

اثر بخشی درمان شناختی رفتاری بر کاهش اضطراب در بیماران مبتلا به سردرد تنشی

سمانه اکبری مقدم^۱، ملیحه صفارشرق^۲، کاظم نظام دوست^۳

^۱ کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نیشابور، نیشابور، ایران.

^۲ کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نیشابور، نیشابور، ایران.

^۳ کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نیشابور، نیشابور، ایران.

نام نویسنده مسئول:

کاظم نظام دوست

چکیده

درد شایع ترین علت مراجعه بیماران به مراکز درمانی است. درد به عنوان یک پدیده چند وجهی با رنج فراوان روان شناختی، اجتماعی و فیزیکی همراه بوده و سبب کاهش بهره‌وری در اجتماع می‌شود و زندگی با درد مزمن دشوار است. یکی از متغیرهای روان شناختی که با سردرد تنشی و مزمن ارتباط دارد اضطراب است. سردرد تنشی در هشتاد درصد مردم تحت فشار روانی آشکار می‌شود. اضطراب و افسردگی معمولاً با این سردردها رابطه دارد. پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر روی اضطراب در بیماران مبتلا به سردرد تنشی مزمن انجام گرفته است. طرح نیمه آزمایشی با پیش آزمون پس آزمون و گروه گواه صورت گرفت. جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به سردرد تنشی مزمن در شهر مشهد است. نمونه مورد مطالعه شامل ۲۴ نفر از جامعه مذکور می‌باشد که از این تعداد به روش هم‌تاسازی تعداد ۱۲ نفر در گروه آزمایش و ۱۲ نفر در گروه کنترل جایگزین شدند. معیار گزینش آزمودنی‌ها عبارت بود از داشتن سردرد به مدت ۶ ماه یا بیشتر، به تشخیص متخصص اعصاب و روان، سپس بیماران به دو گروه ۱۲ نفری تقسیم می‌شوند. یک گروه تحت درمان دارویی با تجویز پزشک معالج و گروه دیگر علاوه بر درمان دارویی به مدت ۸ جلسه دوساعته مورد مداخله شناختی رفتاری قرار گرفتند. ابزار اندازه‌گیری پژوهش را مقیاس اضطراب بک بوده است. به منظور تحلیل داده‌های این پژوهش از برنامه نرم‌افزاری کامپیوتری SPSS انجام گرفت. با توجه به نتایج بدست آمده مشاهده می‌شود که سطح معناداری متغیر اضطراب از آلفای ۰/۰۵ کمتر می‌باشد و نشان دهنده تاثیر معنادار درمان شناختی رفتاری بر این متغیر می‌باشد و می‌توان چنین استنباط کرد که درمان شناختی رفتاری بر کاهش اضطراب تأثیر داشته است.

نتیجه‌گیری: از آن‌جا که بخش عمده‌ای از احساس درد وابسته به عوامل روان شناختی است و با توجه به پژوهش حاضر و پژوهش‌های قبلی صورت گرفته در داخل و خارج کشور توصیه می‌شود از درمان شناختی رفتاری به عنوان یکی از راهبردهای درمانی روان شناختی استفاده شود.

واژگان کلیدی: شناختی رفتاری، سردرد تنشی، اضطراب.

مقدمه

درد تجربه ناخوشایند حسی و عاطفی است که در اثر صدمه بافتی واقعی یا بالقوه ایجاد می‌شود و رایج‌ترین علت مراجعه به مراکز بهداشتی است. درد از حرکت و فعالیت افراد ممانعت کرده و باعث کاهش تعاملات اجتماعی و عدم مشارکت در فعالیت‌های روزانه می‌شود که در نهایت، حس ناامیدی، بی‌اعتمادی و انزوای اجتماعی را در پی دارد. اهمیت کنترل درد به حدی است که انجمن درد آمریکا آن را پنجمین علامت حیاتی می‌داند و کنترل و تسکین درد به روش‌های دارویی و غیر دارویی، از چالش‌های مهم اعضای تیم درمانی است. با توجه به عوارض مصرف داروها، امروزه استفاده از روش‌های غیر دارویی برای تسکین درد در حال پیشرفت است (طبباطبائی و همکاران، ۱۳۹۳). تا اواسط قرن بیستم میلادی، درد یا دارای منشأ جسمی تلقی می‌شد یا دارای خاستگاه روانی. از این زمان به بعد، حجم وسیعی از پژوهش‌ها، درستی این مفهوم‌سازی از درد را مورد آزمون قرار دادند و به تدریج مفهوم انسان از درد تغییر یافت. امروزه هم به لحاظ نظری و هم با استناد به منابع پژوهشی می‌توان گفت درد، صرف نظر از نوع، مدت و شدت آن، پدیده‌های زیستی روانی اجتماعی به شمار می‌آید و حالات هیجانی و انگیزشی، یادگیری، مدارهای مغزی و نیز شکل‌پذیری عصبی به دنبال تجربه درد، در فهم درد به‌طور عام و درد مزمن^۱ به‌طور خاص دارای اهمیت هستند. درد به عنوان یک پدیده چند وجهی با رنج فراوان روان‌شناختی، اجتماعی و فیزیکی همراه بوده و سبب کاهش بهره‌وری در اجتماع می‌شود (اصغری‌مقدم، ۱۳۹۴).

