

مقایسه میزان اثر بخشی آموزش ایمن سازی در مقابل استرس (SIT) و

دارو درمانی در سردرد های تنشیه مزمن

دکتر پرویز مولوی^۱، حسین محمدنیا^۲، روح الله عرب^۳، اکبر عطادخت^۳

^۱ نویسنده مسئول: استادیار روان پزشکی گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل E-mail: p.molavi@yahoo.com

^۲ دانشجوی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل ^۳ مربی روان شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خلخال

چکیده

زمینه و هدف: سردرد تنشیه یکی از شایعترین سردردهایی است که میلیونها نفر از آن رنج می برند. درمانهای مختلفی برای مقابله با سردرد تنشیه مورد استفاده قرار گرفته است. سردردهای تنشیه اغلب به درمان غیر دارویی خوب جواب می دهند. هدف از این پژوهش مقایسه میزان کارآمدی و اثربخشی دو رویکرد درمانی ایمن سازی در مقابل استرس (SIT) (stress Inoculation Training) و دارو درمانی در درمان سردردهای تنشیه می باشد.

روش کار: مطالعه از نوع مورد شاهده بوده و تعداد ۳۰ نفر از بیمارانی که در طی ماه های خرداد و تیر ۱۳۸۲ با شکایت سردرد تنشیه مزمن به درمانگاه نورولوژی بیمارستان علوی و نیز مطبهای خصوصی مراجعه کرده بودند به طور تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل وارد مطالعه شدند. بیماران شرکت کننده در گروه اول، تحت آموزش ایمن سازی در مقابل استرس و آزمودنی های گروه دوم نیز تحت دارو درمانی قرار گرفتند. آزمودنی های گروه سوم به عنوان گروه کنترل تلقی شده و هیچ مداخله ای دریافت نکردند. شاخص های سردرد (فراوانی، شدت و مدت سردرد) برای کل آزمودنی ها، در سه مرحله زمانی پیش از درمان، پس از درمان و پی گیری یک ماهه، با استفاده از ابزار روزنگار سردرد، مورد ارزیابی واقع گردیدند. داده های جمع آوری شده با استفاده از روش های آمار استنباطی، تحلیل واریانس یک طرفه و مقایسه های زوجی LSD تجزیه و تحلیل گردید.

یافته ها: نتایج بدست آمده از آنالیز واریانس یک طرفه نشان داد که در درمان سردردهای تنشیه مزمن هر دو روش مورد مطالعه یعنی روش ایمن سازی در مقابل استرس و دارو درمانی موثر هستند ولی مقایسه این دو گروه نشان داد که گروه تحت آموزش ایمن سازی، از لحاظ میزان تاثیر بر روی کاهش شاخص مدت زمان دوام علایم سردرد با گروه تحت دارو درمانی با گروه کنترل تفاوت معنی داری دارد ($p < 0/05$) ولی از لحاظ شاخص های مربوط به فراوانی و شدت سردرد بین این دو گروه تفاوت معنی داری وجود ندارد.

نتیجه گیری: این مطالعه نشان داد که میزان اثربخشی آموزش ایمن سازی در مقابل استرس نسبت به دارو درمانی، در درمان سردردهای تنشیه در کاهش مدت زمان دوام علایم سردرد بیشتر است.

واژه های کلیدی: سردرد تنشیه مزمن، درمان دارویی، آموزش ایمن سازی

پذیرش: ۸۵/۸/۶

دریافت: ۸۴/۱۱/۱۱

فرد با استرس است. اگر نحوه مقابله فرد با استرس کارساز باشد، هیچ صدمه ای از استرس متوجه فرد نخواهد شد ولی در صورت ناتوانی برای کنار آمدن با موقعیت های استرس زا، فرد با پیامدهای روانشناختی و فیزیولوژیکی مانند اضطراب، افسردگی، افزایش فشار

مقدمه

هر انسانی در زندگی روزمره خود در معرض انواع فشارهای روانی قرار می گیرد که این فشارها بهداشت روانی و جسمی او را تهدید می کند اما آنچه در این میان فوق العاده مهم است، نحوه مقابله و کنار آمدن

به وجود آمده است که به ویژه در پیشگیری و کاهش علایم مرتبط با استرس موثر می باشد [۱۰].

