

Research Paper

The Comparison of Psychological Status in People Suffering From Migraine With Healthy People

Masoumeh Azizi¹, *Hamid Reza Agha-Mohammadiyan Shaarbaf², Ali Mashhadi³, Mohamad Javad Asghari-Ebrahimabaad³

1. PhD Candidate, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran.

2. Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran.

3. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran.

Citation: Azizi M, Agha-Mohammadiyan Shaarbaf HR, Mashhadi A, Asghari-Ebrahimabaad MJ. [The Comparison of Psychological Status in People Suffering From Migraine With Healthy People (Persian)]. Journal of Sabzevar University of Medical Sciences. 2016; 23(4):706-713.



Received: 30 Apr. 2016

Accepted: 22 Aug. 2016

ABSTRACT

Backgrounds Given the importance of psychological factors in the development and exacerbation of symptoms of migraine, this study aimed to compare the psychological status of patients with migraine with healthy subjects.

Methods & Materials The study method is causal-comparative and statistical population included all patients of Khatomol-Anbia Hospital in Zahedan who were referred there with headache during the 2015. Of the patients with headache, migraine patients were identified with a definite diagnosis by a neurologist. A total of 105 people with migraine and 105 normal subjects were considered as control (who had not experienced any headaches). They completed SCL-90 questionnaire and the obtained data analyzed by using descriptive statistics (frequency, percentage, mean and standard deviation) and MANOVA. Software Gpower was used.

Results The results showed that between migraine and healthy, there was a psychological state for the new dependent variable component of the composition ($F(200,9)=72.41, P<0.001$). So that people with migraine compared to non-affected ones, in all components of somatization, obsession-compulsion, interpersonal sensitivity, depression, anxiety, hostility, phobic anxiety, paranoid ideation and psychotic have higher scores than the healthy people ($P<0.001$).

Conclusion The results have important implications in changing the psychological state of patients, and alleviate the symptoms of a migraine.

Keywords:

Psychological factors, Headiness, Migraine

* Corresponding Author:

Hamid Reza Agha-Mohammadiyan Shaarbaf, PhD

Address: Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran.

Tel: +98 (51) 38805865

E-mail: aghamohammadisn@ferdowsi.un.ac.ir

مقایسه وضعیت روان‌شناختی بیماران مبتلا به سردرد میگرنی و افراد سالم

معصومه عزیزی^۱، حمیدرضا آقامحمدیان شعریاف^۲، علی مشهدی^۳، محمدجواد اصغری ابراهیم‌آباد^۳

۱- دانشجوی دکتره گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.

۲- استاده گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.

۳- دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.

چکیده

تاریخ دریافت: ۱۱ اردیبهشت ۱۳۹۵

تاریخ پذیرش: ۱ شهریور ۱۳۹۵

اهداف: با توجه به اهمیت عوامل روان‌شناختی در ایجاد و تشدید نشانه‌های سردردهای میگرنی مطالعه حاضر با هدف مقایسه وضعیت روان‌شناختی بیماران مبتلا به میگرن و افراد سالم صورت گرفت.

مواد و روش‌ها: روش تحقیق علی‌مقایسه‌ای و جامعه آماری شامل تمام بیمارانی بود که در طول سال ۱۳۹۴ به علت سردرد به بیمارستان خاتم‌الانبیای شهر زاهدان مراجعه می‌کردند. از بین بیماران مراجعه‌کننده به علت سردرد، مبتلایان به میگرن با تشخیص قطعی پزشک متخصص (نورولوژیست) و پرسش‌نامه میگرن اهواز شناسایی شدند. با استفاده از نرم‌افزار Gpower ۱۰۵ نفر از افراد مبتلا به میگرن و ۱۰۵ نفر از افراد عادی به عنوان نمونه انتخاب شدند. گروه عادی شامل افرادی بود که هیچ‌گونه سردردی را تجربه نکرده بودند. برای سنجش وضعیت روان‌شناختی افراد مبتلا به میگرن پرسش‌نامه ۹ بُعدی SCL-۹۰ تکمیل شد و داده‌ها با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) و آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره تحلیل و تفسیر شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد بین دو گروه میگرنی و سالم از نظر متغیر ایجادشده از ترکیب مؤلفه‌های وضعیت روان‌شناختی تفاوت معناداری وجود دارد (۰/۷۶=فیلایی‌تریس، $P < ۰/۰۰۱$ ، $F(۳,۱۰۵) = ۷۲/۴۱$). به عبارت دیگر، افراد مبتلا به میگرن نسبت به افراد سالم در تمامی مؤلفه‌های شکایت جسمانی، وسواس و اجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئید و روان‌پریشی نمره‌های بیشتری کسب نمودند ($P < ۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش نشان داد تلویحات مهمی در زمینه تغییر وضعیت روان‌شناختی مبتلایان در راستای کاهش علائم میگرن وجود دارد.

