

کارکرد خانواده در بیماران مبتلا به سردرد مزمن و غیر مزمن و افراد فاقد سردرد

سارا زندیه*، محسن دهقانی**، فرهاد عصارزادگان***

* کارشناس ارشد خانواده درمانی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

** دانشیار، روان شناسی بالینی، پژوهشکده خانواده، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

*** استادیار، نورولوژیست، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

چکیده

تاریخچه:

دریافت: ۱۳۹۲/۱۰/۱۴

تجدیدنظر: ۱۳۹۳/۰۱/۲۶

پذیرش: ۱۳۹۳/۰۲/۰۹

هدف: هدف از این مطالعه مقایسه کارکرد خانواده در بیماران مبتلا به سردرد با افراد سالم بود.

روش: شرکت کنندگان این پژوهش ۱۲۴ بیمار (۸۹ زن و ۳۵ مرد) که مبتلا به سردرد مزمن و سردرد تکرار شونده بودند، که از این تعداد ۶۹ نفر مبتلا به سردرد مزمن و ۵۵ نفر مبتلا به سردرد تکرار شونده بودند. در گروه کنترل نیز ۵۳ نفر از افرادی که سابقه جدی سردرد نداشتند، شرکت کردند. شرکت کنندگان این پژوهش به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و پرسشنامه جمعیت شناختی و مقیاس سنجش خانواده (*FAD*) توسط این افراد تکمیل شد و آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) برای بررسی معنا دار بودن تفاوت میانگین های سه گروه اجرا شد. نتایج نشان داد که کارکرد خانواده بین گروه کنترل و بیمار تفاوت معنی داری نشان می دهد ($p < 0/01$) همچنین بین سه گروه افراد مبتلا به سردرد مزمن و غیر مزمن و گروه کنترل تفاوت معناداری در زیر مقیاس های *FAD* وجود داشت.

کلیدواژه‌ها:

کارکرد خانواده، سردرد مزمن و سردرد غیر مزمن.

یافته‌ها: نتایج آزمون تعقیبی جیمز هاوول نشان داد که افراد مبتلا به سردرد مزمن نسبت به گروه کنترل (فاقد سردرد) کارکرد ضعیف تری در تمام زیر مقیاس های کارکرد خانواده داشتند.

نتیجه‌گیری: نایابین نتیجه می‌گیریم خانواده های بیماران مبتلا به سردرد بخصوص سردرد مزمن دچار بدکارکردی هستند و نقش خانواده در ایجاد، تثبیت و بدتر شدن سردرد عود کننده باید بیش از پیش مورد توجه قرار گیرد. بررسی نقش عوامل خانوادگی ما را به یافته های جالبی خواهد رساند و در فهم بیشتر ما از این اختلال پیچیده مفید واقع می‌شود.

Family functioning in patients with chronic headache, non-chronic headache and headache free individuals

*S. Zandie, **M. Dehghani, ***F. Asarzagdegan

* M.A in Family Thrapy, Shahid beheshti university, Tehran, Iran.

** Associate of Professor, psychology department, Shahid beheshti university, Tehran, Iran.

*** Assistant Professor of Neurology, Shahid beheshti university, Tehran, Iran .

Abstract

Objective: The aim of this study was to compare and evaluate family functioning in families with a member suffering from headache and families without this situation.

Methods: The participants in this study were 124 patients who were suffering from recurring headaches and chronic headaches, 69 patients had chronic headache and 55 patients suffering from recurring headaches. In the control group, there was 53 individuals had not a history of severe headaches. Participants of this study who chose in neurology clinics was sampled as in access participants. They complete demographic questionnaire and Family Assessment Device (FAD), and MANOVA (multivariate analysis of variance) test performed for this goal. Results showed that there was significant difference between chronic headache, non-chronic headache, and control group ($p < 0.01$). Otherwise, there was significant difference between these groups in FAD's subscales.

Results: Games-Howell post hoc test indicated patients with chronic headache had poorer family function in comparison to control group.

Conclusion: We can conclude that families of headache patients in particular chronic headache, have dysfunctional family and we should consider the role of family in consolidation and deterioration of headaches more than past. Off course giving attention to family factors could be help us in understanding this complex disorder.

Article Information:

History:

Receipt: 2014/03/16

Revise: 2015/08/22

Acceptance: 2015/09/06

Keywords:

family function, chronic and non-chronic headache.

مقدمه

در سال به علت ابتلا به میگرن از دست می رود. همچنین بیماران میگرنی ناکامی بیشتری را در زندگی خانوادگی و اجتماعی و روابط جنسی خود تجربه می کنند (پروزو^۱ و همکاران، ۲۰۰۵؛ پیترز^۲ و همکاران، ۲۰۰۵).

علاوه بر فشار و باری که سردرد مزمن بر اقتصاد و جامعه دارد، ویژگی های همه گیر شناسی و بالینی سردرد مزمن اظهار دارد که این سردرد بر خدمات مراقبت بهداشتی اولیه، ثانویه و ثالث تاثیر بالایی دارد (ناپی^۴ و همکاران، ۲۰۰۸).

