

## تأثیر اجرای برنامه خودمراقبتی / اورم بر شاخص‌های سردرد بیماران مبتلا به میگرن

فرح‌روز همدانی‌زاده<sup>۱</sup> MSc، فاطمه محمودزاده زرنندی<sup>\*</sup> MSc، عباس عبادی<sup>۱</sup> PhD، مینو اسد زندی<sup>۲</sup> PhD، حسین کجویی<sup>۳</sup> PhD

<sup>\*</sup> گروه داخلی - جراحی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه... (۱)، تهران، ایران

<sup>۱</sup> گروه داخلی - جراحی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه... (۲)، تهران، ایران

<sup>۲</sup> گروه بیهوشی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه... (۳)، تهران، ایران

<sup>۳</sup> گروه نورولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه... (۴)، تهران، ایران

### چکیده

**اهداف:** این پژوهش با هدف تعیین تأثیر اجرای برنامه خودمراقبتی / اورم بر شاخص‌های سردرد بیماران مبتلا به میگرن انجام شد.  
**مواد و روش‌ها:** در این کارآزمایی بالینی مورد-شاهدی، ۸۳ بیمار مبتلا به میگرن مراجعه‌کننده به درمانگاه داخلی اعصاب یکی از بیمارستان‌های شهر تهران در سال ۱۳۸۸ (۴۳ نفر در گروه آزمون و ۴۰ نفر در گروه شاهد) با تخصیص تصادفی در دو گروه آزمون و شاهد مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک، پرسش‌نامه شاخص‌های سردرد میگرنی و پرسش‌نامه بررسی شناخت / اورم، چک‌لیست‌های خودمراقبتی و فرم ثبت وقوع سردرد بود. برای گروه آزمون، برنامه خودمراقبتی به صورت ۴ جلسه آموزشی ۳۰-۴۵ دقیقه‌ای براساس نیازهای خودمراقبتی اجرا شد. شاخص‌های سردرد میگرنی (تعداد حملات، شدت و مدت سردرد) در دو مرحله، قبل و سه ماه بعد از اجرای برنامه خودمراقبتی به وسیله پرسش‌نامه شاخص سردرد میگرنی سنجیده شد و در پایان شاخص‌های سردرد در دو گروه مقایسه شدند. تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS 15 انجام شد.

**یافته‌ها:** میانگین تعداد دفعات، شدت و مدت حملات سردرد در گروه آزمون بعد از مداخله در مقایسه با گروه شاهد کاهش معنی‌داری نشان داد ( $p < 0.05$ ).

**نتیجه‌گیری:** اجرای برنامه خودمراقبتی / اورم روی بیماران مبتلا به میگرن، موجب کاهش شاخص‌های سردرد آنان می‌شود.

**کلیدواژه‌ها:** سردرد میگرنی، مدل خودمراقبتی / اورم، شاخص سردرد

## Effectiveness of implementation of Orem self-care program on headache indices in Migraineur

Hamedanizadeh F.<sup>1</sup> MSc, Mahmoudzadeh Zarandi F.\* MSc, Ebad A.<sup>1</sup> PhD, Asad Zandi M.<sup>2</sup> PhD, Kachuyee H.<sup>3</sup> PhD

\*Department of Internal Medicine Surgery, Faculty of Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>1</sup>Department of Internal Medicine Surgery, Faculty of Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>2</sup>Department of Anesthesiology, Faculty of Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>3</sup>Department of Neurology, Faculty of Medicine, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

### Abstract

**Aims:** This study was designed to determine the effect of implementation of Orem self care program on headache indices of migraine headache.

**Materials & Methods:** In this randomized controlled clinical trial, 83 patients with migraine who were referred to the neurology clinic of one of Tehran's hospitals in year 2009 Patients were divided into two groups by random allocation: 43 of patients in experimental group and 40 patients in control group. Data collection tools were demographic questionnaire, indices of migraine headache questionnaire and Orem cognition form, self care checklist and form of headache diary. Self care programs were held as four 30-45 minutes training sessions based on their self care needs for experimental group. Headache indices including migraine attack frequency, intensity and duration of attacks were evaluated by indices of migraine headache questionnaire before and after three months of self care program. Finally, headache indices were compared in two groups. Data were analyzed by SPSS 15.

**Results:** Average frequency, intensity and duration of headache attacks of experimental group showed a significant decrease after intervention, compared to the control group ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** Performing Orem self care program reduces migraine headache indices in patients suffering from migraine.

**Keywords:** Migraine Headache, Orem Self Care Model, Headache Index

## مقدمه

میگرن، اختلالی عصبی-عروقی است که با سردردهای دوره‌ای و ضربان‌دار ناتوان‌کننده مشخص می‌شود و اغلب با علائم عصبی و اتونومیک همراه است [۱]. براساس تحقیقات انجام‌شده، شیوع میگرن در مردان ۶٪ و در زنان ۱۸٪ است [۲]. در ایران آمار دقیقی در رابطه با میگرن وجود ندارد و تحقیقات در رابطه با شیوع میگرن، بیشتر روی جوامع محدود نظیر دانش‌آموزان دبیرستان، معلمان یا دانشجویان خوابگاه و غیره انجام شده که میزان شیوع متفاوتی را با یکدیگر ذکر نموده‌اند، به‌طوری که در پژوهش‌هایی که در سال‌های ۱۳۸۱ و ۱۳۸۴ انجام شد، شیوع میگرن به‌ترتیب در بین معلمان ۱۱٪ [۳] و در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی حدود ۲۴٪ برآورد شد [۴].

