

مقایسه اثربخشی دارودرمانی، تصویرسازی ذهنی و تنش زدایی تدریجی همراه با پسخوراند زیستی بر سردرد بیماران مبتلا به میگرن شهر اهواز

دکتر شهنام ابوالقاسمی*
سارا ساعدی**

چکیده

هدف از این تحقیق بررسی و مقایسه اثربخشی دارودرمانی، تصویرسازی ذهنی و تنش زدایی تدریجی همراه با پسخوراند زیستی بر سردرد بیماران مبتلا به میگرن شهر اهواز بود. نمونه این پژوهش ۶۰ نفر از مبتلایان به سردرد میگرن بود که به صورت نمونه گیری تصادفی ساده از بین مراجعه کننده ها به کلینیک های روان پزشکی و مغز و اعصاب شهر اهواز انتخاب و در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل گمارده شدند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش عبارت بودند از: مقیاس سنجش علائم سردرد میگرن نچاریان و دستگاه پسخوراند زیستی-GSR-TEMP. طرح پژوهش، تجربی و از نوع پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری بود. پس از انتخاب تصادفی گروه های آزمایش و کنترل، ابتدا برای هر سه گروه، پیش آزمون اجرا گردید، سپس مداخله آزمایشی ۱ (آموزش تصویرسازی ذهنی) و مداخله آزمایشی ۲ (آموزش تنش زدایی تدریجی همراه با پسخوراند زیستی) 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 تصویرسازی ذهنی و تنش زدایی تدریجی همراه با پسخوراند زیستی در کاهش اضطراب و سردرد بیماران مبتلا به میگرن موثر و کارآمد بود و در این میان روش تنش زدایی تدریجی همراه با پسخوراند زیستی نسبت به تصویرسازی ذهنی در کاهش اضطراب و سردرد بیماران میگرنی موثرتر است و این برتری در دوره پیگیری کوتاه مدت نیز باقی ماند.

کلید واژه: تصویرسازی ذهنی، تنش زدایی تدریجی، پسخوراند زیستی، سردرد میگرن

*استادیار و عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن

** کارشناس ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن (نویسنده مسئول)

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد خانم سارا ساعدی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن است.

مقدمه

سر درد یکی از رایج ترین شکایت ها در کلینک های عصب شناختی است. اکثر این سر دردها از نوع میگرن^۱ یا سر درد تنشی هستند. این سر دردها می توانند خفیف و با فواصل نه چندان کم و یا شدید و دیرپا باشند. سر دردهای شدید و تکرار شونده فعالیت های روزمره زندگی را محدود می سازند، کیفیت زندگی را تقلیل می دهند و باعث کاهش بهره وری می شوند (کورت و کاپلان^۲، ۲۰۰۸).

میگرن شایع ترین نوع سر درد است که به صورت یک طرفه و غالباً ضربان دار تظاهر می یابد و معمولاً شامل سر درد، تهوع، استفراغ و سایر نشانه های اختلال کار کرد عصبی است که به صورت های مختلفی ظهور می کند (کاسپر و هاریسون^۳، ۲۰۰۵). این سر درد ممکن است در آغاز به صورت دوره ای و مرتبط با تنیدگی (اضطراب) است و می تواند در شکل مزمن به صورت تقریباً روزانه رخ دهد (پنزی^۴ و همکاران، ۲۰۰۵). امروزه بر اساس تحقیقات انجام گرفته در انجمن بین المللی سر درد IHS^۵، به نظر می رسد سر درد میگرن که به صورت یک طرفه و غالباً ضربان دار تظاهر می یابد یکی از شدیدترین سر دردها با قدرت ناتوان کننده بالایی باشد (رونالد^۶، ۲۰۰۵). فراوانی جهانی این سندرم در مردان ۴-۶ درصد و در زنان ۱۶-۱۲ درصد (بردلی^۷، ۲۰۰۴) و در مجموع ۱۵-۱۲ درصد می باشد (رونالد، ۲۰۰۵). این بیماری امروزه علاوه بر عوارض جسمی (سولومن^۸ و دالوف^۹، ۲۰۰۰)، باعث کاهش کیفیت زندگی (اورنیش^{۱۰}، ۲۰۰۵)، از دست دادن زمان مفید کاری (موریلو^{۱۱} و همکاران، ۲۰۰۵)، ایجاد اختلال در فعالیت روزمره (رابین^{۱۲} و همکاران، ۲۰۰۵) و... می شود. بنابراین به نظر می رسد که میگرن یک مشکل بهداشتی مهم است و یافتن شیوه های کنترل و یا درمان این بیماری می تواند از اهمیت بسزایی برخوردار باشد.