سردردهای مزمن وعود کننده به عنوان یک عامل استرس^۵ شناخته می شوند و این مشکل جدی بر کیفیت زندگی فرد و خانواده موثر است و به صورت معنی داری بر عملکرد طبیعی خانواده به شیوه های گوناگونی اثر گذار است (لودر^۶ و تیجن^۷، ۲۰۰۰) زیرا درد مزمن نه تنها توانایی های بیمار بلکه توانایی مراقبین بیمار مبتلا را به تدریج از بین می برد (گچل، ۱۹۹۶). تعامل بین عوامل روانشناختی و ادراک شدت سردرد یک فرایند دوطرفه هست و درد مستمر معمولاً فعالیت های عادی را مختل کرده واضطراب و افسردگی را افزایش می دهد و به دنبال آن این اختلالات روانشناختی احتمال مزمن شدن درد را افزایش می دهند (اولسن^۸ و دیگران، ۲۰۰۶). پیشرفت های نظری و رشد فزاینده تحقیقات، مبانی لازم برای مفهوم سازی سردرد به عنوان یک اختلال روانی-

سردرد یکی از شایعترین درد هایی است که از دیر باز با زندگی ما عجین شده است و بسته به میزان شدت آن در افراد مختلف، ناتوانی های متعددی را به جا گذاشته است. بیش از ۹۰ درصد همه سردردها، یا "سردردهای میگرن" هستند یا "سردرد های تنشی".

مطالعات در اروپا و آمریکا نشان داده اند که ۶ تا ۸ درصد از مردان و ۱۵ تا ۱۸ درصد از زنان در سال دچار میگرن، دوسوم مردان بالغ و بیشتر از ۸۰ درصد از زنان مبتلا به سردرد تنشی (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۴) و ۴ الی ۵ درصد از جمعیت کل دچار سردرد مزمن می گردند. سردردهای مزمن به عنوان یک اولویت مهم سلامت عمومی مطرح شده اند. سردردها نه تنها دردناکند، بلکه ناتوان کننده نیز هستند. بر اساس آمار سازمان بهداشت جهانی^۱، میگرن یکی از ۱۹ علت ناتوانی است. اختلالات سردرد کیفیت زندگی معیوب و هزینه های مالی و معمولاً ترس دائم از حمله بعدی را به بیماران تحمیل می کند. همچنین به زندگی خانوادگی و اجتماعی و شغلی آسیب می زند. برای مثال فعالیت اجتماعی و ظرفیت کار در ۶۰ درصد از بیمارانی که از سردرد تنشی رنج می برند، کاهش می یابد. تحمیل هزینه های مالی به جامعه- ساعات از دست دادن کار و کاهش تولید- بسیار زیاد است. در انگلستان، حدود ۲۵ میلیون روز کاری یا تحصیلی

5 -Stressor
6 - Loder
7 - Tietjen
8 - Olesen, J.

1 - World Health Organization (WHO)
2 - Perozzo
3 - Peters
4 - Nappi, G.

درد ممکن است برای دریافت حمایت و توجه از طرف اعضا خانواده بروز پیدا کند. بنابراین رفتارهای درد ممکن است در این خانواده ها به عنوان شیوه-ای قابل قبول برای بیان ناراحتی های هیجانی تقویت شود. در موقعیتی این چنینی، سردرد می تواند در خانواده ها تغییر مسیر توجه از مشکلاتی که افراد قادر به حل یا مقابله با آن نیستند به یک مشکل پزشکی قابل قبول تر و ملموس تر مثل سردرد باشد. بهبود ارتباطات بین والدین در خانواده های مبتلا به سردرد، میزان درد را به مقدار زیادی کاهش می دهد (روی و همکاران، ۱۹۸۶).

خانواده های دارای فرزند مبتلا به سردرد نرخ بالاتری در طلاق، تعارضات خانوادگی داشته و استرس والدگری بیشتری دارند (لارسون^۳، ۱۹۸۸)، کمتر از کمک خویشاوندان و دوستان بهره مند میشوند و بنابراین مجبورند بر منابع خودشان در مواجهه با مشکل و حوادث زندگی تکیه کنند. این خانواده ها همچنین بین اعضای خود نزدیکی و صمیمیت کمتری دارند. از طرفی، خانواده هایی که دارای فرزندان مبتلا به سردرد هستند استرس بیشتری تجربه می کنند؛ آنها مجبورند سردرد فرزندان را مدیریت کنند، حمایت اجتماعی کمتری دارند، تعارضات خانوادگی بیشتری دارند و مادران از شغل خود رضایت کمتری دارند چون آنها باید زمان و انرژی زیادی را برای مراقبت از

فیزیولوژیکی (اختلال جسمی که تحت تاثیر استرس های روانی-اجتماعی و محیطی قرار دارد) فراهم آورده است (یوبینگر^۱، ۲۰۱۱).

بکال^۲ (۱۹۸۲)، مدل زیستی-روانی را ابداع کرده در آن سردرد عود کننده را پیامد معادلات پیچیده بین عوامل روانشناختی، محیطی، فیزیولوژیک، بیوشیمیایی و ژنتیکی دانست. این مدل، متغیرهای اجتماعی و محیطی را در ایجاد و بدتر شدن سردرد مهم می داند. بسیاری از بیمارانی که از سردرد رنج می برند مشکلات پیچیده مرتبط با خانواده دارند و وقایع استرس آور در خانواده می تواند سردرد عود کننده را تشدید کند (روی، ۱۹۸۶).

