مقاله اصیل پژوهشی

تأثیر مدیریت استرس به شیوه شناختی – رفتاری بر افسردگی، اضطراب و کنترل سردرد در بیماران زن مبتلا به میگرن

زهرا دانای سیج[1]، محمد دهقانی فیروزآبادی[2]، غلامرضا شریف‌زاده[3]

چکیده

زمینه و هدف: سردردهای میگرنی از شایع‌ترین علل سردرد هستند و بعضی از اختلالات روان‌پزشکی مثل اضطراب و افسردگی در بسیاری موارد با سردرد مورد توجه قرار می‌گیرند. نتایج برخی پژوهش‌ها بیانگر اثربخشی روان‌درمانی رفتاری بر کاهش سردرد میگرنی بوده است. این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی درمان مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر افسردگی و اضطراب و کاهش سردرد میگرنی انجام شد.

روش بررسی: در این کارآزمایی بالینی از بین مراجعین به کلینیک مغز و اعصاب بیمارستان امام رضا(ع) بیرجند که مبتلا به سردرد میگرنی بودند و بر اساس معیارهای DSM-IV-TR و تست افسردگی و اضطراب Beck تشخیص افسردگی و اضطراب برای آنها داده شد، ۱۹ زن انتخاب و تحت درمان مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری به مدت ده هفته قرار گرفتند. به منظور مقایسه میزان بهبودی افسردگی و اضطراب بیماران از آزمون افسردگی و اضطراب Beck استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۵ و آزمون‌های آماری Paired T Test، Wilcoxon و Kruskal- Wallis در سطح معنی‌داری $p\leq ۰/۰۵$ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: در این مطالعه روش مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری به طور معنی‌داری باعث کاهش افسردگی ($p<۰/۰۰۱$)، اضطراب ($p<۰/۰۰۱$) و تعداد سردردهای میگرنی ($p=۰/۰۰۴$) گردید و تفاوت بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون معنی‌دار بود ($p<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج این پژوهش روش مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر افسردگی و اضطراب و تعداد سردردهای میگرنی مؤثر است و می‌توان آن را در کنار دارودرمانی به صورت ترکیبی به کار برد.

کلید واژه‌ها: سردرد میگرنی- افسردگی، اضطراب- مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری

مراقبت‌های نوین، فصلنامه علمی پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. ۱۳۹۲؛ ۱۰ (۳):۱۵۷-۱۶۴

دریافت: ۹۲/۰۲/۰۱ اصلاح نهایی: ۹۲/۰۴/۰۵ پذیرش: ۹۲/۰۴/۰۹

نویسنده مسئول: محمد دهقانی فیروزآبادی، گروه آموزشی نورولوژی، مرکز تحقیقات طب مکمل، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. بیرجند، ایران.

آدرس: بیرجند، دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده پزشکی.

تلفن: ۰۹۱۵۵۶۲۰۷۷۸ نمابر: ۰۵۶۱-۴۴۴۰۴۴۷ e.mail:Mdehghani44@yahoo.com

[1] دانشجوی دکترای روانشناسی، دانشکده روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان واحد علوم و تحقیقات. اصفهان، ایران.

[2] استادیار گروه آموزشی نورولوژی، دانشکده پزشکی و عضو مرکز تحقیقات طب مکمل دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. بیرجند، ایران.

[3] مربی گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. بیرجند، ایران.

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-03]

