

◊ فصلنامه علمی □ پژوهشی زن و فرهنگ

سال سوم . شماره دهم . زمستان ۱۳۹۰

صفحات: ۵۲ - ۳۹

تاریخ وصول: ۱۳۹۰/۶/۱۷ - تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۹/۱۹

تأثیر آموزش تجسم هدایت یافته و تنش زدایی تدریجی بر سردرد و میزان ناتوانی ناشی از آن در زنان مبتلا به میگرن

سارا ساعدی*
شهنام ابوالقاسمی

چکیده

هدف از این تحقیق بررسی تأثیر آموزش تجسم هدایت یافته و تنش زدایی تدریجی بر سردرد و میزان ناتوانی ناشی از آن در زنان مبتلا به میگرن شهر اهواز بود. نمونه ای این پژوهش را ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به میگرن تشکیل می دادند که از بین جامعه مورد نظر با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب و در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل قرار گرفتند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش عبارت بودند از: تاریخچه میگرن بلانچارد، سنجش علائم سردرد میگرن نجریان و مقیاس سنجش ناتوانی ناشی از سردرد سجادی نژاد و همکاران. طرح پژوهش، تجربی و از نوع پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری بود. پس از انتخاب تصادفی گروه □ های آزمایشی و کنترل، ابتدا برای هر سه گروه، پیش آزمون اجرا گردید، سپس مداخله آزمایشی ۱ (آموزش تجسم هدایت یافته) و مداخله آزمایشی ۲ (آموزش تنش زدایی تدریجی) به گروه □ های آزمایش ارائه گردید و پس از اتمام برنامه آموزشی و همچنین در یک دوره پیگیری کوتاه مدت یک ماهه پس از آزمون گرفته شد. تجزیه و تحلیل داده □ ها به روش کواریانس چند متغیره (مانکوا) نشان داد آموزش تجسم هدایت یافته و تنش زدایی تدریجی در کاهش سردرد میگرن و همچنین کاهش ناتوانی ناشی از آن موثر و کارآمد است و این برتری در دوره پیگیری کوتاه مدت نیز باقی می ماند.

کلید واژگان: تجسم هدایت یافته، تنش زدایی تدریجی، سردرد، ناتوانی، میگرن

*مدرس دانشگاه پیام نور، مرکز سوسنگرد، ایران (نویسنده مسئول saedi.sa@yahoo.com).

** دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تنکابن، استادیار گروه روانشناسی، تنکابن، ایران.

مقدمه

سردرد یکی از شایع ترین ناراحتی های آدمی است که با افزایش سن، تواتر آن افزایش می یابد (ناش^۱ و همکاران، ۲۰۰۵). این عارضه شایعترین سندرم درد بوده (اولسن^۲، ۲۰۰۴) و فراوانی آن حتی از سرماخوردگی هم بیشتر است (موریلو^۳ و همکاران، ۲۰۰۵). امروزه بر اساس تحقیقات انجام گرفته در انجمن بین المللی سردرد IHS^۴، به نظر می رسد سردرد میگرن که به صورت یک طرفه و غالباً ضربان دار تظاهر می یابد (کاسپر و هاریسون^۵، ۲۰۰۵). یکی از شدیدترین سردردها با قدرت ناتوان کننده بالایی (رونالد^۶، ۲۰۰۵). میزان ناتوانی^۷ که سردرد میگرن در طی سال ایجاد می کند معادل یا حتی بیشتر از بیماریهای عمده بشر مانند فشارخون، سرطان پستان و آرتریت روماتوئید می باشد (ادمیدز^۸، به نقل از سولومن^۹ و دالوف^{۱۰}، ۲۰۰۰). عوارضی که سردرد میگرن به جا می گذارد فراوان و در عین حال مهم می باشند. از جمله می توان به اثر تخریبی سردرد در زندگی خانوادگی، ایجاد مزاحمت در رسیدگی و مراقبت کودکان، کاهش کیفیت زندگی (اورنیش^{۱۱}، ۲۰۰۵)، از دست دادن زمان مفید کاری (موریلو و همکاران، ۲۰۰۵)، ایجاد اختلال در فعالیت روزمره (رابین، پینزین، مک گوری و گرای^{۱۲}، ۲۰۰۵)، هزینه های مستقیم ناشی از درمان، دارو و در مواردی بستری در بیمارستان (اولسن، ۲۰۰۴) اشاره نمود. ناتوانی ناشی از سردرد بنا به تعریف سازندگان ابزار سنجش آن (جاکوبسن و همکاران^{۱۳}، 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 توانایی های خود است. فرد مبتلا به خطاهای شناختی، موقعیت های تهدیدآمیزتر از اندازه واقعی خود به شمار می آورد و توانمندی های خود برای رویارویی با تهدید را نیز کمتر از اندازه واقعی آن برآورد می کند و در نتیجه احساس ذهنی محدودتری دارد. کاهش این خطاها به کمک شناخت درمانی می تواند این احساس ذهنی و در نتیجه ناتوانی ناشی از سردرد را کمتر کند. درمان های روان شناختی استاندارد در زمینه سردرد، به دلیل اثرات ناخواسته سردرد بر زندگی روانشناختی بیمار و نقش استرس

1. Nash

2. olesen

3. Morillo

4. International Headache Society

5. Kasper & Harrisons

6. Ronwland

7. Disability

8. Edmeads

9. Solomon

10. Dahlof

11. Ornish

12. Rabin, Penzien, McCrory, & Gray

13. Jacobson

در راه اندازی و تشدید سردردها (دیویس، هولم، می یرز و سودا^{۱۴}، ۱۹۹۸)، از اواخر دهه ۱۹۷۰، مورد توجه قرار گرفته است (گاتی یر، ایورس و کریر^{۱۵}، ۱۹۹۶).

مطالعات متعدد و دقیقی که در این حوزه انجام شده است آموزش تن آرامی □ (که تنش زدایی تدریجی یکی از پر کاربرد ترین انواع آن است) و تجسم هدایت یافته را به عنوان معروفترین و مفیدترین این مداخلات اعلام کرده اند (پنزی^{۱۶} و همکاران، ۲۰۰۵).

