

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال یازدهم شماره ۴۱ بهار ۱۳۹۵

مقایسه سبک زندگی بیماران مبتلا به سردردهای میگرنی و افراد سالم

پریچهر احمدی^۱

حسین واحدی^۲

چکیده

تحقیقات به این نکته اشاره کرده‌اند که بیماران مبتلا به سردردهای میگرنی ویژگی‌های روانشناختی خاصی را نشان می‌دهند. این پژوهش قصد داشت سبک زندگی و عوامل مرتبط با آن را در بیماران مبتلا به سردردهای میگرنی مورد مطالعه قرار دهد. طرح پژوهش حاضر از نوع تحقیقات توصیفی - مقایسه‌ای است. نمونه آماری عبارت است از گروه بیمار؛ شامل ۱۰۰ نفر از بیماران مبتلا به سردردهای میگرنی مراجعه کننده به کلینیک تخصصی نورولوژی در سال ۱۳۹۱ و گروه کنترل؛ شامل ۱۰۰ نفر آزمودنی سالم و بهنجار که از نظر سن، جنس مشابه آزمودنی‌های بیمار بودند. هر دو گروه به وسیله پرسشنامه سبک زندگی ارتقادهنده سلامت (HPLPII) مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از روش واریانس چندمتغیره مورد تحلیل قرار گرفت. در مقایسه دو گروه آزمودنی‌ها نتایج نشان داد که سبک زندگی بیماران مبتلا به سردردهای میگرنی با افراد سالم تفاوت دارد. در بررسی عوامل سبک زندگی نتایج تحقیق نشان داد که در عوامل رشد معنوی (شکوفایی)، مسئولیت‌پذیری درباره سلامت، روابط بین فردی، مدیریت استرس و تغذیه بین بیماران مبتلا به سردردهای میگرنی و افراد سالم تفاوت وجود دارد و میانگین این عوامل در گروه بهنجار بالاتر از گروه میگرنی است. در عامل فعالیت جسمی بین بیماران و افراد سالم تفاوت وجود ندارد. نتایج حاکی از آن است که بیماران میگرنی سبک زندگی ناسالمی را در مقایسه با افراد بهنجار دارند. این تحقیق رابطه بین عوامل سبک زندگی و سردردهای میگرنی را مورد تأیید قرار داد.

واژگای کلیدی: سردرد؛ میگرن؛ سبک زندگی

۱- استادیار دانشگاه آزاد اسلامی تبریز، دانشکده پزشکی

۲- استادیار دانشگاه آزاد اسلامی تبریز، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی (نویسنده مسئول)

مقدمه

سردرد معمولاً علامت اصلی میگرن است. سردردی که ۴ تا ۷ ساعت به طول می‌انجامد، و با تهوع، استفراغ، گریز از نور، سروصدا و بو همراه است. حملات میگرن دوره‌ای و تکرار شونده معمولاً یک‌طرفه و ضربانی‌اند. شروع در کودکی، نوجوانی یا اوایل جوانی و کاهش تعداد حملات در طول گذشت زمان وجود دارد. تعداد حملات به‌طور متوسط یک یا دو حمله در عرض یک یا دو ماه است (شاملو، ۱۳۸۲). دوره حمله سردرد ممکن است از یک ساعت تا یک هفته باشد، با این حال افراد اغلب درد و علائم مشابهی را بین حملات تجربه می‌کنند (ولمن^۱، ۱۳۷۵). مجموعه این علائم در حین حمله موجب اشکال در کارکرد روزانه شخص می‌گردد (کاندل^۲ و سودرث^۳، ۲۰۰۵).

میگرن از جمله بیماری‌هایی است که شیوع نسبتاً بالایی دارد. علی‌رغم گزارش‌های متفاوت در مورد شیوع بیماری پژوهش‌های بسیاری بر قدرت فرسایشی آن اشاره داشته‌اند (از جمله لیپتون^۴ و همکاران، ۲۰۰۱). این بیماری امروزه علاوه بر عوارض جسمی (سولومن^۵ و دالوف^۶، ۲۰۰۰) باعث کاهش کیفیت زندگی (اورنیش^۷، ۲۰۰۵)، از دست دادن زمان مفید کاری (موریلو^۸ و همکاران، ۲۰۰۵)، ایجاد اختلال در فعالیت روزمره (رابینز^۹ و همکاران، ۲۰۰۵) و ... می‌شود. بنابراین به‌نظر می‌رسد که میگرن یک مشکل بهداشتی مهم است و یافتن شیوه‌های کنترل و یا درمان این بیماری می‌تواند از اهمیت بسزایی برخوردار باشد. سردرد از جمله مشکلاتی است که افزون بر درد ناتوان‌کننده، اثرات نامطلوب آن بر همه ابعاد زندگی فرد از جمله کارکرد اجتماعی و زندگی خانوادگی تأثیر می‌گذارد (سولومن و دالوف، ۲۰۰۰).

