

تأثیر آموزش بهداشت خواب بر اساس درمان شناختی- رفتاری بر کیفیت خواب و شدت سردرد بیماران مبتلا به میگرن

نوشین خنده‌رو^۱، سید احمد محمودیان^۲، پرستو گلشیری^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: درمان شناختی- رفتاری در مورد اختلالات روان‌پزشکی و چندین وضعیت طبی از جمله اختلالات خواب کاربرد دارد. هدف مطالعه، یافتن ارتباط معنی‌دار بین بهبود کیفیت خواب و شدت سردرد میگرن با استفاده از درمان شناختی- رفتاری بوده است.

روش‌ها: مطالعه‌ی حاضر از نوع کار آزمایشی بالینی است که بر روی ۸۰ بیمار مبتلا به میگرن، مراجعه‌کننده به مراکز سلامت ابن‌سینا و بیمارستان امین شهر اصفهان طی سال ۱۳۹۸ انجام شده است. بیماران به صورت تصادفی به دو گروه ۴۰ نفره مداخله و شاهد تخصیص یافتند و گروه مداخله ۵ جلسه آموزش درمان شناختی- رفتاری به شیوه سخنرانی و بحث و گفتگو و با هدف شناخت مکانسیم خواب و بهبود و ارتقاء آن دریافت نمودند. قبل و سه ماه پس از اتمام مداخله‌ی مقیاس درد VAS (Visual Analog Scale)، تعداد روزهای سردرد طی سه‌ماه گذشته، تعداد حملات در سه ماه گذشته، پرسش‌نامه‌های استاندارد کیفیت خواب پیترزبورگ و میداس توسط بیماران تکمیل شد.

یافته‌ها: پس از انجام مداخلات، نمره‌ی کلی کیفیت خواب، بهبود معنی‌داری در گروه مداخله نشان داد (همگی $P < 0/001$). همچنین مؤلفه‌های میزان بازدهی، کیفیت ذهنی خواب، تأخیر در خواب رفتن و اختلالات خواب به طور معنی‌داری در گروه مداخله نسبت به گروه شاهد بهبود یافته بود ($P < 0/001$). همچنین در تعداد روزهای سردرد و تعداد حمله در یک ماه گذشته در گروه مداخله نسبت به گروه شاهد کاهش معنی‌داری نشان داده شد (هر دو $P = 0/02$).

نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش حاضر، اثربخش بودن آموزش بهداشت خواب به شیوه‌ی درمان شناختی- رفتاری بر کیفیت خواب و شدت سردرد بیماران میگرن را نشان داد.

واژگان کلیدی: بهداشت خواب؛ درمان شناختی- رفتاری؛ کیفیت خواب؛ سردرد میگرن؛ مقیاس آنالوگ دیداری

ارجاع: خنده‌رو نوشین، محمودیان سید احمد، گلشیری پرستو. تأثیر آموزش بهداشت خواب بر اساس درمان شناختی- رفتاری بر کیفیت خواب و شدت سردرد بیماران مبتلا به میگرن. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۴۰۳؛ ۴۲ (۷۷۸): ۶۶۶-۶۷۳.

مقدمه

که سبب ایجاد تنش در فرد می‌گردد. به‌طورکلی، یک‌سوم بزرگسالان تحت تأثیر اختلالات خواب قرار دارند (۳). خواب ناکامل در بین ۳۰ تا ۵۰ درصد از کودکان و بزرگسالان مبتلا به میگرن مشاهده شده است که علاوه بر ایجاد اختلالات خواب، خود، عاملی برای ایجاد حملات میگرنی می‌باشد. به‌طور معمول، افراد مبتلا به میگرن مزمن مستعد ابتلا به سردرد صبح به علت کمبود خواب هستند (۴). سردردها در حدود ۴۶ درصد و میگرن در حدود ۱۱ درصد جمعیت رخ می‌دهد و این مسأله باعث شده تا این بیماری تبدیل به

میگرن، ازجمله شایع‌ترین اختلالات سردرد است که غالباً تشخیص آن به صورت یک‌طرفه و شدید، سوزشی و ضربان‌دار بوده و بر اساس گزارش جهانی بار (Global Burden of Disease Report)، میگرن ششمین بیماری هزینه‌ساز در جهان و اولین در بین بیماری‌های عصبی است (۱). حملات میگرنی اصولاً با تهوع، استفراغ، حساسیت به صدا و نور همراه است (۲). عوامل مؤثر بر بروز میگرن شامل خستگی، عصبانیت، گرسنگی یا به هم خوردن سیکل خواب و بیداری، بیدار شدن در مرحله‌ی خواب عمیق (NREM) یا ایجاد هر گونه اختلالی در این مرحله از خواب است،

- ۱- متخصص پزشکی خانواده، گروه پزشکی اجتماعی و خانواده، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
- ۲- دانشیار، گروه پزشکی اجتماعی و خانواده، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
- ۳- استاد، گروه پزشکی اجتماعی و خانواده، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

نویسنده‌ی مسؤؤل: نوشین خنده‌رو؛ متخصص پزشکی خانواده، گروه پزشکی اجتماعی و خانواده، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

Email: Nk7551615@gmail.com

کاهش سردرد، بر آن شدیم تا طی کارآزمایی بالینی حاضر به بررسی اثر آموزش بهداشت خواب به شیوه‌ی درمان شناختی- رفتاری بر بهبود کیفیت خواب و میزان شدت سردرد در بیماران مبتلا به میگرن مراجعه‌کننده به مراکز خدمات جامع سلامت در اصفهان بپردازیم.