چون سردرد شرایطی جدی است که بر سیستم خانواده به دلیل خاصیت مزمن بودنش تاثیر گذار است، محققان شدیداً بر پویایی های خانواده و یکپارچگی خانواده و کارکرد خانواده وقتی بیماری جدی در خانواده وجود دارد، تاکید کرده اند. از طرفی، چون خانواده به شدت بر عملکرد فرد در زندگی اثر گذار است؛ علاقه زیادی برای ارتقا سلامت در خانواده، مراقبت از اعضای خانواده هایی با بیماریهای مزمن و سازگاری با استرس هایی که افراد تجربه می کنند، وجود دارد بخصوص وقتی نقش هایشان گسترده میشود تا خانواده را با ثبات نگه دارند (نیومن، ۱۹۹۵)

محیط خانواده و فرایندهای تعاملی در خانواده در ایجاد و نگهداری اختلالات درد دخیل است. برای مثال وقتی که رفتارهای ابراز هیجانی توسط خانواده، تشویق و پذیرفته نمی شوند، رفتارهای

اعضای خانواده صرف نمایند (ناپولی^۱ و همکاران، ۲۰۰۲).

به دلیل اینکه خانواده به عنوان جنبه مهمی از بافت اجتماعی و محیطی برای افراد تلقی می‌شود، ایجاد و بدتر شدن سردردهای عود کننده حکم میکند که به عملکرد و پاسخ‌های خانواده توجه ویژه شود (اد^۲، هولم^۳ و متگر^۴، ۱۹۹۱). چون در مطالعات قبلی مزمن بودن سردرد به عنوان مشکلی جدی و اثر گذار بر فرد و خانواده مورد بررسی دقیق قرار نگرفته است، در پژوهش حاضر سعی بر آن است که کارکرد خانواده در تمام ابعادش یعنی حل مسئله، ارتباطات، پاسخدهی عاطفی، درآمیختگی عاطفی، نقش‌ها و کنترل رفتاری در خانواده‌ی بیماران مبتلا به سردرد با تاکید بر مزمن بودن درد این بیماران صورت گیرد.

ابزار های پژوهش

پرسشنامه ویژگی های جمعیت شناختی: این پرسشنامه جهت بررسی ویژگی های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها شامل: سن، جنس، تحصیلات و وضعیت تاهل و نوع سردرد (میگرن یا تنشی) تهیه گردیده است.

ابزار سنجش خانواده (FAD): این پرسشنامه ۶۰ سوال دارد که برای سنجش هفت بعد کارکرد خانواده طبق مدل مک مستر از کارکرد خانواده ساخته شده است (ریان و همکاران، ۲۰۰۵) و با استفاده از آن می‌توان خانواده‌های سالم و ناسالم را در هفت بعد متفاوت متمایز کرد؛ این ابعاد عبارتند

از: کارکرد کلی (سطح کلی بهنجاری یا آسیب در خانواده)، حل مسئله (روش خانواده در حل مسائل)، ارتباطات (وضوح و صراحت تبادل اطلاعات کلامی در خانواده)، نقش‌ها (وضوح و تناسب توزیع نقش‌ها در خانواده)، آمیختگی عاطفی (میزان توجه اعضای خانواده به فعالیت‌ها و علائق یکدیگر)، پاسخگویی عاطفی (پاسخگویی خانواده با دامنه کاملی از هیجان‌های متناسب با موقعیت) و کنترل رفتار (میزان وضوح قوانین خانواده). هر سوال روی مقیاس لیکرتی ۴ نقطه‌ای درجه بندی می‌شود (۱= کاملاً موافق، ۴= کاملاً مخالف). *FAD* در نمونه های روان پزشکی از ویژگی‌های روان‌سنجی مناسبی برخوردار بوده است (ریان و همکاران، ۲۰۰۵). بیشترین مقدار ثبات درونی برای این پرسشنامه در زیر مقیاس پاسخگویی عاطفی ($\alpha = 0.83$) و کمترین مقدار آن برای زیر مقیاس نقش‌ها ($\alpha = 0.72$) گزارش شده است. روایی این پرسشنامه نیز رضایت بخش بوده است (ریان و همکاران، ۲۰۰۵؛ نقل از عباسی و همکاران، ۱۳۸۸).

روش

روش تحقیق این پژوهش از نوع توصیفی - مقایسه‌ای و مقطعی بود

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

نمونه این پژوهش شامل ۱۲۴ بیمار مبتلا به سردرد و ۵۴ نفر کنترل بود. از بین بیماران مبتلا به سردرد ۸۹ نفر زن و ۳۵ نفر را مرد تشکیل می‌دادند (حدود ۷۷ درصد زن و ۲۹ درصد مرد). از بین

1 -Napoli

2 -Ehde, D. M.

3 - Holm, J. E.

4 -Metzger, D. L.

