

تأثیر گروه‌درمانی شناختی- رفتاری بر افسردگی و احساس ناتوانی ناشی از سردرد در بیماران مبتلا به میگرن و سردرد تنشی

مرضیه سادات سجادی نژاد^۱، دکتر نورا... محمدی^۲، دکتر سید محمدرضا تقوی^۳، دکتر ناهید اشجع زاده^۴

Therapeutic Effects of Cognitive-Behavioral Group Therapy on Headache Disability and Depression in Patients with Migraine and Tension Headache

Marzyeh S. Sajadinejad^a, Nurallah Mohammadi^{*}, Seyed Mohammad Reza Taghavi^b, Nahid Ashgazadeh^c

Abstract

Objectives: The purpose of this research was to investigate the effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on undesirable impacts of recurrent headaches, such as headache disability and depression in the every day life of patients with headache. **Method:** 20 individuals were selected based on the diagnosis of a neurologist and International Headache Society's diagnostic criteria for migraine and tension headache, from among female students of Shiraz University. The subjects participated in 90-minute treatment sessions held once a week for 9 weeks. Headache Disability Inventory and Beck Depression Inventory were used in this study. Participants completed the questionnaires in pretest, mid-test, and post-test conditions. Data were analyzed using repeated measures analysis of variance. **Results:** Cognitive behavioral group therapy significantly decreased the disability and depression in patients with headache ($p < 0.001$). **Conclusions:** Cognitive-behavioral group therapy can be used for the treatment of the impacts of migraine and tension headaches such as depression and disability, either alone, or in combination with other treatment methods such as pharmacological treatment.

Key words: migraine; tension type headache; cognitive; group therapy; depression

[Received: 9 October 2006; Accepted: 18 December 2007]

چکیده

هدف: هدف این پژوهش بررسی اثربخشی شیوه درمان شناختی- رفتاری گروهی بر پیامدهای ناخواسته سردردهای عودکننده، از جمله ناتوانی ناشی از سردرد و افسردگی در زندگی روزمره بیماران مبتلا به سردرد بود. **روش:** از میان دانشجویان دختر دانشگاه شیراز، ۲۰ نفر بر پایه مصاحبه تشخیصی و تشخیص نورولوژیست، در چهارچوب ملاک‌های تشخیصی انجمن بین‌المللی سردرد برای میگرن یا سردرد تنشی، انتخاب شدند. آزمودنی‌ها به مدت نه هفته، هر هفته در یک جلسه درمان ۹۰ دقیقه‌ای شرکت کردند. در این پژوهش، از پرسش‌نامه سنجش ناتوانی ناشی از سردرد و پرسش‌نامه افسردگی بک بهره‌گرفته شد. آزمودنی‌ها در سه موقعیت پیش‌آزمون، میان‌آزمون و پس‌آزمون به پرسش‌نامه‌ها پاسخ دادند. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر بهره‌گرفته شد. **یافته‌ها:** شیوه درمان شناختی- رفتاری گروهی به‌طور معنی‌داری سبب کاهش ناتوانی ناشی از سردرد و افسردگی در بیماران مبتلا به سردرد گردید ($p < 0.001$). **نتیجه‌گیری:** شیوه درمان شناختی- رفتاری می‌تواند به‌عنوان شیوه‌ای مستقل یا در کنار سایر شیوه‌های درمانی مانند دارودرمانی در درمان متغیرهای جانبی سردردهای تنشی و میگرن مانند افسردگی و ناتوانی ناشی از سردرد به‌کار برده شود.

کلیدواژه: میگرن؛ سردرد تنشی؛ گروه‌درمانی؛ درمان شناختی- رفتاری؛ افسردگی

[دریافت مقاله: ۱۳۸۵/۷/۱۷؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۶/۹/۲۷]

^۱ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه شیراز؛ ^۲ دکتری روانشناسی، دانشیار بخش روانشناسی بالینی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شیراز. شیراز، تپه ارم، مجتمع دانشگاهی ارم، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، بخش روانشناسی بالینی. دورنگار: ۶۲۸۶۴۴۱-۰۷۱۱ (نویسنده مسئول) E-mail: nmohamadi@rose.shirazu.ac.ir

^۳ دکتری تخصصی روانشناسی بالینی، استاد دانشگاه شیراز؛ ^۴ نورولوژیست، استادیار بخش مغز و اعصاب دانشگاه علوم پزشکی شیراز.

* Corresponding author: PhD. in Psychology, Associate Prof. of Shiraz University, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Eram Complex, Shiraz, Iran, IR. Fax: +98711-6286441. E-mail: nmohamadi@rose.shirazu.ac.ir;
^a MS. in Clinical Psychology, Shiraz University; ^b PhD. in Clinical Psychology, Professor of Shiraz University; ^c Neurologist, Assistant Prof. of Department of Neurology, Shiraz University.

مقدمه

سردرد از جمله مشکلاتی است که افزون بر درد ناتوان‌کننده، اثرات نامطلوب آن بر همه ابعاد زندگی فرد از جمله کارکرد اجتماعی و زندگی خانوادگی تأثیر می‌گذارد (ادمیدز^۱، ۱۹۹۳، به‌نقل از سولومون^۲ و دالوف^۳، ۲۰۰۰). اسمیت^۴ (۱۹۹۶) نیز تأثیر می‌گرن بر سایر اعضای خانواده مانند روابط فرد با همسر، فرزندان و دیگر اعضای خانواده را نشان داده است. سردردهای تنشی نیز آسیب‌های کارکردی در زمینه‌های اجتماعی و شناختی فرد مبتلا ایجاد می‌کند (سولومون، اسکوییراندا^۵ و گراج^۶، ۱۹۹۴).

