

◇ فصلنامه علمی پژوهشی زن و فرهنگ

سال سوم. شماره دهم. زمستان ۱۳۹۰

صفحات: ۵۲ - ۳۹

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

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

سارا ساعدی[°]
شهنام ابوالقاسمی^{°°}

چکیده

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

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

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

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

مقدمه

سردرد یکی از شایع ترین ناراحتی های آدمی است که با افزایش سن، تواتر آن افزایش می یابد (ناش^۱ و همکاران، ۲۰۰۵). این عارضه شایعترین سندرم درد بوده (اولسن^۲، ۲۰۰۴) و فراوانی آن حتی از سرماخوردگی هم بیشتر است (موریلو^۳ و همکاران، ۲۰۰۵). امروزه بر اساس تحقیقات انجام گرفته در انجمن بین المللی سردرد IHS^۴، به نظر می رسد سردرد میگرن که به صورت یک طرفه و غالباً ضربان دار تظاهر می یابد (کاسپر و هاریسون^۵، ۲۰۰۵). یکی از شدیدترین سردردها با قدرت ناتوان کننده گی بالا می باشد (رونالد^۶، ۲۰۰۵).

میزان ناتوانی^۷ که سردرد میگرن در طی سال ایجاد می کند معادل یا حتی بیشتر از بیماریهای عمده بشر مانند فشارخون، سرطان پستان و آرتروز روماتوئید می باشد (ادمیدز^۸، به نقل از سولومن^۹ و دالوف^{۱۰}، ۲۰۰۰). عوارضی که سردرد میگرن به جا می گذارد فراوان و در عین حال مهم می باشند. از جمله می توان به اثر تخریبی سردرد در زندگی خانوادگی، ایجاد مزاحمت در رسیدگی و مراقبت کودکان، کاهش کیفیت زندگی (اورنیش^{۱۱}، ۲۰۰۵)، از دست دادن زمان مفید کاری (موریلو و همکاران، ۲۰۰۵)، ایجاد اختلال در فعالیت روزمره (رابین، پنزی، مک گوری و گرای^{۱۲}، ۲۰۰۵)، هزینه های مستقیم ناشی از درمان، دارو و در مواردی بستری در بیمارستان (اولسن، ۲۰۰۴) اشاره نمود. ناتوانی ناشی از سردرد بنا به تعریف سازندگان ابزار سنجش آن (جاکوبسن و همکاران^{۱۳}، ۱۹۹۴) نشانگر احساس محدودیت برای انجام فعالیتی است که فرد در حالت عادی توانایی انجام آن را دارد. این تعریف نیز دربرگیرنده ادراک فرد از توانایی های خود است. فرد مبتلا به خطاهای شناختی، موقعیت ها را تهدید آمیزتر از اندازه واقعی خود به شمار می آورد و توانمندی های خود برای رویارویی با تهدید را نیز کمتر از اندازه واقعی آن برآورد می کند و در نتیجه احساس ذهنی محدودتری دارد. کاهش این خطاها به کمک شناخت درمانی می تواند این احساس ذهنی و در نتیجه ناتوانی ناشی از سردرد را کمتر کند. درمان های روان شناختی استاندارد در زمینه سردرد، به دلیل اثرات ناخواسته سردرد بر زندگی روانشناختی بیمار و نقش استرس در راه اندازی و تشدید سردردها (دیویس، هولم، می ریز و سودا^{۱۴}، ۱۹۹۸)، از اواخر دهه ۱۹۷۰، مورد توجه قرار گرفته است (گاتی، ایر، ایورس و کریبر^{۱۵}، ۱۹۹۶).

۱. Nash

۲. Olesen

۳. Morillo

۴. International Headache Society

۵. Kasper & Harrison

۶. Ronwland

۷. Disability

۸. Edmeads

۹. Solomon

۱۰. Dahlof

۱۱. Ornish

۱۲. Rabin, Penzien, McCrory, & Gray

۱۳. Jacobson

۱۴. Davis & Holm & Myers & Suada

۱۵. Gauthier & Ivers & Ivers & Carrier

مطالعات متعدد و دقیقی که در این حوزه انجام شده است آموزش تن آرامی (که تنش زدایی تدریجی یکی از پر کاربرد ترین انواع آن است) و تجسم هدایت یافته را به عنوان معروفترین و مفیدترین این مداخلات اعلام کرده اند (پنزین^۱ و همکاران، ۲۰۰۵).

