

SID



سرویس های ویژه



سرویس ترجمه تخصصی



کارگاه های آموزشی



بلاگ مرکز اطلاعات علمی



سامانه ویراستاری STES



فیلم های آموزشی

کارگاه های آموزشی مرکز اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی

کارگاه آنلاین
بررسی مقابله ای متون (مقدماتی)

کارگاه آنلاین
پروپوزال نویسی و پایان نامه نویسی

کارگاه آنلاین آشنایی با پایگاه های اطلاعات علمی بین المللی و ترند های جستجو

بسته مداخله روانی اجتماعی برای بهبود سردردهای میگرنی

مریم شاهنده^۱، مجید صفاری نیا^۲

سردرد یکی از شایع‌ترین شکایات پزشکی و اختلال عصبی ناتوان کننده می‌باشد (وانگ، وانگ و فو، ۲۰۱۲). از میان علل سردرد، میگرن شایع‌ترین نوع سردرد مزمن می‌باشد که بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت (WHO) رتبه نوزدهم را در بین اختلالات ناتوان کننده دارد، زیرا ۸۷ درصد افراد مبتلا به میگرن به درجه‌ای از ناتوانی دچارند (هولروید، کاترل و دونالد، ۲۰۱۰). حملات دوره‌ای میگرن سبب اختلال عملکرد بیمار از جمله غیبت‌های طولانی مدت از محل کار و تحصیل، تاثیر بر خلق و خو و به تبع روابط فرد با اطرافیان و عدم تمرکز و امتناع از هرگونه فعالیت شخصی و اجتماعی شده است (آی دمیر، اوزکارا و اونسال و کنیلی، ۲۰۱۱). بر اساس مطالعه فرناندز-دلاس-پیناس، هرداندز-باررا، کاراسکو-گاریدو و همکاران (۲۰۱۰) عوامل اجتماعی - جمعیت شناختی در کنار سبک زندگی و دیگر شرایط منفی نقش مهمی در پیدایش میگرن و تداوم آن دارند و چالش‌هایی بر سر راه مداخله و درمان آن فراهم می‌کنند.

اگرچه داروهای موثری برای درمان میگرن معرفی شده است ولی عوارض جانبی داروها، عدم تحمل دارویی، عدم پاسخ یا پاسخ ناکافی به درمان دارویی و هزینه‌های بالای تهیه دارو موجب شده است تا مبتلایان به سردردهای میگرنی در حال حاضر از درمان پروفیلاکتیک رضایت بخشی برای سردردهای خود برخوردار نباشند و درمان دارویی را متوقف کنند. در مواجهه با چنین محدودیت‌هایی بیماران و درمانگران در پی درمان‌های جایگزین می‌روند. از آنجایی که روی‌آورد‌های روانشناختی و روانی فیزیولوژیکی می‌توانند به مدیریت درد مزمن کمک کنند (آستین، ۲۰۰۴)، به شکل‌گیری و کاربرد رفتاردرمانی‌ها و درمان‌های شناختی-رفتاری معاصر برای سردرد منجر شده‌اند (پنزن، آندراسیک و فریدنبرگ، ۲۰۰۵). درمان‌های رفتاری به خوبی برای درمان افرادی که از سردرد رنج می‌برند مناسب هستند. هدف بلندمدت درمان‌های رفتاری شامل کاهش فراوانی و شدت سردرد، کاهش ناتوانی ناشی از سردرد و درماندگی عاطفی، تحمل‌ناپذیری و افزایش کنترل فرد نسبت به سردرد است. هدف کوتاه مدت مداخلات رفتاری هدف گذاری بر روی عوامل خطر قابل اصلاح و تعدیل میگرن است. این نوع درمان می‌تواند به صورت فردی یا گروهی، در محیط‌های درمانی یا محدود، حتی بدون ارتباط چهره به چهره درمانگر با درمانجو اجرا شود. هولروید، پنزن و رینز، لپیچیک و بووس (۲۰۰۸) درمان‌های رفتاری را در سه گروه کلی دسته بندی کردند: آموزش پسخوراندزیستی (bio feed

