

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۵، شماره ۴، تابستان ۱۳۹۴

مقایسه میانگین نمرات افسردگی، کیفیت خواب و تاب آوری در مبتلایان به سردردهای میگرنی و تنشی با افراد عادی



داود اکبرزاده^{۱*}، اکبر رجب زاده^۲، حسن امینی بیرامی^۳، علی محمدزاده^۴

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز
۲. کارشناسی ارشد مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز
۳. کارشناسی ارشد فلسفه دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز
۴. دانشیار روانشناسی دانشگاه پیام نور

تاریخ پذیرش: ۹۳/۱۲/۱۳

تاریخ بازبینی: ۹۳/۱۱/۱۸

تاریخ دریافت: ۹۳/۱۱/۱۶

چکیده

زمینه و هدف: سردرد یکی از شایع‌ترین شکایات انسان است که علل متفاوتی دارد و نوع تنشی و میگرنی آن بسیار شایع است و افسردگی، مشکلات خواب و تاب‌آوری کم در بیماران مبتلا به سردردهای میگرنی و تنشی بیشتر است. هدف این مطالعه، مقایسه میانگین نمرات افسردگی، کیفیت خواب و تاب‌آوری مبتلایان به سردردهای میگرنی و تنشی با افراد عادی بود.

مواد و روش‌ها: این پژوهش یک مطالعه تحلیلی-مورد شاهدهی است. نمونه پژوهش عبارت از ۴۴ بیمار مبتلا به سردرد تنشی و ۴۲ بیمار مبتلا به سردرد میگرن بود که از بین بیماران دارای تشخیص سردرد مراجعه کننده به کلینیک‌های سردرد درمانگاه‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز انتخاب شدند و ۴۳ آزمودنی بهنجار که با توجه به متغیرهای سن، جنسیت و تحصیلات با دو گروه دیگر هم‌تا شدند. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های افسردگی بک، کیفیت خواب پیتسبورگ و تاب‌آوری کانر و دیویسون استفاده شد. داده‌ها با روش تحلیل واریانس چندمتغیره تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: بین میانگین نمرات افسردگی، کیفیت خواب و تاب‌آوری در بیماران مبتلا به سردرد میگرنی و تنشی با افراد عادی تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($P < 0/01$). میانگین افسردگی $18/80 \pm 2/41$ و کیفیت خواب $12/33 \pm 3/30$ در بیماران دارای سردرد میگرنی بالاتر از دو گروه دیگر است. همچنین میانگین متغیر تاب‌آوری $35/80 \pm 3/04$ در بیماران دارای سردرد میگرنی پایین‌تر از بیماران دارای سردرد تنشی و افراد بهنجار است. **نتیجه‌گیری:** با توجه به وجود ارتباط معنی‌دار بین سردردهای مزمن با افسردگی، اختلالات خواب و تاب‌آوری پایین، در تشخیص، پیش‌آگهی و درمان سردردهای مزمن، بایستی ارزیابی جنبه‌های روانی همراه سردرد مورد نظر قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: افسردگی، کیفیت خواب، تاب‌آوری، سردرد میگرنی، سردرد تنشی.

مقدمه

اشکال بسیار متنوعی است، اما دو نوع اصلی آن در طب سرپایی سردردهای میگرنی و سردردهای تنشی می‌باشند^(۱). سردرد تنشی مزمن بوده و معمولاً بعد از ۲۰ سالگی شروع می‌شود. مشخصه آن حملات مکرر، اغلب روزانه، غیرضربانی، دو طرفه و واقع در پس سر بوده که با تهوع و استفراغ یا اختلالات بینایی همراه نیست، این

سردرد یکی از شایع‌ترین شکایاتی است که پزشکان با آن روبه‌رو می‌شوند. سالانه ۲۴۰ میلیون نفر در سراسر جهان از ۱/۴ میلیارد حمله سردرد رنج می‌برند^(۱). از این رو، سردرد هدف بزرگی برای مداخلات بهداشت عمومی به‌شمار می‌رود. گرچه سردرد دارای

نویسنده مسئول: داود اکبرزاده، تبریز، بالاتر از هتل مرمر، مجتمع دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز

ایمیل: davoud.akbarzadeh@gmail.com

به فواید خواب توجه ندارند^(۱۰). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که اختلالات خواب نشانگان رایج در افراد مبتلا به سردرد می‌باشد و در اشکال مزمن سردرد و بیماران دارای اختلالات روانپزشکی همبود شیوع بیشتری دارد. همچنین درد مزمن ممکن است علت کیفیت ضعیف خواب باشد. در واقع می‌توان گفت وجود اختلالات خواب در افراد مبتلا به سردردهای اولیه که شامل میگرن، نوع تنشی و خوشه‌ای می‌باشد، به‌طور مسلم مشخص شده است^(۱۱). ایسبیک و همکاران^(۱۲) نتیجه گرفتند که خروپف کردن، ناهنجاری‌های خواب، عرق کردن در طی خواب و خواب‌آلودگی در طی روز در بین کودکان مبتلا به میگرن در مقایسه با گروه کودکان بدون میگرن و سردرد بسیار رایج است. در پژوهشی راوی و همکاران^(۱۳) نشان دادند که بیماران مبتلا به میگرن در مقایسه با گروه کنترل به‌طور معنی‌داری بیشتر از اختلال خواب رنج می‌برند. در پژوهشی موسی رضایی اقدم و همکاران^(۱۴) نشان دادند مختل شدن الگوی خواب در افرادی که از سردردهای میگرنی رنج می‌برد، بیشتر است.

