

بررسی مقایسه‌ای خصایص شخصیتی در بیماران مبتلا به میگرن و افراد سالم توسط پرسشنامه شخصیتی (MMPI)

یونس پرواز^۱
سهیلا پرواز^۲
خوبانه جهانبازنژاد^۳

تاریخ پذیرش: ۹۰/۸/۲۵

تاریخ وصول: ۹۰/۲/۱۹

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه بین حمله‌های میگرن و بیماری‌های روانی بود. منظور از بیماری‌های روانی آن دسته از اختلالاتی است که به وسیله آزمون MMPI اندازه‌گیری می‌شود و میگرن به سردردهای ضربان‌دار دوره‌ای و یک طرفه اطلاق شود. فرضیه مورد پژوهش عبارت بود از اینکه: اختلالات روانی که به وسیله آزمون MMPI اندازه‌گیری می‌شود در افراد مبتلا به میگرن نسبت به جمعیت عادی بیشتر است. به منظور بررسی فرضیه تحقیق، نمونه‌ای به حجم ۶۶ نفر از افرادی که در کلینیک‌ها و مراکز مغز و اعصاب تهران توسط متخصصان مغز و اعصاب به عنوان افراد مبتلا به میگرن تشخیص داده شده بودند به طور نمونه‌گیری در دسترس از

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد رشته روانسنجی دانشگاه علامه طباطبایی

۲- دانشجوی کارشناسی ارشد رشته روانشناسی بالینی دانشگاه الزهراء

۳- دانشجوی کارشناسی ارشد رشته روانسنجی دانشگاه علامه طباطبایی

روی پرونده‌های پزشکی آنان انتخاب شدند و با ۶۶ نفر از افراد غیر میگرنی مورد مقایسه قرار گرفت. ابزار سنجش عبارت بود از آزمون MMPI و یک پرسشنامه محقق ساخته، دیگر، مربوط به تاریخچه سردرد میگرن برای افراد مبتلا به میگرن. تجزیه و تحلیل داده‌ها بوسیله آزمون (MANOVA) انجام گرفت. نتایج نشان داد که فرضیه تحقیق مورد تایید است و افراد مبتلا به میگرن در مقایسه با افراد عادی به اختلالاتی که به وسیله آزمون MMPI اندازه‌گیری می‌شود، گرایش بیشتری دارند. این اختلالات عبارت بودند از: افسردگی (D)، هیستری (HY)، انحراف روانی اجتماعی (Pd)، پارانویا (Pa)، پسیکاستنی (Pt)، اسکیزوفرنی (Sc)، هیپومانیا (Ma) و هیستری (Hs). بدین معنی که بین گروه‌های مورد مقایسه در ابتلاء به این اختلالات تفاوت‌های معناداری نشان دادند. در کل نتایج همسو با پژوهش‌های پیشین از تفاوت‌های معنادار بین دو گروه حمایت می‌کند.

واژگان کلیدی: مدیریت استرس مادران، پرخاشگری، کودکان پیش از دبستان.

مقدمه

واژه میگرن از لفظ یونانی Hemicrain (به معنی «نیمی از سر») گرفته شده است که خود این کلمه ریشه در زبان مصری دارد. میگرن، نوعی اختلال سردرد است که با ترکیب متنوعی از تغییرات عصبی و گوارشی مشخص می‌شود. درد میگرن اغلب اوقات به صورت درد ضربان دار یک طرفه است که ابتدا خفیف است و کم کم شدید می‌شود. دردهای میگرنی در همه موارد با بی‌اشتهایی و تهوع و گاهی اوقات با استفراغ همراه هستند. تشخیص بیماری، براساس خصوصیات سردرد و علائم همراه صورت می‌گیرد. چرا که نتایج معاینه فیزیکی و مطالعات آزمایشگاهی به طور معمول طبیعی است. در مورد میگرن انواع متعددی از آن توصیف شده‌اند که شایع‌ترین آنها عبارت‌اند از: میگرن معمولی (میگرن بدون وجود پیش‌درآمد) و میگرن کلاسیک (میگرن همراه با مرحله پیش‌درآمد). حملات میگرن به طور مشخص به صورت

سردردهای شدید یا متوسط یک طرفه و نبض دار بروز می کند که با فعالیت بدنی تشدید می شود و با بی اشتها، تهوع، استفراغ، ترس از نور و صدا همراه است. حملات ممکن است ۴ تا ۷۲ ساعت طول بکشد. در مورد پیش آگهی میگرن باید گفت که ممکن است فرد میگرنی عصر هنگام و قبل از آنکه دچار حمله شود خوش خلق باشد که گاهی با افسردگی شدید همراه است و فردا صبح با افسردگی شدید، بی قراری، سردرگمی بیدار شوند. هنگام حمله احتمال حواس پرتی وجود دارد. اختلال بینایی علاوه بر احساس سوزش دست ها و بازوها و صدای زنگ در گوش ممکن است نشانه هشدار دهنده ای مبنی بر شروع میگرن باشد (کلارک^۱ و همکاران، ۲۰۰۴). به عقیده راسگین^۲ (۲۰۰۷) سردرد میگرن یک بیماری مستقل است، احتمالاً با بدکاری ژنتیکی ساقه مغز، نقش انتقال دهنده های عصبی، بی نظمی سیستم تعدیل کننده درد ارتباط دارد.