آموزش تنش زدایی تدریجی، رویکردی سیستماتیک و مرحله به مرحله است که به افراد آموزش می دهد از پاسخ های فیزیولوژیکی بدنشان آگاه شوند و از این طریق به احساس آرامش شناختی و فیزیولوژیکی برسند. عده ای مکانیزم کلیدی این تکنیک را اکتساب یک پاسخ آرمیدگی می دانند که در تضاد با برانگیختگی خودمختار افراطی (که جزو مکانیزمهای اصلی درگیر در ایجاد و تشدید سردردهای میگرنی شناخته شده است) می باشد (کاسپر و هاریسون، ۲۰۰۵). شیوه تجسم هدایت یافته در درمان سردرد نیز از آنجا سرچشمه می گیرد که مشاهده شد قوه تخیل افراد می تواند راه انداز، تشدید کننده یا تداوم بخش حملات سردرد باشد و ناتوانی و آشفتگی همراه با سردرد را بیفزاید. این شیوه بر مولفه های شناختی و عاطفی سردرد متمرکز می شود (ماری^۲، ۲۰۱۰).

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

نتایج مطالعات بارون، استوارد و تپپر^۳ (۲۰۱۰) در خصوص تاثیر آموزش تن آرامی و تن آرامی به همراه پسخوراند زیستی در درمان بزرگسالان مبتلا به میگرن نشان داد که هر دو گروه از نظر آماری، کاهش قابل توجهی در شدت، تعداد دفعات سردرد و در استفاده از دارو و مراقبت های پزشکی از خود نشان دادند. میوللی^۴، هال^۵، گلدشتاین^۶ (۲۰۰۹) در مطالعه ای اثر بیوفیدبک و تن آرامی در درمان میگرن و سردرد تنشی بر شصت و چهار بیمار در سنین بین ۱۸-۵۵، که از سردرد به مدت بیش از یک سال رنج می بردند، نشان دادند که شدت و فراوانی سردرد ۴۸ درصد از بیماران گروه تن آرامی و ۳۵ درصد از بیماران گروه بیوفیدبک بعد از سه ماه کار آزمایشی، با کاهش معناداری همراه شده است.

ون تیلبرگ^۷ و همکاران (۲۰۰۷)، در پژوهشی که در خصوص اثر بخشی تصویر سازی ذهنی بر ۳۴ کودک مبتلا به درد شکمی انجام گرفت، نشان دادند استفاده از تصورات هدایت شونده در طول ۸ هفته به تنهایی منجر به کاهش فرکانس درد، طول مدت درد، غیبت مدرسه و افزایش کیفیت زندگی و کیفیت خواب شده است. همچنین بیماران بعد از استفاده از این تصورات در خانه، احتمال ابتلا به درد خود را از تقریباً ۳ برابر به نصف و یا بیشتر در مقایسه با کودکانی که تنها استاندارد مراقبت های پزشکی را دریافت کرده بودند، کاهش

۱. Penzien

۲. Mary

۳. Baron, Stewart & Tepper

۴. Mullally

۵. Hall

۶. Goldstein

۷. VanTilburg

دادند. به این صورت که ۳۵ درصد از کودکان استفاده کننده از تصاویر ذهنی پس از اخذ این درمان دردی را حس نمی کردند در حالیکه تنها ۷ درصد از کودکان در گروه مراقبت های پزشکی، بی دردی را تجربه کردند.

پاپادلی^۱ و همکاران (۲۰۰۷)، تاثیر تمرین تجسم هدایت یافته بر روی عملکرد شناختی-رفتاری و اندازه های فیزیولوژیکی را مورد بررسی قرار دادند. تجزیه و تحلیل داده ها نشان دادند که ضربان قلب و تعداد تنفس گروهی که تصویر سازی ذهنی انجام می دادند نسبت به گروه کنترل که در حالت استراحت بودند تفاوت معناداری را نشان می دهند و در این بررسی میزان اضطراب، ترس و نگرانی آنها کاهش یافته بود. هل روید و بلانچارد^۲ (۲۰۰۷) از دانشگاه ایالتی نیویورک، موثر بودن آرام سازی و انبساط ماهیچه ای را در سردردهای مزمن، به طور آشکاری نشان داده اند. در این پژوهش بیماران مبتلا به سردرد مزمن به مدت دو ماه در ۱۰ جلسه انبساط ماهیچه ای یا آرام سازی عضلانی شرکت کردند. در پایان دوره درمان، ۹۶ درصد از بیماران از بهبود چشم گیر در تکرار، شدت و طول مدت سردرد خود برخوردار شدند.

