

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

\*سارا زندیه<sup>۱</sup>، محسن دهقانی<sup>۲</sup>، فرهاد عصارزادگان<sup>۳</sup>

۱. کارشناس ارشد خانواده‌درمانی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

۲. دانشیار روانشناسی بالینی، پژوهشکده خانواده، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

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

(تاریخ وصول: ۹۲/۱۰/۱۴ - تاریخ پذیرش: ۹۳/۰۲/۰۹)

## Family Functioning in Patients with Chronic Headache, Non-Chronic Headache and Headache Free Individuals

\*Sara Zandiye<sup>1</sup>, Mohsen Dehghani<sup>2</sup>, Farhad Asarzadegan<sup>3</sup>

1. M.A in Family Therapy, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

2. Associate Professor of Psychology Department, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

3. Assistant Professor of Neurology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

(Received: Jan. 04, 2014 - Accepted: Apr. 29, 2014)

### 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. **Findings:** 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.

**Keywords:** Family Function, Chronic and Non-Chronic Headache.

### چکیده

**مقدمه:** هدف از این مطالعه مقایسه کارکرد خانواده در بیماران مبتلا به سردرد با افراد سالم بود. روش: شرکت‌کنندگان این پژوهش ۱۲۴ بیمار (۸۹ زن و ۳۵ مرد) که مبتلا به سردرد مزمن و سردرد تکرارشونده بودند که از این تعداد ۶۹ نفر مبتلا به سردرد مزمن و ۵۵ نفر مبتلا به سردرد تکرارشونده بودند. در گروه کنترل نیز ۵۳ نفر از افرادی که سابقه جدی سردرد نداشتند، شرکت کردند. شرکت‌کنندگان این پژوهش به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و پرسشنامه جمعیت‌شناختی و مقیاس سنجش خانواده (FAD) توسط این افراد تکمیل شد و آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) برای بررسی معنادار بودن تفاوت میانگین‌های سه گروه اجرا شد. نتایج نشان داد که کارکرد خانواده بین گروه کنترل و بیمار تفاوت معنی‌داری نشان می‌دهد ( $p < 0.01$ ). همچنین بین سه گروه افراد مبتلا به سردرد مزمن و غیر مزمن و گروه کنترل تفاوت معناداری در زیرمقیاس‌های FAD وجود داشت. یافته‌ها: نتایج آزمون تعقیبی جیمز هاول نشان داد که افراد مبتلا به سردرد مزمن نسبت به گروه کنترل (فاقد سردرد) کارکرد ضعیف‌تری در تمام زیرمقیاس‌های کارکرد خانواده داشتند. نتیجه‌گیری: بنابراین نتیجه می‌گیریم خانواده‌های بیماران مبتلا به سردرد بخصوص سردرد مزمن دچار بدکارکردی هستند و نقش خانواده در ایجاد، تثبیت و بدتر شدن سردرد عودکننده باید بیش از پیش مورد توجه قرار گیرد. بررسی نقش عوامل خانوادگی ما را به یافته‌های جالبی خواهد رساند و در فهم بیشتر ما از این اختلال پیچیده مفید واقع می‌شود.

**واژگان کلیدی:** کارکرد خانواده، سردرد مزمن و سردرد غیر مزمن.

\*نویسنده مسئول: سارا زندیه

\*Corresponding Author: Sara Zandiye

Email: sara.zandiye@gmail.com

## مقدمه

زندگی خانوادگی و اجتماعی و روابط جنسی خود تجربه می‌کنند (پروزو<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۵؛ پیترز<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۵).

علاوه بر فشار و باری که سردرد مزمن بر اقتصاد و جامعه دارد، ویژگی‌های همه‌گیرشناسی و بالینی سردرد مزمن اظهار دارد که این سردرد بر خدمات مراقبت بهداشتی اولیه، ثانویه و ثالث تأثیر بالایی دارد (ناپی<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۸).