در مورد این امر که روی آوردهای روان شناختی و روانی فیزیولوژیکی می توانند به مدیریت درد مزمن کمک کنند، توافق همگانی وجود دارد (آستین^{۱۳}، ۲۰۰۴). پیشرفته های نظری و گسترش فزاینده بررسیها در زمینه تنیدگی - بیماری در قرن بیستم، مبانی لازم برای مفهوم سازی سر درد به عنوان یک اختلال روانی فیزیولوژیکی را فراهم آورده اند و سرانجام به شکل گیری و کاربرد رفتار درمانگریهای معاصر و همچنین درمانهای شناختی - رفتاری برای سر درد منجر شده اند. مداخله های رفتاری و رفتاری -

1. Migraine
2. Kurt, S., & Kaplan, Y.
3. Kasper, DL., & Harrison
4. Panzian, D.B.
5. International Headache Society
6. Ronwland.
7. Bradly
8. Solomon
9. Dahlof
10. Ornish, D.
11. Morillo, LE
12. Rabin, RM
13. Astin, JA

شناختی استاندارد را می توان در چند گروه کلی قرار داد؛ آموزش پسخوراند زیستی^۱، آموزش تن آرامی^۲ و آموزش مدیریت تنیدگی^۳ به روش تصویرسازی ذهنی یا تالیفی از این روشها (پنزی^۴ و همکاران، ۲۰۰۵).

روش تصویرسازی ذهنی، تکنیکی است که با آرامیدگی مراقبه ای عناصر مشترکی دارد، با تصور هدایت شده، بیماران برای کاهش اضطراب و سپس سردرد خویش، بر یک تصور آرام و ساکت از قبیل خروش مداوم و منظم دریا، یا زیبایی دل انگیز یک منظره روستایی متمرکز می شوند. پیش فرض زیربنایی تجسم هدایت شده این است که یک شخص نمی تواند بر بیش از یک چیز در یک زمان تمرکز داشته باشد. بنابراین در این نوع درمان به بیمار توصیه می شود که تصور انتخابی خود را آنچنان لذت بخش یا نیرومند انتخاب نماید که بتواند توجه وی را از تجربه دردناک دفع کند (کارتیزر^۵، ۲۰۱۰).

همچنین آموزش تن آرامی (که تنش زدایی تدریجی یکی از پر کاربرد ترین انواع آن است) به شیوه ها و فونونی اطلاق می گردند که آزمودنی نحوه کاهش تنش از عضلات را بتدریج فرامی گیرد. هدف اصلی استفاده از این روش، تقلیل سطح اضطراب کلی در فرد است که منجر به تنش زدودگی می شود (کاسپر و هاریسون، ۲۰۰۵). از این روش ممکن است هم به عنوان شیوه درمانگری مستقل و هم همراه با سایر شیوه ها، استفاده شود. بیوفیدبک یا پسخوراند زیستی نیز که به عنوان یکی دیگر از روشهای درمانگری برای کمک به بیماران در مقابله با مشکلات استرسی از قبیل سردرد، اضطراب، درد مزمن از آن استفاده می شود (یوچین و مونتگموری^۶، ۲۰۰۸). نوع خاصی از پسخوراند است که به اطلاعات بدست آمده برونی برای شخص، درباره فرایندهای زیر آستانه ای زیست شناختی یا فیزیولوژیکی به هنجار اطلاق می گردد (کارتیزر، ۲۰۱۰). هدف اصلی آن، کنترل کنشهای فیزیولوژیکی به دلیل آگاهی یافتن از کنش وری فیزیولوژیکی بعضی از حالات روانی است و همچنین یک شیوه درمانگری برای تعدیل و تغییر اختلالات پزشکی و روان شناختی می باشد. با استفاده از این روش، آگاهی فرد از فعالیتهای فیزیولوژیکی خویش به گونه ای غیر مستقیم و فرایندهای روانی مرتبط با آنها افزایش می یابد و در نتیجه به تنظیم و مهار ارادی همان فعالیتهای فرایندهای زیستی تسلط می یابد (یوچین و مونتگموری، ۲۰۰۸). پنزی و همکاران (۲۰۰۵) عقیده دارند 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 کارآمدی بیمار می پردازند و از این راه می کوشند در ابتدا اضطراب و تنش را که یکی از عوامل اصلی ایجاد کننده سردرد میگرد است را از طریق کاهش برانگیختگی سمپاتیک کاهش و سپس به تغییر واکنش های

1. Biofeedback
2. Relaxation
3. Guided imagery
4. Penzien, D. B.,
5. Kreitzer, M
6. Yucha, C., and Montgomery, D.

فیزیولوژیکی مرتبط با سردرد و به بهبود خلق منفی کمک نماید.

نتایج مطالعات بارون، استوارد و تیپیر^۱ (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^۲، هال^۳، گلدشتاین^۴ (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.

