فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۹، شماره ۱، پاییز ۱۳۹۷



اثربخشی الگوی رواندرمانی ویژه بیماران میگرن بر مشکلات روان‌شناختی آن‌ها

معصومه عزیزی[1*]

۱. هیئت علمی، گروه علم اطلاعات و دانش شناسی دانشکده ادبیات و علوم انسانی، زابل، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۵/۲۳ تاریخ بازبینی: ۱۳۹۷/۶/۲۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۷/۱

چکیده

زمینـه و هـدف: بیمـاران مبتـلا به میگـرن مشـکلات روان‌شـناختی فراوانـی دارند کـه افسـردگی، اضطـراب و اسـترس از مهمترین این مشـکلات هسـتند. در پژوهـش حاضـر بـه بررسـی اثربخشـی الگـوی رواندرمانـی ویـژه بیمـاران میگرن بـر مشـکلات روان‌شـناختی آن‌ها پرداخته اسـت.

مـواد و روش‌هـا: در ایـن مطالعـه نیمـه آزمایشـی بـا طـرح پیش‌آزمون-پس‌آزمـون بـا گـروه کنتـرل، تعـداد ۳۰ بیمـار میگـرن، بـه صـورت در دسـترس از بیمارسـتان خاتـم الانبیـا شـهر زاهـدان انتخـاب شـدند و بـه صـورت تصادفـی در دو گـروه آزمایـش و کنتـرل جای‌دهـی شـدند. آزمودنی‌هـای گـروه آزمایـش طـی ۸ جلسـه ۲/۵ سـاعته، تحـت رواندرمانـی ویـژه بیمـاران میگـرن قـرار گرفتنـد، درحالی‌کـه آزمودنی‌هـای گـروه کنتـرل هیچ‌گونـه مداخلـه‌ای را طـی ایـن مـدت دریافـت نکردنـد. هـر دو گـروه آزمایـش و کنتـرل قبـل و بعـد از درمـان مقیـاس افسـردگی، اضطـراب و اسـترس (DASS-۲۱) را تکمیـل نمودنـد. داده‌هـا بـا اسـتفاده از آزمـون تحلیـل کوواریانـس چنـد متغیـره (مانکـوا) و توسـط SPSS ۱۸ مـورد تجزیه‌وتحلیـل قـرار گرفـت.

یافته‌هـا: نتایـج تجزیه‌وتحلیـل داده‌هـا نشـان داد کـه در میانگیـن نمـرات افسـردگی، اضطراب و اسـترس قبـل و بعد از درمـان تفـاوت معنی‌داری وجـود داشـت (P<۰/۰۰۱). به‌عبارت‌دیگـر، بـه نظـر می‌رسـد رواندرمانـی ویـژه بیمـاران میگـرن بر مشـکلات روان‌شـناختی آنـان مؤثر بوده اسـت.

نتیجه‌گیـری: رواندرمانـی ویـژه میگـرن در کاهـش مشـکلات روان‌شـناختی بیمـاران میگـرن مؤثـر اسـت؛ بنابرایـن، به‌عنـوان یـک درمـان اثربخـش بـرای بهبـود بهداشـت روان پیشـنهاد می‌گـردد.

واژه‌های کلیدی: میگرن، افسردگی، اضطراب، استرس، رواندرمانی

مقدمه

بیمـاری میگـرن ازجملـه بیماری‌هـای ناتوان‌کننـده اسـت کـه نشـانه‌ی اصلـی آن سـردردی اسـت کـه طـی مـدت طولانـی معمـولاً از ۴ تـا ۷۲ سـاعت بـه طـول می‌انجامـد؛ و منجـر بـه مشـکلاتی نظیـر تهـوع، گریـز از نـور، سـروصدا و بـو همـراه اسـت[1]. مجموعـه ایـن علائـم در زمـان حملـه باعـث مشـکلاتی در عملکـرد روزانـه شـخص می‌شـود[2]. حمـلات میگـرن دوره‌ای و تکرارشـونده، معمـولاً یک‌طرفـه و ضربانی‌انـد، ایـن حمـلات ممکـن اسـت در کـودک، نوجوانـی

نویسنده مسئول: معصومه عزیزی، هیئت علمی، گروه علم اطلاعات و دانش شناسی دانشکده ادبیات و علوم انسانی، زابل، ایران

پست الکترونیک: Masoumehazizi75@gmail.com

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-13]

یـا جوانـی شـروع شـوند و سـن معینـی بـرای شـروع آن‌هـا مشـخص نشـده اسـت. همچنیـن ممکـن اسـت در طـی زمـان ایـن حمـلات کاهـش یابنـد[۴]. دوره حملـه سـردرد ممکـن اسـت از یـک سـاعت تـا یـک هفتـه باشـد، بااین‌حـال افـراد اغلـب درد و علائـم مشـابهی را بیـن حمـلات تجربـه می‌کننـد[۴]. ۴ تـا ۲ درصـد جمعیـت عمومـی و ۱۵ تـا ۲۰ درصـد بیمـاران مراجعه‌کننـده بـه مراکـز سـردرد از بیمـاران میگرنـی هسـتند و شـیوع میگـرن در زنـان ۳ تـا ۴ برابـر مردان اسـت[۵]. شـدت زیـاد سـردرد در بیمـاران مبتلابـه میگـرن اغلب سـبب اختـلال در کارکـرد فعالیت‌هـای روزمـره می‌شـود و تمرکـز فـرد را تحـت تأثیـر قـرار می‌دهـد درنتیجـه بـر میـزان کارایـی و فعالیت‌هـای مختلـف فـرد اثـر می‌گـذارد[۶]. عـلاوه بـر ایـن، افـراد مبتـلا بـه میگـرن به‌تبـع سـردرد، مشـکلات روان‌شـناختی زیـادی نیـز تجربـه می‌کننـد کـه یکـی از مهم‌تریـن آن‌هـا افسـردگی اسـت[۷]. بعضـی از پژوهش‌هـا افسـردگی را به‌عنـوان شـایع‌ترین اختـلال همبـود بـا سـردرد نیـز ذکـر کرده‌انـد[۸]. افسـردگی به‌عنـوان یکـی از احساسـات خلقـی منفـی در میـان بیمـاران مبتـلا بـه میگـرن بیشـتر از افـراد عـادی اسـت. افسـردگی، بـا افزایـش میـزان اسـترس، عامـل مؤثـری در تشـدید میگـرن و حتـی بـروز آن اسـت. افسـردگی بـا بـالا بـردن شـدت سـردرد، پاسـخ درمـان بـه میگـرن را به‌طـور منفـی تحـت تأثیـر قـرار می‌دهـد. عامـل مذکـور، عـلاوه بـر کاهـش سـطح رضایـت کلـی زندگـی افـراد مبتـلا، غالبـاً همـراه بـا درماندگـی بـوده و ناتوانـی مرتبـط بـا میگـرن را بـالا می‌بـرد[۹].

