



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ- ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

---

## ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**"Ο ρόλος των ψυχολογικών παραγόντων ατόμων με ημικρανία  
στην ποιότητα ζωής τους"**

Ιορδάνης Κ. Γεωργιάδης

Νευροχειρουργός

### ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Γκούβα Μαίρη, Καθηγήτρια Ψυχολογίας Ασθενών, Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Φουντάς Κωνσταντίνος, Καθηγητής Νευροχειρουργικής, Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Μάλλη Φωτεινή, Αναπλ. Καθηγήτρια Πνευμονολογίας, Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Λάρισα 2022

**ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ-ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ - ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**

**The role of psychological factors in people with migraines in their  
quality of life**

## Περιεχόμενα

<b>ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ</b>	<b>7</b>
Περίληψη.....	8
Abstract.....	9
<b>A. ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b> .....	<b>10</b>
Κεφάλαιο 1°.....	11
Κεφαλαλγία και Ημικρανία.....	11
1.1 Σκοπός και Προσδοκώμενα αποτελέσματα.....	11
1.2 Κατάταξη κεφαλαλγιών.....	11
1.3 Επιδημιολογικά στοιχεία.....	12
1.4 Ψυχολογικοί παράγοντες.....	13
1.5 Επιδημιολογικά στοιχεία ημικρανιών.....	14
<b>B. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b> .....	<b>16</b>
Κεφάλαιο 2°.....	16
Ο ρόλος των Ψυχολογικών Παραγόντων στην Ημικρανία.....	17
Κεφάλαιο 3°.....	26

Ημικρανία και Κοινωνικοί Παράγοντες.....	26
2.1 Ημικρανία και ψυχοκοινωνικές δυσκολίες.....	27
2.2 Ημικρανία και ποιότητα ζωής.....	29
2.3 Ημικρανία και καθημερινότητα.....	30
Γ. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	34
Κεφάλαιο 4°.....	35
Ερευνητική Μελέτη: Ο ρόλος των ψυχολογικών παραγόντων ατόμων με ημικρανία στην ποιότητα ζωής τους.....	35
Σκοπός της μελέτης και Ερευνητικά Ερωτήματα.....	35
Υλικό και Μέθοδος.....	35
<b>Δείγμα</b> .....	36
<b>Διαδικασία</b> .....	36
Στατιστική επεξεργασία.....	38
<b>3. Έλεγχος των εργαλείων μέτρησης</b> .....	40
<b>Αξιοπιστία των Ψυχομετρικών Κλιμάκων</b> .....	40
<b>4. Περιγραφή των ερωτώμενων</b> .....	41
<b>4.1 Κοινωνικο-Δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτώμενων</b> .....	41

4.2 Χαρακτηριστικά των ερωτώμενων ως προς τις συνήθειες του ύπνου.....	43
4.3 Χαρακτηριστικά των ερωτώμενων ως προς τα ψυχοσωματικά προβλήματα.....	44
4.4 Συγκρίσεις και Διαφοροποιήσεις μεταξύ των ψυχολογικών χαρακτηριστικών του δείγματος του γενικού πληθυσμού και των ασθενών με ημικρανία.....	46
5. Συζήτηση.....	47
Οριοθετήσεις.....	47
5. Συμπεράσματα.....	50
Βιβλιογραφία.....	52

Στη μνήμη του πατέρα μου  
συναδέλφου Κωνσταντίνου Γεωργιάδη

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστώ θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτρια μου κυρία Γκούβα Μαίρη, για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε εξ' αρχής, αναθέτοντάς μου το συγκεκριμένο θέμα, την επιστημονική της καθοδήγηση, τις υποδείξεις της, την επιμονή της, τη συμπαράστασή της, τη συνεχή της υποστήριξη και το αμείωτο ενδιαφέρον που έδειξε από την αρχή μέχρι το τέλος.

Επίσης ευχαριστώ τον δάσκαλο μου Καθηγητή Νευροχειρουργικής του Π.Θ. κύριο Φουντά Κωνσταντίνο στον οποίο οφείλω την συνεχή αγάπη και ενδιαφέρον για τον τομέα των Νευροεπιστημών αλλά κυρίως την προτροπή του για την συνεχιζόμενη Ιατρική εκπαίδευση.

Θερμές ευχαριστίες και ευγνωμοσύνη στην οικογένειά μου και τη σύζυγό μου κα Διονυσίου Μαρία Νοσηλεύτρια για όλη τη στήριξη, τη συμπαράσταση και την κατανόησή της, καθ' όλη τη διάρκεια των μεταπτυχιακών σπουδών μου.

Τα παιδιά μου Κωνσταντίνο, Διονύσιο, Αλέξανδρο και Ευαγγελία που με την παρουσία τους ή την απουσία τους, μου δίνουν συνεχή ώθηση και δύναμη να συνεχίζω το θαυμαστό ταξίδι της συνεχούς Ιατρικής μόρφωσης.

Την συνάδελφο Ιατρό Νευρολόγο κα Χαρισίου Κλεονίκη-Μαρία για την παραπομπή των ασθενών με ημικρανία, καθώς επίσης και τον συνάδελφο Στρατιωτικό Ιατρό Νευρολόγο κο Ρίκο Δημήτριο για την σημαντική βοήθεια συλλογής της πρόσφατης παγκόσμιας βιβλιογραφίας, Ιατροί οι οποίοι κοσμούν την Ιατρική κοινότητα της Θεσσαλίας με το ήθος τους.

Τον αγαπητό συνάδελφο Ιατρό Ορθοπαιδικό κο Τσαγκάλη Αντώνιο για τις αμέτρητες ώρες συζητήσεων περί καλοπροαίρετης συμπεριφοράς και ηθικής στην Ιατρική επιστήμη, στοιχεία που σπάνια συναντάς σε συναδέλφους.

Τέλος ευχαριστώ όλους τους ασθενείς που με εμπιστεύονται με την παρουσία τους στο Ιατρείο μου, αναζητώντας πρωτίστως ανθρώπινη αντιμετώπιση και κατ' επέκταση λύση στα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν.

Ιορδάνης Κ. Γεωργιάδης

## Περίληψη

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της σχέσης του ψυχοκοινωνικού προφίλ προσωπικότητας που χαρακτηρίζει τα άτομα που ζουν με ημικρανίες με την ποιότητα ζωής τους. Η σχετική απουσία ερευνητικών δεδομένων από τον Ελλαδικό χώρο τα οποία αφορούν μια συγκριτική μελέτη σχετικά με τη σύνδεση και τη σχέση των ψυχολογικών παραγόντων με τα συμπτώματα της ημικρανίας και τη διασύνδεσή τους με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας έδωσαν το έναυσμα για το σχεδιασμό της παρούσας μελέτης.

Το βίωμα μιας ημικρανίας συνδέεται με συνθήκες που οδηγούν στη διαφοροποίηση της ποιότητας της ψυχοσωματικοκοινωνικής ζωής των ατόμων. Ως προς την ποιότητα ζωής, λοιπόν, η υπόθεσή μας είναι ότι τα άτομα που θα βιώνουν ημικρανίες θα εμφανίζουν χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής από τα επίπεδα ζωής των ατόμων που δεν ζουν με ημικρανίες.

Στην παρούσα μελέτη έλαβαν μέρος 180 άτομα, πιο συγκεκριμένα 140 άτομα από τον υγιή πληθυσμό και 40 άτομα που έχουν διαγνωστεί με ημικρανία και λαμβάνουν θεραπεία για αυτή. Για τις ανάγκες της μελέτης δόθηκε ένα εργαλείο κοινωνικο-οικονομικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών καθώς και ψυχολογικές κλίμακες:.

Μετά τη συγκέντρωση των ερωτηματολογίων για την ανάλυση και την περιγραφή των κοινωνικοδημογραφικών και ψυχομετρικών χαρακτηριστικών του δείγματος, χρησιμοποιήθηκαν μέτρα περιγραφικής στατιστικής, όπως μέσος όρος, διάμεσος και σταθερή απόκλιση για τις απαντήσεις του πληθυσμού στις κλίμακες.

Τα αποτελέσματα του δείγματός μας εν τέλει στηρίζουν την αρχική μας υπόθεση ότι τα άτομα με ημικρανία παρουσιάζουν συμπτώματα γενικότερης ψυχολογικής επιβάρυνσης, και ενισχύονται από τα ευρήματα πρόσφατων μελετών.

Η αναγνώριση του ρόλου των ψυχολογικών παραγόντων στην αντιμετώπιση ασθενών με ημικρανία κρίνεται απαραίτητη, δεδομένου πως αποτελούν πιθανούς παράγοντες πυροδότησης κρίσεων και αιτίες ψυχολογικής επιβάρυνσης.

**Λέξεις-Κλειδιά:** Ημικρανία, Άγχος, Κατάθλιψη, Ποιότητα Ζωής, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.



## **Abstract**

The purpose of this study is to investigate the relationship between the psychosocial profile that characterizes people living with migraines and their quality of life. The relative absence of research data prompted the design of this study.

The experience of a migraine is associated with conditions that lead to the differentiation of the quality of the psychosomatic and social life of individuals. In terms of quality of life, our hypothesis is that people with migraines will have lower quality of life than people without migraines.

In the present study the sample was 180 people, more specifically 140 people from the general population and 40 people who have been diagnosed with migraine and receiving treatment for migraine. For the needs of the study, a tool of socio-economic-demographic characteristics as well as psychological scales were given.

For the statistical analysis and the description of the socio-demographic and psychometric characteristics of the sample, descriptive statistical measures were used, such as average, median and constant deviation for the population responses to the scales.

The results of our sample support our initial hypothesis that people with migraines have symptoms of general psychological distress and are supported by the findings of recent studies.

Recognition of the role of psychological factors in the treatment of patients with migraine is considered necessary, as they are possible triggers of crises and causes of psychological burden.

**Keywords:** Migraine, Anxiety, Depression, Quality of Life, Primary Health Care.

## Κεφάλαιο 1°

### Κεφαλαλγία και Ημικρανία

#### 1.1 Σκοπός και Προσδοκώμενα αποτελέσματα

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης ως προς τις επιπτώσεις του βιώματος της ημικρανίας, κάτι που θα μας επιτρέψει να συσχετίσουμε αυτές τις επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής των ατόμων.

Ακόμη, θα αναδειχθεί από τα ευρήματα της μελέτης μας η προβληματική γύρω από το ρόλο της προσωπικότητας και του ψυχολογικού προφίλ των ατόμων που ζουν με ημικρανίες, συμβάλλοντας ουσιαστικά στην κατανόηση της ημικρανίας συζητώντας αν τελικά ένα «είναι ημικρανία» και όχι «έχει ημικρανία».

#### 1.2 Κατάταξη κεφαλαλγιών

Η κατάταξη των κεφαλαλγιών σύμφωνα με την τελευταία ταξινόμηση έχει ως εξής [1] ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑΣ):

Πρωτοπαθείς κεφαλαλγίες				
<b>1. Ημικρανία</b>				
1.1. Ημικρανία χωρίς αύρα				
1.2. Ημικρανία με αύρα				
1.3. Περιοδικά σύνδρομα παιδικής ηλικίας, τα οποία είναι συχνά πρόδρομοι ημικρανίας				
1.3.1.	1.3.2.	1.3.3.		
Κυκλικοί έμετοι	Κοιλιακή ημικρανία	Καλοήθης παροξυσμικός ίλιγγος της παιδικής ηλικίας		
1.4. Αμφιβληστροειδική ημικρανία				
1.5. Επιπλοκές της ημικρανίας				
1.5.1.	1.5.2.	1.5.3.	1.5.4.	1.5.5.
Χρόνια ημικρανία	Ημικρανική κατάσταση	Εμμένουσα αύρα χωρίς έμφρακτο	Ημικρανικό έμφρακτο	Επιληπτική κρίση που εκλύεται από ημικρανία
1.6. Πιθανή ημικρανία				

1.6.1.

Πιθανή ημικρανία χωρίς αύρα

1.6.2.

Πιθανή ημικρανία με αύρα

1.6.3.

Πιθανή χρόνια ημικρανία

## **2. Κεφαλαλγία τύπου τάσεως (ΚΤΤ)**

- 2.1. Μη συχνή επεισοδιακή κεφαλαλγία τύπου τάσεως
- 2.2. Συχνή επεισοδιακή κεφαλαλγία τύπου τάσεως
- 2.3. Χρόνια κεφαλαλγία τύπου τάσεως
- 2.4. Πιθανή κεφαλαλγία τύπου τάσεως

## **3. Αθροιστική κεφαλαλγία και άλλες τριδυμικές κεφαλαλγίες του αυτονόμου νευρικού συστήματος**

- 3.1. Αθροιστική κεφαλαλγία
- 3.2. Παροξυσμική ημικρανία
- 3.3. Βραχείας διάρκειας ετερόπλευρες κρίσεις νευραλγικόμορφης κεφαλαλγίας με ένεση επιπεφυκότα και δακρύρροια (SUNCT)
- 3.4. Πιθανή SUNCT

## **4. Άλλες πρωτοπαθείς κεφαλαλγίες**

- 4.1. Πρωτοπαθής διαξιφιστική κεφαλαλγία
- 4.2. Πρωτοπαθής κεφαλαλγία του βήχα
- 4.3. Πρωτοπαθής κεφαλαλγία προσπάθειας
- 4.4. Πρωτοπαθής κεφαλαλγία που συνδέεται με σεξουαλική δραστηριότητα
- 4.5. Υπνική κεφαλαλγία
- 4.6. Πρωτοπαθής κεραυνοβόλος κεφαλαλγία
- 4.7. Συνεχής ημικρανία (hemicrania continua)
- 4.8. Πρόσφατης έναρξης επίμονη καθημερινή κεφαλαλγία (NDPH)

## **Δευτεροπαθείς κεφαλαλγίες**

5. Κεφαλαλγία που αποδίδεται σε κάκωση της κεφαλής ή και του αυχένα
6. Κεφαλαλγία που αποδίδεται σε κρανιακή ή αυχενική αγγειακή διαταραχή
7. Κεφαλαλγία που αποδίδεται σε μη αγγειακή ενδοκράνια διαταραχή
8. Κεφαλαλγία που αποδίδεται σε μια ουσία ή στην απόσυρσή της
9. Κεφαλαλγία που αποδίδεται σε λοίμωξη
10. Κεφαλαλγία που αποδίδεται σε διαταραχή της ομοιόστασης
11. Κεφαλαλγία ή προσωπαλγία που αποδίδεται σε διαταραχή του κρανίου, του αυχένα, των οφθαλμών, των ώτων, της ρινός, των παραρρίνιων κόλπων, των οδόντων ή άλλων δομών του κρανίου ή του προσώπου
12. Κεφαλαλγία που αποδίδεται σε ψυχική πάθηση

### ***1.3 Επιδημιολογικά στοιχεία***

Η ημικρανία είναι μια κοινή αναπηρική πρωτοπαθής διαταραχή κεφαλαλγίας. Πολλές επιδημιολογικές μελέτες έχουν τεκμηριώσει τον υψηλό επιπολασμό και τις κοινωνικοοικονομικές και προσωπικές του επιπτώσεις. Στη Μελέτη Global Burden of Disease Study 2010 (GBD2010), κατατάχθηκε ως η τρίτη πιο διαδεδομένη διαταραχή στον κόσμο. Στο GBD2015, κατατάχθηκε στην τρίτη υψηλότερη αιτία αναπηρίας παγκοσμίως, τόσο σε άνδρες όσο και σε γυναίκες ηλικίας κάτω των 50 ετών. Η ημικρανία έχει δύο κύριους τύπους:

1.1 Η ημικρανία χωρίς αύρα είναι ένα κλινικό σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από πονοκέφαλο με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά και συναφή συμπτώματα.