اسمیت^{۱۰} (۱۹۹۶) نیز تأثیر میگرن بر سایر اعضای خانواده مانند روابط فرد با همسر، فرزندان و دیگر اعضای خانواده را نشان داده است. سردردهای تنشی نیز آسیب‌های

1-
3- Sudderth
5- Solomon
7- Ornish
9- Rabins

2- Kandel
4- Lipton
6- Dahlof
8- Morillo
10- Smith

کارکردی در زمینه‌های اجتماعی و شناختی فرد مبتلا ایجاد می‌کند (سولومون^۱، اسکوبیراندا^۲ و گراج^۳، ۱۹۹۴) بیماران با سردرد میگرن دارای ویژگی‌های شخصیتی خاصی می‌باشند که ممکن است تأثیر در شروع یا شدت سردرد میگرن داشته باشد. بیماران با سردرد میگرن اکثراً افرادی نگران، مضطرب، وسواسی هستند و این اضطراب و نگرانی منجر به درون‌ریزی احساسات می‌گردد و سبب ساز شروع سردرد می‌شود که با مزمن شدن و عدم توجه به تغییر ویژگی‌های شخصیتی فردی می‌تواند به سردرد میگرن تبدیل شود (طوبایی و فراشبندی، ۱۳۸۹). با توجه به آنچه مطرح شد به نظر می‌رسد ضرورت شناسایی سبک زندگی بیماران مبتلا به سردردهای میگرنی بدیهی باشد. شناسایی سبک زندگی و عوامل مساله‌ساز در آن می‌تواند مبنایی را فراهم نماید که با به کارگیری آن بتوان شدت این بیماری را کاهش داد.

برخی تحقیقات به این نکته اشاره کرده‌اند که بیماران مبتلا به سردردهای میگرنی ویژگی‌های روانشناختی خاصی را نشان می‌دهند. از جمله این که این بیماران کمال‌گرا و موفقیت طلب هستند. الگوهای خواب و بیداری نیز در مورد این بیماران مورد توجه قرار گرفته است (ولمن^۴، ۱۳۷۵). کلید پیشگیری از سردرد، مشخص کردن عوامل محرک و برانگیزاننده می‌باشد و این عوامل عمومیت نداشته و حتی یک عامل همیشه برانگیزاننده حمله همان شخص نمی‌باشد (فیبس^۵ و همکاران، ۲۰۰۳). تعیین این عوامل کمک به تشخیص و توسعه پیشگیری می‌باشد. بر اساس نظرات هیکی تغییر این عوامل در شیوه زندگی موجب کاهش وقوع بیماری و شدت بیماری می‌شود (هیکی^۶، ۲۰۰۳، مانیکس^۷، ۲۰۰۳). امروزه متخصصان سلامت سبک زندگی را یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر سلامتی می‌دانند (مک‌اثنون^۸، ۲۰۰۲). سازمان بهداشت جهانی معتقد است با تغییر و اصلاح سبک زندگی می‌توان با بسیاری از عوامل خطرسازی که جزو مهم‌ترین عوامل مرگ و میر هستند مقابله کرد (برهانی و همکاران، ۱۳۸۶). سبک زندگی ترکیبی از

1- Solomon
3- Gragg
5- Phipps
7- Mannix

2- Skobieranda
4- Wolman
6- Hickey
8- Mc Ewen

الگوهای رفتاری و عادات فردی در سراسر زندگی می‌باشد که در طی آن فرایندهای اجتماعی شدن به‌وجود آمده است. سبک زندگی از طریق روابط متقابل فرد با والدین، دوستان، خواهر و برادر، همسالان و از طریق مدرسه و رسانه‌های جمعی آموخته می‌شود (مک ائون، ۲۰۰۲).