آموزش تنش زدایی تدریجی، رویکردی سیستماتیک و مرحله به مرحله است که به افراد آموزش می دهد از پاسخ □ های فیزیولوژیکی بدنشان آگاه شوند و از این طریق به احساس آرامش شناختی و فیزیولوژیکی برسند. عده ای مکانیزم کلیدی این تکنیک را اکتساب یک پاسخ آرمیدگی می دانند که در تضاد با برانگیختگی خودمختار افراطی (که جزو مکانیزمهای اصلی در گیر در ایجاد و تشدید سردردهای میگرنی شناخته شده است) می □ باشد (کاسپر و هاریسون، ۲۰۰۵). شیوه تجسم هدایت یافته در درمان سردرد نیز از آنجا سرچشمه می □ گیرد که مشاهده شد قوه تخیل افراد می □ تواند راه انداز، تشدید کننده یا تداوم بخش حملات سردرد باشد و ناتوانی و آشفتگی همراه با سردرد را بیفزاید. این شیوه بر مولفه □ های شناختی و عاطفی سردرد متمرکز می □ شود (ماری^{۱۷}، ۲۰۱۰).

پنزی و همکاران (۲۰۰۵) عقیده دارد که در این شیوه □ ها، باورها و چشم داشت □ های بیمار درباره امکان کنترل درد به بحث گذاشته می شود و با آموختن مهارت □ هایی در زمینه کنترل استرس، مقابله موثر درد و راه □ های رویارویی مؤثرتر با موقعیت □ های مشکل آفرین، به تقویت حس خودکارآمدی بیمار می پردازند و از این راه می کوشند احساس ناتوانی آنها را کاهش داده و به بهبود خلق منفی کمک نماید.

نتایج مطالعات بارون، استوارد و تیپیر^{۱۸} (۲۰۱۰) در خصوص تاثیر آموزش تن آرامی □ و تن آرامی □ به همراه پسخوراند زیستی در درمان بزرگسالان مبتلا به میگرن نشان داد که هر دو گروه از نظر آماری، کاهش قابل توجهی در شدت، تعداد دفعات سردرد و در استفاده از دارو و مراقبت □ های پزشکی از خود نشان دادند. میوللی^{۱۹}، □ هال^{۲۰}، گلدشتاین^{۲۱} (۲۰۰۹) در مطالعه ای اثر بیوفیدبک و تن آرامی در درمان میگرن و سردرد تنشی بر شصت و چهار بیمار در سنین بین ۱۸-۵۵، که از سر درد به مدت بیش از یک سال رنج می □ بردند، نشان دادند که شدت و فراوانی سردرد ۴۸ درصد از بیماران گروه تن آرامی □ و ۳۵ درصد از بیماران گروه بیوفیدبک بعد از سه ماه کار آزمایشی، با کاهش معناداری همراه شده است.

14. Davis & Holm & Myers & Suada

15. Gauthier & Ivers & Ivers & Carrier

16. Penzien

17. Mary

18. Baron, Stewart & Tepper

19. Mullally

20. Hall

21. Goldstein

ون تیلبرگ^{۲۲} و همکاران (۲۰۰۷)، در پژوهشی که در خصوص اثر بخشی تصویر سازی ذهنی بر ۳۴ کودک مبتلا به درد شکمی انجام گرفت، نشان دادند استفاده از تصورات هدایت شونده در طول ۸ هفته به تنهایی منجر به کاهش فرکانس درد، طول مدت درد، غیبت مدرسه و افزایش کیفیت زندگی و کیفیت خواب شده است. همچنین بیماران بعد از استفاده از این تصورات در خانه، احتمال ابتلا به درد خود را از تقریباً ۳ برابر به نصف و یا بیشتر در مقایسه با کودکانی که تنها استاندارد مراقبت های پزشکی را دریافت کرده بودند، کاهش دادند. به این صورت که ۳۵ درصد از کودکان استفاده کننده از تصاویر ذهنی پس از اخذ این درمان دردی را حس نمی کردند در حالیکه تنها ۷ درصد از کودکان در گروه مراقبت های پزشکی، بی دردی را تجربه کردند.

پاپادلی^{۲۳} و همکاران (۲۰۰۷)، تاثیر تمرین تجسم هدایت یافته بر روی عملکرد شناختی- رفتاری و اندازه های فیزیولوژیکی را مورد بررسی قرار دادند. تجزیه و تحلیل داده ها نشان دادند که ضربان قلب و تعداد تنفس گروهی که تصویر سازی ذهنی انجام می دادند نسبت به گروه کنترل که در حالت استراحت بودند تفاوت معناداری را نشان می دهند و در این بررسی میزان اضطراب، ترس و نگرانی آنها کاهش یافته بود. هل روید و بلانچارد^{۲۴} (۲۰۰۷) از دانشگاه ایالتی نیویورک، موثر بودن آرام سازی و انبساط ماهیچه ای را در سردردهای مزمن، به طور آشکاری نشان داده اند. در این پژوهش بیماران مبتلا به سردرد مزمن به مدت دو ماه در ۱۰ جلسه انبساط ماهیچه ای یا آرام سازی عضلانی شرکت کردند. در پایان دوره درمان، ۹۶ درصد از بیماران از بهبود چشم گیر در تکرار، شدت و طول مدت سردرد خود برخوردار شدند.

این یونگ^{۲۵} و همکاران (۲۰۰۷) در مطالعات خود در خصوص آثار تجسم هدایت یافته به این نتیجه رسیده اند. علاوه بر اینکه تجسم هدایت یافته در کاستن از درد و رنج میگرن، شیمی درمانی و اضطراب روش موثری است، نزدیک به ۲۰ تا ۶۵ درصد از بیماران درمان پذیر نیز به سرعت نسبت به شرایط ایجاد شده توسط این روش، انعکاسی شرطی پیدا می کنند.

منزیس^{۲۶} (۲۰۰۶)، تحقیقی را روی اشخاص مبتلا به فیبرومیالوژیا (یک نوع بیماری روان- تنی که موجب درد در قسمت های مختلف بدن می شود) انجام داد. این محقق نشان داد که استفاده از روش تصویر سازی ذهنی می تواند وضعیت عملکردی و حتی خودکارایی بیماران را برای مدیریت، کنترل درد و افزایش روحیه و اراده آنها برای انجام دادن کارها در زندگی روزانه بهبود بخشد. دیوین و بلانچارد^{۲۷} (۲۰۰۵) در یک آزمایش درمانی که افراد در آن از طریق اینترنت، آموزش تنش زدایی همراه با پسخوراند زیستی را جهت کنترل استرس خود و در نهایت کاهش میگرن آموختند، دریافتند پس از دوره آزمایش، ۳۹ درصد از

22. VanTilburg

23. Papdelisa

24. Holroyd.k & Blanchard

25. Eun-young

26. Menzies

27. Devineni & Blanchard

شرکت کنندگان و پس از دو ماه، ۴۷ درصد از آنها کاهش قابل توجهی در میزان میگرن خود داشتند. همچنین مطالعات موردی (بالینی) آخ باخ^{۲۸} (۲۰۰۴) نشان می‌دهند که استفاده از روش تصویر سازی ذهنی می‌تواند باعث کنترل درد، راحتی خواب و ایجاد آرامش در بیماران و همچنین به بهبود رابطه وی با اطرافیانش کمک گردد. اجرای این تکنیک در هر روز موجب بالا رفتن سطح اعتماد به نفس و افزایش سلامتی روانی فرد شده، حتی افراد بیمار می‌توانند بهتر به بیان منظور خود بپردازند و ارتباط خوبی با دیگران برقرار کنند.