1.2 Η ημικρανία με αύρα χαρακτηρίζεται πρωτίστως από τα παροδικά εστιακά νευρολογικά συμπτώματα που συνήθως προηγούνται ή μερικές φορές συνοδεύουν τον πονοκέφαλο. Μερικοί ασθενείς εμφανίζουν επίσης μια πρόδρομη φάση, η οποία εμφανίζεται ώρες ή ημέρες πριν από τον πονοκέφαλο, και/ή μια μεταδρομική φάση μετά την υποχώρηση της κεφαλαλγίας. Τα πρόδρομα και μεταδρομικά συμπτώματα περιλαμβάνουν υπερκινητικότητα, υποκινητικότητα, κατάθλιψη, λαχτάρα για συγκεκριμένα τρόφιμα, επαναλαμβανόμενο χασμουρητό, κόπωση και δυσκαμψία του αυχένα και/ή πόνο. Όταν ένας ασθενής πληροί κριτήρια για περισσότερους από έναν τύπους, υποτύπους ή υπομορφές ημικρανίας, όλα θα πρέπει να διαγνωστούν και να κωδικοποιηθούν. Για παράδειγμα, ένας ασθενής που έχει συχνές κρίσεις με αύρα αλλά και κάποιες κρίσεις χωρίς αύρα θα πρέπει να κωδικοποιείται ως 1.2 Ημικρανία με αύρα και 1.1 Ημικρανία χωρίς αύρα. Ωστόσο, δεδομένου ότι τα διαγνωστικά κριτήρια για την 1.3 Χρόνια ημικρανία υποκαθιστούν κρίσεις όλων των τύπων, υποτύπων ή υπομορφών, δεν είναι απαραίτητη η πρόσθετη κωδικοποίηση για τους επεισοδιακούς υποτύπους ημικρανίας [2].

### ***1.4 Ψυχολογικοί παράγοντες***

Οι πρωτοπαθείς πονοκέφαλοι είναι τα πιο συχνά παράπονα στον παιδιατρικό πληθυσμό με την ημικρανία και την κεφαλαλγία τύπου τάσης (ΤΤΗ) να είναι ο πιο συχνός τύπος. Αυτή η διαταραχή προκαλεί ατομική ταλαιπωρία και βλάβες στην ποιότητα ζωής, τις καθημερινές δραστηριότητες [3], τη φοίτηση στο σχολείο [4], (Rousseau-Salvador et al., 2014) και μια ποικιλία σοβαρών οικογενειακών προβλημάτων [5]. Επιπλέον, η πρωτοπαθής κεφαλαλγία μπορεί να συσχετιστεί με αρκετές συννοσηρές καταστάσεις που μπορεί να επιδεινώσουν τη συμπτωματολογία, την πρόγνωση, τη θεραπευτική επιλογή και τα μεταθεραπευτικά αποτελέσματα της κεφαλαλγίας [6].

Στον παιδιατρικό πληθυσμό, η κεφαλαλγία τύπου τάσης και η ημικρανία συνδέονται συνήθως με διάφορες ασθένειες. Για παράδειγμα, ψυχιατρική και νευρολογική συννοσηρότητα, ιδιαίτερα διαταραχές ύπνου, άγχος και κατάθλιψη, επιληψία και ΔΕΠΥ [7]. Έχει επίσης αποδειχθεί συσχέτιση με ιατρικές διαταραχές όπως η ατοπία, η καρδιαγγειακή νόσος, ιδιαίτερα το ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο και το Patent Foramen Ovale (PFO) [7]. Σε ορισμένες μελέτες, έχει αποδειχθεί ότι τα παιδιά με ημικρανία είχαν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα εσωτερικευτικών και σωματικών συμπτωμάτων, καθώς και κοινωνικά και οικογενειακά προβλήματα σε σχέση με αυτά χωρίς πονοκέφαλο και είχαν υψηλότερα επίπεδα σωματικών συμπτωμάτων από τα παιδιά με κεφαλαλγία τύπου τάσης [8]. Τα τελευταία χρόνια, η αλεξιθυμία έχει μελετηθεί μεταξύ των συναισθηματικών διαταραχών που σχετίζονται με σωματικά συμπτώματα συμπεριλαμβανομένου του πρωτοπαθούς πονοκεφάλου, και υπάρχουν μερικές διαφορετικές απόψεις σχετικά με αυτή τη σχέση.

### ***1.5 Επιδημιολογικά στοιχεία ημικρανιών***

Η ημικρανία θεωρείται ως επί το πλείστον το παράπονο μιας γυναίκας, ακόμα κι αν επηρεάζει και τους άνδρες. Επιδημιολογικά δεδομένα δείχνουν υψηλότερη επίπτωση της νόσου στις γυναίκες, ξεκινώντας από την εφηβεία καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής. Οι διαφορές της ημικρανίας που σχετίζονται με το φύλο έχουν επίσης κλινική σημασία. Η συχνότητα, η διάρκεια και η αναπηρία των επιθέσεων τείνουν να είναι υψηλότερες στις γυναίκες. Εξαιτίας αυτού, πιθανώς, συμβουλευονται επίσης ειδικούς πιο συχνά και λαμβάνουν περισσότερα συνταγογραφούμενα φάρμακα από τους άνδρες. Έχουν αξιολογηθεί διαφορετικοί μηχανισμοί για να εξηγηθούν αυτές οι διαφορές. Το ορμονικό περιβάλλον και η διαμόρφωση της νευρωνικής και αγγειακής αντιδραστικότητας είναι πιθανώς μία από τις πιο σημαντικές πτυχές. Τα οιστρογόνα και η προγεστερόνη ρυθμίζουν μια σειρά από βιολογικές λειτουργίες μέσω δύο μηχανισμών: μη γονιδιωματικού και γονιδιωματικού. Επηρεάζουν αρκετούς νευρομεσολαβητές και νευροδιαβιβαστές και μπορεί να προκαλέσουν λειτουργικές και δομικές διαφορές σε διάφορες περιοχές του εγκεφάλου που εμπλέκονται στην παθογένεση της ημικρανίας. Εκτός από την κεντρική τους δράση, οι ορμόνες του φύλου ασκούν ταχεία ρύθμιση του αγγειακού τόνου. Ο προκύπτων ειδικός φαινότυπος φύλου θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη κατά την κλινική διαχείριση και τις πειραματικές μελέτες [9].

Οι διαφορές της ημικρανίας που σχετίζονται με το φύλο έχουν επιδημιολογική και κλινική σημασία. Οι περισσότερες μελέτες συμφωνούν ότι δεν υπάρχουν διαφορές που να σχετίζονται με το φύλο στη συχνότητα των προσβολών: 1 έως 4 μηνιαίες ημέρες κεφαλαλγίας (MHD) κατά μέσο όρο και για τα δύο φύλα (48,8% στις γυναίκες και 45,3% στους άνδρες) [10],[11],[12].

Οι Bolay et al. [11] ανέφεραν ότι η ημικρανία υψηλής συχνότητας (> 10 MHD) είναι πιο συχνή στους άνδρες παρά στις γυναίκες (16,7% και 14,9%, αντίστοιχα, ποσοστό επιπολασμού [PR] 0,90, 95% διάστημα εμπιστοσύνης [CI] 0,83–0,97). Η συχνότητα των προσβολών διαφέρει μεταξύ των ηλικιακών ομάδων: η ημικρανία χωρίς αύρα (MO) είναι υψηλότερη μεταξύ των 18-29 ετών από ότι μεταξύ των ατόμων 40-49 ετών ( $p < 0,0001$ ) και μετά την ηλικία των 50 ετών ( $p = 0,0013$ ). Ομοίως, η ημικρανία με αύρα (MA) είναι πιο συχνή σε γυναίκες ηλικίας 18 έως 29 ετών από ότι σε γυναίκες ηλικίας 30 έως 39 ετών ( $p = 0,0308$ ). Αυτή η διαφορά στη συχνότητα προσβολής μεταξύ των ηλικιακών ομάδων είναι σημαντική για τις γυναίκες αλλά όχι για τους άνδρες με ημικρανία. Η διάρκεια της επίθεσης του MO και του MA σχετίζεται επίσης με την ηλικία: μικρότερη σε 18-29 ετών και μεγαλύτερη σε γυναίκες ηλικίας 30 ετών και άνω ( $p = 0,0407$  για MO και  $p = 0,0043$  για MA).

Οι περισσότερες μελέτες αναφέρουν μεγαλύτερη διάρκεια προσβολής στις γυναίκες από ότι στους άνδρες (28,4 ώρες στους άνδρες και 36,7 ώρες στις γυναίκες,  $p = 0,01$ ) και υψηλότερο ποσοστό υποτροπής. Τα ευρήματα της μελέτης διαφέρουν ως προς το εάν η ένταση της επίθεσης διαφέρει μεταξύ των φύλων [13], [14].

Επειδή η αντίληψη της έντασης του πόνου είναι υποκειμενική, ενώ η διάρκεια της επίθεσης είναι ένα αντικειμενικό μέτρο, ορισμένοι ερευνητές αναφέρουν ότι, σε ίσες βαθμολογίες πόνου για άνδρες και γυναίκες, η μεγαλύτερη διάρκεια των κρίσεων και ο χρόνος ανάρρωσης μπορεί να είναι οι λόγοι για τους οποίους οι γυναίκες βαθμολογούν την ένταση του πόνου τους υψηλότερα από τους άνδρες. Σε αυτό προστίθεται η κοινή πεποίθηση ότι, λόγω των ρόλων των φύλων, οι άνδρες είναι λιγότερο πιθανό να βαθμολογήσουν την αντίληψή τους για την ένταση του πόνου ως υψηλή [15]. Γενικά, αναφορικά με τα χαρακτηριστικά συμπτώματα που συνοδεύουν την ημικρανία μελέτες έχουν δείξει ότι, εκτός από τον έμετο, μεταξύ των ασθενών με MO, η ναυτία, η φωνοφοβία και η φωτοφοβία είναι σημαντικά πιο συχνές στις γυναίκες ( $p < 0,001$  για όλα τα συμπτώματα), ενώ μεταξύ των ασθενών με MA, οι διαφορές που σχετίζονται με το φύλο βρέθηκαν για τη ναυτία. 65,6% στις γυναίκες και 48,6% στους άνδρες:  $p = 0,049$ ) και φωνοφοβία (70,2% στις γυναίκες και 51,4% στους άνδρες:  $p = 0,033$ ), αλλά όχι για έμετο και φωτοφοβία [11]. Το MA είναι λιγότερο συχνό από το MO τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες.

Μια μελέτη στο Ηνωμένο Βασίλειο ανέφερε επιπολασμό MA 1 έτους 5,8% (2,6% στους άνδρες και 7,7% στις γυναίκες) [16]. Η MA είναι πιο διαδεδομένη στις γυναίκες (εύρος, 2,6–10,8% στις γυναίκες και 1,2–3,7% στους άνδρες) [17]. Η συχνότητα των συμπτωμάτων που συνοδεύουν την αύρα διαφέρει μεταξύ των φύλων: οπτική αύρα (1,8% στους άνδρες και 4,2% στις γυναίκες). αισθητικοκινητική αύρα (0,3% στους άνδρες και 1,7% στις γυναίκες). και οπτική και αισθητικοκινητική αύρα συνδυαστικά (0,4% στους άνδρες και 1,9% στις γυναίκες).

Η μελέτη της Global Burden of Disease κατέταξε την ημικρανία ως την τέταρτη κύρια αιτία χρόνιας ζωής με αναπηρία (YLD) για τις γυναίκες και την όγδοη αιτία στους άνδρες, υποδεικνύοντας ότι η αναπηρία λόγω ημικρανίας είναι ένας άλλος παράγοντας που σχετίζεται με το φύλο. Οι γυναίκες έχουν 1,34 φορές περισσότερες πιθανότητες (95% CI 1,21–1,48) από τους άνδρες (12,4% για τις γυναίκες και 9,3% για τους άνδρες) να αναφέρουν αναπηρία βαθμού IV λόγω ημικρανίας τους τελευταίους 3 μήνες στο ερωτηματολόγιο Αξιολόγησης Αναπηρίας Ημικρανίας (MIDAS). Οι γυναίκες είναι επίσης πιο πιθανό να αναφέρουν ανικανότητα να εκτελέσουν τις δουλειές του σπιτιού (αναλογία πιθανοτήτων [OR] 1,5, 95% CI 1,44–1,56), να λάβουν μέρος σε κοινωνικές ή οικογενειακές δραστηριότητες (OR 1,11, 95% CI 1,06–1,17) και να μειώσει κατά τουλάχιστον 50% την εργασιακή ή σχολική δραστηριότητα για τουλάχιστον 1 ημέρα λόγω ημικρανίας [12].

Οι μελέτες αναφέρουν σταθερά μεγαλύτερη αναπηρία που σχετίζεται με την ημικρανία στις γυναίκες: το 34% των γυναικών και το 25% των ανδρών δήλωσαν ότι έχασαν χρόνο εργασίας ή σχολείο περισσότερο από σπάνια. Επιπλέον, πάνω από το 45% των ασθενών που ανέφεραν ότι δεν έχασαν ποτέ ή μόνο σπάνια έχασαν τη δουλειά ή το σχολείο λόγω ημικρανίας δήλωσαν ότι χρειάζονταν 2 ώρες ανάπαυσης στο κρεβάτι κατά μέσο όρο [18].

Ενώ οι γυναίκες ανέφεραν ότι δεν μπορούσαν να συνεχίσουν τις καθημερινές τους δραστηριότητες για 3 έως 6 ημέρες μετά από μια επίθεση, οι άνδρες δήλωσαν ότι συνέχισαν τις δραστηριότητες τη δεύτερη ημέρα μετά την επίθεση [12]. Ο αντίκτυπος της αναπηρίας που σχετίζεται με την ημικρανία είναι ιδιαίτερα κρίσιμος για τον αντίκτυπο που έχει στην ποιότητα ζωής των πασχόντων από ημικρανία, εκτός από το κοινωνικό κόστος που συνεπάγεται. Μια αμερικανική μελέτη που δημοσιεύθηκε το 1999 ανέφερε ότι οι γυναίκες δημιουργούσαν περίπου το 80% του ιατρικού κόστους που σχετίζεται άμεσα με τη θεραπεία της ημικρανίας και ότι το έμμεσο κόστος που σχετίζεται με την απώλεια παραγωγικότητας ήταν 50% υψηλότερο για τις γυναίκες από ότι για τους άνδρες. Τα στοιχεία αυτά υποτιμώνται αφού δεν λαμβάνουν υπόψη τα ποσοστά ανεργίας και υποαπασχόλησης λόγω ημικρανίας [19].

Το εκτιμώμενο ετήσιο μέσο κατά κεφαλήν κόστος της ημικρανίας είναι 1222 € (95% CI 1055–1389) στην Ευρώπη, το 93% των οποίων είναι έμμεσο κόστος. Δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία σχετικά με τις διαφορές κόστους που σχετίζονται με το φύλο [20].

## **B. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>**

#### **Ημικρανία και Κοινωνικοί Παράγοντες**

---

Ο ρόλος των ψυχοκοινωνικών παραγόντων έχει μελετηθεί στην προσπάθεια να διερευνηθούν τόσο τα αίτια όσο και οι επιπτώσεις της ημικρανίας [21], [22], [23], [24], [25], [26], ιδιαίτερα έχει γίνει προσπάθεια να αναδειχθεί ο αντίκτυπος της ημικρανίας στην ποιότητα ζωής των ασθενών [27], [28], [29]. Θα ξεκινήσουμε στο παρόν κεφάλαιο με την παρουσίαση των ερευνητικών διαπιστώσεων σχετικά με το ρόλο της ημικρανίας τόσο στην κοινωνική ζωή των ασθενών όσο και στην ποιότητα ζωής τους.