مطالعات مختلفی بر تأثیر عوامل مرتبط با سبک زندگی در سردردهای میگرنی به صورت جداگانه اشاره داشته‌اند. از جمله این‌که رابطه تغذیه (بیک^۱، ۱۹۹۹)، فعالیت فیزیکی (گوسی، ۲۰۰۱؛ بنر، ۲۰۰۰)، استرس (واکوگان^۴ و همکاران، ۲۰۰۳؛ پوتر^۵ و پری^۶، ۲۰۰۵)، الگوهای خواب و بیداری (پوتر و پری، ۲۰۰۵؛ میلر^۷، ۲۰۰۳)، مصرف دخانیات (آدلمن^۸، ۲۰۰۱) را با سردردهای میگرنی بررسی کرده‌اند، با این حال مطالعات کمی وجود دارند که به صورت جامع به بررسی این مساله پرداخته باشند. با توجه به آنچه مطرح شد این پژوهش قصد دارد سبک زندگی و عوامل مرتبط با آن را در بیماران مبتلا به سردردهای میگرنی مورد مطالعه قرار دهد.

روش تحقیق

طرح پژوهش حاضر با توجه به ماهیت موضوع و اهداف مورد نظر، از نوع تحقیقات توصیفی - مقایسه‌ای است. بر این اساس پژوهش حاضر به توصیف و مقایسه سبک زندگی در بیماران مبتلا به سردردهای میگرنی و افراد سالم می‌پردازد. نمونه آماری عبارت است از: الف) گروه بیمار: شامل تعداد ۱۰۰ نفر از بیماران مبتلا به سردردهای میگرنی مراجعه‌کننده به کلینیک تخصصی نورولوژی در سال ۱۳۹۱. ب) گروه کنترل: شامل تعداد ۱۰۰ نفر آزمودنی سالم و بهنجار است که از نظر سن، جنس مشابه آزمودنی‌های بیمار می‌باشند. انتخاب بیماران مبتلا به سردردهای میگرنی با توجه به این ملاک‌ها صورت گرفت: الف) بیمارانی که اختلالات روانپزشکی و نورولوژیکی دیگر،

1- Bic
3- Bener
5- Potter
7- Miller

2- Gusi
4- Wacogan
6- Perry
8- Adelman

الکل یا اعتیادهای دیگر، آسیب‌های مغزی، مجموعه‌ای داشته‌اند در نمونه آماری گنجانده نمی‌شدند. ب) آزمودنی‌های گروه کنترل از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مشابه آزمودنی‌های گروه آزمایشی بودند و نیز سلامت آنها از نظر جسمی و روانی مورد تأیید متخصصان قرار گرفت. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و مصاحبه تشخیصی استفاده شد.

پرسشنامه سبک زندگی ارتقادهنده سلامت^۱ (HPLPII): این ابزار به‌طور گسترده در تحقیقات استفاده و روایی و پایایی آن در جمعیت‌های در متنوع گزارش شده است (استوکر^۲، ۲۰۰۰؛ والکر^۳ و هیل و پولرسکی^۴، ۱۹۹۷). این پروفایل بر اساس الگوی ارتقای سلامت‌ندار ساخته شده است و احتمال درگیر شدن فرد در رفتارهای ارتقادهنده سلامت را اندازه‌گیری می‌کند (والکر، سچریت^۵ و پندر^۶، ۱۹۸۷). این پرسشنامه از ۵۲ سوال تشکیل شده است که ۶ زیرشاخه تحت عناوین تغذیه، فعالیت بدنی، مسئولیت‌پذیری در مورد سلامت، مدیریت استرس، روابط بین فردی و رشد معنوی دارد. والکر و هیل پولرسکی برای ابزار HPLPII آلفای کرونباخ ۰/۹۴ را گزارش کردند و برای شش زیرشاخه آن طیف ۰/۷۹ تا ۰/۹۴ را گزارش نمودند (والکر و همکاران، ۱۹۹۰). پایایی آزمون بازآزمون ۳ هفته‌ای برای کل ابزار برابر با ۰/۸۹ بود. این پرسشنامه توسط محمدی، پاکپور و زیدی (۱۳۹۰) به فارسی برگردانه شد و روایی و پایایی آن محاسبه گردید. این محققان ضریب آلفای کرونباخ برای کل ابزار ۰/۸۲ و برای زیرشاخه‌ها از ۰/۶۴ تا ۰/۹۱ گزارش کردند. نتایج آزمون بازآزمون نشان‌دهنده ثبات برای پرسشنامه سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و زیرشاخه‌های آن بود.

مصاحبه تشخیصی: تشخیص بیماران مبتلا به میگرن با استفاده از مصاحبه تشخیصی توسط نورولوژیست صورت گرفت. همچنین از آزمودنی‌های سالم نیز مصاحبه تشخیصی به عمل آمد تا سلامت آنها مورد تأیید قرار گیرد.