روش‌ها

مطالعه‌ی حاضر با استفاده از توان آزمون ۸۰ درصد و ضریب اطمینان ۹۵ درصد با حجم نمونه معادل ۸۰ بیمار بدست آمد. جمعیت مورد مطالعه شامل بیماران مراجعه‌کننده به دو مرکز خدمات جامع سلامت در شهر اصفهان طی سال ۱۳۹۸، با رعایت معیارهای ورود و خروج بوده است. معیارهای ورود به مطالعه شامل: ۱- رضایت بیماران، ۲- سن ۱۸ الی ۶۵ سال، ۳- دارای پرونده‌ی فعال در دو مرکز یاد شده، ۴- تشخیص قطعی میگرن توسط نورولوژیست برحسب کرایتریای تشخیصی، ۵- کسب نمره‌ی پرسش‌نامه‌ی پیترزبورگ برابر یا بالاتر از ۷ که حاکی از وجود اختلال خواب بود و معیارهای خروج شامل: ۱- مصرف مواد مخدر و الکل، ۲- وجود بیماری روانپزشکی مزمن و یا بیماری‌های شدید جسمانی، ۳- رخداد سوگ یا حادثه در ۶ ماه گذشته، ۴- بارداری، ۵- غیبت بیش از یک جلسه از کلاس‌های آموزشی و عدم مراجعه‌ی فرد مورد مطالعه در سه ماه بعد علیرغم پیگیری محقق. در مطالعه‌ی حاضر، بیماران از محتوای آموزشی گروه دیگر و آنالیزکننده‌ی دیتا از محتوای آموزشی هر دو گروه بی‌اطلاع است.

مراحل انجام کار بدین صورت بود که در ابتدا بر اساس اطلاعات پرونده‌ی سلامت مبنی بر ابتلا به میگرن ۱۰۰ بیمار به صورت غیر تصادفی انتخاب شدند که بعد از مشخص شدن اسامی آنان با استفاده از نرم‌افزار SPSS، به صورت تصادفی به دو گروه ۵۰ نفره مداخله و شاهد تخصیص یافتند (از ابتدای مطالعه تا انتها ریزش ۲۰ نفره رخداد نمود و در نتیجه ۸۰ بیمار بصورت دو گروه ۴۰ نفره مداخله و شاهد باقی ماندند).

سپس بیماران هر دو گروه، دو پرسش‌نامه‌ی کیفیت خواب پیترزبورگ و میداس را تکمیل نمودند. پرسش‌نامه‌ی کیفیت خواب پیترزبورگ یکی از پرسش‌نامه‌هایی است که در زمینه‌ی سنجش خواب مورد استفاده قرار می‌گیرد. این پرسش‌نامه توسط بویس و همکاران در مؤسسه پیسبورگ در سال ۱۹۸۹ طراحی شد. این پرسش‌نامه از نوع خودگزارشی است که کیفیت خواب را در طول یک ماه گذشته بررسی می‌کند. این پرسش‌نامه دارای ۱۹ سؤال و حاوی ۹ بخش است که ۴ بخش اول حاوی یک سؤال و بخش پنجم حاوی ۱۰ سؤال چهار گزینه‌ای و بخش‌های ششم تا نهم نیز حاوی سؤالات چهار گزینه‌ای می‌باشد و ابعاد کیفیت ذهنی خواب، تأخیر در خواب رفتن، مدت زمان خواب، میزان بازدهی خواب، اختلالات

یکی از شایع‌ترین دلایل عصبی مراجعه به پزشکان عمومی و متخصصان مغز و اعصاب در انگلستان شود (۵) و علیرغم استفاده از دارو برای کنترل سردرد، اختلالات روانی در بین افراد مبتلا به سردرد مزمن یا میگرن رایج است (۵) و با عملکردهای مختلف مانند خواب (مشکلات مربوط به خستگی) و فعالیت‌هایی مانند ورزش و تجربیات احساسی و یا مشکلات مربوط به استرس همراهی دارد (۶). همچنین پیش‌بینی سردرد توسط بیماران می‌تواند اضطراب قابل توجهی را در آن‌ها ایجاد کند (۷) و این استرس و افسردگی متعاقب آن می‌تواند در افراد مبتلا به سردرد میگرن تا سه برابر شایع‌تر از افراد بدون سردرد باشد (۸).

بعضی از همراهی‌های روانی مرتبط با سردرد میگرن در بعضی اشخاص ممکن است از طریق مداخلات روانشناختی قابل درمان باشند. نشان داده شده است که یک مداخله روان شناختی مؤثر بر اساس اصول درمان شناختی رفتاری می‌تواند کیفیت زندگی افراد مبتلا را بهبود ببخشد، مداخلات درمان شناختی رفتاری (Cognitive Behavioral Therapy) شامل آموزش و تمرین تاکتیک‌های مقابله‌ای برای رویارویی با اوضاع و احوال استرس‌زا، مدیریت استرس و تمرین جرات و شهامت می‌باشد.