تاب‌آوری به‌عنوان حیطه‌ای پرتطرفدار در سال‌های اخیر، به مطالعه و کشف توانمندی‌های فردی و بین فردی می‌پردازد و باعث پیشرفت و مقاومت در شرایط دشوار می‌گردد^(۱۵). تاب‌آوری قابلیت فرد در برقراری تعادل زیستی-روانی و معنوی، در مقابل شرایط مخاطره‌آمیز می‌باشد، نوعی ترمیم خود، که با پیامدهای مثبت هیجانی، عاطفی و شناختی همراه است^(۱۶). در واقع تاب‌آوری به انطباق موفقیت یافته می‌شود که در آوردگاه مصائب و استرس‌های توان‌کاه و ناتوان‌ساز آشکار می‌گردد. این تعریف از تاب‌آوری، بیانگر کنش‌وری و پویایی سازه‌ای است که مستلزم تعادل پیچیده بین عوامل خطر ساز و محافظت کننده است^(۱۷).

به‌طور کلی فشارهای زندگی وارده بر فرد، نحوه مقابله فرد با آن فشار و میزان مقاومت و تحمل فشارها بر ایجاد و تشدید حملات میگرنی تأثیر زیادی دارد. در پژوهشی نشان داده شد که رابطه معنی‌داری بین سردردهای میگرنی و شیوه‌های مقابله با حوادث زندگی وجود دارد^(۱۸). در تحقیقی نشان داده شد هنگامی که با استفاده از نوروفیدبک،

نوع سردرد در زنان شایع‌تر از مردان است^(۳). سردرد میگرنی هم بیشتر به‌صورت یک‌طرفه و غالباً ضربان‌دار و با تهوع، حساسیت به نور و احساس خستگی همراه است که به‌مدت ۴-۷۲ ساعت طول می‌کشد و با اورای بینایی و گاهی علائم نورولوژیک توصیف می‌شود و شیوع آن در مردان ۶-۴ درصد و در زنان ۱۸-۱۳ درصد است^(۴). افسردگی با اختلال آشکار در خلق مشخص می‌شود، افسردگی اساسی اغلب مبهم و همراه با دلواپسی است که با یک یا چند تظاهرات جسمی نظیر سردرد همراه است. میگرن و سردرد تنشی از شایع‌ترین نوع سردردها در تمام جوامع بشری است و بسیاری از سردردهای مزمن همراه مسائل روانی و رفتاری می‌باشند^(۵).

یک ارتباط معنی‌داری بین سردردهایی که از زمان کودکی یا بلوغ شروع می‌شوند و بروز افسردگی در سال‌های بعد وجود دارد. افرادی که از افسردگی رنج می‌برند، دو برابر افراد غیرافسرده شانس بروز سردرد دارند و وجود افسردگی اساسی در هنگام بلوغ در فردی که هیچ شکایتی از سردرد نداشته، حاکی از شروع یک سردرد در آینده می‌باشد که می‌توان نتیجه گرفت که یک ارتباط عصبی شیمیایی و داروشناختی بین افسردگی و سردرد وجود دارد^(۶).

در بررسی ویکتور و روپر^(۷) حدود یک سوم بیماران با سردرد تنشی علائم افسردگی داشتند. در پژوهشی دیگر شفتل و آتلاس^(۸) افسردگی را شایع‌ترین اختلال روان‌شناختی در افراد مبتلا به سردرد دانسته‌اند و از سوی دیگر نشان داده‌اند که ۵۲ درصد از بیماران روانپزشکی که به‌خاطر افسردگی درمان می‌شوند، از سردرد رنج می‌برند. در مطالعه هولروید^(۹) بررسی بیماران مبتلا به سردرد مزمن همراه یک اختلال روانی داشتند، مشخص گردید که ۵۸ درصد این افراد، میگرن تغییر یافته یا مزمن شده و ۳۵ درصد سردرد تنشی داشتند و شیوع افسردگی اساسی ۵۷ درصد بود.