بر اساس متون روان شناسی بیماری ها، حدود ۱۰ درصد کل جمعیت جهان به سردرد میگرن مبتلا هستند و همه انواع میگرن، در هر سنی، از اوایل کودکی تا بعد از آن می تواند شروع شود. با این وجود حمله های میگرن کمتر قبل از ۵ سالگی رخ می دهد و بیشترین سن شیوع بیماری در دوران بلوغ و اوایل بزرگسالی است. با افزایش سن، زنان بیش از مردان از سردردهای میگرنی رنج می برند، زیرا شیوع میگرن در زنان حدود ۱۵ درصد و در مردان ۷ درصد گزارش شده است. هم چنین شیوع میگرن در میان شهرنشینان بیشتر از روستاییان است نسبت زنان مبتلا به میگرن یک به پنج، مردان مبتلا یک به ده و کودکان مبتلا یک به بیست است. نخستین حملات میگرنی ممکن است هر زمان از تولد تا ۳۰ سالگی رخ دهد ولی به طور معمول میگرن در زمان بلوغ آغاز می شود. میزان شیوع این بیماری ۱۵-۱۰ درصد از جمعیت دنیای غرب را تشکیل می دهد و در زنان ۴ برابر مردان می باشد. در سنین پایین تر از ۱۵ سالگی این برتری وجود ندارد که این مسأله نماینگر نقش عوامل هورمونی در این بیماری است (عطار،

1. KLARCK
2. RASGIN

۱۳۸۷). چند فرضیه درباره علت شناسی سردردهای میگرنی قابل طرح است که یکی از آنها به نقص در تعدیل یا آزادسازی سروتونین در شکاف سیناپسی اشاره دارد، یا فرضیه‌ای که می‌گوید تنظیم حرکتی شریانی دچار نقص است. از طرف دیگر آغاز سردرد میگرنی غالباً با ناکامی شدید، فشارهای روانی، افسردگی و خشم سرکوب شده و سایر عوامل هیجانی ارتباط دارد (پیرس^۱، ۱۹۷۷) به احتمال زیاد سردردهای میگرنی موارد کلاسیک سناریوی چکش و سندان هستند. عوامل روان‌شناختی در هر جا که تا حدودی استعداد عضوی و ضعف دستگاه ایمنی وجود داشته باشد ایجاد سردرد میگرنی می‌کنند (نجریان، ۱۳۸۶).

برخی پژوهشگران بران بوده‌اند تا الگوهای شناختی خاص مبتلایان به سردرد را بیابند. بیماران مورد پژوهش در کلینیک‌های مربوط به مبتلایان به سردرد، در آزمون‌های روانی دارای نمرات بالایی هستند و معلوم نیست این نابهنجاری‌ها پیش از سردرد بروز کرده یا احتمالاً معلول آن هستند. البته مبتلایان به بیماری‌های مزمن و دردهای گوناگون دیگر هم چنین الگو‌هایی را از خود نشان داده‌اند (وال و ملزاک، ۲۰۰۶). در یک پژوهش رابطه بین میگرن، اختلالات روانی و اقدام به خودکشی مورد بررسی قرار گرفت. این گزارش حاکی از این است که سردردهای میگرن، احتمال ابتلای فرد به اختلالات روانی و اقدام به خودکشی را افزایش می‌دهد. یک نمونه تصادفی نشان می‌دهد که از میان ۱۰۰۷ نفر که سن‌شان بین ۲۱ تا ۳۱ بود ۷ درصد مردان و ۱۶/۳ درصد زنان در دوره‌ای از زندگی مبتلا به میگرن بوده‌اند. در تمام مبتلایان به میگرن اعم از زن و مرد، میزان اختلالات عاطفی، اضطرابی، وابستگی به نیکوتین و الکل و استفاده از داروهای غیرمجاز در مقایسه با گره کنترل بیشتر است (برسلاو^۲، داویس^۳، آندرسک^۴). روکاتا گللیت^۵ ۱۹۸۴ در پژوهشی پرسشنامه MMPI را بر روی ۷۴ مرد و ۱۶ زن با میانگین سنی ۳۵ سال که چهار حمله‌های میگرن بودند انجام داد. یافته‌ها بیانگر آن بود که ۸۱

1. Pieres
2. breslaw
3. davis
4. Andrisk
5. ockata glit

درصد آنها جنبه‌های شخصیتی نابهنجار داشتند. بیشترین اشتراک‌ها در افسردگی، هیپوکندری و هیستری بود. یافته‌های پژوهش حاکی از وجود یک مکانیزم آسیب شناختی مشترک در افسردگی و سردرد داشت. یک مطالعه کنترل شده با ۴۵ بیمار مبتلا به میگرن و ۳۱ فرد سالم به وسیله پرسشنامه MMPI انجام شد، که تفاوت‌های معناداری بین نیمرخ روانی افراد مبتلا به میگرن و افراد سالم به دست آمد. افراد مبتلا به میگرن دارای نمرات بالاتری در پارنویا (Pa) و اسکیزوفرنی (SC) بودند (فان ینگ^۱ و همکاران، ۲۰۰۶).

در یک نمونه ۴۰ نفری از بیمارانی که از میگرن شدید رنج می‌بردند، زنان و مردان نیمرخ روانی مشترکی را آشکار ساختند. هر دو جنس دارای نمرات بالایی در مقیاس‌های بالینی مرتبط با نوروزگرایی بودند (هیپوکندری، افسردگی و هیستری). همچنین زنان دارای نمرات بالایی در مقیاس‌های مربوط به سایکوتیک‌های چهارگانه (هیپومانیا، اسکیزوفرنی، پسیکاستینی و پارنویا) بودند (فرنهام^۲ و همکاران، ۲۰۰۴).