کلیدواژه‌ها:

عوامل روان‌شناختی، سردرد، میگرن

مقدمه

و تنها در ۳۰ درصد از موارد سردرد دوطرفه است. گاهی نیز درد در پشت چشم‌ها احساس می‌شود. طول مدت سردرد از ۴ تا ۷۲ ساعت متغیر است. سردردهای میگرنی با وجود شیوع کمتر نسبت به سردردهای تنشی، شدت بیشتر و قدرت ناتوان‌کنندگی بالاتری دارند. شروع بیماری در دهه‌های دوم و سوم زندگی است. ابتلا در زنان نسبت به مردان ۳ به ۱ تا ۳ به ۲ گزارش شده است [۸]. شروع سردرد بیشتر در سنین جوانی است و با افزایش سن شیوع و تکرار آن کاهش می‌یابد [۹]. بیش از یک‌سوم افراد مبتلا به سردردهای میگرنی نشانه‌های پیش‌درآمدی (اختلالات گذرای دیداری، حسی، زبانی یا حرکتی) را که نشان می‌دهد سردرد به زودی شروع خواهد شد دارند [۱۰].

حمله‌های دوره‌ای میگرن سبب اختلال عملکرد بیمار می‌شود [۱۱] و توانایی آنان را در تمام جنبه‌های زندگی روزمره کاهش

سردرد یکی از متداول‌ترین عارضه‌هایی است که می‌تواند مشکلی جدی برای افراد در هر گروه سنی به وجود آورد [۱، ۲]. طبق بررسی‌های انجام‌شده بین انواع سردرد، سردردهای میگرنی از شایع‌ترین سردردهای مزمن ناتوان‌کننده محسوب می‌شوند [۳]. میگرن یک بیماری مغز و اعصاب است [۴، ۵] که به عنوان یکی از شایع‌ترین مشکلات نورولوژیکی به صورت سردردهای ضربان‌دار دوره‌ای با شدت و مدت متفاوت بروز می‌کند [۶]. این سردرد اغلب با تهوع و استفراغ و فنوفوبی و بی‌حالی همراه است. شروع سردرد از ناحیه گیجگاهی، پیشانی یا پشت سر است و حتی گاهی بیمار نمی‌تواند نقطه خاصی را برای آغاز درد بیان کند [۷]، ولی در بیشتر موارد درد در یک نیمه سر وجود دارد

* نویسنده مسئول:

دکتر حمیدرضا آقامحمدیان شعریاف

نشانی: مشهد، دانشگاه فردوسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، گروه روانشناسی.

تلفن: ۰۵۸۶۵۰۳۸۸ (۵۱) ۹۸+

پست الکترونیکی: aghamohammadisn@ferdowsi.un.ac.ir

می‌دهد. در واقع، این بیماری علاوه بر عوارض جسمانی باعث ازدست‌دادن زمان مفید کاری و ایجاد اختلال در فعالیت روزمره می‌شود و با کاهش کیفیت زندگی در ابعاد مختلف شغلی و تحصیلی اختلال ایجاد می‌کند. نتایج مطالعات حاکی از تأثیر میگردن در کاهش میزان کیفیت زندگی [۱۲]، کیفیت خواب [۱۳، ۱۴] و رضایت از زندگی [۱۴] بوده است. طبق مطالعات انجام‌شده میگردن تأثیر معناداری بر روابط زناشویی و فعالیت‌های اجتماعی و تفریحی نیز داشته است. در مجموع، میگردن شدید و تکرارشونده با محدودساختن فعالیت‌های روزمره زندگی باعث کاهش بهره‌وری می‌شود [۱۷].

هر چند سازوکار دقیق میگردن ناشناخته است، این باور وجود دارد که دلایل بروز میگردن ترکیبی از عوامل محیطی و ژنتیکی است. حدود دوسوم از افراد مبتلا، سردرد را از خانواده به ارث می‌برند. نوسان سطح هورمون می‌تواند در این زمینه نقش داشته باشد. سردرد در موارد اندکی به خاطر نقص تک‌ژن است [۱۰]. از نظر فیزیکی علت ایجاد میگردن تحریک گیرنده‌های حساس به درد در اطراف سر و گردن و درون جمجمه است. این باور وجود دارد که میگردن به دلیل نوعی اختلال در رگ‌های خونی و عصبی است. نظریه اولیه مربوط به افزایش قابلیت تحرک قشر مخ و کنترل ناهنجار یاخته‌های عصبی درد در عصب سه‌قلوی ساقه مغز است [۱۵].

از نظر بسیاری از محققان عوامل روان‌شناختی در این بیماری مؤثر هستند که در بسیاری از موارد با میگردن مورد توجه قرار می‌گیرند [۲۰-۱۴، ۱۰، ۶-۱]. همین امر سبب می‌شود بهبودی این بیماران با تأخیر و مشکلات بیشتری همراه باشد و در اکثر مواقع به مزمن و طولانی‌شدن بیماری و کاهش احتمال بهبودی منجر می‌شود [۱۷]. لذا در مبتلایان به میگردن بررسی وضعیت روان‌شناختی و تلاش در راستای ارتقای شاخص‌های سلامت عمومی و داشتن اطلاعات اپیدمیولوژیکی و خصوصیات بالینی این سردرد می‌تواند در پیشگیری و درمان این بیماری کمک زیادی داشته باشد [۱۳].

