

Effect of Empowering program, on the Migraine Patients' Quality of life

Taghavi T¹, Zakeri Moghaddam M², Mehran A³, Mohammadkhani M⁴, *Saatchi B⁵

1-Assistant Professor and Academic Member of Psychiatric Nursing, Department of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2-Assistant Professor and Academic Member of Critical Care Nursing, Department of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3- Instructor Faculty and Academic member of Biostatistics, Department of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

4-Master of Science in Psychiatric Nursing, Department of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

5-Master Student of Psychiatric Nursing, Department of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (**Correspondent Author**)

Email: b-saatchi@razi.tums.ac.ir

Abstract

Introduction: Migraine is the second common cause of headache, after the tension headache, that 15 percent of women and 7 percent of men suffering from it. It's connected to some of the main factors such as lifestyle, Nutrition status, and the factors related to stress. The aim of this study is to determination of empowering program effect on the migraine patients.

Method: This randomized clinical trial study, implemented at the Semnan city's headache clinics. 70 patient distributed in two groups, consisting Control and Sample group. Both of the groups filled the "Migraine patient's exclusive quality of life" questionnaire. Control group received the pharmaceutical routine treatment, and Sample group participated in the empowering program. This program includes the holding of two-day workshop and the six-week telephone follow-up.

Results: Results of this study showed that, holding empowering workshop, have significant connection with the "Emotional dimension of quality of life" (P=0.023), "Limiter dimension of quality of life" (P=0.006), "Preventive dimension of quality of life" (P=0.001), and the "General quality of life" (P=0.012).

Conclusion: Empowering workshop had been effective on the improvement of quality of life level, and this simple and inexpensive method could be used as a supplement treatment alongside the pharmaceutical methods.

Keywords: Physical and Psychological empowerment, Migraine, Quality of life.

Received: 14 June 2016

Accepted: 6 August 2016

تأثیر برنامه توانمندسازی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به میگرن

ترانه تقوی^۱، معصومه ذاکری مقدم^۲، عباس مهران^۳، مرضیه محمدخانی^۴، *بابک ساعت چی^۵

- ۱- استادیار و عضو هیئت علمی، گروه آموزشی روانپرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
 - ۲- استادیار و عضو هیئت علمی، گروه آموزشی پرستاری ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
 - ۳- مربی و عضو هیئت علمی، گروه آموزشی آمار حیاتی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
 - ۴- کارشناسی ارشد روان پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
 - ۵- دانشجوی کارشناسی ارشد روان پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران (نویسنده مسئول)
- پست الکترونیکی: b-saatchi@razi.tums.ac.ir

نشریه پژوهش پرستاری دوره یازدهم، شماره ۳، مرداد و شهریور ۱۳۹۵، صفحات ۱۶-۱۰

چکیده

مقدمه: میگرن دومین علت شایع سردرد بعد از سردرد تنشی می باشد، که ۱۵ درصد زنان و ۶ درصد مردان به آن مبتلا هستند میگرن با برخی عوامل مهم چون روش زندگی، وضع تغذیه و عوامل استرس زا ارتباط دارد. هدف از این مطالعه تعیین تاثیر برنامه توانمندسازی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به میگرن بوده است.

روش: این مطالعه یک کارآزمایی بالینی تصادفی شده در درمانگاه های سردرد شهر سمنان می باشد، ۷۰ نفر بیمار در دو گروه کنترل و آزمون قرار گرفتند. هر دو گروه پرسشنامه کیفیت زندگی مخصوص بیماران میگرن را تکمیل کردند. گروه کنترل درمان روتین شامل دارودرمانی را دریافت کرده و گروه آزمون در برنامه توانمندسازی شرکت کردند. این برنامه شامل برگزاری کارگاه دو روزه توانمندسازی و یک دوره پی گیری تلفنی شش هفته ای بود.

یافته ها: نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که برگزاری کارگاه توانمندسازی، با بعد هیجانی کیفیت زندگی ($P=0.023$)، بعد محدودکننده کیفیت زندگی ($P=0.006$)، بعد پیشگیری کننده کیفیت زندگی ($p=0.001$) و همچنین با "کیفیت زندگی کلی" ($P=0.012$) ارتباط معنادار داشته است.