این یونگ^۳ و همکاران (۲۰۰۷) در مطالعات خود در خصوص آثار تجسم هدایت یافته به این نتیجه رسیده اند. علاوه بر اینکه تجسم هدایت یافته در کاستن از درد و رنج میگرن، شیمی درمانی و اضطراب روش موثری است، نزدیک به ۲۰ تا ۶۵ درصد از بیماران درمان پذیر نیز به سرعت نسبت به شرایط ایجاد شده توسط این روش، انعکاسی شرطی پیدا می کنند.

منزیس^۴ (۲۰۰۶)، تحقیقی را روی اشخاص مبتلا به فیرومیالوژیا (یک نوع بیماری روان-تنی که موجب درد در قسمت های مختلف بدن می شود) انجام داد. این محقق نشان داد که استفاده از روش تصویر سازی ذهنی می تواند وضعیت عملکردی و حتی خود کارایی بیماران را برای مدیریت، کنترل درد و افزایش روحیه و اراده آنها برای انجام دادن کارها در زندگی روزانه بهبود بخشد. دیوین و بلانچارد^۵ (۲۰۰۵) در یک آزمایش درمانی که افراد در آن از طریق اینترنت، آموزش تنش زدایی همراه با پسخوراند زیستی را جهت کنترل استرس خود و در نهایت کاهش میگرن آموختند، دریافتند پس از دوره آزمایش، ۳۹ درصد از شرکت کنندگان و پس از دو ماه، ۴۷ درصد از آنها کاهش قابل توجهی در میزان میگرن خود داشتند. همچنین مطالعات موردی (بالینی) آخ باخ^۶ (۲۰۰۴) نشان می دهند که استفاده از روش تصویر سازی ذهنی می تواند باعث کنترل درد، راحتی خواب و ایجاد آرامش در بیماران و همچنین به بهبود رابطه وی با اطرفانش کمک گردد. اجرای این تکنیک در هر روز موجب بالا رفتن سطح اعتماد به نفس و افزایش سلامتی روانی فرد شده، حتی افراد بیمار می توانند بهتر به بیان منظور خود پردازند و ارتباط خوبی با دیگران برقرار کنند.

آستین^۷ (۲۰۰۴) با بررسی اثر تن آرامی و بیوفیدبک حرارتی در میگرن کشف کرد که استفاده از بیوفیدبک

۱. Papdelisa

۲. Holroyd k & Blanchard

۳. Eun-young

۴. Menzies

۵. Devineni & Blanchard

۶. Achenbac

۷. Astin

حرارتی بهتر از تن آرامی و استفاده از تن آرامی بهتر از درمان دارویی است. همچنین در بررسی مطالعات مربوط به تاثیر تجسم هدایت یافته در درمان سردردهای تنشی، رید و گرات (۱۹۹۶) در پژوهشی که در این باره انجام داده اند به این نتیجه رسیدند که استفاده از تصاویر هدایت شده ذهنی به عنوان درمان کمکی، می تواند راه مقرون به صرفه برای کاهش فرکانس، طول مدت و شدت سردرد باشد.

به علاوه نتایج تحقیقی که با هدف بررسی ۱۰ جلسه اثربخشی پسخوراند زیستی و تنش زدایی عضلانی بر سه نوع سردرد (سردرد مزمن تنشی، میگرن و خوشه ای)، در ۹۱ بیمار ۱۸ الی ۶۸ ساله انجام گرفت، نشان داد استفاده از تنش زدایی عضلانی به تنهایی در کلیه انواع سردرد ها بسیار مفید بوده و تا حدودی کاهش قابل توجهی در فعالیت سردرد (حملات و شدت سردرد) داشته است. همچنین محقق پس از انجام تجزیه و تحلیل های آماری، به این نتیجه رسید که استفاده بیوفیدبک حرارتی برای سردرد عروقی (میگرن) و بیوفیدبک الکترومیوگرافی فرونتال برای سردرد تنشی، روشهای مناسبی برای دریافت پاسخ مطلوب در جهت مدیریت سردرد می باشند (بلانچارد^۱، ۱۹۸۵).