سردردهای مزمن و عودکننده به‌عنوان یک عامل استرس<sup>۵</sup> شناخته می‌شوند و این مشکل جدی بر کیفیت زندگی فرد و خانواده مؤثر است و به‌صورت معنی‌داری بر عملکرد طبیعی خانواده به شیوه‌های گوناگونی اثرگذار است (لودر<sup>۶</sup> و تیتجن<sup>۷</sup>، ۲۰۰۰) زیرا درد مزمن نه‌تنها توانایی‌های بیمار بلکه توانایی مراقبین بیمار مبتلا را به‌تدریج از بین می‌برد (گچل، ۱۹۹۶). تعامل بین عوامل روان‌شناختی و ادراک شدت سردرد یک فرایند دوطرفه هست و درد مستمر معمولاً فعالیت‌های عادی را مختل کرده و اضطراب و افسردگی را افزایش می‌دهد و به دنبال آن این اختلالات روان‌شناختی احتمال مزمن شدن درد را افزایش می‌دهند (اولسن<sup>۸</sup> و دیگران، ۲۰۰۶). پیشرفت‌های نظری و رشد فزاینده تحقیقات، مبانی لازم برای مفهوم‌سازی سردرد به‌عنوان یک اختلال روانی - فیزیولوژیکی (اختلال جسمی که تحت تأثیر

سردرد یکی از شایع‌ترین دردهایی است که از دیرباز با زندگی ما عجین شده است و بسته به میزان شدت آن در افراد مختلف، ناتوانی‌های متعددی را به‌جا گذاشته است. بیش از ۹۰ درصد همه سردردها، یا «سردردهای میگرن» هستند یا «سردردهای تنشی».

مطالعات در اروپا و آمریکا نشان داده‌اند 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 می‌گردند. سردردهای مزمن به‌عنوان یک اولویت مهم سلامت عمومی مطرح شده‌اند. سردردها نه‌تنها دردناک‌اند، بلکه ناتوان‌کننده نیز هستند. بر اساس آمار سازمان بهداشت جهانی<sup>۱</sup>، میگرن یکی از ۱۹ علت ناتوانی است. اختلالات سردرد کیفیت زندگی معیوب و هزینه‌های مالی و معمولاً ترس دائم از حمله بعدی را به بیماران تحمیل می‌کند. همچنین به زندگی خانوادگی و اجتماعی و شغلی آسیب می‌زند. برای مثال فعالیت اجتماعی و ظرفیت کار در ۶۰ درصد از بیمارانی که از سردرد تنشی رنج می‌برند، کاهش می‌یابد. تحمیل هزینه‌های مالی به جامعه - ساعات از دست دادن کار و کاهش تولید - بسیار زیاد است. در انگلستان، حدود ۲۵ میلیون روز کاری یا تحصیلی در سال به علت ابتلا به میگرن از دست می‌رود. همچنین بیماران میگرنی ناکامی بیشتری را در

2. Perozzo  
3. Peters  
4. Nappi, G.  
5. Stressor  
6. Loder  
7. Tietjen  
8. Olesen, J.

1. World Health Organization (WHO)

بنابراین رفتارهای درد ممکن است در این خانواده‌ها به‌عنوان شیوه‌ای قابل‌قبول برای بیان ناراحتی‌های هیجانی تقویت شود. در موقعیتی این‌چنینی، سردرد می‌تواند در خانواده‌ها تغییر مسیر توجه از مشکلاتی که افراد قادر به حل یا مقابله با آن نیستند به یک مشکل پزشکی قابل‌قبول‌تر و ملموس‌تر مثل سردرد باشد. بهبود ارتباطات بین والدین در خانواده‌های مبتلا به سردرد، میزان درد را به مقدار زیادی کاهش می‌دهد (روی و همکاران، ۱۹۸۶).

خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به سردرد نرخ بالاتری در طلاق، تعارضات خانوادگی داشته و استرس والدگری بیشتری دارند (لارسون<sup>۳</sup>، ۱۹۸۸)، کمتر از کمک خویشاوندان و دوستان بهره‌مند می‌شوند و بنابراین مجبورند بر منابع خودشان در مواجهه با مشکل و حوادث زندگی تکیه کنند. این خانواده‌ها همچنین بین اعضای خود نزدیکی و صمیمیت کمتری دارند. از طرفی، خانواده‌هایی که دارای فرزندان مبتلا به سردرد هستند استرس بیشتری تجربه می‌کنند؛ آن‌ها مجبورند سردرد فرزندشان 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 اعضای خانواده صرف نمایند (ناپولی<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۲).

به دلیل اینکه خانواده به‌عنوان جنبه مهمی از بافت اجتماعی و محیطی برای افراد تلقی می‌شود، ایجاد و بدتر شدن سردردهای عودکننده حکم

استرس‌های روانی - اجتماعی و محیطی قرار دارد) فراهم آورده است (یوبینگر<sup>۱</sup>، ۲۰۱۱).

