران، ۲۰۲۰). در واقع، افزایش توجه و آگاهی نسبت به افکار و هیجان‌ها از جنبه‌های مثبت ذهن‌آگاهی است که با هماهنگی رفتارهای سازگارانه منجر به حالت‌های روان‌شناختی مثبت و موجب بهبود قابلیت‌های فردی در جهت فعالیت‌های انفرادی و اجتماعی می‌شود. از طرف دیگر، چون افزایش توجه و آگاهی نسبت به افکار، هیجان‌ها و تمایلات از وجوه مثبت ذهن‌آگاهی است، با پذیرا بودن تجربیات عاری از قضاوت، به پذیرش هیجان‌ها کمک می‌کند (نای و همکاران، ۲۰۲۰).

1. cognitive behavioral therapy

2. mindfulness-based cognitive-behavioral therapy

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1403.18.3.5.0]

افزون بر موارد فوق، در گستره فعلی درمان‌های حاکم بر سردردهای میگرنی، مبتنی بر مداخلات دارویی است که در خیلی از موارد کارآیی مطلوب در کنترل علایم این بیماران ندارند. از سوی دیگر برجسته شدن نقش سازه‌های روان-شناختی نظیر کمال‌گرایی در پدیدآیی و نگهداشت علایم این بیماران اهمیت مداخلاتی روان‌شناختی را برجسته می-سازد. بر همین اساس، با توجه به فراوانی بالای مبتلایان به سردرد (بارون و همکاران، ۲۰۱۸)، روان‌تنی بودن ماهیت سردردهای میگرنی، اهمیت سازه‌های روان‌شناختی در تداوم و شدت سردرد و چندفاکتوری بودن آن، و همچنین حجم اندک مطالعات انجام شده در این زمینه، پژوهش حاضر به مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کمال‌گرایی بیماران مبتلا به سردرد میگرنی می‌پردازد.

روش

پژوهش جاضر به لحاظ هدف کاربردی است و از منظر گردآوری داده‌ها به طرح‌های شبه‌آزمایشی نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل تعلق دارد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه افراد مبتلا به میگرن مراجعه کننده به کلینیک-های شهر مشهد می‌باشد که از بین آن‌ها تعداد ۴۵ نفر از طریق روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه (درمان شناختی-رفتاری، درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی و گروه کنترل) گمارده شدند. بر اساس اندازه اثر ۰/۲۵، آلفای ۰/۰۱، توان آماری ۰/۹۵، تعداد گروه‌ها (۳ گروه) و روش آماری مورد استفاده، حجم نمونه با استفاده از نرم‌افزار G*Power ۴۵ نفر برآورد شد (فاول و همکاران، ۲۰۰۹). ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: ۱) تشخیص قطعی میگرن بیش از ۶ ماه؛ ۲) سطح تحصیلات حداقل دیپلم؛ ۳) دامنه سنی ۲۰ تا ۴۵ سال و ۴) دید بینایی بهنجار یا اصلاح شده. معیارهای خروج نیز عبات بودند از: ۱) ابتلا به اختلال‌های روان-شناختی؛ ۲) مصرف داروهای روان‌گردان؛ ۳) ابتلا به فشار خون و ۴) ابتلا به اعتیاد.

ابزارهای پژوهش:

مقیاس کمال‌گرایی: در پژوهش حاضر جهت سنجش کمال‌گرایی از مقیاس کمال‌گرایی هیل و همکاران (۲۰۰۴) استفاده شد. این مقیاس ۵۹ ماده دارد و هشت مؤلفه تمرکز بر اشتباهات، معیارهای بالا برای دیگران، نیاز به تایید، نظم و سازماندهی، ادراک فشار از سوی والدین، هدفمندی، نشخوار فکر و تلاش برای عالی بودن را مورد سنجش قرار می‌دهد و پاسخ‌های آن بر اساس لیکرت پنج درجه‌ای از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شوند. هیل و همکاران (۲۰۰۴) روایی این مقیاس را از طریق روش روایی همگرا و روایی واگرا با استفاده از همبسته کردن نمرات با پرسشنامه کمال‌گرایی (هویت و همکاران، ۲۰۰۳)، مقیاس ترس از ارزیابی منفی (لری، ۱۹۸۳) و مقیاس وسواس فکری-عملی (گودمن و همکاران، ۱۹۸۹) بررسی نمودند. نتایج نشان داد که بین نمرات مقیاس با ابعاد پرسشنامه کمال‌گرایی هویت و همکاران (۲۰۰۳) همبستگی معنی‌داری وجود دارد. همچنین نتایج نشان داد که از بین ابعاد هشت گانه کمال‌گرایی، ابعاد نشخوار فکر، تمرکز بر اشتباهات و نیاز به تأیید به ترتیب بیشترین همبستگی را با مقیاس ترس از ارزیابی منفی داشتند. بعد نشخوار فکر بیشترین همبستگی را با مقیاس وسواس فکری-عملی داشت و پس از آن نیز به ترتیب ابعاد نیاز به تأیید، تمرکز بر اشتباهات و تلاش برای عالی بودن قرار داشتند. هیل و همکاران (۲۰۰۴) ضریب پایایی این مقیاس را از طریق بازآزمایی برای ابعاد مختلف بین ۰/۷۱ تا ۰/۹۱ و از طریق روش آلفای کرونباخ بین ۰/۸۳ تا ۰/۹۱ گزارش نموده‌اند. جمشیدی و همکاران (۱۳۸۸) روایی این مقیاس را از طریق همبسته کردن نمرات با مقیاس سلامت عمومی گلدبرگ و ویلیام (۱۹۹۹) مطلوب گزارش کردند. ضریب اعتبار مقیاس برای به ترتیب برای خرده‌مقیاس‌های تمرکز بر اشتباهات ۰/۸۸، معیارهای بالا برای دیگران ۰/۴۷، نیاز به تایید ۰/۹۱، نظم و سازماندهی ۰/۹۰، ادراک فشار از سوی والدین ۰/۷۷، هدفمندی ۰/۸۱، نشخوار فکر ۰/۸۷،

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1403.18.3.5.0]

تلاش برای عالی بودن ۰/۶۱ و برای کل پرسشنامه ۰/۹۰ گزارش شد (جمشیدی و همکاران، ۱۳۸۸).

