

## Comparing family performance components between patients suffering from tension headaches and the normal groups

Banki A. *PhD*<sup>1</sup>, Akhavan S. *MSc*<sup>2</sup>, Hakami M. *MSc*<sup>3</sup>, Borjali M *PhD*<sup>4</sup>,  
Karimi-Zarchi AA. *PhD*<sup>✉</sup>

<sup>1</sup> Department of Neurology, Faculty of Medicine, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>2</sup> Department of Clinical Psychology, Islamic Azad University of Alborz, Alborz, Iran

<sup>3</sup> Psychology Department, Faculty of Psychology, Islamic Azad University of Alborz, Karaj, Iran

<sup>4</sup> Department of Psychology, Psychology & Educational Faculty, Kharazmi University of Karaj, Karaj, Iran

<sup>✉</sup> Department of Epidemiology & Biostatistics & Department of Community Medicine, Faculty of Health, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: 2014.2.13

Accepted: 2014.11.16

### Abstract

**Introduction:** Today, the most common type of headache is a tension which its cause has not yet been well understood. The purpose of this study was to family performance components in patients with Tension-type headaches and patients without Tension type headaches.

**Methods:** This research was a case-control study in which 120 patients (including two groups with and without tension headaches) referred to the headache clinic and public center of Baqiyatallah in 2013. The cases were selected by a convenience sampling method and the controls were selected randomly. In order to collect data family functioning devices were used (FAD).

**Results:** Data analysis showed that there are significant differences between family functioning in patients compared to the Controls. Results also showed that there are significant differences among the factors of problem solving, communication, affective responsiveness, affective involvement, behavior control, and general functioning.

**Conclusions:** It can be concluded that one of the factors that can cause or maintain family functioning are tension-type headaches. By improving all the aspects of family functioning we can reduce the incidence and severity of tension-type headaches.

**Keywords:** Family Functioning, Tension Headache

## مقایسه مؤلفه‌های کارکرد خانواده در بیماران مبتلا به سردرد تنشی و افراد بهنجار

عبدالعلی بانکی<sup>۱</sup>، سعیده اخوان<sup>۲</sup>، محمد حکمی<sup>۳</sup>، محمود برجعلی<sup>۴</sup>، علی اکبر کریمی زارچی<sup>✉</sup>

<sup>۱</sup> گروه نورولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران

<sup>۲</sup> گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، البرز، ایران

<sup>۳</sup> گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، کرج، ایران

<sup>۴</sup> گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، کرج، ایران

<sup>✉</sup> گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت و گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۸/۲۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۱۲/۲۴

### چکیده

**مقدمه:** امروزه شایع‌ترین نوع سردرد، سردرد تنشی است که تاکنون علت آن به درستی شناخته نشده است. هدف پژوهش حاضر مقایسه مؤلفه‌های کارکرد خانواده در بیماران مبتلا و غیر مبتلا به سردرد تنشی است.

**روش:** این مطالعه از نوع مورد-شاهد است که در آن مراجعه‌کنندگان به کلینیک سردرد و نیز بخش عمومی درمانگاه بقیه الله (عج)، ۱۲۰ نفر با تشخیص متخصص مغز و اعصاب شامل دو گروه ۶۰ نفری با و بدون سردرد تنشی انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری به صورت در دسترس برای گروه اول و تصادفی برای گروه دوم بود. ابزار اندازه‌گیری پرسشنامه سنجش کارکرد خانواده بود.

**یافته‌ها:** تحلیل داده‌ها مشخص کرد که بین کارکرد خانواده بیماران مبتلا به سردرد تنشی به صورت کلی و در بعد حل مساله، ارتباط، پاسخگویی عاطفی، درگیری عاطفی، کنترل رفتار و در بعد کلی با کارکرد خانواده بیماران بدون سردرد تنشی تفاوت معناداری وجود دارد.

**نتیجه‌گیری:** نتایج نشان داد که یکی از عوامل ایجاد کننده و یا نگهدارنده سردرد های تنشی، کارکرد خانواده می‌باشد. با اصلاح همه ابعاد کارکرد خانواده‌ها می‌توان بروز و نیز شدت سردردهای تنشی را کاهش داد.