Όσον αφορά, λοιπόν, στις κοινωνικές πτυχές, η αποτελεσματικότητα στην εργασία, οι σπουδές ή τα καθήκοντα οικιακής φροντίδας αναφέρθηκαν συχνά ότι υπονομούνται σοβαρά από την ημικρανία, μια πτυχή που συζητήθηκε επίσης πολύ από τους επαγγελματίες υγείας. Ωστόσο, τόσο οι ασθενείς όσο και οι συγγενείς θεώρησαν ότι η οικογένεια ήταν το περιβάλλον που επηρεάστηκε περισσότερο από την ημικρανία και πίστευαν ότι αυτή η πτυχή ήταν ακόμη πιο σημαντική από τα συμπτώματα που σχετίζονται με την ημικρανία ή την ανικανότητα για εργασία. Αξίζει να τονιστεί η ανησυχία που εκφράζουν οι ασθενείς και οι σύζυγοί τους για τη συναισθηματική ανάπτυξη των παιδιών, μια πτυχή που δεν έχει αντιμετωπιστεί επαρκώς στη βιβλιογραφία [30], [32].

Ένα σημαντικό εύρημα της μελέτης ήταν ότι οι συγγενείς μίλησαν περισσότερο για το πώς ένιωθαν για την ασθένεια του συζύγου τους παρά για τις πραγματικές επιπτώσεις της ημικρανίας στον συγγενή τους, που ήταν ο αρχικός στόχος της συνεδρίας. Αυτή η πτυχή μπορούσε να εντοπιστεί λόγω της λιγότερο κατευθυντικής φύσης της μεθοδολογίας της ομάδας και ο πρόεδρος αποφάσισε να συνεχίσει να διερευνά αυτές τις νέες ανάγκες που εκφράστηκαν από τα μέλη της οικογένειας με ημικρανία. Αυτό υποδηλώνει ότι η έρευνα πρέπει να διευρυνθεί ώστε να



συμπεριλάβει τον βαθμό στον οποίο οι συγγενείς επηρεάζονται από την ημικρανία του συντρόφου τους και τις ανάγκες τους, όπως έχει γίνει με άλλες παθολογίες [33]. Σε αυτήν την κατεύθυνση, αυτή η μελέτη υποδηλώνει επίσης ότι οι συγγενείς δεν διαθέτουν επαρκείς πληροφορίες σχετικά με την ημικρανία, γεγονός που οδηγεί σε κακή κατανόηση της κατάστασης του ασθενούς και σε κάποιο βαθμό απογοήτευσης. Θα πρέπει να παρέχονται ειδικά προγράμματα για το κοινό για να το αντιμετωπίσει αυτό. Αυτή η πτυχή έχει μελετηθεί σε μεγάλο βαθμό με την ίδια μεθοδολογία για άλλες ασθένειες [34].

Η απώλεια επαφής με φίλους και ένας ποικίλος βαθμός κοινωνικής απομόνωσης ήταν επίσης συνέπειες που αναφέρθηκαν από όλες τις ομάδες και είναι παράγοντες που βλάπτουν την ψυχολογική ευεξία και αυξάνουν τον κίνδυνο κατάθλιψης. Αρκετές μελέτες έχουν αξιολογήσει τη σχέση της ημικρανίας με την ψυχιατρική νοσηρότητα και την κατάθλιψη [35], [36], αλλά τους ενδιέφερε να γίνει μια ευρύτερη εκτίμηση των συναισθηματικών πτυχών σε σχέση με την ημικρανία [37].

Όλες οι ομάδες επισήμαναν σημαντικές αλλαγές στη διάθεση του ασθενούς, κυρίως με τη μορφή υψηλών επιπέδων θλίψης, επιθετικότητας, συναισθηματικής αστάθειας και έλλειψης κατανόησης, που ήταν επίσης το κύριο συναίσθημα που περιγράφει ο Cottrell et al. [30] κατά την αξιολόγηση των κοινωνικών σχέσεων των ασθενών. Οι πληροφορίες που ελήφθησαν από ομάδες και συνεντεύξεις ήταν παρόμοιες, αλλά παρόλο που οι ομάδες εστίασης έχουν το πλεονέκτημα ότι επιτρέπουν την αλληλεπίδραση των συμμετεχόντων, μπορεί επίσης να εμποδίσουν ορισμένα άτομα να εκφράσουν τις σκέψεις τους λόγω ντροπαλότητας, έλλειψης ιδιωτικότητας ή εκφοβισμού άλλων συμμετεχόντων.

Για να μειώσουν αυτή την πιθανότητα, πραγματοποίησαν ατομικές συνεντεύξεις, καθώς περιστασιακά οι σκέψεις που εκφράζονται στην ομάδα μπορεί να μην ήταν αντιπροσωπευτικές όλων των μελών της ομάδας, αλλά των πιο ομιλητικών ή πειστικών [19], [38]. Αυτό συνέβη με ερωτήσεις σχετικά με τον αντίκτυπο της ημικρανίας στις σεξουαλικές σχέσεις, οι οποίες αντιμετωπίστηκαν από έναν λιγότερο ανασταλμένο συγγενή, αλλά σχολιάστηκαν ανοιχτά από έναν ασθενή στις μεμονωμένες συνεντεύξεις. Θεωρείται ότι αυτό το θέμα παρουσιάζει μεγάλο ενδιαφέρον, αλλά δεν έχει εξεταστεί διεξοδικά στο παρελθόν [39] ή έχει συσχετιστεί κυρίως με διαδικασίες θεραπείας [40].

## *2.1 Ημικρανία και ψυχοκοινωνικές δυσκολίες*

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας των Raggi et al., [41] προσέφερε μια επισκόπηση των ψυχοκοινωνικών δυσκολιών (PSDs) που αναφέρονται στη βιβλιογραφία για την ημικρανία, τις μεταβλητές που σχετίζονται με αυτές και τους καθοριστικούς παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση και την πορεία τους. Τα πιο συχνά μελετημένα PSDs σχετίζονται με οκτώ τομείς: συναισθηματικά προβλήματα, μειωμένη ζωτικότητα και κόπωση, πόνος, δυσκολίες στην εργασία, μειωμένη σωματική και μειωμένη ψυχική υγεία, κακή κοινωνική λειτουργία και αυξημένη αναπηρία. Ορισμένες μεταβλητές προσδιορίστηκαν ως συσχετισμένες με τα PSDs, δηλαδή η συνολική αναπηρία, τα συναισθηματικά προβλήματα, ο πόνος και η συχνότητα των πονοκεφάλων. Αντίθετα, υπάρχουν περισσότερες ενδείξεις ότι οι ειδικές θεραπείες για την ημικρανία βελτιώνουν τα συναισθηματικά προβλήματα, τη σωματική και ψυχική υγεία, τις δυσκολίες στην απασχόληση και την αναπηρία. Δεν βρήκαμε μελέτες που να αξιολογούν πιθανούς καθοριστικούς παράγοντες επιδείνωσης των PSD και μόνο η παρουσία πόνου προσδιορίστηκε ως καθοριστικός παράγοντας για την έναρξη της PSD. Εξ όσων γνωρίζουν, δεν υπάρχει προηγούμενη προσπάθεια συστηματικής αντιμετώπισης των PSD που σχετίζονται με ασθενείς με ημικρανία σύμφωνα με έναν ορισμό που βασίζεται στη Διεθνή Ταξινόμηση Λειτουργίας, Αναπηρίας και Υγείας (ICF). Μια προηγούμενη ανασκόπηση παρείχε στοιχεία ότι οι προσδοκίες για το φύλο και τον κοινωνικό ρόλο, καθώς και οι στρατηγικές αντιμετώπισης, είναι διαφορετικές και αυτό καθορίζει τις διαφορές στην απόκριση στον πόνο. Στην ανασκόπησή μας, επεκτείναμε το εύρος των προβλημάτων που αναφέρθηκαν από άτομα με ημικρανία και προσθέσαμε πληροφορίες σχετικά με την πορεία και τους παράγοντες που επηρεάζουν τη βελτίωση αυτών των δυσκολιών. Τα αποτελέσματά μας ρίχνουν επίσης φως στο εννοιολογικό πλαίσιο της αναπηρίας που βρέθηκε σε μελέτες ημικρανίας. Το Πρόγραμμα Αξιολόγησης Αναπηρίας Ημικρανίας (MIDAS) είναι ένα σημείο αναφοράς για την αξιολόγηση της αναπηρίας σε άτομα με ημικρανία και χρησιμοποιείται στην πλειονότητα των δημοσιεύσεων που ασχολούνται με την έκβαση της ημικρανίας. Ωστόσο, καλύπτει μόνο ένα μικρό μέρος του συνολικού βάρους της ζωής με ημικρανία. Ένα σημαντικό αποτέλεσμα της μελέτης μας ήταν η εστίαση σε διάφορους τομείς που μπορεί να είναι σχετικοί για την περιγραφή των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς με ημικρανία και που πιστεύουμε ότι πρέπει να διερευνηθούν. Οι καθοριστικοί παράγοντες βελτίωσης που προσδιορίζονται εδώ μπορούν να χωριστούν χονδρικά σε δύο τομείς. Το πρώτο περιλαμβάνει μεταβλητές που αναφέρονται σε χαρακτηριστικά της ίδιας της νόσου, π.χ. συχνότητα

πονοκεφάλων και παρουσία πόνου. Γενικά, βρέθηκαν περιορισμένα στοιχεία για την επίδραση αυτών των καθοριστικών παραγόντων, αν και κάλυπταν όλο το εύρος των PSD. Η παρατηρούμενη τάση αναγνωρίζει ότι η μειωμένη συχνότητα πονοκεφάλου και η μείωση του πόνου έχουν θετική επίδραση στη βελτίωση της ζωτικότητας και της κόπωσης -για τα οποία προέκυψαν ισχυρές ενδείξεις- συναισθηματικά προβλήματα, σωματική και ψυχική υγεία, κοινωνική λειτουργικότητα, εργασιακή ικανότητα και αναπηρία. Ο δεύτερος τομέας αφορά τις προφυλακτικές και συμπτωματικές θεραπείες. Οι μελέτες για τη συμπτωματική φαρμακευτική αγωγή που περιλαμβάνονται στο παρόν άρθρο επικεντρώθηκαν σε διαφορετικά είδη τριπτανών και όχι σε αντιφλεγμονώδεις παράγοντες και υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι αυτά τα φάρμακα καθορίζουν μια βελτίωση στα συναισθηματικά προβλήματα και την αποτελεσματικότητα της εργασίας. Ωστόσο, οι πιο σημαντικοί καθοριστικοί παράγοντες της βελτίωσης της PSD που βρέθηκαν σε αυτή τη βιβλιογραφική ανασκόπηση ήταν τα προφυλακτικά φάρμακα και υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι αυτά τα φάρμακα επηρεάζουν θετικά τα συναισθηματικά προβλήματα, βελτιώνουν την εργασιακή απόδοση, την αναπηρία, τη σωματική και ψυχική υγεία. Ενώ αρκετές φαρμακολογικές μελέτες έχουν δημοσιευθεί τα τελευταία χρόνια, υπάρχουν περιορισμένα δεδομένα για μη φαρμακολογικές θεραπείες. Υπάρχουν μόνο ελάχιστα στοιχεία για την επίδραση της συμπληρωματικής θεραπείας και της ψυχολογικής θεραπείας: δύο μελέτες έδειξαν αποτελεσματικότητα της θεραπείας μασάζ και της γιόγκα για τη βελτίωση του άγχους και των προβλημάτων διάθεσης, ενώ μια μελέτη διαπίστωσε ότι η εκπαίδευση συμπεριφοράς στο σπίτι μπορεί να είναι αποτελεσματικό για τη βελτίωση της λειτουργίας του ασθενούς. Το γεγονός ότι τέτοιες μη φαρμακολογικές παρεμβάσεις δεν πραγματοποιήθηκαν συχνά σε αυτήν την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας οφείλεται εν μέρει στη στρατηγική αναζήτησης που έδωσε πρωταρχική σημασία σε μελέτες διαχρονικής παρέμβασης, δηλ. κλινικές δοκιμές οξείας ή προφυλακτικής φαρμακευτικής αγωγής. Η χειρουργική επέμβαση δεν είναι μια κοινή διαδικασία για την ημικρανία, αλλά ενδείκνυται για τη θεραπεία της χρόνιας αθροιστικής κεφαλαλγίας και υπάρχει μικρή εμπειρία σχετικά με τη χρήση της για τη θεραπεία ασθενών με χρόνια ημικρανία ανθεκτική στα φάρμακα επίσης με συννοσηρότητα στην κατάθλιψη. Κατά συνέπεια, ο βαθμός στον οποίο οι μη φαρμακευτικές θεραπείες θα μπορούσαν να βελτιώσουν τις δυσκολίες των ημικρανιών παραμένει ένα ανοιχτό ερώτημα που θα πρέπει να αντιμετωπιστεί σε μελλοντική έρευνα. Τα άρθρα που συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση ήταν κυρίως αναφορές κλινικών δοκιμών, οι οποίες παρείχαν ισχυρό έλεγχο στις μεταβλητές της μελέτης. Στην καθημερινή πρακτική, ωστόσο, οι κλινικοί γιατροί έχουν να αντιμετωπίσουν την αποδοχή και την τήρηση της