۱- استادیار گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور shahandehmrm@gmail.com

۲- دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور دانشگاه پیام نور مرکز تهران، m.saffarinia@yahoo.com

سومین کنگره ملی روان‌شناسی اجتماعی ایران

تهران- ۲۷ و ۲۸ اردیبهشت ۱۳۹۵

(back)، آموزش آرامی (relaxation) از جمله روش‌های تصویرسازی ذهنی و آموزش شناختی رفتاری مانند، آموزش مدیریت استرس (stress management) و خودمدیریتی (self-management).

از جمله درمان‌های خودمدیریتی ترکیبی می‌توان به درمان مدیریت رفتاری میگرن (هولروید، کاترل و والر، ۲۰۰۰)، که ترکیبی از روش‌های دارویی، زیستی-شناختی و رفتاری در یک مجموعه می‌باشد، نام برد که ضمن ارائه دانش خاص میگرن، تمامی روش‌های درمانی روانشناختی و اطلاعات دارویی به بیماران داده می‌شود (سینک و هولروید، ۲۰۱۰). برومبرگ و وود و بلک (۲۰۱۲) نیز درمان ترکیبی را در چندگام معرفی کرده‌اند و اجزای مقابله عاطفی که شامل؛ ارائه اطلاعات پزشکی، مهارت‌های خودمدیریتی، مقابله عاطفی و مهارت‌های ارتباطی می‌باشد، را به آن افزوده‌اند.

با توجه به اینکه تحقیقات عوامل متعددی را برای بروز و شدت سردردهای میگرنی معرفی کرده‌اند و درمان‌های رایج به تنهایی پاسخ‌گوی نیاز بیماران در پیشگیری از شروع حملات میگرن نیست، (داهلوف، لودر، دیاموند و راپنوو، ۲۰۰۷). لذا نیاز به طراحی روش‌هایی برای مدیریت طیف وسیع‌تری از عوامل ایجادکننده حملات میگرنی قبل از شروع حمله مورد توجه قرار می‌گیرد که با نقش فعال بیمار، با اجرای روش‌های غیردارویی روانشناختی مطمئن و اثربخش با صرفه‌جویی اقتصادی و زمان و عوارض جانبی کم‌تر به منظور کاهش بروز، شدت و مدت حملات سردرد کمک نماید. از آنجایی که اثربخشی درمان‌های رفتاری (آموزش آرامش عضلانی، پس‌خوراند زیستی و درمان شناختی رفتاری) برای مدیریت سردرد میگرنی ارزش قابل توجهی داشته است (آندراسیک، ۲۰۰۴)، می‌توان انتظار داشت که امیدوارکننده‌ترین نتایج را زمانی که این تکنیک‌ها به صورت ترکیبی به کار برده شوند، بدست می‌آید. بنابراین در پژوهش حاضر، مداخله روانی اجتماعی میگرن ضمن ایجاد تغییراتی در پروتکل درمانی هولروید و همکاران (۲۰۰۰) و مدل خودنظارتی برومبرگ و همکاران (۲۰۱۲) و با تاکید بر عوامل روانشناختی و اجتماعی با این هدف تدوین گردیده است که می‌توان با داشتن آگاهی و درک عوامل خطر مربوط به بیماری که عاملی مهم در پذیرش رفتار سلامتی است، به فرد و خانواده‌ها در مورد سلامت روانشناختی و شیوه‌ی زندگی سالم برای ارتقاء سطح سلامتی و احساس خوب بودن و نقش عوامل اقتصادی-اجتماعی در کیفیت و رضایت از زندگی، با شناسایی عوامل مرتبط با شدت و تکرار حملات میگرن را آموزش داد تا زمینه مساعدی برای برنامه‌ریزی مناسب جهت تعدیل و کنترل عوامل محرک میگرن فراهم آورد.

