

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال هشتم شماره ۳۱ پاییز ۱۳۹۲

اثر بخشی گشتالت درمانگری و درمان شناختی- رفتاری بر بهبود سردردهای میگرنی دانشجویان دختر

فیروزه سپهریان‌آذر^۱

سعید اسدنیا^۲

آرش موسی‌الرضایی اقدم^۳

چکیده

مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثربخشی گشتالت درمانگری و درمان شناختی - رفتاری بر بهبود سردردهای میگرنی دانشجویان دختر صورت گرفت. در یک طرح نیمه‌تجربی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و با گروه پیگیری ۲۱ دانشجوی دختر دارای سردرد میگرن، به تصادف در گروه‌های آزمایش و کنترل جای داده شدند. گروه اول گشتالت درمانی و گروه دوم درمان شناختی رفتاری را به مدت ۸ جلسه یک ساعته تجربه کردند. برای گروه کنترل هیچ مداخله درمانی انجام نشد. پرسش‌نامه سردرد میگرن پیش از درمان، پس از درمان و یک ماه بعد از اتمام درمان برای هر سه گروه اجرا شد. داده‌ها به کمک آزمون‌های آماری تحلیل واریانس یک‌راهه و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر تحلیل شدند. کاهش نشانه‌های سردرد میگرن در گروه‌های آزمایش در مقایسه با گروه کنترل معنادار بود. گشتالت‌درمانگری و درمان شناختی رفتاری در بهبود سردرد میگرن تفاوت معناداری باهم نداشتند. می‌توان گشتالت درمانگری و درمان شناختی رفتاری را مداخله‌ای مؤثر برای کاهش سردرد میگرن دانشجویان دختر دانست.

واژگان کلیدی: سردرد، میگرن، گشتالت درمانی، درمان شناختی - رفتاری.

Email: f.sepehrianazar@urmia.ac.ir

Email: S_asadnia@yahoo.com

Email: Dr.mosarrezai@yahoo.com

۱- دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه ارومیه (نویسنده مسئول)

۲- کارشناس ارشد روانشناسی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

۳- استادیار، گروه نورولوژی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

مقدمه

سردرد^۱ علامت رایج با فراوانی بالا و یکی از ده علامت شایع در بین مراجعان به پزشکان می‌باشد. اکثر سردردها از نوع میگرن^۲ یا تنشی^۳ هستند (صدوقی، نوری، کجباف، عکاشه و مولوی، ۱۳۸۷). سردردهای میگرنی یکی از رایج‌ترین اختلالات روان‌تنی با زمینه خانوادگی است (ویکتور و راپر، ۲۰۰۲؛ به نقل از قایقران، دهنادی مقدم و صدیقی مقدم، ۱۳۸۶). براساس نسخه دوم طبقه‌بندی بین‌المللی اختلالات سردرد^۴، شدت میگرن در صورت فعالیت جسمانی بیشتر شده و با حالت تهوع و نورهراسی همراه می‌باشد (آلبرتی^۵، ۲۰۰۶). این نوع سردرد معمولاً در ناحیه گیجگاهی یا پیشانی ظاهر می‌گردد یک طرف سر و گاهی تمام سر را فرا می‌گیرد و یا از یک طرف سر شروع شده و به طرف دیگر گسترش یابد (ویلسون، اسپنس و کاوانگ^۶، ۱۹۸۹). میگرن به پنج دسته تقسیم می‌شود که مهم‌ترین‌شان میگرن با و بدون پیش‌درآمد^۷ می‌باشد (برندرس^۸، ۲۰۰۷). راسل، راسموسن، تورواتسن و اولیسن^۹ (۲۰۱۲) میزان شیوع میگرن با پیش‌درآمد، بدون پیش‌درآمد و اختلال میگرن را به ترتیب در مردان ۸، ۴ و ۱ درصد و در زنان ۱۶، ۷ و ۳ درصد گزارش کردند. هم‌چنین سوزان، لامسلی، کراکاف و دولی^{۱۰} (۲۰۰۸) گزارش کردند که حدود ۶ درصد مردان و ۱۷ درصد زنان در سال ۲۰۰۸ حداقل یک‌بار حمله سردرد میگرنی را تجربه کرده‌اند. نتایج پژوهش پنزین، لاینز و آندراسیک^{۱۱} (۲۰۰۲) نشان داد که ۹۰ درصد افراد مبتلا به میگرن اختلال در کارکرد و ۵۳ درصد مشکل به خواب رفتن دارند. برونفورت، آسندیلنت، اوانز، هاس و باتر^{۱۲} (۲۰۰۱) گزارش کردند که یک سوم این افراد حداقل یک روز سابقه غیبت از کار داشتند و ۵۱ درصدشان به علت میگرن بازدهی کارشان حداقل به نصف کاهش یافته است.

1- headache

3- tension

5- alberti

7- avia

9- Russell, Rasmussen, Thorvaldsen, Olesen

11- Penzien, Rains, Andrasik

2- migraine

4- ICHD-2

6- Wilson, Spence & Kavanagh

8- Branders

10- Sozan, Lumley, Krakaft & Dooley

12- Bronfort, Assendelf, Evans, Haas, Bouter

مک آنالتی، راپاپورت، واگونر، برانتلی، باریکیمایر و مککنز^۱ (۱۹۸۶) خصوصیات روانشناختی برای مبتلایان میگرن گزارش کردند، که عبارتند از: اضطراب، افسردگی، کمال‌گرایی، جاه‌طلبی، نظم و دقت افراطی در فعالیت‌های روزمره، حساسیت افراطی به نحوه و روند امور زندگی، دارا بودن الگویی از سرزنش و عیب‌جویی افراطی از خود و دیگران، خشم و پرخاشگری، تمایل به تصاحب شغل‌های بسیار مهم و عدم ابراز صریح رنج‌ها و ناراحتی‌های خود.

