

Effectiveness of Self-Control Training on Quality of Life Dimensions in Migraine Patients

Esmaeel Soleimani¹, Mojtaba Habibi Asgarabad², Sajjad Basharpour³, Ali Shikheslami⁴,
Roghayeh Nooripour Liavali^{5*}

1- Assistant Professor of Psychology, Department of Educational Sciences, University of Urmia, Azerbaijan –e-Gharbi, Iran.

2- Assistant Professor, Department of Psychology, Family therapy Institute, University of Shahid Beheshti, Tehran, Iran.

3- Assistant Professor, Department of Psychology, University of Ardabili Mohagheh, Ardabil, Iran.

4- Assistant Professor of Psychology, Department of Educational Sciences, University of Ardabili Mohagheh, Ardabil, Iran.

5- Ph D Student in Counseling, Department of Counseling, Alzahra University, Tehran, Iran.

Received: 20 Dec 2015, Accepted: 9 March 2016

Abstract

Background: Migraine is a chronic neurological disorder that leads patients to avoid any kind of activities. Since different factors are involved in migraine incidence and its triggers, so drugs are used to prevent or treat it are so variable. Also, combined medications are used to relieve migraine. This study examined the effectiveness of self-control training on quality of life in patients with migraine.

Materials and Methods: Statistic population of this study included all migraine patients in Ardabil in 2014 (Estimation: N=1150) that 40 patients were selected by convenience sampling. Demographic and disease information questionnaire and quality of life questionnaire (SF-36) were used to collect data in clinical centers. Multivariate analysis of variance (MANCOVA) was used to analyze data, because present research was an experimental and clinical trial with pre-test and post-test with control group.

Results: The results showed that there is a significant difference between mean in quality of life in migraine patients and control subjects. It means that physical health and mental health of quality of life was different between control and experimental groups after self-control training.

Conclusion: Self-control training can be used to enhance quality of life in migraine patients. These results have important and effective applications in the treatment of migraine patients. Generally, specialists of clinical centers can use this method alongside other treatment interventions.

Keywords: Migraine patients, Quality of life, Self-control

*Corresponding Author:

Address: Department of Counseling, Faculty of Educational Sciences & Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran.

Email: nooripour.r@gmail.com

اثربخشی آموزش کنترل خود بر ابعاد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به میگرن

اسماعیل سلیمانی^۱، مجتبی حبیبی عسگرآباد^۲، سجاد بشر پور^۳، علی شیخ‌الاسلامی^۴ رقبه نوری پور لیاولی^{۵*}

۱- استادیار روان‌شناسی، گروه علوم تربیتی، دانشگاه ارومیه، آذربایجان غربی، ایران.

۲- استادیار، گروه روان‌شناسی، پژوهشکده خانواده‌درمانی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

۳- استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

۴- استادیار روان‌شناسی، گروه علوم تربیتی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

۵- دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۹۴/۹/۳۰ تاریخ پذیرش: ۹۴/۱۲/۱۹

چکیده

زمینه و هدف: میگرن یکی از اختلالات نورولوژیک مزمن است که سبب ناتوانی و دوری از هر گونه فعالیت افراد می‌گردد. از آنجایی که عوامل مختلفی در بروز و ایجاد میگرن نقش دارند، تنوع داروهایی که در پیش‌گیری و درمان میگرن به کار می‌روند نیز زیاد می‌باشد. درمان‌های ترکیبی نیز در تسکین میگرن کاربرد دارند. هدف این پژوهش اثربخشی آموزش کنترل خود بر ابعاد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به میگرن بود.

مواد و روش‌ها: جامعه آماری این پژوهش را کلیه بیماران مبتلا به میگرن شهر اردبیل در سال ۱۳۹۳ تشکیل می‌دهند (برآورد تقریبی: N=۱۱۵۰). نمونه این پژوهش شامل ۴۰ بیمار مبتلا به میگرن بود که از میان بیماران مبتلا به میگرن شهر اردبیل به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. از پرسش‌نامه جمعیت شناختی و اطلاعات بیماری و نیز پرسش‌نامه کیفیت زندگی (۳۶ سوال) برای جمع‌آوری داده‌ها در مراکز درمانی استفاده شد. از آن‌جاکه پژوهش حاضر یک مطالعه آزمایشی با کار آزمایشی بالینی و طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه شاهد است، برای تحلیل داده‌ها از تجزیه و تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین دو گروه بیماران مبتلا به میگرن و گروه کنترل در ابعاد کیفیت زندگی تفاوت معنی‌داری وجود دارد و این بدان معنی است که ابعاد سلامت جسمانی و سلامت روانی کیفیت زندگی بین دو گروه آزمایش و کنترل بعد از آموزش کنترل خود متفاوت است.

نتیجه‌گیری: آموزش کنترل خود می‌تواند برای ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به میگرن استفاده شود. این نتایج کاربرد مؤثر و مهمی در درمان بیماران مبتلا به میگرن دارد. به‌طورکلی، متخصصان مراکز درمانی می‌توانند از این روش در کنار سایر مداخلات درمانی استفاده کنند.

واژگان کلیدی: بیماران مبتلا به میگرن، کیفیت زندگی، کنترل خود

*نویسنده مسئول: ایران، تهران، دانشگاه الزهراء، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، گروه مشاوره

Email: nooripour.r@gmail.com

مقدمه

میگرن سردردی دوره‌ای، معمولاً یک‌طرفه و اغلب ضربان‌دار است که تقریباً در ۱۰ درصد جمعیت عمومی دیده می‌شود (۱). این بیماری به دو فرم کلی کلاسیک یا نورولوژیک (با اورا) و شایع (بدون اورا) مشاهده می‌گردد. سردرد میگرنی یکی از شایع‌ترین سردردهای مزمن محسوب می‌شود که از یک زمینه ژنتیکی مولتی فاکتوریال برخوردار می‌باشد. این سردرد در خانم‌ها بیش از آقایان بوده و در اکثر موارد زیر ۴۰ سال ظاهر می‌شود. میگرن یکی از شایع‌ترین انواع سردردهاست که معمولاً شامل سردرد، تهوع و سایر نشانه‌های اختلال عصبی است و به صورت‌های مختلفی ظهور می‌کند (۲). سازمان بهداشت جهانی میگرن را یکی از ناتوان‌کننده‌ترین بیماری‌های مزمن در جهان به شمار آورده است (۳). این بیماری باعث کاهش کیفیت زندگی (۴)، از دست دادن زمان مفید کاری (۵) و ایجاد اختلال در فعالیت روزمره می‌شود (۶).