روش ایمن سازی در مقابل استرس^۷ تلاش در جهت بکارگیری روش های شناختی- رفتاری در کنترل استرس و پاسخ به آن در افراد مختلف است. SIT بر مبنای به بکارگیری روشی بر پایه مواجهه با شرایط استرس زا در فرد و تلقیح وی در آینده به منظور مقابله وی با چنین فاکتورهای استرس زایی بنا نهاده شده است [۱۲،۱۱].

SIT دارای ۳ فاز است. فاز اول که مرحله تصور کردن Conceptualization phase است. بین بیمار و فرد درمانگر تلاش مشترک در جهت شناخت طبیعت و تأثیر استرس و نقش آن بر سلامت بیمار آغاز می شود. سعی می شود که به بیمار به روش حل مسأله problems- to- be-solved کمک شود موقعیتها و عکس العملهایی را که در بیمار استرس ایجاد می کنند شناسایی و عملکردهایی که توانایی مقابله با این شرایط را دارد به او معرفی می کنند. بیمار در این مرحله فرا می گیرد که چگونه موقعیتهای استرس زا را به اهدافی کوتاه مدت و بلند مدت تبدیل سازد [۱۳].

در فاز دوم که فاز کسب مهارتها skills acquisition and rehearsal می باشد به بیمار آموخته می شود که داشته های فاز قبل را در مواقع استرس زا تمرین کند و سعی نماید که تسلط کافی برای بکارگیری آن ها پیدا کند [۱۵،۱۴].

در فاز سوم که فاز بکارگیری مهارتها application and follow through می باشد. بیمار مهارتهای خود را برای افزایش توانایی خود در مقابله با هر گونه استرس و همچنین استرس های قویتر بکار می گیرد. بیمار می تواند مهارتها را به افراد دارای مشکلات مشابه نیز آموزش دهد [۱۶].

SIT به صورت فردی، زوج و یا در گروههای کوچک و بزرگ آموزش داده می شود. طول مدت آموزش متفاوت و از ۲۰ دقیقه برای کاهش استرس بیماران بعد از عمل جراحی تا ۴۰ دقیقه در هفته متفاوت است. این روش می تواند به روش های منقسم

خون و ضربان قلب و از این طریق با انواع اختلالات جسمی و روان تنی مانند سردرد روبرو خواهد شد [۱]. بنابراین یکی از اختلالات روان تنی که ارتباط تنگاتنگی با استرس و فشارهای روانی دارد، سردرد است. سردرد یکی از معمولترین تجربه های شخصی در جوامع غربی است. مشکلات اجتماعی و اقتصادی ناشی از سردرد قابل توجه است [۲-۴]. اکثر تحقیقات و گزارشات منتشر شده میزان شیوع سردرد را بالای ۶۰٪ گزارش کرده اند [۵-۹].

بطوریکه این بیماری علت مراجعه حدود ۱۸/۳ میلیون نفر به پزشک را در هر سال در ایالات متحده تشکیل داده و دومین درد مزمن شایع در ایالات متحده محسوب می شود. براساس تحقیقات انجام شده، سردردهای تنشی بسیار شایع تر از دیگر انواع سردردها می باشد. راسموسن^۱، جنسن^۲، اسکروول^۳ و اولسن^۴ (۱۹۹۱) با استفاده از ملاک های تشخیصی انجمن بین المللی سردرد دریافتند که شیوع تمام عمر برای سردرد تنشی مزمن یا سردرد موردی، ۷۸٪ برای مردان و زنان می باشد [۶].