کیقبادی و اسدی نوقابی (۱۳۷۹) در بررسی اثر تن آرامی بر دفعات وقوع و شدت سردردهای میگرنی دریافتند که میانگین دفعات وقوع سردرد و شدت سردرد قبل از انجام تن آرامی به طور معنی داری بیشتر از بعد از انجام تن آرامی بوده است، یعنی تن آرامی باعث کاهش دفعات وقوع سردرد ($p < 0/001$) و کاهش شدت سردرد میگرنی ($p < 0/0001$) شده است. در مطالعه دیگری که محققین درصدد مقایسه اثربخشی پسخوراند زیستی و تصویر سازی ذهنی در افزایش درجه حرارت انگشت (تکنیکی که می توان به راحتی باعث تسکین سردرد میگرن می شود) بودند. پس از ۱۵ جلسه ۵ دقیقه ای بر ۱۲ داوطلب که طی آن ارائه محرک به دقت کنترل شده بود، به این نتیجه رسیدند دواطلبانی که در گروه بیوفیدبک حضور داشتند نسبت به دواطلبانی که در گروه تصویر سازی ذهنی قرار داشتند، به سرعت توانایی افزایش درجه حرارت انگشت را پیدا نمودند (جیلسپای^۲ و پک^۳، ۱۹۸۰؛ به نقل از رسول زاده طباطبایی، ۱۳۷۵).

منیکس، چندیوکار و رایبیکال^۴ (۱۹۹۹) با بررسی ۲۶۰ بیمار مبتلا به سردرد تنشی دریافتند که تعلیم تصویر سازی ذهنی می تواند در درمان سردرد بویژه فرکانس آن نقش موثری داشته باشد. همچنین الاکوا^۵ (۱۹۹۴) در پژوهش دیگری کارآمدی تصور هدایت شده را همراه با پس خوراند زیستی در درمان سردرد میگرنی مقایسه کرد. او دریافت که هیچ یک از این دو روش چه به تنهایی و چه به همراه با یکدیگر تاثیری در فراوانی میگرنها ندارد، ولی شرکت کنندگانی که تصور هدایت شده را دریافت کرده بودند گزارش کردند که بیش از کسانی که پس خوراند زیستی یا ترکیبی از پس خوراند زیستی و تصور هدایت شده برخوردار شده بودند توانایی مقابله با درد را داشتند.

علاوه بر این مطالعات انجل و دیگران (۱۹۹۰، نقل از جان بزرگی، ۱۳۷۸) نشان داد که آموزش تنش زدایی

۱. Blanchard

۲. Gillespie

۳. Peck

۴. Mannix, Chandurkar, & Rybicki

۵. Ilaque

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

بلانچارد و آندراسیک^۱ (۱۹۸۵) در بررسی دیگر خود به این نتیجه دست یافتند که پسخوراند زیستی به تنهایی منجر به ۵۲ درصد بهبودی در سردردهای میگرنی (شدت - علت) و با پسخوراند زیستی همراه با آموزش آرامش عضلانی ۶۵ درصد بهبودی حاصل می گردد.

رسولزاده طباطبایی (۱۳۷۷) در تحقیقات خود نشان داد که آرامش عضلانی همراه با پسخوراند حرارتی در کاهش تعداد و مدت میگرن موثرتر از دارودرمانگری است و این برتری در دوره پیگیری نیز باقی می ماند. جان بزرگی (۱۳۷۸) در تحقیقات خود نشان داد که افرادی که تحت درمانگری با شیوه تن آرامی به همراه بیوفیدبک حرارتی قرار گرفتند توانسته اند به طور معنی داری مدت، شدت و تعداد حمله های سردردی خود را تقلیل دهند.

با توجه به مطالب فوق و نقش ارزنده تجسم هدایت یافته و تنش زدایی تدریجی بر سلامت جسمانی، روانی و آثار الیتام بخش به خصوص در بیماران میگرنی، هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی تجسم هدایت یافته و تنش زدایی تدریجی در کاهش سردرد میگرن و ناتوانی ناشی از سردرد است.

روش پژوهش

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

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

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

۱. Blanchard & Andrasik

۲. International Classification of Headache Disorders-II

را ایجاد می کنند.

