

رابطه‌ی تعارضات زناشویی و برخی عوامل جمعیت شناختی با شانس ابتلا به سردردهای میگرنی

دکتر امراله ابراهیمی*، دکتر محمدرضا نجفی**، علی مهربابی***، زهره صادقی****

* روان‌شناس بالینی، استادیار، روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
 ** دانشیار گروه مغز و اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
 *** کارشناس ارشد آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
 **** کارشناس ارشد مشاوره، مرکز مشاوره دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

تاریخ دریافت: ۸۵/۱۲/۱۸

تاریخ پذیرش: ۸۶/۶/۲۰

چکیده

مقدمه: نقش عوامل روان‌شناختی در سردرد سالهاست که مورد بحث و بررسی است. هدف این پژوهش تعیین ارتباط تعارضات زناشویی به عنوان یک عامل مهم استرس با سردردهای میگرنی بود.

روش‌ها: به منظور ارزیابی میزان تعارضات زناشویی در بیماران مبتلا به سردردهای میگرنی و مقایسه آن با گروه شاهد، ۷۴ بیمار مبتلا به سردرد مراجعه کننده به درمانگاه اعصاب مرکز پزشکی الزهرا (س) اصفهان که سردرد آنها به تشخیص متخصص مغز و اعصاب از نوع میگرن بود، به طور تصادفی آسان انتخاب شدند. گروه شاهد نیز که از لحاظ برخی ویژگی‌های جمعیت شناختی با گروه بیمار همتا بودند، از مراکز بهداشتی انتخاب شدند. هر دو گروه به وسیله‌ی آزمون تعارضات زناشویی (MCQ- نسخه‌ی ایرانی) ارزیابی گردیدند. داده توسط آزمون یو-من ویتنی، همبستگی، کای دو و رگرسیون لجستیک مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که فراوانی برخوردهای زناشویی در مبتلایان به سردرد میگرن (۲۸٪) نسبت به گروه شاهد (۱۱٪) به طور معنی‌داری بیشتر بوده و میانگین رتبه تعارض در مبتلایان به میگرن بالاتر از گروه شاهد است ($P < 0/01$). تحلیل رگرسیون لجستیک نشان داد که متغیرهای تاریخچه خانوادگی مثبت، سطح تحصیلات و میزان تعارضات زناشویی به صورت معنی‌داری پیش‌بینی کننده سردردهای میگرنی است.

نتیجه‌گیری: تنش‌های مزمن عصبی و فقدان مهارت‌های کارآمد برای مقابله با استرس، ممکن است زمینه ساز بروز سردردهای میگرنی باشد. از آن جایی که اختلال سردرد میگرن دارای چند عامل است، توجه به متغیرهای روان‌شناختی در درمان ضروری است از این رو زوج درمانی و آموزش مهارت‌های مقابله با استرس و تقویت مهارت‌های ارتباطی برای کاهش بروز آن توصیه می‌شود.

واژگان کلیدی: تعارضات زناشویی، سردرد میگرن، عوامل روانشناختی.

تعداد صفحات: ۷

تعداد جدول‌ها: ۳

تعداد نمودارها: -

تعداد منابع: ۱۴

دکتر امراله ابراهیمی، استادیار گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
 E-mail: a_ebrahimi@med.mui.ac.ir

آدرس نویسندهٔ مسئول:

مقدمه

سردرد یک علامت شایع با فراوانی بالا در بیشتر پژوهش‌های همه گیر شناسی است و یکی از ده علت شایع مراجعه‌ی بیماران به پزشکان آمریکا می‌باشد (۱). میگرن با یا بدون اورا نیز از علل سردردهای مزمن روزانه به شمار می‌آید و فراوانی آن در برخی جوامع ۶-۴٪ مردان و ۱۸-۱۳٪ زنان را در بر می‌گیرد (۲). این اختلال یکی از اختلالات شایع در جمعیت عمومی است. به طور کلی پژوهش‌های همه‌گیرشناسی نشان داده است که ۱۲٪ از جمعیت عمومی از سردردهای میگرن رنج می‌برند (۳). پژوهشی در ایران نشان داد که علت عمده‌ی (۵۲/۹۶ درصد) مراجعه به درمانگاه‌های اعصاب را سردرد تشکیل می‌دهد (۴).