درمانهای دارویی اغلب غیر موثرند و لذا باعث مراجعات مکرر این افراد به پزشکان مختلف می شود و اغلب نیز برای این بیماران درمانهای ترکیبی و رویکردهای مختلفی در نظر گرفته می شود. از جمله این موارد می توان به رویکرد روان پویایی، درمان های دارویی، درمان های شناختی، و درمان های رفتاری اشاره کرد. اخیراً هم تکنیک های شناختی- رفتاری در پی نارضایتی های حاصل از اثربخشی رفتار درمانی محض مطرح شده است. از جمله این تکنیک ها می توان به روش آموزش ایمن سازی در مقابل استرس (SIT) اشاره کرد که توسط مایکن بام^۵ مطرح شده است. SIT همانند ایمن سازی پزشکی، به منظور تشکیل پادتن های روانشناختی یا مهارت های مقابله با استرس

¹ Rasmussen

² Jensen

³ Schroll

⁴ Olsen

⁵ Michenbam

⁶ Stress Inoculation Training

⁷ Stress Inoculation Training

تا ۱۵ جلسه نیز انجام شود و در پی آن با دوره های تکراری ۳ تا ۱۲ ماهه پی گیری شود. (۱۷)

متاسفانه مطالعه ای که به بررسی اپیدمیولوژی سردردها در ایران پرداخته، وجود ندارد ولی با توجه به شرایط موجود ایران، می توان ارقام مذکور در مورد اپیدمیولوژی سردرد در جهان را به طور تقریبی به ایران نیز تعمیم داد. ظاهراً منابع مالی قابل ملاحظه ای نیز صرف مداوا با سردردهای مختلف می شود. براساس مطالعات، تخمین می زنند که بیش از ۱۵۰ میلیون روزکاری که معادل ۳ بلیون دلار محسوب می شود، بخاطر سردرد از دست می رود [۶].

روشن است که اگر با فرض میزان شیوع یکسان سردرد در ایران و سایر کشورها، برآوردهای مربوط به خسارت مالی ناشی از سردرد در جهان را به ایران نیز تعمیم دهیم، ارقامی نجومی بدست می آید. بنابراین بی توجه ماندن به این همه مخارج و بی اهمیت تلقی کردن این مورد، غفلیت بس بزرگ محسوب می شود. لذا با توجه به اهمیت این موضوع پژوهش حاضر به بررسی میزان اثر بخشی آموزش ایمن سازی در مقابل استرس در درمان سردردهای تنشی مزمن و مقایسه آن با میزان اثربخشی دارو درمانی در بیماران مبتلا به سردرد تنشی مزمن در شهرستان اردبیل پرداخته است.

روش کار

این مطالعه یک مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی بود. روش مورد استفاده در این پژوهش، آزمایشی از نوع پیش آزمون و پس آزمون چند گروهی است. جامعه آماری شامل کلیه بیمارانی می باشد که مبتلا به سردرد تنشی مزمن بوده و در ماههای خرداد و تیر ۱۳۸۲ به درمانگاه نورولوژی بیمارستان علوی اردبیل و مطبهای تخصصی روانپزشکی مراجعه کرده بودند. از بین این مراجعه کنندگان با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی ساده، تعداد ۳۰ نفر انتخاب شد و به صورت تصادفی در قالب سه گروه ۱۰ نفری (گروه

تحت SIT، گروه تحت دارو درمانی و گروه کنترل) قرار گرفتند.

بیماران مراجعه کننده به مطبهای تخصصی روانپزشکی و بیماران ارسال شده از درمانگاه نورولوژی (که از سوی متخصص نورولوژی دارای تشخیص اولیه سردرد تنشی مزمن بودند) با استفاده از معیارهای انجمن بین المللی سردرد، International Headache Society (IHS) و با تشخیص روانپزشک در گروه سردرد تنشی مزمن قرار گرفتند. معیارهای خروج شامل تشخیص سردرد ناشی از استفاده بیش از حد از مسکن براساس معیارهای IHS، استفاده اخیر از هر نوع پروفیلاکسی دارویی جهت سردرد، استفاده اخیر روان درمانی، حاملگی اخیر یا درخواست حاملگی، وجود سردرد میگرنی بیشتر از یک روز در ماه، وجود اختلالات درد (مانند آرتراپتیس)، مشکلات روانی (مانند خطر خودکشی، هر گونه سابقه روانپزشکی و ...) وجود هر گونه اختلال و مشکل پزشکی که نیازمند درمان فوری باشد و در نهایت اضطراب بود [۱۸،۶].

