

اثربخشی درمان به روش شناختی رفتاری بر تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به میگرن

اکرم رضایی اغوعی

کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بیرجند، بیرجند ایران.

نام نویسنده مسئول:

اکرم رضایی اغوعی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۴/۱۶

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۶/۲۴

چکیده

درد شایعترین علت مراجعه بیماران به مراکز درمانی است. درد به عنوان یک پدیده چند وجهی با رنج فراوان روان شناخت، اجتماعی و فیزیکی همراه بوده و سبب کاهش بهره وری در اجتماع می شود از این میان سردردهای میگرنی یکی از شایع ترین نوع دردها و علت اصلی مراجعه به پزشک است، بدیهی است با توجه به تاثیرات سوء این اختلال چه از نظر فردی و چه اجتماعی اقتصادی بررسی راهبردهای مختلف درمانی حائز اهمیت است. پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی درمان به شیوه ذهن آگهی درکمال گرایی، راهبردهای تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به سردرد میگرنی انجام شده است. طرح نیمه آزمایشی با پیش آزمون پس آزمون و گروه گواه صورت گرفت. بدین منظور تعداد ۳۰ بیمار مبتلا به سردرد میگرنی از بین مراجعه کنندگان به مطب خصوصی مغز و اعصاب ناحیه سه مشهد مطب دکتر حاتمی متخصص مغز و اعصاب در زمستان ۱۳۹۸ انتخاب شده روش نمونه گیری نمونه های در دسترس و به صورت تصادفی در گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. معیار گزینش آزمودنی ها عبارت بود از داشتن سردرد به مدت حداقل ۶ ماهه دامنه سنی ۴۰-۲۵. آنگاه بیماران به دو گروه ۱۵ نفری تقسیم شدند، هر دو گروه تحت درمان دارویی باتجویز پزشک معالج و از این یک میان گروه علاوه بر درمان دارویی به مدت ۸ جلسه دو ساعته تحت درمان با رویکرد شناختی رفتاری قرار اثرات مداخله در پایان جلسات به وسیله ابزار های پژوهش مورد سنجش قرار گرفت، نتایج با روش آماری مورد تحلیل قرار گرفت نتیجه گیری: نتایج نشان می دهد که در تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مثبت و پذیرش، گروه درمان شناختی رفتاری میانگین بالاتری را داراست. در سایر متغیرها آزمودنی های گروه کنترل میانگین بالاتری دارند.

واژگان کلیدی: سردرد میگرنی، راهبردهای تنظیم هیجان، شناختی رفتاری

مقدمه

بیان مساله

زندگی کردن با درد مزمن مستلزم تحمل فشار عاطفی قابل توجه ای است. درد، تواناییهای عاطفی و هیجانی فرد را کاهش می دهد و خواست مداوم فرد برای رهایی از آن در بیشتر اوقات دست نیافتنی می شود؛ این امر تأنهای باعث تضعیف روحیه بیمار، احساس ناامیدی، درماندگی و افسردگی در وی می -گردد. (گچل و ترک ۲۰۱۴) سردرد، یکی از شایع ترین شکایاتی است که بیماران را نزد پزشک می کشاند. بیش از ۹۰ درصد از افراد در طول سال حداقل یک حمله سردرد را تجربه می کنند. برآوردهای کلی نشان می دهد که بزرگسالان مبتلا به اختلال سردرد به ترتیب، ۲۳ درصد میگرنی، ۴۲ درصد سردرد تنش و ۳۵ درصد سردرد مزمن روزانه را تجربه می کنند. حملات دوره‌ای میگرن سبب اختلال عملکرد بیمار می‌گردد. توانایی افراد دچار میگرن در تمام جنبه‌های زندگی روزمره نظیر اشتغال، کارهای خانه و فعالیت‌های غیر جسمی کاهش می‌یابد. (توماسو و همکاران، ۲۰۱۴). لذا، با توجه به شیوع بالای میگرن بین افراد و مشکلات متعددی که در زمینه‌های مختلف به دنبال دارد و محققان بسیاری به ریشه‌های روان شناختی میگرن اشاره کرده‌اند، لزوم توجه به درمان میگرن و رفع آن‌ها ضرورتی مضاعف دارد. مشکلات روانشناختی در بیماران با سردردهای میگرن بسیار شایع است. مصرف زیاد مسکن‌های سردرد نه تنها در بهبود سردرد مؤثر نیست بلکه تشدید کننده آن هم هست و چنانچه فردی در طول یک ماه بیش از ۱۰ تا ۱۵ قرص مسکن مصرف کند و این روند به مدت سه ماه تکرار شود، خود منجر به بروز سردرد می‌شود (شاه بیگی، ۱۳۹۲).. از اواخر دهه ۱۹۷۰، درمان‌های روانشناختی و مطالعات زیادی بر روی اثرات بیولوژیکی، محیطی، عوامل روان شناختی و اجتماعی بر حملات سردرد انجام گرفته است. نتایج این مطالعات موید ارتباط بین عوامل روانشناختی و شخصیتی این بیماران با سردرد است (اصغری مقدم ۱۳۹۴).. در مورد این امر که روی آورده‌های روان شناختی می‌توانند به مدیریت درد مزمن کمک کنند توافق همگانی وجود دارد طی سالیان متمادی پزشکان روش‌های گسترده‌ای را برای تسکین درد مورد استفاده قرار داده‌اند. امروزه روش‌های روان شناختی هم به صورت جداگانه و هم توأم با روش‌های پزشکی در درمان درد مزمن مورد استفاده قرار می‌گیرد و تحقیقات بیانگر کارایی بالای درمان‌های روان شناختی است. بنابراین با توجه به شیوع بالا و عوارض ناخوشایندی که به جای می‌گذارد بررسی عوامل روانشناختی و راهکارهای درمانی روانشناختی به عنوان مکمل درمانی می‌تواند مفید واقع شود بررسی عواملی که می‌تواند زمینه ساز و یا تداوم بخش سردرد باشد ضروری به نظر می‌رسد.

