

Original article

The Effectiveness of Coping Strategies Training on Knowledge, Pain Specific Self-efficacy and Related Indices with Migraine Headaches

Isa Mohammadi Zeidi^{1*}Tahereh Seifpour²Hadi Morshedi³Hamidreza Alizadeh Otaghvar⁴

- 1- Associate Professor, Social Determinants of Health Research Center, Research Institute for Prevention of Non-Communicable Diseases, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran
- 2- MSc student of health education, Student research committee Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran
- 3- Assistant Professor, Social Determinants of Health Research Center, Research Institute for Prevention of Non-Communicable Diseases, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran
- 4- Associate Professor, Department of General Surgery, Faculty of Medicine, Iran University of Medical Sciences, Fellowship of Plastic Surgery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

*Corresponding author: Isa Mohammadi Zeidi, Social Determinants of Health Research Center, Research Institute for Prevention of Non-Communicable Diseases, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

Email: easamohammadizeidi@gmail.com

Received: 27 April 2020

Accepted: 28 June 2020

ABSTRACT

Introduction and purpose: It has been proven that coping strategies and cognitive-behavioral techniques exert a positive impact on the improvement of negative emotions and the promotion of physical and mental health of patients with chronic headaches. The present study aimed to determine the effect of pain coping skills training interventions on knowledge, pain-specific self-efficacy, and the indices related to migraine headaches.

Methods: This randomized controlled trial was conducted on 60 patients with migraine headaches referring to specialized clinics in Anzali. They were assigned to experimental and control groups using randomized sampling. Data were collected using a demographic and personal questionnaire, Coping Strategies Questionnaire, Pain specific Self-efficacy Questionnaire (PSEQ), and Knowledge Scale before and two months after the intervention. The educational intervention for the experimental group consisted of five 60-minute sessions, which was conducted in groups of 8-10 people. Chi-square test, independent and paired t-test, as well as one way ANOVA, were used for data analysis.

Results: The obtained results were indicative of a significant increase in the mean score of knowledge and self-efficacy in the experimental group after the intervention ($P < 0.001$). Moreover, the mean of frequency, severity, and duration of migraine headaches in the experimental group significantly decreased after the intervention ($P < 0.05$). In addition, except for positive re-evaluation strategy, the mean frequency of using coping strategies significantly increased in the experimental group after the training ($P < 0.05$).

Conclusion: It is recommended that specialized physicians and therapists provide intervention based on chronic pain strategies along with treatment protocols to control chronic headaches and improve the quality of life of patients with migraine headaches.

Keywords: Chronic headache, Coping strategies, Health education, Migraine, Self-efficacy

► **Citation:** Mohammadi Zeidi I, Seifpour T, Morshedi H, Alizadeh Otaghvar H. The Effectiveness of Coping Strategies Training on Knowledge, Pain Specific Self-efficacy and Related Indices with Migraine Headaches. Journal of Health Research in Community. Summer 2020;6(2): 11-26.

مقاله پژوهشی

اثربخشی آموزش راهبردهای مقابله‌ای بر آگاهی، خودکارآمدی درد و شاخصه‌های مرتبط با سردردهای میگرنی

چکیده

عیسی محمدی زیدی^{۱*}
طاهره سیف‌پور^۲
هادی مرشدی^۳
حمیدرضا علیزاده اطاقور^۴

۱. دانشیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران
۲. دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران
۳. استادیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران
۴. دانشیار، گروه جراحی عمومی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، دستیار فوق تخصص جراحی پلاستیک و ترمیمی، مرکز پزشکی آموزشی درمانی ۱۵ خرداد، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: عیسی محمدی زیدی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

Email: easamohammadizeidi@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۲/۰۸

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۴/۰۸

مقدمه و هدف: تأثیر مثبت راهبردهای مقابله‌ای و فنون شناختی-رفتاری بر بهبود هیجانات منفی و ارتقای سلامت بیماران مبتلابه میگرن اثبات شده است. هدف مطالعه حاضر تعیین تأثیر آموزش راهبردهای مقابله‌ای بر آگاهی، خودکارآمدی درد و شاخص‌های مربوط به سردردهای میگرنی است.

روش کار: ۶۰ نفر از بیماران مبتلابه سردردهای میگرنی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های تخصصی بندر انزلی با روش نمونه‌گیری تصادفی در قالب گروه‌های تجربی و کنترل در یک مطالعه تجربی شاهددار تصادفی مشارکت کردند. به‌منظور گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک و فردی، پرسش‌نامه راهبردهای مقابله‌ای و پرسش‌نامه خودکارآمدی درد و مقیاس آگاهی قبل و دو ماه بعد استفاده شد. برنامه آموزشی شامل ۵ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای بود که در قالب گروه‌های ۸ تا ۱۰ نفره اجرا شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون کای اسکوتر، تی مستقل و زوجی و تحلیل واریانس نیز استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان‌دهنده افزایش معنادار میانگین نمره آگاهی و خودکارآمدی در بیماران گروه تجربی بعد از مداخله آموزشی بود ($P < 0/001$). همچنین میانگین دفعات، شدت و مدت دوام سردردهای میگرنی در بیماران گروه تجربی به‌طور معناداری بعد از مداخله آموزشی کاهش یافت ($P < 0/05$). علاوه بر این، به‌استثنای راهبرد ارزیابی مجدد مثبت، میانگین دفعات کاربرد تمام راهبردهای مقابله‌ای در بیماران گروه تجربی به‌طور معناداری بعد از آموزش افزایش یافت ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: تدارک آموزش‌های مبتنی بر راهبردهای مقابله‌ای دردهای مزمن در کنار پروتکل‌های درمانی در راستای کنترل سردردهای مزمن و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلابه سردردهای میگرنی به پزشکان متخصص و کادر درمانی پیشنهاد می‌شود.

کلمات کلیدی: آموزش سلامت، خودکارآمدی، راهبرد مقابله‌ای، سردرد مزمن، میگرن

◀ **استناد:** محمدی زیدی، عیسی؛ سیف‌پور، طاهره؛ مرشدی، هادی؛ علیزاده اطاقور، حمیدرضا. اثربخشی آموزش راهبردهای مقابله‌ای بر آگاهی، خودکارآمدی درد و شاخصه‌های مرتبط با سردردهای میگرنی. مجله تحقیقات سلامت در جامعه، تابستان ۱۳۹۹؛ ۶(۲): ۲۶-۱۱.

مقدمه

سردرد شایع‌ترین سندروم درد و یکی از رایج‌ترین مشکلات حوزه سلامت به شمار می‌رود که درد و رنج طاقت‌فرسایی را بر

میگرن شناسایی نشده است. متغیرهای بیولوژیک به‌تنهایی قادر به تبیین میزان آسیب‌پذیری افراد در برابر سردردهای میگرنی، زمان، شدت و سیر حملات مرتبط با آن نیستند. مروری بر مطالعات قبلی بر نقش مجموعه‌ای از متغیرهای محیطی و ژنتیکی، محرک‌های حسی مانند نور زیاد و سروصدا، تغییر در روند خواب، هیجان‌ات و احساسات منفی، برخی مواد خوراکی و نوشیدنی‌ها مانند شکلات و پنیر، خستگی مزمن، مصرف سیگار و الکل، تمرینات ورزشی سنگین به همراه گرسنگی و فعالیت‌های جنسی بر بروز میگرن تأکید می‌کنند [۵]. به‌عبارت‌دیگر، اگرچه پاتوفیزیولوژی میگرن هنوز موضوع بحث است، هم عوامل مستعدکننده بیولوژیکی و هم متغیرهای شرطی می‌توانند حملات میگرنی را آغاز کنند. در میان عوامل آغازکننده حملات میگرنی، اخیراً بر نقش حیاتی عوامل استرس‌زا تأکید شده است [۶].