1- HPLPII (Health-Promoting Lifestyle Profile II) 2- Stockert

3- Walker

4- Hill-Polerecky

5- Sechrit

6- Pender

یافته‌ها

در جدول (۱) داده‌های توصیفی مربوط به سن آزمودنی‌ها به تفکیک گروه‌های بیماران میگرنی و بهنجار ارائه شده است. این میانگین برای گروه بیماران میگرنی ۳۷/۳۷ و برای گروه بهنجار ۳۷/۲۱ است.

جدول (۱) داده‌های توصیفی برای سن آزمودنی‌ها در دو گروه بیماران میگرنی و بهنجار

گروه	میانگین	انحراف معیار	دامنه تغییرات	پایین ترین	بالا ترین
بیماران میگرنی	۳۷/۳۷	۲/۸۰	۱۵	۳۰	۴۵
بهنجار	۳۷/۲۱	۲/۹۶	۱۶	۲۹	۴۵
کل	۳۷/۲۹	۲/۸۷	۱۶	۲۹	۴۵

جدول ۲ داده‌های توصیفی را برای عوامل سبک زندگی در دو گروه بیماران میگرنی و بهنجار نشان می‌دهد. چنان‌که مشاهده می‌گردد، میانگین این عامل در دو گروه متفاوت است. در کل می‌توان گفت که سبک زندگی بیماران میگرنی در مقایسه با افراد بهنجار از سلامت پایین‌تری برخوردار است.

جدول (۲) عوامل سبک زندگی در دو گروه بیماران میگرنی و بهنجار

مقیاس	گروه	میانگین	انحراف معیار	دامنه تغییرات	پایین ترین	بالا ترین
رشد معنوی (شکوفایی)	بیماران میگرنی	۱۹/۴۱	۳/۸۴	۱۲	۳۲	۲۰
	بهنجار	۲۳/۷۴	۲/۲۰	۱۷	۲۸	۱۱
مسئولیت‌پذیری	بیماران میگرنی	۲۲/۸۲	۲/۴۷	۱۵	۲۸	۱۳
	بهنجار	۲۵/۷۷	۱/۷۶	۱۹	۲۹	۱۰
روابط بین فردی	بیماران میگرنی	۱۴/۶۴	۲/۵۷	۹	۲۱	۱۲
	بهنجار	۱۷/۷۵	۱/۷۰	۱۳	۲۱	۸
مدیریت استرس	بیماران میگرنی	۱۴/۳۳	۳/۱۶	۷	۲۳	۱۶
	بهنجار	۱۷/۰۶	۳/۹۷	۷	۲۶	۱۹
فعالیت جسمی	بیماران میگرنی	۱۱/۸۸	۳/۴۵	۵	۱۹	۱۴
	بهنجار	۱۲/۶۲	۳/۴۰	۶	۲۰	۱۴
عامل تغذیه	بیماران میگرنی	۱۱/۱۰	۳/۷۹	۵	۲۰	۱۵
	بهنجار	۱۲/۲۰	۳/۵۸	۶	۲۰	۱۴

جدول ۳ نتایج حاصل از آزمون‌های تحلیل واریانس چندمتغیره را برای عامل‌های سبک زندگی نشان می‌دهد. F به دست آمده، در میان تمام عامل‌ها به غیر از عامل فعالیت جسمی معنی‌دار می‌باشد.

جدول (۳) نتایج تحلیل واریانس برای عوامل سبک زندگی در دو گروه بیماران میگرنی و بهنجار

منبع	مقیاس	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری
گروه	فعالیت جسمی	۲۷/۳۸	۱	۲۷/۳۸	۲/۳۳	۰/۱۲
	مسئولیت پذیری	۴۳۵/۱۲	۱	۴۳۵/۱۲	۹۴/۴۱	۰/۰۰۱
	روابط بین فردی	۴۸۳/۶۰	۱	۴۸۳/۶۰	۱۰۱/۴۵	۰/۰۰۱
	عامل تغذیه	۶۰/۵۰	۱	۶۰/۵۰	۴/۴۴	۰/۰۰۱
	رشد معنوی	۹۳۷/۴۴	۱	۹۳۷/۴۴	۹۵/۶۰	۰/۰۰۱
	مدیریت استرس	۳۷۲/۶۴	۱	۳۷۲/۶۴	۲۸/۸۷	۰/۰۰۱