در بررسی مطالعات مربوط به تاثیر تصویرسازی ذهنی در درمان سردردهای تنشی، رید و گرات^۵ (۲۰۰۹) 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. نستورس، ریف و مارتین^۶ (۲۰۰۸)، در یک مطالعه فراتحلیلی به بررسی کوتاه مدت و درازمدت اثر درمان بیوفیدبک به عنوان یک درمان رفتاری بر درمان سردرد تنشی پرداختند آنها با تجزیه و تحلیل یافته های ۵۳ پژوهش از ۷۴ پژوهش انجام گرفته در این زمینه با ($P < 0/95$, $d = 0/73$) به این نتیجه رسیدند که درمان با بیوفیدبک و پیگیری آن به طور متوسط تا ۱۵ ماه، نسبت به دارونما، بهبودی را در حملات سردرد بیماران داشته است. همچنین علاوه بر اثرات مهم بر عضلات در گیر در این بیماری، بیوفیدبک بر احساس خودکارآمدی، اضطراب و افسردگی نیز نسبت به داروهای ضد درد کارآمدتر به نظر رسید.

پاپادلی^۷ 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^۸ (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.

1. Baron. P, and Stewart J. Tepper

2. Mullally WJ

3. Hall K

4. Goldstein R

5. Reid G.J. & P.J. McGrath

6. Nestoriuc Y., Rief w., Martin A.

7. Papdelisa

8. Holroyd.k.A, & Blanchard, E

این یونگ^۱ 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^۲ (۲۰۰۶)، تحقیقی را روی اشخاص مبتلا به فیبرومیالوژیا (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^۳ (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.

آستین^۴ (۲۰۰۴) با بررسی اثر تن آرامی و بیوفیدبک حرارتی در میگرن کشف کرد که استفاده از بیوفیدبک حرارتی بهتر از تن آرامی و استفاده از تن آرامی بهتر از درمان دارویی است.

الاکوا^۵ (۱۹۹۴) کارآمدی تصور هدایت شده را همراه با پسخوراند 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. 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 ($p < 0/001$) شده است. 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. رسولزاده طباطبایی (۱۳۷۷) نیز 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.

با توجه به مطالب فوق و نقش ارزنده تصویر سازی ذهنی و تنش زدایی تدریجی و پسخوراند زیستی بر سلامت جسمانی، روانی و آثار الیتام بخش به خصوص در بیماران میگرنی، این پژوهش به بررسی و

1. Eun-young
2. Menzies, V.
3. Devineni, T., & Blanchard, E,
4. Astin, J.A.
5. Ilaque, G.E

مقایسه اثربخشی دارو درمانی، تصویرسازی ذهنی و تنش زدایی تدریجی همراه با پسخوراند زیستی در کاهش سردرد بیماران میگرن می پردازد؛ که با توجه به مطالب گفته شده فرضیه پژوهش عبارت بود از: - بین اثربخشی دارو درمانی، تصویرسازی ذهنی و تنش زدایی تدریجی همراه با پسخوراند زیستی در سردرد بیماران مبتلا به میگرن تفاوت معناداری وجود دارد؟

روش پژوهش

این پژوهش، از نوع تجربی با طرح پیش آزمون، پس آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری است. جامعه آماری کلیه بیماران مبتلا به میگرن شهر اهواز می باشند. نمونه این تحقیق که در سال ۹۰-۸۹ مورد بررسی قرار گرفتند، مشتمل بر ۶۰ نفر از جامعه مذکور می باشد که برای انتخاب آنها از روش نمونه گیری تصادفی ساده استفاده گردید. در ابتدا برای نمونه گیری، لیستی از کلیه مراکز درمانی اهواز تهیه شد و سپس از میان آنها کلینک نورولوژی بیمارستان نفت و درمانگاه خانواده صنایع فولاد ایران به قید قرعه انتخاب شدند. در ابتدا برای اجرای نمونه گیری کل پرونده های موجود در مراکز که مربوط به بیمارانی بود که اخیراً تشکیل پرونده داده بودند، مورد بررسی قرار گرفت و لیستی از آنها تهیه گردید و با آنها تماس گرفته شد و از آنها برای انجام پیش آزمون و شرکت در جلسات درمانی دعوت به عمل آمد. سپس به تعداد ۱۲۳ نفر از افراد مذکور پرسشنامه اضطراب کتل و علایم سردرد میگرن داده شد، سپس تعداد ۶۶ نفر از جامعه فوق که بالاترین نمره را هر دو مقیاس گرفته بودند، انتخاب و به صورت تصادفی ساده به سه گروه ۲۲ نفره (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) تقسیم شدند. در طی اجرای مداخله درمانی، دو نفر از گروه آزمایش ۱ (تصویر سازی ذهنی)، یک نفر از گروه آزمایش ۲ (تنش زدایی تدریجی همراه با پسخوراند زیستی) به دلایل مختلفی از قبیل عدم تمایل به ادامه درمان، ابتلا به اختلال وسواس فکری- عملی در جلسات سوم به بعد شرکت نکردند. بنابراین به دلیل وجود ۳ نفر ریزش در گروه آزمایشی برای رعایت تساوی در حجم گروه های آزمایشی و کنترل، ۱ نفر از گروه آزمایشی ۲ و دو نفر از افراد گروه کنترل به صورت تصادفی از گروه ها حذف گردیدند که در آخر تعداد افراد گروه آزمایش و کنترل به ۶۰ نفر (۲۰ نفر گروه آزمایشی ۱، ۲۰ گروه آزمایش ۲ و ۲۰ گروه کنترل) رسید. در جدول ۱ ویژگی سنی اعضای نمونه در گروه ارائه شده است.