خودداری از فعالیت‌های شخصی یا انجام ناقص آنها بر زندگی عاطفی فرد تأثیر می‌گذارد. احساس بی‌کفایتی و ناکارآمدی در کنترل درد، به کاهش احساس خودکارآمدی و ایجاد خطاهای شناختی در فرد می‌انجامد. از سوی دیگر باورها و چشم‌داشت‌های نادرست درباره درد، زمینه ایجاد خلق منفی را در فرد فراهم می‌آورد و گاهی به خودپنداره کلی و عزت‌نفس وی نیز آسیب می‌رساند (گنچل^۷ و ترک^۸، ۱۳۸۱؛ دابسون^۹ و کریج^{۱۰}، ۱۹۹۶). در این راستا، بررسی‌های انجام‌شده (گنچل و بلانچارد^{۱۱}، ۱۹۹۷؛ شفتل^{۱۲} و آتلاس^{۱۳}، ۲۰۰۲) افسردگی را شایع‌ترین اختلال روانشناختی در افراد مبتلا به سردرد دانسته‌اند و از سوی دیگر، نشان داده‌اند که ۵۲٪ از بیماران روانپزشکی که به‌خاطر افسردگی درمان می‌شوند از سردرد رنج می‌برند.

شیوع افسردگی در انواع مختلف سردرد نیز بررسی شده است. برسلاو^{۱۴} و دیویس^{۱۵} (۱۹۹۲)، به‌نقل از لانس^{۱۶} و گودسبای^{۱۷}، ۲۰۰۰) در بررسی افراد مبتلا به میگرن، این افراد را ۱۴ بار بیشتر از افراد عادی در معرض ابتلا به افسردگی اساسی گزارش نمودند. لانس و کوران^{۱۸} (۱۹۶۴)، به‌نقل از سیلبراستاین^{۱۹}، لیتون^{۲۰} و گودسبای، ۱۹۹۸) یک‌سوم افراد مبتلا به سردرد تنشی را دارای نشانه‌های افسردگی گزارش نمودند.

به‌دلیل اثرات ناخواسته سردرد بر زندگی روانشناختی بیمار و نقش استرس در راه‌اندازی و تشدید سردردها (دیویس، هولم^{۲۱}، می‌ریز^{۲۲} و سودا^{۲۳}، ۱۹۹۸؛ اسپرینگر^{۲۴}، رانکه^{۲۵} و هونکوپ^{۲۶}، ۲۰۰۰)، از اواخر دهه ۱۹۷۰، درمان‌های روانشناختی در زمینه سردرد، مورد توجه قرار گرفته است (گاتی^{۲۷}، ایورس^{۲۸} و کریر^{۲۹}، ۱۹۹۶). منطق کلی کاربرد شیوه‌های شناختی- رفتاری در درمان سردرد، از مشاهده شیوه مقابله افراد با استرس‌های زندگی روزمره که می‌تواند راه‌انداز، تشدیدکننده یا تداوم‌بخش حملات سردرد باشد و

بر ناتوانی و آشفتگی همراه با سردرد بیفزاید، سرچشمه می‌گیرد. از سوی دیگر گنچل و ترک (۱۳۸۱) و دابسون و کریج (۱۹۹۶) بر این باورند که درد یک پدیده پیچیده و ذهنی است که هر شخص به‌شیوه منحصر به فردی تجربه می‌کند و چگونگی شناخت، باورهای فرد درباره درد، ارزیابی‌ها و شیوه‌های مقابله وی با آن، در چگونگی تجربه وی نقش دارد. یکی از سازه‌های شناختی بسیار مهم در این زمینه، باور بیمار به خودکارآمدی، یعنی توانایی خود در امکان کنترل سردرد است. بررسی‌های فرنچ^{۳۰} و همکاران (۲۰۰۰) نشان دادند که باور بیمار به توانایی خود در پیش‌گیری از سردرد یا کنترل آن، میزان ناتوانی ناشی از سردرد را پیش‌بینی می‌کند. تداوم احساس ناتوانی در برابر سردرد نیز می‌تواند زمینه احساس درماندگی در برابر سردرد و استقرار حالت‌های خلقی منفی و افسردگی را فراهم سازد.

در شیوه درمان شناختی- رفتاری، این باور وجود دارد که درمان‌گر با وجود این که 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.

هم‌چنین در این شیوه 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 (پنزین^{۳۱} و همکاران، ۲۰۰۵).

