

تأثیر گروه درمانی روانی - اجتماعی بر بهبود حملات میگرن و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به میگرن

دکتر مجید صفاری نیا^۱، مریم شاهنده^۲، دکتر مهناز علی اکبری^۱، دکتر رضا باقریان سرارودی^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: میگرن یکی از رایج‌ترین انواع سردرد در بیمارانی است که به مراکز درمانی مراجعه می‌کنند. میگرن، یکی از دلایل مهم غیبت از کار یا امتناع از هر گونه فعالیت شخصی و اجتماعی است. وقوع مکرر سردرد، اثرات نامطلوب زیادی بر سبک زندگی و فعالیت‌های اجتماعی بیمار می‌گذارد.

روش‌ها: در این مطالعه‌ی نیمه‌تجربی، با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه شاهد، ۴۰ بیمار مبتلا به میگرن مراجعه کننده به درمانگاه‌های تخصصی مغز و اعصاب بیمارستان‌های شهر اهواز در فاصله‌ی زمانی مهرماه تا آذرماه سال ۱۳۹۲، مورد بررسی قرار گرفتند. بیماران به روش تصادفی ساده به دو گروه مساوی مداخله شاهد تقسیم شدند. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسش‌نامه‌ی ثبت نشانه‌های سردرد و پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگی بود. درمان روانی - اجتماعی در هشت جلسه‌ی درمانی ۶۰ دقیقه‌ای اجرا شد. پرسش‌نامه‌ها در دو مرحله‌ی قبل و بعد از درمان ۸ جلسه‌ای، برای هر دو گروه تکمیل شد. برای مقایسه‌ی تعداد و شدت حملات میگرن و کیفیت زندگی پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه مداخله و شاهد از آزمون تحلیل کوواریانس (ANCOVA یا Analysis of covariance) استفاده گردید.

یافته‌ها: مقایسه‌ی دو گروه نشان داد که بین تعداد سردرد ($F = ۴۶/۷۸$; $P = ۰/۰۰۰۱$)، شدت آن ($F = ۱۸۴/۸۷$; $P = ۰/۰۰۰۱$) و مدت ادامه‌ی سردرد ($F = ۱۱۰/۷/۷۴$; $P = ۰/۰۰۰۱$) تفاوت معنی‌داری وجود داشت. تأثیر درمان روانی - اجتماعی در تعداد سردردهای میگرنی، ۵۳٪ در شدت سردردها، ۸۳٪ در مدت آن، ۷۶٪ درصد بود. همچنین، نمرات میانگین تعدیل شده‌ی کیفیت زندگی و عملکرد جسمی و روانی آن پس از درمان، افزایش معنی‌داری داشت ($F = ۱۸/۰۸$; $P = ۰/۰۰۰۱$)؛ تأثیر درمان روانی - اجتماعی بر کیفیت زندگی بیماران، ۳۳٪ درصد نشان داده شد.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های این تحقیق، درمان روانی - اجتماعی بیماران مبتلا به میگرن موجب بهبود حملات میگرن از نظر تعداد، شدت و مدت سردردهای میگرنی و همچنین، بهبود کیفیت زندگی بیماران در عملکرد جسمی و روانی می‌شود. پیشنهاد می‌شود، از این الگو برای ارتقای کیفیت زندگی بیماران استفاده گردد.

واژگان کلیدی: میگرن، گروه درمانی، روانی اجتماعی، کیفیت زندگی

ارجاع: صفاری نیا مجید، شاهنده مریم، علی اکبری مهناز، باقریان سرارودی رضا. تأثیر گروه درمانی روانی - اجتماعی بر بهبود حملات

میگرن و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به میگرن. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۳۹۳؛ ۳۲ (۳۱۹): ۲۴۰-۲۴۱

عصبی ناتوان کننده می‌باشد (۱). بیش از ۹۰ درصد

انسان‌ها در طول سال، حداقل یک حمله‌ی سردرد را

مقدمه

سردرد یکی از شایع‌ترین شکایات پزشکی و اختلال

۱- دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

۲- دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران و مریمی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، اهواز، ایران

۳- دانشیار، گروه روان‌پزشکی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری و دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

Email: shahandehmrm@gmail.com

نویسنده‌ی مسؤول: مریم شاهنده

تجربه می‌کنند (۲). سالیانه، ۲۴۰ میلیون نفر در سراسر جهان، از ۱/۴ میلیارد حمله‌ی سردرد رنج می‌برند (۳). از این رو، سردرد هدف بزرگی برای مداخلات بهداشت عمومی به شمار می‌رود (۴).

از میان علل سردرد، میگرن شایع‌ترین نوع سردرد مزمن می‌باشد که بر اساس معیارهای انجمن بین‌المللی سردرد (International Headache Society) به صورت سردردی عودکننده، خوش‌خیم، اغلب یک‌طرفه و ضربان‌دار است که به مدت ۴ تا ۷۲ ساعت طول می‌کشد (۵)، با محرک‌های کلیشه‌ای ایجاد می‌شود و اغلب شامل تهوع، استفراغ و سایر نشانه‌های کارکرد عصبی است که به صورت‌های مختلف ظهور می‌کند (۶).