جدول ۱. توزیع آزمودنی ها بر حسب سن (سال)

سن	فراوانی	درصد	عدد میانی
۳۸-۴۲	۸	۱۳	۴۰
۳۳-۳۷	۶	۱۰	۳۵
۲۸-۳۲	۸	۱۳	۳۰
۲۳-۲۷	۳۱	۵۲	۲۵
۱۸-۲۲	۷	۱۲	۲۰
مجموع	۶۰	۱۰۰	-

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 ذریبط 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 و ۵ نمره گذاری می شوند. نجاریان ضریب پایایی این پرسشنامه را با روش باز آزمایی و همسانی درونی برای کل آزمودنیها $r=0/80$ 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 ۰/۴۶، ۰/۴۱ و ۰/۴۴ 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 ۰/۷۸ می باشد. برای تعیین اعتبار نیز از روش اجرای همزمان این مقیاس با پرسشنامه ناتوانی ناشی از سردرد استفاده شده که نتایج این همبستگی ($r=0/78$ و $p<0/001$) نشان داد که پرسشنامه فوق از اعتبار لازم برخوردار می باشد.

دستگاه پسخوراند زیستی

در پژوهش حاضر از دو نوع دستگاه پسخوراند زیستی استفاده شده است.

الف- دستگاه پسخوراند زیستی پاسخ گالوانیکی پوست GSR^4 : روش پسخوراند زیستی پاسخ گالوانیکی پوست به عنوان یک درمان، برای اولین بار در سال ۱۹۰۶ توسط کارل جانگ توصیف شده است. مکانیزم این دستگاه به این ترتیب است که از تغییرات هدایت یا مقاومت الکتریکی پوست که تحت تاثیر غدد تعریقی پوست که خود در کنترل سیستم اعصاب خودمختار (ANS) قرار دارد، فیدبک دیداری و شنیداری مناسبی را فراهم می سازد. این دستگاه به منظور دست یابی افراد به کنترل ارادی فرایندهای غیر ارادی و تحت فرمان (ANS) مورد استفاده قرار می گیرد (یوچی و مونتینگموری، ۲۰۰۸).

ب- دستگاه پسخوراند زیستی حرارتی $TEMP^5$: روش پسخوراند زیستی حرارتی به عنوان درمان سردرد میگرن، برای اولین بار در سال ۱۹۷۲ توسط سارجنت، گرین و والترز توصیف شده است. اساس این درمان این است که به هر بیمار آموزش داده می شود تا دست های خود را با کمک پسخوراند حسی، به شکل تقریباً فوری گرم کند. کاملاً محرز شده است که درمان مشتمل بر انبساط ارادی عروق پیرامونی، برای مبتلایان به سردرد میگرن سودمند است (بلانچارد و آندراسیک، ۱۹۸۷).

1. Minnesota Multiphasic personality inventory (MMPI)
2. Hospital-Anxiety-Depression scale
3. Ahvaz Aggression inventory
4. Galvanic Skin Response Biofeedback
5. Temperature Biofeedback

روش اجرای تحقیق

این پژوهش، از نوع تجربی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری است. روش اجرای تحقیق در این پژوهش نیز 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 دو گروه تجربی (گروه ۱: تصویرسازی ذهنی و گروه ۲: تنش زدایی تدریجی همراه با پسخوراند زیستی) و یک گروه کنترل (دارودرمانی) تقسیم شدند، سپس از هر سه گروه پیش آزمون به عمل آمد. در این طرح، گروه های آزمایشی افزون بر دریافت دارو در معرض متغیر مستقل یعنی روش درمانگری تصویرسازی ذهنی یافته برای گروه ۱ در طی ۱۱ جلسه ۴۰ دقیقه ای به مدت پنج هفته و هفته ای دو جلسه و روش تن آرامی عضلانی همراه با پسخوراند زیستی برای گروه ۲ در طی ۱۱ جلسه ۴۰ دقیقه ای به مدت پنج هفته و هفته ای دو جلسه قرار گرفتند. و گروه کنترل، تنها دارو ضد میگرن دریافت کردند. سپس پس از اعمال مداخله و همچنین در یک دوره پیگیری کوتاه مدت یک ماهه، بار دیگر از هر سه گروه آزمون گرفته شد، تا بدین طریق نتایج پس آزمون در دو گروه تجربی و کنترل مقایسه شود.