- | | |
|-----------------|---------------|
| 1- Edmeads | 2- Solomon |
| 3- Dahlof | 4- Smith |
| 5- Skobieranda | 6- Gragg |
| 7- Gatchel | 8- Turk |
| 9- Dobson | 10- Craig |
| 11- Blanchard | 12- Sheftell |
| 13- Atlas | 14- Berslau |
| 15- Davis | 16- Lance |
| 17- Goadsby | 18- Curran |
| 19- Silberstein | 20- Lipton |
| 21- Holm | 22- Myers |
| 23- Suada | 24- Spierings |
| 25- Ranke | 26- Honkoop |
| 27- Gauthier | 28- Ivers |
| 29- Carrier | 30- French |
| 31- Penzein | |

با این روش، ۲۸ نفر دانشجوی دختر با دامنه سنی ۲۵-۱۸ سال به عنوان شرکت کننده در پژوهش برگزیده شدند. میزان تحصیلات ۱۲ نفر از آزمودنی‌ها کارشناسی و هشت نفر کارشناسی ارشد بود. تشخیص عنوان شده برای ۱۰ نفر میگرن و ۱۰ نفر سردرد تنشی بود. این افراد بر پایه ملاک‌های تشخیصی انجمن بین‌المللی سردرد^{۱۱} (IHS) (۱۹۸۸) دارای معیارهای تشخیصی ابتلا به میگرن یا سردرد تنشی بودند. با توجه به این که هشت نفر از آزمودنی‌ها، تا پایان درمان در جلسات حضور نیافتند، کل حجم نمونه به ۲۰ نفر کاهش یافت که تا پایان دوره درمان حضور داشتند. به نظر می‌رسد که شناخت ناکافی و بی‌اعتمادی نسبت به فرآیند گروهی سبب گردید که هشت نفر در جلسه‌های اول تا چهارم، درمان گروهی را قطع کنند.

فرم سابقه سردرد^{۱۲}: این فرم یک مصاحبه نیمه‌ساختاریافته است که مشکل را در ۱۷ بخش به شکل تحلیل رفتاری ارزیابی می‌کند (بلانچارد و آندراسیک، ۱۹۸۵). رویدادهای پیش از سردرد، دوره‌های کاهش یا افزایش سردرد و رخداد‌های همراه با آن، توصیف پدیدار شناسانه مشکل، پیامدهای سردرد، سود ثانوی احتمالی یا تقویت‌های احتمالی، سردرد نزدیکان، یک شرح حال روانی کوتاه و سلامت بدنی شخص به‌طور خلاصه در این فرم می‌آید. بلانچارد و آندراسیک (۱۹۸۵) میزان توافق تشخیصی بین تشخیص به کمک این فرم و تشخیص نورولوژیست را ۸۶/۴٪ گزارش کرده و یادآور شده‌اند که این میزان بر پایه ضریب کاپا معنی‌دار است ($k=0.799, p<0.001$). لطفعلی‌زاده (۱۳۷۰) نیز در پژوهشی روایی ملاکی و پایایی بین ارزیابان این فرم را رضایت‌بخش گزارش کرده است.

پوشش نامه ناتوانی ناشی از سردرد^{۱۳}: در این پرسش‌نامه، ناتوانی نشانگر احساس محدودیت برای انجام فعالیتی است که فرد در حالت عادی توانایی انجام آن را ندارد. این ابزار مقوله‌هایی مانند اثرات عاطفی، کارکردی و اجتماعی - موقعیتی را پوشش می‌دهد که همگی ناشی از تحمل یک دوره سردرد هستند. این مقیاس تأثیرات ناتوان‌کننده سردرد را

بنابراین، از ویژگی‌های شیوه درمان شناختی- رفتاری، در نظر داشتن عوامل عاطفی، روانی، شناختی و اجتماعی مؤثر بر سردرد و تأثیر آن در کاهش افسردگی و عواطف منفی ناشی از تلاش‌های ناموفق در کنترل سردرد، مانند احساسات ناکامی، درماندگی و نبودن کنترل گزارش شده است (هالروید^۱ و آندراسیک^۲، ۱۹۸۲؛ بلانچارد و آندراسیک، ۱۹۸۵).

هالروید و پنزین (۱۹۹۴) نیز هدف مداخله‌های شناختی- رفتاری را (۱) شناسایی موقعیت‌های استرس‌زایی که سردرد را ایجاد یا تشدید می‌کند و به کارگیری راهبردهای مؤثرتر برای مقابله با این استرس‌ها، (۲) رویارویی مؤثر با درد و آشفتگی‌های همراه با حملات سردرد و (۳) کاهش پیامدهای روانشناختی منفی سردرد، مانند افسردگی و ناتوانی دانسته است.

بررسی‌های چندی (بلانچارد، ۱۹۹۲؛ ریچاردسون^۳ و مک‌گراث^۴، ۱۹۹۴؛ هالروید، اودنل^۵، استنسلند^۶ و لپچیک^۷، ۲۰۰۱) نیز به اثربخشی این شیوه‌ها در درمان سردرد اشاره کرده‌اند. افزون بر این، در سال‌های اخیر برای کاهش هزینه‌های اقتصادی و صرفه‌جویی در زمان و هزینه، فرم‌های ویژه‌ای از درمان مانند درمان با تماس کم درمان‌گر و درمان‌های گروهی رواج یافته که اثربخشی آنها نیز تأیید شده است (هالروید و آندراسیک، ۱۹۷۸؛ توین^۸، هالروید، بیکر^۹، رینولدز^{۱۰} و هولم، ۱۹۸۸).

با توجه به هدف‌های درمانی یادشده، این پژوهش در پی بررسی اثربخشی شیوه درمان شناختی- رفتاری بر ناتوانی حاصل از سردرد و افسردگی در بیماران مبتلا به سردردهای عودکننده بود.