**کلید واژه‌ها:** کارکرد خانواده، سردرد تنشی

## مقدمه

دیده است. هرچند اغلب تحقیقات در این زمینه مربوط به اختلالات خلقی بوده‌اند [۱۱].

بررسی کارکرد خانواده در بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی حوزه‌ای است که کمتر مورد توجه قرار گرفته است. برخی از شواهد نشان دهنده وجود بدکارکردی خانواده در خانواده‌های بیماران مبتلا به اختلالات با سردرد تنشی است [۱۲، ۱۳].

با توجه به اینکه سردرد تنشی مزمن به واسطه درد و کاهش کارکرد فرد و نیز افزایش استفاده از خدمات بهداشتی هزینه زیادی را بر فرد و جامعه تحمیل می‌کند به نظر می‌رسد سردرد تنشی یک مشکل بهداشتی مهم است و با توجه به مطالب ذکر شده و این که عوامل روانشناختی توجه کمتری را در ادبیات پژوهش به خود معطوف داشته است. با جستجوهای که توسط محققین پیرامون کارکرد خانواده در بروز سردرد تنشی در ایران صورت گرفت اطلاعاتی یافت نشد، لذا این مطالعه با هدف مقایسه کارکرد خانواده و نقش عوامل روان شناختی در سردرد تنشی طراحی و اجرا گردید. بنابراین سوال اصلی این است که آیا بین مولفه‌های کارکرد خانواده در بیماران مبتلا به سردرد تنشی و افراد بدون سردرد تنشی تفاوت وجود دارد؟

## روش

این مطالعه با هدف مقایسه مولفه‌های کارکرد خانواده در بیماران مبتلا و غیر مبتلا به سردرد تنشی می‌باشد. پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر نحوه گردآوری داده‌ها از نوع مورد-شاهد می‌باشد. جامعه آماری این مطالعه را کلیه بیماران مبتلا به سردرد تنشی و غیر مبتلا به سردرد تنشی ۲۰ تا ۶۵ سال مراجعه کننده به کلینیک سردرد درمانگاه بقیه الله (عج) در سال ۱۳۹۲ شهر تهران تشکیل می‌دهند. ملاک‌های ورود شرکت کنندگان به مطالعه عبارتند از: داشتن تشخیص اصلی و غالب سردرد تنشی توسط متخصص مغز و اعصاب، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، تمایل به شرکت در طرح، محدوده سنی: ۲۰ تا ۶۵ سال. ملاک‌های خروج از مطالعه عبارتند از: ابتلا به یکی از بیماری‌های جسمانی شدید، اختلال نورولوژیک جدی، وجود نشانه‌های روان گسستگی، خانواده‌های از هم پاشیده و عدم تمایل به ادامه درمان. بنابراین گروه مورد، بیمارانی هستند که پس از احراز شرایط پژوهش (داشتن سردرد تنشی)، انتخاب شدند. حجم نمونه در این پژوهش بر اساس نوع پژوهش ۶۰ نفر از بیماران مبتلا به سردرد تنشی (مراجعه کننده به کلینیک سردرد درمانگاه بقیه الله (عج) بعنوان مورد و ۶۰ نفر غیر مبتلا به سردرد تنشی (مراجعه کننده به بخش عمومی درمانگاه بقیه الله (عج) بعنوان شاهد می‌باشند. روش نمونه‌گیری بیماران سردرد تنشی به صورت در دسترس و روش نمونه‌گیری بیماران بدون سردرد تنشی به صورت تصادفی می‌باشند. بعد از انتخاب نمونه‌ها از کلینیک بخش سردرد و عمومی درمانگاه بقیه الله (عج) از آنان خواسته شد که پرسشنامه را تکمیل کنند. پژوهشگر برای پاسخ به سوالات احتمالی حضور داشت.