درمان شناختی-رفتاری: در پژوهش حاضر درمان شناختی-رفتاری مشتمل بر ۸ جلسه درمانی (هر جلسه ۹۰ دقیقه) و بر مبنای طرح درمانی ویلدرموث[1] (۲۰۰۸) اجرا گردید. خلاصه جلسات درمان شناختی-رفتاری در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان شناختی-رفتاری

جلسه	محتوای جلسه
۱	دستور جلسه: ۱) برقراری رابطه درمانی و گرفتن شرح حال کامل، ۲) اقدام برای شناخت یکدیگر، ۳) شناسایی مشکل، ۴) توصیف مشکل، ۵) تعیین هدف‌ها، ۶) دریافت بازخورد با توضیحی در مورد سردردهای میگرنی، ۷) جهت دادن و آشنا کردن بیمار با درمان شناختی-رفتاری، ۸) تعیین برنامه و اهداف اولیه درمان، ۹) اجرای پیش‌آزمون.
۲	دستور جلسه: ۱) وارسی خلق، ۲) کمک به شرکت کنندگان برای شناخت مقاومت‌های احتمالی، ویژگی‌های افکار خود آیند و چگونگی شناسایی آن‌ها، ۳) معرفی فعال‌سازی رفتاری و اکتشاف فعالیت‌های بالقوه برای بهبود خلق.
۳	دستور جلسه: ۱) آموزش الگوی شناختی رفتاری به بیماران، ۲) آموزش خطاهای شناختی، ۳) آموزش چالش با افکار منفی و جایگزینی افکار کارآمد.
۴	دستور جلسه: ۱) ارائه برگه ثبت افکار ناکارآمد و فرم ثبت فعالیت‌های هفتگی و توضیح مختصری در این رابطه، ۲) شناسایی افکار برانگیزاننده علائم بیماری و احساسات ناخوشایند آن، ۳) آموزش نحوه ارزیابی افکار منفی (چالش کلامی و آزمایش رفتاری).
۵	دستور جلسه: ۱) استفاده از روش‌هایی مانند فلش رو به پایین، ۲) تحلیل مزایا و معایب و پرسشگری سقراطی در جهت تغییر و اصلاح افکار خود آیند، ۳) تهیه لیست فعالیت‌های لذت‌بخش، ۴) جدول برنامه‌ریزی فعالیت، ۵) بررسی اهداف کوتاه‌مدت و بلندمدت.
۶	دستور جلسه: ۱) آموزش تن آرامی و تنش‌زدایی پیش‌رونده عضلانی، ۲) آموزش توقف فکر، ۳) آموزش تشخیص خطاهای شناختی، ۴) تمرین مهارت‌های حل مسأله.
۷	دستور جلسه: ۱) جلب توجه بیماران به باورها و پیش‌فرض‌های زیربنایی، ۲) تقویت مهارت‌های اجتماعی و مهارت جرأت‌مندی، ۳) استفاده از تکنیک رویارویی تجسمی.
۸	دستور جلسه: ۱) وارسی خلق، ۲) مرور پیشرفت درمان تکمیل، ۳) پیشگیری از عود، ۴) معرفی و برنامه‌ریزی جلسات مدیریت خود، ۵) خلاصه و جمع‌بندی مطالب جلسات گذشته، ۶) معرفی کتاب، ۷) خاتمه جلسات و برگزاری پس‌آزمون.

درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی: در پژوهش حاضر درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی مشتمل بر ۸ جلسه درمانی (هر جلسه ۹۰ دقیقه) و بر مبنای طرح درمانی باون و همکاران (۲۰۱۴) اجرا گردید. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. خلاصه جلسات درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی

جلسه	محتوای جلسه
۱	دستور جلسه: ۱) برقراری ارتباط و آشنایی اولیه، ۲) مفهوم‌سازی، ۳) لزوم استفاده از آموزش ذهن‌آگاهی، ۴) آشنایی با نحوه تن آرامی، ۵) اجرای پیش‌آزمون.
۲	دستور جلسه: ۱) آموزش توجه و آگاهی بر شیء (تمرین خوردن کشکش)، ۲) آگاهی از افکار و احساسات، ۳) آموزش ارتباط افکار و احساسات و رفتار.
۳	دستور جلسه: ۱) معرفت خودکار، ۲) پی بردن به ذهن سرگردان، ۳) کنترل ذهن، ۴) ماندن در زمان حال، ۵) اسکن بدن.
۴	دستور جلسه: ۱) تمرکز بر تنفس ۲) مراقبه نشسته، ۳) ذهن‌آگاهی از تنفس و بدن، ۴) مراقبه ذهن‌آگاهی.
۵	دستور جلسه: ۱) تنفس سه دقیقه‌ای (آگاهی، یکپارچه‌سازی و گسترش دادن)، ۲) مراقبه شنیدن، ۳) ذهن‌آگاهی از فعالیت‌های روزمره، ۴) مراقبه خالی کردن ذهن از افکار.
۶	دستور جلسه: ۱) بنا نهادن رابطه‌ای متفاوت با تجربه، ۲) چگونگی ایجاد و گسترش پذیرش.