پژوهش‌های بسیاری به وضوح نشان داده‌اند که عواطف نقش مهمی در برخورد با حوادث تنش زای زندگی دارد (از گارنفسکی^۱ و کرایچ^۲، ۲۰۰۶). از آن جا که هر فردی در زندگی با حوادث و رویدادهای تهدید آمیز و استرس زا رو به رو می‌شود چگونگی تنظیم عواطف در این شرایط مهم و ضروری است. به عبارتی تنش‌های مزمن عصبی و فقدان مهارت‌های کارآمد برای مقابله با استرس ممکن است زمینه ساز بروز سردرد با شوند. نتایج تحقیق کائو، زانگ وانگ (۲۰۱۲) بر روی بیماران با سردرد تنشی و میگرنی مشخص کرد که مقیاس‌های خشونت، پرخاشگری، اضطراب و افسردگی در گروه بیماران با سردردهای تنشی و میگرنی بیش از گروه کنترل بوده است و سردرد آن‌ها با اضطراب و افسردگی شدت می‌یابد. روش‌های تنظیم هیجان نقشی برجسته در بسیاری از رویکردهای درمانی مانند رفتاردرمانی دیالکتیک^۳، درمان شناختی - رفتاری^۴، درمان مبتنی بر حل مسئله^۵، رفتار درمانی عقلانی - هیجانی^۶، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۷ (علوی زاده و انتظاری، ۱۳۹۰) دارند. به باور گارنفسکی و کرایچ (۲۰۰۶) راهبردهای تنظیمی شناختی هیجان کنش‌هایی هستند که نشانگر راه‌های کنار آمدن فرد با شرایط استرس زا و یا اتفاقات ناگوار است. به باور گارنفسکی، کرایچ و اسپانیهون^۸ (۲۰۱۱) افراد در مواجهه با تجارت و موقعیت‌های استرس زا برای حفظ سلامت

4-Gamefski

5-Kraaij

8-Dialectical behavior therapy

9-Cognitive-behavior therapy

10-Problem-solving therapy

11-Rational emotive behavior therapy

12-Acceptance and commitment therapy

13-Spinhoven

روانی و هیجانی خود از راهکارهای شناختی متنوعی استفاده می‌کنند. در زمینه تأثیر هیجان‌ها بر تعدیل و تنظیم درد، بسیاری از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که نوسانات درد به سهولت تحت تأثیر هیجان‌ها قرار می‌گیرند، به گونه‌ای که هیجان‌های خوشایند عموماً منجر به کاهش درد می‌شوند، در حالی که هیجان‌های ناخوشایند شدت درد را افزایش می‌دهند. این تأثیرات تا حدی از طریق مسیرهای نزولی تنظیم درد صورت می‌گیرد. برای مثال، هیجان‌ها دامنه‌ی گیرنده‌های رفلکسی نخاعی را تنظیم می‌کنند، چنان که هیجان‌ها خوشایند منجر به بازداری این گیرنده‌ها و افزایش شدت درد می‌شود و هیجان‌های ناخوشایند منجر به افزایش فعالیت این گیرنده‌ها و افزایش شدت درد می‌شوند.

تحقیقات نشان می‌دهد که افراد مبتلا به سردردهای تنشی و میگرنی از نظر به کارگیری راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با افراد بهنجار متفاوت هستند، همچنین به واسطه ارتباط بین استرس و پریشانی‌های هیجانی در بروز و شدت سردردها بررسی سبک‌ها و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در افراد مبتلا به میگرنی ضروری به نظر می‌رسد. یکی از روش‌های درمانی که در سالهای اخیر توجه درمانگران را جلب کرده است روش ذهن آگهی است. مداخلات ذهن آگاهی به صورت مکرر در مراقبت‌های بهداشتی در کمک به بهبودی بیماران در مدیریت درد، استرس و... تا کیفیت زندگی آنان مورد استفاده قرار گرفته‌اند (ویلسم، کابات سین، زین ۲۰۱۱).. انجام این پژوهش نقش مهمی در توجه درمانگران و پژوهشگران روانشناختی به کاهش علائم درد و مشکلات روانشناختی همراه آن دارد. با توجه به فراوانی بالای مبتلایان به سردرد و اهمیت مساعل روانشناسی در تداوم و شدت سردرد و چندفاکتوری بودن درد، و حجم ناچیز مطالعات انجام شده در این زمینه در داخل کشور، پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر راهبردهای تنظیم هیجان، در بیماران مبتلا به سردرد میگرنی می‌پردازد.