از سویی خواب فرایندی فعال است که به‌واسطه سیستم عصبی مرکزی، عوامل عصبی‌غدد درون‌ریز و رفتاری تنظیم می‌شود. خواب و استراحت نقش ترمیمی و حفاظتی داشته و در بازسازی قوای جسمی و هیجانی سهیم هستند. اغلب افراد تا زمانی که به مشکلات ناشی از خواب دچار نشوند،

معیارهای ورود افراد برای پژوهش حاضر با استناد به معیارهای تشخیصی انجمن بین‌المللی سردرد^(۳۱) برای سردردهای تنشی عبارت از سابقه حداقل ۱۰ حمله با خصوصیات طول مدت سردرد ۳۰ دقیقه تا ۷ روز، حملات سردرد با علایمی نظیر وجود سردرد به صورت فشارنده، شدت خفیف تا متوسط، دوطرفه بودن و عدم تشدید در بالا رفتن از پله‌ها و فعالیت مشابه آن، داشتن پرونده پزشکی و دریافت تشخیص زیر نظر متخصص مغز و اعصاب بودند.

همچنین معیارهای ورود برای سردرد میگرنی عبارت از داشتن پرونده پزشکی و دریافت تشخیص زیر نظر متخصص مغز و اعصاب، سابقه حداقل ۵ حمله، حملات سردرد به مدت ۴ تا ۷۲ ساعت، حملات سردرد یک‌طرفه، ضربان‌دار، شدت متوسط تا شدید، وجود تهوع یا استفراغ و نبود ترس از نور و ترس از صوت یا یکی از آن‌ها بودند. معیارهای خروج از مطالعه برای دو گروه سردرد میگرنی و تنشی، عبارت از ابتلا به اختلالات روان‌پریشی، بروز هر عارضه‌ای مثل گوارشی یا هر عارضه ناخواسته دیگر که مانع پاسخگویی بیماران شود، داشتن وابستگی به مواد یا سوءمصرف مواد و ابتلا به اختلال پزشکی عمده یا اختلال عصب‌شناختی یا بیماری جسمانی مزمن بودند.

برای گردآوری داده‌ها از سه پرسشنامه استفاده شد. پرسشنامه بازنگری شده بک که حاوی ۲۱ ماده است و هر پرسش دارای ۴ جمله است که هر کدام علامتی از افسردگی را از کم (نمره صفر) تا زیاد (نمره سه) نشان می‌دهد. نمره کلی هر فرد با جمع نمرات در تمام جنبه‌ها به دست می‌آید.

پایایی این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ و تصنیف به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۸۲ گزارش شده است^(۳۲). همچنین از پرسشنامه کیفیت خواب پیتسبورگ برای سنجش کیفیت و الگوی خواب افراد ساخته شده است، استفاده شد. این پرسشنامه شامل ۱۸ عبارت است که کیفیت خواب افراد با ارزیابی ۷ ویژگی مشخص می‌سازد. این مواد عبارتند از: کیفیت خواب از نظر خود فرد، مدت زمانی که طول می‌کشد تا فرد به خواب برود، طول مدت خواب، کارایی خواب (بازدهی خواب)، مشکلات زمان خواب، استفاده از داروهای خواب‌آور

تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری فرد تقویت و بهبود می‌یابد، فراوانی و شدت حملات میگرنی و وخامت سلامت عمومی کاهش می‌یابد^(۱۹). در پژوهشی دیگر آقاییوسفی و بازیاری میمند^(۳۰) نشان دادند افرادی که دارای تاب‌آوری بالایی هستند، از سلامت عمومی بیشتری برخوردار بوده و می‌توانند بدین وسیله تعداد و شدت حملات میگرنی را کاهش دهند.

با توجه به مباحث مطرح شده افسردگی بیشتر با تداوم و تکرار سردرد رابطه دارد تا با شدت آن، از سویی کیفیت خواب نامناسب و تحمل مشکلات و تاب‌آوری پایین می‌توانند در سردردهای میگرنی و تنشی نقش داشته باشند، بنابراین در تشخیص، پیش‌آگهی و درمان سردردهای مزمن بایستی به جنبه‌های روانی همراه آن توجه بیشتری نمود و درمان روان‌شناختی را به عنوان مکمل مدنظر داشت. در این راستا پژوهش حاضر به منظور روشن شدن میزان همراهی سردرد و عوامل روان‌شناختی طرح‌ریزی شده است تا در صورت معنی‌دار بودن، بتوان با استفاده از راهکارهایی میزان سردرد (میگرنی و تنشی) را کاهش داد. براین اساس هدف پژوهش حاضر مقایسه افسردگی، کیفیت خواب و تاب‌آوری در در مبتلایان به سردردهای میگرنی و تنشی و مقایسه آن‌ها در افراد فاقد سردرد بود.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه مورد شاهدهی (توصیفی - تحلیلی) است. جامعه مورد مطالعه مبتلایان به سردردهای میگرنی و تنشی که به کلینیک‌های سردرد درمانگاه‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز مراجعه می‌کردند، بودند که از این میان، تعداد ۴۴ بیمار دارای سردردهای تنشی و ۴۲ بیمار مبتلا به سردرد میگرنی به صورت در دسترس انتخاب شدند. همچنین ۴۳ آزمودنی بهنجار با توجه به متغیرهای سن، جنسیت و تحصیلات، با دو گروه دیگر هم‌تا گردیدند. تشخیص سردردهای میگرنی و تنشی براساس معیارهای انجمن بین‌المللی سردرد (IHS) و با تأیید دو نفر متخصص مغز و اعصاب گذاشته می‌شد. گروه کنترل (شاهد) هم از بین مراجعین به کلینیک‌های ارتوپدی و پوست که مبتلا به سردردهای میگرنی و تنشی نبودند، به صورت تصادفی انتخاب شدند.