درمان شناختی- رفتاری در مورد اختلالات خواب کاربرد دارد. تکنیک‌های گوناگون کنترل استرس، ریلکسیشن، تغییر در احساسات، ادراک، افکار و رفتار، حرکات از طریق القای مکانیسم‌های مقابله و تغییر شیوه‌ی زندگی مفید واقع می‌شوند. برای مثال بهبود خواب با تغییراتی در سبک زندگی حاصل می‌گردد. در واقع درمان شناختی- رفتاری یک نوع مداخله‌ی آموزشی در مورد افکار و باورهای سوژه است، به طوری که با تغییر اطلاعات، دانش، احساسات، تمایلات و واکنش‌های فیزیولوژیک، ارتباط فرد با واقعیت بهتر می‌شود و فرد می‌تواند تغییر کند (۷).

در بررسی‌های سیستماتیک نشان داده شده است که CBT در درمان دردهای مزمن مؤثر بوده است (۱۰، ۱۱). مشکلات خواب تحت تأثیر عادات، فرهنگ، مشارکت خانواده، اعتقادات و امکانات فرد می‌باشد و فرد با آموزش ساده یا مهارت تنها نمی‌تواند این شرایط را مدیریت کند، بلکه نیازمند حل یک‌سری چالش‌ها از یک سو و انگیزه و مدیریت از سوی دیگر می‌باشد، لذا درمان شناختی- رفتاری برای اصلاح آن ضروری به نظر می‌رسد (۱۱). از طرفی با توجه به شیوع بالای اختلالات خواب و رابطه‌ی نزدیک بین خواب و کیفیت زندگی، می‌توان کیفیت خواب را به عنوان شاخصی مهم از کیفیت زندگی در نظر گرفت.

با توجه به افزایش اختلالات خواب در بیماران دچار سردرد میگرن و نیاز آنان به آموزش بهداشت خواب و در نتیجه تأثیر آن در

زندگی از قبیل چالش‌های بیماران در رعایت بهداشت خواب، اهمیت مشارکت خانواده و سایر بیماری‌ها به صورت پرسش و پاسخ ارائه گردید و سپس اهمیت خواب از نظر قرآن و روایات به صورت سخنرانی گفته شد. در جلسه‌ی چهارم برنامه‌ریزی روزانه، لیست نمودن مشکلات و تبدیل مشکل به مسأله و یافتن راه‌حل منطقی، شناخت افکار خودآیند منفی و مقابله با آنها از طریق تقویت تمرکز حواس، بخشش و پذیرش خود، فکر نکردن به گذشته، تسلیم رضای خداوند بودن و ایجاد سرگرمی و مشغولیت فیزیکی آموزش داده شد. راهکارهای به‌کار گرفته شده شامل موانع و منافع، ایجاد انگیزه و توافق، تشویق و ترغیب به رعایت بود.

یک جلسه هم جهت آموزش آرمیدگی عضلانی و رفع اشکال مؤلفه‌های شناختی و تعیین تکلیف و اجرای خانگی در نظر گرفته شد. تکالیف و اجرای خانگی شامل این موارد بودند: ۱- برنامه‌ریزی روزانه و گزارش در جلسه، ۲- یافتن و لیست نمودن نکات مثبت فردی، ۳- معاشرت با افراد مثبت‌اندیش، ۴- لیست کردن اهداف بلندمدت در کنار انجام وظائف روزمره، ۵- دادن پاداش به خود، ۶- در نظر گرفتن زمانی برای خود، ۷- ورزش دلخواه روزانه، ۸- لیست نمودن افکار خودآیند منفی در هنگام شروع خواب و راهکارهای حذف این افکار، ۹- نوشتن احساسات و تجزیه و تحلیل توسط ذهن آگاه و ۱۰- یادداشت کردن جزئیات زمان خواب و چگونگی بختواب رفتن در طول هفته.

پرسش‌نامه‌ها سه ماه پس از مداخله‌ی آموزشی توسط بیماران تکمیل شدند. پس از اتمام مداخله، محتویات جلسات آموزشی به صورت بروشور، در اختیار گروه شاهد قرار گرفت. در نهایت اطلاعات پس از جمع‌آوری، با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ (version 23, IBM Corporation, Armonk, NY) و آزمون‌های Paired T-test و Chi-square Independent Samples T-test و آنالیز کواریانس در سطح ۵ درصد مورد بررسی قرار گرفتند.

گروه شاهد درمان‌های دارویی تجویز شده توسط پزشکان خود را دریافت می‌کردند. این مطالعه با کد اخلاق IR.MUI.MED.REC.1398-485 در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام شد.