با توجه به مطالب مطرح‌شده و تفاوت‌های جغرافیایی در شیوع و اپیدمیولوژی میگردن و در راستای بهبود و مراقبت از مبتلایان این مطالعه با هدف مقایسه وضعیت روان‌شناختی افراد مبتلا به میگردن و افراد سالم انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع تحلیلی مقطعی است. جامعه آماری شامل بیماران مبتلا به میگردن مراجعه‌کننده به بیمارستان خاتم‌الانبیای شهر زاهدان در طول سال ۱۳۹۴ است که با تشخیص قطعی پزشک متخصص (نورولوژیست) شناسایی و با افراد عادی که هیچ‌گونه سردرد مزمن را تجربه نکرده بودند مقایسه شدند.

برای تعیین حجم نمونه از نرم‌افزار Gpower استفاده شد. با در نظر گرفتن اندازه اثر ۰/۲۵ (اندازه اثر متوسط) و آلفای ۰/۰۵ کل حجم نمونه پیشنهادی ۲۱۰ نفر به دست آمد. ۱۰۵ نفر از افراد مبتلا به میگردن و ۱۰۵ نفر افراد سالم بودند. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و پس از بررسی ملاک‌های ورود به پژوهش، افراد علاقه‌مند با آگاهی از اهداف پژوهش پرسش‌نامه‌های مربوطه را تکمیل کردند. معیارهای ورود به مطالعه ابتلا به میگردن، عدم ابتلا به بیماری‌های جسمی بارز و گسترده همچون ایدز و هیپاتیت و سرطان، نداشتن نقص عضو با توجه به اجرای پرسش‌نامه قلم‌و کاغذی، توانایی نوشتن برای پاسخ به پرسش‌نامه بود. تمایل نداشتن به تکمیل پرسش‌نامه‌ها و شرکت در پژوهش از جمله شرایط خروج از مطالعه بود.

ابزار گردآوری اطلاعات پرسش‌نامه SCL-۹۰ بود. این ابزار ۹۰ سؤال دارد. نمره‌گذاری بر اساس طیف پنج درجه‌ای لیکرت (۰ تا ۴) و در ۹ بُعد است. هر یک از این ابعاد وضعیت روانی فرد را از نظر آسیب‌شناسی روانی نشان می‌دهند و جنبه‌های مختلفی از سایکوپاتولوژی را مشخص می‌کند. این ابعاد عبارتند از:

۱. بُعد شکایات جسمانی با ۱۲ گویه که شامل ناراحتی‌های ناشی از ادراک عملکرد ناسالم بدن است؛

۲. بُعد وسواس و اجبار با ۱۰ گویه. تمرکز این ملاک بر افکار تکرانه‌ها و اعمالی است که خود فرد آن‌ها را به‌ناچار به گونه‌ای غیرقابل مقاومت تجربه می‌کند و ماهیتی بیگانه با خود و ناخواسته دارند؛

۳. بُعد حساسیت در روابط متقابل با ۹ گویه که به احساس عدم کفایت و حقارت فرد مخصوصاً در مقایسه با دیگران تکیه می‌کند. دست‌کم گرفتن خود، احساس عدم آرامش و ناراحتی محسوس در جریان ارتباط با دیگران از تظاهرات خاص این بُعد است؛

۴. بُعد افسردگی با ۱۳ گویه طیف وسیعی از نشانه‌های بالینی افسردگی را انعکاس می‌دهد و علائم آن شامل خلق‌وخوی افسرده، بی‌علاقگی نسبت به لذت زندگی، نداشتن انگیزه و ازدست‌دادن انرژی حیاتی است؛

۵. بُعد اضطراب با ۱۰ گویه علائمی را نشان می‌دهد که از نظر بالینی اضطراب آشکار شدید را منعکس می‌کند. علائمی مانند عصبی‌بودن، احساس فشار و لرزش در اندام‌های بدن، احساس وحشت، بیم و نگرانی نسبت به آینده؛

۶. بُعد پرخاشگری با ۶ گویه نشان‌دهنده افکار و احساسات و اعمالی است که وضعیت خلقی منفی ناشی از خشم را نشان می‌دهد و شامل سه فرم تظاهرات خشم و چگونگی عکس‌العمل نشان‌دادن به آن‌ها مانند حالت تهاجمی و تحریک‌پذیری و خصومت است؛

۷. بُعد ترس مرضی با ۷ گویه دربرگیرنده علائمی مانند ترس شدید نسبت به یک فرد، مکانی، شیء به‌خصوص یا موقعیتی

از آزمودنی‌ها به میگرن کلاسیک و ۴۸/۶ درصد به میگرن شایع مبتلا هستند. مدت ابتلای اکثر افراد بررسی شده کمتر از یک سال است. ۷۱/۴ درصد از افراد سابقه ابتلا به میگرن در خانواده داشته و ۲۸/۶ درصد سابقه‌ای نداشته‌اند. در جدول شماره ۲ میانگین و انحراف معیار وضعیت روان‌شناختی آزمودنی‌های دو گروه در ابعاد نُه‌گانه (شکایت جسمانی، وسواس و اجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئید و روان‌پریشی) ارائه شده است.