در حال حاضر بیماری میگرن درمان قطعی و ریشه‌کن کننده‌ای نداشته و اغلب درمان‌های موجود، منجر به کاهش علائم یا کاهش سرعت پیشرفت بیماری می‌شوند، به همین علت شناسایی و تشخیص سریع بیماری و کنترل به موقع آن، از بروز عوارض شدید و پیشرفت غیرقابل کنترل آن تا حد زیادی پیش‌گیری می‌کند. برای درمان پیش‌گیرانه داروهای مختلفی نظیر بتابلوکرها، ضد افسردگی‌های سه حلقه‌ای، بلوک کننده‌های کانال کلسیم، ضد افسردگی‌ها، بلوک کننده‌های سروتونین و داروهای ضد تشنج مورد استفاده قرار گرفته‌اند. والپروئیک اسید و توپیرامات به تأیید رسیده‌اند و آن‌ها را با مقدار کم شروع و به آهستگی افزایش می‌دهند (۷).

در ارتباط با بیماری میگرن و عوامل روانی - اجتماعی مرتبط با آن، از اواسط قرن بیستم تحقیقات وسیعی صورت گرفته است. شواهد پژوهشی حاکی از این است که بیماری میگرن باعث اختلال در زندگی خانوادگی، خواب، فعالیت‌های فیزیکی، عملکرد اجتماعی، شخصی و جنسی و به‌طور کلی باعث کاهش کیفیت زندگی می‌شود. در طی دو

دهه گذشته، کیفیت زندگی از مهم‌ترین موضوعات تحقیقات بالینی بوده و به عنوان یکی از جنبه‌های مؤثر در مراقبت از بیماران به آن تأکید شده و بررسی آن به منظور تشخیص تفاوت‌های موجود بین بیماران و پیش‌بینی عواقب بیماری و ارزش‌یابی مداخلات درمانی مورد استفاده قرار گرفته است (۸). محققانی چون منصور (۹) روی گروهی از افراد که همگی فعال و به لحاظ مالی تأمین بودند، مطالعاتی انجام دادند. آن‌ها دریافتند که بیماری‌هایی هم‌چون شریان‌های قلب، سرطان و میگرن که در امر داشتن عمری طولانی و سالم معضل مهمی به شمار می‌روند در افرادی که زندگی شاد و رضایت‌بخشی نداشتند شایع‌تر بودند، ولی از طرف دیگر در افرادی که کیفیت زندگی بهتری داشتند و شادتر بودند خیلی کم به نظر می‌رسید (۹).

کیفیت زندگی مفهومی چندبعدی است که سازمان بهداشت جهانی آن را چنین تعریف می‌کند: «درک فرد از وضعیت زندگی‌اش با توجه به فرهنگ و نظام‌های ارزشی و ارتباط آن با اهداف، انتظارات، علایق، استانداردها و تجربیات زندگی» (۱۰). بین بیماری و کیفیت زندگی در افرادی که مبتلا به میگرن تشخیص داده شده‌اند ارتباط معنی‌داری وجود دارد و در مقایسه با جمعیت سالم، کیفیت زندگی افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن از قبیل صرع، دیابت، آرتریت روماتوئید و نشانگان روده تحریک‌پذیر ضعیف‌تر است (۱۱). در عین حال، کیفیت زندگی ضعیف می‌تواند موجب به‌کارگیری مکانیسم‌های مقابله و سازگاری ناکارآمد در افراد شده و متعاقباً موجب افزایش تنش در آنان شود و افزایش تنش، خود در ارتباط با عوامل فیزیکی و جسمی بوده و می‌تواند به شدت بیماری را در فرد افزایش دهد (۱۲). بر اساس مطالعه لیپتن، بیگال 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 غیر جسمی بیماران را کاهش داده و در ساعات اوقات فراغت ایجاد اختلال می‌کند (۱۳). دونوان، مهرینگر و زلتر نشان دادند که افراد مبتلا به سردرد، مشکلاتی مانند پایین بودن سطح کیفیت

مقابله‌ای برای رویارویی با مشکلات مجهز می‌کند و این راهبردها اغلب رفتاری هستند.

تاکنون هیچ نوع مطالعه منظمی در زمینه تأثیر آموزش کنترل خود بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به میگرن انجام نشده است. در این‌جا به چند مورد از مطالعات مشابه اشاره می‌گردد. جوسا (۲۰) در مطالعه‌ای مروری پژوهش‌های متعددی را مورد بررسی قرار داده و نتیجه گرفته که به طور کلی مداخلات روان‌شناختی از جمله درمان خودکنترلی و مداخله شناختی- رفتاری در بهبود وضعیت روان‌شناختی و کیفیت زندگی بیماران ام. اس مؤثر می‌باشد. سوماراریانت (۲۱) در مطالعه‌ای تحت عنوان «اثربخشی برنامه آموزشی خودکنترلی در میان بیماران سرطانی دچار درد» به بررسی اثربخشی برنامه آموزشی خودکنترلی درد بر شدت درد، تداخل درد و کنترل درد در بیماران مبتلا به تایلندی سرطان پرداخت. نتایج مطالعه بدین صورت بود: ۱) گروه مداخله به طور معنی‌داری شدت درد پایین‌تری نسبت به گروه شاهد گزارش کرد، ۲) تداخل درد در گروه مداخله به طور معنی‌داری کمتر از گروه شاهد بود و ۳) گروه مداخله به طور معنی‌داری کنترل درد بالاتری نسبت به گروه شاهد داشت. هم‌چنین شالمن-گرین، برادلی، نابف، پریگرسون، دیجونو و مک کوکل (۲۲) با عنوان «خودکنترلی و تحولات در بیماران مبتلا به سرطان» شیوه‌های خودکنترلی مرتبط با سلامتی زنان را بررسی کرده‌اند. نتایج نشان داد که بیماران مبتلا به سرطان در مقایسه با گروه هنجار از خودکنترلی پایینی برخوردار هستند؛ از این رو پژوهش‌گران، مداخله به صورت آموزش خودکنترلی به بیماران مبتلا به سرطان پستان را جهت بهبود علائم جسمی- روانی مؤثر ارزیابی کردند.