یافته‌های دیگر بیانگر ارتباط حمله‌های میگرن و بیماری‌های روانی هستند. هوکر و راسکین ۲۰۰۳ از مبتلایان به میگرن کلاسیک، میگرن شایع و یک گروه گواه مجموعه آزمونی به اجرا درآوردند. آنها در گروه‌های مبتلا به میگرن ضعف‌های عصبی - روانی و اختلالات شناختی بیشتری یافتند. و براساس شواهد اظهار داشتند که بیماران میگرنی در قیاس با گروه گواه اختلالات مغزی بالاتری از خود بروز دادند (وال^۳ و ملزاک^۴، ۲۰۰۸). در یک نمونه ۴۰ نفری از بیمارانی که از میگرن شدید رنج می‌بردند، زنان و مردان نیمرخ روانی مشترکی را آشکار ساختند. هر دو جنس دارای نمرات بالایی در مقیاس‌های بالینی مرتبط با نوروزگرایی بودند (هیپوکندری، افسردگی و هیستری). همچنین زنان دارای نمرات بالایی در مقیاس‌های مربوط به سایکوتیک‌های چهارگانه (هیپومانیا، اسکیزوفرنی، پسیکاستینی و پارنویا) بودند

1. Fung ying
2. furnham
3. Wall, D. S
4. Melzac,C

(فرنهام و همکاران، ۲۰۰۴). در یک مطالعه که هدف آن بررسی ارتباط بین ویژگی‌های شخصیت، افسردگی و میگرن در طولانی مدت بود، یک نمونه ۵۶ نفری از زنان مبتلا به میگرن از لحاظ افسردگی عمده مورد ارزیابی قرار گرفتند و پرسشنامه چندوجهی مینه سوتا و اضطراب حالت روی آنها اجرا شد و داده‌ها به وسیله رگرسیون چندگانه، تحلیل واریانس و آزمون T مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان دهنده نمرات بالا در افسردگی و دیگر اختلالات در این آزمونها بود و نمرات بالا در افسردگی و دیگر اختلالات به نظر نمی‌رسید که موقتی و کوتاه مدت باشند و ناشی از یک تاریخچه سردرد طولانی مدت بودند (مانجینی^۱ و همکاران، ۲۰۰۳).

اختلالات هیجانی نیز به صورت خاص در بیماران مبتلا به میگرن مورد بررسی قرار گرفته است، مرسکی^۲ و همکارانش ۲۰۰۷ در یک پژوهش به بررسی بهنجاری و نابهنجاری روانی در بیماران مبتلا به میگرن پرداختند. که در مجموع آزمودنی‌ها در مقایسه با جمعیت عادی به طور خفیف شواهد بیشتری از اختلالات هیجانی نشان دادند. از اختلالات دیگری که ارتباط آن با میگرن مورد بررسی قرار گرفته است و سواس فکری-عملی است. محققان ارتباط بین سواس فکری و سواس عملی را در ۳۵ بیمار میگرنی در مقایسه با گروه کنترل که از ۲۷ آزمودنی غیر مبتلا به سردرد بودند را مورد بررسی قرار دادند. که نتایج تفاوت ناچیزی را بین گروه‌ها نشان داد (آرنا^۳، و بلانچارد^۴، آندراسیک^۵ و اپلبام^۶ ۲۰۰۴). در کنار اختلالات روانی بی‌خوابی نیز یکی از مواردی است که در بیماران مبتلا به میگرن مورد بررسی قرار گرفته است. در یک پژوهش مصاحبه‌هایی با ۴۹۴ نفر بیمار که در سه ماهه اخیر دچار سردرد شده بودند انجام گرفت ارزیابی شامل اضطراب، افسردگی مزمن و بی‌خوابی در ۴۹۴ بیمار مبتلا به میگرن بود.

1. monjini
2. merski
3. arena
4. belanchard
5. andracik
6. apelbum

۳۹۳ نفر از آنان زن و سن آنها بین ۱۸ تا ۶۰ بود. یافته‌ها نشان داد که بعضی از افراد مبتلا به اضطراب مزمن بودند ۱۱ درصد آنها اضطراب شدید داشتند ۲۱ درصد از زنان و ۱۲ درصد از مردان افسردگی مزمن را گزارش کردند. ۲۴ درصد از مردان از بیخوابی شکایت داشتند و مشکل در به خواب رفتن توسط ۲۷ درصد از زنان و ۲۴ درصد از مردان گزارش شد. (لورنس^۱، ۲۰۰۲). در یک مطالعه رفتاری شناختی استات (۲۰۰۱) نقش عوامل تنیدگی در ایجاد سردرد میگرنی که توسط خود فرد گزارش می‌شد را از دیدگاه ۱۸ بیمار مبتلا به میگرن ۱۹-۵۵ ساله مورد بررسی قرار داد آزمودنی‌ها سیاهه جرأت و سیاهه زمینه یابی ترس را تکمیل نمودند بر خلاف دیدگاه‌های سنتی مبتلایان به میگرن خودشان را در مقابل ابهام، بی‌ثباتی و تغییرات عمده زندگی به طور غیرواقعی واکنشی معرفی نکردند. در پژوهش دیگر لیور کوهن^۲، نالیبوف^۳ و مک آرتور^۴، ۲۰۰۹ در باره تعامل دوره‌های سردرد میگرنی و تجارب روزمره مبتلایان از رویداد های فشارزا، برانگیختگی هیجانی و فعالیت فیزیکی به مطالعه پرداختند. در این تحقیق با ۳۳ بیمار مبتلا به میگرن در دوره‌های سنی ۲۳-۶۳ سال مصاحبه به عمل آمد. پرسشنامه MMPI اجرا شد و چهار فعالیت جهت ثبت سردرد روزانه، فعالیت فیزیکی، وقایع فشارزا و شرایط هیجانی در نظر گرفته شد. تحلیل رگرسیون مشخص نمود که مجموعه شخصیت و پیش‌بینی کننده های رفتاری به عنوان متغیرهای اساسی در تعدادی از روزهای گزارش شده ی بدون سردرد و میگرن دخالت دارند. با همه پژوهش‌هایی که انجام گرفته هنوز این سؤال باقی است که آیا نابهنجاری‌ها پیش از سردرد میگرنی بروز می‌کنند یا معلول آن هستند. در پژوهشی آرنا بلانچارد و آندراسیک^{۲۰۰۳} درباره ی این موضوع که آیا یک شخصیت روان نژند در ایجاد تجربه درد مزمن نقش دارد؟ به بررسی پرداختند. یافته‌ها نشانگر آن بود که صفات منش

-
1. Lowranse
 2. Cohn, T
 3. Naliboof, J. D
 4. ARThore, R. L

شخصیت شناختی که اغلب در مبتلایان به سردرد یافت می‌شود نتیجه‌ای از تجربه درد نیست بلکه در حقیقت پیش از شروع درد وجود داشته‌اند.