θεραπείας, που είναι ένα σχετικό θέμα τόσο για τις προφυλακτικές όσο και για τις θεραπείες οξείας ημικρανίας. Μεταξύ των ημικρανιών, το ζήτημα της μη τήρησης της θεραπείας μπορεί να έχει διαφορετικές επιπτώσεις, που ποικίλλουν από ανεπαρκή χρόνο λήψης τριπτανών, μη αποδοχή προφυλακτικών φαρμάκων έως υπερβολική χρήση συμπτωματικών. Η υπερβολική χρήση φαρμάκων, σε συνδυασμό με τη συννοσηρότητα σε προβλήματα διάθεσης, μπορεί να καθορίσει χειρότερα αποτελέσματα για την υγεία. Στην πραγματικότητα, τα προβλήματα με την τήρηση της θεραπείας της ημικρανίας μπορεί να ενισχυθούν περαιτέρω από τη χαμηλή συμμόρφωση στη θεραπεία, η οποία στις διαταραχές της διάθεσης είναι περίπου 40%. Η πολυεπιστημονική θεραπεία έχει προταθεί ως στρατηγική για τη βελτίωση της τήρησης της θεραπείας, αλλά τα αποτελέσματα είναι αντικρουόμενα. Η συνέπεια αυτού είναι ότι τα αποτελέσματά μας αναφέρουν ως επί το πλείστον γεγονότα που έχουν δημιουργηθεί στα ιδανικά πλαίσια κλινικών δοκιμών, αλλά η κατάσταση των ασθενών σε πραγματικές συνθήκες μπορεί να είναι αρκετά διαφορετική. Η συχνότητα του πονοκεφάλου είναι ένας καθοριστικός παράγοντας που αξίζει ξεχωριστό σχόλιο. Η συχνότητα βρέθηκε να σχετίζεται με τα πιο σχετικά PSD, αλλά με ισχυρά στοιχεία μόνο για βελτιώσεις στη ζωτικότητα, τη σωματική και ψυχική υγεία. Θα πρέπει να επισημανθεί ότι η μείωση της συχνότητας της κεφαλαλγίας - η οποία δεν αποτελεί από μόνη της PSD - είναι γενικά το πρωταρχικό τελικό σημείο (π.χ. σε κλινικές δοκιμές σχετικά με τη χρήση προφυλακτικών φαρμάκων), ενώ τα PSD όπως η ζωτικότητα θεωρήθηκαν ως δευτερεύοντα μέτρα έκβασης. Λαμβάνοντας υπόψη τον στόχο και τη μεθοδολογία της ανασκόπησης, η συνέπεια αυτού του γεγονότος είναι ότι είναι πιθανό να υποτιμηθεί η αιτιώδης σχέση μεταξύ της θεραπευτικής παρέμβασης που δοκιμάστηκε σε κλινικές μελέτες, του μεγέθους της επίδρασής τους στα πρωτεύοντα τελικά σημεία και των βελτιώσεων στα PSD που εστιάζουν σε αυτήν την ανασκόπηση. Τα αποτελέσματα επιβεβαίωσαν ότι η ημικρανία είναι μια επιβαρυντική ασθένεια και ότι οι ημικρανίες αντιμετωπίζουν πολλά PSD, ιδιαίτερα συναισθηματικά προβλήματα, μειωμένη ζωτικότητα, πόνο, αυξημένη αναπηρία, δυσκολίες στην εργασία, ψυχική και σωματική υγεία, κοινωνική λειτουργία. Τα αποτελέσματα έδειξαν επίσης ότι οι συμπτωματικές και προφυλακτικές θεραπείες, μειώνοντας τη συχνότητα πονοκεφάλου και μειώνοντας τον πόνο, καθορίζουν επίσης τη μείωση των δυσκολιών του ασθενούς, μειώνοντας έτσι την επιβάρυνση που σχετίζεται με την ημικρανία. Ωστόσο, καθώς γνωρίζουν ελάχιστα για τους παράγοντες που καθορίζουν την επιδείνωση των PSD και η κατανόηση του ρόλου αυτών των παραγόντων είναι απαραίτητη για την ανάπτυξη προγραμμάτων πρόληψης που εστιάζουν

στα PSD που σχετίζονται με την ημικρανία. Αυτές οι ενέργειες μπορεί να παρέχουν μια ευρύτερη κατανόηση της επιβάρυνσης, προσωπικής και οικονομικής, που σχετίζεται με την ημικρανία.

## **2.2 Ημικρανία και ποιότητα ζωής**

Η μελέτη των Ruiz de Velasco et al., [27] περιέγραψε τον αντίκτυπο της ημικρανίας στην ποιότητα ζωής των ασθενών χρησιμοποιώντας ποιοτική μεθοδολογία, παρέχοντας έτσι μια διερευνητική προοπτική και πληροφορίες συμπληρωματικές με αυτές που λαμβάνονται από ποσοτικές αναλύσεις. Τα αποτελέσματα ενίσχυσαν τον σημαντικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής που αντιπροσωπεύει η ημικρανία για τους ασθενείς και επομένως συμφωνεί με προηγούμενες, ποσοτικές μελέτες [28], [29].

Μια πρόσφατη τότε μελέτη χρησιμοποίησε επίσης ποιοτικές τεχνικές, αλλά επικεντρώθηκε σε προβλήματα που σχετίζονται με την ημικρανία με ασφαλιστικές και φαρμακευτικές εταιρείες [30].

Αντίθετα, εστίασαν αποκλειστικά στην ποιότητα ζωής των ασθενών και πρόσθεσαν για πρώτη φορά την προοπτική των αυτοθεραπευόμενων ασθενών, των συγγενών της οικογένειας και των επαγγελματιών υγείας. Όπως έδειξαν οι ομάδες εστίασης και οι συνεντεύξεις, η επίδραση της ημικρανίας δεν περιορίζεται σε πτυχές που σχετίζονται με τη σωματική υγεία και τη φαρμακευτική αγωγή, αλλά περιλαμβάνει συναισθηματικές πτυχές που αφορούν οικογενειακές και κοινωνικές σχέσεις [31]. Κατά την αξιολόγηση των συμπτωματικών πτυχών της ημικρανίας, οι ασθενείς εστίασαν στον πόνο και άλλα συμπτώματα που σχετίζονται με την ημικρανία, ενώ συγγενείς και επαγγελματίες υγείας θεώρησαν τη φαρμακολογική ανακούφιση από τα συμπτώματα πιο σημαντική. Σε αντίθεση με ότι εκτιμούσαν σχετικά με την ποιότητα ζωής των ασθενών, δεν υπήρχαν διαφορές μεταξύ της ομάδας των ασθενών που έλαβαν θεραπεία από γιατρό και εκείνων που έκαναν αυτοθεραπεία. Δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές ως προς τη συχνότητα ή τη σοβαρότητα της ημικρανίας μεταξύ αυτών των ομάδων. Ούτε υπήρχαν διαφορές μεταξύ των ομάδων που υποβλήθηκαν σε θεραπεία στο νοσοκομείο, παρά το γεγονός ότι αυτές οι ομάδες εμφάνιζαν διαφορετικές συχνότητες στις κρίσεις ημικρανίας. Αντίθετα, υπήρχε μια αξιοσημείωτη διαφορά στον τρόπο με τον οποίο οι αυτοθεραπευόμενοι ασθενείς που στρατολογήθηκαν από τα φαρμακεία χρησιμοποιούσαν παυσίπονα και στις πενιχρές πληροφορίες που είχαν για την ασθένειά τους, η οποία βασίστηκε στην πεποίθηση ότι η ημικρανία είναι μια

κληρονομική πάθηση που πρέπει απλώς να τεθεί. και ότι οι γιατροί ήταν ανίσχυροι να κάνουν οτιδήποτε. Πρόκειται για μια μη μελετημένη ομάδα ασθενών, πολύ ενδιαφέρουσα για μελλοντικές μελέτες, καθώς παρέχει πολλές πληροφορίες για ασαφείς και ενδιαφέρουσες πτυχές της ημικρανίας, όπως γιατί δεν συμβουλευόμαστε ποτέ γιατρό και για τις εσφαλμένες αντιλήψεις τους για την ημικρανία και την κακή χρήση φαρμάκων.

### **2.3 Ημικρανία και καθημερινότητα**

Η μελέτη των Malone et al. [42] χαρακτήρισε τους ημικρανικούς και εξέτασε τα μοτίβα θεραπείας, τα χαρακτηριστικά του στρες, τα χαρακτηριστικά της διαταραχής της ημικρανίας και το προφίλ αναπηρίας. Η μελέτη διερεύνησε τους τομείς της καθημερινής ζωής που επηρεάζονται από τους πονοκεφάλους ημικρανίας και διαπίστωσε ότι αυτοί οι πονοκέφαλοι επιβάλλουν σημαντική βιολογική, ψυχολογική και κοινωνική επιβάρυνση στους ημικρανικούς. Ο διάχυτος και καταστροφικός αντίκτυπος των πονοκεφάλων ημικρανίας στη ζωή των ημικρανιών έχει τεκμηριωθεί καλά στη βιβλιογραφία, αλλά η προηγούμενη έρευνα δεν εξέτασε προσεκτικά πώς το άγχος αυτών των αρνητικών επιπτώσεων μετριάζεται από το χρόνο από την έναρξη και τη συχνότητα της διαταραχής. Το στρες της χρόνιας ημικρανίας μπορεί να είναι μια κυκλική διαδικασία που συμβάλλει στην ανάπτυξη και ζύμωση συννοσηρών διαταραχών, πρόσθετου στρες και περισσότερων ημικρανιών. Αυτός ο ύπουλος κύκλος μπορεί να επιδεινωθεί από μεγαλύτερο αριθμό συμπτωμάτων, υψηλότερη συχνότητα ημικρανίας ή προϋπάρχουσες ψυχολογικές ή ιατρικές καταστάσεις. Ο ψυχολογικός αντίκτυπος των ημικρανιών μπορεί να αναστέλλει την ικανότητα συμμετοχής σε υγιεινές πρακτικές που θα μείωναν τον επιπολασμό άλλων διαταραχών, θα μείωναν τη χρήση της προσαρμοστικής αντιμετώπισης των βιολογικών συμπτωμάτων, θα επιδεινώσουν την εμπειρία του πόνου και μπορεί να αποθαρρύνουν την τήρηση της θεραπείας. Η ψυχολογική δυσφορία, καθώς και ο πόνος, έχει βρεθεί ότι συνδέονται στενά με την ανάπτυξη κατάθλιψης ή αγχώδεις διαταραχές και αυτές βρέθηκαν να είναι οι πιο συχνές συννοσηρικές διαταραχές στη μελέτη μας. Όπως και σε προηγούμενες έρευνες και κλινικά δεδομένα, η συντριπτική πλειοψηφία των ημικρανιών σε αυτή τη μελέτη ήταν γυναίκες. Οι ερωτηθέντες σε αυτή την έρευνα έτειναν να είναι νεότεροι από ότι σε άλλες μεγάλες μελέτες ημικρανίας, με υψηλότερο ποσοστό συμμετεχόντων ηλικίας 18-39 ετών, αλλά αυτό πιθανότατα οφείλεται στον διαδικτυακό τρόπο παράδοσης παρά σε μια αλλαγή στον πληθυσμό των ημικρανιών. Παρόμοια με προηγούμενα ευρήματα, οι ημικρανίες σε κάθε βαθμό συχνότητας συμπτωμάτων ανέφεραν ότι τα συμπτώματα της ημικρανίας επηρέασαν αρνητικά τη ζωή τους.

Οι ημικρανίες σε αυτή τη μελέτη βρέθηκαν να βιώνουν υψηλά επίπεδα σωματικού πόνου, άγχους και κατάθλιψης και ήταν σε θέση να αναγνωρίσουν φυσιολογικές πτυχές των ημικρανιών τους σε αναλογίες παρόμοιες με αυτές σε άλλες μελέτες, αλλά μια σημαντική μειοψηφία φάνηκε να αγνοεί την πρόδρομη χαρακτηριστικά της κατάστασής τους. Αυτό είναι σημαντικό στο ότι, ενώ οι πονοκέφαλοι ημικρανίας συνήθως έχουν αρνητικές επιπτώσεις, οι παράγοντες που προκαλούν την ημικρανία είναι ελάχιστα κατανοητοί από ένα μεγάλο ποσοστό των ημικρανιών, δημιουργώντας αμφιβολίες για την ικανότητα ορισμένων ασθενών να γνωρίζουν ποια θεραπεία μπορεί να είναι πιο αποτελεσματική για αυτούς. Παρόμοια με προηγούμενα ευρήματα, οι ημικρανίες σε κάθε βαθμό συχνότητας συμπτωμάτων ανέφεραν ότι τα συμπτώματα της ημικρανίας επηρέασαν αρνητικά τη ζωή τους. Το χρονικό διάστημα από την πρώτη ημικρανία του συμμετέχοντος και ο αριθμός των συμπτωμάτων της ημικρανίας βρέθηκε να έχουν ισχυρότερη σχέση με αρνητικές διαπροσωπικές και περιστασιακές επιπτώσεις παρά με αρνητικές συναισθηματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις, όπως ντροπή ή αμηχανία που σχετίζεται με τις ημικρανίες. Αν και αυτή η σχέση μπορεί να είναι αποτέλεσμα λανθασμένης αντίληψης της θεραπείας από άλλους ή κακής αυτογνωσίας της συναισθηματικής κατάστασης, αυτή η παρατήρηση είναι σημαντική καθώς υποδηλώνει ότι οι ημικρανίες μπορεί να αποδίδουν μια μεγάλη ποικιλία αρνητικών κοινωνικών αλληλεπιδράσεων στη διαταραχή τους και όχι σε άλλους παράγοντες, όπως π. ως διαθέσεις άλλων ή περιστασιακών παραγόντων. Προηγούμενη έρευνα αντιμετώπισε το άγχος που προκύπτει από τις ημικρανίες ως μια καθαρά συναισθηματική ή ψυχολογική εμπειρία από την πλευρά των ημικρανιών.<sup>8</sup> Ωστόσο, η έρευνά μας δείχνει ότι το άγχος που σχετίζεται με την ημικρανία επηρεάζει αρνητικά τους κοινωνικούς και επαγγελματικούς τομείς ακόμη πιο έντονα από τις ψυχολογικές καταστάσεις. Ενώ τα ευρήματα αυτής της μελέτης υποδήλωναν ότι οι αρνητικές επιπτώσεις της ημικρανίας που σχετίζονται με τον αριθμό και τη συχνότητα των συμπτωμάτων της ημικρανίας μπορεί να σχετίζονται στενότερα με τις διαπροσωπικές επιπτώσεις της ημικρανίας, αυτό μπορεί να μην είναι μια απλή στατική σχέση. Είναι πιθανό ότι ο διαπροσωπικός αντίκτυπος των ημικρανιών μπορεί να αποδοθεί ευκολότερα σε συγκεκριμένα γεγονότα, ενώ το εσωτερικό άγχος που αντιλαμβάνεται ο εαυτός του μπορεί να προέρχεται από μια γενική αίσθηση που προέρχεται από πρόσφατες ή μακρινές προσωπικές εμπειρίες. Η μελλοντική έρευνα αναφέρθηκε πως θα πρέπει να διερευνήσει περαιτέρω τη σχέση μεταξύ της επίδρασης των ημικρανιών στο κοινωνικό δίκτυο ενός ατόμου και των αρνητικών συναισθηματικών και ψυχολογικών επιπτώσεων στους ημικρανικούς.

