

## اثربخشی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر حساسیت اضطرابی و خودشناسی انسجामी در زنان مبتلا به سردردهای تنشی مراجعه‌کننده به بخش اعصاب و روان بیمارستان میلاد

سحر حیاتلو<sup>۱\*</sup>، آزاده رضایتی‌زاده<sup>۲</sup>

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۸/۱ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۷/۴

### خلاصه

**مقدمه:** سردرد تنشی نوعی سردرد شایع است که با درد دوطرفه غیرضربان‌دار، درد خفیف یا متوسط که بتواند مانع فعالیت‌های شخصی شود، مشخص می‌شود. این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر حساسیت اضطرابی و خودشناسی انسجामी زنان مبتلا به سردرد تنشی انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه گواه با پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری، تمامی زنان مبتلا به سردرد تنشی مراجعه‌کننده به بخش اعصاب و روان بیمارستان میلاد تهران در سال ۱۳۹۸ بودند. با نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۳۰ نفر انتخاب و در گروه‌های آزمایش و گواه قرار گرفتند و پرسشنامه‌های حساسیت اضطرابی و خودشناسی انسجामी را تکمیل کردند. در گروه آزمایش، درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی در ۸ جلسه (هفته‌ای ۱ جلسه ۱/۵ ساعته) اجرا گردید. پس از پایان درمان از گروه‌ها پس‌آزمون گرفته شد. داده‌ها با روش واریانس با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** میانگین نمره خودشناسی انسجामी و ابعاد آن در گروه آزمایش پس از انجام مداخله نسبت به گروه گواه به طور معنی‌داری بهبود یافت ( $p=0/005$ ). کیفیت زندگی بر کاهش حساسیت اضطرابی و ابعاد آن در آزمودنی‌های گروه مداخله بر خلاف گروه گواه سودمند بود ( $p=0/001$ ). تأثیرات این برنامه بر متغیرهای وابسته در دوره پیگیری نیز تداوم داشت ( $p=0/001$ ).

**نتیجه‌گیری:** بر اساس نتایج پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که برنامه کیفیت زندگی با بهبود خودشناسی و مهار حساسیت اضطرابی در مبتلایان به سردرد تنشی همراه است. استفاده از این برنامه برای مبتلایان به سردرد پیشنهاد می‌شود.

**واژه‌های کلیدی:** درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، حساسیت اضطرابی، خودشناسی انسجामी، سردرد تنشی

۱- دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران.

پست الکترونیکی: hayatlo.sahar.2020@gmail.com، تلفن: ۰۹۳۰۲۴۹۷۱۰۹

۲- دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران.

## مقدمه

سردرد تنشی (Tension headaches) به‌عنوان شایع‌ترین سردردی که درمان آن دشوار است، با درد دوطرفه غیر ضربانی (فشار یا سفتی، درد کُند، شبیه بانداژ یا کلاه)، درد خفیف یا متوسط که بتواند مانع فعالیت‌های روزانه شود، تعریف می‌شود [۱]. سردرد در ۸۰٪ مبتلایان به سردرد تنشی باعث اختلال در فعالیت طبیعی زندگی می‌شود، به طوری که در ۶۰٪ آن‌ها توانایی کار کردن یا فعالیت‌های دیگر کاهش می‌یابد [۲]. طبق بررسی‌های انجام شده در ایران شایع‌ترین علت مراجعه بیماران به درمانگاه اعصاب و روان، سردرد تنشی است که این وضعیت، سردرد را به هدفی بزرگ برای مداخلات سلامتی تبدیل کرده است [۳].

در چند سال اخیر پژوهش‌ها نشان داده‌اند که حساسیت اضطرابی (Anxiety sensitivity) نقش اساسی در علت شناسی بیماری‌های روان-تنی به خصوص سردرد ایفا می‌کند [۴]. حساسیت اضطرابی نشان‌دهنده میل به تفسیر پیامدهای جسمانی، روان‌شناختی و اجتماعی تجارب اضطرابی به عنوان اموری آزاردهنده می‌باشد، که به صورت یک چرخه معیوب بین احساسات بدنی، ارزیابی‌ها و تعبیرهای منفی وجود دارد و به طور مداوم و پایدار فرد را در حالت گوش به زنگ نسبت به نشانه‌های بدنی مرتبط با اضطراب نگه می‌دارد [۵، ۴].

شواهد حاکی از آن است که در جمعیت‌های مختلف دارای بیماری‌های روان-تنی و مشکلات خلقی و اضطرابی، حساسیت اضطرابی بسیار شایع است. همچنین، مشخص شده است که سطوح بالای حساسیت اضطرابی با افزایش دفعات وقوع و تشدید حملات سردرد همراه می‌شود [۶]. از دیگر سو، به نظر می‌رسد که خودشناسی انسجامی (Integrative self-knowledge) با خودتنظیم‌گری مرتبط باشد و افرادی که از احساس انسجام روانی قوی برخوردارند در خودتنظیم‌گری زندگی خویش نیز موفق‌تر بوده و میزان کمتری از سردرد را ادراک و گزارش می‌کنند [۷]. خودشناسی انسجامی شامل توجه به تجربه‌هایی که در زمان حال تجربه می‌شوند و یادگیری از تجربه‌های گذشته است و با پیامدهای مثبت همچون مقابله کارآمد و بهزیستی روانی در جمعیت‌های مختلف بالینی و غیر بالینی مرتبط است [۸، ۹].

کارایی درمان‌های دارویی در مبتلایان به سردرد تنشی در پژوهش‌های مختلف بررسی شده است [۱۰]، اما شیوع زیاد، عدم ایجاد پاسخ درمانی مناسب و افزایش مشکلات روانی-اجتماعی باعث جلب نظر متخصصان به سوی درمان‌های غیر دارویی شده است [۱۱]. به طور کلی، درمان شناختی-رفتاری مؤثرترین درمان برای کاهش درد و علائم مرتبط با آن در بیماران مزمن به شمار می‌رود اما این شیوه درمانی به ویژه زمانی مؤثر است که با داروهای ضدافسردگی همراه باشد [۱۳، ۱۲]. از جمله رویکردهایی که در سال‌های اخیر مورد توجه محققان و پژوهشگران قرار گرفته، درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی (Treatment based on quality of life) است که Frisch آن را با ترکیب رویکرد شناختی-رفتاری و روان‌شناسی مثبت‌نگر به همراه استفاده از تن‌آرامی و مراقبه ارائه نمود [۱۴].

درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی به لحاظ عملی به فنون شناختی-رفتاری وابسته است اما از نظر رویکرد، اتکای زیادی به روان‌شناسی مثبت‌نگر دارد. این برنامه، نوعی رویکرد کل‌نگر است که به سلامت روان در بافت زندگی روزمره اهمیت می‌دهد و سعی دارد تا تمامی ابعاد مرتبط با این عامل را در بافت زندگی اصلاح کند [۱۴، ۷]. درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی در تحقیقات زیادی استفاده شده است. به‌عنوان مثال، Reich و همکاران [۱۵] در پژوهشی نشان دادند که برنامه کیفیت زندگی بر افزایش تبعیت از رژیم درمانی و کاهش علائم اضطراب بیماران پوستی سودمند بوده است. یافته‌های Nady و همکاران [۱۶] نیز نشان داد این رویکرد مداخلاتی، بر بهبود علائم روان‌شناختی و کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان اثر مثبت داشته است. Yousfpoor و همکاران [۱۸] به این نتیجه رسیدند که مبتلایان به سوگ پیچیده با دریافت این شیوه مداخلاتی در میزان خشم و اضطراب بهبود نشان داده‌اند. شواهد تجربی در مورد تأثیر این روش مداخلاتی در جمعیت‌های مختلف و با مشکلات متفاوت روان‌شناختی روبه افزایش است [۱۹-۱۴]، اما بر اساس جستجوهای انجام شده، تاکنون پژوهش مستقیمی به بررسی اثربخشی این روش بر سازه‌های روان‌شناختی مبتلایان به سردرد تنشی نپرداخته است. بنابراین، با توجه به شیوع نسبتاً

شخصیت، عدم ابتلای به اختلالات سایکوتیک، اشتغال ذهنی یا افکار خودکشی (با توجه به اطلاعات مندرج در پرونده مراجعان و بنا به تشخیص متخصص اعصاب و روان مرکز)، تمایل به بهبودی بدون مصرف دارو و موافقت بیماران برای حضور در جلسات درمانی بود. معیارهای خروج از مطالعه، غیبت بیش از یک جلسه در جلسات درمانی و عدم تمایل بیماران به ادامه درمان تعیین شد.

گروه آزمایش تحت ۸ جلسه درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی به شیوه گروهی (هفته‌ای ۱ جلسه ۹۰ دقیقه-ای) در سالن برگزاری همایشات بیمارستان میلاد شهر تهران و توسط متخصص روان‌شناسی بالینی قرار گرفت. کیفیت زندگی درمانی با توجه به پروتکل Frisch [۱۴] اجرا شد. گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای را دریافت نکردند و در لیست انتظار قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش توسط آزمودنی‌ها تکمیل شد. یک نفر از محققین در زمان تکمیل پرسشنامه‌ها و اجرای مرحله پیش‌آزمون در مکان حاضر بوده و چنانچه آزمودنی در خصوص سؤالی ابهام داشت توسط وی توضیحات لازم ارائه می‌شد. به منظور پیشگیری از تبادل اطلاعات یا تورش توزیع اطلاعات (Diffusion bias) بین گروه‌های مورد پژوهش، به هر گروه به‌طور مجزا در خصوص اهداف پژوهش اطلاع داده شد و مراحل مختلف سنجش (پیش-پس‌آزمون) و مرحله پیگیری ۳ ماه بعد از آن انجام شد. محتوای جلسات درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی در جدول ۱ ارائه شده است.

در خصوص رعایت نکات اخلاقی از قبیل رازداری، محرمانه ماندن اطلاعات هویتی و تحلیل داده‌ها به آزمودنی‌ها اطمینان لازم داده شد. پس از اخذ موافقت و امضای رضایت‌نامه کتبی، پیش‌آزمون انجام شد و پس‌آزمون نیز در پایان مداخله انجام گرفت. آزمودنی‌ها پرسشنامه حساسیت اضطرابی تجدیدنظر شده و پرسشنامه خودشناسی انسجامی را قبل و بعد از برنامه مداخله‌ای و پس از توضیح دستورالعمل نحوه پاسخ‌دهی توسط پژوهشگر تکمیل نمودند.

پرسشنامه حساسیت اضطرابی (anxiety sensitivity questionnaire): این ابزار خودگزارشی در سال ۲۰۰۷ توسط Taylor و همکاران تدوین شد و دارای ۱۶ سؤال با ۳ زیرمقیاس ترس از نگرانی‌های بدنی (سطح جسمانی)، ترس از

بالای سردرد تنشی در بین زنان [۲]، و با توجه به تأثیرات منفی آن بر فعالیت‌های روزانه مبتلایان [۳، ۱]، مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر حساسیت اضطرابی و خودشناسی انسجامی در زنان مبتلا به سردردهای تنشی انجام شد.

## مواد و روش‌ها

این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و دوره پیگیری سه ماهه با گروه گواه انجام شد. تمامی زنان مبتلا به سردرد تنشی مراجعه‌کننده به بخش اعصاب و روان بیمارستان میلاد شهر تهران در سال ۱۳۹۸ جامعه آماری پژوهش را به تعداد ۱۲۱ نفر تشکیل دادند. از بین آن‌ها تعداد ۳۰ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس و طی ۲۶ روز (از تاریخ ۱۳۹۸/۵/۳ لغایت ۱۳۹۸/۵/۲۹) انتخاب در دو گروه آزمایش و گواه گمارش شدند. در این پژوهش جهت تعیین حجم نمونه علاوه بر معادله Fleiss از نرم‌افزار G\*Power استفاده شد. این نرم‌افزار نشان داد برای دستیابی به توان آماری ۰/۹۰ با اندازه اثر ۰/۸ در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ به ۱۵ آزمودنی در هر گروه نیاز است [۲۰]. همچنین بر اساس معادله مذکور  $\sigma = 1/61$  (انحراف‌معیار حساسیت اضطرابی در پس‌آزمون گروه آزمایش)،  $d^2 = 4/507$  (بازه اطمینان که میزان قابل اغماض بودن بالاتر یا پایین‌تر میانگین نمونه از میانگین جامعه را نشان می‌دهد)،  $\text{Power} = 0/90$  و  $\alpha = 0/05$  در نظر گرفته شد. بر اساس معادله، حجم نمونه برای هر گروه ۱۲/۰۷ بدست آمد. برای اطمینان، تعداد ۳۰ نفر آزمودنی انتخاب شد و به شیوه تصادفی‌سازی (پرتاب تاس) در دو گروه مساوی ۱۵ نفری قرار گرفتند، به این صورت که اعداد فرد برای گروه آزمایش و اعداد زوج برای گروه گواه در نظر گرفته شد.