از سـوی دیگـر، مشخص‌شـده اسـت کـه از سـایر عوامـل روان‌شـناختی مؤثـر در بـروز سـردرد، اسـترس و اضطـراب اسـت. در واقـع سـردردهای شـدید میگـرن منجـر بـه افزایـش اسـترس در ایـن بیمـاران می‌شـود و تـا جایـی ایـن اسـترس ادامـه می‌یابـد کـه شـخص ممکـن اسـت دسـت بـه خودکشـی زنـد[۱۰]. اسـترس و اضطـراب باعـث مشـکلات فراوانـی در افـراد می‌شـود و تغییـرات فراوانـی در سیسـتم‌های جسـمانی بـدن ایجـاد می‌کنـد. نتایـج پژوهش‌هـا بیانگـر ایـن اسـت میگـرن رابطـه مسـتقیمی بـا اسـترس و عوامـل روان‌شـناختی دارد کـه تأثیـر آشـکاری روی شـدت و طولانـی بـودن سـردردهای میگرنـی می‌گـذارد[۱۱]. نتایـج پژوهـش سـورو و بکـر[۱۲] کـه در زمینـه تعامـل تنیدگـی و میگـرن انجـام گرفـت، مشـخص شـد همان‌گونـه کـه اسـترس و اضطـراب به‌عنـوان یـک عامـل رایـج در بـروز حمـلات میگرنـی مزمـن اسـت، می‌توانـد موجـب حمـلات میگرنـی به‌صـورت مزمـن شـود. عـلاوه بـر ایـن رادات و همـکاران[۱۳]. در پژوهشـی در زمینـه تنیدگـی و رفتارهـای مقابلـه‌ای در بیمـاران میگرنـی نشـان دادنـد کـه ایـن بیمـاران تنیدگـی را به‌صـورت شـدیدتری ادراک می‌کننـد و رفتارهـای سـازش نایافتـه بیشـتری نشـان می‌دهنـد. درمجمـوع نتایـج ایـن پژوهـش رابطـه نیرومنـد بیـن تنیدگـی و شـدت درد بیمـاران میگرنـی را تائیـد می‌کننـد.

بـا توجـه بـه مشـکلات فـراوان روان‌شـناختی بیمـاران میگـرن، اسـتفاده از روان‌درمانی‌هـای مؤثـر در کنـار درمان‌هـای دارویـی، می‌توانـد سـهم قابل‌ملاحظـه‌ای بـرای التیـام مشـکلات ایـن بیمـاران داشـته باشـد. اگرچـه تاکنـون تعـدادی درمان‌هـای روان‌شـناختی بـرای بیمـاران میگـرن طراحـی گردیـده اسـت، امـا اکثـر ایـن پژوهش‌هـا بـر تعـداد محـدودی از جنبه‌هـای ایـن بیمـاری نظیـر مشـکلات شـخصیتی، اجتماعـی یـا روانـی پرداخته‌انـد[۱۴] و جنبه‌هـای دیگـر ایـن بیمـاری را نادیـده گرفته‌انـد. یـک راه بـرای دسـتیابی بـه زمینه‌هـای روانـی، اجتماعـی و پزشـکی بیمـاران میگـرن و درمـان همـه جانبـه آنهـا، درنظـر گرفتـن درمـان همـه جانبـه‌ای اسـت تـا تمامـی ابعـاد و مشـکلات بیمـاران میگـرن را در برگیـرد[۱۵]. براسـاس نتایـج مطالعـات، عمـده مسـائلی کـه به‌طورمعمـول مشـکلات روان‌شـناختی مبتلایـان بـه بیمـاری میگـرن را تحت تأثیـر قرار می‌دهنـد عبارت‌انـد از: باورهـا[۱۶]؛ عواطـف و هیجان‌هـا[۱۷]؛ اسـترس و راهبردهـای مقابلـه‌ای[۱۸] حمایـت اجتماعـی[۱۹]، کیفیـت خـواب[۲۰]، مسـائل اقتصـادی و خانوادگـی[۲۱] و عـوارض ناشـی از دارو [۲۲] بنابرایـن بـا توجـه بـه جنبه‌هـای مختلـف روانـی- اجتماعـی کـه بـر سـلامت روان‌شـناختی بیمـاران میگـرن تأثیـر گذارنـد؛ تدویـن درمـان ویـژه بیمـاران میگـرن و انجـام مداخلـه کل نگرانـه‌ای در جهـت کاهـش مشـکلات روان‌شـناختی ایـن بیمـاران ضـروری بـه نظـر می‌رسـد در