از ابتدای تاریخ مدون بشر، تلاش برای کنترل درد، از اهداف اصلی آدمی بوده است. علیرغم این تاریخ طولانی و با وجود ساخت داروهای ضد درد قوی، ابداع روش‌های نوین پزشکی و جراحی، رهایی از درد همچنان برای بسیاری از بیماران، امری دور از دسترس باقی مانده است. درد مزمن شکایتی بسیار متداول در موقعیت‌های درمانی است که صدها هزار انسان فعالانه در جستجوی رهایی از آن هستند. سردرد، یکی از شایع‌ترین شکایاتی است که بیماران را نزد پزشک می‌کشاند. بیش از ۹۰ درصد افراد در طول سال حداقل یک حمله سردرد را تجربه می‌کنند. برآوردهای کلی نشان می‌دهد که بزرگسالان مبتلا به اختلال سردرد، به ترتیب ۴۶ درصد سردرد کلی، ۱۱ درصد میگرنی، ۴۲ درصد تنشی و ۳ درصد سردرد مزمن^۲ روزانه را تجربه می‌کنند. 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 تاثیر می‌گذارد. یکی از متغیرهای روان‌شناختی که با سردرد تنشی و مزمن ارتباط دارد اضطراب^۳ است.

مطالعات پژوهشی و نظام‌دار متعدد و برخی فراتحلیل‌ها، سودمندی بالینی و مقرون به‌صرفه بودن درمان‌شناختی رفتاری را چه به‌طور مجزا و چه به صورت ترکیب با روش‌های درمانی قدیمی به اثبات رسانده‌اند

هدف پژوهش

تعیین میزان اثربخشی شناختی رفتاری بر روی اضطراب در بیماران مبتلا به سردرد مزمن

فرضیه تحقیق

درمان‌شناختی رفتاری بر اضطراب در بیماران مبتلا به سردرد مزمن موثر است

روش تحقیق

تحقیق حاضر در طی یک دوره ۶ ماهه و در چند مرحله انجام گرفت. پس از تصویب طرح تحقیق پیشینه موضوع مورد تحقیق مورد بررسی قرار گرفت. بعد از معاینه اولیه توسط نورولوژیست و کنار گذاشتن سردردهای عروقی و عضوی و پس از قطعی شدن تنشی بودن سردردها و درد مزمن بیماران (توسط متخصص مغز و اعصاب و یا روان‌پزشک) به‌طور تصادفی بر اساس روزهای زوج و فرد مراجعه به کلینیک مغز و اعصاب به دو گروه آزمایشی و گواه تقسیم شدند، گروهی تحت درمان دارویی و گروه دیگر علاوه بر درمان دارویی تحت مداخله شناختی رفتاری قرار گرفتند. پژوهش حاضر به منظور بررسی اثر بخشی درمان‌شناختی رفتاری بر روی کاهش اضطراب در بیماران مبتلا به سردرد تنشی و درد مزمن به صورت طرح آزمایشی تجربی با پیش آزمون پس آزمون و گروه گواه صورت گرفته است. بدین منظور تعداد ۲۴ بیمار مبتلا به سردرد تنشی مزمن از بین مراجعه‌کنندگان به کلینیک مغز و اعصاب انتخاب شدند و در دو گروه به صورت تصادفی روزهای زوج و فرد قرار گرفتند. روش نمونه‌گیری نمونه‌های در دسترس بود، معیار گزینش آزمودنی‌ها عبارت بود از داشتن سردرد به مدت

¹ -Chronic Pain

² Chronic headache

³ Anxcity

۶ ماه یا بیشتر، دامنه سنی ۳۰-۵۰ سال، آن‌گاه بیماران به دو گروه ۱۲ نفری تقسیم شدند، یک گروه تحت درمان دارویی با تجویز پزشک معالج و گروه دیگر علاوه بر درمان دارویی به مدت ۸ جلسه دو ساعته مورد مداخله شناختی رفتاری قرار گرفتند ابزار اندازه‌گیری این پژوهش مقیاس اضطراب بک بوده است.