$$n = \frac{2\sigma_d^2 (Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta})^2}{\delta^2}$$

معیارهای ورود به مطالعه: داشتن حداقل ۲۰ سال سن، داشتن سواد خواندن و نوشتن، معرفی‌نامه کتبی از متخصصین مغز و اعصاب در خصوص بیماری (سردرد تنشی)، عدم شرکت در سایر مداخلات روان‌شناختی یا روان‌پزشکی به‌صورت هم‌زمان، عدم تشخیص اختلال روانی حاد و اختلالات

عدم کنترل شناختی (سطح شناختی) و ترس از مشاهده شدن اضطراب توسط دیگران (سطح اجتماعی) است. نمره‌گذاری سؤالات در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (خیلی کم) = نمره صفر تا خیلی زیاد = نمره ۴) انجام می‌شود. درجه تجربه ترس از نشانه‌های اضطرابی با نمرات بالاتر مشخص می‌شود. دامنه نمرات اکتسابی بین صفر تا ۶۴ می‌باشد [۲۱]. سازندگان ابزار همسانی درونی این ابزار را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۱ و پایایی بازآزمایی آن را بعد از دو هفته ۰/۷۵ گزارش کرده‌اند [۲۱]. پایایی این ابزار در نمونه ایرانی توسط Kalantari و همکاران [۲۲] بر اساس سه روش همسانی درونی، بازآزمایی و تصنیفی محاسبه شد که برای کل پرسشنامه و زیرمقیاس‌های آن به ترتیب برابر با ۰/۹۳، ۰/۹۵، ۰/۸۹ و ۰/۹۷ محاسبه شده است. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۱ و سه زیرمقیاس به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۸۷ و ۰/۹۰ محاسبه شد.

پرسشنامه خودشناسی انسجامی (integrative self-knowledge questionnaire): این ابزار خودگزارشی در سال ۲۰۰۳ توسط Ghorbani و همکاران [۲۳] تدوین شده است و دارای ۱۲ سؤال با ۲ زیرمقیاس خودشناسی تأملی و خودشناسی تجربه‌ای است. نمره‌گذاری سؤالات در طیف

لیکرت ۵ درجه‌ای (عمدتاً نادرست = ۱ نمره تا عمدتاً درست = ۵ نمره) انجام می‌شود. سؤالات ۳، ۶ و ۹ به صورت مستقیم و بقیه سؤالات به صورت وارونه نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه نمرات اکتسابی بین ۱۲ تا ۶۰ می‌باشد و نمرات بالاتر به معنای خودشناسی بالاتر است. سازندگان ابزار در مطالعه خود بر روی سه نمونه ایرانی و سه نمونه آمریکایی، ضریب آلفای کرونباخ آن را در نمونه‌های اول، دوم و سوم ایرانی به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۸۱ و ۰/۸۱ و در نمونه‌های آمریکایی به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۷۸ و ۰/۷۴ گزارش کرده‌اند. اعتبار همگرا، ملاک افتراقی و افزایشی این پرسشنامه نیز در مطالعه آن‌ها تأیید شده است [۲۳]. Shariat و همکاران [۲۴] ضریب همسانی درونی این پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۸ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۲ و برای دو زیرمقیاس آن به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۹۱ محاسبه شد.

در این پژوهش برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۶ و روش‌های آماری توصیفی و آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های استفاده شد. سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

جدول ۱- خلاصه محتوای جلسات درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی Frisch [۱۴] در زنان مبتلا به سردرد تنشی مراجعه‌کننده به بیمارستان میلاد تهران در سال ۱۳۹۸

جلسات	محتوای جلسات
اول	برقراری ارتباط و معرفی اعضا، بیان قوانین گروه، اهداف و معرفی برنامه درمانی، اخذ تعهد از شرکت‌کنندگان جهت حضور در جلسات، معرفی و بحث پیرامون کیفیت زندگی، رضایت زندگی و هیجان‌ناث مثبت.
دوم	مروری بر بحث جلسه قبل، تعریف کیفیت زندگی درمانی، معرفی ابعاد کیفیت زندگی، معرفی حیطه‌های ۱۶ گانه زندگی که کیفیت کلی زندگی فرد را تشکیل می‌دهند، کشف موارد مشکل‌آفرین اعضا، خلاصه بحث و ارائه بازخورد.
سوم	مرور جلسه قبل، معرفی CASIO به عنوان پنج ریشه اصلی یعنی شرایط زندگی (Circumstances)، نگرش‌ها (Attitude)، استانداردهای فرد (Standard)، ارزش‌ها (Important) و رضایت کلی از زندگی (Overall Satisfaction)، شروع کردن با یکی از ابعاد، معرفی C به عنوان استراتژی اول و کاربرد آن در ابعاد ۱۶ گانه کیفیت زندگی.
چهارم	مرور جلسه قبل، معرفی CASIO، معرفی A به عنوان استراتژی دوم در ابعاد ۱۶ گانه کیفیت زندگی.
پنجم	مرور جلسه قبل، بحث پیرامون CASIO، معرفی S به عنوان استراتژی سوم جهت افزایش رضایت در زندگی، آموزش اصول کیفیت زندگی.
ششم	مرور جلسه قبل، بحث پیرامون اصول مربوط به کیفیت زندگی و معرفی I به عنوان استراتژی چهارم و کاربرد این اصل برای افزایش رضایت.
هفتم	مرور جلسه قبل، ادامه بحث درباره اصول، معرفی O به عنوان استراتژی پنجم.
هشتم	ارائه خلاصه‌ای از مطالب عنوان شده در جلسات قبل، جمع‌بندی و آموزش CASIO در شرایط مختلف زندگی و کاربرد اصول در ابعاد مختلف زندگی، کاربرد CASIO در حیطه‌های ۱۶ گانه زندگی.