بحث

این پژوهش در کل عوامل سبک زندگی بیماران میگرنی را با افراد بهنجار مورد مقایسه قرار داد. در مقایسه دو گروه آزمودنی‌ها نتایج نشان داد که سبک زندگی بیماران مبتلابه سر دردهای میگرنی با افراد سالم تفاوت دارد. نتایج حاکی از آن است که بیماران میگرنی سبک زندگی ناسالمی را در مقایسه با افراد بهنجار دارند. نتیجه پژوهش کاوه و ربیعی (۱۳۹۲) نشان داد بین شدت سردرد با افسردگی و اعتماد به نفس، ناامیدی و اضطراب و وجود اتفاقات ناگوار در زندگی و نارضایتی از زندگی همبستگی مثبت و معنی دار وجود دارد. همچنین بین سردرد و فعالیت‌های بدنی، رژیم غذایی، نظم در زندگی، رضایت زناشویی، رضایت از سلامت روان شناختی همبستگی وجود ندارد. نتایج پژوهش نریمانی و همکاران (۱۳۹۲) نشان داد که سردردهای میگرنی دارای پیامدهای منفی بر سلامت روان افراد مبتلا است، بنابراین با انجام مداخلات پیشگیرانه اولیه مبتنی بر آموزش شناختی رفتاری می‌توان از پیامدهای منفی این بیماری بر جنبه‌های مختلف زندگی بیماران جلوگیری کرد.

در بررسی عوامل نتایج تحقیق نشان داد که در عامل رشد معنوی (شکوفایی) بین بیماران مبتلا به سردردهای میگرنی و افراد سالم تفاوت وجود دارد و می‌توان گفت که میانگین عامل رشد معنوی (شکوفایی) در گروه بهنجار بالاتر از گروه میگرنی است. به عبارت دیگر بیماران میگرنی در سبک زندگی خود رشد معنوی (شکوفایی) پایین‌تری دارند. امروزه برخی از سازمان‌هایی که ارزیابی مراکز مراقبت از سلامتی و اعطای اعتبارنامه به آنها را بر عهده دارند، پیشنهاد می‌کنند نیازهای معنوی بیماران نیز در مراکز مراقبت سلامتی ارزیابی شود. انجمن روانپزشکی آمریکا توصیه می‌کند که پزشکان، گرایش مذهبی و معنوی بیماران را جویا شوند. زیربنای این توصیه‌ها این است که مراقبت از بیمار، بسیار فراتر از درمان بیماری است و در برگیرنده نیازهای مختلف وی است (مولر^۱، لواک^۲ و رومانز^۳، ۲۰۰۱). برخی مطالعات بیانگر آن است که بدون سلامت معنوی، دیگر ابعاد زیستی، روانشناختی و اجتماعی نمی‌تواند عملکرد درست داشته باشد یا به حداکثر ظرفیت خود برسد و بنابراین بالاترین سطح کیفیت زندگی، قابل دستیابی نخواهد بود (ریست^۴، ۲۰۱۱).

سومین موردی که مورد بررسی قرار گرفت عامل مسئولیت‌پذیری درباره سلامت می‌باشد. نتایج نشان داد که در عامل مسئولیت‌پذیری درباره سلامت بین بیماران مبتلا به سردردهای میگرنی با افراد سالم تفاوت دارد، و می‌توان گفت که میانگین عامل مسئولیت‌پذیری درباره سلامت در گروه بهنجار بالاتر از گروه بهنجار است. به عبارت دیگر بیماران میگرنی در سبک زندگی خود مسئولیت‌پذیری پایین‌تری درباره سلامت دارند. مسئولیت افراد در قبال سلامتی، یکی از مهم‌ترین ابعاد سبک زندگی سالم است که طی آن فرد با انتخاب سبک زندگی برای حفظ و ارتقا سلامتی خود و پیشگیری از بیماری‌ها، اقدامات و فعالیت‌هایی مانند رعایت رژیم غذایی مناسب، خواب و فعالیت، ورزش، کنترل وزن بدن، عدم مصرف سیگار و الکل و ایمن‌سازی در مقابل بیماری‌ها انجام می‌دهد (فیپ و سند، ۲۰۰۳). رویکرد قابل قبول برای ارتقاء سلامت رویکردی

1- Mueller
3- Rummans

2- Plevak
4- Rist

است که در آن افراد و جامعه در مسئولیت انتخاب شیوه‌های سالم زندگی سهم داشته باشند و به‌نوعی توانمند شوند که مسئولیت سلامتی خود را بپذیرند و شیوه زندگی سالمی را اتخاذ کنند (تالی^۱، ۲۰۱۰).

