

Investigation of the educational effectiveness of cognitive-behavioral approach (CBT) coupled with relaxation on migraine pain

Kurdistan Mayhami¹, Omid Moradi², Mostafa Dadgar³, Emad El-din Ezatpour⁴

1- M.A in Clinical Psychology, Department of Psychology, Sanandaj Branch, Islamic Azad Univeristy, Sanandaj, Iran. ORCID: 0000-0001-5288-4213

2- Assistant Professor, Department of Psychology, Sanandaj Branch, Islamic Azad Univeristy, Sanandaj, Iran (Corresponding Author). ORCID: 0000-0003-0842-3887 E-mail: moradioma@gmail.com

3- Psychiatrist, Department of Psychology, Sanandaj Branch, Islamic Azad Univeristy, Sanandaj, Iran. ORCID: 0000-0002-7805-8793

4- M.A in Clinical Psychology, Department of Psychology, Sanandaj Branch, Islamic Azad Univeristy, Sanandaj, Iran. ORCID: 0000-0001-6440-028X

Received: 05/01/2019

Accepted: 10/04/2019

Abstract

Introduction: Migraine headache is one of the most common complaints in neurology clinics.

Aim: This study was conducted to investigate the Educational Effectiveness of Cognitive-Behavioral Approach (CBT) Coupled with Relaxation on Migraine Pain.

Method: The research method was based on semi-experimental, pretest-posttest in relation to the control group. The statistical population of this study included all female patients with migraine who referred to Sanandaj Psychiatric Clinics in 2015, 24 of patients (12 controls, 12 experimental) were selected among female patients with migraine problem based on available simple random sampling. The Najarian migraine headache symptom Questionnaire were used as pretest and post-test them. In the experimental group, cognitive-behavioral education along with relaxation was presented in 8 sessions, but no training was conducted in the control group. Covariance analysis was used to analyze the Data.

Results: The results showed that cognitive-behavioral therapy (CBT) training on migraine pain reduction has been effective in reducing migraine pain in female experimental group who referred to psychiatric clinics ($P < 0.05$).

Conclusion: According to the findings of this study, cognitive-behavioral training can be used to relieve migraine pain.

Keywords: Cognitive-behavioral approach, Relaxation, Migraine pain

How to cite this article : Mayhami K, Moradi O, Dadgar M, Ezatpour E E. Investigation of the educational effectiveness of cognitive-behavioral approach (CBT) coupled with relaxation on migraine pain. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2019; 6 (2): 27-37.
URL :<http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-470-fa.pdf>

اثربخشی آموزشی مفاهیم رویکرد شناختی- رفتاری توأم با تن آرامی بر کاهش درد میگرن

کردستان میهمی^۱، امید مرادی^۲، مصطفی دادگر^۳، عمادالدین عزت پور^۴

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران.

۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران (مؤلف مسئول). ایمیل: moradioma@gmail.com

۳. روانپزشک، گروه روانشناسی، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران.

۴. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران.

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۰۱/۲۱

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۱۰/۱۵

چکیده

مقدمه: سردرد میگرنی جزء شایع ترین شکایت هایی است که در کلینیک های نورولوژی مورد بررسی قرار می گیرد.

هدف: هدف این پژوهش اثربخشی آموزشی مفاهیم رویکرد شناختی- رفتاری توأم با تن آرامی بر کاهش درد میگرن بود.

روش: پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی زنان مبتلا به میگرن مراجعه کننده به کلینیک های روانپزشکی سنندج در سال ۱۳۹۴ بود که تعداد ۲۴ نفر (۱۲ نفر آزمایش، ۱۲ نفر کنترل) از زنان دارای مشکل میگرن به روش نمونه گیری تصادفی ساده در دسترس به عنوان نمونه این پژوهش انتخاب شدند. ابزارهای سنجش پرسشنامه سنجش علائم سردرد میگرن نجاریان به عنوان پیش آزمون و پس آزمون استفاده شد. در گروه آزمایش، آموزش رویکرد شناختی- رفتاری توأم با تن آرامی در ۸ جلسه ارائه شد، ولی هیچ آموزشی در گروه کنترل صورت نگرفت. برای تحلیل داده ها از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد.

یافته ها: نتایج نشان داد که آموزش رویکرد شناختی- رفتاری توأم با تن آرامی بر کاهش درد میگرن در زنان مراجعه کننده به کلینیک- های روانپزشکی مؤثر است که توانسته است به صورت معناداری درد میگرن زنان گروه آزمایش را کاهش دهد ($P < 0/05$).

نتیجه گیری: با توجه به یافته های این پژوهش، می توان از آموزش شناختی- رفتاری توأم با تن آرامی برای کاهش درد میگرن استفاده کرد.