به منظور مقایسه تفاوت وضعیت روان‌شناختی آزمودنی‌های دو گروه از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد. برای رعایت پیش‌فرض آن مقدار آزمون باکس نشان داد شرط همگنی ماتریس‌های واریانس و کوواریانس رعایت نشده است ($P < 0/001$ ، $F=3/75$ ، $BOX=176/84$). بنابراین از آزمون پیلاپی‌تریس برای بررسی معناداری اثرهای چندمتغیره استفاده شد. نتایج آزمون نشان داد بین دو گروه از نظر متغیر وابسته ایجاد شده از ترکیب مؤلفه‌های وضعیت روان‌شناختی تفاوت معناداری وجود دارد ($F(3,9)=72/41$ ، $P < 0/001$).

برای مقایسه دو گروه در هر یک از خرده‌مقیاس‌های نُه‌گانه وضعیت روان‌شناختی به عنوان یک متغیر وابسته آزمون‌های اثرات بین آزمودنی‌ها در متن آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره انجام شد. نتایج آن در جدول شماره ۳ نشان می‌دهد در تمامی مؤلفه‌های پرسش‌نامه SCL-90 بین دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد. به گونه‌ای که افراد مبتلا به میگرن نسبت به افراد سالم در همه مؤلفه‌های شکایت جسمانی، وسواس و اجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئید و روان‌پریشی به‌طور معنادار نمره‌های بیشتری کسب کرده‌اند ($P < 0/001$).

است که ویژگی آن غیرمنطقی و نامتناسب با محرک است و منجر به رفتار اجتنابی و فرار از آن محرک می‌شود؛

۸. بُعد افکار پارانوئیدی با ۶ گویه رفتارهای پارانوئیدی را به عنوان اختلال تفکر مطرح می‌کند که شامل ویژگی‌های اولیه این اختلال مانند برون‌فکنی، سوءظن، خودبزرگ‌بینی، خودمحوری و ترس از دست‌دادن خودمختاری و هذیان است؛

۹. بُعد روان‌پریشی با ۱۰ گویه از حالت گوشه‌گیرانه و انزوا و نحوه زندگی اسکیزوفرنی تا علائم اصلی اسکیزوفرنی مانند هذیان انتشار فکر را شامل می‌شود [۲۱].

روایی ابزار مذکور در مطالعات متعدد احراز و پایایی آن نیز تأیید شده است [۲۱، ۲۲]. در داخل کشور نیز این ابزار استفاده و روایی و پایایی آن تأیید شده است [۲۳]. در مطالعه حاضر در گروه مبتلا به میگرن پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ برای شکایت جسمانی ۰/۷۹، وسواس ۰/۸۱، حساسیت در روابط ۰/۷۸، ۰/۸۲، ۰/۷۶، ۰/۸۴، ترس مرضی ۰/۸۲، افکار پارانوئید ۰/۷۹ و روان‌پریشی ۰/۷۸ حاصل شد. در گروه عادی نیز آلفای کرونباخ برای شکایت جسمانی ۰/۷۴، وسواس ۰/۸۱، حساسیت در روابط متقابل ۰/۷۶، افسردگی ۰/۷۸ و ۰/۸۶، پرخاشگری ۰/۸۴، ترس مرضی ۰/۸۳، افکار پارانوئید ۰/۷۹ و روان‌پریشی ۰/۷۵ به دست آمد. داده‌ها با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) و آزمون باکس و تحلیل واریانس چندمتغیره تحلیل و تفسیر شدند.

یافته‌ها

در جدول شماره ۱ اطلاعات بالینی آزمودنی‌های مبتلا به میگرن ارائه شده است. بر اساس نتایج مندرج در این جدول ۵۱/۴ درصد

جدول ۱. اطلاعات بالینی آزمودنی‌های گروه مبتلا به میگرن.

شاخص آماری		متغیر	
درصد (%)	فراوانی		
۵۱/۴	۵۴	کلاسیک	نوع میگرن
۴۸/۶	۵۱	شایع	
۳۴/۳	۳۶	کمتر از یک سال	مدت ابتلا
۲۵/۷	۲۷	۱ تا ۵ سال	
۲۷/۶	۲۹	۶ تا ۱۰ سال	
۱۲/۴	۱۳	بیشتر از ۱۰ سال	
۷۱/۴	۷۵	بله	سابقه ابتلا در خانواده
۲۸/۶	۳۰	خیر	

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنی‌ها در خرده مقیاس‌های پرسش‌نامه SCL-90.