فرضیه تحقیق

درمان شناختی رفتاری بر راهبردهای تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به سردرد میگرنی موثر است

طرح تحقیق

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی (پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل) می‌باشد. پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل است. با توجه به اینکه محقق در پی بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر روی راهبردهای تنظیم هیجان با سردرد میگرنی می‌باشد، پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با گروه کنترل می‌باشد. طرح تحقیق آن به صورت دو گروهی (گروه آزمایش ویک گروه کنترل) و شامل دو مرحله‌ای پیش‌آزمون و پس‌آزمون است. متغیر مستقل، شناختی رفتاری که فقط در گروه آزمایش، اعمال خواهد شد و تأثیر آن بر نمرات پس‌آزمون افراد گروه آزمایش نسبت به گروه گواه، مورد مقایسه قرار گرفت. متغیرهای وابسته تنظیم شناختی هیجانی می‌باشد.

جامعه آماری و نمونه

جامعه آماری شامل ۳۰۰ نفر از بیماران مبتلا به سردرد میگرنی در شهر مشهد است.

حجم نمونه و روش نمونه‌گیری

نمونه مورد مطالعه شامل ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به سردرد میگرنی از جامعه مذکور می‌باشد که از این تعداد به روش هم‌تاسازی تعداد دو گروه ۱۵ نفره در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل جایگزین شدند. نمونه پژوهش حاضر به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای از بین کلینیک‌های شهر مشهد، که در نیمه دوم سال ۹۶ به کلینیک مغز و اعصاب، که در این مرکز بیمارانی که از طرف روانپزشکان تشخیص سردرد میگرن گرفته‌اند، انتخاب می‌شوند. 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 ۱۵ نفری تقسیم می‌شوند.

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 ۱۵ نفری تقسیم می‌شوند. عدم اعتیاد و وابستگی به داروهای روان گردان

ملاک‌های ورودی پژوهش

- ۱- حداقل ۶ ماه از تشخیص سردرد میگرنی در بیمار گذشته باشد.
- ۲- تکمیل فرم رضایت آگاهانه شرکت در برنامه درمانی توسط بیمار
- ۳- عدم اعتیاد و یا وابستگی به داروهای روان گردان

ابزار پژوهش

پرسشنامه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان (CERQ):

این پرسشنامه با ۳۶ گویه و سنجش ۹ عامل برای ارزیابی نحوه تفکر افراد بعد از تجربه رخداد‌های تهدیدکننده یا استرس زای زندگی طراحی شده است (گارنفسکی، کرکایچ و اسپینهوون، ۲۰۰۲). مالمت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه گیری، فاجعه سازی، ملامت دیگران. پایایی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۷۶ تا ۰/۹۲ به دست آمده است (گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۲). در مطالعه‌ای دیگر، پایایی "راهبردهای مثبت"، "منفی" و "کل شناختی" با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برابر ۰/۹۱، ۰/۸۷ و ۰/۹۳ به دست آمده است. سامانی و صادقی (۱۳۸۹)، نیز دامنه ضریب پایایی برای خرده مقیاس‌های این پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ از ۰/۶۲ تا ۰/۹۱ گزارش کرده اند. روایی سازه این آزمون نیز با استفاده از تحلیل عاملی به روش مولفه‌های اصلی همراه با چرخش واریماکس به دست آمده است و ۹ مولفه در مجموع حدود ۷۴ درصد واریانس کل نمونه را توضیح داده است (سامانی و صادقی، ۱۳۸۹).

شیوه اجرای تحقیق

تحقیق حاضر در طی یک دوره یک ساله 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 قطعی شدن میگرنی بودن سردرها (توسط متخصص مغز و اعصاب و یا روانپزشک) بطور 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 دو گروه دیگر علاوه بر درمان دارویی تحت مداخله ذهن آگهی قرار گرفتند. پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر راهبردهای تنظیم هیجان، در بیماران مبتلا به سردرد میگرنی صورت گرفته است. بدین منظور تعداد ۳۰ بیمار مبتلا به سردرد میگرنی از بین مراجعه کنندگان به کلینیک مغز و اعصاب انتخاب شدند. روش نمونه گیری نمونه‌های در دسترس بود، معیار گزینش آزمودنی‌ها عبارت بود از داشتن سردرد به مدت ۶ ماه یا بیشتر، دامنه سنی ۲۵-۴۰ سال، آنگاه بیماران به دو گروه ۱۵ نفری تقسیم شدند، یک گروه تحت درمان دارویی با تجویز پزشک معالج و دو گروه دیگر علاوه بر درمان دارویی به مدت ۸ جلسه دوساعته مورد مداخله شناختی رفتاری قرار گرفتند.