بودند. تمام شرکت کنندگان این پژوهش را افراد ۱۸ تا ۶۰ ساله تشکیل می دادند. روش نمونه گیری این پژوهش بصورت در دسترس و داوطلبانه با اخذ رضایت نامه کتبی پس از اطلاع بیمار صورت گرفت.

حجم گروه کنترل در این پژوهش ۵۳ نفر بود که از بین کارکنان بیمارستان امام حسین به روش در دسترس انتخاب شدند. افراد گروه کنترل بر اساس سابقه نداشتن بیماری جسمی و روانی شدید و نداشتن تجربه سردرد مداوم چک شده اند (سردرد گاهگاهی که حدود ۹۰ درصد از افراد در زندگیشان حداقل یکبار دچار میشوند و به وسیله یک مسکن ساده برطرف می شود ملاک انتخاب نبود). سن این افراد بین ۱۸ تا ۵۱ ساله بود با میانگین سنی ۲۶/۷ سال. پرسشنامه ای که به این افراد داده شد، پرسشنامه سنجش کارکرد خانواده (FAD) بود.

یافته ها

افراد مبتلا به سردرد ۶۹ نفر (۵۵/۶٪) مبتلا به سردرد مزمن و ۵۵ نفر (۴۴/۴٪) مبتلا به سردرد غیر مزمن بودند. کلیه بیماران مبتلا به سردرد مزمن یا دوره های تکرار شونده سردرد، که در بازه زمانی اردیبهشت ۱۳۹۱ تا آذر ماه ۱۳۹۱ به بیمارستان امام حسین شهر تهران و یکی از مطب‌های مغز و اعصاب تهران مراجعه کردند، جامعه آماری این پژوهش این مطالعه را تشکیل می دهند.

در این مطالعه افراد به دو دسته کلی **گروه کنترل** که افراد فاقد مشکل سردرد بودند و افراد مبتلا به سردرد تقسیم شدند. افرادی که دچار سردرد بودند هم به نوبه خود به دو دسته افراد مبتلا به سردرد مزمن و افراد مبتلا به سردرد غیر مزمن تقسیم بندی شدند. همچنین یک تقسیم بندی دیگر افراد را به دو گروه مبتلا به سردرد نوع میگرن و مبتلا به سردرد نوع تنشی دسته بندی نمود.

حجم نمونه برای این پژوهش شامل ۱۲۴ نفر مبتلا به سردرد مزمن یا دوره‌های سردرد تکرار شونده

جدول ۱- اطلاعات جمعیت شناختی و بالینی شرکت کنندگان

گروه	بیماران	کنترل
سن (میانگین)	۳۲/۵۱	۲۶/۷۰
جنسیت	۸۹ (۷۱٪)	۳۰ (۵۶/۶٪)
مذکر	۳۵ (۲۸/۲٪)	۲۳ (۴۳/۴٪)
مجرد	۳۹ (۳۱/۵٪)	۳۹ (۷۳/۶٪)
متاهل	۸۳ (۶۶/۹٪)	۱۴ (۲۶/۴٪)
تحصیلات	۲۰ (۱۶/۱٪)	-
ابتدایی و راهنمایی		

دبیرستان	۴۴ (۳۵/۵٪)	۱۴ (۲۶/۴٪)
کارشناسی	۳۳ (۲۶/۶٪)	۱۵ (۲۸/۳٪)
ارشد به بالا	۲۷ (۲۱/۸٪)	۱۲ (۴۱/۵٪)
نوع سردرد	میگرن ۹۰ (۷۲/۶٪)	-
	تنشی ۳۴ (۲۷/۴٪)	-
نوع درد	مزمن ۶۹ (۵۵/۶٪)	-
	تکرارشونده (غیرمزمن) ۵۵ (۴۴/۴٪)	-

قبل از اجرای آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) برای بررسی پیش فرض همگنی ماتریس های واریانس-کوواریانس از آزمون ام باکس استفاده شد که نتایج آن را در جدول زیر مشاهده می کنید.

جدول ۲- نتایج آزمون ام باکس جهت بررسی برابری ماتریس واریانس- کوواریانس

Box's M	۱۰۷/۷۷
F	۱/۸۰
درجه آزادی ۱	۵۶
درجه آزادی ۲	۷/۸۸
معناداری	۰/۰۰۱

همانطور که در جدول ۴ مشاهده می شود، معناداری آزمون ام باکس $p < ۰/۰۱$ است. که این یافته ناهمگنی ماتریس واریانس- کوواریانس را نشان می دهد. بنابراین F چند متغیری با استفاده از اثر پیلایی گزارش می شود.

جدول ۳- گزارش آزمون چند متغیره اثر پیلایی

آزمون معاداری	مقدار	F	درجه آزادی	موضع
لاثر پیلایی	۰/۲۲	۳/۸۸	۱۴	۰/۰۰۰

همچنین به منظور بررسی پیش فرض برابری واریانس ها نیز از آزمون لون استفاده شد که نتایج آن را در جدول زیر مشاهده می کنید.

جدول ۴- آزمون لون برای برابری واریانس ها

F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	مغادارلا
۷/۷۸	۲	۱۷۴	۰/۱۲

نتایج جدول ۴ نشان می دهد که، آزمون لون معنادار نیست و این نشان دهنده برقراری شرط برابری واریانس ها است.

