

تأثیر گروه درمانگری شناختی- رفتاری بر ادراک عوامل استرس زا در بیماران مبتلا به سردردهای عودکننده

مرضیه سادات سجادی نژاد*، دکتر نوراله محمدی**، دکتر ناهید اشجع زاده***

*کارشناس ارشد روانشناسی بالینی- دانشگاه شیراز، **دانشیار گروه روانشناسی بالینی- دانشگاه شیراز، ***استادیار گروه نورولوژی- دانشگاه علوم پزشکی شیراز.

تاریخ دریافت: ۱۳۸۷/۱۰/۲۴ تاریخ تایید: ۱۳۸۷/۱۱/۲

چکیده:

زمینه و هدف: یک حادثه برای همه به یک اندازه، استرس زا نیست. ادراک فرد است که میزان استرس زا بودن آن رویداد را تعیین می کند. افراد مبتلا به سردرد در ارزیابی خود از رویدادها دچار مشکل هستند. این مطالعه با هدف بررسی اثر گروه درمانگری شناختی- رفتاری بر ادراک فراوانی عوامل استرس زا و ادراک ناخوشایند از این عوامل در افراد مبتلا به سردردهای عودکننده انجام شد.

روش بررسی: در این مطالعه نیمه تجربی از بین کلیه دانشجویان دختر دانشگاه شیراز، ۲۰ نفر بر اساس مصاحبه تشخیصی و تشخیص نورولوژیست، به عنوان بیمار مبتلا به میگرن و سردرد تنشی (گروه بیمار) انتخاب شدند. همچنین ۳۲ نفر از دانشجویان که از لحاظ رشته و دامنه سنی با گروه بیمار مشابه بودند، به عنوان گروه عادی (فاقد سردرد) انتخاب شدند. هر دو گروه به پرسشنامه عوامل استرس زا پاسخ دادند و در متغیرهای ادراک ناخوشایند از عوامل استرس زا و ادراک فراوانی عوامل استرس زا، مورد مقایسه قرار گرفتند. در بخش دوم پژوهش، گروه بیماران، به مدت ۹ هفته، هفته ای یک جلسه ۹۰ دقیقه ای در گروه شرکت کردند. آنها در طول دوره درمان در سه موقعیت پیش آزمون، میان آزمون (هفته پنجم) و پس آزمون (هفته نهم) مورد سنجش قرار گرفتند. داده ها به کمک آزمون های آماری t مستقل و آنالیز واریانس تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها: ادراک ناخوشایند از استرس ها و ادراک فراوانی عوامل استرس زا در گروه مبتلا به سردرد بیشتر از افراد عادی بود ($P < 0/001$). گروه درمانی شناختی- رفتاری به طور معنی داری به تغییر ادراک ناخوشایند عوامل استرس زا و کاهش تعداد عوامل استرس زای ادراک شده، در افراد مبتلا به سردرد متهی گردید ($P < 0/001$).

نتیجه گیری: گروه درمانگری شناختی- رفتاری، نقش مهمی در مهار سردرد دارد و ادراک بیماران مبتلا به سردرد را نسبت به خطرناک بودن عوامل استرس زا، تغییر می دهد.

واژه های کلیدی: ادراک ناخوشایند استرس ها، سردردهای عودکننده، گروه درمانگری شناختی- رفتاری، عوامل استرس زا.

مقدمه:

جسمانی ممکن است در معرض آسیب ناشی از استرس بوده و بیماری هایی مانند، مشکلات قلبی- عروقی، تنفسی، گوارشی، سیستم ایمنی، پوستی یا سردرد، در فرد بروز کند (۲).

سردرد یکی از شایع ترین بیماری هاست که استرس در شکل گیری و گسترش آن نقش مهمی ایفا می کند. نتایج تحقیقات نشان داده است که بیش از ۹۰ درصد مردم، حداقل یک روز در سال، سردرد را

استرس یک پدیده روان شناختی است که سلامت جسمانی افراد را تهدید می کند و تقریباً در شکل گیری بیماری می تواند نقش مهمی داشته باشد (۱).