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-13]

همین راستا، مطالعه حاضر به اثربخشی درمان ویژه بیماران میگرن، تدوین شده براساس مطالعات انجام شده، بر مشکلات روان‌شناختی بیماران میگرن پرداخته است.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود که جامعه آماری آن را تمامی بیماران میگرن مراجعه کننده به بیمارستان خاتم الانبیا شهر زاهدان در زمستان ۱۳۹۴ و بهار ۱۳۹۵ به تعداد ۱۱۸ نفر تشکیل داد که از بین این افراد، ۳۰ بیمار که دارای ملاک‌های ورود به پژوهش بودند و تمایل آگاهانه و داوطلبانه برای شرکت در پژوهش داشتند، به صورت در دسترس انتخاب و به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. افراد گروه نمونه به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش[۱۵] و کنترل[۱۵] جای‌دهی شدند. بیماران گروه آزمایش در کنار دریافت مراقبت معمول پزشکی به مدت ۸ جلسه ۲/۵ ساعته به صورت سه جلسه درمانی در هفته مورد مداخله قرار گرفتند؛ درحالی‌که افراد گروه کنترل طی این مدت به‌غیراز مراقبت معمول پزشکی هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. قبل و بعد از مداخله نیز به ترتیب پیش‌آزمون و پس‌آزمون از هر دو گروه گرفته شد. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، داشتن تحصیلات حداقل سیکل، درج تشخیص بیماری میگرن (از نوع معمولی) براساس نظر پزشک متخصص (نورولوژیست) در برگه خلاصه پرونده، هوشیاری کامل و قادر به تکلم به زبان فارسی، آمادگی جسمانی و روانی لازم برای پاسخ‌گویی به سؤالات و عدم شرکت در کلاس‌های آموزشی و درمانی دیگر به طور همزمان. همچنین، وجود اختلال‌های همبود پزشکی و روان‌شناختی نیز از معیارهای خروج از پژوهش بود. برای رعایت اخلاق در پژوهش نیز شرکت و خروج از هر مرحله پژوهش اختیاری بود و اطلاعات به‌دست‌آمده از آنان کاملاً محرمانه و بدون ذکر مشخصات هویتی جمع‌آوری شد. همچنین با توجه به رعایت حال بیماران، این افراد اجازه داشتند تا از داروهای مسکنی که قبلا استفاده می‌کردند، در طی دوران رواندرمانی نیز استفاده کنند.

پروتکل رواندرمانی ویژه بیماران میگرن: با توجه به مرور نظام‌مند و فرا تحلیل انجام شده، عوامل خطر روان‌شناختی میگرن عبارت‌اند از باورها، عواطف و اختلال‌های خلقی، شخصیت، تنیدگی و راهبردهای مقابله‌ای، حمایت اجتماعی و کیفیت خواب[۲۳]. لذا در یک طرح روان‌درمانی ویژه بیماران میگرن می‌توان این متغیرهای روان‌شناختی خطرساز را مورد مداخله قرار داد. این طرح روان‌درمانی ویژه بیماران میگرن در جدول شماره ۱ نشان داده‌شده است. برای بررسی روایی آن، از طرح‌های روان‌درمانی مورد تائید روان‌درمانگران در حوزه هر یک از عوامل روان‌شناختی خطرساز بهره گرفته شد. از نظر پنج متخصص روان‌درمانگر در حوزه رواندرمانی شناختی رفتاری و روان‌درمانی تلفیقی نیز استفاده شد. برای اجرای الگوی رواندرمانی ویژه بیماران میگرن، افراد گروه آزمایش در کنار دریافت مراقبت معمول پزشکی، به مدت ۸ جلسه ۲/۵ ساعته به صورت سه جلسه درمانی در هفته تحت مداخله قرار گرفتند؛ اما بیماران گروه کنترل در این مدت تنها مداخله معمول پزشکی را دریافت کردند. در پژوهش حاضر یک برنامه مداخله شناختی رفتاری گروهی کوتاه‌مدت طراحی و اجرا شد؛ که عوامل خطر قابل تعدیل چندگانه جسمی، روانی و اجتماعی را پیگیری می‌کرد و معطوف به کاهش عوامل خطرساز بیماری میگرن بود. این مداخله از ساختار گروه‌درمانی شناختی رفتاری تبعیت می‌کرد. ترتیب موضوعات جلسات بر اساس ادبیات تحقیق و ریشه‌ای‌تر بودن عوامل روان‌شناختی خطرساز منظم گردید.

در این مطالعه برای گرداوری داده از مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21) استفاده شد. این مقیاس توسط لوی باند و لوی باند طراحی‌شده و ۲۱ عبارت را در برمی‌گیرد[۲۴]. نمره‌گذاری این مقیاس در طیف چهاردرجه‌ای از هیچ‌وقت

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-13]