امروزه با توجه به پژوهش‌های وسیعی که در مورد افراد مبتلا به میگرن صورت گرفته، نیمرخ‌های روانی خاصی برای آنان ترسیم شده است که به نظر می‌رسد آنها را نسبت به جمعیت عادی متمایز می‌سازد. الگوهای رفتاری خاص این گروه محققان را بر آن داشته است تا بررسی‌های جامع تری نسبت به یافتن الگوهای روانشناختی این افراد داشته باشند. گرچه در مورد میگرن و رابطه آن با بیماری‌های روانی در سایر کشورهای جهان پژوهش‌هایی صورت گرفته است در کشور ما تاکنون در این زمینه در سطحی وسیع این پژوهش‌ها انجام نگرفته است. به همین دلیل با عنایت به تفاوت‌های فرهنگی شاید یافته‌های این پژوهش بتواند راهگشای پژوهش‌های بعدی باشد. از جمله اینکه افراد مبتلا به میگرن در مقابل چه نوع بیماری‌هایی آسیب پذیرند؟ چه نوع بیماری‌هایی خاص این گروه است؟

در این پژوهش هدف بررسی مقایسه‌ای خصایص شخصیتی در بیماران مبتلا به میگرن و افراد سالم توسط پرسشنامه شخصیتی MMPI است. که گرایش افراد مبتلا به میگرن به اختلالات روانی در مقایسه با افراد سالم سنجیده می‌شود. پژوهش‌های قبل از این حاکی از رابطه بین میگرن و اختلالات روانی است. میگرن با اختلالاتی از قبیل وسواس، هیپوکندری، افسردگی و هیستری همبستگی بالایی داشته است. بدین معنی که افراد مبتلا به میگرن در مقایسه با جمعیت عادی بیشتر به این اختلالات مبتلا می‌شوند. البته مشخص نیست که این نابهنجاریها پیش از سردرد بروز کرده یا احتمالاً معلول آن است. ما در پی آن نیستیم که تبیین علت نماییم ولی یافته‌ها تا حدودی می‌توانند روشنگر رابطه‌ی بین میگرن و بیماری‌های روانی باشند. یافته‌های پژوهش بیانگر این خواهد بود که گرایش بیماران مبتلا به میگرن در مقایسه با جمعیت عادی به اختلالات روانی چگونه است.

جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه افراد مبتلا به میگرن ۱۶ سال به بالا در تهران بودند که به مراکز درمانی رجوع کرده بودند. افراد نمونه به شیوه ی نمونه گیری در دسترس از روی پرونده های پزشکی آنها انتخاب شدند. نمونه مشتمل بر ۶۶ نفر (۴۶ زن و ۲۰ مرد) بود. همچنین در مورد افراد سالم نیز ۶۶ نفر (۳۵ مرد و ۳۱ زن) به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. در کل نمونه شامل ۱۳۲ نفر بود. برای تجزیه و تحلیل داده ها نیز از تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) استفاده شد.

ابزار پژوهش در این مطالعه عبارت بود از پرسشنامه MMPI: آزمون MMP یا پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه سوتا، پرسشنامه استاندارد برای فراخوانی دامنه گسترده ای از ویژگی های خود توصیفی است که یک شاخص کمی از سازگاری هیجانی فرد را بدست می دهد. آزمون MMPI دارای ۱۱ مقیاس است که ۳ مقیاس آن مربوط به روایی آزمون (مقیاس های L، F و K) و ۸ مقیاس دیگر به شاخص های بالینی یا شخصیتی مربوط هستند. (مقیاس HS یا هیپوکندری، افسردگی یا D، هیستری یا HY، انحراف روانی اجتماعی یا Pd، پارانو یا Pa، ضعف روانی یا pt، اسکیزوفرنی یا Sc و شیدایی خفیف یا Ma). محتوای اکثر پرسش های MMPI مربوط به نشانه های بیماری های روان پزشکی، روان شناختی، عصب شناختی یا جسمانی است. MMPI دارای دو فرم کوتاه و بلند است. نحوه پاسخ به پرسش های این آزمون به صورت صحیح یا غلط است که در آن پاسخ صحیح نمره ۱ و پاسخ غلط نمره صفر دریافت می کند. پس از تکمیل شدن آزمون توسط آزمودنی، نیمرخ روانی او براساس نمراتی که مقیاس های یازده گانه دریافت کرده است ترسیم و توسط روان شناس تفسیر می شود (مارنات، ۱۹۹۰؛ ترجمه پاشا شریفی و نیکخو ۱۳۸۹). در پژوهش حاضر از فرم کوتاه MMPI که دارای ۷۱ پرسش است، استفاده شده است. اخوت و دانشمند (۱۳۷۵) پایایی فرم ۷۱ سؤالی MMPI (فرم کوتاه) را با استفاده از محاسبه ضریب آلفا برابر ۰/۷۸ را برای کل آزمون گزارش کرده اند. در مورد روایی آزمون MMPI مطالعات زیادی صورت گرفته است. شپارد و همکاران (۱۹۸۸) روایی سازه آزمون را مورد بررسی قرار دادند و آن را مطلوب گزارش

کرده‌اند. پرسشنامه تاریخچه سردرد میگرن: این پرسشنامه توسط محقق برای افراد مبتلا به میگرن ساخته شد که مربوط به تاریخچه میگرن در این بیماران است.