در بررسی عامل روابط بین فردی نتایج آن پژوهش نشان داد که بین بیماران مبتلابه سردردهای میگرنی و افراد سالم تفاوت دارد. پژوهش‌های روان‌شناختی در مورد اهمیت روابط بین فردی موثر به این نتیجه رسیده‌اند که روابط بین فردی موثر اثر مستقیم روی سلامت روانی دارد. بهره‌وری شغلی و موفقیت را افزایش می‌دهد. تندرستی و سلامت جسمی به‌همراه می‌آورد. باعث مقابله سازنده با استرس می‌گردد. به رشد شخصی و هویت‌یابی افراد کمک می‌کند. کیفیت زندگی را افزایش می‌دهد. خود شکوفایی به‌همراه دارد (معاونت فرهنگی دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، ۱۳۹۳).

همچنین نتایج نشان داد که در عامل مدیریت استرس بین بیماران مبتلابه سردردهای میگرنی با افراد سالم تفاوت دارد، و می‌توان گفت که میانگین عامل مدیریت استرس در گروه بهنجار بالاتر از گروه بیماران میگرنی است. به‌عبارت دیگر بیماران میگرنی در سبک زندگی خود مدیریت استرس پایین‌تری درباره سلامت دارند. فشارهای عصبی و استرس از جمله عوامل مستعدکننده در اختلالات جسمی مختلف هستند (واحدیان عظیمی و همکاران، ۱۳۹۱). وقتی استرس شدید و طولانی‌مدت باشد، و شخص قادر به سازگاری مناسب با وقایع تنش‌زای زندگی نباشد، می‌تواند از عوامل خطرناک برای زندگی انسان محسوب شود. مطالعات نشان می‌دهد میزان و سطح استرس‌هایی که فرد متحمل می‌شود با بروز سردرد میگرنی مرتبط می‌باشند (صفوی و همکاران، ۱۳۸۶). شکست در مقابله موثر با استرس می‌تواند به تغییر نامطلوبی در فرایندهای رفتاری-روانی منجر شود و سلامت فرد را به‌خطر اندازد (حمید، مزارعی و پاک، ۱۳۹۲). از طرفی نتایج مطالعات متعددی انجام شده نشان می‌دهد که بین سردرد میگرن و بهداشت روانی ارتباط وجود دارد (ونگ^۲ و همکاران، ۱۹۹۹، راوی^۳، منجیت^۴

1- Talley
3- Ravi

2- Wang
4- Manjeet

و ویشال^۱، (۲۰۰۷). مطالعات دیگری که در کشور فرانسه و کانادا صورت گرفته نشان می‌دهد که کیفیت زندگی بیماران میگرنی زمانی که با اضطراب و افسردگی همراه باشد تحت تأثیر قرار می‌گیرد (لانتری^۲ و همکاران، ۲۰۰۵).

در بررسی فعالیت جسمی نتایج نشان داد که در این عامل بین بیماران مبتلا به سردردهای میگرنی و افراد سالم تفاوت وجود ندارد. علی‌رغم این که بسیاری از تحقیقات بر نقش فعالیت جسمی در جلوگیری از بروز بیماری‌ها تأکید داشته‌اند. در این تحقیق تفاوت معنی‌داری یافت نشد. به نظر می‌رسد پیشگیری از میگرن نیازمند انواع خاصی از فعالیت حرکتی باشد که بسیاری از مردم از آن آگاهی ندارند.

نتایج نشان داد در عامل تغذیه نیز بین بیماران مبتلا به سردردهای میگرنی و افراد سالم تفاوت وجود دارد دارد. و می‌توان گفت که میانگین عامل تغذیه در گروه بهنجار بالاتر از گروه بهنجار است. به عبارت دیگر بیماران میگرنی در سبک زندگی خود تغذیه نامناسب‌تری دارند. اهمیت نقش تغذیه در بسیاری از تحقیقات مورد توجه گرفته است. در تحقیقی که توسط همتی، سعادت و ولایی (۱۳۷۹) صورت گرفت نتایج نشان داد مصرف سیر، پیاز، فلفل و در معرض سر و صدا، تغییرات آب و هوا و کم خوابی قرار داشتن، بیشترین نقش را در عود حملات بازی می‌کند.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله: ۱۳۹۴/۰۳/۲۳
تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله: ۱۳۹۴/۰۹/۰۷
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۱۲/۱۵