1. Wildermuth

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1403.18.3.5.0]

۷	دستور جلسه: ۱) مروری بر مراقبت از خود، ۲) انتخاب گزینه‌های مراقبت از خود، ۳) مروری بر ارتباط میان فعالیت و خلق، ۴) فعال‌سازی رفتاری، ۵) آموزش برنامه‌ریزی فعالیت‌ها.
۸	دستور جلسه: ۱) مروری بر جلسات گذشته و جمع‌بندی مباحث، ۲) شناسایی نشانه‌های برگشت و استفاده از آموخته‌ها، ۳) آموزش چگونگی ادغام آن‌ها در سبک زندگی، ۴) خاتمه دادن درمان، ۵) اجرای پس‌آزمون.

یافته‌ها

در این پژوهش، ابتدا شاخص‌های جمعیت شناختی و سپس شاخص‌های توصیفی متغیرها بررسی شد. آزمودنی‌های پژوهش حاضر را ۴۵ نفر از بیماران مبتلا به سردرد میگرنی تشکیل دادند. در گروه درمان شناختی-رفتاری، گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و گواه به ترتیب ۶۶/۷ درصد و ۵۳/۳ درصد آزمودنی‌ها، زن بودند. میانگین سن در آزمودنی‌های گروه درمان شناختی- رفتاری، گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و گروه گواه به ترتیب ۳۴/۲۰، ۳۰/۶۰ و ۳۲/۶۷ بود. شاخص‌های توصیفی کمال‌گرایی در مرحله پیش آزمون و پس آزمون به تفکیک گروه‌ها در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. یافته‌های توصیفی کمال‌گرایی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه‌های آزمایشی و گواه

متغیرها	آزمون	درمان رفتاری شناختی		شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی		گواه	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
نظم و سازماندهی	پیش آزمون	۱۷/۲۰	۴/۷۵	۱۸/۰۰	۴/۷۱	۱۸/۴۰	۳/۸۹
	پس آزمون	۱۷/۹۳	۶/۹۱	۲۱/۲۷	۴/۸۲	۱۷/۲۷	۴/۱۱
هدفمندی	پیش آزمون	۱۴/۸۷	۴/۱۷	۱۵/۴۰	۴/۵۸	۱۵/۰۷	۵/۰۲
	پس آزمون	۱۷/۵۳	۳/۲۵	۲۰/۸۰	۲/۸۶	۱۳/۰۰	۴/۱۷
تلاش برای عالی بودن	پیش آزمون	۱۰/۷۳	۴/۰۳	۱۱/۴۰	۲/۴۱	۱۲/۲۰	۳/۰۸
	پس آزمون	۱۳/۵۳	۳/۳۸	۱۷/۶۰	۳/۵۲	۱۱/۳۳	۴/۲۹
معیارهای بالا برای دیگران	پیش آزمون	۱۲/۸۷	۳/۶۲	۱۳/۷۳	۳/۳۱	۱۳/۲۷	۲/۵۲
	پس آزمون	۱۱/۲۷	۲/۵۲	۱۳/۸۰	۳/۴۱	۹/۰۷	۳/۵۶
نیاز به تأیید	پیش آزمون	۱۸/۷۳	۲/۶۰	۲۰/۲۰	۳/۳۰	۱۸/۵۳	۳/۲۰
	پس آزمون	۱۶/۱۳	۴/۰۵	۱۳/۸۰	۳/۸۶	۱۹/۸۷	۳/۰۴
تمرکز بر اشتباهات	پیش آزمون	۱۹/۰۰	۲/۲۴	۱۷/۳۳	۳/۷۹	۱۷/۶۷	۳/۷۲
	پس آزمون	۱۷/۲۰	۳/۵۳	۱۴/۰۰	۲/۵۴	۱۸/۴۰	۲/۶۱
ادراک فشار از سوی والدین	پیش آزمون	۲۰/۰۷	۴/۰۳	۱۹/۲۷	۳/۷۳	۱۶/۴۰	۲/۶۹
	پس آزمون	۱۷/۶۷	۳/۷۴	۱۳/۱۳	۳/۸۰	۱۸/۸۷	۴/۳۶
نشخوار فکر	پیش آزمون	۱۵/۴۷	۳/۲۳	۱۶/۳۳	۴/۰۳	۱۴/۸۷	۳/۱۶
	پس آزمون	۱۴/۴۷	۲/۹۷	۱۲/۸۷	۴/۰۹	۱۵/۹۳	۳/۹۷
نمره کل	پیش آزمون	۱۲۸/۹۳	۱۱/۰۲	۱۳۱/۶۷	۷/۳۱	۱۲۶/۴۰	۸/۶۳
	پس آزمون	۱۲۸/۷۳	۱۱/۸۲	۱۲۷/۲۷	۱۰/۷۴	۱۲۳/۷۳	۹/۶۷

