

(مقاله پژوهشی)

## تأثیر برنامه مدیریت خواب بر شاخص‌های سردرد بیماران مبتلا به میگرن مراجعه-کننده به مرکز آموزشی درمانی رازی شهرستان قائم‌شهر

مانا حدادی بارفروش<sup>۱</sup>، منیره انوشه<sup>۲\*</sup>، ربابه معماریان<sup>۳</sup>

### چکیده

زمینه وهدف: میگرن اصلی‌ترین علت سردرد ناتوان‌کننده است. اختلالات خواب از عوامل مهم محرک میگرن می‌باشند. این پژوهش با هدف تعیین تأثیر برنامه مدیریت خواب بر شاخص‌های سردرد مبتلایان به میگرن انجام شد.

روش بررسی: در این مطالعه نیمه‌تجربی، ۶۰ بیمار مبتلا به میگرن مراجعه‌کننده به درمانگاه تخصصی مرکز آموزشی درمانی رازی قائم‌شهر در سال ۱۳۹۲ در دو گروه ۳۰ نفری آزمون و کنترل (با تخصیص تصادفی) مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار پژوهش شامل پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک، پرسش‌نامه شاخص‌های سردرد و پرسش‌نامه کیفیت خواب پیترزبورگ بود. برای گروه آزمون برنامه مدیریت خواب به صورت ۴ جلسه آموزشی یک ساعته اجرا شد. شاخص‌های سردرد و کیفیت خواب قبل و یک ماه پس از اجرای برنامه سنجیده و در دو گروه مقایسه گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها به وسیله نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ انجام شد.

یافته‌ها: تعداد دفعات سردرد در گروه آزمون در مرحله بعد از مداخله نسبت به قبل کاهش معناداری پیدا کرد و کیفیت خواب آنان نیز بهبود معناداری داشت ( $p < 0/05$ ). اما در مدت و شدت سردرد تفاوت معناداری مشاهده نشد ( $p > 0/05$ ). آزمون تی مستقل تفاوت معناداری در تعداد دفعات سردرد و نمره کیفیت خواب در گروه آزمون در مقایسه با گروه کنترل در مرحله بعد از مداخله نشان داد. اما در شدت و طول مدت سردرد تفاوت معناداری نشان نداد.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود که برنامه مدیریت خواب به عنوان روشی مؤثر در کاهش تعداد حملات میگرن به کار گرفته شود.

کلید واژگان: سردرد میگرنی، شاخص‌های سردرد، مدیریت خواب.

۱- کارشناس ارشد آموزش پرستاری.

۲- دانشیار گروه پرستاری.

۳- استادیار گروه پرستاری.

۱ و ۲ و ۳- گروه پرستاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

\* نویسنده مسؤول:

منیره انوشه؛ گروه پرستاری، دانشکده پزشکی دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

تلفن: ۰۰۹۸۲۱۸۲۸۸۳۸۱۳

Email: anoosheh@modares.ac.ir

دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۶/۱۶ دریافت مقاله اصلاح شده: ۱۳۹۵/۱/۲۲ اعلام قبولی: ۱۳۹۵/۱/۳۰

## مقدمه

سردرد شایع‌ترین سندرم درد است. سردردهای میگرنی و تنشی شایع‌ترین انواع سردرد می‌باشند (۱). میگرن سردردی است عودکننده، یک‌طرفه و معمولاً ضربان دار، همراه با تهوع و استفراغ، حساسیت به نور و صدا و در فاصله حملات بدون درد که حملات آن می‌تواند از ۴ تا ۷۲ ساعت ادامه داشته باشد و معمولاً با عوامل محرک مشخصی ایجاد می‌شود (۲). میگرن شامل دو نوع کلاسیک (همراه با علائم عصبی یا اورا) و نوع شایع (بدون اورا) می‌باشد (۳). پاتوفیزیولوژی میگرن هنوز به درستی شناخته نشده است. گفته می‌شود که طی حملات میگرن سروتونین پلاسما افزایش می‌یابد و باعث انقباض شریان‌های بزرگ و اتساع شریانچه‌ها و مویرگ‌ها می‌شود (۴). زمینه‌ارثی و خانوادگی مثبت، خطر ابتلا به میگرن را تا ۵۰ درصد افزایش می‌دهد (۵). حدود ۱۷-۱۵ درصد از مردان و ۲۰ درصد از زنان از این بیماری رنج می‌برند (۶) و ابتلا به آن محدودیت اجتماعی، اقتصادی و نژادی ندارد (۷، ۸). به دلیل ماهیت غیر قابل پیش‌بینی حملات، مبتلایان همواره با ترس و اضطراب ناشی از احتمال وقوع ناگهانی سردرد روبه‌رو هستند (۹). این بیماری کیفیت زندگی را به شدت تحت تأثیر قرار داده، فعالیت‌های اجتماعی و روابط بین فردی را محدود و فرد را وادار به استراحت در بستر می‌کند. همچنین می‌تواند موجب از دست رفتن ساعات کاری مفید و تحمیل هزینه‌های اضافی به جامعه شود (۱۰-۱۲). با توجه به اثرات نامطلوب میگرن بر کیفیت زندگی و سلامت فرد و جامعه، ارتقاء سطح آگاهی مبتلایان در مورد ماهیت بیماری و عوارض آن، روش‌های مراقبت از خود و تغییرات مناسب سبک زندگی اهمیت زیادی دارد (۱۳). با توجه به مزمن بودن میگرن و اینکه بیماری‌های مزمن معلول رفتار دراز مدت و سبک زندگی افراد هستند، درمان قطعی نداشته و فقط قابل کنترل می‌باشند، پرستاران باید با بررسی کامل مبتلایان و شناخت شیوه‌های زندگی آنان، برنامه‌های آموزشی متناسب با سطح