از آن جایی که حدود نیمی از بیماران به پزشک مراجعه نمی‌کنند، تعیین شیوع دقیق میگرن در جامعه مشکل است (۷)؛ ولی حدود ۱۶-۱۲ درصد خانم‌ها و ۶-۴ درصد آقایان به آن مبتلا می‌شوند (۸). در ایران، آمار دقیقی در رابطه با میگرن وجود ندارد و تحقیقات روی جوامع محدود، میزان شیوع متفاوتی از حدود ۱۰ تا ۲۴ درصد در دانش‌آموزان (۹)، دانشجویان (۱۰) و سایرین برآورد کرده است.

بر اساس مطالعه‌ی Bigal و Lipton، میگرن کیفیت زندگی بیماران را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد. فعالیت‌های اجتماعی بیماران را بسیار محدود کرده، توانایی انجام کارهای خانه و فعالیت‌های جسمی و غیرجسمی بیماران را کاهش داده، در ساعات اوقات فراغت، ایجاد اختلال می‌کند (۱۱). Donovan و همکاران نشان دادند که افراد مبتلا به سردرد، مشکلاتی مانند پایین بودن سطح کیفیت زندگی بیشتری را تجربه می‌کنند (۱۲). Frare و

همکاران نشان دادند که هر چه شیوه‌ی زندگی کارآمدتر و روش‌های مقابله مؤثرتر باشد، شدت سردرد کمتر است (۱۳). بررسی‌ها نشان داده است که باور بیمار به توانایی‌های خود در پیش‌گیری از سردرد یا کنترل آن، میزان ناتوانی ناشی از سردرد را پیش‌بینی می‌کند (۱۴).

از آن جایی که هنوز هیچ روش درمانی ثابت و تأیید شده‌ای برای درمان میگرن نیست، بیشتر درمان‌های مؤثر میگرن انجام مداخلاتی است که به اتمام سردرد و یا پیش‌گیری از تکرار و شدت آن بیانجامد؛ درمان دارویی پیش‌گیرانه با آگونیست‌های گیرنده‌ی سروتونین، بتابلوکرها و بلوکرها کانال کلسیم، درمان دارویی با هدف تسکین حملات درد و درمان روان‌شناختی از آن جمله است (۱۵). عدم تحمل دارویی، عدم پاسخ یا پاسخ ناکافی به درمان دارویی و هزینه‌های بالای تهیه‌ی دارو موجب شده است تا مبتلایان به سردردهای میگرنی در حال حاضر از درمان پروفیلاکتیک رضایت‌بخشی برای سردردهای خود برخوردار نباشند (۱۶)؛ تنها، ۱۳ درصد از مبتلایان از درمان‌های پیش‌گیرانه‌ی دارویی رایج برای کنترل حملات، بهره می‌برند (۱۷).

درمان روانی- اجتماعی میگرن، سبب افزایش توان سازگاری فرد شده، واکنش‌های سازگاران وی را به حرکت در آورده، مانع از واکنش‌های ناسازگار که باعث عمیق‌تر شدن نگرانی حاصل از بیماری، انحطاط، واپس‌گرایی و در نهایت، بروز اختلالات روانی- اجتماعی است، می‌گردد (۱۸)؛ لذا، نقش مهمی در درمان افرادی که از سردرد رنج می‌برند، ایفا می‌کند. هدف بلندمدت درمان‌های رفتاری شامل کاهش فراوانی و شدت سردرد، کاهش ناتوانی ناشی

از سردرد، درماندگی عاطفی و تحمل ناپذیری و افزایش کنترل فرد نسبت به سردرد است. هدف کوتاه مدت مداخلات رفتاری، هدف گذاری بر روی عوامل خطر قابل اصلاح و تعدیل میگردن است. این نوع درمان می تواند، به صورت فردی یا گروهی یا حتی بدون ارتباط چهره به چهره‌ی درمان گر با درمان جو اجرا شود (۱۵).

Penzien و همکاران عقیده دارند که در این شیوه‌ها، باورها و چشم داشت‌های بیمار درباره امکان کنترل درد به بحث گذاشته می شود و وی، با آموختن مهارت‌هایی در زمینه‌ی کنترل استرس، مقابله‌ی مؤثر با درد و راه‌های رویارویی مؤثرتر با موقعیت‌های مشکل آفرین، در شیوه‌های مقابله با رویدادهای زندگی خود بازنگری و راه حل‌های تازه‌ای برای مشکلات خود می‌یابد (۱۹).