خصوص پر کردن پرسشنامه‌ها به آن‌ها داده شد و رضایت بیماران نیز کسب شد. بعد از ارائه راهکارهای لازم پرسشنامه‌ها در اختیار آن‌ها قرار گرفت تا به سوالات پاسخ دهند. در ضمن در صورت نداشتن سواد برخی بیماران، پرسش‌ها توسط پژوهشگر خوانده می‌شد و پاسخ‌های بیماران ثبت می‌گردید. پس از گردآوری داده‌ها به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS ۱۹ استفاده گردید. برای تحلیل آماری از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) در سطح معنی‌داری $P < 0/05$ استفاده شد.

یافته‌ها

در این پژوهش ۴۴ بیمار دارای سردرد تنشی، ۴۲ بیمار مبتلا به سردرد میگرنی و ۴۳ نفر گروه فاقد سردرد شرکت داشتند. میانگین سنی در گروه بیماران $27/30 \pm 7/9$ و در گروه شاهد $27/10 \pm 7/6$ سال بود و با توجه به اینکه دو گروه مورد و شاهد از نظر سنی همانند شده بود، اختلاف آماری معنی‌داری بین میانگین سنی دو گروه موجود نبود. همچنین میزان تحصیلات آزمودنی‌های پژوهش، فوق دیپلم تا فوق لیسانس بود. جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد نمرات آزمودنی‌ها را در متغیرهای پژوهش نشان می‌دهد.

و اختلال در عملکرد روزانه، هر یک از ۷ زیر مقیاس این پرسشنامه نمره صفر تا ۳ را به‌خود اختصاص می‌دهد، نمرات بالاتر نشان دهنده کیفیت ضعیف خواب است. نمره کل بزرگ‌تر از ۵ نشان دهنده این است که شرکت کننده، یک فرد با کیفیت خواب نامطلوب است و دارای مشکلات شدید حداقل در ۲ حیطه یا دارای مشکلات متوسط در بیشتر از ۳ حیطه است. بولاختر و همکاران^(۳۳) با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ پایایی آزمون را $0/83$ گزارش کردند. اعتبار این پرسشنامه برای جمعیت ایرانی از انیستیتو روان‌پزشکی تهران مورد تأیید قرار گرفته است^(۳۴).

همچنین از پرسشنامه تاب‌آوری که توسط کانر و دیویدسون ساخته شده است، استفاده گردید. این پرسشنامه دارای ۲۵ سؤال است که در مقیاس لیکرت بین صفر (کاملاً نادرست) تا ۴ (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. نمره میانگین این مقیاس ۵۲ است و هر چه نمره آزمودنی بالاتر از ۵۲ باشد، تاب‌آوری بیشتر و هر چه به صفر نزدیک‌تر شود، تاب‌آوری کمتر می‌شود. به‌منظور تعیین پایایی این مقیاس از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که ضریب پایایی حاصله $0/89$ گزارش گردید^(۳۵).

همچنین بعد از صحبت با شرکت‌کنندگان، توضیحات لازم در

۱. میانگین و انحراف استاندارد نمرات متغیرهای افسردگی، کیفیت خواب و تاب‌آوری در

بیماران دارای سردردهای تنشی، میگرنی و افراد بهنجار

گروه‌ها			
بهنجار	میگرنی	تنشی	
میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار	
$8/84 \pm 1/65$	$18/80 \pm 2/41$	$14/84 \pm 2/05$	افسردگی
$4/40 \pm 0/54$	$12/33 \pm 3/30$	$9/15 \pm 2/09$	کیفیت خواب
$62/05 \pm 6/80$	$35/80 \pm 3/04$	$55/50 \pm 4/03$	تاب‌آوری

بررسی نرمال بودن، در هیچ یک از متغیرها رد نشد ($P > 0/50$). همچنین جهت بررسی برابری واریانس متغیرهای وابسته در سه گروه از آزمون لوین استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ ارائه شده است. چنانچه ملاحظه می شود بین واریانس گروه‌ها در تمامی متغیرها تفاوت معنی داری وجود ندارد و واریانس گروه‌ها با هم برابر می باشد، از این رو پیش فرض تساوی واریانس‌ها برای کلیه متغیرها رعایت شده است و می توان از آزمون‌های کمی جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده کرد.