متناسب با سبب‌شناسی اختلال سردرد، شیوه‌های درمانی گوناگونی پیشنهاد شده است که رویکرد شناختی- رفتاری از جمله این روش‌ها می‌باشد. درمان شناختی - رفتاری اصطلاحی کلی برای روش‌های درمانی مبتنی بر فنون شکل‌دهی رفتار و همچنین روشی برای تغییر باورهای غیرانطباقی است. این روش بر مدیریت سردرد با استفاده از تصاویر ذهنی و توجه انحرافی و بر پیشگیری از پیشرفت درد که منجر به ناتوانی شخص می‌شود، تمرکز می‌کند (لیپچیک و ناش^۲، ۲۰۰۲). نیکلسون^۳ (۲۰۱۰) اشاره می‌کند که درمانگرهای شناختی رفتاری در درمان سردرد، بیماران را با افکار بیمارگون، مشکلات غلبه بر استرس و سردردشان آشنا می‌کنند. ارزیابی‌های متعدد (آندراسیک^۴، ۲۰۰۴؛ نیچلسون^۵، بوس^۴، آندراسیک و لیپتون^۵، ۲۰۱۱) در مورد اثر بخشی درمان شناختی - رفتاری حاکی از موثر بودن این رویکرد درمانی در درمان سردرد میگرن است. این مطالعات نشان دادند که ۴۰ الی ۵۰ درصد افرادی که درمان شناختی رفتاری را تجربه کرده‌اند به میزان ۵۰ درصد یا بیشتر سردردشان کاهش یافته است. ریچاردسون و مک گرات^۶ (۲۰۰۵) اثر مداخله درمان شناختی رفتاری را بر ۱۸ آزمودنی ۱۸ تا ۵۰ سال به مدت ۴ هفته و نیز بعد از ۶ ماه بررسی کردند، نتایج یافته‌های آنها حاکی از تفاوت معنادار در فراوانی، طول مدت و اوج سردرد بین گروه‌های مطالعه و کنترل بود. سجادی‌نژاد، محمدی، تقوی، اشجع‌زاده (۱۳۸۷) جلسات گروه درمانی شناختی - رفتاری

1- McAnaulty, Rappaport, Waggoner, Brantley, Barkemeyer & McKenzie
3- Nicholson
5- Lipton

2- Lipckik & Nash
4- Buse
6- Recharadson & McGrath

را به مدت ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برای ۲۰ دانشجوی دارای سردرد میگرن و تنشی دانشگاه شیراز ترتیب دادند، و نشان دادند که این روش نقش مهمی در مهار سردرد دارد و ادراک بیماران مبتلا به سردرد را نسبت به خطرناک بودن عوامل استرس‌زا، تغییر می‌دهد. نتایج فراتحلیل سیرپینا، آستین و جیوردانا^۱ (۲۰۰۷) نشان داد که آموزش آرامش عضلانی، پسخوراند زیستی، آموزش مدیریت استرس، می‌تواند نشانگان میگرن را تا ۳۲ الی ۴۹ درصد در مقایسه با گروه کنترل، کاهش دهد. مطالعه فراتحلیلی کامپبل، پنزین و اریک^۲ (۱۹۹۹؛ به نقل از مارتین^۳، ۲۰۰۹) نشان داد که آموزش آرامش عضلانی، پسخوراند زیستی، درمان شناختی رفتاری، مدیریت استرس و هیپنوتیزم، ۳۲ الی ۴۹ درصد در آزمایشات کنترل شده و ۵۰ درصد در آزمایشات کنترل نشده در کاهش سردرد میگرن موثر بوده است. ابوالقاسمی و ساعدی (۱۳۸۹) اثربخشی دارو درمانی، تصویرسازی ذهنی و تنش‌زدایی تدریجی همراه با پسخوراند زیستی را در کاهش اضطراب و سردرد میگرنی ۶۰ بیمار در شهر اهواز موثر و کارآمد گزارش کردند.

از جمله درمان‌های روانشناختی که می‌توان برای کمک به افراد با سردرد میگرن استفاده کرد، گشتالت درمانی^۴ می‌باشد. این روش ابتدا توسط پرلز (شفیع‌آبادی و ناصری، ۱۳۷۵) مطرح شد، که مستقیماً به تجربه کردن، احساس کردن و بیان کردن به جای تفسیر کردن می‌پردازد و به هر آنچه در زمان حال انجام می‌شود توجه دارد (زیمبروف و هارتمن^۵، ۲۰۰۳). درمانگران گشتالتی معتقدند که لحظه حاضر، اینجا و اکنون، گذشته را احاطه کرده و آینده را تحت تأثیر قرار می‌دهد (مل نیک و فال^۶، ۲۰۰۸). هدف آنها افزایش آگاهی مراجع از طریق تکنیک‌های تجربی در اینجا و اکنون است (گلدارد و گلدارد^۷، ۲۰۱۰). استفاده از این راهبرد موجب می‌شود که مراجع نسبت به بینش نهفته در خود، آگاهی یابد (یونتف^۸، ۲۰۰۲) از حرکات بدن، تنفس، هیجانات و حرکات چهره‌اش به اندازه افکار آنی‌اش آگاه شود و خود به انگیزش، فعالیت و کنترل شخصی خویش نائل