سردردها، به ویژه سردردهای میگرنی، نه تنها یک مشکل نورولوژیک و روان‌شناختی خود فرد مبتلا است، بلکه گاهی منجر به ناتوانایی‌های کلی شده، کیفیت زندگی بیمار و اعضای خانواده را مختل می‌نماید. پژوهش‌های گوناگون نشان داده است که رابطه‌ی معنی‌داری بین سردردهای میگرنی و کیفیت زندگی، شیوه‌های فرزند پروری و شیوه‌ی مقابله با حوادث زندگی وجود دارد (۵). فشارهای روانی-اجتماعی (استرس) یکی از عواملی است که در پیش‌بینی حملات سردرد مهم تلقی شده است. استرس همراه با آشفتگی‌های هیجانی و ناتوانی در مقابله با حوادث زندگی با شدت و تعداد حملات سردرد همراه بوده است، به طوری که سردرد ۶۲/۹٪ واریانس مشترک با شیوه‌های مقابله با استرس، افسردگی و اضطراب داشته است (۶). در سال‌های اخیر اهمیت استرس ناشی از روابط درون خانواده، در مزمن شدن سردردها توجه بیشتری را به خود جلب کرده است (۷). پژوهش‌های اخیر حاکی است که عملکرد کلی خانواده مهم‌ترین

عامل پیش‌بینی سردرد بوده است (۸). نظر به این که اختلال میگرن یکی از علل مهم مراجعه به درمانگاه‌های نورولوژی است و دارای فراوانی بیشتری در جمعیت عمومی به ویژه در خانم‌ها می‌باشد، از این رو به عنوان یک مشکل عمده‌ی بهداشت و درمان مطرح بوده، منجر به تحمیل هزینه‌های هنگفتی به خانواده و سیستم بهداشت و درمان می‌شود. از آن جایی که این اختلال از نظر اتیولوژی چند عاملی است و عوامل روان‌شناختی نظیر ویژگی‌های شخصیتی (۹)، استرس روانی-اجتماعی، مهارت‌های مقابله با آن (۳) و اختلالات روان‌شناختی نظیر افسردگی و اضطراب (۱۰) در آن نقش دارند، لزوم بررسی این پدیده با نظر به کیفیت روابط خانواده نیز احساس می‌شود. فراره و همکاران در سال ۲۰۰۲ میلادی، شیوه‌های فرزندپروری و راهبردهای مقابله با استرس و سردرد میگرن را بررسی کردند. نتایج آنها نشان داد که هر چه شیوه زندگی کارآمدتر و روش‌های مقابله با مشکلات موثرتر باشد، شدت سردرد کمتر است (۵). در پژوهشی دیگر توسط مونتگانا و همکاران در سال ۲۰۰۳ میلادی نقش عوامل روان‌شناختی و سابقه‌ی مثبت خانوادگی با سردردهای میگرن بررسی شد و معلوم گردید که هم سابقه‌ی خانوادگی مثبت و هم عوامل روان‌شناختی نظیر اضطراب و افسردگی با وقوع میگرن رابطه‌ی معنی‌داری داشته است (۱۱). اما در ایران پژوهش زیادی در خصوص ابعاد روابط خانواده و میگرن انجام نشده است و لزوم پاسخ به این پرسش احساس می‌شود که آیا می‌توان نسبت زمینه‌ی بروز میگرن را بر اساس تعارضات زناشویی و برخی متغیرهای جمعیت شناختی (سن، جنس، میزان تحصیلات، بعد خانوار و نوع شغل) تعیین نمود؟