غیر مزمن و افراد کنترل تفاوت معنی داری وجود دارد. نتایج آزمون تعقیبی جیمز هاول نشان می دهد که بین دو گروه افراد مبتلا به سردرد مزمن و افراد گروه کنترل و افراد مبتلا به سردرد غیر مزمن و افراد کنترل در زیر مقیاس های حل مسئله، ارتباطات و نقش ها تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین در بعد آمیختگی عاطفی و پاسخدهی عاطفی، تنها بین دو گروه افراد مبتلا به سردرد مزمن و گروه کنترل تفاوت معنی داری مشاهده شد. در بعد کنترل رفتار و در بعد کارکرد کلی خانواده، بین گروه افراد مزمن و غیر مزمن و همچنین افراد مزمن و کنترل تفاوت معنی داری بود ولی بین گروه افراد غیر مزمن و کنترل در این ابعاد تفاوت معنی داری وجود نداشت.

در ادامه از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) جهت مقایسه میانگین های سه گروه (افراد مبتلا به سردرد مزمن، افراد مبتلا به سردرد تکرار شونده و گروه کنترل) استفاده می گردد. ضمن اینکه به منظور مقایسه های دوتایی متغیرها در خرده مقیاس های کارکرد خانواده، از آزمون تعقیبی جیمز هاول استفاده می شود که نتایج این مقایسه در جدول ۵ آورده شده است. همانطور که در جدول ۵ مشاهده می کنید در تمام خرده مقیاس های کارکرد خانواده بین بیماران مبتلا به سردرد مزمن،

جدول ۵- نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره و آزمون تعقیبی جیمز هاول

زیر مقیاس	۱-مزمن	۲-غیر مزمن	۳-کنترل	F	معنی داری	آزمون تعقیبی جیمز هاول
ل مسئله	(۰/۶۷)۲/۵۸	(۰/۶۷)۲/۴۶	(۰/۳۹)۲/۰۴	۲, ۴۷۴	۰/۰۰۱	۱>۳
ارتباطات	(۰/۴۵)۲/۵۶	(۰/۴۹)۲/۴۴	(۰/۳۶)۲/۱۶		۰/۰۰۱	۲>۳

۲>۳							
۱>۳	۰/۰۰۱	۱۰/۲۴	(۰/۴۰)۲/۱۶	(۰/۴۳)۲/۳۵	(۰/۳۹)۲/۵۰	نقش ه	
۱>۳	۰/۰۱	۴/۴۴	(۰/۳۳)۲/۳۳	(۰/۳۴)۲/۳۸	(۰/۳۹)۲/۵۱	پا خدهی	
						عاطفی	
۱>۳	۰/۰۰۱	۶/۸۴	(۰/۴۸)۲/۱۸	(۰/۴۷)۲/۳۱	(۰/۴۹)۲/۵۰	-	
۱>۳	۰/۰۰۲	۶/۴۰	(۰/۳۴)۲/۱۹	(۰/۴۲)۲/۲۷	(۰/۳۴)۲/۴۳	ننرل رفتار	
۱>۲							
۱>۳	۰/۰۰۱	۱۰/۶۴	(۰/۲۵)۲/۳۰	(۰/۳۴)۲/۴۰	(۰/۲۹)۲/۵۵	کارکرد کلی	
۱>۲						انواده	

نمره بالاتر در *FAD* نشان دهنده کارکرد ضعیف تر در خانواده است.

بحث

سیستم خانواده اثر گذار است. یکی از عوامل

استرس این است که سردرد فعالیت طبیعی خانواده را مختل می کند چون در زمان های غیر قابل پیش بینی رخ می دهد. سردردهای مزمن و عود کننده به عنوان یک عامل استرس^۳ شناخته می شوند چون سردرد شرایطی جدی است که برسیستم خانواده به دلیل خاصیت مزمن بودنش تاثیر گذار است (نیومن، ۱۹۹۵). پاسخی که اطرافیان به ابراز درد یکی از اعضا که از درد مزمن رنج می برد می دهند هم می تواند درد را کاهش دهد و هم باعث شدت آن شود (اسنلینگ، ۱۹۹۴). عواملی که باعث پیامدهای منفی می شود می تواند منجر به بدتر شدن سردرد و تضعیف سیستم خانواده شود و نیز عواملی که باعث پیامدهای مثبت می شوند می تواند منجر به کاهش سردرد و و قوی شدن سیستم شود (نیومن، ۱۹۹۵).

یافته های پیشین نشان داده است که کارکرد خانواده در بیماران مبتلا به سردرد در مقایسه با گروه سالم، در بعد کنترل رفتاری (لیاکوپولو کیریس و

یافته های پژوهش حاضر نشان داد که کارکرد خانواده در بیماران مبتلا به سردرد پایین تر از افراد گروه کنترل بود، که این تفاوت عمدتاً بین بیماران مبتلا به سردرد مزمن و افراد سالم وجود داشت به نحوی که در تمام ابعاد کارکرد خانواده عملکرد خانواده های بیماران مبتلا به سردرد مزمن پایین تر از گروه کنترل بود. این یافته با بسیاری از مطالعات (اد، هولم، متگر، ۱۹۹۱؛ اسنلینگ، ۱۹۹۴؛ اسمیت، ۱۹۹۹، روی و همکاران، ۱۹۸۶؛ کوپ و همکاران، ۱۹۹۵؛ لیاکوپولو کیریس و دیگران، ۲۰۰۲؛ پالمو^۱ و دیگران، ۲۰۰۷) در این حوزه همسو است.