Στη μελέτη των Mannix et al.,[43] αναφέρθηκε πως η ημικρανία χαρακτηρίζεται από πονοκέφαλο με συμπτώματα όπως έντονο πόνο, ναυτία, έμετο, φωτοφοβία και φωνοφοβία που επηρεάζουν σημαντικά τη ζωή των ατόμων. Ο στόχος αυτής της μελέτης ήταν να αναπτυχθεί μια στρατηγική για τη μέτρηση των αποτελεσμάτων από την οπτική γωνία των ασθενών για χρήση στην αξιολόγηση προληπτικών θεραπειών για την ημικρανία. Μέθοδοι: Αυτή η μελέτη χρησιμοποίησε μια διαδικασία πολλαπλών σταδίων. Το πρώτο στάδιο περιελάμβανε έρευνα αναγνώρισης εννοιών μέσω ανασκόπησης βιβλιογραφίας, ανασκόπησης περιεχομένου του οργάνου που αναφέρθηκε από τον ασθενή (PRO) και συνεντεύξεις με κλινικούς ιατρούς και κατέληξε σε μια λίστα εννοιών σχετικών με την κατανόηση της εμπειρίας της ημικρανίας. Αυτά τα αποτελέσματα ενημέρωσαν τον σχεδιασμό του επόμενου σταδίου εξαγωγής της έννοιας που περιλάμβανε ποιοτικές συνεντεύξεις ενηλίκων με ημικρανία για την κατανόηση των εμπειριών τους. Οι πληροφορίες από αυτά τα δύο στάδια χρησιμοποιήθηκαν για την ανάπτυξη ενός εννοιολογικού μοντέλου ασθένειας (CDM) της εμπειρίας της ημικρανίας. Αυτό το CDM χρησιμοποιήθηκε για τον προσδιορισμό των εννοιών ενδιαφέροντος (COI) για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων που σχετίζονται με τον ασθενή για την αξιολόγηση του θεραπευτικού οφέλους από τα προφυλακτικά για την ημικρανία. Στο τελικό στάδιο, τα υπάρχοντα μέσα PRO αναθεωρήθηκαν για να αξιολογηθεί η κάλυψη των εννοιών που σχετίζονται με το επιλεγμένο COI. Αποτελέσματα: Εννέα άρθρα από 563 περιλήψεις που εξετάστηκαν υποβλήθηκαν σε πλήρη ανασκόπηση για τον εντοπισμό εννοιών που σχετίζονται με την ημικρανία. Αυτή η αναγνώριση της έννοιας και οι επακόλουθες συνεντεύξεις εξαγωγής εννοιών (N = 32, 21 επεισοδιακή ημικρανία, 11 χρόνια ημικρανία) έδειξαν ότι τα άτομα με ημικρανία αντιμετωπίζουν δυσκολίες κατά τη διάρκεια και μεταξύ των κρίσεων ημικρανίας με σημαντική καθημερινή μεταβλητότητα στον αντίκτυπο στην κίνηση, στην ικανότητα απόδοσης καθημερινές και κοινωνικές δραστηριότητες, και συναίσθημα. Το CDM οργάνωσε τις έννοιες ως εγγύς και πιο απομακρυσμένες από τα συμπτώματα της ημικρανίας που καθορίζουν τη νόσο και χρησιμοποιήθηκε για τον προσδιορισμό του αντίκτυπου στη σωματική λειτουργία ως το βασικό COI. Η αναθεώρηση σε επίπεδο αντικειμένου του PRO Τα όργανα αποκάλυψαν ότι κανένα από τα υπάρχοντα όργανα PRO δεν ήταν κατάλληλο για τη συλλογή δεδομένων σχετικά με την επίδραση της ημικρανίας στη σωματική λειτουργία, για την αξιολόγηση του οφέλους της θεραπείας. Ο αντίκτυπος της ημικρανίας περιλαμβάνει βλάβες στη λειτουργία κατά τη διάρκεια και μεταξύ των κρίσεων ημικρανίας που ποικίλλουν σημαντικά σε καθημερινή βάση. Υπάρχει ανάγκη για νέα όργανα PRO που αντικατοπτρίζουν την εμπειρία της ημικρανίας των ασθενών για



την αξιολόγηση του θεραπευτικού οφέλους από τα προφυλακτικά για την ημικρανία. Αυτά τα όργανα πρέπει να αξιολογούν τις έννοιες που προσδιορίζονται και να είναι σε θέση να αποτυπώνουν τη μεταβλητότητα της εμπειρίας των ασθενών.

Η ημικρανία είναι μια διαδεδομένη, επώδυνη, νευρολογική διαταραχή που σχετίζεται με υψηλά επίπεδα αναπηρίας παγκοσμίως. Η ημικρανία συχνά οδηγεί σε αρνητικές συνέπειες στο χώρο εργασίας, με αποτέλεσμα σημαντικό κόστος τόσο σε ατομικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο. Η ημικρανία συνδέεται επίσης με υψηλό κοινωνικό κόστος, συμπεριλαμβανομένου του στίγματος και της κοινωνικής απόσυρσης. Η ημικρανία μπορεί να είναι χρόνια ( $\geq 15$  ημέρες πονοκεφάλου ανά μήνα,  $\geq 8$  από τις οποίες είναι ημέρες ημικρανίας) ή επεισοδιακή ( $< 15$  ημέρες πονοκεφάλου ανά μήνα). Αν και λιγότερο συχνή από την επεισοδιακή ημικρανία, η χρόνια ημικρανία είναι σημαντικά πιο επιβαρυντική. Τα άτομα με ημικρανία που παρουσιάζονται σε κέντρα κεφαλαλγίας τριτοβάθμιας φροντίδας τείνουν να έχουν πιο ανθεκτική ημικρανία και να βιώνουν σημαντική επιβάρυνση που σχετίζεται με την ημικρανία από τους ομολόγους τους στον πληθυσμό. Τα συμπτώματα της ημικρανίας από μόνα τους είναι ανεπαρκή για να εξηγήσουν τη διακύμανση της αναπηρίας που σχετίζεται με την ημικρανία μεταξύ των ατόμων με ημικρανία σε εξειδικευμένα κέντρα κεφαλαλγίας. Ο εντοπισμός τροποποιήσιμων ψυχολογικών παραγόντων που σχετίζονται με τη χρόνια ημικρανία και τη σοβαρή αναπηρία που σχετίζεται με την ημικρανία σε κέντρα τριτοβάθμιας κεφαλαλγίας θα μπορούσε να προσφέρει θεραπευτικούς στόχους για τη βελτίωση της ολοκληρωμένης διαχείρισης της ημικρανίας μεταξύ των ατόμων με ημικρανία που αναζητούν ειδική θεραπεία. Οι ψυχιατρικές διαταραχές, ιδιαίτερα η κατάθλιψη και το άγχος, είναι ιδιαίτερα συννοσηρικές με την ημικρανία και είναι πιο διαδεδομένες μεταξύ των ατόμων με χρόνια ημικρανία σε σύγκριση με την επεισοδιακή ημικρανία. Ωστόσο, ακόμη και οι αυξήσεις στα καταθλιπτικά και αγχώδη συμπτώματα μπορεί να σχετίζονται με χρόνια ημικρανία και σοβαρή αναπηρία που σχετίζεται με την ημικρανία. Για παράδειγμα, η καταθλιπτική διάθεση και ο κακός ύπνος θα μπορούσαν να επηρεάσουν τη διαχείριση της ημικρανίας, ακόμη και αν αυτά τα συμπτώματα δεν φτάσουν στο όριο των μείζονος καταθλιπτικών διαταραχών ή της δυσθυμίας. Αρκετές μελέτες υποδεικνύουν ότι οι αυξήσεις στα συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους σχετίζονται με υψηλότερα επίπεδα αναπηρίας που σχετίζεται με την ημικρανία, αν και μόνο λίγες έχουν αξιολογήσει αυτές τις σχέσεις σε κέντρα κεφαλαλγίας τριτοβάθμιας φροντίδας. Οι γνώσεις που σχετίζονται με τον πονοκέφαλο (καταστροφολογία) και οι πεποιθήσεις (τόπος ελέγχου) θεωρείται ότι επηρεάζουν την ανάπτυξη χρόνιας ημικρανίας και αναπηρίας που σχετίζεται με την ημικρανία. Μερικές μελέτες έχουν

δείξει σχέσεις μεταξύ της υψηλότερης καταστροφής του πόνου και της αυξημένης συχνότητας και διάρκειας των κρίσεων ημικρανίας, της υψηλότερης έντασης του πόνου στον πονοκέφαλο και των διαταραχών στη λειτουργικότητα και την ποιότητα ζωής. Ωστόσο, καμία από αυτές τις μελέτες δεν αξιολόγησε άτομα με ημικρανία που παρουσιάστηκαν για κλινική φροντίδα ρουτίνας. Μια παλαιότερη βιβλιογραφία εξέτασε τις σχέσεις μεταξύ του τύπου ελέγχου και των συμπτωμάτων κεφαλαλγίας και της αναπηρίας σε μικτά δείγματα κεφαλαλγίας. Σε αυτές τις μελέτες, ο υψηλότερος εσωτερικός τύπος ελέγχου κατέδειξε συσχετίσεις με χαμηλότερη αναφερόμενη αναπηρία σχετιζόμενη με κεφαλαλγία, ενώ ο υψηλότερος τύπος ελέγχου πιθανότητας συσχετίστηκε με μεγαλύτερη ένταση κεφαλαλγίας, αυξημένη συχνότητα πονοκεφάλων, μεγαλύτερα επίπεδα αναπηρίας που σχετίζεται με κεφαλαλγία, και περισσότερες διαταραχές ποιότητας ζωής. Επομένως, δικαιολογούνται μελέτες που αξιολογούν τις σχέσεις μεταξύ των γνωστικών γνώσεων/πεποιθήσεων που σχετίζονται με τον πονοκέφαλο και της χρόνιας ημικρανίας και της σοβαρής αναπηρίας που σχετίζεται με την ημικρανία σε άτομα με ημικρανία που παρουσιάζονται για φροντίδα ρουτίνας σε τριτοβάθμιο κέντρο κεφαλαλγίας [44].

Η μελέτη των Seng et al.,[44] αξιολόγησε τη σχέση μεταξύ τροποποιήσιμων ψυχολογικών παραγόντων (ψυχιατρικά συμπτώματα, γνώσεις και πεποιθήσεις) και χρόνιας ημικρανίας και σοβαρής αναπηρίας που σχετίζεται με την ημικρανία σε τριτοβάθμια κλινική κεφαλαλγίας.

## **Κεφάλαιο 3°**

### **Ο ρόλος των Ψυχολογικών Παραγόντων στην Ημικρανία**

Παρά την κλινική σημασία των ψυχολογικών παραγόντων στην ημικρανία, η σχέση μεταξύ των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας και της ημικρανίας έχει διερευνηθεί ελάχιστα. Τα ευρήματα της μελέτης των Garramone et al. [21] ανέδειξαν ότι η ημικρανία χαρακτηρίζεται από συγκεκριμένα χαρακτηριστικά προσωπικότητας.

Σε αντίθεση, οι Muscogiuri et al. [22] υποστηρίζουν την υπόθεση ότι τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας δομούνται στη νεαρή ηλικία, ως αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης μεταξύ του περιβάλλοντος και ενός προδιατεθειμένου αναπτυσσόμενου εγκεφάλου και κατά την ενηλικίωση, η ημικρανία θα μπορούσε να σκιάσει τα επίπεδα αυτών των χαρακτηριστικών που παραμένουν ωστόσο σταθερά χαρακτηρίζοντας το άτομο, ανεξάρτητα από την τάση του πονοκεφάλου του.

Κατά συνέπεια, η εύρεση ενός συγκεκριμένου προφίλ προσωπικότητας στους ασθενείς με ημικρανία θα πρέπει να αποδίδεται σε κοινούς βιολογικούς μηχανισμούς και όχι σε αιτιότητα, υποστηρίζοντας οι μελετητές ότι στην περίπτωση της ημικρανίας, ο ασθενής «είναι ημικρανία» και όχι «έχει ημικρανία».

Οι Garramone et al. [21], όπως προαναφέραμε στη μελέτη τους διαπίστωσαν ότι ο νευρωτισμός επηρεάζει τη σοβαρότητα της κατάθλιψης στους ημικρανικούς και, ως εκ τούτου, μια πρόωμη αξιολόγηση των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας θα μπορούσε να επιτρέψει τον εντοπισμό ασθενών που είναι επιρρεπείς να αναπτύξουν ψυχοπαθολογικά συμπτώματα που σχετίζονται με την ημικρανία.

Στη συγχρονική μελέτη των Yang et al. [23], διαπιστώθηκε ότι από τους 61 ασθενείς, οι 20 (32,8%) είχαν διαταραχές προσωπικότητας, που περιελάμβαναν ιδεοψυχαναγκαστική 14/61 (23,0%), αποφυγή 6/61 (9,8%), οριακότητα 6/61 (9,8%), παρανοϊκότητα 6/61 (9,8%), σχιζοειδή 2/61 (3,3%), και εξάρτηση 1/61 (1,6%). Σε σύγκριση με ασθενείς με ημικρανία χωρίς διαταραχές προσωπικότητας, η συννοσηρότητα με οποιεσδήποτε διαταραχές προσωπικότητας συσχετίστηκε με αυξημένη συχνότητα χρόνιας ημικρανίας ( $p < 0,001$ ) και πιο σοβαρή κεφαλαλγία. Η συννοσηρότητα με διαταραχές προσωπικότητας συσχετίστηκε με πιο σοβαρές μορφές συμπτωμάτων ημικρανίας.

Ο επιπολασμός των ψυχολογικών συμπτωμάτων στους ημικρανικούς είναι μεγαλύτερος από ότι στο γενικό πληθυσμό και οι ημικρανίες είναι πιο ευάλωτες στην ψυχοπαθολογία. Ο επιπολασμός της κατάθλιψης και του άγχους είναι αυξημένος μεταξύ των ημικρανιών [24] και πολλά στοιχεία στη βιβλιογραφία υποδηλώνουν ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της παθολογικής προσωπικότητας και της ημικρανίας [25]. Ο ρόλος των ψυχολογικών παραγόντων που σχετίζονται με την ημικρανία έχει οδηγήσει στην υπόθεση της σωστής «προσωπικότητας που σχετίζεται με την ημικρανία».

Σύμφωνα με τους Huber & Henrich [26], όσον αφορά στους επεισοδιακούς ημικρανικούς, οι ασθενείς με χρόνια ημικρανία διαπιστώθηκε ότι είναι πιο επιρρεπείς σε καταθλιπτική διάθεση, αγχώδεις διαταραχές και υπερβολική χρήση ναρκωτικών, με υψηλή συχνότητα νευρωτισμού και προφίλ εξαρτημένης προσωπικότητας. Οι ημικρανίες φαίνονται πιο επιρρεπείς σε εγγενείς αμυντικούς μηχανισμούς και να ανταποκρίνονται σε στρεσογόνους παράγοντες με αυξημένη εσωτερική ένταση. Οι ασθενείς με ημικρανία χρησιμοποιούν στρατηγικές αντιμετώπισης που χαρακτηρίζονται από την ανάπτυξη σωματικών συμπτωμάτων, την κοινωνική απομόνωση και την ενασχόληση με το στρες.

Οι Muscogiuri et al. [22] αξιολόγησαν 25 πτυχές των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας όπως η ανηδονία, το άγχος, η αναζήτηση προσοχής, η σκληρότητα, η απάτη, η κατάθλιψη, η διάσπαση της προσοχής, η εκκεντρικότητα, η συναισθηματική αστάθεια, η μεγαλοπρέπεια, η εχθρότητα, η παρορμητικότητα, η αποφυγή οικειότητας, η ανευθυνότητα, η χειραγώγηση, η δυσαρέσκεια, η δυσαρέσκεια, η ανάληψη κινδύνου, η ανασφάλεια αποχωρισμού, η υποταγή, η καχυποψία, οι ασυνήθιστες πεποιθήσεις και οι εμπειρίες στην αποχώρηση. Από τα αποτελέσματα της μελέτης τους δεν παρατηρήθηκε στατιστική σχέση μεταξύ της διάρκειας του ιστορικού της ημικρανίας και των βαθμολογιών των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας και ακόμη δεν παρατηρήθηκε διαφορά στη σύγκριση των ημικρανιών με και χωρίς συμπτώματα που σχετίζονται με την ημικρανία. Διαπιστώθηκε μόνο μια ελαφρά θετική συσχέτιση μεταξύ της φωνοφοβίας και των πτυχών του άγχους, της κατάθλιψης και της καχυποψίας. Η μελέτη επιβεβαιώνει τη συσχέτιση και την αμοιβαία επιρροή μεταξύ της ημικρανίας και μιας νευρωτικής, ανασφαλούς και αποστασιοποιημένης προσωπικότητας, που κυριαρχείται από συναισθηματική αστάθεια και κοινωνική αποφυγή, ανίκανη να απαντήσει και να αντισταθεί με ανθεκτικότητα σε έντονο στρες και ερεθίσματα που θα μπορούσαν με τη σειρά τους να αυξήσουν τη δυσφορία. που προκαλείται από οξύ πονοκέφαλο, πιθανώς για τη λειτουργική τροποποίηση της εσωτερικής δομής των συναισθημάτων και τον έλεγχο του πόνου.