روش‌ها

گروه مورد پژوهش ۷۴ بیمار مراجعه کننده به درمانگاه اعصاب مرکز آموزشی درمانی الزهرا (س) در نیمه‌ی دوم سال ۱۳۸۴ بودند که سردرد آنان به وسیله‌ی متخصص مغز و اعصاب بر اساس ملاک‌های انجمن بین‌المللی سردرد (IHS) از نوع میگرن تشخیص داده شد بود (میانگین سنی $67.948 \pm 34/58$ سال). گروه شاهد ۷۴ نفر از مراجعین به مراکز بهداشتی شهر اصفهان بودند که از نظر سن و جنس با گروه بیمار هم‌تا گردیده، فاقد اختلال عصبی از جمله سردرد میگرن بودند (میانگین سنی $34 \pm 7/17$ سال). کفایت حجم نمونه برای هر گروه بر اساس فرمول تعیین حجم نمونه در پژوهش‌های مقایسه‌ای و با لحاظ نمودن داده‌های پژوهش‌های پیشین از نظر درصد احتمال مواجهه افراد مبتلا به میگرن و افراد سالم با تعارضات زناشویی با ضریب اطمینان $0/95$ و توان آزمون $0/90$ محاسبه شد و ۷۴ نفر برای هر گروه تعیین گردید. بیماران همگی فارسی‌زبان با تشخیص قطعی سردرد میگرنی با این ضابطه که حداقل یک سال از ابتلای آنها به سردرد گذشته باشد و قادر به فهم سؤالات باشند، وارد مطالعه شدند. بیماران مبتلا به سردرد با علل دیگر، از جمله سردردهای تنشی و یا سردردهای تنو واسکولار، همچنین افرادی که به طور مشخص به یکی از اختلالات شناخته شده سایکوتیک یا عقب ماندگی ذهنی مبتلا بودند وارد مطالعه نشدند.

بیماران واجد شرایط ورود به مطالعه و گروه شاهد توسط روان‌شناس بالینی مورد ارزیابی روان‌شناختی قرار گرفتند و برای آنان آزمون تعارضات زناشویی، در شرایط فیزیکی و روان‌شناختی مناسب تکمیل گردید.

پیش از انجام آزمون‌ها، هدف از مطالعه برای آزمودنی‌ها توضیح داده می‌شد و با اخذ رضایت آگاهانه وارد مطالعه می‌شدند. ابزارهای گردآوری داده‌ها در این پژوهش عبارت بودند از:

- ۱- پرسش‌نامه‌ی ثبت اطلاعات فردی؛ ۲- اخذ شرح حال و معاینه‌ی بالینی که به وسیله‌ی متخصص مغز و اعصاب جهت تشخیص سردرد میگرن انجام شد؛ ۳- پرسش‌نامه‌ی تعارضات زناشویی (MCQ-MCQ- نسخه‌ی ایرانی): این پرسش‌نامه یک آزمون ۴۲ سؤالی است که برای سنجش تعارضات زناشویی و جهت استفاده در جامعه ایرانی تهیه شده است. این پرسش‌نامه ۷ بعد تعارضات زناشویی را می‌سنجد که شامل کاهش همکاری، کاهش رابطه‌ی جنسی، افزایش واکنش‌های هیجانی، افزایش جلب حمایت فرزند، افزایش رابطه‌ی فردی با خویشاوندان خود، کاهش رابطه‌ی خانوادگی با خویشاوندان همسر و جدا کردن امور مالی از یکدیگر است. مطالعات روان‌سنجی نشان داده است که این پرسش‌نامه دارای روایی محتوایی مطلوب است. ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه $0/71$ و برای هفت مقیاس آن از $0/60$ (کاهش رابطه‌ی جنسی) تا $0/81$ (کاهش رابطه با خانواده‌ی همسر) متغیر بوده است (۱۲). روش نمره‌گذاری پرسشنامه‌ی لیکرت ۵ درجه‌ای است. روش‌های آماری مورد استفاده در این پژوهش، ضریب همبستگی پیرسون و دو رشته‌ای نقطه‌ای، آزمون یو-من ویتنی، آزمون کای دو و تحلیل رگرسیون لجستیک بود.

یافته‌ها

نتایج توصیفی نشان داد که ۲۸ درصد بیماران مبتلا به میگرن، به طور نسبی تعارضات زناشویی شدیدی را

داد که این تفاوت معنی‌دار است ($P < 0/001$) و $\chi^2 = 35/02$. به منظور تعیین رابطه بین سردردهای میگرنی (متغیر دو ارزشی) و متغیر تعارضات زناشویی (رتبه‌ای) و متغیرها جمعیت‌شناختی، از روش همبستگی دو رشته‌ای نقطه‌ای و پیرسون استفاده شد (جدول ۱).