روش

شرکت کنندگان و طرح پژوهش

این مطالعه از نوع نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیمارانی که به درمانگاه‌های تخصصی مغز و اعصاب شهر اهواز مراجعه کردند. افراد نمونه به شیوه نمونه‌گیری دردسترس از بین مراجعه‌کنندگان با شکایت سردرد انتخاب و پس از معاینه بالینی توسط

سومین کنگره ملی روان‌شناسی اجتماعی ایران

تهران- ۲۷ و ۲۸ اردیبهشت ۱۳۹۵

پزشک متخصص مغز و اعصاب، بیمارانی که مبتلا به میگرن بودند، ۴۰ نفر جهت ورود به مطالعه انتخاب شدند و سپس با روش نمونه گیری تصادفی ساده در گروه مداخله روانی اجتماعی (۲۰ نفر) و گروه گواه (۲۰ نفر) قرار گرفتند. میانگین سنی شرکت کنندگان پژوهش ۱۷/۳۱ سال بود که ۷۲ درصد زن و ۵۲ درصد متاهل بودند. معیار ورود به مطالعه شامل تمایل بیمار جهت شرکت در پژوهش، داشتن میگرن بر مبنای معیار انجمن بین المللی سردرد با تشخیص پزشک متخصص مغز و اعصاب، محدوده سنی ۲۰ تا ۵۰ سال و سطح تحصیلات دیپلم و بالاتر بود و معیارهای خروج افراد، شامل ابتلا به انواع سردردهای تنشی بیماری‌های شناخته شده مثل آسم، هیپرتروئیدیسم، هایپرتانسیون، بیماری‌های قلبی، گوارشی حاد، سابقه تروما به سر، عمل جراحی در ۶ ماه گذشته، بیماری‌های مزمن بدخیم مانند سرطان و بیماری‌هایی که استرس شدید جسمی و روحی به بیماران وارد می‌کند. عدم استفاده از داروی پروپرانولول که در درمان میگرن مورد استفاده قرار می‌گیرد.

ابزار

در این پژوهش برای جمع آوری داده‌ها در مراحل پیش آزمون، پس آزمون از چک لیست ثبت نشانه‌های سردرد (تعداد سردردها در یک ماه، مدت زمان یک حمله میگرن به روز و شدت ادراک درد بر حسب مقیاس Visual analogue scale در ابعاد خفیف با نمره ۱ تا بسیار شدید با نمره ۱۰ استفاده شد. داده‌ها با نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۷ تجزیه و تحلیل شد. برای مقایسه تعداد و شدت حملات میگرن پیش آزمون و پس آزمون گروه مداخله و گواه از آزمون تحلیل کواریانس استفاده گردید. سطح معنی داری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

شیوه گردآوری داده ها

گروه مداخله در هشت جلسه درمانی ۶۰ دقیقه‌ای شرکت نمودند. مداخله روانی اجتماعی (شاهنده، ۱۳۹۳)، اشاره به ساختار مدیریت رفتاری دارد که روابط بالینی را بوسیله‌ی آموزش مدیریت چندگانه مهارت‌های میگرن و سازگار کردن درمان با پیشرفت بیمار، ترجیح و خواست او و خصیصه‌های بیماریش به حداکثر می‌رساند. این روش با تنش زدایی، مدیریت استرس و سایر مداخلات رفتاری برای آموزش مهارت‌هایی به منظور تنظیم پاسخ‌های زیستی، روانی و اجتماعی جهت پیشگیری، قطع یا مقابله با حملات میگرن فراهم می‌کند. جهت گیری درمان شامل بررسی سبب شناسی میگرن و چگونگی کسب مهارت‌های مدیریت بر حملات میگرن، آموزش آرام سازی شامل آرام سازی پیشرونده عضلات، تصویرسازی ذهنی و مدیریت درد، مدیریت استرس شامل آموزش اصول مدیریت استرس و به چالش کشیدن باورهای استرس زا و طرح مدیریت میگرن شامل مدیریت کوتاه مدت و بلند مدت برای هر بیمار است. جلسات درمان به شرح زیر است:

