

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه اصفهان
دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی
گروه روانشناسی

پایان نامه‌ی دکتری رشته‌ی روانشناسی

عنوان پایان نامه

عوامل روانی اجتماعی مرتبط با سردرد تنشی مزمن و اثربخشی درمان‌های رفتاری

و شناختی رفتاری

استادان راهنما:

دکتر ابوالقاسم نوری

دکتر محمد باقر کجباف

استادان مشاور:

دکتر گودرز عکاشه

دکتر حسین مولوی

پژوهشگر:

مجید صدوقی

بهمن ماه ۱۳۸۷

۱۱۵۰۰۲

کتابخانه اطلاع‌رسانی مدرک علمی پژوهشی
شمس‌مدارک

۱۳۸۸ / ۴ / ۲

کتابخانه
مدرک علمی پژوهشی

کلیه حقوق مادی مترتب بر نتایج مطالعات،
ابتکارات و نوآوری‌های ناشی از تحقیق
موضوع این پایان‌نامه متعلق به دانشگاه
اصفهان است.

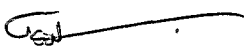






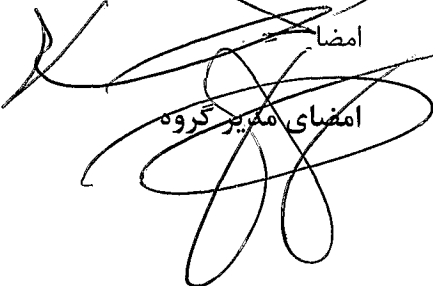
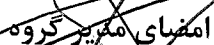


دانشگاه اصفهان
دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی
گروه روانشناسی

پایان نامه ی دکتری رشته ی روانشناسی آقای مجید صدوقی تحت عنوان

عوامل روانی اجتماعی مرتبط با سردرد تنشی مزمن و اثربخشی درمان های رفتاری و شناختی رفتاری

در تاریخ ۱۳۸۷/۱۱/۱۶ توسط هیأت داوران زیر بررسی و با درجه عالی به تصویب نهایی رسید.

- | | | | |
|---|-----------------|--|-------------------------------|
|  | امضا | دکتر ابوالقاسم نوری با مرتبه علمی دانشیاری | ۱. استادان راهنمای پایان نامه |
|  | امضا | دکتر محمدباقر کجباف با مرتبه علمی استادیاری | |
|  | امضا | دکتر گودرز عکاشه با مرتبه علمی استادیاری | ۲. استادان مشاور پایان نامه |
|  | امضا | دکتر حسین مولوی با مرتبه علمی استادی | |
|  | امضا | دکتر کریم عسگری با مرتبه علمی استادیاری | ۳. استادان داور داخل گروه |
|  | امضا | دکتر حمیدطاهر نشاط دوست با مرتبه علمی دانشیاری | |
|  | امضا | دکتر محسن معروفی با مرتبه علمی دانشیاری | ۴. استادان داور خارج از گروه |
|  | امضا | دکتر محمد رضا نجفی با مرتبه علمی دانشیاری | |
|  | امضای مدیر گروه | | |

چکیده

سردردها یکی از شایع‌ترین نوع شکایت‌های ناشی از درد در جهان هستند و یکی از شایع‌ترین آنها سردرد تنشی است. این پژوهش در دو قسمت و به منظور رسیدن به دو هدف اصلی انجام پذیرفته است. هدف از قسمت اول پژوهش، مقایسه استرس، سبک‌های مقابله، حمایت اجتماعی، افسردگی و اضطراب دو گروه بیماران مبتلابه سردرد تنشی مزمن و افراد سالم فاقد سردرد بود. طرح پژوهش در قسمت اول از نوع علی مقایسه‌ای (پس رویدادی) بود. بدین منظور ۶۰ نفر سالم فاقد سردرد و ۶۰ نفر مبتلا به سردرد تنشی مزمن که در چند مطب شهرستان کاشان توسط روانپزشک یا متخصص مغز و اعصاب و بر اساس ملاک‌های دومین طبقه‌بندی جامعه بین‌المللی سردرد تشخیص سردرد تنشی مزمن را دریافت کرده بودند به صورت تصادفی انتخاب شده و مقیاس استرس کمپیل، سبک مقابله با استرس پارکر و اندلر، مقیاس حمایت اجتماعی واکس، زیر مقیاس اضطراب صفت از مقیاس اضطراب صفت - حالت اشیپیلبرگر و مقیاس افسردگی بک را تکمیل نمودند. نتایج حاصل از تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) نشان داد که گروه بیماران مبتلا به سردرد تنشی مزمن در نمره کل استرس، سبک‌های مقابله هیجان محور و اجتنابی، میزان اضطراب صفت و میزان افسردگی به طور معناداری بالاتر از گروه سالم بود ($P < 0.01$) و گروه سالم در سبک مقابله مسأله محور و میزان حمایت اجتماعی به طور معناداری بالاتر از گروه مبتلایان به سردرد تنشی مزمن بود ($P < 0.01$). نتایج این پژوهش تلویحاتی برای ارزیابی سبک‌های مقابله، حمایت اجتماعی افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلابه سردرد تنشی مزمن داشته و به نظر می‌رسد آموزش مدیریت استرس و تغییر سبک‌های مقابله می‌تواند در کاهش خطر ابتلا به سردرد تنشی مزمن نقش مهمی ایفا نماید. هدف از قسمت دوم این مطالعه بررسی اثربخشی آموزش آرمیدگی عضلانی پیشرونده و درمان شناختی رفتاری در کاهش سردرد بیماران مبتلا به سردرد تنشی مزمن بود. روش این قسمت آزمایش بالینی بود. بدین منظور آزمودنی‌ها به صورت تصادفی از بین بیماران مبتلا به سردرد تنشی مراجعه‌کننده به چند مرکز درمانی انتخاب و به صورت تصادفی به یکی از گروه‌های آزمایشی دارودرمانی همراه با آرمیدگی عضلانی پیشرونده (۱۷ نفر) و دارودرمانی همراه با درمان شناختی رفتاری (۱۸ نفر) و یا گروه کنترل دارودرمانی تنها (۲۰ نفر) گمارده شدند. نتایج تحلیل کواریانس باحذف اثر پیش‌آزمون، افسردگی و اضطراب به عنوان متغیرهای همگام نشان داد که درمان دارویی همراه با آموزش آرمیدگی عضلانی پیشرونده و نیز درمان دارویی همراه با درمان شناختی رفتاری در پس‌آزمون و دوره پیگیری، در کاهش دفعات، شدت و مدت سردرد تنشی مؤثرتر از دارودرمانی به تنهایی است ($P < 0.05$). در مجموع، نتایج پژوهش حاضر حاکی از کارآمدی آموزش آرمیدگی عضلانی پیشرونده و درمان شناختی رفتاری است. بنابراین، تلفیق درمان روانشناختی با درمان دارویی در پروتکل درمانی بیماران مبتلا به سردرد تنشی مزمن، توصیه می‌گردد و پیشنهاد می‌شود که این تکنیک در درمانگاه‌های تخصصی دردها، توسط تیم‌های درمانی از جمله روانپزشکان و روانشناسان مورد استفاده قرار گیرد.