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش عبارت بودند از:

پرسشنامه سنجش علائم سردرد میگرن در دانشجویان: این پرسشنامه یک مقیاس ۲۵ سوالی است که به وسیله تحلیل عوامل نجاریان (۱۳۷۶) در یک نمونه ۳۸۲ نفری از دانشجویان دانشگاه های شهید چمران و آزاد اسلامی واحد اهواز ساخت و اعتبار یابی شده است. ماده های اولیه آن بر اساس متون روانشناسی و پزشکی و ماده های ذیربط در مقیاس های 'HADS', 'MMPI', 'AAI' تهیه گردید. ماده های این مقیاس دارای چهار گزینه هرگز، بندرت، گاهی اوقات و اغلب اوقات می باشد. آزمودنی ها یکی از گزینه ها را انتخاب کرده و علامت می زنند. سپس گزینه ها به ترتیب بر اساس مقادیر ۱، ۲، ۳، ۴ نمره گذاری می شوند. نجاریان ضریب پایایی این پرسشنامه را با روش باز آزمایی و همسانی درونی برای کل آزمودنیها $I=0/80$ تعیین کرد. همچنین وی برای سنجش اعتبار از اجرای همزمان این مقیاس با پرسشنامه اضطراب افسردگی و پرسشنامه AAI استفاده کرد که نتایج این همبستگی به ترتیب $0/46$ ، $0/41$ و $0/44$ مشخص شد. در تحقیق حاضر برای تعیین پایایی پرسشنامه سنجش علائم سردرد میگرن از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برای کل پرسشنامه برابر با $0/78$ می باشد. برای تعیین اعتبار نیز از روش اجرای همزمان این مقیاس با پرسشنامه ناتوانی ناشی از سردرد استفاده شده که نتایج این همبستگی ($p=0/001$ و $I=0/78$) نشان داد که پرسشنامه فوق از اعتبار لازم برخوردار می باشد.

پرسشنامه ناتوانی ناشی از سردرد: این پرسشنامه توسط جاکسون و همکاران (۱۹۹۴) تهیه و شاخص های آن توسط سجادی نژاد و همکاران (۱۳۸۶) جهت استفاده در جامعه ایرانی اعتبار یابی شده است. این پرسشنامه مشکلاتی را که فرد در اثر سردرد تجربه می کند، مورد سنجش قرار می دهد. این مشکلات در دو بعد عاطفی و کارکردی متمایز می گردد. بعد عاطفی از ۱۰ ماده و بعد کارکردی از ۱۲ ماده تشکیل شده است. در بعد عاطفی، احساسات ناخوشایند ناشی از سردرد (خشم، ناامیدی، نگرانی، اضطراب و...) و در بعد کارکردی، محدودیت هایی که سردرد در فعالیت ها و زندگی شخصی و اجتماعی بیمار ایجاد می کند، مورد ارزیابی قرار می گیرند. آزمودنی به هر سوال با یکی از عبارتهای بله، گاهی اوقات و خیر پاسخ می دهد. سپس گزینه ها به ترتیب بر اساس مقادیر ۱، ۲، ۳، ۴ نمره گذاری می شوند. این ابزار از اعتبار و روایی بسیار مطلوبی برخوردار است. سجادی نژاد ضریب پایایی این پرسشنامه را با روش الفای کرونباخ برای کل آزمون، عامل عاطفی و عامل کارکردی به ترتیب $0/86$ ، $0/68$ و $0/83$ تعیین کرد. همچنین وی برای سنجش اعتبار از اجرای همزمان این مقیاس با پرسشنامه SCL-25^۴ استفاده کرد که ضریب همبستگی نمرات آسیب روانی عمومی در مقیاس SCL-25 با نمره کل $0/61$ و نمره خرده مقیاس عاطفی $0/51$ و خرده مقیاس کارکردی $0/55$ به دست آمد. که همه ضرایب معنی داری بودند ($p=0/01$). در تحقیق حاضر برای تعیین پایایی پرسشنامه ناتوانی ناشی از سردرد از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برای کل پرسشنامه، عامل عاطفی و عامل کارکردی

۱. Minnesota Multiphasic personality inventory (MMPI)

۲. Hospital-Anxiety-Depression scale

۳. Ahvaz Aggression inventory

۴. Symptom Checklist-25

به ترتیب برابر با ۰/۸۸، ۰/۷۸ و ۰/۸۶ می باشد. همچنین برای سنجش اعتبار از اجرای همزمان این مقیاس با پرسشنامه، سنجش علایم سردرد میگرن استفاده شد که ضریب همبستگی نمرات آن با نمره کل ۰/۷۸ و نمره خرده مقیاس عاطفی ۰/۵۷ و خرده مقیاس کارکردی ۰/۵۳ به دست آمد. که همه ضرایب معنی داری بودند (p=۰/۰۰۰۱).