درد و توانایی بیماران جهت اصلاح عادات و شیوه‌های نادرست زندگی طراحی کنند تا بیماران توانایی کنترل بیماری خود را به دست آورده و به سطح سازگاری مطلوبی با وجود بیماری مزمن دست یابند (۱۴). کنترل عوامل محرک میگرن می‌تواند دفعات و شدت حملات را کاهش دهد (۱۵). بر اساس تحقیقات در کشور ما بیشترین عوامل محرک میگرن به ترتیب: کم خوابی، سروصدا، تغییرات جوی، بوهای محرک و مکان‌های شلوغ بیان شده است (۱۶، ۱۷). هرگونه تغییر در الگو، میزان و کیفیت خواب می‌تواند بر انگیزاننده حملات میگرن باشد (۱۸). همچنین خواب از عوامل تسکین‌دهنده سردرد محسوب می‌شود (۱۹). اختلالات خواب در مبتلایان به میگرن شیوع بسیار بالاتری نسبت به جمعیت عمومی دارد (۲۰) و می‌تواند سبب کاهش عملکرد سیستم ایمنی، بروز بیماری‌های قلبی و نارضایتی از کیفیت زندگی شود (۲۱-۲۳).

نتایج مطالعه مورد-شاهدی آیت‌اللهی و خسروی در سال ۱۳۸۳ بر روی ۲۲۲۶ دانش‌آموز ۶ تا ۱۳ سال در شیراز نشان داد که اختلال الگوی خواب می‌تواند از مهمترین عوامل محرک میگرن بوده و شانس بروز حملات را ۵/۶ برابر افزایش دهد. همچنین نتایج نشان داد که الگوی خواب طبیعی می‌تواند موجب تسکین سردرد شده و در پیش‌گیری از حملات نیز مؤثر واقع شود (۱۹). در پژوهش مورد-شاهدی دیگری که توسط مسعود و همکارانش در سال ۱۳۸۷ روی ۴۰۰ نفر (۲۰۰ نفر در گروه آزمون و ۲۰۰ نفر در گروه کنترل) در کاشان انجام گرفت، بروز سردردهای میگرنی و تنشی پس از اختلال خواب و بهبودی سردرد پس از خوابیدن بررسی شد. در این مطالعه سابقه اختلالات خواب در ۸۱ درصد بیماران میگرنی وجود داشت. ۴۳ نفر (۸۷/۸ درصد) پس از اختلال الگوی خواب دچار حمله میگرن شدند که ۳۵ نفر (۸۱/۴ درصد) پس از خوابیدن بهبودی یافتند (۲۴). در اکثر مطالعات، ارتباط الگوی خواب

در پژوهش داشته و دارایی‌یژگی‌های مورد نظر محقق بودند. معیارهای ورود به مطالعه شامل افراد با تشخیص قطعی میگرن بر اساس نظر پزشک متخصص و معیارهای انجمن بین‌المللی سردرد، از هر دو جنس (زن و مرد)، بین سنین ۵۵-۱۸، دارای حداقل سواد خواندن و نوشتن، دارای ۴ حمله میگرنیا بیشتر در طول یک ماه و شدت سردرد ۵ یا بالاتر بر اساس مقیاس عددی سنجش درد، نبودن از کادر بهداشت و درمان و نداشتن شیفت‌های کاری در گردش، عدم سابقه ابتلا به اختلالات سایکوتیک و عدم شرکت در برنامه‌های مشابه و معیارهای خروج شامل عدم تمایل نمونه‌ها به ادامه همکاری در هر مرحله از پژوهش و ابتلا به بیماری-هایی بود که ادامه همکاری فرد را غیرممکن سازد. حجم نمونه بر اساس مطالعه مشابه همدانی زاده در سال ۱۳۸۹ (۲۹) و بر اساس فرمول پوکاک حدود ۶۰ نفر محاسبه شد که به طور تصادفی در دو گروه ۳۰ نفری آزمون و کنترل قرار گرفتند. به طوری که مراجعان روزهای شنبه در گروه آزمون و مراجعان روزهای چهارشنبه در گروه کنترل قرار داده شدند. (متخصصان مغز و اعصاب روزهای شنبه و چهارشنبه هر هفته بیماران را ویزیت می‌کردند).

پس از دریافت رضایت کتبی آگاهانه از نمونه‌ها، پرسش‌نامه‌های اطلاعات دموگرافیک، شاخص‌های سردرد (ضمیمه الف) و کیفیت خواب پیتزبورگ توسط هر دو گروه تکمیل شد. به گروه کنترل آموزش خاصی داده نشده و مراقبت‌های لازم را از پزشک معالج خود دریافت می‌کردند. برنامه مدیریت خواب برای گروه آزمون شامل ۴ مرحله طراحی گردید. در مرحله اول جهت بررسی و شناخت کامل نمونه‌های گروه آزمون، فرم تاریخچه پرستاری و فرم مفهوم خواب نیز توسط آنان تکمیل شد. در مرحله دوم بر اساس تجزیه و تحلیل فرم‌ها و پرسش‌نامه‌ها، بررسی و شناسایی مشکل انجام گرفت و عوامل مؤثر بر ایجاد اختلال خواب در افراد شناسایی شد که اکثر نمونه‌ها دارای مشکلاتی از قبیل فعالیت روزمره زیاد، عدم رعایت رژیم

