

عنوان : بررسی مولفه های سلامت روان و سردرد میگرنی در بیماران مبتلا به

مولتیپل اسکروزیس

افسانه بدری زاده^۱

کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران

پست الکترونیکی: badrizadeha@yahoo.com

مهین عادل^۲*

مربی، عضو هیات علمی گروه پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران

ma.adelia2010@gmail.com

حسن شجاعی^۳

پزشک عمومی، مسئول بیماریهای خاص معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران

پرویز بهرامی^۴

دانشیار، عضو هیات علمی گروه دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران

چکیده:

مولتیپل اسکروزیس یکی از شایعترین بیماریهای نورولوژیک در انسان است که باعث ایجاد عوارض و اختلالاتی از جمله: ضعف اندام ها، علائم بینایی، علائم حسی، اختلالات جنسی، خستگی، افسردگی و اختلال عملکرد شناختی می شود. افسردگی و اضطراب از عمده ترین اختلالات روانی در این افراد می باشد و سردردهای میگرنی در این بیماران دو برابر جمعیت عادی گزارش شده است. مطالعه فوق با هدف تعیین مولفه های سلامت روان و سردرد میگرنی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس انجام شد. پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی - توصیفی می باشد که جامعه آماری آن شامل کلیه بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس شهر خرمک آباد در سال ۹۲ بوده است. جهت جمع آوری داده ها از پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه سلامت روان (GHQ) استفاده شد. یافته ها نشان داد که ۷۴/۲ درصد افراد مورد مطالعه اختلال در سلامت روان و ۲۵/۸ درصد از سلامت روان مطلوب برخوردار بودند. همچنین تفاوت معنا داری بین توانایی تامین هزینه درمان و سردرد میگرنی با سلامت روان کلی به دست آمد. در ۴۰/۷ درصد آنها نیز سردرد میگرنی مشاهده شد که از این تعداد ۵۸/۸ درصد از آنها پس از ابتلا به بیماری MS دچار سردرد میگرنی شده بودند.

مقدمه :

یکی از شایعترین بیماریهای نورولوژیک در انسان، بیماری مولتیپل اسکلروزس^۱ می باشد (اشتری و همکاران، ۱۳۸۸) اثر دمیینه شدن ماده مفید مغز موجود می آید و باعث ایجاد عوارض و اختلالاتی در دستگاه عصبی می شود (محمودی و همکاران، ۱۳۸۷). مولتیپل اسکلروزس در زنان دو برابر بیشتر از مردان شیوع دارد و سن شروع آن معمولاً ۴۰-۲۰ سال می باشد (fauci et al, 2008). و این به معنی آسیب به نیروهای مولد جامعه است (غفاری و همکاران، ۱۳۸۷). از جمله تظاهرات بالینی این بیماری: ضعف اندام ها، علائم بینایی، علائم حسی، اختلالات جنسی، خستگی، افسردگی و اختلال عملکرد شناختی می باشد (fauci et al, 2008). طبق گزارش انجمن مولتیپل اسکلروزس ایران، بالاترین آمار، نشان دهنده ابتلا بیش از صد نفر به از هر صد هزار نفر است (انجمن بین المللی مولتیپل اسکلروزس).

به خاطر مزمن بودن ماهیت بیماری و نداشتن پیش آگهی قطعی، این بیماری می تواند سبب ایجاد علائم و اختلالات خلقی و روانی متعدد در افراد مبتلا شود (McCabe 2005).

با توجه به مطالعات این بیماران معتقدند که سلامت روان شناختی نقش مهمتری از آسیب های جسمانی و دردهای بدنی در کیفیت زندگی آنها به عهده دارد (خضری مقدم و همکاران، ۱۳۹۱).

افسردگی و اضطراب از عمده ترین اختلالات روانی در افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزس می باشد (chwastiak et al, 2007).

مطالعات نشان می دهد که علائم اضطراب و افسردگی به ترتیب ۳ و ۲ برای در این بیماران، نسبت به جمعیت عادی بیشتر است (Beiske et al 2008). نتایج پژوهش های متعدد نشان داده اند که حدود ۶۰-۵۰ درصد بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزس از افسردگی (غفاری و همکاران، ۱۳۸۷) و در حدود ۴۰-۲۵ درصد نیز از اضطراب رنج می برند (chwastiak et al, 2005). انواع مختلف سردرد نیز در این بیماران شایع می باشد که میتواند ناشی از خود بیماری، عوارض داروهای مصرفی یا افسردگی ناشی از بیماری باشد که به نوبه خود باعث تاثیر بر تشخیص و کیفیت زندگی آنها می شود (اشتری و همکاران، ۱۳۸۸).