## ***2.1 Ψυχιατρικά και ψυχολογικά συμπτώματα***

Τα ψυχιατρικά και ψυχολογικά συμπτώματα έδειξαν ισχυρές σχέσεις με σοβαρή αναπηρία που σχετίζεται με την ημικρανία, έτσι ώστε οι υψηλότερες βαθμολογίες κατάθλιψης και άγχους συνδέονταν με αυξημένες πιθανότητες σοβαρής αναπηρίας που σχετίζεται με την ημικρανία. Στην πραγματικότητα, κάθε αύξηση 5 βαθμών στο PHQ-9 (συμπτώματα κατάθλιψης) και 4 βαθμών στο GAD-7 (συμπτώματα άγχους) συσχετίστηκε με πάνω από 3,5 φορές αυξημένες πιθανότητες αναφοράς σοβαρής αναπηρίας που σχετίζεται με την ημικρανία. Επιπλέον, κάθε αύξηση 5 πόντων στο PHQ-9 συσχετίστηκε με διπλάσιες πιθανότητες αναφοράς χρόνιας (έναντι επεισοδιακής) ημικρανίας. Αυτή η μελέτη παρείχε συνεχείς ενδείξεις ότι η κατάθλιψη και το άγχος δεν είναι μόνο συννοσηρότητες της ημικρανίας, αλλά ότι μεταξύ των ατόμων με ημικρανία, η παρουσία ακόμη και σχετικά μικρών αυξήσεων στα επίπεδα καταθλιπτικών συμπτωμάτων και συμπτωμάτων άγχους σχετίζεται με υψηλότερη συχνότητα ημικρανίας και αναπηρία που σχετίζεται με την ημικρανία [12], [45].

Τα επίπεδα κατάθλιψης και άγχους ήταν σχετικά χαμηλά σε αυτό το δείγμα. Ωστόσο, όπως δείχνει αυτή η μελέτη, τα άτομα με ημικρανία που παρουσιάζουν επίσης συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους, ακόμη και σε μέτρια υψηλά κλινικά σημαντικά επίπεδα, διατρέχουν δυσανάλογο κίνδυνο για υψηλά επίπεδα αναπηρίας που σχετίζεται με την ημικρανία. Επιπλέον, τα άτομα με ημικρανία που παρουσιάζουν επίσης συμπτώματα κατάθλιψης διατρέχουν δυσανάλογο κίνδυνο για χρόνια ημικρανία.

Σημαντικές μειώσεις των συμπτωμάτων κεφαλαλγίας και της σχετικής αναπηρίας έχουν παρατηρηθεί σε καταθλιπτικά και ανήσυχα άτομα με πονοκέφαλο σε μελέτες που εξετάζουν προληπτικές θεραπείες κεφαλαλγίας (π.χ., 35), οι οποίες υποστηρίζουν ότι δεν περιμένουμε για τη θεραπεία της ημικρανίας μέχρι να επιλυθούν η κατάθλιψη και το άγχος ή τα συμπτώματα. Ωστόσο, η θεραπεία οποιωνδήποτε κλινικά σημαντικών συμπτωμάτων κατάθλιψης και άγχους παράλληλα με την ημικρανία θα βελτιώσει πιθανώς την κλινική φροντίδα των ατόμων με ημικρανία.

Η Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία (CBT) είναι μια συμπεριφορική θεραπεία βασισμένη σε στοιχεία που έχει σχεδιαστεί για να επιφέρει αλλαγές μέσω της τροποποίησης δυσπροσαρμοστικών πεποιθήσεων και γνωστικών προτύπων. Η CBT ειδικά για την κατάθλιψη, το άγχος και την ημικρανία έχει αποδειχθεί ότι βελτιώνει τα αποτελέσματα για αυτές τις καταστάσεις [46], [47].

Οι θεραπείες CBT για τη μείωση των συμπτωμάτων κατάθλιψης και άγχους είναι παρόμοιες με πολλούς τρόπους, και ωστόσο διαφέρουν επίσης ως προς το εύρος και το περιεχόμενο σε σύγκριση με τη CBT που στοχεύει συγκεκριμένα τα συμπτώματα ημικρανίας. Η πρόσφατη βιβλιογραφία έχει αρχίσει να εξετάζει ερωτήματα σχετικά με τον τρόπο τροποποίησης των υπάρχουσών θεραπειών CBT για την αντιμετώπιση ατόμων με ημικρανία και συννοσηρές ψυχιατρικές διαταραχές [48]. Οι προσπάθειες ανάπτυξης παρέμβασης και μια σειρά από τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές πρώιμου σταδίου, δικαιολογούνται για τον εντοπισμό δυνητικά αποτελεσματικών μεθόδων αντιμετώπισης των αυξημένων ψυχιατρικών συμπτωμάτων σε άτομα με ημικρανία.

Η καταστροφολογία είναι ένα δυσπροσαρμοστικό γνωστικό πρότυπο που συχνά στοχεύει στη CBT, συμπεριλαμβανομένης της CBT για διαταραχές κεφαλαλγίας, καθώς και στη CBT για την κατάθλιψη και το άγχος. Σε αυτή τη μελέτη, η υψηλότερη καταστροφή του πόνου συσχετίστηκε με σοβαρή αναπηρία που σχετίζεται με την ημικρανία, επιβεβαιώνοντας προηγούμενες μελέτες διατομής [49], [50].

Η CBT για διαταραχές κεφαλαλγίας, συμπεριλαμβανομένης της ημικρανίας, έχει αποδείξει αποτελεσματικότητα στη μείωση της καταστροφής του πόνου [51], [52]. Μελλοντικές παρεμβάσεις που έχουν σχεδιαστεί για να στοχεύσουν την ημικρανία και τα αυξημένα συμπτώματα κατάθλιψης και/ή άγχους θα μπορούσαν να μειώσουν την καταστροφολογία ως κεντρική εστίαση, δεδομένης της κοινής έμφασης της καταστροφολογίας στα πρωτόκολλα CBT για τη θεραπεία της ημικρανίας και των συμπτωμάτων της κατάθλιψης και του άγχους.

Στη μελέτη του Flynn [53] αναφέρθηκε μια σύνθετη αμφίδρομη συσχέτιση μεταξύ των διαταραχών της διάθεσης και των ημικρανιών, καθώς η εμπειρία μιας ημικρανίας μπορεί, από μόνη της, να προκαλέσει ψυχολογικό στρες. Δηλώθηκε ότι οι στρατηγικές διαχείρισης του πόνου θα μπορούσαν να βοηθήσουν τους ανθρώπους να διαχειριστούν τον πόνο τους πιο αποτελεσματικά και συνέστησαν ότι θα πρέπει να χρησιμοποιείται ένας συνδυασμός ιατρικών και ψυχολογικών προσεγγίσεων για τη θεραπεία της ημικρανίας αντί να υιοθετούν μια ενιαία προσέγγιση. Προτάθηκε ότι η συννοσηρότητα μεταξύ ημικρανίας, κατάθλιψης και αγχωδών διαταραχών θα μπορούσε να είναι κλινικά σημαντική και η θεραπεία μιας πάθησης θα μπορούσε να αποτρέψει την εξέλιξη σε μία ή και στις δύο άλλες δύο καταστάσεις. Για τη θεραπεία ασθενών που υποφέρουν τόσο από κατάθλιψη όσο και από ημικρανίες, οι συγγραφείς πρότειναν να ληφθούν υπόψη οι θεραπευτικές επιλογές που αντιμετωπίζουν και τις δύο αυτές καταστάσεις.

Μια προοπτική μελέτη κοόρτης με παρακολούθηση 8 ετών στην οποία συμμετείχαν 9.288 συμμετέχοντες που διεξήχθη από τους Swanson et al. [54] εξήγησε τη συσχέτιση μεταξύ ημικρανιών και κατάθλιψης λόγω του στρες. Ανέφεραν αρχικά διάφορους τύπους στρεσογόνων παραγόντων, όπως παιδικό τραύμα, χρόνια στρες, εργασιακό άγχος, αλλαγή στην κοινωνική υποστήριξη, οικονομική πίεση, πρόσφατα προβλήματα γάμου και πρόσφατη ανεργία. Τους ενδιέφερε να ανακαλύψουν ποιοι συγκεκριμένοι στρεσογόνοι παράγοντες μπορεί να μπερδέψουν τη συσχέτιση ημικρανίας-κατάθλιψης. Τα αποτελέσματά τους έδειξαν ότι το χρόνια στρες ήταν ισχυρά προγνωστικό για την εμφάνιση ημικρανιών και κατάθλιψης, ενώ οι πρόσφατες αλλαγές στην κατάσταση της οικογενειακής σχέσης και οι πρόσφατες αλλαγές στην απασχόληση δεν ήταν ισχυρά προγνωστικές ούτε για την κατάθλιψη ούτε για τις ημικρανίες. Τόνισαν ότι αυτά τα αποτελέσματα θα μπορούσαν να αναπτύξουν στρατηγικές παρέμβασης και συνέστησαν ότι αποτελεσματικές στρατηγικές διαχείρισης του στρες για ημικρανίες και άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη θα μπορούσαν να αποτρέψουν σημαντικά και να επηρεάσουν θετικά την οικονομική επιβάρυνση που έχουν αυτές οι διαταραχές στην κοινωνία.

Επιπλέον, οι Kim et al. [55] διαπίστωσαν ότι το συναισθηματικό στρες θα μπορούσε να λειτουργήσει ως επιταχυντικός παράγοντας στις ημικρανίες. Η μελέτη τους είχε στόχο να διερευνήσει την κατάσταση της συναισθηματικής απόκρισης που σχετίζεται με τον πόνο και την επίδραση στα χαρακτηριστικά του πονοκεφάλου και την αναπηρία στην ημικρανία. Μελετήσαμε τη συναισθηματική απόκριση που σχετίζεται με τον πόνο σε 145 διαδοχικούς ασθενείς με ημικρανία χρησιμοποιώντας την κλίμακα συμπτωμάτων άγχους πόνου (PASS), την κλίμακα καταστροφής πόνου (PCS) και το ερωτηματολόγιο ευαισθησίας πόνου (PSQ) και τους συγκρίναμε με 106 υγιείς μάρτυρες. Διερευνήθηκε η σχέση μεταξύ συναισθηματικών παραγόντων και χαρακτηριστικών της ημικρανίας. Η επίδραση του συναισθήματος που σχετίζεται με τον πόνο στην αναπηρία που σχετίζεται με την ημικρανία αξιολογήθηκε με τη Δοκιμή Επιπτώσεων Κεφαλαλγίας-6 (HIT-6) και την Αξιολόγηση Αναπηρίας Ημικρανίας (MIDAS). Οι ασθενείς με ημικρανία εμφάνισαν σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες στο συνολικό PASS ( $p < 0,001$ ), PCS ( $p < 0,001$ ) και PSQ ( $p = 0,002$ ) σε σύγκριση με τους υγιείς μάρτυρες. Το HIT-6 συσχετίστηκε ασθενώς με PASS ( $r = 0,390$ ,  $p < 0,001$ ) και PCS ( $r = 0,354$ ,  $p < 0,001$ ). PASS-Total ( $p = 0,001$ ), συχνότητα κεφαλαλγίας ( $p = 0,003$ ) και HADS-Axiety ( $p = 0,028$ ) ήταν ανεξάρτητες μεταβλητές που συσχετίστηκαν με το HIT-6. Η συχνότητα κεφαλαλγίας ( $p < 0,001$ ) ήταν μια ανεξάρτητη μεταβλητή που σχετίζεται με το MIDAS. Το μοντέλο δομικών εξισώσεων έδειξε ότι η σοβαρότητα του πονοκεφάλου έχει άμεση φόρτιση στο συναίσθημα και στη συνέχεια επηρέασε την αναπηρία που σχετίζεται με την ημικρανία. Η αναπηρία έχει σημαντική επίδραση στη συχνότητα της αποβολής της χρήσης φαρμάκων. Οι ασθενείς με ημικρανία έχουν αλλοιώσει τις συναισθηματικές αποκρίσεις στην αντίληψη του πόνου. Το άγχος που σχετίζεται με τον πόνο συνέβαλε σημαντικά στην αναπηρία που σχετίζεται με τον πονοκέφαλο. Τα αποτελέσματα πρότειναν ότι η διαχείριση της αναπηρίας λαμβάνοντας υπόψη διάφορους συναισθηματικούς παράγοντες που σχετίζονται με τον πόνο μπορεί να είναι απαραίτητη για τις θεραπευτικές πτυχές της ημικρανίας.

Η ημικρανία είναι μια από τις πιο διαδεδομένες διαταραχές κεφαλαλγίας στα παιδιά και επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής τους. Η σωματική, η κοινωνική και η σχολική λειτουργία επηρεάζονται αρνητικά. Οι αλλαγές στη διάθεση είναι συχνές στους ημικρανικούς και μπορεί να συμβούν πριν, κατά τη διάρκεια ή μετά από έναν πονοκέφαλο ημικρανίας. Τα παιδιά με ημικρανία δεν εξαιρούνται από τις εναλλαγές της διάθεσης. Η πλειονότητα των αλλαγών της διάθεσης συμβαίνει κατά τη διάρκεια της πρόδρομης φάσης, που εκδηλώνεται ως ψυχοβιολογική απόκριση, π.χ. δυσκολία στη σκέψη, δυσκολία συγκέντρωσης, ευερεθιστότητα, υψηλότερη ή

χαμηλότερη ενέργεια, σύγχυση και κατάθλιψη. Έχει προταθεί μια αμφίδρομη σχέση μεταξύ ημικρανίας και διάθεσης, αλλά οι μηχανισμοί δεν είναι ξεκάθαροι. Συλλογικά, μια δυσπροσαρμοστική απόκριση στο στρες έχει προταθεί για να εξηγήσει την αδυναμία εξισορρόπησης των ομοιοστατικών αλλαγών όταν αντιμετωπίζουμε διάφορους στρεσογόνους παράγοντες. Η αναγνώριση των αλλαγών της διάθεσης και η παρακολούθηση των προτύπων διάθεσης σε παιδιά με ημικρανία, για παράδειγμα, από διάφορες εφαρμογές και τα λεγόμενα όργανα παρακολούθησης της διάθεσης, είναι πολύτιμη για καλύτερη διαχείριση.

Μια διεπιστημονική παρέμβαση έχει προταθεί για τη μείωση της αναπηρίας από την ημικρανία, τη βελτίωση των στρατηγικών αντιμετώπισης και τη μείωση των κινδύνων χρονισμού σε παιδιά με ημικρανία. Οι φαρμακολογικές και μη φαρμακολογικές στρατηγικές είναι διαθέσιμες και αποτελεσματικές. Η βιοανάδραση, η χαλάρωση και η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία αποδίδουν θετικά αποτελέσματα στην παιδιατρική ημικρανία. Η ανάπτυξη συνηθειών υγιεινού τρόπου ζωής (δίαιτα, άσκηση, ύπνος) φαίνεται επίσης να βελτιώνει την ημικρανία σε αυτόν τον πληθυσμό [56].

## **Γ. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **Κεφάλαιο 4°**

#### **Ερευνητική Μελέτη: Ο ρόλος των ψυχολογικών παραγόντων ατόμων με ημικρανία στην ποιότητα ζωής τους**

##### **Σκοπός της μελέτης και Ερευνητικά Ερωτήματα**

Η σχετική απουσία ερευνητικών δεδομένων από τον Ελλαδικό χώρο τα οποία αφορούν μια συγκριτική μελέτη σχετικά με τη σύνδεση και τη σχέση των ψυχολογικών παραγόντων με τα συμπτώματα της ημικρανίας και τη διασύνδεσή τους με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, έδωσαν το έναυσμα για το σχεδιασμό της παρούσας μελέτης.