یافته‌ها

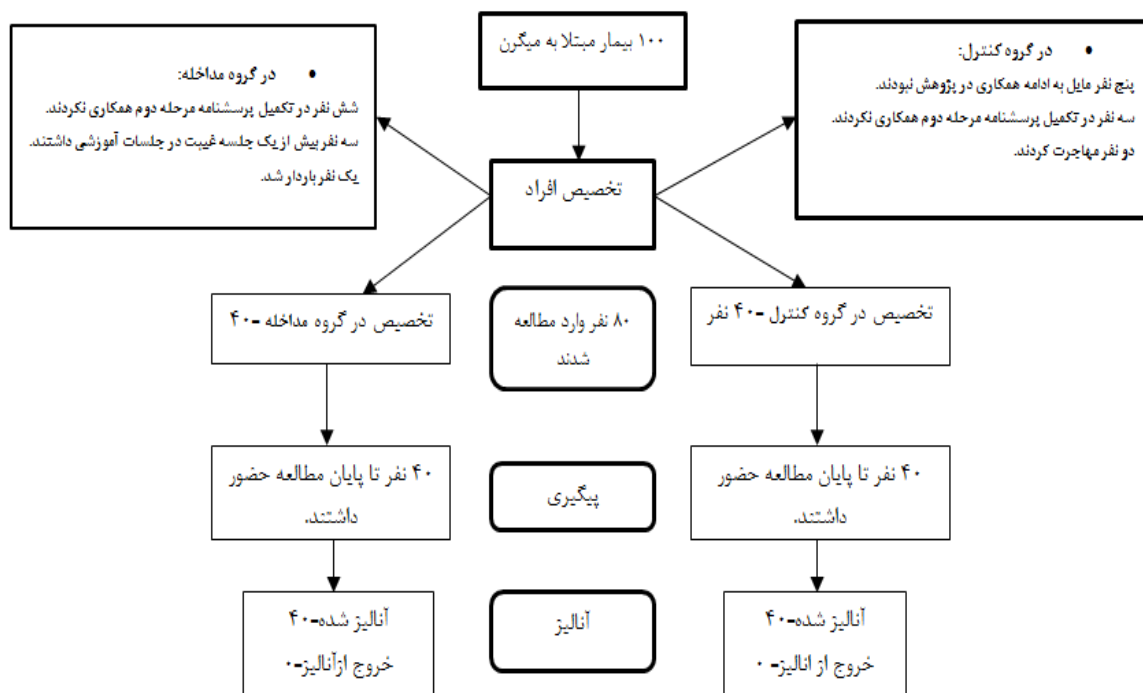
دیاگرام مطالعه نمونه‌ها در شکل (۱) آورده شده است. نتایج به دست آمده در دو گروه ۴۰ نفری شاهد و مداخله نشان داد که متغیرهای دموگرافیک اعم از سن، جنسیت، تحصیلات، تأهل، شغل، بیماری زمینه‌ای، مدت ابتلا به میگرن اختلاف معنی‌داری بین دو گروه نداشتند ($P > 0/05$) (جدول ۱).

خواب، استفاده از داروهای خواب‌آور، اختلال عملکرد روزانه مورد سنجش قرار می‌گیرد. سؤالات گزینه‌ای، با طیف لیکرت ۴ درجه‌ای از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود و کمترین نمرات در این بخش صفر و بیشترین آن ۴۲ می‌باشد.

در مطالعه‌ی آشتیانی پایایی پرسش‌نامه ۰/۸۹ محاسبه شد و روایی آن نیز مورد تأیید قرار گرفت (۱۲).

پرسش‌نامه‌ی میداس (Migraine Disability Assessment) MIDAS، پرسش‌نامه‌ی ۵ سؤالی است که تعداد روزهایی را که در ۳ ماه گذشته بیمار در آنها به دلیل سردرد میگرن در محل کار یا فعالیت اجتماعی و خانوادگی حاضر نشده و یا کارایی مطلوب نداشته است را بررسی می‌کند. نمره‌ی پرسش‌نامه بین ۰ تا ۴۰ است و تقسیم‌بندی آن به گونه‌ای است که افراد با نمره‌ی کمتر از ۵ با شدت ۱، با نمره‌ی ۶-۱۰ با شدت ۲، با نمره‌ی ۱۱-۲۰ با شدت ۳ و با نمره‌ی ۲۱ یا بیشتر با شدت ۴ در نظر گرفته می‌شوند. شدت بیشتر، نوع میگرن حادتر را نشان می‌دهد و تأیید پایایی و روایی آن قبلاً انجام شده است (۱۳). همچنین تعداد حملات در سه ماه گذشته، تعداد روزهای سردرد طی سه ماه گذشته و مقیاس درد (VAS (Visual Analog Scale) (به صورت مقیاسی از صفر = بدون درد، تا ۱۰ = بیشترین درد) از بیماران پرسیده و ثبت شد.

