

## Research Paper

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

Masoumeh Azizi<sup>1</sup>, \*Hamid Reza Agha-Mohammadiyan Shaarbaf<sup>2</sup>, Ali Mashhadi<sup>3</sup>, Mohamad Javad Asghari-Ebrahimabadi<sup>3</sup>

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-Ebrahimabadi 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<sup>۱</sup>، حمیدرضا آقامحمدیان شمریاف<sup>۲</sup>، علی مشهدی<sup>۳</sup>، محمدجواد اصغری ابراهیم‌آباد<sup>۴</sup>

۱- دانشجوی دکتری 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 بیماران بود که در طول سال ۱۳۹۴ به علت سردرد به بیمارستان خانم‌الانبیایی شهر زاهدان مراجعه می‌کردند. از بین بیماران مراجعه‌کننده به علت سردرد مبتلایان به میگرن با تشخیص قطعی پزشک متخصص (نورولوژیست) و پرسش‌نامه میگرن اموز شناسایی شدند. با استفاده از نرم‌افزار Gpower ۱۰۵ نفر از افراد مبتلا به میگرن و ۱۰۵ نفر از افراد هادی به عنوان نمونه انتخاب شدند. گروه هادی 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 دادها با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی (فراوانی، درصد میلگین 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 < P < ۰/۰۰۱). 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 پارتوئید و رون‌پریشی 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

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 فتوفوبی 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

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]. پیش 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

## \* نویسنده مسئول:

دکتر حمیدرضا آقامحمدیان شمریاف

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

تلفن: ۰۵۱۲۸۸۰۵۸۶۵ (۵۱) ۹۸+

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

برای تعیین حجم نمونه از نرم افزار 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 میگرن و ۱۰۵ از 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 مبتلا به میگرن، عدم ابتلا به بیماری‌های جسمی بارز و گسترده همچون اینز 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 می‌کنند. 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 از دست دادن انرژی حیاتی است؛

۵. بُعد اضطراب با ۱۰ گویه علائمی را نشان می‌دهد که از نظر بالینی اضطراب آشکار شدید را متمسک 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 نشان دادن 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

می‌دهد. در واقع، این بیماری علاوه بر عوارض جسمانی باعث از دست‌دادن 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 میگرن در کاهش میزان کیفیت زندگی [۱۲]، کیفیت خواب [۱۳، ۱۴] و رضایت از زندگی [۱۴] بوده است. طبق مطالعات انجام‌شده میگرن تأثیر معناداری بر روابط زناشویی و فعالیت‌های اجتماعی و تفریحی نیز داشته است. در مجموع، میگرن شدید و تکرارشونده با محدودساختن فعالیت‌های روزمره زندگی باعث کاهش بهرموری می‌شود [۷].

هر چند سازوکار دقیق میگرن ناشناخته است، این باور وجود دارد که دلایل بروز میگرن 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 تکثرن است [۱۰]. از نظر فیزیکی علت ایجاد میگرن تحریک گیرنده‌های حساس به درد در اطراف سر و گردن و درون جمجمه است. این باور وجود دارد که میگرن به دلیل نوعی اختلال در رگ‌های خونی و عصبی است. نظریه لولیه مربوط به افزایش قابلیت تحرک قشر مخ و کنترل ناهنجار پاخته‌های 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 میگرن 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 میگرن 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 میگرن و در راستای بهبود و مراقبت از مبتلایان این مطالعه با هدف مقایسه وضعیت روان‌شناختی افراد مبتلا به میگرن و افراد سالم انجام گرفت.

## مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع تحلیلی مقطعی است. جامعه آماری شامل بیماران مبتلا به میگرن 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.

از آزمودنی‌ها به میگرن کلاسیک و ۴۸/۶ درصد به میگرن شایع مبتلا هستند. مدت ابتدای اکثر افراد بررسی‌شده 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 و 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 پیلائی-تریس برای بررسی معناداری اثرهای چندمتغیره استفاده شد. نتایج آزمون نشان داد بین دو گروه از نظر متغیر وابسته ایجادشده از ترکیب مؤلفه‌های وضعیت روان‌شناختی تفاوت معناداری وجود دارد ( $F_{(۱۷۶-۷۲/۴۱)} = 72/41$ ،  $P < 0/001$ ).