کلید واژه ها: رویکرد شناختی- رفتاری، تن آرامی، درد میگرن

مقدمه

امروزه با توجه به تغییر روش زندگی شهرنشینی و عوارض ناشی از آن، به‌ویژه شرایط پراسترس زندگی شهری، زمینه برای بروز بیماریهای مختلف، از جمله سردرد فراهم شده است (فلاح‌زاده، حیدری و حسینی، ۱۳۸۹).

سردرد میگرنی^۱ از جمله شایع‌ترین علل مراجعه افراد به کلینیک‌های سرپایی بیماریهای مغز و اعصاب است. این اختلال که یک اختلال مغزی پیچیده و ناتوان‌کننده است. اغلب ممکن است تحت تأثیر شیوه زندگی و عوامل ژنتیکی و محیطی رخ دهد، اما آسیب‌شناسی این بیماری هنوز ناشناخته است (لودر^۲، ۲۰۰۲).

سردرد در اثر کشش، جابجا شدن، التهاب، اسپاسم عروق و یا اتساع ساختمانهای حساس به درد در سر یا گردن ایجاد می‌شود (الاسین، پیر، ولش و میچل^۳، ۲۰۰۰). بررسی‌ها نشان می‌دهد که حدود ۱۰ درصد از کل جمعیت جهان به سردرد میگرن مبتلا هستند (پرواز، پرواز و جهان‌بازنژاد، ۱۳۹۰).

این بیماری اغلب به صورت دوره‌ای ظاهر می‌شود و با حملاتی با شدت متوسط تا شدید و پایدار در یک طرف سر ضربان‌دار، همراه با تهوع یا ترس از نور که بین ۴ تا ۷۲ ساعت به طول می‌انجامد، همراه است (راکت^۴ و همکاران، ۲۰۱۲). مبتلایان به میگرن ممکن است دچار گرفتگی بینی، تاری دید، اسهال، دردهای چنگه‌ای شکمی^۵، احساس غیرطبیعی گرما یا سرما، اضطراب، افسردگی، تحریک‌پذیری^۶ و ناتوانی در

تمرکز شوند. حدود ۵۳ درصد از مبتلایان، گزارش می‌کنند که سردرد آنها باعث اختلال در فعالیتهایشان شده است. اغلب افراد مبتلا به میگرن نیز اظهار می‌دارند که کار و روابط خانوادگی آنها به خاطر حملات میگرن به‌طور منفی تحت تأثیر قرار گرفته است (آبل^۷، ۲۰۰۹). در این راستا بررسی‌های انجام شده افسردگی را شایع-

ترین اختلال روان‌شناختی در افراد مبتلا به سردرد دانسته‌اند (شفتل^۸ و آتلاس^۹، ۲۰۰۲). با وجود اینکه میگرن نوعی سردرد خوش‌خیم می‌باشد، اما این درد در برخی موارد ناتوان‌کننده بوده، سبب اختلال در عملکرد بیمار از جمله غیبت‌های طولانی از محل کار، تأثیر بر خلق و خوی فرد و اختلالات خواب می‌گردد و از این رو زیانهای روانی، اجتماعی و اقتصادی فراوانی در پی خواهد داشت. میگرن براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۴) با درد دو طرفه (فشار یا سفتی، درد کند، شبیه بانداژ یا کلاه)، درد خفیف یا متوسط که بتواند مانع فعالیتهای روزانه شود مشخص می‌شود و با افزایش دفعات و شدت سردرد تنشی تأثیر آن بر کارکرد روزمره به همان نسبت بیشتر می‌شود (فیومال^{۱۰} و اسچونن^{۱۱}، ۲۰۰۸).

پیشرفت‌های تئوریک و رشد فزاینده تحقیقات، مبانی لازم برای مفهوم سازی سردرد به عنوان یک اختلال روانی فیزیولوژیکی (اختلال جسمی که تحت تأثیر استرس‌های روانی اجتماعی و محیطی قرار دارد) فراهم آورده و سرانجام باعث به وجود آمدن و بکارگیری درمان‌های رفتاری معاصر برای سردرد شده است. چنین درمان‌هایی، واکنش‌های فیزیولوژیکی مرتبط با سردرد