آستین^{۲۹} (۲۰۰۴) با بررسی اثر تن آرامی و بیوفیدبک حرارتی در میگرن کشف کرد که استفاده از بیوفیدبک حرارتی بهتر از تن آرامی و استفاده از تن آرامی بهتر از درمان دارویی است. همچنین در بررسی مطالعات مربوط به تاثیر تجسم هدایت یافته در درمان سردردهای تنشی، رید و گرات (۱۹۹۶) در پژوهشی که در این باره انجام داده اند به این نتیجه رسیدند که استفاده از تصاویر هدایت شده ذهنی به عنوان درمان کمکی، می‌تواند راه مقرون به صرفه برای کاهش فرکانس، طول مدت و شدت سردرد باشد.

به علاوه نتایج تحقیقی که با هدف بررسی ۱۰ جلسه اثربخشی پسخوراند زیستی و تنش زدایی عضلانی بر سه نوع سردرد (سردرد مزمن تنشی، میگرن و خوشه ای)، در ۹۱ بیمار ۱۸ الی ۶۸ ساله انجام گرفت، نشان داد استفاده از تنش زدایی عضلانی به تنهایی در کلیه انواع سردرد ها بسیار مفید بوده و تا حدودی کاهش قابل توجهی در فعالیت سردرد (حملات و شدت سردرد) داشته است. همچنین محقق پس از انجام تجزیه و تحلیل های آماری، به این نتیجه رسید که استفاده بیوفیدبک حرارتی برای سردرد عروقی (میگرن) و بیوفیدبک الکترومیوگرافی فروتال برای سردرد تنشی، روشهای مناسبی برای دریافت پاسخ مطلوب در جهت مدیریت سردرد می‌باشند (بلانچارد^{۳۰}، ۱۹۸۵).

کیقبادی و اسدی نوقابی (۱۳۷۹) در بررسی اثر تن آرامی بر دفعات وقوع و شدت سردردهای میگرنی دریافتند که میانگین دفعات وقوع سردرد و شدت سردرد قبل از انجام تن آرامی به طور معنی داری بیشتر از بعد از انجام تن آرامی بوده است، یعنی تن آرامی باعث کاهش دفعات وقوع سردرد ($p < 0/001$) و کاهش شدت سردرد میگرنی ($p < 0/001$) شده است. در مطالعه دیگری که محققین درصدد مقایسه اثربخشی پسخوراند زیستی و تصویر سازی ذهنی در افزایش درجه حرارت انگشت (تکنیکی که می‌توان به راحتی باعث تسکین سردرد میگرن می‌شود) بودند. پس از ۱۵ جلسه ۵ دقیقه ای بر ۱۲ داوطلب که طی آن ارائه محرک به دقت کنترل شده بود، به این نتیجه رسیدند داوطلبانی که در گروه بیوفیدبک حضور داشتند نسبت به داوطلبانی که در گروه تصویر سازی ذهنی قرار داشتند، به سرعت توانایی افزایش درجه حرارت انگشت را پیدا نمودند (جیلسپای^{۳۱} و پک^{۳۲}، ۱۹۸۰؛ به نقل از رسول زاده طباطبایی، ۱۳۷۵).

28. Achenbac

29. Astin

30. Blanchard

31. Gillespie

32. Peck

منیکس، چندیوکار و رایبیکال^{۳۳} (۱۹۹۹) با بررسی ۲۶۰ بیمار مبتلا به سردرد تنشی دریافتند که تعلیم تصویر سازی ذهنی می تواند در درمان سردرد بویژه فرکانس آن نقش موثری داشته باشد. همچنین الاکوا^{۳۴} (۱۹۹۴) در پژوهش دیگری کارآمدی تصور هدایت شده را همراه با پس خوراند زیستی در درمان سردرد میگرنی مقایسه کرد. او دریافت که هیچ یک از این دو روش چه به تنهایی و چه به همراه با یکدیگر تاثیری در فراوانی میگرنها ندارد، ولی شرکت کنندگانی که تصور هدایت شده را دریافت کرده بودند گزارش کردند که بیش از کسانی که پس خوراند زیستی یا ترکیبی از پس خوراند زیستی و تصور هدایت شده برخوردار شده بودند توانایی مقابله با درد را داشتند.

علاوه بر این مطالعات انجل و دیگران (۱۹۹۰، نقل از جان بزرگی، ۱۳۷۸) نشان داد که آموزش تنش زدایی همراه با پسخوراند زیستی علاوه بر مهار و تنظیم حرارت بدن بیماران، حملات سردرد آنها را (چه تنشی و چه میگرنی) نیز تا ۵۷ درصد تقلیل می دهد. افزون بر این، بیمارانی که مهارت بیشتری در کنترل تنش عضلانی یا درجه حرارت پوست از راه استفاده از بازخورد زیستی از خود نشان دادند بیشتر از بیمارانی که در این کار توانایی زیادی نداشتند قادر به کاهش سردردهای میگرنی خود بودند.

بلانچارد و آندراسیک^{۳۵} (۱۹۸۵) در بررسی دیگر خود به این نتیجه دست یافتند که پسخوراند زیستی به تنهایی منجر به ۵۲ درصد بهبودی در سردردهای میگرنی (شدت- علت) و با پسخوراند زیستی همراه با آموزش آرامش عضلانی ۶۵ درصد بهبودی حاصل می گردد.

رسولزاده طباطبایی (۱۳۷۷) در تحقیقات خود نشان داد که آرامش عضلانی همراه با پسخوراند حرارتی در کاهش تعداد و مدت میگرن موثرتر از دارودرمانگری است و این برتری در دوره پیگیری نیز باقی می ماند. جان بزرگی (۱۳۷۸) در تحقیقات خود نشان داد که افرادی که تحت درمانگری با شیوه تن آرامی^{۳۶} به همراه بیوفیدبک حرارتی قرار گرفتند توانسته اند به طور معنی داری مدت، شدت و تعداد حمله های سردردی خود را تقلیل دهند. با توجه به مطالب فوق و نقش ارزنده تجسم هدایت یافته و تنش زدایی تدریجی بر سلامت جسمانی، روانی و آثار الیتام بخش به خصوص در بیماران میگرنی، هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی تجسم هدایت یافته و تنش زدایی تدریجی در کاهش سردرد میگرن و ناتوانی ناشی از سردرد است.