کمک به پیشرفت علم و پژوهش در خصوص برنامه خودکنترلی در بیماران میگرن به عنوان درمان مکمل (در کنار درمان‌های دارویی) به منظور ارتقای سطوح سلامت جسمانی، بالا بردن سطح کیفیت زندگی بیماران میگرن در رویارویی با بیماری‌شان و مبارزه با ماهیت متغیر این بیماری و کنترل عوارض ناخواسته آن از ضروریات

زندگی بیشتری را تجربه می‌کنند (۱۴). فریر، آکسیا و باتیسلا نشان دادند که هر چه شیوه زندگی کارآمدتر و روش‌های مقابله مؤثرتر باشد، شدت سردرد کمتر است (۱۵). بررسی‌ها نشان دادند که باور بیمار به توانایی‌های خود در پیش‌گیری از سردرد یا کنترل آن، میزان ناتوانی ناشی از سردرد را پیش‌بینی می‌کند (۱۶). نتایج مطالعات نشان می‌دهند که میگرن باعث ایجاد درگیری خانوادگی و به هم خوردن زندگی اجتماعی و جنسی می‌شود (۱۷).

موضوعی که پس از تشخیص بیماری میگرن مهم است، به کار بستن اقدامات درمانی به موقع و مناسب جهت بهبود مشکلات جسمانی و روان‌شناختی این بیماران و جلوگیری از آسیب‌های بعدی است. در صورت عدم درمان، این افراد در جامعه و زندگی خویش با مشکلات زیادی مواجه خواهند شد. تاکنون پژوهش‌های روان‌شناختی معدودی در زمینه کاهش علائم روان‌شناختی منفی صورت گرفته است، از جمله اثربخشی مداخلات درمانی آموزش مقابله با استرس، درمان شناختی و رفتاری و غیره مورد بررسی قرار گرفته‌اند. یکی از مداخلات روان‌شناختی، آموزش کنترل خود است. تکنیک آموزش کنترل خود در مطالعات بسیاری جهت تسکین درد و کاهش استرس روانی در بیماران به کار رفته است. خودکنترلی یعنی توانایی کنترل حالت‌های تکانشی از طریق منع خواسته‌های کوتاه مدت. فردی دارای خودکنترلی است که بتواند انگیزه‌ها و هیجانات آنی خود را مدیریت کند؛ به عبارت دیگر، خودکنترلی فرآیندی است که با ارائه راهبردهای مقابله‌ای فعال به فرد کمک می‌کند تا به طور آگاهانه رفتارهای نامناسب خود را کنترل کند (۱۸). هدف تمام درمان‌های مبتنی بر این رویکرد شامل آموزش الگوهای خودکنترلی به افراد مراجعه‌کننده است و تمام تکنیک‌های خودکنترلی متکی بر اصلاح شناختی آن‌ها می‌باشند. خودکنترلی شیوه‌ای است که در آن فرد نقش اول را در جهت دادن و کنترل رفتاری به منظور پیامدها و تغییرات رفتاری مشخص و از پیش طراحی شده ایفا می‌کند (۱۹). آموزش خودکنترلی، افراد را به راهبردهای

اعصاب، تحصیلات بالای سیکل، سن بین ۱۸ تا ۵۰ سال، عدم ابتلا به اختلالات روانی و نداشتن بیماری حاد جسمانی و روان‌شناختی از قبیل اختلال وسواسی- اجباری، افسردگی، اضطراب و غیره.

ابزارهای پژوهش

ابزار جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش شامل پرسش‌نامه اطلاعات فردی مبنی بر دو قسمت خصوصیات جمعیت شناختی (سن، جنس، قد، وزن، میزان تحصیلات، تعداد فرزندان، شغل، کفایت درآمد، نوع حمایت مالی) و اطلاعات مربوط به بیماری (طول مدت ابتلا، دفعات بستری در بیمارستان طی یک سال اخیر، مهم‌ترین مشکل ناتوان‌کننده بیماری، ابتلا به سایر بیماری‌ها، نوع داروی مصرفی، نوع میگرن، وضعیت گسترش ناتوانی) و پرسش‌نامه کیفیت زندگی است.

پرسش‌نامه کیفیت زندگی:

این پرسش‌نامه دارای ۳۶ سوال است که ابعاد مختلف کیفیت زندگی را می‌سنجد، نمای سلامتی فرد را نشان می‌دهد و جزو ابزارهای عمومی برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی است که می‌توان با استفاده از آن ابعاد مختلف کیفیت زندگی افراد را سنجید (۲۴). مفاهیمی که در این پرسش‌نامه سنجیده می‌شود به سن یا گروه خاصی اختصاص ندارد. هدف از طرح این پرسش‌نامه، ارزیابی حالت سلامت از هر دو بعد وضعیت جسمانی و روانی است که به وسیله ترکیب نمرات حیطه‌های هشت‌گانه تشکیل‌دهنده سلامت به دست می‌آید. این ابزار علاوه بر اندازه‌گیری هشت بعد کیفیت زندگی، دو مقیاس دارد که از ادغام مقیاس‌ها به صورت زیر به دست می‌آید: الف) خلاصه وضعیت سلامت جسمانی: عملکرد جسمانی، محدودیت در نقش جسمی، درد جسمی، سلامت عمومی. ب) خلاصه سلامت روانی: سرزندگی و نشاط، عملکرد اجتماعی، محدودیت در نقش احساسی و سلامت روحی/روانی. هم‌چنین از ترکیب نمرات بعد سلامت جسمانی و بعد سلامت روانی نمره کل برای کیفیت زندگی به دست می‌آید. پرسش‌نامه کیفیت زندگی در ایران هنجاریابی شده و پایایی و روایی آن در مطالعات متعددی تأیید شده است (۲۵). در مطالعه‌ای دیگر (۲۶)، ضریب آلفای