تحقیقات علوم رفتاری و عصب‌شناختی سردردهای میگرنی را در قالب اختلالات روانی فیزیولوژیکی تعریف کرده‌اند که به‌نوبه‌خود بر ضرورت به‌کارگیری درمان‌های رفتاری شناختی در راستای کنترل میگرن تأکید می‌کنند. همچنین جامع‌نبودن، سطح کم اثربخشی و عوارض جانبی درمان‌های دارویی نیز مشوق متخصصان برای استفاده از مداخلات رفتاری شناختی هستند؛ بنابراین، عدم شناسایی دقیق مکانیسم ایجاد میگرن به همراه دسترسی‌نداشتن به راهبرد درمانی مطمئن و یکسان دومین معضل مرتبط با بیماری محسوب می‌شود که باعث شده است استراتژی‌های درمانی بر مداخلاتی متمرکز شوند که هدفشان کاهش شدت سردردها به همراه پیشگیری از تکرار آن‌هاست [۷]. مروری بر مطالعات حاکی از بهبود ۳۵ تا ۵۵ درصدی شدت و فراوانی سردردهای میگرنی و تنش پس از دریافت مداخلات شناختی رفتاری است؛ بنابراین، بخش عمده‌ای از مطالعات بر لزوم توجه به درمان‌های غیردارویی - آموزش آرمیدگی، بیوفیدبک، درمان شناختی رفتاری یا مدیریت استرس - به‌عنوان مکمل راهبرد دارویی در راستای پیشگیری و کنترل سردردهای میگرنی

افراد مبتلا تحمیل می‌کند [۱]. از بین انواع شایع سردرد، میگرن شایع‌ترین نوع سردرد محسوب می‌شود که شیوع آن حدوداً ۷ تا ۱۱ درصد است و غالباً باعث مراجعه بیماران به پزشک می‌شود. در متون تخصصی، میگرن به‌عنوان «حملات مکرر سردرد و معمولاً یک‌طرفه همراه با اختلالات دستگاه گوارش و بینایی» تعریف شده است. این اختلال غالباً با بی‌اشتهایی، درد، تهوع و استفراغ و در برخی بیماران با اختلالات آشکار حسی، حرکتی یا خلقی همراه است [۲]. به‌طور کلی، میگرن به دو دسته تقسیم می‌شود: میگرن بدون آئورا (Aura) و میگرن کلاسیک یا همراه با آئورا. میگرن بدون آئورا شایع‌ترین سردرد عروقی است که در بیش از ۸۰ درصد از بیماران مبتلا به میگرن رخ می‌دهد. در مقابل، میگرن کلاسیک (آئورا) نوع غیرشایع سردرد میگرنی است که علت ۱۵ تا ۲۰ درصد از میگرن‌هاست [۳].

تخمین‌ها حاکی از آن است که ۱۰ درصد از جمعیت جهان به میگرن و سردردهای میگرنی مبتلا هستند. این میزان از شیوع باعث شده است سازمان جهانی بهداشت میگرن را در رده بیستم بیماری‌های منجر به ناتوانی قرار دهد. بین شیوع بیماری و سن بلوغ و جوانی، جنسیت زن، سابقه خانوادگی و شهرنشینی همبستگی معنی‌دار گزارش شده است [۴].

شیوع میگرن و سردردهای میگرنی باعث توجه خاص سیستم بهداشتی درمانی به پیامدهای جسمانی، اقتصادی و اجتماعی متعدد مرتبط با آن شده است. اختلال در فعالیت‌های روزمره، کاهش کیفیت زندگی، محدودیت فعالیت‌های اجتماعی و روابط بین‌فردی به‌عنوان شایع‌ترین پیامدهای مرتبط با میگرن توسط ۵۳ درصد از افراد مبتلا گزارش شده است. علاوه بر این، در تحقیقات بر ضعف سلامت جنسی، افزایش خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی و عروقی، فشارخون بالا، شیوع بیشتر اختلالات خلقی و آسیب‌پذیری در برابر تنش‌های محیطی به‌عنوان تبعات میگرن تأکید شده است [۵]. با وجود ابتلای جمعیت نسبتاً زیادی به میگرن و همچنین شدت پیامدهای متعدد مرتبط با آن، هنوز سازوکار دقیق مسبب

تأکید کرده‌اند [۷]. همچنین تقویت پاسخ‌های مقابله‌ای و بهبود توانمندی‌های شناختی جزء بهترین استراتژی‌ها و مستقیم‌ترین راهبردهای مداخله‌ای با هدف بهبود سبک زندگی و ارتقای سلامت محسوب می‌شوند. علاوه بر این، راهبردهای مقابله‌ای (Coping Strategies) سهم عمده‌ای در ادراک روان‌شناختی و تجربه فیزیولوژیکی از درد در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن ایفا می‌کند [۸].

بر اساس نظر Lazarus و Folkman، استفاده هدفمند از تکنیک‌های رفتاری و شناختی با هدف حذف، تقلیل و به حداقل رساندن مشکلات و استرس‌ها، مقابله نامیده می‌شود که ظرفیت سازگاری فرد را با چالش‌ها، تنش‌ها و محدودیت‌های محیطی و ذهنی به‌طور معنی‌داری بهبود می‌بخشد [۹]. مقابله مشتمل بر مجموعه‌ای از رفتارها و شناخت‌هاست که فرد با استفاده از آن‌ها تلاش می‌کند بر درخواست‌های درونی و بیرونی‌ای غلبه کند که تصور می‌کند از حدود توان شخصی و امکاناتش فراتر است [۱۰]. راهبردهای مقابله‌ای به دو دسته کلی شامل راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار - حل مسئله، ارزیابی شناختی و جلب حمایت اجتماعی از طریق مشورت با متخصصان - و راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار - مقابله متمرکز بر مهار هیجانی، جسمانی کردن و جلب حمایت از دوستان، خانواده و افراد غیرمتخصص - تقسیم می‌شوند [۹]. استفاده از راهبردهای مقابله‌ای و تکنیک‌های رفتاری - شناختی نقش مؤثری در کنترل موقعیت‌های تنش‌زا، مدیریت هیجانات منفی، تحمل و سازگاری با دردهای مزمن و ارتقای سلامت ایفا می‌کند [۱۰]. همچنین بین راهبردهای مقابله‌ای افراد و سلامت روانی و جسمانی ارتباط معنی‌داری وجود دارد [۱۱].

یافته‌های مطالعه ابوالقاسمی و همکاران حاکی از آن است که راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی و شناختی بیماران مبتلا به سردردهای تنشی و میگرن با افراد عادی اختلاف معنی‌داری دارد و بیماران مبتلا به سردردهای تنشی و میگرن برای مقابله با مشکلات از راهبردهای مقابله‌ای شناختی کمتر استفاده می‌کردند [۱۲]. حمید

و همکاران نیز در پژوهش خود تأکید کردند مردان و زنان مبتلا به سردردهای میگرنی در مقایسه با افراد سالم از راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار بیشتری استفاده می‌کنند [۱۳]. در پژوهش Russo و همکاران نیز مشخص شد بیماران مبتلا به سردردهای میگرنی بدون آنورا در قیاس با افراد سالم از راهبردهای مقابله‌ای شناختی - رویکرد بازگشت به مفاهیم مذهبی - بیشتر استفاده می‌کردند [۱۴]. علاوه بر این، Biagianni و همکاران تأکید کردند تداوم استفاده از راهبردهای مقابله‌ای غیرانطباقی و ناسازگار مقابله یک عامل خطر برای عودهای مکرر در میگرن مزمن به‌شمار می‌رود [۱۵].

در کنار نتایج مرتبط با تأثیرگذاری و ارتباط بین راهبردهای مقابله‌ای با مدیریت بهتر سردردهای میگرنی، نتایج کارآزمایی‌ها حاکی از اهمیت و ضرورت آموزش‌ها و یادگیری راهبردهای مقابله‌ای در راستای کنترل شدت و فراوانی سردردهای میگرنی و بهبود کیفیت زندگی بیماران است؛ برای مثال، نتایج مطالعه بافکری و همکاران (۲۰۱۷) حاکی از تأثیر معنی‌دار آموزش مهارت‌های مقابله‌ای از طریق بحث گروهی بر رویارویی با موقعیت‌های استرس‌زا در دانش‌آموزان دبیرستانی بود [۱۶]. همچنین Smith و همکاران (۲۰۱۰) نشان دادند اجرای برنامه آموزشی مراقبت اولیه میگرن باعث کاهش معنی‌دار شدت سردرد و بهبود کیفیت زندگی در افراد مبتلا به میگرن شده است. علاوه بر این، «نگرانی درباره سردرد»، «خودکارآمدی برای مدیریت سردرد» و «رضایت‌مندی از نحوه مراقبت از سردرد» نیز بعد از مداخله بهبود یافت [۱۷]. اجرای برنامه آموزش کنترل میگرن در محل کار توسط Burton و همکاران نیز به کاهش شدت بیماری، کاهش روزهای کاری از دست‌رفته، بهبود کیفیت فعالیت‌ها در طول مدت ابتلا به میگرن منجر شد [۱۸]. از بین متغیرهای روان‌شناختی متعدد، تأثیر خودکارآمدی بر درد مزمن و پیامدهای عملکردی مرتبط با آن به‌طور گسترده بررسی شده است [۱۹-۲۱]. خودکارآمدی ظرفیت متصور برای اجرای رفتارهایی است که انجام آن‌ها برای دستیابی به موفقیت در حوزه‌های مشخص عملکردی لازم است. همچنین خودکارآمدی

سردرد نیز به طور معنی داری بعد از اجرای برنامه خودمدیریتی مبتنی بر تئوری شناختی اجتماعی (Social Cognitive Theory) افزایش یافت [۲۴]. همچنین افزایش معنی دار میانگین نمره خودکارآمدی مدیریت سردرد به همراه کاهش میانگین شاخص شدت و فراوانی سردرد بعد از اجرای مداخله فردمحور اصلاح سبک زندگی در مطالعه Leroux و همکاران نیز مشاهده شد [۲۵].