جدول ۱: خلاصه الگوی روان‌درمانی ویژه بیماران میگرنی

جلسات	محتوای جلسات
جلسه ۱	معارفه و قوانین: معارفه اعضا، آشنا کردن اعضا با ماهیت بیماری و نقش علل و عوامل روان‌شناختی در بروز و تشدید بیماری، معرفی کلی درمان گروهی شناختی-رفتاری، تعیین هدف‌ها و انتظارها، تأکید بر انجام تکالیف خانگی و مشاهده فایل‌های آموزشی تصویری، اخذ تعهد درمانی، تأکید به کاربرد دستاوردهای آموزشی از طریق تمرین در زندگی واقعی..
جلسه ۲	شخصیت: الگوهای شخصیتی و پنج عامل بزرگ؛ شناخت ویژگی‌های آن‌ها و نقش آن‌ها در آسیب‌شناسی بیماری‌های؛ پیامدهای رفتاری و هیجانی الگوهای شخصیتی؛ آموزش شیوه‌های مدیریت زمان؛ حل مسئله و تصمیم‌گیری؛ مدیریت خشم و ابراز قاطعانه و سالم خشم؛ آموزش خودکنترلی.
جلسه ۳	باورهای غیرمنطقی: آموزش تحریف‌های شناختی، طرح و به نقد کشاندن نگرش‌های ناکارآمد؛ تعریف و شرح ویژگی‌های افکار غیرمنطقی، شرح ویژگی‌های افراد دارای افکار غیرمنطقی و افراد دارای افکار کارآمد؛ شناسایی خود گویی منطقی و غیرمنطقی و تمرین جایگزینی افکار منطقی؛ ارائه راهکارهای مقابله با نگرش‌های ناکارآمد و جایگزینی افکار منطقی.
جلسه ۴	سبک زندگی و کیفیت خواب: آشنایی با سبک زندگی سالم و ابعاد آن، اهمیت خواب، چرخه‌های خواب، تنظیم ساعات خواب مناسب و ...
جلسه ۵	تنیدگی و روش‌های مقابله‌ای: تأثیر تنیدگی و اضطراب بر بیماری، فنون شناسایی تنیدگی و اضطراب، آشنایی با شیوه‌های مقابله با استرس؛ ارائه تمرین تنفس؛ مهارت‌های بین فردی و اجتماعی؛ عزت‌نفس و حرمت خود؛ آموزش سه سبک‌رفتاری منفعلانه، جرات ورزانه و پرخاشگرانه در موقعیت ارتباطی، شناسایی افکار اضطراب زا، فنون شناختی برای به چالش کشیدن افکار اضطراب زا، ارائه تفسیرهای جایگزین، بررسی شواهد و احتمالات.
جلسه ۶	حمایت اجتماعی: روابط بین فردی گذشته و روابط کنونی، تغییر انتظارات منفی ارتباطی، مشکلات بین‌فردی انفعال، عدم قاطعیت، ترس از مخالفت. افزایش مهارت‌های بین فردی ابراز نیازها و احساسات و ارائه بازخورد به واکنش‌های دیگران. آگاهی، پذیرش و تحمل احساسات خود در تعامل اجتماعی.
جلسه ۷	افسردگی و حالات خلقی: شناخت نشانه‌های افسردگی و نقش آن در بیماری؛ افکار خود آیند منفی همراه با احساس‌های ناخوشایند؛ آموزش تن آرامی، تمرین تنفس، الگوی ABCD
جلسه ۸	جمع‌بندی: جمع‌بندی و مرور، بازخورد از بیماران و اجرای پس‌آزمون

(صفر) تا همیشه[۳] صورت می‌گیرد. نمرات بالاتر در هر خرده مقیاس نشان‌دهنده وضعیت نامطلوب‌تر فرد در آن خرده مقیاس است و بالعکس. روایی و پایایی این مقیاس در مطالعه اصلی از طریق همبستگی میان نمرات آن با آزمون‌های افسردگی و استرس به تأیید رسیده و آلفای کرونباخ ۰/۸۴ تا ۰/۹۱ برای آن گزارش شده است ۳۳ این مقیاس توسط صاحبی و همکاران بر روی نمونه‌ای از دانشجویان ایرانی اجرا شده و روایی عاملی اکتشافی و نیز روایی ملاکی آن با اجرای همزمان آزمون افسردگی بک (r=۰/۷۰)، اضطراب زانگ (r=۰/۶۷) و استرس ادراک شده (r=۰/۴۹) مورد بررسی قرار گرفته و به تأیید رسیده است. پایایی زیر مقیاس‌ها نیز از ۰/۷۷ تا ۰/۷۹ گزارش شد[۲۵].

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-13]

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

داده‌های به دست آمده با استفاده از آمار توصیفی میانگین و انحراف استاندارد و آمار استنباطی تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکوا) در SPSS.۱۸ مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

تمامی شرکت کنندگان پژوهش زن بودند. در گروه آزمایش ۴ نفر مجرد و ۱۱ نفر متأهل و در گروه کنترل ۳ نفر مجرد و ۱۲ نفر متأهل بودند. میانگین سنی گروه آزمایش ۳۴/۴۱ و میانگین سنی گروه کنترل ۳۲/۱۱ بود. میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون- پس‌آزمون متغیرهای پژوهش دو گروه آزمایش و کنترل در جدول شماره ۲ ارائه‌شده است. همچنین در این جدول نتایج آزمون کالموگروف- اسمیرنف (K-S Z) برای بررسی نرمال بودن متغیرها در گروه‌ها گزارش شده است. با توجه به این جدول آماره Z آزمون کالموگروف- اسمیرنف برای تمامی متغیرها معنی‌دار نمی‌باشد. لذا می‌توان نتیجه گرفت که توزیع این متغیرها نرمال می‌باشد.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی افسردگی، اضطراب و تنیدگی در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	وضعیت	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	K-S Z	p
افسردگی	پیش‌آزمون	آزمایش	۹/۳۲	۱/۰۱	۰/۴۸	۰/۹۷
		کنترل	۱۰/۱۱	۱/۳۰	۰/۵۰	۰/۹۵
	پس‌آزمون	آزمایش	۶/۶۵	۱/۴۳	۰/۵۳	۰/۹۳
		کنترل	۱۰/۹۸	۱/۰۵	۰/۶۷	۰/۷۵
اضطراب	پیش‌آزمون	آزمایش	۸/۲۶	۱/۵۳	۰/۷۳	۰/۶۵
		کنترل	۹/۱۳	۱/۸۰	۰/۵۳	۰/۹۳
	پس‌آزمون	آزمایش	۴/۷۶	۱/۳۹	۰/۸۹	۰/۴۰
		کنترل	۹/۷۹	۲/۰۱	۰/۵۱	۰/۹۵
استرس	پیش‌آزمون	آزمایش	۹/۵۱	۱/۰۴	۰/۳۴	۱
		کنترل	۹/۳۹	۱/۱۹	/۵۰	۰/۹۶
	پس‌آزمون	آزمایش	۶/۱۳	۱/۹۰	۰/۴۹	۰/۹۶
		کنترل	۹/۱۰	۱/۹۴	۰/۴۶	۰/۹۸