جلسات درمانی و روش کار

جلسه اول	گرفتن شرح حال کامل و برقراری رابطه درمانی، اقدام برای شناخت یکدیگر، شناسایی مشکل، توصیف مشکل، تعیین هدفها، دریافت بازخورد، با توضیحی در مورد سرردهای تنشی، جهت دادن و آشنا کردن بیمار با CBT تعیین برنامه و اهداف اولیه درمان. (جهت تشخیص هر چه بهتر سرردهای تنشی و درد مزمن از افراد می‌خواهیم موارد زیر را یادداشت نمایند: ۱- تاریخ و زمان هر سر درد ۲- عواملی که باعث شروع سر درد می‌شوند. ۳- ثبت علائم سر درد ۴- ثبت داروهایی که مصرف می‌کنند).
جلسه دوم	وارسی خلق، کمک به شرکت‌کنندگان برای شناخت مقاومت‌های احتمالی، ویژگی‌های افکار خودآیند و چگونگی شناسایی آن‌ها، معرفی فعال‌سازی رفتاری و اکتشاف فعالیت‌های بالقوه برای بهبود خلق، تعیین تکلیف خانگی: ردیابی خلق و فعالیت، ارزیابی نگرانی‌های بیمار و تعیین اهداف اولیه.
جلسه سوم	وارسی خلق، مرور ردیابی خلق و فعالیت معرفی آرام‌سازی عضلانی، تزریق فکر، معرفی تصویرسازی و تمرین آن، ارزیابی تکلیف خانگی: تمرین فعال‌سازی رفتاری، شروع فنون مداخله‌ای.
جلسه چهارم	ادامه فنون مداخله‌ای، معرفی روش ثبت افکار، تکلیف خانگی فعال‌سازی رفتاری، ثبت برگه ثبت تفکر، دسته‌بندی باورها، ارزیابی مجدد برنامه و اهداف درمان، ادامه یا تصحیح فنون مداخله‌ای.
جلسه پنجم	مرور تکلیف خانگی، شروع فهرست اصلی باورها، معرفی تحریف‌های شناختی، فنون آرام‌سازی و ثبت تفکر.
جلسه ششم	این جلسه دو هدف عمده دارد که هر دو نیز شناختی هستند. هدف اول این است که شرکت‌کنندگان گروه بپذیرند که باورها تغییر ناپذیر نیستند و افراد با گذشت زمان باورهای خود را تغییر می‌دهند. هدف دوم این است که شرکت‌کنندگان بپذیرند که این امکان وجود دارد که باورهای خود را به صورت عینی مورد ملاحظه قرار دهند. معرفی چالش با افکار، تکلیف خانگی: فعال‌سازی رفتاری و ثبت افکار، ادامه فنون مداخله‌ای از دیگر کارهای مربوط به جلسه ششم می‌باشد.
جلسه هفتم	بحث درباره این‌که باورها می‌توانند از لحاظ سودمندی متفاوت باشند و این‌که مجموعه باورهایی که افراد برای سازماندهی رفتار خود بکار می‌گیرند، می‌توانند با یکدیگر یا با باورهای سایر افراد، تا حدودی همسان باشند و این‌که سازگاری و هم‌خوانی با باور سایر افراد دال بر صحت آن می‌باشد یا نه؟ چرا که افراد می‌توانند باورهای مشکل‌زای خود را شناسایی و ارزشیابی کنند و تصمیم بگیرند کدامیک را نگهدارند و کدامیک را کنار بگذارند. بحث درباره پایان درمان و آماده‌سازی برای تغییرات پایدار، دریافت بازخورد.
جلسه هشتم	وارسی خلق، مرور تکلیف خانگی، مرور پیشرفت درمان، تکمیل پیشگیری از عود، معرفی و برنامه‌ریزی جلسات مدیریت خود، پایان درمان و کمک به بیمار برای تغییرات پایدار.

روش تحلیل داده‌ها

به منظور تحلیل داده‌های این پژوهش از شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین و واریانس) انحراف استاندارد برای ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و آمار استنباطی، تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده می‌شود. این محاسبات آماری با استفاده از برنامه نرم‌افزاری کامپیوتری SPSS صورت خواهد گرفت.

با توجه به مستقل بودن مقادیر دو نمونه مورد بررسی، از آزمون ناپارامتری مان-ویتنی برای بررسی برابری توزیع دو متغیر استفاده می‌شود که نتایج آن در جدول ۱ گزارش گردیده است.

جدول (۱) نتایج آزمون U مان- ویتنی برای مقایسه میانگین اضطراب مرحله پیش آزمون

گروه	میانگین	انحراف معیار	میانگین رتبه	مقدار آماره U	P-value
آزمون	۲۲/۸	۱۰/۸۵	۱۴/۴	۴۹/۵	۰/۱۹۸
شاهد	۱۸/۴	۶/۹۲	۱۰/۶۳		

علی رغم اینکه میانگین اضطراب بیماران در گروه آزمون بیشتر از گروه شاهد است اما با توجه به نتایج آزمون یو مان- ویتنی می توان گفت که این اختلاف آنقدر نبوده که بتوان آن را از لحاظ آماری معنی دار دانست زیرا مقدار p-value آزمون بزرگتر از سطح معنی داری ۰/۰۵ است و بر اساس آن می توان با اطمینان ۹۵٪ میانگین متغیر را در هر دو گروه مورد بررسی قبل از مداخله هیپنوتیزم درمانی یکسان دانست.