استرس علاوه بر ماهیت روانی- اجتماعی، واجد همبسته های فیزیولوژیکی نیز هست. تحمل استرس و وجود سطحی از آسیب پذیری جسمانی و ژنتیک، فرد را نسبت به اختلالات روان تنی مستعدتر می سازد. در این صورت، هر یک از اعضا و سیستم های

تجربه می کنند (۳).

فراوان ترین سردردها در دو گروه عمده میگرن و سردردهای تنشی با عنوان سردردهای عودکننده (Recurrent Headaches) متمایز می شوند (۵،۴). با این وجود، استرس یکی از مهمترین عوامل ایجادکننده و تشدیدکننده این گونه سردردها محسوب می شود. گزارش های بیماران نیز بیانگر این است که آنها چند روز قبل از آغاز سردرد یا همزمان با آن، استرس بیشتری تحمل کرده اند (۷،۶).

با توجه به استنادات و تحقیقات علمی در حوزه سردرد، تفسیرهای متفاوتی از شیوه اثرگذاری استرس بر وجود سردرد ارایه شده است. در ابتدا محققان بر این باور بودند که افراد مبتلا به سردرد در مقایسه با افراد عادی، عوامل استرس زای بیشتری تجربه می کنند. اما نتایج تحقیقات بعدی نشان داد که بین بیماران مبتلا به سردرد و افراد عادی، از لحاظ تعداد عوامل استرس زا، تفاوت معنی داری وجود ندارد، بلکه تفاوت این دو گروه در این است که بیماران مبتلا به سردرد، هر گونه رویدادی را، استرس زا و فاجعه بار تلقی می کنند (۸،۹). سردرد حساسیت فرد را نسبت به رویدادها بالا می برد و نهایتاً به ادراک آن رویداد به عنوان منبع استرس منتهی می گردد. در این شرایط، فرد مبتلا به سردرد به راحتی نمی تواند از مهارت های مقابله ای خود استفاده کند و منابع استرس را مهار نماید. در این خصوص، نتایج تحقیقات نشان داده است که تفسیر غلط از رویدادها، بیش از فراوانی و شدت رویدادها تعیین کننده است. به عبارت دیگر، خطرناکی و عدم مهارپذیری یک واقعه در زندگی، به شیوه ادراک فرد از آن واقعه بستگی دارد (۱۰). همچنین نتایج تحقیقات نشان داده که استرس با شیوه مقابله با سردرد رابطه دارد و سردردها به ویژه سردردهای مزمن، در تبدیل رویدادهای عادی به عامل استرس زایی که فرد باید آن را تحمل کند نقش مهمی ایفا می کنند (۱۱). در این صورت، تعداد منابع استرس زا که فرد را تهدید می کنند افزایش می یابد.

با توجه به نقش مؤثر عوامل روانشناختی، به ویژه استرس در ایجاد و تشدید سردرد، از اواخر دهه ۱۹۷۰ درمان روانشناختی سردرد، به عنوان یکی از مهمترین درمان های رسمی و استاندارد مورد توجه جدی قرار گرفت (۴). یکی از مهمترین روش های مداخله روانشناختی در حوزه سردردهای عودکننده، مداخله شناختی- رفتاری است. در این روش درمانی، بیماران به نقش شناخت ها در ادراک منابع استرس پی می برند. علاوه بر این، با آموزش مهارت های مدیریت استرس، درد و حل موقعیت های مساله دار سعی می گردد، حس خود-کارآمدی در بیمار تقویت شود. در این روش درمانی، دید و نگرش بیمار نسبت به رویدادهای زندگی و استرس های ناشی از آن، تغییر می یابد. نتایج تحقیقات متعددی نیز اثربخشی این روش درمانی را بر سردرد نشان دادند (۱۲،۱۳،۱۴).

در سال های اخیر، به منظور صرفه جویی اقتصادی و زمانی، مداخله شناختی- رفتاری، به شکل گروهی مورد استفاده قرار گرفته و در تحقیقات متعدد اثربخشی گروه درمانگری شناختی- رفتاری بر سردرد نیز مورد تایید قرار گرفته است (۱۵،۱۶). مداخله های شناختی- رفتاری در حوزه سردرد، اهداف متعددی را دنبال می کنند که شامل: ۱) شناسایی موقعیت های استرس زای مرتبط با سردرد و به کارگیری راهبردهای مؤثرتر برای مقابله با این گونه استرس ها. ۲) مقابله مؤثر با احساس درد و آشفتگی های همراه با حملات سردرد. ۳) محدود سازی و مهار پیامدهای روانشناختی منفی سردرد، مانند افسردگی و احساس ناتوانایی.