پرسشنامه سنجش کارکرد خانواده: این پرسشنامه ۶۰ سوالی است که

به طور کلی سردرد جزئی از شایع‌ترین شکایات پزشکی می‌باشد. بیش از ۹۰ درصد انسان‌ها در طول سال حداقل یک حمله سردرد را تجربه می‌کنند [۱]. سردرد یکی از شایع‌ترین ناراحتی‌های دوران کودکی می‌باشد که با افزایش سن تواتر آن افزایش می‌یابد [۲]. علاوه بر این سردرد یکی از رایج‌ترین شکایات‌های مورد بررسی در کلینیک‌های نورولوژی است. اکثر این سردردها از نوع میگرن یا سردرد تنشی (tension type headache) هستند [۳]. سردرد تنشی شایع‌ترین نوع سردرد است [۴]. که با درد دو طرفه، غیر ضربانی (فشار یا سفتی، درد کند، شبیه بانداژ یا کلاه)، درد خفیف یا متوسط که بتواند مانع فعالیت‌های روزانه شود مشخص می‌شود [۵] و با افزایش دفعات و شدت سردرد تنشی تأثیر آن بر کارکرد روزمره به همان نسبت بیشتر می‌شود [۶]. عوامل بیولوژیکی به تنهایی نمی‌توانند آسیب‌پذیری نسبت به تجربه اختلال سردرد، زمان حمله آن و سیری که طی می‌کند را به خوبی تبیین نمایند. همچنین عوامل بیولوژیکی نمی‌توانند به طور کامل سردردهای تنشی را تسریع و تشدید کنند. یکی از عوامل مؤثر بر سردردهای تنشی کارکرد خانواده است. نقش خانواده در شکل‌گیری یا تداوم اختلالات روانی بسیار شناخته شده است و حجم عظیمی از یافته‌های پژوهشی نیز از این موضوع حمایت می‌کنند [۷، ۸]. امروزه مطالعه خانواده به عنوان نهاد اجتماعی و سلول اصلی جامعه و یا کوچکترین واحد بنیادی جامعه مورد توجه بسیاری از جامعه‌شناسان، مردم‌شناسان و روانشناسان بوده است، این امر با توجه به تأثیرات گسترش جمعیت و شهرنشینی در ابعاد و زمینه‌های مختلف مربوط به خانواده اهمیت بیشتری یافته و محققان را بر آن داشته تا جهت بررسی مسائل انسانی، این نهاد را مورد تحقیق قرار دهند [۹]. از طرفی آنچه که زمینه‌ساز رفتار سازگاران انسان در محیط زندگی خویش می‌باشد، کیفیت مطلوب و سالم عواملی است که ساخت شخصیت او را از سال‌های اولیه کودکی در اولین محیط اجتماعی یعنی خانواده شکل داده است. نقص خانواده به عنوان اولین محیط آموزشی در ایجاد یا عدم ایجاد اختلالات رفتاری، پیدایش بیماری‌ها و اختلالات روانی و چگونگی کنار آمدن با آن‌ها انکار ناپذیر است.

یکی از مدل‌های مهم در زمینه بررسی کارکرد خانواده، مدل کارکرد خانواده مک‌مستر است این مدل در اوایل دهه ۱۹۶۰ توسط *پشتاین، بلدوین و بیسپ* در دانشگاه مک‌مستر مطرح گردید، اگرچه این مدل تمام جنبه‌های کارکرد خانواده را پوشش نمی‌دهد اما ابعاد مهمی که اغلب نمود بالینی پیدا می‌کنند را مد نظر قرار می‌دهد. برای فهم ساختار و سازمان الگوهای تعاملی مرتبط با خانواده این مدل ۶ بعد از زندگی خانوادگی را مورد ارزیابی و سنجش قرار می‌دهد: ۱. حل مساله؛ ۲. ارتباط؛ ۳. نقش‌ها؛ ۴. پاسخگویی عاطفی؛ ۵. درگیری عاطفی؛ ۶ کنترل رفتار [۱۰].

تحقیقات متعددی در زمینه مدل کارکرد خانواده مک‌مستر صورت گرفته است. اغلب پژوهش‌های صورت گرفته نشان داده‌اند که داشتن یک عضو با اختلال روانی در خانواده یک پیش‌بینی کننده قوی برای وجود کارکرد خانوادگی ضعیف با روابط خانوادگی آسیب

جدول ۱ این است که همه میانگین‌های مؤلفه‌های عملکرد خانواده یعنی کارکرد خانواده، حل مساله، ارتباط، نقش‌ها، آمیختگی عاطفی، پاسخگویی عاطفی و کنترل رفتار در گروه بیماران مبتلا به سردرد تنشی بالاتر از گروه بدون سردرد تنشی است که نشان دهنده عملکرد پایین‌تر خانوادگی در گروه مبتلا به سردرد تنشی در مقایسه با گروه بدون سردرد تنشی است.