سازمان جهانی بهداشت، میگرن را یکی از ناتوان‌کننده‌ترین بیماری‌های مزمن در جهان به‌شمار آورده است [۵]. زیرا ۸۷٪ افراد مبتلا به میگرن، به درجه‌ای از ناتوانی دچار هستند [۶]. حملات دوره‌ای میگرن، سبب اختلال عملکرد بیمار از جمله غیبت‌های طولانی‌مدت از محل کار، تاثیر بر خلق‌وخو و اختلالات خواب می‌شود [۷]. با وجود مشکلات جسمی و روحی که ارمغان این بیماری است، هزینه‌های سالانه از دست‌دادن بهره‌وری و کاهش بازده کاری ناشی از میگرن، بسیار هنگفت است [۸]. کل هزینه ناشی از مراقبت‌های درمانی بالغین مبتلا به میگرن در جهان، ۱۹/۶ میلیارد دلار در سال برآورد شده است [۲].

سردرد از جمله شایع‌ترین علل سوءاستعمال افراد از داروهای مسکن بدون تجویز پزشک محسوب می‌شود [۹]. به‌طوری که براساس پژوهشی که در سال ۱۳۸۲ در کرمان انجام شد، ۹۱٪ بیماران مبتلا به میگرن با استامینوفن کدئین خوددرمانی می‌کنند که با توجه به عوارض سوء کدئین (مثل سردردهای ثانویه و اعتیاد) این مساله یکی از معضلات بزرگ ناشی از این بیماری به‌شمار می‌آید [۱۰].

اکثر داروهای به‌کارگرفته‌شده در درمان حملات حاد (چنانچه بیش از حد مصرف شوند)، موجب افزایش تعداد حملات سردرد می‌شوند [۱۱]. از طرفی، مصرف داروها مستلزم صرف هزینه از سوی بیماران است [۱۲] و داروهای موجود همیشه تسکین کامل یا کافی درد را برای بیماران فراهم نمی‌سازند. این امر موجب نارضایتی بیماران از درمان شده و باعث می‌شود تا بسیاری از بیماران با وجود درد و ناتوانی قابل توجه ناشی از آن، درمان کامل خود را پیگیری نکرده و روند درمان خود را به‌دلیل نارضایتی از درمان دارویی متوقف کنند [۹، ۱۳].

لذا با توجه به عوارض جانبی داروها، عدم تحمل دارویی، عدم پاسخ یا پاسخ ناکافی به درمان دارویی و هزینه‌های بالای تهیه دارو، ضرورت و اهمیت اجرای روش‌های غیردارویی در قالب "فعالیت‌های مراقبت از خود" به‌منظور کاهش تعداد بروز، شدت و مدت حملات سردرد در این بیماران بیش از پیش آشکار می‌شود [۱۲]. مراقبت از خود، بیماران را قادر می‌سازد تا در مراقبت و درمان خود، نقش فعالی داشته و مسئولیت مراقبت از خود را پذیرا باشند [۱۴].

حرفه پرستاری در سال‌های اخیر بر آن بوده است تا اساس آرایه مراقبت‌های پرستاری را بر نتایج تحقیقات مبتنی بر شواهد، استوار کند. با توجه به این که نظریه‌ها و مدل‌های پرستاری به فعالیت‌های بالینی، آموزشی و پژوهشی این رشته جهت می‌دهند، استفاده از مدل‌های پرستاری، یکی از گام‌های مهم و اساسی برای دستیابی به این هدف است [۱۵].

یکی از مدل‌های مهم که بر توانایی‌های افراد و نیازهای آنها برای مراقبت از خود استوار است، مدل "اورم" است [۱۶]. اورم تئوری کلی خود را در قالب سه تئوری وابسته به هم مطرح کرد. نخستین تئوری وی "تئوری نقص مراقبت از خود" است. در این تئوری، اورم، گیرنده مراقبت را فردی می‌داند که برای مراقبت از خود یا مراقبت مستقل، به‌علت محدودیت سلامتی، ناتوان است.

دومین تئوری وی به‌عنوان "تئوری مراقبت از خود" بر این ایده پایه‌گذاری شده که بین اعمال سنجیده مراقبت از خود و تکامل عملکرد افراد و گروه‌ها ارتباط وجود دارد.

سومین تئوری "تئوری سیستم پرستاری" است که نیازهای درمانی مراقبت از خود و سیستم‌های درگیر در مراقبت از خود را در زمینه ارتباطات بین فردی و قراردادی در انسان‌های دچار نقایص سلامتی شرح می‌دهد. مرکزیت هر سه تئوری را عملکرد فرد، حفظ زندگی، سلامتی، خوب‌بودن و مراقبت از خود تشکیل می‌دهد. این سه تئوری مرتبط با هم، تئوری عمومی پرستاری تحت عنوان "تئوری نقص مراقبت از خود" را تشکیل می‌دهند [۱۷].