فهرست

عنوان	صفحه
فصل اول: کلیات	۱۸
۱-۱ مقدمه	۱۸
۲-۱ بیان مسأله	۲۰
۳-۱ ضرورت انجام تحقیق	۳۲
۴-۱ اهداف پژوهش	۳۴
۵-۱ فرضیه‌های تحقیق	۳۴
۶-۱ تعریف نظری و عملیاتی مفاهیم و متغیرها	۳۵
۱-۶-۱ تعریف نظری سردرد تنشی	۳۵
۲-۶-۱ تعریف عملیاتی سردرد تنشی مزمن	۳۶
۳-۶-۱ تعریف نظری استرس	۳۶
۴-۶-۱ تعریف عملیاتی استرس	۳۶
۵-۶-۱ تعریف نظری حمایت اجتماعی	۳۶
۶-۶-۱ تعریف عملیاتی حمایت اجتماعی	۳۷
۷-۶-۱ تعریف نظری مقابله	۳۷
۸-۶-۱ تعریف نظری سبک مقابله	۳۸
۹-۶-۱ تعریف عملیاتی سبک مقابله	۳۸
۱۰-۶-۱ تعریف نظری افسردگی	۳۹
۱۱-۶-۱ تعریف عملیاتی افسردگی	۳۹
۱۲-۶-۱ تعریف نظری اضطراب	۳۹
۱۳-۶-۱ تعریف عملیاتی اضطراب	۳۹
۱۴-۶-۱ تعریف نظری آرمیدگی عضلانی پیشرونده	۴۰
۱۵-۶-۱ تعریف عملیاتی درمان آرمیدگی عضلانی پیشرونده	۴۰
۱۶-۶-۱ تعریف نظری درمان آموزش ایمن سازی در مقابل استرس	۴۰
۱۷-۶-۱ تعریف عملیاتی آموزش ایمن سازی در مقابل استرس	۴۱

۴۲	فصل دوم: پیشینه پژوهش
۴۳	۱-۲ درد
۴۴	۱-۱-۲ فیزیولوژی درد
۴۸	۲-۱-۲ مفهوم درد
۵۰	۳-۱-۲ نظریه‌های درد
۵۰	۱-۳-۱-۲ نظریه اختصاص یافتگی
۵۱	۲-۳-۱-۲ نظریه کنترل دروازه
۵۵	۴-۱-۲ مدل زیستی روانی اجتماعی درد و بیماری
۵۶	۱-۴-۱-۲ جنبه‌های هیجانی درد
۵۷	۱-۱-۴-۱-۲ اضطراب
۵۷	۲-۱-۴-۱-۲ افسردگی
۵۸	۲-۴-۱-۲ جنبه‌های شناختی رفتاری درد
۶۳	۵-۱-۲ رویکرد زیستی- روانی- اجتماعی در مدیریت بیماری و درد مزمن
۶۴	۱-۵-۱-۲ رویکردهای روانشناختی
۶۵	۱-۱-۵-۱-۲ رویکردهای روانی فیزیولوژیکی (از جمله آرمیدگی)
۶۸	۲-۱-۵-۱-۲ رویکردهای شناختی رفتاری
۷۰	۶-۱-۲ مداخله‌های روانشناختی برای درد مزمن
۷۱	۱-۶-۱-۲ درمان پاسخگر
۷۳	۲-۶-۱-۲ درمان شناختی- رفتاری
۷۴	۳-۶-۱-۲ مداخله آرمیدگی برای درد
۷۸	۱-۳-۶-۱-۲ آموزش خودزاد (AT)
۷۹	۲-۳-۶-۱-۲ آرمیدگی آواره‌ها
۸۰	۳-۳-۶-۱-۲ تنفس ریتمیک
۸۰	۴-۳-۶-۱-۲ مداخله‌های آرمیدگی دیگر
۸۲	۴-۶-۱-۲ مقایسه با مدیریت دارویی درد
۸۲	۵-۶-۱-۲ مداخله‌های روانشناختی؛ کمکی برای مداخله‌های پزشکی
۸۳	۲-۲ استرس
۸۳	۱-۲-۲ فیزیولوژی پاسخ به استرس
۸۵	۲-۲-۲ نظریه‌های استرس