مقدمه

سردرد به صورت یکی از شکایتهای شایع بشر امروزی درآمده است. ۹۰٪ افراد حداقل یک بار در سال دچار حمله سردرد می‌شوند(۱). از این میان میگرن بیشترین نوع سردرد و در حدود ۱۲٪-۱۵٪ مردم جهان از آن رنج می‌برند(۲). میزان بروز سردردهای میگرنی در بین مردان سفیدپوست ۴٪-۶٪ و در زنان ۱۳٪-۱۸٪ برآورد می‌شود(۳). میگرن سردردی است دوره‌ای و تکرارشونده که معمولاً همراه تهوع و استفراغ بوده و به دو دسته با اورا و بدون اورا تقسیم می‌شود. سردرد میگرنی وقتی تشخیص داده می‌شود که حداقل پنج حمله سردرد با مدت زمان ۴-۷۲ ساعت رخ داده باشد(۴). در مواردی که فرکانس میگرن برای چند ماه افزایش می‌یابد احتمال اینکه میگرن با سردرد تنشی و افسردگی- اضطرابی همراه باشد وجود دارد(۳). تنش، اضطراب و افسردگی نقش عمده‌ای در ایجاد میگرن دارد(۵). Shirzadi و همکاران(۶) و Farnam و همکاران (۷) نشان دادند که بین کمال گرایی، اضطراب و افسردگی با سردرد میگرن رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد.

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 می آورد و گاهی به خودپنداره کلی و عزت‌نفس وی آسیب می‌زند(۸-۹). به دلیل اثرات ناخواسته سردرد بر زندگی روانشناختی بیمار و نقش استرس در راه‌اندازی و تشدید سردردها (۱۰) از اواخر دهه ۱۹۷۰ درمانهای روانشناختی در زمینه سردرد مورد توجه قرار گرفت(۱۱).

به طور کلی در درمان این اختلال دو نوع درمان کاربرد دارد. درمانهای دارویی مانند ارگوتامین، تریپتان‌ها، ضددردها و داروهای ضد افسردگی و درمانهای غیر دارویی مانند تن آرامی عضلانی، طب سوزنی و روشهای بیوفیدبک(۱۲). از میان درمانهای مؤثر بر افسردگی و اضطراب ناشی از بیماریهای جسمی، مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری با استفاده از ترکیب روشهای کاهش اضطراب مثل آرمیدگی عضلانی، بازسازی شناختی، آموزش مقابله مؤثر، آموزش ابرازگری و مدیریت خشم توانسته با موفقیت در درمان مشکلات هیجانی و جسمی مانند اضطراب و افسردگی، بی‌خوابی، دیابت، فشار خون بالا، سردرد، بیماری قلبی، آرتریت، ایدز و سرطان به کار گرفته شود. روش درمانی مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری اگر به صورت گروهی برگزار شود از نظر وقت و هزینه به صرفه‌تر است(۱۳). افراد بیشتری در این روش شرکت می‌کنند و گروه فرصتی برای آموزشهای میان فردی فراهم می‌کند و تجربه‌های گروهی به واقعیت زندگی روزمره مراجعه‌کنندگان نزدیکتر است(۱۴). از دیگر مزایای درمان گروهی انتقال اطلاعات، نوعدوستی، رشد مهارتهای اجتماعی، رفتار تقلیدی، یادگیری همنشینانه، تجربه عاطفی تصحیحی و تخلیه هیجانی می‌باشد(۱۵).

پژوهشهای انجام شده نیز از تأثیر درمانهای شناختی-رفتاری بر بیماریهای هیجانی و جسمانی حمایت می‌کند. در کارآزمایی بالینی درمان شناختی-رفتاری توأم با دارو درمانی که توسط Danae و همکاران بر روی ۲۸ بیمار زن مبتلا به افسردگی پس از سکته مغزی انجام شد، نتایج نشان داد که روش رفتار درمانی شناختی توأم با دارو درمانی به طور معنی‌داری باعث کاهش افسردگی پس از سکته مغزی می‌شود(۱۶).

در کار آزمایی بالینی که توسط Holroyd و همکاران بر روی ۲۳۲ بیمار مبتلا به سردرد میگرنی انجام شد از میان چهار روش درمانی به کار برده شده در نهایت درمان ترکیبی بتابلاکر و مدیریت رفتاری میگرن نسبت به سایر روشها مؤثرتر بود(۱۷).

Nash و همکارانش با بررسی اثر درمان شناختی-رفتاری گروهی بر روی ۶۲ بیمار مبتلا به سردرد نشان داد ۵۰٪ بیماران حداقل ۵۰٪ کاهش در فرکانس سردرد را پس از مداخله نشان دادند(۱۸).