نتیجه گیری: کارگاه توانمندسازی بر بهبود سطح کیفیت زندگی مؤثر بوده و از این روش ساده و ارزان و بی عارضه می توان به عنوان درمان مکمل در کنار روش های دارویی استفاده کرد.

کلید واژه ها: توانمندسازی جسمی و روانی، میگرن، کیفیت زندگی.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۵/۱۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۳/۲۴

مقدمه

میگرن دومین علت شایع سردرد بعد از سردرد تنشی می باشد، که ۱۵ درصد زنان و ۶ درصد مردان به آن مبتلا هستند (۱،۲). میگرن به عنوان حمله های مکرر سردرد و به طور معمول یکطرفه، همراه با اختلالات دستگاه گوارش و بینایی تعریف شده است (۳).

سردرد میگرنی اغلب با تهوع، استفراغ، تب، لرز، درد، تعریق، حساسیت به نور و حساسیت به صدا همراه است؛ این ویژگیها، این نوع سردرد را از سردرد های تنشی مجزا می کند. علائم و نشانه های میگرن متغیرند و شامل چهار مرحله پیش درآمد، اورا، درد و پست درام است که در میان بیماران شایع است، اما لزوماً همه افراد مبتلا به میگرن این مراحل را تجربه نمی کنند (۳).

عوارضی که سردرد میگرن به جا می گذارد، فراوان و در عین حال مهم می باشد. از جمله می توان به اثر تخریبی سردرد در زندگی خانوادگی، ایجاد مزاحمت در رسیدگی و مراقبت از کودکان، کاهش کیفیت زندگی، از دست دادن زمان مفید کاری، ایجاد اختلال در فعالیت روزمره و هزینه های مستقیم ناشی از درمان، دارو و در مواردی بستری در بیمارستان اشاره نمود (۴).

در تحقیق اخیر سازمان بهداشت جهانی، میگرن به عنوان یکی از ناتوان کننده ترین اختلالات مزمن در نظر گرفته شده است (۵). در حال حاضر برای پیشگیری و درمان میگرن اولین انتخاب تجویز دارویی است، اما برخی بیماران درمان های غیردارویی را نیز ترجیح می دهند و برخی متخصصان برای پیشگیری و درمان میگرن این درمان ها را توصیه کرده اند (۶). تلاش در جهت بهبود کیفیت زندگی بیکار و اقدامات مربوط به درد در اولویت درمانی قرار دارد (۷). تعریف سازمان بهداشت جهانی از کیفیت زندگی برنامه هایی برای گسترش و بهبود کیفیت زندگی برای افراد با فرهنگ و ارزش های مشترک است که در سطوح مختلف فرهنگی اعمال شده و تغییراتی در سطوح مختلف برای ارتقای کیفیت زندگی اعمال می گردد (۸).

در زمینه مراقبت های سلامتی، "توانمندسازی" به عنوان یک جایگزین برای انطباق به منظور راهنمایی رابطه بین ارائه دهنده مراقبت و بیمار محسوب می شود. دیدگاه رویکرد توانمندسازانه، بیماران را به عنوان مسئول انتخاب های خود و پیامدهای حاصل از تصمیمات خود می داند (۹). محققین به منظور توانمندی افراد برای مدیریت بیماری و همچنین بهبود کیفیت زندگی آنها از الگوهای توانمندسازی مختلفی استفاده کرده اند که تأثیرگذار بوده اند (۱۰، ۱۱).

توانمندسازی بر اهمیت توجه به موقعیتهای خاص و اولویتهای زندگی هر فرد بیمار برای توانمندسازی خود تأکید دارد، نه برنامه های از قبل طراحی شده کارکنان درمانی یا فقط پیامدهای مورد نظر برای درمان بیماری (۹).