روش اجرای تحقیق

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

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

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

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

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

همچنین در فرم پس آزمون در دوره پیگیری، میانگین نمرات آزمودنی های زن از نظر علایم سردرد میگرن در گروه تجسم هدایت یافته، تنش زدایی تدریجی، کنترل و کل به ترتیب ۴۰/۷۰، ۴۰/۳۵، ۴۶ و ۴۰/۶۳، انحراف معیار آنها به ترتیب ۶/۶۹، ۶/۱۶، ۱۶/۰۶ و ۱۱/۲۱ می باشد. همچنین از نظر ناتوانی کارکردی میانگین آزمودنی ها در سه گروه به ترتیب ۱۲، ۱۱/۹۰، ۲۸/۲۰ و ۲۳/۷ و انحراف معیار آنها به ترتیب ۵/۶، ۱۰/۶، ۹/۵، ۶/۱ و ۶/۱ می باشد. همچنین از نظر ناتوانی عاطفی ناشی از سردرد میانگین این آزمودنی ها به ترتیب ۱۱، ۱۱ و ۲۷/۷۰ و ۱۵/۹۰ و انحراف معیار آنها به ترتیب ۵/۲۷، ۴/۲۴، ۶/۱۸ و ۵/۶۳ می باشد.

ب- یافته های مربوط به فرضیه پژوهش

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

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) با کنترل پیش آزمون و تحلیل پس آزمون

علایم سردرد میگرن و ناتوانی ناشی از سردرد گروه تجربی و کنترل

| نام آزمون | مقدار | DF فرضیه | DF خطا | F | سطح معنی داری |
|-------------------------|-------|----------|--------|--------|---------------|
| آزمون اثر پیلابی | ۰/۸۰۲ | ۸ | ۹۶ | ۸/۰۳۳ | ۰/۰۰۰۱ |
| آزمون لامبدای ویلکز | ۰/۲۵۴ | ۸ | ۹۴ | ۱۱/۵۷۵ | ۰/۰۰۰۱ |
| آزمون اثر هتلینگ | ۲/۷۲۱ | ۸ | ۹۲ | ۱۵/۶۴۵ | ۰/۰۰۰۱ |
| آزمون بزرگترین ریشه روی | ۰/۶۳۸ | ۴ | ۴۸ | ۳۱/۶۵۰ | ۰/۰۰۰۱ |

همان طوری که در جدول ۲ مشاهده می شود سطوح معناداری همه آزمون ها، بیانگر آن هستند که بین

آزمودنی های گروه تجربی و کنترل حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (علایم سردرد میگرن و ناتوانی ناشی از سردرد) تفاوت معنی داری وجود دارد. برای پی بردن به تفاوت، نتایج حاصل از آزمون اثرات بین آزمودنی ها، در جدول ۳ نشان داده شده است.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

بحث و نتیجه گیری

هدف این پژوهش، بررسی اثربخشی شیوه تجسم هدایت یافته و تنش زدایی تدریجی بر علایم سردرد میگرن و پیامدهای سردرد مانند ناتوانی ناشی از سردرد بود. یافته های جدول ۱ تا ۵ نشان دادند که اثربخشی تکنیک تجسم هدایت یافته و تنش زدایی تدریجی از نظر علایم سردرد میگرن و میزان ناتوانی ناشی از سردرد بین گروهی که از این فنون استفاده کرده و گروهی که استفاده نکرده بودند تفاوت معناداری وجود دارد و این بدین معنی است که آموزش تجسم هدایت یافته و تنش زدایی تدریجی در کاهش سردرد میگرن و ناتوانی ناشی از آن در بیماران مبتلا به میگرن موثر است. در مجموع، تأثیر این درمان بر این متغیر مثبت و رضایت بخش و در راستای بهبود بوده است. این یافته با یافته های پژوهش های، بارون، استوارد و تیپیر (۲۰۱۰)، میوللی، هال و گلدشتاین (۲۰۰۹)، رید و گرات (۲۰۰۹)، ون تیلبرگ و همکاران (۲۰۰۷)، هل روید و بلانکار (۲۰۰۷)، این یونگ و همکاران (۲۰۰۷)، منزیس (۲۰۰۶)، دیوین و بلانچارد (۲۰۰۵)، بایمن (۲۰۰۴)، پاورس و همکاران (۲۰۰۱)، رید و مکگرات (۱۹۹۶)، منیکس، چندیو کار و رایبکال (۱۹۹۹)، الاکوا (۱۹۹۴)، رسولزاده طباطبایی (۱۳۷۷)، کیقبادی و اسدی نوقایی (۱۳۷۹) و... همخوانی دارد.