در یک موقعیت گروه درمانی که در آن اعتماد به دیگران و بحث در باره مسایل زندگی شخصی و عاطفی در حضور دیگران لازم است، دستیابی به مهارت های مهار استرس و سردرد، به راحتی امکانپذیر است. بنابراین، نیاز جامعه مبتلا به سردرد به روش های درمانی اثربخش تر، ضرورت انجام این تحقیق را برجسته می سازد. هدف این تحقیق، بررسی اثر گروه درمانگری شناختی- رفتاری بر شیوه ادراک

مقیاس ادراک فراوانی عوامل استرس زا، ۰/۸۸ و برای زیر مقیاس ادراک ناخوشایند از این عوامل، ۰/۸۴ گزارش کرده اند. روایی این پرسشنامه نیز از طریق محاسبه همبستگی بین نمرات زیر مقیاس ادراک فراوانی و زیر مقیاس ادراک ناخوشایند از عوامل، ۰/۷۵ محاسبه شده است (۱۷).

یک مصاحبه نیمه ساختار یافته است که مشکل را در ۱۷ بخش به شکل تحلیل رفتاری ارزیابی می کند (۱۸). در این مصاحبه، حوادث مقدم بر سردرد، دوره های کاهش یا تشدید سردرد و حوادث همراه با آن، توصیف پدید آیی مشکل، پیامدهای سردرد، نفع ثانوی احتمالی یا تقویت های احتمالی، سردرد نزدیکان، خلاصه شرح حال روانی و بالاخره سلامت جسمانی بیمار، ارزیابی می شوند. میزان توافق تشخیصی بین نتیجه این فرم و نظر نورولوژیست ۸۶/۴٪ گزارش شده که بر اساس ضریب کاپا معنی دار است (۱۸). لطفعلی زاده نیز پایایی و روایی ملاکی بین ارزیابان این فرم را تایید کرده است (۱۹).

در این مطالعه نیمه تجربی با استفاده از فرم سابقه سردرد و مصاحبه تشخیصی از بین دانشجویان دختر شاکلی از سردرد که به بخش روانشناسی بالینی دانشگاه شیراز مراجعه کردند، گروهی به عنوان بیمار مبتلا به میگرن و سردرد تنشی مشخص شدند. این تشخیص اولیه توسط دانشجوی کارشناس ارشد روانشناسی بالینی انجام شد. در مرحله بعد، این بیماران به نورولوژیست (درمانگاه مطهری دانشگاه علوم پزشکی شیراز) ارجاع شدند و تشخیص نهایی و نوع سردرد آنها مورد تایید قرار گرفت. در این پژوهش، شرکت کنندگان ۲۸ نفر دانشجوی دختر با دامنه سنی بین ۱۸-۲۵ سال بودند که بر اساس ملاک های تشخیصی انجمن بین المللی سردرد (International Headache Society=IHS) ضوابط تشخیصی مبتلا به میگرن یا سردرد تنشی داشتند. در نهایت، با توجه به افت آزمودنی ها، در پایان جلسات درمان، حجم نمونه به ۲۰ نفر رسید. گروه عادی نیز شامل نمونه ای به حجم ۳۲ نفر از دانشجویان دختر دانشگاه شیراز بود که از لحاظ سال ورود، رشته و سن با گروه بیمار شبیه بودند. این گروه به منظور مقایسه با گروه مبتلا به سردرد، از لحاظ ادراک فراوانی عوامل استرس زا و ادراک ناخوشایند از این عوامل، انتخاب شد.