بکال<sup>۲</sup> (۱۹۸۲)، مدل زیستی - روانی را ابداع کرد که در آن سردرد عودکننده 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 می‌داند. بسیاری از بیمارانی که از سردرد رنج می‌برند مشکلات پیچیده مرتبط با خانواده دارند و وقایع استرس‌آور در خانواده می‌تواند سردرد عودکننده را تشدید کند (روی، ۱۹۸۶).

چون سردرد شرایطی جدی است که بر سیستم خانواده به دلیل خاصیت مزمن بودنش تأثیرگذار است، محققان شدیداً بر پویایی‌های خانواده و یکپارچگی خانواده و کارکرد خانواده وقتی بیماری جدی در خانواده وجود دارد، تأکید کرده‌اند. از طرفی، چون خانواده به شدت بر عملکرد فرد در زندگی‌اش اثرگذار است؛ علاقه زیادی برای ارتقا سلامت در خانواده، مراقبت از اعضای خانواده‌هایی با بیماری‌های مزمن و سازگاری با استرس‌هایی که افراد تجربه می‌کنند، وجود دارد بخصوص وقتی نقش‌هایشان گسترده می‌شود تا خانواده را باثبات 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 نمی‌شوند، رفتارهای درد ممکن است برای دریافت حمایت و توجه از طرف اعضا خانواده بروز پیدا کند؛

3. Larsson  
4. Napoli

1. Ubinger  
2. Bakal

یکدیگر)، پاسخگویی عاطفی (پاسخگویی خانواده با دامنه کاملی از هیجان‌های متناسب با موقعیت) و کنترل رفتار (میزان وضوح قوانین خانواده). هر سؤال روی مقیاس لیکرتی ۴ نقطه‌ای درجه‌بندی می‌شود (۱= کاملاً موافق، ۴= کاملاً مخالف). FAD در نمونه‌های روان‌پزشکی از ویژگی‌های روان‌سنجی مناسبی برخوردار بوده است (ریان و همکاران، ۲۰۰۵). بیشترین مقدار ثبات درونی برای این پرسشنامه در زیرمقیاس پاسخگویی عاطفی ( $\alpha = 0.83$ ) و کمترین مقدار آن برای زیرمقیاس نقش‌ها ( $\alpha = 0.72$ ) گزارش شده است. روایی این پرسشنامه نیز رضایت‌بخش 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 (حدوداً ۷۷ درصد زن و ۲۹ درصد مرد). از بین 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 دوره‌های تکرارشونده سردرد که در بازه زمانی اردیبهشت ۱۳۹۱ تا آذرماه 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 می‌دهند.

می‌کند که به عملکرد و پاسخ‌های خانواده توجه ویژه شود (اد، هولم<sup>۲</sup> و متگر<sup>۳</sup>، ۱۹۹۱). چون در مطالعات قبلی مزمن بودن سردرد به‌عنوان مشکلی جدی و اثرگذار 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 خانواده بیماران مبتلا به سردرد با تأکید بر مزمن بودن درد این بیماران صورت گیرد.

#### ابزارهای پژوهش عبارت‌اند از:

پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی: این پرسشنامه جهت بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها شامل: سن، جنس، تحصیلات و وضعیت تأهل و نوع سردرد (میگرن یا تنشی) تهیه گردیده است.

ابزار سنجش خانواده (FAD): این پرسشنامه ۶۰ سؤال 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 عبارت‌اند 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 علایق

1. Ehde, D. M.
2. Holm, J. E.
3. Metzger, D. L.

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 شده‌اند (سردرد گاه‌گاهی که حدود ۹۰ درصد از افراد در زندگی‌شان حداقل یک‌بار دچار می‌شوند و به‌وسیله یک مسکن ساده برطرف می‌شود ملاک انتخاب نبود). سن این افراد بین ۱۸ تا ۵۱ ساله بود با میانگین سنی ۲۶/۷ سال. پرسشنامه‌ای که به این افراد داده شد، پرسشنامه سنجش کارکرد خانواده (FAD) بود.

#### یافته‌ها

اطلاعات جمعیت‌شناختی و بالینی شرکت‌کنندگان در جدول ۱ آورده شده است.

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 به‌نوبه خود به دو دسته افراد مبتلا به سردرد مزمن و افراد مبتلا به سردرد غیر مزمن تقسیم‌بندی شدند. همچنین یک تقسیم‌بندی دیگر افراد را به دو گروه مبتلا به سردرد نوع میگرن و مبتلا به سردرد نوع تنشی دسته‌بندی نمود.