پژوهش محسوب می‌شود. با توجه به افزایش روزافزون تعداد بیماران مبتلا به میگرن، افزایش هزینه‌های ناشی از درمان، اثرات بسیار مخرب آن بر کیفیت زندگی و نقش خودکنترلی در کنترل علائم بیماری، این مطالعه حائز اهمیت است. پژوهشی مشابه پژوهش حاضر در داخل و خارج کشور به ویژه بر روی بیماران مبتلا به میگرن نادر است. به این ترتیب مداخله‌ای که برای بالا بردن حس کنترل طراحی شده باشد، می‌تواند اثر مثبتی بر کیفیت زندگی داشته و بدین وسیله الگوهای مقابله و پیامدهای روان‌شناختی ناشی از بیماری میگرن را تحت تأثیر قرار دهد. بر اساس نتایج این پژوهش می‌توان در نهایت با ارائه پیشنهادهایی از ضرره‌های اقتصادی- فرهنگی و اجتماعی جلوگیری کرد. از این رو سؤال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا آموزش کنترل خود می‌تواند بر ابعاد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به میگرن مؤثر باشد؟

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه آزمایشی با کار آزمایی بالینی است که با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه شاهد انجام شد. در این پژوهش آموزش کنترل خود به عنوان متغیر مستقل و ابعاد کیفیت زندگی به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شده‌اند.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری:

آماري این پژوهش را کلیه بیماران مبتلا به میگرن شهر اردبیل در سال ۱۳۹۳ تشکیل می‌دهند (برآورد تقریبی: $N=1150$). نمونه این پژوهش شامل ۴۰ بیمار مبتلا به میگرن بود که از میان بیماران مبتلا به میگرن شهر اردبیل به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. در تحقیقات آزمایشی برای هر گروه ۱۵ آزمودنی در نظر گرفته می‌شود (۲۳) که در این پژوهش برای در نظر گرفتن افت آزمودنی در هر گروه ۲۰ نفر از بین نمونه در دسترس انتخاب و در دو گروه به شرح زیر گمارده شدند: ۲۰ نفر برای آموزش کنترل خود و ۲۰ نفر برای گروه شاهد. معیارهای ورود بیماران عبارت بودند از: تشخیص قطعی میگرن توسط متخصص مغز و

برآورد نموده‌اند. نمره هر یک از حیطه‌ها بر اساس دستورالعمل پرسش‌نامه SF36 به طور مستقل صفر (بدترین وضعیت) تا ۱۰۰ (بهترین وضعیت) امتیاز بندی می‌شود (۲۵).

شیوه مداخله: آموزش کنترل خود

در مطالعه حاضر برنامه آموزش کنترل خود برای بیماران مبتلا به میگرن و گروه کنترل در شش جلسه آموزشی یک‌ساعته تهیه و تدوین شده بود که در جدول ۱ به صورت خلاصه به آن‌ها اشاره شده است. این برنامه به صورت فشرده هفته‌ای ۲ بار (طی ۳ هفته متوالی) اجرا شد.

کرونباخ این پرسش‌نامه ۰/۸۲ گزارش شده است. هم‌چنین در مطالعه‌ای که توسط پرنده، سیرتی نیر، خاقانی زاده و کریمی زارچی (۲۷) انجام گرفته، ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۸۲ گزارش شده است. در مطالعه دیگری که توسط دهداری، حیدری نیا، رمضان خانی، صادقیان، غفرانی پور، بابایی و اعتمادی (۲۶) انجام گرفت، پایایی این پرسش‌نامه با روش آزمون مجدد بافاصله زمانی دو هفته سنجیده شد و ضریب هم‌بستگی پرسون ۰/۷۵ گزارش گردید. معتمد و همکاران (۱۳۸۰) آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه را ۰/۸۷