یافته‌ها میانگین سنی آزمودنی‌ها در گروه آزمایش  $38/54 \pm 8/42$

و در گروه گواه  $10/21 \pm 39/88$  سال بود ( $p=0/316$ ). آزمون

هر یک از ابعاد آن کاهش یافته است در حالی که میانگین نمرات حساسیت اضطرابی در گروه گواه در مراحل مختلف سنجش تفاوت چشمگیری نداشت. شاخص‌های توصیفی خودشناسی انسجامی و ابعاد آن به تفکیک آزمودنی‌های دو گروه و در مراحل مختلف سنجش در جدول ۲ ارائه شده است.

مجدور کای نشان داد تفاوت معنی‌داری بین آزمودنی‌های دو گروه از نظر وضعیت تأهل ( $p=0/119$ )، سطح سواد ( $p=0/412$ )، وضعیت شغلی ( $p=0/379$ )، مدت ازدواج ( $p=0/097$ ) و داشتن فرزند ( $p=0/513$ ) وجود ندارد. نتایج نشان می‌دهد در گروه آزمایش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون میانگین نمره کل حساسیت اضطرابی و

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمرات حساسیت اضطرابی و خودشناسی انسجامی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در زنان مبتلا به سردرد تنشی مراجعه‌کننده به بیمارستان میلاد تهران در سال ۱۳۹۸ (تعداد در هر گروه=۱۵)

متغیر پژوهش	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
		انحراف معیار $\pm$ میانگین	انحراف معیار $\pm$ میانگین	انحراف معیار $\pm$ میانگین
ترس از نگرانی‌های بدنی	آزمایش	۳۱/۸۰ $\pm$ ۴/۷۵	۱۸/۸۰ $\pm$ ۲/۷۰	۱۸/۵۱ $\pm$ ۲/۱۸
	گواه	۳۳/۰۰ $\pm$ ۵/۱۶	۳۳/۲۰ $\pm$ ۵/۱۴	۳۳/۲۲ $\pm$ ۴/۷۶
ترس از عدم کنترل شناختی	آزمایش	۱۶/۴۶ $\pm$ ۲/۸۷	۱۲/۴۰ $\pm$ ۱/۶۸	۱۱/۳۳ $\pm$ ۲/۱۹
	گواه	۱۷/۶۰ $\pm$ ۲/۸۴	۱۸/۵۳ $\pm$ ۲/۲۹	۱۸/۶۰ $\pm$ ۳/۱۴
ترس از مشاهده شدن اضطراب	آزمایش	۲۲/۴۰ $\pm$ ۵/۲۶	۱۶/۱۳ $\pm$ ۳/۷۳	۱۵/۱۷ $\pm$ ۲/۲۶
توسط دیگران	گواه	۲۳/۵۳ $\pm$ ۴/۹۴	۲۳/۵۳ $\pm$ ۴/۹۴	۲۳/۴۹ $\pm$ ۱/۷۲
نمره کل حساسیت اضطرابی	آزمایش	۷۰/۶۶ $\pm$ ۱۲/۸۸	۴۷/۳۳ $\pm$ ۸/۱۱	۴۵/۰۱ $\pm$ ۶/۶۳
	گواه	۷۴/۱۳ $\pm$ ۱۲/۹۴	۷۵/۲۶ $\pm$ ۱۲/۳۷	۷۵/۳۱ $\pm$ ۹/۶۲
خودشناسی تأملی	آزمایش	۹/۱۸ $\pm$ ۰/۵۶	۱۳/۷۵ $\pm$ ۱/۱۳	۱۳/۸۱ $\pm$ ۱/۱۸
	گواه	۱۱/۰۲ $\pm$ ۰/۷۳	۱۰/۲۳ $\pm$ ۰/۶۶	۱۰/۱۷ $\pm$ ۰/۶۷
خودشناسی تجربه‌ای	آزمایش	۱۲/۶۶ $\pm$ ۱/۲۴	۱۵/۸۹ $\pm$ ۲/۶۰	۱۶/۰۰ $\pm$ ۱/۹۱
	گواه	۱۱/۴۲ $\pm$ ۱/۱۹	۱۱/۳۶ $\pm$ ۱/۱۵	۱۱/۳۲ $\pm$ ۱/۱۲
نمره کل خودشناسی انسجامی	آزمایش	۲۱/۸۴ $\pm$ ۱/۸۰	۲۹/۶۴ $\pm$ ۳/۷۳	۲۹/۸۱ $\pm$ ۳/۰۹
	گواه	۲۲/۴۴ $\pm$ ۱/۹۲	۲۱/۵۹ $\pm$ ۱/۸۱	۲۱/۴۹ $\pm$ ۱/۷۹

واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر به منظور تعیین تأثیر درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر حساسیت اضطرابی و خودشناسی انسجامی استفاده شد. جدول ۳ نشان می‌دهد اثرات عضویت بین‌گروهی، درون‌گروهی و تعاملی بین گروهی و درون‌گروهی بر نمره کل حساسیت اضطرابی و ابعاد آن معنی‌دار است. همچنین، هر سه اثر عضویت بین‌گروهی، درون‌گروهی و اثر تعاملی بین گروهی و درون‌گروهی بر نمره کل خودشناسی انسجامی و ابعاد آن معنی‌دار بود (جدول ۴).