روش پژوهش

این پژوهش، از نوع تجربی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری است. در این طرح، که از سه گروه (دو گروه تجربی و یک گروه کنترل) تشکیل می شود، فرم پیش آزمون برای سه گروه اجرا و سپس فرم پس آزمون پس از اعمال مداخله در این پژوهش و همچنین پس از یک دوره پیگیری کوتاه مدت یک ماهه اجرا شد.

33. Mannix, Chandurkar, & Rybicki

34. Ilaque

35. Blanchard & Andrasik

نمونه آماری این پژوهش شامل ۳۰ نفر از زنان مبتلا به سردرد میگرن بود که به دو مرکز از پیش تعیین شده (کلینک نورولوژی بیمارستان نفت و درمانگاه خانواده صنایع فولاد ایران در اهواز) مراجعه کرده و به وسیله یک متخصص مغز و اعصاب، بیماری میگرن آنها تأیید شده بود. این تعداد نمونه به صورت تصادفی ساده به سه گروه ۱۰ نفره (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) گمارده شدند.

ملاکهای حضور در نمونه عبارت بودند از (۱) تشخیص ابتلا به سردرد میگرن مزمن توسط روانپزشک و متخصص مغز و اعصاب بر اساس معیارهای جامعه بین المللی سردرد^{۳۶} (۲۰۰۴)، (۲) دامنه سنی بین ۱۸ سال تا ۴۲ سال، (۳) داشتن حداقل سواد و خواندن (۴) داشتن بهره هوشی متوسط و یا رو به بالا. همچنین، ملاکهای عدم حضور در نمونه عبارت بودند از (۱) ابتلا به یکی از بیماریهای جسمانی شدید، اختلال^{۳۷} های عصب شناختی وخیم (۲) عدم تمایل به ادامه درمان (۳) بروز افکار خودکشی و احتمال خودکشی که نیاز به مداخله اضطراری را ایجاد می^{۳۸} کنند.

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش عبارت بودند از:

پرسشنامه سنجش علائم سردرد میگرن در دانشجویان: این پرسشنامه یک مقیاس ۲۵ سوالی است که به وسیله تحلیل عوامل نجاریان (۱۳۷۶) در یک نمونه ۳۸۲ نفری از دانشجویان دانشگاه^{۳۸} های شهید چمران و آزاد اسلامی^{۳۹} واحد اهواز ساخت و اعتبار یابی شده است. ماده^{۴۰} های اولیه آن بر اساس متون روانشناسی و پزشکی و ماده^{۴۱} های ذریب در مقیاس^{۴۲} های^{۴۳} AAI, MMPI, HADS^{۴۴} تهیه گردید. ماده^{۴۵} های این مقیاس دارای چهار گزینه هرگز، بندرت، گاهی اوقات و اغلب اوقات می^{۴۶} باشد. آزمودنی^{۴۷} ها یکی از گزینه^{۴۸} ها را انتخاب کرده و علامت می^{۴۹} زنند. سپس گزینه^{۵۰} ها به ترتیب بر اساس مقادیر ۱، ۲، ۳ و ۴ نمره گذاری می^{۵۱} شوند. نجاریان ضریب پایایی این پرسشنامه را با روش بازآزمایی و همسانی درونی برای کل آزمودنیها^{۵۲} $r=0/80$ تعیین کرد. همچنین وی برای سنجش اعتبار از اجرای همزمان این مقیاس با پرسشنامه اضطراب افسردگی و پرسشنامه AAI استفاده کرد که نتایج این همبستگی به ترتیب ۰/۴۶، ۰/۴۱ و ۰/۴۴ مشخص شد. در تحقیق حاضر برای تعیین پایایی پرسشنامه سنجش علائم سردرد میگرن از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که که برای کل پرسشنامه برابر با ۰/۷۸ می^{۵۳} باشد. برای تعیین اعتبار نیز از روش اجرای همزمان این مقیاس با پرسشنامه ناتوانی ناشی از سردرد استفاده شده که نتایج این همبستگی ($p=0/0001$) و $r=0/78$) نشان داد که پرسشنامه فوق از اعتبار لازم برخوردار می^{۵۴} باشد.

پرسشنامه ناتوانی ناشی از سردرد: این پرسشنامه توسط جاکسون و همکاران (۱۹۹۴) تهیه و شاخص^{۵۵} های آن توسط سجادی نژاد و همکاران (۱۳۸۶) جهت استفاده در جامعه ایرانی اعتبار یابی شده است. این پرسشنامه مشکلاتی را که فرد در اثر سردرد تجربه می^{۵۶} کند، مورد سنجش قرار می^{۵۷} دهد. این مشکلات در دو بعد عاطفی و کارکردی متمایز

³⁶. International Classification of Headache Disorders-II

³⁷. Minnesota Multiphasic personality inventory (MMPI)

³⁸. Hospital-Anxiety-Depression scale

³⁹. Ahvaz Aggression inventory

می □ گردد. بعد عاطفی از ۱۰ ماده و بعد کارکردی از ۱۲ ماده تشکیل شده است. در بعد عاطفی، احساسات ناخوشایند ناشی از سردرد (خشم، ناامیدی، نگرانی، اضطراب و...) و در بعد کارکردی، محدودیت □هایی که سردرد در فعالیت □ها و زندگی شخصی و اجتماعی بیمار ایجاد می □ کند، مورد ارزیابی قرار می □ گیرند. آزمودنی به هر سوال با یکی از عبارتهای بله، گاهی اوقات و خیر پاسخ می □ دهد. سپس گزینه □ها به ترتیب بر اساس مقادیر ۰،۲،۴، نمره گذاری می □ شوند. این ابزار از اعتبار و روایی بسیار مطلوبی برخوردار است. سجادی نژاد ضریب پایایی این پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ برای کل آزمون، عامل عاطفی و عامل کارکردی به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۶۸ و ۰/۸۳ تعیین کرد. همچنین وی برای سنجش اعتبار از اجرای همزمان این مقیاس با پرسشنامه SCL-25^{۴۰} استفاده کرد که ضریب همبستگی نمرات آسیب روانی عمومی □ در مقیاس SCL-25 با نمره کل ۰/۶۱ و نمره خرده مقیاس عاطفی ۰/۵۱ و خرده مقیاس کارکردی ۰/۵۵ به دست آمد. که همه ضرایب معنی داری بودند ($p=0/01$). در تحقیق حاضر برای تعیین پایایی پرسشنامه ناتوانی ناشی از سردرد از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برای کل پرسشنامه، عامل عاطفی و عامل کارکردی به ترتیب برابر با ۰/۸۸، ۰/۷۸ و ۰/۸۶ می □ باشد. همچنین برای سنجش اعتبار از اجرای همزمان این مقیاس با پرسشنامه، سنجش علایم سردرد میگردن استفاده شد که ضریب همبستگی نمرات آن با نمره کل ۰/۷۸ و نمره خرده مقیاس عاطفی ۰/۵۷ و خرده مقیاس کارکردی ۰/۵۳ به دست آمد. که همه ضرایب معنی داری بودند ($p=0/0001$).