جدول ۱. خلاصه جلسات آموزش کنترل خود

جلسه	هدف	توضیح
اول	توجه و آموزش تحمل ناراحتی	در این جلسه با ترغیب آزمودنی‌ها به یادگیری روش درمانی (خود کنترلی)، یک منطقی درمانی دقیق و دارای جزئیات پیشنهاد شد. سپس تحمل ناراحتی که دارای سه سطح ۱- توانایی درک محیط، بدون مطالبه متفاوت بودن آن ۲- تجربه حالات هیجانی جاری بدون سعی در تغییر آن‌ها ۳- مشاهده نمونه‌های افکار و اعمال متفاوت، بدون سعی در متوقف کردن آن‌ها بود، آموزش داده شد.
دوم	آموزش کنترل افسردگی و آموزش مدیریت اضطراب	آموزش کنترل افسردگی: به وسیله تمرین خود تنظیمی می‌توان از موقعیت‌ها و زمان‌هایی که در آن‌ها افسردگی، اضطراب و خشم تجربه می‌شود و از افکار و باورهای که در چنین موقعیت‌هایی ظاهر می‌شود آگاه شد و از بروز آن‌ها جلوگیری کرد. آموزش مدیریت اضطراب: کلید خود تنظیمی برای رفع اضطراب، شناسایی و مبارزه با باورهای تهدیدآمیز در طول خودآگاهی است. برای تفسیر موقعیت‌های استرس آمیز، باید شواهدی را جستجو کرد که از روش‌های نه چندان تهدیدکننده حمایت می‌کند.
سوم	آموزش مدیریت خشم و آموزش روابط میان فردی	مدیریت خشم: کاهش برانگیختگی و بیان احساسات خصمانه و افزایش استعداد شخص برای مقاومت و سازمان‌بندی این عواطف بر طبق روش‌های معین اجتماعی است. آموزش روابط میان فردی: کیفیت روابط با دیگران به خصوص نزدیکان مانند والدین، همسر، فرزندان و دوستان در کیفیت زندگی شخص تأثیر می‌گذارد و اگر روابط بیمارگونه باشد، مشکلاتی را برای او به وجود می‌آورد.
چهارم	آموزش مهارت‌های حل مسئله و آموزش ابراز وجود	آموزش مهارت‌های حل مسئله: هدف از این نوع آموزش مهارت‌های اجتماعی این است که به افراد آموزش داده شود تا قادر شوند مشکلاتی را که موجب رنج آن‌ها می‌شود شناسایی کنند، روش‌های منظم حل مسئله را بیاموزند و برای نزدیک شدن به مشکلات احتمالی آینده مجهز شوند. آموزش ابراز وجود: آموزش ابراز وجود، افزایش توانایی فرد در بیان افکار، احساسات و باورها به روش مستقیم، متناسب و درست، بدون آسیب و تجاوز به حقوق دیگران به خصوص توانایی گفتن «نه»، درخواست کردن، بیان احساسات مثبت و منفی، در شروع، ادامه و خاتمه گفتگو است.
پنجم	آموزش مهارت‌های تنظیم هیجانات و آموزش همدلی	آموزش مهارت‌های تنظیم هیجانات: افرادی که بی‌ثباتی هیجانی نشان می‌دهند ممکن است از آموزش تنظیم هیجانات سود برند. توجه به پاسخ‌های هیجانی فرد اساساً یک تکنیک مواجهه است. آموزش همدلی: تکنیکی است که به طور مستقیم توانایی همدلانه آزمودنی‌ها را افزایش می‌دهد. در آموزش همدلی از آزمودنی‌ها خواسته شد که درباره موضوعی فکر کنند و سپس در مورد درکی که از احساسات و دیدگاه دیگران دارند، سخن بگویند.
ششم	آموزش کنترل تکانه و پس آزمون کیفیت زندگی	آموزش کنترل تکانه‌ها: مداخله‌ای است که هدف آن، کاهش تمایلات شدید و غیرارادی برای عمل است. این مداخله معمولاً توسط درمان‌گر ارائه می‌شود و سپس به وسیله آزمودنی‌ها تمرین و به کار گرفته می‌شود. در نتیجه آن، خود کنترلی شخص افزایش می‌یابد.

روش اجرا و چگونگی جمع‌آوری اطلاعات

رضایت‌نامه کتبی از آن‌ها اخذ شد. آزمودنی‌ها به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و گروه کنترل گمارده شدند. سپس ابتدا هر دو گروه مورد پیش آزمون قرار گرفتند. آزمودنی‌های گروه آزمایش به مدت ۶ جلسه یک و

ابتدا با مراجعه به دو مرکز درمانی شهرستان اردبیل، ۴۰ بیمار مبتلا به بیماری میگرن شناسایی شدند. بعد از مصاحبه (با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود به پژوهش) و جلب رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش،

آزمودنی‌ها (گروه آزمایش و گروه کنترل) متفاوت نیست و واریانس‌ها باهم برابرند. هم‌چنین برای بررسی فرض همگنی کواریانس‌ها از آزمون باکس استفاده شد و نتایج نشان داد که مقدار باکس معنی‌دار نیست ($p=0/537$ و $F=0/759$ و $BOX=6/777$) و در نتیجه پیش فرض تفاوت بین کواریانس‌ها برقرار است.

همان طور که در جدول ۲ ملاحظه می‌گردد، نمرات ابعاد کیفیت زندگی در گروه آزمایش در مرحله پس آزمون نسبت به مرحله پیش آزمون بهبود یافته است. به طوری که در ابعاد سلامت جسمانی، میانگین (انحراف معیار) به دست آمده گروه آزمایش در پس آزمون عملکرد جسمانی $(1/25)2/45$ ، محدودیت در نقش جسمی $(0/956)1/43$ ، درد جسمی $(1/04)1/63$ و سلامت عمومی $(1/11)3/33$ است و در ابعاد سلامت روانی، میانگین (انحراف استاندارد) به دست آمده گروه آزمایش در پس آزمون عملکرد اجتماعی $0/1(3/899)$ ، محدودیت در نقش احساسی $(1/01)1/69$ ، سلامت روحی $(1/02)3/03$ و سرزندگی و نشاط $(1/22)3/33$ می‌باشد.

نیم‌ساعته تحت آموزش خود کنترلی قرار گرفتند. آزمودنی‌های گروه کنترل هم آموزشی را دریافت نکردند. مجدداً دو هفته بعد از آموزش، هر دو گروه با استفاده از پرسش‌نامه کیفیت زندگی پس آزمون شدند. سرانجام داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از تحلیل کواریانس چند متغیره مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته‌ها

با استفاده از تحلیل کواریانس چند متغیره، تفاوت بین دو گروه آزمایش و کنترل از لحاظ تفاضل میانگین نمرات پیش آزمون-پس آزمون در مؤلفه‌های متغیر وابسته (خلاصه وضعیت سلامت جسمانی: عملکرد جسمانی، محدودیت در نقش جسمی، درد جسمی، سلامت عمومی و خلاصه وضعیت سلامت روانی: عملکرد اجتماعی، محدودیت در نقش احساسی، سلامت روحی/روانی، سرزندگی و نشاط) مورد بررسی قرار گرفت. ابتدا جهت بررسی هم‌سانی واریانس‌ها بین مؤلفه‌های مورد مطالعه از آزمون لوین استفاده شد و نتایج نشان داد که سطح آماره (F) برای هیچ‌یک از مؤلفه‌ها معنی‌دار نیست ($p \geq 0/05$) و این نشان‌دهنده آن است که واریانس خطای این متغیرها در بین