برای بررسی تأثیر رواندرمانی ویژه بیماران میگرن بر مشکلات روان‌شناختی (افسردگی، اضطراب و استرس) این بیماران از تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد. نتایج آزمون بررسی همگنی شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون مشکلات روان‌شناختی در گروه آزمایش و کنترل، نشان داد که شیب رگرسیون در هر دو گروه برابر است ($F_{۲۴،۳}$=۲/۲۳ ،P>۰/۰۵). نتایج آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها نشان داد که واریانس متغیر افسردگی ($F_{۲۸،۱}$=۲/۱۰ ،P>۰/۰۵)، اضطراب ($F_{۲۸،۱}$=۲/۰۹ ،P>۰/۰۵) و استرس ($F_{۲۸،۱}$=۰/۱۷ ،P>۰/۰۵) در گروه‌ها برابر است. نتایج آزمون باکس برای بررسی ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه آزمایش و کنترل

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-13]

نیـز نشـان داد کـه ماتریـس کوواریانـس متغیرهـای وابسـته در دو گـروه برابـر اسـت (P>۰/۰۵، F =۰/۵۸، Box M =۳/۹۹). پـس از بررسـی پیش‌فرض‌هـای تحلیـل کوواریانـس چنـد متغیـری، نتایـج آزمـون نشـان داد کـه بیـن دو گـروه در مؤلفه‌هـای مشـکلات روان‌شـناختی (افسـردگی، اضطـراب و اسـترس) تفـاوت معنـی‌داری وجـود دارد (۰/۷۰ =لامبـدای ویلکـز، P>۰/۰۰۱، $F_{۲,۳۵}$ =۲۳/۱۴). بـرای بررسـی تفـاوت معنـی‌داری تـک تـک مؤلفه‌هـای مشـکلات روان‌شـناختی (افسـردگی، اضطـراب و اسـترس) در دو گـروه آزمایـش و کنتـرل، در جـدول شـماره ۳ نتایـج اثـرات بیـن آزمودنـی گـزارش شـده اسـت.

جدول ۳: اثرات بین آزمودنی تحلیل کوواریانس چند متغیره در متغیرهای افسردگی، اضطراب و استرس

متغیر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	Sig
افسردگی	۵۲/۱۱	۱	۵۲/۱۱	۳۲/۱۱	۰/۰۰۱
اضطراب	۸۶/۰۱	۱	۸۶/۰۱	۳۷/۰۹	۰/۰۰۱
استرس	۴۱/۱۴	۱	۴۱/۱۴	۲۱/۳۹	۰/۰۰۱

بـا توجـه بـه جـدول شـماره ۳ آمـاره F بـرای همـه متغیرهـای افسـردگی، اضطـراب و اسـترس در سـطح ۰/۰۰۱ معنـی‌دار می‌باشـد. ایـن یافتههـا نشـانگر آن هسـتند کـه بیـن گروه‌هـا در ایـن متغیرهـا تفـاوت معنـی‌داری وجـود دارد. بـا توجـه بـه نتایـج منـدرج در جـدول شـماره ۱ کـه نشـان‌دهنده میانگین‌هـای کمتـر گـروه آزمایـش در مرحلـه پس‌آزمـون در مقایسـه بـا گـروه کنتـرل در متغیرهـای افسـردگی، اضطـراب و اسـترس اسـت، می‌تـوان نتیجـه گرفـت تفـاوت معنـی‌دار در ایـن متغیرهـا در بیـن گـروه آزمایـش و کنتـرل بـه نفـع گـروه آزمایـش اسـت و افـرادی کـه در گـروه آزمایـش قـرار داشـتند و رواندرمانـی ویـژه بیمـاران میگـرن دریافـت کـرده بودنـد در مقایسـه بـا گـروه کنتـرل کـه همچنیـن آموزشـی دریافـت نکـرده بودنـد از افسـردگی، اضطـراب و اسـترس کمتـری برخـوردار شـدند؛ بنابرایـن رواندرمانـی ویـژه بیمـاران میگـرن تأثیـر مثبتـی بـر مشـکلات روان‌شـناختی بیمـاران میگـرن داشـته اسـت.