انجمن بین المللی مولتیپل اسکلروزس، سردردهای میگرنی را در این بیماران دو برابر جمعیت عادی گزارش کرده است که در بیش از ۱/۳ درصد آنها میگرن از قبیل از ابتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزس وجود داشته است (frzye et al 2002). در مطالعه ای که دی آمیکو^۲ (۲۰۰۸) بر روی ۱۳۷ بیمار مبتلا به مولتیپل اسکلروزس انجام داد، نتایج نشان داد که ۵۷/۷ درصد از این بیماران از سردرد شاکی بودند که از این تعداد، ۲۵ درصد آنها سردرد میگرنی داشتند. همچنین در این مطالعه ارتباط بین سردرد میگرنی و MS نوع عود کننده - بهبود یافته معنادار بدست آمد (D Amico et al 2004).

در مطالعه ای هی^۳ و همکاران (۲۰۰۵) به نقل از الیوت (۲۰۰۷) در ۵۵/۶ درصد از بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزس سردرد وجود داشت که از این تعداد ۶۱/۷ درصد از سردرد میگرنی شاکی بودند (Elliot 2007). بهر حال میگرن یک بیماری بسیار شایع عصبی است که در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزس نیز شایع می باشد و ممکن است یک ارتباط اپیدمیولوژیک بین مولتیپل اسکلروزس و میگرن وجود داشته باشد (Elliot 2007, Gelfand et al, 2013).

۱. Multiple sclerosis (ms)

۲. D- Amiko

۳. hey

لذا با توجه به ماهیت مزمن و سیر طولانی بیماری و عوارض شدید جسمی و روانی و اجتماعی این بیماری، و نیز شیوع بالای سردرد میگرنی در این بیماران، مطالعه حاضر با هدف تعیین مولفه های سلامت روان و ارتباط آن با سردرد میگرنی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزوس ضروری به نظر رسید.

روش اجراء

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی - توصیفی است. جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزوس شهر خرم آباد در سال ۱۳۹۲ بود که در واحد بیماری های خاص فعالیت و درمان دانشگاه علوم پزشکی لرستان تشکیل پرورنده داده و بیماری آنها تشخیص قطعی داده شده بود. حجم نمونه به روش سرشماری تعیین گردید. سپس با هماهنگی با بیماران، به درب منزل آنها مراجعه شد و در ابتدا به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات آنها به صورت محرمانه بررسی و به صورت کلی گزارش خواهد شد و سپس پرسشنامه ها در اختیار آنها قرار گرفت که در نهایت از بین ۱۳۵ بیمار مبتلا، ۸۹ نفر حاضر به پر کردن پرسشنامه شدند. ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش شامل پرسشنامه اطلاعات فردی مبتنی به اطلاعات دموگرافیک (سن - جنس - وضعیت تاهل - میزان تحصیلات شغل - توانایی تامین هزینه درمان - وجود سرد میگرنی تشخیص داده شده توسط متخصص مغزو اعصاب و زمان ابتلا به سردرد میگرنی) و پرسشنامه بررسی وضعیت سلامت روانی (GHQ, 28)^۱ بود.

این پرسشنامه برای اولین بار توسط گلدبرگ آدر سال ۱۹۷۲ جهت تفکیک افراد مبتلا به اختلالات روانی ساخته شده است (حسینی و همکاران، ۱۳۸۷).

فرم اصلی و اولیه پرسشنامه ۶۰ سوالی است و دارای فرمهای کوتاهتر ۱۲، ۲۰، ۲۸، ۳۰ و ۴۴ سوالی می باشد (بدری زاده و همکاران، ۱۳۹۲). در پژوهش حاضر از فرم ۲۸ سوالی این پرسشنامه استفاده شده که چهار گروه از اختلالات غیر سایکوتیک را بررسی می کند و دارای ۴ خرده مقیاس می باشد (۱- نشانگان جسمانی ۲- اضطراب و اختلال خواب ۳- اختلال در کارکردهای اجتماعی ۴- افسردگی و گرایش به خودکشی) و هر ۷ سوال مربوط به یک خرده مقیاس می باشد. سوالات به صورت لیکرت (اصلا- کم - متوسط - زیاد) نمره گذاری می شوند. کمترین امتیاز مربوط به هر سوال ۰ و بیشتر امتیاز ۳ می باشد (حسینی و همکاران، ۱۳۸۷).