از بیمارانی که تشخیص نهایی سردرد تنشی داشتند تعداد ۳۰ بیمار به روش تصادفی ساده در قالب ۳ گروه ۱۰ نفری تقسیم شدند. این ۳۰ نفر از لحاظ متغیرهای زمینه ای مانند ترکیب سنی، جنسی با یکدیگر جور شدند.

در گروه اول دارو درمانی ۵۰mg آمی تریپتیلین شبها به مدت ۶ ماه تجویز شد. گروه SIT به مدت ۶ ماه تحت درمان و پیگیری بودند. گروه کنترل هیچگونه درمان یا مداخله ای را دریافت نمی کرد [۲۳-۱۸].

ابزار مورد استفاده برای جمع آوری داده ها، پرسشنامه روزنگار سردرد^۱ بود. این پرسشنامه برای ارزیابی سردرد، در طول ۲۴ ساعت شبانه روز به کار می رود. از این پرسشنامه اندازه های مربوط به سه شاخص سردرد، یعنی فراوانی وقوع سردرد، شدت سردرد و نیز مدت زمان دوام علائم سردرد بدست می آید. جهت آنالیز داده های جمع آوری شده از

^۱ Headache diary

روش های استنباطی تحلیل واریانس یک طرفه و آزمون مقایسه های زوجی LSD استفاده شد.

یافته ها

نتایج حاصل در ارتباط با هدف اول پژوهش یعنی مقایسه میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه های آزمایشی SIT، دارو درمانی و کنترل، از لحاظ شاخص فراوانی نتایج نشان داد که عضویت گروهی در مرحله پس از درمان به عنوان یک متغیر مستقل بر روی میانگین دفعات کاهش سردرد در مرحله پس از درمان نسبت به مرحله پیش از درمان تاثیر زیادی دارد.

ضریب اتای بدست آمده نیز حاکی از آن بود که ۷۱٪ تفاوت واریانس نمرات، مربوط به عضویت گروهی است. بدین ترتیب نتیجه گرفته می شود که بین گروه های سه گانه از نظر میزان کاهش دفعات وقوع سردرد، تفاوت معنی داری وجود دارد (جدول ۱).

نتایج حاصل از انجام مقایسه های زوجی با استفاده از آزمون LSD نشان داد که میزان تفاوت میانگین نمرات ناشی از کاهش فراوانی سردرد در بین دو گروه درمانی دارای سطح معنی داری نمی باشد.

ولی بین دو گروه SIT و کنترل و نیز بین دو گروه دارو درمانی و کنترل با ۹۹ درصد اطمینان تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < 0.001$).

در مورد هدف دوم یعنی مقایسه میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه های سه گانه از نظر شاخص شدت وقوع سردرد نتایج نشان داد که عضویت گروهی را می توان به عنوان یک متغیر مستقل، در کاهش شدت سردرد در مرحله پس از درمان موثر دانست (جدول ۲).

داده های حاصل از مقایسه های زوجی بین گروه ها با استفاده از آزمون LSD نشان داد که بین دو گروه دارو درمانی و گروه تحت SIT تفاوت معنی داری وجود ندارد ($p < 0.05$).

جدول ۱. خلاصه نتایج مربوط به مقایسه سه گروه آزمایشی از نظر دفعات وقوع سردرد در مرحله پیش از درمان نسبت به مرحله پس از درمان

| منابع تغییر | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | ضریب F | سطح معنی داری | میزان تاثیر | توان آماری |
|--------------------|---------------|------------|-----------------|--------|---------------|-------------|------------|
| تغییرات بین گروهی | ۲۵۹/۵۳۹ | ۲ | ۱۲۹/۷۶۹ | ۲۵/۶۳ | ۰/۰۰۰ | ۰/۷۱ | ۱ |
| تغییرات درون گروهی | ۱۰۶/۳۳۱ | ۲۱ | ۵/۰۶۳ | | | | |
| تغییرات کل | ۹۹۱ | ۳۰ | | | | | |