این برنامه درمانی در سه گروه، به مدت ۹ هفته، هفته ای یک جلسه ۹۰ دقیقه ای اجرا شد. بیماران در ۳ نوبت، جلسات اول (پیش آزمون)، پنجم (میان آزمون) و نهم درمان (پس آزمون) به پرسشنامه عوامل استرس زای روزمره، پاسخ دادند. در هر جلسه گروه درمانگری، ابتدا تکالیف برون گروهی اعضای گروه مورد بررسی و تحلیل قرار می گرفت و هر یک از اعضای گروه نظر و احساس خود را در مورد انجام تکالیف منزل، بیان می کردند. سپس، اهداف و مؤلفه های درمانی هر جلسه، به اعضای گروه آموزش داده می شد. در نهایت، با استفاده از تکنیک های تمرین رفتاری، ایفای نقش و

فرآوانی عوامل استرس زا و ادراک ناخوشایند از این عوامل، در افراد مبتلا به سردردهای عودکننده بود. هر چند پیش از شروع درمان، تفاوت ادراک فراوانی عوامل استرس زا و ادراک ناخوشایند از این عوامل، بین افراد مبتلا به سردردهای عودکننده و افراد عادی، نیز مورد بررسی قرار گرفت.

روش بررسی:

در این مطالعه نیمه تجربی با استفاده از فرم سابقه سردرد و مصاحبه تشخیصی از بین دانشجویان دختر شاکلی از سردرد که به بخش روانشناسی بالینی دانشگاه شیراز مراجعه کردند، گروهی به عنوان بیمار مبتلا به میگرن و سردرد تنشی مشخص شدند. این تشخیص اولیه توسط دانشجوی کارشناس ارشد روانشناسی بالینی انجام شد. در مرحله بعد، این بیماران به نورولوژیست (درمانگاه مطهری دانشگاه علوم پزشکی شیراز) ارجاع شدند و تشخیص نهایی و نوع سردرد آنها مورد تایید قرار گرفت. در این پژوهش، شرکت کنندگان ۲۸ نفر دانشجوی دختر با دامنه سنی بین ۱۸-۲۵ سال بودند که بر اساس ملاک های تشخیصی انجمن بین المللی سردرد (International Headache Society=IHS) ضوابط تشخیصی مبتلا به میگرن یا سردرد تنشی داشتند. در نهایت، با توجه به افت آزمودنی ها، در پایان جلسات درمان، حجم نمونه به ۲۰ نفر رسید. گروه عادی نیز شامل نمونه ای به حجم ۳۲ نفر از دانشجویان دختر دانشگاه شیراز بود که از لحاظ سال ورود، رشته و سن با گروه بیمار شبیه بودند. این گروه به منظور مقایسه با گروه مبتلا به سردرد، از لحاظ ادراک فراوانی عوامل استرس زا و ادراک ناخوشایند از این عوامل، انتخاب شد.

این پرسشنامه

شامل ۶۴ سؤال است که ابتدا وجود یا عدم وجود عوامل استرس زای روزمره را مشخص می کند، سپس ادراک فراوانی و ادراک ناخوشایند از عوامل استرس زا را بر اساس یک مقیاس ۴ درجه ای نشان می دهد. آقامحمدیان و همکاران اعتبار این ابزار را برای زیر

یافته ها:

میانگین گروه مبتلا به سردرد عود کننده نسبت به میانگین گروه افراد عادی در دو متغیر ادراک فراوانی و ادراک ناخوشایند از عوامل استرس زا، بطور معنی داری بیشتر بود به طوری که میانگین ادراک فراوانی در گروه سردرد و بهنجار به ترتیب $87/85 \pm 24/66$ و $54/34 \pm 18/11$ و میانگین ادراک ناخوشایند از عوامل استرس زا به ترتیب در گروه سردرد و هنجار $91/46 \pm 28/17$ و $57/96 \pm 19/26$ به دست آمد ($P < 0/001$).

نتایج آزمون تکرار سنجش، متغیر ادراک فراوانی عوامل استرس زا، حاکی از تاثیر برنامه درمانی، بین موقعیت های پیش آزمون، میان آزمون و پس آزمون بود ($P < 0/001$) که میزان تاثیر متغیر مستقل را بر متغیر وابسته نشان می دهد، به استناد نظر Pallant تاثیر درمان بر ادراک فراوانی عوامل استرس زا روزمره است (۲۸).