حال می توان با توجه به یکسان بودن شرایط اولیه دو گروه در مرحله پیش آزمون، مداخله مورد نظر را انجام داد تا تأثیر آن را در مرحله پس آزمون مورد سنجش و مقایسه قرار دهیم. برای این منظور با استفاده از آزمون ناپارامتری رتبه علامت ویلکاکسون به مقایسه اضطراب بیماران در مرحله پیش آزمون و پس آزمون در دو گروه آزمون و شاهد پرداخته شده است که نتایج آن در جدول ۲ و ۳ گزارش شده است.

مقایسه اضطراب در مرحله پیش آزمون و پس آزمون به تفکیک گروه آزمون و شاهد

در ابتدا به بررسی میانگین اضطراب در مرحله پیش آزمون و پس آزمون در گروه شاهد پرداخته شده است که نتایج آن در جدول ۲ گزارش شده است.

جدول (۲) نتایج آزمون رتبه علامت ویلکاکسون برای مقایسه میانگین اضطراب گروه شاهد

گروه شاهد	میانگین	انحراف معیار	مقدار آماره	P-value
مرحله پیش آزمون	۱۸/۴	۶/۹	-۰/۸۶۵	۰/۳۸۷
مرحله پس آزمون	۱۵/۹	۶/۶		

با توجه به تغییرات میانگین اضطراب در گروه شاهد در مرحله پیش آزمون و پس آزمون و با توجه به مقدار p-value نتیجه آزمون رتبه علامت ویلکاکسون که بزرگتر از سطح معنی داری ۰/۰۵ است می توان چنین نتیجه گرفت که با اطمینان ۹۵٪ میانگین متغیر اضطراب گروه شاهد در مرحله پیش آزمون و پس آزمون یکسان باقی مانده و از لحاظ آماری تغییر معنی داری نداشته است. در این مرحله نیز به بررسی کلیدی ترین سؤال فرعی تحقیق که تأثیر هیپنوتیزم درمانی در کاهش اضطراب را در قبل و بعد از درمان مورد بررسی قرار می دهد، پرداخته شده است که نتایج آن در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول (۳) نتایج آزمون رتبه علامت ویلکاکسون برای مقایسه میانگین اضطراب گروه آزمون

گروه آزمون	میانگین	انحراف معیار	مقدار آماره	P-value
مرحله پیش آزمون	۲۲/۸	۱۰/۸۶	-۲/۵۹۱	۰/۰۱۰
مرحله پس آزمون	۱۲/۶	۱/۸۳		

با توجه به تغییرات میانگین اضطراب در گروه آزمون در مرحله پیش آزمون و پس آزمون و می توان کاهش شدید اضطراب را پس از مداخله شناختی رفتاری مشاهده نمود که این تغییرات با توجه به مقدار p-value نتیجه آزمون رتبه علامت ویلکاکسون که کوچکتر از سطح معنی داری ۰/۰۵ است مورد تأیید قرار گرفته و می توان چنین بیان نمود که با اطمینان ۹۵٪ میانگین متغیر اضطراب گروه شاهد در مرحله پس آزمون به طور معنی داری نسبت به مرحله پیش آزمون کاهش یافته است و این کاهش از لحاظ آماری معنی دار است.

بحث و نتیجه گیری

یکی از متغیرهای روان‌شناختی که با سردرد تنشی و مزمن ارتباط دارد اضطراب است. اضطراب از موضوعات بسیار اساسی و مطرح در روان‌شناسی است. استرس زندگی یکی از عوامل روانی اجتماعی است که عموماً به عنوان عامل اصلی در سردرد تنشی شناخته شده است. استرس می‌تواند بعنوان عامل مستعدکننده شروع بیماری یا راه‌اندازی اولیه، عامل میانجی در تبدیل شدن اولیه به مزمن و نیز به عنوان برانگیزاننده و تشدیدکننده مد نظر قرار گیرد. شواهد نیز نشان می‌دهند که فشارهای روانی - اجتماعی از عوامل پیش‌بینی کننده شدت و غالباً متعاقب دوره‌های پریشانی و استرس افزایش می‌یابد.

