

## اثر آموزش بهداشت خواب بر بهبود کیفیت خواب و کاهش نشانه‌های سردرد میگرنی

سعید اسدنیا<sup>۱\*</sup>، ناصر تراب زاده<sup>۲</sup>، فیروزه سپهریان آذر<sup>۳</sup>، آرش موسی‌الرضایی اقدم<sup>۳</sup>، محمد رسول مفسری<sup>۲</sup>، احمد اسمعیلی<sup>۴</sup>، بهجت انصاری<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup>کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه ارومیه s\_asadnia@yahoo.com

<sup>۲</sup>کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه تبریز

<sup>۳</sup>عضو هیئت علمی گروه روانشناسی، دانشگاه ارومیه

<sup>۴</sup>متخصص مغز و اعصاب.

<sup>۵</sup>عضو هیئت علمی گروه روانشناسی، دانشگاه مراغه

### چکیده

مشکلات خواب در بیماران مبتلا به سردردهای میگرنی بسیار شایع است. هدف مطالعه حاضر بررسی آموزش بهداشت خواب بر بهبود کیفیت خواب و کاهش نشانه‌های سردرد میگرن بود. بدین منظور ۱۶ شرکت‌کننده هم‌متا شده و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. به‌آزمون کیفیت خواب پیتزبورگ و سنجش علائم سردرد میگرن نجاریان پاسخ دادند. گروه آزمایش به مدت سه جلسه آموزش بهداشت خواب را تجربه کردند. بعد از اتمام جلسات مجدداً هر دو گروه به آزمون کیفیت خواب پیتزبورگ و سنجش علائم سردرد میگرن پاسخ دادند. نتایج نشان داد، آموزش بهداشت خواب بر بهبود کیفیت خواب و کاهش نشانه‌های سردرد میگرنی شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش موثر بوده است و می‌توان آموزش بهداشت خواب را در درمان اختلالات خواب و سردردهای میگرنی در کنار درمان‌های دارویی به کار برد.

**کلید واژه‌ها:** بهداشت خواب؛ کیفیت خواب؛ سردرد میگرنی

### مقدمه

سردرد در اثر کشش، جابجا شدن، التهاب، اسپاسم عروق و یا اتساع ساختمان‌های حساس به درد در سر یا گردن ایجاد می‌شود. این عارضه شایع‌ترین سندرم درد بوده و فراوانی آن حتی از سرما خوردگی هم بیشتر است. دو نوع اصلی سردرد سردرد میگرنی و تنشی می‌باشد. سردردهای میگرنی با وجود شیوع کمتر نسبت به سردردهای تنشی دارای شدت بیشتر و قدرت ناتوان‌کنندگی بیشتری هستند (فوستر و همکاران، ۲۰۰۴). رابطه بین سردرد‌های اولیه (میگرن، تنشی و خوشه‌ای) در ادبیات پژوهشی تاریخچه‌ای طولانی دارد، راسموسن به نقل از مایزلس و بورچت گزارش کرد که اختلال خواب در بیماران مبتلا به سردرد شیوع بیشتری دارد. براساس مطالعه‌ای در آمریکا، دلگادو و همکاران (۲۰۰۴) گزارش کردند، افراد مبتلا به سردردهای مزمن روزانه نیم‌رخ روانشناختی و کیفیت خواب مشابه را نشان می‌دهند.

راوی و همکاران (۲۰۰۸) نیز مطرح کرده‌اند که خواب از سویی به‌طور عمده به‌عنوان عامل پایان‌دهنده به حملات میگرن بوده و از سویی دیگر محرومیت از خواب یا برنامه خواب نامنظم به‌عنوان یکی از عوامل راه‌انداز (ماشه‌چکان) میگرن تلقی می‌گردد. نتایج مطالعات متعدد (لینبرک و همکاران، ۲۰۰۵؛ فیتز و همکاران، ۲۰۰۹؛ بهروزی فر و همکاران، ۱۳۸۷). نشان داد که

سردرد و کیفیت خواب نامطلوب همبندی زیادی باهم دارند. با این که سازه کیفیت خواب به طور گسترده مورد استفاده قرار می‌گیرد، باز نگرانی مربوط به ادبیات پژوهشی نشان می‌دهد که هنوز کیفیت خواب به طور کامل فهمیده نشده است (هاروی و همکاران، ۲۰۰۸).