در خصوص پایایی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ در مطالعه رحمانی و همکاران ضریب ۰/۸۵ بدست آمد و در خصوص روایی نیز ضریب همبستگی ۰/۹۰ گزارش شد (رحمانی و همکاران، ۱۳۸۹). همچنین طبق مطالعات انجام گرفته ضریب همسانی درونی جهت نمرات خام و استاندارد بر مبنای آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۸۳ به دست آمده است (بهرامخانی و همکاران، ۱۳۹۱).

نقطه برش سلامت روان کلی در پژوهش حاضر ۲۳ و روش نمره گذاری رایج در نظر گرفته شده به این معنا که نمره بالاتر مساوی ۲۳ به عنوان نشانه اختلال و کمتر از ۲۳ نشانه سلامت روان است (حسینی و همکاران، ۱۳۸۷).

پس از جمع آوری پرسشنامه ها تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS ۱۹ و آزمونهای آمار توصیفی و آزمونهای آمار استنباطی نظیر t مستقل انجام شد. جهت تحلیل داده ها نیز سطوح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

۱. General Health Questioner -28 (GHQ28)

۲. Goldberg

یافته ها :

اطلاعات دموگرافیک مربوط به ۸۹ بیمار مورد بررسی در جدول ۱ آورده شده است .

۷۵/۳ درصد (۶۷ نفر) از جمعیت مورد مطالعه زن و ۲۴/۷ درصد (۲۲ نفر) مرد بودند بیشترین افراد مبتلا مربوط به گروه سنی ۲۵-۳۴ سال (۳۲/۴ درصد) و تحصیلات دیپلم (۳۶ درصد) و افراد متأهل (۵۰ درصد) و افراد بیکار (۷۸/۱ درصد) بود ودر ۴۱/۹ درصد آنها نیز سردرد میگرنی وجود داشت (با تشخیص تایید شده نورولوژیست) که از بین بیمارانی که سردرد میگرنی داشتند ۵۸/۸ درصد از آنان پس از ابتلا به بیماری مولتیپل اسلکروزیس دچار سردرد میگرنی شده بودند و ۴۱/۲ درصد نیز زمان ابتلا به سردرد میگرنی را قبل از بیماری MS ذکر کردند (جدول شماره ۱).

جدول ۱: توزیع متغیرهای دموگرافیک و سردرد میگرنی افراد مورد مطالعه

متغیرها	فراوانی	فراوانی نسبی	متغیرها	فراوانی	فراوانی نسبی
تحصیلات	زیر دیپلم	23	سن	پایین تر از ۲۵ سال	۱۹
	دیپلم	31		۲۵ تا ۳۴ سال	۲۴
	فوق دیپلم	11		۳۵ تا ۴۴ سال	۲۱
	لیسانس	19		۴۵ سال و بالاتر	۱۰
	بالاتر از لیسانس	2		مجرد	۳۶
جنس	مرد	۲۲	وضعیت تاهل	متاهل	۵۱
	زن	۶۷		مطلقه	۲
وضعیت اشتغال	شاغل	۱۹	سردرد میگرنی	دارد	۳۶
	بیکار	۷۰		ندارد	۵۰
زمان ابتلا به سردرد میگرنی	قبل از ابتلا به بیماری ms	۱۴			
	بعد از ابتلا به بیماری ms	۲۰			

درخصوص مولفه های سلامت روان نیز بیشترین میانگین مربوط به اضطراب و اختلال خواب ($5/03 \pm 10/02$ درصد) و کمترین میانگین مربوط به افسردگی ($5/61 \pm 6/97$ درصد) بود. از میان افراد مورد مطالعه ۷۴/۲ درصد اختلال در سلامت روان (۶۶ نفر) و ۲۵/۸ درصد (۲۳ نفر) از سلامت روان مطلوب برخوردار بودند (جدول شماره ۲)