روش اجرای تحقیق

روش اجرای تحقیق در این پژوهش به این ترتیب بود که پس از تعیین نمونه ای از جامعه بیماران مبتلا به سردرد میگردن که به طور کاملاً تصادفی انتخاب و به سه گروه (دو گروه تجربی و گروه کنترل) تقسیم شدند، سپس از هر سه گروه پیش آزمون به عمل آمد. سپس متغیر مستقل در این پژوهش یعنی روش درمانگری تجسم هدایت یافته در طی ۱۰ جلسه ۲۰ دقیقه ای به مدت پنج هفته و هفته ای دو جلسه و روش تنش زدایی تدریجی در طی ۱۰ جلسه ۲۰ دقیقه ای به مدت پنج هفته و هفته ای دو جلسه آموزش داده شد. ضمن آنکه آزمودنیها بعد از آموزش، این روشها را دو بار در روز با توجه دستورالعمل □های استاندارد جزوه آموزشی که دریافت می □ کردند، انجام می □ دادند. سپس پس از اجرای جلسات آموزشی، همچنین یک دوره پیگیری یک ماهه از هر سه گروه (دو گروه تجربی و یک گروه کنترل) پس آزمون گرفته شد، تا بدین طریق نتایج پس آزمون در دو گروه تجربی و کنترل مقایسه شود.

جدول ۱. ویژگی های توصیفی متغیر ناتوانی ناشی از سردرد در سه دوره قبل از آرمایش، بعد از آرمایش و دوره پیگیری

کل	دوره پیگیری		بعد از آرمایش		قبل از آرمایش		گروه متغیر	
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۱۰	۸/۶۹	۴۰/۷۰	۱۰/۹۸	۵۸/۴۰	۵/۳۹	۷۵/۲۰	تجسم هدایت یافته	علایم سردرد میگرن
۱۰	۶/۱۶	۳۵/۲۰	۵/۹۵	۵۲/۴۰	۵/۶۶	۷۸/۴۰	تنش زدایی تدریجی	
۱۰	۱۶/۰۶	۴۶	۱۸/۱۴	۷۱/۲۰	۱۴/۷۸	۷۸/۷۰	کنترل	
۳۰	۱۱/۲۱	۴۰/۶۳	۱۱/۶۴	۶۰/۶۶	۱۱/۱۸	۷۷/۴۳	کل	
۱۰	۶/۶	۱۲	۷/۴۹	۱۵/۲۰	۳	۲۹/۹۰	تجسم هدایت یافته	علایم کارکردی
۱۰	۵/۵۶	۱۱/۹۰	۷/۳۷	۱۶/۹۰	۲/۴۶	۳۳/۶۰	تنش زدایی	
۱۰	۹/۱۰	۲۸/۲۰	۹/۸۰	۳۹/۹۰	۱۰/۰۷	۳۳/۲۰	کنترل	
۳۰	۶/۶۱	۲۳/۷	۶/۸۷	۲۴/۶۰	۶/۶۷	۳۲/۲۳	کل	
۱۰	۵/۲۷	۱۱	۷/۶۷	۱۵	۲/۶۹	۲۸/۹۰	تجسم هدایت یافته	علایم عاطفی
۱۰	۴/۲۴	۱۱	۵/۸۹	۱۸/۱۰	۵/۶۴	۳۲/۴۰	تنش زدایی تدریجی	
۱۰	۶/۱۸	۲۷/۷۰	۵/۹۴	۳۰/۳۰	۶/۵۵	۳۰/۸۰	کنترل	
۳۰	۵/۶۳	۱۵/۹۰	۶/۹۳	۲۱/۱۳	۵/۲۴	۳۰/۷	کل	

همان طوری که در جدول ۱ مشاهده می شود در فرم قبل از آرمایش، میانگین نمرات آزمودنی ها از نظر علایم سردرد میگرن در گروه های تجسم هدایت یافته، تنش زدایی تدریجی، کنترل و کل گروه به ترتیب ۷۵/۲۰، ۷۸/۴۰، ۷۸/۷۰ و ۷۷/۴۳، انحراف معیار آنها به ترتیب ۵/۳۹، ۵/۶۶، ۱۴/۷۸، ۱۱/۱۸ می باشد. همچنین میانگین نمرات آزمودنی از نظر علایم ناتوانی کارکردی ناشی از سردرد نیز در گروه های تجسم هدایت یافته، تنش زدایی تدریجی، کنترل و کل گروه به ترتیب ۲۹/۹۰، ۳۳/۶۰، ۳۳/۲۰ و ۳۲/۲۳، انحراف معیار آنها به ترتیب ۳، ۲/۴۶، ۱۰/۰۷ و ۶/۶۷ از نظر ناتوانی عاطفی ناشی از سردرد میانگین آزمودنی های در گروه های تجسم هدایت یافته، تنش زدایی تدریجی، کنترل و کل گروه به ترتیب ۲۸/۹۰، ۳۲/۴۰، ۳۰/۸۰ و ۳۰/۷، انحراف معیار آنها به ترتیب ۲/۶۹، ۵/۶۴، ۶/۵۵ و ۵/۲۴ می باشد.

در فرم پس آزمون بعد از اتمام آرمایش میانگین نمرات آزمودنی ها از نظر علایم سردرد میگرن در گروه تجسم هدایت یافته، تنش زدایی تدریجی، کنترل و در کل گروه ها، به ترتیب ۵۸/۴۰، ۵۲/۴۰، ۷۱/۲۰ و ۶۰/۶۶ با انحراف معیار ۱۰/۹۸، ۵/۹۵، ۱۸/۱۴ و ۱۱/۶۴ از نظر ناتوانی کارکردی ناشی از سردرد میانگین آنها در گروه ها به ترتیب ۱۵/۲۰، ۱۶/۹۰، ۳۹/۹۰ و ۲۴/۶۰ با انحراف معیار ۷/۴۹، ۷/۳۷، ۹/۸۰ و ۶/۸۷ می باشد. همچنین از نظر ناتوانی عاطفی ناشی از سردرد میانگین آزمودنی نیز در سه گروه و کل گروه ها به ترتیب ۱۵، ۱۸/۱۰، ۳۰/۳۰ و ۲۱/۱۳ با انحراف معیار ۷/۶۷، ۵/۸۹، ۵/۹۴ و ۶/۹۳ می باشد.