^۷. Abel

^۸. Sheftell

^۹. Atlas

^{۱۰}. Fumal

^{۱۱}. Schoenen

^۱. Migraine Headache

^۲. Loder

^۳. Olesen, Peer, Welsh & Micheal

^۴. Rocket

^۵. Cramp Abdominal Pain

^۶. Excitability

در بیمار (برای مثال، آموزش آرمیدگی، بیوفیدبک) یا رفتارها، هیجان‌ها و شناخت‌ها (مانند درمان شناختی - رفتاری^۱ یا مدیریت استرس) را هدف قرار می‌دهند. در طی چند دهه گذشته، شواهد قابل ملاحظه‌ای در حمایت از این درمان‌های رفتاری سردرد ارایه شده است. بررسی‌های فراتحلیلی ادبیات پژوهش نشان داده‌اند که مداخله‌های رفتاری، ۳۵ تا ۵۵ درصد بهبود در میگرن و سردرد تنشی را به بار آورده و این نتایج به طور معنی-داری بهتر از شرایط کنترل است. قدرت این شواهد باعث شده است که بسیاری از تشکیلات تخصصی در این زمینه، استفاده از درمان‌های رفتاری سردرد را در کنار درمان‌های دارویی برای سردرد عمده توصیه نمایند (پنزی^۲ و همکاران، ۲۰۰۵).

برنامه‌های شناختی- رفتاری به آموزش بیمار، آموزش مهارت‌های خودتنظیمی مثل (آموزش آرمیدگی) و آموزش مهارت‌های مقابله با استرس و درد می‌پردازد این برنامه‌ها می‌تواند به درمان طبی متداول و استاندارد اضافه شود تا نیازهای روانشناختی- رفتاری و سبک زندگی مبتلایان به سردرد را برطرف نماید (هالروید^۳ و همکاران، ۲۰۱۰).

در درمان شناختی- رفتاری احساسات ناکارآمد و رفتارها، فرایندها و مضامین شناختی ناسازگارانه، از طریق شماری از روش‌های سیستماتیک، صریح و هدف‌مدار نشانه گرفته می‌شود (جان‌بزرگی و همکاران، ۱۳۹۲). منطق کلی کاربرد شیوه‌های شناختی- رفتاری عبارت است از مشاهده شیوه مقابله افراد با استرس‌های زندگی روزمره که می‌تواند راه انداز، تشدید کننده یا تداوم بخش حملات سردرد باشد، بر ناتوانی و آشفتگی همراه

با سردرد بیافزاید و نگرش و شناخت بیمار درباره رویدادهای زندگی و استرس‌های ناشی از آن را تغییر دهد. به بیان دیگر الگوی شناختی- رفتاری با تصحیح تفسیرهای نابجا، هدایت خودگوییهای منفی اصلاح الگوهای غیرمنطقی فکر و شناخت‌های ناکارآمد، با هدف راه‌اندازی پاسخهای مقابله‌ای کارآمد و سازگارانه و مهارگری هیجانهای منفی، در کنار درمانهای زیستی برای مدیریت درد پیشنهاد می‌شود (کلارک^۴ و بک^۵، ۲۰۱۰).

با توجه به مطالعات انجام شده هدف اصلی پژوهش حاضر پاسخ به این سؤال است که آیا آموزش برنامه شناختی - رفتاری توأم با تن آرامی بر کاهش درد میگرنی در زنان مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روانپزشکی شهر سنندج تأثیر دارد؟

روش

پژوهش حاضر از از نوع نیمه آزمایشی پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی زنان دارای میگرن شهرستان سنندج که در نیمسال دوم ۱۳۹۴ به مراکز روانپزشکی مراجعه کرده بودند را تشکیل داده است. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۲۴ نفر از زنان دارای میگرن انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۲ نفر) به صورت تصادفی جایگزین شدند. و از هر دو گروه پیش‌آزمون گرفته شد سپس گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای تحت آموزش مفاهیم شناختی- رفتاری توأم با تن آرامی قرار گرفتند. در این مدت هیچ مداخله بر روی گروه کنترل انجام نشد. بعد از

^۴. Clark

^۵. Beck

^۱. Cognitive - Behavioral Training

^۲. Penzien

^۳. Holroyd

حداقل برخورداری از تحصیلات دیپلم، دامنه سنی ۲۰-۴۵ سال و جنسیت مؤنث بشمار می‌رفت و مهم‌ترین ملاک‌های خروج آنان عدم حضور در تمام جلسات (تنها دو جلسه غیبت مجاز است) و نداشتن حداقل سواد دیپلم برای درک و انجام تکالیف خانگی بود.

