

نقش راهبردهای مقابله‌ای و باورهای مرتبط با درد در میزان ناتوانی ناشی از میگرن

حمیدرضا گیلاسی^۱، عبدالله امیدی^۱، ذبیح اله قارلی پور^۲، الهه توسلی^۳، امیرحسین حقیر^{۴*}، پیمان سرخابی^۵^۱ گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کاشان^۲ گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قم^۳ کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی^۴ دانشکده علوم پزشکی سیرجان، دانشگاه علوم پزشکی کرمان^۵ دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

چکیده

سابقه و هدف: میگرن شایع‌ترین سندرم سردرد اولیه بدون هیچ‌گونه علت پاتولوژیک خاص است که بر ابعاد فیزیکی، روانی و اجتماعی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت تأثیر منفی می‌گذارد. لذا در این مطالعه، نقش راهبردهای مقابله‌ای و باورهای درد در میزان ناتوانی ناشی از میگرن بررسی شد.

روش بررسی: در این مطالعه مقطعی، ۱۱۰ نفر از مبتلایان به میگرن بررسی شدند. اطلاعات مربوط به میزان ناتوانی توسط پرسشنامه HDI (Headache Disability Inventory)، راهبردهای مقابله‌ای توسط پرسشنامه راهبردهای مقابله (coping strategies' questionnaire) و باور درد توسط پرسشنامه دریافت‌ها و باورهای درد (pained Believes questionnaire) جمع‌آوری شد و اطلاعات به دست آمده با استفاده از نرم افزار SPSS v.16 و با استفاده از آزمون‌های تی مستقل، آنالیز واریانس و ضریب همبستگی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: ۱۱۰ بیمار با میانگین سنی ۲۲/۳۶ سال شامل ۳۶ مرد (۳۲/۷٪) و ۷۴ زن (۶۷/۳٪) بررسی شدند. در ۷۷ مورد (۷۰٪) شروع میگرن با پیش‌آگهی بود و ۳۵ مورد سرگیجه را به عنوان شایع‌ترین علامت گزارش کردند. میانگین نمره ناتوانی $48/06 \pm 6/8$ ، میانگین استفاده از راهبردهای مقابله $103/97 \pm 38/8$ و میانگین دریافت‌ها و باورهای درد $6/01 \pm 7/2$ - به دست آمد. بین میزان ناتوانی کل و راهبردهای مقابله همبستگی معنی‌داری یافت نشد. ولی بین میزان ناتوانی کل و باورهای درد همبستگی مثبت یافت شد ($r=0/2$ ، $P=0/002$). بین میزان باور درد و راهبردهای مقابله همبستگی یافت نشد ($P=0/7$).

نتیجه‌گیری: طبق یافته‌های این مطالعه، بین میزان ناتوانی و باورهای درد همبستگی مثبت معنی‌داری وجود داشت. درحالی‌که بین راهبردهای مقابله و باور درد همبستگی معنی‌داری یافت نشد.

واژگان کلیدی: میگرن، ناتوانی، راهبردهای مقابله‌ای، باور درد.

مقدمه

ساعت طول می‌کشد (۱). غالباً همراه با بی‌اشتهایی، تهوع و در مواردی استفراغ و در تعدادی از بیماران همراه با اختلالات آشکار حسی، حرکتی یا خلقی می‌باشد. شروع بیماری درده‌-های دوم و سوم زندگی می‌باشد و نسبت ابتلا در زنان به مردان از ۳ به ۱ تا ۳ به ۲ گزارش می‌شود (۳،۲). سردردهای میگرنی با وجود شیوع کمتر نسبت به سردردهای تنشی، دارای شدت بیشتر و قدرت ناتوان‌کنندگی بالاتری می‌باشند. براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت سردردهای میگرنی رتبه

میگرن، یکی از انواع شایع سردرد می‌باشد که به صورت سردردی عودکننده، خوش‌خیم و معمولاً یک طرفه در فواصل حملات بدون درد بروز می‌کند که به مدت ۴-۷۲

آدرس نویسنده مسئول: سیرجان، دانشکده علوم پزشکی سیرجان، دکتر امیرحسین حقیر

(email: amirhoseinhaghir@yahoo.com)

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۷/۳۰

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۱۰/۱۵

مواد و روشها

این مطالعه مقطعی روی ۱۱۰ نفر از دانشجویان مبتلا به میگرن که از قبل توسط پزشک تشخیص داده شده بود، در دانشگاه‌های آزاد و علوم پزشکی کاشان انجام شد. برای جمع آوری اطلاعات در این مطالعه از پرسشنامه‌های استاندارد HDI (سنجش ناتوانی ناشی از میگرن (Headache Disability Inventory)، پرسشنامه راهبردهای مقابله (Coping Strategies Questionnaire) و پرسشنامه دریافت‌ها و باورهای درد (Pained Believes Questionnaire) و پرسشنامه حاوی اطلاعات دموگرافیک که همه پرسشنامه‌ها طبق مطالعه‌های قبلی از اعتبار و روایی مناسب برخوردار بودند، استفاده شد (۹-۱۱).