روش

برای انتخاب نمونه، نخست با بهره‌گیری از روش‌های سخنرانی و نصب پوستر در دانشکده‌ها و خوابگاه‌های دانشجویی دانشگاه شیراز، از دانشجویان دختری که مشکل سردرد داشتند، خواسته شد که به بخش روانشناسی بالینی مراجعه کنند. سپس بر پایه فرم سابقه سردرد و مصاحبه تشخیصی، افراد مبتلا به میگرن و سردرد تنشی جدا شدند. از بین مراجعه‌کنندگان، کسانی که تشخیص اولیه میگرن یا سردرد تنشی دریافت کردند، به نورولوژیست ارجاع داده شدند و تشخیص نهایی سردرد و نوع آن توسط وی تأیید شد.

- | | |
|------------------------------------|--------------|
| 1- Holroyd | 2-Andrasik |
| 3- Richardson | 4-McGrath |
| 5- O'Donnell | 6- Stensland |
| 7- Lipchick | 8- Tobin |
| 9- Baker | 10- Reynolds |
| 11- International Headache Society | |
| 12- Headache History Form | |
| 13- Headache Disability Inventory | |

بر زندگی بیمار از دیدگاه خود او بررسی می‌کند. جاکوبسن^۱، رامادان^۲، آگاروال^۳ و نیومن^۴ (۱۹۹۴) پایایی این آزمون را ۰/۸۳ گزارش کردند. سجادی نژاد، محمدی و اشجع‌زاده (۱۳۸۶) پایایی این ابزار را با روش‌های آلفای کرونباخ و دومیه‌سازی به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۷۷ برآورد کردند. روایی هم‌زمان نیز با پرسش‌نامه SCL-25^۵ (نجاریان و داوودی، ۱۳۸۰) ۰/۷۱ به دست آمده است.

پرسش‌نامه افسردگی بک^۶ (BDI): در این پژوهش فرم ۲۱ سؤالی پرسش‌نامه بک به کار برده شد. شواب^۷ (۱۹۶۷)، به نقل از جمهوری، (۱۳۸۱) همبستگی نمرات آن را با مقیاس همیلتون ۰/۷۵ و پایایی آن را نیز ۰/۷۵ گزارش کرده است. در ایران نیز رجیبی، عطاری و حقیقی (۱۳۸۰) ضریب پایایی آن را ۰/۸۳ و ضریب همبستگی این پرسش‌نامه را با خرده مقیاس D از پرسش‌نامه MMPI^۸ ۰/۶۰ گزارش کردند.

در این بررسی طرح دو گروهی با اجرای پیش‌آزمون- پس‌آزمون انجام شد و تغییرات ایجادشده در طی زمان ارزیابی گردید. با این روش، نبودن گروه گواه در حد چشم‌گیری جبران می‌شود (هارسی^۹، رینز^{۱۰}، پنزین، ناش^{۱۱} و نیکولسون^{۱۲}، ۲۰۰۵). برای انجام این طرح، آزمودنی‌ها به مدت نه هفته در جلسات درمانی ۹۰ دقیقه‌ای شرکت کردند و سه بار در جلسات اول، پنجم و نهم درمان به ترتیب به پرسش‌نامه‌های یادشده پاسخ دادند. این بررسی طی سال تحصیلی ۱۳۸۴-۸۵ انجام شد.

در این پژوهش، برنامه درمان شناختی- رفتاری سردرد با استناد به برنامه کنترل شناختی- رفتاری سردردهای عودکننده لیپچیک^{۱۳}، هالروید و ناش (۲۰۰۵) تنظیم شد. این پژوهشگران بر پایه الگوی مارتین^{۱۴} (۱۹۹۳)، به نقل از هالروید و مارتین، (۲۰۰۰)، درمان شناختی- رفتاری را دربرگیرنده موارد زیر دانسته‌اند: برنامه درمانی با توصیفی از واکنش فرد نسبت به استرس (مؤلفه‌های بدنی، عاطفی و شناختی)، نقش استرس در راه‌اندازی و افزایش حملات سردرد و نقش شناخت‌ها در شکل‌دهی واکنش‌های فرد نسبت به استرس آغاز می‌شود. درمان‌گر به یک شیوه سامان‌مند به بیماران آموزش می‌دهد که افکار، هیجان‌ها، احساسات و رفتارهایی که معمولاً سردرد را ایجاد یا تشدید می‌کنند، شناسایی کنند. از بیماران خواسته می‌شود که فعالیت‌های شناختی خود مانند افکار، خودگویی‌ها یا حالت‌های هیجانی خود پیش از رخداد سردرد را بازنگری کنند. در بازبینی اطلاعاتی که از برگه‌های ثبت و تحلیل سردرد

به دست می‌آید، خطاهای شناختی و باورهای ناکارآمد زیربنایی بیمار شناسایی می‌شوند. این خطاهای شناختی معمولاً در یکی از سه حوزه کمال‌گرایی، نیاز افراطی به کنترل و نیاز افراطی به تأیید شدن قرار می‌گیرند. پس از شناسایی خطاهای شناختی و باورهای ناکارآمد، مستقیم‌ترین راه آموزش بیماران برای مقابله با آنها مباحثه شناختی است. سپس به بیماران راهبردهای مقابله‌ای آموزش داده می‌شود که بتوانند از آنها برای رویارویی با افکار غیرانطباقی خود بهره‌گیرند. در این برنامه بخش‌های اصلی درمان آموزش تن‌آرامی، آموزش مدیریت بر استرس و کنترل درد است.