جهت بررسی این فرضیه که در کارکرد خانواده در بعد کلی بین بیماران مبتلا و غیر مبتلا به سردرد تنشی تفاوت وجود دارد یا خیر از تکنیک آماری t دو نمونه مستقل استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ ارائه شده است. این نتایج گویای آن است که میانگین امتیاز کارکرد خانواده بیماران غیر مبتلا به سردرد تنشی از میانگین کارکرد خانواده بیماران مبتلا به سردرد تنشی بهتر و مناسب‌تر است.

برای بررسی این فرضیه که در مؤلفه‌های کارکرد خانواده (شامل کارکرد خانواده، حل مساله، ارتباط، نقش‌ها، آمیختگی عاطفی، پاسخگویی عاطفی و کنترل) بین بیماران مبتلا و غیر مبتلا به سردرد تنشی تفاوت وجود دارد، از روش تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شد و نتایج آن (جدول ۳) حاکی از آن بود که بین مؤلفه‌های کارکرد خانواده بیماران مبتلا و غیر مبتلا به سردرد تنشی و تفاوت وجود دارد. بررسی آزمون‌های چند متغیره تحلیل واریانس جدول ۳ نشان می‌دهد که معناداری موجود از جهت کدام متغیرهای وابسته بوده است.

برای سنجیدن عملکرد خانواده بنابر الگوی مک مستر در سال ۱۹۸۳ توسط/پستین، بیشاپ و بالدوین تدوین شده است. این الگو خصوصیات ساختاری شغلی و تعاملی خانواده را معین می‌کند و شش بعد از عملکرد خانواده را مشخص می‌کند در این مقیاس علاوه بر شش بعد یک خرده مقیاس هم وجود دارد که عملکرد عمومی خانواده را می‌سنجد. این پرسشنامه توسط زاده محمدی و ملک خسروی [۱۴]، در ایران بر روی ۴۹۴ نفر هنجار یابی شده است. روایی کل آزمون به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ است و آلفای خرده مقیاس‌ها بین ۰/۶۶ تا ۰/۷۳ گزارش شده است. اعتبار بازمیابی آن بین ۰/۵۷ تا ۰/۷۰ گزارش شده است. پرسشنامه سنجش خانواده در نمونه‌های روان پزشکی از ویژگی‌های روان سنجی مناسبی برخوردار است [۱۵].

داده‌های گردآوری شده در برنامه نرم افزاری SPSS 16 وارد شد و تجزیه و تحلیل داده‌های این پژوهش در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی صورت گرفته است. در سطح توصیفی با استفاده از مشخصه‌های شاخص‌های مرکزی و پراکندگی نظیر فراوانی مطلق و نسبی، میانگین، انحراف معیار و در سطح استنباطی متناسب با سطح سنجش داده‌ها و فرضیه‌های پژوهش از روش آماری تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) و آزمون t مستقل استفاده شد.

## یافته‌ها

در جدول ۱ میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های عملکرد خانواده بیماران مبتلا و غیر مبتلا به سردرد تنشی ارائه شده است. نکته قابل توجه در

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های عملکرد خانواده بیماران مبتلا و غیر مبتلا به سردرد تنشی

مؤلفه	گروه مورد		گروه شاهد	
	Mean	SD	Mean	SD
کارکرد	۳۰	۳/۳۶	۲۵/۲۳	۴/۷۹
حل مساله	۱۷/۱۱	۴/۱۳	۱۴/۸۶	۲/۰۵
ارتباط	۲۱/۹۱	۲/۸۸	۲۰/۲۵	۲/۴۳
نقش‌ها	۲۶/۹۳	۴/۰۷	۲۴/۷۵	۳/۰۶
آمیختگی عاطفی	۱۶/۹۸	۱/۹۰	۱۵/۰۶	۲/۹۶
پاسخگویی عاطفی	۱۴/۴۵	۲/۱۰	۱۳/۰۵	۱/۶۹
کنترل رفتار	۲۲/۷	۳/۸۶	۲۰/۱۶	۲/۸۸

جدول ۲. آزمون t مستقل دو نمونه جهت مقایسه کارکرد خانواده در بعد کلی بین بیماران مبتلا و غیر مبتلا به سردرد تنشی

متغیر	گروه	میانگین	SD	T	df
کارکرد خانواده در بعد کلی	باسردرد تنشی	۱۵۰/۱۰	۱۵/۵۹	**۱۴/۶	۱۱۸
	بدون سردرد تنشی	۱۳۳/۳۸	۱۴/۱۹		

$P < 0.01$  \*\* معناداری در سطح ۹۹ درصد است.