براساس نظر اورم، مراقبت از خود شامل فعالیت‌هایی است که انسان‌ها به‌صورت فردی انجام می‌دهند تا بدین‌وسیله حیات و تندرستی خود را حفظ نمایند و به سطحی از خوب‌بودن، رفاه و سلامتی دست یابند. انسان‌ها از خود رفتارهایی نشان می‌دهند که نشان‌دهنده مراقبت از خود است و به آنها اصطلاحاً "رفتار مراقبت از خود" می‌گویند. مراقبت از خود تابع عواملی از قبیل دانش، انگیزش، نگرش، عملکرد و مهارت است که اگر هر یک از این موارد ناقص باشند، فرد دچار محدودیت مراقبت از خود می‌شود که ممکن است به‌صورت "نقص مراقبت از خود" مشخص شود. با به‌کارگیری دانش، نگرش و مهارت، توانایی مراقبت از خود کامل شده و در رفتار بروز می‌کند. یعنی توانایی مراقبت از خود منجر به رفتار مراقبت از خود می‌شود [۱۸].

از آن‌جا که بسیاری از بیماران مبتلا به میگرن، اطلاعات و آگاهی کافی در زمینه بیماری و فعالیت‌های خودمراقبتی ندارند و از انگیزه و مهارت کافی در انجام فعالیت‌های مراقبت از خود بهره‌مند نیستند و با توجه به این که بالاترین شیوع میگرن در محدوده سنی ۲۵ تا ۵۵ سال است [۱۹] و افراد در این سن با داشتن توان خودمراقبتی می‌توانند مسئولیت مراقبت از خود را به‌عهده بگیرند، می‌توان با اجرای برنامه خودمراقبتی (که با توجه به نیازهای مراقبت از خود طراحی شده)، نیروی مراقبت از خود را در بیمار تقویت نمود و از هدررفتن توان او جلوگیری کرد.

پس از جمع‌آوری پرسش‌نامه‌ها، برای گروه آزمون، آموزش برنامه خودمراقبتی اجرا شد و برای گروه شاهد فقط اقدامات معمول درمانی در درمانگاه شامل پروتکل‌های دارویی و توصیه‌های شفاهی عمومی توسط پزشک صورت گرفت و به آنها فرمی تحت عنوان فرم ثبت وقوع حملات سردرد داده شد تا تعداد بروز، شدت و مدت حملات سردرد و عوامل محرک حملات سردرد خود را به‌منظور بررسی وضعیت حملات سردرد به‌مدت ۳ ماه در این فرم یادداشت نمایند. آموزش برنامه خودمراقبتی/ورم در گروه آزمون طی سه مرحله انجام شد:

در مرحله اول، پژوهشگر با استفاده از پرسش‌نامه بررسی و شناخت /ورم به‌منظور طراحی برنامه خودمراقبتی برای نمونه‌های گروه آزمون به بررسی و شناخت در مورد بیماری میگرن و نیازهای خودمراقبتی همگانی، رشد و تکامل و انحراف از سلامت واحدهای پژوهش (براساس مدل /ورم) پرداخت و نیازهای خودمراقبتی در حیطه‌های شناخت بیماری میگرن، تغذیه، فعالیت، نحوه کنترل استرس و بهبود خواب مشخص شد.

در مرحله دوم، پژوهشگر برنامه خودمراقبتی را با توجه به مرحله بررسی - شناخت و نیازهای خودمراقبتی مبتنی بر چهارچوب پنداشتی /ورم در سه جنبه تغذیه، ورزش و آرام‌سازی (برای کنترل استرس و بهبود خواب) و در قالب سیستم پرستاری آموزشی - حمایتی، طراحی و تدوین نمود. برنامه شامل آشنایی با ماهیت بیماری (علل، مراحل، علائم و نشانه‌ها، درمان حملات سردرد میگرن و غیره)، آموزش صحیح رعایت رژیم غذایی، برنامه پیاده‌روی روزانه حداقل به‌مدت ۳۰ دقیقه و انجام تکنیک آرام‌سازی پیش‌رونده عضلانی به‌مدت ۲۰ دقیقه در صبح و شب (قبل از خواب) بود.

در مرحله سوم، آموزش برنامه خودمراقبتی طراحی شده در قالب ۴ جلسه آموزش تئوری و عملی ۴۵-۳۰ دقیقه‌ای فردی و گروهی به‌صورت هفتگی به‌مدت یک ماه برای نمونه‌های گروه آزمون برگزار شد. با توجه به ساعات و روزهای آزاد نمونه‌ها، ۳-۱ نفر در هر جلسه شرکت کردند.

پژوهشگر در جلسات آموزشی، تا حد امکان آموزش‌ها را در سطح درک و سواد بیماران و به‌صورت ساده، قابل فهم و بدون استفاده از اصطلاحات فنی و پزشکی ارایه کرد. در انتهای هر جلسه چک‌لیست‌های خودمراقبتی مربوط به آن جلسه (برای پیگیری اجرای برنامه) توزیع شد و نحوه تکمیل چک‌لیست‌ها نیز آموزش داده شد. در پایان جلسه چهارم آموزشی (که جلسه پایانی آموزش تئوری محسوب می‌شد)، کتابچه آموزشی که شامل مجموعه‌ای جامع و منظم از تمام نکات گفته‌شده در طول ۴ جلسه آموزشی بود، در اختیار بیماران قرار گرفت و از آنان خواسته شد که برنامه خودمراقبتی تدوین‌شده را به‌منظور بهبود و کاهش تعداد دفعات، شدت و مدت حملات سردرد خود به‌مدت ۲ ماه به‌کار برند و اقدامات انجام‌شده را در چک‌لیست‌های خودمراقبتی مربوطه ثبت نمایند.