در بسیاری از مراجعان به مراکز مشاوره و روان درمانی و یا درمان‌گاه‌های روان پزشکی و روان اضطراب از شکایت‌های اولیه و مطرح است. بنابراین از آنجایی که بخش عمده‌ای از احساس درد وابسته به عوامل روان‌شناختی است، این تحقیق به بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کاهش اضطراب در بیماران مبتلا به سردرد تنشی مزمن می‌پردازد. در تحقیق انجام شده اضطراب گروه شاهد در مرحله پس‌آزمون به طور معنی‌داری نسبت به مرحله پیش‌آزمون کاهش یافته است و این کاهش از لحاظ آماری معنی‌دار بود. نتایج تحقیق ما در این فرضیه با نتایج و یافته‌های تحقیقات ابوالقاسمی و همکاران (۱۳۹۲) بشارت، م (۱۳۸۰) جین اروین وراثول ریتو و همکاران (۲۰۱۲) ماریا گاردین و آنجس فوربس و همکاران (۲۰۰۷) سگال، گمار و ویلیامز (۲۰۰۵) (پرازو و همکاران، ۲۰۰۵) (فورد و همکاران، ۲۰۰۸) (باکر و همکاران، ۲۰۰۹) دانای سیج و همکاران (۲۰۱۳) (کرونر و همکاران، ۲۰۰۷) (مونلار و همکاران، ۲۰۰۵) (رادو، زافیریس، آرپین-کریپی، اروین و روتو، ۲۰۱۲) هوپلز، اگان، ریس و کین (۲۰۱۴) (هندلی و همکاران، ۲۰۱۴) پی شی هاسیو (۲۰۱۶) همسو بوده است. با توجه به این که بخش عمده‌ای از احساس درد وابسته به عوامل روان‌شناختی است و با توجه به پژوهش حاضر و پژوهش‌های قبلی صورت گرفته در داخل و خارج کشور توصیه می‌شود از درمان شناختی رفتاری به عنوان یکی از راهبردهای درمانی روان‌شناختی استفاده شود و پژوهش‌های گسترده‌تر با نمونه‌های بیشتر توصیه می‌شود.

منابع و مراجع

- [۱] ابراهیمی قوام، ص (۱۳۸۳) بررسی رابطه میان ابعاد کمال‌گرایی با عملکرد تحصیلی اضطراب و افسردگی دانش آموزان، پایان نامه دانشگاه علامه.
- [۲] ابوالقاسمی ع، جعفری ع، احمدی سلطانی طهورم (۱۳۹۳). مقایسه کمال‌گرایی، پرخاشگری و سبک‌های مقابله بیماران مبتلایه سردردهای میگرنی و تنشی با افراد عادی، مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان، دوره بیست و یکم ش ۲ ص ۱۶۲-۱۷۳.
- [۳] استورا، (۱۳۸۷). تنیدگی یا استرس بیماری جدید تمدن (چاپ دوم). (ترجمه پریخ دادستان). تهران: انتشارات رشد. (سال انتشار به زبان اصلی ۱۹۹۴)
- [۴] اصغری مقدم م (۱۳۹۴). تغییر مفهوم درد طی زمان. دو فصلنامه علمی پژوهشی، دوره ۱۳، شماره ۲، ص ۱۶۵-۱۷۲.
- [۵] اگان سارا، وید تریسی، شافران رز، آنتونی مارتین (۱۳۹۵). درمان‌شناختی رفتاری برای کمال‌گرایی. (ترجمه: محمودی م، بارانی م، فروغی ع و شیرین زاده دستگیری ص). تهران: انتشارات ابن سینا. (سال انتشار به زبان اصلی ۲۰۱۴)
- [۶] امینوف، هاریسون (۱۳۸۸). نورولوژی بالینی (چاپ اول). (ترجمه: سید مصطفی امامی میبیدی و مهیار معتقد). تهران: انتشارات آتارسیحان. (سال انتشار به زبان اصلی ۲۰۰۸)
- [۷] ایروانی م و خدایپناهی م (۱۳۸۶). روانشناسی احساس و ادراک، تهران: سمت.
- [۸] بخشی پور رودسری، ع (۱۳۹۱). درمان‌های شناختی رفتاری. تبریز: مرکز روانشناسی و نوروفیدبک سایبر.
- [۹] بشارت، م (۱۳۸۰). ابعاد کمال‌گرایی در بیماران افسرده و مضطرب. مجله علوم روان‌شناختی، دوره اول شماره سوم، ص ۲۶۴-۲۸۴.
- [۱۰] پاری، گلنسی. (۱۳۷۵). مقابله با بحران (چاپ پنجم)، ترجمه حمید مقدسی انتشارات دهخدا. (سال انتشار به زبان اصلی ۱۹۹۱)
- [۱۱] پولادی ریشه‌ری، ع (۱۳۸۵) (روانشناسی درد) انتشارات نسل نواندیش.
- [۱۲] جزایری ر و شریفی م (۱۳۹۰). مقایسه میزان همسرآزاری عاطفی و ادراک حمایت اجتماعی در بیماران مبتلا به سردردهای مزمن تنشی و میگرن با افراد سالم. مجله علمی پزشکی قانونی، دوره ۱۷، شماره ۲، ص ۸۷-۹۴.
- [۱۳] جنی گلد (۱۳۹۵)، (رهایی از کمال‌گرایی) ترجمه دکتر سپهریان آذر، مفسری، تراب زاده، در دست چاپ انتشارات دانشگاه ارومیه.
- [۱۴] جوهری فرد ر، گودرزی ع، ضمیری ا (۱۳۸۸). تأثیر درمان‌شناختی رفتاری گروهی بر اضطراب و نگرش‌های ناکارآمد بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. یافته‌های نو در روانشناسی، ص ۸۲-۹۴.
- [۱۵] خباز م، کرمی ی، کریمیان ن، شهبخش ا (۱۳۹۳). بررسی و مقایسه رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و حمایت اجتماعی با فرسودگی تحصیلی در دانشجویان دانشگاه علامه طباطبایی. پژوهش‌های روانشناسی و مشاوره شماره ۴ (۲) ص ۸۶-۹۲.
- [۱۶] خدایاری فرد، م؛ پرنده، ا (۱۳۹۱). استرس و روش‌های مقابله با آن. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- [۱۷] خضری مقدم ا، بنی اسدی ح، کهرازئی ف (۱۳۸۴). بررسی اثربخشی هیپنوتیزم درمانی در درمان مبتلایان به اختلال سردرد تنشی مزمن. مجله علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه سیستان و بلوچستان سال دوم. اسفند ۱۳۸۴، ص ۱-۱۵.
- [۱۸] دافعی، م. (۱۳۷۶). بررسی رابطه روش‌های مقابله‌ای با ویژگی‌های فردی و سلامت روانی زوج‌های ناباور یزد، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس.
- [۱۹] داوری ع، اسلامی م، دانش کاظمی ع، موسوی نسب م، صالحی م، (تعیین ارتباط بین سردردهای مزمن با ضایعات سرویکالی بدون پوسیدگی دندان‌ها) مجله دندانپزشکی مشهد ۱۳۸۸ دوره ۳۳ شماره ۴ ص ۳۰۱.
- [۲۰] رایت جسی، بسکو مونیکا، تیز مایکل (۱۳۹۳). آموزش درمان‌شناختی رفتاری (چاپ دوم). ترجمه: حبیب ا. . . قاسم زاده و حسن حمیدپور. تهران: انتشارات ارجمند. (سال انتشار به زبان اصلی ۲۰۰۶)