با توجه به شیوع زیاد سردردهای میگرنی، تبعات و پیامدهای منفی آن بر سلامت جسمانی، روانی، اجتماعی و کیفیت زندگی افراد مبتلا، ارتباط بین خودکارآمدی و مدیریت بهتر دردهای مزمن، همچنین حمایت مطالعات از نقش مؤثر راهبردهای مقابله‌ای در بهبود سلامت بیماران مبتلا به دردهای مزمن مانند میگرن و سردردهای میگرنی، مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی مداخله مبتنی بر آموزش راهبردهای غلبه بر دردهای مزمن بر آگاهی، خودکارآمدی درد و شاخص‌های مرتبط با سردردهای مزمن در بیماران مبتلا به میگرن انجام شد.

روش کار

مطالعه حاضر از نوع تجربی شاهددار تصادفی بود که بیماران مبتلا به سردردهای میگرنی در قالب دو گروه تجربی و کنترل به طور داوطلبانه و بر پایه نمونه‌گیری تصادفی، حد فاصل آذر ۱۳۹۶ تا شهریور ۱۳۹۷ در بندر انزلی در پژوهش شرکت کردند. جامعه آماری این پژوهش تمام بیماران مبتلا به میگرن بودند که پزشک متخصص بیماری آن‌ها را تشخیص داده بود و با هماهنگی با کلینیک‌های تخصصی مغز و اعصاب بندر انزلی، برای شرکت در پژوهش ثبت‌نام کردند. حجم نمونه بر اساس مطالعه مشابه قبلی و فرمول مقایسه میانگین‌ها، با $0/95$ اطمینان و 80 درصد توان آزمون و ریزش 10 درصدی، حدود 60 نفر به دست آمد [۲۶]. نمونه‌های مذکور با استفاده از روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای در قالب دو گروه 30 نفری تجربی و کنترل برای شرکت در مطالعه انتخاب

درد در افراد مبتلا به دردهای مزمن، به باور فرد به توانایی‌ها و قابلیت‌هایش برای کنترل علائم درد و به حداقل رساندن آثار درد بر زندگی روزمره‌اش اطلاق می‌شود. خودکارآمدی در بیماران مبتلا به دردهای مزمن شامل عقاید فرد درباره توانایی‌اش برای کنترل درد و احساسات منفی همراه با آن، حفظ فعالیت‌های روزمره زندگی و شغل، اعلان نیازهای بهداشتی و درمانی به مراقبان سلامت و اجرای توصیه‌ها درباره درد است [۲۰]. بین چنین باورهایی با شدت درد کمتر، ناتوانی کمتر ناشی از درد و عملکرد فیزیکی بهتر در بیماران مبتلا به دردهای مزمن ارتباط معنی داری وجود دارد [۲۳-۲۰].

در ارتباط با نحوه تأثیرگذاری خودکارآمدی بر درد و پیامدهای مرتبط با آن دو فرضیه اساسی وجود دارد؛ نخست، خودکارآمدی بر کارایی اقدامات لازم برای مدیریت یا کنترل درد تأثیرگذار است. دوم، خودکارآمدی درک شده می‌تواند نحوه مدیریت موقعیت‌های مرتبط با درد را تعیین کند؛ مثلاً بیمارانی که خودکارآمدی غلبه بر درد نسبتاً پایین دارند، ممکن است از فعالیت‌های مسبب درد اجتناب کنند یا از داروهای بیشتری برای تسکین درد در این موقعیت‌ها استفاده کنند [۲۱]. بین خودکارآمدی بالاتر درباره مدیریت درد با نتایج درمانی مثبت‌تر، میزان‌های بیشتر بازگشت به کار، تبعیت بهتر، کنترل مؤثرتر درد و آناش و پیش‌آگاهی بهتر ارتباط معنی داری وجود دارد [۲۲].

افراد مبتلا به میگرن و سردردهای مزمن در حوزه‌های مختلف زندگی مشکلاتی را تجربه می‌کنند؛ بنابراین، احساس سرزنش به خاطر این ناتوانی‌ها و مشکلات متعدد در این بیماران طبیعی و رایج است. غلبه بر مشکلات مذکور در افراد مبتلا به میگرن به واسطه مداخلات رفتاری شناختی ضرورتی انکارناپذیر است. در همین راستا، یافته‌های پژوهش Short و همکاران نشان‌دهنده کاهش معنی دار در نمره ناتوانی مرتبط با میگرن، استفاده از مسکن‌های قوی (کاهش 50 درصدی) و فراوانی میگرن (کاهش 40 درصدی) بود. علاوه بر این، نمره خودکارآمدی مدیریت

جسمی یا معلولیت و اختلالات عصب‌شناختی و خیم، تمایل نداشتن به ادامه روند عادی درمان، بروز افکار خودکشی یا احتمال خودکشی، فرد مذکور از مطالعه کنار گذاشته شد.

در پژوهش حاضر به منظور گردآوری داده‌ها از مقیاس‌های مورد اطمینان و معتبر به شرح زیر استفاده شد:

الف) پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک و فردی که مشتمل بر سؤالاتی به منظور تعیین مشخصات جمعیت‌شناختی مانند سن، جنس، قد، وزن، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، تعداد فرزندان، شغل، پوشش بیمه، همچنین با هدف ارزیابی سوابق مرتبط با بیماری مانند طول مدت ابتلا، دفعات بستری در بیمارستان طی یک سال اخیر، مهم‌ترین مشکل ناتوان‌کننده بیماری، ابتلا به سایر بیماری‌ها، نوع داروی مصرفی و نوع میگرن بود. مدت‌زمان لازم برای تکمیل سؤالات این بخش حدود ۳ دقیقه بود و فقط در فاز نخست مطالعه توسط نمونه‌ها تکمیل شد.

ب) پرسش‌نامه راهبردهای مقابله‌ای (موس و بیلینگز ۱۹۸۱) که مشتمل بر ۱۹ سؤال و از حیطه‌های مقابله‌شناختی با ۶ سؤال، مقابله رفتاری فعال با ۶ سؤال و مقابله اجتنابی با ۷ سؤال تشکیل شده است. از نمونه‌ها درخواست شد به سؤالات مذکور با استفاده از مقیاس لیکرتی چهار گزینه‌ای (همیشه، اغلب، گاهی، هیچ‌وقت) پاسخ دهند. به هر سؤال بر اساس گزینه‌ای که از سوی نمونه‌ها انتخاب شد، نمره‌ای بین صفر تا ۳ تعلق گرفت. در مجموع، دامنه نمرات نمونه‌ها بین صفر تا ۵۷ بود. خصوصیات روان‌سنجی پرسش‌نامه مذکور در مطالعه صفاری و همکاران تأیید شده است [۲۸]. مدت‌زمان لازم برای پاسخگویی به سؤالات این بخش ۱۰ دقیقه بود.

ج) پرسش‌نامه خودکارآمدی مربوط به درد (PSEQ: Pain Self-Efficacy Questionnaire) که ابزاری ده‌سؤالی بود و بر اساس نظریه خودکارآمدی بندورا طراحی شد و نیکولاس آن را ساخت. هدف این مقیاس اندازه‌گیری میزان اطمینان و کارآمدی فرد در زندگی همراه با درد است. برای پاسخ به سؤالات این

شدند. با توجه به تعداد کم بیماران، نبود اختلاف معنی‌دار بین بیماران از حیث متغیرهای اقتصادی-اجتماعی، تعداد محدود کلینیک‌های موجود در سطح شهر و به منظور پیشگیری از برهم‌پوشانی احتمالی بین نمونه‌ها، دو کلینیک که بیشترین فاصله را از یکدیگر داشتند، انتخاب و به صورت تصادفی به گروه‌های تجربی و کنترل تخصیص داده شدند. بعد از ثبت‌نام بیماران و اطلاع‌رسانی درباره اهداف مطالعه، با لحاظ کردن معیارهای ورود و خروج و بر اساس جدول اعداد تصادفی، از بین افراد مذکور نمونه‌گیری انجام شد.

ابتدا فهرستی از تمام متقاضیان ترک سوء مصرف مواد در هر یک از کلینیک‌ها تهیه شد. سپس به روش قرعه‌کشی بر اساس جدول اعداد تصادفی، اسامی ۳۰ نفر در هر مرکز مشخص شد. تیم تحقیق ضمن معرفی خود به هر یک از متقاضیان انتخاب‌شده از طریق تماس تلفنی، درباره نحوه انتخاب، داوطلبانه بودن شرکت در پژوهش، اهداف مطالعه، مراحل و فرایندهای پژوهش و مدت‌زمان اجرای طرح اطلاعاتی را ارائه کرد. در صورتی که متقاضیان انتخاب‌شده به هر دلیلی تمایلی برای شرکت در پژوهش نداشتند، با نفر بعدی در فهرست اولیه تماس گرفته می‌شد. از بیماران درخواست شد روزها و ساعاتی را مشخص کنند که برای مشارکت در پژوهش می‌توانند در کلینیک حاضر شوند. سپس با انطباق زمان ارائه‌شده از سوی مشارکت‌کنندگان با زمان‌های حضور تیم پژوهش در کلینیک‌ها، زمان نهایی به مشارکت‌کنندگان اطلاع داده شد.