نتایج آزمون لوین برای بررسی تساوی واریانس گروه‌ها در متغیر حساسیت اضطرابی و خودشناسی انسجامی نشان داد سطح معنی‌داری برای هر دو گروه در متغیرهای وابسته بزرگتر از ۰/۰۵ است. بنابراین، با ۰/۹۵ درصد اطمینان گروه‌ها از نظر پراکندگی نمرات در پیش‌آزمون یکسان هستند. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد شرط نرمال بودن توزیع نمرات در مرحله پس‌آزمون رعایت شده است ( $p>0/05$ ). همچنین، از آزمون کرویت ماچلی استفاده شد و چون داده‌ها از مفروضه کرویت تخطی نکرد، نیاز به تصحیح نبود و از آزمون تحلیل

جدول ۳- نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در بررسی تأثیر متغیر مستقل بر حساسیت اضطرابی در زنان مبتلا به سردرد تنشی مراجعه‌کننده به بیمارستان میلاد تهران در سال ۱۳۹۸

متغیر پژوهش	منابع تغییر	آماره F	p	اندازه اثر	توان آماری
ترس از نگرانی‌های بدنی	گروه	۴۰/۸۴۴	*۰/۰۰۱	۰/۶۶۰	۰/۶۹۴
	زمان	۱۷۵/۵۹۴	*۰/۰۰۱	۰/۸۰۷	۰/۷۲۶

۰/۸۰۵	۰/۷۲۰	*۰/۰۰۱	۵۳/۹۹۵	تعامل گروه و زمان	
۰/۵۹۹	۰/۶۲۴	*۰/۰۰۴	۳۴/۸۵۰	گروه	ترس از عدم کنترل شناختی
۰/۶۲۲	۰/۵۴۷	*۰/۰۰۱	۵۰/۷۶۵	زمان	
۰/۶۹۳	۰/۵۹۸	*۰/۰۰۲	۲۴/۵۹۸	تعامل گروه و زمان	
۰/۹۵۴	۰/۴۹۲	*۰/۰۰۱	۲۰/۳۱۸	گروه	ترس از مشاهده شدن
۰/۹۸۰	۰/۷۱۰	*۰/۰۰۱	۱۰۲/۷۹۱	زمان	اضطراب توسط دیگران
۰/۹۸۷	۰/۶۸۳	*۰/۰۰۵	۴۵/۲۳۸	تعامل گروه و زمان	
۰/۸۹۲	۰/۵۲۶	*۰/۰۰۱	۳۱/۱۰۸	گروه	نمره کل حساسیت اضطرابی
۰/۸۸۶	۰/۷۶۶	*۰/۰۰۱	۹۱/۶۳۳	زمان	
۰/۹۰۳	۰/۶۰۸	*۰/۰۰۱	۴۳/۴۵۶	تعامل گروه و زمان	

\* $p < 0/05$  اختلاف معنی‌دار

و پیگیری بهبود داشته است. اثرات تعاملی بیانگر این است که با در نظر گرفتن اثرات مداخله و زمان آزمایش (مرحله) به صورت هم‌زمان و در تعامل با یکدیگر نیز نمرات حساسیت اضطرابی و خودشناسی انسجمی تغییر معنی‌داری داشته است.

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی موجب بهبود نمرات حساسیت اضطرابی و خودشناسی انسجمی در آزمودنی‌های گروه آزمایش شده است. همچنین، اثر درون‌گروهی گویای این است که نمرات متغیرهای وابسته از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون

جدول ۴- نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در بررسی تأثیر متغیر مستقل بر خودشناسی انسجمی در زنان مبتلا به سردرد تنشی مراجعه‌کننده به بیمارستان میلاد تهران در سال ۱۳۹۸

متغیر پژوهش	منابع تغییر	آماره F	p	اندازه اثر	توان آماری
خودشناسی تأملی	گروه	۰/۲۳۱	*۰/۰۰۷	۰/۳۴۹	۰/۴۴۴
	زمان	۵/۴۶۷	*۰/۰۲۰	۰/۶۸۲	۰/۶۷۸
	تعامل گروه و زمان	۰/۳۷۶	*۰/۰۰۶	۰/۶۱۲	۰/۵۹۷
خودشناسی تجربه‌ای	گروه	۱/۲۹۰	*۰/۰۱۳	۰/۲۷۷	۰/۶۵۱
	زمان	۳/۴۶۱	*۰/۰۱۰	۰/۵۰۱	۰/۸۹۳
	تعامل گروه و زمان	۳/۳۰۴	*۰/۰۰۹	۰/۶۳۱	۰/۷۶۵
خودشناسی انسجمی	گروه	۰/۰۴۳	*۰/۰۰۳	۰/۵۰۷	۰/۶۹۴
	زمان	۵/۴۶۷	*۰/۰۰۲	۰/۴۱۳	۰/۸۲۲
	تعامل گروه و زمان	۰/۳۷۶	*۰/۰۰۵	۰/۶۱۹	۰/۷۹۶

\* $p < 0/05$  اختلاف معنی‌دار

## بحث

تفاوت معنی‌داری داشت اما حساسیت اضطراب آزمودنی‌های گروه کنترل که در لیست انتظار درمان قرار گرفته بودند، بهبود نیافت که نتایج این مطالعه با یافته پژوهش حاضر همسو می‌باشد. Behenck و همکاران [۲۶] نیز در پژوهشی همسو با یافته حاضر به این نتیجه دست یافتند که بین میانگین نمره حساسیت به اضطراب آزمودنی‌های گروه مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی دریافت‌کننده برنامه کیفیت زندگی و گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

Yazdi و همکاران [۲۷] نیز همسو با این یافته از پژوهش حاضر در پژوهشی نشان دادند که میانگین نمره بهزیستی

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر حساسیت اضطرابی و خودشناسی انسجمی زنان مبتلا به سردرد تنشی انجام شد. نتایج نشان داد برنامه کیفیت زندگی تغییرات معنی‌داری را در نمرات حساسیت اضطرابی زنان با سردرد تنشی گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون ایجاد کرده است. Laposa و همکاران [۲۵] در پژوهشی نشان دادند که میانگین نمره پیش‌آزمون و پس‌آزمون حساسیت اضطرابی بیماران مبتلا به وسواس شرکت‌کننده در برنامه کیفیت زندگی توأم با برنامه شناختی،

روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت که ۸ جلسه درمان مبتنی بر کیفیت زندگی را دریافت کرده بودند در مقایسه با بیماران دیابتی گروه گواه که در لیست انتظار قرار داشتند، بهبود یافت. در تبیین اثربخشی برنامه کیفیت زندگی می‌توان گفت، این درمان به ارائه یک الگوی مناسب جهت مواجهه با نارضایتی‌ها در تمام حیطه‌ها، ارائه اصول و مهارت‌ها برای کاربرد در هر یک از حیطه‌ها پرداخته است و مراجعان را قادر می‌سازد برای افزایش رضایت خویش در حیطه‌های مختلف از این مدل و اصول استفاده کنند. کیفیت زندگی با استفاده از رویکرد شناختی و رفتاری اقدام به تغییر شناخت‌ها و معیارها کرده و با استفاده از روان‌شناسی مثبت‌نگر به جایگزینی تفکر مثبت با تفکر قدیمی می‌پردازد [۱۴]. به نظر می‌رسد تغییر دیدگاه مراجعان در ابعاد حساسیت اضطرابی به همین دلیل بوده است. شادی و رضایت دو مشخصه اصلی کیفیت زندگی هستند. در واقع، کیفیت زندگی به‌عنوان یک تجربه شناختی با رضایت از ابعاد مهم زندگی از نظر خود فرد و نیاز یک تجربه احساسی که با شادی تظاهر می‌یابد، نشان داده می‌شود. افزایش این دو عامل به کاهش بیماری‌های روانی از جمله مشکلات خلقی و اضطرابی منجر می‌گردد. برخورداری از کیفیت زندگی ضعیف بر ارتباطات بین فردی نیز اثرگذار است و سبب می‌شود که فرد سازوکارهای مقابله‌ای و سازگاری نامؤثر را به کار گرفته و در نتیجه موجب افزایش تنش می‌گردد و افزایش تنش با عوامل فیزیکی و شدت بیماری ارتباط مستقیم دارد، به خصوص در بیماری‌هایی مانند سردردهای تنشی که افزایش سردردها در این حالت باعث کاهش تحمل آن‌ها می‌گردد. از این‌رو، برنامه کیفیت زندگی با افزایش ابعاد کیفیت زندگی از این سازوکار سبب می‌شود تا حساسیت اضطرابی در این بیماران کاهش یابد.

دیگر یافته پژوهش حاکی از آن بود که بین میانگین نمره خود‌انسجامی زنان دارای سردرد تنشی دو گروه در مرحله پس‌آزمون از نظر آماری تفاوت معنی‌داری وجود دارد و برنامه کیفیت زندگی بر بهبود خودشناسی انسجامی و ابعاد آن در زنان با سردرد تنشی تأثیرگذار بوده است. در بررسی پژوهش‌ها، مطالعه‌ای که در آن تأثیر برنامه کیفیت زندگی بر خود‌انسجامی به طور مستقیم بررسی شده باشد، یافت نشد

ولی نتایج پژوهش حاضر در زمینه بهبود خود‌انسجامی در افراد گروه آزمایش تا حدی با یافته‌های پژوهش Einy و Narimani [۲۸] همسویی دارد. در مطالعه آنها که به منظور ارزیابی تأثیر برنامه درمانی بر قدرت ایگو و مکانیسم‌های دفاعی مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی انجام شد، نتایج نشان داد شرکت در جلسات درمانی موجب افزایش قدرت ایگو و بهبود استفاده از مکانیسم‌های دفاعی شده است. Momammadi و همکاران [۲۹] نیز در پژوهشی همسو با مطالعه حاضر نشان دادند که شرکت در ۸ جلسه مداخله درمانی به شیوه پذیرش و تعهد در زنان سرپرست خانوار موجب بهبود میانگین نمره سبک دلبستگی ایمن، کاهش نمره دلبستگی ناایمن و بهبود نمره مکانیسم‌های دفاعی شده است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که هدف از به‌کارگیری کیفیت زندگی، آگاهی بدون وقفه در حال است که فرد را قادر می‌سازد متوجه شود چگونه جلوی عملکرد خویش را می‌گیرد. در جلسات گروهی با به‌کارگیری کیفیت زندگی، از طریق بیدار کردن قابلیت‌های فرد برای ادراک و پاسخ خلاق، فرد قادر می‌شود تا به توانایی‌های ذاتی خویش واقف گردد و در پاسخ به تکالیفی که نیاز به استفاده از این توانایی‌ها دارد، بهتر عمل کند. همچنین، با استفاده از اصول کیفیت زندگی می‌توان به زنان دارای سردرد تنشی در شناخت بن‌بست‌های روانی خویشتن و سپس حل آن‌ها از طریق رسیدن به خودآگاهی و سپس افزایش آن کمک نمود. در واقع با به‌کارگیری فنون کیفیت زندگی، مسئولیت شخصی، توانایی حل مشکلات و همچنین، خودآگاهی مراجعان بهبود می‌یابد.

تبیین آخر بر اساس «سه محور اصلی» مطرح شده در برنامه کیفیت زندگی شامل غنای درونی، کیفیت زمان و معنایابی در زندگی ارائه شده است. در این روش افراد با رویکرد شناختی یاد می‌گیرند که با ایجاد تعادل بین حوزه‌های ارزشمند زندگی که در حال حاضر وجود دارد با ایده‌آلی که مدنظر آن‌ها است و رشد همه ابعاد زندگی، میزان بهزیستی ذهنی و رضایت خاطر از زندگی و به دنبال آن افزایش روابط با اطرافیان و خودشناسی انسجام ایجاد کنند. آموزش کیفیت زندگی از یک‌سو، باعث می‌شود افراد شناخت بیشتری از خود و توانمندی‌هایشان پیدا کنند. ایجاد آگاهی در مورد نقاط قوت