حجم نمونه برای این پژوهش شامل ۱۲۴ نفر مبتلا به سردرد مزمن یا دوره‌های سردرد تکرارشونده بودند. تمام شرکت‌کنندگان این پژوهش را افراد ۱۸ تا ۶۰ ساله تشکیل می‌دادند. روش نمونه‌گیری این پژوهش به‌صورت در دسترس و داوطلبانه با اخذ رضایت‌نامه کتبی پس از اطلاع بیمار صورت گرفت.

حجم گروه کنترل در این پژوهش ۵۳ نفر

جدول ۱. اطلاعات جمعیت‌شناختی و بالینی شرکت‌کنندگان

گروه	بیمار	کنترل	
سن (میانگین)	۳۲/۵۱	۲۶/۷۰	
جنسیت	مؤنث	۱۹ (۷۱٪)	۳۰ (۵۶/۶٪)
	مذکر	۳۵ (۲۸/۲٪)	۲۳ (۴۳/۴٪)
تأهل	مجرد	۳۹ (۳۱/۵٪)	۳۹ (۷۳/۶٪)
	متأهل	۸۳ (۶۶/۹٪)	۱۴ (۲۶/۴٪)
تحصیلات	ابتدایی و راهنمایی	۲۰ (۱۶/۱٪)	-
	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٪)
نوع درد	تنشی	۳۴ (۲۷/۴٪)	-
	مزمن	۶۹ (۵۵/۶٪)	-
	تکرارشونده (غیر مزمن)	۵۵ (۴۴/۴٪)	-

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

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 می‌شود، معناداری آزمون ام باکس  $p < ۰/۰۱$  است؛ که این یافته ناهمگنی ماتریس واریانس - کوواریانس را نشان می‌دهد؛ بنابراین F چند متغیری با استفاده از اثر پیلایی گزارش می‌شود.

جدول ۳. گزارش آزمون چند متغیره اثر پیلایی

آزمون	مقدار	F	درجه آزادی مفروض	معناداری
اثر پیلایی	۰/۲۲	۳/۰۸	۱۴	۰/۰۰۰

همچنین به منظور بررسی پیش فرض برابری واریانس‌ها نیز از آزمون لون استفاده شد که نتایج آن را در جدول زیر مشاهده می‌کنید.

جدول ۴. آزمون لون برای برابری واریانس‌ها

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

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که آزمون لون معنادار نیست و این نشان‌دهنده برقراری شرط برابری واریانس‌ها است. در ادامه از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) جهت مقایسه میانگین‌های سه گروه (افراد مبتلا به سردرد مزمن، افراد مبتلا به سردرد تکرارشونده و گروه کنترل) استفاده می‌گردد. ضمن اینکه به منظور مقایسه‌های دوتایی متغیرها در خرده مقیاس‌های کارکرد خانواده، از آزمون تعقیبی جیمز هاول استفاده می‌شود که نتایج این

وجود دارد. همچنین در بعد آمیختگی عاطفی و پاسخ‌دهی عاطفی، تنها بین دو گروه افراد مبتلا به سردرد مزمن و گروه کنترل تفاوت معنی‌داری 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 معنی‌داری بود ولی بین گروه افراد غیر مزمن و کنترل در این ابعاد تفاوت معنی‌داری وجود نداشت.

مقایسه در جدول ۵ آورده شده است. همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌کنید در تمام خرده مقیاس‌های کارکرد خانواده بین بیماران مبتلا به سردرد مزمن، غیر مزمن و افراد کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد. نتایج آزمون تعقیبی جیمز هاول نشان می‌دهد که بین دو گروه افراد مبتلا به سردرد مزمن و افراد گروه کنترل و افراد مبتلا به سردرد غیر مزمن و افراد کنترل در زیرمقیاس‌های حل مسئله، ارتباطات و نقش‌ها تفاوت معناداری