یافته‌ها

در بخش آمار توصیفی اطلاعات جمعیت شناختی^۱ و میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای تحقیق در قالب جدول ارائه شده است. در ادامه برای پاسخگویی به سؤالات پژوهش، از آزمون‌های تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA)، استفاده می‌شود. قبل از اجرای آزمون تحلیل واریانس چند متغیری، مفروضات آزمون مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. بدین منظور از آزمون لوین برای بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها و از آزمون باکس برای بررسی مفروضه همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس استفاده شده است.

جدول ۱. اطلاعات مربوط به گرایش‌های مرکزی تحقیق

تعداد نمونه	انحراف استاندارد	میانگین	مقیاس
۶۶	۲/۲۲۹۱	۴/۹۸۴۸	هیپو کندری سالم
۶۶	۲/۸۵۳۲	۵/۸۳۳۳	میگرن
۱۳۲	۲/۵۸۵۷	۵/۴۰۹۱	کل
۶۲	۲/۶۳۰۴	۶/۳۹۳۹	افسردگی سالم
۶۲	۳/۷۵۴۷	۹/۵۴۵۵	میگرن
۱۳۲	۳/۵۹۵۸	۹/۹۶۹۷	کل
۶۶	۲/۵۶۷۱	۷/۴۵۴۵	ضداجتماعی سالم
۶۶	۲/۸۴۰۴	۵/۸۰۳۰	میگرن
۱۳۲	۲/۸۲۱۴	۶/۶۲۸۸	کل
۶۶	۲/۹۲۵۸	۷/۱۹۷۰	هیستری سالم
۶۶	۵/۴۶۹۴	۱۴/۱۵۱۵	میگرن
۱۳۲	۵/۵۳۲۳	۱۰/۶۷۴۲	کل

۶۶	۲/۴۰۷۸	۷/۰۴۵	پسیکاستنی سالم
۶۶	۳/۴۹۲۰	۸/۷۴۲۴	میگرن
۱۳۲	۳/۱۰۶۸	۷/۸۹۳۹	کل
۶۶	۳/۵۲۵۳	۸/۱۸۱۸	اسکیزوفرنی سالم
۶۶	۲/۰۶۴	۵/۹۸۴۸	میگرن
۱۳۲	۳/۰۸۱	۷/۰۸۳۳	کل
۶۶	۲/۲۶۲۱	۲/۲۵۷۶	مانیا سالم
۶۶	۲/۰۸۲	۴/۱۳۶۴	میگرن
۱۳۲	۲/۲۳۷۵	۴/۶۹۷۰	کل
۶۶	۲/۰۱۳	۴/۲۸۷۹	پارانویا سالم
۶۶	۵/۵۹۱۱	۵/۵۹۰۹	میگرن
۱۳۲	۴/۲۳۶۸	۴/۹۳۹۴	کل

یکی از مفروضات اجرای آزمون تحلیل واریانس چند متغیری، همسانی ماتریس کوواریانس‌ها می‌باشد که برای بررسی برقراری این مفروضه از آزمون باکس استفاده شده است. نتایج مربوط به اجرای این آزمون در جدول ۴ نشان داده شده است.

جدول ۲. نتیجه آزمون همسانی ماتریس کوواریانس‌ها (باکس)

سطح معناداری	df2	df1	F	Box's
.۰۱۵	۵۶۸۶۶/۰۲۹	۳۶	۴/۸۹۴	۱۸۸/۴۶۰

همانطور که در جدول ۲-۴ مشاهده می‌گردد، سطح معناداری آزمون باکس برابر با ۰/۰۱۵ می‌باشد. از آنجایی که این مقدار، بزرگتر از سطح معناداری (۰/۰۰۱) مورد نیاز برای رد فرض صفر می‌باشد، فرض صفر ما مبنی بر همسانی ماتریس کوواریانس‌ها مورد تأیید قرار می‌گیرد. بدین ترتیب مفروضه همسانی ماتریس کوواریانس‌ها، به عنوان یک از مفروضات آزمون تحلیل واریانس چند متغیری برقرار می‌باشد.

یکی دیگر از مفروضات اجرای آزمون تحلیل واریانس چند متغیری، همگنی واریانس متغیرهای وابسته در بین گروه‌ها می‌باشد که برای بررسی برقراری این مفروضه از آزمون لوین استفاده شده است. نتایج مربوط به اجرای این آزمون در جدول ۳-۴ نشان داده شده است.

جدول ۳. نتیجه آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها

متغیر	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی داری
هیپوکلندری	۳/۰۸۹	۱	۱۳۲	۰/۰۶۷
افسردگی	۱۱/۵۱۹	۱	۱۳۲	۰/۱۸۳
ضداجتماعی	۰/۱۴۵	۱	۱۳۲	۰/۸۲۷
هیستری	۲۰/۹۴۹	۱	۱۳۲	۰/۸۱
پسیکاستنی	۹/۹۹۸	۱	۱۳۲	۰/۷۰۴
اسکیزوفرنی	۹/۹۴۶	۱	۱۳۲	۰/۵۵۷
مانیا	۱۵/۵۶۶	۱	۱۳۲	۰/۴۴
پارانویا	۳/۸۳۲	۱	۱۳۲	۰/۵۴