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به میگرن در گروه آزمایش و کنترل

مؤلفه‌های کیفیت زندگی	گروه کنترل				گروه آزمایش			
	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M
سلامت جسمانی								
عملکرد جسمانی	1/08	2/01	0/746	1/51	0/957	1/99	1/25	2/45
محدودیت در نقش جسمی	1/04	2/75	1/01	2/95	0/986	2/63	0/956	1/43
درد جسمی	1/09	2/86	0/927	3/01	1/06	3/01	1/04	1/63
سلامت عمومی	1/07	2/22	0/981	2/05	1/05	2/38	1/11	3/31
سلامت روانی								
عملکرد اجتماعی	0/852	1/55	1/01	1/65	0/802	1/75	0/899	3/01
محدودیت در نقش احساسی	0/901	2/99	0/798	2/89	0/852	3/10	1/01	1/69
سلامت روحی	0/986	1/75	1/11	1/95	1/02	1/81	1/02	3/03
سرزندگی و نشاط	0/961	1/99	0/961	2/11	1/06	1/86	1/22	3/33

دارد. مجذور اتا (که در واقع مجذور ضریب هم‌بستگی بین متغیرهای وابسته و عضویت گروهی است) نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه با توجه به مؤلفه‌های متغیر وابسته در مجموع معنی‌دار است.

همان طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، سطوح معنی‌داری همه آزمون‌ها قابلیت استفاده از تحلیل کواریانس چند متغیره را مجاز می‌شمارد. این نتایج نشان می‌دهد که در میان گروه‌های آزمایش و کنترل حداقل از نظر یکی از مؤلفه‌های متغیر وابسته تفاوت معنی‌داری وجود

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) روی نمره‌های تفاضل (پیش آزمون و پس آزمون) متغیرهای مورد مطالعه در گروه‌های آزمایش و کنترل

نام آزمون	مقدار	F	فرضیه df	خطا df	P	Eta
اثر بیلابی	۰/۸۰۱	۱۶/۲۲	۸/۰۰	۳۱/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۸۰۱
لامبدا ویلکز	۰/۱۹۸	۱۶/۲۲	۸/۰۰	۳۱/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۸۰۱
اثر هتلینگ	۴/۰۱	۱۶/۲۲	۸/۰۰	۳۱/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۸۰۱
بزرگ‌ترین ریشه خطا	۴/۰۱	۱۶/۲۲	۸/۰۰	۳۱/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۸۰۱

طور معنی‌داری افزایش یافته است، در حالی که محدودیت در نقش جسمی و درد جسمی کاهش یافته است. همچنین عملکرد اجتماعی، سلامت روانی و سرزندگی و نشاط بعد از آموزش کنترل خود به طور معنی‌داری افزایش پیدا کرده است، در حالی که محدودیت در نقش احساسی به طور معنی‌داری کاهش یافته است.

همان طور که در جدول ۴ ملاحظه می‌گردد، بین دو گروه بیماران مبتلا به میگرن و گروه کنترل در ابعاد کیفیت زندگی تفاوت معنی‌داری ($p \leq 0/001$) وجود دارد و این بدان معنی است که ابعاد سلامت جسمانی و سلامت روانی کیفیت زندگی بین دو گروه آزمایش و کنترل بعد از آموزش کنترل خود متفاوت است، به طوری که عملکرد جسمانی و سلامت عمومی بعد از آموزش کنترل خود به

جدول ۴. تحلیل کوواریانس چند متغیره بر روی مؤلفه‌های کیفیت زندگی (ابعاد سلامت جسمانی و روانی) در گروه کنترل و آزمایش

منبع	متغیر وابسته	SS	df	MS	F	p
گروه	سلامت جسمانی	۱۹/۵۶	۱	۱۹/۵۶	۱۳/۲۵	۰/۰۰۱
	عملکرد جسمانی	۱۵/۱۶	۱	۱۵/۱۶	۶/۹۹	۰/۰۰۲
	محدودیت در نقش جسمی	۲۴/۳۶	۱	۲۴/۳۶	۱۶/۲۳	۰/۰۰۱
	درد جسمی	۲۷/۸۰	۱	۲۷/۸۰	۱۵/۸۷	۰/۰۰۱
سلامت روانی	سلامت عمومی	۲۷/۸۰	۱	۲۷/۸۰	۱۵/۸۷	۰/۰۰۱
	عملکرد اجتماعی	۲۹/۵۶	۱	۲۹/۵۶	۱۶/۲۲	۰/۰۰۱
	محدودیت در نقش احساسی	۱۷/۰۶	۱	۱۷/۰۶	۱۴/۴۴	۰/۰۰۱
	سلامت روحی	۲۶/۳۳	۱	۲۶/۳۳	۱۲/۲۵	۰/۰۰۱
سرزندگی و نشاط	۱۵/۷۵	۱	۱۵/۷۵	۷/۱۱	۰/۰۰۲	

بحث

عمومی، عملکرد اجتماعی، سلامت روانی و سرزندگی و نشاط می‌شود و همچنین باعث کاهش درد جسمی، محدودیت در نقش جسمی و محدودیت در نقش احساسی می‌شود. نتایج پژوهش حاضر مؤثر بودن آموزش کنترل خود را در زمینه درمان مشکلات روان‌شناختی و ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به میگرن مورد تأیید قرار می‌دهد. بر این اساس، نتایج فوق با نتایج پژوهش‌های تقریباً مشابه قبلی که اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی را بر مشکلات روان‌شناختی و جسمانی مورد بررسی قرار داده‌اند، هم‌سو می‌باشد؛

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش کنترل خود بر ابعاد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به میگرن بود. با توجه به این هدف دو گروه مورد مطالعه قرار گرفتند. با استفاده از پرسش‌نامه کیفیت زندگی هر دو گروه در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون ارزیابی شدند. نتایج پژوهش نشان داد که آموزش کنترل خود اثر معنی‌داری بر ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به میگرن دارد. بررسی مؤلفه‌های کیفیت زندگی نشان داد که آموزش کنترل خود به طور معنی‌داری باعث افزایش عملکرد جسمانی، سلامت

خصوصاً اگر فرد نتواند فعالیت‌های ارزشمند قبلی را ادامه دهد. در ارتباط با بیماری میگرن هم می‌توان این توجیه را به کار برد.