پس از آن آموزش به گروه مداخله شروع شد. آموزش از منابع معتبر و با محتوای مناسب تهیه و به زبان ساده در ۵ جلسه‌ی ۶۰ الی ۹۰ دقیقه‌ای ارائه شد (۱۳، ۱۴). در جلسه‌ی اول، ابتدا ضمن معارفه‌ی اعضای گروه با یکدیگر و پزشک، به معرفی درمان شناختی-رفتاری، بیان اهداف و روند اجرای تحقیق و ساختار و قوانین جلسه پرداخته شد و سپس چرخه‌ی خواب و مراحل خواب، مقدار نیاز به خواب در سنین مختلف، توصیف علت و مکانیسم سردرد میگرنی و ارتباط میگرن با کیفیت خواب و شبکه‌ی علیل مطرح شد. شیوه‌ی آموزشی به صورت سخنرانی و پرسش و پاسخ و راهکار شامل شناخت و اصلاح باورها بود. در جلسه‌ی دوم، خواب طبیعی، کیفیت و انواع اختلالات خواب، عوارض خواب بی‌کیفیت بررسی شد و شیوه‌ی آموزشی بارش افکار و سخنرانی بود. در جلسه‌ی سوم بهداشت خواب مربوط به نکات سبک زندگی در طول روز تا رفتن به رختخواب که مؤثر بر خواب و سردرد است، همچنین نکات مؤثر بر کیفیت خواب از شروع خواب، بیان شد و شیوه‌ی آموزشی به شکل سخنرانی و بارش افکار و یادگیری مشکل‌محور بود. نمونه‌هایی از بهداشت خواب شامل پرهیز از مصرف کافئین و الکل، کاهش خواب نیمروز، داشتن محیطی آرام برای خواب، نخوابیدن بدون احساس خواب، بیدار شدن در زمان معین، ورزش کافی، اجتناب از نور آبی نمایشگرها به علت سرکوب هورمون ملاتونین آموزش داده شد. همچنین موانع اصلاح سبک



شکل ۱: دیاگرام مطالعه نمونه‌ها. به علت ریزش ۲۰ نفره مطالعه بر روی ۸۰ نفر انجام شد.

جدول ۱: اطلاعات دموگرافیک نمونه به تفکیک گروه مورد بررسی

متغیر مورد بررسی	گروه شاهد (n = 40)	گروه مداخله (n = 40)	آزمون	P
سن (سال) (میانگین ± انحراف معیار)	40/02 ± 9/92	41/65 ± 8/66	T-test	0/43
مدت ابتلا به میگرن (سال) (میانگین ± انحراف معیار)	41/65 ± 8/31	11/97 ± 7/56	T-test	0/37
جنسیت تعداد (درصد)	33 (41/3) زن	35 (43/8) زن	Chi-square	0/53
تعداد (درصد)	7 (8/8) مرد	5 (6/3) مرد		
تحصیلات تعداد (درصد)	14 (17/7) زیردیپلم	6 (7/6) زیردیپلم	Chi-square	0/07
تعداد (درصد)	14 (17/7) دیپلم و کاردانی	15 (19) دیپلم و کاردانی		
تعداد (درصد)	11 (13/9) لیسانس و بالاتر	19 (24/1) لیسانس و بالاتر		
تعداد (درصد)	10 (13) کارمند	16 (20/8) کارمند		
تعداد (درصد)	16 (20/8) خانه‌دار	17 (22/1) خانه‌دار	Chi-square	0/53
تعداد (درصد)	8 (10/4) آزاد	5 (6/5) آزاد		
تعداد (درصد)	3 (3/9) دانشجو	2 (2/6) دانشجو		
بیماری زمینه‌ای تعداد (درصد)	21 (26/3) ندارد	25 (31/3) ندارد	Chi-square	0/36
تعداد (درصد)	19 (23/8) دارد	15 (18/8) دارد		

معنی‌داری را در گروه مداخله نشان داد ($P < 0/001$) (جدول ۲).
تعداد روزهای سردرد طی سه‌ماه گذشته ($P = 0/02$) و تعداد
حمله در ماه گذشته ($P = 0/02$) نیز کاهش معنی‌داری در گروه
مداخله نسبت به شاهد نشان داد (جدول ۳).

نتایج حاصل از پرسش‌نامه خودگزارشی کیفیت خواب (PSQI)،
حاکمی از آن است که با تعدیل اثر پیش‌آزمون، به غیر از استفاده از
داروهای خواب‌آور ($P = 0/15$) سایر مؤلفه‌ها اختلاف معنی‌داری را
نشان داد ($P < 0/05$). همچنین نمره کلی کیفیت خواب کاهش