منابع

- برهانی، فریبا؛ عباسزاده، عباس؛ کهن، سیمین؛ گلشن، مرضیه و درتاج رابری اسحاق (۱۳۸۶). بررسی رابطه سبک زندگی و شاخص توده بدنی در جوانان شهر کرمان، پژوهش پرستاری، ۲ (۶-۷)، ۶۵-۷۲.
- حمید، نجمه؛ مزارعی، رقیه؛ پاک، سحر (۱۳۹۲). بررسی ارتباط میان استرس‌های روزمره‌ی زندگی و سبک‌های مقابله با سلامت روان در بیماران دچار سردرد میگرنی، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زنجان. ۲۱ (۸۴): ۷۳-۸۱.
- شاملو، فرهاد (۱۳۸۲). میگرن در بانوان، قزوین: حدیث امروز.
- صفوی، محبوبه؛ نظری، فاطمه و محمودی مجدآبادی، محمود (۱۳۸۷). ارتباط سردرد میگرنی با شیوه زندگی زنان، نشریه پرستاری ایران، ۲۱ (۵۵): ۸۹-۱۰۰.
- طوبایی، شهین؛ فراشندی، حسن (۱۳۸۹). بررسی ویژگی‌های شخصیتی بیماران مبتلا به سردرد میگرنی. مجله پزشکی ارومیه، ۲۱ (۲): ۲۸۰-۲۸۵.
- کاوه، منیژه؛ ربیعی، محمد (۱۳۹۲). بررسی میزان شیوع و نقش عوامل مؤثر بر بروز سردردهای تنشی کارکنان دانشگاه شهرکرد، مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، (ویژه‌نامه پنجمین کنگره سایکوسوماتیک)، ۲۴.
- محمدی زیدی، عیسی؛ پاکپور حاجی‌آقا، امیر و محمدی زید، بنفشه (۱۳۹۰). روایی و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت، مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۲۱ (۱): ۱۰۳-۱۱۳.
- معاونت فرهنگی دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی (۱۳۹۳). اهمیت روابط بین فردی، قابل دسترسی در سایت. <http://nkums.ac.ir/index.aspx?Cnid=1429&t>.
- نریمانی، محمد؛ بگیان کوله مرز، محمدجواد؛ یوسفی، اکرم (۱۳۹۲). بررسی اثربخشی آموزش گروهی درمان‌شناختی رفتاری بر بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به میگرن، مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد (ویژه‌نامه پنجمین کنگره سایکوسوماتیک)، ۳۴، ۱۳۲-۱۲۱.

همتی، ابوالفضل؛ سعادت، پیام؛ ولایی، ناصر (۱۳۷۹). اپیدمیولوژی ۳۰۰ فرد مبتلا به میگرن مراجعه‌کننده به بیمارستان‌ها و کلینیک‌های خصوصی طی سال ۷۷-۱۳۷، *مجله پژوهنده*، دوره ۵، شماره ۱ (پی در پی ۱۷)، ۴۱-۵۰.

واحدیان عظیمی، امیر؛ اصغری جعفرآبادی، محمد؛ پیامی بوساری، میترا؛ کشافی، محمدباقر (۱۳۹۱). تأثیر آرام‌سازی پیشرونده عضلانی بر استرس درک شده بیماران مبتلا به انفارکتوس قلبی: کارآزمایی بالینی تصادفی شده، *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان زنجان*، دوره ۲۰، شماره ۸۱، ۱۸-۲۷.

ولمن، بنجامین بی. (۱۹۸۸). *اختلالات روان‌تنی*، ترجمه بهمن نجاریان، محسن دهقانی و بهرام دباغ (۱۳۷۵)، تهران: انتشارات رشد.

Adelman, J.U. & Adelman, R.D. (2001). Current options for the prevention and treatment of migraine, *Clinical Therapeutics*; 23(6):772-88.

Bener, A. Uduman, S.A., Qassimi, E.M., Khalaily, G., Sztriha, L., Kilpelainen, H. (2000). Genetic and environmental factors associated with migraine in school children, *Headache*, 40(2):152-157.

Bic, Z., Blix, G.G., Hopp H.P., Leslie, F.M., Schell, M.J. (1999). The influence of a low dietary fat intake on incidence and severity of migraine headaches, *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*; 8(5):1-5.