Buse و همکاران نشان دادند که درمان‌های دارویی و غیردارویی، هر دو، اثر عمده‌ای در زندگی بیماران مبتلا به میگردن می‌گذارند (۲۰). **Martin** و همکاران از این نظریه حمایت کرده‌اند که اجتناب از عوامل سبب‌ساز میگردن می‌تواند بهترین راه در کاهش حملات سردرد باشد (۲۱). **Smith** و همکاران، پس از یک دوره آموزش جنبه‌های شناختی و هیجانی میگردن، کاهش ۵۰ درصدی در حملات سردرد را گزارش نمودند؛ بهبود کیفیت زندگی بیماران که قبل از درمان، نگرانی بیشتری درباره‌ی سردردهایشان داشتند، بیشتر بود (۲۲).

یکی از درمان‌های رفتاری، شیوه‌ی درمان مدیریت رفتاری میگردن (۱۵) است که ترکیبی از روش‌های دارویی، زیستی-شناختی و رفتاری در یک مجموعه می‌باشد؛ در این درمان، ضمن ارائه‌ی دانش خاص

میگردن، تمامی روش‌های درمانی روان‌شناختی و دارویی برای بیماران به کار برده می‌شود (۲۳). با توجه به عوامل روان‌شناختی مؤثر بر میگردن، کاستی موجود در برخی روش‌های فعلی درمان و با استناد به نیازهای جامعه‌ی امروز، ضرورت و اهمیت اجرای روش‌های غیردارویی روان‌شناختی مطمئن و اثربخش، به منظور کاهش حملات سردرد و در نهایت، افزایش کیفیت زندگی بیماران، بیش از پیش احساس می‌شود.

در مطالعه‌ی حاضر، بر اساس مدل **Bromberg** و همکاران (۲۴)، که درمان ترکیبی با اجزای مقابله‌ی عاطفی شامل ۱) ارزیابی اطلاعات پزشکی و مهارت‌های خودمدیریتی، ۲) مقابله‌ی عاطفی (کاهش اضطراب مربوط به میگردن، مدیریت تفکر منفی، افزایش حمایت اجتماعی و کنترل فاجعه) و ۳) مهارت‌های ارتباطی (صحبت کردن با خانواده و همکاران در مورد میگردن و ارتباط مؤثر بیمار-درمان‌گر) را به روش درمانی مدیریت رفتاری افزودیم. لذا، با طراحی روش روانی-اجتماعی که مدیریت طیف وسیع تری از عوامل ایجاد کننده‌ی حملات میگردنی را قبل از شروع حمله مورد توجه قرار دهد، علاوه بر روش‌های شناختی موجود، آموزه‌های اجتماعی در اختیار بیماران قرار داده شد که در مطالعات پیشین، برای مدیریت سردرد، ارزش قابل توجهی داشته است (۲۵) و می‌توان انتظار داشت که امیدوارکننده‌ترین نتایج، زمانی که این تکنیک‌ها به صورت ترکیبی به کار برده شوند، به دست آید. پژوهش حاضر، با هدف تعیین تأثیر گروه درمانی روانی-اجتماعی بر بهبود حملات میگردن و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به میگردن انجام شد.

روش‌ها

این مطالعه از نوع نیمه تجربی، با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون، با گروه شاهد بود. افراد مورد مطالعه، به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و سپس، با روش تصادفی ساده، به طور مساوی در دو گروه مداخله‌ی درمان روانی- اجتماعی (۲۰ نفر) و شاهد (۲۰ نفر) قرار گرفتند.

پژوهش، در سه مرحله اجرا شد. در مرحله‌ی اول، شناسایی مراجعان درمانگاه‌های تخصصی مغز و اعصاب بیمارستان‌های شهر اهواز، در بازه‌ی زمانی مهرماه تا آذرماه ۱۳۹۲ بود. معیارهای ورود به مطالعه شامل تمایل بیمار جهت شرکت در پژوهش، داشتن میگرن به تشخیص پزشک متخصص مغز و اعصاب بر مبنای معیار انجمن بین‌المللی سردرد، بودن در محدوده‌ی سنی ۲۰ تا ۵۰ سال و سطح تحصیلات دیپلم و بالاتر بود؛ معیارهای خروج افراد نیز شامل ابتلا به انواع سردردهای تنشی، بیماری‌های شناخته شده مثل آسم، هیپرتروئیدیسم، پرفشاری خون و بیماری‌های قلبی و یا گوارشی حاد، سابقه‌ی تروما به سر، عمل جراحی در ۶ ماه گذشته، بیماری‌های مزمن بدخیم مانند سرطان، بیماری‌هایی که استرس شدید جسمی به بیماران وارد می‌کند و عدم استفاده از داروی پروپرانولول، که در درمان میگرن مورد استفاده قرار می‌گیرد، بود.

از نظر رعایت معیارهای اخلاقی، پس از توضیح کامل شیوه‌ی اجرای مداخله و جلسات درمان گروهی و توجیه کامل در مورد نحوه‌ی اجرای طرح، بیماران داوطلبانه و با تکمیل فرم رضایت‌نامه به مداخله وارد شدند و بر عدم انتشار نام افراد و لزوم شرکت ایشان در جلسات مداخله، تأکید گردید.