لذا پژوهشگر درصدد برآمد تا با ایفای نقش آموزشی - حمایتی خود و با طراحی و اجرای برنامه خودمراقبتی براساس الگوی /ورم در زمینه تغذیه، تحرک، مدیریت استرس و بهبود خواب، ضمن ارتقای سطح آگاهی، انگیزه و مهارت بیماران مبتلا به میگرن در اجرای فعالیت‌های خودمراقبتی به کاهش تعداد بروز، شدت و مدت حملات سردرد میگرنی این بیماران دست یابد.

بنابراین پژوهشی با هدف بررسی تاثیر اجرای برنامه خودمراقبتی/ورم بر شاخص‌های سردرد بیماران مبتلا به میگرن انجام شد.

## مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی شاهددار است که روی ۸۳ نفر از بیماران مبتلا به میگرن مراجعه‌کننده به درمانگاه داخلی اعصاب یکی از بیمارستان‌های شهر تهران در سال ۱۳۸۸ انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک و پرسش‌نامه شاخص‌های سردرد میگرنی (تعداد بروز، شدت و مدت سردرد) بود. به‌علاوه، برای گروه آزمون پرسش‌نامه بررسی شناخت /ورم برای تعیین نیازهای خودمراقبتی و چک‌لیست‌های خودمراقبتی به‌منظور پیگیری اجرای برنامه خودمراقبتی به‌کار گرفته شد. برای تعیین روایی پرسش‌نامه شاخص‌های سردرد میگرنی از روش اعتبار محتوی استفاده شد. بدین منظور، پرسش‌نامه در اختیار ۲۰ تن از اساتید صاحب‌نظر قرار داده شد و مناسب با اهداف مورد نظر، اصلاحاتی صورت پذیرفت. به‌منظور اندازه‌گیری پایایی ابزار نیز از روش آزمون مجدد استفاده شد که با  $t=0/95$ ، پایایی آن تایید شد. حجم مورد نیاز در هر گروه براساس مطالعات مشابه [۹] و با احتساب  $\alpha=0/05$  و  $Power=90\%$  و با استفاده از نوموگرام آلتمن، حدود ۴۰ نفر برآورد شد که با احتساب ۱۰٪ ریزش نمونه‌ها، حجم نمونه نهایی در هر گروه ۴۴ نفر در نظر گرفته شد.

در حین مطالعه، یک نفر از گروه آزمون به‌دلیل عدم اجرای برنامه خودمراقبتی و ۴ نفر از گروه شاهد به‌دلیل عدم تمایل به ادامه همکاری از مطالعه خارج شدند و در مجموع ۸۳ نفر از بیماران به‌صورت تخصیص تصادفی در دو گروه آزمون و شاهد، مورد مطالعه قرار گرفتند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل بیماران مبتلا به میگرن بر مبنای شاخص‌های جامعه بین‌المللی سردرد و تشخیص پزشک متخصص مغز و اعصاب، محدوده سنی ۱۸ تا ۵۵ سال و داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن بود.

بعد از تایید کمیته اخلاق دانشگاه، پژوهشگر با اخذ معرفی‌نامه از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه و پس از انجام هماهنگی‌های لازم به محیط پژوهش مراجعه نموده و ضمن معرفی خود و تبیین اهداف انجام این پژوهش برای واحدهای پژوهش و نیز با کسب رضایت کتبی آگاهانه از بیماران برای شرکت در پژوهش، پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک و شاخص سردرد میگرنی را در دو گروه تکمیل نمود.

مرحله اول افزایش یافت. بین مرحله اول و دوم آزمون در هر دو گروه آزمون و شاهد تفاوت معنی‌داری وجود داشت ( $p < 0/001$ ). همچنین در مقایسه دو گروه، تفاوت معنی‌داری در نوبت اول اندازه‌گیری در دو گروه مشاهده نشد ( $p = 0/48$ ). اما در نوبت دوم اندازه‌گیری، تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مشاهده شد ( $p < 0/001$ ) که بیانگر کاهش شدت حملات سردرد در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد است (جدول ۲).

جدول ۱) بررسی مشخصات جمعیت‌شناختی بیماران مبتلا به میگرن در دو گروه با استفاده از آزمون مجذور کای

گروه ← شاخص	آزمون	شاهد	سطح معنی‌داری
سن (سال)	۲۰-۳۰	۱۳(۳۰/۲)	۲۱(۵۲/۵)
	۳۱-۴۰	۱۱(۲۵/۶)	۱۱(۲۷/۵)
	۵۰-۴۱	۱۸(۴۱/۹)	۷(۱۷/۵)
جنس	بالای ۵۰	۱(۲/۳)	۱(۲/۵)
	زن	۳۱(۷۲/۱)	۳۰(۷۵)
	مرد	۱۲(۲۷/۹)	۱۰(۲۵)
تحصیلات	دیپلم	۶(۱۴)	۳(۷/۵)
	بالای دیپلم	۲۲(۵۱/۲)	۲۱(۵۲/۵)
	مجرد	۶(۱۴)	۱۱(۲۷/۵)
	متاهل	۳۷(۸۶)	۲۹(۷۲/۵)
تعداد فرزند	بدون فرزند	۹(۲۰/۹)	۱۳(۳۲/۵)
	۱-۳	۳۲(۷۴/۴)	۲۳(۵۷/۵)
	۴-۶	۲(۴/۷)	۴(۱۰)
وضعیت اشتغال	خانه‌دار	۲۶(۶۰/۵)	۱۶(۴۰)
	کارمند	۱۱(۲۵/۵)	۱۳(۳۲/۵)
	سایر مشاغل	۶(۱۴)	۱۱(۲۷/۵)
وضعیت اقتصادی	ضعیف	۲(۴/۷)	۲(۵)
	متوسط	۳۳(۷۶/۷)	۲۸(۷۰)
	خوب	۸(۱۸/۶)	۱۰(۲۵)
وضعیت محل سکونت	آرام	۲۹(۶۷/۵)	۲۶(۶۵)
	شلوغ	۹(۲۰/۹)	۸(۲۰)
	هوای آلوده	۵(۱۱/۶)	۶(۱۵)