و ضعف خود به فرد امکان می‌دهد تا با اعتماد به نفس بیشتر در روابط بین فردی وارد شود و در مواجهه با موقعیت‌های مختلف زندگی از شیوه‌های کارآمدتر و مناسب‌تر استفاده کند. از سوی دیگر، با آموزش در زمینه کیفیت زمان و معنایابی در زندگی باعث کاهش تردید در تصمیم و کاهش ناتوانی در مقابله با استرس ادراک شده و به تعویق انداختن وظایف در زندگی و افزایش خودشناسی انسجامی در زندگی روزمره می‌شود.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به انجام نمونه‌گیری در دسترس و حجم نمونه پایین، عدم بررسی و مقایسه روش‌های درمانی مختلف، انتخاب آزمودنی‌ها تنها از یک جنس و با یک نوع شکایت از سردرد و عدم انجام مرحله پیگیری در مدت زمان طولانی‌تر اشاره کرد. محدودیت دیگر پژوهش به تعمیم‌پذیری نتایج برمی‌گردد، نتایج حاضر دال بر اثربخشی کیفیت زندگی درمانی بر نشانگان روان‌شناختی بیماران با سردرد تنشی در شرایط نیمه‌آزمایشی و کنترل شده انجام شده است، بنابراین در تعمیم آن به شرایط غیرآزمایشی و بر سایر گروه‌های بالینی و غیر بالینی باید احتیاط صورت گیرد. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی در حجم نمونه بزرگتر و با انجام مراحل پیگیری یک ساله صورت گیرد. علاوه بر این، بررسی اثربخشی پروتکل استفاده شده در پژوهش حاضر، بر سایر گروه‌های بالینی و اختلالات روان‌پزشکی و رفتاری معمول پیشنهاد می‌شود.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به یافته‌های این پژوهش که نشان داد برنامه کیفیت زندگی باعث بهبود خودشناسی انسجامی و کاهش حساسیت اضطرابی در زنان مبتلا به سردرد تنشی شده است، احتمالاً می‌توان در طرح‌ریزی مداخلات توان‌بخشی و درمانی برای بیماران مبتلا به دردهای مزمن، از این برنامه مداخله استفاده نمود.

### تعارض منافع

این مطالعه بدون حمایت مالی نهاد خاصی انجام شده و با منافع شخصی نویسندگان ارتباطی ندارد.

### سهم نویسندگان

سحر حیاتلو: گردآوری داده‌ها، جمع‌بندی و نگارش مقاله، آزاده رضایتی‌زاده: نگارش روش پژوهش و تحلیل آماری.

### تشکر و قدردانی

پژوهشگران از مسئولین بیمارستان میلاد شهر تهران که شرایط اجرای پژوهش و دسترسی به مراجعین این بیمارستان را فراهم نمودند، تشکر و قدردانی می‌نمایند.

## References

- Özdemir HH, Dönder A. Evaluation of neutrophil-to-lymphocyte ratio, platelet-to-lymphocyte ratio, and C-reactive protein in tension-type headache patients. *JNRP* 2021; 12(3):566-70.
- Schiller J, Karst M, Kellner T, Zheng W, Niederer D, Vogt L, et al. Combination of acupuncture and medical training therapy on tension type headache: results of a randomised controlled pilot study. *Cephalalgia* 2021; 41(8):879-93.
- Togha M, Seyed-Ahadi M, Jafari E, Vahabi Z, Naderi-Behdani F, Nasergivehchi S, et al. Estimating quality of life in a headache referral population based on migraine disability assessment scale and headache impact test. *Curr J Neurol* 2020; 19(2):76-84. [Persian]
- Krebs G, Hannigan LJ, Gregory AM, Rijdsdijk FV, Eley TC. Reciprocal links between anxiety sensitivity and obsessive-compulsive symptoms in youth: a longitudinal twin study. *JCPP* 2020; 61(9):979-987.
- Zvolensky MJ, Paulus DJ, Bakhshaei J, Garza M, Manning K, Lemaire C, et al. Anxiety sensitivity and age: roles in understanding subjective social status among low income adult Latinos in primary care. *Journal of immigrant and minority health* 2018; 20(3):632-40.
- Seng EK, Prieto P, Boucher G, Vives-Mestres M. Anxiety, incentives, and adherence to self-monitoring on a mobile health platform: a naturalistic longitudinal cohort study in people with headache. *Headache: The Journal of Head and Face Pain* 2018; 58(10):1541-55.