پس از توزیع پرسشنامه‌ها در بین دانشجویان، اطلاعات از طریق مصاحبه و تکمیل سؤالات توسط بیماران میگرنی جمع آوری شد. داده‌های بدست آمده توسط نرم افزار SPSS V.16، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و برای تحلیل داده‌ها از آزمون‌های T مستقل، آنالیز واریانس و ضریب همبستگی استفاده شد.

یافته‌ها

از بین ۱۱۰ نفر نمونه بررسی شده، ۳۶ نفر مرد (۳۲/۷٪) و ۷۴ نفر زن (۶۷/۳٪)، ۹۶ نفر مجرد (۸۷/۳٪) و ۱۴ نفر متأهل (۱۲/۷٪) متاهل بودند. میانگین سنی نمونه‌های بررسی شده ۲۲/۳۶ سال به دست آمد. ۲۵ نفر در مقطع کاردانی (۲۲/۷٪)، ۷۷ نفر در مقطع کارشناسی (۷۰٪) و ۸ نفر (۷/۳٪) در مقطع ارشد و بالاتر مشغول به تحصیل بودند. همچنین ۶۲ نفر (۵۶/۴٪) سابقه خانوادگی میگرن داشتند. در ۷۷ مورد (۷۰٪) شروع میگرن با پیش آگهی بود که ۳۵ مورد سرگیجه را به عنوان شایع‌ترین علامت گزارش کردند. ۸۴ نفر (۷۶/۴٪) دارای تیپ شخصیتی A و ۲۶ نفر (۲۳/۶٪) دارای تیپ شخصیتی B بودند. متوسط نمره ناتوانی $6/75 \pm 48/06$ بود که در بین زنان بیشتر از مردان (جدول ۱) و در بین افراد متأهل نیز بیشتر از افراد مجرد بود (جدول ۲).

جدول ۱. مقایسه میانگین نمرات ناتوانی، باور درد و راهبردهای مقابله در دانشجویان میگرنی بر حسب جنس

متغیر	مرد	زن	نتیجه آزمون
ناتوانی	۴۷/۷۲	۴۸/۲۲	$P < 0/08$
باور درد	-۳/۹۴	-۷/۰۲	$p = 0/3$
راهبرد	۱۰۸/۱۹	۱۰۱/۹۱	$P < 0/7$

نوزدهم را بین همه اختلالات ایجادکننده ناتوانی به خود اختصاص داده‌اند و شیوع حملات درخانم‌ها تا ۱۷٪ و در آقایان تا ۶٪ در سال گزارش شده است (۴). شیوع میگرن در دانشجویان پزشکی کنیا، برزیل، اسپانیا و پرتغال به ترتیب ۳۸٪، ۳۹/۵٪، ۲۰/۸٪ و ۶/۱٪ بوده است و در مطالعه‌ای که در بین دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز انجام شده بود، شیوع میگرن ۲۳/۸٪ برآورد شد (۵). طبق مطالعه انجام شده، شانس بیماری برای مبتلایان با سابقه خانوادگی ۶ برابر مبتلایان بدون سابقه خانوادگی و با سابقه اختلال خواب ۵ برابر بیماران بدون سابقه اختلال خواب است (۶).