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: مشارکت داوطلبانه و آگاهانه، تشخیص قطعی ابتلا به میگرن مزمن توسط متخصص مغز و اعصاب بر اساس معیارهای جامعه بین‌المللی سردرد، داشتن حداقل سطح سواد خواندن و نوشتن، تداوم سکونت در بندر انزلی در یک سال آتی، زن بودن، داشتن چهار حمله میگرن یا بیشتر در طول یک ماه، شدت سردرد ۵ یا بالاتر بر اساس مقیاس عددی سنجش درد، نداشتن سابقه ابتلا به اختلالات سایکوتیک و شرکت نکردن در برنامه‌های مشابه آموزشی و مداخله‌ای در یک سال گذشته [۲۷]. همچنین در صورت ابتلا به بیماری‌های شدید

تعیین شده، تیمی از کارشناسان آموزش سلامت محتوا، مواد و رسانه‌های آموزشی تهیه شده را ابتدا ارزیابی کردند، سپس از نمونه تصادفی ۱۰ نفری که در مطالعه نهایی شرکت نداشتند، درخواست شد نظرات خود را نسبت به قابلیت فهم، قدرت انتقال مفاهیم، ویژگی‌های ظاهری، جذابیت، حجم مطالب و سایر ویژگی‌های محتوا و مواد آموزشی اعلان کنند.

پس از انجام پیش‌آزمون و تأیید تیم متخصصان، اهداف، محتوای آموزشی، مدت‌زمان و روش آموزش، ابزارهای کمک آموزشی به همراه افراد شرکت کننده در هر جلسه تعیین شد. به منظور جلوگیری از یکنواخت بودن کلاس آموزشی و تسهیل فرایند یادگیری، از وسایل کمک آموزشی نظیر پمفلت و پوستر استفاده شد. با استفاده از قابلیت بحث گروهی متمرکز نیز سعی شد با مطرح کردن تجارب و اطلاعات بیماران و بیان سؤالات و پاسخ‌ها، جریان پویایی گروه و مشارکت نمونه‌ها شکل فعال‌تری به خود بگیرد و در افزایش آگاهی و اطلاعات و اصلاح نگرش آزمودنی‌ها اثرگذار باشد. در نهایت، آموزش ارائه شده به گروه تجربی شامل ۵ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای طی پنج هفته متوالی بود که در قالب گروه‌های ۸ تا ۱۰ نفری اجرا شد. حین آموزش‌ها از چهار پمفلت با موضوعات «میگرن»، «طب فشاری»، «گیاهان دارویی مؤثر بر درمان میگرن» و «کنترل خشم» استفاده شد. در نقطه مقابل، بیماران گروه کنترل فقط از مراقبت‌های روتین بهره‌مند شدند. محتوای آموزشی در جدول ۱ ارائه شده است.

داده‌های گردآوری شده قبل و ۲ ماه بعد از مداخله وارد نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ شد. نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنوف تأیید شد. از آزمون‌های کای اسکوئر، تی مستقل و زوجی، تحلیل واریانس نیز برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. به منظور رعایت اخلاق پژوهش، محقق پس از ورود به کلینیک‌ها توضیحات جامعی در خصوص اهداف پژوهش، تمایل افراد برای شرکت در پژوهش و محرمانه ماندن اطلاعات به شرکت کنندگان ارائه کرد. در خاتمه نیز یک جلسه

مقیاس از طیف لیکرت یک تا شش درجه‌ای استفاده شده و دامنه نمرات بین ۱۰ تا ۶۰ متغیر بود. نمره بیشتر بیانگر اطمینان بیشتر در انجام فعالیت‌های روزمره با وجود درد است. روایی و پایایی این پرسش‌نامه در مطالعه وثیق و همکاران تأیید شده است [۲۹]. زمان مورد نیاز برای پاسخگویی به سؤالات این بخش تقریباً ۵ دقیقه بود. (د) مقیاس آگاهی که بر اساس مطالعه منابع و مقالات علمی در این رابطه و با نظر متخصصان، مجموعه‌ای از سؤالات درباره استفاده از مکانیسم‌های غلبه بر درد مزمن (به صورت صحیح-غلط و چهار گزینه‌ای) طراحی و در نهایت پس از اصلاح و اعمال نظرات، پرسش‌نامه‌ای ۱۲ سؤالی استخراج شد. حداقل نمره این بخش صفر و حداکثر ۲۴ است. روایی صوری پرسش‌نامه مذکور را تیم خبرگان متشکل از کارشناس روان‌شناسی عمومی، روان‌شناس بالینی، متخصص مغز و اعصاب، متخصص آموزش بهداشت و پرستار داخلی جراحی تأیید کردند. همچنین شاخص روایی محتوایی (CVI: Content Validity Index) و نسبت روایی محتوایی (CVR: Content Validity Ratio) به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۸۷ به دست آمد که نشان‌دهنده روایی محتوایی مقیاس مذکور بود. برای پاسخگویی به سؤالات این بخش تقریباً ۷ دقیقه زمان نیاز بود.

بعد از اجرای هماهنگی‌ها با معاونت درمان و پژوهش، گرفتن رضایت‌نامه کتبی و اطلاع‌رسانی به بیماران درباره اهداف مطالعه و همچنین تعیین وقت برای تکمیل پرسش‌نامه، در فاز نخست مطالعه، نمونه‌ها در زمان از قبل تعیین شده اقدام به تکمیل پرسش‌نامه‌ها در کلینیک‌های تخصصی و در حضور اعضای تیم تحقیق کردند. حضور اعضای تیم تحقیق به منظور رفع ابهامات و پاسخ به سؤالات احتمالی و اطمینان از تکمیل دقیق و پاسخگویی به تمام سؤالات بود. بعد از گردآوری داده‌های اولیه و بر اساس نیازسنجی و وزن‌دهی به متغیرهای تأثیرگذار همچون آگاهی، خودکارآمدی، تعیین نوع راهبردهای مقابله‌ای و با تکیه بر منابع آموزشی موجود و تأیید خبرگان، اهداف و محتوای آموزشی مدنظر طراحی و تدوین شد. به منظور انطباق اهداف آموزشی با نیازهای از پیش

آموزش گروهی برای بیماران گروه کنترل در نظر گرفته و محتوای آموزشی در قالب یک لوح فشرده به آن‌ها ارائه شد.

یافته‌ها

سال بود. تقریباً ۵۰ درصد از بیماران تحصیلات در حد دبیرستان و دیپلم داشتند و بیش از ۶۰ درصد آن‌ها متأهل بودند. سایر خصوصیات دموگرافیک در جدول ۲ نشان داده شده است. مقایسه ویژگی‌های دموگرافیک بین دو گروه تجربی و کنترل، اختلاف معنی‌داری را بین دو گروه نشان نداد.

یافته‌های درج‌شده در جدول ۲ نشان می‌دهد بین بیماران دو

میانگین سنی بیماران شرکت‌کننده در مطالعه $26/3 \pm 7/11$

جدول ۱: محتوا، اهداف و سایر ویژگی‌های برنامه آموزشی

شماره جلسه	عنوان	اهداف و اقدامات	روش آموزش و وسایل کمک آموزشی	نحوه ارزشیابی	مدت زمان
اول	آشنایی با میگرن، علل و مکانیسم آن	<ul style="list-style-type: none"> - معارفه و آشنایی با قوانین جلسات آموزشی - ماهیت میگرن، انواع میگرن، نشانه‌ها و علائم آن - مکانیسم ایجاد میگرن - نقش عوامل و محرک‌های مختلف محیطی، ژنتیکی و روان‌شناختی در شروع و تشدید میگرن - تعهد کتبی برای اجرای توصیه‌ها، انجام تکالیف و مشارکت در روند آموزش 	سخنرانی به همراه پرسش و پاسخ (ویدئو پروژکتور + پمفلت آموزشی میگرن)	پرسش‌نامه آگاهی ۱۲ سؤالی	یک ساعت
دوم	بازنشانی نگرش و تحلیل باورهای غلط مرتبط با خودکارآمدی درد	<ul style="list-style-type: none"> - بازگویی باورهای غلط و افکار غیرمنطقی درباره بی‌اثر بودن روش‌های غیردارویی - اثربخشی چشمگیر روش‌های غیردارویی در کاهش شدت و فراوانی سردردهای میگرنی - شناسایی روش‌های غیردارویی رایج و مزایای کاربرد آن‌ها - یادگیری آسان و کارآمد راهبردهای غیردارویی توسط هر فرد 	بحث گروهی به همراه نمایش فیلم کوتاه (پمفلت آموزشی گیاهان دارویی و طب فشاری)	پرسش‌نامه خودکارآمدی درد ۱۰ سؤالی	یک ساعت
سوم	مهارت‌ها و رفتارهای خودمدیریتی	<ul style="list-style-type: none"> - ارتباط خواب با سردردهای میگرنی و اصلاح عادات خواب (۸ ساعت خواب، حذف تماشای تلویزیون، نحوه مطالعه و شنیدن موسیقی در تختخواب، تکنیک‌های تصویرسازی، دعاکردن و افکار مثبت، محدودیت مصرف مایعات) - ارتباط مواد غذایی با سردردهای میگرنی و آشنایی با رژیم غذایی سالم - ارتباط استرس و تنش‌های روانی با سردردهای میگرنی و روش‌های مدیریت استرس 	سخنرانی و پرسش و پاسخ (دیتا پروژکتور + پمفلت و لوح فشرده)	سؤالات شفاهی انتهای جلسه و پاسخ از سوی مشارکت‌کنندگان	یک ساعت
چهارم	راهبردهای مقابله‌ای (۱)	<ul style="list-style-type: none"> - مروری بر مفاهیم جلسه قبل - آرام‌سازی و روش‌های مختلف آن - انواع راهبردهای مقابله‌ای و چرایی کاربرد آن‌ها - تحلیل و ارزیابی وضعیت استفاده از راهبردها توسط بیماران با تمرکز بر مثال‌ها 	سخنرانی + نمایش عملی به همراه نمایش ویدئو (پرسش و پاسخ در انتها)	پرسش‌نامه راهبردهای مقابله‌ای	یک ساعت
پنجم	راهبردهای مقابله‌ای (۲)	<ul style="list-style-type: none"> - مروری بر مفاهیم و تمرینات جلسه قبل - آشنایی با راهبردهای مسئله‌مدار و کاربرد آن‌ها در کنترل میگرن - ارائه تمرینات خانگی - آشنایی با راهبردهای هیجان‌مدار و کاربرد آن‌ها در کنترل میگرن - انجام برخی راهبردها از سوی مشارکت‌کنندگان و ارائه بازخوردهای کلامی و عملی 	سخنرانی کوتاه + ایفای نقش (ویدئو پروژکتور و لوح فشرده)	پرسش‌نامه راهبردهای مقابله‌ای	یک ساعت