تجربه می‌کنند، در حالی که این میزان تعارض را در گروه شاهد ۱۱ درصد گزارش نمودند. سابقه‌ی مثبت سردردهای میگرنی در خانواده‌های بیماران مبتلا به میگرن ۶۴/۹ درصد بود، در حالی که این میزان در خانواده گروه شاهد ۱۶/۷ درصد گزارش شد. تحلیل این تفاوت توسط آزمون کای دو نشان

جدول ۱. همبستگی (دو رشته‌ای نقطه‌ای) بین سردرد (بیماری=۱، عدم بیماری سردرد=۰) با ویژگی‌های جمعیت شناختی و نمره‌ی تعارض

متغیرها	سن	جنس	تحصیلات	تحصیلات همسر	بعد خانوار	شغل	نمره‌ی تعارضات زناشویی	سابقه‌ی سردرد خانوادگی
سردرد میگرن	۰/۰۳	۰/۰۵	** ۰/۲۱	** ۰/۲۱	۰/۰۶	۰/۰۵	** ۰/۲۸	** ۰/۴۹

** در سطح ۰/۹۹ اطمینان معنی‌دار است

جدول ۳. خلاصه‌ی نتایج تحلیل رگرسیون لجستیک برای تعیین نحوه‌ی تأثیر همزمان متغیرها در نسبت امکان ابتلا به میگرن

متغیرها	نسبت امکان ابتلا (OR)	دامنه اطمینان (CI ۰/۹۵)	P
رتبه‌ی تعارضات زناشویی	۳/۰۹	۲/۰۸۵ - ۱۵/۲	۰/۰۳۸
تحصیلات سابقه‌ی مثبت سردرد فامیلی	۰/۳۷	۰/۰۲۹ - ۹/۸۳	۰/۰۴
سردرد فامیلی	۱۱/۰۳	۴/۴۸ - ۲۷/۱۱	۰/۰۰۱

همان‌طور که یافته‌های منعکس شده در جدول ۱ نشان می‌دهد سردرد میگرن با تحصیلات رابطه‌ی معکوس و با سابقه‌ی مثبت خانوادگی و میزان تعارضات زناشویی دارای رابطه‌ی مثبت و معنی‌داری است ($P < 0/01$).

تفاوت رتبه‌ی تعارضات زناشویی دو گروه توسط آزمون غیر پارامتریک یو من ویتنی هم بررسی شد. دو گروه از لحاظ شدت تعارض در رتبه‌های متفاوتی قرار داشته (جدول ۲) و شدت تعارض در دو گروه تفاوت معنی‌داری نشان داد ($P > 0/01$).

جدول ۲. مقایسه‌ی تعارضات دو گروه توسط آزمون معنی‌داری یو من ویتنی

گروه‌ها	میانگین رتبه	جمع رتبه	P
شاهد	۶۷	۴۸۲۴	۰/۰۰۸
بیمار	۷۹/۸۲	۵۹۰۷	

در نهایت برای تعیین سهم متغیرهای تعارضات زناشویی و برخی ویژگی‌های جمعیت شناختی در نسبت امکان ابتلا به میگرن از روش رگرسیون لجستیک مدل Backward LR استفاده شد (جدول ۳).

از بین متغیرهای سن، جنسیت، وضعیت تأهل، بعد خانوار، تحصیلات و سابقه‌ی مثبت فامیلی سردرد، تنها متغیرهای میزان تعارضات، تحصیلات و سابقه‌ی مثبت فامیلی در مدل رگرسیون معنی‌دار باقی ماندند (جدول ۳). با افزایش تحصیلات نسبت امکان ابتلا کاهش می‌یابد ولی با افزایش هر رتبه تعارضات، این نسبت سه برابر و با داشتن سابقه‌ی مثبت فامیلی یازده برابر می‌شود.

بحث

تعارض و کشمکش‌های خانوادگی یکی از منابع مهم استرس تلقی می‌شود که ارتباط آن با سردردهای میگرنی در این پژوهش بررسی شد. یافته‌های این پژوهش، تعارضات و کشمکش‌های خانوادگی را در

بروز می‌گرن نسبت داد. با این حال سابقه‌ی مثبت خانوادگی می‌تواند به عنوان مهم‌ترین عامل خطر در بروز سردرد می‌گرن تلقی شود.