به‌طور کلی، بر اساس یافته‌های این پژوهش به نظر می‌رسد که افراد مبتلا به میگرن بر حسب نوع بیماری‌شان با مشکلات و اختلالات روانی متعددی مواجه‌اند. آن‌ها ممکن است مشکلات بیشتری از نظر احساسی و عملکرد اجتماعی داشته باشند. بعضی بیماران ممکن است احساس تهایی کنند. این مشکلات موجب می‌شود که این افراد روزانه با استرس‌های متفاوتی روبرو شوند. هم‌چنین بیماران مبتلا به میگرن ممکن است به علت سبک زندگی و ماهیت بیماری‌شان به احساس گناه، اضطراب، خلق پایین و مشکلات ناشی از اختلال روابط میان فردی دچار شوند که در نهایت همه این عوامل منجر به کاهش کیفیت زندگی افراد میگرنی می‌گردد. هم‌چنین میگرن و درمان‌های دارویی منجر به آشفتگی‌های روان‌شناختی و رفتاری در بیماران مبتلا به میگرن می‌شود؛ از این رو به نظر می‌رسد که بیماران مبتلا به میگرن در معرض فشارهای روانی ناشی از بیماری و عوارض درمانی آن قرار دارند که این می‌تواند آشفتگی‌های روانی اجتماعی را در آنان ایجاد نماید. از آن‌جا که سبک‌های سازگاری با بیماری می‌تواند بر شدت و ضعف علایم تأثیرگذار باشد، مدد جستن از مداخلات درمانی برای بهبود راهبردهای کنار آمدن با بیماری ارزشمند خواهد بود. بنابراین نتایج مطالعه مذکور نشان می‌دهد که آموزش کنترل خود می‌تواند به عنوان یک روش مؤثر، راحت و کم‌هزینه در ارتقای کیفیت زندگی این دسته از بیماران در مراکز درمانی، مراقبتی و حمایتی مربوط به آن‌ها مورد استفاده قرار گیرد.

این پژوهش از محدودیت‌هایی برخوردار بود، از جمله عدم هم‌تا سازی گروه‌های مورد مطالعه بر اساس سن، شرایط فرهنگی-اقتصادی و غیره و عدم انجام پی‌گیری‌های درمانی در طولانی مدت جهت بررسی میزان تأثیر روش‌های مداخله در بلندمدت و محدودیت دیگر این بود که به دلیل محدودیت زمانی برنامه‌های آموزشی به

به‌طور مثال با نتایج تحقیقات شالمن-گرین، برادلی، نابف، پریگرسون، دیجونای، مک کوکل (۲۲)، سوماراریانت (۲۱) و جوسا (۲۰) هم‌سو می‌باشد. از طرفی، شالمن-گرین و همکاران (۲۲) در پژوهشی با عنوان خودکنترلی و تحولات در بیماران مبتلا به سرطان نشان دادند بیماران مبتلا به سرطان در مقایسه با گروه هنجار از خودکنترلی پایینی برخوردار هستند و مداخله به صورت آموزش خودکنترلی می‌تواند جهت بهبود علائم جسمی-روانی مؤثر واقع شود. هم‌چنین سوماراریانت (۲۱) در پژوهشی با عنوان «اثربخشی برنامه آموزشی خودکنترلی در میان بیماران سرطانی دچار درد» به بررسی اثربخشی برنامه آموزشی خودکنترلی درد بر شدت درد، تداخل درد و کنترل درد در بیماران مبتلا به سرطان پرداخته و نشان دادند که: (۱) گروه مداخله به‌طور معنی‌داری شدت درد پایین‌تری نسبت به گروه شاهد گزارش کردند. (۲) تداخل درد در گروه مداخله به‌طور معنی‌داری کمتر از گروه شاهد بود و (۳) گروه مداخله به‌طور معنی‌داری کنترل درد بالاتری نسبت به گروه شاهد داشت. جوسا (۲۰) نیز در مطالعه‌ای مروری با عنوان جنبه‌های روان‌شناختی بیماری مولتیپل اسکلروزیس، پژوهش‌های متعددی را در این زمینه مورد بررسی قرارداد و به‌طور کلی راه‌کارهای درمانی از قبیل روان‌درمانی، درمان شناختی-رفتاری، افزایش رفتارهای مقابله‌ای، درمان خودکنترلی و دارودرمانی را در کمک به بهبود وضعیت روان‌شناختی و کیفیت زندگی مؤثر دانست.

در توجیه یافته پژوهش حاضر می‌توان گفت عدم خودکنترلی می‌تواند باعث افت کیفیت زندگی گردد، به طوری که در تأیید این توجیه بیشاپ، فرین و تشارپ (۲۸) نشان دادند که کاهش احساس کنترل در بیماران مبتلا به ام‌اس نتیجه عدم اطمینان به آینده بیماری، علائم و پیش‌آگهی بیماری است و با پیامدهایی از قبیل خلق افسرده، ناامیدی، کاهش کیفیت زندگی و سازگاری روانی و اجتماعی مرتبط است. هم‌چنین بیماری ام‌اس می‌تواند تأثیر قابل‌توجهی بر خود‌پنداره شخص داشته باشد، به طوری که احساس خودکنترلی بیمار را نسبت به بیماری‌اش تضعیف می‌کند،