(درصد تعداد)

جدول ۲) میانگین شاخص‌های سردرد در بیماران مبتلا به میگرن در دو گروه

گروه ← شاخص	آزمون	شاهد
دفعات حمله (در ماه)	اول	اول
	۴/۲۷±۱/۲۷	۳/۹۷±۱/۹۰
	دوم	دوم
	۱/۸۱±۰/۹۵	۴/۷۵±۱/۳۳
شدت	اول	اول
	۸/۱۳±۱/۴۸	۸/۴۲±۱/۱۱
سردرد	دوم	دوم
	۴/۴۶±۱/۶۹	۹/۲۷±۱/۴۶
مدت سردرد (ساعت)	اول	اول
	۳/۶۹±۱/۰۸	۳/۰۷±۱/۲۶
	دوم	دوم
	۲/۰۲±۰/۰۸	۳/۹۷±۰/۹۹

همچنین فرم ثبت وقوع حملات سردرد نیز به‌منظور پیگیری روند حملات سردرد طی انجام مداخله، توزیع شد تا تعداد بروز، شدت و مدت حملات و عوامل محرک حملات سردرد در این فرم یادداشت شود. ضمناً در طول ۲ ماه پیگیری، پژوهشگر با حضور در درمانگاه، به‌صورت حضوری یا تلفنی (هر ۱۵ روز یک‌بار) بر نحوه اجرای برنامه در گروه آزمون نظارت می‌کرد و نمونه‌ها را برای اجرای بهتر برنامه راهنمایی و حمایت می‌نمود.

در نهایت پس از ۳ ماه، فرم‌های ثبت وقوع سردرد از هر دو گروه و چک‌لیست‌های خودمراقبتی از گروه آزمون جمع‌آوری شد و پرسش‌نامه شاخص سردرد میگرنی بار دیگر توسط دو گروه آزمون و شاهد تکمیل شد. در پایان به‌منظور رعایت اصول اخلاقی، برنامه خودمراقبتی برای گروه شاهد توضیح و کتابچه آموزشی به آنها ارایه شد و به سؤالات آنان نیز پاسخ داده شد.

متغیرهای کمی از نظر توزیع با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرونوف بررسی شدند که با توجه به  $p < 0/05$ ، از توزیع غیرنرمال برخوردار بودند. بنابراین برای تحلیل داده‌ها از آزمون‌های غیرپارامتریک نظیر مجذور کای، من‌ویتنی و ویلکاکسون استفاده شد.

## نتایج

بیشتر نمونه‌های مورد مطالعه در رده سنی ۲۰ تا ۳۰ سال قرار داشتند و ۷۳/۵٪ کل آنها، زن بودند. ۸۶٪ نمونه‌های گروه آزمون و ۷۲/۵٪ نمونه‌های گروه شاهد، متاهل و اکثراً دارای یک تا سه فرزند بودند. ۵۱/۲٪ گروه آزمون و ۵۲/۵٪ گروه شاهد، دیپلم بودند. اکثر واحدهای پژوهش، خانه‌دار بوده و وضعیت اقتصادی متوسطی داشتند. تفاوت معنی‌داری بین دو گروه از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی نشان داده نشد ( $p > 0/05$ ) که به معنای همگونی دو گروه از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی است (جدول ۱).

میانگین تعداد بروز حملات سردرد در گروه آزمون در مرحله دوم (پس از مداخله) نسبت به مرحله اول (قبل از مداخله) کاهش یافت که این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بود ( $p < 0/001$ ). اما میانگین تعداد بروز حملات سردرد در گروه شاهد در مرحله دوم نسبت به مرحله اول افزایش یافت که این تفاوت نیز معنی‌دار بود ( $p < 0/002$ ; جدول ۲). تفاوت معنی‌داری در مرحله اول آزمون (قبل از اجرای مداخله در گروه آزمون) در دو گروه مشاهده نشد ( $p = 0/51$ ). اما در مرحله دوم آزمون (پس از اجرای مداخله در گروه آزمون) تفاوت معنی‌داری بین دو گروه وجود داشت ( $p < 0/001$ ) که بیان‌کننده کاهش تعداد بروز حملات سردرد در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد پس از ۳ ماه بود.