به منظور ارائه‌ی یک تصویر منسجم (Integrated) از عوامل مورد بررسی این پژوهش در بیان علل سردرد می‌گرن، متغیرها در قالب مدل پیش‌بینی سردرد می‌گرن، توسط رگرسیون لجستیک تحلیل شدند. همان‌طور که نتایج منعکس شده در جدول ۳ نشان می‌دهد، متغیر تعارض، تحصیلات و سابقه‌ی مثبت فامیلی سردرد، متغیرهای معنی‌داری در معادله‌ی پیش‌بینی سردرد بوده، در گام پنجم تحلیل رگرسیون نیز معنی‌دار باقی ماندند. این یافته‌ها از نتایج پژوهش پلرمو و همکاران در سال ۲۰۰۶ میلادی مبنی بر نقش عملکرد خانواده در پیش‌بینی سردرد (۸) حمایت می‌کند. نتایج این پژوهش با یافته‌های کچوئی و همکاران در سال ۱۳۸۵ مبنی بر این که استرس یکی از سه عامل مهم مؤثر در بروز می‌گرن است (۷)، هماهنگ می‌باشد. به نظر می‌رسد که بتوان بر اساس متغیرهای میزان تعارض، سابقه‌ی فامیلی مثبت و تحصیلات فرد مبتلا و همسر وی، نسبت شانس ابتلا به سردرد را پیش‌بینی کرد.

محدودیت‌ها

با توجه به انتخاب بیماران از یک مرکز پزشکی در شهر اصفهان و محدود بودن نمونه‌ها به بیماران فارسی‌زبان و داشتن تحصیلات حداقل ابتدائی باید در تعمیم دادن یافته‌های آن احتیاط نمود. همچنین با توجه به احتمال همبودی (co morbidity) اختلالات خلقی و اضطرابی با اختلال سردردهای میگرنی، لازم است به این همبودی در تفسیر یافته‌ها توجه گردد.

مبتلایان به می‌گرن ۲۸٪ در حد به نسبت شدید و شدید، نشان داد در حالی که این میزان در گروه شاهد ۱۱٪ بود. مقایسه‌ی میزان تعارض دو گروه با استفاده از آزمون یو من ویتنی نشان داد که دو گروه از لحاظ میانگین رتبه‌های تعارض، دارای تفاوت معنی‌داری هستند ($P > 0/01$). این یافته با یافته‌های پژوهش‌های فزازه و همکاران در سال ۲۰۰۲ میلادی که نشان دادند که کیفیت زندگی، نحوه‌ی رفتار دو سویه‌ی اعضای خانواده و حوادث منفی زندگی نظیر تعارضات با سردرد می‌گرن واریانس مشترک بالایی دارد، هماهنگ می‌باشد (۵). از آن جایی که خشم، عصبانیت و واکنش‌های افراطی اعضاء خانواده در افراد مستعد، بروز اختلالات روان‌تنی را تسریع می‌کند (۹)، به نظر می‌رسد که افزایش تعارض با افزایش شانس ابتلا به می‌گرن مربوط است.

در پژوهش حاضر، سابقه‌ی فامیلی مثبت سردرد می‌گرن در افراد مبتلا ۶۴/۹ درصد و در گروه شاهد (بدون سردرد) ۱۶/۷ درصد بود. بررسی تفاوت فراوانی‌های یاد شده در آزمون کای دو نشان داد که این تفاوت معنی‌دار است ($P < 0/001$). بر پایه‌ی یافته‌های بگ (سال ۲۰۰۵)، عامل افسردگی و اضطراب با زمینه‌های فامیلی مثبت در مبتلایان به می‌گرن شایع است. با توجه به اختلال نوروترانسمیتر سرتونین در افسردگی از یک سو و شیوع می‌گرن در این بیماران از سوی دیگر، به نظر می‌رسد که مبنای ژنتیکی این دو اختلال نزدیک به هم باشند (۱۰). یافته‌های پیشین در ایران نشان داده که سابقه‌ی فامیلی مثبت در این بیماران ۸۰٪ است (۴)، شاید عدم هم‌سویی کامل با نتایج این پژوهش را بتوان به سهم روز افزون نقش متغیرهای محیطی و روان شناختی در