در این پژوهش به منظور آزمون فرضیه‌ها از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شده است. استفاده از تحلیل کوواریانس، نیازمند رعایت چند مفروضه اصلی و مهم است. به همین منظور برای اطمینان از اینکه داده‌های این پژوهش مفروضه‌های اصلی تحلیل کوواریانس را برآورد می‌کنند، به بررسی آن‌ها پرداخته شده است. جهت بررسی بهنجار بودن توزیع جامعه به علت کم بودن حجم نمونه در هر گروه ($n<50$) از آزمون شاپیرو ویلک استفاده شد. دامنه آزمون شاپیرو ویلک در متغیرهای مختلف (۰/۲۷ تا ۰/۹۶) نشان داد که می‌دهد که توزیع تمامی متغیرها به تفکیک گروه‌ها بهنجار است. جهت بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون برابری خطای واریانس لوین استفاده شد. دامنه

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1403.18.3.5.0]

آزمون لوین (۰/۶۸ الی ۱/۰۸) نشان داد که فرض همگنی واریانس‌ها در ابعاد کمال‌گرایی تحقق یافته است. آزمون ام. باکس نشان داد که ماتریس‌های واریانس- کوواریانس متغیرهای پژوهش همگن است. نتایج آزمون‌های چندمتغیری در جدول ۴ درج شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری جهت بررسی تفاوت گروه‌ها در کمال گرایی

آزمون	ضریب	F	درجات آزادی مفروض	درجات آزادی خطا	سطح معناداری	مجذور اتا
اثرپیلایی	۰/۹۵	۳۱/۷۹	۸	۱۳	۰/۰۰۰۱	۰/۹۵
لامبدای ویلکز	۰/۰۵	۳۱/۷۹	۸	۱۳	۰/۰۰۰۱	۰/۹۵
اثر هاتلینگ	۱۹/۵۶	۳۱/۷۹	۸	۱۳	۰/۰۰۰۱	۰/۹۵
بزرگترین ریشه روی	۱۹/۵۶	۳۱/۷۹	۸	۱۳	۰/۰۰۰۱	۰/۹۵

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین‌های تعدیل شده گروه های آزمایشی در پس آزمون از نظر آماری معنادار است (P<۰/۰۱، F =۳۱/۷۹، Wilks` =۰/۰۵ Lambda). نتایج تحلیل کوواریانس جهت بررسی تفاوت‌ها در ابعاد کمال گرایی در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت کمال گرایی در گروه‌ها با حذف اثر پیش آزمون

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
نظم و سازماندهی	پیش آزمون	۷۲۵/۴۱	۱	۷۲۵/۴۱	۱۱۱/۷۵	۰/۰۰۰۱	۰/۸۵
	عضویت گروهی	۲۸/۸۸	۱	۲۸/۸۸	۴/۴۵	۰/۰۵	۰/۱۸
هدفمندی	پیش آزمون	۴۹/۱۸	۱	۴۹/۱۵	۵/۷۵	۰/۰۲	۰/۲۲
	عضویت گروهی	۶۷/۱۱	۱	۶۷/۱۱	۷/۸۵	۰/۰۱	۰/۲۸
تلاش برای عالی بودن	پیش آزمون	۱۱۰/۲۴	۱	۱۱۰/۲۴	۲۳/۰۸	۰/۰۰۰۱	۰/۵۴
	عضویت گروهی	۶۰/۵۸	۱	۶۰/۵۸	۱۲/۶۸	۰/۰۰۲	۰/۳۹
معیارهای بالا برای دیگران	پیش آزمون	۱۵۲/۲۳	۱	۱۵۲/۲۳	۱۵۵/۱۷	۰/۰۰۰۱	۰/۸۹
	عضویت گروهی	۲۲/۸۹	۱	۲۲/۸۹	۲۳/۳۳	۰/۰۰۰۱	۰/۵۴
نیاز به تأیید	پیش آزمون	۲۶۴/۰۸	۱	۲۶۴/۰۸	۵۰/۸۴	۰/۰۰۰۱	۰/۷۲
	عضویت گروهی	۹۱/۵۳	۱	۹۱/۵۳	۱۷/۶۲	۰/۰۰۰۱	۰/۴۷
تمرکز بر اشتباهات	پیش آزمون	۱۵۴/۴۱	۱	۵۴/۴۱	۴۷/۲۵	۰/۰۰۰۱	۰/۷۰
	عضویت گروهی	۲۱/۵۶	۱	۲۱/۵۶	۶/۶۰	۰/۰۲	۰/۲۵
ادراک فشار از سوی والدین	پیش آزمون	۲۱۱/۵۸	۱	۲۱۱/۵۸	۴۱/۱۵	۰/۰۰۰۱	۰/۶۷
	عضویت گروهی	۷۰/۰۳	۱	۷۰/۰۳	۱۳/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۴۱
نشخوار فکر	پیش آزمون	۲۹۱/۹۲	۱	۲۹۱/۹۲	۱۶۵/۵۷	۰/۰۰۰۱	۰/۸۹
	عضویت گروهی	۲۴/۱۴	۱	۲۴/۱۴	۱۳/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۴۱

نتایج درج شده در جدول ۵ نشان می‌دهد که در نمرات پس آزمون کمال گرایی با حذف اثر پیش آزمون تفاوت معناداری وجود دارد (P ≤۰/۰۵). بدین معنی که تفاوت ایجاد شده در نمرات کمال گرایی آزمودنی‌هایی که درمان رفتاری شناختی را دریافت کرده بودند، با تفاوت ایجاد شده در نمرات پیش آزمون و پس آزمون کمال گرایی آزمودنی هایی که درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را دریافت کرده بودند، معنادار است. میانگین‌های تعدیل شده کمال گرایی پس از حذف اثر پیش آزمون در جدول ۶ آورده شده است.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1403.18.3.5.0]