- [۲۱] رجبی س، عباسی ز (۱۳۹۳). همه گیری شناسی سردردهای میگرنی و اثربخشی آموزش شناختی رفتاری فوردایس بر کاهش علائم میگرن و افزایش شادکامی. روانشناسی معاصر، سال نهم شماره ۲ ص ۹۲-۱۰۰.
- [۲۲] رحیمیان بوگرا (۱۳۹۰). تأثیر درمان شناختی رفتاری گروهی بر علایم چندوجهی درد در بیماران مبتلا به کمردرد مزمن؛ پیگیری چهار ماهه. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران، سال ۹، شماره ۳، ص ۱۹۹-۲۰۸.
- [۲۳] رضاخانی س، نوری قاسم آبادی ر، جان بخش م، رابطه کمال گرایی با باورها و انگیزه های ازدواج در دانشجویان دانشگاه تهران (زن و مطالعات خانواده) ۱۳۸۹، دوره سوم شماره دهم ص ۶۱-۷۳.
- [۲۴] روش های جدید درمان درد، سایت کلینیک تخصصی کنترل و درمان درد تهران (Tehran pain clinic).
- [۲۵] سادوک. و آ، سادوک ب. (۱۳۹۰). خلاصه روان پزشکی (چاپ سوم). ترجمه: فرزین رضاعی تهران: انتشارات ارجمند. (سال انتشار به زبان اصلی ۲۰۰۷)
- [۲۶] سجادی نژاد م، محمدی نورا. . . ، تقوی م، اشجع زاده ن (۱۳۸۷). تأثیر گروه درمانی شناختی رفتاری بر افسردگی و احساس ناتوانی ناشی از سردرد در بیماران مبتلا به میگرن و سردرد تنشی. مجله روان پزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال چهاردهم شماره ۴، ص ۴۱۱-۴۱۸.
- [۲۷] سرگلی، م (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی هیپنوتیزم درمانی بر کاهش سردردهای تنشی، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد تربت جام.
- [۲۸] شافران ر، اگان س، ویدت (۱۳۹۴) غلبه بر کمال خواهی (چاپ سوم). ترجمه: سارا کمالی و فروغ ادریسی. تهران: انتشارات ارجمند. (سال انتشار به زبان اصلی ۲۰۱۰)
- [۲۹] شاه بیگی س، ۱۳۹۲، دومین کنگره بین المللی درد.
- [۳۰] شاهکرمی م، زهراکار ک، مرادی زاده س، داورنیا ر (۱۳۹۴). اثربخشی درمان شناختی رفتاری مدیریت سترس، بر بهبود کیفیت زندگی همسران افراد تحت درمان بامتادون به شیوه گروهی. مجله تحقیقات سلامت در جامعه، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، دوره ۱ شماره ۲ ص ۱۲-۲۱.
- [۳۱] شولتز. د. شولتز. س. الن (۱۳۷۹)، نظریه های شخصیت ترجمه یحیی سید محمدی انتشارات دانشگاه آزاد.
- [۳۲] صدوقی م، عکاشه گ (۱۳۸۸). اثربخشی روش درمان شناختی رفتاری در کاهش سردرد تنشی مزمن. مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، دوره ۱۱، ش ۳، ص ۸۵-۹۲.
- [۳۳] صلابانی ف، اصغری ابراهیم آباد م، مشهدی ع، عطارزاده ح، مشهدی نژاد ح، افتخارزاده س، احمدزاده ق (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی بر کاهش اضطراب و پرخاشگری زنان مبتلا به درد مزمن. فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۵، شماره ۳، ص ۳۴-۴۴.
- [۳۴] طباطبایی ا، زارعی م، محمدپور ع (۱۳۹۳). مقایسه تأثیر حمام و اصلاح مزاج بر شدت سردردهای میگرنی. فصل نامه افق دانش، دوره ۲۰ شماره ۱، ص ۴۴-۴۸.
- [۳۵] علی محمدی س. (۱۳۷۲). پیش بینی اقدام به خودکشی در بیماران به افسردگی نوروتیک، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- [۳۶] فری. مایکل (۱۳۸۴). راهنمای عملی شناخت درمانی گروهی (چاپ اول). ترجمه: مسعود محمدی و رابرت فرنام. تهران: انتشارات رشد. (سال انتشار به زبان اصلی ۱۹۹۹)
- [۳۷] کریس، آنتونی جیمز، (۱۳۸۴)، روانشناسی سلامت (بهداشت روانی) (چاپ سوم). ترجمه فرامرز سهرابی، تهران: انتشارات طلوع دانش.
- [۳۸] کاپلان، هارولد، سادوک، بتامین (۱۳۷۳) خلاصه روان پزشکی (چاپ دوم). ترجمه نصرت الله پور افکاری ۱۳۷۳، انتشارات تبریز. (سال انتشار به زبان اصلی ۱۹۹۱)
- [۳۹] کرک. هاوتون. ک. کیس. پال م. س، کلارک د. م (۱۳۹۴). رفتار درمانی شناختی (چاپ سیزدهم). ترجمه: حبیب ا. . . قاسم زاده. تهران: انتشارات ارجمند. (سال انتشار به زبان اصلی ۱۹۸۸)
- [۴۰] کولی. ج. ای، تتن. آندرا ال. (۱۳۹۴). درمان شناختی رفتاری کوتاه مدت (چاپ اول). ترجمه: نسیم موسوی و فرید براتی سده. تهران: انتشارات رشد. (سال انتشار به زبان اصلی ۱۹۹۵)