افرادی که سردرد مزمن دارند اکثریت افرادی را تشکیل می دهند که به دنبال درمان هستند و نرخ بالایی از همبودی های روانپزشکی و پزشکی و همچنین اختلال در عملکرد و ناتوانی دارند را نسبت به گروهی که سردرد دوره ای دارند، تجربه می کنند (گچل^۲، ۲۰۰۴). این خانواده ها، ممکن است با چندین استرس مواجه شوند که دائماً بر

3 -Stressor

4 -Snelling

1 -Koch

2 - Gatchel

در نتیجه، ارتباطات درون خانواده وقتی بهم می‌خورد که نقش‌های یکی یا همه اعضا مکرراً مختل شود و این خود منجر به اختلال در کارکرد نقش‌های خانوادگی می‌گردد (اسمیت، ۱۹۹۹).

دیگر اعضای خانواده، فرد بیمار و مراقب را مسئول این تغییرات نقش می‌دانند و ممکن است به دنبال آن احتمالاً احساس کنند مسئولیت‌های خانوادگی اضافی را بر دوش می‌کشند چرا که وقتی انتظاراتی که از نقش‌های فرد مبتلا و مراقب کننده می‌رود، برآورده نمی‌شود، رفتارهای ناسازگار و ناموثر، در سیستم خانواده ایجاد یک چرخه معیوب شامل رفتارهای جبرانی می‌کند از طرفی مراقبت از فردی که دچار سردرد است در خانواده موجب حس ناامیدی و درماندگی در مراقب می‌گردد. در این خانواده‌ها اعضای خانواده می‌خواهند به فردی که دچار سردرد شده کمک کنند اما تجارب قبلی ناموفق به آنها یاد داده است که برای کاهش یا توقف سردرد کاری از دستشان بر نمی‌آید در نتیجه حس درماندگی و ناکامی به آنها دست می‌دهد. اعضا برای اینکه سردرد فرد مبتلا بدتر نشود و عضو مبتلا اذیت نگردد، ارتباط کمتری با او برقرار می‌کنند. فاصله گرفتن اعضا از یکدیگر منجر به جدایی بیشتر آنها و سست شدن ارتباطات خانواده می‌گردد و این به نوبه خود موجب تنش و ناراحتی بین اعضا و ایجاد جو هیجانی منفی در محیط خانواده می‌شود. از طرفی میزان راحتی در ابراز احساسات و خودانگیزگی کمتری بین اعضای این خانواده‌ها و فضای کمتر جهت بیان نارضایتی‌ها و انتقادات

همکاران، ۲۰۰۲ و اد و دیگران، ۱۹۹۱) و پاسخدهی عاطفی (پالرمو و دیگران، ۲۰۰۵) و آمیختگی عاطفی (جوهری فرد و همکاران، ۲۰۱۳) و عملکرد کلی خانواده تفاوت وجود داشت (جوهری فرد و همکاران، ۲۰۱۳؛ پالرمو و دیگران، ۲۰۰۵ و لیاکوپولو کیریس و همکاران، ۲۰۰۲).

خانواده‌هایی که فرد مبتلا به میگرن دارند، احتمالاً کنترل همه جنبه‌ای در سازمان دهی، ساختار و نقش‌ها اعمال می‌کنند ولی برای ابراز هیجان‌اتشان تشویق نمی‌شوند که این می‌تواند به این معنا باشد که افراد مبتلا به میگرن، اهمیت زیادی به نگره داری نقش‌ها و استانداردها در خانواده هایشان می‌دهند. (اد و دیگران، ۱۹۹۱). شاید بتوان گفت، زمانی که بیماری برای مدت طولانی ادامه می‌یابد و مزمن می‌گردد، هزینه های اقتصادی و اجتماعی و خانوادگی زیادی را تحمیل می‌نماید و احتمالاً الگوهای خانوادگی نیز بدنبال این بیماری مزمن تحت تاثیر قرار می‌گیرند. وجود این تغییرات در سیستم خانواده - که عمدتاً ناخواسته هستند - باعث برهم خوردن تعادل سیستم خانواده می‌شود و در نتیجه خانواده برای بازگرداندن شرایط به وضع عادی مجبور به تغییراتی در نقش‌ها و وظایف خود می‌شود. درآمد خانواده نیز تحت تاثیر سردرد قرار می‌گیرد. وقتی عضوی از خانواده که مبتلا به سردرد است قادر به کارکردن نباشد، ساعات کاری زیادی از دست می‌روند. او مجبور است به افراد دیگر درون خانواده برای مراقبت و حمایت تکیه کند و مراقبان افراد مبتلا به سردرد زیر بار بیماری قرار می‌گیرند.