1- Sierpina, Astin, Giordana

3- Martin

5- Zimberoff & Hartman

7- Geldard

2- Campbell, Penzien & Erick

4- gestalt therapy

6- Melnick & Fall

8- Yontef

آید (ریلی و جاکوبوس^۱، ۲۰۰۹). پرلز از بیمار سردردی می‌خواست بر سردردش تمرکز کرده و متوجه همراهی سردرد با انقباض عضلات صورت شده و این انقباضات را تشدید کند و در هر گام از آنچه نسبت به آن آگاهی پیدا می‌کند، صحبت کند (یالوم، ۱۳۹۰). در این شیوه درمانی از تکنیک‌هایی همچون آگاهی مستقیم، بازی گفتگو، تکنیک وارونه، صندلی خالی، زبان من، تکمیل کارهای ناتمام استفاده می‌شود. بررسی‌های اندکی بر اثربخشی درمان گشتالتی پرداخته‌اند و نتایج آنها حاکی از موثر بودن این روش می‌باشد. در مطالعه پای ویو و گرین برگ^۲ (۱۹۹۵) تکنیک «صندلی خالی» گشتالت در مقایسه با دارونما به‌طور قابل توجهی بر مشکلات هیجانی حل نشده مراجعان، در طول دوره پیگیری ۴ ماهه اثربخش‌تر بود. اسدینیا، سپهریان آذر و موسی‌الرضایی (۱۳۸۹) گشتالت درمانی را بر بهبود کیفیت خواب دانشجویان دختر دارای سردرد، موثر گزارش کردند. یوسفی، اعتمادی، بهرامی، فاتحی‌زاده، احمدی و همکاران (۱۳۸۸) نیز استفاده از گشتالت درمانی و معنادرمانی را بر کاهش شدت نشانه‌های پرخاشگری، افسردگی و اضطراب دانشجویان موثر یافتند. تانسوان، سومر، هامینگ و ساننه^۳ (۲۰۱۰) به بررسی ارتباط مفاهیم بنیادی دو روش گشتالت و شناختی - رفتاری پرداختند و اظهار کرده‌اند که استفاده مکمل از این دو دیدگاه دارای منفعت بالینی است. کلک^۴ (۲۰۱۰) معتقد است، روش‌هایی که از تغییر رفتار و رشد شخصی حمایت می‌کنند هنوز به‌طور وسیعی در شیوه روان‌پزشکی مدرن با هم ترکیب نشده‌اند، بنابراین چالش برای به کارگیری اصول گشتالتی در روان‌پزشکی اجزای کلیدی آموزش روان‌پزشکی مدرن می‌باشد که می‌توانند به‌طور موثری در روان‌پزشکی بالینی نوین به‌کار برده شوند. با توجه به مطالب ذکر شده و از آنجایی که در ایران برای درمان بیماران دارای سردرد میگرنی از درمان‌های شناختی کمتر استفاده می‌شود، و تاکنون مطالعه در زمینه اثربخشی درمان گشتالتی بر بیماران میگرنی در ایران انجام نگرفته است، لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی اثر بخشی مداخلات شناختی - رفتاری و اصول گشتالت درمانی بر بهبود سردردهای میگرنی در دانشجویان دختر دانشگاه

1- Reilly & Jacobus

2- Paivio & Greenberg

3- Tønnesvang, Sommer, Hammink & Sonne

4- Clegg

ارومیه طرح‌ریزی شده است، و همچنین هدف دیگر مطالعه حاضر مقایسه میزان پایداری تأثیر این دو روش درمان در بهبود سردرد میگرن در جامعه مذکور می‌باشد.

روش پژوهش

جامعه و نمونه و روش نمونه‌گیری

طرح کلی این پژوهش از منظر شیوه گردآوری داده‌ها جزو مطالعات نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری است. جامعه آماری در این پژوهش دانشجویان دختر با مشکل سردرد بودند که در سال تحصیلی ۹۰-۸۹ در مقطع کارشناسی دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه ارومیه تحصیل می‌کردند. بر اساس فراخوان از دانشجویان دختری که حداقل هفته‌ای سه بار سردرد را تجربه می‌کردند، جهت همکاری با طرح دعوت به عمل آمد. بر اساس نتایج آزمون و نظر متخصص مغز و اعصاب (نویسنده سوم مقاله حاضر) از ۱۰۲ نفر مراجعه‌کننده، ۴۸ نفر با سردرد میگرن تشخیص داده شد. بر اساس مطالعات مشابه قبلی (ریچاردسون و مک گرات، ۲۰۰۵) ۲۱ نفر به روش تصادفی ساده از جامعه مذکور به عنوان نمونه مورد مطالعه انتخاب شدند. در مرحله بعد نمونه مذکور به‌طور کاملاً تصادفی در سه گروه (گشتالت درمانی، درمان شناختی - رفتاری و کنترل) قرار گرفتند. ابتدا آزمون سردرد میگرن برای هر سه گروه اجرا گردید. گروه اول گشتالت درمانی و گروه دوم درمان شناختی رفتاری را به مدت ۸ جلسه یک ساعته تجربه کردند. گروه سوم را گروه کنترل تشکیل داد که هیچ مداخله درمانی برای آنها انجام نگرفت. بلافاصله بعد از اتمام جلسات درمانی و همچنین در یک دوره پیگیری کوتاه‌مدت یک ماهه، بار دیگر هر سه گروه به آزمون سردرد میگرن پاسخ دادند.