مرحله‌ی دوم، شامل بررسی شرایط ورود مبتلایان به میگرن بر اساس مصاحبه‌ی متخصص و ثبت اطلاعات زمینه‌ای بود. سپس، به کلیه‌ی افراد واجد شرایط، از طریق پیامک، برای شرکت در جلسه‌ی توجیهی، دعوت به عمل آمد. محقق در این جلسه، به بیان اهداف و برنامه‌های کلی طرح، در حدی که آزمودنی‌ها بایستی از آن اطلاع داشته باشند (از جمله تعداد و زمان جلسات درمانی و...)، پرداخت و سپس، پرسشنامه‌های مرحله‌ی پیش‌آزمون تکمیل شد. مرحله‌ی سوم، شامل اجرای مداخله بر اساس پروتکل درمان مدیریت رفتاری میگرن (۱۵) و مدل درمان ترکیبی Bromberg و همکاران (۲۴) بود. گروه مداخله در هشت جلسه‌ی درمانی ۶۰ دقیقه‌ای شرکت نمودند. جهت‌گیری درمان شامل بررسی سبب شناسی میگرن و چگونگی کسب مهارت‌های مدیریت بر حملات میگرن، آموزش آرام‌سازی شامل آرام‌سازی پیش‌رونده‌ی عضلات، تصویرسازی ذهنی و مدیریت درد، مدیریت استرس شامل آموزش اصول مدیریت استرس و به چالش کشیدن باورهای استرس‌زا و حل مسأله، راهبردهای مقابله‌ی عاطفی و مدیریت تفکر منفی و کنترل خشم، راهکارهایی برای مدیریت زمان، فعالیت‌های اجتماعی و افزایش حمایت اجتماعی و خودکارآمدی و همچنین، بررسی علل ناتوانی‌های اجتماعی و کارکردی ناشی از سردرد و ارزیابی مولفه‌های سلامت اجتماعی و در نهایت، توانایی تهیه طرح مدیریت میگرن شامل مدیریت کوتاه و بلند مدت برای هر بیمار بود. در جلسات آموزشی، آموزش‌ها به زبان ساده بیان شد و مطالب هر جلسه، به شکل لوح فشرده در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت. پس از اتمام جلسات درمانی، پس‌آزمون اجرا شد.

تمام شاخص‌ها، افراد سالم را از افراد بیمار تفکیک نماید (۱).

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۷ (version 17, SPSS Inc., Chicago, IL) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای مقایسه‌ی تعداد و شدت حملات میگرن و کیفیت زندگی پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های مداخله و شاهد از آزمون تحلیل کواریانس (ANCOVA یا Analysis of covariance) استفاده گردید. سطح معنی‌داری آزمون‌ها، ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین سنی شرکت کنندگان پژوهش ۱۷/۳۱ سال بود و ۷۲ درصد آنان، زن و ۵۲ درصد، متأهل بودند. میانگین و انحراف معیار تعداد، شدت و مدت سردردها پس از درمان در گروه مداخله، نسبت به گروه شاهد، کاهش یافت. همچنین، میانگین و انحراف معیار نمره‌ی عملکرد کیفیت زندگی پس از درمان در گروه مداخله، در مقایسه با گروه شاهد، کاهش داشت (جدول ۱) و این تغییرات، در کیفیت زندگی و دو بعد عملکرد جسمی و روانی، از نظر آماری معنی‌دار بود (جدول ۲).

ابزار گردآوری داده‌ها شامل چک لیست ثبت نشانه‌های سردرد (تعداد سردردها در یک ماه، مدت زمان یک حمله‌ی میگرن به روز و شدت ادراک درد بر حسب مقیاس Visual analogue scale در ابعاد خفیف با نمره‌ی ۱ تا بسیار شدید با نمره‌ی ۱۰) و پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی (Short-Form Health Survey Questionnaire) بود. پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی دارای ۳۶ عبارت است که با معیار نمره‌گذاری لیکرت به صورت خیلی زیاد، زیاد، به طور متوسط، کمی و به هیچ وجه نمره‌گذاری می‌شود؛ این پرسشنامه، دو مؤلفه‌ی عملکرد فیزیکی و روانی را در ۸ قلمروی سلامت جسمی، عملکرد اجتماعی، ایفای نقش جسمی، ایفای نقش هیجانی، سلامت روانی، سرزندگی، درد بدنی و سلامت عمومی مورد ارزیابی قرار می‌دهد. نمره‌ی آزمودنی بین ۰ تا ۱۰۰ متغیر است و نمره‌ی بالاتر، به منزله‌ی کیفیت زندگی بهتر است. اعتبار و پایایی این پرسشنامه در جمعیت ایرانی، مورد تأیید قرار گرفته و ضرایب همسانی درونی خرده مقیاس‌های ۸ گانه‌ی آن، بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۵ و ضرایب بازآزمایی آن‌ها با فاصله‌ی زمانی یک هفته، بین ۰/۴۳ تا ۰/۷۹ گزارش شده است (۲۶). همچنین، این پرسشنامه می‌تواند در