در واقع زیانهای مادی ناشی از میگرن مشخص نیست و نمی توان زیانهای جامعه را که از تلف شدن فکر و نیروی سازنده اشخاص فعال و متفکر که از این بیماری رنج می‌برند محاسبه کرد و لیکن ارزیابی پزشکان نشان می‌دهد که هزینه‌های اقتصادی میگرن در سال برابر هیجده میلیون روز کاری در جهان است، به طوری‌که این بیماری برای اقتصاد آمریکا حدود ۱۵-۱۷ میلیارد دلار در سال هزینه دارد(۱۹). با توجه به نتایج این پژوهشها، هزینه‌هایی که این بیماری بر جامعه تحمیل می‌کند و اینکه عوامل روانی مثل استرس، اضطراب و افسردگی بر تشدید و

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-03]

تعداد حملات سردرد مؤثر است و در موارد مزمن دارودرمانی نتوانسته به تنهایی در کنترل درد مؤثر باشد. این مطالعه با هدف بررسی تاثیر مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر اضطراب، افسردگی و کنترل سردرد در بیماران زن مبتلا به سردردهای میگرنی انجام شد.

روش بررسی

این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی نیمه تجربی یک گروهی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون می‌باشد که از آبان ماه سال ۱۳۹۱ تا فروردین ۱۳۹۲ با مراجعه به کلینیک تخصصی بیمارستان امام رضا(ع) و در محل تحقیقات طب مکمل دانشگاه علوم پزشکی بیرجند انجام شده است. جامعه آماری شامل تمام بیمارانی بود که بر اساس تشخیص متخصص مغز و اعصاب به سردرد میگرنی مبتلا بودند و بر اساس DSM-IV-TR و تست اضطراب و افسردگی Beck تشخیص افسردگی و اضطراب برای آنها داده شد. جهت جلوگیری از تداخلات دارویی با روان‌درمانی، در مرحله حاد سردرد از ترکیبات ارگو و تریپتانها و جهت پیشگیری از سردرد از بتابلاکرها و والپروات سدیم استفاده گردید.

شرایط ورود به مطالعه داشتن معیارهای سردرد میگرنی بر اساس معیارهای فوق و داشتن تحصیلات در حد ابتدایی بود.

با استناد به مطالعات مشابه(۲۰) حجم نمونه ۲۰ نفر تعیین شد که به روش نمونه‌گیری در دسترس از بین بیماران مراجعه کننده به کلینیک مغز و اعصاب بیمارستان امام رضا(ع) بیرجند انتخاب شدند. از این تعداد یک نفر از ادامه حضور در مطالعه انصراف داد و ۱۹ نفر دیگر شرکت کردند.

ابزار ارزیابی پرسشنامه افسردگی و اضطراب Beck بود که در ایران استاندارد شده و به طور وسیعی برای ارزیابی افسردگی و اضطراب در افراد طبیعی و دارای اختلال روانی به کار می‌رود(۲۱). این دو آزمون مستقل از فرهنگ می‌باشد که در اقشار مختلف اجتماعی قابل اجراست. پرسشنامه افسردگی Beck از ۲۱ ماده مرتبط با نشانه‌های مختلف مثل احساس افسردگی، گناه، احساس شکست و ناتوانی، تحریک‌پذیری، آشفتگی خواب و از دست دادن اشتها تشکیل شده است. دامنه نمره‌ها بین ۰-۶۳ قرار دارد. ضرایب همسانی درونی برای این پرسشنامه ۰/۸۹-۰/۹۴ با میانگین ۰/۸۶ می‌باشد(۲۲). پرسشنامه اضطراب Beck شامل ۲۱ ماده مرتبط با نشانه های شناختی و فیزیکی اضطراب است و فراوانی علائم اضطراب را در مقیاس ۰-۳ می‌سنجد و دامنه نمره‌ها بین ۰- ۶۳ قرار دارد و دارای پایایی ۰/۸۳ و ثبات درونی ۰/۹۲ است(۲۳).

تعداد حملات سردرد نیز بر اساس گزارش بیمار در زمان قبل و بعد از مداخله در فرم فراوانی سردرد درج گردید.