همچنین میانگین شدت حملات سردردهای میگرنی در بیماران شرکت کننده در گروه تجربی بعد از مداخله به طور معنی داری کاهش یافت (از $8/34 \pm 1/56$ به $4/72 \pm 1/87$ ، $P < 0/001$). یافته‌های جدول ۳ بیانگر کاهش معنی دار میانگین مدت و تداوم سردردهای میگرنی در بیماران گروه تجربی بعد از مداخله است (از $3/85 \pm 1/44$ به $2/03 \pm 1/04$ ، $P < 0/001$). نتایج مندرج در

گروه تجربی و کنترل قبل از اجرای مداخله آموزشی از حیث متغیرها و شاخص‌های مربوط به سردرد میگرنی مانند دفعات بروز حمله در یک ماه، شدت سردردها و همچنین مدت سردرد اختلاف معنی داری وجود نداشت، اما بعد از اجرای مداخلات میانگین دفعات بروز حمله در بیماران گروه تجربی در مقایسه با قبل از مداخله آموزشی به طور معنی داری کاهش یافت (از $4/39 \pm 1/40$ به $1/93 \pm 1/07$ ، $P < 0/001$).

جدول ۲: مشخصات جمعیت شناختی بیماران شرکت کننده در گروه‌های تجربی و کنترل

متغیر بررسی شده	گروه تجربی (n= ۳۰)		گروه کنترل (n= ۳۰)		سطح معنی داری
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
سن	۱۲	۴۰	۱۰	۳۳/۳۳	۲۵-۱۸
	۷	۲۳/۳۳	۶	۲۰	۳۵-۲۵
	۱۱	۳۶/۶۷	۱۴	۴۶/۶۷	بیش از ۳۵
ابتدایی و راهنمایی	۸	۲۶/۶۷	۷	۲۳/۳۳	
دیپستان و دیپلم	۱۶	۵۳/۳۳	۱۴	۴۶/۶۷	سطح تحصیلات
دانشگاهی	۶	۲۰	۹	۳۰	
مجرد	۹	۳۰	۸	۲۶/۶۷	
متأهل	۱۹	۶۳/۳۳	۲۱	۷۰	وضعیت تأهل
سایر موارد	۲	۶/۶۷	۱	۳/۳۳	
بدون فرزند	۷	۲۳/۳۳	۶	۲۰	
۳-۱	۱۶	۵۳/۳۴	۱۷	۵۶/۶۷	تعداد فرزندان
بیش از ۳ فرزند	۷	۲۳/۳۳	۷	۲۳/۳۳	
خانه‌دار	۱۸	۶۰	۲۰	۶۶/۶۷	
شاغل	۱۲	۴۰	۱۰	۳۳/۳۳	وضعیت اشتغال
ضعیف	۱۱	۳۶/۶۷	۸	۲۶/۶۷	
متوسط	۱۵	۵۰	۱۷	۵۶/۶۷	وضعیت اقتصادی
خوب	۴	۱۳/۳۳	۵	۱۶/۶۶	
پله	۲۳	۷۶/۶۷	۲۴	۸۰	
خیر	۷	۲۳/۳۳	۶	۲۰	پوشش بیمه‌ای

تغییرات معنی‌دار در میانگین کاربرد تمامی راهبردهای مقابله‌ای در گروه تجربی به‌استثنای راهبرد ارزیابی مجدد مثبت و راهبرد جست‌وجوی حمایت اجتماعی هستیم ($P < ۰/۰۵$). یافته‌های درج‌شده در جدول ۵ مربوط به مقایسه میانگین نمره متغیرهای آگاهی و همچنین خودکارآمدی مرتبط با درد بین بیماران

جدول ۴ ماحصل آزمون تی مستقل و بررسی اختلاف میانگین کاربرد راهبردهای مقابله‌ای بین بیماران گروه‌های تجربی و کنترل است. همان‌طور که از داده‌ها استنتاج می‌شود، قبل از مداخله بین دو گروه از حیث کاربرد راهبردهای مقابله‌ای اختلاف معنی‌داری دیده نمی‌شد، اما پس از اجرای مداخله آموزشی شاهد بروز

جدول ۳: شاخص‌های مربوط به سردرد در بیماران مبتلابه میگرن شرکت‌کننده در گروه‌های کنترل و تجربی قبل و بعد از مداخله آموزشی

شاخص بررسی‌شده	قبل از مداخله	بعد از مداخله	P*
دفعات حمله در طول یک ماه	گروه تجربی	۴/۳۹±۱/۴۰	P<۰/۰۰۱
	گروه کنترل	۴/۲۱±۱/۳۸	P=۰/۲۶
	P**	P<۰/۰۵	
شدت سردرد	گروه تجربی	۸/۳۴±۱/۵۶	P<۰/۰۰۱
	گروه کنترل	۸/۶۰±۱/۴۹	P=۰/۳۵
	P**	P<۰/۰۰۱	
مدت سردرد	گروه تجربی	۳/۸۵±۱/۴۴	P<۰/۰۰۱
	گروه کنترل	۳/۵۹±۱/۷۰	P=۰/۴۴
	P**	P=۰/۰۰۳	

P*، سطح معنی‌داری قبل و بعد از مداخله؛ P**، سطح معنی‌داری بین دو گروه تجربی و کنترل

جدول ۴: مقایسه میانگین راهبردهای مقابله‌ای در بیماران گروه‌های تجربی و کنترل قبل و بعد از مداخله

راهبرد استفاده‌شده	گروه	قبل از مداخله (میانگین±انحراف معیار)	بعد از مداخله (میانگین±انحراف معیار)	P*
مقابله و مواجهه	تجربی	۱۳/۲۶±۳/۱۱	۱۶/۱۳±۳/۷۵	P<۰/۰۵
	کنترل	۱۳/۴۰±۲/۹۴	۱۳/۵۳±۳/۱۷	۰/۲۷
	P**	۰/۱۳	P<۰/۰۰۱	
فاصله‌گیری	تجربی	۱۲/۳۴±۲/۸۷	۱۵/۶۰±۳/۴۴	P<۰/۰۰۱
	کنترل	۱۲/۷۶±۳/۰۴	۱۲/۳۸±۳/۲۶	۰/۴۶
	P**	۰/۸۵	P<۰/۰۰۱	
خودکنترلی	تجربی	۱۵/۲۵±۳/۷۳	۱۹/۶۱±۲/۸۵	P<۰/۰۵
	کنترل	۱۵/۹۴±۳/۸۶	۱۷/۰۸±۳/۴۴	۰/۳۴
	P**	۰/۱۵	۰/۰۰۲	

ادامه جدول ۴.