جدول ۲. خلاصه نتایج مربوط به مقایسه سه گروه آزمایشی از نظر شدت وقوع سردرد در مرحله پیش از درمان نسبت به مرحله پس از درمان

| منابع تغییر | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | ضریب F | سطح معنی داری | میزان تاثیر | توان آماری |
|--------------------|---------------|------------|-----------------|--------|---------------|-------------|------------|
| تغییرات بین گروهی | ۱/۷۱ | ۲ | ۰/۸۶ | ۴/۰۲ | ۰/۰۳۳ | ۰/۲۷۷ | ۰/۶۵۳ |
| تغییرات درون گروهی | ۴/۴۷ | ۲۱ | ۰/۲۱۳ | | | | |
| تغییرات کل | ۹/۵۷ | ۳۰ | | | | | |

جدول ۳. خلاصه نتایج مربوط به مقایسه سه گروه آزمایشی از نظر مدت زمان دوام علایم سردرد در مرحله پیش از درمان نسبت به مرحله پس از درمان

| منابع تغییر | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | ضریب F | سطح معنی داری | میزان تاثیر | توان آماری |
|--------------------|---------------|------------|-----------------|--------|---------------|-------------|------------|
| تغییرات بین گروهی | ۴۸۸۶۴/۳۵ | ۲ | ۲۴۴۳۲/۱۸ | ۳/۹۷ | ۰/۰۳۵ | ۰/۲۴۷ | ۰/۶۴۶ |
| تغییرات درون گروهی | ۱۲۹۲۸۷/۹۷ | ۲۱ | ۶۱۵۶/۵۷۰ | | | | |
| تغییرات کل | ۳۴۸۵۰۰ | ۳۰ | | | | | |

می کند و در دهه های بعدی زندگی نیز این کاهش تداوم می یابد [۵].

تاکنون درمانهای مختلفی برای مقابله با سردرد تنشی مورد استفاده قرار گرفته است. این رویکردهای درمانی در حالت کلی به دو نوع عمده تقسیم می شوند: دسته اول رویکردهای دارویی هستند که به وفور از آنها استفاده می شود. داروهای مسکن قابل تجویز بدون نسخه (مانند آسپرین، استامینوفن، ایبوپروفن، ناپروکسن)، مسکنهای خواب آور، شل کنندههای عضلات، بنزودیازپین ها از جمله این داروها محسوب می شوند. دسته دوم نیز درمانهای غیر دارویی هستند. طبق تحقیقات انجام یافته، سردردهای تنشی اغلب به درمانهای غیر دارویی بهتر جواب می دهند [۲۴، ۲۳، ۱۹، ۱۸]. از جمله درمان های غیر دارویی مورد استفاده برای درمان سردرد تنشی می توان به آموزش (دادن اطلاعاتی در مورد سردرد به بیمار مبتلا به سردرد توسط متخصص)، آموزش پسخوراند زیستی، آموزش تن آرامی، آموزش مهارت های مقابله ای و غیره اشاره کرد.

SIT یک روش شناختی-رفتاری است که برای کاهش استرس های موجود به کار برده شده است. در پژوهش های مختلف نشان داده شده است که این روش می تواند در کاهش میزان سردرد مفید باشد. کینیث^۱ و همکاران نشان دادند که این روش می تواند با کاهش در میزان بروز، شدت و تعداد دوره های سردرد در درمان سردرد به کار گرفته شود [۱۷]. هر چند که در پژوهشهای متفاوت نتایج مختلفی در مقایسه این روش و روشهای دارو درمانی به دست آمده است [۲۰-۱۸]. به هر حال قایثیر^۲ و اریز^۳ (۱۹۹۶) در بازنگری که بر مقالات پژوهش در این زمینه داشته اند. صراحتاً اعلام می کنند که مقایسه های انجام شده بین درمانهای دارویی و غیردارویی در بزرگسالان به ندرت اثرات متمایزی از خود نشان داده است، اما در کودکان رویکرد غیردارویی نتایج بهتری به بار آمده است [۵]

اما بین دو گروه دارو درمانی و کنترل و نیز بین دو گروه SIT و کنترل تفاوت معنی دار وجود دارد ($p < 0.05$).