جدول ۱ نشان می دهد که میانگین نمره افسردگی و کیفیت خواب در بیماران دارای سردرد میگرنی بالاتر از دو گروه دیگر است. همچنین میانگین نمره متغیر تاب آوری در بیماران دارای سردرد میگرنی پایین تر از بیماران دارای سردرد تنشی و افراد بهنجار است.

به منظور مقایسه متغیرهای وابسته در سه گروه، از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد. دو پیش فرض مرتبط بهنجار بودن توزیع متغیر در جامعه و برابری واریانس‌ها مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون شاپیروویلک جهت

جدول ۲: نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض تساوی واریانس‌های دو گروه در متغیرهای پژوهش

متغیرها	F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	P
افسردگی	۱/۳۰	۲	۱۲۶	۰/۲۵۶
کیفیت خواب	۳/۱۲	۲	۱۲۶	۰/۰۸۰
تاب آوری	۰/۰۷	۲	۱۲۶	۰/۷۸۷

نشان داد که حدود ۱۸ درصد است، یعنی ۱۸ درصد از واریانس متغیرهای وابسته توسط عضویت گروهی تبیین شده است.

نتایج آزمون معنی داری تحلیل واریانس چندمتغیره (جدول ۳) نشان داد که دست کم در یکی از متغیرهای وابسته در بین سه گروه مورد مطالعه، تفاوت معنی داری وجود دارد. مقدار مجذور η

جدول ۳: نتایج آزمون‌های معنی داری مانووا بر اثر اصلی متغیر گروه بر متغیرهای وابسته

متغیرها	آزمون	ارزش	F	P	مجذور η
گروه	پیلایی بارتلتپ	۰/۱۸	۵/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۱۸۷
	لامبدای ویلکز	۰/۸۱	۵/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۱۸۷
	اثر هتلینگ	۰/۲۳	۵/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۱۸۷
	بزرگ ترین ریشه خطا	۰/۲۳	۵/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۱۸۷

همان طور که در جدول ۴ مشاهده می شود، بین میانگین نمره‌های افسردگی ($F=23/90, P<0/01$)، کیفیت خواب ($F=8/93, P<0/01$) و تاب آوری ($F=6/13, P<0/01$) در بیماران دارای سردرد تنشی و میگرنی و افراد بهنجار تفاوت معنی داری وجود داشت.

۴. خلاصه آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره برای مقایسه متغیرهای وابسته در سه گروه

متغیرها	SS	df	MS	F	P
افسردگی	۲۴۷/۵۰۶	۱	۲۴۷/۵۰۶	۲۳/۹۰۴	۰/۰۰۱
کیفیت خواب	۶۵/۰۲۵	۱	۶۵/۰۲۵	۸/۹۳۹	۰/۰۰۳
تاب‌آوری	۱۵۷۷/۹۳۷	۱	۱۵۷۷/۹۳۷	۶/۱۳۴	۰/۰۴۲

کنترل درد، به‌کاهش احساس خودکارآمدی و ایجاد خطاهای شناختی و افسردگی در فرد می‌انجامد. از سوی دیگر باورها و چشمداشت‌های نادرست درباره درد، زمینه ایجاد خلق منفی را در فرد فراهم می‌آورد و گاهی به خودپنداره کلی و عزت نفس وی نیز آسیب می‌رساند و باعث تشدید افسردگی می‌شود^(۸).

یافته دیگر پژوهش نشان داد که بین سه گروه از مبتلایان در متغیر کیفیت خواب تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بدین معنا که متغیر کیفیت خواب در مبتلایان به سردردهای میگرنی نسبت به مبتلایان به سردردهای تنشی و عادی بیشتر است. این یافته با نتایج پژوهش‌های ایسیک و همکاران^(۱۲)، راوی و همکاران^(۱۳) و بوآردمن و همکاران^(۱۴) هم‌سو است.

نتایج پژوهش فوستر و همکاران^(۲۷) نشان داد که می‌توان با محدود کردن انتخابی مراحل خواب عمیق فراوانی و شدت حملات میگرن را کاهش داد. خسروی، رنجبر و کریمی نسب^(۲۸) نیز نتیجه گرفتند که اصلاح الگوی خواب و ارتقا سلامت عمومی می‌تواند در پیشگیری از ابتلا به سردرد نوع تنشی و انواع دیگر سردرد مؤثر باشد. تبیین احتمالی دیگر این است که کیفیت خواب نامطلوب بر تنظیم ساعات خواب تأثیر گذاشته و منجر به افزایش اضطراب و افسردگی می‌شود و به نوبه خود سلامت روانی، جسمانی و عملکرد روزانه افراد را تحت تأثیر قرار داده و موجب تغییر در شیوه زندگی، افزایش بیماری و همچنین سردرد در بلند مدت می‌شود^(۱۱).