امروزه توانمندسازی بیمار به عنوان یک برنامه موثر در راستای تغییر رفتار در کنترل بیماریهای مزمن به شمار می رود. توانمندسازی گسترش اعتماد به نفس و جلب مشارکت اعضای جامعه و سازماندهی آنها برای ایجاد تغییرات محیطی تعریف می شود. توانمندسازی مردم را در گروه های پرتلاش جای داده و به آنها نشان می دهد که چگونه مشکلاتشان را مشخص کنند و آنها را قادر می سازد ریشه اجتماعی تاریخی مساله را بررسی کنند و جامعه را با بهداشت بالاتر تصور نمایند. بنابراین توانمندسازی افراد را گسترش می دهد. در چنین جامعه ای شخص اعتقاد پیدا می کند که قادر است، در سلامت خود تغییر ایجاد کند. توانمندسازی فردی به توانایی فرد برای اتخاذ تصمیم و کنترل زندگی شخصی خود اشاره دارد (۱۲). در برنامه توانمند سازی نیازهای مراقبتی بیمار آموزش داده و تقویت می شود. این آموزش زمینه توانمند کردن بیمار و قدرت سازگاری وی با بیماری را افزایش خواهد داد. توانمند کردن بیمار ان مهم ترین عامل در بهبود و حفظ کیفیت زندگی آنها می باشد (۱۳). لذا این پژوهش با هدف تعیین تأثیر برنامه توانمندسازی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به میگرن انجام شده است.

روش مطالعه

این پژوهش یک مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی شده در سال ۱۳۹۴ بود که پس از ثبت در IRCT با کد ۲۲۷۴۵ انجام شد. جامعه مورد مطالعه، کلیه افراد مبتلا به میگرن مراجعه کننده به درمانگاه های سردرد شهر سمنان و محیط پژوهش بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی در شهر سمنان بود. نمونه های پژوهش از میان افراد مبتلا به میگرن مراجعه کننده به درمانگاه های سردرد شهر سمنان انتخاب شدند.

معیار های ورود به پژوهش شامل: داشتن سن ۱۸ تا ۶۵ سال، داشتن سواد خواندن و نوشتن، توانایی پاسخ گویی به سوالات پرسش نامه، عدم ابتلا به بیماری روانی خاص (مندرج در پرونده)، بود. پس از اخذ مجوز رسمی از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تهران و ارائه آن به دانشگاه علوم پزشکی سمنان و کسب اجازه از مسئولان مراکز درمانی شهر سمنان با هدف تأثیر برنامه توانمندسازی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به میگرن اقدام به نمونه گیری شد، لازم به ذکر است که قبل از انجام پژوهش به افراد مورد مطالعه توضیحات کافی

روشهای کنترل استرس مانند استفاده از: دعا، موسیقی و تکنیک های آرام سازی بود. در ادامه کارگاه بحث گروهی و تبادل تجربیات بین بیماران و تمرین روش کنترل استرس انتخابی بیمار با نظارت پژوهشگر انجام شد. در انتهای کارگاه پژوهشگر پمفلت آموزشی تأیید شده توسط اساتید را در اختیار بیماران قرار داد و به مدت شش هفته نیز با پیگیری تماس تلفنی با محتوای مرور بر اطلاعات، داده شده، تشویق بیمار جهت بکارگیری روشهای پیشگیری از حملات و اصلاح سبک زندگی و پاسخ به سوالات بیمار انجام شد. تماس تلفنی هفته ای یک بار در زمان ترجیحی بیمار بین ساعات ۱۰ صبح تا ۸ شب و حداقل به مدت ده دقیقه بر اساس نیاز بیمار صورت گرفت. در پایان شش هفته پرسشنامه های ذکر شده توسط هر دو گروه کنترل و آزمون مجدداً تکمیل شد. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی پمفلت آموزشی در پایان پژوهش به گروه کنترل نیز داده شد.

برای تجزیه و تحلیل داده ها از روش های آماری T, T_k, T_2 زوج، من ویتنی، ویل کاکسون، ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده، و تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ انجام گرفت.

یافته ها

طبق یافته های این پژوهش، اکثریت واحدهای مورد مطالعه در هر دو گروه کنترل و آزمون در محدوده سنی ۳۰ تا ۵۰ سال قرار داشتند که اکثریت آنها زن، متاهل و خانه دار بوده و بیش از نیمی از واحدهای مورد مطالعه در هر دو گروه دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. همچنین مدت ابتلا به بیماری میگرن در اکثر شرکت کنندگان در دو گروه ۵ تا ۱۰ سال بود.

با مقایسه میانگین کیفیت زندگی در ابعاد هیجانی (۱۰,۳۷) به (۱۲,۸۹)، محدود کننده (۱۲,۳۳) به (۱۴,۷۷)، پیشگیری کننده (۱۴,۲۹) به (۱۵,۳۱) و کیفیت زندگی کلی (۳۵,۰۳) به (۴۲,۲۶) در گروه آزمون، قبل و بعد از مداخله، به این نتیجه می رسیم که میانگین ابعاد مختلف کیفیت زندگی بعد از مداخله نسبت به قبل مداخله افزایش داشته است.