جدول ۶. میانگین‌های تعدیل شده کمال گرایی در گروه های آزمایشی

متغیرها	منبع تغییرات	میانگین	خطای استاندارد
نظم و سازماندهی	درمان رفتاری شناختی	۱۸/۴۵	۰/۷۲
	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	۲۰/۷۵	۰/۷۲
هدفمندی	درمان رفتاری شناختی	۱۷/۴۲	۰/۸۲
	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	۲۰/۹۱	۰/۸۲
تلاش برای عالی بودن	درمان رفتاری شناختی	۱۳/۹۱	۰/۶۱
	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	۱۷/۲۳	۰/۶۱
معیارهای بالا برای دیگران	درمان رفتاری شناختی	۱۱/۵۱	۰/۲۸
	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	۱۳/۵۵	۰/۲۸
نیاز به تأیید	درمان رفتاری شناختی	۱۷/۰۱	۰/۶۴
	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	۱۲/۹۳	۰/۶۴
تمرکز بر اشتباهات	درمان رفتاری شناختی	۱۶/۵۹	۰/۵۱
	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	۱۴/۶۱	۰/۵۱
ادراک فشار از سوی والدین	درمان رفتاری شناختی	۱۷/۱۹	۰/۶۴
	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	۱۳/۶۲	۰/۶۴
نشخوار فکر	درمان رفتاری شناختی	۱۴/۷۱	۰/۳۷
	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	۱۲/۶۲	۰/۳۷

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که در ابعاد نظم و سازماندهی ،هدفمندی، تلاش برای عالی بودن و معیارهای بالا برای دیگران گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بیشترین میانگین و گروه درمان رفتاری شناختی کمترین میانگین را داراست. در سایر ابعاد آزمودنی‌های گروه درمان رفتاری شناختی از میانگین بالاتری نسبت به آزمودنی‌های گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی برخوردار هستند. بر اساس آنچه ذکر شد فرضیه پژوهش حاضر تأیید می‌شود. بدین معنی که بین درمان رفتاری شناختی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در اثربخشی بر کمال-گرایی تفاوت آماری معناداری وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کمال-گرایی بیماران مبتلا به سردرد میگرنی بود. نتایج حاکی از اثربخشی هر دو مداخله در کاهش معنادار کمال‌گرایی در مبتلایان به سردرد میگرنی بود. همچنین نتایج نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به‌طور معناداری از درمان شناختی-رفتاری اثربخش‌تر بوده و به‌طور معناداری عملکرد موفق‌تری در کاهش کمال‌گرایی داشته است. در تبیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر کمال-گرایی بیماران می‌توان اظهار داشت که با توجه به اینکه بیماران مبتلا به میگرن باید سبک زندگی خود را در جهت بهبودی و کنترل بیماری تغییر دهند و در شیوه مقابله خود با رویدادها، بازنگری کنند؛ کمتر از خود انتقاد کنند و راه‌حل‌های تازه‌ای برای مشکلات خود بیابند؛ در طول درمان افراد یاد می‌گیرند الگوهای مخرب فکری یا پریشانی خود را که به رفتار و احساساتشان تأثیر منفی دارند، شناسایی کرده و تغییرشان دهند. درمان شناختی رفتاری با هدف قرار دادن این شناخت‌های منفی سعی در تغییر باورهای فرد و کاهش خطاهای شناختی که درنهایت می-تواند منجر به بهبودی در فرد شود، می‌کوشد. (بک، ۱۹۹۶؛ ویگریر، ۲۰۲۴). در تبیین اثربخشی رفتاردرمانی شناختی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کمال‌گرایی بیماران می‌توان گفت در این روش به شرکت کنندگان کمک می‌شود تا به‌جای ماندن در افکار منفی، علت یک مشکل یا پریشانی، روی راه‌های حل آن تمرکز کنند (جیمز و ریمس، ۲۰۱۸؛ هیلتون و همکاران، ۲۰۱۷). از آنجایی که تمرین‌های ذهن‌آگاهی موجب افزایش تحمل هیجان‌های

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1403.18.3.5.0]

منفی و احساس‌های بدنی ناراحت در این بیماران می‌شود، به آن‌ها کمک می‌کند تا از افکار خود آیند، عادت‌ها و الگوهای رفتاری ناسالم رها شوند، و می‌تواند نقش مهمی در کاهش کمال‌گرایی داشته باشد (کلوس و همکاران، ۲۰۲۳؛ راموس و همکاران، ۲۰۱۴). نتایج آزمون فرضیه پژوهش نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در مقایسه با درمان شناختی-رفتاری از تأثیر بیشتری بر کاهش کمال‌گرایی در بیماران مبتلا بر میگرن داشت. در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با افزایش آگاهی، شناخت و فراشناخت افراد سبب می‌شود تا آن‌ها توانایی بیشتری در کنترل، مدیریت و نظارت بر افکار، رفتار و هیجانات خود به دست آورده و انجام تمرینات ذهن‌آگاهی موجب آگاهی بیماران مبتلا به میگرن به پردازش‌های شناختی، هیجانی، عاطفی و روان‌شناختی می‌شود؛ بدین ترتیب بیماران مبتلا به سردرهای میگرنی می‌آموزند که هرلحظه با نگاهی نو، به خود و محیط، از طریق پاسخ‌های هیجانی سازگارانه به‌جای واکنش‌های سریع و نابهنجار به موقعیت‌ها داشته باشند. علاوه بر این، یکی از آموخته‌های اصلی درمان ذهن‌آگاهی ، کسب آگاهی نسبت به افکار، احساسات و حس‌های بدنی، بدون قضاوت و درهم تنیدگی با آن‌هاست. در حالی که درمان‌های موج اول و دوم به تغییر افکار و رفتار تأکید دارند، درمان‌های ذهن آگهی به پذیرش مواردی که قابل تغییر نیست، تأکید دارند، چنانچه بیمار بر عملکرد کامل و بی نقص تأکید داشته باشد و در اثر درد نتواند به استانداردهای مورد انتظـار خود دست یابد، احساس شکست و سرزنش خـود، زمینه را برای ایجاد هیجان های منفی آماده می‌کند. این امر با کاهش سطح تحمل فرد او را به درد حسـاس ترکرده، وضعیت را بدتر می‌کند. کاهش انتظارات فرد از خود و انطباق با واقعیت در کاهش کمال-گرایی و مقابله مؤثر با درد دارای اهمیت بسیار است (فلت و همکاران، ۲۰۲۱؛ کلوس و همکاران، ۲۰۲۳) .