جدول شماره ۲: توزیع مولفه های سلامت روان و سلامت روان کلی

سلامت روان مطلوب		سلامت روان نامطلوب		انحراف معیار \pm میانگین	مولفه های سلامت روان
فراوانی نسبی	فراوانی	فراوانی نسبی	فراوانی		
۲۳/۶	۲۱	۷۶/۴	۶۸	۹/۹۱ \pm ۴/۰۶	علائم جسمانی
۳۴/۸	۳۱	۶۵/۲	۵۸	۱۰/۰۲ \pm ۵/۰۳	اضطراب و اختلال خواب
۵۵/۱	۴۹	۴۴/۹	۴۰	۷/۵۲ \pm ۴/۱۸	اختلال در کارکرد
۶۲/۹	۵۶	۳۷/۱	۳۳	۶/۹۷ \pm ۵/۶۱	افسردگی
۲۵/۸	۲۳	۷۴/۲	۶۶	۳۴/۴۲ \pm ۱۵/۱۴	سلامت روان کلی

از یافته های پژوهش تفاوت معناداری بین وضعیت تاهل و وضعیت اشتغال و جنسیت با سلامت روان به دست نیامد ($p > 0/05$) اما در خصوص توانایی تامین هزینه درمان و وجود سردرد میگرنی و زمان ابتلا به سردرد میگرنی با سلامت روان کلی ارتباط معنادار به دست آمد (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۳: توزیع متغیر های دموگرافیک و ارتباط آنها با سلامت روان کلی

سطح معناداری آزمون t- مستقل	سلامت روان مطلوب		سلامت روان نامطلوب		انحراف معیار \pm میانگین	متغیرها	
	فراوانی نسبی	فراوانی	فراوانی نسبی	فراوانی			
۰/۵۱۲	۲۸/۴	۱۹	۷۱/۶	۴۸	۳۴/۲۱ \pm ۱۷/۱۲	زن	جنس
	۱۸/۲	۴	۸۱/۸	۱۸	۳۶/۸۶ \pm ۱۴/۹۰	مرد	
۰/۹۸۲	۲۵	۴	۷۵	۱۲	۳۶/۳۸ \pm ۱۶/۲۸	شاغل	اشتغال
	۲۲/۸	۱۳	۷۷/۲	۴۴	۳۶/۲۶ \pm ۱۷/۸۱	بیکار	
۰/۰۴۵	۴۴/۴	۸	۵۵/۶	۱۰	۲۷/۸۹ \pm ۱۱/۲۳	بلی	توانایی تامین هزینه درمان
	۲۱/۹	۱۴	۷۸/۱	۵۰	۳۶/۹۷ \pm ۱۷/۸۹	خیر	
۰/۰۱۰	۱۷/۱	۶	۸۲/۹	۲۹	۸/۹۷ \pm ۶/۷۰	بلی	سردرد میگرنی
	۳۱/۴	۱۶	۶۸/۶	۳۵	۵/۸۲ \pm ۴/۴۳	خیر	
۰/۰۰۷	۲۸/۶	۴	۷۱/۴	۱۰	۳۳ \pm ۸/۷	قبل از بیماری	زمان ابتلا به سردرد میگرنی
	۱۰	۲	۹۰	۱۸	۵۰ \pm ۲۰/۵۲	بعد از بیماری	

قابل ذکر است که ارتباط سردرد میگرنی با کلیه مولفه های سلامت روان غیر از عملکرد اجتماعی نیز معنادار به دست آمد ($p < 0/05$) (جدول شماره ۴).

جدول شماره ۴: توزیع ارتباط سردرد میگرنی و زمان ابتلا به سردرد میگرنی با مولفه های سلامت روان

متغیرها	علائم جسمانی	اضطراب	عملکرد اجتماعی	افسردگی
سردرد میگرنی	دارد	۱۱/۷۷ ± ۳/۹۴	۱۲/۲۹ ± ۴/۹۱	۸/۹۷ ± ۶/۷۰
	ندارد	۸/۵۷ ± ۳/۶۱	۸/۶۱ ± ۴/۶۹	۵/۸۲ ± ۴/۴۳
سطح معناداری آزمون	۰/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۰۸۹	۰/۰۱۰
زمان ابتلا به سردرد میگرنی	قبل از بیماری ms	۱۰/۵۰ ± ۲/۵۳	۱۰/۲۰ ± ۴/۵۰	
	پس از بیماری ms	۱۲/۵۵ ± ۴/۶۲	۱۳/۷۰ ± ۴/۵۹	
	سطح معناداری آزمون	۰/۱۴۲	۰/۰۴۸	