میانگین شدت حملات سردرد در گروه آزمون در مرحله دوم (پس از مداخله) نسبت به مرحله اول (قبل از مداخله) کاهش یافت. اما میانگین شدت حملات سردرد در گروه شاهد در مرحله دوم نسبت به

روزانه و تمرینات آرام‌سازی را به‌عنوان رفتار خودمراقبتی پذیرفته و ۳۰ دقیقه پیاده‌روی را در ساعات معینی از روز (که انتخاب آن به عهده نمونه‌ها بود) و تمرینات آرام‌سازی را در دو نوبت صبح و شب (۲۰ دقیقه قبل از خواب) انجام می‌دادند. نتایج پژوهش‌های انجام‌شده در ایالات متحده و در سوئد نشان دادند که انجام ورزش‌های هوازی و تمرینات آرام‌سازی موجب افزایش جذب اکسیژن، کاهش استرس و بهبود خواب و خلق‌وخوی افراد مبتلا به میگرن شده و از این طریق به کنترل و پیشگیری حملات سردرد کمک می‌کند [۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵]. همان‌گونه که قبلاً نیز گفته شد، برنامه آرام‌سازی برای بهبود خواب و کنترل استرس افراد مبتلا به میگرن طراحی شد. بنسبون معتقد است که آرامش ذهنی نتیجه طبیعی آرامش جسمی است [۲۶]. در پیگیری‌هایی که توسط پژوهشگر طی اجرای برنامه صورت می‌گرفت، تعداد زیادی از بیماران، آرام‌سازی را وسیله‌ای برای تمدد اعصاب خود می‌دانستند و اظهار می‌داشتند که انجام آرام‌سازی خصوصاً قبل از خواب، مانع از هجوم افکار پریشان و مشغله‌های ذهنی شده و زمینه خواب راحت و آسوده را فراهم می‌کند.

با توجه به این که اکثر نمونه‌ها برنامه پیاده‌روی روزانه و تمرینات آرام‌سازی را به‌عنوان رفتار خودمراقبتی پذیرفتند و نتایج، کاهش معنی‌داری را در تعداد بروز، شدت و مدت حملات سردرد نشان داد، می‌توان گفت که برنامه خودمراقبتی در زمینه ورزش و آرام‌سازی در کاهش حملات سردرد موفق بوده است.

نتایج پژوهش حاضر درخصوص اجرای برنامه خودمراقبتی/ورم، تاییدکننده بسیاری از مطالعات انجام‌شده در قالب مدل خودمراقبتی/ورم است. از جمله این مطالعات، مطالعه نعمتی است که تاثیر برنامه خودمراقبتی بر اساس الگوی/ورم را بر کیفیت زندگی زنان در دوران یائسگی بررسی کرده است. نتایج پژوهش او، افزایش نمره کیفیت زندگی و بهبود علائم وازوموتور را در زنان یائسه نشان داد [۲۷].

نتایج پژوهش غلام‌نژاد بانی نیز نشان داد که اجرای برنامه آموزشی-حمایتی مبتنی بر الگوی/ورم موجب ارتقای رفتارهای تغذیه‌ای بیماران پس از سکنه قلبی در گروه آزمون در مقایسه با گروه شاهد شده است [۲۸].

اما در گروه شاهد علی‌رغم دریافت درمان طبی و تجویز داروهای مناسب، باز هم افزایش میزان شاخص‌های سردرد در مرحله دوم نسبت به مرحله اول اندازه‌گیری مشاهده می‌شود.

سئوالی که در این‌جا مطرح می‌شود این است که "آیا اقدامات پزشکی انجام‌شده یا داروهای تجویز شده موثر نبودند یا این که افزایش میزان شاخص‌ها علت دیگری دارد؟"

آنچه که مسلم است این است که داروها خصوصاً داروهای جدید در کاهش حملات سردرد تا حدود زیادی موفق بوده‌اند. بنابراین علت را نمی‌توان به عدم اثربخشی داروها یا اقدامات پزشکی نسبت داد. لذا پاسخ این سؤال را با استناد به تحقیقات انجام‌شده می‌توان با مساله عدم تمکین از درمان پزشکی یا درمان دارویی از سوی گروه‌های مورد

میانگین مدت حملات سردرد در گروه آزمون پس از مداخله نسبت به قبل از آن، روند کاهشی داشت و تفاوت معنی‌داری بین قبل و بعد از مداخله مشاهده شد ( $p < 0/001$ ). میانگین مدت حملات سردرد در گروه شاهد در مرحله دوم نسبت به مرحله اول، روند افزایشی نشان داد که آن نیز از نظر آماری دارای تفاوت معنی‌دار بود ( $p < 0/001$ ). همچنین در مقایسه دو گروه در مرحله اول آزمون، تفاوت معنی‌داری بین دو گروه در مرحله اول وجود داشت ( $p = 0/02$ ). در مرحله دوم نیز تفاوت معنی‌داری وجود داشت ( $p < 0/001$ ). لذا اختلاف میانگین برای هر دو گروه محاسبه شد. اختلاف میانگین نشان داد که در مرحله دوم آزمون، مدت حملات سردرد در گروه آزمون ۱/۶۷ ساعت کاهش یافته و در گروه شاهد ۰/۹ ساعت افزایش یافته است. از این نظر تفاوت معنی‌داری بین اختلاف میانگین دو گروه مشاهده شد ( $p < 0/001$ ). جدول ۲).

## بحث

همان‌طور که نتایج به‌دست‌آمده نشان می‌دهد، تعداد بروز، شدت و مدت حملات سردرد پس از اجرای برنامه خودمراقبتی (نوبت دوم اندازه‌گیری) در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد کاهش معنی‌داری داشته است. ارزیابی چک‌لیست خودمراقبتی در زمینه تغذیه پس از اجرای برنامه خودمراقبتی/ورم نشان داد که ۸۸/۴٪ واحدهای پژوهش در گروه آزمون، برنامه خودمراقبتی طراحی‌شده در زمینه تغذیه را به‌خوبی رعایت کرده‌اند.