نتایج

توصیف جمعیت شناختی نمونه در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱. توصیف جمعیت شناختی نمونه پژوهش

| شاخص | گروه | گروه ذهن آگاهی | | گروه کنترل | |
|----------------------|--------------------|----------------|------|------------|------|
| | | فراوانی | درصد | فراوانی | درصد |
| جنسیت | زن | ۷ | ۴۶/۷ | ۶ | ۴۰/۰ |
| | مرد | ۸ | ۵۳/۳ | ۹ | ۶۰/۰ |
| سن | ۲۵ تا ۳۰ سال | ۷ | ۴۶/۷ | ۷ | ۴۶/۷ |
| | ۳۱ تا ۳۵ سال | ۵ | ۳۳/۳ | ۳ | ۲۰/۰ |
| | ۳۶ تا ۴۰ سال | ۳ | ۲۰/۰ | ۵ | ۳۳/۳ |
| تحصیلات | دیپلم و کمتر از آن | ۷ | ۴۶/۷ | ۹ | ۶۰/۰ |
| | تحصیلات دانشگاهی | ۸ | ۵۳/۳ | ۶ | ۴۰/۰ |
| سابقه ابتلا به میگرن | ۶ تا ۱۲ ماه | ۴ | ۲۶/۷ | ۶ | ۴۰/۰ |
| | ۱۳ تا ۱۸ ماه | ۵ | ۳۳/۳ | ۴ | ۲۶/۷ |
| | ۱۹ ماه و بیشتر | ۶ | ۴۰/۰ | ۵ | ۳۳/۳ |

در بررسی همگنی گروه های آزمایش و کنترل بر حسب شاخص های جمعیت شناختی، آزمون دقیق فیشر نشان داد که بر حسب جنسیت ($\chi^2=0/14, P>0/05$) و میزان تحصیلات ($\chi^2=0/54, P>0/05$) تفاوت معناداری میان گروه ها وجود ندارد. آزمون خی دو نیز نشان داد که بر حسب سن ($\chi^2=0/98, P>0/05$) و سابقه ابتلا به بیماری ($\chi^2=0/60, P>0/05$) تفاوت میان گروه ها معنادار نبوده و همگنی وجود دارد. شاخص های توصیفی متغیرها در جدول ۲ آورده شده است.

جدول ۲. شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهشی

| متغیر | گروه | پیش آزمون | | پس آزمون | |
|-----------------|-------|-----------|--------|----------|--------|
| | | میانگین | انحراف | میانگین | انحراف |
| تمرکز مثبت مجدد | ذهن | ۲۹/۱۳ | ۳/۰۹ | ۳۹/۱۳ | ۴/۵۶ |
| | کنترل | ۲۹/۸۰ | ۳/۰۵ | ۳۱/۹۳ | ۳/۲۴ |
| ارزیابی مثبت | ذهن | ۲۱/۲۷ | ۳/۹۲ | ۳۲/۱۳ | ۳/۴۶ |
| | کنترل | ۲۱/۸۰ | ۳/۹۹ | ۲۲/۴۷ | ۳/۵۸ |
| سرزنش خود | ذهن | ۸/۸۰ | ۲/۳۴ | ۵/۹۳ | ۱/۳۹ |
| | کنترل | ۹/۱۳ | ۲/۴۷ | ۱۱/۲۷ | ۲/۱۲ |
| سرزنش دیگران | ذهن | ۷/۸۰ | ۲/۹۱ | ۳/۶۷ | ۲/۵۰ |
| | کنترل | ۸/۲۷ | ۲/۷۹ | ۱۰/۳۳ | ۲/۳۵ |
| نشخوار فکری | ذهن | ۱۰/۵۳ | ۲/۱۷ | ۳/۰۷ | ۱/۸۷ |
| | کنترل | ۱۲/۴۷ | ۲/۵۹ | ۱۱/۳۳ | ۳/۶۶ |
| فاجعه آمیز کردن | ذهن | ۱۱/۲۰ | ۳/۲۸ | ۶/۵۳ | ۲/۶۴ |
| | کنترل | ۱۲/۹۳ | ۲/۷۱ | ۱۳/۲۷ | ۲/۴۳ |
| پذیرش | ذهن | ۱۳/۴۷ | ۲/۵۶ | ۱۷/۵۳ | ۱/۹۲ |
| | کنترل | ۱۱/۹۳ | ۳/۵۸ | ۱۰/۳۳ | ۳/۶۸ |
| نمره کل | ذهن | ۱۰۲/۲۰ | ۸/۲۰ | ۱۰۸/۰۰ | ۵/۹۹ |
| | کنترل | ۱۰۶/۳۳ | ۱۰/۶۳ | ۱۱۰/۹۳ | ۹/۰۵ |

جدول ۲ نشان می دهد که در تمرکز مثبت مجدد، ارزیابی کثبت و پذیرش آزمودنی های گروه آزمایش در پس آزمون میانگین بالاتری نسبت به آزمودنی های گروه کنترل هستند. در سایر متغیرها آزمودنی های گروه کنترل میانگین بالاتری در پس آزمون داشته اند.

در این پژوهش جهت پاسخگویی به فرضیه پژوهشی از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. در ابتدا پیش فرض های آزمون شامل نرمال بودن توزیع متغیرها، همگنی واریانس ها، همگنی ماتریس واریانس و کوواریانس و نیز همبستگی میان متغیرهای وابسته مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون شاپیرو ویلک برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها و آزمون لوین برای همگنی واریانس ها در جدول ۳ آورده شده است. نتایج درج شده در این جدول نشان می دهد که نرمال بودن توزیع متغیرها و همگنی واریانس ها در جامعه تحقق یافته است ($P > 0.05$).