طی مطالعات انجام شده، رابطه معنی‌داری بین میگرن و عواملی چون سن، جنس، سابقه کار، فعالیت اجتماعی، روابط زناشویی و تفریحی وجود دارد (۷، ۸). در مطالعه انجام شده با هدف تعیین نقش راهبردهای مقابله با درد در بیماران، مشاهده شد که از بین راهبردهای مقابله‌ای مورد مطالعه، تنها راهبرد فاجعه آفرینی، با شدت درد رابطه مستقیم داشته و تحلیل همبستگی یافته‌های مطالعه نشان داد که افراد دارای درد بیشتر، نمره ناتوانی جسمی شدیدتری داشتند و آن گروه از افرادی که در مواجهه با درد خود، کمتر فاجعه آفرینی کرده و سعی در نادیده انگاشتن درد داشته و از راهبرد گفتگو با خود استفاده کردند، ناتوانی جسمی کمتری داشتند (۹). همچنین طی مطالعه انجام شده با هدف نقش باورهای مرتبط با درد در سازگاری با بیماری سرطان نتایج تحلیل همبستگی نشان داد که باورهای مربوط به درد با شدت درد، میزان درد و میزان اختلال در عملکرد روزانه رابطه دارد. همچنین همبستگی معنی‌داری بین باور به استمرار درد در آینده، باور به شدت درد در زمان حال و باور به اسرار آمیز بودن درد و بسیاری از شاخص‌های سلامت وجود دارد (۱۰). در مبتلایان به میگرن، ارتقاء شاخص‌های سلامت عمومی از جمله وضعیت جسمی، کارکرد اجتماعی، بهبود اضطراب، کاهش افسردگی در محیط خانه و مدرسه، اصلاح الگوی خواب و داشتن اطلاعات اپیدمیولوژیکی و خصوصیات بالینی سردردها می‌تواند به پیشگیری و درمان این دردها کمک شایانی کند (۴، ۶). با توجه به اینکه افت عملکرد این دسته از افراد جامعه در زندگی آنها و دیگران مؤثر خواهد بود، لذا در این مطالعه، نقش راهبردهای مقابله و باورهای درد در پیش بینی ناتوانی میگرن بررسی شد.

جدول ۲. مقایسه میانگین نمرات ناتوانی، باوردرد و راهبردهای مقابله در دانشجویان میگرنی برحسب تاهل

متغیر	مجرد	متاهل	نتیجه آزمون
ناتوانی	۴۷/۶	۵۱/۲۱	$P < ۰/۰۹$
باور درد	-۵/۷۵	-۷/۸۵	$P < ۰/۴$
راهبرد	۱۰۳/۷۸	۱۰۵/۲۸	$P < ۰/۱۱$

جدول ۴. مقایسه میانگین نمرات باور درد در دانشجویان میگرنی بر حسب مقطع تحصیلی

مقطع	کارشناسی	کارشناسی ارشد	بالاتر	نتیجه آزمون
اسرارآمیز	۱/۴۸	۱/۰۴	-۰/۷۵	$p = ۰/۰۳$
ثبات درد	-۲/۷۱	-۲/۵۲	-۴/۷۵	$P < ۰/۱۸$
استمرار درد	-۲/۲۹	-۲/۵۲	-۴/۳۷	$P < ۰/۶۵$
سرزنش خود	-۱/۸۱	-۱/۷۶	-۳/۳۷	$P < ۰/۷۶$

میانگین استفاده از راهبردهای مقابله $۱۰۳/۹۷ \pm ۳۸/۷۸$ بود که در مردان بیشتر از زنان (جدول ۱) و در افراد متأهل بیشتر از افراد مجرد بود (جدول ۲). میانگین دریافت و باور درد $۶/۰۱ \pm ۷/۲$ بود که در زنان بیشتر از مردان (جدول ۱) و در افراد متأهل بیشتر از افراد مجرد بود (جدول ۲). میانگین نمره ثبات درد در زمان حال $۲/۸۱$ ، خود سرزنش کردن $۱/۹۱$ ، اسرار آمیز بودن درد $۱/۲۱$ و استمرار درد در آینده $۲/۵$ به دست آمد. شیوع اختلال خواب در بین بیماران $۴۶/۴\%$ بود که فقط با عامل باور به استمرار درد در آینده رابطه معنی داری داشت ($P = ۰/۰۱$). همچنین بین اختلال در فعالیت روزمره با راهبرد مقابله با درد رابطه معنی دار وجود داشت ($P = ۰/۰۴$).

تیپ شخصیتی با عامل باور به استمرار به درد در آینده رابطه معنی داری داشت ($P = ۰/۰۴$). میانگین نمره باور به استمرار درد در آینده در تیپ A $۴/۵۳$ و در تیپ B $۲/۳۸$ و میانگین نمره باور به اسرار آمیز بودن درد در تیپ A $۱/۱۵$ و در تیپ B $۱/۴۲$ بود و افراد تیپ B باور درد بالاتری داشتند. بین تیپ شخصیتی و عامل باور به ثبات درد در زمان حال و خود سرزنش کردن، ناتوانی و راهبردهای مقابله رابطه معنی داری یافت نشد (جدول ۳). بین مقطع تحصیلی با میزان باور درد رابطه معنی داری یافت شد. بین باور درد در مقطع کارشناسی با اسرارآمیز بودن و بالاتر رابطه معنی داری یافت شد ($P = ۰/۰۲$) و همچنین در مقطع کارشناسی با کارشناسی ارشد و بالاتر رابطه معنی داری یافت شد ($P = ۰/۰۰۸$). همین طور بین مقطع تحصیلی و باور به اسرارآمیز بودن درد رابطه معنی دار وجود داشت ($P = ۰/۰۰۳$) (جدول ۴).