- ۸۵ دیدگاه سلیه ۱-۲-۲-۲
- ۸۷ دیدگاه ماسون ۲-۲-۲-۲
- ۸۸ دیدگاه لازاروس ۳-۲-۲-۲
- ۹۰ مقابله با استرس ۳-۲-۲-۲
- ۹۱ انواع مهارت‌های مقابله ۱-۳-۲-۲
- ۹۴ نظریه‌های مقابله ۲-۳-۲-۲
- ۹۴ نظریه لازاروس ۱-۲-۳-۲
- ۹۵ نظریه تکامل و سازگاری رفتاری ۲-۲-۳-۲
- ۹۶ نظریه تحولی- چرخه زندگی ۳-۲-۳-۲
- ۹۷ چهارچوب مفهومی جامع در رابطه با مقابله ۳-۳-۲-۲
- ۹۸ ابزارهای اندازه‌گیری مقابله ۴-۳-۲-۲
- ۱۰۱ کدام سبک‌های مقابله مؤثر است؟ ۵-۳-۲-۲
- ۱۰۴ حمایت اجتماعی ۴-۲-۲-۲
- ۱۰۴ رویکردهای اندازه‌گیری حمایت اجتماعی ۱-۴-۲-۲
- ۱۰۴ شبکه اجتماعی ۱-۱-۴-۲
- ۱۰۶ حمایت اجتماعی ادراک شده ۲-۱-۴-۲
- ۱۰۷ حمایت اجتماعی دریافت شده ۳-۱-۴-۲
- ۱۰۸ رابطه میان حمایت اجتماعی و سلامت چیست؟ ۲-۴-۲-۲
- ۱۰۹ چه موقع حمایت اجتماعی باعث سلامت بهتر می‌شود؟ ۳-۴-۲-۲
- ۱۰۹ فرضیه ضربه‌گیر ۱-۳-۴-۲
- ۱۱۱ فرضیه اثرات مستقیم ۲-۳-۴-۲
- ۱۱۳ سردرد ۵-۲-۲-۲
- ۱۱۳ انواع سردرد ۱-۵-۲-۲
- ۱۱۵ ثبت تاریخچه سردرد ۲-۵-۲-۲
- ۱۱۵ سن شروع ۱-۲-۵-۲
- ۱۱۶ فراوانی و استمرار سردرد ۲-۲-۵-۲
- ۱۱۶ شیوه شروع ۴-۲-۵-۲
- ۱۱۶ نشانه‌های هشداردهنده اولیه ۱-۴-۲-۵-۲
- ۱۱۷ اورا ۲-۴-۲-۵-۲

- ۱۱۷..... ۵-۲-۵-۲ ویژگی‌های سردرد
- ۱۱۷..... ۱-۵-۲-۵-۲ محل و حرکت
- ۱۱۷..... ۲-۵-۲-۵-۲ کیفیت
- ۱۱۸..... ۳-۵-۲-۵-۲ نشانه‌های مرتبط
- ۱۱۹..... ۶-۲-۵-۲ عوامل تسریع‌کننده
- ۱۲۰..... ۷-۲-۵-۲ عوامل تشدیدکننده
- ۱۲۰..... ۸-۲-۵-۲ عوامل تسکین‌دهنده
- ۱۲۰..... ۹-۲-۵-۲ درمان قبلی
- ۱۲۱..... ۱۰-۲-۵-۲ سلامت عمومی
- ۱۲۱..... ۱۱-۲-۵-۲ مرور سیستم
- ۱۲۲..... ۱۲-۲-۵-۲ سلامت قبلی
- ۱۲۲..... ۱۳-۲-۵-۲ تاریخچه خانوادگی
- ۱۲۲..... ۱۴-۲-۵-۲ پیشینه شخصی
- ۱۲۲..... ۱-۱۴-۲-۵-۲ شغل
- ۱۲۳..... ۲-۱۴-۲-۵-۲ مشکلات شخصی و خانوادگی
- ۱۲۴..... ۳-۱۴-۲-۵-۲ عادت‌ها
- ۱۲۴..... ۴-۱۴-۲-۵-۲ حالت هیجانی
- ۱۲۵..... ۳-۵-۲ ارزیابی روانشناختی بیماران مبتلا به سردرد
- ۱۲۷..... ۱-۳-۵-۲ مصاحبه بالینی
- ۱۲۸..... ۱-۱-۳-۵-۲ شدت سردرد
- ۱۲۹..... ۲-۱-۳-۵-۲ سن شروع
- ۱۲۹..... ۳-۱-۳-۵-۲ فراوانی
- ۱۲۹..... ۴-۱-۳-۵-۲ محل
- ۱۲۹..... ۵-۱-۳-۵-۲ توصیف درد
- ۱۳۰..... ۶-۱-۳-۵-۲ دوره
- ۱۳۰..... ۷-۱-۳-۵-۲ علائم اولیه
- ۱۳۰..... ۸-۱-۳-۵-۲ نشانگان مرتبط
- ۱۳۰..... ۹-۱-۳-۵-۲ رفتار در طی سردرد
- ۱۳۱..... ۱۰-۱-۳-۵-۲ داروها