بحث

پژوهـش حاضـر بـا هـدف بررسـی اثربخـش الگـوی رواندرمانـی ویـژه بیمـاران میگـرن بـر مشـکلات روان‌شـناختی آن‌هـا بـود. نتایـج حاصـل از تحلیـل کوواریانـس چنـد متغیـره نشـان داد کـه الگـوی رواندرمانـی ویـژه بیمـاران میگـرن تأثیـر مثبتـی بـر مشـکلات روان‌شـناختی بیمـاران میگـرن داشـته اسـت؛ بـه طـوری کـه افـراد گـروه آزمایـش در مقایسـه بـا گـروه کنتـرل کـه هیچ‌گونـه آزمایشـی دریافـت نکـرده بودنـد در مرحلـه پس‌آزمـون، افسـردگی، اضطـراب و اسـترس کمتـری داشـتند. بـا توجـه بـه اینکـه رواندرمانـی ویـژه میگـرن از اصـول و تکنیک‌هـای شـناختی رفتـاری تبعیـت می‌کنـد و بـر بسـیاری از اصـول آن تأکیـد دارد، بنابرایـن یافته‌هـای ایـن پژوهـش را می‌تـوان همسـو بـا نتایـج پژوهش‌هایـی دانسـت کـه نشـان داده اسـت روان‌درمانی‌هـای شـناختی- رفتـاری و گروه‌درمانی‌هـای شـناختی بـر مشـکلات روان‌شـناختی بیمـاران میگـرن اثربخـش اسـت، از جملـه ایـن پژوهش‌هـا می‌تـوان بـه نتایـج پژوهش‌هـای منصـوری شـاد و همـکاران[۲۶]؛ هریـس و همـکاران[۲۷]، تـورن و همـکاران(28) و دانـای سـیج[۲۹] اشـاره نمـود.

در تبییـن نتایـج حاصـل می‌تـوان بـه ایـن نکتـه اشـاره نمـود کـه روان‌درمانـی ویـژه بیمـاران میگـرن بـا تأکیـد بـر

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-13]

عناصر درمان شناختی رفتاری که مشکلات روان‌شناختی افسردگی، اضطراب و استرس را ناشی از تمایل منفی در فرایند پردازش اطلاعات که نتیجه‌ای از تحریف تفسیرها از خود، محیط و آینده است و با باورهای ناسازگارانه‌ای که به‌وسیله فرد برانگیخته می‌شود، ارتباط دارد، تأکید می‌کند[۳۰]. همچنین این رویکرد درمانی اسناد درونی و بیرونی، افکار خودآیند منفی، تفسیرهای منفی، باورهای غیرمنطقی و تحریف‌های شناختی را موردنظر قرار می‌دهد[۳۱]. فنون رواندرمانی ویژه بیماران میگرنی با استفاده از روشهای مختلف تلاش نمود تا با استفاده از فنون مختلف چهارچوب درمان شناختی رفتاری را در جهت کاهش مشکلات روان‌شناختی بیماران میگرن بکار گیرد، تعدادی از این فنون عبارت بودند از: افزایش آگاهی و دانش در مورد ماهیت بیماری، آموزش تنفس عمیق و آهسته جهت بهتر نفس کشیدن در هنگام تنگی نفس و سردرد، صحبت راجع به محدودیت‌های بیماری و احساسات افراد در این مورد، چگونگی یادگیری مهارت‌های مقابله سازگار، انجام آرمیدگی، آموزش انجام فعالیت‌هایی جایگزین فعالیت‌های محدودکننده بیماری، کار بر روی شناخت‌ها و تفکرات منفی به‌ویژه راجع به بیماری و اثرات آن، آموزش استفاده از منابع حمایتی و اجتماعی، آموزش مهارت‌های حل مسئله و جرأت ورزی[۳۲]. همچنین حضور در جمع همسالانی که این مشکلات روان‌شناختی را تجربه می‌کنند و مبتلا به بیماری هستند، از حس متفاوت بودن نسبت به دیگران می‌کاهد و باعث می‌شود تا افراد از تجربیات یکدیگر در برخورد با مسائل نیز موضوعاتی را یاد بگیرند. استفاده از روش‌های فوق احتمالاً از طریق تغییر دیدگاه افراد راجع به بیماری و روند زندگی خود، منجر به کاهش افسردگی، اضطراب و استرس در این افراد گردیده است[۳۱].

در این روش درمانی، درمانگر با به چالش کشیدن افکار منفی، برنامه‌ریزی برای رسیدن به اهداف را تقویت کرده تا از این شیوه افسردگی، اضطراب و تنیدگی را کاهش دهد. علاوه بر این، آسیب شدید در قدرت منطق، قضاوت، ارزیابی واقعیت‌ها و بی‌کفایتی و عدم جرأت‌ورزی و در نتیجه ناتوانی در انتخاب شیوه‌های عقلی و عملی به‌منظور رفع مشکلات، ازجمله ویژگی‌ها و عوامل افسردگی و اضطراب و تنیدگی هستند[۳۳] که در رواندرمانی ویژه بیماران میگرنی مورد تعدیل و بازسازی قرار می‌گیرند. از طرف دیگر، در پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی رواندرمانی ویژه بیماران میگرنی بر بهبود میزان باورهای غیرمنطقی، ویژگی‌های شخصیتی، تنظیم هیجانی و راهبردهای مقابله‌ای و کیفیت خواب در بیماران میگرنی پرداخته شد و این دامنه وسیع متغیرهای روان‌شناختی می‌توانند به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم افسردگی، اضطراب و استرس را در این بیماران کاهش دهند.

نتیجه‌گیری

درمجموع نتایج این پژوهش بیانگر تأثیر رواندرمانی ویژه میگرن بر تعدادی از مشکلات روان‌شناختی (افسردگی، اضطراب و استرس) بیماران میگرن بود. این رواندرمانی با توجه به اینکه براساس مرور نظام‌مند مشکلات روان‌شناختی این بیماران را در وهله اول مشخص کرده و در وهله دوم به بررسی بهبود این مشکلات در قالب یک الگوی رواندرمانی پرداخته است، می‌تواند تلویحات درمانی و آموزشی فراوانی در حوزه آسیب‌شناسی و درمان این بیماری داشته باشد.