۰/۰۶	۱۷/۲۰±۳/۱۴	۱۶/۱۲±۲/۶۷	تجربی	حمایت جست‌وجوی اجتماعی
۰/۲۱	۱۶/۷۷±۳/۰۶	۱۶/۴۳±۲/۸۵	کنترل	
	۰/۱۱	۰/۴۰	p**	
۰/۰۰۵	۱۳/۵۷±۳/۱۹	۱۱/۰۵±۲/۸۶	تجربی	پذیرش مسئولیت
۰/۶۶	۱۱/۳۳±۳/۱۷	۱۱/۱۷±۳/۰۱	کنترل	
	۰/۰۰۳	۰/۵۴	p**	
P<۰/۰۵	۱۵/۲۷±۴/۰۱	۱۳/۴۰±۲/۹۳	تجربی	فرار-اجتناب
۰/۶۳	۱۳/۵۲±۳/۵۶	۱۳/۲۳±۳/۱۶	کنترل	
	P<۰/۰۵	۰/۷۲	p**	
P<۰/۰۵	۱۷/۳۵±۳/۲۰	۱۵/۳۴±۳/۱۹	تجربی	حل مسئله برنامهریزی‌شده
۰/۴۸	۱۵/۹۴±۳/۸۲	۱۵/۶۳±۳/۵۶	کنترل	
	۰/۰۰۳	۰/۵۹	p**	
۰/۳۰	۲۰/۳۴±۳/۵۹	۱۹/۲۵±۳/۸۷	تجربی	ارزیابی مجدد مثبت
۰/۲۴	۱۹/۶۷±۳/۷۳	۲۰/۰۰±۴/۱۳	کنترل	
	۰/۳۸	۰/۱۶	p**	

P*: سطح معنی‌داری قبل و بعد از مداخله؛ P**: سطح معنی‌داری بین دو گروه تجربی و کنترل

راهبردهای غلبه بر دردهای مزمن بر میزان آگاهی، خودکارآمدی اختصاصی درد و شاخص‌های مرتبط با سردردهای میگرنی در بیماران مبتلابه سردردهای میگرنی در بندر انزلی بود. یافته‌های مطالعه کنونی به‌طور خلاصه نشان داد دفعات بروز، شدت و مدت حملات مرتبط با سردردهای میگرنی در بیماران شرکت‌کننده در گروه تجربی پس از اجرای برنامه مداخله آموزشی به‌طور معنی‌داری کاهش یافت (P<۰/۰۵). متاآنالیز ۱۴ کارآزمایی شاهدهدار تصادفی توسط Kindelan-Calvo و همکاران حاکی از کاهش فراوانی سردرد، میزان ناتوانی متناسب به آن و همچنین بهبود کیفیت زندگی بعد از اجرای مداخلات آموزشی و رفتاری شناختی در بیماران مبتلابه میگرن بود [۳۰]. Simshäuser و همکاران نیز در

گروه‌های تجربی و کنترل قبل و بعد از مداخله است. نتایج آزمون تی مستقل که در جدول ۵ درج شده است نشان می‌دهد میانگین نمره آگاهی و خودکارآمدی در بیماران گروه تجربی و کنترل قبل از مداخله از لحاظ آماری با یکدیگر اختلاف معنی‌داری ندارد. بااین‌وجود، میانگین نمره آگاهی و خودکارآمدی در بیماران گروه تجربی بعد از مداخله اختلاف معنی‌داری را با میانگین نمره متغیرهای مذکور قبل از مداخله نشان داد و افزایش یافت (P<۰/۰۰۱).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف مطالعه حاضر تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر یادگیری

جدول ۵: میانگین نمره آگاهی و خودکارآمدی مربوط به درد در بیماران گروه تجربی و کنترل قبل و بعد از مداخله

متغیر بررسی شده	مقطع اندازه گیری	گروه تجربی (n= ۳۰)		P**
		(میانگین ± انحراف معیار)	(میانگین ± انحراف معیار)	
آگاهی	قبل از مداخله	۱۱/۸۳±۳/۲۴	۱۲/۰۶±۳/۴۵	P<۰/۰۰۱
	بعد از مداخله	۱۷/۶۵±۵/۵۲	۱۳/۱۳±۴/۰۰	
		P<۰/۰۰۱	۰/۱۸	
خودکارآمدی	قبل از مداخله	۲۴/۱۶±۱۰/۳۳	۲۳/۹۴±۱۱/۷۰	P<۰/۰۰۱
	بعد از مداخله	۴۷/۵۵±۱۶/۲	۲۴/۱۱±۱۲/۴۶	
		P<۰/۰۰۱	۰/۲۹	

P*: سطح معنی‌داری قبل و بعد از مداخله؛ P**: سطح معنی‌داری بین دو گروه تجربی و کنترل

استفاده از استراتژی‌های مقابله با درد در بیماران مبتلابه سردردهای میگرنی شرکت کننده در گروه تجربی پس از مداخله آموزشی بود (P<۰/۰۰۵). نتایج پژوهش Bromberg و همکاران نیز نشان داد در کنار افزایش خودکارآمدی سردرد، افزایش دفعات آرام‌سازی، تقویت حمایت اجتماعی و کاهش تغییر ماهیت درد، استرس و افسردگی، استفاده از راهبردهای مقابله‌ای به‌طور معنی‌داری بهبود یافت [۳۵]. علاوه بر این، نتایج پژوهش بافکری و همکاران که نشان‌دهنده تأثیر معنی‌دار آموزش سبک‌های مقابله‌ای به روش بحث گروهی در رویارویی با موقعیت استرس‌زا در دانش‌آموزان دبیرستانی بود با یافته‌های مطالعه کنونی همسو است [۱۶].

تأثیر آموزش مهارت‌های مقابله‌ای مسئله‌محور بر بهبود کیفیت زندگی مراقبان بیماران تحت همودیالیز بعد از مداخله به همراه افزایش معنی‌دار استفاده از راهبردهای حل مسئله، کنترل خشم و ارتباطات مؤثر بعد از مداخله در مطالعه قانع و همکاران نیز مشابه نتایج پژوهش کنونی بود [۳۶]. فرض اصلی در افزایش میزان استفاده از استراتژی‌های مقابله با درد در بیماران احتمالاً این است: افرادی که خود را به مجموعه‌ای از مهارت‌ها و توانمندی‌های مقابله‌ای تجهیز کرده‌اند، در رویارویی با مشکلات موفق‌تر هستند؛ چراکه استفاده از پاسخ‌های مقابله‌ای مؤثر، به آن‌ها در غلبه بر مشکلات جسمانی

مطالعه خود تأکید کردند بعد از اجرای راهبردهای ذهن آگاهی، کنترل استرس، خودکارآمدی درد، ادراک حسی درد و علائم روان‌شناختی در بیماران مبتلابه میگرن بهبود یافت [۳۱]. علاوه بر این، نتایج مذکور از حیث کاهش دفعات بروز، مدت و شدت حملات و سردردهای میگرنی به‌طور مشابهی در سایر مطالعات تکرار شده است [۱۸، ۳۲، ۳۳].

در حقیقت، کاهش معنی‌دار دفعات بروز، مدت و شدت سردردهای میگرنی پس از مداخله را احتمالاً می‌توان به یادگیری راهبردهای مقابله با دردهای مزمن توسط بیماران منتسب کرد. در پژوهش حاضر بیماران گروه تجربی به نحو هوشیارانه یاد گرفتند راحت‌تر و با توانایی بیشتری برای مقابله با آغازگرهای حملات میگرنی آماده شوند. در واقع، فراگیری راهبردهای مقابله‌ای به نحو مؤثرتری به بیماران توانایی کنترل سردردها را انتقال می‌دهد [۳۴]. همچنین در مقایسه با دارودرمانی، روش‌های مذکور از آن جهت مفید و مؤثر هستند که بیمار را با کیفیت، شدت و عوامل راه‌انداز سردرد آشنا می‌سازد و بدین ترتیب بیماران با توجه به درک روشن خود از این عوامل و آگاهی از توانایی خود در مدیریت سردرد، کنترل بهتری بر کلیات بیماری خواهند داشت [۱۴].

یکی دیگر از یافته‌های پژوهش کنونی تغییر معنی‌دار در

راهبردهای جدید را گزارش کردند [۳۸]. نتایج مطالعه هاوایی و همکاران و گلابی و همکاران نیز از این حیث با یافته‌های پژوهش حاضر همخوانی دارد [۳۹،۴۰].

مطالعات در راستای تبیین تأثیر معنی‌دار مداخله تنظیم هیجان بر مشکلات هیجانی نشان داده‌اند استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان باعث می‌شود فرد با دیدگاه متفاوتی به ارزیابی رویدادها و وقایع منفی بپردازد، هیجان‌های منفی را با شدت کمتری تجربه کند، شدت واکنش‌های هیجانی نسبت به آن‌ها را تغییر دهد، در کنترل هیجان‌ها خود احساس کفایت کند و در نتیجه ناراحتی و تنیدگی کمتری را تجربه کند. همچنین در آموزش تنظیم هیجان بر تمرینات و مهارت‌هایی تأکید می‌شود که کاربرد آن‌ها به پذیرش مشکلات هیجانی، پرورش سبک زندگی سالم، انجام عمل مخالف در برابر هیجان‌های منفی منجر می‌شود که در نهایت موجب تسهیل تغییرات می‌شود [۴۱].