- ۱۳۱..... ۱۱-۱-۳-۵-۲ تاریخچه طبی / جراحی / روانپزشکی
- ۱۳۲..... ۱۲-۱-۳-۵-۲ تاریخچه خانوادگی
- ۱۳۲..... ۱-۱۲-۱-۳-۵-۲ تاریخچه تحصیلی / حرفه‌ای
- ۱۳۲..... ۲-۱۲-۱-۳-۵-۲ تاریخچه شخصی
- ۱۳۳..... ۲-۳-۵-۲ چک لیست رفتاری
- ۱۳۳..... ۳-۳-۵-۲ خودگزارشی
- ۱۳۴..... ۴-۳-۵-۲ مصاحبه با افراد مهم دیگر
- ۱۳۵..... ۵-۳-۵-۲ آزمون‌های روانسنجی
- ۱۳۷..... ۵-۵-۲ سردرد تنشی
- ۱۳۸..... ۱-۵-۵-۲ شیوع، سن و توزیع سنی
- ۱۳۹..... ۲-۵-۵-۲ شیوع بیماری و تأثیر اقتصادی
- ۱۴۰..... ۳-۵-۵-۲ تاریخچه خانوادگی
- ۱۴۰..... ۴-۵-۵-۲ سلامت گذشته
- ۱۴۰..... ۵-۵-۵-۲ محل سردرد
- ۱۴۰..... ۶-۵-۵-۲ کیفیت سردرد
- ۱۴۱..... ۷-۵-۵-۲ زمان و حالت حمله
- ۱۴۱..... ۸-۵-۵-۲ تعداد و مدت سردرد
- ۱۴۲..... ۹-۵-۵-۲ پدیده‌های مرتبط
- ۱۴۲..... ۱۰-۱-۵-۵-۲ عوامل زیربنایی، آشکارساز، تشدید کننده و تسکین دهنده
- ۱۴۳..... ۱۱-۵-۵-۲ بررسی جسمی
- ۱۴۴..... ۱۲-۵-۵-۲ پاتوفیزیولوژی
- ۱۴۵..... ۱۳-۵-۵-۲ انقباض عضلانی و سختی میوفاسیال
- ۱۴۵..... ۱۴-۵-۵-۲ عوامل عروقی
- ۱۴۶..... ۶-۲ سردرد و استرس
- ۱۵۴..... ۱-۶-۲ استرس به عنوان یک عامل زمینه‌ساز برای شروع اختلال سردرد
- ۱۵۵..... ۲-۶-۲ استرس به عنوان برانگیزاننده و تشدید حمله‌های سردرد
- ۱۵۶..... ۳-۶-۲ استرس و پیشروی اختلال سردرد
- ۱۵۸..... ۴-۶-۲ استرس و سازگاری با سردرد
- ۱۵۹..... ۵-۶-۲ سردرد به عنوان یک منبع استرس

- ۱۵۹..... ۶-۶-۲ ماهیت تعاملی سردرد و استرس
- ۱۶۰..... ۷-۶-۲ تلویحاتی برای تشخیص و درمان
- ۱۶۲..... ۷-۲ استرس و مزمن شدن سردرد
- ۱۶۳..... ۱-۷-۲ استرس و اثرات آن
- ۱۶۴..... ۲-۷-۲ مکانیزم‌هایی که از طریق آن استرس می‌تواند باعث پیشرفت سردرد شود
- ۱۶۵..... ۱-۲-۷-۲ مواجهه با استرس و فعال سازی گیرنده‌های حساس به درد/ تعدیل ثانویه تقلیل یافته
- ۱۶۵..... ۲-۱-۲-۷-۲ قرار گرفتن در معرض استرس و رابطه درونی آن با سایر مکانیزم‌ها
- ۱۶۶..... ۸-۲ سردرد و سایکوپاتولوژی همبود
- ۱۶۷..... ۱-۸-۲ غربالگری برای سایکوپاتولوژی همبود
- ۱۶۸..... ۱-۱-۸-۲ افسردگی
- ۱۶۹..... ۲-۱-۸-۲ اضطراب
- ۱۷۰..... ۲-۸-۲ مدیریت رفتاری سایکوپاتولوژی همبود
- ۱۷۰..... ۱-۲-۸-۲ مدیریت رفتاری افسردگی
- ۱۷۱..... ۲-۲-۸-۲ مدیریت رفتاری اضطراب
- ۱۷۳..... ۹-۲ مبانی نظری درمان روانشناختی سردرد
- ۱۷۴..... ۱-۹-۲ تاریخچه درمان رفتاری سردرد به عنوان یک اختلال روانی فیزیولوژیکی
- ۱۷۷..... ۲-۹-۲ درمان رفتاری سردرد
- ۱۷۸..... ۱-۲-۹-۲ آموزش آرمیدگی
- ۱۷۹..... ۲-۲-۹-۲ آموزش بیوفیدبک
- ۱۸۰..... ۳-۲-۹-۲ درمان شناختی- رفتاری
- ۱۸۰..... ۴-۲-۹-۲ شکل‌های متفاوت درمان رفتاری
- ۱۸۱..... ۵-۲-۹-۲ درمان چند رشته‌ای سردرد
- ۱۸۴..... ۱۰-۲ بازنگری پیشینه پژوهش
- ۱۹۳..... جمع بندی
- ۱۹۵..... فصل سوم: روش پژوهش
- ۱۹۵..... ۱-۳ طرح کلی پژوهش
- ۱۹۶..... ۲-۳ جامعه آماری
- ۱۹۷..... ۳-۳ نمونه و روش نمونه‌گیری
- ۱۹۷..... ۱-۳-۳ معیارهای ورود