برای بیماران شرکت‌کننده در مطالعه ده جلسه دو ساعته روش مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر اساس کتاب Antoni (۱۳) توسط کارشناس ارشد روانشناسی بالینی برگزار گردید. جلسات درمان شامل روشهای کاهش اضطراب مثل آرمیدگی عضلانی که هم می‌تواند درمان پیش‌گیرنده و هم درمان کاهش دهنده حمله‌های سردرد باشد، بود. این روش از یک سو به انحراف افکار فرد درباره سردرد می‌انجامد و از سوی دیگر سبب گشاد شدن رگها و پایین آمدن ضربان قلب می‌شود که در تضاد با حالت تنش قرار دارد(۲۴). آموزش تن آرامی به صورت پیشرونده و شامل تنفس شکمی، آموزش تن‌آرامی با ۱۶ ماهیچه، مرحله بعد ۸ ماهیچه، مرحله سوم ۴ ماهیچه، تن‌آرامی منفعلانه، آموزش خودزاد برای گرما، آموزش خودزاد برای ضربان قلب، تنفس، شکم و پیشانی همراه با تصویرسازی، مراقبه مانترا بود که در مجموع بیست دقیقه از وقت آغازین هر جلسه به آموزش تن‌آرامی اختصاص یافت. بازسازی شناختی شامل آموزش خطاهای شناختی، افکار خودکار و باورهای منفی و شیوه به چالش کشیدن آن‌ها، آموزش مهارتهای مقابله شناختی و رفتاری مانند مهارتهای حل مسئله، رفتارهای جرأت‌مندانه، راهکارهای افزایش اعتماد به نفس، آموزش و مدیریت خشم و نیز راهبردهایی کنترل توجه و انحراف توجه از درد، تفسیر دوباره معنی درد، چالشهای فکری برای فاجعه‌زدایی از افکار مربوط به درد(۱۳) که همگی به کاهش سطح استرس کمک می‌کند، بود و چهل دقیقه از وقت هر جلسه را به خود اختصاص داد و ساعت پایانی جلسات به بررسی تکالیف و صحبت در زمینه مشکلات بیماران در زمینه انجام تکالیف اختصاص یافت.

داده‌ها پس از جمع‌آوری، در نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۵ وارد و ضمن ارائه آمار توصیفی، توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون Kolmogorov-Smirnov بررسی شد، در مواردی که توزیع داده‌ها نرمال بود از آزمون Paired T Test و در مواردی که توزیع

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-03]

نرمال نبود از آزمون Wilcoxon و Kruskal-Wallis در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ استفاده شد.

یافته‌ها

این مطالعه بر روی ۱۹ بیمار با حداقل سن ۲۰ سال، حداکثر ۵۱ سال و میانگین سن ۹±۳۳/۴ سال انجام شد. از بین بیماران موردمطالعه ۴ نفر معادل ۲۱/۱٪ تحصیلات ابتدایی و راهنمایی، ۷ نفر معادل ۳۶/۸٪ تحصیلات متوسطه و ۸ نفر معادل ۴۲/۱٪ تحصیلات دانشگاهی داشتند. نتایج آزمون Paired T Test نشان داد میانگین نمره اضطراب و افسردگی بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله کاهش معنی‌داری داشت(p<۰/۰۰۱). (جدول۱)

میانگین تعداد حملات سردرد در هفته از ۲/۳±۲/۱۷ قبل از مداخله به ۱/۶±۰/۸۳ بعد از مداخله کاهش یافت(p=۰/۰۰۴). نتایج نشان داد که مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری باعث کاهش تعداد حملات سردرد می‌شود. (جدول۲)

تغییرات نمره اضطراب(p=۰/۶۹)، افسردگی(p=۰/۳۹) و تعداد حملات سردرد(p=۰/۶۳) در هفته بر حسب سطح تحصیلات تفاوت معنی‌داری را نشان نداد.(جدول۳)