جدول ۳. نتایج آزمون شاپیرو ویلک و لوین جهت بررسی نرمال بودن و برابری واریانس ها

| متغیرها | آزمون شاپیرو ویلک | | | | آزمون لوین | |
|-----------------|-------------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|
| | گروه ذهن آگاهی | | گروه کنترل | | مقدار F | سطح معناداری |
| | آماره | سطح معناداری | آماره | سطح معناداری | | |
| تمرکز مثبت مجدد | ۰/۸۹ | ۰/۰۷ | ۰/۹۵ | ۰/۴۸ | ۳/۸۱ | ۰/۰۶ |
| ارزیابی مثبت | ۰/۹۲ | ۰/۱۸ | ۰/۹۸ | ۰/۹۳ | ۰/۹۳ | ۰/۳۴ |
| سرزنش خود | ۰/۹۵ | ۰/۶۰ | ۰/۹۲ | ۰/۲۲ | ۰/۹۲ | ۰/۳۵ |
| سرزنش دیگران | ۰/۹۶ | ۰/۷۰ | ۰/۹۳ | ۰/۲۴ | ۰/۰۵ | ۰/۸۳ |
| نشخوار فکری | ۰/۹۶ | ۰/۶۶ | ۰/۹۳ | ۰/۳۰ | ۰/۸۹ | ۰/۳۵ |
| فاجعه آمیز کردن | ۰/۹۰ | ۰/۱۱ | ۰/۹۵ | ۰/۴۸ | ۰/۰۳ | ۰/۸۶ |
| پذیرش | ۰/۹۶ | ۰/۶۱ | ۰/۹۰ | ۰/۰۹ | ۱/۸۷ | ۰/۱۸ |

در بررسی سایر مفروضات، آزمون ام. باکس^۹ نشان داد که همگنی ماتریس های واریانس- کوواریانس وجود دارد ($P > 0.05$). برای بررسی همبستگی متغیرهای وابسته از آزمون بارتلت^{۱۰} استفاده شد. ضرایب معنادار این آزمون نشان دهنده همبستگی چند متغیره میان متغیرهای وابسته است. نتایج نشان داد که همبستگی متوسط و معناداری میان متغیرهای وابسته وجود دارد و ترکیب خطی آنها با آزمون چندمتغیره قابل تحلیل است ($P < 0.001$, $Bartlett's \chi^2 = 66.33$). با توجه به محقق شدن مفروضات، در ادامه از تحلیل کوواریانس چندمتغیره جهت بررسی تفاوت های بین گروهی در راهبردهای تنظیم شناختی هیجان پرداخته شد. این آزمون در ابتدا ترکیب خطی متغیرهای وابسته (در اینجا راهبردهای تنظیم شناختی هیجان) را در میان گروهها مورد مقایسه قرار می دهد. نتایج آزمون لامبدای ویلکز نشان داد که ترکیب خطی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در دو گروه ذهن آگاهی و کنترل تفاوت معناداری دارد ($P < 0.001$, $F = 84.36$, $Wilks' \Lambda = 0.03$). نتایج تحلیل کوواریانس جهت بررسی تفاوتها در راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با حذف اثر پیش آزمون

| متغیرها | منبع تغییرات | مجموع | Df | میانگین مجذورات | F | سطح معناداری | مجذورات |
|-----------------|--------------|--------|----|-----------------|-------|--------------|---------|
| تمرکز مجدد مثبت | پیش آزمون | ۹۱/۹۱ | ۱ | ۹۱/۹۱ | ۹/۹۶ | ۰/۰۰۵ | ۰/۳۲ |
| | عضویت گروهی | ۳۰۵/۲۳ | ۱ | ۳۰۵/۲۳ | ۳۳/۱۱ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۷۵ |
| ارزیابی مثبت | پیش آزمون | ۷۴/۹۹ | ۱ | ۷۴/۹۹ | ۱/۹۹ | ۰/۰۰۳ | ۰/۳۴ |
| | عضویت گروهی | ۵۱۰/۵۲ | ۱ | ۵۱۰/۵۲ | ۷۴/۸۷ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۷۸ |
| | پیش آزمون | ۴۶/۹۳ | ۱ | ۴۶/۹۳ | ۴۸/۲۴ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۷۰ |