نامنظم با تحریک حملات میگرن به اثبات رسیده، اما راه‌کار منظم و سیستماتیک جهت اصلاح الگوی خواب به مبتلایان ارائه نشده و این سؤال وجود دارد که با توجه به تأثیر اثبات شده اختلالات خواب بر بروز حملات میگرن، آیا اصلاح الگوی خواب می‌تواند در پیش‌گیری از وقوع مکرر حملات و کاهش سایر شاخص‌های سردرد مؤثر باشد یا خیر؟

معمولاً اگر حملات میگرن ۲ یا بیش از ۲ حمله در ماه باشد، از دارو درمانی پیش‌گیرانه استفاده می‌شود که البته همیشه موفق نیست و ممکن است موجب بروز عوارض جسمی نیز شود. به همین دلیل به کارگیری روش‌های غیر دارویی در این بیماران ضروری به نظر می‌رسد که نیاز به آموزش دارد (۲۵-۲۷). آموزش به بیمار از ابعاد مهم مراقبت‌های پرستاری و از نقش‌های کلیدی پرستاران می‌باشد (۲۸). با توجه به ارتباط نزدیک بین خواب و حملات میگرن و بالا بودن شیوع اختلالات خواب در این مبتلایان، نیاز به گسترش روش‌های غیردارویی و اهمیت مشارکت بیمار، پژوهشگر در صدد برآمد با طراحی برنامه مدیریت خواب و آموزش اجرای آن به مبتلایان، ضمن افزایش دانش و آگاهی آنان در ارتباط با بهبود سبک زندگی در زمینه خواب جهت کنترل حملات میگرن، به کاهش شاخص‌های سردرد (تعداد دفعات، طول مدت و شدت سردرد) در آنان دست یابد. لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر اجرای برنامه مدیریت خواب بر شاخص‌های سردرد بیماران مبتلا به میگرن انجام شد.

### روش بررسی

این مطالعه از نوع نیمه تجربی می‌باشد که بر روی ۶۰ نفر از بیماران مبتلا به میگرن مراجعه‌کننده به درمانگاه تخصصی بیمارستان رازی قائم‌شهر در سال ۱۳۹۲ انجام شد. جامعه پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به میگرن مراجعه‌کننده به این درمانگاه و نمونه پژوهش شامل بیماران مبتلا به میگرن مراجعه‌کننده به این مرکز می‌باشد که تمایل به شرکت

سؤال یا مشکل در اجرای برنامه را با پژوهشگر مطرح نمایند. پس از پایان یک ماه، چک‌لیست‌ها جمع‌آوری و مجدداً پرسش‌نامه شاخص‌های سردرد و کیفیت خواب پیتزبورگ توسط افراد هر دو گروه آزمون و کنترل تکمیل گردید. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک، پرسش‌نامه شاخص‌های سردرد و پرسش‌نامه کیفیت خواب پیتزبورگ بود که برای تعیین روایی آنها از مطالعات مشابه استفاده شد که پرسش‌نامه شاخص‌های سردرد در مطالعه همدانی زاده و همکارانش در سال ۱۳۸۹ با عنوان بررسی تأثیر اجرای برنامه خودمراقبتی اورم بر شاخص‌های سردرد بیماران مبتلا به میگرن به کار رفته و روایی محتوای آن مورد تأیید می‌باشد (۲۹). پرسش‌نامه کیفیت خواب پیتزبورگ نیز در مطالعه بساک‌نژاد و همکارانش در سال ۱۳۹۰ به کار گرفته شده و روایی آن مورد تأیید قرار گرفت (۳۰). برای بررسی پایایی پرسش‌نامه شاخص‌های سردرد و پرسش‌نامه کیفیت خواب پیتزبورگ از آزمون مجدد استفاده شد که توسط ۱۰ نفر از نمونه‌ها به فاصله ۳ روز تکمیل و ضریب همبستگی پیرسون محاسبه گردید که به ترتیب ۰/۹ و ۰/۸ بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ استفاده شد. ملاحظات اخلاقی پژوهش شامل اطمینان دادن به نمونه‌ها در مورد محفوظ ماندن نام و اسرار آنان، ارائه توضیح در رابطه با اهداف انجام پژوهش و کسب رضایت کتبی آگاهانه از آنها بود. همچنین جهت رعایت اصول اخلاق در پژوهش، جزو آموزش در پایان پژوهش در اختیار نمونه‌های گروه کنترل نیز قرار گرفت.

#### یافته‌ها

مشخصات دموگرافیک نمونه‌ها در جدول ۱ ارائه شده است. نتایج نشان می‌دهد که اکثریت نمونه‌ها در دو گروه آزمون و کنترل زن (آزمون ۸۰٪، کنترل ۸۳/۳ درصد)، بین سنین ۲۶-۳۰ سال (آزمون ۵۳/۳٪، کنترل ۵۶/۷ درصد)،