جدول ۱: مقایسه میانگین نمره اضطراب و افسردگی قبل و بعد از مداخله

زمان مداخله / متغیر	قبل از مداخله: میانگین± انحراف استاندارد	بعد از مداخله: میانگین± انحراف استاندارد	میانگین تغییرات: میانگین± انحراف استاندارد	P-value مربوط به آزمون Paired T Test
اضطراب	۱۸/۵ ± ۵/۹	۸/۱ ± ۴/۱	۱۰/۴ ± ۴/۹	<۰/۰۰۱
افسردگی	۲۱/۱ ± ۸/۷	۷/۲ ± ۳/۶	۱۳/۹ ± ۸/۸	<۰/۰۰۱

جدول ۲: مقایسه میانگین تعداد حملات سردرد در هفته قبل و بعد از مداخله در بیماران مورد مطالعه

شاخص آماری / زمان مداخله	تعداد حملات سردرد: میانگین± انحراف استاندارد	میانگین تغییرات: میانگین± انحراف استاندارد	P-value مربوط به آزمون Wilcoxon
قبل از مداخله	۲/۱۷ ± ۲/۳	۱/۳۳ ± ۲/۹	۰/۰۰۴
بعد از مداخله	۰/۸۳ ± ۱/۶		

جدول ۳: مقایسه میانگین تغییرات نمره اضطراب، افسردگی و تعداد حملات سردرد قبل و بعد از مداخله بر حسب سطح تحصیلات در بیماران

متغیر / سطح تحصیلات	تغییرات نمره اضطراب: میانگین± انحراف استاندارد	تغییرات نمره افسردگی: میانگین± انحراف استاندارد	تغییرات تعداد حملات سردرد در هفته: میانگین±انحراف استاندارد
ابتدایی وراهنمائی	-۱۲±۶/۸	-۱۶±۱۰/۷	-۲/۶۳ ±۲/۸
متوسطه	-۹/۳±۵/۱	-۱۰/۱±۹/۷	-۰/۹۶ ± ۰/۷
دانشگاهی	-۱۰/۶±۴/۲	-۱۶/۱±۷	-۰/۹۶ ± ۴/۳
P-value مربوط به آزمون Kruskal -Wallis	۰/۶۹	۰/۳۹	۰/۶۳

بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری به گونه‌ای معنی‌دار باعث کاهش میانگین نمره اضطراب، افسردگی و تعداد حملات سردرد در بیماران زن مبتلا به سردرد میگرنی گردید.

روش درمانی مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری با استفاده از ترکیب روشهای کاهش اضطراب، بازسازی شناختی، آموزش مقابله مؤثر، ابرازگری و مدیریت خشم توانسته بر اضطراب و افسردگی بیماران جسمی مزمن و سخت مؤثر باشد(۱۳).

در بررسی حاضر روش درمانی مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری نشان داد افرادی که دچار سردرد میگرنی می باشند، می‌توانند از این روش درمانی سود ببرند. بر اساس نتایج مطالعه حاضر این روش باعث کاهش اضطراب بیماران میگرنی شد. به طور کلی به نظر می‌رسد، اضطراب بیماران ناشی از

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-03]

احساس ترس شدید از تداوم این اختلال در همه عمر باشد که این دور باطلی را ایجاد می‌کند که باعث شدت بیشتر حملات میگرن می‌شود، این دور باطل به وسیله مداخله درمانی از میان رفت. بنابراین یافته‌های مطالعه نشان داد که افراد مبتلا به اضطراب هستند و این یافته‌ها با یافته‌های Kang و همکاران در اثر درمان بیوفیدبک و آرامش عضلانی بر روی سردرد، حالت خلق و فعالیت که بر روی ۱۷ بیمار زن کره‌ای در گروه آزمایش، در برابر ۱۵ نفر بیمار زن گروه کنترل انجام گرفت و نتایج درمان نشان‌دهنده اثرگذاری درمان بود، همخوانی دارد(۲۵).