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

زیرمقیاس	۱-مزمن ۶۹ نفر	۲-غیر مزمن ۵۵ نفر	۳-کنترل ۵۳ نفر	F ۲,۱۷۴	معنی‌داری	آزمون تعقیبی جیمز هاول
حل مسئله	(۰/۶۷)۲/۵۸	(۰/۶۷)۲/۴۶	(۰/۳۹)۲/۰۴	۱۵/۹۸	۰/۰۰۱	۱>۳
ارتباطات	(۰/۴۵)۲/۵۶	(۰/۴۹)۲/۴۴	(۰/۳۶)۲/۱۶	۱۲/۶۰	۰/۰۰۱	۱>۳ ۲>۳
نقش‌ها	(۰/۳۹)۲/۵۰	(۰/۴۳)۲/۳۵	(۰/۴۰)۲/۱۶	۱۰/۲۴	۰/۰۰۱	۱>۳
پاسخ‌دهی عاطفی	(۰/۳۹)۲/۵۱	(۰/۳۴)۲/۳۸	(۰/۳۳)۲/۳۳	۴/۴۴	۰/۰۱	۱>۳
آمیختگی عاطفی	(۰/۴۹)۲/۵۰	(۰/۴۷)۲/۳۱	(۰/۴۸)۲/۱۸	۶/۸۴	۰/۰۰۱	۱>۳
کنترل رفتار	(۰/۳۴)۲/۴۳	(۰/۴۲)۲/۲۷	(۰/۳۴)۲/۱۹	۶/۴۰	۰/۰۰۲	۱>۳ ۱>۲
کارکرد کلی خانواده	(۰/۲۹)۲/۵۵	(۰/۳۴)۲/۴۰	(۰/۲۵)۲/۳۰	۱۰/۶۴	۰/۰۰۱	۱>۳ ۱>۲

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که کارکرد خانواده در بیماران مبتلا به سردرد پایین‌تر از افراد گروه کنترل بود که این تفاوت عمدتاً بین بیماران مبتلا به سردرد مزمن و افراد سالم وجود داشت به

نمره بالاتر در FAD نشان‌دهنده کارکرد ضعیف‌تر در خانواده است.

نتیجه‌گیری و بحث

سیستم خانواده شود و نیز عواملی که باعث پیامدهای مثبت می‌شوند می‌تواند منجر به کاهش سردرد و قوی شدن سیستم شود (نیومن، ۱۹۹۵). یافته‌های پیشین نشان داده است که کارکرد خانواده در بیماران مبتلا به سردرد در مقایسه با گروه سالم، در بعد کنترل رفتاری (لیاکوپولو کیریس و 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؛ لیاکوپولو کیریس و همکاران، ۲۰۰۲).

خانواده‌هایی که فرد مبتلا به میگرن دارند، احتمالاً کنترل همه‌جانبه‌ای در سازمان‌دهی، 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 نگهداری نقش‌ها و استانداردها در خانواده‌هایشان می‌دهند. (اد و دیگران، ۱۹۹۱). شاید بتوان گفت، زمانی که بیماری برای مدت طولانی ادامه می‌یابد و مزمن می‌گردد، هزینه‌های اقتصادی و اجتماعی و خانوادگی زیادی را تحمیل می‌نماید و احتمالاً الگوهای خانوادگی نیز به دنبال این بیماری مزمن تحت تأثیر 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

نحوی که در تمام ابعاد کارکرد خانواده عملکرد خانواده‌های بیماران مبتلا به سردرد مزمن پایین‌تر 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؛ پالرمو<sup>۱</sup> و دیگران، ۲۰۰۷) در این حوزه همسو است.

افرادی که سردرد مزمن دارند اکثریت افرادی را تشکیل می‌دهند که به دنبال درمان هستند و نرخ بالایی از همبودی‌های روان‌پزشکی و پزشکی و همچنین اختلال در عملکرد و ناتوانی دارند را نسبت به گروهی که سردرد دوره‌ای دارند، تجربه می‌کنند (گچل<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴). این خانواده‌ها، ممکن است با چندین استرس مواجه شوند که دائماً بر سیستم خانواده اثرگذار است. یکی از عوامل استرس این است که سردرد فعالیت طبیعی خانواده را مختل می‌کند چون در زمان‌های غیرقابل‌پیش‌بینی رخ می‌دهد. سردردهای مزمن و عودکننده به‌عنوان یک عامل استرس<sup>۳</sup> شناخته می‌شوند چون سردرد شرایطی جدی است که بر سیستم خانواده به دلیل خاصیت مزمن بودنش تأثیرگذار است (نیومن، ۱۹۹۵). پاسخی که اطرافیان به ابراز درد یکی از اعضا که از درد مزمن رنج می‌برد می‌دهند هم می‌تواند درد را کاهش دهد و هم باعث شدت آن شود (اسنلینگ<sup>۴</sup>، ۱۹۹۴). عواملی که باعث پیامدهای منفی می‌شود می‌تواند منجر به بدتر شدن سردرد و تضعیف