اتمام جلسات آموزشی، پس آزمون بر روی هر دو گروه اجرا گردید. مهمترین ملاک‌های ورود در این پژوهش، داشتن میگردن با تشخیص روانپزشک و خود گزارش دهی، مدت ابتلا به سردرد حداقل ۳ سال، نداشتن اختلالات روانپزشکی (نوروتیک و سایکوتیک)، داوطلب شرکت-کننده در جلسات شناختی- رفتاری توأم با تن آرامی،

جدول ۱ محتوای جلسات آموزش مفاهیم شناختی-رفتاری توأم با تن آرای

جلسات	فعالتهای انجام یافته در جلسه
جلسه ۱	آشنایی اعضا با یکدیگر، مروری بر ساختار جلسات، قوانین و مقررات مربوطه و نحوه کار، آموزش تکنیک افزایش فعالیت، آشنایی با میگردن و اجرای پیش آزمون (سردرد)
جلسه ۲	آگاهی نسبت الگوی (ABC)، رویداد فعال ساز A، باورها و افکار B، هیجان ناشی از آن C و آموزش تکنیک تن آرامی
جلسه ۳	ارتباط بین افکار خودآیند و احساسات، طبقه بندی افکار خودآیند تحریف شده در طی جلسه به شناسایی و به چالش کشیده شدن افکار خودآیند و اجرای تکنیک تن آرامی
جلسه ۴	کاوش در افکار و احساسات آزاردهنده، شناسایی موقعیتهای تنش زا به مراجع و نحوه استفاده از ثبت روزانه افکار خودآیند ناکارآمد و اجرای تن آرامی
جلسه ۵	آشنایی بیمار با طرحواره های منفی، راه کارهای برای تغییر باورها و اجرای تن آرامی
جلسه ۶	آشنایی و آموزش بیمار با خطاهای منطقی شناختی در موقعیت و شناسایی و به چالش کشیدن فرض های اساسی غیر انطباقی و بنیادی و اجرای تن آرامی
جلسه ۷	آموزش و تمرین مهارتهای حل مسئله. تهیه لیست جدیدی از طرحواره ها و فرض های جدید و انطباقی و اجرای تن آرامی
جلسه ۸	آموزش تکنیک ارزش قایل شدن برای شادمانی، انجام پس آزمون و اجرای تن آرامی به همراه تصویرسازی مثبت و خوش آیند

ابزار

پرسشنامه سنجش علائم سردرد میگردن^۱ /هواز^۱ نمره ای که آزمودنی در پرسشنامه سنجش علائم سردرد میگردن که توسط نجاریان (۱۳۷۶) تهیه شده است. این مقیاس، متشکل از ۲۵ سؤال چهار گزینه ای است و برای نمره گذاری از روش لیکرت (هرگز با نمره ۰، بندرت با نمره ۱، گاهی اوقات با نمره ۲ و اغلب اوقات با نمره ۳)

استفاده می گردد. نجاریان و همکاران (۱۳۷۶)، ضریب پایایی این پرسشنامه را با روش بازآزمایی و همسانی درونی برای کل آزمونی ها ۸۰٪ برای آزمودنی های دختر ۴۷٪ و برای آزمودنی های پسر ۷۵٪ گزارش کردند. برای ارزیابی همسانی درونی پرسشنامه ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد که این مقدار برای کل آزمودنیها ۹۱٪ و برای آزمودنیای دختر ۸۱٪ و برای آزمودنیای پسر ۸۹٪ به دست آمد. همچنین برای بررسی اعتبار همگرا، این

^۱. AMQ

پرسشنامه به همراه پرسشنامه اضطراب- افسردگی بیمارستانی، پرسشنامه MMPI و پرسشنامه پرخاشگری اجرا شد که نتایج نشان دهنده معتبر بودن این پرسشنامه بود. در این مقیاس نمره بالا نشان دهنده سردردهای میگرنی بالا و نمره پایین سردردهای میگرنی پایین را می- رساند.

یافته ها

قبل از شروع آموزش رویکرد شناختی - رفتاری توأم با تن آرامی در هر دو گروه طی یک جلسه مورد ارزیابی با ابزار پژوهش آزمون سنجش علائم سردرد میگرن

قرار گرفتند (پیش- آزمون) و بعد از پایان آموزش نیز هر دو گروه (کنترل و آموزش) دوباره در یک جلسه جداگانه با ابزارهای پژوهش ارزیابی شدند (پس آزمون). زمان پاسخ دهی به پرسشنامه ها در بین افراد متغیر بود. تعدادی از آنها در مدت ۲۰ - ۳۰ دقیقه به پرسشنامه ها پاسخ دادند.

تجزیه و تحلیل داده های پژوهش از شاخص ها و روشهای آمار توصیفی شامل فراوانی، میانگین و انحراف معیار و آمار استنباطی شامل تحلیل کوواریانس با استفاده از SPSS بدست آمد.

جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد پیش آزمون و پس آزمون درد میگرن در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	تعداد	پیش آزمون میانگین / انحراف استاندارد	پس آزمون میانگین / انحراف استاندارد
درد میگرن	گروه آزمایش	۱۲	۳۷/۴۶	۶/۸۸
	گروه کنترل	۱۲	۳۸/۱۳	۶/۰۶
			۲۶/۲۰	۴/۵۸
			۳۱/۰۶	۶/۴۲

همانطور که نتایج جدول ۲ نشان می دهد هر گروه ۱۲ آزمودنی دارد و میانگین گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون درد میگرن به ترتیب ۳۷/۴۶ و ۳۸/۱۳ و انحراف معیار ۶/۸۸ و ۶/۰۶ بوده است. همچنین میانگین درد میگرن در دو گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون به ترتیب ۲۶/۲۰ و ۳۱/۰۶ و انحراف معیار ۴/۵۸ و ۶/۴۲ می باشد. به این ترتیب میانگین سردرد میگرن در پس- آزمون نسبت به پیش آزمون در گروه آزمایش کاهش یافته است.

تحلیل آماری داده های مربوط به این فرضیه از تحلیل کواریانس ANCOVA استفاده شد. در این تحلیل میانگین پس آزمون گروه آزمایش با میانگین گروه کنترل مقایسه شده و نمره های پیش آزمون به عنوان متغیر کمکی به کار گرفته شدند. قبل از اجرای آزمون لازم است پیش فرض های استفاده از این آزمون مورد بررسی قرار گیرد. یکی از مفروضه های تحلیل کوواریانس بررسی همگنی شیب رگرسیون است که نتایج شیب رگرسیون مربوط به متغیر سردرد میگرن در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳ نتایج تحلیل کوواریانس یک متغیری برای بررسی همگنی شیبهای رگرسیون در پس آزمون درد میگرن در دو گروه آزمایش و کنترل

منبع	مجموع	درجه	میانگین	فراوانی	معناداری
شاخص ها	مجذورات	آزادی	مجذورات		

گروه	۱۰/۲۰	۱	۱۰/۲۰	۰/۴۴	۰/۵۱
پیش آزمون درد میگرن	۲۷۰/۴۴	۱	۲۷۰/۴۴	۱۱/۷۶	۰/۰۰۲
گروه × پیش آزمون	۱/۴۲	۱	۱/۴۲	۰/۰۶	۰/۸۰۵
خطا	۵۹۶/۱۱	۲۲	۲۲/۹۲	-	-
کل	۲۵۶۵۱/۰	۲۴	-	-	-

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود تعامل بین گروه و پیش آزمون درد میگرن معنی دار نیست. به عبارت دیگر داده‌ها از فرضیه همگنی شیب‌های رگرسیون پشتیبانی می‌کند و این فرضیه تأیید می‌شود ($p = ۰/۸۰۵$) و $(F=۰/۰۶)$.

بررسی فرضیه نرمال بودن متغیر با استفاده از آزمون لون

یکی دیگر از مفروضه‌های تحلیل کوواریانس همگنی واریانس‌ها است. برای بررسی این مفروضه از آزمون لون استفاده شده است که نتایج در جدول ۴ آمده است. بر اساس آزمون لون اگر مقدار سطح معنی داری بزرگ‌تر از مقدار خطا باشد، فرضیه صفر تأیید می‌شود و در صورتی که مقدار سطح معنی داری کوچک‌تر از خطا باشد فرضیه تحقیق تأیید می‌شود.

جدول ۴ نتیجه آزمون نرمال بودن توزیع داده‌های متغیر بر اساس آزمون Levene

نمرات	آزمون لون	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معناداری
سردرد میگرن	۸/۱۲۲	۱	۱۱	۰/۱۵

با توجه به جدول ۴ سطح معنی داری نشان از پذیرش فرض صفر دارد. یعنی دلیلی برای رد این فرضیه که «نمونه مورد نظر از توزیع نرمال به دست آمده است»، وجود ندارد. توزیع این نمونه، نرمال می‌باشد. به عبارتی چنانچه سطح معناداری در آزمون لون بیشتر از ۰/۰۵ باشد، می‌توان گفت واریانس گروه‌ها از تجانس برخوردار است. فرض صفر در این آزمون این است که

واریانس دو گروه دارای تجانس است، با توجه به سطح معناداری جدول که از ۰/۰۵ بیشتر است، می‌توان گفت که توزیع این نمونه نرمال است و پیش فرض همگنی واریانس‌ها محقق شده است. آموزش مفاهیم رویکرد شناختی- رفتاری توأم با تن- آرامی بر کاهش درد میگرن زنان مراجعه کننده به کلینیک‌های روانپزشکی شهر سنجند تأثیر دارد.