یافته‌های این مطالعه در زمینه تأثیر روش درمانی بر افسردگی مبتلا به سردرد میگرنی تفاوت معنی‌دار نشان داد و مقایسه آزمون Paired T Test در پیش‌آزمون و پس‌آزمون این تفاوت را تایید می‌کند. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌هایی که تأثیر درمانهای شناختی-رفتاری را بر افسردگی بیماران مبتلا به میگرن انجام دادند، Tobin و همکاران (۲۶)، Nash و همکاران (۱۸)، Holroyd و همکاران(۲۷)، Sajadinejad و همکاران(۲۰) و Holroyd(۱۷) همسو می‌باشد. باید گفت اگر چه افسردگی بیماران می‌تواند دلایل متعدد داشته باشد ولی در این روش با شرح مؤلفه‌های استرس(شناختی، رفتاری و عاطفی)، نقش استرس در تشدید سردرد و نقش شناختهای شخص در ایجاد استرس و با معرفی خطاهای شناختی، افکار خودکار و باورهای ناکارآمد که خود نقش مهمی در ایجاد خلق منفی به ویژه افسردگی دارند، افراد مهارتهای کنترل افسردگی را آموختند که می‌تواند باعث کاهش افسردگی گردد. تأثیر روش مدیریت استرس بر تعداد حملات سردرد می‌تواند در نتیجه کاهش اضطراب و افسردگی باشد، این یافته‌ها با نتایج پژوهش Keyghobady که نشان‌دهنده تأثیر تن‌آرامی بر دفعات وقوع و شدت سردرد میگرنی است(۲۸) و Aghamohammadian در اثر تن‌آرامی عضلانی و درمان شناختی تحت هیپنوتیزم بر زنان مبتلا به میگرن (۲۹) همسو می‌باشد.

ویژگی خاص و مفید روش درمانی مدیریت استرس رویکرد دو سویه در مدیریت استرس و آموزش آرمیدگی آنست که بیشترین منفعت را به شرکت‌کنندگان می‌رساند و با آموزش مهارتهای مدیریت استرس و افزایش آگاهی بیماران از استرس و توانایی‌شان برای مقابله با آن، به آنان در زمینه کاهش تأثیر استرس و ارتقای کیفیت زندگی کمک می‌کند(۱۳).

در شیوه شناختی-رفتاری این باور وجود دارد که اگر درمانگر نمی‌تواند شرایط زندگی بیمار را تغییر دهد ولی می‌تواند با تغییر نگرش بیمار درباره رویدادهای زندگی و استرس ناشی از آن و ایجاد نگرش توانایی کنترل درد و آموختن مهارتهایی در زمینه کنترل استرس، مقابله مؤثر با درد و راههای رویارویی مؤثرتر با موقعیت مشکل‌آفرین به تقویت حس خودکارآمدی بیمار بپردازد و از این راه می‌کوشد احساس ناتوانی آن‌ها را کاهش دهد و به بهبود خلق منفی کمک کند(۳۰). مطالعه حاضر با توجه به کاهش نمرات افسردگی و اضطراب و فراوانی سردرد آزمودنی‌ها موید این مطلب است.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که روش مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر اضطراب و افسردگی و کاهش تعداد سردردهای میگرنی مؤثر است. از برتریهای روش حاضر برگزار شدن آن به شیوه گروهی است که نسبت به مداخله انفرادی مقرون به صرفه‌تر است و با توجه به محدودیت روان‌درمانیهای تخصصی در جامعه ما این شیوه درمان می‌تواند مشکل‌گشا باشد و در کنار دارودرمانی به ویژه برای بیماران مقاوم به درمان مورد استفاده قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله از نوع کارآزمایی بالینی است که با کد IRCT201301144607N2 در مرکز بین‌المللی ثبت کارآزمایی بالینی ایران ثبت شده است. بدین وسیله از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی بیرجند که در انجام این مطالعه ما را یاری نمودند تشکر می‌گردد.

REFERENCES

1- Modara F, Rostamkhani M. Prevalence of tention and migraine headaches among the students of Ilam Medical University. Journal of Ilam University of Medical Sciences. 2008 Winter; 15 (4): 13-9. [Persian]

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-03]

2- Soltanzadeh A. Neurologic Disorders. 1st ed. Iran: Mehrab; 1995. [Persian]

3- Maurice Victor, Allan H. Ropper. Principles of Neurology. 8th ed. Newyork: McGraw Hill; 2005.