از سوی دیگر، تأییدطلبی تلاش در راستای برآوردن انتظارهای دیگران همراه است با نادیده گرفتن نیازها و احساس‌های واقعی خود، احتمال تشدید درد را در اثر هیجان‌های منفی مانند خشم افزایش می‌دهد، درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی این رویکرد انعطاف‌پذیری فعالیت‌های شناختی را افزایش می‌دهد و نشخوار فکری، بیش تعمیمی در حافظه سرگذشتی و ارزیابی خود انتقادگرایانه را کاهش و فرایندهای شناختی مفید مانند مشاهده‌گری غیرقضاوتی محتوای ذهنی را افزایش می‌دهد. در این شیوه مراجعین ترغیب می‌شوند تا تجربه را بدون قضاوت به همان گونه‌ای که شکل گرفته پردازش کنند و رابطه‌شان را با افکار و احساسات چالش‌برانگیز تغییر داده و آن‌ها را بپذیرند. ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی، فرصتی فراهم می‌آورد تا افراد، بدون قضاوت، احساس‌های بدنی، شناخت، ادراک‌ها و هیجاناتشان را مشاهده کنند و آن‌ها را بپذیرند و دریابند که افکار لزوماً منطبق با واقعیت نیست (کلوس و همکاران، ۲۰۲۳؛ جیمز و ریمس، ۲۰۱۸؛ هیلتون و همکاران، ۲۰۱۷). آرچ و گراسک (۲۰۰۵) معتقدند که مکانیسم ذهن‌آگاهی ، با بهره‌گیری از تنفس متمرکز، بر تنظیم هیجان مؤثر است. همچنین در تبیین این یافته می‌توان گفت شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با آموزش پذیرش، زندگی در حال جریان و تمرکز بر حال، عدم ثبات وقایع نامطلوب و عدم قضاوت در رویدادهای زندگی احساس درماندگی هنگام مواجهه با رویدادها را کاهش و توانایی تنظیم هیجان‌ها و ایجاد پیامدهای مثبت را افزایش می‌دهد. کمال‌گرایی دارای دو بعد سازگارانه و ناسازگارانه می‌باشد. ذهن‌آگاهی از طریق تمرکززدایی بر کمال‌گرایی ناسازگارانه اثر می‌کند، چرا که ایده اصلی تمرکززدایی در این تکنیک تغییرات اساسی در دیدگاه‌ها، باورها و الگوهای شناختی ناآشکار شخص است که رابطه فرد با افکار و احساسات منفی را شکل می‌دهد. بیماران در این برنامه تمرکز زدایی از افکار و هیجانات یا هر چیز دیگری که ممکن است رخ دهد را در طول جلسات تمرین می‌کنند و بدین طریق پذیرش از هرچه است تسهیل می‌گردد و با زندگی روزمره‌شان ادغام می‌شود. آموزش ذهن‌آگاهی باعث ایجاد یک نگرش یا رابطه متفاوت با افکار،

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1403.18.3.5.0]

احساسات و عواطف می‌شود که شامل حفظ توجه کامل لحظه به لحظه واداشتن نگرش همراه با پذیرش و دور از قضاوت است. به واسطه تمرین‌ها و تکنیک‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی فرد نسبت به فعالیت‌های روزانه خود و از به کار بردن خودکار ذهن در دنیای گذشته و آینده آگاهی می‌یابد، از طریق آگاهی از افکار، احساسات و حالت‌های جسمانی بر آن‌ها کنترل پیدا می‌کند و از ذهن روزمره و خودکار متمرکز بر گذشته و آینده رها می‌شود (گالووی و همکاران، ۲۰۲۲؛ هندلی و همکاراتن، ۲۰۱۵). از طرف دیگر در تبیین این یافته می‌توان گفت افراد کمال‌گرا در موقعیت‌های زندگی معیارها و انتظارات سطح بالایی برای خود در نظر می‌گیرند، چنانچه این معیارها ناسازگارانه و به دور از واقعیت باشد دچار تنش و اضطراب می‌شوند، همچنین عملکردهای آتی آن‌ها نیز مختل می‌گردد. تمرینات ذهن‌آگاهی از طریق آگاهی از افکار و شفاف‌سازی واقعیت و تمرینات اثربخش دیگر باعث می‌شود تا آن‌ها به نحو اثربخش‌تری با واقعیت-های زندگی روبرو شوند و آن‌ها را بپذیرند و از آسیب‌های روانی وارده بکاهند.

References

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

Baron, E. P., Lucas, P., Eades, J., & Hogue, O. (2018). Patterns of medicinal cannabis use, strain analysis, and substitution effect among patients with migraine, headache, arthritis, and chronic pain in a medicinal cannabis cohort. *The Journal of Headache and Pain*, 19(1), 1-28.