با توجه به پژوهش‌های انجام‌شده در ایالات متحده در سال ۲۰۰۳ و در ایران در سال ۱۳۸۷ بین برنامه غذایی نامنظم و تعداد وعده‌های غذایی مصرفی با ابتلا به سردرد میگرنی رابطه معنی‌داری وجود دارد [۱۱، ۲۰]. لذا به نظر می‌رسد که افراد مورد مطالعه در گروه آزمون با رعایت برنامه غذایی منظم و اهمیت‌دادن به صرف وعده‌های غذایی خصوصاً صبحانه، دقت در غذاهای مصرفی خود، مصرف مایعات کافی و اجتناب از مصرف غذاهای محرک به‌خوبی توانسته‌اند حملات سردرد خود را تحت کنترل درآورند. زیرا براساس نتایج مطالعه بیک و همکاران در ایالات متحده کاهش مصرف غذاهای کم‌چرب با کاهش تعداد دفعات، شدت و مدت حملات سردرد و کاهش مصرف دارو همراه است [۲۱].

همچنین در پژوهش‌های انجام‌شده توسط/مستر/ و همکاران در کانادا و/اسمیت و همکاران در واشنگتن نیز مداخله آموزشی درخصوص رعایت تغذیه مناسب اجرا شد و یافته‌ها حاکی از کاهش معنی‌دار تعداد دفعات، شدت و مدت حملات سردرد پس از مداخله در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد بود [۱۲، ۱۳] که نتایج حاصل از پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های فوق همخوانی دارد.

همچنین براساس نتایج به‌دست‌آمده از ارزیابی چک‌لیست‌های خودمراقبتی در زمینه ورزش و آرام‌سازی، به‌ترتیب ۹۰/۷٪ و ۸۸/۷٪ نمونه‌های پژوهش در گروه آزمون پس از مداخله، ورزش پیاده‌روی

- 2- Burton WN, Landy SH, Dowans KE, Runken CM. The impact of migraine and effect of migraine treatment on workplace productivity in the United States and suggestions for future research. *Mayo Clin Proc.* 2009;84(5):439-45.
- 3- Shahraki MR, Hidari Sadegh B, Moghtaderi A, Mirshekari H. The study of prevalence of migraine among teachers at Zahedan. *Zahedan Univ Med Sci J.* 2006;8(2):137-42. [Persian]
- 4- Sadradini A, Pashapour A, Talebi M, Charsuee S, Sadati B. The study of prevalence of headache types at students of Tabriz medical sciences university in 2004-2005. *Tabriz Univ Med Sci J.* 2006;28(3):73-9. [Persian]
- 5- Wright WL. Assessing functional impairment during between migraine attacks. *J Nurs Pract.* 2008;5:201-7.
- 6- Moriarty-Sheehan M, Dara DG, Jamies DD. Managing migraine: Strategies for successful patient outcomes. *J Nurs Pract.* 2001;26(4):1-14.
- 7- Kachuee H, Ameli J, Sharifi Bonab MM, Tavalae A, Keshavarzi N, Karami G. Affective factors at incidence of migraine attacks (the study 300 patients). *Kowsar Med J.* 2006;11(3):279-84. [Persian]
- 8- Pietrobon D, Striessnig J. Migraine: Pathophysiology. *J Head Face Pain.* 2003;43(9):1019-20.
- 9- Sadrizadeh R. Effect of applying acupressure by patients on the rate of patients with migraine headache referred to Shariati Hospital [dissertation]. Tehran: Tarbiyat Modarres University; 2001. [Persian]
- 10- Sedighi B, Ghaderi-Sohi S, Emami S. Evaluation of self-medication prevalence, diagnosis and prescription in migraine in Kerman, Iran. *Saudi Med J.* 2006;27(3):377-80.
- 11- Safavi M, Nazari F, Mahmoody-Majdabady M. The relationship of migraine headache and life style among women. *Iran J Nurs.* 2008;21(55):89-100.
- 12- Lemstra M, Stewart B, Olszynski WP. Effectiveness of multidisciplinary intervention in the treatment of migraine: A randomized clinical trial. *J Head Face Pain.* 2002;42(9):845-54.
- 13- Smith TR, Nicholson RA, Banks JW. Migraine education improves quality of life in a primary care setting. *Headache.* 2010;50(4):600-12.
- 14- Asgarpoor H, Mohammadi I, Memarian R. Impact of self-care program on quality of life in patients with hemophilia. *Daneshvar J.* 2007;4(69):2-8. [Persian]
- 15- Sadeghi Shermeh M, Razmjooei N, Ebadi A, Najafi Mehri S, Asadi Lari M, Bozorgzad P. Effect of applying continuous care model on quality of life of patients after coronary artery bypass graft. *Iran J Crit Care Nurs.* 2009;2(1):1-6.
- 16- Ghanbari A, Parsaykta Z, Faqieh Zadeh S, Sadat Hashemi SM. Application of self-care model in determining the factors affecting on quality of life and metabolic status of non-insulin dependent diabetic patients using path analysis. *Daneshvar J.* 2004;11(51):65-74. [Persian]
- 17- Dehghani Nayeri N, Jalalinia F. Theorizing and theories of nursing. Tehran: Boshra Publication; 2004. [Persian]
- 18- Memariyan R. Application of nursing concepts and theories. Tehran: Tarbiyat Modarres University Publication; 1998. [Persian]
- 19- Bigal ME, Lipton RB. The epidemiology, burden and comorbidities of migraine. *J Neurol Clin.* 2008;27(2):321-34.
- 20- Vlajinac H, Sipetic S, Dzoljic E, Mankimovic J, Marinkovic J, Kostic V. Some lifestyle habits of female Belgrade university students with migraine and non-migraine primary headache. *Headache.* 2003;4:67-71.
- 21- Bic Z, Blix GG, Hopp HP, Leslie FM, Schell MJ. The influence of a low fat diet on incident and severity of migraine headaches. *J Womens Health Gend Based Med.* 1999;8:623-30.
- 22- William B, Silberstein A. Migraine and other headaches.