جدول ۱. مقایسه‌ی تغییرات در تعداد، شدت و مدت حملات میگرن و کیفیت زندگی و عملکرد روانی و جسمی در دو گروه مورد مطالعه، قبل و

بعد از درمان روانی- اجتماعی

متغیر	گروه مداخله (میانگین ± انحراف معیار)	
	قبل از درمان	بعد از درمان
تعداد سردردها در ماه	۷/۵۰ ± ۴/۳۴	۵/۳۵ ± ۳/۷۱
شدت سردرد	۷/۲۵ ± ۳/۳۵	۵/۱۵ ± ۱/۳۸
طول مدت هر نوبت سردرد	۲۱/۰۵ ± ۲۰/۷۷	۹/۹۵ ± ۱۰/۹۶
عملکرد جسمی	۵۷/۵۵ ± ۷/۴۲	۶۲/۱۵ ± ۶/۴۵
عملکرد روانی	۴۶/۴۰ ± ۸/۱۳	۵۱/۴۰ ± ۸/۸۹
کیفیت زندگی	۱۰۳/۹۵ ± ۱۳/۹۶	۱۱۳/۵۵ ± ۱۴/۱۴
گروه شاهد (میانگین ± انحراف معیار)	۶/۷۵ ± ۵/۴۷	
	۶/۵۵ ± ۲/۳۲	
	۲۱/۷۵ ± ۱۸/۳۳	
	۵۷/۶۰ ± ۷/۵۷	
	۴۴/۳۰ ± ۹/۴۹	
	۱۰۱/۹۰ ± ۱۵/۰۲	

جدول ۲. خلاصه‌ی نتایج تحلیل کواریانس یک راهه (ANCOVA) مقایسه‌ی میانگین پس‌آزمون تعداد، شدت و مدت سردرد میگرن در بیماران گروه‌های مداخله و شاهد با تعدیل پیش‌آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجذور ای‌تا	مجذور همبستگی
تعداد	پیش‌آزمون	۴۸۳۹/۵۳	۱	۴۸۳۹/۵۳	۴۶/۷۸	۰/۰۰۰۱	۰/۵۵۸	۰/۶۲۰
	گروه	۱۲۹۸/۴۲	۱	۱۲۹۸/۴۲	۱۲/۵۵	۰/۰۰۱۰	۰/۲۵۳	
شدت	پیش‌آزمون	۱۱۶/۲۳	۱	۱۱۶/۲۳	۱۸۴/۸۷	۰/۰۰۰۱	۰/۸۳۳	۰/۸۵۴
	گروه	۳۸/۲۵	۱	۳۸/۲۵	۶۰/۸۵	۰/۰۰۰۱	۰/۶۲۲	
مدت	پیش‌آزمون	۴۵۲/۵۴	۱	۴۵۲/۵۴	۱۱۰۷/۷۴	۰/۰۰۰۱	۰/۷۶۱	۰/۷۶۴
	گروه	۱۵/۰۹	۱	۱۵/۰۹	۳/۹۲۷	۰/۰۵۰۰	۰/۱۰۰	

جدول ۳. خلاصه‌ی نتایج تحلیل کواریانس یک راهه (ANCOVA) مقایسه‌ی میانگین پس‌آزمون کیفیت زندگی بیماران در گروه مداخله و شاهد، با تعدیل پیش‌آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجذور ای‌تا	مجذور همبستگی
کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	۲۶۳۹/۲۶	۱	۲۶۳۹/۲۶	۱۸/۰۸	۰/۰۰۰۱	۰/۳۲۸	۰/۴۲۵
	گروه	۱۰۹۰/۸۵۹	۱	۱۰۹۰/۸۵۹	۷/۴۷	۰/۰۱۰۰	۰/۱۶۸	
عملکرد جسمی	پیش‌آزمون	۴۵۷/۵۶	۱	۴۵۷/۵۶	۱۳/۷۰۲	۰/۰۰۱۰	۰/۲۷۰	۰/۳۶۴
	گروه	۲۵۲/۳۲	۱	۲۵۲/۳۲	۷/۵۵۶	۰/۰۰۹۰	۰/۱۷۰	
عملکرد روانی	پیش‌آزمون	۱۱۱۴/۸۱	۱	۱۱۱۴/۸۱	۲۰/۷۵۱	۰/۰۰۰۱	۰/۳۵۹	۰/۴۳۹
	گروه	۲۸۳/۴۳	۱	۲۸۳/۴۳	۵/۲۷۶	۰/۰۲۰۰	۰/۱۲۵	

اجتماعی بود؛ این تأثیر در عملکرد، ۲۷ و در عملکرد روانی، ۳۶ درصد بود.