سومین کنگره ملی روان‌شناسی اجتماعی ایران

تهران- ۲۷ و ۲۸ اردیبهشت ۱۳۹۵

جلسه اول، پس از معارفه، ارائه پاتوفیزیولوژی میگرن و تاریخچه‌پروش‌های پیشگیرانه دارویی و درمان‌های پزشکی موجود؛ کاربرد درمان‌های روانشناختی و نقش آن در کاهش سردرد و آشنایی گروه با برانگیزاننده‌های درد، ضمن معرفی نقش آنها در بروز، شدت و ادامه سردردها. جلسه دوم؛ آشنایی با الگوها و فاکتورهای موثر در سردرد و چگونگی تاثیر آنها بر حملات میگرن و معرفی علائم هشدار دهنده شروع حملات میگرن و تمرکز بر آموزش استراتژی‌های مدیریت حذف برانگیزاننده‌ها. جلسه سوم، معرفی تکنیک‌های تنش زدایی مانند تنفس عمیق؛ تنش زدایی هفت ماهیچه‌ای. جلسه چهارم؛ معرفی نقش استرس و روش‌های شناسایی موقعیت‌های استرس‌زا و معرفی مدیریت استرس شناختی رفتاری و حل مساله، راهبردهای مقابله عاطفی (شامل کاهش اضطراب مربوط به میگرن و مدیریت تفکر منفی). جلسه پنجم؛ نقش کنترل زمان در امور روزانه و ارائه راهکارهایی برای مدیریت زمانی فعالیت‌های اجتماعی و نقش حمایت اجتماعی و بررسی ناتوانی‌های اجتماعی، عاطفی و کارکردی ناشی از سردرد. جلسه ششم؛ بررسی موقعیت‌های اجتماعی منجر به خشم و آموزش تکنیک‌های مدیریت خشم و تکنیک‌های اعتماد به نفس، معرفی تکنیک‌های تنش زدایی به روش بنسون و تصویرسازی هدایت شده. جلسه هفتم: بررسی مفاهیم سلامت اجتماعی، نفوذ اجتماعی، همبستگی اجتماعی، روابط بین فردی و افزایش حمایت اجتماعی و تغییر منبع کنترل مرتبط با سردرد. جلسه هشتم: طراحی مدیریت میگرن توسط هر فرد بر اساس ترجیحات، مشاهدات و فعالیت‌های موثری که در طی درمان داشته‌اند. پس از اتمام جلسات درمانی برای گروه مداخله و گواه، پس از آزمون اجرا شد.

یافته‌ها

یافته‌ها نشان داد که میانگین و انحراف معیار تعداد، شدت و مدت سردردها پس از درمان در گروه مداخله نسبت به گروه گواه کاهش یافته است (جدول ۱). به منظور مقایسه تغییرات در تعداد، شدت و مدت حملات میگرن بیماران گروه مداخله و گواه از تحلیل کوواریانس یک راهه با تعدیل پیش آزمون استفاده شد. این تغییرات از نظر آماری معنی دار بوده است (جدول ۲).