جدول ۳. آزمون‌های چندمتغیری برای بررسی اثرات گروه آزمودنی در متغیرهای وابسته

شاخص منبع تغییر	آزمون‌های چندمتغیری	ارزش مشاهده (Value)	F	درجه آزادی	درجه آزادی خطا
گروه‌ها	آزمون اثر پیلایی	۰/۳۱۲	۷/۲۸**	۷	۱۱۲
	آزمون لامبدای ویکلز	۰/۶۸۷	۷/۲۸**	۷	۱۱۲
	آزمون اثر هنتلینگ	۰/۴۵۵	۷/۲۸**	۷	۱۱۲
	آزمون بزرگترین ریشه روی	۰/۴۵۵	۷/۲۸**	۷	۱۱۲

$P < 0.01$  \*\* معناداری در سطح ۹۹ درصد است.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس تک متغیره برای بررسی مولفه های مختلف کارکرد خانواده بیماران مبتلا و غیر مبتلا به سردرد تنشی

منابع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F
گروه‌ها	کارکرد	۶۸۱/۶۳	۱	۶۸۱/۶۳	۳۹/۶۸۵۹**
	حل مساله	۱۵۱/۸۷	۱	۱۵۱/۸۷	۱۴/۲۵۵۸۴**
	ارتباط	۸۳/۳۳	۱	۸۳/۳۳	۱۱/۶۸۰۸۶**
	نقش‌ها	۱۴۳/۰۰۸	۱	۱۴۳/۰۰۸	۱۰/۹۹۳۵۹**
	آمیختگی عاطفی	۱۱۰/۲۰	۱	۱۱۰/۲۰	۱۷/۷۰۰۱۳**
	پاسخگویی عاطفی	۵۸/۸	۱	۵۸/۸	۱۶/۱۴۷۹۸**
	کنترل رفتار	۱۹۲/۵۳	۱	۱۹۲/۵۳	۱۶/۵۴۷۷۳**
	کل	۸۳۸۳/۴۰	۱	۸۳۸۳/۴۰	۳۷/۷۲۰۵**
خطا	کارکرد	۲۰۲۶/۷۳	۱۱۸	۱۷/۱۷	
	حل مساله	۱۲۵۷/۱۱	۱۱۸	۱۰/۶۵	
	ارتباط	۸۴۱/۸۳	۱۱۸	۱۳/۷	
	نقش‌ها	۱۵۳۴/۹۸	۱۱۸	۱۳/۰۰۸	
	آمیختگی عاطفی	۷۳۴/۷۱	۱۱۸	۶/۲۲	
	پاسخگویی عاطفی	۴۲۹/۷	۱۱۸	۳/۶۴	
	کنترل رفتار	۱۳۷۲/۹۳	۱۱۸	۱۱/۶۳	
	کل	۲۶۲۲۵/۵۸	۱۱۸	۲۲۲/۲۵	
	کارکرد	۹۴۲۳۰	۱۲۰		
	حل مساله	۳۲۰۹۷	۱۲۰		
	ارتباط	۵۴۲۶۶	۱۲۰		
	نقش‌ها	۸۱۸۱۳	۱۲۰		
کل	آمیختگی عاطفی	۳۱۶۶۱	۱۲۰		
	پاسخگویی عاطفی	۲۳۱۷۶	۱۲۰		
	کنترل رفتار	۵۶۶۹۲	۱۲۰		
	کل	۲۴۴۵۴۹۳	۱۲۰		