- [۴۱] لیپی رابرت (۱۳۹۰). تکنیک های شناخت درمانی (چاپ سوم). ترجمه: حسن حمیدپور و زهرا اندوز. تهران: انتشارات ارجمند. (سال انتشار به زبان اصلی ۲۰۰۳)
- [۴۲] محمودی م، محمدخانی پ، غباری بناب ب، باقری ف (۱۳۹۴). اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر راهبردهای مقابله با استرس در خویشاوندان مراقبت کننده مبتلایان به آلزایمر. سالمند، دوره ۱۱ شماره ۱ ص ۱۹۱-۲۰۱.
- [۴۳] وفايي بوروبور ص، (۱۳۸۷). نقش جهت گیری دینی و مقابله‌های مذهبی در استرس شغلی دبیران زن شهرستان همدان، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت مدرس.
- [۴۴] یعقوبی نصرآبادی م، عاطف و، احمدزاده غ (۱۳۸۲). تأثیر گروه درمانی شناختی رفتاری بر کاهش افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به اختلال خلقی. سال نهم شماره ۲ ص ۵۶-۶۳.
- [45] Antoni MH, Lechner SC, Kazi A, Wimberly SR, Sifre T, Urcuyo KR, et al. How stress management improves quality of life after treatment for breast cancer. *J Consult Clin Psychol* 2006; 74(6): 1143–1152.
- [46] Arthur, N. , & Hayward, L. (1997). The relationships between
- [47] Beck, A. T. , Epstein, N. , Brown, G. , & Steer, R. A. (1988). An
- [48] Billings, A. G. , & Moos, R. H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioural Medicine*, 4, 139-157.
- [49] Blanchard, E. B. (1992). Psychological treatment of benign headache disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 537-551.
- [50] Blatt, S. J. (1995). The destructiveness of perfectionism: implications for the treatment of depression.
- [51] Blatt, S. J. , Quinlan, D. M. , Pilkonis, P. A. , & Shea, T. (1995).
- [52] Blumer, D. , & Heilbronn, M. (1982). Chronic pain as a variant of depressive disease: The pain-prone disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 170, 381–406.
- [53] Bottos S, Dewey D. Perfectionists appraisal of daily hassles and chronic Headache headache. *Headache* 2004; 44(8): 772-9
- [54] Brunner LS, Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL. Brunner & Suddarth's textbook of medicalsurgical nursing. 12th ed. Wolters Kluwer Health; 2010.
- [55] Chantal Arpin-Cribbie , Jane Irvine & Paul Ritvo (2012): Web-based cognitive-behavioral therapy for
- [56] 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.
- [57] Descartes R (1664), translated by Foster (1901) p. 265.
- [58] distress in postsecondary students. *Journal of College*
- [59] Ekeleston, c. (1997) pain and thinking: An introduction to cognitive psychology. In V. N. Thomas (Ed.). *pain: Its nature and management*. London: Bailliere tindall. , 35-53.
- [60] Ford S, Calhoun A, Kahn K, Mann J, Finkel A. Predictors of disability in migraineurs referred to a tertiary clinic: neck pain, headache characteristics, and coping behaviors. *Headache* 2008; 48(4): 523-8
- [61] Gatchel, R. , & Blanchard, E. B. (1997). *Psychophysiological disorders*. Washington: American Psychological Association.
- [62] 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.
- [63] Health Treatment of Depression Collaborative Research Program
- [64] Holroyd, J. (1996) Hypnosis treatment of clinical pain: understanding why hypnosis is useful. *The international Journal of clinical and Experimental hypnosis*, 44, 33-51.
- [65] Hsu, MC, Harris RE, Sundgren PC, Welsh, RC, Fernandes, CR, Clauw DG, Williams, DA. (2009). No consistent difference in gray matter volume between