همانطور که در جدول ۳ نشان داده شده است، نتایج آزمون لوین در هیچ یک از متغیرها معنادار نمی‌باشد. از این رو فرض صفر ما مبنی برای همگنی واریانس متغیرها مورد تأیید قرار می‌گیرد. بدین ترتیب نتیجه می‌شود که مفروضه دیگر آزمون تحلیل واریانس چند متغیری، همگنی واریانس‌ها، برقرار می‌باشد.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری برای مقایسه ویژگی‌های شخصیتی بیماران مبتلا به میگرن و

افراد سالم

اثر	آزمون‌ها	مقادیر	F	درجه آزادی اثر	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	اندازه اثر
گروه	اثر پیلائی	۰/۹۸۳	۲۲/۰۹۱	۸	۱۲۳	۰/۰۰۱	۰/۵۹۰
	لامبدای ویلکز	۰/۴۷۹	۲۲/۰۹۱	۳	۶۰	۰/۰۰۱	۰/۵۹۰
	اثر هتلینگ	۱/۰۸۸	۲۲/۰۹۱	۳	۶۰	۰/۰۰۱	۰/۵۹۰
	بزرگترین ریشه روی	۱/۰۸۸	۲۲/۰۹۱	۳	۶۰	۰/۰۰۱	۰/۵۹۰

همانطور که مشاهده می‌گردد سطح معنی‌داری هر چهار آماره چند متغیری مربوطه یعنی اثر پیلائی، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگترین ریشه روی کمتر از (۰/۰۰۱) است بدین ترتیب فرض صفر آماری رد و مشخص می‌گردد که بین نمرات افراد مبتلا به میگرن و افراد سالم تفاوت معناداری وجود دارد. با توجه به اندازه اثر بدست آمده، ۰/۵۹۰ درصد از واریانس متغیر وابسته، توسط متغیر مستقل تبیین می‌شود.

جدول ۵. تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA)

مقیاس‌ها	منبع پراکنندگی	مجموع مجذورات SS	درجات آزادی df	میانگین مجذورات MS	F	sig
هیپوکندری	واریانس بین گروهی	۲۳/۷۵۸	۱	۲۳/۷۵۸	۳/۶۲۴	۰/۰۰۱
	واریانس درون گروهی	۸۵۲/۱۵۲	۱۳۰	۶/۵۵۵		
	کل	۴۷۳۸	۱۳۲			
افسردگی	واریانس بین گروهی	۳۲۷/۷۵۸	۱	۳۲۷/۷۵۸	۳۱/۱۸۹	۰/۰۰۱
	واریانس درون گروهی	۱۳۶۶/۱۲۱	۱۳۰	۱۰/۵۹۰		
	کل	۱۰۰۷۸	۱۳۲			
ضداجتماعی	واریانس بین گروهی	۱۵۹۶/۶۸	۱	۱۵۹۶/۶۸	۸۰/۹۶۵	۰/۰۰۱
	واریانس درون گروهی	۲۵۰۰/۲۹۴	۱۳۰	۱۹/۲۳۸		
	کل					

			۱۳۲	۱۹۱۳۷	کل	
	۰/۰۰۲	۱۲/۲۸۱	۹۰/۰۰۸	۱	۹۰/۰۰۸	واریانس بین گروهی
هیستری			۱۳۰۷/۳۲۹	۸۰۳/۹۵۲	واریانس درون گروهی	
			۱۳۲	۶۸۴۳	کل	
	۰/۰۰۳	۳/۱۷۳	۵۶/۰۳۰	۱	۵۶/۰۳۰	واریانس بین گروهی
پسیکاستنی			۱۷/۶۵۵	۱۳۰	۲۲۹۵/۴۸۵	واریانس درون گروهی
			۱۳۲	۵۵۷۲	کل	
	۰/۰۰۱	۱۰/۵۶۴	۹۵/۰۳۰	۱	۹۵/۰۳۰	واریانس بین گروهی
اسکیزوفرنی			۸/۹۹۶	۱۳۰	۱۱۶۹/۴۸۵	واریانس درون گروهی
			۱۳۲	۹۴۹۰	کل	
	۰/۰۰۱	۱۹/۰۸۸	۱۵۹/۲۸۰	۱	۱۵۹/۲۸۰	واریانس بین گروهی
هیپومانیا			۸/۳۴۵	۱۳۰	۱۰۸۴/۸۰۳	واریانس درون گروهی
			۱۳۲	۷۸۶۷	کل	
	۰/۰۰۴	۸/۷۷۸	۴۱/۴۸۵	۱	۴۱/۴۸۵	واریانس بین گروهی
پارانویا			۴/۷۲۶	۱۳۰	۶۱۴/۳۹۴	واریانس درون گروهی
			۱۳۲	۷۸۵۶	کل	

همانطور که در جدول ۲ مشخص است تمام مقیاس‌های MMPI در این تحقیق معنی‌دار درآمده است. در مقیاس پارانویا سطح معنی‌داری برابر (۰/۰۰۴) است که بالا بودن میزان اختلال را در بیماران مبتلا به میگرن نشان می‌دهد. در مقیاس مربوط به هیپومانیا داده‌ها در سطح (۰/۰۰۱) معنی‌دار درآمده است که بیانگر سطح بالای این اختلال در افراد مبتلا به میگرن است. در مقیاس مربوط به اسکیزوفرنی نیز سطح معناداری برابر با (۰/۰۰۱) است که بالا بودن این اختلال را در بیماران مبتلا به میگرن می‌رساند. البته بالا بودن این اختلال در این بیماران به معنی این نیست که آنها دارای این اختلال هستند. برای پسیکاستنی یا ضعف روانی نیز داده‌ها در