جدول ۲: بررسی مؤلفه‌های کیفیت خواب (PSQI) به تفکیک گروه مورد مطالعه

مولفه مورد بررسی	قبل از مداخله (میانگین \pm انحراف معیار)	سه ماه پس از مداخله (میانگین \pm انحراف معیار)	P1	P2
کیفیت ذهنی خواب	شاهد	۱/۵۸ \pm ۰/۷۹	۰/۴۰	<۰/۰۰۱
	مداخله	۱/۷۱ \pm ۰/۸۵	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
تأخیر در به خواب رفتن	شاهد	۱/۷۱ \pm ۰/۹۷	۰/۷۶	<۰/۰۰۱
	مداخله	۱/۸۵ \pm ۱/۵۹	۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
مدت زمان خواب	شاهد	۱/۶۷ \pm ۱/۱۴	۰/۷۳	۰/۰۰۴
	مداخله	۱/۴۵ \pm ۰/۹۸	۰/۰۰۴	۰/۰۰۴
میزان بازدهی خواب	شاهد	۱/۲۷ \pm ۱/۳۲	۰/۷۲	<۰/۰۰۱
	مداخله	۱/۴۵ \pm ۱/۳۳	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
اختلالات خواب	شاهد	۱/۲۳ \pm ۰/۵۳	۱/۰۰	<۰/۰۰۱
	مداخله	۱/۱۷ \pm ۰/۴۴	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
استفاده از داروهای خواب‌آور	شاهد	۰/۶۸ \pm ۱/۱۶	۰/۸۳	۰/۱۵
	مداخله	۰/۸۲ \pm ۱/۰۱	۰/۰۲	۰/۱۵
اختلال عملکرد روزانه	شاهد	۱/۸۶ \pm ۰/۹۳	۰/۸۸	۰/۰۰۱
	مداخله	۱/۳۷ \pm ۰/۷۴	۰/۱۲	۰/۰۰۱
نمره کل	شاهد	۹/۸۹ \pm ۴/۳۳	۰/۳۱	<۰/۰۰۱
	مداخله	۹/۸۲ \pm ۳/۷۴	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱

P1: در سطح ۵ درصد آزمون Paired T-test، P2: در سطح ۵ درصد آزمون ANCOVA با تعدیل اثر پیش‌آزمون

جدول ۳: بررسی نمره‌ی پرسش‌نامه‌ی MIDAS و مؤلفه‌های مرتبط با درد و تعداد حمله به تفکیک گروه مورد مطالعه

مولفه مورد بررسی	قبل از مداخله (میانگین \pm انحراف معیار)	سه ماه پس از مداخله (میانگین \pm انحراف معیار)	P1	P2
نمره‌ی پرسش‌نامه MIDAS	شاهد	۲۴/۵۵ \pm ۱۹/۹۸	۰/۵۱	۰/۱۶
	مداخله	۴۰/۱۷ \pm ۵۱/۱۳	۰/۰۴۶	۰/۱۶
تعداد روزهای سردرد طی سه‌ماه گذشته	شاهد	۱۸/۴۴ \pm ۲۰/۴۴	۰/۰۸	۰/۰۲
	مداخله	۱۵/۲۷ \pm ۱۹/۸۷	۰/۰۰۳	۰/۰۲
درد	شاهد	۷/۳۳ \pm ۲/۱۶	۰/۰۹	۰/۰۶
	مداخله	۹/۵۶ \pm ۱۱/۹۵	۰/۰۵۲	۰/۰۶
مقیاس VAS	شاهد	۶/۴۶ \pm ۷/۵۷	۰/۳۱	۰/۰۲
	مداخله	۷/۱۶ \pm ۱۲/۷۴	۰/۰۳	۰/۰۲

Migraine Disability Assessment VAS: Visual Analog Scale; MIDAS:*

مؤثر است. از این رو بهبود وضعیت خواب با استفاده از تکنیک‌های پیشرفت سبک زندگی، ممکن است سبب تأثیر بر سروتونین و در نهایت سلامت خلق و کاهش شدت میگرن شود (۲).

Zeitlhofer و همکاران، بین اختلالات خواب و میگرن، رابطه‌ی مستقیمی نشان دادند (۳). مطالعات گسترده نشان داد، کیفیت خواب ضعیف در بیماران مبتلا به میگرن، شیوع بیشتری نسبت به افراد بدون میگرن دارد (۱۶-۱۹).

Ødegård و همکاران در مطالعه‌ی کوهورت در نروژ نشان دادند که ارتباط دو طرفه بین بی‌خوابی و سردردهای اولیه وجود دارد (۲۰).

بحث

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که آموزش بهداشت خواب به شیوه‌ی درمان شناختی-رفتاری بر بهبود کیفیت خواب و کاهش شدت سردرد بیماران مبتلا به میگرن مؤثر است و استفاده از نتایج این تحقیق در مراکز خدمات جامع سلامت به منظور بهبود خواب بیماران پیشنهاد می‌شود.

Leonardi و Raggi معتقدند میگرن می‌تواند منجر به زندگی با کیفیت پایین و ناتوانی‌های قابل توجه در فرد شود. یکی از علل ارتباط سردرد با خواب، ناپایداری سطح سروتونین و کاهش میزان دوپامین است، که بر خلق و همچنین کیفیت خواب افراد به شدت

با توجه به موارد گفته شده، بنظر می‌رسد استفاده از مداخلات آموزشی مؤثر و درمان شناختی- رفتاری می‌تواند کیفیت خواب بیماران مبتلا به میگرن را بهبود بخشد و شدت سردرد را کاهش دهد. نقاط قوت مطالعه شامل انجام کارآزمایی بالینی برای پرداختن به مقوله بسیار مهم کیفیت خواب و تأثیر آن بر شدت سردرد و در نهایت کیفیت زندگی بیماران بود. از جمله محدودیت‌های مطالعه، انجام آن در ۲ مرکز جامع خدمات سلامت بود که تعمیم نتایج آن به جمعیت‌های دیگر را باید با دقت بیشتری انجام داد. همچنین عدم پیگیری طولانی‌مدت بیماران، سبب عدم کسب اطلاع از میزان ماندگاری گردید.