این یافته همچنین با نتایج مطالعه راسموسن^(۲۹) در خصوص رابطه بین وضعیت خواب و میگرن مطابقت دارد ولی در مورد رابطه بین وضعیت خواب و سردرد تنشی هم‌خوانی ندارد. در مجموع

نتایج آزمون تعقیبی "ال‌اس‌دی" جهت مقایسه دو به دو میانگین‌ها نشان داد که میانگین نمره‌های هر یک از متغیرهای افسردگی و کیفیت خواب در بیماران دارای سردردهای میگرنی نسبت به بیماران دارای سردردهای تنشی و افراد بهنجار و نیز بیماران دارای سردردهای تنشی نسبت به افراد بهنجار به‌طور معنی‌داری بیشتر بود. همچنین میانگین تاب‌آوری در در بیماران دارای سردردهای میگرنی و تنشی نسبت به افراد بهنجار کمتر بود ($P < 0/01$).

بحث

هدف پژوهش حاضر مقایسه افسردگی، کیفیت خواب و تاب‌آوری در بیماران مبتلا به سردردهای میگرنی، تنشی و افراد عادی بود. نتایج پژوهش نشان داد که بین سه گروه از مبتلایان در متغیر افسردگی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بدین معنا که متغیر افسردگی در مبتلایان به سردردهای میگرنی نسبت به مبتلایان به سردردهای تنشی و عادی بیشتر است. این یافته با نتایج پژوهش‌های ویکتور و روپر^(۷)، شفتل و آتلاس^(۸) و هولروید^(۹) هم‌سو است. همچنین این پژوهش نشان داد که افسردگی در مبتلایان به سردرد تنشی با گروه عادی تفاوت دارد. یعنی در بیماران با سردرد تنشی افسردگی بیشتر بود که با مطالعه برسو^(۲۶) که نقش افسردگی را در ایجاد سردردهای مزمن مطرح نموده و ارتباط بین سردردهای مزمن و افسردگی را بررسی نموده، هم‌خوانی دارد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که خودداری از فعالیت‌های شخصی یا انجام ناقص آنها که در افسردگی وجود دارد، بر زندگی عاطفی فرد تأثیر می‌گذارد. احساس بی‌کفایتی و ناکارآمدی در

روپارویی صحیح افراد با مشکلات و نحوه تفکر آن‌ها تأثیر بگذارد) می‌شود^(۳۱)، همگی می‌توانند بر ارتقاء سلامت روانی و جسمانی فرد و کاهش نشانه‌ها و عوارض بیماری سردرد میگرنی از جمله اختلالات خلقی و بالاخص افسردگی تأثیرات فراوانی بگذارند.

نتیجه‌گیری

با توجه به اینکه بیماری سردرد میگرنی و تنشی یک بیماری چند عاملی است، بی شک عوامل ارثی، روان‌شناختی و اجتماعی زیادی در بروز و تشدید آن نقش دارند و شاید یکی از کاستی‌های این بررسی، بررسی صرف عوامل روان-شناختی افسردگی، کیفیت خواب و تاب‌آوری باشد، بنابراین، براساس نتایج بررسی حاضر، می‌توان گفت در تشخیص، پیش‌آگهی و درمان سردردهای مزمن بایستی به جنبه‌های روانی همراه سردرد توجه کافی مبذول داشت و غربال‌گری مبتلایان به سردردهای میگرنی و تنشی از نظر وجود افسردگی و اختلالات خواب با ارزش بوده و موجب پیشگیری از مزمن شدن سردرد می‌گردد و استفاده از داروهای ضد افسردگی و به‌کارگیری روش نوروفیدبک، افزایش تاب‌آوری و غیره موجب تسریع در بهبود سردرد و کاهش هزینه‌های تشخیصی و درمانی خواهد شد.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله نویسندگان بر خود لازم می‌دانند تا از تمام افرادی که در جمع‌آوری داده‌ها نقش داشته‌اند و همچنین از استادان گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز تقدیر و تشکر نمایند.

به‌نظر می‌رسد که خواب غیرطبیعی عامل خطر نسبتاً قوی برای سردردهای یاد شده به‌ویژه میگرنی باشد. البته چنین تفسیری را همواره بایستی با احتیاط بیان نمود، زیرا در مطالعات مقطعی و موردشاهدی احتمال روی دادن تورش علیت معکوس وجود دارد زیرا اغلب، اثبات توالی زمانی بین مواجهه و پیامد امکان‌پذیر نیست، یعنی به‌جای این استنباط که خواب غیرطبیعی عامل خطر برای میگرنی بوده می‌توان اظهار داشت که بیماری میگرنی سبب ایجاد خواب غیرطبیعی شده‌است.