در این پژوهش، جزییات برنامه آموزش تن‌آرامی بر پایه برنامه درمانی برنشتاین^{۱۵} و بروکویک^{۱۶} (۱۹۷۳)، به نقل از باقریان سرارودی، (۱۳۷۲) و روش اُست^{۱۷} (۱۹۸۷)، جزییات برنامه آموزش مدیریت استرس بر پایه برنامه‌های تورکینگتون^{۱۸} (۱۹۹۸) و مک‌نامارا^{۱۹} (۲۰۰۱) و موضوعات برنامه درمان و کنترل درد بر پایه برنامه لیپچیک هالروید و ناش (۲۰۰۵) و گتچل و ترک (۱۳۸۱) تدوین گردید.

آموزش تن‌آرامی هم می‌تواند درمان پیش‌گیرنده و هم کاهش‌دهنده حمله‌های سردرد (میگرن و سردرد تنشی) باشد. این روش از یک سو به انحراف افکار فرد درباره یک سردرد دردناک می‌انجامد و از سوی دیگر سبب گشادشدن رگ‌ها و پایین آمدن ضربان قلب می‌شود، که این فرآیندها در تضاد با حالت تنش هستند (فیچل^{۲۰}، ۲۰۰۳). در این برنامه، تن‌آرامی به‌شیوه عضلانی پیشرونده^{۲۱} آموزش داده شد. آموزش با تنفس شکمی و سفت کردن و شل کردن ۱۶ گروه از ماهیچه‌ها آغاز شد. در مرحله بعد، ۱۶ گروه به هفت گروه و سپس به چهار گروه از ماهیچه‌ها کاهش یافت. سپس آرامش بدون تنش و آرامش از راه کنترل نشانه، آموزش داده شد. در مجموع ۲۵-۲۰ دقیقه پایانی هر جلسه به آموزش تن‌آرامی اختصاص یافت.

- | | |
|------------------------------------|----------------|
| 1- Jacobson | 2- Ramadan |
| 3- Aggarwal | 4- Newman |
| 5- Symptom Checklist-25 | |
| 6- Beck Depression Inventory | |
| 7- Schwab | |
| 8- Minnesota Multiphasic Inventory | |
| 9- Hursey | 10- Rains |
| 11- Nash | 12- Nicholson |
| 13- Lipchick | 14- Martin |
| 15- Bernstein | 16- Brokovek |
| 17- Ost | 18- Turkington |
| 19- McNamara | 20- Fichtel |
| 21- progressive muscle relaxation | |

جدول ۲- مقایسه‌های جفتی ناتوانی ناشی از سردرد در طول درمان

| موقعیت‌ها | تفاوت میانگین‌ها | سطح معنی‌داری |
|------------|------------------|---------------|
| پیش‌آزمون | میان‌آزمون | ۰/۰۰۱ |
| پس‌آزمون | ۱۹/۲۰ | ۰/۰۰۱ |
| میان‌آزمون | پس‌آزمون | ۰/۰۰۱ |
| میان‌آزمون | پس‌آزمون | ۵/۱ |

*N.S. * non-significant

برای بررسی تفاوت موقعیت‌های پیش، میان و پس‌آزمون، آزمون تعقیبی مقایسه‌های جفتی^۱ با تصحیح بونفرونی^۲ به کار برده شد (جدول ۲). مقایسه میانگین‌های ارایه‌شده در جدول ۲، تفاوت میان موقعیت‌های پیش‌آزمون با میان‌آزمون و پیش‌آزمون با پس‌آزمون را معنی‌دار نشان داد ($p < 0/001$)، اما تفاوت بین موقعیت‌های میان‌آزمون و پس‌آزمون معنی‌دار نبود. در مجموع می‌توان گفت که ناتوانی ناشی از سردرد، از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون کاهش معنی‌داری یافته است.

این بررسی اثربخشی درمان در طول دوره درمانی را بر متغیر افسردگی معنی‌دار نشان داد ($p < 0/001$) و $F = 16/93$ ، $df = 1/28$ ، میزان مناسب مجذور اتا ($0/54$) نیز بیان می‌کند که درصد چشم‌گیری از تغییرات متغیر وابسته (افسردگی) را می‌توان به متغیر مستقل (درمان) نسبت داد. برای بررسی تفاوت میان موقعیت‌ها از آزمون تعقیبی مقایسه‌های جفتی بهره گرفته شد (جدول ۳). مقایسه میانگین‌های ارایه‌شده در جدول ۳، نشان می‌دهد که تفاوت میان همه موقعیت‌های پیش، میان و پس‌آزمون در متغیر افسردگی معنی‌دار است ($p < 0/01$).

جدول ۳- مقایسه‌های جفتی افسردگی در طول درمان

| موقعیت‌ها | تفاوت میانگین‌ها | سطح معنی‌داری |
|------------|------------------|---------------|
| پیش‌آزمون | میان‌آزمون | ۰/۰۱ |
| پس‌آزمون | ۵/۹۶ | ۰/۰۰۱ |
| میان‌آزمون | پس‌آزمون | ۰/۰۰۱ |
| میان‌آزمون | پس‌آزمون | ۴/۰۷ |