نتایج نشان می دهد بین میانگین کیفیت زندگی کلی در گروه کنترل قبل و پس از مداخله اختلاف معنی دار آماری وجود دارد و با مقایسه میانگین ها ملاحظه می شود میانگین کیفیت زندگی بعد از مداخله افزایش داشته است ($p = 0.001$). همچنین بین میانگین کیفیت زندگی کلی در گروه آزمون قبل و پس از مداخله نیز اختلاف معنی دار آماری وجود دارد. و با مقایسه میانگین ها ملاحظه می شود میانگین کیفیت زندگی کلی پس از مداخله افزایش یافته است ($p = 0.001$).

در خصوص اهداف پژوهش و ملاحظات اخلاقی داده شد و رضایت آن ها جهت شرکت در پژوهش جلب گردید. به منظور برآورد تعداد نمونه و با فرض اینکه ۵۰٪ بیماران مبتلا به میگرن از کیفیت زندگی نامطلوب برخوردار بوده و انتظار کاهش این رقم تا حد $p = 10\%$ و انتخاب $\alpha = 0.05$ (ضریب اطمینان ۰/۹۵) و $\beta = 0.05$ (توان آزمون ۰/۹۵) می باشد، با پیش بینی ریزش نمونه ها در طول مطالعه هر گروه ۳۵ نفر و در مجموع ۷۰ نفر واجد شرایط ورود به مطالعه در یک مقطع سه ماهه به صورت ۳۵ نفر اول مراجعه کننده به مرکز در گروه کنترل و ۳۵ نفر دوم مراجعه کننده به مرکز درمانی در گروه آزمون قرار داده شدند.

ابزار مورد استفاده در این مطالعه سه پرسشنامه می باشد که شامل: پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک از قبیل: تحصیلات، سن، جنس، شغل، وضعیت تاهل و پرسشنامه وضعیت بیماری شامل دفعات حملات میگرن، شدت درد (مقیاس دیداری و شنیداری) و علائم همراه مانند تکرر تهوع و دفعات استفراغ، می باشد. پرسش نامه وضعیت بیماری (دفعات حملات، شدت درد، تهوع، استفراغ) و پرسشنامه کیفیت زندگی مخصوص بیماران مبتلا به میگرن، بود. پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به میگرن شامل ۱۴ سوال می باشد. ابعاد پرسشنامه شامل: بعد محدود کننده (۷ سوال)، بعد پیشگیری کننده (۳ سوال) و بعد هیجانی (۴ سوال) می باشد که جهت نمره گذاری نمره های گزینه هیچوقت (صفر)، بندرت (۲۰ تا ۴۰)، بعضی اوقات (۴۰ تا ۶۰)، بیشتر از نیمی اوقات (۶۰ تا ۸۰)، اکثر اوقات (۸۰ تا ۱۰۰) و همیشه (۸۰ تا ۱۰۰) طبقه بندی شده است. اعتبار علمی (روایی) پرسشنامه کیفیت زندگی ویژه بیماران مبتلا به میگرن، در سال ۱۳۹۲ در اصفهان توسط زندگی فر و همکاران مورد روانسنجی قرار گرفت. همچنین جهت محاسبه میزان پایایی یا اعتماد علمی ابزار سنجش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به میگرن و برنامه توانمندسازی جسمی و روانی از روش آزمون-آزمون مجدد استفاده شد.

افراد واجد شرایط شرکت در پژوهش در دو گروه کنترل و آزمون قرار گرفتند. هر دو گروه پرسشنامه کیفیت زندگی مخصوص بیماران میگرن و پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک را تکمیل کردند. گروه کنترل درمان روتین (دارو درمانی) را دریافت کرد و گروه آزمون علاوه بر درمان روتین در برنامه توانمندسازی جسمی و روانی شرکت داده شدند. این برنامه شامل برگزاری کارگاه دو روزه توانمند سازی بر اساس محتوای ارائه شده بود. کارگاه در دو روز متوالی هر روز به مدت چهار ساعت برگزار شد. محتوای آموزشی به تأیید ۱۰ نفر از اساتید هیئت علمی متخصص و صاحب نظر دانشگاه رسید و توسط پژوهشگر ارائه گردید. محتوای کارگاه ارائه شده در کارگاه، با توضیحاتی در مورد ماهیت بیماری، عوامل موثر بر تشدید یا بهبود علائم، روشهای پیشگیری از حمله بیماری با اصلاح روش زندگی، تغذیه صحیح،