همچنین در فرم پس آزمون در دوره پیگیری، میانگین نمرات آزمودنی های زن از نظر علایم سردرد میگرن در گروه تجسم هدایت یافته، تنش زدایی تدریجی، کنترل و کل به ترتیب ۴۰/۷۰، ۳۵/۲۰، ۴۶ و ۴۰/۶۳ انحراف معیار آنها به ترتیب ۸/۶۹، ۶/۱۶، ۱۶/۰۶ و ۱۱/۲۱ می باشد. همچنین از نظر ناتوانی کارکردی میانگین آزمودنی ها در سه گروه به ترتیب ۱۲، ۱۱/۹۰، ۲۸/۲۰ و ۲۳/۷ و انحراف معیار آنها به ترتیب ۵/۶، ۹/۵، ۹/۵۱ و ۶/۶۱ می باشد. همچنین از نظر ناتوانی عاطفی ناشی از سردرد میانگین این آزمودنی ها به

ترتیب ۱۱، ۱۱، ۲۷/۷۰ و ۱۵/۹۰ و انحراف معیار آنها به ترتیب ۵/۲۷، ۴/۲۴، ۶/۱۸ و ۵/۶۳ می باشد.

ب- یافته های مربوط به فرضیه پژوهش
فرضیه پژوهش: آموزش تجسم هدایت یافته و تنش زدایی تدریجی در کاهش علایم سردرد و ناتوانی ناشی از آن در زنان مبتلا به بیماری میگرن موثر است.

همان طوری که در جدول ۲ مشاهده می شود سطوح معناداری همه آزمون ها، بیانگر آن هستند که بین آزمودنی های گروه تجربی و کنترل حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) با کنترل پیش آزمون و تحلیل پس آزمون علایم سردرد میگرن و ناتوانی ناشی از سردرد گروه تجربی و کنترل

نام آزمون	مقدار	DF فرضیه	DF خطا	F	سطح معنی داری
آزمون اثر پیلای	۰/۸۰۲	۸	۹۶	۸/۰۳۳	۰/۰۰۰۱
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۲۵۴	۸	۹۶	۱۱/۵۷۵	۰/۰۰۰۱
آزمون اثر هتلینگ	۲/۷۲۱	۸	۹۲	۱۵/۶۴۵	۰/۰۰۰۱
آزمون بزرگترین ریشه روی	۰/۶۳۸	۴	۴۸	۳۱/۶۵۰	۰/۰۰۰۱

وابسته (علایم سردرد میگرن و ناتوانی ناشی از سردرد) تفاوت معنی داری وجود دارد. برای پی بردن به تفاوت، نتایج حاصل از آزمون اثرات بین آزمودنی ها، در جدول ۳ نشان داده

جدول ۳. اثرات بین آزمودنی ها نمرات مانکوا با کنترل پیش آزمون و تحلیل پس آزمون علایم سردرد میگرن و ناتوانی ناشی از سردرد گروه تجربی و کنترل

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
علایم سردرد میگرن	۳۴۶۳/۲۶	۲	۱۷۳۱/۶۳	۳۱/۵۳	۰/۰۰۰۱
ناتوانی ناشی از سردرد	۵۳۳۰/۸۴	۲	۲۶۶۵/۴۲	۲۴/۲۹	۰/۰۰۰۱
ناتوانی کارکردی ناشی از سردرد	۱۰۹۴/۴۱	۲	۵۴۷/۲۰	۱۳/۶۲	۰/۰۰۰۱
ناتوانی عاطفی ناشی از سردرد	۲۱۷۵/۳۵	۲	۱۰۸۷/۶۷	۲۱/۶۴	۰/۰۰۰۱

شده است.

همان طوری که در جدول ۳ ملاحظه می شود بین بیمارانی که آموزش تجسم هدایت یافته یا تنش زدایی تدریجی را دیده اند (گروه های تجربی) نسبت به بیمارانی که این روش ها را فرا نگرفته اند (گروه کنترل) از نظر علایم سردرد میگرن و ناتوانی ناشی از سردرد تفاوت معنی داری وجود دارد ($p \leq 0/0001$). بنابراین فرضیه اصلی پژوهش تأیید می گردد.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری (مانکوا) با کنترل پس آزمون پس از درمان و تحلیل پس آزمون دوره پیگیری علایم سردرد میگرن و ناتوانی ناشی از سردرد

نام آزمون	مقدار	DF فرضیه	DF خطا	F	سطح معنی داری
آزمون اثر بیلابی	۰/۴۵۹	۸	۹۶	۳/۵۷۵	۰/۰۰۰۱
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۵۵۷	۸	۹۴	۳/۹۹۵	۰/۰۰۰۱
آزمون اثر هتلینگ	۰/۷۶۷	۸	۹۲	۴/۴۰۸	۰/۰۰۰۱
آزمون بزرگترین ریشه روی	۰/۷۲۷	۴	۴۸	۸/۷۲۴	۰/۰۰۰۱

همچنین مطابق با جدول ۴ سطوح معناداری همه آزمون‌ها، بیانگر آن هستند که بین نمرات آزمودنی‌ها، گروه‌های تجربی و کنترل حداقل در دوره پس آزمون بعد از آزمایش و بعد از دوره پیگیری از لحاظ علایم سردرد میگرن و ناتوانی ناشی از سردرد تفاوت معنی داری وجود دارد. برای پی بردن به تفاوت، نتایج حاصل از آزمون اثرات بین آزمودنی‌ها، در جدول ۵ نشان داده شده است.