کیفیت خواب به این شاخص اشاره می‌کند که خواب چگونه تجربه می‌شود، این شاخص شامل احساس تجدید نیرو و نبود احساس خواب‌آلودگی بعد از بیدار شدن می‌باشد. کیفیت خواب یک مفهوم مهم در امور کلینیکی و تحقیقات مرتبط با خواب بوده و در پی یافتن پاسخ به سوالاتی مانند: آیا فرد پس از بیدار شدن از خواب به حد کافی احساس انرژی می‌کند؟ فعال است؟ و اینکه آیا فرد آماده است یک روز جدید را آغاز کند؟ می‌باشد (آدچی و همکاران، ۲۰۰۸). با توجه به مطالبی که به آنها اشاره شد، کمک به افراد جهت بهبود کیفیت خواب آنان لازم و ضروری به نظر می‌رسد. درمان‌های مختلفی جهت بهبود کیفیت خواب و بی‌خوابی پیشنهاد شده است، برخی به آموزش بهداشت خواب توجه کرده‌اند (مورین و همکاران، ۲۰۰۲؛ آدچی و همکاران، ۲۰۰۸).

نتایج مطالعه مورین و همکاران (۲۰۰۵) نشان داد که آموزش بهداشت خواب در بهبود کیفیت خواب افراد مبتلا به بی‌خوابی اولیه در مقایسه با گروه کنترل موثر می‌باشد. آن‌ها نشان دادند که آموزش بهداشت خواب از طریق ایجاد تغییر در مورد رفتارهای مرتبط با خواب، کیفیت خواب را بهبود می‌بخشد. در همین راستا گزارش کردند که تغییرات مطلوب بدست آمده در چهار رفتار مرتبط با خواب شامل: عدم فعالیت قبل از زمان خواب رفتن، عدم تماشای تلویزیون در اتاق خواب، خود داری از پرخوابی در روزهای تعطیل و داشتن زمانی برای دوش آرامبخش بود. همچنین در پژوهشی دیگر آدچی و همکاران (۲۰۰۸) نشان دادند که رویکرد کامل خودیاری با کتابچه آموزشی منجر به بهبود کیفیت خواب می‌شود. این مطالعه تلاش داشت تا اثر بخشی آموزش بهداشت خواب را بر کیفیت خواب و کاهش نشانه‌های سردرد میگرنی بررسی نماید.

## روش

### شرکت‌کنندگان و طرح پژوهش

جامعه آماری مورد مطالعه کلیه افراد مراجعه کننده به مراکز مشاوره روان‌شناختی ارومیه بودند که توسط متخصص مغز و اعصاب (نویسنده چهارم مقاله) تشخیص سردرد میگرن دریافت کرده و در آزمون سنجش علائم سردرد میگرن نجاریان (۱۳۷۶) نیز نمرات بالایی به دست آورده بودند. برای پاسخ گویی به سوال پژوهش از نمونه‌های در دسترس استفاده شد. از آنجایی که بیشتر داوطلبین زنان بودند، لذا مراجعه کنندگان مرد کنار گذاشته شدند و جنسیت به عنوان متغیر کنترل کننده در نظر گرفته شد. در انتخاب نمونه‌ها، شرکت کنندگان دو به دو از لحاظ طبقه اجتماعی، میزان تحصیلات و سن هم‌تا شدند. سپس ۱۶ شرکت کننده هم‌تا شده به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند و به آزمون کیفیت خواب پیتزبورگ (PSQI) و سنجش علائم سردرد میگرن نجاریان (۱۳۷۶) قبل و بعد از مداخله پاسخ دادند. طرح تحقیق از نوع مطالعه شبه آزمایشی پیش-پس آزمون با گروه کنترل می‌باشد. طرح این پژوهش از نظر هدف کاربردی است. طرح تحقیق از نوع مطالعه شبه آزمایشی پیش-پس آزمون با گروه کنترل می‌باشد.