در مورد هدف سوم یعنی مقایسه میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروههای مورد مطالعه از نظر شاخص مدت زمان دوام علایم سردرد، نتایج نشان داد که عضویت گروهی به عنوان یک متغیر مستقل روی متوسط میزان سردرد از زمان خط پایه تا ارزیابی پس از درمان تاثیر داشته و این تاثیرگذاری در سطح ۹۵٪ معنی داری می باشد ($p < 0.05$). به عبارت دیگر بین گروه های آزمایشی مورد مطالعه از نظر میزان تغییرات در مدت زمان دوام علایم سردرد، تفاوت معنی داری وجود دارد و با توجه به ضریب اتای محاسبه شده می توان ادعا نمود که ۲۴ درصد تفاوت بین گروهها ناشی از عضویت گروهی می باشد (جدول شماره ۳).

نتایج آزمون LSD نیز حاکی از آن بود که تفاوت میانگین نمرات دو گروه SIT و دارو درمانی از نظر میزان کاهش در مدت زمان دوام سردرد، معنی دار نبوده است. میزان تفاوت میانگین دو گروه SIT و کنترل نشانگر آن است که بین این دو گروه از لحاظ میزان کاهش در مدت زمان دوام علایم سردرد تفاوت معنی وجود دارد ($p < 0.05$) و از این دو گروه، گروه SIT حائز بیشترین کاهش در مدت زمان دوام علایم می باشد و بالاخره اختلاف میانگین دو گروه دارو درمانی و کنترل از نظر میزان کاهش در مدت زمان دوام علایم سردرد بیانگر آن است که بین این دو گروه از نظر میزان کاهش در مدت زمان دوام علایم سردرد تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < 0.05$).

بحث

سردرد تنشی یکی از شایعترین سردردهایی است که میلیون ها نفر از آن رنج می برند و براساس گزارش های بدست آمده از میزان شیوع این نوع سردردها، سردرد تنشی شایع ترین نوع سردرد می باشد. میزان شیوع آن در مردان ۶۹٪ و در زنان ۸۸٪ بوده که در سن ۵۰ سالگی این میزان شیوع کاهش پیدا

¹ Kenneth

² Gauthier

³ Irsers

به مبانی آماری نیز می توان گفت که تعداد نمونه مطالعه حاضر چندان قابل تعمیم نبوده است [۲۵]. در مطالعه حاضر مشخص شد که SIT دارای تأثیری متوسط بر روی سردرد تنش مزمن است. در مطالعات دیگر نیز چنین موضوعی مورد اشاره بوده است. Bennet (۲۰۰۰) در مطالعه خود ذکر می کند که رویکردهای غیر دارویی که برای سردردها مورد استفاده قرار می گیرند، تأثیر متوسطی در حدود ۳۰ تا ۶۰٪ را از خود نشان می دهند [۲۶]. در مطالعه حاضر نیز افراد مبتلا به سردرد تنش مزمن که تحت آموزش ایمنی سازی در مقابل استرس قرار گرفته اند از نظر درمانی پیشرفتی در حدود ۵۰٪ از خود نشان داده اند.

نتیجه گیری

با توجه به نتایج حاصل از مطالعه حاضر چنین استنباط می شود که SIT می تواند درمان مناسبی برای سردرد تنش مزمن در مقایسه با دارو درمانی طبی باشد. از طرفی دیگر با توجه به عوارض جانبی داروهای مصرفی در بیماری حاضر به نظر می رسد با پذیرش بالاتر مریض نسبت به این روش ها، بتوان این روش را جایگزین دارو درمانی رایج نمود.

پیشنهادات

از آنجا که افراد مطالعه در گروههای درمانی بصورت استفاده کنندگان از آمی تریپتیلین به تنهایی و SIT به تنهایی بودند لذا توصیه می شود که در پژوهشهای آتی از گروه هایی که درمان های ترکیبی از این دو روش را دریافت می کنند استفاده شود. از طرف دیگر به نظر می رسد که افزایش تعداد افراد گروه های مطالعه بتواند نتایج دقیق تری را به همراه آورد. به هر حال پژوهش های بیشتر در جهت تأیید نتایج این مطالعه توصیه می شود.