آموزش مدیریت استرس با شرح مؤلفه‌های استرس (شناختی، رفتاری و عاطفی)، نقش استرس در ایجاد و تشدید دوره‌های سردرد و نقش شناخت‌های شخص در ایجاد استرس آغاز شد. سپس خطاهای شناختی، افکار خودکار و باورهای ناکارآمد معرفی شدند و شیوه‌های مقابله و چالش با آنها به شرکت‌کنندگان آموزش داده شد. در ادامه، مهارت‌های مقابله شناختی و رفتاری مانند مهارت‌های حل مسئله، رفتارهای جرأت‌ورزانه، راه‌کارهای تقویت و افزایش عزت‌نفس و مهارت‌های مدیریت زمان که همگی به کاهش سطح استرس کلی فرد کمک می‌کنند، آموزش داده شد. در این دوره آزمودنی‌ها مطالبی نیز درباره راهبردها و مهارت‌های کنترل درد آموختند. این راهبردها افزون بر مهارت‌های تن‌آرامی، راهبردهای کنترل توجه یا انحراف توجه از درد، تصویرسازی هدایت‌شده، تفسیر دوباره معنای درد و کاربرد چالش‌های فکری برای فاجعه‌زدایی از افکار مربوط به درد، را دربرمی‌گرفت. افزون بر این، در این گروه شیوه‌های ایجاد چسبندگی گروهی که اعتمادسازی و برقراری ارتباط اعضا با هم و با رهبر گروه را آسان می‌کند، به کار برده شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار نمرات هر یک از متغیرهای یادشده، در موقعیت‌های پیش‌آزمون، میان‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۱ نشان داده شده است. یافته‌های مربوط به اثربخشی شیوه درمان شناختی-رفتاری گروهی، در طول دوره درمان بر هر یک از متغیرهای ناتوانی ناشی از سردرد و افسردگی، به کمک تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر انجام شد. معنی‌دار شدن نسبت $F < 0/001$ ، $p < 0/001$ و $F = 10/25$ ، $df = 1/25$ ، $F = 20/79$ ، بیانگر اثربخشی درمان بر این متغیر است. این یافته گویای آن است که درصد چشم‌گیری از تغییرات متغیر وابسته (ناتوانی ناشی از سردرد) به متغیر مستقل (درمان) برمی‌گردد.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار نمرات ناتوانی ناشی از سردرد و افسردگی در طول درمان

| متغیر | میانگین (انحراف معیار) | | |
|-----------------------|------------------------|------------|----------|
| | پیش‌آزمون | میان‌آزمون | پس‌آزمون |
| ناتوانی حاصل از سردرد | ۳۵/۸۰ | ۱۶/۶۰ | ۱۱/۵۰ |
| | (۲۳/۹۴) | (۱۲/۷۸) | (۸/۲۳) |
| افسردگی | ۱۳/۷۸ | ۷/۸۴ | ۳/۸۴ |
| | (۱۰/۱۵) | (۵/۶۹) | (۳/۳۰) |

1- pairwise comparisons
2- Bonferroni

بحث

هدف این پژوهش، بررسی اثربخشی شیوه درمان شناختی- رفتاری بر پیامدهای سردرد مانند ناتوانی ناشی از سردرد و افسردگی بود. یافته‌ها نشان دادند که ناتوانی ناشی از سردرد، از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون به‌طور معنی‌دار کاهش یافته است. هم‌چنین مقایسه‌های جفتی نشان دادند که تفاوت موقعیت‌های پیش‌آزمون با میان‌آزمون و پیش‌آزمون با پس‌آزمون معنی‌دار است، اما تفاوت موقعیت‌های میان‌آزمون و پس‌آزمون معنی‌دار نبود. ناتوانی ناشی از سردرد بنا به تعریف سازندگان ابزار سنجش آن (جاکوبسن و همکاران، ۱۹۹۴) نشانگر احساس محدودیت برای انجام فعالیتی است که فرد در حالت عادی توانایی انجام آن را دارد. این تعریف نیز دربرگیرنده ادراک فرد از توانایی‌های خود است. فرد مبتلا به خطاهای شناختی موقعیت‌ها را تهدیدآمیزتر از اندازه واقعی خود به‌شمار می‌آورد و توانمندی‌های خود برای رویارویی با تهدید را نیز کمتر از اندازه واقعی آن برآورد می‌کند و در نتیجه احساس ذهنی محدودتری دارد. کاهش این خطاها به کمک شناخت‌درمانی می‌تواند این احساس ذهنی و در نتیجه ناتوانی ناشی از سردرد را کمتر کند. اما معنی‌دارنشدن تفاوت میان‌آزمون و پس‌آزمون به‌ساختار جلسات درمانی برمی‌گردد. ساختار جلسات درمانی به‌گونه‌ای بود که از پیش‌آزمون تا میان‌آزمون، جلسات بر شناخت‌درمانی و تعدیل خطاهای شناختی متمرکز شده و آثار این تمرکز را در معنی‌دارشدن تفاوت میانگین‌های پیش‌آزمون با میان‌آزمون می‌توان دید. اما در جلسات درمانی از میان‌آزمون تا پس‌آزمون بر شناخت‌درمانی تأکید نمی‌شد و تمرکز جلسات آموزش راهبردهای مقابله‌ای در چهارچوب رفتاری بود. بنابراین معنی‌دارنشدن تفاوت موقعیت‌های میان‌آزمون و پس‌آزمون می‌تواند به‌خاطر تأکید کمتر بر خطاهای شناختی، شیوه ادراک و دیدگاه‌های فرد در این موقعیت‌ها باشد. در مجموع، تأثیر درمان بر این متغیر مثبت و رضایت‌بخش و در راستای بهبود بوده است. این یافته با یافته‌های پژوهش‌های هالروید و همکاران (۲۰۰۱)، ناش و همکاران (۲۰۰۴) و دویینی و بلانچارد (۲۰۰۵) هم‌خوانی دارد.