بحث و نتیجه گیری :

هدف پژوهش حاضر، تعیین مولفه های سلامت روان و ارتباط آن با سردرد میگرنی در بیماران مبتلا به MS بود. براساس ، یافته های موجود از پژوهش مشخص شد که ۲۵/۸ درصد از بیماران دارای سلامت روان مطلوب و ۷۴/۲ درصد از آنها دارای اختلال در سلامت روان بودند که در مقایسه با جمعیت عمومی (۳۱ درصد) و جمعیت های در معرض خطر اختلال سلامت عمومی مانند پرستاران (۵۳/۸ درصد) رقم بالایی می باشد (نوربالا و همکاران ۱۳۸۰ و بدری زاده و همکاران ، ۱۳۹۲).

همچنین میانگین نمره سلامت روان کلی ۳۴/۴۲ به دست آمد که با بهرامخانی که نمره سلامت روان کلی را در بیماران مولیپتل اسکروزین (گواه- آزمایش) بین ۳۲/۴ تا ۶۲/۶ به دست آورد هم خوانی دارد. در پژوهش فوق هیچگونه ارتباط معناداری بین سلامت روان کلی با جنس ، سن ، میزان تحصیلات و وضعیت تاهل به دست نیامد (۰/۵ > p) که این یافته همراستا با پژوهش (دهقانی و همکاران ، ۱۳۹۲) ، (محمودی و همکاران ، ۱۳۸۷) ، patten et al, 2005 و (غفاری و همکاران ، ۱۳۸۷) می باشد.

دیگر یافته پژوهش ارتباط معنادار تامین هزینه درمان با سلامت روان بود، به طوری که افرادی که توانایی هزینه درمان بیماری خود را داشتند از سلامت روان بالاتری برخوردار بودند (p = ۰/۴۵) به طوری که تحقیقات نیز نشان می دهد نگرانی نسبت به تامین هزینه درمان یکی از عوامل استرس زای اجتماعی این بیماران به حساب می آید (محدی رزوه ، ۱۳۸۷).

ویژگیهای بیماری MS سبب ایجاد چالش های زیادی در زندگی این بیماران می شود که باعث اضطراب و نگرانی فراوانی در آنها می شود (خضری مقدم و همکاران ، ۱۳۹۱) میزان خودکشی در این بیماران ۷/۵ برابر بیشتر از گروه شاهد است (خضری مقدم و همکاران ، ۱۳۹۱). و اضطراب در بیماران که مدت زمان زیادی از تشخیص بیماری MS آنها نمی گذرد حد ۳۴ درصد گزارش شده است و تحقیقات نشان می دهد که بین ۲۵-۴۰ این بیماران با اضطراب مواجه هستند و از آن رنج می برند (chwastia et al, 2007).

براساس نتایج پژوهش حاضر شایعترین مشکلات در مولفه های سلامت روان به ترتیب مربوط بودند به اضطراب و اختلال خواب با میانگین ۱۰/۰۲ ، علائم جسمانی با میانگین ۹/۹۱، اختلال در کارکرد اجتماعی با میانگین ۷/۵۲ و

افسردگی با میانگین ۶/۹۷ که بیشترین مولفه ای که سلامت روان این افراد را تحت تاثیر قرار داد مشکلات جسمانی بود که این یافته با پژوهش (zabad et al, 2005) و (katon et al, 2004) همسو می باشد.

یکی از سوالاتی که محققین در این پژوهش به دنبال پاسخگویی به آن بودند این بود که آیا بین ابتلا به سردرد میگرنی و مولتیپل اسکلروزیس و سلامت روان در این بیماران ارتباط وجود دارد؟ که در این پژوهش ارتباط معنادار بین سلامت روان کلی این بیماران و ابتلا به سردرد میگرنی بدست آمد ($p = 0/1$).