1 - Caregivers

در محیط خانواده نسبت به خانواده های سالم (کوپ، ۱۹۹۵)، منجر به سطح پایینی از ارتباطات بین اعضا و در نتیجه اغتشاش تعامل عاطفی افراد با یکدیگر می گردد. این فرایند کارکرد خانواده را در حوزه ارتباطات، پاسخگویی عاطفی و آمیختگی عاطفی دچار اختلال می کند. همچنین به دلیل اینکه بیشتر بیماران مبتلا به سردرد را زنان تشکیل می دهند (انجمن بین المللی سردرد، ۲۰۱۱) بنابراین فعالیت های خانه دچار خلل می گردد و مشکلاتی در حوزه های کارکردی مثل نقش ها و ارتباطات ایجاد می شود و وقتی اعضای خانواده نتوانند بدرستی با یکدیگر تعامل کنند، مسائل و مشکلات احتمالی خانواده حل نشده باقی می ماند چون فرایند حل مسئله بین اعضا نیازمند تعامل و ارتباط صحیح و کارآمد است بنابراین کارکرد خانواده در بعد حل مسئله نیز دچار اختلال می گردد.

فعالیت های لذت بخش و اوقات فراغت خانواده نیز در خانواده های بیماران مبتلا به سردرد مختل می شود (کوپ، ۱۹۹۵) به این دلیل که اعضای خانواده ممکن است بخاطر عضوی که مبتلا به سردرد است برنامه هایشان را کنسل کنند و یا کار بخصوصی را در یک زمان خاص نتوانند انجام دهند. اعضای خانواده ممکن است استقلال شخصی شان را رها کنند و به عضو مبتلا به سردرد اجازه دهند که کنترل موقعیت های خانوادگی را بدست گیرند که این موجب از دست رفتن مرزهای بین فردی در این خانواده ها می شود (اسمیت و فریدمن، ۱۹۹۹). در این خانواده ها، مرزهای نسلی

ضعیف، اقتدار و حریم خصوصی اعضای خانواده کم است. همچنین خانواده ها سیستم های خشکی^۱ هستند که قادر به حل کردن تعارضات و مشکلات یا کنارآمدن موثر با استرس و موقعیت های ناکام کننده نیستند و درد در این خانواده ها به علت تمرکز که این خود منجر به اختلال در کارکرد کلی خانواده می گردد. فرضیه واضحی که برای این مسئله مطرح شده این است که علائم سردرد در یکی از اعضای خانواده در واقع وسیله ای برای حل کردن تنش های موجود در خانواده است؛ تنش هایی که اعضا به علت سطح پایین گشودگی^۲ و ارتباطات درون خانواده، قادر به صحبت راجع به آن نیستند و بنابراین سردرد آن عضو از خانواده تعادلی را در سیستم ناکارآمد خانواده برقرار می کند (کوپ و همکاران، ۱۹۹۵).

به طور کلی درد مزمن مشکل مخربی است که سبب تاثیر بر خانواده بیمار، علاوه بر خود بیمار می گردد. مراقبان خانواده نقش حیاتی در اداره درد بیماران دارند (کیم و یو، ۲۰۱۱). با توجه به این امر مصلحت است که افراد خانواده از ابتدا در جریان برنامه درمانی درد قرار بگیرند عوامل خانوادگی خصوصا در درد مزمن اهمیت دارند، مانند نقش اعضای خانواده به عنوان تقویت کننده ی رفتار درد و و ارزشی که خانواده برای ارتباطات مرتبط با درد قائل می شود. سردرد نیز با تاثیر بر میزان درآمد خانواده و همچنین اثر سو بر مهارت فرزند پروری والدین موجب کارکرد نادرست در خانواده می گردد و از طرفی کارکرد بد خانواده از طریق اثر

صورت رضایت بخش است. در برخی از موارد روان درمانی خانواده به عنوان بخشی از کنترل درد مزمن می باشد که به دلیل تاثیر خانواده بر درد مزمن است. مراقبین سلامت باید به تفسیر اعضای خانواده از درد بیماران توجه ویژه ای داشته باشند (کیم و یو، ۲۰۱۱). چون اعضای که سردرد را تجربه می کنند، ممکن است مخالف کمک های حرفه ای باشند به این دلیل که درمان های تکراری بر مسائل مالی خانواده اثر دارد بنابراین، مداخلات مراقبانه باید با کمک ارتقا سلامت در جهت ثبات خانواده باشد (نیومن، ۱۹۹۵).

سویی که بر تعاملات افراد با یکدیگر دارد موجب بدتر شدن یا تثبیت سردرد می گردد (تاثیر متقابل). با توجه به یافته های این پژوهش در مورد نقش کارکرد خانواده در اختلالات سردرد پیشنهاد می گردد در کنار درمان دارویی سردرد در بیمارستان ها و کلینیک ها، درمان های مکمل مانند روان درمانی و خانواده درمانی نیز اعمال شود. هدف روان درمانی خانواده نیز فقط برای مشخص کردن کشمکش ها نیست بلکه برای توجه به ویژگی های مثبت و تعهدات عملکرد در یک خانواده و کمک به خانواده برای سامان دهی ارتباطات و حل مشکلات به