نتایج آزمون تعقیبی مقایسه ای جفتی نشان داد تفاوت بین همه موقعیت های پیش آزمون - میان آزمون و پس آزمون (۲۶/۵)، میان آزمون - پس آزمون (۱۱/۴۵) و پیش آزمون - پس آزمون (۳۷/۹۵) متغیر ادراک فراوانی عوامل استرس زا معنی دار بود ($P < 0/05$) (جدول شماره ۱).

نتایج آزمون تکرار سنجش، متغیر ادراک ناخوشایند از عوامل استرس زا، حاکی از تاثیر برنامه درمانی، بین موقعیت های پیش آزمون، میان آزمون و پس آزمون بود ($P < 0/001$) که نشانگر تاثیر قابل توجه دوره درمان بر این شاخص است. نتایج آزمون تعقیبی مقایسه ای جفتی برای تعیین تفاوت در موقعیت های پیش آزمون، میان آزمون و آزمون نهایی نشان داد که تفاوت موقعیت های پیش آزمون با میان آزمون و پیش آزمون با پس آزمون معنی دار است ($P < 0/001$). اما تفاوت موقعیت میان آزمون با پس آزمون معنی دار نیست. در مجموع، ادراک ناخوشایندی عوامل استرس زا در طول درمان از پیش آزمون تا پس آزمون کاهش معنی داری داشت (جدول شماره ۱).

پسخوراند مؤلفه های درمان مورد نظر، به بحث و تمرین گذاشته می شد. در مجموع ۲۵-۲۰ دقیقه پایانی هر جلسه، به آموزش تن آرامی اختصاص داشت.

در این پژوهش، برنامه درمان شناختی - رفتاری سردرد با استناد به برنامه کنترل شناختی - رفتاری سردردهای عود کننده Lipchick و همکاران تنظیم شد. در این برنامه، روی سه مؤلفه های اصلی درمان، آموزش تن آرامی، آموزش مدیریت استرس و کنترل درد متمرکز شده است (۲۱).

آموزش تن آرامی که وضعیتی در تضاد با حالت تنش و تیدگی به وجود می آورد (۲۲)، به شیوه عضلانی پیشرونده آموزش داده شد. آموزش با تنفس شکمی، انقباض و انبساط ۱۶ گروه عضلانی شروع شد، در مرحله بعد، ۱۶ گروه به ۷ گروه و سپس به ۴ گروه عضلانی تقلیل پیدا کرد (۲۳، ۲۴).

آموزش مدیریت استرس نیز با توصیف مؤلفه های استرس (شناختی، رفتاری و عاطفی)، نقش استرس در ایجاد و تشدید دوره های سردرد و نقش شناخت های شخص در ایجاد استرس آغاز شد. سپس خطاهای شناختی، افکار خودکار و باورهای ناکارآمد معرفی شدند و شیوه های مقابله با آنها نیز در گروه، مورد بحث و بررسی قرار گرفت. در ادامه، مهارت های مقابله شناختی و رفتاری، مثل حل مساله، رفتارهای ابراز وجود، راهکارهای تقویت عزت نفس و مهارت های مدیریت زمان، آموزش داده شد (۲۵، ۲۶). در این دوره به آزمون های، راهبردها و مهارت های کنترل درد نیز آموزش داده شد. راهبردهای دیگری مانند مهار توجه و انحراف توجه از درد، تصویرسازی ذهنی، بازسازی تفسیر درد و فاجعه زدایی از افکار مربوط به درد، از اجزا و اهداف برنامه درمانی بودند (۲۱، ۲۷).