جدول ۵ نتایج تحلیل کوواریانس یک متغیری برای بررسی تفاوت پس آزمون درد میگرن در دو گروه آزمایش و کنترل

منبع شاخص‌ها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	فراوانی	معناداری	اندازه اثر Eta
پیش آزمون درد میگرن	۲۷۹/۷۹۸	۱	۲۷۹/۷۹۸	۱۲/۶۴	۰/۰۰۱	۰/۵۸
گروه	۵۷۴/۲۷	۱	۵۷۴/۲۷	۶/۹۷	۰/۰۱۴	-
خطا	۵۹۷/۵۳	۲۲	۲۲/۱۳	-	-	-
کل	۲۵۶۵۱/۰۰	۲۴	-	-	-	-

همانطور که در جدول ۵ مشاهده می شود پس از تعدیل نمرات پیش آزمون درد میگرن بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. $P \leq 0/05$ و $F(1,27) = 6/97$ بنابراین فرض صفر مبنی بر عدم تفاوت بین دو گروه رد می شود. مجذور جزئی ایتا $0/58$ رابطه نیرومندی بین نمره های پیش از مداخله و پس از مداخله در آزمون

درد میگرن وجود داشت که با مقدار جزئی $0/58$ نشان داده شد. درحقیقت متغیر پیش آزمون $0/58$ درصد واریانس متغیر وابسته را تبیین کرده است. برای مقایسه و بررسی جهت تفاوت های معنی دار مذکور میانگین و انحراف معیار تعدیل شده درد میگرن گروه آزمایش و کنترل در جدول ۶ نشان داده شده است.

جدول ۶ میانگین و خطای معیار تعدیل شده درد میگرن در گروه های آزمایش و کنترل

متغیر	آزمایش		کنترل	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
درد میگرن	۲۶/۳۶	۱/۲۱	۳۰/۹۰	۱/۳۵

همانطور که در جدول ۶ مشاهده می شود میانگین نمرات پس آزمون درد میگرن به طور معنی داری در گروه آزمایش کمتر از گروه کنترل است.

بحث

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشانگر این بود که آموزش مفاهیم رویکرد شناختی- رفتاری توأم با تن- آرامی بر کاهش درد میگرن در زنان مراجعه کننده به کلینیک های روانپزشکی شهرسندج که تحت مداخله بودند، تأثیر مثبت داشته است. یافته ها نشان می دهد که عامل آموزش یا مداخله در این مطالعه، نمرات پس آزمون سردرد میگرن را به طور معناداری نسبت به نمرات پیش- آزمون کاهش داده است و این یافته ها نشانگر تأثیر بالای این عمل در کاهش سردرد میگرن آزمودنی ها می باشد. همین طور بین گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین آموزش مفاهیم رویکرد شناختی- رفتاری توأم با تن آرامی بر کاهش درد میگرن

زنان مراجعه کننده به کلینیک های روانپزشکی شهر سندج تأثیر دارد.

با توجه به پیشینه پژوهشی این تحقیق مقایسه هایی می توان انجام داد. نتایج این پژوهش با نتایج مشابه از پژوهش پال و همکاران (۲۰۱۵)، نیچلسون و همکاران (۲۰۱۱)، رودیتی و رابینسون (۲۰۱۱)، هالروید و همکاران (۲۰۱۰)، نیکلسون (۲۰۱۱)، بارون و همکاران (۲۰۱۰)، هالروید و پنزین (۱۹۹۰)، سیرپینا و همکاران (۲۰۰۷)، این یونگ و همکاران (۲۰۰۶)، ریچاردسون و مک گرات (۱۹۸۹)، ناش و همکاران (۲۰۰۴)، جیمز و همکاران (۱۹۹۳)، گود (۱۹۹۶)، سپهریان آذر و همکاران (۱۳۹۲)، دانای سیج و همکاران (۱۳۹۲)، رضایی و همکاران (۱۳۹۲)، صدوقی و عکاشه (۱۳۸۸)، سجادی نژاد و همکاران (۱۳۸۸)، کی- قبادی و اسدی نوقابی (۱۳۷۹)، جان بزرگی (۱۳۷۸) و رسولزاده طباطبایی (۱۳۷۷) همسو و همخوان است. پال و همکاران (۲۰۱۵) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که درپس آزمون سردرد، افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی شرکت کنندگان در گروه درمان به طور قابل-

مطالعه حاضر مستخرج از پایان نامه کارشناسی ارشد بالینی می‌باشد و بدین وسیله از همکاری گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی کردستان و هم چنین از پرسنل و عوامل اجرایی کلینیک‌های روانپزشکی در سطح شهر سنندج که با ما کمال همکاری را داشتند، تشکر می‌کنیم.