- individuals with fibromyalgia and age-matched healthy subjects when controlling for affective disorder, *Pain*, 143; 262-267.
- [66] Hugh Kearns, Angus Forbes and Maria Gardiner (2007). *A Cognitive Behavioural Coaching*
- [67] Impact of perfectionism and need for approval on the brief
- [68] *Intervention for the Treatment of Perfectionism and Self-Handicapping in a Nonclinical*
- [69] inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties.
- [70] *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- [71] Kroner-Herwig B, Heinrich M, Morris L. Headache in German children and adolescents: a population-based epidemiological study. *Cephalalgia* 2007;.
- [72] Lazarus R S, Kanner A D, Folkman S. Emotion: A Cognitive-phenomenological Analyse. In R Plutchik & H. Kellerman (Eds) *Emotion: Theory, Research and Experience*. New York: Academic; 1980: 182-217.
- [73] Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. New York, NY: Springer Publishing Company; 1984.
- [74] 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
- [75] Lutgendorf SK, Antoni MH, Ironson G, Starr K, Costello N, Zuckerman M. Changes in cognitive skills and social support during cognitive behavioral stress management intervention and distress outcomes in symptomatic human immunodeficiency virus seropositive gay men. *Psychosom Med* 1998; 60(2): 204-214
- [76] McAnulty DP. *Psychological correlates of head pain*. Baton Rouge, LA: Louisiana State University; 1984.
- [77] Melzack, R. , & Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms: A new theory. *Science*, 50, 971-979.
- [78] Mirzaei F, Neshatdoost HT, Jabal Ameli SH, Darekordi A, Kazerani F. Efficacy of cognitive-behavioral stress management on depression and irritability of women with premenstrual syndrome: A short report. *JRUMS* 2013; 12(1): 79-86 (Persian)
- [79] Molnar DS ,Reker DL,Culp NA,Sadava SW,DeCorville NH,A mediated model of perfectionism,affect,and physical health. *Journal of Research in personality* 2006: 40(5): 482-500)
- [80] Molnar DS, Reker DL, Culp NA, Sadava SW, DeCourville NH. A mediated model of perfectionism, affect, and physical health. *Journal of Research in Personality* 2006; 40(5): 482-500.
- [81] perfectionism, standards for academic achievement, and emotional
- [82] perfectionism: A randomized controlled trial, *Psychotherapy Research*, 22: 2, 194-207.
- [83] Population. *Behaviour Change*, 24, pp 157-172 doi: 10. 1375/behc. 24. 3. 157
- [84] revisited. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88,
- [85] Rosenberg, S. K. , & Boswell, M. B. (1998) Pain management in geriatrics. In R. S. Weiner (Ed.). *Pain management: A practical guide for clinicians*. Florida: St lucie Press, 683-692.
- [86] Sator-katzenschlager SM, Schiesser AW, KozekLangenecker SA, Benetka G, Langer G, Kress HG. (2003). Does pain relief improve pain behavior and mood in chronic pain patients? *Anesthesia Analgesia*. 97: 791-797
- [87] 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.