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 علامت 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 و 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 انحرافمعیار نمرات آزمودنی‌ها در خرده مقیاس‌های پرسش‌نامه SCL-90

متغیر	گروه مبتلا به میگرن (n=105)		گروه غیرمبتلا (n=105)	
	میانگین	انحرافمعیار	میانگین	انحرافمعیار
شکایت جسمانی	۳۷/۶۰	۳/۳۲	۲۹/۲۶	۳/۲۷
وسواس و اجبار	۳۳/۲۷	۲/۸۴	۲۵/۲۰	۳/۱۸
حساسیت در روابط	۳۷/۹۷	۲/۹۰	۲۰/۷۸	۳/۱۹
افسردگی	۴۰/۲۸	۵/۰۳	۳۲/۴۱	۶/۳۳
اضطراب	۲۸/۳۶	۳/۳۳	۲۱/۲۶	۳/۴۵
پریشانی	۲۰/۱۸	۲/۱۴	۱۵/۳۱	۲/۹۷
ترس مرضی	۳۲/۸۰	۲/۳۹	۱۶/۵۹	۲/۵۰
افکار پارانویید	۲۰/۱۹	۱/۹۷	۱۵/۲۲	۳/۷۶
روان‌پریشی	۳۳/۵۷	۲/۸۹	۳۲/۹۶	۵/۹۷

www.sid.ir

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	۳۳۸۱/۰۷	۱	۳۳۸۱/۰۷	۳۲/۳۲	/۰۰۰۱
	خطا	۳۳۶۱/۱۰	۲۰۸	۱۰/۸۷		
وسواس و اجبار	گروه	۳۳۱۶/۲۳	۱	۳۳۱۶/۲۳	۳۷۴/۳۰	/۰۰۰۱
	خطا	۱۸۹۸/۲۸	۲۰۸	۹/۱۲		
حساسیت در روابط متقابل	گروه	۳۷۱۳/۳۰	۱	۳۷۱۳/۳۰	۲۰۸/۴۲	/۰۰۰۱
	خطا	۳۷۰۸/۸۷	۲۰۸	۱۲/۰۲		
افسردگی	گروه	۳۳۳۸/۰۷	۱	۳۳۳۸/۰۷	۱۰۰۱/۵۵	/۰۰۰۱
	خطا	۶۸۱۶/۳۲	۲۰۸	۳۲/۷۷		
اضطراب	گروه	۲۶۴۲/۹۷	۱	۲۶۴۲/۹۷	۱۷۳/۳۶	/۰۰۰۱
	خطا	۳۱۵۲/۷۸	۲۰۸	۱۵/۱۵		
پریشانی	گروه	۱۳۴۳/۳۳	۱	۱۳۴۳/۳۳	۱۸۳/۳۵	/۰۰۰۱
	خطا	۱۳۰۲/۱۹	۲۰۸	۶/۷۲		
ترس	گروه	۲۰۳۳/۳۰	۱	۲۰۳۳/۳۰	۳۳/۳۱	/۰۰۰۱
	خطا	۱۸۲۸/۱۹	۲۰۸	۸/۷۸		
افکار پارانویید	گروه	۱۳۹۲/۵۷	۱	۱۳۹۲/۵۷	۱۳۳/۲۶	/۰۰۰۱
	خطا	۱۸۷۶/۷۰	۲۰۸	۹/۰۲		
روان‌پریشی	گروه	۳۵۰۹/۵۰	۱	۳۵۰۹/۵۰	۳۷۱/۷۲	/۰۰۰۱
	خطا	۴۵۳۳/۵۶	۲۰۸	۲۱/۷۲		

www.sid.ir

## پس‌پس

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 نه‌گانه 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 پارانویید 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]، پارانوییدی‌بودن [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 [۱۱]. 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 هم‌زمان دار 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 حساسیتی 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 پایدار 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 وسواس گونه منجر به نوعی پریشانی و اضطراب می‌شود که در نهایت علائم بالینی میگرن را به دنبال دارد [۲۴]. اختلالات تفکر نظیر افکار پارانوییدی 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, Martina P, 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 Jeune 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] Chiros 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] Yalinay Dikmen P, Yavuz BG, Aydınlar 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 پارانوییدی، 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, Jahanbajnejad 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, Theborge 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, Braehler 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-Revise d (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*. 5<sup>th</sup> ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 2013.