بحث

نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که میانگین تعداد، شدت و مدت سردردها پس از درمان در گروه مداخله، نسبت به گروه شاهد، کاهش یافته و این اختلاف، پس از تعدیل پیش‌آزمون، از نظر آماری معنی‌دار بوده است. میزان تأثیر درمان روانی- اجتماعی بر تعداد دفعات سردرد در یک ماه ۵۶، بر شدت سردرد ۸۲ و بر طول مدت سردردهای میگرنی، ۷۶ درصد بود.

پس از تعدیل پیش‌آزمون، بین گروه مداخله و شاهد در تعداد، شدت و مدت ادامه‌ی سردردها تفاوت معنی‌داری مشاهده شد (جدول ۲). ۵۶ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس‌آزمون تعداد سردردهای میگرنی، مربوط به تأثیر درمان روانی- اجتماعی بود؛ این تأثیر، در شدت سردردها، ۸۳ و در مدت سردردهای میگرنی، ۷۶ درصد بود.

پس از تعدیل پیش‌آزمون، بین گروه مداخله و شاهد، در کیفیت زندگی، عملکرد جسمی و عملکرد روانی، تفاوت معنی‌داری مشاهده شد (جدول ۳). ۳۳ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس‌آزمون کیفیت زندگی، مربوط به تأثیر درمان روانی-

همچنین، نمرات میانگین تعدیل شده‌ی کیفیت زندگی و عملکرد جسمی و روانی، پس از درمان افزایش معنی‌داری داشت؛ تأثیر درمان روانی-اجتماعی بر کیفیت زندگی بیماران ۳۳ درصد نشان داده شد.

مطالعات متعددی بر اساس تأثیر به کارگیری الگوهای درمان روان‌شناختی بر روی حملات میگرد و کیفیت زندگی بیماران مختلف انجام شده است (۲۰-۱۶). نتایج مطالعه‌ی Holroyd و همکاران در مقایسه‌ی درمان‌های پیش‌گیرانه و درمان روانی-اجتماعی نشان داد که درمان رفتاری میگرد با استفاده از تنش‌زدایی، بیوفیدبک، مدیریت استرس و سایر مداخلات رفتاری برای آموزش مهارت‌هایی به منظور تنظیم پاسخ‌های زیستی، روانی و اجتماعی در پیش‌گیری، قطع یا مقابله با حملات میگرد مؤثر است (۸). نتایج این مطالعه، با پژوهش حاضر، به دلیل استفاده از روش هم‌سان، هم‌سو می‌باشد.

نتایج مطالعه‌ی Penzien و همکاران نشان داد که درمان‌های روان‌شناختی، با آموختن مهارت‌هایی در زمینه‌ی کنترل استرس، مقابله‌ی مؤثر با درد و راه‌های رویارویی مؤثرتر با موقعیت‌های مشکل‌آفرین، به تقویت حس خودکارآمدی بیمار می‌انجامد (۱۹). نتایج این مطالعه، با پژوهش حاضر، به دلیل نشان دادن تأثیر این درمان بر شیوه‌ها، باورها و چشم‌داشت‌های بیمار درباره‌ی امکان کنترل درد و کمک به بازنگری در شیوه‌های مقابله با رویدادهای زندگی خود و به کارگیری راه‌حل‌های تازه در درمان و نیز احساس بهبود در تمامی جنبه‌های زندگی، که نتیجه‌ی آن ارتقای کیفیت زندگی بوده است، هم‌سو می‌باشد.

در درمان روانی-اجتماعی، فرد با عوامل سبب‌ساز میگرد آشنا شده، با اجتناب از آن عوامل، می‌تواند حملات میگرد را کاهش دهد. در پژوهش حاضر، کاهش مشاهده شده در حملات سردرد، با نتایج مطالعه‌ی Martin و همکاران (۲۱) در مورد کاهش ۵۰ درصدی حملات سردرد پس از آموزش مقابله با عوامل سبب‌ساز، هم‌سو می‌باشد؛ لیکن، در مطالعه‌ی آنان، درمان شناختی-رفتاری تفاوتی با گروه دارودرمانی نشان نداد که با یافته‌های ذکر شده در مطالعه‌ی حاضر، هم‌خوانی ندارد.

در مطالعه‌ی Smith و همکاران، پس از یک دوره آموزش جنبه‌های شناختی و هیجانی میگرد، کاهش ۵۰ درصدی در حملات سردرد مشاهده شد (۲۲)؛ در پژوهش حاضر نیز کاهش ۵۶ درصدی بدست آمد و بهبود کیفیت زندگی بیماران که قبل از درمان، نگرانی بیشتری درباره‌ی سردردهایشان داشتند، بیشتر بود. با این‌که، در پژوهش حاضر نیز بهبود کیفیت زندگی ۳۳ درصد به دست آمد، لیکن شیوه‌ی آموزش برنامه‌ی خودمدیریتی استفاده شده در دو مطالعه، با یکدیگر هم‌خوانی ندارد. لذا، ممکن است اجرای هر کدام از این روش‌ها، نتایج متفاوتی در کیفیت زندگی بیماران داشته باشد. تفاوت‌های فردی و فرهنگی، شرایط اقتصادی و روانی، موقعیت اجتماعی و درک متفاوت از کیفیت زندگی و به تبع آن، انتظارات متفاوت از زندگی ممکن است بر نتیجه‌ی پژوهش مؤثر بوده باشد؛ این موارد، از کنترل محققین خارج بوده است.