متغیر	گروه مبتلا به میگرن (n=۱۰۵)		گروه غیر مبتلا (n=۱۰۵)	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
شکایت جسمانی	۳۷/۶۰	۳/۳۲	۲۹/۴۶	۳/۲۷
وسواس و اجبار	۳۳/۲۷	۲/۸۴	۲۵/۲۰	۳/۱۸
حساسیت در روابط	۲۷/۹۷	۲/۹۰	۲۰/۷۸	۴/۱۹
افسردگی	۴۰/۳۸	۵/۰۳	۳۲/۴۱	۶/۳۳
اضطراب	۲۸/۳۶	۳/۲۳	۲۱/۲۶	۴/۴۵
پرخاشگری	۲۰/۱۸	۲/۱۴	۱۵/۳۱	۲/۹۷
ترس مرضی	۲۲/۸۰	۲/۲۹	۱۶/۵۹	۳/۵۰
افکار پارانوئید	۲۰/۱۹	۱/۹۷	۱۵/۲۲	۳/۷۶
روان‌پریشی	۳۳/۵۷	۲/۷۹	۲۲/۹۶	۵/۹۷



جدول ۳. نتایج آزمون‌های اثرات بین آزمودنی‌ها جهت مقایسه دو گروه در خرده مقیاس‌های وضعیت روان‌شناختی.

متغیر	منبع تغییرات	میانگین مجذورات	df	مجموع مجذورات	F	P
شکایت جسمانی	گروه	۳۴۸۱/۰۷	۱	۳۴۸۱/۰۷	۳۲۰/۲۲	۰/۰۰۱
	خطا	۲۲۶۱/۱۰	۲۰۸	۱۰/۸۷		
وسواس و اجبار	گروه	۳۴۱۶/۲۳	۱	۳۴۱۶/۲۳	۳۷۴/۳۰	۰/۰۰۱
	خطا	۱۸۹۸/۳۸	۲۰۸	۹/۱۲		
حساسیت در روابط متقابل	گروه	۲۷۱۴/۴۰	۱	۲۷۱۴/۴۰	۲۰۸/۴۲	۰/۰۰۱
	خطا	۲۷۰۸/۸۷	۲۰۸	۱۳/۰۲		
افسردگی	گروه	۳۳۲۸/۰۷	۱	۳۳۲۸/۰۷	۱۰۱/۵۵	۰/۰۰۱
	خطا	۶۸۱۶/۳۲	۲۰۸	۳۲/۷۷		
اضطراب	گروه	۲۶۴۲/۹۷	۱	۲۶۴۲/۹۷	۱۷۴/۳۶	۰/۰۰۱
	خطا	۳۱۵۲/۷۸	۲۰۸	۱۵/۱۵		
پرخاشگری	گروه	۱۳۴۳/۴۳	۱	۱۳۴۳/۴۳	۱۸۴/۴۵	۰/۰۰۱
	خطا	۱۴۰۲/۱۹	۲۰۸	۶/۷۴		
ترس	گروه	۲۰۲۴/۳۰	۱	۲۰۲۴/۳۰	۳۳۰/۳۱	۰/۰۰۱
	خطا	۱۸۲۸/۱۹	۲۰۸	۸/۷۸		
افکار پارانوئید	گروه	۱۲۹۲/۵۷	۱	۱۲۹۲/۵۷	۱۴۳/۲۶	۰/۰۰۱
	خطا	۱۸۷۶/۷۰	۲۰۸	۹/۰۲		
روان‌پریشی	گروه	۴۵۳۳/۵۶	۱	۴۵۳۳/۵۶	۲۷۱/۷۲	۰/۰۰۱
	خطا	۲۱/۷۴	۲۰۸	۵۹۰۹/۵۰		



بحث

با توجه به اینکه عوامل روان‌شناختی از عوامل مؤثر در میگرن است، این عوامل در اکثر مواقع به مزمّن تر و طولانی‌تر شدن بیماری و کاهش احتمال بهبودی منجر می‌شود. در مبتلایان به میگرن بررسی وضعیت روان‌شناختی و تلاش در راستای پیشگیری و درمان این بیماری بی‌تأثیر نخواهد بود. لذا، مطالعه حاضر با هدف بررسی و مقایسه وضعیت روان‌شناختی افراد مبتلا به میگرن و افراد سالم صورت گرفت.

یافته‌ها حاکی از این بود که در تمامی مؤلفه‌های نُه‌گانه وضعیت روان‌شناختی بین دو گروه افراد مبتلا به میگرن و افراد سالم تفاوت معناداری وجود دارد، به گونه‌ای که افراد مبتلا به میگرن نسبت به افراد سالم در همه مؤلفه‌های شکایت جسمانی، وسواس و اجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئید و روان‌پریشی به‌طور معنادار نمره‌های بیشتری کسب کرده بودند. همسو با یافته‌های پژوهش حاضر، نتایج مطالعات حاکی از ارتباط بین اختلال وسواس اجباری [۲۴]، افسردگی و اضطراب [۲۵-۲۷، ۱۳، ۱۰]، پرخاشگری و خشم [۲۸]، پارانوئیدی‌بودن [۱۶] و ترس [۲۹] با میگرن است.