7. Vaziri S, Shaydayi Aghdam S, Noobakht L, Khalili M, Vaziri Y, Masumi R, et al. Comparison of physical symptoms in people with low and high psychological distress Patients Disease. JTBCP 2018; 13(49):57-66. [Persian]
8. Lapointe E, Vandenberghe C, BenAyed AK, Schwarz G, Tremblay M, Chenevert D. Social comparisons, self-conceptions, and attributions: assessing the self-related contingencies in leader-member exchange relationships. JBP 2020; 35(3):381-402.
9. Ruggiero GM, Spada MM, Caselli G, Sassaroli S. A Historical and theoretical review of cognitive behavioral therapies: from structural self-knowledge to functional processes. Journal Ration Emot Cogn Behav Ther 2018; 36(4):378-403.
10. Chaliha D, Vaccarezza M, Lam V, Takechi R, Mamo JC. Attenuation of chronic tension headache frequency and severity with daily l-arginine and aged garlic extract dietary supplementation. EJCN 2022; 76(2):317-319.
11. Pearson SM, Burish MJ, Shapiro RE, Yan Y, Schor LI. Effectiveness of oxygen and other acute treatments for cluster headache: results from the cluster headache questionnaire, an international survey. Headache 2019; 59(2):235-49.
12. Ezawa ID, Strunk DR. Differences in the delivery of cognitive behavioral therapy for depression when therapists work with black and white patients. COTR 2022; 46(1):104-113.
13. Sauer-Zavala S, Southward MW, Semcho SA. Integrating and differentiating personality and psychopathology in cognitive behavioral therapy. Journal of Personality 2022; 90(1):89-102.
14. Frisch M. Quality of life therapy: applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy. 1nd ed. Translated by; Akram Khamesh. Tehran: Arjmand Publications, 2020.
15. Reich K, Korge B, Magnolo N, Manasterski M, Schwichtenberg U, Staubach-Renz P, et al. Quality-of-life outcomes, effectiveness and tolerability of apremilast in patients with plaque psoriasis and routine German dermatology care: Results from LAPIS-PSO. Dermatology and Therapy 2022; 12(1):203-21.
16. Nady F, El-Sherbiny M, Youness E, Hassan H. Effectiveness of quality of life planned teaching program on women undergoing gynecologic cancer treatment. ARJO 2018; 1(1):1-17.
17. Araghian S, Nejat H, Touzandehjani H, Bagherzadeh Golmakani Z. Comparing the effectiveness of quality of life therapy and compassion-focused therapy on the quality of interpersonal relationships and distress tolerance in women with marital conflict. Journal of Fundamentals of Mental Health 2020; 22(3):145-154. [Persian]
18. Yousfpoor N, Ahangari E, Tahan M. Evaluate the efficacy of psychotherapy based on the improve quality of life in reducing anger symptoms in patients with complicated grief. RRJ 2019; 8(5):241-50. [Persian]
19. Yousefi Z, Sobhani M. The Effectiveness of quality of life therapy on burnout and it's dimensions among female workers. Quarterly Journal of Career & Organization Counseling 2019; 10(37):9-30. [Persian]
20. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G\*Power 3.1: tests for correlation and regression analyses. Behav Res Methods 2009; 41(4):1149-60.
21. Taylor S, Zvolensky MJ, Cox BJ, Deacon B, Heimberg RG, Ledley DR, et al. Robust dimensions of anxiety sensitivity: development and initial validation of the anxiety sensitivity Index-3. Psychological Assessment 2007; 19(2):176-88.
22. Kalantari A, Bigdeli I, Mashhadi A, Kareshki H. Modeling structural equations of anxiety sensitivity, emotion regulation and resilience in the formation of depression and PTSD disorders in firefighters. JCP 2019; 11(2): 90-103. [Persian]
23. Ghorbani N, Watson PJ, Bing MN, Davison HK, LeBreton D. Two facets of self-knowledge: cross-cultural development of measures in Iran and the United States. Genet Soc Gen Psychol Monogr 2003; 129(3):238-68.
24. Shariat A, Ghazanfari A, Yarmohammadian A, Solati K, Chorami M. The effectiveness of gestalt therapy on depression, self-differentiation, integrative self-knowledge and positive psychological characteristics in the elderly. Aging Psychology 2020; 6(3):249-67. [Persian]
25. Laposa JM, Hawley LL, Grimm KJ, Katz DE, Rector NA. Anxiety sensitivity accelerates the temporal changes in obsessions and compulsions during cognitive behavioral therapy. Cognitive Therapy and Research 2020; 44(6):1116-31.
26. Behenck AD, Wesner AC, Guimaraes LS, Manfro GG, Dreher CB, Heldt E. Anxiety sensitivity and panic disorder: evaluation of the impact of cognitive-behavioral group therapy. Issues in Mental Health Nursing 2021; 42(2):112-18.
27. Yazdi M, Saffarinia M, Zare H. Effectiveness of Quality-based Therapy and Emotion-based Therapy in Psychological well-being of Patients with Type 2 diabetes. Journal of Modern Psychological Researches 2021; 15(60):44-61. [Persian]

28. Einy S, Narimani M. Effectiveness of mentalization based therapy on ego-strength and defense mechanisms in people with borderline personality disorder. *Shefaye Khatam* 2019; 7(3):1-12. [Persian]
29. Mohammadi S, Khoshnevis E, Jalaei Sh. The Effectiveness of acceptance and commitment therapy on attachment styles and defensive mechanisms of female heads of households. *Journal of Analitical-Cognitive Psychology* 2019; 10(38): 23-38. [Persian]

# The Effectiveness of Quality of Life Therapy on the Anxiety Sensitivity and Cohesive Self-Awareness in Women with Tension Headaches Admitted to the Psychiatric Department of Milad Hospital

Hayatloo S<sup>1</sup>, Rezayatizadeh A<sup>2</sup>

1- PhD Student, Dept of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran.

Email :hayatlo.sahar.2020@gmail.com, Tel: 09302497109

2- PhD Student, Dept of Psychology, University of Shahid Chamran Ahvaz, Ahvaz, Iran.

Received: 23 October 2021

Accepted: 26 September 2022

**Introduction:** Tension headache is a common type of headache characterized by non-throbbing bilateral pain, mild to moderate pain that can interfere with personal activities. Therefore, this study was conducted to determine the effectiveness of quality of life therapy on anxiety sensitivity and cohesive self-knowledge of women with tension headache.

**Materials and Methods:** The research was quasi-experimental with pre-test, post-test design and control group with quarterly follow-up. The statistical population of the study consisted of all women with tension headache admitted to the psychiatric ward of Milad Hospital in Tehran in 2020. By available sampling, 30 people were selected and divided into experimental (n= 15) and control (n= 15) groups. They filled out the anxiety sensitivity questionnaire and the cohesive self-knowledge questionnaire. In the experimental group, treatment based on improving the quality of life was performed in 8 sessions (1 session per week for 1.5 hours). Post-test was taken from the groups at the end of treatment. Data analysis was performed using repeated measures variance.

**Results:** The results showed that the mean score of coherent self-knowledge and its dimensions in the experimental group significantly improved compared to the control group after the intervention (Eta=0.61, p=0.005, F=0.37). Moreover, the results showed that the quality of life therapy was beneficial in reducing anxiety sensitivity and its dimensions in the subjects of the intervention group as compared to the control group (Eta=0.60, p=0.001, F=43.45). The effects of this program on dependent variables continued during the follow-up period (p=0.001)

**Conclusion:** Based on the results of the present study, it can be concluded that quality of life therapy is associated with cohesive self-awareness and controlling anxiety sensitivity in patients with tension headache. Use of this program is recommended for patients with headaches.

**Keywords:** Quality of life therapy, Anxiety sensitivity, Cohesive self-awareness, Tension headache

---

### Please cite this article as follows:

Hayatloo S, Rezayatizadeh A. The Effectiveness of Quality of Life Therapy on the Anxiety Sensitivity and Cohesive Self-Awareness in Women with Tension Headaches Admitted to the Psychiatric Department of Milad Hospital. *Community Health journal* 2023; 16 (4): 83-93.

**Funding:** This research was funded by the Islamic Azad University Urmia.

**Conflict of Interest:** The authors declare no conflict of interest.

**Ethical Approval:** The ethics committee of Islamic Azad University Urmia approved the study.