۹ - Box's M

۱۰ - Bartlett's Test

| | | | | | | | |
|------|--------|--------|--------|---|--------|-------------|-----------------|
| ۰/۸۸ | ۰/۰۰۰۱ | ۱۵۰/۵۵ | ۱۴۶/۴۶ | ۱ | ۱۴۶/۴۶ | عضویت گروهی | سرزنش خود |
| ۰/۴۶ | ۰/۰۰۰۱ | ۱۸/۰۴ | ۵۹/۹۵ | ۱ | ۵۹/۹۵ | پیش آزمون | سرزنش دیگران |
| ۰/۷۷ | ۰/۰۰۰۱ | ۷۰/۷۶ | ۲۳۵/۱۷ | ۱ | ۲۳۵/۱۷ | عضویت گروهی | نشخوار فکری |
| ۰/۲۱ | ۰/۰۳ | ۵/۶۱ | ۴۱/۰۷ | ۱ | ۴۱/۰۷ | پیش آزمون | فاجعه آمیز کردن |
| ۰/۶۶ | ۰/۰۰۰۱ | ۴۰/۷۷ | ۲۹۸/۷۷ | ۱ | ۲۹۸/۷۷ | عضویت گروهی | پذیرش |
| ۰/۷۵ | ۰/۰۰۰۱ | ۶۳/۲۶ | ۸۲/۸۶ | ۱ | ۸۲/۸۶ | پیش آزمون | |
| ۰/۸۵ | ۰/۰۰۰۱ | ۱۲۲/۶۲ | ۱۶۰/۵۹ | ۱ | ۱۶۰/۵۹ | عضویت گروهی | |
| ۰/۷۵ | ۰/۰۰۰۱ | ۶۲/۱۲ | ۱۴۹/۸۰ | ۱ | ۱۴۹/۸۰ | پیش آزمون | |

نتایج درج شده در جدول ۴ نشان می‌دهد که در نمرات پس آزمون تمامی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با حذف اثر پیش آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.05$). بدین معنی که تفاوت ایجاد شده در نمرات راهبردهای تنظیم شناختی هیجان آزمودنی‌ها قبل و بعد از دریافت درمان مبتنی بر ذهن آگاهی، با تفاوت ایجاد شده در نمرات پیش آزمون و پس آزمون تنظیم شناختی هیجان آزمودنی‌های گروه کنترل، معنادار است. اندازه تأثیر روش درمانی برای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان از ۰/۶۶ تا ۰/۸۸ در تغییر است. مقایسه میانگین‌های تعدیل شده راهبردهای تنظیم شناختی هیجان پس از حذف اثر پیش آزمون در جدول ۵ آورده شده است.

جدول ۵. میانگین‌های تعدیل شده راهبردهای تنظیم شناختی هیجان

| متغیرها | گروه | میانگین | خطای استاندارد |
|-----------------|-----------|---------|----------------|
| تمرکز مثبت مجدد | ذهن آگاهی | ۳۹/۳۷ | ۰/۸۷ |
| | کنترل | ۳۱/۷۰ | ۰/۸۷ |
| ارزیابی مثبت | ذهن آگاهی | ۳۲/۲۶ | ۰/۷۵ |
| | کنترل | ۲۲/۳۴ | ۰/۷۵ |
| سرزنش خود | ذهن آگاهی | ۵/۹۵ | ۰/۲۸ |
| | کنترل | ۱۱/۲۶ | ۰/۲۸ |
| سرزنش دیگران | ذهن آگاهی | ۳/۶۴ | ۰/۵۲ |
| | کنترل | ۱۰/۳۶ | ۰/۵۲ |
| نشخوار فکری | ذهن آگاهی | ۳/۴۱ | ۰/۷۷ |
| | کنترل | ۱۰/۹۹ | ۰/۷۷ |
| فاجعه آمیز کردن | ذهن آگاهی | ۷/۱۲ | ۰/۳۳ |
| | کنترل | ۱۲/۶۸ | ۰/۳۳ |
| پذیرش | ذهن آگاهی | ۱۶/۹۰ | ۰/۴۴ |
| | کنترل | ۱۰/۹۷ | ۰/۴۴ |

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که در تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مثبت و پذیرش، گروه درمان مبتنی بر ذهن آگاهی میانگین بالاتری را داراست. در سایر متغیرها آزمودنی‌های گروه کنترل میانگین بالاتری دارند.

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش به دنبال بررسی درمان ذهن آگاهی بر راهبردهای تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به سردرد میگرنی بود. نتایج نشان داد که در نمرات پس آزمون تمامی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با حذف اثر پیش آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.05$). بدین معنی که تفاوت ایجاد شده در نمرات راهبردهای تنظیم شناختی هیجان آزمودنی‌ها قبل و بعد از دریافت درمان