در تبیین این یافته می توان گفت نتایج حاصله از این تحقیق همگام با پژوهش های فوق که در سطح بین المللی انجام پذیرفته است. بیانگر تاثیر مثبت و مفید روش غیر دارویی درمانگری تجسم هدایت یافته و تنش زدایی تدریجی است، هر چند بحث از این شیوه در جامعه علمی کشورمان از غنای لازم برخوردار نیستند، ولی در مقیاس بین المللی حداقل در چهار دهه اخیر ما شاهد گسترش این روش ها در حوزه روان درمانگری

و روانپزشکی بالینی این پژوهش بوده ایم. همچنین، در تبیین این یافته می توان گفت: با توجه به اینکه یکی از مهمترین دلایل بروز حملات میگرن و تشدید آن، اضطراب و تنیدگی است، مسلماً شیوه های تجسم هدایت یافته و تنش زدایی تدریجی به عنوان یکی از مؤلفه های اصلی حساسیت زدایی می توانند در کاهش اضطراب و سطح تنیدگی فرد در کنترل میگرن نیز مؤثر واقع شوند. در واقع فرض کلی در شیوه های درمانی به کار رفته در این پژوهش این است که افراد می توانند به نحوی هشیارانه یاد بگیرند که عضلات خود را به طور ارادی مهار کنند. این موضوع نشان می دهد، سیستم خود مختار آنگونه که نظریات مختلف بیان می کنند آنقدر هم خود مختار نیست و افراد می توانند فعالیت هایی را که فرض می شود در کنترل آنها نیستند و تحت سیستم خود مختار فعالیت می کنند مثل فعالیت هایی که به عضلات صاف مربوط می شود مثل انقباض و انبساط ضربان قلب، عروق و ... را از طریق تمرین و تکرار چنین روش هایی تحت کنترل خود قرار داده و به هر سمت و سویی که بخواهد هدایت کند.

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

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

منابع

- سجادی نژاد، مرضیه سادات؛ محمدی، نور...؛ اشجع زاده، ناهید. (۱۳۸۶). ارزیابی شاخص های روانسنجی پرسشنامه ناتوانی ناشی از سردرد در بیماران مبتلا به سردرد، مجله دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد، سال نهم، شماره ۶۵-۶۲، ۱.
- جان بزرگی، مسعود. (۱۳۷۸). تنش زدایی در سردردهای میگرنی با بیوفیدبک. فصلنامه تازه های رواندرمانی، سال پنجم، شماره ۱۷ و ۱۸.
- رسول زاده طباطبایی، کاظم. (۱۳۷۵). بررسی ویژگیهای شخصیتی مبتلایان به میگرن و مقایسه تاثیر دارو درمانگری با روش آموزش تنش زدایی تدریجی همراه با پسخوراند زیستی در این بیماران. رساله دکتری چاپ شده. دانشگاه تربیت مدرس.
- کیقبادی، سیف اله و اسدی نوقایی، احمد علی. (۱۳۷۹). بررسی اثر تن آرامی بر دفعات، وقوع و شدت سردردهای میگرنی. مجله کومش، پائیز ۷۹ شماره ۲: ۵۰-۴۵.
- نجاریان، بهمن. (۱۳۷۶). سردرد میگرن. مجله بهداشت جهان. ۵۲-۵۴: شماره ۱۱.
- Achenbac, K. (2004). effect of Guided imagery (mental imagery). journal of oncology nursing forum vole 35, issue,pp,123-133.
- Astin, JA. (2004). Mind-body therapies for the management of pain". Clin Pain Jan-Feb; 20(1): 27-32.
- Baron, P, Stewart, J, Tepper, MD. (2010). Biofeedback for Migraine and Tension-Type Headache. Published in Journal Watch Neurology February, 23.
- Blanchard, E.B. & Andrasik, F. (1985). Management of chronic headache: A psychological approach. oxford, pergamon press.
- Blanchard, E.B. (1987). Long-term effects of behavioral treatment of chronic headache. Behavioral ;18:375-85.
- Davis, P.A, Holm, J.E, Myers, T. C., & Suada, K.T. (1998). Stress, headache, and physiological disregulation: A time-series analysis of stress in the laboratory. Headache, 38, 116-121.
- Devineni, T., & Blanchard, E.B. (2005). A randomized controlled trial of an internet-based treatment for chronic headache. Behaviour Research and Therapy, 43(3), 277-292.
- Eun-young, Bo & chang, I. (2006). The efface of visual feedback plus entail practice on three patients with breast cancer(woman). Clinical Rehabilitation., vole,20-no.5,388-397
- Gauthier, J.G., Ivers, H., & Carrier, S. (1996). Nonpharmacological approaches in the management of recurrent headache disorders and their comparison and combination with pharmacotherapy. Clinical Psychology Review, 16, 543-571.
- Holroyd.k.A, & Blanchard, E. (2007). Pharmacological versus Non pharmacological prophylaxis of Recurrent Migraine headache, A meta-analysis review clinical trials "pain".,42(2),p15.
- Ilaque, GE. (1994). Migraine headaches: coping efficacy of Guided imagery therapy. Headaches Feb 34(2),99-102.
- Jacobson, G.P, Ramadan, N.M., Aggarwal, S.K., & Newman, C.W. (1994). The Henry Ford Hospital Headache Disability Inventory (HDI). Neurology, 44, 837-842.