ولی به نظر می رسد که در تمام این پژوهش های به نقش SIT به عنوان یک درمان جایگزین مناسب اشاره شده است [۲۳].

پژوهش حاضر در صدد آن بود تا کارآمدی و اثر بخشی رویکرد درمانی SIT و دارو درمانی را در درمان سردردهای تنشی مزمن مورد بررسی قرار دهد. نتایج مطالعه حاضر از نقش SIT در درمان سردرد تنشی مزمن حمایت می کند.

داده های حاصل از این تحقیق و مقایسه میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه های سه گانه نشان داده که کاهش فراوانی و شدت و مدت زمان علائم سردرد در ۲ گروه دارو درمان با آمی تریپتیلین و SIT نسبت به گروه کنترل کاملاً معنی دار است. تفاوت این متغیرها در مقایسه بین ۲ گروه درمانی با آمی تریپتیلین و SIT در هیچکدام معنی دار نیست. این عدم تفاوت دور از انتظار نیست و حدس زده می شود که چنانچه دوره درمانی با SIT طولانی تر از ۶ ماه باشد و چندین ماه دیگر تکرار شود بتواند نتایج بهتری را که در مقایسه با آمی تریپتیلین نشان دهد. چنانچه در تحقیق Kenneth A و همکاران (۲۰۰۱) نیز نشان داده شد که SIT می تواند تأثیر مثبتی را در کاهش سردرد ایفا کند. هر چند که استفاده از SIT به تنهایی در پژوهش مورد نظر فقط در ۱/۳ افراد توانست سردرد را به میزان ۵۰ درصد کاهش دهد ولی نویسندگان پژوهش توصیه کردند که چنانچه طول درمان با SIT افزایش یابد ممکن است نتایج بهتری بدست آید [۱۷].

نتیجه حاصل از مطالعه حاضر با مطالعات مشابه از نظر میزان تأثیر SIT در مقایسه با آمی تریپتیلین متفاوت است.

کینیث و همکاران [۱۷]، ففین راث^۱ و همکاران [۹] کوروری^۲ و همکاران [۲۳] در مطالعات خود نشان دادند که تأثیر آمی تریپتیلین بر روی سردرد تنشی مزمن به تنهایی نسبت به SIT بهتر است. البته شاید بتوان تعداد نمونه کم (۱۰ نفر برای هر گروه) را در پژوهش حاضر دلیل این تفاوت دانست. چنانچه با توجه

¹ pfaffenrath

² Corory

سپاسگزاری

بیمارستان علوی استان اردبیل به خاطر همکاری
صمیمانه شان سپاسگزاریم.

از کلیه عزیزانی که در این پژوهش ما را یاری
کردند بخصوص پرسنل محترم درمانگاه نورولوژی