سطح (۰/۰۰۳) معنی دار درآمده است و بالا بودن این اختلال در افراد دچار میگرن را می‌رساند. در مقیاس هیستری سطح معنی داری که به دست آمد برابر (۰/۰۰۲) است بنابراین در این بیماران نیز بالا بودن این اختلال نیز آشکار می‌شود. مقیاس انحراف اجتماعی در سطح (۰/۰۰۱) معنی دار درآمده است و بالا بودن این اختلال نیز در افراد میگرنی مشخص می‌گردد. در مورد رابطه افسردگی با میگرن تحقیقات بسیاری صورت گرفته است که همگی بیان کننده ارتباط قوی بین وجود میگرن و افسردگی هستند. این پژوهش نیز همگام با این پژوهش‌ها وجود این رابطه را تأیید می‌کند. در مورد هیپوکندری نیز در سطح ۰/۰۰۱ معنادار درآمده است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که فرضیه پژوهشی مورد تأیید است. یعنی اینکه افراد مبتلا به میگرن در مقایسه با گروه گواه در آزمون MMPI گرایش بیشتری به اختلالات روانی داشتند. بررسی مقیاس‌های بالینی و مقیاس‌های روانی نشان داد که افراد مبتلا به میگرن آسیب پذیری بیشتری در برابر ناملایمات زندگی دارند. یافته‌ها نشان داد که بین نمرخ شخصیتی این گروه با افراد غیرمیگرنی تفاوت‌های معناداری وجود دارد. بررسی تک تک مقیاس‌ها حکایت از نکات قابل تأملی دارد. یافته‌ها در مقیاس ۱ یا هیپوکندری نشان داد که از لحاظ آماری تفاوت معناداری بین گروه‌های مورد مقایسه وجود دارد و افراد مبتلا به میگرن گرایش بیشتری نسبت به ابتلای به خودبیمارانگاری یا هیپوکندری دارند. در مقیاس ۲ یعنی افسردگی تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که در این مقیاس نیز تفاوت معناداری بین گروه‌های مورد مقایسه وجود دارد و افراد مبتلا به میگرن گرایش بیشتری به افسردگی دارند. نتایج حاکی از همسویی بین یافته‌های پژوهشی با تحقیقاتی که بر سلاو و همکاران (۲۰۰۳) انجام دادند دارد. نمرات بالا در مقیاس ۳ یا هیستری نشان داد که تفاوت معناداری بین دو گروه مورد مقایسه وجود دارد و افراد مبتلا به میگرن گرایش بیشتری نسبت به این اختلال دارند. این مقیاس در واقع به گونه‌ای طراحی شده است تا بیمارانی که دچار اختلالات حسی یا حرکتی روان زاد هستند را مشخص سازد. ویژگی

مهم افرادی که در این مقیاس نمرات بالا می‌آورند این است که ضمن مطرح کردن شکوه‌های جسمانی خاص از سبک یا شیوه انکار نیز استفاده می‌کنند. تجزیه و تحلیل داده‌ها در مقیاس ۴ یا انحراف روانی اجتماعی نشان داد که بین دو گروه از لحاظ آماری تفاوت معناداری وجود دارد. شاید یکی از دلایلی که افراد مبتلا به میگرن گرایش بیشتری به این اختلال نشان می‌دهند این باشد که آنها به این دلیل که دچار سردرد‌های شدید هستند خود را قربانی خانواده و اجتماع خویش بدانند و به همین دلیل از زندگی خود شکایت و عدم رضایت نمایند.

تجزیه و تحلیل نتایج مربوط به مقیاس ۵ یا پارانوئا نشانگر معنادار بودن تفاوت بین گروه‌های مورد مقایسه در این مقیاس است و گرایش به اختلال پارانوئا در بیماران مبتلا به میگرن بیشتر است محتوای این مقیاس را حساسیت‌ها، موازین اخلاقی، بدبینی و شکایت از دیگران تشکیل می‌دهد. بالا بودن نمره در این مقیاس مخصوص افرادی است که گرایش‌های خودآزاری را بیرونی کرده، متوجه دیگران می‌سازند. نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها در مقیاس ۶ یا ضعف روانی نشان داد که بین گروه‌های مورد مقایسه در این میزان از لحاظ آماری تفاوت معناداری وجود دارد. این مقیاس در اصل برای اندازه‌گیری نشانه‌های ضعف روانی طراحی شده است گرچه اکنون ضعف روانی دیگر به عنوان یک تشخیص مرضی به کار نمی‌رود اما در زمانی که MMPI ساخته شد استفاده از آن رایج بود. نمرات بالا در این مقیاس همراه با نمرات بالا در مقیاس D شاخص عمومی مناسبی برای میزان درماندگی شخص است و از آنجا که بیماران مبتلا به میگرن هم در این مقیاس و هم در مقیاس D نمرات بالایی می‌آورند به احتمال زیاد نسبت به گروه افراد سالم بیشتر احساس درماندگی می‌کنند. یافته‌ها در مقیاس ۷ یا اسکیزوفرنی نشان داد که تفاوت معناداری بین دو گروه وجود دارد. البته اگر چه افراد در این مقیاس نمرات بالایی بدست آورده‌اند ولی این بدین معنی نیست که آنان مبتلا به اسکیزوفرنی هستند. اسکیزوفرنی یک بیماری روانی بسیار رقت بار است ولی در افراد مبتلا به میگرن نشانه‌ها به این شدت نیست. همچنین تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که در مقیاس ۸ یا هیپومانیا

نیز تفاوت معناداری بین گروه‌های مورد مقایسه وجود دارد. بدین معنی که افراد مبتلا به میگرن در مقایسه با گروه مقایسه گرایش بیشتری به این اختلال داشتند.