Gusi, N., Ortega, A., Garcia-Martin, Y., Monge, M.A. (2001). Physical activity, lifestyle and health-related quality of life secondary students in extremadura (SPAIN) http://www.euroqol.org/meeting_2001/menu.php?id,P.169-176.

Hickey, J.V. (2003). *The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing*, 5th ed. Lippincott Williams & Wilkins.

Kandel, J., Sudderth, D. B. (2005). *Migraine, What Works! A Complete Guide to Overcoming and Preventing Pain*, Prima Publishing.

Lante`ri-Minet M, Radat F, Chautard M, Lucas C. (2005). Anxiety and depression associated with migraine: influence on migraine subjects_ disability and quality of life, and acute migraine management, *Pain*; 118: 319-326.

-
- Lipton, R.B., Diamond, S., Reed, M., Diamond, M.L. & Stewart, W.F. (2001). Migraine diagnosis and treatment: Results from the American migraine study II, *Headache: The Journal of Head and Face Pain*: 41, 638-645.
- Mannix, L.K. (2003). Relieving migraine Paine: Sorting through the options. *Cleve Clinical Journal of Medication*, 2003, 70(1):8-28.
- Mc Ewen M. (2002). *Community-Based Nursing: An Introduction*, 2nd Edition sage publication Ltd. London.
- Miller V.A. (2003). Migraine headaches and sleep disturbances in children. *Headache*; 143 (4):362-368.
- Morillo, L.E. Alarcon, F. Aranaga, N. Aulet, S. Chapman, E. & Conterno, L. (2005). Prevalence of Migraine in Latin merican, *Journal of Headache*, 45(2):106-117.
- Mueller P.S., Plevak, D.J., Rummans, T.A. (2001). Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice, *Mayo Clin Proc*, 76 (12):1225-35.
- Ornish, D. (2005). Can lifestyle changes reverse coronary heart disease?, *Journal of the American Medical Assciation*, 29, 37-40.
- Phipps W.J., Sands J.K. (2003). *Medical-surgical nursing: concepts and clinical practice*, Philadelphia: Mosby.
- Phipps, W.J., Sands, J.K. (2003). *Medical-surgical nursing: concepts and clinical practice*, Philadelphia: Mosby; 2003. p. 227-55.
- Potter, P.A., Perry, A.G. (2005). *Fundamentals of nursing*, 6th ed. Mosby Co.
- Ravi G, Manjeet B, Vishal C. (2007). Chronic daily headache: medication overuse and psychiatric comorbidity, *Journal of Pakistan Psychology Society*, 4: 19-24.
- Rist, PM; Diener, HC; Kurth, T; Schürks, M (2011 Jun). Migraine, migraine aura, and cervical artery dissection: a systematic review and meta-analysis, *Cephalalgia: An Iinternational Journal of Headache*, 31 (8): 886–96.
- Robbins MS, Lipton RB (2010). "The epidemiology of primary headache disorders", *Semin Neurol* 30 (2): 107–19.
-

-
- Smith, R. (1996). Impact of migraine on the family, *Headache*, 36, 278-286.
- Solomon GD & Dahlof GH. Impact of headache on the individual sufferer. In: J. Olesen, P. Tfelt- Hansen, & K.M.A. Welch (Eds.), *The headaches*, Philadelphia: Lippicott Wilkins, 2000.
- Solomon, G.D., Skobieranda, F.G., & Gragg, L.A. (1993). Quality of life and well-being of headache patients: Measurement by the medical outcomes study instrument, *Headache*, 33, 351-358.
- Stockert, P. (2000). *The determinants of a healthpromoting lifestyle measurement in older adults*, Unpublished doctoral dissertation, University of Illinois, Chicago.
- Talley, D.B. (2010). *Migraine*, Bloomington, IN: AuthorHouse, 2010; pp: 101.
- Wacogan, C., Lacoste, J.P., Guillibert, E., Hugues, F.C. & Le Jeunne, C. (2003). Stress, Anxiety, Depression and migraine, *Cephalgia*; 1 (23): 451-455.
- Walker, S.N., Kerr, M.J., Pender, N.J. & Sechrist, K.R. (1990). A Spanish language version of the Health-Promoting Lifestyle Profile, *Nursing Research*, 39: 268-273.
- Walker, S.N., Sechrit, K.R. & Pender, N.J. (1987). The health promoting lifestyle profile; development and psychometric characteristics, *Nursing Research*, 36: 76-81.
- Wang, S., Liu, H., Fuh, J. (1999). Wang P, Lu S. Comorbidity of headaches and depression in the elderly, *Pain*, 82:239-43