### ابزار

**پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ (PSQI):** این پرسشنامه یک ابزار ۱۸ سوالی است که کیفیت خواب خوب و بد را افتراق می‌دهد. نمره زیاد در آزمون نشان دهنده کیفیت بد خواب می‌باشد. آزمون پنج نمره برای زیر مقیاس‌ها و یک نمره کل به دست می‌دهد. ضریب الفای پرسشنامه برای هر یک از مقیاس‌های هفت گانه حدود ۰/۸۳ و ۰/۳۶ را داشته‌اند.

**پرسشنامه سنجش علائم سردرد میگرن نجاریان:** این پرسش نامه یک مقیاس ۲۵ سوالی است که بوسیله تحلیل عوامل نجاریان در یک نمونه ۳۸۲ نفری از دانشجویان دانشگاه‌های شهید چمران و آزاد اسلامی اهواز ساخت و اعتباریابی شده است. ماده‌های اولیه آن بر

اساس متون روان‌شناسی و پزشکی و ماده‌های ذریبط در در مقیاس‌های HADS، MMPI، AAI تهیه گردید. ماده‌های این مقیاس بر اساس لیکرت چهار درجه‌ای از هرگز، بندرت، گاهی اوقات و اغلب اوقات نمره‌گذاری می‌شود. نجاریان (۱۳۷۶) ضریب اعتبار این آزمون را با روش بازآزمایی و همسانی درونی برای کل آزمودنی‌ها ۰/۸۰ و اعتبار همزمان این آزمون را با پرسش‌نامه اضطراب، افسردگی و پرسش‌نامه AAI به ترتیب ۰/۴۶، ۰/۴۱ و ۰/۴۴ گزارش کرد.

### شیوه اجرا

گروه آزمایش به مدت سه جلسه آموزش بهداشت خواب را تجربه کردند. بعد از اتمام جلسات مجدداً هر دو گروه به آزمون کیفیت خواب پیترزبرگ و سنجش علائم سردرد می‌گرن پاسخ دادند. یافته‌ها با استفاده از روش‌های آماری تحلیل کواریانس و آزمون تی مورد تحلیل قرار گرفتند.

### نتایج

جدول ۱. نتایج آزمون تی تفاضلی برای مقایسه بین گروه آزمایش و کنترل

مقیاس‌ها	گروه	N	M تفاضلی	F	P	T	df	p
اختلال در عملکرد روزانه	آزمایش	۱/۲۸	۲/۲۷۹	۷/۲۰۹	۰/۲۰	۱/۷۷۶	۱۲	۰/۱۰۱
	کنترل	-۰/۴۱	۱/۱۲۴					
اختلال در خواب شبانه	آزمایش	۵/۰۰	۴/۷۶۱	۱/۶۳۲	۰/۲۲۵	۳/۱۷۹	۱۲	۰/۰۰۵
	کنترل	-۱/۷۱	۲/۹۳۸					

جهت کنترل اثر پیش‌آزمون و بررسی دقیق‌تر تاثیر متغیر مستقل بر گروه آزمایشی و کنترل از تحلیل کواریانس نیز استفاده شد. تحلیل مقدماتی برای ارزیابی همگنی بین شیب‌ها نشان می‌دهد که اثر متقابل بین متغیر کواریانس و عامل معنادار نمی‌باشد ( $\eta^2=0/046$ ،  $p=0/504$ ،  $MSE=0/481$ ،  $f(1,10)=0/481$ ). بنابراین با فرض همگنی شیب‌ها تحلیل کواریانس دنبال شد.

جدول ۲. داده‌های توصیفی

گروه	میانگین	میانگین اصلاح شده	انحراف استاندارد
آزمایشی	۸	۶/۷	۱/۳۴
کنترل	۱۲/۴۳	۱۲/۶۹	۱/۳۴

نتایج تحلیل کواریانس برای اختلال خواب را نشان می‌دهد. کواریانس معنی‌دار بود و همانگونه که با  $\eta^2$  ارزیابی شده است دخالت‌های درمانی موجب ۴۷ درصد تغییرات متغیر وابسته شده است. جدول ۲ نشان می‌دهد میانگین نمرات کیفیت خواب در گروه آزمایشی در مقایسه با گروه گواه کاهش داشته است.