جدول ۱. مقایسه تغییرات در تعداد، شدت و مدت حملات میگرن، قبل و بعد از مداخله روانی اجتماعی با گروه گواه

متغیر	میانگین و انحراف معیار قبل از مداخله	میانگین و انحراف معیار بعد از مداخله	میانگین و انحراف معیار گواه
تعداد سردرد در ماه	۷/۵۰ ± ۴/۳۴	۵/۳۵ ± ۳/۷۱	۶/۷۵ ± ۵/۴۷
شدت سردرد	۷/۲۵ ± ۳/۳۵	۵/۱۵ ± ۱/۳۸	۶/۵۵ ± ۲/۳۲
طول مدت هر نوبت	۲۱/۰۵ ± ۲۰/۷۷	۹/۹۵ ± ۱۰/۹۶	۲۱/۷۵ ± ۱۸/۳۳

سومین کنگره ملی روان‌شناسی اجتماعی ایران

تهران - ۲۷ و ۲۸ اردیبهشت ۱۳۹۵

جدول ۲. خلاصه نتایج تحلیل کواریانس یک راهه مقایسه میانگین پس آزمون بیماران گروه مداخله و گواه با تعدیل پیش آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجذور ایتا	مجذور همبستگی
تعداد	پیش آزمون	۴۸۳۹۹/۵۳	۱	۴۸۳۹۹/۵۳	۴۶/۷۸	۰/۰۰۰۱	۰/۵۵۸	۰/۶۲۰
	گروه	۱۲۹۸/۴۲	۱	۱۲۹۸/۴۲	۱۲/۵۵	۰/۰۰۰۱	۰/۲۵۳	
شدت	پیش آزمون	۱۱۶/۲۳	۱	۱۱۶/۲۳	۱۸۴/۸۷	۰/۰۰۰۱	۰/۸۳۳	۰/۸۵۴
	گروه	۳۸/۲۵	۱	۳۸/۲۵	۶۰/۸۵	۰/۰۰۰۱	۰/۶۲۲	
مدت	پیش آزمون	۴۵۲/۵۴	۱	۴۵۲/۵۴	۱۱۰۷/۷۴	۰/۰۰۰۱	۰/۷۶۱	۰/۷۶۴
	گروه	۱۵/۰۹	۱	۱۵/۰۹	۳/۹۳	۰/۰۵	۰/۱	

پس از تعدیل پیش آزمون، بین گروه مداخله و گواه در تعداد، شدت و مدت سردردها تفاوت معنی‌داری مشاهده شد. ۵۶ درصد تفاوت‌های فردی در تعداد سردردها مربوط به تاثیر درمان روانی اجتماعی می‌باشد و این تاثیر در شدت سردردها، ۸۳ درصد و در مدت سردردهای میگرنی ۷۶ درصد بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که میانگین تعدیل شده تعداد، شدت و مدت سردردهای میگرنی پس از مداخله نسبت به گروه گواه کاهش معنی‌داری داشته و تاثیر مداخله بر بیماران در این شاخص‌ها بیش از ۵۰ درصد بوده است. مطالعات متعددی بر اساس تاثیر بکارگیری الگوهای درمان روانشناختی بر روی حملات میگرن بیماران مختلف انجام شده است. نتایج حاضر با یافته‌های برومبرگ و همکاران (۲۰۱۲) و سینگ و هولروید (۲۰۱۰)، درخصوص اثربخشی مدل مدیریت رفتاری بر درمان میگرن در مقایسه با سایر روش‌های درمانی از این نظر که در جنبه‌های شناختی و عاطفی مدیریت سردرد بهبود ایجاد می‌کند، میانجی‌های پریشانی‌های روانشناختی همچون منبع کنترل درونی و مهارت‌های مقابله را بهبود می‌بخشد و با گانتمین، افرا و بنین (۲۰۱۲) و بووس و اندراسیک (۲۰۰۹) در خصوص ارائه درمان‌های ترکیبی با زمینه اجتماعی که ارتباط بین افزایش خودکارآمدی و افزایش استفاده از استراتژی‌های مقابله روانی برای اجتناب و مدیریت دوره‌های سردرد و کاهش اضطراب را بیان میکنند، همخوانی دارد.