همچنین میزان شیوع سردرد میگرنی در این بیماران ۴۱/۹ درصد به دست آمده که از این تعداد ۴۱/۲ درصد قبل از ابتلا به بیماری MS و ۵۸/۸ درصد بعد از ابتلا به بیماری MS دچار سردرد میگرنی شده بودند. و بین زمان ابتلا به بیماری میگرن با سلامت روان کلی نیز ارتباط معنادار بدست آمد. ($p = 0/07$) در مطالعه اشتیری میزان شیوع سردرد میگرنی در این بیماران ۳۴/۳ درصد بدست آمد (۱) به طور کلی شیوع سردرد در بیماران مبتلا به MS در مطالعات مختلف بین ۴-۵۸ درصد در مقابل جمعیت سالم (۳۰-۱۲ درصد) گزارش شده است. که در واقع هم راستا با یافته مطالعه حاضر می باشد (frzye et al, 2002) و (Damico et al, 2004) و (sandyk and Awerbuch, 1994) و (Rolak and Brown, 1990) و (Pulman et al, 2004) و (freedman and Gary, 1989) و

پالمن (۲۰۰۴) گزارش کرد که شایعترین درد در بیماران مولتیپل اسکلروزیس، سردرد، و از میان انواع مختلف سردرد شایعترین سردرد را سردرد میگرنی گزارش کرد (Pulman et al, 2004).

بطور کلی سردرد میگرنی یکی از دردهای شایع در بیماران MS می باشد و از آنجا که در می باشد و از آنجا که در MRI مغزی بیماران مبتلا به میگرن ضایعاتی مشابه با MRI مغزی بیماران مبتلا به MS دیده شده است که گاهی با ضایعات MS اشتباه می گردد، بررسی ارتباط بین فیزیوپاتولوژی این دو بیماری ضروری به نظر می رسد (Elliot, 2007) و (Gee et al, 2003) و (Gee et al, 2005)

با توجه به شیوع نسبتاً بالای سردرد میگرنی و ارتباط معنادار آن با سلامت روان این بیماران بررسی بالینی دقیق تر و کنترل سردرد در همه بیماران مبتلا به MS ضروری به نظر می رسد.

در پایان پیشنهاد می گردد که سازمانهای که این بیماران را تحت پوشش و حمایت قرار می دهند. برنامه های روانشناختی مدون و مستمری را جهت ارتقاء سلامت روان آنها به موازات کنترل علائم جسمی آنها لحاظ نمایند با توجه به شیوع نسبتاً بالای سردرد میگرنی در این بیماران در خصوص فیزیوپاتولوژی بین سردرد میگرنی و MS مطالعات بیشتری صورت پذیرد.

تشکر و قدر دانی:

بدینوسیله از کلیه بیمارانی که علیرغم مشکلات موجود و ناتوانی هایشان صادقانه همکاری لازم را در طول این پژوهش داشتند قدردانی می کنیم و نیز از معاونت محترم درمان دانشگاه علوم پزشکی لرستان به خاطر همکاری صمیمانه شان سپاسگزاریم.

منابع:

Ashtari F , chitsaz A, shishegar M. The prevalence of headache in patients with multiple sclerosis. *Medical J of Mashhad university of Medical Sciences* .2009;52(4):244-248 (In Persian).

Mahmody Gh, Nasiri E, NiazAzari K. Mental health status in patients with MS in mazandaran province *J of mazandaran university of medical sciences* 2008; 18 (68):70-73 (in Persian).

Hoseini N, Ahghar GH, Akbari Agh, sharifi N, Sharifi HP. Research questionnaires in the field of psychology counseling education and sociology Tehran 2008 publication of sokhan (In Persian).

Badrizadeh A, Farhadi A, Tarrahi MJ, Saki M, Beiranvand GH. Mental health status of hospital nurses in khorramabad city. *J of yafteh* 2013; 26(15) :26-32 (In Persian).

Rahmani F, Behshid M, Zamanzadeh V, Rahmani F. Relationship between general health, occupational stress burnout in critical care nurses of Tabriz teaching hospitals. *J of Iran nursing* 2010; 23 (66) :55-63 (In Persian).

Bahram khani M, Janbozorgi m, Alipor A, Effectiveness the lazarus Multisectoral therapy on improving General health in patients with multiple sclerosis *J of clinical psychology* 2012; 4(1): 1-10 (In Persian).