Bowen, S., Chawla, N., & Witkiewitz, K. (2014). *Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors*. In Mindfulness-based treatment approaches (pp. 141-157). Academic Press.

Butler, N. (2021). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Self-Efficacy in People with Migraine*. Doctoral dissertation, Yeshiva University.

Cao, Z., Lin, C. T., Lai, K. L., Ko, L. W., King, J. T., Liao, K. K., & Wang, S. J. (2019). Extraction of SSVEPs-based inherent fuzzy entropy using a wearable headband EEG in migraine patients. *IEEE Transactions on Fuzzy Systems*, 28(1), 14-27.

Claus, N., Miegel, F., Jelinek, L., Landmann, S., Moritz, S., Külz, A. K., ... & Cludius, B. (2023). Perfectionism as possible predictor for treatment success in Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Metacognitive Training as third-wave treatments for obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Therapy and Research*, *47*(3), 439-453.

Crawford, M. R., Luik, A. I., Espie, C. A., Taylor, H. L., Burgess, H. J., Jones, A. L., & Ong, J. C. (2020). Digital cognitive behavioral therapy for insomnia in women with chronic migraines. *Headache: the Journal of Head and Face Pain*, 60(5), 902-915.

De Tommaso, M., Federici, A., Loiacono, A., Delussi, M., & Todarello, O. (2014). Personality profiles and coping styles in migraine patients with fibromyalgia comorbidity. *Comprehensive Psychiatry*, 55(1), 80-86.

Esmaeili, N., Asgari, P., Seraj Khorami, N., & Bakhtiarpour, S. (2021). Effectiveness of acceptance and commitment therapy on perfectionism and resilience in migraine patients. *International Archives of Health Sciences*, 8(3), 138-142.

Fard, T. R., Kalantarkousheh, M., & Faramarzi, M. (2018). Effect of mindfulness-based cognitive infertility stress therapy on psychological well-being of women with infertility. *Middle East Fertility Society Journal*, 23(4), 476-481.

Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G* power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, *41*(4), 1149–1160. https://doi.org/10.3758/BRM.41.4.1149

Flett, G. L., Nepon, T., Hewitt, P. L., & Rose, A. L. (2021). Why perfectionism is antithetical to mindfulness: A conceptual and empirical analysis and consideration of treatment implications. *International Journal of Mental Health and Addiction*, *19*, 1625-1645.

Galloway, R., Watson, H., Greene, D., Shafran, R., & Egan, S. J. (2022). The efficacy of randomised controlled trials of cognitive behaviour therapy for perfectionism: A systematic review and meta-

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1403.18.3.5.0]

scale of perfectionism. Journal of Behavioral Sciences, 3(1), 35-43.

Inan, L. E., Akturk, T., & Tanik, N. (2020). Cognitive Behavioral Therapy Approach in Cases with Migraine Disease. *Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research*, 9(1), 67-67.

Klan, T., Liesering-Latta, E., Gaul, C., Martin, P. R., & Witthöft, M. (2019). An integrative cognitive behavioral therapy program for adults with migraine: a feasibility study. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 59(5), 741-755.

Külz, A. K., Landmann, S., Cludius, B., Rose, N., Heidenreich, T., Jelinek, L., & Moritz, S. (2019). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in patients with obsessive–compulsive disorder (OCD) and residual symptoms after cognitive behavioral therapy (CBT): a randomized controlled trial. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 269(2), 223-233.

Law, E. F., Wan Tham, S., Aaron, R. V., Dudeney, J., & Palermo, T. M. (2018). Hybrid cognitive-behavioral therapy intervention for adolescents with co-occurring migraine and insomnia: A single-arm pilot trial. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 58(7), 1060-1073.

Leary, M. R. (1983). A brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 9(3), 371-375.

Lee, S. H., & Cho, S. J. (2021). *Cognitive behavioral therapy and Mindfulness-Based cognitive therapy for depressive disorders*. In Major Depressive Disorder (pp. 295-310). Springer, Singapore.

Liampas, I., Siokas, V., Brotis, A., & Dardiotis, E. (2020). Vitamin D serum levels in patients with migraine: A meta-analysis. *Revue Neurologique*, 176(7-8), 560-570.

Lin, Y. K., Liang, C. S., Lee, J. T., Lee, M. S., Chu, H. T., Tsai, C. L., & Yang, F. C. (2019). Association of suicide risk with headache frequency among migraine patients with and without aura. *Frontiers in Neurology*, 10, 228-242.

Meyers, M., Margraf, J., & Velten, J. (2020). Psychological treatment of low sexual desire in women: protocol for a randomized, waitlist-controlled trial of internet-based cognitive behavioral and mindfulness-based treatments. *JMIR Research Protocols*, 9(9), 203-226.

Nahman ,Averbuch, H., Schneider, V. J., Chamberlin, L. A., Kroon Van Diest, A. M., analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, *51*(2), 170-184.

Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., & Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown obsessive compulsive scale: I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46(11), 1006-1011.

Handley, A. K., Egan, S. J., Kane, R. T., & Rees, C. S. (2015). A randomised controlled trial of group cognitive behavioural therapy for perfectionism. *Behaviour Research and Therapy*, *68*, 37-47.

Harley, J. (2018). The role of attention in therapy for children and adolescents who stutter: Cognitive behavioral therapy and mindfulness-based interventions. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 27(3S), 1139-1151.

Hente, E., Sears, R., Cotton, S., Pallerla, H., Siracusa, C., Filigno, S. S., & Boat, T. (2020). A pilot study of mindfulness-based cognitive therapy to improve well-being for health professionals providing chronic disease care. *The Journal of Pediatrics*, 224, 87-93.