مبتنی بر ذهن آگاهی، با تفاوت ایجاد شده در نمرات پیش آزمون و پس آزمون تنظیم شناختی هیجان آزمودنی های گروه کنترل، معنادار است. اندازه تأثیر روش درمانی برای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان از ۰/۶۶ تا ۰/۸۸ در تغییر است. نتایج همچنین نشان می دهد که در تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مثبت و پذیرش، گروه درمان مبتنی بر ذهن آگاهی میانگین بالاتری را داراست. در سایر متغیرها آزمودنی های گروه کنترل میانگین بالاتری دارند نتایج این پژوهش با نتایج ساعدی و همکاران (۱۳۹۶) ابوالقاسمی، جعفری، احمدی (۱۳۹۳) صابونچی و همکاران، (۱۳۹۵). بستونی و همکاران، (۱۳۹۰). صدوقی و عکاشه (۱۳۹۸) هم راستا است. در تبیین این نتایج می توان گفت ذهن آگاهی به عنوان بخشی از روان درمانی ادراکی براساس MBCT به طرق مختلف به فرد بیمار کمک می کند. درمان شناختی رفتاری مستلزم راهبردهای رفتاری، شناختی و فراشناختی ویژه برای متمرکز کردن فرآیند توجه است که به نوبه خود به جلوگیری از ماریپیج فروکاهنده گرایش به فکر منفی، احساس منفی و خلق منفی به اتفاقات نگران کننده و رشد دیدگاه جدید و پدیدآیی افکار و هیجان های خوشایند منجر می شود. عمل شناختی رفتاری حفظ آگاهی افکار، احساسات، حالات بدنی و جهان اطراف خودمان است. نظریه سبکهای پاسخی نولن- هوکسما، مطرح می کند افرادی که برای مقابله با علائم افسردگی خود راهبردهای تکراری و منفعلانه به کار می برند با این کار موجب طولانی شدن سیر علائم افسردگی خود می شوند. تکنیکهای شناختی رفتاری تمرکززدایی بیماران را از افکار، هیجانان و احساسات بدنی تسهیل می کند به طوریکه در این روش به بیماران افسرده آموزش داده می شود که افکار و احساسات خود را بدون قضاوت مشاهده کنند و آنها را وقایع ذهنی ساده و گذرای بپندارند که در ذهن آنها نمایان می شوند. از آنجایی که تمرینهای شناختی رفتاری موجب افزایش تحمل هیجانانهای منفی و احساسهای بدنی ناراحت در این بیماران می شود و به آنها کمک می کند تا از افکار خودآیند، عادتها و الگوهای رفتاری ناسالم رها شوند، از این روی نقش مهمی در تنظیم رفتاری ایفا می کند (اچ، کرچسک ۲۰۰۶).

منابع و مراجع

- [۱] اصغری مقدم محمدعلی. (۱۳۹۴). تغییر مفهوم درد طی زمان. دو فصلنامه علمی پژوهشی، دوره ۱۳، شماره ۲، ص ۱۶۵-۱۷۲.
- [۲] امیرانی، احمدرضا؛ نورمحمد بخشانی و حامد امیری فرد، ۱۳۹۳، اثربخشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر شدت درد ادراک شده و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سردرد مزمن، اولین کنفرانس بین المللی روان شناسی و علوم رفتاری، تهران، موسسه همایشگران مهر اشراق، مرکز همایش های دانشگاه تهران، https://www.civilica.com/Paper-RAFCON01-RAFCON01_003.htm
- [۳] پاری، گلنیس. (۱۹۹۱). مقابله با بحران (چاپ پنجم)، ترجمه حمید مقدسی (۱۳۷۵) انتشارات دهخدا.
- [۴] پولادی ریشه‌ری، ع (۱۳۸۵) (روانشناسی درد) انتشارات نسل نواندیش.
- [۵] پویانفر، آریتا و نرگس آمال، ۱۳۹۶، اثربخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر حساسیت اضطرابی در بیماران مبتلا به میگرن، دومین همایش بین المللی و چهارمین همایش ملی پژوهش های مدیریت و علوم انسانی در ایران، تهران، موسسه پژوهشی مدیریت مدبر،
- [۶] حسینی، آرزو؛ خرمایی، فرهاد؛ عصار زادگان، فرهاد؛ حسامی، امید؛ تقوی، محمد رضا؛ محمدی، نوراله (۱۳۹۴). مقایسه راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی در افراد مبتلا به سردرد میگرنی، سردرد تنشی و افراد بهنجار. ۴ (۱۶): ۳۷ - ۴۹.
- [۷] خضری مقدم انوشیروان، بنی اسدی حسن، کهرازئی فرهاد (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.
- [۸] رایت جسی، بسکو مونیکا، تیز مایکل (۲۰۰۶). آموزش درمان شناختی رفتاری (چاپ دوم). ترجمه: حبیب ا... قاسم زاده و حسن حمیدپور (۱۳۹۳) تهران: دانتشارات ارجمند
- [۹] رجیبی سوران، عباسی زهره (۱۳۹۳). همه‌گیری شناسی سردردهای میگرنی و اثربخشی آموزش شناختی رفتاری فوردیاس بر کاهش علائم میگرن و افزایش شادکامی. روانشناسی معاصر، سال نهم شماره ۲ ص ۹۲-۱۰۰.
- [۱۰] رجیبیان بوگر، اسحق؛ رستمی، رضا (۱۳۹۱). نقش پیش بین عوامل روانشناختی، اجتماعی - اقتصادی و سبک زندگی در سردرد میگرنی. مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ۷: ۷۳-۹۴.
- [۱۱] رهنمای، مریم؛ کافی ماسوله، سید موسی؛ برادران، مجید؛ بخشایش، با بابک (۱۳۹۴). مقایسه باورهای غیر منطقی، تیپ شخصیتی D و کیفیت زندگی مبتلایان به سردرد میگرنی و افراد سالم. مجله روانشناختی سلامت. ۴ (۱۶): ۵-۱۹.
- [۱۲] سادوک. و آ، سادوک ب. (۲۰۰۷). خلاصه روانپزشکی (چاپ سوم). ترجمه: فرزین رضاعی (۱۳۹۰) تهران: انتشارات ارجمند.
- [۱۳] ساعدی، سارا؛ راضیه میرزایی معین؛ معصومه قیاسی و مرضیه مقدسی، ۱۳۹۶، اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر شدت درد و کیفیت خواب بیماران مبتلا به سردرد میگرن، چهارمین کنفرانس بین المللی نوآوری های اخیر در روانشناسی، مشاوره و علوم رفتاری، تهران، دانشگاه نیکان
- [۱۴] سجادی نژاد مرضیه سادات، محمدی نورا...، تقوی سیدمحمد رضا، اشجع زاده ناهید (۱۳۸۷). تأثیر گروه درمانی شناختی رفتاری بر افسردگی و احساس ناتوانی ناشی از سردرد در بیماران مبتلا به میگرن و سردرد تنشی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال چهاردهم شماره ۴، ص ۴۱۱-۴۱۸.
- [۱۵] سردردهای میگرنی. فصل نامه افق دانش، دوره ۲۰ شماره ۱، ص ۴۴-۴۸.
- [۱۶] سرگلی، مرضیه (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی هیپنوتیزم درمانی بر کاهش سردردهای تنشی، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد تربت جام.
- [۱۷] شاه بیگی سعید، ۱۳۹۲، دومین کنگره بین المللی درد.
- [۱۸] شولتز. د. شولتز. س. الن (۱۳۷۹)، نظریه‌های شخصیت ترجمه یحیی سید محمدی انتشارات دانشگاه آزاد.
- [۱۹] صدوقی مجید، عکاشه گودرز (۱۳۸۸). اثربخشی روش درمان شناختی رفتاری در کاهش سردرد تنشی مزمن. مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، دوره ۱۱، ش ۳، ص ۸۵-۹۲.
- [۲۰] طباطبایی امیر، زارعی محمد، محمدپور علی (۱۳۹۳). مقایسه تأثیر حجامت و اصلاح مزاج بر شدت