به هر حال یافته‌ها نشان داد که افراد مبتلا به میگرن نسبت به افراد غیرمیگرنی گرایش بیشتری به بیماری‌ها دارند. این نتیجه منطبق بر نتایج تحقیقاتی است که در مقدمه آورده شد و در کل گفته شد که بین میگرن و بیماری‌های روانی ارتباط وجود دارد.

پیشنهاد می‌شود: ۱- به منظور بررسی دقیق‌تر رابطه بین مولفه‌های شخصیت و بیماری‌های روانی با بیماری میگرن بهتر است تعداد بیشتری از مبتلایان به میگرن انتخاب شوند تا امکان تعمیم نتایج بیشتر حاصل شود. ۲- با اجرای پژوهشی فراتر از پژوهش حاضر با به کار گیری سایر آزمون‌های تشخیصی که می‌توانند در تشخیص بهتر و صحیح‌تر اختلالات موثر باشند، می‌توان به نتایج بهتر و مطلوب‌تری رسید. ۳- با توجه به اهمیت جنسیت بهتر است که در تحقیقات آینده این متغیر نیز لحاظ شود. همچنین اگر متغیرهای دیگری علاوه بر جنسیت نظیر سن و سطح تحصیلات و موقعیت اجتماعی اقتصادی نیز در نظر گرفته شوند نتایج روشن‌تری بدست خواهد آمد. ۴- در پژوهش‌های آینده برای تعمیم نتایج بهتر است که از نمونه‌های بیشتری استفاده گردد. ۵- در پژوهش‌های آینده بهتر است که افراد مبتلا به میگرن از لحاظ توانمندی‌هایشان نیز مورد بررسی قرار گیرند.

منابع فارسی

- آزاد، حسین. (۱۳۸۷). *آسیب شناسی روانی*، تهران: انتشارات بعثت.
- خرازی، شهرام. (۱۳۸۶). *میگرن*. مجله روزهای زندگی.
- دادستان، پریخ. (۱۳۸۶). *روان‌شناسی مرضی تحولی*، جلدیک، تهران: انتشارات سمت.

رسول زاده طباطبایی، کاظم. (۱۳۸۵). بررسی ویژگی‌های شخصیتی مبتلایان به میگرن و مقایسه تاثیر دارودرمانگری با روش آموزش تنش زدایی تدریجی، رساله دکترا چاپ شده در دانشگاه تربیت مدرس.

ردولفو. (۲۰۰۱). میگرن، ترجمه پریش اخوان، ۱۳۸۳، تهران: نشر نی.

کاپلان، هارولد. سادوک بنیامین. (۱۳۸۳). خلاصه روان‌پزشکی ترجمه نصرت الله پورافکاری، تهران: انتشارات شهرآب.

منابع لاتین

- Deng Yuanjiang, Liu Weiyang, Liu Baolian(2003.) Clinical observation on migraine treated by Piansanzheng[J];Hebei. *Journal of Traditional Chinese Medicine*;
Clinical Observation on Migraine Treated by Toutongkang Granules[J];Hunan Guiding *Journal of Traditional Chinese Medicine and Pharmacology*;2001-02
GAO Ying CAO Ke-gang;Treatment and Research of Migraine by Traditional Chinese Medicine[J];Continuing Medical Education;2006-19
Li Mingxin, et al.(Department of Neurology, Affiliated Hospital of Shandong Medical University, Jinan 250012.);Treatment of migraine with Jing Tong Ling:Effects on plasma β -endorphin level.[J];*journal of clinical neurology*;1995-01
Kirkcaldy, B. , Kobylinska, E. , & Furnham, A. . (1993). *MMPI profiles of male and female migraine sufferers. Social science medicine*, 37(7), 879-882.
Mongini f.keller r.deregibus a.raviola f.mongini t.sancarlo m. (2003) *Personality traits, depression and migraine in women: a longitudinal study* ;, vol. 23, no3, pp. 186-192 [7 page(s) (article)]
B D Kirkcaldy, E Kobylinska, A F Furnham. (2008) *MMPI profiles of male and female migraine sufferers. Social science medicine* . Volume: 37, Issue: 7Pages: 879-882
Critchley M. Migraine from Cappadocia to Queen Square. *Background to Migraine*. Vol. 1. London: Heinemann, 1967:28-38.
Edmeads J. The treatment of headache: a historical perspective. In: GallagherRM, ed. *Drug Therapy for Headache*. New York: 1991:1-8
Marcel Dekker Inc.,multicentre, placebo-controlled study. *Cephalalgia* 2005; 25:1031-1041.
Horton BT, Peters GA, Blumenthal LS. *A new product in the treatment of migraine: a preliminary report*. Mayo Clin Proc 1945;:241-248.
Sicuteri F. Prophylactic and therapeutic properties of 1-methyllysergic acid butanolamide in migraine. *Int Arch Allerg* 1959; 15:300-307.
Brandes JL, Saper JR, Diamond M, et al. Topiramate for migraine prevention. *A randomized controlled trial. JAMA* 2004; 291:965-973.

- Silberstein SD, Neto W, Schmitt J, et al. *Topiramate in migraine prevention Results of a large controlled trial.* Arch Neurol 2004; 61:490–495.
- Lampl C, Katsavara Z, Diener H-C, Limmroth V. *Lamotrigine reduces migraine aura and migraine attacks in patients with migraine with aura.*J Neurol Neurosurg Psychiatr 2005; 76:1730–1732.
- Reidenberg M, Lowenthal D. Adverse non-drug reactions. *N Engl J Med* 1968; 679.
- Rasmussen BK, Jensen R, Schroll M, et al. *Epidemiology of headache in a general population—prevalence study.* J Clin Epidemiol 1991; 44:1147–1157.
- Evans RE, Lipton RB, Silberstein S. The prevalence of *migraine in neurologists.*Neurology 2003; 61:1271–1272.