۱۹۸.....	۲-۳-۳ معیارهای خروج
۱۹۸.....	۴-۳ ابزارهای پژوهش
۱۹۸.....	۱-۴-۳ سیاهه اطلاعات جمعیت شناختی
۱۹۸.....	۲-۴-۳ روزنگار سردرد
۱۹۹.....	۳-۴-۳ پرسشنامه رویدادهای مهم زندگی پیکل
۲۰۰.....	۴-۴-۳ پرسشنامه مقابله با استرس (CISS)
۲۰۱.....	۱-۴-۴-۳ پایایی مقیاس مقابله
۲۰۲.....	۵-۴-۳ پرسشنامه حمایت اجتماعی واکس
۲۰۲.....	۱-۵-۴-۳ پایایی و روایی پرسشنامه حمایت اجتماعی واکس
۲۰۳.....	۶-۴-۳ زیر مقیاس اضطراب صفت از پرسشنامه اضطراب صفت - حالت اشپیلبرگر
۲۰۴.....	۷-۴-۳ پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II)
۲۰۶.....	۲-۷-۴-۳ روایی و پایایی مقیاس افسردگی بک (BDI-II)
۲۰۶.....	۵-۳ مداخلات
۲۰۶.....	۱-۵-۳ درمان دارویی
۲۰۷.....	۲-۵-۳ درمان آموزش آرمیدگی عضلانی پیشرونده
۲۲۵.....	۳-۵-۳ درمان آموزش ایمن سازی در مقابل استرس
۲۴۶.....	۶-۳ روش های آماری تحلیل داده ها
۲۴۷.....	فصل چهارم: نتایج
۲۴۸.....	۱-۴ یافته های اصلی پژوهش
۲۷۲.....	۲-۴ یافته های جانبی
۲۷۷.....	جمع بندی
۲۷۹.....	فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری
۲۸۰.....	۱-۵ محور اول: عوامل روانی اجتماعی مرتبط با سردرد تنشی مزمن
۲۸۰.....	۱-۱-۵ فرضیه اول
۲۸۳.....	۲-۱-۵ فرضیه دوم
۲۸۵.....	۳-۱-۵ فرضیه سوم
۲۸۷.....	۴-۱-۵ فرضیه چهارم
۲۸۹.....	۵-۱-۵ فرضیه پنجم
۲۹۳.....	۲-۵ محور دوم: اثربخشی مداخله های رفتاری

۲۹۴.....	۱-۲-۵ فرضیه ششم
۲۹۸.....	۲-۲-۵ فرضیه هفتم
۳۰۴.....	۳-۵ بحث در یافته‌های جانبی
۳۰۶.....	۴-۵ پیشنهادات
۳۰۷.....	۵-۵ محدودیت‌ها
۳۰۸.....	پیوست‌ها
۳۳۰.....	منابع

فهرست شکل‌ها

- شکل ۱-۲ برش عرضی از نخاع شوکی ۴۵
- شکل ۲-۲ مناطق حسی تنی کر تکس ۴۷
- شکل ۳-۲ نظریه کنترل دروازه درباره درد ۵۳
- شکل ۴-۲ نقش سیستم نوراندوکراین در استرس ۸۴
- شکل ۵-۲ سندرم انطباق عمومی ۸۷
- شکل ۶-۲ بر طبق مدل تبدالی یا نسبی، اینکه افراد استرس را تجربه کنند یا خیر تحت تأثیر واکنش اولیه آنان به چالش خاص و منابعی که برای مقابله در اختیار دارند بستگی دارد. ۸۹
- شکل ۷-۲ چهارچوب مفهومی استرس. اقتباس از زیدنر و اندلر (۱۹۹۶). ۹۸
- شکل ۱-۴ توزیع نمرات تعداد رویدادهای عمده زندگی (استرس زا) در کل آزمودنیها ۲۵۰
- شکل ۲-۴ توزیع نمرات استرس تجربه شده در کل آزمودنیها ۲۵۰
- شکل ۳-۴ توزیع نمرات سبک مقابله مسأله محور در کل آزمودنیها ۲۵۱
- شکل ۴-۴ توزیع نمرات سبک مقابله هیجان محور در کل آزمودنیها ۲۵۱
- شکل ۵-۴ توزیع نمرات سبک مقابله اجتنابی در کل آزمودنیها ۲۵۲
- شکل ۶-۴ توزیع نمرات حمایت اجتماعی در کل آزمودنیها ۲۵۲
- شکل ۷-۴ توزیع نمرات افسردگی در کل آزمودنیها ۲۵۳
- شکل ۸-۴ توزیع نمرات اضطراب صفت در کل آزمودنیها ۲۵۳