نتایج حاصل که به تبع ماهیت ساختار مداخله می‌باشد، هم برای متخصصان و هم برای بیماران به چندین دلیل حائز اهمیت است: کسب حس کنترل با کاهش تاثیر احساسات منفی به عنوان یک عامل کلیدی در کمک به بیماران مبتلا به میگرن عمل می‌کند و به تبع آن اضطراب، افسردگی و استرس کاهش می‌یابد، همچنین با کاهش استرس و اضطراب که خود از علل سبب ساز سردردهای میگرن می‌باشند، تعداد و شدت حملات نیز کاهش می‌یابد. دوم، مدیریت شناخت منفی یعنی تغییر تلقی حملات از فاجعه‌ه چالش قابل کنترل، سوم، مداخله مدل‌های انگیزشی خودمدیریتی درد و خودکارآمدی را که

نقش مهمی در فعال سازی مدیریت رفتاری درد و اصلاح بیماری دارند را دربردارد. این مداخله روانی اجتماعی با هدف اجتناب و کنترل علائم و مدیریت پیشگیرانه، به این دلیل که موجب تعهد بیمار به خودمدیریتی سردرد می‌شود، اثرات بیماری را به طور قابل توجهی تعدیل می‌کند. چهارم، علاقمندی بیماران به فعال بودن در درمان کمک می‌کند تا بیمار مهارت‌های حل‌مساله، افزایش احساس خودکارآمدی را در خود توسعه داده و بیاموزد چگونه دانش و مهارت‌های کسب شده را در موقعیت‌های زندگی بکار گیرد (برومبرگ و همکاران، ۲۰۱۲). پنجم، بیمار با آشنایی با محرک‌های شایع و علائم می‌گرن می‌تواند یاد بگیرد که چگونه علائم هشدار دهنده - که قبلاً به آنها بی توجه بوده است - را خیلی سریع شناسایی و اقدام موثری برای پیشگیری یا مدیریت آنها اعمال کند و با استفاده از مهارت‌های کسب شده در مداخله روانی اجتماعی، آن علائم را مهار نماید (هولروید و همکاران، ۲۰۰۸). لذا ساختار مداخله به گونه‌ای است که با ایجاد انسجام و حمایت رفتاری به بیمار کمک می‌کند تا با مهارت‌های حل مساله و خودکارآمدی، با استفاده از استراتژی‌های مدیریت علائم مثبت‌شرایط موجود را بهتر و موثرتر مدیریت کرده و از پیشرفت بیماری جلوگیری نموده و پایبندی بیشتری در برنامه‌های درمان از خود نشان دهند. این پیشرفت در توانایی‌های بیماران برای مدیریت علائم سردرد و بهبود حملات سردرد از نظر تعداد، مدت و شدت سردردها، حاکی از موفقیت مداخله روانی اجتماعی است.