4- Zeiaee J, Shirzadi M. Neurological diseases. 1st ed. Isfahan: Kankash; 2002. [Persian]

5- Khabari sh, Hakimi R. Common migraine: A headache with vascular or muscular origin. Journal of Dental Medicine. 1993; 6(1): 21-4. [Persian]

6- Shirzadi A, Mehrabizadeh M, Haghighi J. A study of simple and multiple relationship between perfectionism, trait-state anxiety and depression with migraine headache in students of islamic azad university of ahvaz. Journal Of Education And Psychology; 2002-2003 Autumn-Winter; 9 (3-4); 109-26. [Persian]

7- Farnam A, Arfaei A, Noohi S, Azar M, Shafiee kandjani A, Imani S, et al. Relationship between depression and degree of pain feeling in patients with migraine headache. Journal of Behavioral Sciences. 2008 Summer; 2 (2): 143-8. [Persian]

8- Gatchel R, Blachard EB. Pscophsiological disorders. Washington: American Psycological Association; 1997.

9- Turkington C. Sterss Management for busy people. London: McGraw Hill; 1998.

10- Davis PA, Holm JE, Myers TC, Suda KT. Stress, headache and physiological disregulation: a time –series analysis of stress in the laboratory. Headache. 1998; 38 (2): 116-21.

11-Gauthier JG, lvers H, Carrier S. Nonpharmacological approaches in the management of recurrent headache disorders and their comparison and combination with pharmacotherapy. Clin Psychol Rev. 1996; 16 (6): 543-71.

12- Sadock B, Sadock V. Psychiatric Abstract. Translated by: Pourafkary N. 4th ed. Tehran: Shahr Ab Publication; 2003. pp: [Persian]

13- Antoni M, Ironson G, Schneiderman N. Cognitive-Behavioral Stress Management. Translated by: Alemohammad SJ, Jokar S, Neshat Doost HT. 2nd ed. Isfahan: Jahad Daneshgahi Publication; 2007. [Persian]

14- Tad J, Bouhart A. Clinical psychologic principles and consultation. Translated by: Firoozbakht M. Tehran: Rasa Publication; 1991. [Persian]

15- Sanaei B. Psychoterapy and group consultation. 4th ed. Tehran: Mehr; 2003. [Persian]

16- Danae Sij Z, Bahrainian AM, Dehghani Firoozabadi M, Sharifzadeh GH. Therapeutic effects of drug therapy with and without cognitive behaviour therapy in post-stroke depression. Journal of Birjand University of Medical Sciences. 2010 Winter; 17 (4): 232-8. [Persian]

17- Holroyd KA, Cottrell CK, O'Donnell FJ, Cordingley GE, Drew JB, Carlson BW, et al. Effect of preventive (ß blocker) treatment, behavioral migraine management, or their combination on outcomes of optimized acute treatment in frequent migraine: randomized controlled trial. BMJ. 2010 Sep;341:c4871.

18- Nash JM, Park ER, Walker BB, Gordon N, Nicholson RA. Cognitive-Behavioral Group Treatment for Disabling Headache. Pain Med. 2004 Jun; 5 (2): 178-86.

19- Kermani-e-Ebadzade M. Century plague, What you should know about acute and chronic headaches. Tehran: Aref publication; 1981. [Persian]

20- Sajadinejad MS, Mohammadi N, Taghavi MR, Ashgazadeh N. Therapeutic Effects of Cognitive-Behavioral Group Therapy on Headache Disability and Depression in Patients with Migraine and Tension Headache. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2009 Winter; 14 (4): 411-18. [Persian]

21- Lashkaripour K, Moghtaderi A, Sadjadi AR, Faghihinia M. Prevalence of post stroke depression and its relationship with disability and lesion location. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2008; 10 (3) Autumn: 191-9. [Persian]

22- Groth G, Marnat. Handbook of psychological assessment. Translated by: Pasha Sharifi H, Nikkhoo MR. 3rd ed. Tehran: Azadeh Publication: 2008. pp: [Persian]

23- Kaviani H, Mousavi AS. Psychometric properties of the Persian Version of Beck Anxiety Inventory (BAI). Tehran University Medical Journal. 2008 Apr; 66 (2): 136-40. [Persian]

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-03]

24- Fichtel A. Recurrent headache among Swedish adolescents: Psychosocial Factors, Coping and Effects of Relaxation Treatment. uppsala: Acta universitatis upsaliensis; 2003.