مداخلات

درمان شناختی- رفتاری

در مطالعه حاضر، جهت بررسی تأثیر درمان شناختی- رفتاری بر سردرد میگرن از تکنیک‌های شناختی - رفتاری معرفی شده توسط برنرز (۱۳۷۰) استفاده شد.

جلسه اول: ابتدا آزمون سردرد میگردن اجرا گردید. شرکت کنندگان اطلاعاتی در مورد فراوانی و شدت سردردشان دادند.

جلسه دوم: توضیحاتی در مورد سردرد میگردن، رژیم غذایی و تأثیرات محیطی (آموزش کنترل محرک) داده شد.

جلسه سوم: تمرینات مربوط به تکنیک‌های آرامش عضلانی آموزش داده شد. شرکت کنندگان نحوه ایجاد خودآرامی عضلانی را تمرین کردند.

جلسه چهارم تا هفتم: شرکت کنندگان اطلاعاتی در مورد افکار خودآیند منفی، تأثیر این افکار بر حالات بیوشیمیایی مغز، نحوه کنترل اضطراب و نحوه توقف این افکار و جایگزین کردن افکار منطقی به جای افکار خودآیند منفی را تمرین کردند.

جلسه هشتم: در مورد تأثیر جلسات بحث شد و پس از آزمون اجرا گردید و شرکت کنندگان خواسته شد یک ماه بعد نیز برای ارزیابی مجدد مراجعه کنند.

گشتالت درمانی

در مطالعه حاضر از روش‌های اصلی گشتالت درمانی که توسط یونگ (۲۰۰۲) و جویس و سیلز (۱۳۸۸) معرفی شدند استفاده شد.

جلسه اول: ابتدا آزمون سردرد میگردن اجرا گردید. شرکت کنندگان اطلاعاتی در مورد فراوانی و شدت سردردشان دادند. توضیحاتی در مورد سردرد میگردن داده شد و در نهایت قرارداد توافق بین شرکت کنندگان و درمانگر بسته شد.

جلسه دوم: بنابر تعالیم مکتب پرلز، محیط آرامی برای شرکت کنندگان ایجاد شد تا بر اینجا و اکنون تمرکز کنند. از آنها خواسته شد تا بر سردردشان و همراهی آن با انقباض عضلات صورت تمرکز کنند و این انقباضات را تشدید کرده و از دریافت‌های حسی و حرکتی در هر گام آگاهی پیدا کرده و در مورد آن صحبت کنند و بر کنترل آن اقدام نمایند.

جلسه سوم و چهارم: توسط تکنیک صندلی داغ به باورها و ترس‌های شرکت‌کنندگان که در طول دوران رشد از والدین دریافت کردند، پرداخته شد. برخی از مراجعان از تجربیات دوران کودکی و مشاهده مشاگره والدین صحبت کردند.

جلسه پنجم و ششم: توسط تکنیک صندلی خالی از شرکت‌کنندگان خواسته شد تا با شخصی که در زندگی حال و گذشته او موجب ناراحتی او شده، بدون سانسور کلمات با او صحبت کرده و احساسات و ناراحتی‌هایش را از او بیان کند.

جلسه هفتم: از شرکت‌کنندگان خواسته شد تا صحنه‌هایی از زندگی گذشته را جسم کرده و با تصویرسازی جزئیات را تغییر دهند.

جلسه هشتم: در مورد تاثیر جلسات بحث شد و پس‌آزمون اجرا گردید و شرکت‌کنندگان خواسته شد یک ماه بعد نیز برای ارزیابی مجدد مراجعه کنند.

گروه کنترل

جهت رعایت اخلاقیات و تشکر از گروه کنترل به علت دو بار پاسخگویی به آزمون بعد از اتمام مداخلات، به گروه کنترل تمرینات مربوط به آرامش عضلانی آموزش داده شد.

نتایج با استفاده از آزمون‌های آماری توصیفی و استنباطی از جمله تحلیل واریانس یک‌راهه و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر تحلیل گردیدند.

ابزارهای اندازه‌گیری

در مطالعه حاضر جهت تشخیص سردرد میگرن از مصاحبه بالینی توسط متخصص مغز و اعصاب (نویسنده سوم) و از پرسشنامه سنجش علائم سردرد میگرن در دانشجویان استفاده شد.