مطالعه گروه شاهد توجیه کرد.

لی‌هان و مک‌کارتی در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که ۵۰٪ داروها طبق تجویز مصرف نمی‌شوند و این امر موجب عدم تاثیرگذاری داروها توام با برآیندهای نامطلوب و افزایش هزینه‌های مراقبت سلامتی می‌شود [۲۹].

اولفوراسون و همکاران اظهار می‌کنند که عدم تمکین دارویی، سبب عدم اثربخشی درمان، همراه با افزایش خطر عود بیماری، درد و رنج ناخواسته و افزایش هزینه‌ها می‌شود. آنها با بررسی ۲۰۰ بیمار در بخش داخلی با میانگین تعداد داروی مصرفی ۷ عدد در روز گزارش کردند که تنها ۳۰٪ بیماران تمکین دارویی دارند [۳۰].

در مطالعه حکمت‌پور و همکاران در تهران، دلایل عمده عدم تمکین بیماران از درمان پزشکی و دارویی، نتیجه نگرقتن بیمار از درمان اولیه و مراجعه به پزشکان مختلف، ویزیت‌های مکرر توسط پزشکان متعدد با سطوح تجربه علمی مختلف، تداخلات دارویی، خسته‌شدن بیمار از مصرف دارو و عدم آموزش به بیمار بود [۳۱] که این نتایج با نتایج حاصل از مطالعه ما مطابق است.

با عنایت به نتایج مثبت و تاثیرگذار حاصل از این پژوهش توصیه می‌شود پرستاران از برنامه‌های خودمراقبتی / اورم برای کاهش شاخص‌های سردرد در مبتلایان به میگرن استفاده نمایند و نیز پژوهش‌هایی با همین عنوان بر سایر بیماری‌های مزمن عصبی انجام و نتایج حاصله، مورد بررسی قرار گیرند.

## نتیجه‌گیری

شاخص‌های سردرد (تعداد بروز، شدت و مدت حملات سردرد) در بیماران مبتلا به میگرن که برنامه خودمراقبتی / اورم را به کار می‌برند، نسبت به گروه شاهد کاهش می‌یابد. در صورتی که برنامه خودمراقبتی براساس نیازهای خودمراقبتی بیماران و متناسب با سطح درک آنها طراحی شود و قابلیت اجرایی و همکاری و مشارکت همه‌جانبه بیماران در امر مراقبت و درمان را به‌همراه داشته باشد، موجب دستیابی به نتایج مثبت در جهت کاهش شاخص‌های سردرد میگرنی، صرفه‌جویی در هزینه‌های درمان و ارتقای سلامتی آنها خواهد شد.

**تشکر و قدردانی:** از همکاری صمیمانه سرکار خانم دکتر معماریان به‌خاطر نظرات و راهنمایی‌های ارزشمندشان، خانم عزیزمدیر محترم پژوهش دانشکده پرستاری، کلیه بیماران، کارکنان محترم درمانگاه داخلی اعصاب بیمارستان و همه کسانی که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

## منابع

- 1- Cutrer FM, Black DF. Imaging findings of migraine. *J Head Face Pain.* 2006;46(7):1095-107. Available from: <http://www.medscape.com/viewarticle/540691>.

[dissertation]. Tehran: Tarbiyat Modarres University; 2004. [Persian]

28- Gholamnezhad Baei M. Effect of educational program based on the pattern of feeding behavior in patients after MI [dissertation]. Tehran: Tarbiyat Modarres University; 2008. [Persian]

29- Lehane E, McCarthy G. An examination of the intentional and unintentional aspects of medication non-adherence in patients diagnosed with hypertension. *J Clin Nurs*. 2007;4(16):698-706.

30- Ulfarson J, Bardage C. Adherence to drug treatment in association with how the patient perceives care and information on drug. *J Clin Nurs*. 2007;2(16):141-8.

31- Hekmatpoor D, Mohammadi E, Ahmadi A, Arefi SH. Lack of deference factors in patients with congestive heart failure suffer frequent hospitalization in particular heart. *J Crit Care Nurs*. 2009;2(3):91-7. [Persian]

Massachusetts: Harvard Medical School; 2001.

23- Dittric MS, Verena G, Gerhard F, Martin B, Bernhard H, Martin K. Aerobic exercise with relaxation: Influence on pain and psychology well-being in female migraine patients. *Clin J Sport Med*. 2008;18(4):363-5.

24- Calhoun AH, Ford S. Behavioral sleep modification may revert transformed migraine to episodic migraine. *Headache*. 2007;47:1178-83.

25- Varkey E, Cider A, Carlsson J, Linde M. A study to evaluation the feasibility of an aerobic exercise program in patients with migraine. *J Head Face Pain*. 2009;49(4):563-70.

26- Medicinenet.com [homepage on the Internet]. New York: Medical Association; 1996-2010 [updated 2010 Jun 9; cited 2005 Nov 5]. Progressive muscle relaxation for stress and insomnia. Available from: <http://www.medicinenet.com>

27- Nemati M. Effect of self-care program based on the quality of life patterns of women get during menopause crisis

Archive of SID