جدول ۵. اثرات بین آزمودنی‌ها نمرات مانکوا با کنترل پس آزمون پس از درمان و تحلیل پس آزمون دوره پیگیری علایم سردرد میگرن و ناتوانی ناشی از سردرد

متغیرها	مجموع مجذورات آزادی	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
علایم سردرد میگرن	۷۶۰/۹۲۰	۲	۳۸۰/۴۶۰	۷/۷۶۰	۰/۰۰۰۱
ناتوانی ناشی از سردرد	۶۰۲/۴۴۹	۲	۳۰۱/۲۲۴	۹/۷۲۱	۰/۰۰۰۱
ناتوانی کارکردی ناشی از سردرد	۱۳۸/۵۴۶	۲	۶۹/۲۷۳	۷/۵۹۳	۰/۰۰۰۱
ناتوانی عاطفی ناشی از سردرد	۱۸۶/۰۵۳	۲	۹۳/۰۲۷	۸/۱۴۸	۰/۰۰۰۱

همان طوری که در جدول ۵ ملاحظه می‌شود، نتایج مقایسه اثرات بین آزمون در بعد از درمان و دوره پیگیری کوتاه مدت (یک ماهه)، حاکی از آن است که بین بیمارانی که آموزش تجسم هدایت یافته یا تنش زدایی تدریجی را دیده اند (گروه آزمایش) نسبت به بیمارانی که این روش‌ها را فرا نگرفته اند (گروه کنترل) از نظر علایم سردرد میگرن و ناتوانی ناشی از سردرد تفاوت معنی داری وجود دارد ($p \leq 0/0001$). به عبارت دیگر آموزش تجسم هدایت یافته و تنش زدایی تدریجی در علایم سردرد میگرن و ناتوانی ناشی از سردرد در مقایسه با دارو درمانی تأثیر بیشتری دارد. و حتی تأثیر این روش در دوره پیگیری کوتاه مدت (یک ماهه) نیز بیشتر از دارو درمانی است.

بحث و نتیجه گیری

هدف این پژوهش، بررسی اثربخشی شیوه تجسم هدایت یافته و تنش زدایی تدریجی بر علایم سردرد میگرن و پیامدهای سردرد مانند ناتوانی ناشی از سردرد بود. یافته‌های جدول ۱ تا ۵ نشان دادند که اثربخشی تکنیک تجسم هدایت یافته و تنش زدایی تدریجی از نظر علایم سردرد میگرن و میزان ناتوانی ناشی از سردرد بین گروهی که از این فنون استفاده کرده و گروهی که استفاده نکرده بودند تفاوت معناداری وجود دارد و این بدین معنی است که آموزش تجسم هدایت یافته و تنش زدایی تدریجی در کاهش سردرد میگرن و ناتوانی ناشی از آن در بیماران مبتلا به میگرن موثر است. در مجموع، تأثیر این درمان بر این متغیر مثبت و رضایت بخش و در راستای بهبود بوده است. این یافته با یافته‌های پژوهش‌های،

بارون، استوارد و تیبیر (۲۰۱۰)، میوللی، هال و گلدشتاین (۲۰۰۹)، رید و گرات (۲۰۰۹)، ون تیلبرگ و همکاران (۲۰۰۷)، هل روید و بلانکارد (۲۰۰۷)، این یونگ و همکاران (۲۰۰۷)، منزیس (۲۰۰۶)، دیوین و بلانچارد (۲۰۰۵)، بایمن (۲۰۰۴)، پاورس و همکاران (۲۰۰۱)، رید و مگگرات (۱۹۹۶)، منیکس، چندیوکار و راییکال (۱۹۹۹)، الاکوا (۱۹۹۴)، رسولزاده طباطبایی (۱۳۷۷)، کیقبادی و اسدی نوقابی (۱۳۷۹) و... همخوانی دارد.

در تبیین این یافته می توان گفت نتایج حاصله از این تحقیق همگام با پژوهش های فوق که در سطح بین المللی انجام پذیرفته است. بیانگر تاثیر مثبت و مفید روش غیردارویی درمانگری تجسم هدایت یافته و تنش زدایی تدریجی است، هر چند بحث از این شیوه در جامعه علمی کشورمان از غنای لازم برخوردار نیستند، ولی در مقیاس بین المللی حداقل در چهار دهه اخیر ما شاهد گسترش این روش ها در حوزه روان درمانگری و روانپزشکی بالینی این پژوهش بوده ایم. همچنین، در تبیین این یافته می توان گفت: با توجه به اینکه یکی از مهمترین دلایل بروز حملات میگرن و تشدید آن، اضطراب و تنیدگی است، مسلماً شیوه های تجسم هدایت یافته و تنش زدایی تدریجی به عنوان یکی از مؤلفه های اصلی حساسیت زدایی می توانند در کاهش اضطراب و سطح تنیدگی فرد در کنترل میگرن نیز مؤثر واقع شوند. در واقع فرض کلی در شیوه های درمانی به کار رفته در این پژوهش این است که افراد می توانند به نحوی هشیارانه یاد بگیرند که عضلات خود را به طور ارادی مهار کنند. این موضوع نشان می دهد، سیستم خود مختار آنگونه که نظریات مختلف بیان می کنند آنقدر هم خود مختار نیست و افراد می توانند فعالیت هایی را که فرض می شود در کنترل آنها نیستند و تحت سیستم خود مختار فعالیت می کنند مثل فعالیت هایی که به عضلات صاف مربوط می شود مثل انقباض و انبساط ضربان قلب، عروق و ... را از طریق تمرین و تکرار چنین روش هایی تحت کنترل خود قرار داده و به هر سمت و سویی که بخواهد هدایت کند.

در واقع آسانی روشها، فعل پذیری آزمودنی، دستیابی به تعامل های اجتماعی سازش یافته از خلال رابطه ای مورد نیاز در جریان درمانگری، تدریجی بودن تغییرات، کیفیت سطح محدودی از فعالیت های هوشمندانه برای مشارکت در زمینه درمانگری و تاثیر مستقیم دو روش درمانی مورد پژوهش در تقلیل تنش های حاصل از فعالیت شدید نظام عصبی خودمختار نشان از اثر فوق العاده این روشها می باشد.

پیش بینی می شود که این شیوه ها افزون بر کاهش وخامت سردرد، برآشفستگی های همراه با سردرد نیز مؤثر واقع می شوند. این پژوهش نیز نشان داد که مداخله اجرا شده و آموزش این راهبرد توانسته است، ادراک آزمودنی ها از توانایی مقابله خود با استرس های روزمره زندگی، ناتوانی آنها در برابر سردرد و نیز حالت های خلقی آنها را تغییر دهد. بنابراین این شیوه درمانی را می توان به عنوان شیوه ای مستقل یا در کنار سایر شیوه های درمانی مانند دارودرمانی به کار برد. به گونه ای که نه تنها به کاهش سردرد بیانجامد، بلکه مشکلات روانشناختی ناشی از آن را نیز بهبود بخشد.