جدول ۳. مقایسه میانگین نمرات باور درد در دانشجویان میگرنی بر حسب تیپ شخصیت

باور	A	B	نتیجه آزمون
اسرارآمیز	۱/۱۵	۱/۴۲	$P < ۰/۱$
ثبات درد	-۲/۶۱	-۳/۴۶	$P < ۰/۴۶$
استمرار درد	-۲/۵۳	-۲/۳۸	$p < ۰/۰۴$
سرزنش خود	-۱/۷۷	-۲/۳۸	$P < ۰/۰۶$

بین میزان ناتوانی کل و باور درد همبستگی معنی داری وجود داشت ($P = ۰/۰۲$ و $r = ۰/۲$). بین میزان ناتوانی با باور به سرزنش کردن خود، استمرار درد و ثبات درد در زمان حال همبستگی معنی داری به ترتیب با $۰/۰۳$ ، $۰/۰۲$ ، $۰/۰۲$ به دست آمد، ولی بین ناتوانی با اسرار آمیز بودن همبستگی مثبت معنی داری یافت نشد. بین میزان ناتوانی کل و استفاده از راهبردهای مقابله همبستگی وجود نداشت. همچنین در این پژوهش طی تحلیل رگرسیونی که با هدف پیش بینی میزان ناتوانی براساس راهبردهای مقابله انجام شد، بین محدودیت فعالیت روزانه و راهبرد مقابله همبستگی معنی داری وجود داشت ($P = ۰/۰۴$ و $r = ۰/۱$). در حالی که بین راهبردهای مقابله با دیگر ناتوانی‌های موجود از جمله اختلال خواب همبستگی به دست نیامد. از بین متغیرهای موجود در پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، بین جنس و باور درد همبستگی معنی داری وجود داشت ($P = ۰/۰۱$)، ولی بین تاهل و باور درد همبستگی معنی دار یافت نشد.

بحث

در این مطالعه از کل ۱۱۰ نمونه بررسی شده، ۷۴ نفر زن ($۶۷/۳\%$) و ۳۶ نفر مرد ($۳۲/۷\%$) بودند که تعداد زنان دو برابر مردان بود که این شیوع بیشتر در خانم‌ها می‌تواند تا حدی مربوط به نقش هورمون‌های زنان در ایجاد سردردهای میگرنی باشد که این یافته با مطالعه حسین کچویی هم سو بود (۴). ولی در مطالعه آیت‌اللهی که بین دانش آموزان دبستانی انجام شده بود، تفاوتی بین دو جنس دیده نشد (۶). متوسط نمره ناتوانی $۴۸/۰۶ \pm ۶/۷۵$ به دست آمد که ناشی از شدت بالای درد در بیماران میگرن می‌باشد که در مطالعه صدرالدینی در بین دانشجویان علوم پزشکی تبریز، ناتوانی ۲۵ درصد بود (۵). در تحلیل رگرسیونی انجام شده بین محدودیت فعالیت روزمره و راهبرد مقابله همبستگی معنی داری یافت شد، که با مطالعه اصغری مقدم هم سو است (۹). به این ترتیب میزان محدودیت فعالیت روزمره در بین کسانی که از

مطالعه صدرالدینی رابطه معنی‌داری یافت شد (۵). وجود علائم قبل از وقوع میگرن، در بین ۷۰٪ از نمونه‌های این مطالعه یافت شد. در حالی که در مطالعات قبلی کمتر بوده است (۱۲،۲) ولی با مطالعه حسین کچویی و ناش هم خوانی دارد (۱۳،۴).

نتایج مطالعه حاضر در دو جهت بود: اول این که متوسط نمره ناتوانی ناشی از میگرن را در بین دانشجویان مبتلا به میگرن تعیین نمود که این نمره در بین بیماران میگرنی این مطالعه $48/06 \pm 6/8$ به دست آمد که نسبت به مطالعات قبلی بیشتر است؛ دوم این که نقش راهبردهای مقابله با درد و دریافت‌ها و باور درد در پیش بینی میزان ناتوانی بیماران میگرنی این مطالعه بررسی شد که بین باور درد و ناتوانی همبستگی معنی‌داری یافت شد، ولی بین راهبردهای مقابله با درد و ناتوانی کل همبستگی معنی‌داری یافت نشد.