پرسشنامه سنجش علائم سردرد میگرن در دانشجویان: این پرسشنامه یک مقیاس ۲۵ سوالی است که به وسیله تحلیل عوامل نجاریان (به نقل از ابوالقاسمی و ساعدی، ۱۳۸۹) در یک نمونه ۳۸۲ نفری از دانشجویان دانشگاه‌های شهید چمران و آزاد اسلامی

واحد اهواز تهیه و اعتباریابی شده است. ماده‌های اولیه آن بر اساس متون روان‌شناسی و پزشکی تهیه گردیده است. ماده‌های این مقیاس بر اساس لیکرت چهار درجه‌ای از هرگز تا اغلب اوقات نمره گذاری می‌شود. نجاریان ضریب پایایی این پرسش‌نامه را با روش بازآزمایی برای کل آزمودنی‌ها $r=0/80$ تعیین کرد. همسانی درونی آزمون توسط ضریب آلفای کرونباخ برای کل نمونه $0/91$ ، آزمودنی‌های دختر $0/81$ و آزمودنی‌های پسر $0/89$ گزارش شده است. ابوالقاسمی و ساعدی (۱۳۸۹) آلفای کرونباخ آزمون سنجش علائم سردرد میگرن را برای کل پرسشنامه $0/78$ گزارش کردند. در مطالعه اسدنیاء، سپهریان آذر، موسی‌الرضایی‌اقدم و سعادت‌مند (۱۳۹۱) ضریب پایایی آزمون بر روی یک نمونه 280 نفری $0/873$ گزارش شده است. ضریب پایایی آزمون در مطالعه حاضر $0/766$ به دست آمد.

یافته‌ها

برای تحلیل داده‌ها و مقایسه گروه‌های درمان شناختی - رفتاری، گشتالت درمانی و گروه کنترل در میزان سردرد میگرن آزمودنی‌ها بعد از مداخله درمانی و جهت کنترل اثر پیش آزمون از آزمون تحلیل کواریانس استفاده شد.

جدول (۱) پیش فرض‌های تحلیل کواریانس مقایسه شیب گروه‌های آزمایش و کنترل در نمرات سردرد میگرن

منبع تغییر	MS	df	F	P	ETA
گروه	۰/۶۰۲	۲	۲/۰۴۶	۰/۱۶۴	۰/۲۱۴
پیش‌آزمون	۱/۸۲۹	۱	۶/۲۱۳	۰/۰۲۵	۰/۲۹۳
اثر متقابل	۰/۰۲۰	۲	۰/۰۹۶	۰/۹۳۳	۰/۰۹
خطا	۰/۲۹۴	۱۵			

جدول ۱ تحلیل مقدماتی برای ارزیابی همگنی بین شیب‌ها را نشان می‌دهد که اثر متقابل بین متغیر کوارینت و عامل معنادار نمی‌باشد ($P=0/933$, $MS=0/294$)

$F(2,15) = 0.069$. بنابراین با فرض همگنی شیب‌ها تحلیل کواریانس دنبال شد که نتایج در جدول ۲ شماره آمده است.

جدول ۲ نتایج تحلیل کواریانس را نشان می‌دهد.

جدول (۲) خلاصه نتایج تحلیل کواریانس برای مقایسه شیب گروه‌های مورد مطالعه

ETA	P	F	df	MS	منبع تغییر
۰/۲۹۱	۰/۰۱	۶/۹۷۴	۱	۱/۸۲۹	هم متغیر (پیش آزمون)
۰/۵۸۳	۰/۰۰۱	۱۱/۸۶۰	۲	۳/۱۱۰	گروه‌ها
			۱۷	۲/۲۶۲	خطا

باتوجه به نتایج به دست آمده در جدول ۲، کواریانس ($0.583 = p$) ضریب آتا $p = 0.001$ ، شدت ارتباط بین دخالت‌های درمانی و متغیر وابسته زیاد بوده و همانگونه که مجذور آتا نشان می‌دهد که درمان شناختی رفتاری و گشتالت درمانی موجب ۵۹ درصد تغییرات در سردرد میگرنی شده است، که با توجه به نظر کوهن (به نقل از پالانت، ۱۳۸۹) که ایتای بیشتر از ۰/۱۴ را تأثیر خوبی می‌داند، مجذور آتا ۵۹ درصد به دست آمده نشان می‌دهد که سردرد میگرن دانشجویان دختر که در جلسات درمان شناختی رفتاری و گشتالت درمانی شرکت کرده‌اند در مقایسه با گروه کنترل که چنین تجربه‌ای نداشتند، به‌طور معناداری بهبود یافته است.

جهت مقایسه نمرات سردرد دانشجویان دختر گروه گشتالت درمانی و شناختی- رفتاری در قبل از مداخله، بلافاصله بعد از مداخله و دوره پیگیری، با توجه به برقراری شرط کرویت از آزمون آماری تحلیل واریانس یکراهه با اندازه گیری‌های مکرر استفاده شد.

یافته‌های توصیفی در سه بار اجرا در جدول شماره ۲ آمده است. اثر معنی‌داری برای زمان در دو گروه آزمایشی وجود داشت (جدول شماره ۳).

معنادار می‌باشد ولی تفاوت بین فاصله زمانی دوم و سوم ($P=0/142$ ، $MD=3/43$) معنادار نیست.