منابع

- سجادی نژاد، مرضیه سادات؛ محمدی، نور...؛ اشجع زاده، ناهید. (1386). ارزیابی شاخص □ های روانسنجی پرسشنامه ناتوانی ناشی از سردرد در بیماران مبتلا به سردرد، مجله دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد، سال نهم، شماره 1، 65-62
- جان بزرگی، مسعود. (1378). تنش زدایی در سردردهای میگرنی با بیوفیدبک. فصلنامه تازه □ های رواندرمانی، سال پنجم، شماره 17 و 18.
- رسول زاده طباطبایی، کاظم. (1375). بررسی ویژگیهای شخصیتی مبتلایان به میگرن و مقایسه تاثیر دارو درمانگری با روش آموزش تنش زدایی تدریجی همراه با پسخوراند زیستی در این بیماران. رساله دکتری چاپ شده. دانشگاه تربیت مدرس.
- کیقبادی، سیف اله و اسدی نوقابی، احمد علی. (1379). بررسی اثر تن آرامی □ بر دفعات، وقوع و شدت سردردهای میگرنی. مجله کومش، پائیز 79 شماره. 50-45: 2
- نجاریان، بهمن. (1376). سردرد میگرن. مجله بهداشت جهان. 52-54: شماره 11.
- Achenbac, K. (2004). effect of Guided imagery (mental imagery). journal of oncology nursing forum vole 35, issue, pp,123-133.
- Astin, JA. (2004). Mind-body therapies for the management of pain". Clin Pain Jan-Feb; 20(1): 27-32.
- Baron, P, Stewart, J, Tepper, MD. (2010). Biofeedback for Migraine and Tension-Type Headache. Published in Journal Watch Neurology February, 23.
- Blanchard, E.B. & Andrasik, F. (1985). Management of chronic headache: A psychological approach. oxford, pergamon press.
- Blanchard, E.B. (1987). Long-term effects of behavioral treatment of chronic headache. Behavioral ;18:375-85.
- 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.
- Devineni, T., & Blanchard, E.B. (2005). A randomized controlled trial of an internet-based treatment for chronic headache. Behaviour Research and Therapy, 43(3), 277-292.
- Eun-young, Bo & chang, I. (2006). The efface of visual feedback plus entail practice on three patients with breast cancer(woman). Clinical Rehabilitation, vole,20-no.5,388-397
- Gauthier, J.G., Ivers, H., & Carrier, S. (1996). Nonpharmacological approaches in the management of recurrent headache disorders and their comparison and combination with pharmacotherapy. Clinical Psychology Review, 16, 543-571.
- Holroyd.k.A, & Blanchard, E. (2007). Pharmacological versus Non pharmacological prophylaxis of Recurrent Migraine headache, A meta-analysis review clinical trials "pain". 42(2),p15.
- Ilaque, GE. (1994). Migraine headaches: coping efficacy of Guided imagery therapy. Headaches Feb 34(2),99-102.
- 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.
- Kasper, DL., & Harrison, S. (2005). Principle of internal medicine. New York: McGraw-Hill publishing
- Mannix, LK., Chandurkar, RS., Rybicki, LA., Tusek, DL.,& Solomon,GD., (1999). Effect of guided imagery on quality of life for patients with chronic tension-type headache" Headache.. May;39(5): 326-34.
- Mary J.K (2010). The Power of Guided Imagery. journal of Mandala ,Spring :p:6
- Menzies, V., (2006). The effect of . Guided imagery on outcome of pain, functional status, andself -efficacy in persons diagnosed with fibro my logia. Journal of alternative & complementary medicin12, 23-30.
- Morillo, LE., Alarcon, F., Aranaga, N., & Aulet S. & Chapman, E. & Conterno, L. (2005). Prevalence of Migraine in Latin merican. journal of Headache: Feb: 45(2):106-117
- Mullally, W.J., Hall, K., & Goldstein, R., (2009). Efficacy of biofeedback in the treatment of Migraine and Tension Headache .pain physician Jan: 13(1): 94-96.

- Nash, J.M., Park, E.R., Walker, B., Gordon, N., & Nicholson, R.A. (2005). Cognitive-behavioral group treatment for disabling headache. *Pain Medicine*, 5, 178-186.
- Olesen, j. (2004). The migraine. In: Kesoleson PT. *The headaches*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins:338-457.
- Ornish, d. (2005). can lifestyle changes reverse coronary heart disease? *Journal of the American Medical Association*, 29, 37-40
- Papdelisa, C., Kourtideour, C., papadelia, P., pangiotis, B., & Albani, M.,(2007). The effects of imagery traning on cognitive performance and use of physiological measures as a assessment tool of mental effect. 59(1), 725-742.
- 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..
- Rabins JC, Penzien DB, McCrory DC, Gray RN(2005). Behavioral headache treatment: history, review of the empirical literature, and methodological critique. *journal of Headache*;45:92-109
- Reid G.J., Grath M.c. (1996). Psychological treatments for migraine: *journal of Biomedecine & Pharmacotherapy* Volume 50, Issue 2, Pages 58-63
- Rowland (2005), merritt's text book of neurology, 11thedition. lippincott; P. 807-819.
- 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.
- VanTilburg, M., Palsson, OS., Turner, MJ., Chitkara, DK., Ulshen, M., & Whitehead, WE. (2007). Self administered guided imagery used at home is an effective treatment for functional abdominal pain in children: *Gastroenterol*; 132:P56.



The Effect of Guided Imagery and Relaxation Therapy on Allaying the Headache and Headache- Caused Disability in Women with Migraine

S. Saedi *
Sh. Abolghasemy****Abstract**

The target of this study was to determine the effectiveness of guided imagery and relaxation therapy on allaying the headache and improving the headache-caused disability in women with migraine in Ahwaz. The subjects were 30 female patients with migraine that were selected by simple random sampling among the clients referred to neurology clinics in Ahwaz. The participants were allocated in to three equal groups; two experimental (guided imagery group and relaxation therapy group) and one control group; giving equal chance to each subjects to be included in any ones. The research was designed as experimental type of pre-test and post test with one control group and follow-up test. Najarian Migraine Headache Symptoms Assessment Scale, Galvanic Skin Response Biofeedback (GSR) and Temperature Biofeedback were implemented as data source. Pre-test was performed for all the groups. Then the experimental groups were exposed to guided imagery and relaxation therapy. Post test implied after intervention for both the experimental and control groups. After a period of one month, once again a follow up test was taken from all the participants. Multivariate Covariance Analysis (MANCOVA) was applied as statistical procedure. Results indicated that guided imagery and relaxation therapy were effective on migraine headache symptoms allaying and improving the headache-caused disability.

Keywords: Guided Imagery, Relaxation Therapy, Headache, Disability, Migraine

* Instructor of Payam Noor University, Susangerd Center (corresponding author)
Email: sa.saedi@yahoo.com

**Faculty member; Islamic Azad University, Tonekabon Branch