References

- Abel, H. (2009). Migraine headaches: diagnosis and management. *Optometry-Journal of the American Optometric Association*, 80(3), 138-148.
- Baron. P, Stewart, J. Tepper, MD. (2010). Biofeedback for Migraine and Tension-Type Headache. *Journal Watch Neurology* February, 23.
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2011). Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice. Guilford Press.
- Coppola, G., Pierelli, F., & Schoenen, J. (2009). Habituation and migraine. *Neurobiology of learning and memory*, 92(2), 249-259.
- Danaie Sij, Z., Dehghani Firoozabadi, M., & Sharifzadeh, GH. (2013). Effects of cognitive-behavioral stress management on depression, anxiety, and pain control in patients with migraine headaches. *The Journal of moderncare*, 10(3), 157-164.
- Eun-Young, B., & Change, I. (2006). The effect of visual feedback plus entail practice on three patients with breast cancer (woman). *Clinical Rehabilitation*, 20, 379-388.
- Fallahzade, H., Alihaydari, A., & Hoseini, H. (2010). Prevalence of migraine and tension headache in students of guidance schools in Yazd city, 2008. *Razi Journal of Medical Sciences*, 17(76), 52-61. [In Persian]
- Fumal, A., & Schoenen, J. (2008). Tension-type headache: current research and clinical management. *The Lancet Neurology*, 7(1), 70-83.

توجهی بیش از شرکت کنندگان در گروه شاهد بهبود یافته است. هریس و همکاران (۲۰۱۵) در تحقیقی دیگر به این نتیجه رسیدند که CBT می‌تواند علائم فیزیکی سردرد و میگرن را کاهش دهد. همچنین در تحقیق سپهریان‌آذر و همکاران (۱۳۹۲) داده‌ها کاهش نشانه‌های سردرد میگرن در گروه‌های آزمایش در مقایسه با گروه کنترل را نشان داد. نتایج حاکی از این بود که گشتالت درمانگری و درمان‌شناختی رفتاری مداخله‌ای مؤثر برای کاهش سردرد میگرن دانشجویان دختر می‌باشد. رضایی و همکاران (۱۳۹۲) در پژوهشی نشان دادند که بین دو گروه مورد و شاهد توأم در شاخص‌های دفعات و مدت سردرد تفاوت معنی‌داری وجود دارد. با آموزش رویکرد شناختی- رفتاری توأم با تن‌آرامی، افراد می‌توانند به نحوی هشیارانه یاد بگیرند که راحت‌تر، آرام‌تر و توانا‌تر برای مقابله با اضطراب و سردرد تنشی از آن آماده شوند. افکارخودآیند منفی را شناسایی و کنترل کنند. بدین وسیله به مقابله مؤثر با مشکل خود پردازند.

نتیجه‌گیری

در مجموع، این پژوهش یک برنامه گروه درمانگری مؤثر را برای سردرد، اختلالی که زمانی تصور می‌شد درمان آن تنها به شیوه‌های زیستی و از طریق دارو امکان‌پذیر بوده، آزمایش کرد. با این همه، می‌توان گفت که این برنامه درمانی به تغییر ادراک بیماران از منابع استرس، کمک کرده است. تغییری که در نهایت، به بهبودی و کاهش سردرد و افزایش کارکرد روانی، شغلی و افزایش کیفیت‌زندگی منتهی می‌شود. بنابراین دریک نتیجه‌گیری می‌توان گفت که این آموزشها بر کاهش سردرد میگرن مؤثر است.