1. Koch
2. Gatchel
3. Stressor
4. Snelling



خانواده نیز تحت تأثیر سردرد قرار می‌گیرد. وقتی عضوی از خانواده که مبتلا به سردرد است قادر به کار کردن نباشد، ساعات کاری زیادی از دست می‌روند. او مجبور است به افراد دیگر درون خانواده برای مراقبت و حمایت تکیه کند و مراقبان<sup>۱</sup> افراد مبتلا به سردرد زیر بار بیماری قرار می‌گیرند. در نتیجه، ارتباطات درون خانواده وقتی به هم 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 چراکه وقتی انتظاراتی که از نقش‌های فرد مبتلا و مراقبت‌کننده می‌رود، برآورده نمی‌شود، رفتارهای ناسازگار و نامؤثر، 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 است 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 خودانگیختگی کمتری بین اعضای این خانواده‌ها و فضای کمتر جهت بیان نارضایتی‌ها و انتقادات در محیط خانواده نسبت به خانواده‌های سالم (کوپ، ۱۹۹۵)، منجر به سطح پایینی از ارتباطات بین اعضا و در نتیجه اغتشاش تعامل عاطفی افراد با یکدیگر می‌گردد. این فرایند کارکرد خانواده را در حوزه ارتباطات، پاسخگویی عاطفی و آمیختگی عاطفی دچار اختلال می‌کند. همچنین به دلیل اینکه بیشتر بیماران مبتلا به سردرد را زنان تشکیل می‌دهند (انجمن بین‌المللی سردرد، ۲۰۱۱) بنابراین فعالیت‌های خانه دچار خلل می‌گردد و مشکلاتی در حوزه‌های کارکردی مثل نقش‌ها و ارتباطات ایجاد می‌شود و وقتی اعضای خانواده نتوانند به درستی با یکدیگر تعامل کنند، مسائل و مشکلات احتمالی خانواده حل نشده باقی می‌مانند چون فرایند حل مسئله بین اعضا نیازمند تعامل و ارتباط صحیح و کارآمد است بنابراین کارکرد خانواده در بعد حل مسئله نیز دچار اختلال می‌گردد.

فعالیت‌های لذت‌بخش و اوقات فراغت خانواده نیز در خانواده‌های بیماران مبتلا به سردرد مختل می‌شود (کوپ، ۱۹۹۵) به این دلیل که اعضای خانواده ممکن است به خاطر عضوی که مبتلا به سردرد است برنامه‌هایشان را کنسل کنند و یا کار بخصوصی را در یک زمان خاص نتوانند

دارند، مانند نقش اعضای خانواده به عنوان تقویت کننده رفتار درد و ارزشی که خانواده برای ارتباطات مرتبط با درد قائل می شود. سردرد نیز با تأثیر 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 سوپی که بر تعاملات افراد با یکدیگر دارد موجب بدتر شدن یا تثبیت سردرد می گردد (تأثیر 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 عملکردی در یک خانواده و کمک به خانواده برای سامان دهی ارتباطات و حل مشکلات به صورت رضایت بخش است. در برخی از موارد روان درمانی خانواده به عنوان بخشی از کنترل درد مزمن است که به دلیل تأثیر 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).

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 به دست 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<sup>۱</sup> هستند که قادر به حل کردن تعارضات و مشکلات یا کنار آمدن مؤثر 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<sup>۲</sup> 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 تأثیر 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 خصوصاً در درد مزمن اهمیت

1. Rigid  
2. Openness

## منابع

- Abbasi, M., Dehghani, 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.
- 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.
- Johari 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). *Psychological approaches to 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 psychiatrist*, 28-68.
- Nappi, G., Perrotta, A., Rossi, P. & 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, T.M., Putnam, J., Armstrong, G. & Daily, S. (2007). "Adolescent Autonomy and Family Functioning Are Associated With Headache-related Disability". *The Clinical Journal of Pain*, 23(5), 458-465. doi:10.1097/AJP.1090b1013e31805f31870e31802.
- 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 tensiontype 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, R. (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). 15<sup>TH</sup> Congress of the International Headache Society 23-26 June 2011, Berlin, Germany *Cephalalgia*, 31(1), 1-216.
- Ubinger, M.E. (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.