- Kasper, DL., & Harrison, S. (2005). *Principle of internal medicine*. New York: Mcgraw-Hill publishing
- Mannix, LK., Chandurkar, RS., Rybicki, LA., Tusek, DL., & Solomon, GD., (1999). Effect of guided imagery on quality of life for patients with chronic tension-type headache" *Headache*. May;39(5): 326-34.
- Mary J.K (2010). *The Power of Guided Imagery*. journal of Mandala ,Spring :p:6
- Menzies, V., (2006). The effect of . Guided imagery on outcome of pain, functional status, and self-efficacy in persons diagnosed with fibro my logia. *Journal of alternative & complementary medicin*12, 23-30.
- Morillo, LE., Alarcon, F., Aranaga, N., & Aulet S. & Chapman, E. & Conterno, L. (2005). Prevalence of Migraine in Latin merican. *journal of Headache*: Feb: 45(2):106-117
- Mullally, WJ., Hall, K., & Goldstein, R., (2009). Efficacy of biofeedback in the treatment of Migraine and Tension Headache .pain physician Jan: 13(1): 94-96.
- Nash, J.M., Park, E.R., Walker, B., Gordon, N., & Nicholson, R.A. (2005). Cognitive-behavioral group treatment for disabling headache. *Pain Medicine*, 5, 178-186.
- Olesen, j .(2004). The migraine. In: Kesoleson PT. *The headaches*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins:338-457.
- Ornish, d. (2005). can lifestyle changes reverse coronary heart disease? *Journal of the American Medical Assciation*, 29, 37-40
- Papedelia, C., Kourtidour, C., papedelia, P., pangiotis, B., & Albani, M.,(2007). The effects of imagery traning on cognitive performance and use of physiological measures as a assessment tool of mental effect. 59(1), 725-742.
- Penzien, D. B., Andrasik, F., Freidenberg, B. M., Houle, T. T., Lake, A. E., Lipchick, G. L., Holroyd, K. A., Lipton, R. B., McCrory, D. C., Nash, J. M., Nicholson, R. A., Powers, S. W., Rains, J. C., & Wittrock, D. A. (2005). Guidelines for trails of behavioral treatments for recurrent headache, (1st. ed.). American Headache Society behavioral clinical trials workgroup. *Headache*, 45 (Supl 2), S110- S132..
- Rabins JC, Penzien DB, McCrory DC, Gray RN(2005). Behavioral headache treatment: history, review of the empirical literature, and methodological critique. *journal of Headache*;45:92-109
- Reid G.J., Grath M.c. (1996). Psychological treatments for migraine: *journal of Biomedecine & Pharmacotherapy* Volume 50, Issue 2, Pages 58-63
- Rowland (2005), merritt's text book of neurology, 11th edition. lippincott; P. 807-819.
- Solomon, G. D., & Dahlof, G. H. (2000). Impact of headache on the individual sufferer. In: J. Olesen, P. Tfelt- Hansen, & K. M. A. Welch (Eds.), *The headaches*. Philadelphia: Lippincott Wilkins.
- VanTilburg, M., Palsson, OS., Turner, MJ., Chitkara, DK., Ulshen, M., & Whitehead, WE. (2007). Self administered guided imagery used at home is an effective treatment for functional abdominal pain in children: *Gastroenterol*; 132:P56.