\*\*  $P < .01$ 

با نتایج بدست آمده از پژوهش‌های سبیلیا و همکاران [۱۶]، کاپلان و سادوک [۱۷]، بوگدا/یک و همکاران [۱۸]، کیتنر و میلر [۸]، کیتنر و همکاران [۱۹]، گودیر و همکاران [۲۰]، تامپلین و گودیر [۲۱]، بلاک و همکاران [۲۲] هماهنگ و در یک راستا می باشد. در نتیجه در تبیین این قسمت از یافته‌های تحقیق می توان گفت خانواده‌هایی که ارتباط میان اعضا و تعاملات داخل خانواده بر اساس نزدیکی، صمیمیت و تفاهم استوار باشد، همه اعضا نسبتاً علیه فشارهای زندگی مقاوم و مصون می‌مانند. بنابراین، در خانواده‌هایی که جو متشنج و ناآرامی دارد و تعامل بین اعضا بر اساس دشمنی، کینه‌توزی، عدم تفاهم، عدم صمیمیت و سرشار از مشکلات ارتباطی باشد همه اعضا آن می‌توانند در معرض ابتلا به عوارضی چون سردردهای تنشی قرار بگیرند که ریشه اصلی آن استرس و اضطراب است.

در بعد حل مسئله توانایی اعضا خانواده بیماران مبتلا به سردرد تنشی در حل مسائل به گونه‌ای که بتوانند کارایی خود را حفظ کنند، دچار اختلال شده است. گلدنبرگ و همکاران [۲۳] در تعریف ویژگی‌های خانواده سالم بیان می‌کنند که از ویژگی‌های خانواده توانمند، کمک اعضا خانواده به همدیگر جهت تحقق توانایی‌ها و کشف استعدادها است. آن‌ها عقیده دارند که یک خانواده با کارکرد مطلوب به اعضایش اجازه می‌دهد تا همراه با القا و حفظ احساس امنیت برای یافتن و کشف خویشتن آزاد باشند. نکته‌ای که می‌توان

افزون بر اینها نتایج آزمون‌های تک متغیره نشان می‌دهد (جدول ۴) که ابعاد مختلف کارکرد خانواده شامل حل مساله، ارتباط، نقش‌ها، آمیختگی عاطفی، پاسخگویی عاطفی، کنترل رفتار و نمره کل کارکرد خانواده در گروه بیماران مبتلا به سردرد تنشی بالاتر از گروه غیر مبتلا به سردرد تنشی است و این نتیجه در سطح  $0.01$  معنادار است. بنابراین می‌توان گفت که کارکرد خانواده بیماران مبتلا به سردرد تنشی بالاتر از گروه بدون سردرد تنشی در ابعاد حل مساله، ارتباط، نقش‌ها، آمیختگی عاطفی، پاسخگویی عاطفی، کنترل و نمره کل کارکرد خانواده، با هم تفاوت دارند. یعنی خانواده بیماران مبتلا به سردرد تنشی در ابعاد ذکر شده عملکرد به مراتب بدتری از خانواده گروه بدون سردرد تنشی داشتند و از لحاظ کارکرد خانواده وضعیت نامطلوب تری دارند.

## بحث

همان گونه که ذکر شد هدف اساسی پژوهش حاضر مقایسه عملکرد خانواده بیماران مبتلا به سردرد تنشی و غیر مبتلا به سردرد تنشی است. بر همین اساس نتایج بدست آمده از پژوهش حاضر نشان داد که بین کارکرد خانواده بیماران مبتلا به سردرد تنشی به صورت کلی و همچنین در بعد حل مساله، ارتباط، پاسخگویی عاطفی، درگیری عاطفی، کنترل رفتار و در بعد کلی با کارکرد خانواده افراد فاقد سردرد تنشی تفاوت وجود دارد. این یافته

خود زمینه‌ساز شیوع استرس و اضطراب در بین اعضا می‌گردد که این عوارض به نوبه خود منجر به مشکلاتی از قبیل شیوع سردردهای تنشی و مزمن در اعضا خواهد گردید. تحقیقی که توسط دکتر احمدی و همکاران در خصوص کارکرد خانواده فرزندان معلول و بهنجار انجام شد در بعد ارتباطی بین خانواده‌های دارای فرزند معلول و سالم تفاوت کارکرد خانواده از نظر آماری معنادار نبود [۲۷].