فهرست جدول‌ها

- جدول ۱-۲ معرفی پنج ابزار مقابله ۱۰۰
- جدول ۱-۳ طرح کلی محور دوم پژوهش ۱۹۶
- جدول ۲-۳ ضرایب پایایی مقیاس مقابله با استرس در تحقیقات انجام شده ۲۰۱
- جدول ۳-۳ ضرایب پایایی مقیاس حمایت اجتماعی واکس در نمونه دانشجویی ۲۰۳
- جدول ۴-۳ ضرایب پایایی مقیاس حمایت اجتماعی واکس در نمونه دانش آموزی ۲۰۳
- جدول ۵-۳ نتایج اجرای مجدد آزمون حمایت اجتماعی واکس در دانش آموزان پس از ۶ هفته ۲۰۳
- جدول ۶-۳ نقطه‌های برش و ویرایش دوم مقیاس افسردگی بک ۲۰۵
- جدول ۷-۳ شرح جلسات آموزش آرمیدگی عضلانی پیشرونده ۲۰۹
- جدول ۸-۳ شرح جلسات آموزش ایمن سازی در مقیاس استرس ۲۳۸
- جدول ۱-۴ ویژگی‌های دموگرافیک دو گروه بیماران مبتلا به سردرد تنشی مزمن و گروه سالم غیرمبتلا به سردرد ۲۴۸
- جدول ۲-۴ نتایج آزمون گلوموگروف - اسمیرنوف در مورد نرمال بودن توزیع متغیرهای مورد بررسی در گروه بیماران مبتلا به سردرد تنشی مزمن و گروه سالم فاقد سردرد ۲۵۴
- جدول ۳-۴ آزمون باکس در مورد همسانی کواریانس متغیر وابسته در گروهها ۲۵۴
- جدول ۴-۴ نتایج آزمون لوین در مورد تساوی واریانس‌های متغیرهای وابسته در دو گروه سالم و مبتلا به CTH ۲۵۵
- جدول ۵-۴ میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد بررسی در دو گروه مبتلایان به سردرد تنشی مزمن و گروه سالم ۲۵۶
- جدول ۶-۴ نتایج حاصل از تحلیل واریانس چندمتغیره (مانوا) مربوط به عضویت گروهی و استرس، سبک‌های مقابله و حمایت اجتماعی، افسردگی و اضطراب صفت ۲۵۶
- جدول ۷-۴ نتایج آزمون غیر پارامتری مان ویتنی در متغیرهای سبک مقابله مسأله محور، سبک مقابله اجتنابی، حمایت اجتماعی و افسردگی در دو گروه بیمار و سالم ۲۵۷
- جدول ۸-۴ ویژگی‌های جمعیت شناختی گروه‌های آزمایش و کنترل ۲۶۱
- جدول ۹-۴ همبستگی بین متغیرهای جمعیت‌شناختی، افسردگی و اضطراب با نمرات شاخص‌های سردرد در پس‌آزمون ۲۶۳
- جدول ۱۰-۴ نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف و شاپیرو در مورد نرمال بودن توزیع نمرات دفعات، شدت و مدت سردرد در گروهها ۲۶۴
- جدول ۱۱-۴ نتایج آزمون لوین در مورد تساوی واریانس‌های نمرات پس‌آزمون شاخص‌های سردرد در گروهها ۲۶۵
- جدول ۱۲-۴ میانگین و انحراف استاندارد نمرات شاخص‌های سردرد در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون ۲۶۵
- جدول ۱۳-۴ نتایج تحلیل کواریانس تأثیر آموزش آرمیدگی عضلانی پیشرونده بر شاخص‌های سردرد ۲۶۶

- جدول ۴-۱۴ مقایسه میانگین‌های تعدیل شده شاخص‌های سردرد برحسب عضویت گروهی در مرحله پس‌آزمون
۲۶۷.....
- جدول ۴-۱۵ نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف و شاپیرو در مورد نرمال بودن توزیع نمرات دفعات، شدت و مدت
سردرد در گروهها ۲۶۸.....
- جدول ۴-۱۶ نتایج آزمون لوین در مورد تساوی واریانس‌های نمرات پس‌آزمون شاخص‌های دفعات، شدت و مدت
سردرد در گروهها ۲۶۹.....
- جدول ۴-۱۷ میانگین و انحراف استاندارد نمرات شاخص‌های سردرد در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون ۲۶۹.....
- جدول ۴-۱۸ نتایج تحلیل کواریانس تفاوت بین گروههای دارودرمانی و داودرمانی همراه با SIT در شاخص‌های
سردرد با کنترل نمرات پیش‌آزمون، افسردگی و اضطراب ۲۷۰.....
- جدول ۴-۱۹ مقایسه میانگین‌های تعدیل شده شاخص‌های سردرد بر حسب عضویت گروهی در مرحله پس‌آزمون
۲۷۱.....
- جدول ۴-۲۰ نتایج آزمون شاپیرو در مورد نرمال بودن نمرات شاخص‌های سردرد درد گرهما در مرحله پیگیری ... ۲۷۲.....
- جدول ۴-۲۱ نتایج آزمون لوین در مورد تساوی واریانس‌های نمرات پس‌آزمون شاخص‌های دفعات، شدت و مدت
سردرد در گروهها ۲۷۲.....
- جدول ۴-۲۲ نتایج تحلیل کواریانس تفاوت بین گروههای دارودرمانی، دارودرمانی همراه با PMR و داودرمانی همراه
با SIT در شاخص‌های سردرد در دوره پیگیری با کنترل متغیرهای همپراش ۲۷۳.....
- جدول ۴-۲۳ مقایسه زوجی میانگین‌های تعدیل شده گرهما در شاخص‌های سردرد در دوره پیگیری ۲۷۴.....
- جدول ۴-۲۴ مقایسه درصد بهبودی بالینی در شاخص دفعات سردرد در گروههای دارودرمانی تنها و دارودرمانی همراه
با آرمیدگی پیشرونده ۲۷۵.....
- جدول ۴-۲۵ مقایسه درصد بهبودی بالینی در شاخص شدت سردرد در گروههای دارودرمانی تنها و دارودرمانی همراه
با آرمیدگی پیشرونده ۲۷۵.....
- جدول ۴-۲۶ مقایسه درصد بهبودی بالینی در شاخص مدت سردرد در گروههای دارودرمانی تنها و دارودرمانی همراه
با آرمیدگی پیشرونده ۲۷۶.....
- جدول ۴-۲۷ مقایسه درصد بهبودی بالینی در شاخص دفعات سردرد در گروههای دارودرمانی تنها و دارودرمانی همراه
با SIT ۲۷۶.....
- جدول ۴-۲۸ مقایسه درصد بهبودی بالینی در شاخص شدت سردرد در گروههای دارودرمانی تنها و دارودرمانی همراه
با SIT ۲۷۷.....
- جدول ۴-۲۹ مقایسه درصد بهبودی بالینی در شاخص مدت سردرد در گروههای دارودرمانی تنها و دارودرمانی همراه
با SIT ۲۷۷.....