داده های به دست آمده با استفاده از آزمون های آماری t مستقل و t زوجی و آزمون تعقیبی (آنالیز واریانس) تجزیه و تحلیل شدند.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار ادراک عوامل استرس زا و ادراک ناخوشایند از این عوامل در طول دوره درمان

متغیر	شاخص	
	پیش آزمون	میان آزمون
ادراک فراوانی عوامل استرس زا	۲۴/۱۸±۷۷/۴۰	۱۹/۸۹±۵۰/۹۰
ادراک ناخوشایند از عوامل استرس زا	۲۳/۱۵±۸۹/۳۵	۲۹/۵۶±۵۷/۸۵
	پس آزمون	پس آزمون
	۱۷/۰۷±۳۹/۴۵	۲۸/۰۳±۴۹/۵۰

$P < 0/001$ بین پیش آزمون با پس آزمون و میان آزمون در هر دو متغیر، $P < 0/01$ بین میان آزمون و پس آزمون در ادراک فراوانی عوامل استرس زا، $P > 0/05$ بین میان آزمون و پس آزمون در ادراک ناخوشایند از عوامل استرس زا، پیش آزمون: جلسه اول، میان آزمون: هفته پنجم، پس آزمون: پس از مداخله (جلسه نهم)، داده ها بر اساس "انحراف معیار میانگین" می باشد.

بحث:

سردرد، بیش از افراد عادی است. علت این مساله، خطای شناختی فاجعه سازی (Catastrofizing) است. بنابراین، علاوه بر تلقی کردن یک رویداد به عنوان منبع استرس، میزان ادراک ناخوشایند از آن عامل نیز مهم به نظر می رسد. در این خصوص، Mueller معتقد است نه تنها فراوانی عوامل استرس زا در زندگی افراد مبتلا به سردرد بیش از افراد بهنجار است، بلکه آنها این وقایع را ناخوشایند و فاجعه آمیز تلقی می کنند (۹).

یافته سوم این تحقیق، نشان داد که اثر درمانی برنامه شناختی- رفتاری بر ادراک فراوانی و ادراک ناخوشایندی منابع استرس زا، معنی دار است. همچنین مقایسه میانگین موقعیت ها در آزمون مقایسه های جفتی نشان داد که تفاوت بین همه موقعیت های پیش آزمون/ میان آزمون، میان آزمون / پس آزمون و پیش آزمون/ پس آزمون معنی دار است و ادراک فراوانی این عوامل در طول دوره درمانی از پیش آزمون تا میان آزمون و سپس تا پس آزمون سیر نزولی داشته است. واقعیت این است که عوامل استرس زا به طور طبیعی در زندگی همه افراد حضور دارند و همه افراد روزانه با آنها دست و پنجه نرم می کنند. در طول دوره درمان نیز این گونه عوامل استرس زا از زندگی بیماران حذف نشده اند. این یافته نشان می دهد که در طول دوره درمان، با تغییر ادراک بیماران مبتلا به سردرد، این عوامل به عنوان منبع استرس زا ادراک نمی شوند. درمان شناختی- رفتاری از

نخستین یافته این تحقیق حاکی از این بود که ادراک فراوانی عوامل استرس زا، در افراد مبتلا به سردرد، بیشتر از افراد بهنجار است. این یافته با تحقیقات Tobin و همکاران (۱۵)، Levor و همکاران (۲۹)، Davis و همکاران (۶)، Marlowe (۳۰) همسو است. در واقع، نقش استرس به عنوان یکی از مهمترین عوامل راه انداز سردردهای تنشی و میگرن از مدت ها قبل در پژوهش های متعددی تایید شده است. نتایج پاره ای از تحقیقات (۶) نشان دادند که فراوانی منابع استرس زا در زندگی افراد مبتلا به سردرد، بیش از افراد بهنجار است و نتایج برخی دیگر تحقیقات (۹،۸) نشان دادند که تعداد منابع استرس زا در زندگی افراد مبتلا به سردرد بیشتر نیست، بلکه شیوه ارزیابی این افراد از این عوامل با افراد بهنجار متفاوت است. این مساله در چارچوب ارزیابی اولیه (Primary appraisal) قابل توجیه است (۱۰). افراد مبتلا به سردرد در مرحله ارزیابی اولیه، اکثر موقعیت ها را تهدید آمیز تلقی می کنند. البته وجود خطاهای شناختی در این افراد نیز بیانگر این است که در مرتبه ارزیابی ثانویه نیز برآورد ناچیزی از توانمندی ها و مهارت های خود دارند. در این صورت، شدت و بزرگی عامل استرس زا را فراتر از حد توان خود برآورد می کنند (۲۶).