## بحث

نتایج نشان داد که آموزش بهداشت خواب در بهبود کیفیت خواب و کاهش سردردهای میگرنی موثر بوده است ولی در زیر مقیاس اختلال در عملکرد روزانه بین دو گروه تفاوتی مشاهده نشد. این یافته‌ها با نتایج حاصل از پژوهش مورین و همکاران (۲۰۰۲) همسو می‌باشد. آن‌ها نشان دادند که آموزش بهداشت خواب از طریق ۶ جلد کتابچه آموزشی مربوط به آموزش روان‌شناختی درباره جنبه‌های مختلف درمان بی‌خوابی و برنامه‌ریزی رفتاری خواب، منجر به بهبودی در تمامی زیر مقیاس‌های کیفیت خواب می‌شود. نتایج پژوهش آداجی و همکاران (۲۰۰۸) حاکی از آن است که آموزش بهداشت خواب به تنهایی قادر است میزان بهبودی خواب را در افراد مبتلا به بی‌خوابی اولیه افزایش دهد. نتایج آنان حاکی از آن بود که اثربخشی آموزش بهداشت خواب در مقایسه با دارونما اثربخشی بیشتری در کاهش زمان نهمتگی آغاز خواب، بهبودی در میزان کفایت خواب و مجموع زمان خواب دارد.

همچنین یافته‌های جانبی پژوهش این است که گروه آزمایشی اظهار کردند که به میزان چشمگیری از شدت و فراوانی سردردشان کم شده است در همین راستا نتایج مطالعات حاکی از آن است که بهبود در کیفیت خواب منجر به کاهش فراوانی وقوع سردرد نوع تنشی (اسدنیا و همکاران، ۱۳۸۹) و همچنین نوع میگرنی (موسی‌الرضایی و همکاران، ۲۰۱۲) می‌شود. توماسو و ایسیک (۲۰۰۸) گرفتند که الگوی خواب سالم موجب کاهش احتمال ابتلا به سردرد نوع تنشی و انواع دیگر سردرد باشد. تبیین احتمالی دیگر این است که کیفیت خواب نامطلوب بر تنظیم ساعات خواب و بیداری (آلبرتی، ۲۰۰۶) تاثیر گذاشته و به نوبه خود سلامت روانی، جسمانی و عملکرد روزانه (هاروی و همکاران، ۲۰۰۸) افراد را تحت تاثیر قرار داده و موجب تغییر در شیوه زندگی، افزایش بیماری (بهروزی فر و همکاران، ۱۳۸۷) و همچنین سردرد در بلندمدت می‌شود.

لازم به ذکر است که پژوهش‌های اندکی در رابطه با آموزش بهداشت خواب در ایران انجام شده و این پژوهش شاید از نخستین پژوهش‌هایی می‌باشد که در فرهنگ ایرانی آموزش بهداشت خواب را مورد مطالعه قرار می‌دهد با توجه به مطالب ذکر شده امکان مقایسه نتایج با سایر مطالعات در فرهنگ ایران وجود نداشت که این مسئله از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌باشد. در مورد سایر محدودیت‌های این مطالعه می‌توان گفت که این تحقیق صرفاً در شهرستان ارومیه و بر افراد دارای سردرد میگرن اجرا شد، لذا امکان تعمیم نتایج حاصله به سایر شهرستان‌های کشور و یا سایر بیماری‌ها وجود ندارد. علی‌رغم محدودیت‌های ذکر شده، با عنایت به نتایج تحقیق، پیشنهاد می‌شود که در تحقیقات آینده بر تاثیر آموزش بهداشت خواب بر متغیرهای دیگر نیز بررسی شود.

## منابع

- اسدنیا، سعید؛ سپهریان، فیروزه؛ موسی‌الرضایی، آر.ش. (۱۳۸۹). تاثیر گشتالت درمانی بر کیفیت خواب افراد با سردرد‌های تنشی. *مقالات سومین کنگره انجمن روان‌شناسی ایران. روان‌شناسی معاصر*. ۵، ۵۸-۶۰.
- بهروزی فر، صدیقه؛ زنوزی، شایسته؛ نظامتی، محمد حسین؛ اسماعیلی، حبیب‌الله. (۱۳۸۷). عوامل موثر بر کیفیت و کمیت خواب شبانه بیماران پس از جراحی پیوند عروق کرونر. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*. ۱۶، ۳.
- نجاریان، بهمن. (۱۳۷۶). ساخت و هنجاریابی مقیاسی برای سنجش سردرد میگرن در دانشجویان. *مجله علوم تربیتی و روان‌شناسی اهواز*. ۳، ۴، ۳ و ۴.