References

- Abbasi, M., Deghani, M., Yazdkhasti, H., & Mansoori, N. (1388). Family functioning in the families of patients with anxiety and depressive disorders: a comparison with general population families. *Journal of family research*, 5(3), 361-370.
- Bakal, D. A. (1982). *The psychobiology of chronic headache*. New York, Springer. The prevalence of primary headache disorders. (2011). 15th Congress of the International Headache Society 23-26 June 2011, Berlin, Germany *Cephalalgia*, 31(1), 1-216.
- Ehde, D. M., Holm, J.E., & Metzger, D.L. (1991). The role of family structure, functioning, and pain modeling in headache. *Headache*, 31, 35-40.
- Fard, R., Goli, F., Bromand, A. & Scheidt, C.E. (2013). Regression of cognitive, personality and family variables in Iranian patients with migraine headache. *21th European Congress of Psychiatry*. volume 28, supplement 1, page 1.
- Gatchel, R. J., Turk, D. C. (1996). *Pain management: a practitioner's handbook*. The Guildford Press.
- Gatchel, R.J. (2004). Comorbidity of chronic mental and physical health disorders: The biopsychosocial perspective. *American psychologist*, 59, 792-805.
- Kim, H. S. & Yu, S.J. (2011). Factors associated with the accuracy of family caregiver's estimates of cancer patient pain in Korea. Volume 41, issue 1, p 291.
- Kopp, M., Richter, R., Rainer, J., Kopp-Wilfling, P., Rumpold, G., & Walter, M.H. (1995). Differences in family functioning between patients with chronic headache and patients with chronic low back pain. *Pain*, 63(2), 219-224.
- Larsson, B. o. (1988). The role of psychological, health-behavior and medical factors in adolescent headache. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 30(5), 616-625. doi: 10.1111/j.1469-8749.1988.tb04799.x
- Liakopoulou-Kairis, M., Alifieraki, T., Protagora, D., Korpa, T., Kondyli, K., Dimosthenous, E., Christopoulos, G.,

- Kovanis, T. (2002). Recurrent abdominal pain and headache: Psychopathology, life events and family functioning. *European Child & Adolescent Psychiatry, 11* (3), 115.
- Loder, E., & Tietjen, G. (2000). Evaluation and management issues in migraine. *Hospital physician, 28-68*.
- Nappi, G. Perrotta, A. Rossi, P and Sandrini, G. (2008). Chronic daily headache. *Neurotherapeutics, 8*(3), 361-384.
- Napoli, U., Axia, V. & Antonio Battistella, P. (2002). Family ecology in children with primary Headache. *J Headache Pain, 3*:149° 154.
- Neuman, B. (1995). *The Neuman systems model (3th ed.)*. Stamford, CT: Appleton & Lange.
- Olesen, J., Goadsby, P. J., Ramadan, N. M. T., felt-Hansen, P., & Welch, K. M. A. (2006). *The headache (3th ed)*. Denmark: Lippincott Williams & Wilkins.
- Palermo, T., Hoff, A., Schluchter, M., Drotar, D., & Zebracki, K. (2005). Depressive symptoms predict persistence of pain and disability in children with disease-related pain. *The journal of pain : official journal of the American Pain Society, 6*(3), S1.
- Palermo, Tonya M., Putnam, Janel, Armstrong, Geniel, & Daily, Sarah. (2007). Adolescent Autonomy and Family Functioning Are Associated With Headache-related Disability. *The Clinical Journal of Pain, 23*(5), 458-465 410.1097/AJP.1090b1013e31805f31870 e31802.
- Payne, B. & Norfleet, M. (1986). Chronic pain and the family: a review, *Pain, 26*, 1-22.
- Perozoo P, Savi L, Castelli L, et al(2005). Anger and emotional distress in patients with migraine and tension type headache. *J Headache Pain:6*:392.
- Peters M, Huijer Abu-saad H, Vydelingum V, Dowson A, Murphy M(2005). The patients perception of migraine and chronic daily headache: A qualitative study. *J Headache pain:6*:40.
- Roy, Ranjan. (1986). Marital Conflicts and Exacerbation of Headache: Some Clinical Observations. *Headache: The Journal of Head and Face Pain, 26*(7), 360-364. doi: 10.1111/j.1526-4610.1986.hed2607360.x
- Ryan, C. E., Epstein, N. B., Keitner, G. I., Miller, I. W. & Bishop, D. S. (1390). Evaluating and treating families, the McMaster approach. Dehghani, M. & Abbasi, M. Tehran, Roshd publications.
- Smith, A. A., & Friedemann, M. (1999). Perceived family dynamics of persons with chronic pain. *Journal of Advanced Nursing, 30*(3), 543-551.
- Smith, A. A. (2003). Intimacy and family relationships of women with chronic pain. *Pain Management Nursing, 4*, 134° 142.
- Snelling, J. (1994). The effect of pain on the family unit. *Journal of Advanced Nursing, 19*(3), 543-551.
- The prevalence of primary headache disorders. (2011). 15TH Congress of the International Headache Society 23-26 June 2011, Berlin, Germany *Cephalalgia, 31*(1), 1-216.
- Ubinger, Megan Elizabeth (2011). Pain-related parent responses and Cognition And Their Relationship to child functioning: An Exploratory Study In Pediatric Headache, Doctor of Philosophy, Saint Louis University.