جدول ۱. ویژگی های توصیفی متغیر 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		
۲۰	۸/۶۹	۴۰/۷۰	۱۰/۹۸	۵۸/۴۰	۵/۳۹	۷۵/۲۰	تصویرسازی ذهنی	تدریجی زیستی همراه با پسخوراند زیستی
۲۰	۶/۱۶	۳۵/۲۰	۵/۹۵	۵۲/۴۰	۵/۶۶	۷۸/۴۰	تن آرامی عضلانی همراه با پسخوراند زیستی	
۲۰	۱۶/۰۶	۴۶	۱۸/۱۴	۷۱/۲۰	۱۴/۷۸	۷۸/۷۰	کنترل	
۶۰	۱۱/۲۱	۴۰/۶۳	۱۱/۶۴	۶۰/۶۶	۱۱/۱۸	۷۷/۴۳	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 تصویرسازی ذهنی، تن آرامی عضلانی همراه با پسخوراند زیستی، 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.

در فرم پس آزمون بعد از اتمام آزمایش میانگین نمرات آزمودنی ها از نظر علایم سردرد میگرن در گروه های تصویرسازی ذهنی، تن آرامی عضلانی همراه با پسخوراند زیستی، کنترل و کل گروه، به ترتیب ۵۸/۴۰، ۵۲/۴۰ و ۷۱/۲۰ و ۶۰/۶۶ با انحراف معیار ۱۰/۹۸، ۵/۹۵، ۱۸/۱۴ و ۱۱/۶۴ می باشد.

همچنین در فرم پس آزمون در دوره پیگیری، میانگین نمرات آزمودنی ها نیز از نظر علایم سردرد میگرن در گروه های تصویرسازی ذهنی، تن آرامی عضلانی همراه با پسخوراند زیستی، کنترل و کل

گروه به ترتیب ۴۰/۷۰، ۳۵/۲۰، ۴۶ و ۴۰/۶۳ با انحراف معیار آنها به ترتیب ۸/۶۹، ۶/۱۶، ۱۶/۰۶ و ۱۱/۲۱ می باشد.

ب- یافته های مربوط به فرضیه پژوهش
فرضیه پژوهش: بین اثربخشی درمانگری با شیوه های دارو درمانگری، تصویرسازی ذهنی و تنش زدایی تدریجی همراه با پسخوراند زیستی در کاهش سردردهای میگرنی تفاوت وجود دارد.
همان طوری که در جدول ۲ نشان داده شده است با کنترل پیش آزمون علائم سردرد میگرن بین بیماران گروه های آزمایش و گواه تفاوت معنی داری مشاهده شد ($p < 0/001$ و $F = 32/16$). و میزان تاثیر یا تفاوت درمان ها بر علایم سردرد میگرن نیز برابر با ۵۳ درصد می باشد. به عبارت دیگر ۵۳ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون علائم سردرد میگرنی مربوط به تاثیر تصویرسازی ذهنی و تنش زدایی تدریجی همراه پسخوراند زیستی (عضویت گروهی در درمانهای غیر دارویی) می باشد. همچنین با توجه به اینکه توان آماری مشاهده شده برابر با یک است. لذا نتیجه می گیریم امکان خطای نوع دوم وجود نداشته است. ضمناً با توجه به اینکه معنی دار شدن تفاوت بین گروه ها با استفاده از تحلیل کواریانس یک راهه نشان نمی دهد که بین کدام گروه تفاوت وجود دارد لذا بدنبال این تحلیل، از تحلیل تعقیبی (مقایسه دو به دو میانگینهای گروه ها) صورت گرفت که نتایج آن در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

جدول ۲. خلاصه تحلیل کواریانس یک راهه (انکوا) مقایسه میانگین پس آزمون علائم سردرد میگرن بیماران گروه های آزمایش و گواه با کنترل پیش آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری P	مجذوراتا	توان آماری
پیش آزمون	۶۶۵۱/۲۷	۱	۶۶۵۱/۲۷	۱۱۴/۲۸	۰/۰۰۱	۰/۶۷	۱/۰۰
گروه	۳۷۴۳/۸۷	۲	۱۸۷۱/۹۳	۳۲/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۵۳	۱/۰۰
خطا	۳۲۵۹/۲۷	۵۶	۵۸/۲۰				