مطالعه‌ای با عنوان «اختلال وسواسی اجباری و میگرن با سردرد ناشی از زیاده‌روی در مصرف دارو» نشان داد افراد مبتلا به اختلال وسواس اجباری نسبت به گروه کنترل و گروهی که در مصرف دارو اعتیاد داشتند حمله‌های میگرنی با شدت بیشتری داشته‌اند [۲۴]. در مطالعه دیگری با عنوان «ویژگی‌های میگرن در بیماران میگرنی با و بدون علائم اضطراب و افسردگی» نیز نتایج حاکی از این بود که بیش از ۵۰ درصد از بیماران مبتلا به علائم اضطراب و افسردگی، حمله‌های بیشتری را در ماه گزارش داده‌اند [۱]. در پژوهشی که رابطه بین میگرن، افسردگی، اضطراب، استرس و اختلال خواب بررسی شده ارتباط بین میگرن با اختلالات مذکور تأیید شده است. همچنین میگرن دوره‌ای بدون در نظر گرفتن همبودی‌های افسردگی و اضطراب و استرس به عنوان عامل خطر در اختلال خواب مطرح شده است [۱۳].

از نظر بسیاری از محققان عوامل روان‌شناختی در این بیماری مؤثر هستند و در بسیاری موارد با میگرن مورد توجه قرار می‌گیرند [۲۰، ۱۹، ۱۰، ۶-۲]. همین امر سبب می‌شود بهبودی این بیماران با تأخیر و مشکلات بیشتری همراه باشد و در اکثر مواقع به مزمّن و طولانی‌تر شدن بیماری و کاهش احتمال بهبودی منجر شود [۱۷]. معمولاً عوامل روان‌شناختی در روند ایجاد سردرد مؤثر هستند، اما همیشه نمی‌توان یک علت واحد یا عوامل احساسی و عاطفی صرف را در ایجاد سردرد دخیل دانست. در بسیاری از مواقع تغییرات روحی باعث ایجاد سردردهای خفیف تا شدید میگرنی می‌شود. هر چه سردرد بیشتر باشد، احتمال همراهی آن

با تهوع یا سردرد ضربان‌دار وجود دارد و حالت کوبندگی بیشتر خواهد بود. همچنین احتمال حساسیت به نور و صدا بیشتر می‌شود. لذا، افراد مبتلا به میگرن نسبت به افراد سالم از خستگی فیزیکی رنج می‌برند و شکایات جسمی بیشتری دارند [۱۱].

افرادی که دچار اختلالات وسواس اجباری هستند با افکار اعمال وسواسی بر شدت میگرن دامن می‌زنند. افکار وسواسی در واقع افکار و امیال یا تصاویر مکرر و پایداری هستند که به صورت افکار مزاحم و ناخواسته تجربه شده و در اغلب افراد موجب پریشانی می‌شوند. فرد تلاش می‌کند این افکار و امیال یا تصاویر را متوقف یا سرکوب کند یا آن‌ها را با فکر یا عمل دیگری (با انجام یک عمل وسواسی) خنثی سازند. اعمال اجباری رفتارها یا اعمال ذهنی تکراری هستند که فرد احساس می‌کند باید آن‌ها را در پاسخ به یک فکر وسواسی یا طبق قوانینی که باید به دقت به کار رود با هدف پیشگیری و کاهش آشفتگی یا پیشگیری از یک رویداد ترسناک انجام دهد [۳۰].

انجام مکرر یک عمل وسواسی نظیر شست‌وشو، واری و افکار مزاحم وسواس‌گونه منجر به نوعی پریشانی و اضطراب می‌شود که در نهایت علائم بالینی میگرن را به دنبال دارد [۲۴]. اختلالات تفکر نظیر افکار پارانوئیدی که شامل برون‌فکنی، سوءظن، خودبزرگ‌بینی، خودمحوری و ترس از دست‌دادن خودمختاری و هذیان می‌شود، منجر به بروز سردردهای میگرنی می‌گردد [۶].

افرادی که در روابط متقابل از خود حساسیت نشان می‌دهند، با احساس عدم کفایت و حقارت مخصوصاً در مقایسه با دیگران و دست‌کم گرفتن خود، احساس عدم آرامش و ناراحتی محسوس در ارتباط با دیگران دارند و از تظاهرات بالینی بیشتری رنج می‌برند. افرادی که افسرده هستند با داشتن خلق و خوی افسرده، بی‌علاقگی نسبت به لذت از زندگی، نداشتن انگیزه، از دست‌دادن انرژی حیاتی، حالت روان‌پریشی و گوشه‌گیری و انزوا، نحوه زندگی اسکیزوفرنی و علائم اصلی اسکیزوفرنی مانند هذیان انتشار فکر، علائمی را نشان می‌دهند که از نظر بالینی ایجاد یا تشدید میگرن را منعکس می‌کند [۲۶].