غذایی مناسب برای داشتن خواب باکیفیت مثل مصرف مواد کافئین‌دار در ساعات نزدیک به خواب شب، مصرف وعده غذایی شام با فاصله کوتاهی از شروع خواب، عادات نادرست در زمینه خواب، تأخیر در شروع خواب و بیدار شدن مکرر در طول شب بر اثر استرس و اضطراب بودند. در مرحله سوم تدوین برنامه مراقبتی بر اساس مشکلات شناسایی شده و آموزش آن به نمونه‌ها انجام شد و برنامه مدیریت خواب در زمینه رعایت نکات مربوط به بهداشت خواب، نکات تغذیه‌ای (جهت پیش‌گیری از وقوع حملات سردرد در طی خواب) و انجام تکنیک آرام‌سازی پیش‌رونده عضلانی (جهت کمک به کنترل استرس و بهبود کیفیت خواب) تدوین گردید. هدف، ایجاد تغییر در سبک زندگی مبتلایان در زمینه خواب بر اساس آموزش اجرای برنامه مدیریت خواب توسط خود آنان بود. به طوری که متوسط ۸ ساعت خواب مفید در طی شب داشته باشند و کیفیت خواب آنان نیز به سطح قابل قبولی برسد. مرحله چهارم شامل اجرای برنامه بود. این مرحله شامل ۴ جلسه آموزشی (هر هفته یک جلسه به مدت حدود یک ساعت) و یک جلسه پایانی جهت دریافت بازخورد از شرکت‌کنندگان بود. پس از تجزیه و تحلیل فرم‌های تاریخچه پرستاری، بررسی مفهوم خواب و کیفیت خواب پیتزبورگ، افراد بر اساس مشکلات نسبتاً مشابه در زمینه خواب، به ۳ گروه ۱۰ نفره تقسیم شدند. به هر یک از گروه‌ها آموزش‌های لازم با تأکید بر عوامل زمینه‌ساز اختلالات خواب در آنان ارائه شد. همچنین چک‌لیستی برای پی‌گیری اجرای برنامه ارائه و نحوه تکمیل آن توضیح داده شد. کلیه مطالب آموزش داده شده در قالب یک جزو آموزش در پایان جلسه پنجم در اختیار نمونه‌ها قرار گرفت. از افراد خواسته شد تا موارد آموزش داده شده را به مدت یک ماه انجام دهند و موارد انجام شده یا نشده را در چک‌لیست ثبت نمایند. در طی این مدت پی‌گیری به صورت تلفنی نیز انجام شد و به افراد فرصت داده شد، هرگونه

شده در زمینه طول مدت سردرد را می‌توان به مصادف شدن برنامه آموزشی با فصل تابستان و گرمای هوانسبت داد. در این راستا، مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۱ توسط ترنر (Turner) و همکارانش به انجام رسید، نشان داد که تغییرات آب و هوا عامل مؤثری در بروز حمله سردرد در مبتلایان به میگرن بوده است (۳۱). شدت سردرد نیز می‌تواند تحت تأثیر ویژگی‌های فردی مبتلایان قرار گیرد. فرنام بیان کرده همراهی میگرن و افسردگی می‌تواند قدرت تحمل در درابه و ویژه در زنان کاهش دهد. در مطالعه‌ای که در سال ۱۳۸۷ توسط وی و همکارانش روی ۱۵۰ بیمار مبتلا به میگرن انجام شد، فقط ۸ درصد مبتلایان فاقد افسردگی بودند و بین شدت سردرد و شدت افسردگی رابطه معناداری مشاهده شد (۳۲). علاوه بر موارد فوق الذکر، مطالعات نشان داده است عامل دیگری که علاوه بر افزایش دفعات حملات میگرن، می‌تواند موجب تشدید آنها نیز شود، اضافه وزن و چاقی می‌باشد که عامل مهمی در تبدیل حملات سردرد به سردرد مکرر روزانه و میگرن طولانی مدت است. مطالعه وروتی و همکارانش در سال ۲۰۱۳ نشان داد که کاهش وزن در افراد دارای اضافه وزن باعث کاهش وحتى گاهی بهبود حملات میگرن می‌شود (۳۳). در برنامه ریزی آموزشی با هدف تأثیر بر شاخص‌های سردرد، در نظر گرفتن وزن افراد توجه به این نکته می‌تواند مفید باشد. بررسی آماری نتایج پژوهش نشان داد که نمره کیفیت خواب مبتلایان از حدود ۸۴ قبل از مداخله به حدود ۵۵ بعد از مداخله رسیده است. در بارم بندی پرسش نامه کیفیت خواب پیتزبورگ، نمره پایین‌تر از ۵ نشان‌دهنده کیفیت خواب مطلوب می‌باشد. در این پژوهش با وجود اینکه اجرای برنامه مدیریت خواب باعث کاهش نمره کیفیت خواب در گروه آزمون شده، اما کیفیت خواب آنان همچنان با سطح مطلوب فاصله زیادی دارد. این مسأله نشان می‌دهد که جهت اصلاح وضعیت خواب مبتلایان و ایجاد تغییرات پایدار، نیاز به آموزش‌های بیشتر، زمان طولانی‌تر و توجه همه جانبه به سبک زندگی بوده و در