منابع

- ۱- قربانی عباس. تشخیص سردرد و تازه های درمان، چاپ اول اصفهان: انتشارات چهارباغ، سال ۱۳۸۱، صفحات ۷۱ تا ۷۸.
- 2- Jensen R, Sandrini G. Symptomatology of chronic tension-type headache. In Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch KMA, eds. The headaches. 2nd ed. Philadelphia. lippincott Williams and wilkins; 2000:627-634.
- 3- Schoenen J, Wang W. Attention- type headache. In: Goalsby PJ, Silberstein SD, eds. Headache. Boston: Butterworth- Heinemann;1997: 177-200.
- 4- Holroyd K, Stensland N, Lipchik G, Hil K, O'Donnell F, Cordingley G. Psychosocial correlates and impact of chronic tension-type headaches. Headache. 2000; 40:30-16.
- 5- Gauthier JG & Lvers H. Nonpharmacological approaches in the management of recurrent headache disorder and their comparison and combination with pharmacotherapy. Clinical psychology review. 1996: 16; 543-71.
- 6- Olesen TC. For the Headache classification committee of the International Headache society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias, and facial pain. Cephalalgia. 1988; (suppl 7):1-96.
- 7- Rasmussen BK, Lipton RB. Epidemiology of tension-type headache. In: Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch KMA, eds. The Headaches. 2nd ed. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams and Wilkins; 2000: 545-50.
- 8- Mathew NT, Bendtsen L. Prophylactic Pharmacotherapy of tension-type headache-type. In: Olsen J, Tfelt Hansen P, Welch KMA, editors. The Headaches. 2nd ed. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams and wilkins; 2000:667-774.
- 9- Pfaffenrath V, Diener HC, Isler H, et al. Efficacy and tolerability of amitriptyline in the treatment of chronic tension- type headache: a multi-center controlled study. Cephalalgia. 1994;14: 149-155.
- 10- Fontana AM, Hyra D, Godfery L, Cermak L. Impact of a peerled stress inoculation training intervention on state anxiety and heart rate in collegue students. Journal of Applied Biobehavioral Research. 1999, 4:45-63.
- 11- Meichenbaum D. Stress inoculation training for coping with stressors. The clinical psychologist. 1996: 49; 4-7.
- 12- Foa EB, Rothbaum BO, Riggs DS, Murdock TB. Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: a comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. J consult psychol. 1991 Oct; 59(5): 715-23.
- 13- Folkman S, Chesney M, Mc Kusik L, Ironsom G, Johnson DS, coates TJ. Translating coping theory into intervention. In: J Echenrode (Ed). The social context of coping. New York: Plenum Press; 1991: 445-51.
- 14- Hains AA, Syzakowski A. Cognitive stress-reduction intervention program for adolescents. Journal of consulting and clinical psychology. 1990: 37; 79-84.
- 15- Meichenbaum D. Stress inoculation training. A twenty year update, In: RLWoolfolk, PMLehrer (Eds), Principles and practices of stress management. New York: Guilford press. 1993: 211-21.
- 16- Ross MJ, Berger RS. Effects Of. Stress inoculation training on athletes' postsurgical pain and rehabilitation after orthopedic injury. J Consult Clin psychol. 1996 Apr; 64 (2): 406-10.
- 17- Kenneth A, Francis J, Michael, Gag L, Garg E, Bruce W. Management of chronic tension-Type headache with Tricyclic Antidepressant medication, stress, management therapy, and combination. JAMA. 2001; 285(17): 2208-15.

- 18- Gobel H, Hamouz V, Hansen C, Heirinyer K, Hirsch S, Linder V, et al. Chronic tension-type headach: amitriptyline reduces clinical headache-duration and experimental pain sensivity but does not alter pericranial muscle activity readings. *Pain*. 1994 Nov (2); 59 (2): 241-49.
- 19- Bendtsen L, Jensen R, Olsen J. A non-selective (amitriptyline), but not a selective (citalopram), serotonin reuptake inhibitor is effective in the prophylactic treatment of chronic tension- type headache. *J Neurol Neurosurg psychiatry*. 1996 Sep; 61(3): 285-90.
- 20- Holroyd KA, Martin PR. Psychological treatments for tension- type headache. In: Olesen J, tfelt-Hansen P, Welch KMA, eds. *The Headaches*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams and wilkins; 2000: 643-649.
- 21- Blanchard EB. Psychological treatment of benign headache disorders. *J consult clin psychol*. 1992 Aug; 60 (4): 537-51
- 22- Bogaards MC, Ter Kuile MM. Treatment of recurrent tension headache. a meta-analytic review. *Clin J Pain*. 1994 Sep; 10(3): 174-90.
- 23- Mc Corory DC, Penzien DB, Hasselblad V, Gray RW. Evidence Report: Behavioral and physical Treatments for tension- type and cerricogenic Headache. Des Moines, Iowa: Foundation chiropractic Education and Research; 2001.N.2085.
- 24- Sartory G, Muller B, Metsch J, Pothmann R. A comparison of psychological and pharmacological treatment of pediatric migrane. *Behav Ther*. 1998 Dec; 36 (12): 1155-79.
- 25- Cohen J. *Statisitcal Power Analysis for Behavioral Science*. Hillsdale, Lawrence Erlbaum Associates; 1988:142-155.
- 26- Bennett P. *Introduction to clinical health psychology*. UK: Open University press. 2000; 54: 93-102.