این پژوهش اثربخشی درمان بر افسردگی بیماران را در طول دوره درمانی معنی‌دار نشان داد. هم‌چنین آزمون مقایسه‌های جفتی نشان داد که تفاوت میان همه موقعیت‌های پیش‌آزمون- میان‌آزمون، میان‌آزمون- پس‌آزمون و

پیش‌آزمون- پس‌آزمون معنی‌دار است. این یافته کاملاً مطابق انتظار بوده و با یافته‌های پژوهش‌های توین و همکاران (۱۹۸۸) و ناش، پارک^۱، واکر^۲، گوردن^۳ و نیکلسون^۴ (۲۰۰۴) هم‌خوانی دارد. گفتنی است که اثربخشی شیوه درمان شناختی- رفتاری، در زمینه افسردگی تأیید شده و حتی هنگامی که افراد مبتلا به سردرد، به یکی از اختلال‌های خلقی به‌صورت اختلال همبود مبتلا هستند، کاربرد این شیوه توصیه شده است (توین و همکاران، ۱۹۸۸؛ ناش و همکاران، ۲۰۰۴؛ هالروید و همکاران، ۱۹۹۱).

این پژوهش شیوه درمانی نوینی را برای سردرد، اختلالی که زمانی گمان می‌رفت درمان آن تنها به شیوه‌های زیستی و به کمک دارو امکان‌پذیر است، مطرح کرده است. هدف این گونه مداخله‌ها آموزش راهبردهای مؤثر برای رویارویی با استرس، خود سردرد و نیز تمرکز بر مؤلفه‌های شناختی و عاطفی همراه با سردرد است و پیش‌بینی می‌شود که افزون بر کاهش وخامت سردرد، بر آشفتگی‌های همراه با سردرد نیز مؤثر واقع شود. این پژوهش نیز نشان داد که مداخله اجراشده و آموزش راهبردهای مقابله با استرس توانسته است، ادراک آزمودنی‌ها از توانایی مقابله خود با استرس‌های روزمره زندگی، ناتوانی آنها در برابر سردرد و نیز حالت‌های خلقی آنها را تغییر دهد. بنابراین این شیوه درمانی را می‌توان به‌عنوان شیوه‌ای مستقل یا در کنار سایر شیوه‌های درمانی مانند دارودرمانی، به کار برد. به‌گونه‌ای که نه تنها به کاهش سردرد بیانجامد، بلکه مشکلات روانشناختی ناشی از آن را نیز بهبود بخشد. چون در این بررسی گروه گواه وجود نداشته، در زمینه تعمیم یافته‌ها باید جانب احتیاط رعایت شود.

سپاسگزاری

از همکاری دانشجویان محترم دانشگاه شیراز در زمینه اجرای پژوهش، صمیمانه سپاسگزاری می‌شود.

منابع

باقربان سرارودی، رضا (۱۳۷۲). بررسی مقایسه اثربخشی درمان دارویی (آمی‌تریپتیلین) با درمان غیر دارویی (آموزش آرام‌سازی) و ترکیب آنها در بهبود سردرد تنشی مزمن. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی انستیتو روانپزشکی تهران.

1- Park
3- Gordon

2- Walker
4- Nicholson

combination with pharmacotherapy. *Clinical Psychology Review*, 16, 543-571.

Holroyd, K. A., & Andrasik, F. (1978). Coping and self-control of chronic tension headache. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 1036-1045.

Holroyd, K. A., & Andrasik, F. (1982). Do the effects of cognitive therapy endure? A two year follow-up of tension headache sufferers treated with cognitive therapy or biofeedback. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 325-334.

Holroyd, K. A., & Martin, P. R. (2000). Psychological treatments of tension-type headache: In: J. Olesen, P. Tfelt-Hansen, & K. M. A. Welch (Eds.), *The headaches*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.

Holroyd, K. A., & Penzien, D. B. (1994). Psychological interventions in the management of recurrent headache disorders 1: Overview and effectiveness behavioral medicine synthesis. *Behavioral Medicine*, 20, 701-717.

Holroyd, K. A., O'Donnell, F. J., Stensland, M., & Lipchick, G. L. (2001). Management of chronic tension-type headache with tricyclic antidepressant medication, stress management therapy, and their combination: A randomized controlled trial. *JAMA*, 285, 2208-2216.

Hursey, K. G., Rains, J. C., Penzien, D. B., Nash, J. M., & Nicholson, R. A. (2005). Behavioral headache research: Methodological considerations and research design alternatives. *Headache*, 45, 466-478.

International Headache Society. (1988). Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias facial pain. *Cephalgia*, 8 (Suppl:7), 1-96.

Jacobson, G. P., Ramadan, N. M., Aggarwal, S. K., & Newman, C. W. (1994). The Henry Ford Hospital Headache Disability Inventory (HDI). *Neurology*, 44, 837-842.

Lance, J. W., & Goadsby, P. J. (2000). *Mechanism and management of headache*. Oxford: Butterworth-Heinemann.

Lipchick, G. L., Holroyd, K. A., & Nash, J. M. (2005). Cognitive-behavioral management of recurrent headache disorders: A minimal-therapist-contact approach. In D. C. Turk, & R. J. Gatchel (Eds.), *Psychological approaches to pain management* (2nd. ed.). New York: Guilford Publication.