یافته‌ها برای گروه کنترل، $0/68=$ لامبدای ویلکز، $F(2,18) = 1/196$ ، $P=0/376$ ، $0/33=$ مجذور آتای تفکیکی چندمتغیری، می‌باشد؛ بنابراین در دوره‌های مختلف زمانی از لحاظ آماری در نمره‌های سردرد می‌گرن در گروه کنترل تفاوت معناداری وجود ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به توضیحات و بررسی‌های مختصری که در مورد رویکردهای مداخله برای کاهش سردرد می‌گرن ارائه شد می‌توان چنین نتیجه گرفت که ما اکنون صاحب راهبردهای کمکی نسبتاً موثر در این زمینه هستیم. امروزه می‌توان از مداخلات روانشناختی از جمله راهبردهای گشتالت و شناختی- رفتاری به تنهایی یا همراه با درمان‌های دارویی برای کاهش سردردهای می‌گرنی استفاده کرد. یافته‌های حاصل از مطالعه حاضر با برخی دیگر از مطالعات در این زمینه همسو می‌باشد که در ادامه به آنها اشاره شده است. نیکلسون (۲۰۱۰) نقش روانشناس را در سردرد مطالعه کرد، یافته‌های او حاکی از آن بود که درمان شناختی- رفتاری می‌تواند تأثیرات معنی‌داری بر کاهش و مدیریت سردرد داشته باشد. سجادی‌نژاد و همکاران (۱۳۸۷) نتیجه گرفتند که شیوه درمان شناختی- رفتاری می‌تواند به عنوان شیوه‌ای مستقل یا در کنار سایر شیوه‌های درمانی مانند دارودرمانی در درمان متغیرهای جانبی سردرد تنشی و می‌گرن مانند افسردگی و ناتوانی ناشی از سردرد سودمند باشد. نیکلسون (۲۰۱۰) معتقد است که در درمان‌های رفتاری برای کاهش سردرد، بیماران در مورد کنترل و تشخیص به موقع شروع سردرد و در نتیجه کنترل آن آموزش می‌بینند، زیرا برخی هنگام رویارویی با مشکلات دچار اضطراب و سردرد می‌شوند که می‌تواند ناتوان‌کننده باشد؛ بنابراین تغییر در سبک زندگی بیمار از مولفه‌های کلیدی در درمان سردرد بیماران است. آندراسیک (۲۰۰۴) اثربخشی درمان‌های رفتاری (آموزش آرامش عضلانی، پسخوراندن زیستی و درمان شناختی رفتاری) را برای مدیریت سردرد می‌گرن در کودکان و بزرگسالان مورد بازنگری قرار داد.

فرا تحلیل و گزارش‌های مبتنی بر شواهد او نشان داد که این سه رویکرد در درمان و مدیریت سردرد میگرنی ارزش قابل توجهی داشته و کاربرد آن چه در شکل فردی و چه در شکل گروهی اثر بخشی یکسانی دارند، ولی امیدوارکننده‌ترین نتایج زمانی است که این سه نوع تکنیک به صورت ترکیبی به کار برده شود. نیچلسون، بوس، آندراسیک و لیتون (۲۰۱۱) نشان دادند که درمان با آموزش آرامش عضلانی تا ۵۰ درصد فراوانی هردو نوع سردرد تنشی و میگرن را در ۴۳ الی ۵۵ درصد افرادی که آن را تجربه کرده بودند، کاهش داد. اسدینا، سپهریان آذر و موسی‌الرضایی (۱۳۸۹) به این نتیجه رسیدند که گشتالت درمانگری در بهبود کیفیت خواب افراد مبتلا به سردردهای تنشی مفید است. یافته‌های حاصل در این مطالعه نشان داد که مداخلات روانشناختی تأثیر معناداری بر کاهش سردردهای میگرنی دختران دانشجو داشته است و این تأثیر تا یک ماه بعد از مداخلات نیز پایدار بوده است. این یافته با نتایج ریچاردسون و مک گرات^۱ (۲۰۰۵) همسو می‌باشد، آنها نشان دادند که درمان شناختی رفتاری کاهش معنی‌داری در فراوانی و مدت سردرد میگرن ایجاد کرده و این مقدار کاهش در ۶ ماه بعد از درمان نیز پایدار بوده است. نتایج مطالعه ابوالقاسمی و ساعدی (۱۳۸۹) حاکی از کارآمد بودن روش تنش‌زدایی تدریجی همراه با پسخوراند زیستی و تصویرسازی ذهنی در کاهش اضطراب و سردرد بیماران مبتلا به میگرن بود. آنها گزارش کردند که روش تنش‌زدایی تدریجی همراه با پسخوراند زیستی نسبت به تصویرسازی ذهنی در کاهش اضطراب و سردرد نمونه‌های مورد مطالعه آنها موثرتر بود و این برتری در دوره پیگیری کوتاه‌مدت نیز ادامه داشت.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت با توجه به اینکه یکی از مهم‌ترین دلایل بروز حملات میگرن، انقباض شریان‌های داخلی و سپس اتساع شریان‌های خارج جمجمه‌ای بر اثر اضطراب و استرس است. لذا شیوه‌های گشتالت‌درمانی و شناختی - رفتاری می‌توانند در کاهش اضطراب و سطح تنیدگی فرد در کنترل میگرن موثر باشند. در واقع فرض کلی در شیوه‌های درمانی بکار رفته در این پژوهش این است که افراد می‌توانند به‌نحوی

1- Recharadson & McGrath

هشیارانه یاد بگیرند که راحت‌تر، آرام‌تر و تواناتر برای مقابله با اضطراب و سردرد ناشی از آن آماده شوند. افکار خودآیند منفی را شناسایی و کنترل کنند، اطلاعات دقیق و مفیدی در مورد تنش ماهیچه‌های پیشانی و همچنین ماهیچه‌های صاف جداره رگ‌های خونی منطقه گیجگاهی کسب نمایند، گشتالت‌های ناتمام را کامل کنند و بدین وسیله به مقابله مؤثر با مشکل خود بپردازند. همچنین روش‌های نامبرده در درمان سردرد میگرن نسبت به دارودرمانی از آن جهت مفید و موثر می‌باشد که بیمار را با معنای درد، کیفیت و شدت و همچنین عوامل راه‌انداز سردرد آشنا می‌سازد و افراد با توجه به درک روشن خود از این متغیرها و آگاهی از توانایی خود در مدیریت سردرد، کنترل بهتری بر آن داشته باشد. در کل می‌توان گفت نتایج حاصله از این تحقیق همگام با پژوهش‌های فوق که در سطح بین‌المللی انجام پذیرفته است، بیانگر تاثیر مثبت و مفید روش‌های غیردارویی گشتالت و شناختی - رفتاری است. این پژوهش درمان‌های روانشناختی را برای سردرد میگرن، اختلالی که زمانی گمان می‌رفت درمان آن تنها به کمک دارو امکان‌پذیر است، مطرح کرده است.