منابع

- شاهنده، مریم، مقایسه اثربخشی درمان روانی اجتماعی به شیوه گروهی و بازخورد زیستی در کاهش سردردهای میگرنی، ارتقاء سلامت اجتماعی، خودکارآمدی سردرد، کیفیت زندگی و کاهش ناتوانی‌های ناشی از سردرد در بیماران میگرنی. پایان نامه دکترای روانشناسی مرکز تحصیلات تکمیلی دانشگاه پیام نور به راهنمایی دکتر مجید صفاری نیا. تهران.
- Andrasik F. (2004). Behavioral Treatment of Migraine: Current Status and Future Directions, *Journal of Expert Rev Neurotherapy*, 4(3): 403-413 .
- Astin, J. A. (2004). Mind-body therapies for the management of pain. *Clin J Pain*, 20(1): 27-32 .
- Aydemir N, Ozkara C, Unsal P, Canbeyli R (2011) A comparative study of health related quality of life, psychological well-being, impact of illness and stigma in epilepsy and migraine. *Seizure*, 20(9): 679-85 .
- Bromberg, J. Wood, M. E. Black, R. A. Surette, D. A. Zacharoff, K. L. (2012). A Randomized Trial of a Web-based Intervention to Improve Migraine Self-Management and Coping. *Headache*, 52(2), 244-261 .
- Buse, D. C. , Andrasik, F. (2009). Behavioral Medicine for Migraine. *Neurological Clinik*, 27, 45-465 .
- Dahlöf, C. Loder, E. Diamond, M. Rupnow, M. (2007). The impact of migraine prevention on daily activities: a longitudinal and responder analysis from three topiramate placebo-controlled clinical trials. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5 (1);56: 1-10 .
- Fernandez-de-Las-Penas, C. , Hernandez-Barrera, V. , Carrasco-Garrido, P. , Alonso-Blanco, C. , Palacios-Cena, D. , Jimenez-Sanchez, S. (2010). Population-based study of migraine in Spanish adults: relation to socio-demographic factors, lifestyle and co-morbidity with other conditions. *Journal of Headache Pain*, 11(2): 97-104 .
- Gantenbein, A. R. , Afra, J. Jenni, W. Sa´ndor, P. S. (2012). Complementary and alternative treatments for migraine. *Techniques in Regional an Esthesia and Pain Management*, 16: 76-81 .
- Holroyd, K. A. , Cottrell, C. K. , O'Donnell, F. J. , Cordingley, G. E. , Drew, J. B. , Carlson, B. W. , et al. (2010). Effect of preventive (beta blocker) treatment, behavioural migraine management, or their combination on outcomes of optimized acute treatment in frequent migraine: randomised controlled trial. *British Medical Journal*. Vol. 341. 4871 .
- Holroyd, K. A. Cottrell, C. K. , Waller, S. E. (2000). Behavior management for migraine headache. *Ohio University Headache Project* .

سومین کنگره ملی روان‌شناسی اجتماعی ایران

تهران - ۲۷ و ۲۸ اردیبهشت ۱۳۹۵

- Holroyd, K. , Penzien, D. , Rains, J. , Lipchik, G. , Buse, D. (2008). Behavioral management of headaches. In S. Silberstein, R. Lipton and D. Dodick (eds), Wolff's Headache and Other Head Pain. New York, NY: Oxford University Press. 721-746 .
- Penzin, D. B. , Andrasik, F. , Freidenberg, B. M. , Hoole, T. T. , Lake, A. F. , Lipchick, G. L. , Holroyd, K. A. , Lipton, R. B. , McGory, D. C. , Nash, J. M. , Nicholson, R. A. , Powers, S. W. , Wittrock, D. A. (2005). Guidelines for trials of behavioral treatments for recurrent headache (1st. ed). American headache society behavioral clinical trials work group. Headache. vol. 45. No. 2. 110-132 .
- Seng, E. K. Holroyd, K. A. (2010). Dynamics of Changes in Self-Efficacy and Locus of Control Expectancies in the Behavioral and Drug Treatment of Severe Migraine. Annual behavior Medicine, 40: 235-247 .
- Wang, P. J. , Wang, J. L. , Fuh, K. P. , Kwong, N. (2012). Comparisons of disability, quality of life and resource use between chronic and episodic migraineurs: A clinic-based study in Taiwan. Cephalalgia, 33(3): 171-181 .

SID



سرویس های ویژه



سرویس ترجمه تخصصی



کارگاه های آموزشی



بلاگ مرکز اطلاعات علمی



سامانه ویراستاری STES



فیلم های آموزشی

کارگاه های آموزشی مرکز اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی



نوبت آتی
بررسی مقاله ای متون (مقدماتی)

کارگاه آنلاین
بررسی مقابله ای متون (مقدماتی)



PROPOSAL
پروپوزال

نوبت آتی
پروپوزال نویسی و پایان نامه نویسی

کارگاه آنلاین
پروپوزال نویسی و پایان نامه نویسی



نوبت آتی
آشنایی با پایگاه های اطلاعات علمی بین المللی و ترند های جستجو

کارگاه آنلاین آشنایی با پایگاه های اطلاعات علمی بین المللی و ترند های جستجو