محدودیتها و پیشنهادات

علی‌رغم نتایج کاربردی که از این پژوهش قابل استنباط است، اما پژوهش حاضر همچون سایر پژوهش‌ها از محدودیت‌هایی نیز برخوردار بوده است. استفاده از ابزار خودگزارشدهی جهت سنجش میزان افسردگی، استرس و اضطراب، به‌ویژه به علت اینکه تعدادی از آزمودنی‌ها از تحصیلات پایین برخوردار بودند، یکی از این مشکلات بود. به نظر میرسد استفاده از ابزارهای دیگر مانند مصاحبه جهت سنجش مشکلات روان‌شناختی می‌تواند کمک شایانی کند. علاوه بر این، محدود بودن حجم

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-13]

نمونـه پژوهـش بـه بیمـاران میگـرن زن شـهر زاهـدان، امـکان تعمیم‌دهـی نتایـج را بـه بیمـاران سـایر مناطـق کشـور بـا محدودیـت مواجـه می‌سـازد. پیشـنهاد می‌شـود در پژوهش‌هـای آتـی از نمونه‌هـای متنوع‌تـری بـرای انجـام پژوهـش مشـابه اسـتفاده نمـود و همچنیـن اثربخشـی روان‌درمانـی ویـژه میگرن را بـر سـایر مشـکلات مبتلایـان بـه میگـرن ماننـد افزایـش اعتمادبه‌نفـس و سـرمایه‌های روان‌شـناختی مـورد بررسـی قـرار داد.

تقدیر و تشکر

نویسـندگان از تمـام بیمـاران شـرکت‌کننده در پژوهـش و همچنیـن روسـا و کارکنـان بیمارسـتان خاتـم الانبیـا شـهر زاهـدان، به‌پـاس همـکاری بی‌دریـغ شـان تشـکر می‌نماینـد. لازم بـه ذکـر هسـت کـه مطالعـه حاضـر بـا کـد ۳۳۰ در کمیتـه اخـلاق دانشـکده علـوم تربیتـی و روانشناسـی دانشـگاه فردوسـی مشـهد بـه ثبـت رسـیده اسـت.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-13]

References

1. Wells RE, Burch R, Paulsen RH, Wayne PM, Houle TT, Loder E. Meditation for migraines: a pilot randomized controlled trial. Headache: The Journal of Head and Face Pain. 2014; 54 (9):1484-95.
2. Saper JR, Dodick DW, Silberstein SD, McCarville S, Sun M, Goadsby PJ. Occipital nerve stimulation for the treatment of intractable chronic migraine headache: ONSTIM feasibility study. Cephalalgia. 2011; 31(3):271-85.
3. Yadav RK, Kalita J, Misra UK. A study of triggers of migraine in India. Pain Medicine. 2010; 11(1):44-7.
4. Martin PR. Behavioral management of migraine headache triggers: learning to cope with triggers. Current pain and headache reports. 2010; 14(3):221-7.
5. de Tommaso M, Federici A, Loiacono A, Delussi M, Todarello O. Personality profiles and coping styles in migraine patients with fibromyalgia comorbidity. Comprehensive Psychiatry. 2014; 55(1):80-6.
6. Edvinsson L, Villalón CM, MaassenVanDenBrink A. Basic mechanisms of migraine and its acute treatment. Pharmacology & therapeutics. 2012; 136(3):319-33.
7. Nozari A, Dilekoz E, Sukhotinsky I, Stein T, Eikermann-Haerter K, Liu C, Wang Y, Frosch MP, Waeber C, Ayata C, Moskowitz MA. Microemboli may link spreading depression, migraine aura, and patent foramen ovale. Annals of Neurology: Official Journal of the American Neurological Association and the Child Neurology Society. 2010; 67(2):221-9.
8. Breslau N, Schultz LR, Stewart WF, Lipton RB, Lucia VC, Welch KM. Headache and major depression is the association specific to migraine. Neurology. 2000; 54(2):308-318.
9. Baskin SM, Smitherman TA. Comorbidity between migraine and depression: update on traditional and alternative treatments. Neurological Sciences. 2011; 32(1):9-13.
10. Breslau N, Schultz L, Lipton R, Peterson E, Welch KM. Migraine headaches and suicide attempt. Headache: The Journal of Head and Face Pain. 2012; 52(5):723-31.
11. Bhugra D. Migration and mental health. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2004; 109(4):243-58.
12. Sauro KM, Becker WJ. The stress and migraine interaction. Headache: The journal of head and face pain. 2009; 49(9):1378-86.
13. Radat F, Mekies C, Géraud G, Valade D, Vivès E, Lucas C, Joubert JM, Lantéri-Minet M. Anxiety, stress and coping behaviours in primary care migraine patients: results of the SMILE study. Cephalalgia. 2008; 28(11):1115-25.
14. Balottin U, Ferri M, Racca M, Rossi M, Rossi G, Beghi E, Chiappedi M, Termine C. Psychotherapy versus usual care in pediatric migraine and tension-type headache: a single-blind controlled pilot study. Italian journal of pediatrics. 2014; 40(1):6-18.
15. Mikocka-Walus A, Bampton P, Hetzel D, Hughes P, Esterman A, Andrews JM. Cognitive-behavioural therapy has no effect on disease activity but improves quality of life in subgroups of patients with inflammatory bowel disease: a pilot randomised controlled trial. BMC gastroenterology. 2015; 15(1):54.
16. Narimani M, bagiyankoulemarz M, Mehdinejad moghadam B. The Comparison of Unlogicul Believes and Self-Skilfullness and Psychological Best Lining in Patients Who are Affected to Migraine and Healthy Person. QUARTERLY JOURNAL OF HEALTH PSYCHOLOGY, 2015; 4(13): 7-20. [Persian].
17. Chan JK, Consedine NS. Negative Affectivity, Emotion Regulation, and Coping in Migraine and Probable Migraine: A New Zealand Case–Control Study. International journal of behavioral medicine. 2014; 21(5):851-60.
18. Peymannia B, Moosavi E. The Comparison between

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-13]

Conceived Stress and Personality traits, in People Suffering from Migraine and Healthy People. JSSU. 2014; 22 (2):1069-1078. [Persian].