متأهل (آزمون ۶۶/۷، کنترل ۶۳/۳ درصد)، دارای سطح تحصیلات بالاتر از دیپلم (آزمون ۶۶/۷، کنترل ۵۳/۳ درصد)، کارمند (۵۶/۷، کنترل ۶۳/۳ درصد)، دارای وضعیت اقتصادی متوسط (آزمون ۷۳/۳، کنترل ۷۶/۶ درصد) بوده و در مکان خلوت و آرام زندگی می‌کردند (آزمون ۷۶/۶، کنترل ۷۳/۳ درصد). آزمون کای دو تفاوت معناداری بین دو گروه از نظر ویژگی‌های جمعیت شناختی نشان نداد ( $p > 0.05$ ). میانگین نمره کیفیت خواب و شاخص‌های سردرد در دو گروه در دو مرحله قبل و بعد از اجرای برنامه نیز در جدول ۲ ارائه گردیده است. نتایج نشان می‌دهد در میانگین نمره کلی کیفیت خواب و تعداد دفعات سردرد در گروه آزمون در مرحله بعد از مداخله نسبت به مرحله قبل از مداخله تفاوت معنی داری ایجاد شده است، اما این تفاوت در گروه کنترل معنی دار نبوده است. همچنین این شاخص‌ها در گروه آزمون در مقایسه با گروه کنترل بعد از اجرای برنامه مدیریت خواب تفاوت معنی داری داشته‌اند که نشانه بهبود کیفیت خواب و کاهش تعداد دفعات سردرد به دنبال اجرای برنامه می‌باشد. اما در سایر شاخص‌های سردرد (طول مدت و شدت سردرد) در مرحله بعد از مداخله نسبت به مرحله قبل از آن تفاوت معنی داری ایجاد نشده است. در مطالعه همدانی زاده و همکارانش در سال ۱۳۸۹ اجرای برنامه خودمراقبتی اورم در مبتلایان به میگرن، که یکی از قسمت‌های آن آموزش در زمینه بهبود وضعیت خواب و استراحت بود، موجب کاهش شاخص‌های سردرد از جمله تعداد دفعات سردرد در این بیماران شد (۲۹). بررسی چک لیست‌های تکمیل شده نشان داد که نمونه‌ها در اکثر مواقع (به‌داشت خواب ۷۱/۶ درصد، آرامسازی ۸۲/۲ درصد، تغذیه ۶۳/۳ درصد) موارد آموزش داده شده را رعایت کردند (ضمیمه ب). با توجه به این موضوع، این سؤال وجود دارد که چرا اجرای برنامه مدیریت خواب نتوانسته بر تمامی شاخص‌های سردرد مؤثر واقع شود؟ یکی از دلایل عدم معناداری نتایج آزمون‌های انجام

پیش‌بینی کننده شدت و تعداد حملات سردرد بوده و احتمال بروز حملات سردرد به دنبال دوره‌های استرس و آشفتگی افزایش می‌یابد (۳۴). سجادی‌نژاد در سال ۱۳۸۷ بیان کرده که استرس‌های روزمره می‌تواند موجب تحریک، تشدید یا طولانی شدن حملات سردرد شده و ناتوانی همراه با سردرد را افزایش دهد (۳۵). با توجه به تأثیر استرس بر همه شاخص‌های سردرد، توجه به آن در برنامه‌ریزی‌های آموزشی بسیار با اهمیت به نظر می‌رسد. نکته بسیار مهم دیگری که طی جلسات آموزشی و در مدت زمان اجرای موارد آموزش داده شده توسط اکثر بیماران بیان می‌شد، عدم وجود انگیزه کافی جهت اجرای آموزش‌ها به دلیل نگرش منفی آنان نسبت به کنترل و درمان میگرن بود. لذا تمرکز روی این موضوع جهت تغییر نگرش نسبت به بیماری و ایجاد باور قابل کنترل بودن میگرن، ضروری به نظر می‌رسد.

برنامه‌ریزی آموزشی، باید تا حد ممکن تمامی عوامل اثرگذار بر سبک زندگی خصوصاً در زمینه کیفیت خواب مورد توجه قرار گیرد. یکی از عوامل مهم، ویژگی‌های شخصیتی مبتلایان مثل استرس و اضطراب زیاد است که با توجه به این نکته، تأکید بر انجام تکنیک آرامسازی پیش-رونده عضلانی نه تنها قابل از خواب، بلکه در طی روز جهت تمدد اعصاب و مقابله با استرس‌های غیر قابل اجتناب روزمره، می‌تواند در کاهش شاخص‌های سردرد نقش مؤثری داشته باشد. مطالعات نشان داده‌اند که عوامل زیست‌شناختی به تنهایی قادر نیستند تا میزان آسیب‌پذیری افراد نسبت به اختلال سردرد، زمان وقوع حملات، سیر بیماری، تشدید حملات سردرد یا ناتوانی ناشی از آن را تعیین کنند و عوامل روانی اجتماعی نیز نقش مهمی در این زمینه دارند. شواهد نشان می‌دهد که فشارهای روانی، اجتماعی از عوامل

جدول ۱: بررسی مشخصات جمعیت‌شناختی بیماران مبتلا به میگرن مرکز آموزشی درمانی رازی قائم‌شهر در سال ۱۳۹۲ در دو گروه آزمون و کنترل

شاخص	گروه		ازمون کای دو	
	آزمون	کنترل		
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)		
جنس	زن	۲۴ (۸۰)	۲۵ (۸۳/۳)	۰/۷۳
	مرد	۶ (۲۰)	۵ (۱۶/۷)	
سن	کمتر از ۲۵ سال	۹ (۳۰)	۷ (۲۳/۳)	۰/۷۸
	۲۶ تا ۳۰ سال	۱۶ (۵۳/۳)	۱۷ (۵۶/۷)	
	۳۱ تا ۳۵ سال	۳ (۱۰)	۴ (۱۳/۳)	
	۳۶ تا ۴۰ سال	۲ (۶/۷)	۱ (۳/۳)	
وضعیت تأهل	مجرد	۱۰ (۳۳/۳)	۱۱ (۳۶/۷)	۰/۳۷
	متأهل	۲۰ (۶۶/۷)	۱۹ (۶۳/۳)	
وضعیت تحصیلات	زیر دیپلم	۰	۲ (۶/۷)	۰/۳۷
	دیپلم	۱۰ (۳۳/۳)	۱۲ (۴۰)	
	بالتر از دیپلم	۲۰ (۶۶/۷)	۱۶ (۵۳/۳)	
وضعیت اشتغال	خانه دار	۵ (۱۶/۷)	۷ (۲۳/۳)	۰/۶۸
	کارمند	۱۹ (۶۳/۳)	۱۷ (۵۶/۷)	
	سایر مشاغل	۶ (۲۰)	۶ (۲۰)	
وضعیت اقتصادی	خوب	۸ (۲۶/۷)	۷ (۲۳/۳)	۰/۷۶
	متوسط	۲۲ (۷۳/۳)	۲۳ (۷۶/۶)	
	ضعیف	۰	۰	
شرایط محل سکونت	خلوت و آرام	۲۳ (۷۶/۶)	۲۲ (۷۳/۳)	۰/۷۳
	شلوغ	۷ (۲۳/۳)	۸ (۲۶/۷)	