نتیجه‌گیری

هدف از مطالعه‌ی حاضر، بررسی تأثیر آموزش بهداشت خواب به شیوه‌ی شناختی- رفتاری بر کیفیت خواب و شدت سردرد بیماران مبتلا به میگرن بود. نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داد که آموزش بهداشت خواب به شیوه‌ی درمان شناختی- رفتاری بر کیفیت خواب و شدت سردرد بیماران مبتلا به میگرن تأثیر مثبت معنی‌داری بر تمامی مؤلفه‌های کیفیت خواب، به غیر از مصرف داروهای خواب‌آور و تأثیر کاهنده و معنی‌داری بر تعداد روزهای سردرد طی سه ماه گذشته و تعداد حمله در ماه گذشته داشت.

تشکر و قدردانی

از اساتید محترم گروه پزشکی اجتماعی و پزشکی خانواده دانشگاه علوم پزشکی اصفهان تشکر و قدردانی می‌گردد.

Seidel و همکاران گزارش دادند که کیفیت خواب در بیمارانی که دارای ۸ روز میگرن در ماه یا بیشتر هستند، بسیار ضعیف است و به طور قابل توجهی کیفیت خواب در افراد تحت درمان، نسبت به بیماران بدون حمایت درمانی بهتر است (۱۷)، لذا خواب و مداخله‌ی مناسب برای داشتن خواب کافی و مناسب لازم و ضروری به نظر می‌آید.

اسدنیا و همکاران، Seidel و همکاران اذعان داشتند کیفیت خواب و ابعاد آن ارتباط مؤثری با بروز سردردهای میگرنی دارد و هرچه کیفیت خواب بالاتر باشد، این دردها کمتر می‌شود، از این رو ارائه‌ی مداخلات درمانی و آموزشی را لازم دانسته‌اند (۱۷، ۲۱).

عزیزی، اجرای الگوی روان‌درمانی و کاهش استرس و اضطراب را مؤثر بر کاهش مشکلات روان‌شناختی بیماران مبتلا به میگرن دانست (۲۲).

مسعود و تقدسی دریافتند اختلالات خواب در بروز سردردهای میگرنی و عصبی نقش دارد (۲۳) که همگی با مطالعه‌ی حاضر همسو بودند. تقوی و همکاران نیز دریافتند کارگاه توانمندسازی بر بهبود سطح کیفیت زندگی مؤثر بوده و از این روش ساده و ارزان و بی‌عارضه می‌توان به عنوان درمان مکمل در کنار روش‌های دارویی استفاده کرد (۲۴).

سیف‌پور و همکاران نیز بیان داشتند، کاهش میانگین دفعات بروز، شدت و مدت سردردهای میگرنی بعد از مداخله در گروه مورد آموزش به روش مبتنی بر مراحل تغییر در بهبود استفاده از راهبردهای مقابله با درد مؤثر بود که با مطالعه‌ی حاضر هماهنگی داشت (۲۵).

حدادی و همکاران انجام مداخلات مدیریت خواب را بر کاهش حملات میگرن مؤثر دانستند (۲۶).

References

1. Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2015; 386(9995): 743-800.
2. Leonardi M, Raggi A. Burden of migraine: international perspectives. *Neurol Sci* 2013; 34(1):117-8.
3. Zeitlhofer J, Schmeiser-Rieder A, Tribl G, Rosenberger A, Bolitschek J, Kapfhammer G, et al. Sleep and quality of life in the Austrian population. *Acta Neurol Scand* 2000; 102(4): 249-57.
4. Uhlig BL, Engström M, Ødegård SS, Hagen KK, Sand T. Headache and insomnia in population-based epidemiological studies. *Cephalalgia* 2014; 34(10): 745-51.
5. D'amico D, Libro G, Prudenzeno MP, Peccarisi C, Guazzelli M, Relja G, et al. Stress and chronic headache. *J Headache Pain* 2000; 1(Suppl 1): S49-S52.
6. Bendtsen L. Drug and nondrug treatment in tension-type headache. *Ther Adv Neurol Disord* 2009; 2(3): 155-61.
7. Action D, Alliance H, Positively U, Alliance SH, Alliance UHR, Scotland HI, et al. national institute for health and care excellence./Comorbidity of Migraine. 2023 [online]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ta973/documents/final-scope>
8. World Health Organization. Neurological disorders: public health challenges. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2006.
9. Harris P, Loveman E, Clegg A, Easton S, Berry N. Systematic review of cognitive behavioral therapy for