خودکارآمدی نیز متغیر مهم دیگری بود که در پژوهش حاضر در گروه تجربی افزایش یافت ($P < 0/05$). بهبود وضعیت خودکارآمدی مدیریت سردرد بعد از دریافت آموزش‌های خودمراقبتی تئوری‌محور در مطالعه Short و همکاران تأیید شد [۲۴]. همچنین نتایج پژوهش Leroux و همکاران نیز حاکی از بهبود نمره خودکارآمدی مدیریت سردرد در بیمارانی بود که آموزش‌های اصلاح سبک زندگی را دریافت کرده بودند [۲۵]. از این حیث، نتایج پژوهش Peck و Smitherman (۲۰۱۵) نیز با یافته‌های پژوهش کنونی همسو است [۴۲].

خودکارآمدی از جمله متغیرهای شناختی است که می‌تواند بر میزان درد ادراک شده اثر بگذارد [۱۹]. افراد دارای خودکارآمدی و احساس کنترل بالا هنگامی که با یک محرک دردناک مواجه می‌شوند، تولید اپوئیدهای درون‌زاد در آن‌ها افزایش می‌یابد. این موضوع باعث افزایش تحمل درد و کاهش شدت آن می‌شود. این افراد باور دارند می‌توانند دردشان را کنترل کنند؛ به همین خاطر وجود درد آن‌ها را کمتر پریشان می‌سازد. در حقیقت افرادی که

روانی، روابط بین‌فردی، اجتماعی و تعارضات فردی کمک می‌کند. در نتیجه این افراد از کیفیت زندگی و سلامت روان بهتری برخوردارند. بدین ترتیب انتخاب راهبردهای مقابله‌ای کارآمد در ابعاد شناختی، هیجانی و رفتاری نهایتاً به ارتقای سلامت روان منجر خواهد شد [۱۴،۳۴]. در واقع، استفاده از شیوه‌های مقابله‌ای مؤثر، اعتمادبه‌نفس را افزایش می‌دهد و احساس کارآمدی را القا می‌کند؛ چراکه فرد به این باور می‌رسد که امور و کارها از درون فرد هدایت می‌شود. لذا افرادی که احساس کنترل فردی قوی‌تری دارند، معمولاً در رویارویی با شرایط استرس‌زا موفق‌تر عمل می‌کنند. این افراد احساس شایستگی، کفایت و قابلیت کنار آمدن با زندگی را دارند. آنان بر این باورند که می‌توانند به‌طور مؤثر با رویدادها و شرایطی که مواجه می‌شوند، برخورد کنند. آن‌ها مشکلات را چالش می‌بینند و نه تهدید و فعالانه موقعیت‌های جدید را جست‌وجو می‌کنند. در واقع این افراد احساس کنترل درونی می‌کنند و پیامد و مسئولیت رفتارهای خود را می‌پذیرند؛ بنابراین، در برخورد با مسائل به جای اینکه موضعی انفعالی اتخاذ کنند، سعی دارند سررشته امور را به‌دست گیرند؛ برای مثال، تأثیر مثبت دعا به‌عنوان بخشی از راهبردهای مقابله‌ای در کاهش شدت درد بیماران مبتلا به میگرن در مطالعه تجدینی و همکاران و همچنین پیامدهای مثبتی همچون افزایش خودکارآمدی، افزایش استفاده از تن‌آرامی، افزایش استفاده از حمایت اجتماعی، کاهش فاجعه‌آفرینی درد، کاهش افسردگی و استرس در بیماران میگرنی به‌عنوان بخشی از نتایج مطالعه Bromberg و همکاران، همگی با یافته‌های مطالعه حاضر همسو و مؤید این ادعا است [۳۴،۳۵،۳۷].

علاوه بر نتایج مذکور، در پژوهش حاضر بهبود عملکرد گروه تجربی در استفاده از راهبردهای هیجان‌مدار در مقابله با درد میگرن حاصل شد ($P < 0/05$). یافته‌های پژوهش Hall و همکاران نیز حاکی از آن بود که با افزایش کاربرد راهبردهای هیجان‌مدار، بیماران مبتلا به میگرن بعد از مداخله کمتر احساس انزوا می‌کنند و آمادگی روانی بیشتری برای مقابله با سردردهای تششی با استفاده از

اطمینان دارند می‌توانند زندگی‌شان را با وجود درد مدیریت کنند، در دامنه وسیعی از فعالیت‌ها درگیر می‌شوند که سبب می‌شود کمتر افسرده و ناتوان شوند [۲۲، ۲۳].

یکی از نقاط قوت پژوهش حاضر اضافه کردن مهارت‌ها و اطلاعات مرتبط با تن‌آرامی با هدف کاهش ادراک درد به محتوای آموزشی و مداخلات بیماران مبتلابه سردردهای میگرنی شرکت‌کننده در گروه تجربی بود. باین‌وجود، استفاده از راهبردهای عملیاتی مانند تن‌آرامی و موسیقی‌درمانی شاید بتواند پیامدهای مثبت مطالعه را به‌طور محسوس‌تری افزایش دهد. به دنبال تن‌آرامی تغییراتی گسترده در افکار و باورهای فرد مبتنی بر افزایش عملکرد (کاهش ناتوانی) و احساس کفایت از خود ایجاد می‌شود. همچنین آرام‌سازی اثرات مثبت زیادی مانند کاهش ضعف و خستگی، انحراف فکر بیمار از درد، افزایش میزان تحمل بیمار و مشارکت او در درمان درد دارد. همچنین آموزش فنون تنش‌زدایی به افزایش مهارگری و خویشتن‌داری این بیماران کمک می‌کند؛ بنابراین، توصیه می‌شود در پژوهش‌های آتی به‌منظور ارتقای بیشتر شاخص‌های سلامت، آموزش‌های تن‌آرامی و فنون تنش‌زدایی به محتوای مداخلات مرتبط با راهبردهای مقابله با سردردهای میگرنی افزوده شود [۴۳].

پژوهش حاضر با چندین محدودیت مواجه بود. نخست، ارزیابی پیامدهای مداخله تنها به فاصله زمانی ۲ ماه بعد صورت گرفت. به‌منظور ارزیابی دقیق‌تر تأثیر آموزش راهبردهای مقابله بر شاخص‌های بالینی و متغیرهای روان‌شناختی توصیه می‌شود در مطالعات آتی مقاطع زمانی پیگیری، طولانی‌تر و حداقل دو مقطع زمانی ۶ ماه و یک‌ساله اضافه شود. دوم، قضاوت درباره اثربخشی آموزش راهبردهای مقابله‌ای به‌واسطه تغییر در شاخص‌های سردرد و خودکارآمدی بود که بیماران به روش خودایفا آن‌ها را گزارش کردند. البته تورش بخش لاینفک روش‌های خودایفا مانند پرسش‌نامه است؛ بنابراین، تمرکز بر

شاخص‌های کلینیکال و اندازه‌گیری تغییرات نورولوژیک در کنار متغیرهای روان‌شناختی به‌منظور افزایش دقت در سنجش آثار مداخله توصیه می‌شود. سوم، بیماران شرکت‌کننده در پژوهش از دو کلینیک در بندر انزلی انتخاب شدند و به‌واسطه ویژگی‌های فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی بیماران در تعمیم نتایج باید محتاط بود. توصیه می‌شود در پژوهش‌های آتی نمونه‌گیری گسترده‌تری انجام شود. درنهایت، برنامه آموزش در پژوهش حاضر با وجود ایجاد تغییرات مثبت، در صورتی که با استفاده از الگوهای آموزشی یا مداخلات شناختی رفتاری انجام می‌شد، می‌توانست نتایج مناسب‌تری را به جای بگذارد؛ بنابراین، استفاده از الگوهای انگیزشی مرحله‌محور مانند مدل فرانظری (Transtheoretical Model) و همچنین طراحی مداخلات درمان شناختی رفتاری (CBT: Cognitive Behavior Therapy) در مطالعات آتی پیشنهاد می‌شود.

به‌طور کلی از یافته‌های این مطالعه می‌توان نتیجه گرفت که آموزش راهبردهای مقابله با دردهای مزمن در بیماران مبتلابه سردردهای میگرنی با تمرکز بر تقویت متغیرهای روان‌شناختی تأثیرگذار بر رفتار همچون خودکارآمدی درنهایت به کاهش محسوس شدت و مدت‌زمان سردردهای میگرنی در بیماران مربوطه منجر شد؛ بنابراین، توصیه می‌شود در کنار دارودرمانی و توصیه‌های بالینی به بیماران مبتلابه سردردهای میگرنی، متناسب با وضعیت بیماران، آموزش راهبردهای غلبه بر درد مزمن نیز از سوی پزشکان یا سایر کارکنان درمانی و بهداشتی مورد توجه قرار گیرد.

قدردانی

تحقیق حاضر با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی قزوین انجام شده است. این پژوهش ماحصل طرح پژوهشی به شماره ۴۴/۴۵۶۹۶/د است. نویسندگان بر خود لازم

این تحقیق با کد اخلاق (IR.QUMS.REC.1396.353) از سوی کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی قزوین تصویب و اجرا شده است.