افرادی که پرخاشگری دارند با تظاهر به خشم در قالب افکار و احساسات یا رفتارهای خشونت‌آمیز، نوعی حالت تهاجمی و تحریک‌پذیر و خصومت به خود می‌گیرند [۲۸]. افرادی که ترس شدید نسبت به یک فرد، مکان، شیء و یا موقعیتی که ویژگی آن غیرمنطقی بودن و نامتناسب با محرک است دارند، منجر به نوعی رفتار اجتنابی و فرار از آن محرک می‌شود [۲۹] که این امر می‌تواند با تغییر و اختلال در رگ‌های خونی و عصبی منجر به ایجاد یا شدت میگرن شود [۱۵].

نتایج مطالعه حاضر تلویحات مهمی در زمینه توجه به عوامل روان‌شناختی نظیر اختلال وسواس اجباری، ترس، استرس،

References

- [1] Baldacci F, Lucchesi C, Cafalli, MartinaP, Michele., Ulivi M, et al. Migraine features in migraineurs with and without anxiety-depression symptoms: A hospital-based study. *Clinical Neurology & Neurosurgery*. 2015; 132:74-78. doi: 10.1016/j.clineuro.2015.02.017
- [2] Wöber C, Wöber-Bingöl Ç. Triggers of migraine and tension-type headache. In: Aminoff MJ, Boller F, Swaab DF. *Handbook of Clinical Neurology*. New York: Elsevier; 2010.
- [3] Sauro KM, Becker WJ. The stress and migraine interaction. *Headache: The Journal of Head & Face Pain*. 2009; 49(9):1378-86. doi: 10.1111/j.1526-4610.2009.01486.x
- [4] Harnod T, Wang YC, Kao CH. Higher risk of developing a subsequent migraine in adults with nonapnea sleep disorders: A nationwide population-based cohort study. *European Journal of Internal Medicine*. 2015; 26(4):232-236. doi: 10.1016/j.ejim.2015.03.002
- [5] Wacogne C, Lacoste J, Guillibert E, Hugues F, Le Jeunne C. Stress, anxiety, depression and migraine. *Cephalalgia*. 2003; 23(6):451-5. doi: 10.1046/j.1468-2982.2003.00550.x
- [6] Goadsby PJ. Recent advances in understanding migraine mechanisms, molecules and therapeutics. *Trends in Molecular Medicine*. 2007; 13(1):39-44. doi: 10.1016/j.molmed.2006.11.005
- [7] De Tommaso M, Federici A, Loiacono A, Delussi M, Todarello O. Personality profiles and coping styles in migraine patients with fibromyalgia comorbidity. *Comprehensive Psychiatry*. 2014; 55(1):80-6. doi: 10.1016/j.comppsy.2013.08.006
- [8] Chiroc C, O'Brien WH. Acceptance, appraisals, and coping in relation to migraine headache: An evaluation of interrelationships using daily diary methods. *Journal of Behavioral Medicine*. 2011; 34(4):307-20. doi: 10.1007/s10865-011-9313-0
- [9] González-Quintanilla V, Toriello-Suárez M, Gutiérrez-González S, Rojo-López A, González-Suárez A, Viadero-Cervera R, et al. Estrés laboral en pacientes migrañosos: diferencias según la frecuencia de las crisis. *Neurología*. 2015; 30(2):83-9. doi: 10.1016/j.nrl.2013.10.008
- [10] Andress-Rothrock D, King W, Rothrock J. An analysis of migraine triggers in a clinic-based population. *Headache: The Journal of Head & Face Pain*. 2009; 50(8):1366-70. doi: 10.1111/j.1526-4610.2010.01753.x
- [11] Radat F. Stress et migraine. *Revue Neurologique*. 2013; 169(5):406-12. doi: 10.1016/j.neurol.2012.11.008
- [12] Leonardi M, Raggi A, Bussone G, D'Amico D. Health-related quality of life, disability and severity of disease in patients with migraine attending to a specialty headache center. *Headache: The Journal of Head & Face Pain*. 2010; 50(10):1576-86. doi: 10.1111/j.1526-4610.2010.01770.x
- [13] Yalınay Dikmen P, Yavuz BG, Aydinlar EI. The relationships between migraine, depression, anxiety, stress, and sleep disturbances. *Acta Neurologica Belgica*. 2014; 115(2):117-22. doi: 10.1007/s13760-014-0312-0
- [14] Savari K. [The relationship of mental health, life satisfaction and perfectionism with migraine headache (Persian)]. *Knowledge & Health*. 2013; 8(1):1-6. doi: 10.1234/jkh.v8i1.18.g375
- [15] Dodick D. Review of comorbidities and risk factors for the development of migraine complications (infarct and chronic