جدول ۳. مقایسه دو به دو میانگینهای پس تست سردرد میگرن در سه گروه تصویرسازی ذهنی، تنش زدایی تدریجی همراه با پسخوراند زیستی و کنترل (دارودرمانی)

گروه ها	تفاوت میانگین	P
تصویرسازی ذهنی و کنترل	-۹/۴۲	۰/۰۰۰۱
تنش زدایی تدریجی همراه با پسخوراند زیستی و کنترل	-۱۹/۳۲	۰/۰۰۰۱
تصویرسازی ذهنی و تنش زدایی تدریجی همراه با پسخوراند زیستی	-۹/۷۷	۰/۰۰۰۱

همان طوری که در جدول ۳ ملاحظه می شود در بحث کاهش علایم سردرد میگرن بین تفاضل میانگین اثر تصویرسازی ذهنی و کنترل (دارودرمانی) با $d = -9/42$ ، بین اثر تنش زدایی تدریجی همراه با پسخوراند زیستی و کنترل (دارودرمانی) با $d = -19/32$ و بین اثر تصویرسازی ذهنی و تنش زدایی

تدریجی همراه با پسخوراند زیستی با $d=۹/۷۷$ تفاوت معناداری وجود دارد. و این تفاوت ها با توجه به میانگین گروه ها در جدول ۱ به سود گروه های آموزشی است. به عبارت دیگر آموزش تصویرسازی ذهنی و تنش زدایی تدریجی همراه با پسخوراند زیستی نسبت به دارودرمانی در کاهش سردرد میگرن تاثیر بیشتری دارند. همچنین در این میان اثربخشی گروه تنش زدایی تدریجی همراه با پسخوراند زیستی نسبت به گروه تصویرسازی ذهنی و دارودرمانی بیشتر بوده است.

در پژوهش حاضر، با توجه به اینکه بسیاری از تحقیقات بر اثر موفق و طولانی مدت تصویرسازی ذهنی و تنش زدایی تدریجی همراه با پسخوراند زیستی در تقلیل سردرد تاکید داشتند. لذا در این تحقیق سعی شده است با استفاده از یک دوره پیگیری یک ماهه به بررسی تاثیر این دو روش نسبت به دارودرمانی پرداخته شود. همان طوری که در جدول ۴ ارائه شده است با کنترل پیش آزمون علائم سردرد میگرن پس از یک ماه پیگیری بین بیماران گروه های آزمایش و کنترل (دارودرمانی) تفاوت معنی داری مشاهده شد ($p < ۰/۰۰۱$ و $F=۴۵/۷۵$). و میزان تاثیر یا تفاوت درمان ها بر علائم سردرد میگرن نیز برابر با ۶۲ درصد می باشد. به عبارت دیگر ۶۲ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون علائم سردرد میگرنی پس از یک ماه پیگیری مربوط به تاثیر تصویرسازی ذهنی و تنش زدایی تدریجی همراه با پسخوراند زیستی (عضویت گروهی در درمانهای غیر دارویی) می باشد. همچنین با توجه به اینکه معنی دار شدن تفاوت بین گروه ها با استفاده از تحلیل کواریانس یک راهه نشان نمی دهد که بین کدام گروه تفاوت وجود دارد، لذا بدنبال این تحلیل، از تحلیل تعقیبی (مقایسه دو به دو میانگین های گروه ها) صورت گرفت که نتایج آن در جدول شماره ۵ ارائه شده است.

جدول ۴. خلاصه تحلیل کواریانس یک راهه (انکوا) مقایسه میانگین پس آزمون علائم سردرد میگرن بیماران گروه های آزمایش و گواه با کنترل پیش آزمون در دوره پیگیری

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری P	مجذور ای تا	توان آماری
پیش آزمون	۳۶۶۶/۱۱	۱	۳۶۶۶/۱۱	۴۰/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۴۱	۱/۰۰
گروه	۸۳۵۱/۴۵	۲	۴۱۷۵/۷۲	۴۵/۷۵	۰/۰۰۱	۰/۶۲	۱/۰۰
خطا	۵۱۱۱/۲۸	۵۶	۹۱/۲۷				

جدول ۵. مقایسه دو به دو میانگین های پس تست سردرد میگرن در سه گروه تصویرسازی ذهنی، تنش زدایی تدریجی همراه با پسخوراند زیستی و کنترل (دارودرمانی)

گروه ها	تفاوت میانگین	P
تصویرسازی ذهنی و کنترل	-۶/۸۹	۰/۰۰۰۱
تنش زدایی تدریجی همراه با پسخوراند زیستی و کنترل	-۱۲/۰۹	۰/۰۱۹
تصویرسازی ذهنی و تنش زدایی تدریجی همراه با پسخوراند زیستی	-۵/۱۹	۰/۰۱۲