Norbala AA, Bagheri MK, yazdi SA, Yasemi MT , Mental health status of persons 15 years and older in Iran in 1387. *J Hakim* 2001; 5(1):1-10 (In Persian).

mohammadi Rezveh N, Afshar H. psychological and social factors into being stress efficiency in multiple sclerosis patients. *J of principles of mental health* 2008 ; 10(4):305-310 (In Persian).

khezri Moghaddam N, Gorbani N, Bahrami Ehsan H, Rostami R. The effectiveness of group Therapy on psychological symptoms in patients with MS. *J of clinical psychology* 2012 ;4(1):13-22 (In Persian).

Dehghani A, Mahammad khan Kermanshahi S, Memarian R, Assessment of stress, Anxiety and depression in multiple sclerosis patients. *J of Alborz university of medical science* 2013; 2(2):82-88 (In Persian).

Ghaffari S ,Ahmadi F, Nabavi SM ,Memarian R. The effect of progressive muscle relaxation on depression , anxiety and stress in patients with multiple sclerosis. *J of Reserach in Medicin* 2007; 32(1):45-53 (In Persian)

Fauci AS, Braunwald E , kasper DL, Hauser SL Harrison's principles of Internal Medicine .17 edition Newyork MC Graw –Hill medical publishing division 2008 ; 2611-2621 .

multiple sclerosis Association of Iran <http://iranms.ir/fa/news/8/body/view/349>

McCabe PM. Mood and self –esteem of persons with multiple sclerosis following an exacerbation *J Psychosomat Res* 2005; 59:161- 166.

khezri –Moghadam N, Ghorbani N, Bahrami –Ehsan H, Rostami R. Efficacy of mindfulness – based stress reduction (MBSR) on the psychological symptoms of multiple sclerosis patients. *J Res behav sci* 2013;10(7):597 -608

chwastiak L.A, Ehde D.M. .Psychiatric Issues in multiple sclerosis .*psychiatric clim North Am* 2007;30(4):803 -817 .

Beiske A.G, Svensson E, sandanger I, Czuiko B, Pedersen E.D, Aarseth J.H, Myhr K.M. Depression and anxiety amongst multiple sclerosis patients. *Eur J Neurol* 2008; 15(2):239-245

chwastiak l.A , Gibbons EL, Ehde MD, Sullivan M, Bown DJ, Bombardier HC, et al. fatigue and psychiatric illness in a large community sample of persons with multiple sclerosis. *J psychosomat Res* 2005;59:291-298.

-frzye w, zaborki J, czlonkowska A. Pain in course of multiple sclerosis *Neurol Neurochir Pol* 2002; 36(2):275-284.

D Amico D, la Mantia L, Rigamontia A , usai S, Mascoli N, Milanese c, et al . prevalence of primary headaches in people with multiple sclerosis. *cephalgia* 2004; 24(11):980-984.

. Elliot DG. Migraine multiple in schersis .*international Reviv of Neurobiology* 2007; 79:281-302.

Gelfand AA, Gelfand J M, Goadsby PJ. Migraine and multiple sclerosis :Epidemiology and approach to treatment 2013 ; 2:73-79.

Patten SB, Lavorato DH, Metz IM. Clinical correlates of CES –D depressive symptom ratings in on MS population. *Gen Hosp psychiatry* 2005; 27(6): 439-445

Zabad RK, Patten SB, Metz LM. The association of deppersion with disease course in Multiple sclerosis .*Neurology* 2005;359-360.

Katon WJ, von KM, lin EH, simon G, Ludman E, Russo J. The path way study *Arch Gen psychiatry* 2004; 61(10):1042-1049.

Sandyk R, Awerbuch GI. The co-occurrence of multiple sclerosis and migraine headache. *Int JNeurosci* 1994; 76(3-4):249-257

Rolak LA, Brown S. Headaches and multiple sclerosis a chlincl syudy and reviw of literature. *J Nerural* 1990 ; 238(5) :30-302

pulman w, fenberg w, Erasmus Lp. pain in multiple sclerosis :a still understimated problem. *Nervenarzt* 2004;75(2):135-140.

Freedman MS , Gary TA .Vascular headache: a presenting symptom of multiple sclerosis. *can J Neural sci* 1989;(1): 63-66 .

Gee JR , Chang JT, Dublin AB, vijayan N. Role of brainstem lesion in the genesis of headache :an imagin study of multiple sclerosis .*Headache* 2003; 45(5):458-463.

Gee JR ,Chang J, Dublin A, et al . The association of Midbrain lesions with migraine like headaches an imaging study of multiple sclerosis. *Headache* 2005; 45(6):670-677.