در مورد محدودیت‌های این مطالعه می‌توان گفت که مطالعات مربوط به تاثیر گشتالت درمانی بر سردرد اندک بود، لذا امکان مقایسه نتایج با سایر مطالعات در فرهنگ ایران وجود نداشت. مطالعه تنها بر روی دختران اجرا شد، لذا عدم تعمیم نتایج به پسران وجود ندارد. خودگزارشی بودن ابزار مورد استفاده و کم بودن تعداد آزمودنی‌ها در گروه‌های مورد مطالعه نیز از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌باشند. علی‌رغم محدودیت‌های ذکر شده با عنایت به نتایج تحقیق پیشنهاد می‌شود که روش‌های درمانی در مطالعه حاضر با روش‌های دیگر مقایسه شود؛ و همچنین روش‌ها به صورت ترکیبی اجرا شوند تا اثربخشی آنها نسبت به روش‌های دیگر بهتر روشن شود. مطالعه مشابهی بر روی پسران نیز اجرا شود تا تأثیر روش‌های مورد مطالعه در هر دو جنس باهم مقایسه شود.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله: ۱۳۹۱/۰۴/۱۱

تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله: ۱۳۹۱/۱۰/۰۵

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۰۲/۲۱

References

منابع

- ابوالقاسمی، شهنام؛ ساعدی، سارا (۱۳۸۹). مقایسه اثربخشی دارودرمانی، تصویرسازی ذهنی و تنش‌زدایی تدریجی همراه با پسخوراند زیستی بر سردرد بیماران مبتلا به میگرن شهر اهواز، یافته‌های نو در روانشناسی، دوره ۵، شماره ۱۶، صص ۹۹-۱۱۲.
- اسدنیای، سعید؛ سپهریان آذر، فیروزه؛ موسی‌الرضایی‌اقدام، آرش (۱۳۸۹). تأثیر گشتالت‌درمانی بر کیفیت خواب افراد با سردردهای تنشی، مقالات سومین کنگره انجمن روانشناسی ایران، مجله روانشناسی معاصر، دوره پنجم، صص ۵۸-۶۰.
- اسدنیای، سعید؛ سپهریان آذر، فیروزه؛ موسی‌الرضایی‌اقدام، آرش و سعادت‌مند، سعید (۱۳۹۱). مقایسه کیفیت خواب و سردردهای میگرنی در افراد با خواب مناسب و نامناسب، مجله پزشکی ارومیه، دوره ۲۳، شماره ۷، صص ۵۰۶-۷۹۹.
- برنرز، دیوید (۱۳۷۰). از حال بد به حال خوب، ترجمه مهدی قرچه داغی، تهران: انتشارات آراین کار.
- بالانت، جولی (۱۳۸۹). تحلیل داده‌های علوم رفتاری با برنامه SPSS، [ترجمه اکبر رضایی] تبریز: انتشارات فروزش، صص ۳۱۰.
- سجادی‌نژاد، مرضیه‌السادات؛ محمدی، نورالله؛ تقوی، محمدرضا؛ اشجع‌زاده، ناهید (۱۳۸۷). تأثیر گروه درمانی شناختی - رفتاری بر افسردگی و احساس ناتوانی ناشی از سردرد در بیماران مبتلا به میگرن و سردرد تنشی، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، شماره ۴، صص ۴۱۱-۴۱۸.
- شفیع‌آبادی، عبدالله؛ ناصری، غلامرضا (۱۳۷۵). نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی، تهران: انتشارات نشر دانشگاهی، صص ۱۸۱-۲۱۴.
- صدوقی، مجید؛ نوری، ابوالقاسم؛ کجباف، محمداقرا؛ عکاشه، گودرز؛ مولوی، حسین (۱۳۸۷). آیا آموزش تنش‌زدایی تدریجی می‌تواند سردرد تنشی مزمن را کاهش دهد؟ فصلنامه روانشناسان ایرانی، سال پنجم، شماره ۱۸، صص ۱۴۹-۱۵۷.
- قایقران، امیررضا؛ دهنادی مقدم، انوش و صدیقی مقدم، پریسا (۱۳۸۶). بررسی آگاهی معلمان مقاطع سه‌گانه رشت نسبت به سردرد میگرن، مجله دانشکده پزشکی گیلان، دوره ۱۶، ربال شماره ۶۱، صص ۵۱-۵۹.

نریمانی، محمد؛ ابوالقاسمی، عباس (۱۳۸۴). آزمون‌های روانی، انتشارات جهاد دانشگاهی محقق اردبیلی، صص ۱۲۱-۱۲۴.

یالوم، اروین (۱۳۹۰). روان‌درمانی اگزستانسیال، ترجمه: سپیده حبیب، تهران: انتشارات نشرنی.