دومین یافته این پژوهش نشان داد که ادراک ناخوشایند از عوامل استرس زا، در افراد مبتلا به

شناخت درمانی و تعدیل خطاهای شناختی متمرکز بود و آثار این تمرکز را در معنی دار شدن تفاوت میانگین های پیش آزمون با میان آزمون می توان مشاهده کرد. اما در جلسات درمانی از میان آزمون تا پس آزمون بر شناخت درمانی تاکید نمی شد و تمرکز جلسات آموزش راهبردهای مقابله ای در قالب رفتاری بود. بنابراین معنی دار نشدن تفاوت موقعیت های میان آزمون، پس آزمون به خاطر تاکید کمتر بر خطاهای شناختی و نحوه ادراک و دید فرد در موقعیت ها بوده است.

در مجموع، این پژوهش یک برنامه گروه درمانگری مؤثر را برای سردرد، اختلالی که زمانی تصور می شد درمان آن تنها به شیوه های زیستی و از طریق دارو امکانپذیر بوده، آزمایش کرد. با این همه، می توان گفت که این برنامه درمانی به تغییر ادراک بیماران از منابع استرس، کمک کرده است. تغییری که در نهایت، به بهبودی و کاهش سردرد و افزایش کارکرد روانی، شغلی، تحصیلی و افزایش کیفیت زندگی منتهی می شود. بنابراین، مراکز درمان روان شناختی و اعصاب و روان می توانند با استفاده از این برنامه درمانی به صورت مستقل و یا در ترکیب با روش های درمانی زیستی، نقش مؤثری در مهار سردرد و مشکلات جنبی آن داشته باشند.

نتیجه گیری:

گروه درمانگری شناختی- رفتاری، نقش مهمی در مهار سردرد دارد و ادراک بیماران مبتلا به سردرد را نسبت به خطرناک بودن عوامل استرس زا، تغییر می دهد.

تشکر و قدردانی:

از جناب آقای دکتر رحیمی مسئول محترم مرکز مشاوره دانشگاه شیراز که با ارایه رهنمود نویسندگان را یاری نمودند تشکر و قدردانی می گردد.

یک سو با تعدیل کردن خطاهای شناختی افراد و از سوی دیگر با آموزش راهبردهای حل مساله، ابراز وجود، مدیریت زمان و تقویت اعتماد به نفس، به تقویت راهبردهای مقابله ای آزمودنی ها کمک می کند. بدین ترتیب این برنامه درمانی به بهسازی ارزیابی اولیه و ثانویه کمک کرده است که این با نتایج تحقیق Tobin و همکاران (۱۵) همخوانی دارد.

مقایسه میانگین موقعیت ها در آزمون مقایسه های جفتی نشان داد که تفاوت موقعیت های پیش آزمون با میان آزمون و پیش آزمون با پس آزمون معنی دار بوده، اما تفاوت موقعیت های میان آزمون و پس آزمون معنی دار نبوده است. ادراک ناخوشایندی عوامل استرس زا نیز، مانند فراوانی این عوامل به نحوه ادراک و دید فرد برمی گردد. این که فرد تا چه میزان موقعیتی را ناخوشایند تلقی کند، بخشی به ارزیابی اولیه و بخشی به ارزیابی ثانویه بر می گردد. زیرا در ارزیابی اولیه فقط تهدید آمیز بودن یا نبودن موقعیت مطرح می شود و زمانی که در ارزیابی ثانویه فرد، امکانات و توانایی های خود برای مقابله با موقعیت را ناچیز تلقی کند، تهدید آمیز بودن موقعیت برای وی محرزتر شده و آن موقعیت را ناخوشایندتر می داند. بنابراین، در مورد این عامل نیز درمان شناختی- رفتاری در تغییر ارزیابی های اولیه و ثانویه مؤثر بوده و به کاهش ادراک ناخوشایند منابع استرس منتهی شده است. اما معنی دار نشدن تفاوت میانگین ها بین موقعیت های میان آزمون و پس آزمون به ساختار و اهداف جلسات درمانی بر می گردد. در ادراک ناخوشایندی عوامل استرس زا بیشتر از فراوانی این عوامل، خطاهای شناختی دخیل هستند. زیرا فرد با خطاهای شناختی خود موقعیت را تهدید آمیزتر از حد واقعی تلقی می کند و نیز امکانات و توانایی های خود برای مقابله با تهدید را کمتر از حد واقعی می داند. ساختار جلسات درمانی، به گونه ای بود که از پیش آزمون تا میان آزمون تمرکز جلسات بر