همان طوری که در جدول ۵ ملاحظه می شود در بحث کاهش علائم سردرد میگرن بین تفاضل میانگین اثر تصویرسازی ذهنی و کنترل (دارودرمانی) با $d=-۶/۸۹$ ، بین اثر تنش زدایی تدریجی همراه

با پسخوراند زیستی و کنترل (دارودرمانی) با $d = -12/09$ و بین اثر تصویرسازی ذهنی و تنش زدایی تدریجی همراه با پسخوراند زیستی با $d = -5/19$ تفاوت معناداری وجود دارد. و این تفاوت ها با توجه به میانگین گروه ها در جدول ۱ به سود گروه های آموزشی است. به عبارت دیگر آموزش تصویرسازی ذهنی و تنش زدایی تدریجی همراه با پسخوراند زیستی نسبت به دارودرمانی پس از یک دوره پیگیری کوتاه مدت یک ماهه در کاهش سردرد میگرن تاثیر بیشتری داشتند. همچنین در این میان اثربخشی گروه تنش زدایی تدریجی همراه با پسخوراند زیستی نیز نسبت به گروه تصویرسازی ذهنی و دارودرمانی بیشتر بوده است.

بحث و نتیجه گیری

هدف این پژوهش، مقایسه اثربخشی دارودرمانی، تصویرسازی ذهنی و تنش زدایی تدریجی همراه با پسخوراند زیستی بر سردرد بیماران مبتلا به میگرن شهر اهواز بود. یافته های جدول ۱ تا ۵ نشان دادند که بین اثربخشی تکنیک تصویرسازی ذهنی و تنش زدایی تدریجی همراه با پسخوراند زیستی نسبت به دارودرمانی از نظر علائم سردرد میگرن تفاوت معناداری وجود دارد. و این بدین معنی است که آموزش تصویرسازی ذهنی و تنش زدایی تدریجی همراه با پسخوراند زیستی نسبت به دارودرمانی در کاهش سردرد بیماران مبتلا به میگرن موثر هستند و این تاثیر نیز پس از پیگیری کوتاه مدت یک ماهه نیز باقی مانده است. در مجموع، تاثیر این درمانها 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)، نیستورس، ریف و مارتین (۲۰۰۸)، ون تیلبرگ و همکاران (۲۰۰۷)، هل روید و بلانکار (۲۰۰۷)، این یونگ و همکاران (۲۰۰۷)، منزیس (۲۰۰۶)، دیوین و بلانچارد (۲۰۰۵)، بلانچارد و کیم (۲۰۰۵)، بایمن (۲۰۰۴)، پاورس و همکاران (۲۰۰۱)، رید و مکگرات (۱۹۹۶)، منیکس، چندیو کار و رایبیکال (۱۹۹۹)، لیزا و همکاران (۱۹۹۹)، الاکوا (۱۹۹۴)، رسولزاده طباطبایی (۱۳۷۷)، کیقبادی و اسدی نوقایی (۱۳۷۹) و... همخوانی دارد.

در تبیین این یافته می توان گفت با توجه به اینکه یکی از مهمترین دلایل بروز حملات میگرن، انقباض شریان های داخلی و سپس اتساع شریان های خارج جمجمه ای بر اثر اضطراب و استرس است. لذا مسلماً شیوه های تصویرسازی ذهنی و تنش زدایی تدریجی همراه با پسخوراند زیستی 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. در واقع وقتی افراد از این شیوه ها استفاده می کنند راحت تر، آرام تر و توانا تر برای مقابله با اضطراب و سردرد ناشی از آن آماده می شود. همچنین روش تصویرسازی ذهنی نیز در درمان سردرد میگرن نسبت به دارودرمانی از آن جهت مفید و موثر می باشد که بیمار را با معنای درد، کیفیت و شدت و همچنین عوامل راه انداز سردرد آشنا می سازد و این آشنایی باعث می شود که افراد با توجه به درک روشن خود از این متغیرها،

راهبردهای مقابله ای موثرتری را در تجسم ذهنی خود تمرین کنند.

در تکنیک تنش زدایی تدریجی همراه با پسخوراند زیستی نیز، فرد علاوه بر کسب توانایی تنش زدایی از بدن، قادر می شود تا فرایندهای فیزیولوژیکی خود را که معمولاً غیرارادی هستند، از طریق پسخوراند زیستی دیداری و شنیداری مناسب از وضعیت این فرایندها، مهار کند و یا اینکه کنترل بهتری از آنها داشته باشد. در واقع افراد مبتلا به سردرد می توانند با آموختن روش های پسخوراند زیستی، اطلاعات دقیق و مفیدی در مورد تنش ماهیچه های پیشانی و همچنین ماهیچه های صاف جداره رگ های خونی منطقه گیجگاهی کسب نموده و بدین وسیله به مقابله مؤثر با مشکل خود بپردازند.