یافته دیگر پژوهش نشان داد که بین سه گروه از مبتلایان در متغیر تاب‌آوری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بدین معنا که متغیر تاب‌آوری در مبتلایان به سردردهای میگرنی نسبت به مبتلایان به سردردهای تنشی و عادی بیشتر است. این یافته با نتایج پژوهش‌های فاره و همکاران^(۱۸) و آقاییوسفی و بازیاری میمند^(۲۰) هم‌سو است. تحقیقات انجام شده بر روی افرادی که از تاب‌آوری بالایی برخوردارند نیز نشان می‌دهد، تاب‌آوری به‌عنوان یک متغیر میانجی حفاظت‌کننده از فرد در برابر شرایط سخت می‌باشد^(۳۰)، از سویی تاب‌آوری بالا می‌تواند تأثیرات منفی عوامل استرس‌زا را بر سلامت فرد کاهش دهد. بنابراین تاب‌آوری کم باعث اضطراب، نگرانی و غیره بیشتر و در نتیجه عود بیماری شده، زمینه را جهت ابتلا یا تشدید بیماری‌های روان‌تنی از جمله سردرد میگرنی فراهم می‌نماید. به‌عبارت دیگر تاب‌آوری بر سازگاری کلی روانی و اجتماعی و متعاقباً سلامت بدنی-پزشکی فرد تأثیر چشمگیری دارد. همچنین افزایش تاب‌آوری (به‌عنوان مکانیسم بیرونی مثبت) که شامل حمایت‌ها، ارتباطات اجتماعی-عاطفی مثبت، فرهنگ و ارزش‌های فردی و اجتماعی (که می‌توان بر نحوه

References

1. Evans RW, Evans JN, Mathew NT, Rosenthal RC. Handbook of Headache. 2ed. Philadelphia: Lippincott. Williams and Wilkins 2000; 139-144.
2. Stovner Lj, 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. *Cephalgia*. 2007 Mar; 27(3):193-210.
3. Aminoff M, Greenberg D, Simon R, Roger P, David A, Michael J. *Clinical Neurology*. 7th. New York: McGraw Hill. 2007; pp: 85-92.
4. Natoli JL, Manack A, Dean B, Butler Q, Turkel CC, Stovner L, et al. Global prevalence of chronic migraine: a systematic review. *Cephalgia*. 2009; 30(5): 599-609.
5. Ziegler OK, Paolo AN. Headache symptoms and psychological profile of headache, prone individuals a comparison of clinical patients and controls. *Arch Neurol*. 1995 Jun; 52(6):602-6.
6. Breslau N, Schulte LR, Stewart WF. Headache and major depression. *Neurology* 2000; 54(2): 308-313.
7. Victor M, Roper A. *Adams and Victor's principles of neurology*. 7th. New York: McGraw Hill. 2001; pp: 175-192.
8. Sheftell FD, Atlas SJ. Migraine psychiatric comorbidity: From theory and hypotheses to clinical application. *Headache*. 2002 Oct; 42(9):934-44.
9. Holroyd KA, Stensland M, Lipehik G. Psychosocial correlates and impact chronic tension- type headache, *Headache* 2000; 40(1): 3-16.
10. Asadnia S, Sepehrianazar F, Mosarrezaii Aghdam A, Saadatmand S. [Comparison of sleep quality and migraine headaches in people with proper and improper and poor sleep (Persian)]. *Urmia Medical Journal* 2013; 23(7): 799-806.
11. Tommaso M, Sardaro M, Vecchio E, Serpino E, Stasi M, Ranieri M. Central sensitization phenomena in primary headaches: overview of a preventive-therapeutic approach. *CNS Neurol Disord Drug Targets* 2008; 7(5); 524-35.
12. Isik V, Hamutca R, Ay P, Save D, Arman A, Karkoc F, et al. Prevalence of headache and its association with sleep disorder in children. *Pediatr Neurol*. 2007 Mar; 36(3):146-51.
13. Ravi G, Manjeet B, Devendra D, Sameer Sh, Rahul S, Kapil S, et al. Impact of primary headaches on subjective sleep parameters among adolescents. *Ann Indian Acad Neurol* 2008; 11(3): 164-169.
14. Mosarrezaii Aghdam F, Sepehrian S, Asadnia M, Zamanlu M. Cognitive behaviour therapy is effective for improving the sleep quality of patients with migraine headaches. Tehran: 19th Iranian European Neurology Congress; 2012.
15. Richardson GE. The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of clinical psychology* 2002; 58(3): 307-321.
16. Masten AS. Ordinary magic: Resilience processes in development. *Journal American Psychologist* 2001; 56(3): 227-238.
17. Brodrick DA, Sawyer SM. Adolescent resilience: a conceptual analysis. *J Adolesc*. 2003 Feb; 26(1):1-11.
18. Frare M, Axia G, Battistella PA. Quality of life, coping strategies, and family routines in children with headache. *Headache*. 2002 Nov-Dec; 42(10):953-62.
19. Lucas S, Hoffman J, Bell K and Dikmen S, A prospective study of prevalence and characterization of headache following mild traumatic brain injury. *Cephalgia* 2013; 2(1):1-10.
20. Aghayusefi AR, Bazyari Meymand M. Study of general health, resiliency, and defense mechanisms in patients with migraine headache, *ISMJ* 2013; 16(2): 118-127.