منابع:

1. Sadock, B, Sadock V. Psychiatric summarize behavioral science-clinical psychiatry. Translated to Persian by: Poorafkari N. Tehran: Shahr-Ashoob Pub; 1382. p: 534-6.
2. Stuart GW, Laraia MT. Sturat and sundeen's pocket guide to psychiatric nursing. 4th ed. Philadelphia: Mosby. 1998; p: 60-2.
3. Gatchel R, Blanchard EB. Psychophysiological disorders. Washington: American Psychological Association. 1997; 111.
4. Gauthier JG, Ivers H, Carrier S. Nonpharmacological approaches in the management of recurrent headache disorders and their comparison and combination with pharmacotherapy. Clin Psychol Rev. 1996; 16(6); 543-71.
5. Penzien DB, Holroyd KA. Psychosocial interventions in the management of recurrent headache disorders: description of treatment techniques. Behav Med. 1994 Summer; 20(2): 64-73.
6. Davis PA, Holm JE, Myers TC, Suda KT. Stress, headache, and physiological dysregulation: a time-series analysis of stress in the laboratory. Headache. 1998 Feb; 38(2): 116-21.
7. Spierings EL, Ranke AH, Honkoop PC. Precipitating and aggravating factors of migraine versus tension-type headache. Headache. 2001 Jun; 41(6): 554-8.
8. Fernandez E, Sheffield J. Relative contributions of life events versus daily hassles to the frequency and intensity of headaches. Headache. 1996 Nov-Dec; 36(10): 595-602.
9. Mueller L. Tension-type, the forgotten headache: how to recognize this common but undertreated condition. Postgrad Med. 2002 Apr; 111(4): 25-6, 31-2, 37-8.
10. Powell TG, Enright SG. Stress, Anxiety and coping strategies. Translated to Persian by: Bakhshipoor Roodsary A, Saboory Moghadam H. Mashhad: Astan Ghods Razavi Pub. 2001. p: 35-7.
11. Andrasik F, Passchier J. Psychological mechanisms of tension-type headache. In: Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch KMA. The Headaches. Philadelphia: Lippicott Wilkins. 2000; 627-31.
12. Blanchard EB. Psychological treatment of benign headache disorders. J Consult Clin Psychol. 1992 Aug; 60(4): 537-51.
13. Richardson GM, McGrath PJ. Cognitive-behavioral therapy for migraine headaches: a minimal-therapist-contact approach versus a clinic-based approach. Headache. 1989 Jun; 29(6): 352-7.
14. Holroyd KA, O'Donnell FJ, Stensland M, Lipchik GL, Cordingley GE, Carlson BW. Management of chronic tension-type headache with tricyclic antidepressant medication, stress management therapy, and their combination: a randomized controlled trial. JAMA. 2001 May; 285(17): 2208-15.
15. Holroyd KA, Andrasik F. Coping and the self-control of chronic tension headache. J Consult Clin Psychol. 1978 Oct; 46(5): 1036-45.
16. Tobin DL, Holroyd KA, Baker A, Reynolds RV, Holm JE. Development and clinical trial of a minimal contact, cognitive-behavioral treatment for tension headache. Cognit Ther Res. 1988; 12(4): 325-39.
17. Aghamohammadian H, Oladi F, Noormohammadi L. [Comparative investigation of minor hassles and coping strategies with them in mal and female students. J Psychol. 1999; 3(2): 164-73.]Persian
18. Blanchard EB, Andrasik F. Management of chronic headaches: a psychological approach. Elmsford. NY: Pergamon Press; 1985. p: 81-5.
19. Lotfalizadeh M. [Biofeedback training for tension headache: the therapist role in treatment, postgraduate thesis. Tehran: Iran Med Sci Univ Pub. 1991. p: 78-98.]Persian