19. Blomkvist V, Hannerz J, Orth-Gomér K, Theorell T. Coping style and social support in women suffering from cluster headache or migraine. Psychotherapy and psychosomatics. 1997; 66(3):150-4.
20. Asadnia S, Sepehrianazar F, Mosarrezaii Aghdam A, Saadatmand S. COMPARISON OF SLEEP QUALITY AND MIGRAINE HEADACHES IN PEOPLE WITH PROPER AND IMPROPER AND POOR SLEEP. J Urmia Univ Med Sci. 2013; 23 (7):799-806[Persian].
21. Dueland AN, Leira R, Burke TA, Hillyer EV, Bolge S. The impact of migraine on work, family, and leisure among young women–a multinational study. Current medical research and opinion. 2004; 20(10):1595-604.
22. Gallagher RM, Kunkel R. Migraine medication attributes important for patient compliance: concerns about side effects may delay treatment. Headache: The Journal of Head and Face Pain. 2003; 43(1):36-43.
23. Azizi M, Agha-Mohammadiyan Shaarbaf HR, Mashhadi A, Asghari-Ebrahimabaad MJ. The Comparison of Psychological Status in People Suffering From Migraine With Healthy People. Journal of Sabzevar University of Medical Sciences. 2016; 23(4):706-13. [Persian].
24. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. Behaviour research and therapy. 1995; 33(3):335-43.
25. Sahebi A, Asghari MJ, Salari RS. Validation of depression anxiety and stress scale (DASS-21) for an Iranian population. J Iran Psychol. 2005; 4(1): 299-313. [Persian].
26. Mansourishad H, Togha M, Borjali A, Karimi R. Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive-Behavioral Therapy on Relieving Migraine Headaches. Archives of Neuroscience. 2017;4(4):24-36.
27. Harris P, Loveman E, Clegg A, Easton S, Berry N. Systematic review of cognitive behavioural therapy for the management of headaches and migraines in adults. British journal of pain. 2015; 9(4):213-24.
28. Thorn BE, Pence LB, Ward LC, Kilgo G, Clements KL, Cross TH, Davis AM, Tsui PW. A randomized clinical trial of targeted cognitive behavioral treatment to reduce catastrophizing in chronic headache sufferers. The Journal of Pain. 2007; 8(12):938-49.
29. Danae Sij Z, Dehghani Firoozabadi M, Sharifzade G. Effects of cognitive-behavioral stress management on depression, anxiety, and pain control in patients with migraine headaches. Mod Care J. 2014; 10 (3):157-164. [Persian].
30. van Beugen S, Ferwerda M, Hoeve D, Rovers MM, Spillekom-van Koulil S, van Middendorp H, Evers AW. Internet-based cognitive behavioral therapy for patients with chronic somatic conditions: a meta-analytic review. Journal of medical Internet research. 2014; 16(3). 254-69.
31. Agdal ML, Raadal M, Öst LG, Skaret E. Quality-of-life before and after cognitive behavioral therapy (CBT) in patients with intra-oral injection phobia. Acta Odontologica Scandinavica. 2012; 70(6):463-70.
32. Powers SW, Kashikar-Zuck SM, Allen JR, LeCates SL, Slater SK, Zafar M, Kabbouche MA, O'brien HL, Shenk CE, Rausch JR, Hershey AD. Cognitive behavioral therapy plus amitriptyline for chronic migraine in children and adolescents: a randomized clinical trial. Jama. 2013; 310(24):2622-30.
33. Dikmen PY, Yavuz BG, Aydinlar EI. The relationships between migraine, depression, anxiety, stress, and sleep disturbances. Acta Neurologica Belgica. 2015; 115(2):117-22.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-13]

Journal of Anesthesiology and Pain Autumn 2018, Vol 9, NO 1

Effectiveness of Migraine Specific Psychotherapy on measurements of a Patents' Psychological Problems

Masoumeh Azizi[1*]

1. Faculty Member in Department of Information Science, Zabol University, Zabol, Iran

ABSTRACT

Aims and background: Patients with migraine have been shown to have a high rate of psychological comorbidities such as depression, anxiety and stress. The aim of the paper was to study the effectiveness of migraine specific psychotherapy on the patents' ratings of their psychological problems.

Materials and methods: In this semi-experimental study with a pretest-posttest control group, 30 migraine patients were selected from Khatam-ol-Anbia hospital in Zahedan and randomly assigned into an experimental or a control group. The experimental group received special psychotherapy for migraine patients during 8 sessions of 2.5 hours each. The control group did not receive any intervention during the study period. Experiment and control groups completed the Depression Anxiety Stress scale (DASS_21) before and after the intervention. Data was analyzed by MANCOVA test using SPSS18.

Findings: The results of the data analysis showed that there was a significant difference between the mean scores of depression, anxiety and stress before and after treatment ($p < 0.001$). Therefore, the migraine specific psychotherapy was effective in decreasing the measurements of the of patents' psychological problems.

Conclusion: The migraine specific psychotherapy is effective in reducing psychological problem scores of migraine patents. Therefore, it is recommended as an effective therapy to improve mental health..

Keywords: Migraine, Depression Anxiety, Stress, Psychotherapy

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-13]

Please cite this paper as:
Azizi M, [Effectiveness of Migraine Specific Psychotherapy on the Patents' Psychological Problems(Persian)]. J Anesth Pain 2018;9(1):87-97.

Corresponding Author: Masoumeh Azizi, Faculty Member in Department of Information Science, Zabol University, Zabol, Iran.
Email: Masoumehazizi75@gmail.com