جمهری، فرهاد (۱۳۸۱). بررسی رابطه بین سخت‌رویی با اضطراب و افسردگی در دانشجویان سال اول دانشگاه تهران. پایان‌نامه دکتری روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبائی تهران.

رجبی، غلامرضا؛ عطاری، یوسفعلی؛ حقیقی، جمال (۱۳۸۰). تحلیل عاملی سؤال‌های پرسش‌نامه بک بر روی دانشجویان پسر دانشگاه شهید چمران اهواز. *مجله علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز*، سال هشتم، شماره‌های ۳ و ۴، ۶۶-۴۹.

سجادی‌نژاد، مرضیه‌سادات؛ محمدی، نورا...؛ اشجع زاده، ناهید (۱۳۸۶). ارزیابی شاخص‌های روانسنجی پرسش‌نامه ناتوانی ناشی از سردرد در بیماران مبتلا به سردرد، *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد*، سال نهم، شماره ۱، ۶۲-۵۵.

گنجعلی، رابرت؛ ترک، دنیس (۱۳۸۱). *روانشناسی درد: رویکردهای کنترل و درمان*. ترجمه محمدعلی اصغری مقدم، بهمن نجاریان، محسن محمدی و محسن دهقانی. تهران: انتشارات رشد.

لطفعلی‌زاده، مهدی (۱۳۷۰). *آموزش بیوفیدبک برای سردرد تنشی: نقش دخالت درمان‌گر در فرآیند درمان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.

نجاریان، بهمن؛ داوودی، ایران (۱۳۸۰). ساخت و اعتباریابی Scl-25 (فرم کوتاه‌شده (Scl-90-R)، *مجله روانشناسی*، سال پنجم، شماره ۲، ۱۵۰-۱۳۶.

Blanchard, E. B. (1992). Psychological treatment of benign headache disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 537-551.

Blanchard, E. B., & Andrasik, F. (1985). *Management of chronic headaches: A psychological approach*. Elmsford, NY: Pergamon Press.

Davis, P. A., Holm, J. E., Myers, T. C., & Suada, K.T. (1998). Stress, headache, and physiological dysregulation: A time-series analysis of stress in the laboratory. *Headache*, 38, 116-121.

Dobson, K. S., & Craig, K. D. (1996). *Advances in cognitive-behavioral therapy*. London: Sage Publications.

Fichtel, A. (2003). *Recurrent headache among Swedish adolescents*. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis.

French, D. J., Holroyd, K. A., Pinell, C., Malinoski, P. T., O'Donnell, F., & Hill, K. R. (2000). Perceived self-efficacy and headache related disability. *Headache*, 40, 647-656.

Gatchel, R., & Blanchard, E. B. (1997). *Psychophysiological disorders*. Washington: American Psychological Association.

Gauthier, J. G., Ivers, H., & Carrier, S. (1996). Non-pharmacological approaches in the management of recurrent headache disorders and their comparison and

- McNamara, S. (2001). *Stress management program for secondary school student*. London: Routledge.
- 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, 178-186.
- Ost, L. G. (1987). Applied relaxation: Description of a coping technique and review of controlled studies. *Behavior Research and Therapy*, 25, 397-409.
- Penzien, D. B., Andrasik, F., Freidenberg, B. M., Houle, T. T., Lake, A. E., Lipchick, G. L., Holroyd, K. A., Lipton, R. B., McCrory, D. C., Nash, J. M., Nicholson, R. A., Powers, S. W., Rains, J. C., & Wittrock, D. A. (2005). Guidelines for trails of behavioral treatments for recurrent headache, (1st. ed.). American Headache Society behavioral clinical trials workgroup. *Headache*, 45 (Suppl 2), S110-S132.
- Richardson, G. M., & McGrath, P. J. (1989). Cognitive-behavioral therapy for migraine headaches: A minimal therapist contact approach versus a clinic-based approach. *Headache*, 29, 352-357.
- Sheftell, F. D., & Atlas, S. J. (2002). Migraine psychiatric comorbidity: From theory and hypotheses to clinical application. *Headache*, 42, 934-940.
- Silberstein, S.D., Lipton, R. B., & Goadsby, P. J.(1998). *Headache in clinical practice*. Oxford: Medical Media.
- Smith, R. (1996). Impact of migraine on the family. *Headache*, 36, 278-286.
- Solomon, G. D., & Dahlof, G. H. (2000). Impact of headache on the individual sufferer. In: J. Olesen, P. Tfelt-Hansen, & K. M. A. Welch (Eds.), *The headaches*. Philadelphia: Lippicott Wilkins.
- Solomon, G. D., Skobieranda, F. G., & Gragg, L. A. (1993). Quality of life and well-being of headache patients: Measurement by the medical outcomes study instrument. *Headache*, 33, 351-358.
- Spierings, E. L., Ranke, A. H., & Honkoop, P.C. (2001). Precipitating and aggravating factors of migraine versus tension-type headache. *Headache*, 41, 554-558.
- Tobin, D. L., Holroyd, K. A., Baker, A., Reynolds, R. V., & Holm, J. E. (1988). Development and clinical trial of a minimal contact, cognitive-behavioral treatment for tension headache. *Cognitive Therapy and Research*, 12, 325-339.
- Turkington, C.A. (1998). *Stress management for busy people*. London: Mc Graw Hill.