همچنین وجود تفاوت کارکرد نقش‌ها در خانواده‌های دارای بیمار مبتلا به سردرد تنشی با خانواده افراد غیر مبتلا، می‌تواند ناشی از اشکال در توزیع و انجام وظایف باشد. طبق نظریه کارکرد خانواده نقش‌ها آن گاه به کاراترین شکل خود تحقق می‌یابند که تمام کارکردهای ضروری خانواده به طور عادلانه بین اعضا تقسیم شوند و برای انجام وظایف اعضا پیگیری مستمری انجام گیرد. ناکاراترین شکل ایفای نقش‌ها وقتی است که خانواده قادر نباشد نقش‌های ضروری خانواده را انجام دهد و در مورد تشخیص نقش‌ها و مسئولیت‌های مربوط به آن شدیداً مصالحه شود.

### نتیجه‌گیری

این تحقیق نشان داد که کارکرد خانواده به طور کلی در سردردهای تنشی و غیر تنشی متفاوت است. در این خصوص بیشترین عامل موثر مربوط به ابعاد کنترل رفتار و حل مسئله و کمترین تاثیر مربوط به ابعاد پاسخگویی عاطفی و ارتباط می‌باشد. با اصلاح همه ابعاد کارکرد خانواده و به ویژه اصلاح ابعاد کنترل رفتار و حل مساله می‌توان از بروز و شدت سردرد های تنشی کاست. همچنین رعایت این ابعاد برای خانواده‌هایی که دارای بیماران مبتلا به سردرد تنشی هستند می‌تواند در پرو سه کنترل و درمان بیماری کمک نماید.

### منابع

1. Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL. Harrison's (2005). Principles of Internal Medicine. 16<sup>th</sup> ed, New York, McGraw Hill; 2005
2. Donald W. Headache in children and adolescent. Am Fam Physician 2002;65(4):625-35.
3. Kurt S, Kaplan Y. Epidemiological and clinical characteristics of headache in university students. Clin Neural Neurosurgeon 2008;110(1):46-50.
4. Fumal A, Schoenen J. Tension type headache: current reason and clinical management. lancet Neurol. 2008.83-1:70;
5. Holroyd KA. Assessment and psychological management of recurrent headache disorders. J Consult Clin Psychol. 2002;70(3):659-77.
6. Schwartz BS, Stewart WF, Simon D, Lipton RB. Epidemiology of tension headache. JAMA. 1998;279(5):381-83.
7. Trangkasombat U. Family functioning in the families of psychiatric patients: A comparison with non-clinical families. J Med Assoc. 2006;89(11):1946- 52.

استنباط نمود این است که اعضا خانواده سالم برای حل مشکلات و مسائل در کنار همدیگر قرار می‌گیرند و دارای کارکرد حل مسئله مناسب می‌باشند و با هم‌فکری به مقابله با مشکلات خواهند رفت. درحالی که در خانواده‌های با کارکرد ناسالم هم‌فکری، همدلی و همیاری در بین اعضا وجود ندارد و هر یک از افراد باید به تنهایی با مشکلات مواجه شوند که در این شرایط نیز به طور حتم با مکانیسم‌های مطلوبی جهت برخورد با مسائل مجهز نیستند. در خانواده‌های افراد مبتلا به سردرد تنشی نیز می‌توان روش‌های ناکارآمد و ناپخته افراد را در مقابله با مسائل و بحران‌ها حدس زد. در این حالت تاثیر آموزش روش‌های اصلاح رفتار و نیز آموزش مهارت حل مسئله حائز اهمیت است [۲۴، ۲۵].

اما در قسمت کارکرد ارتباطی نیز باید گفت که شیوه برقراری ارتباط بین اعضا خانواده بیماران مبتلا به سردرد تنشی ناسالم و معیوب‌تر از کارکرد ارتباطی افراد غیر مبتلا به سردرد تنشی بود. توضیح آن که ارتباط برای رشد، سلامتی و حتی بقای انسان ضرورت دارد؛ در عین حال که رضایتمندی در شیوه‌های مختلف ارتباط، ناشی از انتظاراتی است که در خانواده فرد شکل گرفته است [۲۶]. به نظر می‌رسد در خانواده‌های با کارکرد سالم ارتباطات کلامی به صورت کاملاً صریح، مستقیم و بی‌پرده باشد. اما در خانواده‌های دارای بیمار مبتلا به سردرد تنشی ارتباطات کلامی به صورت نامفهوم، غیر صریح و مبهم باشد. چنین ارتباطی می‌تواند زمینه‌ساز این موضوع باشد که افراد به راحتی نتوانند با همدیگر ارتباط داشته باشند، مشکلات همدیگر را درک کنند، معمولاً اگر ارتباطی برقرار کنند منجر به پرخاشگری در بین اعضا گردد و در نتیجه اعضا خانواده در لاک خود فرو روند. چنین پیامدهایی به نوبه