21. The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition. *Cephalalgia* 2004; 24 (1): 9-160.
22. Beck AT, Steer RA, Epstein N. Self-concept dimension cilinical depressed and anxious out patients. *J Clin Psychol* 1979; 48(4): 423-432.
23. Burkhalter H, Sereika M, Engberig S, Justrice A, Steriger J, Geest S. Structure validity of the Pittsburgh Sleep Quality Index in renal transplant recipients: a confirmatory factor analysis. *Sleep Biol Rhythms* 2010; 8(3): 274-281.
24. Farhadynasab A, Azymi H. [Pattern and mental quality of sleep and its relationship with personality traits among the student of Hamedan medical university (Persian)]. *Sci J Hamdan Univ Med Sci* 2008; 1(47): 11-15.
25. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*. 2003; 18(2): 76-82.
26. Breslau N, Schulte LR, Stewart WF. Headache and major depression. *Neurology* 2000; 54(2): 308-313.
27. Foster KA, Liskin J, Cen S, Abbott A, Armisen V, Globe D, et al. The trager approach in the treatment of chronic headache: a pilot study. *Altern Ther Health Med*. 2004 Sep-Oct;10(5):40-6.
28. Khosravy A, Rangbar S, Karymynasab M. [Prevalence of migraine and tension headache and its association with sleep quality in nurses and midwives working in university of Shahrood (Persian)]. *J Health. Special of Sixth Iranian Congress of Epidemiology* 2010; 5(1): 192.
29. Rasmussen BK. Migraine and tension-type headache in a general population: precipitating factors, female hormones, sleep pattern and relation to lifestyle. *Pain* 1993; 53(1): 65-72.
30. Sojo V, Guarino L. Mediated moderation or moderated mediation: relationship between length of unemployment, resilience, coping and health. *Span J Psychol*. 2011 May;14(1):272-81.
31. Faux S, Sheedy J: A prospective controlled study in the prevalence of posttraumatic headache following mild traumatic brain injury. *Pain Med*, 2008; 9:1001–1011.

Comparing the mean score of Depression, sleep quality and resiliency in patients with Migraine and Tension type headaches with healthy individuals

Davoud Akbarzadeh^{*1}, Akbar Rajabzadeh², Hasan Amini Beyrami³, Ali Mahamzadeh⁴

1. Msc Student of Psychology, Islamic Azad University, Tabriz Branch, Tabriz

2. Msc Student of Counseling, Islamic Azad University, Tabriz Branch, Tabriz

3. Msc Student of Philosophy, Islamic Azad University, Tabriz Branch, Tabriz

4. Associate professor of Psychology, Payam-e-Nour University

ABSTRACT

Aim and Background: Headache is one of the most common complaints of patients and it has different causes. Migraine and Tension headaches are among the most common types of headache. Depression, sleep problems and low resilience are much more seen in patients with migraine and tension-type headaches.

Methods and Materials: This is a case-control study; the studied sample consists of 44 patients with tension-type headache diagnosis, and 42 patients with migraine headache selected among those referred to Headache clinics and clinics in Tabriz University of Medical Sciences in Iran. Also 43 healthy individuals matched with the other two groups according to age, gender and educational level were included. The Beck depression scale, Pittsburgh sleep quality index and Connor resilience scale were used. Data were analyzed using multivariable analysis of variance (MANOVA).

Findings: There were significant differences in depression, sleep quality, and resilience mean scores between both groups of patients (migraine and tension-type headaches) with healthy individuals ($P < 0.01$). Mean depression score and sleep quality in patients with migraine headache were higher than the other two groups ($2/41 \pm 18/80$ for depression and $3/30 \pm 12/33$ for sleep quality). Mean resilience in patients with migraine headache was lower than the other group of patients and the control group ($3/04 \pm 35/80$).

Conclusions: Considering significant correlation between migraine and tension type headache (TTH) with depression, sleep problems and low resilience evaluation of psychological aspect of these patients is necessary for quick treatment.

Keywords: Depression, Sleep Quality, Resilience, Migraine Type Headaches, Tension-type Headache

► Please cite this paper as:

[Comparing the mean score of Depression, sleep quality and resiliency in patients with Migraine and Tension type headaches with healthy individuals" (Persian)]. JAP 2015;5(4):32-41.

Corresponding Author: Akbarzadeh D, Rajabzadeh A, Amini beyrami H, Mahamzadeh A

Email: davoud.akbarzadeh@gmail.com