- the management of headaches and migraines in adults. *Br J Pain* 2015; 9(4): 213-24.
10. Morley S, Eccleston C, Williams A. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behavior therapy and behavior therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain* 1999; 80(1-2): 1-13.
 11. de C Williams AC, Eccleston C, Morley S. Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 11(11): CD007407.
 12. Fathi Ashtiani A. Psychological tests of personality evaluation and mental health [in Persian]. Tehran, Iran: Ba'ath Publications; 2009.
 13. Gholamreza-Mirzaee M, Kheiri S, Khosravi Sh, Khoshdeh A, Keivani Z, Amini Z. Iron therapy and migraine headache [in Persian]. *J Shahrekord Univ Med Sci* 2011; 13(6): 56-62.
 14. Kiasalar M. Healthy life style, family self caring leader [in Persian]. Tehrsn, Iran: Parsaye Salamat Publications; 2017.
 15. Seidel S, Hartl T, Weber M, Matteredey S, Paul A, Riederer F, et al. Quality of sleep, fatigue and daytime sleepiness in migraine—a controlled study. *Cephalalgia* 2009; 29(6): 662-9.
 16. Morgan I, Eguia F, Gelaye B, Peterlin BL, Tadesse MG, Lemma S, et al. Sleep disturbances and quality of life in Sub-Saharan African migraineurs. *J Headache Pain* 2015; 16: 18.
 17. Qiu C, Frederick IO, Sorensen T, Aurora SK, Gelaye B, Enquobahrie DA, et al. Sleep disturbances among pregnant women with history of migraines: a cross-sectional study. *Cephalalgia* 2015; 35(12): 1092-102.
 18. Ødegård SS, Sand T, Engstrøm M, Zwart J-A, Hagen K. The impact of headache and chronic musculoskeletal complaints on the risk of insomnia: longitudinal data from the Nord-Trøndelag health study. *J Headache Pain* 2013; 14(1): 24.
 19. Asadnia S, Sepehrian Azar F, Saadatmand S, Mosarrezaii Aghdam A. The relationship between sleep qualities with migraine headaches among Urmia university students [in Persian]. *Studies in Medical Sciences* 2013; 24(4): 286-94.
 20. Azizi M. A meta analysis psychological factors of migraines in Iran [in Persian]. *Health Psychol* 2017; 6(22): 88-100.
 21. Masoud S, Taghadosi M. The study of relationship between sleep disorders with migraine headaches [in Persian]. *Pajohande* 2002; 7(3): 191-3.
 22. Taghavi T, Zakeri Moghaddam M, Mehran A, Mohammadkhani M, Saatchi B. Effect of empowering program, on the migraine patients' quality of life [in Persian]. *Iranian Journal of Nursing Research* 2016; 11(3): 10-6.
 23. Seifpour T, Morshedi H, Mohammadzeidi I. The effect of stage of change education based on the use of pain coping mechanisms in female patients with migraine [in Persian]. *J Birjand Univ Med Sci* 2019; 26(4): 300-14.
 24. Hadadi Barforush M, Anoosheh M, Memarian R. Effect of sleep management program on headache indexes of patients suffering from migraine referred to Ghae shahr Razi Hospital [in Persian]. *Jundishapur Sci Med J* 2016; 15(3): 303-13.

The Effect of Sleep Hygiene Training Based on Cognitive Behavioral Therapy on Sleep Quality and Headache Intensity in Migraine Patients

Noushin Khandehroo¹, Seyed Ahmad Mahmoudian², Parastoo Golshiri³

Original Article

Abstract

Background: Cognitive behavioral therapy is used for psychiatric disorders and several medical conditions, including sleep disorders. The aim of the study was to find a significant relationship between improving sleep quality and the severity of migraine headaches using cognitive behavioral therapy.

Methods: This is a clinical trial study that has performed on 80 patients who were suffering from migraine in 2 Healthy Centers in Esfahan. We divided patients into two groups of Control and Intervention. Every group had 45 patients. The patients of the Intervention group received 5 academic meetings on the subject of Cognitive Behavioral Treatment. The methods of academic meetings were including: lecture, discussion and conversation. The aims of meetings were: recognition of sleep mechanism, sleep promotion and well-being. Standard questionnaires of sleep quality of Pittsburgh and Midas were completed by patients before and 3 months after finishing of intervention.

Findings: The education of Cognitive Behavioral Therapy on Sleep Quality and Headache Intensity in Migraine Patients had a positive virtual effect on all sleep quality components ($P < 0.001$), except using of sleeping drugs user, and had a negative virtual effect on number of headache days during 3 months ago and number of attacks during last month ($P = 0.02$).

Conclusion: These study findings have emphasis on effectiveness of education of Cognitive Behavioral Therapy on Sleep Quality and Headache Intensity in Migraine Patients, and offer this strategy for dealing with pain, number of attacks and sleep well-being.

Keywords: Sleep hygiene; Cognitive behavior therapy; Sleep quality; Migraine disorder; Visual Analog Scale (VAS)

Citation: Khandehroo N, Mahmoudian SA, Golshiri P. **The Effect of Sleep Hygiene Training Based on Cognitive Behavioral Therapy on Sleep Quality and Headache Intensity in Migraine Patients.** J Isfahan Med Sch 2024; 42(778): 666-73.

1- Family Medicine Specialist, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Associate Professor, Internal Medicine Specialist, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- Professor, Social Medicine Specialist, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Noushin Khandehroo, Family Medicine Specialist, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran; Email: nk7551615@gmail.com