8. Keitner GI, Miller IW. Family functioning and major depression: An overview. Am J psychiatr. 1990;1128-37.
9. Vosoughi M, Nik kholgh AA. Basics of sociology. Tehran: Kheradmand Pub; 1992. [ Persian]
10. Miller IW, Ryan CE, Keitner GI, Bishop DS, Epstein NB. The McMaster approach to families: Theory, assessment, treatment and research. J Fam Ther. 2000;22(2):168-89.
11. Tamplin A, Herbert J. Family functioning and parent general health in families of adolescents with major depressive disorder. J Affective Disord. 1998;48(1):1-13.
12. Boyer BA, Hitelman JS, Kolls ML, Kafkalas CM. Posttraumatic Stress and Family Functioning in Pediatric Spinal Cord Injuries: Moderation or Mediation? Am J Fam Ther. 2003;31(1):23-37.
13. Ballash NG, Pemble MK, Usui WM, Buckley AF, Woodruff-Borden J. Family functioning, perceived control, and anxiety: A mediational model. J Anxiety Disord. 2006;20(4):486-97.

14. Zade-mohammadi A, Malek khosravi GH. Indicating psychometric and Validation of FAD. *Fam Res.* 1385;5:69-89. [Persian]
15. Epstein NB, Keitner GI. *Evaluating and treating families: The McMaster approach*: Taylor & Francis; 2005.
16. Peñacoba-Puente C, Fernández-de-las-Peñas C, González-Gutierrez JL, Miangolarra-Page JC, Pareja JA. Interaction between anxiety, depression, quality of life and clinical parameters in chronic tension-type headache. *Eur J Pain.* 2008;12(7):886-94.
17. Sadock BJ, Kaplan HI, Sadock VA. *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry*: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
18. Bugdayci R, Ozge A, Sasmaz T, Kurt AO, Kaleagasi H, Karakelle A, et al. Prevalence and factors affecting headache in Turkish school children. *Pediatrics Int.* 2005;47(3):316-22.
19. Keiner GI, Miller IW, Epstein NB, Bishop DS, Fruzzetti AE. Family functioning and the course of major depression. *Comprehen Psychiatr.* 1987;28(1):54-64.
20. Goodyer IM, Herbert J, Tamplin A, Secher SM, Pearson J. Short-term outcome of major depression: II. Life events, family dysfunction, and friendship difficulties as predictors of persistent disorder. *J Am Academy Child Adolesce Psychiatr.* 1997;36(4):474-80.
21. Tamplin A, Gooyer I. Family functioning in adolescents at high and low risk for major depressive disorder. *Eur Child Adolesce Psychiatr.* 2001;10(3):170-9.
22. Black DW, Gaffney G, Schlosser S, Gabel J. The impact of obsessive-compulsive disorder on the family: Preliminary findings. *J Nervous Mental Disease.* 1998;186(7):4.2-40
23. Goldenberg I, H. G. *family therapy*. Translated by Hosseinshahi H & etal. Tehran: Ravan ed [Persian]1385.
24. Kordestani D, Radmanesh H, Salari M, Amiri M, Farhoodi F. Investigating the effectiveness of training behavior modification methods to mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder on decreasing parenting stress and enhancing their children's behavioral performance. *J Behav Sci.* 2013;7(3):263-69. [Persian]
25. Bakhshayesh A, Dehghan Zardini R. Effectiveness of problem solving skill training on reducing of behavioral problems among students. *J Behav Sci.* 2014;7(4):347-53. [Persian]
26. Ries S. *Family Communication Patterns And Conflict Management Styles In Dating Relationships: An empirical study*[Dissertation]. California State University; 2005 .
27. Ahmadi Kh, Khodadadi Gh, Akhavi Z, Anisi J. Function of families with disable children. *J Behav Sci.* 2013;6(4):331-37. [Persian]