همچنین با عنایت به معنادار شدن تفاوت میانگین های سه گروه آزمایشی و مشخص شدن تأثیر بالاتر روش تنش زدایی تدریجی همراه با پسخوراند زیستی نسبت به تصویر سازی ذهنی و دارودرمانی بر کاهش علائم سردرد بیماران میگرن، می توان گفت عینی بودن، تدریجی بودن تغییرات، تأثیر مستقیم در تقلیل تنش های حاصل از فعالیت شدید نظام عصبی خودمختار و ... همگی نشان از اثر فوق العاده این روش تنش زدایی تدریجی همراه با پسخوراند زیستی نسبت به دیگر روشهای درمانی به کار رفته در این پژوهش می باشد.

در کل 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 تأثیر مثبت و مفید روش غیر دارویی درمانگری تصویر سازی ذهنی و تنش زدایی تدریجی همراه با پسخوراند زیستی است. این پژوهش شیوه درمانی نوینی را برای سردرد میگرن، اختلالی که زمانی گمان می رفت درمان آن تنها به شیوه ای زیستی و به کمک دارو امکان پذیر است، مطرح کرده است.

منابع

- 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 نوقابی، احمد علی (۱۳۷۹). بررسی اثر تن آرامی بر دفعات، وقوع و شدت سردردهای میگرنی. مجله کومش، پائیز ۷۹ شماره ۲: ۴۵-۵۰.
- نجاریان، بهمن (۱۳۷۶). سردرد میگرن. مجله بهداشت جهان. ۵۲-۵۴: شماره ۱۱.
- Astin, J. A. (2004). « Mind-body therapies for the management of pain». Clin J Pain Jan-Feb; 20(1): 27-32.
- Baron, P, Stewart, J. & Tepper, M. D. (2010). "Biofeedback for Migraine and Tension-Type Headache". Published in Journal Watch Neurology February 23,
- Bradly, (2004). Neurology in clinical practice. Butterworth. Vol2.p.2072-2080.
- Deveneni, 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, B. O & Chang, I. (2007). The efface of visual feedback plus entail practice on three patients with breast cancer(woman)", Clinical Rehabilitation,. vole,20-no.5,388-397
- 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, G. E., (1994). Migraine headaches:copping efficacy of Guided imagery therapy. HeadachesFeb 34(2),99-102.
- Kasper, D.L., & Harrison, S. (2005). Principle of internal medicine.New York: Mcgraw-Hill publishing.
- Kretzer, M. J. (2010). The Power of Guided Imagery. journal of Mandala ,Spring:p: 6
- Kurt, S., & Kaplan, Y. (2008). Epidemiological and clinical characteristics of headache in university students. Clinical Nerology and Neurosurgery, 110,46-50.
- Mannix, L.K., Chandurkar, R.S., Rybicki, L.A., Tusek, D.L., & Solomon, G.D., (1999). Effect of guided imagery on quality of life for patients with chronic tension-type headache" Headache.. May;39(5): 326-34.
- 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 medicin12, 23-30.
- Morillo, L. E. 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, W.J, Hall, K, & Goldstein, R. (2010). 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. B., Gordon, N., & Nicholson, R. A. (2004). Cognitive-behavioral group treatment for disabling headache. Pain Medicine, 5, 178-186.
- Nestoriucm, Y., Rief, W., & Martin, A. (2008). Mata -analysis of biofeed back for tension-type

- headach:efficacy ,specificity,and treatment moderators.J consult clin Psychol,jun,76(3):379-96.
- 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
- 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 (Suppl 2), S110- S132.
- Rabins, J.C, Penzien DB, McCrory, D.C, & Gray, R.N.(2005). Behavioral headache treatment: history, review of the empirical literature, and methodological critique. journal of Headache;45:92-109.
- Reid, G.J. & McGrath, P.J. (2009).” Psychological treatments for migraine”: journal of Biomedecine & Pharmacotherapy Volume 50, Issue 2, Pages 58-63
- Rowland (2005). Merritt’s text book of neurology, 11thedition. lippincott; P. 807-819.
- Smith, R. (1996). Impact of migraine on the family. Headache, 36, 278-286.
- 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: Lippicott Wilkins.
- Yucha, A. & Montgomery.D. (2008). Text book of Evidence-Based Practice in Biofeedback and Neurofeedback,p:15.

تاریخ وصول: ۸۹/۱۰/۱۴

تاریخ پذیرش: ۹۰/۳/۱۷

Archive of SID