می‌دانند از تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش و مسئولان بهداشتی درمانی بندر انزلی و بیمارانی که در این تحقیق شرکت کردند، تقدیر و تشکر کنند.

References

1. Kahrman A, Zhu S. Migraine and tension-type headache. *Semin Neurol* 2018; 38(6):608-18.
2. Burch R. Migraine and tension-type headache: diagnosis and treatment. *Med Clin North Am* 2019; 103(2):215-33.
3. Soni PP, Lee M, Shadbehr N, Ahmed ZA. Recent advances in the management of migraine in older patients. *Drugs Aging* 2020; 37(7):463-8.
4. Burch RC, Buse DC, Lipton RB. Migraine: epidemiology, burden, and comorbidity. *Neurol Clin* 2019; 37(4):631-49.
5. Evans RW. Diagnostic testing for migraine and other primary headaches. *Neurol Clin* 2019; 37(4):707-25.
6. Su M, Yu S. Chronic migraine: a process of dysmodulation and sensitization. *Mol Pain* 2018; 14:1744806918767697.
7. Puledda F, Shields K. Non-pharmacological approaches for migraine. *Neurotherapeutics* 2018; 15(2):336-45.
8. Gewirtz A, Minen M. Adherence to behavioral therapy for migraine: knowledge to date, mechanisms for assessing adherence, and methods for improving adherence. *Curr Pain Headache Rep* 2019; 23(1):3.
9. Adams A, Hills PJ, Bennetts RJ, Bate S. Coping strategies for developmental prosopagnosia. *Neuropsychol Rehabil* 2019; 4:1-20.
10. Ito M, Matsushima E. Presentation of coping strategies associated with physical and mental health during health check-ups. *Community Ment Health J* 2017; 53(3):297-305.
11. Wilski M, Broła W, Tomczak M. Health locus of control and mental health in patients with multiple sclerosis: mediating effect of coping strategies. *Res Nurs Health* 2019; 42(4):296-305.
12. Abolghasemi A, Jafari E, Ahmadi-Tahoursoltani M. Comparison of perfectionism, aggression and coping styles in patients with migraine and tension type headaches and healthy individuals. *J Kerman Univ Med Sci* 2014; 21(2):162-73 (Persian).
13. Hamid N, Mazarei R, Pak S. Correlation between daily stresses and coping styles with mental health in patients with migraine headache. *J Adv Med Biomed Res* 2013; 21(84):73-81 (Persian).
14. Russo A, Santangelo G, Tessitore A, Silvestro M, Trojsi F, De Mase A, et al. Coping strategies in migraine without aura: a cross-sectional study. *Behav Neurol* 2019; 2019:5808610.
15. Biagianti B, Grazi L, Usai S, Gambini O. Dependency-like behaviors and pain coping styles in subjects with chronic migraine and medication overuse: results from a 1-year follow-up study. *BMC Neurol* 2014; 14(1):181.
16. Bafekri K, Taghavi T, Seyedfatemi N, Movaghari M. The effects of group discussion-based education on coping skills in stressful situations among high schools students. *Iran J Nurs Res* 2017; 12(2):1-7.
17. Smith TR, Nicholson RA, Banks JW. A primary care migraine education program has benefit on headache impact and quality of life: results from the mercy migraine management program. *Headache* 2010; 50(4):600-12.
18. Burton WN, Chen CY, Li X, McCluskey M, Erickson D, Schultz AB. Evaluation of a workplace-based migraine education program. *J Occup Environ Med* 2016; 58(8):790-5.
19. Cheng ST, Chen PP, Chow YF, Chung JW, Law AC, Lee JS, et al. Developing a short multidimensional measure of pain self-efficacy: the chronic pain self-efficacy scale-short form. *Gerontologist* 2020; 60(3):e127-36.
20. La Touche R, Grande-Alonso M, Arnes-Prieto P, Paris-Alemay A. How does self-efficacy influence pain perception, postural stability and range of motion in individuals with chronic low back pain? *Pain Physician* 2019; 22(1):E1-13.
21. Salcido RS. Self-efficacy and patient-reported pain. *Adv Skin Wound Care* 2018; 31(3):101.
22. Jackson T, Wang Y, Wang Y, Fan H. Self-efficacy and

- chronic pain outcomes: a meta-analytic review. *J Pain* 2014; 15(8):800-14.
23. Miles CL, Pincus T, Carnes D, Taylor SJ, Underwood M. Measuring pain self-efficacy. *Clin J Pain* 2011; 27(5):461-70.
 24. Short AL. Enhancing migraine self-efficacy and reducing disability through a self-management program. *J Am Assoc Nurse Pract* 2019; 13:323.
 25. Leroux E, Beaudet L, Boudreau G, Eghtesadi M, Marchand L, Pim H, et al. A Nursing intervention increases quality of life and self-efficacy in migraine: a 1-year prospective controlled trial. *Headache* 2018; 58(2):260-74.
 26. Patel S, Potter R, Matharu M, Carnes D, Taylor SJC, Nichols V, et al. Development of an education and self-management intervention for chronic headache-CHES trial (Chronic Headache Education and Self-management Study). *J Headache Pain* 2019; 20(1):28.
 27. Kong X, Chen J, Jiang H, Li Q, Lv Y, Huang Y, et al. Testing of diagnosis criteria of tension-type headache: a multicenter clinical study. *Cephalalgia* 2018; 38(12):1833-40.
 28. Saffari M, Pakpour AH, Yaghubidoot M, Al Zaben F, Koenige HG. Cross-cultural adaptation of the spinal cord lesion-related coping strategies questionnaire for use in Iran. *Injury* 2015; 46(8):1539-44.
 29. Vasigh A, Tarjoman A, Borji M. Relationship between spiritual health and pain self-efficacy in patients with chronic pain: a cross-sectional study in west of Iran. *J Relig Health* 2020; 59(2):1115-25.
 30. Kindelan-Calvo P, Gil-Martínez A, Paris-Aleman A, Pardo-Montero J, Muñoz-García D, Angulo-Díaz-Parreño S, et al. Effectiveness of therapeutic patient education for adults with migraine. A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Pain Med* 2014; 15(9):1619-36.
 31. Simshäuser K, Lüking M, Kaube H, Schultz C, Schmidt S. Is mindfulness-based stress reduction a promising and feasible intervention for patients suffering from migraine? A randomized controlled pilot trial. *Complement Med Res* 2020; 27(1):19-30.
 32. Safarinia M, Shahandeh M, Aliakbari DM, Bagherian SR. The effect of psychosocial group-therapy on improvement of migraine attacks and quality of life of patients with migraine. *J Isfahan Med Sch* 2015; 32(319):2401-10 (Persian).
 33. Hamedanizadeh F, Mahmoudzadeh ZF, Ebadi A, Asad ZM, Kachouei H. Effectiveness of implementation of Orem self-care program on headache indices in Migraineur. *Trauma Mon* 2013; 3:155-61.
 34. Chen H, Zhang X, Tang X, Li X, Hu Y, Tian G. Randomized controlled trials on acupuncture for migraine: research problems and coping strategies. *Ann Transl Med* 2019; 7(6):120.
 35. Bromberg J, Wood ME, Black RA, Surette DA, Zacharoff KL, Chiauzzi EJ. A randomized trial of a web-based intervention to improve migraine self-management and coping. *Headache* 2012; 52(2):244-61.
 36. Ghane G, Ashghali Farahani M, Seyedfatemi N, Haghani H. Effectiveness of problem-focused coping strategies on the burden on caregivers of hemodialysis patients. *Nurs Midwifery Stud* 2016; 5(2):e35594.
 37. Tajadini H, Zangiabadi N, Divsalar K, Safizadeh H, Esmaili Z, Rafiei H. Effect of prayer on intensity of migraine headache: a randomized clinical trial. *J Evid Based Complementray Altern Med* 2017; 22(1):37-40.
 38. Hall AL, Karvounides D, Gelfand AA, Mankin H, Kessel S, Corroo J, et al. Improving the patient experience with migraine camp, a one-day group intervention for adolescents with chronic headache and their parents. *Headache* 2019; 59(8):1392-400.
 39. Havaiy A, Kazemi H, Habibollahi A, Izadikhah Z. The effect of emotion regulation on the amount of tension tolerance and emotion regulation difficulties in women with tension-type headaches. *SSU J* 2017; 24(10):840-51 (Persian).
 40. Golabi N, Abdollahi M, Shahgholian M. The relationship between emotion regulation and metacognitive beliefs regarding pain management in patient with chronic headache. *Sci J Clin Psychol Personal* 2016; 14(1):61-70.
 41. Ho LW. A concept analysis of coping with chronic pain in older adults. *Pain Manag Nurs* 2019; 20(6):563-71.
 42. Peck KR, Smitherman TA. Mediator variables in headache research: methodological critique and exemplar using self-efficacy as a mediator of the relationship between headache severity and disability. *Headache* 2015; 55(8):1102-11.
 43. Patel PS, Minen MT. Complementary and integrative health treatments for migraine. *J Neurophthalmol* 2019; 39(3):360-9.