25- Kang EH, Park JE, Chung CS, Yu BH. Effect of Biofeedback-assisted Relaxation on Headache Activity and Mood States in Korean Female Migraine Patients. J Korean Med Sci. 2009 Oct; 24 (5): 936-40

26- Tobin DL, Holroyd KA, Baker A, Reynolds RVC, Holm JE. Development and clinical trial of a minimal contact, cognitive– behavioral treatment for tension headache. Cognitive Ther Res. 1988 Aug; 12 (4): 325-39.

27- Holroyd KA, O'Donnell FJ, Stensland M, Lipchik GL, Cordingley GE, Carlson BW. Management of chronic tension-type headache with tricyclic antidepressant medication, stress management therapy, and their combination: a randomized controlled trial. JAMA. 2001 May; 285 (17): 2208-15.

28- Keyghobady S, Asady AA. Effect of relaxation on frequency and severity of migraine headache. Koomesh, Journal Semnan University of Medical Sciences. 2000; 2 (1): 45-9. [Persian]

29- Aghamohammadian H, Kamal Shanbadi A. Effect of Muscle Relaxation and Cognitive Restructuring under Hypnosis in Women with Migraine: Single-case Study. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2007 Summer; 13 (2):182-8. [Persian]

30- Penzien DB, Andrasik F, Freidenberg BM, Houle TT, Lake AE 3rd, Lipchik GL, et al. Guidelines for trials of behavioral treatments for recurrent headache, first edition: American Headache Society Behavioral Clinical Trials Workgroup. Headache. 2005 May; 45 Suppl 2: S110-32.

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-03]

Abstract *Original Article*

Effects of cognitive-behavioral stress management on depression, anxiety, and pain control in patients with migraine headaches

Z. Danaie Sij[1], M. Dehghani Firoozabadi[2], GH. Sharifzadeh[3]

Background and Aim: The migraine headache is of the most common causes of headache, and some psychiatric disorders, such as anxiety and depression, in many cases accompany the headache. Some research results indicate the effectiveness of behavioral psychotherapy in reducing migraine headaches. This study aimed to evaluate the effects of cognitive-behavioral stress management on depression, anxiety, and reduction of migraine headache.

Materials and Methods: In this clinical trial, 19 women with migraine, whose anxiety and depression had been diagnosed based on DSM IV criteria and Beck's anxiety and depression tests, were provided with cognitive-behavioral stress management for 10 weeks. Beck's tests were used to compare the recovery rate of anxiety and depression. Data were analyzed by SPSS (version 15) using paired T-test, Wilcoxon, and Kruskal-Wallis tests at the significance of $p \leq 0.05$.

Results: In this study, cognitive-behavioral stress management was significantly effective in reducing depression, anxiety ($p \leq 0.001$), and migraine headache occurrence ($p=0.004$), and there was a significant difference between pre- and post-test scores ($p \leq 0.001$).

Conclusion: Cognitive-behavioral stress management is effective on depression, anxiety and migraine headache, and can be used in combination with drug therapy.

Keywords: Migraine Headache; Depression, Anxiety; Cognitive-behavioral Stress Management

Modern Care, Scientific Quarterly of Birjand Nursing and Midwifery Faculty. 2013; 10 (3):157-164

Received: April 21,2013 Last Revised: June 26,2013 Accepted: June 30,2013

[1] PhD Student of Psychology, Faculty of Psychology, Islamic Azad University of Isfahan, Science and Research Branch, Isfahan, Iran
[2] Correspondig Author, Assistant Professor of Neurology, Complementary Medical Research Center and Medicine School, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran. mdehghani44@yahoo.com
[3] Instructor, Public Health Department, Faculty of Public Health, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-03]