سپاسگزاری

- Good, M. (1996). Effects of relaxation and music on postoperative pain: a review. *Journal of advanced nursing*, 24(5), 905-914.
- Holroyd, K. A., & Penzien, D. B. (1990). Pharmacological versus non-pharmacological prophylaxis of recurrent migraine headache: a meta-analytic review of clinical trials. *Pain*, 42(1), 1-13.
- Holroyd, K. A., Cottrell, C. K., O'Donnell, F. J., Cordingley, G. E., Drew, J. B., Carlson, B. W., & Himawan, L. (2010). Effect of preventive (β blocker) treatment, behavioural migraine management, or their combination on outcomes of optimised acute treatment in frequent migraine: randomised controlled trial. *Bmj*, 341, c4871.
- James, L. D., Thom, B. E., & Williams, D. A. (1993). Goal specification in cognitive-behavioral therapy for chronic headache pain. *Behavior Therapy*, 24(2), 305-320.
- Jonbozorgi, M., Golchin, N., Alipour, A., & Agah Heris, M. (2013). The Effectiveness of Group Cognitive-Behavior Therapy on Decreasing Severity of Pain and Psychological Distress among Women with Chronic Back Pain. *IJPCP*, 19(2):102-108.
- keyghobady, S., & Asady, A. A. (2000). Effect of relaxation on frequency and severity of migraine headache. *koomesh*, 2(1), 45-49.
- Labbe', E. E. (1995). Treatment of childhood migraine with autogenic training and skin temperature biofeedback: a component analysis. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 35(1), 10-13.
- Leahy, R. (2003). *Cognitive Therapy Techniques*. translation by Hasan Hamidpur and Zahra Endouz, Tehran: Arjmand.
- Loder, E. (2002). What is the evolutionary advantage of migraine?. *Cephalalgia*, 22(8), 624-632.
- Martin, P. R., Aiello, R., Gilson, K., Meadows, G., Milgrom, J., & Reece, J. (2015). Cognitive behavior therapy for comorbid migraine and/or tension-type headache and major depressive disorder: an exploratory randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy*, 73, 8-18.
- Mullally, W. J., Hall, K., & Goldstein, R. (2009). Efficacy of biofeedback in the treatment of migraine and tension type headaches. *Pain Physician*, 12(6), 1005-1011.
- Najjarian, B. (1997). Making and validating a questionnaire for measuring migraine headache symptoms in students. *Journal of Educational Sciences and Psychology*, 4(3&4), 248-231. [In Persian]
- Nash, J. M., Park, E. R., Walker, B. B., Gordon, N., & Nicholson, R. A. (2004). Cognitive-behavioral group treatment for disabling headache. *Pain Medicine*, 5(2), 178-186.
- Nicholson, R. A., Buse, D. C., Andrasik, F., & Lipton, R. B. (2011). Nonpharmacologic treatments for migraine and tension-type headache: how to choose and when to use. *Current treatment options in neurology*, 13(1), 28-40.
- Olesen J T, Peer H, Welsh K, Micheal A. (2000). *The Headache*. 2th ed. lipincotte williams & wilking philadelphia; pp:1024-1025.
- parvaz (M. A), Y., parvaz (M. A), S., jahanbaznejad (M. A), K. (2011). Comparative investigation of personality traits in migraine patients and sound people by personality MMPI questionnaire. *Clinical Psychology Studies*, 1(3), 60-80. [In Persian]
- Penzien, D. B., Andrasik, F., Freidenberg, B. M., Houle, T. T., Lake III, A. E., Lipchik, G. L., ... & Nicholson, R. A. (2005). Guidelines for trials of behavioral treatments for recurrent headache: American Headache Society Behavioral Clinical Trials Workgroup. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 45, S110-S132.
- Rasoulzadeh Tabatabai, K. (1998). The study of personality traits of migraine sufferers and the comparison of the effect of medication therapy with gradual stress relief training along with bioavailability. PhD thesis. Tarbiat Modares University. [In Persian]
- Rezaei, H. (2011). Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on decreasing depression of HIV-positive prisoners. M.A Thesis. Faculty of Social Sciences, Razi University of Kermanshah. [In Persian]

- Richardson, G. M., & McGrath, P. J. (1989). Cognitive behavioral therapy for migraine headaches: A minimal therapist contact approach versus a clinic based approach. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 29(6), 352-357.
- Rockett, F. C., De Oliveira, V. R., Castro, K., Chaves, M. L., Perla, A. D. S., & Perry, I. D. (2012). Dietary aspects of migraine trigger factors. *Nutrition reviews*, 70(6), 337-356.
- Roditi, D., & Robinson, M. E. (2011). The role of psychological interventions in the management of patients with chronic pain. *Psychology research and behavior management*, 4, 41.
- Sadoughi, M., & Akkashe, G. (2009). Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on reduction of chronic tension headache. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences*, 11(3), 85-92. [In Persian]
- Sajadi-Nejad, M., Mohammadi, N., & Ashjzadeh, N. (2009). Effect of cognitive-behavioral group therapy on perception of stressors in recurrent headache patients. *journal of shahrekord university of medical sciences*, 11(2), 8-15. [In Persian]
- Sepehrian Azar, F., Asadnia, S., Mosarrezaii Aghdam, A. (2013). Effectiveness of Gestalt Therapy and Cognitive-behavioral Therapy on the Improvement of Migraine Headache in Female Students. *Journal of Modern Psychological Researches*, 8(31), 35-52. [In Persian]
- Sheftell, F. D., & Atlas, S. J. (2002). Migraine and psychiatric comorbidity: from theory and hypotheses to clinical application. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 42(9), 934-944.