Adachi, Y. Cato, C. Kunitsuka, K. Hayama, y. (2۰۰8). A brief behavior therapy administered by correspondence improves sleep and sleep related behavior in poor sleepers. *Journal compilation*, 6,16-21.

Alberti, A. (2006). Headache and sleep. *Sleep Medicine Reviews*, 3, 1-7.

- Behrouzifar, S. Zenouzi, S. H. Nezafati, M. Esmaili, H. (2007). Possible Effective Factors on the Sleep Quality and Quantity of Patients after Coronary Artery Bypass Graft. Scientific. *Our of Ilam Med University*, 16, 3,22-33.
- Bigal, ME. Lipton, RB. (2006). Modifiable risk factors for migraine progression (or for chronic daily headaches) clinical lessons. *Headache*. 46, 144-146.
- Delgado, E. Schmidt, J. Carlson, C. Deleeuw, R. Okeson, J. (2004). Psychological and sleep quality differences between chronice daily headache and temporomandibular disorders pations. *Blackwell Publishing LtdCephalagia*. 24, 446-454.
- Dewald, J. Meijer, A. Oort, F. Kerkhof, J. Bogels, S. (2010). The influence of sleep quality, sleep duration and sleepiness on school performance in chidren and adolescent. *A meta-Analatic Reviews*. 14,179-189.
- Fietze , I. Struch, J. Holzhausn, M. Glose, M. Theobald, C. Lehnkering, H. & Penzel. (2009). T. Sleep Quality in professional Ballet Dancer. *Chronobiology International*, 26, 6, 1249-1226.
- Foster, K. A., Liskin, J. Cen, S. Abbott, A. Armisen, V. Globe, D. Knox, L. Mitchell, M. Shtir, C. Azen, S. (2004). The tragerApproachin The Treatment of Chronic Headache: A PilotStudy. *Alternative Therapies*, 10, 23-29.
- Harvey, A. Stinson, K. Whitaker, K. Moskovitiz, D. Virk, H. (2008). The subjective Meaning of sleep Quality: A Comparison of individuals with and without Insomnia. *Sleep*. 31, 3, 383-339.
- Lyngberg, AC. Rasmussen, BK. Jorgensenm, T. (2005). Prognosis of migraine and tension-type headache. *a population-based follow -up study. Neurology*. 65,4, 580-5.
- Maizels, M. Burchette, R. (2004). Somatic symptoms in headache patients the influence of headache diagnosis, frequency, and comorbidity. *Headache*. 44,983-993
- Morin, C. M., Blais, F. Savard, J.(2002). Are changes in beliefs and attitudes about sleep related to sleep improvements in the treatment of insomnia? *Behaviour Research and Therapy* 40. 741-752
- MosarrezaiiAghdam, F. Sepehrian, S. Asadnia, M. Zamanlu. (2012). Cognitive behaviour therapy is effective for improving the sleep quality of patients with migraine headaches. *European national Conference of Neurology*. 563.
- Ravi, G. Manjee, B. Devendra, D. Sameer, Sh. Rahul, S. Kapil, S. Raman, D. (2008). Impact of primary headaches on subjective sleep parameters among adolescents. *Ann Indian Acad Neurol*. 11,3, 164-169.
- Tommaso, M. Sardaro, M. Vecchio, E. Serpino, E. Stasi, M. Ranieri, M.(2008). Central Sensitisation Phenomena in Primary Headaches: Overview of a Preventive-Therapeutic Approach. *CNS & Neurological Disorders - Drug Targets*. 7, 524-535.
- Wang, MY. Wang, SY. Tsai, PS. (2005). Cognitive behavioural therapy for primary insomnia: a systematic review. *J Adv Nurs*, 50,5, 553-564.