منابع

1. Rasmussen BK, Lipton RB. Epidemiology of headache. In: Olson J, Hansen PT, Welche KM, editors. Headaches. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000: 163-72.
2. Stewart WF, Shechter A, Rasmussen BK. Migraine prevalence. A review of population-based studies. *Neurology* 1994; 44(6 Suppl 4):S17-S23.
3. Lafittau M, Radat F, Irachabal S, Creac'h C. [Headache and transformed migraine with medication overuse: what differences between disability, emotional distress and coping?]. *Encephale* 2006; 32(2 Pt 1):231-7.
4. همتی ا، سعادت پ، ولایی ن. اپیدمیولوژی ۳۰۰ فرد مبتلا به میگرن مراجعه کننده به بیمارستان ها و کلینیک های خصوصی تهران طی سالهای ۷۷-۱۳۷۵. پژوهنده ۱۳۷۹؛ ۵: ۴۱-۵۰.
5. Frare M, Axia G, Battistella PA. Quality of life, coping strategies, and family routines in children with headache. *Headache* 2002; 42(10):953-62.
6. Kolotyllo CJ, Broome ME. Predicting disability and quality of life in a community-based sample of women with migraine headache. *Pain Manag Nurs* 2000; 1(4):139-51.
7. کچوئی ح، عاملی ج. عوامل مؤثر در بروز حملات میگرن (بررسی ۳۰۰ مورد). مجله پزشکی کوثر ۱۳۸۵؛ ۱۱(۳): ۸۴-۲۷۹.
8. Palermo TM, Putnam J, Armstrong G, Daily S. Adolescent autonomy and family functioning are associated with headache-related disability. *Clin J Pain* 2007; 23(5):458-65.
9. Karakurum B, Soyulu O, Karatas M, Giray S, Tan M, Arlier Z, et al. Personality, depression, and anxiety as risk factors for chronic migraine. *Int J Neurosci* 2004; 114(11):1391-9.
10. Bag B, Hacıhasanoglu R, Tufekci FG. Examination of anxiety, hostility and psychiatric disorders in patients with migraine and tension-type headache. *Int J Clin Pract* 2005; 59(5):515-21.
11. Montagna P, Cevoli S, Marzocchi N, Pierangeli G, Pini LA, Cortelli , et al. The genetics of chronic headaches. *Neurol Sci* 2003; 24 Suppl 2:S51-S56.
12. ثنایی ب. مقیاس های سنجش خانواده و ازدواج. تهران: مؤسسه انتشارات بعثت؛ ۱۳۷۹.
13. Bigal ME, Lipton RB. Modifiable risk factors for migraine progression. *Headache* 2006; 46(9):1334-43.
14. Lipton RB, Bigal ME, Kolodner K, Stewart WF, Liberman JN, Steiner TJ. The family impact of migraine: population-based studies in the USA and UK. *Cephalalgia* 2003; 23(6):429-40.

Received: 28.10.2007
Accepted: 27.2.2008**The Relation of Marital Conflict and Some of Socio-demographic Features with Migraine Headache Odds Ratio**Amrolah Ebrahimi PhD*, Mohammad Reza Najafi MD**,
Ali Mehrabi MSc***, Zohreh Sadeghi MSc****

* Assistant Professor, Department of Psychiatry, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

** Associate Professor, Department of Neurology, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

*** MSc, Department of Biostatistics & Epidemiology, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

**** MSc of Counseling, Counseling Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Background:**Abstract**

The role of psychological factors related to migraine headache has been a focus of investigation for long time. The purpose of this study was to determine relationship between marital conflicts as important stress source and migraine headache.

Methods:

In order to evaluate marital conflicts among patients with migraine and to compare with control group, 74 patients with migraine according to International Headache Society (IHS) criteria, were randomly selected from Clinic of Neurology in Alzahra Medical Center. Control group were matched base on some of patients demographic characters, and selected from medical and health centers. Both groups were assessed by Iranian version of Marital Conflicts Questionnaire. Data was analyzed by Manwithny U, Pearson and two point serials correlations and logistic regression Methods.

Findings:

Data revealed that frequency of marital conflicts among patients with migraine (28%) was higher than control group (11%). Mean score of Marital Conflict was higher in patients than control group ($p < 0.01$). Migraine headache was predictable based on marital conflicts scores, positive family history and education.

Conclusion:

Chronic stress and lack of qualified skills to cope with stress may be precipitate migraine headache. Because migraine is multifactorial disorder, it is necessary to suggest psychological variables in treatment plan, so couple therapy and skill learning to strengthen the family relations for patients are recommended.

Key words:**Marital conflicts, migraine headache, psychological factors.****Page count:**

7

Tables:

3

Figures:

-

References:

14

Address of Correspondence:Assistant Professor, Department of Psychiatry, Behavioral Sciences Research Center, Isfahan University of Medical Sciences Isfahan, Iran.
E-mail: a_ebrahimi@med.mui.ac.ir