فصل اول

کلیات

۱-۱ مقدمه

درد اصولاً یک تجربه روانشناختی است. درد، خصوصی ترین و همگانی ترین شکل پریشانی انسانی است و اغلب باعث کاهش چشمگیر در کیفیت زندگی می شود. همانگونه که بارها نشان داده شده است درد منبع واقعاً گریز ناپذیر و نسبتاً فراوان پریشانی از تولد تا پیری است. دوره های درد می تواند از نظر مقدار متفاوت باشد؛ از رویدادهایی که عادی و پیش پا افتاده است، تا بحران هایی که مشقت بار و بعضی اوقات رام نشدنی بوده و اگرچه عمومی و متعارف نیست اما نادر هم نیستند. هزینه های درد از نظر رنج انسانی و منابع اقتصادی فوق العاده است. درد رایج ترین دلیل جستجوی مراقبت درمانی است و تخمین زده شده است که تقریباً هشتاد درصد مراجعه به پزشکان مربوط به درد است (هنری^۱، ۱۹۹۹-۲۰۰۰).

سردردها یکی از شایع ترین نوع شکایت های ناشی از درد در جهان هستند و هر چند انواع مختلف سردردها شناسایی شده اند، شایع ترین آنها عبارتند از میگرن^۲ و سردرد تنشی^۳. دیدگاه قدیمی در مورد وقوع سردرد این است که سردردهای میگرنی از اتساع رگ های اطراف مغز ناشی می شوند و سردردهای تنشی، از انقباض ماهیچه های سر، گردن و شانه (انجمن پزشکی آمریکا^۴، ۱۹۸۹). دیگر نظریه های سردرد بر اتفاقاتی که در مغز روی می دهند تمرکز دارند، اما بررسی وضعیت بیماران مبتلا به سردردهای میگرنی و یا سردردهای تنشی، از

1 Henry

2 migraine

3 tension headache

4 American Medical Association

دیدگاه کلاسیک پیروی می‌کند (مک‌گردای^۱ و همکاران، ۱۹۹۴). به عبارت دیگر، چنانچه استرس در عروق احاطه‌کننده مغز اتساع ایجاد کند، سردرد میگرنی ایجاد می‌شود، اما اگر استرس ماهیچه‌های سر، گردن و شانه را منقبض کند، سردرد از نوع تنشی (انقباض ماهیچه‌ها) پدید می‌آید (سارافینو^۲، ۲۰۰۶).

سردرد تنشی می‌تواند بعنوان یک احساس فشار یا سفتی مداوم و معمولاً دو طرفه که می‌تواند در آغاز دوره‌ای و مرتبط با استرس باشد اما می‌تواند در شکل مزمن اش به صورت تقریباً روزانه رخ دهد تعریف شده است (لنس^۳ و گودزی^۴، ۲۰۰۵). شوارتز^۵ و همکارانش (۱۹۹۸) همه‌گیرشناسی سردرد تنشی در ۱۳۳۴۵ عضو جامعه مریلند را بررسی کردند. شیوع سردرد تنشی اپیزودیک در سال قبل از مطالعه ۳۸/۳ درصد و ۲/۲ درصد برای نوع مزمن بود. زنان بیش از مردان به سردردهای اپیزودیک دچار شده بودند (نسبت ۱/۶ به ۱) و این نسبت در نوع مزمن دو برابر مردان بود. تعداد متوسط سردردها در سال برای گروه اپیزودیک ۳۰ و برای بیماران مبتلا به سردرد مزمن ۲۸۵ بود. شیوع سردرد تنشی اپیزودیک بر خلاف میگرن و سردرد تنشی مزمن با سطح اقتصادی اجتماعی رابطه داشته و در خانوارهای با درآمد پایین شایع‌تر بود.

راسموسن و همکاران (۱۹۹۹) با استفاده از معیارهای تشخیصی جامعه بین‌المللی سردرد، دریافتند که شیوع تمام عمر برای سردرد تنشی ۷۸ درصد برای زنان و مردان تماماً و ۶۹ درصد برای مردان و ۸۸ درصد برای زنان است. در این مطالعه، شیوع سردرد تنشی در ماه پیش از مطالعه مذکور، ۴۸٪ عنوان شد. جالب توجه است که در میان آزمودنی‌هایی که در ماه گذشته سردرد میگرن را تحمل کرده‌اند، ۶۲ درصد به طور همزمان سردرد تنشی نیز داشته‌اند. این مطالعه نشان می‌دهد که میزان بروز و شیوع سردرد تنشی بسیار بیشتر از آن است که پیش از این تصور می‌شد. با وجود اینکه سردرد تنشی معرف یکی از شایع‌ترین و پرهزینه‌ترین بیماری‌هاست عملاً پژوهش‌های اندکی در خصوص آن انجام شده است.

تا به امروز اکثر پژوهش‌ها و فعالیت‌های بالینی بر نقش عوامل بیولوژیکی در سردرد و ناتوانی مرتبط با سردرد تاکید داشته‌اند. با وجود این، تکیه بر مدل بیولوژیکی خالص نمی‌تواند همه جنبه‌های درد و ناتوانی مرتبط با آن را تبیین کند. پژوهش‌های اخیر با استفاده از چهارچوب زیستی روانی اجتماعی و گسترش دیدگاه عوامل

1 McGrady
2 Sarafino
3 Lance
4 Goadsby
5 Schwartz

موثر بر سردرد نقش عوامل روانشناختی را در ایجاد سردرد و پیامدهای آن مورد ملاحظه قرار داده اند (نیکلسون^۱ و همکاران، ۲۰۰۶).