Ως εκ τούτου, ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η οριοθέτηση του ψυχοκοινωνικού προφίλ προσωπικότητας που χαρακτηρίζει τα άτομα που ζουν με ημικρανίες και η διερεύνηση της σχέσης του με την ποιότητα ζωής τους. Συγκεκριμένα, οι ερευνητικές υποθέσεις που θα εξεταστούν, στα πλαίσια της εκπόνησης αυτής της μελέτης είναι:

- Το βίωμα μιας ημικρανίας συνδέεται με συνθήκες που οδηγούν στη διαφοροποίηση της ποιότητας της ψυχοσωματικοκοινωνικής ζωής των ατόμων. Ως προς την ποιότητα ζωής, λοιπόν, η υπόθεσή μας είναι ότι τα άτομα που θα βιώνουν ημικρανίες θα εμφανίζουν χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής από τα επίπεδα ζωής των ατόμων που δεν ζουν με ημικρανίες.
- Τα αποτελέσματα πολλών μελετών έχουν αναδείξει τη σχέση του επώδυνου βιώματος της ημικρανίας με τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των ατόμων και έχουν επισημάνει την πολυπλοκότητα του ρόλου της προσωπικότητας. Κατά συνέπεια, και σύμφωνα με τις υπάρχουσες μελέτες, ως προς τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των ατόμων που ζουν με ημικρανίες, η υπόθεσή μας είναι ότι η προσωπικότητά τους θα διέπεται από νευρωτικά στοιχεία και χαμηλά επίπεδα του ώριμων μηχανισμών.

## **Υλικό και Μέθοδος**

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας από τον Δεκέμβριο του 2021 έως τον Ιούνιο του 2022.

Καθορίστηκε το δείγμα της παρούσας μελέτης να αποτελέσουν άτομα που έχουν διαγνωστεί με ημικρανίες και άτομα του γενικού πληθυσμού που δεν αναφέρουν συμπτώματα ημικρανίας και διαμένουν σε διάφορα διαμερίσματα της Ελλάδας. Τα άτομα που θα συμμετέχουν στη μελέτη θα ενημερωθούν για το σκοπό της μελέτης και θα διαβεβαιωθούν για το απόρρητο και την ανωνυμία της διαδικασίας.

Τα άτομα που έλαβαν μέρος στην παρούσα ερευνητική μελέτη είχαν ενημερωθεί και διαβεβαιωθεί για το απόρρητο και την ανωνυμία της διαδικασίας.

## **Δείγμα**

Στην παρούσα μελέτη έλαβαν μέρος 180 άτομα, πιο συγκεκριμένα 140 άτομα από τον υγιή πληθυσμό και 40 άτομα που έχουν διαγνωστεί με ημικρανία και λαμβάνουν θεραπεία για αυτή.

## **Διαδικασία**

Τα δεδομένα καταγράφηκαν και αξιολογήθηκαν για τα ψυχομετρικά τους χαρακτηριστικά από τον μεταπτυχιακό φοιτητή και την επιβλέπουσα καθηγήτρια. Για τις ανάγκες της μελέτης δόθηκε ένα εργαλείο κοινωνικο-οικονομικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών καθώς και οι ακόλουθες ψυχολογικές κλίμακες:

**Κλίμακα της Ψυχοπαθολογίας**, γνωστή ως SCL-90, κατασκευάστηκε το 1977 από τον Derogatis [57]. και σταθμίστηκε για τον Ελληνικό πληθυσμό το 1991 από τον Ντώνια και τους συνεργάτες του [58]. Η συγκεκριμένη κλίμακα αφορά στη μέτρηση της ψυχοπαθολογίας ενός ατόμου στον παρόντα χρόνο, πιο συγκεκριμένα τον τελευταίο μήνα.

## **Ερωτηματολόγιο για το βίωμα της ημικρανίας και Headache Impact Test-6 (HIT-6)**

Το Headache Impact Test-6 (HIT-6) αφορά σε ένα εργαλείο μέτρησης και ανάδειξης του βιώματος της ημικρανίας. Οι κλειστές ερωτήσεις έχουν ως σκοπό την εύκολη χρήση του και της προσβασιμότητάς του [59], [60].

**Ερωτηματολόγιο Άγχους για τη λειτουργία της καρδιάς**, γνωστό ως CAQ, κατασκευάστηκε το 2000, από τον Eifert et al. [61] και σταθμίστηκε για τον Ελληνικό πληθυσμό το 2011 από τους Dragioti et al. [62]. Το συγκεκριμένο εργαλείο αφορά στη μέτρηση του άγχους της καρδιακής λειτουργίας ενός ατόμου.

**Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale- OAS)**, η οποία κατασκευάστηκε από τους Goss et al. (1994) με σκοπό τη μέτρηση των αντιλήψεων του ατόμου σχετικά με το πώς το βλέπουν και πώς το κρίνουν οι άλλοι. Το OAS αποτελείται από 3 υποκλίμακες: α) το αίσθημα κατωτερότητας (inferior), β) το αίσθημα κενού (empty) και γ) την αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (mistakes). Ακόμη, το σύνολο της βαθμολογίας σε κάθε ερώτηση οδηγεί στο τελικό σκορ της εξωτερικής ντροπής [63]. Για ελληνικό δείγμα ο δείκτης Cronbach's alpha για την κλίμακα του OAS (Other As Shamer scale) διαμορφώνεται σε 0,88 [64].

**Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής** (Experience of Shame Scale - ESS), η οποία κατασκευάστηκε από τους Andrews, Qian & Valentine το 2002 [65], με σκοπό τη μέτρηση της εσωτερικής ντροπής. Το ESS αποτελείται από 3 υποκλίμακες: α) τη συμπεριφορική (behavioral) ντροπή, β) τη χαρακτηρισολογική (characterological) ντροπή, και γ) τη σωματική ντροπή (bodily). Ακόμη, το σύνολο της βαθμολογίας σε κάθε ερώτηση οδηγεί στο τελικό σκορ της εξωτερικής ντροπής. Η Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale - ESS) μετράει την τάση για ντροπή θεωρώντας τη ντροπή ως σταθερό παράγοντα της διάθεσης του ανθρώπου και όχι ως μία αντίδραση κάτω από ορισμένες καταστάσεις [66]. Ο δείκτης Cronbach's alpha για ελληνικό δείγμα είναι 0,93 [67].

**Τεστ προσωπικότητας (Eysenck Personality Questionnaire)**, αναπτύχθηκε από τον Eysenck [68]. Το EPQ προσαρμόστηκε στα Ελληνικά από τον Δημητρίου Ε. [69]. Αποτελείται από 84 ερωτήσεις που βρίσκονται σε τυχαίες θέσεις και συγκροτούν 4 ομάδες οι οποίες καταμετρούν : 1.Εξωστρέφεια – Εσωστρέφεια, 2. Νευρωτισμός, 3. Ψυχωτισμός και 4. Ψεύδος.

**Humor Styles Questionnaire:** Το ερωτηματολόγιο ανάδειξης των μορφών του χιούμορ (HSQ), αναπτύχθηκε από τους Martin et al. [70] και αφορά στην καταγραφή των τρόπων που κάποιος χρησιμοποιεί το χιούμορ. Αποτελείται από 32 ερωτήσεις, στη βάση 4 υποκλιμάκων των 8 ερωτήσεων, οι οποίες αξιολογούν διαφορετικά στυλ χιούμορ: Η αξιολόγηση πραγματοποιείται σύμφωνα με μια επτάβαθμη κλίμακα τύπου Likert. Η εσωτερική συνέπεια (Cronbach a του ερωτηματολογίου είναι 0,80. Η προσαρμογή της κλίμακας στον ελληνικό πληθυσμό παρουσίασε ικανοποιητική εγκυρότητα κριτηρίου καθώς και συγκλίνουσα εγκυρότητα [71].

**Childhood and Youth-Parent-Peer-Ridiculing-InVENTORY:** Το ερωτηματολόγιο CYPRI αποτελεί μέρος του ερωτηματολογίου Αξιολόγησης της Γελωτοφοβίας, Γελωτοφιλίας και Καταγελασμού και αναπτύχθηκε από τους Ruch & Proyer [72]. Η εσωτερική συνέπεια (Cronbach a του ερωτηματολογίου είναι 0,85. Η προσαρμογή της κλίμακας στον ελληνικό πληθυσμό παρουσίασε ικανοποιητική εγκυρότητα κριτηρίου καθώς και συγκλίνουσα εγκυρότητα [73].

**Κλίμακα Συμπονετικής Αγάπης (Santa Clara Brief Compassion Scale):** Η κλίμακα Συμπονετικής Αγάπης (Santa Clara Brief Compassion Scale) αποτελεί μια σύντομη έκδοση της Κλίμακας των Sprecher and Fehr's [74] που αναπτύχθηκε από τους Hwang, Plante & Lackey [75]. Η κλίμακα αποτελείται από 5 ερωτήσεις που επιλέχθηκαν από τις συνολικά 21 ερωτήσεις της αρχικής κλίμακας. Ο συσχετισμός μεταξύ της αρχικής και της σύντομης έκδοσης είναι 0,96, ενώ η εσωτερική αξιοπιστία της σύντομης έκδοσης, χρησιμοποιώντας το Cronbach's alpha, είναι 0,90. Το ερωτηματολόγιο είναι υπό στάθμιση στην ελληνική γλώσσα από τους Gouna, Dragioti, Paschou, Batiridou & Mantzoukas και ήδη έχει χρησιμοποιηθεί με επιτυχία σε αρκετές μελέτες [76].

Εκτός από τα ανωτέρω ψυχομετρικά εργαλεία, δόθηκε και ένα ερωτηματολόγιο με κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία (οικογενειακή κατάσταση, επαγγελματική κατάσταση, αδέρφια, παιδιά, εκπαιδευτικό επίπεδο και τύπος διαμονής), το φύλο και την ηλικία καθώς και στοιχεία για τον ύπνο, τα όνειρα και τα ψυχοσωματικά προβλήματα.

### **Στατιστική επεξεργασία**

Μετά τη συγκέντρωση των ερωτηματολογίων για την ανάλυση και την περιγραφή των κοινωνικοδημογραφικών και ψυχομετρικών χαρακτηριστικών του δείγματος, χρησιμοποιήθηκαν μέτρα περιγραφικής στατιστικής, όπως μέσος όρος, διάμεσος και σταθερή απόκλιση για τις απαντήσεις του πληθυσμού στις κλίμακες.

Έπειτα πραγματοποιήθηκε σύγκριση των τιμών ανάμεσα στις ομάδες. Η σύγκριση για τις δυο κατανομές πραγματοποιήθηκε με t-test δοκιμασία. Οι έλεγχοι για την κανονικότητα των κατανομών με χρήση Kolmogorov–Smirnov test και Shapiro-Wilk test, όπως και με διαγράμματα κανονικότητας έδειξαν ότι η υπόθεση κανονικότητας για σχεδόν όλες τις μεταβλητές ήταν αποδεκτή [77]. Στις περιπτώσεις που υπήρξε απομάκρυνση των μεταβλητών από την κανονικότητα (σε καμία μεταβλητή δεν παρατηρήθηκε άγρια παραβίαση της κανονικότητας) έγινε περαιτέρω στατιστική ανάλυση, αφού το σύνολο των δεδομένων ήταν αρκετά μεγάλο, όπου σύμφωνα με τον Δαφέρμο [78] είναι εξαιρετικά αδύνατο να βρούμε δεδομένα μεγάλου μεγέθους, που να είναι ακριβώς κανονικά κατανεμημένα.

Οι διαφορές (P) για όλους τους δείκτες που χρησιμοποιήθηκαν θεωρήθηκαν στατιστικά σημαντικές από το επίπεδο του 5% ( $P < 0,05$ ).

Οι στατιστικές αναλύσεις που αφορούν τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των μεταβλητών, οι συγκρίσεις των ποσοτικών και κατηγορικών μεταβλητών καθώς και οι συσχετίσεις των μεταβλητών έγιναν στο στατιστικό πακέτο της IBM, SPSS.

### 3. Έλεγχος των εργαλείων μέτρησης

#### Αξιοπιστία των Ψυχομετρικών Κλιμάκων

Η αξιοπιστία των κλιμάκων που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα μελέτη πιστοποιήθηκε με τον συντελεστή  $\alpha$  του Cronbach.

Πίνακας 3.1: Συντελεστές αξιοπιστίας Cronbach	
Κλίμακα	$\alpha$ του Cronbach (Συντελεστής)
SANTA CLARA	0,715
HEADACHE IMPACT TEST-6 (HIT-6)	0,899
CAQ	0,835
ESS	0,849
OAS	0,837
SCL - 90	0,929
CYPPRI1	0,946
EYSENCK PERSONALITY QUESTIONNAIRE	0,699
HUMOR STYLES QUESTIONNAIRE	0,701

Όπως μπορούμε να παρατηρήσουμε στον παραπάνω πίνακα όλες οι κλίμακες μπορούν να θεωρηθούν αξιόπιστες, διότι ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach στα περισσότερα ψυχομετρικά εργαλεία είναι σημαντικά μεγαλύτερος από το 0,7.

## 4. Περιγραφή των ερωτώμενων

### 4.1 Κοινωνικο-Δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτώμενων

Το δείγμα της παρούσας μελέτης αποτελείται από 140 άτομα από τον υγιή πληθυσμό (ποσοστό 77,8%) και 40 άτομα (ποσοστό 22,2%) που έχουν διαγνωστεί με ημικρανία, σύνολο, δηλαδή, 180 άτομα. Από το συνολικό δείγμα οι 42 (ποσοστό 23,3%) είναι άνδρες και οι 138 (ποσοστό 76,7% είναι γυναίκες. Πιο συγκεκριμένα, από το δείγμα των υγιών οι 111 είναι γυναίκες και οι 29 άνδρες, ενώ από το δείγμα των ασθενών οι 27 είναι γυναίκες και οι 13 άνδρες.

Η μέση ηλικία των ερωτώμενων ήταν  $38,79 \pm 11,51$  με εύρος τα 19-69. Η μέση ηλικία των υγιών ατόμων του δείγματος είναι  $38,03 \pm 12,52$  και η μέση ηλικία των ασθενών  $41,45 \pm 6,39$ , με στατιστικά σημαντική διαφορά  $p=0,021$  συγκρινόμενοι με το T-test.

Σε ποσοστό 20,6% οι ερωτώμενοι δήλωσαν απόφοιτοι Λυκείου, σε ποσοστό 33,3% δήλωσαν απόφοιτοι Σχολών ΑΕΙ και σε ποσοστό 21,7% δήλωσαν απόφοιτοι μεταπτυχιακών σπουδών, με στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά ( $p=0,000$ ), μεταξύ των ερωτώμενων στη σύγκρισή τους με το Fisher's Exact Test.

Ως προς την οικογενειακή κατάσταση το 55,4% δηλώνει ότι είναι άγαμοι, το 49,4% δηλώνει ότι βρίσκεται σε έγγαμη σχέση, το 10,6% είναι διαζευγμένοι (ή σε διάσταση) και το 0,6% ότι έχουν απωλέσει το σύντροφό τους, με στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά ( $p=0,000$ ) μεταξύ των ερωτώμενων, συγκρινόμενοι με το Fisher's Exact Test.

Ως προς την επαγγελματική κατάσταση το 1,1% δήλωσε άνεργος, το 1,1% οικιακά, το 18,3% αυτοαπασχολούμενος, το 23,3% ιδιωτικός υπάλληλος, το 38,9% δημόσιος υπάλληλος και το 17,2% συνταξιούχος, με στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο δειγμάτων ( $p=0,021$ ), συγκρινόμενοι με το Fisher's Exact Test.