درمان روانی-اجتماعی، با آموزش مهارت‌های شناختی، عاطفی و اجتماعی که شرح آن گذشت، به بیماران مبتلا به میگرد کمک می‌کند تا با استفاده از

روانی- اجتماعی برای بهبود حملات میگرن و کیفیت زندگی بیماران به صورت تنها، یا همراه با درمان‌های پیش‌گیرانه‌ی دارویی و زیستی، استفاده شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه‌ی دکترای روان‌شناسی، با راهنمایی دکتر مجید صفاری نیا و مشاوره‌ی دکتر مهناز علی اکبری و دکتر رضا باقریان سرارودی، می‌باشد. از مسؤولین و کارکنان کلینیک‌های تخصصی مغز و اعصاب بیمارستان‌های اهواز و بیمارانی که در انجام این مطالعه ما را یاری نمودند، سپاسگزاری می‌شود.

مداخلات رفتاری و هدف‌گذاری بر روی عوامل خطر قابل اصلاح، کاهش فراوانی، شدت و طول مدت سردرد را تجربه نمایند و کنترل فردی آنان نسبت به سردرد، افزایش یابد. همچنین، کیفیت زندگی بیماران در ابعاد «عملکرد جسمی، روانی و اجتماعی» افزایش می‌یابد. با توجه به این که، این نوع درمان به بیمار می‌آموزد تا متناسب با نیازهای خود، به پیش‌گیری، قطع یا مقابله با حملات میگرن بپردازد، نقش فعالی در درمان داشته، تداوم درمان را به همراه خواهد داشت، که موجب دستیابی بیمار به نتایج مثبت در کیفیت زندگی فردی می‌گردد. پیشنهاد می‌شود، از درمان

References

1. Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, et al. Harrison's principles of internal medicine. 16th ed. New York, NY: McGraw-Hill Professional; 2005.
2. Hamedi V, Asghari A, Sheeri MR. An Investigation of The Effectiveness of a Composed Model of Cognitive-behavior Headache Management on the Treatment of Anxiety, Depression, Stress and Migraine Symptoms. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 2013; 84(0): 1850-5.
3. Evans RW, Mathew NT. Handbook of headache. 2nd ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins; 2004.
4. Lipton RB, Stewart WF, Diamond S, Diamond ML, Reed M. Prevalence and burden of migraine in the United States: data from the American Migraine Study II. *Headache* 2001; 41(7): 646-57.
5. Adams RD. Headache and other craniofacial pains. In: Adams RD, editor. Adams and Victor's principles of neurology. New York, NY: McGraw-Hill; 2001.
6. Serrano D, Manack AN, Reed ML, Buse DC, Varon SF, Lipton RB. Cost and predictors of lost productive time in chronic migraine and episodic migraine: results from the American Migraine Prevalence and Prevention (AMPP) Study. *Value Health* 2013; 16(1): 31-8.
7. Lipton RB, Stewart WF. Prevalence and impact of migraine. *Neurol Clin* 1997; 15(1): 1-13.
8. Holroyd KA, Cottrell CK, O'Donnell FJ, Cordingley GE, Drew JB, Carlson BW, et al. Effect of preventive (beta blocker) treatment, behavioural migraine management, or their combination on outcomes of optimised acute treatment in frequent migraine: randomised controlled trial. *BMJ* 2010; 341: c4871.
9. Ayatollahi SM, Moradi F, Ayatollahi SA. Prevalences of migraine and tension-type headache in adolescent girls of Shiraz (southern Iran). *Headache* 2002; 42(4): 287-90.
10. Modara F, Rostamkhani m. Prevalence of tension and migraine headaches among the students of Ilam Medical University. *J Ilam Univ Med Sci* 2008; 15(4): 13-21. [In Persian].
11. Bigal ME, Lipton RB. The differential diagnosis of chronic daily headaches: an algorithm-based approach. *J Headache Pain* 2007; 8(5): 263-72.
12. Donovan E, Mehringer S, Zeltzer LK. A qualitative analysis of adolescent, caregiver, and clinician perceptions of the impact of migraines on adolescents' social functioning. *Pain Manag Nurs* 2013; 14(4): e135-e141.
13. Frare M, Axia G, Battistella PA. Quality of life, coping strategies, and family routines in children with headache. *Headache* 2002; 42(10): 953-62.
14. French DJ, Holroyd KA, Pinell C, Malinoski PT, O'Donnell F, Hill KR. Perceived self-efficacy and headache-related disability. *Headache* 2000; 40(8): 647-56.
15. Holroyd K, Penzien D, Rains J, Lipchik G, Buse D. Behavioral management of headaches. In:

- Silberstein S, Lipton R, Dodick D, editors. Wolff's headache and other head pain. New York, NY: Oxford University Press; 2008. p. 721-46.
16. Aghamohammadian HR, Kamal Shanbadi A. Effect of muscle relaxation and cognitive restructuring under hypnosis in women with migraine: single-case study. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2007; 13(2): 182-8. [In Persian].
 17. Silberstein S, Diamond S, Loder E, Lipton RP. Prevalence of migraine sufferers who are candidates for preventive therapy: results from the American Migraine Prevalence and Prevention (AMPP) study. *Headache* 2005; 45: 770-1.
 18. Zare H, Alipour A, Poursharifi H, Afkhami Ardakani M, Aarab Sheybani K. The impact of group psychosocial intervention on indicators of mental and physical well-being in patients with type 2 diabetes. *Social Cognition* 2013; 1(2): 40-51.
 19. Penzien DB, Andrasik F, Freidenberg BM, Houle TT, Lake AE, III, Lipchik GL, et al. Guidelines for trials of behavioral treatments for recurrent headache, first edition: American Headache Society Behavioral Clinical Trials Workgroup. *Headache* 2005; 45 Suppl 2: S110-S132.
 20. Buse DC, Rupnow MF, Lipton RB. Assessing and managing all aspects of migraine: migraine attacks, migraine-related functional impairment, common comorbidities, and quality of life. *Mayo Clin Proc* 2009; 84(5): 422-35.
 21. Martin PR, Reece J, Callan M, MacLeod C, Kaur A, Gregg K, et al. Behavioral management of the triggers of recurrent headache: a randomized controlled trial. *Behav Res Ther* 2014; 61: 1-11.
 22. Smith TR, Nicholson RA, Banks JW. Migraine education improves quality of life in a primary care setting. *Headache* 2010; 50(4): 600-12.
 23. Seng EK, Holroyd KA. Dynamics of changes in self-efficacy and locus of control expectancies in the behavioral and drug treatment of severe migraine. *Ann Behav Med* 2010; 40(3): 235-47.
 24. 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.
 25. Andrasik F. Behavioral treatment of migraine: current status and future directions. *Expert Rev Neurother* 2004; 4(3): 403-13.
 26. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Qual Life Res* 2005; 14(3): 875-82.

The Effect of Psychosocial Group-Therapy on Improvement of Migraine Attacks and Quality of Life of Patients with Migraine

Majid Safarinia PhD¹, Maryam Shahandeh MSc², Mahnaz AliAkbari-Dehkordi PhD¹,
Reza Bagherian-Sararoudi PhD³

Original Article

Abstract

Background: Migraine is the most common type of headache among patients who seek medical care. Migraine is one of most important factors of work absence or avoid of each personal and social activity. Frequent incidence of headache has numerous adverse effects on the patient's lifestyle and social activities.

Methods: The Study was a semi-experimental applied pretest-posttest-designed study with control/trial groups. 40 migraine patients came to the neurologic clinics of Ahwaz Hospitals, Ahwaz, Iran, were divided in 2 equal groups of control and trial based on simple randomization sampling. The data collection instruments were headache syndrome questionnaire and Short-Form Health Survey questionnaire. Psychosocial therapy attended at 8, 60-minutes sessions which control groups were not participated. Questionnaires were administered before and after 8 sessions of treatment, for both groups. To compare the frequency and severity of migraine attacks and quality of life, in pretest and posttest of groups, ANCOVA test was used.

Findings: Comparing the groups showed significant differences between the frequency ($F = 46.78$; $P = 0.0001$), severity ($F = 184.87$; $P = 0.0001$) and duration of attacks ($F = 1107.74$; $P = 0.0001$). The effectiveness of psychosocial treatment was 53% on frequency, 83% on severity and 76% on duration of attacks. Also, adjusted mean scores of quality of life and physical and mental functions were significantly higher after the treatment ($F = 18.08$; $P = 0.0001$). Effect of psychosocial treatment were 33% on the patients' quality of life.

Conclusion: According to our findings in the present research, psychosocial treatment of migraine patients improved the frequency, severity and duration of headache attacks. In addition, it improved the patients' quality of life and physical and mental functions. We recommend to apply this method for promotion of quality of life in these patients.

Keywords: Migraine, Group therapy, Psychosocial, Quality of life

Citation: Safarinia M, Shahandeh M, AliAkbari-Dehkordi M, Bagherian-Sararoudi R. **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

1- Associate Professor, Department of Psychology, Payam-e Noor University, Tehran, Iran

2- PhD Student, Department of Psychology, Payam-e Noor University, Tehran AND Instructor, Department of Psychology, Payam-e Noor University, Ahwaz, Iran

3- Associate Professor, Department of Psychiatry, Behavioral Sciences Research Center, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Maryam Shahandeh MSc, Email: shahandehmrm@gmail.com