اگرچه سردرد تنشی یکی از عارضه‌های متداول است، پاتوفیزیولوژی آن همچنان مجهول باقی مانده است. در پژوهشی نشان داده شده است که درد ناشی از سردردهای تنشی ریشه عضلانی دارد (میلیا^۲ و برودی^۳، ۲۰۰۲). از سوی دیگر، این مساله به صورت گسترده مورد قبول قرار گرفته است که عوامل روانشناختی جزء عوامل برانگیزاننده سردرد بوده و برخی از افراد را مستعد ابتلا به سردرد می‌کنند. چندین مطالعه بر اهمیت نقش استرس و مشکلات روزمره در شروع، فراوانی و تداوم سردردها تاکید نموده است (فیکک^۴، ویتراک^۵، ۱۹۹۵؛ فرناندز و شفیلد^۶، ۱۹۹۶؛ ویتراک و مایرز^۷، ۱۹۹۸؛ رینولدز و هوانیتز^۸، ۲۰۰۰). به طور کلی، استرس روانشناختی به عنوان یک عامل اصلی سردرد شناخته می‌شود و شیوه‌های متعددی وجود دارد که از طریق آن استرس و سردرد رابطه نزدیکی با هم پیدا می‌کنند. استرس می‌تواند الف) عامل مستعد کننده ای باشد که به شروع بیماری سردرد کمک کند (۲). پیشرفت اختلال سردرد به سمت یک عارضه مزمن را تسریع نماید ج) دوره‌های سردرد فرد را تسریع کرده و تشدید نماید و در نهایت تجربه سردرد خودش می‌تواند به صورت یک عامل فشارزا عمل کرده و سلامتی و بهزیستی فرد را به خطر اندازد (نش و تبارگ^۹، ۲۰۰۶).

۲-۱ بیان مسأله

محور اول

عوامل بیولوژیکی به تنهایی نمی‌توانند آسیب‌پذیری نسبت به تجربه اختلال سردرد، زمان حمله آن و سیری که طی می‌کند را به خوبی تبیین نمایند. همچنین عوامل بیولوژیکی نمی‌توانند به طور کامل تسریع و تشدید وهله‌های سردرد فرد یا ناتوانی مرتبط با سردرد و همچنین کیفیت زندگی را تبیین نمایند. استرس زندگی یک عامل روانی اجتماعی است که عموماً به عنوان یک عامل اصلی سردرد شناخته شده است (نش^۹ و تبارگ^{۱۰}،

1 Nicholson

2 Millea

3 Brodie

4 Ficek

5 Wittrock

6 Sheffield

7 Myers

8 Hovanitz

9 Nash

10 Thebarg

۲۰۰۶). سردرد عموماً در رابطه با تعارض هیجانی و استرس روانشناختی گزارش شده است اما رابطه علی میان آنها روشن و مشخص نیست و تنش روانی بارها به عنوان عامل سردرد تنشی ذکر شده است (راسموسن^۱، ۱۹۹۳؛ زوارت^۲ و همکاران، ۲۰۰۳؛ دوبجسکا^۳، اسپلیت^۴ و رستوسکی^۵، ۱۹۹۸).

ممکن است عوامل برانگیزاننده‌ای برای سردرد تنشی وجود داشته باشد با وجود این، در بسیاری از بیماران، سردرد تنشی محدود به زمان‌های اضافه بار هیجانی نیست. سردرد تنشی معمولاً با هرگونه استرس و اضطراب اضافی، سر و صدا یا تابش خیره کننده بدتر و وخیم تر می‌شود (لنس و گودزیبی، ۲۰۰۵). استرس روانشناختی عموماً به عنوان یک عامل اصلی سردرد اولیه شناخته می‌شود. استرس ناشی از هرگونه چالش یا تهدیدی برای کارکرد طبیعی است. خواه این چالش یا تهدید واقعی باشد یا ادراک شده. به طور کلی می‌توان گفت، استرس روانشناختی به عنوان یک عدم تعادل میان مقتضیات ادراک شده و منابع ادراک شده که منجر به یک نیاز یا فشار بر سیستم بیولوژیکی می‌شود قلمداد می‌گردد. استرس‌های روانشناختی یا ریشه در تهدید ادراک شده برای بهزیستی بدنی دارد (برای مثال ترس از آسیب) یا ناشی از چالش‌هایی است که شناختی هستند (مانند تکلیف ذهنی مشکل) و یا ماهیتاً هیجانی هستند (مانند سوگ و فقدان).

کنون و سلیه استرس را یک فرایند هموستاتیک (تعادل حیاتی) در نظر گرفته‌اند. تعادل حیاتی مکانیزم جبرانی بیولوژیکی است که فعال می‌شود تا به بدن اجازه دهد کارکرد طبیعی خود را حفظ کند. اخیراً مک^۶ (۲۰۰۴) عنوان کرده است که واکنش استرس به صورت دقیق‌تر با یک فرایند آلوستاتیک مفهوم‌سازی می‌شود. او تعادل حیاتی (هموستازیس) را مربوط به سیستم‌های فیزیولوژیکی می‌داند که باید در دامنه محدودی باقی بمانند تا حیات حفظ شود. سطح اکسیژن خون و دمای بدن مثال‌هایی برای هموستازیس (تعادل حیاتی) هستند. آلوستازیس مستلزم فرایندهایی است که از طریق تغییرات تعاملی در حفظ هموستاتیک از مرزهای گسترده‌تر برخوردارند. متداول‌ترین واکنش آلوستاتیک، محور HPA را درگیر می‌سازد. محور HPA شامل تعامل هیپوتالاموس، غدد هیپوفیز و غدد فوق کلیه است که در نهایت، مسئول کنترل همه هورمون‌ها، فعالیت سیستم عصبی و مصرف انرژی در بدن و نیز تنظیم سیستم ایمنی است. (ویتتا^۷، آنتون^۸، کورتیزو^۹ و سالی^۱، ۲۰۰۵). یک حالت آلوستاتیک هنگامی

-
1. Rasmussen
 2. Zwart
 3. Dubojka
 4. Split
 5. Rostowski
 6. McEwen
 7. Vitetta
 8. Anton
 9. Cortizo