6. Rains JC, Penzien DB, McCrory DC, Gray RN. Behavioral headache treatment: history, review of the empirical literature, and methodological critique. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2005; 45(s2):S92-S109.
7. Mathew NT, Hulihun JF, Rothrock JF. Anticonvulsants in migraine prophylaxis. *Neurology*. 2003; 60(7):S45-S9.
8. Gill TM, Feinstein AR. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *JAMA*. 1994; 272(8):619-26.
9. Mansouri Z. Cognitive-behavioral study of happiness in reducing symptoms of premenstrual syndrome in women Isfahan city. [MSThesis Psychology]. Faculty of Education and Psychology, University of Alzahra. 2006.[Persian]
10. Coroides D. Quality of life in patients with choroidal melanoma. *Arch Soc Esp Oftalmol*. 2008; 83:301-6.
11. Hart S, Fonareva I, Merluzzi N, Mohr DC. Treatment for depression and its relationship to improvement in quality of life and psychological well-being in multiple sclerosis patients. *Quality of Life Research*. 2005; 14(3):695-703.
12. Zohmand M, Eqlima M, Azimian M, Raheb Gh. The relationship between support services and quality of life in patients with multiple sclerosis in Tehran. [MS thesis]. University of Rehabilitation Sciences and Social Welfare. Department of Social Work. 2007.[Persian]
13. Bigal ME, Lipton RB. The differential diagnosis of chronic daily headaches: an algorithm-based approach. *The journal of headache and pain*. 2007; 8(5):263-72.
14. 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 Management Nursing*. 2013; 14(4):e135-e41.
15. Frare M, Axia G, Battistella PA. Quality of life, coping strategies, and family routines in children with headache. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2002; 42(10):953-62.
16. French DJ, Holroyd KA, Pinell C, Malinoski PT, O'donnell F, Hill KR. Perceived Self-efficacy and Headache-Related Disability. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2000; 40(8):647-56.

صورت فشرده برای شش جلسه درمانی اجرا شد. پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های آتی با حجم نمونه بالاتری انجام گیرد تا نتایج قابلیت تعمیم بالاتری پیدا کند. پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی برای جلوگیری از سوگیری داده‌ها، گروه‌های مورد مطالعه بر اساس سن، شرایط فرهنگی-اقتصادی و غیره هم‌متا سازی گردند. مرحله پی‌گیری در پژوهش آتی می‌تواند به ارزیابی بهتر نتایج و اثربخشی درمان کمک کند، متغیرهای پژوهش حاضر در دیگر بیماری‌های عصبی باید بررسی گردد و در نهایت با توجه به میزان شیوع و بروز رو به افزایش میگرن توجه به مسائل این افراد می‌تواند نقش مهمی در ارتقای کیفیت زندگی آن‌ها داشته باشد.

تشکر و قدردانی

از تمامی افراد شرکت‌کننده که در انجام این پژوهش همکاری نمودند و نیز کارکنان محترم مراکز درمانی که در جهت انجام این تحقیق ما را یاری کردند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

منابع

1. Lewis PR. *Merritt's Neurology*. 11th ed. Philadelphia: Williams and Wilkins. 2005: p. 981-7.
2. Durham PL. CGRP-receptor antagonists-a fresh approach to migraine therapy? *New England Journal of Medicine*. 2004; 350(11): 1073-4.
3. Wright WL. Assessing functional impairment during and between migraine attacks. *The Journal for Nurse Practitioners*. 2008; 4(3):201-7.
4. Ornish D, Brown SE, Billings J, Scherwitz L, Armstrong WT, Ports TA, et al. Can lifestyle changes reverse coronary heart disease?: The Lifestyle Heart Trial. *The Lancet*. 1990; 336(8708): 129-33.
5. Morillo LE, Alarcon F, Aranaga N, Aulet S, Chapman E, Conterno L, et al. Prevalence of migraine in Latin America. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2005; 45(2):106-17.

17. Canuet L, Ishii R, Fernandez□Concepcion O, Iwase M, Takeda M. Severity of depressive symptoms as predictor of impairment of quality of life in chronic migraine: comparison with episodic migraine. *Psychiatry and clinical neurosciences*. 2008; 62(6):738-40.
18. Workman EA. Teaching behavioral self-control to students: Pro Ed; 1982.
19. Morris, Richard J. Change of behavior in exceptional children (of procedures). Translated by: Hadi Farjami. Astan Quds Razavi Press. 2000.[Persian]
20. Sá MJ. Psychological aspects of multiple sclerosis. *Clinical neurology and neurosurgery*. 2008; 110(9):868-77.
21. Somrarnyart M. (815): Effectiveness of self-management training program among Thai cancer patients with pain. *The Journal of Pain*. 2007; 8(4):S54-5.
22. Schulman-Green D, Bradley EH, Knobf MT, Prigerson H, DiGiovanna MP, McCorkle R. Self-management and transitions in women with advanced breast cancer. *Journal of pain and symptom management*. 2011; 42(4):517-25.
23. Delaware A. Theoretical and practical research in the humanities and social sciences. Sixth edition. Tehran. Roshd Publications. 2001.[Persian]
24. Nejat S. Quality of life and measure it. *The Journal of Epidemiology Iran*. 2008;4 (2):57-62.[Persian]
25. Montazeri A, Goshtasbi A, Vahdani Nia M. Reliability and validity of the Persian version of the questionnaire SF-36. *Quarterly Payesh*, 2005; 5 (1):56-49.[Persian]
26. Dehdari T, Heidarnia AR, Ramezankhani A, Sadeghian S, Ghofranipour F, Babaei Gh, Etemadi S. Effect of muscular progressive relaxation training on anxiety and quality of life in anxious patients after coronary artery bypass surgery. *Journal of the Medical Sciences University*. 2007; 17 (4): 205-11.
27. Parandeh A, Siratinir M, Khaghani zadeh M, Karimi Zarchi A. Comparison the effect of conflict resolution and relaxation on the quality of life of veterans with PTSD along with depression. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2007; 5(2):23-34.
28. Bishop M, Frain MP, Tschopp MK. Self-management, perceived control, and subjective quality of life in multiple sclerosis: An exploratory study. *Rehabilitation Counseling Bulletin*. 2008.