Hewitt, P. L., Flett, G. L., Besser, A., Sherry, S. B., & McGee, B. (2003). Perfectionism Is Multidimensional: a reply to. *Behaviour Research and Therapy*, 41(10), 1221-1236.

Hewitt, P. L., Smith, M. M., Deng, X., Chen, C., Ko, A., Flett, G. L., & Paterson, R. J. (2020). The perniciousness of perfectionism in group therapy for depression: A test of the perfectionism social disconnection model. *Psychotherapy*, 57(2), 206-219.

Hill, R. W., Huelsman, T. J., Furr, R. M., Kibler, J., Vicente, B. B., & Kennedy, C. (2004). A new measure of perfectionism: The Perfectionism Inventory. *Journal of Personality Assessment*, 82(1), 80-91.

Hilton, L., Hempel, S., Ewing, B. A., Apaydin, E., Xenakis, L., & Newberry, S. (2017). Mindfulness meditation for chronic pain: systematic review and meta-analysis. *Annals of Behavioral Medicine: a Publication of the Society of Behavioral Medicine*, 51(2):199–213**.**

James, K., & Rimes, K. A. (2018). Mindfulness-based cognitive therapy versus pure cognitive behavioural self-help for perfectionism: A pilot randomised study. *Mindfulness*, *9*, 801-814.

Jamshidi, B., Hossein Chari, M., Haqigat, Sh., & Razmi, M.R. (2009). Validation of the new

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1403.18.3.5.0]

(2019). Does mindfulness-based cognitive therapy for migraine reduce migraine-related disability in people with episodic and chronic migraine? A phase 2b pilot randomized clinical trial. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 59(9), 1448-1467.

Shabani, M., Najat, H., & Saffarian, M. R. (2019). Comparison of the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy and a quality of life-based therapy on rumination in patients with migraine. *International Journal of Basic Science in Medicine*, 4(2), 61-68.

Sökmen, D. (2022). *Migraine and Unconscious: Personal and Relational Experiences of Migraine Patients*. Master's thesis, Middle East Technical University.

Stoeber, J., Lalova, A. V., & Lumley, E. J. (2020). Perfectionism, (self-) compassion, and subjective well-being: A mediation model. *Personality and Individual Differences*, 154, 1097-1109.

Van Diest, K. A. M., & Powers, S. W. (2019). Cognitive behavioral therapy for pediatric headache and migraine: why to prescribe and what new research is critical for advancing integrated biobehavioral care. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 59(2), 289-297.

Wegerer, M. (2024). Cognitive-Behavioral Treatment of Perfectionism: An Overview of the State of Research and Practical Therapeutical Procedures. *Verhaltenstherapie*, *34*(1), 1-10.

Wells, R. E., Seng, E. K., Edwards, R. R., Victorson, D. E., Pierce, C. R., Rosenberg, L., & Schuman-Olivier, Z. (2020). Mindfulness in migraine: A narrative review. Expert review of neurotherapeutics, 20(3), 207-225.

Wildermuth, S. A. (2008). *Cognitive behavioral group therapy for adolescents with type I diabetes*. Regent University.

Zhang, Q., Shao, A., Jiang, Z., Tsai, H., & Liu, W. (2019). The exploration of mechanisms of comorbidity between migraine and depression. *Journal of Cellular and Molecular Medicine*, 23(7), 4505-4513.

Peugh, J. L., Lee, G. R., & Powers, S. W. (2020). Alterations in brain function after cognitive behavioral therapy for migraine in children and adolescents. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 60(6), 1165-1182.

Ni, Y., Ma, L., & Li, J. (2020). Effects of mindfulness-based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapy in people with diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Nursing Scholarship*, 52(4), 379-388.

Orr, P. M., Shank, B. C., & Black, A. C. (2017). The role of pain classification systems in pain management. *Critical Care Nursing Clinics*, 29(4), 407-418.

Park, A., Hsu, C., Randall, E., & Simons, L. (2018). Perfection, performance, and pain: Athletic identity and perfectionism as risk factors for pain-related distress in adolescents with chronic pain. *The Journal of Pain*, 19(3), 58-71.

Perini, F., Wong, K. F., Lin, J., Hassirim, Z., Ong, J. L., Lo, J., & Lim, J. (2021). Mindfulness-based therapy for insomnia for older adults with sleep difficulties: a randomized clinical trial. *Psychological Medicine*, 12(1), 1-11.

Ramos, N., Diaz, N. S., Jimenez, J. O., Lopes, P. N. (2014). The role of mindfulness in coping with recollections of acute stressors: a laboratory study. *Psicothema*, 26(4): 505-510**.**

Russo, A., Silvestro, M., Scotto di Clemente, F., Trojsi, F., Bisecco, A., Bonavita, S., & Tedeschi, G. (2020). Multidimensional assessment of the effects of erenumab in chronic migraine patients with previous unsuccessful preventive treatments: a comprehensive real-world experience. *The Journal of Headache and Pain*, 21(1), 1-14.

Scheffler, A., Messel, O., Wurthmann, S., Nsaka, M., Kleinschnitz, C., Glas, M., & Holle, D. (2020). Erenumab in highly therapy-refractory migraine patients: first German real-world evidence. *The Journal of Headache and Pain*, 21(1), 1-5.

Seng, E. K., Singer, A. B., Metts, C., Grinberg, A. S., Patel, Z. S., Marzouk, M., & Buse, D. C.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1403.18.3.5.0]