اضطراب، افکار پارانوئیدی، خشم و پرخاشگری که تشدیدکننده میگرن هستند دارد. با توجه به اینکه میگرن از طریق عامل‌های روان‌شناختی ذکر شده قابل پیش‌بینی است، این یافته می‌تواند مبنایی برای بررسی‌های بیشتر و انجام مداخلات پیشگیرانه و درمانی برای افراد مبتلا به میگرن قرار گیرد. بنابراین توجه به وضعیت و ویژگی‌های روان‌شناختی این بیماران می‌تواند در پیش‌آگهی بیماری میگرن تأثیر بسزایی داشته باشد. با توجه به نتایج پژوهش حاضر شایسته است عوامل روان‌شناختی بررسی شده در مطالعه حاضر از راه‌های گوناگون به افراد معرفی شود تا مقدمه‌ای برای پیشگیری از بروز میگرن به عنوان اختلال روان‌تنی گردد. همچنین برگزاری دوره‌های آموزشی در این زمینه و تدوین و ارائه پروتکل‌های درمانی متناسب تأثیرگذار خواهد بود.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری خانم معصومه عزیزی انجام شده و با کد ۳۳۰ در کمیته اخلاق دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد تصویب شده است. مطالعه حاضر با کد ۳۳۰ در کمیته اخلاق دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد تصویب شده است. در پایان پژوهشگران از تمام بیماران مبتلا به میگرن بیمارستان بهاران شهر زاهدان که در پژوهش شرکت کردند و همچنین از نورولوژیست‌های این بیمارستان تشکر و سپاسگزاری می‌کنند.

- migraine). *Cephalalgia*. 2009; 29:7-14. doi: 10.1111/j.1468-2982.2009.02028.x
- [16] Parvaz Y, Parvaz S, Jahanbajezad KH. [Comparative investigation of personality traits in migraine patients and sound people by personality MMPI Questionnaire (Persian)]. *Clinical Psychology Studies*. 2011; 1(3):61-79.
- [17] Yadav RK, Kalita J, Misra UK. A study of triggers of migraine in India. *Pain Medicine*. 2010; 11(1):44-7. doi: 10.1111/j.1526-4637.2009.00725.x
- [18] Peterlin BL, Katsnelson MJ, Calhoun AH. The associations between migraine, unipolar psychiatric comorbidities, and stress-related disorders and the role of estrogen. *Current Pain & Headache Reports*. 2009; 13(5):404-12. doi: 10.1007/s11916-009-0066-1
- [19] Stovner L, Hagen K, Jensen R, Katsarava Z, Lipton R, Scher A, et al. The global burden of headache: A documentation of headache prevalence and disability worldwide. *Cephalalgia*. 2007; 27(3):193-210. doi: 10.1111/j.1468-2982.2007.01288.x
- [20] Nash JM, Thebarg RW. Understanding psychological stress, its biological processes, and impact on primary headache. *Headache: The Journal of Head & Face Pain*. 2006; 46(9):1377-86. doi: 10.1111/j.1526-4610.2006.00580.x
- [21] Hessel A, Geyer M, Brähler E. Psychiatric problems in the elderly-- standardization of the Symptom Check List SCL -90 -R in patients over 60 years of age. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. 2001; 34(6):498 -508. doi: 10.1007/s003910170026
- [22] Vallejo MA, Jordán CM, Díaz MI, Comeche MI, Ortega J. Psychological assessment via the internet: A reliability and validity study of online (vs paper-and-pencil) versions of the General Health Questionnaire-28 (GHQ-28) and the Symptoms Check List-90-Revised (SCL-90-R). *Journal of Medical Internet Research*. 2007; 9(1):2. doi: 10.2196/jmir.9.1.e2
- [23] Anisi J, Akbari F, Majdiyan M, Atashkar M, Ghorbani Z. [Standardization of mental disorders Symptoms Checklist 90 Revised (SCL -90 -R) in army staffs (Persian)]. *Military Psychology*. 2011; 2(5):29-37.
- [24] Cupini LM, de Murtas M, Costa C, Mancini M, Eusebi P, Sarchielli P, et al. Obsessive-compulsive disorder and migraine with medication-overuse headache. *Headache: The Journal of Head & Face Pain*. 2009; 49(7):1005-13. doi: 10.1111/j.1526-4610.2009.01457.x
- [25] Rahimian Bougar E, Rostami R. [Predictive role of psychological, socioeconomic, and lifestyle-related factors in the incidence of migraine headaches (Persian)]. *Journal of Kerman University of Medical Sciences*. 2013; 20(1):73-86.
- [26] Ligthart L, Gerrits MMJG, Boomsma DI, Penninx BWJH. Anxiety and depression are associated with migraine and pain in general: An investigation of the interrelationships. *The Journal of Pain*. 2013; 14(4):363-70. doi: 10.1016/j.jpain.2012.12.006
- [27] Balibey, H., Yasar, H., Bayar, N., Tekeli, H. Anxiety and depression prevalence of migraine patients. *European Psychiatry*. 2012; 27(1):1. doi: 10.1016/S0924-9338(12)74322
- [28] Grothgar B, Scholz OB. On specific behavior of migraine patients in an anger-provoking situation. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 1987; 27(4):206-10. doi: 10.1111/j.1526-4610.1987.hed2704206.x
- [29] Matatko N, Ruppert M, Zierz S, Wieser T, Hasenbring M. 971 fear-avoidance- and endurance-related responses to pain in migraine patients. *European Journal of Pain*. 2009; 13:273-274. doi: 10.1016/s1090-3801(09)60974-5
- [30] American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 2013.