جدول ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی کیفیت زندگی کلی گروه کنترل قبل و پس از مداخله

نتیجه آزمون	گروه کنترل				کیفیت زندگی کلی
	پس از مداخله		قبل از مداخله		
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
Paired T Test T=-۴.۷۷ DF=۳۴ P<.۰۰۱	۷۱/۴	۲۵	۸۰	۲۸	مطلوب نسبتا مطلوب جمع میانگین انحراف معیار
	۲۸/۶	۱۰	۲۰	۷	
	۱۰۰	۳۵	۱۰۰	۳۵	
	۴۴/۳۴ ۹/۹۲		۴۱/۶۹ ۱۲/۳۰		

جدول ۲: توزیع فراوانی مطلق و نسبی کیفیت زندگی کلی گروه آزمون قبل و پس از مداخله

نتیجه آزمون	گروه آزمون				کیفیت زندگی کلی
	پس از مداخله		قبل از مداخله		
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
Paired T Test T=-۷.۴۵ DF=۳۴ P<.۰۰۱	۷۷/۱	۲۷	۸۸/۶	۳۱	مطلوب نسبتا مطلوب جمع میانگین انحراف معیار
	۲۲/۹	۸	۱۱/۴	۴	
	۱۰۰	۳۵	۱۰۰	۳۵	
	۴۲/۲۶ ۹/۹۲		۳۵/۰۳ ۱۲/۳۰		

بحث و نتیجه گیری

کننده، هیجانی و بعد کیفیت زندگی کلی با برگزاری کارگاه توانمندسازی جسمی و روانی، می توان بیان داشت که آموزش توانمندسازی می تواند بر کیفیت زندگی موثر می باشد.

محدودیت های پژوهش

محدودیت این پژوهش، وضعیت روحی و روانی نمونه های مورد مطالعه هنگام پاسخگویی به سوالات بود که می توانست در صحت و دقت پاسخ ها تاثیر داشته باشد.

مطالعه حاضر به تاثیر کارگاه توانمندسازی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به میگرن پرداخت. تاثیر سردرد میگرنی بر ساعات خواب مهم می باشد (۱۴). مطالعات از عوارض روانی حملات میگرن در افراد مبتلا حاکی است، به گونه ای که فراوانی حملات پانیک در مبتلایان به سردردهای میگرنی می تواند بر کیفیت زندگی بیماران تاثیر بگذارد (۱۵).

ناوی پور در سال ۱۳۹۳ در پژوهش خود تاثیر الگوی توانمندسازی بر کیفیت زندگی مادران دارای فرزند مبتلا به کم خونی را موثر دانسته است که نتایج آن با مطالعه حاضر همسو می باشد (۱۶). نتایج مطالعات نشان می دهد آموزش بر مبنای الگوی توانمندسازی خودمدیریتی موجب بهبود کیفیت زندگی در نوجوانان و جوانان مبتلا به تالاسمی ماژور می شود (۱۷). همچنین سلامت روان و رضایت از زندگی با سردرد ارتباط دارد (۱۸). همچنین مطالعاتی دیگر حاکی از آن بود که اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور بر بیماران انفارکتوس قلبی موثر بوده و باعث بهبود الگوی زندگی آنها و حتی خانواده شان می شود (۱۹).

همچنین استفاده از روش هایی مانند گروه درمانی روانی- اجتماعی موجب بهبود حملات میگرن شده و بر بهبود کیفیت زندگی بیماران موثر می باشد (۲۰).

بنابراین با توجه به افزایش کیفیت زندگی در ابعاد محدود

تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از طرح تحقیقاتی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران به شماره ۲۶۸۱۵-۲۸-۰۳-۹۳ می باشد. بدینوسیله از کلیه مسئولین دانشکده پرستاری و مامایی تهران و معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران و مراکز درمانی و بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی سمنان و شرکت کنندگان در این پژوهش تقدیر و تشکر می شود.