- [۲۱] نریمانی، محمد کاظم؛ شعله امانی؛ زیبا ارحمی عیسی لو و محمد جعفرپور، ۱۳۹۵، مقایسه کمال گرایی و نشخوارفکری در افراد با وبی میگرن، چهارمین کنفرانس ملی توسعه پایدار در علوم تربیتی و روانشناسی، مطالعات اجتماعی و فرهنگی، تهران، موسسه آموزش عالی مهر اروند، مرکز راهکارهای دستیابی به توسعه پایدار
- [22] Alavizadeh, M.R., & Entezari, S. (2011). Brief reports of clinical researches. *Journal of psychological researches*, 14(1), 147-150
- [23] Cao, M., Zhang, S., Wang, K., Wang, Y., & Wang, W. (2002). Personality traits in migraine and tension-type headaches: A fivefactor model study. *Psychopathology*, 35(4), 254-258.
- [24] D'Amico, D., Libro, G., & Prudenzano, M. P.(2000). Stress and chronic headache. *The journal of headache and pain*, 1(1), S49- S52.
- [25] Evans, R.W., & Mathew, N. T. (2000). *Hand book of headache*. lipincotte Williams & Wilkins. Philadelphia, 339-350. - Frederick, G., & Freitag, D. (2007). The Cycle of Migrain: Patients' Quality of Life During and Between Migraine Attacks. *Clinical Therapeutics*, 29 (5), 939-949.
- [26] Gatchel, R., & Truk, D. (1996). *Psychological approaches to pain management: A practitioners handbook*. Asghari Moghaddam, M. A., Najarian, B., Mohammadi, M. D., & Dehghani, M. Rooshd Publication. - Gauthier, J. G., Ivers, H., & Carrier, S. (1996)
- [27] *Nonpharmacological approaches in the management of recurrent headache disorders and their comparison and combination with pharmacotherapy*. *Clinical Psychology Review*, 16(6), 543- 571.
- [28] Garnefski, N., Koopman, H., Kraaij, V., & ten Cate, R. (2009). Brief report: Cognitive emotion regulation strategies and psychological adjustment in adolescents with a chronic disease. *Journal of adolescence*, 32(2), 449-454
- [29] Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual differences*, 40(8), 1659-1669. -... - Garnefski, N., Teerds, J., Kraaij, V., Legerstee, J., & van den Kommer, T. (2004). Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: Differences between males and females. *Personality and Individual Differences*, 36(2), 267-276.
- [30] Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, Ph. (2002). Manual for the use of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: A Questionnaire Measuring Cognitive Coping Strategies. *Personality and Individual Differences*, 41 (6), 1045-1053.
- [31] Hamilton, N. A., Karoly, P., & Kitzman, H. (2004). Self-regulation and chronic pain: The role of emotion. *Cognitive therapy and research*, 28(5), 559-576
- [32] Hamilton, N. A., Zautra, A. J., & Reich, J. (2007). Individual differences in emotional processing and reactivity to pain among older women with rheumatoid arthritis. *The Clinical journal of pain*, 23(2), 165-172.
- [33] Kachooyee, H., & Ameli, J. (2006). Contributing factors in migraine attacks: studying 300 patients. *Kowsar Medical Journal*, 11(3), 279-284. - Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1994)
- [34] Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry. (7th. Ed.). Baltimore: Williams & Wilkins, 516-712.