یوسفی، ناصر؛ اعتمادی، عذرا؛ بهرامی، فاطمه؛ فاتحی‌زاده، مریم‌السادات؛ احمدی، سیداحمد؛ ماورانی، عبدالعزیز؛ عیسی‌نژاد، امید؛ بطلانی، سعیده (۱۳۸۸). اثربخشی معنا درمانگری و گشتالت درمانگری در درمان اضطراب، افسردگی و پرخاشگری، فصلنامه روانشناسان ایرانی، شماره ۱۹، صص ۲۵۱-۲۵۹.

- Alberti, A. (2006). Headache and Sleep, *Sleep Medicine Reviews*.3, p: 1-7.
- Andrasik, F. (2004). Behavioral Treatment of Migraine: Current Status and Future Directions, *Journal of Expert Rev Neurother*.4, 403-413.
- Brandes, J.L. (2007). The Migraine Cycle: Patient Burden of Migraine during and Between Migraine Attacks, *Journal of Headache*; 48,430-441.
- Bronfort, G., Assendelft W., Evans, R., Haas, M & Bouter, L. (2001). Efficacy of Spinal Manipulation for Chronic Headache: A Systematic Review, *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, 7, 457-466.
- Clegg, K.A. (2010). Some Gestalt Contributions to Psychiatry, *Journal of Psychiatric Practice*, Volume 16- Issue 4- pp. 250-252.
- Geldard, K. & Geldard, D. (2010). Counseling Young People Using Gestalt Therapy and Psychodrama, *Journal of Psychiatric Practic*,12-14.
- Heckman, D., Holroyd, A.O'Donnell, F. Tietjen, G. Utley, C. Stillman, L. & Ellis, G. (2008). Rae Differences in Adherence to Headache Treatment Appointments in Persons with Headache Disorders, *Journal of The National Medical Association*, 2, 247-255.
- Lipckik, G. & Nash, M. (2002). Cognitive-Behavioral Issues in the Treatment and Management of Chronic Daily Headache, *Journal of Current Pain and Headache Respects*, 6, 473-479.
- Martin, P.R. (2009). Behavioral Management of Migraine Headache Triggers: Learning to Cope with Triggers, *Journal of Current Pain & Headache Report*. 14: 221-227.

-
- McAnulty, D.P., Rappaport N.B., Waggoner C., Brantley P.G., Barkemeyer C. & McKenzie S.J. (1986). Psychopathology in Volunteers for Headache Research: Initial Versus Later Respondents, *The Journal of Headache and Face Pain*, Vol 26, Issue 1. P 37-38; Article first Published Online: 22 JUN 2005.
- Melnick, J. & Fall, M. (2008). A Gestalt Approach to Group Supervision, *Journal of Counselor Education & Supervision*.48, 48-60.
- Nicholson, R.A. (2010). Chronic Headache: The Role of the Psychologist, *Journal of Current Pain & Headache Report*.14, 47-54.
- Nicholson, R.A., Buse, D.C., Andrasik, F. & Lipton, R.B. (2011). Nonpharmacologic Treatments for Migraine and Tension- Type Headache: How to Choose and When to Use. *Journal of Current Treatment Options in Neurology*.13, 28-40.
- Paivio, S.C. & Greenberg, L.S. (1995). Resolving "Unfinished Business": Efficacy of Experiential Therapy Using Empty-chair Dialogues, *Journal of Consulting & Clinical Psychology*.63: 419-425.
- Penzien, D., Rains, J. & Andrasik, F. (2002). Behavioral Management of Recurrent Headache: Three Decades of Experience and Empiricism, *Journal of Applied Psychophysiology and Biofeedback*. 27, 164-171.
- Reichardson, G., & McGrath, P. (2005). Cognitive-Behavioral Therapy for Migraine Headache: A Minimal Therapist-Contact Approach versus a Clinical-Based Approach, *The Journal of Head and Face Pain*. 29, 352-357.
- Russell M.B., Rasmussen B.K., Thorvaldsen P. & Olesen J. (2012). Prevalence and Sex-Ratio of the Subtypes of Migraine, *International Journal of Epidemiology*, Vol 24, 3, Pp. 612-618.
- Sozan, P., Lumley, A., M. Krakoff & C.Dooley, Y. (2008) .Relaxation Training and Written Emotional Disclosure for Tension or Migraine Headaches: A Randomized, Controlled Trial, *Journal of the Society of Behavioral Medicine*. 36, 21-31.
- Tønnesvang, J.; Sommer, U.; Hammink, J.; & Sonne, M. (2010). Gestalt Therapy and Cognitive Therapy, Contrasts or Complementarities? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, Vol 47(4), 586-602.
-

- VanStraten A., Cuijpers P. (2009). Self-help Therapy for Insomnia, *Sleep Med Rev.*; 13 (1):61-71.
- Wilson P.H., Spence S.H. & Kavanagh D.J. (1989). *Cognitive-Behavioral Interviewing for Adult Disorders: A Practical Handbook*, Baltimore, MD, US: The Johns Hopkins University Press, P. 76.
- Yontef, G. (2002). The Relational Attitude in Gestalt, Therapy Theory and Practice, *International Gestalt Journal*, 25, 15-34.
- Zimberoff, D. & Hartman, D. (2003). Gestalt Therapy and Heart-Centered Therapies, *Journal of Heart-Centered Therapies*, 6, Pp. 93-104.