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمره کیفیت خواب و شاخص های سردرد بیماران مبتلا به میگرن مرکز آموزشی درمانی رازی قائم شهر در سال ۱۳۹۲ در دو گروه آزمون و کنترل در دو مرحله قبل و بعد از مداخله

شاخص	گروه آزمون				گروه کنترل				آزمون تی زوجی	آزمون تی مستقل	
	قبل از مداخله	بعد از مداخله	انحراف معیار	میانگین	قبل از مداخله	بعد از مداخله	انحراف معیار	میانگین			
کیفیت خواب	۸۴/۸۳۳	۱۳/۵۱۱	۵۵	۴/۶۲۳	P:۰	۷۰/۸۳۳	۱۰/۲۹۵	۷۰/۱۶۶	۹/۰۸۶	P:۰/۸۳۸	P:۰
دفعات سردرد	۵/۳۳	۰/۷۵۸	۳/۱۶۶	۰/۶۹۸	P:۰	۵/۳۳	۰/۹۵۸	۵/۸۳	۰/۳۷۹	P:۰/۱	P:۰/۰۰۱
طول مدت سردرد	۱/۶۶	۰/۴۷۹	۱/۳۳	۰/۴۷۹	P:۰/۱۰۰	۱/۶۶	۰/۴۷۹	۱/۸۳	۰/۳۷۹	P:۰/۲۳	P:۰/۲۳
شدت سردرد	۹	۰/۸۳	۹/۳	۰/۴۷۹	P:۰/۱۱۵	۹	۰/۵۸۷	۹/۵	۰/۵۰۸	P:۰/۱	P:۰/۱۹۷

#### ضمیمه الف :

(پرسش نامه شاخص های سردرد میگرنی)

۱- سردرد شما اولین بار در چه سنی آغاز شد؟..... سالگی

۲- در چه سنی تشخیص میگرن برای شما مطرح شد؟..... سالگی

۳- آیا در یک سال گذشته به دلیل سردرد در بیمارستان بستری شده اید؟ بلی خیر

۴- غیر از میگرن به کدامیک از بیماری های زیر مبتلا هستید؟

کم کاری تیروئید فشارخون بالا صرع

سایر بیماری ها هیچ کدام

۵- آیا سابقه سردرد میگرنی در سایر اعضای نزدیک خانواده تان وجود دارد؟ بلی خیر

۶- در حال حاضر به طور متوسط در مدت یک ماه چند بار دچار حملات میگرن می شوید؟

یک بار دو بار سه بار چهار بار پنج بار بیشتر از پنج بار

۷- معمولاً هر بار سردرد شما بدون مصرف دارو چند ساعت طول می کشد تا بهبودیابد؟

۴-۱۲ ساعت یک شبانه روز

دو تا سه شبانه روز یک تا دو شبانه روز

۸- معمولاً هر مرحله سردرد شما چه مدت پس از مصرف داروی ضدمیگرن یا مسکن کاملاً برطرف می شود؟

۱-۲ ساعت سه ساعت و بیشتر

۹- در صورتی که شدت سردرد در این عدد صفر تا ۱۰ امتیاز بندی کنیم به طوری که صفر عدم وجود درد و عدد یک خفیف ترین سردرد و عدد ده شدیدترین و غیر قابل تحمل ترین سردرد باشد به طور متوسط شما به میزان سردرد خود چه عددی را می دهید؟

۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

۱۰- غالباً سردرد تان کدام ناحیه از سر را درگیر می کند؟

- نیمه‌چپ سر      پیشانی و شقیقه‌ها  
 نیمه‌راست سر      پشت سر      سایر نواحی
- ۱۱- درمدت یک ساعت قبل از شروع سردرد کدامیک از علائم زیر را تجربه می‌کنید؟  
 اختلال در تفکر      اختلالات بینایی (دیدن جرقه‌های نورانی و.....)  
 گزگز صورت و دورلب‌ها      خواب آلودگی و گیجی
- بیحسی پاها      بیحسی دست و بازوها  
 احساس تشنگی و گرسنگی زیاد      احساس خستگی
- هیچ‌کدام      سایر علائم
- ۱۲- سردرد شما بیشتر در چه زمانی از شبانه روز اتفاق می‌افتد؟  
 صبح      ظهر      عصر      شب
- ۱۳- سردرد شما با کدامیک از ویژگی‌های زیر همراه است؟  
 سختی گردن      درگیر کردن یک طرفه سر      ضربان دار بودن  
 تهوع و استفراغ      احساس بیرون زدگی چشم  
 عدم تحمل بوهای تند      عدم تحمل صدا      عدم تحمل نور  
 تشدید سردرد با فعالیت      عدم تحمل گرما      سایر علائم.....
- ۱۴- داروهای مصرفی شما برای تسکین سردرد (پس از شروع حملات میگرن) چه می‌باشند؟  
 نام دارو و میزان مصرف.....
- ۱۵- آیا درمان و نوع داروهای مصرفی شما با نظر پزشک معالج بوده است؟ بلی      خیر
- ۱۶- بیشتر چه زمانی داروهای مسکن خود را استفاده می‌کنید؟  
 هم قبل و هم بعد از شروع سردرد      بعد از شروع سردرد      قبل از شروع سردرد
- ۱۷- آیا از نتایج درمان خود راضی هستید؟ بلی      خیر
- ۱۸- غیر از دارو درمانی از چه روش‌های دیگری استفاده می‌کنید؟  
 ورزش      دعا و نیایش      گیاه درمانی  
 بستن محل سردرد      استراحت      گذاشتن کیسه یخ  
 توقف کار      خواب      نوشیدن چای  
 هیچ‌کدام      سایر درمان‌ها.....
- ضمیمه ب :