References

1. Goadsby P, Raskin N. Headache. In: Harrison TR, Isselbacher KJ, Editors. Harrison's principles of internal medicine. New York, NY: mcgraw-Hill; 2008. P. 95.
2. Lipton RB, Bigal ME, Diamond M, Freitag F, Reed ML, Stewart WF. Migraine prevalence, disease burden, and the need for preventive therapy. *Neurology* 2007; 68(5): 343-9.
3. Aggarwal, Milan, Puri, Veena, & Puri, Sanjeev. Serotonin and CGRP in Migraine. *Annals of Neurosciences*, 2012, 19(2). Pp: 90-91.
4. Jacobson GP, Ramadan NM, Aggarwal SK, Newman CW. The henry ford hospital Headache Disability Inventory (HDI). *Neurology* 1994; 44(5): 837-42.
5. Matharu M, Boes CJ, Goadsby PJ. Managing the patient with Migraine. *Practitioner*; 2001. (245):511-529.
6. Varkey, Emma, Cider, Åsa, Carlsson, Jane, & Linde, Mattias. Exercise as migraine prophylaxis: A randomized study using relaxation and topiramate as controls. *Cephalalgia*, 2011, 31(14), 1428-1438.
7. Friedman Marilyn M, Bowden Vicky R, Jones Elaine G. *Family Nursing*. 5th ed. Prentice Hall Co; 2003.P.457.
8. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. Skevington SM1, Lotfy M, O'Connell KA; WHOQOL Group.2010.
9. Aujoulat I, D'Hoore W, Deccache A. Patient empowerment in theory and practice: Polysemy or cacophony? *Patient Education and Counseling*. 2007; 66(1):13–20.
10. Azimi V, Alhani F, Ahmadi F, Kazemnejad A. [Effect of family-centered empowerment model on the life style of myocardial infarction patients (Persian)]. *Journal of Nursing Critical Care*. 2007; 2(4):127–32.
11. Masoudi R, Solaimani MA, Hasheminia AM, Qurbani M, Pour Dehkordi AH, Bahrami N. The effect of family centered empowerment model on the quality of life in elderly people. *Journal of Qazvin University of Medical Sciences*. 2010; 14(1):58-64.
12. Shojaezadeh D. Effect of empowerment model on distress and diabetes control in patients with type 2 diabetes. *Journal of Nursing Education*. 2012 Nov 15; 1(1):38-47.
13. Salahi SH, Javanbakhtian R, Hasheminia SA, Habibzadeh H. The effect of family-centered empowerment model on quality of life of hemodialysis patients. *Journal of Urmia Nursing & Midwifery Faculty*. 2012 Mar 1; 10 (1).
14. Najafi Koopae M, Semnianian S, Rezaei O, Gharahgozloo K. Effect of Migraine on Economic Status and Quality of Life of Patients. *Tehran University Medical Journal TUMS Publications*. 1998 Mar 15;56(1):91-8.
15. Ameli J, Karami GR, Ghoddousi K, Kachuee H, Saadat AR, Pourfarziani V, Sharifi MH. Prevalence of panic attacks in the patients with migraine headache at neurologic clinic

- of Baqiyatallah Hospital. Feyz Journals of Kashan University of Medical Sciences. 2006 Jan 1;10(2).
16. Seyed Nematollah Roshan F, Navipor H, Alhani F. Effect of Family-Centered Empowerment Model (FCEM) on quality of life of mothers having teenagers with iron deficiency anemia. Journal of Nursing Education. 2014 Jul 15; 3(2):27-40.
 17. Razzazan N, Ravanipour M, Gharibi T, Motamed N, Zarei A. Effect of self-management empowering model on the quality of life in adolescents and youths with major thalassemia. Journal of Nursing Education. 2014 Jul 15;3(2):48-59.
 18. Savari, K. "The Relationship of mental health, life satisfaction and perfectionism with migraine headahe." (2013): 1-6. D.
 19. Vahedian Azimi A, Alhani F, Ahmadi F, Kazemnejad AN. Effect of family-centered empowerment model on the life style of myocardial infarction patients. Journal of Critical Care Nursing. 2010 Feb 15;2(4):1-2.
 20. Safarinia, Majid, Et Al. "The Effect Of Psychosocial Group-Therapy On Improvement Of Migraine Attacks And Quality Of Life Of Patients With Migraine." 2401-2410.