تشکر و قدردانی

در پایان، از کلیه افراد شرکت کننده در مطالعه و همچنین از معاونت پژوهش دانشگاه علوم پزشکی کاشان به دلیل حمایت‌های مالی تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

راهبردهای مقابله ای کمتری استفاده می‌کنند بالا بوده، لذا با آموزش بیماران در راستای استفاده از راهبردهای مقابله، محدودیت فعالیت کاهش خواهد یافت.

نتایج تحلیل رگرسیونی چند متغیری مطالعه اصغری مقدم حاکی از آن است که باور عمیق‌تر به ثبات درد در زمان حال، پیش بینی کننده اختلال بیشتر در عملکرد روزانه بود (۱۰)؛ در حالی که در مطالعه حاضر بین باور به ثبات درد در زمان حال و اختلال در عملکرد روزانه رابطه معنی‌داری یافت نشد. بین باور درد و راهبرد های مقابله‌ای همبستگی معنی‌داری یافت نشد که با مطالعات اصغری مقدم هماهنگ است (۱۰،۹). شیوع اختلال خواب در بین نمونه‌های میگرنی $74/6\%$ بود که با عامل استمرار درد در آینده همبستگی معنی‌داری داشت ($P=0/01$) و این نشان می‌دهد که باور عمیق‌تر به استمرار درد در آینده پیش بینی کننده سلامت عمومی ضعیف‌تر است (۱۰). همچنین دارا بودن پیش آگهی قبل از وقوع میگرن نیز در افزایش میزان اختلال خواب تاثیر به سزایی دارد. بنابراین الگوی خواب طبیعی عامل موثری در تسکین بیماری میگرن بوده و در پیشگیری از حملات مکرر موثر واقع می‌شود. همچنین در این مطالعه بین سابقه خانوادگی و پیش آگهی رابطه معنی‌داری یافت نشد، ولی در

REFERENCES

1. Mirzaei G, A review of common Migraine in girl's high school and related fall in education in Shahrekord region. Journal of Shahrekord University of Medical Sciences 2004; 5:55-62. [In Persian]
2. Radat F, Mekies C, Géraud G, Valade D, Vivès E, Lucas C, et al. Anxiety, stress and coping behaviours in primary care migraine patients: results of the SMILE study. Cephalalgia 2008; 28:1115-25.
3. Chiroc C, O'Brien WH. Acceptance, appraisals, and coping in relation to migraine headache: an evaluation of interrelationships using daily diary methods. J Behav Med 2011; 34:307-20.
4. Kachuee H, Ameli J, Sharifi M, Tavallaei A, Keshavarzi N, Karamey GR. Evaluation of Provocating Factors of Migraine Attacks. kowsar Medical journal 2006; 11:279-284.
5. Sadreddini A, Pashapour A, Talebi M. Assessment of Prevalence and Type of Headache in Medical Students. Journal of Tabriz University of Medical Sciences 2006; 28:73-79. [In Persian]
6. Ayatollahi SMT, Khosravi A. Prevalence of Migraine and tension-type headache and their correlates in Shiraz primary school children. Journal of Babol University of Medical Sciences 2006; 8(1):78-85. (Text in Persian)
7. Huber D. Migraine--personality and coping mechanisms: a critical review. Psychother Psychosom Med Psychol 2003; 53:432-9.
8. Ong JC, Stepanski EJ, Gramling SE. Pain coping strategies for tension-type headache: possible implications for insomnia? J Clin Sleep Med 2009; 5: 52-6.
9. Asghari MA, Golak N. The Roles of Pain Coping Strategies in Adjustment to Chronic Pain. Daneshvar Raftar 2005; 12:1-18. [In Persian]
10. Asghari MA, Karimzadeh N, Emarlow P. The Role of Pain-Related Beliefs in Adjustment to Cancer Pain. Daneshvar Raftar 2005; 12:10-20. [In Persian]
11. Sajadinejad MS, Mohammadi N, Ashgahzadeh N. The evaluation of psychometric properties of headache disability inventory in the headache patients. Journal of Shahrekord University of Medical Sciences 2007; 9; 55-62. [In Persian]

12. Mohammadi Hosseini F, Farzadi L, Seyed Fatemi N. Tense factors and coping strategies in infertile women referring to Alzahra training clinical center of Tabriz. *J Reprod Infertil* 2001; 2: 27-34. [In Persian]
13. Nash JM, Williams DM, Nicholson R, Trask PC. The contribution of pain-related anxiety to disability from headache. *J Behav Med* 2006 ; 29:61-67.