توزیع فراوانی نسبی ارزیابی برنامه آموزشی مدیریت خواب پس از اجرای برنامه در گروه آزمون

برنامه آموزشی	درصد
بهداشت خواب	رعایت شده: ۷۱/۶
	رعایت نشده: ۲۸/۴
آرامسازی	رعایت شده: ۸۲/۲
	رعایت نشده: ۱۷/۸
تغذیه	رعایت شده: ۶۳/۳
	رعایت نشده: ۳۶/۷



## نتیجه‌گیری

با توجه به مطالب بیان شده، از آنجایی که اجرای برنامه مدیریت خواب موجب کاهش تعداد دفعات سردرد در مبتلایان به میگرن شده، لذا پیشنهاد می‌شود که این برنامه به عنوان یک روش مؤثر در کاهش تعداد حملات میگرن به کار گرفته شود.

## قدردانی

این مقاله از پایان‌نامه مقطع کارشناسی‌ارشد رشته آموزش پرستاری دانشکده پزشکی دانشگاه تربیت مدرس استخراج شده است. نویسندگان مراتب قدردانی و تشکر خود را از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه تربیت مدرس، مسؤول محترم و پرسنل درمانگاه تخصصی بیمارستان رازی قائم‌شهر و بیماران محترم که بدون همراهی‌شان انجام این پژوهش ممکن نبود، اعلام می‌دارند.

## منابع

- 1-Behrutz B, Amini K, Shakenia F, Abedi A, Ghasemi N. The epidemiology and clinical characteristics of migraine and tension headache among the patients referred to Farabi hospital in Kermanshah city in year 1390. Iranian Journal of Epidemiology 2013; 9(1): 58-65 [Persian].
- 2-Mirzayi M. Compare the effect of dexamethasone with and without pressings superficial scalp arteries in acute migraine attacks 2011; 3(13): 18-24 [Persian].
- 3-Sadeghian H, Karimzadeh F, Jafarian M. Mechanisms involved in pathophysiology of different types of migraine. Shafaye khatam Journal of neurology 2013; 1(4): 50-4 [Persian].
- 4-Mazdeh M, Nazari M. Comparison the treatment effects of sumatriptan and ergot alkaloids in the acute phase of classic and common migraine. Research Scientific Journal of Ardebil University of Medical Science 2009; 8(2): 187-93 [Persian].
- 5-Chitsaz A. Effects of oral contraceptives on intensity and relapses of headache attacks in migraine patients. Journal of Hormozgan University of Medical Science 2007; 11(3): 201-206 [Persian].
- 6-Kermanshahi S, Sadrizadeh R, Nafisi SH. The effect of auto acupressure on relieving headache in migraine. Journal of Kermanshah University of Medical Science 2010; 13(4): 290-8 [Persian].
- 7-Lance YW. Headache and face pain. Clinical Neurology 2<sup>th</sup> ed. New York: Churchill living stone. 1991; pp. 326-51.
- 8-Adams RD. Headache and other craniofacial pains. Principles of Neurology. 9<sup>th</sup> ed. New York: Mc Graw Hill company; 2001; pp. 181-3.
- 9-Wright WL. Assessing functional impairment during between migraine attacks. The Journal for Nurse Practitioner 2008; 201-7.
- 10-Ameli J, Karami GH, Ghodusi K, Kachuyi H, Saadat AS, Purfarziyi V, et al. Frequency of panic attacks in migraine patients referred to Baghiatollah hospital. Bimonthly Feyz Journal 2006; 10(2): 35-8 [Persian].
- 11-Bajwa ZH. Acute treatment of migraine in adult. British Medical Journal 2011; 268-81.
- 12-Kachuyi J. Risk factors for migraine attacks. Kowsar Medical Journal 2006; 11(3): 279-84 [Persian].
- 13-Rahimian Boogar E, Rostami R. Predictive role of psychological, socioeconomic, and lifestyle-related factors in the incidence of migraine headache. Journal of Kerman University of Medical Science 2013; 20(1): 73-86 [Persian].
- 14-Carol T, Carol L, Priscilla L. Fundamental of nursing: The Art and Science of Nursing Care 2001; 55-65.
- 15-Harish A, Rajdeep K. The role of diet in migraine headache. Delhi Psychiatry Journal 2008; 11(1): 69-72.
- 16-Ghadami Hoseynabadi AS. Comparison evaluation of the effect of medical and non-medical methods in prevention from headache in patients. MA Thesis. Tarbiat Modares University 1995 [Persian].
- 17-Bahrami P, Bayat A. Effective factors on start or exacerbation of migraine in 200 patients referred to social security hospital in Khoramabad. Neurosurgery Quarterly 2002; 8(5) [Persian].
- 18-Lin J. Overview of migraine. Journal of Neuroscience Nursing 2001; 33(1): 6-12.

- 19-Ayatollahi M, Khosravi A. Epidemiological and clinical features of migraine and tension headaches, the estimated prevalence of Shiraz hospital staffs. *Shiraz University Medical Journal* 2005; 7(24): 304-10 [Persian].
- 20-Bruni O, Russo PM, Violani C, Guidetti V. Sleep and migraine: A autographic study. *Cephalalgia* 2004; 24(2): 134-9.
- 21-Zeraati F, Seyfrabiei M, Araghchian M, Saburi T. Assessment of sleep quality and use of hypnotic drugs in adult patients hospitalized in internal wards in Hamedan Ekbatan hospital. *Hamedan Medical Journal* 2009; 16(4): 32-6 [Persian].
- 22-Mohamadhasani M, Farahani B, Zohur AS, Panahiazar SH. Self-care ability based on Orem theory in individuals with coronary artery disease. *Iranian Journal of Critical Care Nursing* 2010; 3(2): 87-91 [Persian].
- 23-Ahmadihangar AS, Hoseyni R. Etiology and clinical characteristics of headache in patients referred to a neurology clinic in Babol. *Journal of Babol University of Medical Sciences* 2006; 8(7): 37-42 [Persian].
- 24-Masoud AS, Taghadosi M. Investigation the relationship between sleep disorders, migraine and nervous headache. 2002; 7(3): 9-10 [Persian].
- 25-Mousavi AS, Zare Joshaghani M. Compared the effects of propranolol therapy and electrical stimulation in preventing migraine attacks. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences*. 2005; 75(3): 75-9 [Persian].
- 26-Lipton RB, Bigal ME, Diamond M, Freitag F, Reed M, Stewart W. Migraine prevalence, disease burden and the need for preventive therapy. *Neurology Journal* 2007; 68(5): 343-9.
- 27-Vicius DDT, Workman ML. *Medical Surgical Nursing: Critical thinking for collaborative care*. 5<sup>th</sup> ed. 2006: 947.
- 28-Shahriary M. Impact of a self-care program on the quality of life in patients with permanent pacemakers. *Iranian Journal of Medical Education* 2005; 5(1): 45-52 [Persian].
- 29-Hamedanizadeh F, Mahmoodzadeh Zarandi F, Ebadi A, Asadzandi M, Kachuyi H. Effectiveness of Orem's self-care program on headache indexes in migraine patients. *Kowsar Medical Journal* 2010; 15(3): 155-61 [Persian].
- 30-Basaknezhad S, Aghajani Afjadi A, Zargar S. Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy on sleep quality and quality of life for girl students. *Journal of Political Science* 2013; 4: 181-98 [Persian].
- 31-Turner LC, Molgaard CA, Gardner CH. Migraine trigger factors in non-clinical Mexican population in Santiago country. *Cephalalgia* 2001; 15: 523-53.
- 32-Farnam AS, Arfaee A, Nuhi S. Examine the relationship between depression and pain sensation in migraine patients. *Journal of Behavioral Sciences* 2008; 2(2): 143-8 [Persian].
- 33-Verrotti A, Agostinelli S, D'Egidio C, Di Fonzo, Carotenuto M, Parisi P, et al. Impact of a weight loss program on migraine in obese adolescent. *European Journal of Neurology* 2013; 20(2): 394-7.
- 34-Jazayeri R, Sharifi M. Comparison of emotional abuse of spouses and perceived social support in patient with chronic tension headaches and migraine with healthy people. *Forensics Scientific Journal* 2011; 17(2): 87-94 [Persian].
- 35-Sajjadinezhad M, Mohamadi N, Taghavi M, Ashjazadeh N. Assessing the effect of group-cognitive-behavioral therapy on depression and disability feeling of migraine patients. *Iranian Journal of Clinical Psychiatry and Psychology* 2009; 4(55): 418-41 [Persian].

## Effect of Sleep Management Program on Headache Indexes of Patients Suffering from Migraine Referred to Ghaemshahr Razi Hospital

Mana Haddadi Barforush<sup>1</sup>, Monireh Anoosheh<sup>2\*</sup>, Robabeh Memarian<sup>3</sup>

1-MA Nursing Education.

2-Associate Professor of Nursing.

3-Assistant Professor of Nursing.

1,2,3-Department of Nursing,  
Faculty of Medical Sciences,  
Tarbiat Modares University,  
Tehran, Iran.

\*Corresponding author:

Monireh Anoosheh; Department of  
Nursing, Faculty of Medical  
Sciences, Tarbiat Modares  
University, Tehran, Iran.  
Tel:+982182883813  
E-mail:anoosheh@modares.ac.ir

### Abstract

**Background and Objective:** Migraine is the main cause of debilitating headaches. Sleep disorders are important stimulating factors of migraine. This study performed to determine the influence of sleep management program on headache indexes in migraine patients.

**Subjects and Methods:** In this quasi-experimental study in 2013, 60 patients with migraine who referred to professional clinic of Razi hospital of Ghaemshahr, were examined in two experimental and control groups (with randomly allocation). Research tools included demographic data questionnaire, headache indexes questionnaire and the Pittsburgh sleep quality questionnaire. Four one-hour sessions of sleep management educational plan was performed for experimental group. Headache indexes and sleep quality measured before and one month after program performance and compared with control untrained? group. Statistical evaluation was done using paired-test and compared by independent t-test.

**Results:** The means of headache frequency in experimental group significantly decreased and sleep quality improved after intervention ( $P < 0.05$ ). However, the intensity and duration of headache after the intervention did not change significantly ( $P > 0.05$ ).

**Conclusion:** The present findings suggest that sleep management program is an effective way to reduce the frequency of migraine attacks.

**Keywords:** Migraine Headache, Headache Indexes, Sleep Management.

► Please cite this paper as :

Hadadi Barforush M, Anoosheh M, Memarian R. Effect of Sleep Management Program on Headache Indexes of Patients Suffering from Migraine Referred to Ghaemshahr Razi Hospital. *Jundishapur Sci Med J* 2016;15(3):303-313.

Received: Sep 7, 2015

Revised: Apr 10, 2016

Accepted: Apr 18, 2016