Ως προς τη διαμονή τους, οι 3 στους 10 περίπου δήλωσαν ότι διαμένουν σε χωριό και κωμόπολη, άλλοι 3 στους 10 σε πόλη μικρότερη των 150.000 κατοίκων και οι 4 στους 10 δήλωσαν ότι διαμένουν σε πόλη μεγαλύτερη των 150.000 κατοίκων, με στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά ( $p=0,000$ ) μεταξύ τους συγκρινόμενοι με το Fisher's Exact Test.

Τέλος, οι ερωτώμενοι του δείγματος δήλωσαν σε ποσοστό 58,9% ότι διαμένουν με τον σύζυγο και τα παιδιά – σύντροφο, σε ποσοστό 27,8% ότι ζουν μόνοι τους, σε ποσοστό 7,2% ότι ζουν με τα παιδιά τους, σε ποσοστό 5,6% ότι συγκατοικούν με τον αδελφό(ή), σε ποσοστό 0,6% ότι συγκατοικούν με κάποιον φίλο(η), με στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά ( $p=0,000$ ) μεταξύ τους συγκρινόμενοι με το Fisher's Exact Test.

Πίνακας 4.1 Κατανομή, 180 ερωτώμενων κατά φύλλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, εκπαιδευτικό επίπεδο, και επαγγελματική κατάσταση.

	Υγιείς N(%)	Ασθενείς N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά
Σύνολο	140 (77,8)	40 (22,2)	180 (100,0)	
<b>Φύλο</b>				
Άνδρας	29 (20,7%)	13 (32,5%)	42 (23,3%)	$\chi^2_{\gamma} = 1,801$ $p = 0,179$
Γυναίκα	111 (79,3%)	27 (67,5%)	138 (76,7%)	
<b>Ηλικία</b>				
Ελαχίστη - μέγιστη	19-69	32-65	19-69	
Μέση τιμή (x ± SD)	38,03 ± 12,52	41,45 ± 6,39	38,79 ± 11,51	t-test = -2,333 $p = 0,021$
<b>Οικογενειακή Κατάσταση</b>				
Άγαμος/η	70 (50,0)	1 (2,5)	71 (39,4)	Fisher's Exact Test = 38,275 $p = 0,000$
Έγγαμος/η	58 (41,4)	31 (77,5)	89 (49,4)	
Διαζευγμένος/η	12 (8,6)	7 (17,5)	19 (10,6)	
Χήρος/α	0 (0,0)	1 (2,5)	1 (0,6)	
<b>Εκπαιδευτικό Επίπεδο</b>				
Απόφοιτος Δημοτικού	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	Fisher's Exact Test = 21,936 $p = 0,000$
Απόφοιτος Γυμνασίου	2 (1,4)	0 (0,0)	2 (1,1)	
Απόφοιτος Λυκείου	23 (16,4)	14 (35,0)	37 (20,6)	
Απόφοιτος ΑΕΙ	41 (29,3)	19 (47,5)	60 (33,3)	
Μεταπτυχιακά	33 (23,6)	6 (15,0)	39 (21,7)	
Διδακτορικό	10 (7,1)	1 (2,5)	11 (6,1)	
Φοιτητής	31 (22,1)	0 (0,0)	31 (17,2)	
<b>Επαγγελματική Κατάσταση</b>				
Άνεργος	2 (1,4)	0 (0,0)	2 (1,1)	Fisher's Exact Test = 12,225 $p = 0,021$
Οικιακά	2 (1,4)	0 (0,0)	2 (1,1)	
Αυτοαπασχολούμενος	21 (15,0)	12 (30,0)	33 (18,3)	
Ιδιωτικός Υπάλληλος	32 (22,9)	10 (25,0)	42 (23,3)	
Δημόσιος Υπάλληλος	53 (37,9)	17 (42,5)	70 (38,9)	
Συνταξιούχος	30 (21,4)	1 (2,5)	31 (17,2)	
<b>Διαμονή:</b>				
Χωριό/Κωμόπολη	30 (21,4)	21 (52,5)	51 (28,3)	Fisher's Exact Test = 28,837 $p = 0,000$
Πόλη <150.000 κατοίκους	56 (40,0)	1 (2,5)	57 (31,7)	
Πόλη >150.000 κατοίκους	54 (38,6)	18 (45,0)	72 (40,0)	
<b>Με ποιόν μένετε:</b>				
Μόνος (η)	44 (31,4)	6 (15,0)	50 (27,8)	Fisher's Exact Test = 23,095 $p = 0,000$
Με τον(η) σύντροφο	27 (19,3)	1 (2,5)	28 (15,6)	
Με κάποιον φίλο(η)	1 (0,7)	0 (0,0)	1 (0,6)	
Με την αδελφή (ό)	10 (7,1)	0 (0,0)	10 (5,6)	

Με τα παιδιά μου	7 (5,0)	6 (15,0)	13 (7,2)
Με τον(η) σύζυγο και τα παιδιά μου	51 (36,4)	27 (67,5)	78 (43,3)

$\bar{x}$  = μέση τιμή (Mean), SD = σταθερή απόκλιση (Standard Deviation),  $\chi^2_Y = \chi^2$  του Pearson με τη διόρθωση κατά Yates, Fisher's Exact Test = πρόκειται για την τιμή του ακριβή ελέγχου Fisher, όπως δίδεται από το στατιστικό πακέτο SPSS.

## 4.2 Χαρακτηριστικά των ερωτώμενων ως προς τις συνήθειες του ύπνου

Όπως μπορούμε να παρατηρήσουμε στον πίνακα 4.2, στην ερώτηση «κοιμάστε καλά;» το 52,2% απάντησε θετικά, το 10,0% αρνητικά ενώ σε ποσοστό 37,8% απάντησαν ότι μερικές φορές έχουν αϋπνίες, με στατιστικά χωρίς σημαντική διαφορά ( $p=0,260$ ) μεταξύ των απαντήσεων των ερωτώμενων. Στη θεματική «ποσότητα ονείρων» το 25,0% απάντησε «πολλά», το 65,0% απάντησε «μερικές φορές» και σε ποσοστό 10,0% απάντησαν ότι ποτέ δεν θυμούνται τα όνειρά τους. Συγκρινόμενες οι απαντήσεις με το Fisher's Exact Test παρατηρήθηκε στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά ( $p=0,001$ ) μεταξύ των ερωτώμενων.

Τέλος, στη θεματική «ποιότητα ονείρων» το 28,3% απάντησε «ωραία», το 24,4% απάντησε «άσχημα», το 1,7% απάντησε «εφιάλτες» και σε ποσοστό 45,6% απάντησαν ότι ποτέ δεν θυμούνται τα όνειρά τους. Συγκρινόμενες οι απαντήσεις με το Fisher's Exact Test παρατηρήθηκε στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά ( $p=0,000$ ) μεταξύ των ερωτώμενων.

Πίνακας 4.2 Κατανομή ερωτώμενων κατά συνήθειες ύπνου και ποσότητας – ποιότητας ονείρων.

	Υγιείς N(%)	Ασθενείς N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά
<b>Σύνολο</b>	140 (77,8)	40 (22,2)	180 (100,0)	
<b>Κοιμάστε καλά;</b>				
Ναι	77 (55,0)	17 (42,5)	94 (52,2)	Fisher's Exact Test = 2,665 p = 0,260
Όχι	12 (8,6)	6 (15,0)	18 (10,0)	
Μερικές φορές έχω αϋπνίες	51 (36,4)	17 (42,5)	68 (37,8)	
<b>Ποσότητα Ονείρων:</b>				
Πολλά	38 (27,1)	7 (17,5)	45 (25,0)	Fisher's Exact Test = 14,608 p = 0,001
Μερικές φορές	95 (67,9)	22 (55,0)	117 (65,0)	
Όχι, ποτέ δεν τα θυμάμαι	7 (5,0)	11 (27,5)	18 (10,0)	
<b>Ποιότητα Ονείρων:</b>				
Ωραία	49 (35,0)	2 (5,0)	51 (28,3)	Fisher's Exact Test = 18,138



Άσχημα	33 (23,6)	11 (27,5)	44 (24,4)	p = 0,000
Εφιάλτες	3 (2,1)	0 (0,0)	3 (1,7)	
Δεν τα θυμάμαι	55 (39,3)	27 (67,5)	82 (45,6)	

x = μέση τιμή (Mean), SD=σταθερή απόκλιση (Standard Deviation), X<sup>2</sup>P = X<sup>2</sup> του Pearson, t=T-test, Fisher's Exact Test = πρόκειται για την τιμή του ακριβή ελέγχου Fisher, όπως δίδεται από το στατιστικό πακέτο SPSS.

### 4.3 Χαρακτηριστικά των ερωτώμενων ως προς τα ψυχοσωματικά προβλήματα

Όπως μπορούμε να παρατηρήσουμε στον πίνακα 4.3, το δείγμα των ασθενών εμφανίζει στατιστικά σημαντικές διαφορές σε όλες τις ερωτήσεις που αφορούν σε ψυχοσωματικά προβλήματα, εξαιρώντας εκείνη την ερώτηση που αφορά στα οικογενειακά ψυχοσωματικά προβλήματα. Πιο συγκεκριμένα, στην ερώτηση που αφορά στην ύπαρξη των πονοκεφάλων στον παρόντα και στον παρελθοντικό χρόνο όλοι οι ασθενείς απαντούν καταφατικά για τον παρόντα χρόνο, με στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά (p=0,000) συγκρινόμενα τα δύο δείγματα μεταξύ τους με το Fisher's Exact Test. Ως προς τα προβλήματα με το έντερο 13 ασθενείς (ποσοστό 32,5%) απαντούν ότι έχουν προβλήματα με το έντερό τους και άλλοι 13 ασθενείς (ποσοστό 32,5%) απαντούν ότι είχαν προβλήματα με το έντερό στο παρελθόν, με στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά (p=0,000) συγκρινόμενα τα δύο δείγματα μεταξύ τους με το Fisher's Exact Test. Στην ερώτηση που αφορά στην ύπαρξη προβλημάτων με το στομάχι τους στον παρόντα και στον παρελθοντικό χρόνο μόνο 5 ασθενείς (ποσοστό 12,5%) απαντούν αρνητικά τόσο για τον παρόντα όσο και για τον παρελθοντικό χρόνο, με στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά (p=0,000) συγκρινόμενα τα δύο δείγματα μεταξύ τους με το Fisher's Exact Test. Ως προς τα προβλήματα με την αυξημένη αρτηριακή πίεση 3 ασθενείς (ποσοστό 7,5%) απαντούν ότι έχουν αυξημένα επίπεδα αρτηριακής πίεσης και άλλοι 13 ασθενείς (ποσοστό 32,5%) απαντούν ότι είχαν υπέρταση στο παρελθόν, με στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά (p=0,000) συγκρινόμενα τα δύο δείγματα μεταξύ τους με το Fisher's Exact Test. Περνώντας στα ψυχολογικά προβλήματα και στην ερώτηση που αφορά στις κρίσεις πανικού στον παρόντα και στον παρελθοντικό χρόνο, 23 ασθενείς (ποσοστό 57,5%) απαντούν θετικά για τον παρόντα όσο και 17 ασθενείς (ποσοστό 42,5%) για τον παρελθοντικό χρόνο, με στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά (p=0,000) συγκρινόμενα τα δύο δείγματα μεταξύ τους με το Fisher's Exact Test. Στα ίδια επίπεδα κινούνται και οι απαντήσεις τους ως προς τις ταχυκαρδίες, μια και όπως παρατηρούμε στον πίνακα 4.3, 38 ασθενείς (ποσοστό 95,0%) απαντούν θετικά και οι υπόλοιποι 2 απαντούν

αρνητικά. Παρόλο που στη συγκεκριμένη ερώτηση εμφανίζονται υψηλά ποσοστά και στους υγιείς του δείγματος παρατηρήθηκε στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά ( $p=0,000$ ) μεταξύ των δύο δειγμάτων συγκρινόμενα με το Fisher's Exact Test. Οι φοβίες ήταν η επόμενη ερώτηση, όπου μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι οι 7 στους 10 από τους ασθενείς απάντησαν θετικά στην ύπαρξή τους και μόνο 7 ασθενείς απάντησαν αρνητικά στη συγκεκριμένη ερώτηση, με στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά ( $p=0,000$ ) συγκρινόμενα τα δύο δείγματα μεταξύ τους με το Fisher's Exact Test. Ο φόβος μιας ασθένειας οδήγησε 30 ασθενείς να απαντήσουν θετικά και 10 αρνητικά, με στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά ( $p=0,000$ ) συγκρινόμενα τα δύο δείγματα μεταξύ τους με το Fisher's Exact Test. Τέλος, στην ερώτηση αν κάποιος μέλος της οικογένειάς του αντιμετωπίζει ψυχοσωματικά προβλήματα δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ( $p=0,358$ ) στις απαντήσεις των τα δύο δειγμάτων συγκρινόμενα μεταξύ τους με τον  $X^2$  του Pearson, με τη διόρθωση κατά Yates.

Πίνακας 4.3 Κατανομή ερωτώμενων κατά ψυχοσωματικά προβλήματα.

	Υγιείς N(%)	Ασθενείς N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά
Σύνολο	140 (77,8)	40 (22,2)	180 (100,0)	
<b>Έχετε Πονοκεφάλους;</b>				
Ναι	0 (0,0)	40 (22,2)	40 (22,2)	Fisher's Exact Test = 179,583 $p = 0,000$
Όχι	130 (92,9)	0 (0,0)	130 (72,2)	
Μόνο στο παρελθόν	10 (7,1)	0 (0,0)	10 (5,6)	
<b>Έχετε προβλήματα με το έντερο;</b>				
Ναι	36 (25,7)	13 (32,5)	49 (27,3)	Fisher's Exact Test = 17,972 $p = 0,000$
Όχι	93 (66,4)	14 (35,0)	107 (59,4)	
Μόνο στο παρελθόν	11 (7,9)	13 (32,5)	24 (13,3)	
<b>Έχετε προβλήματα με το στομάχι;</b>				
Ναι	34 (24,3)	13 (32,5)	47 (26,1)	Fisher's Exact Test = 47,017 $p = 0,000$
Όχι	92 (65,7)	5 (12,5)	97 (53,9)	
Μόνο στο παρελθόν	14 (10,0)	22 (55,0)	36 (20,0)	
<b>Έχετε υπέρταση (υψηλή πίεση);</b>				
Ναι	11 (7,9)	3 (7,5)	14 (7,8)	Fisher's Exact Test = 18,258 $p = 0,000$
Όχι	121 (86,4)	24 (60,0)	145 (80,5)	
Μόνο στο παρελθόν	8 (5,7)	13 (32,5)	21 (11,7)	

**Έχετε περάσει κρίσεις πανικού;**

Ναι	43 (30,7)	23 (57,5)	66 (36,7)	Fisher's Exact Test = 53,072 p = <b>0,000</b>
Όχι	79 (56,4)	0 (0,0)	79 (43,9)	
Μόνο στο παρελθόν	18 (12,9)	17 (42,5)	35 (19,4)	

**Έχετε περάσει περιόδους με ταχυκαρδίες;**

Ναι	72 (51,4)	38 (95,0)	110 (61,1)	Fisher's Exact Test = 27,693 p = <b>0,000</b>
Όχι	60 (42,9)	2 (5,0)	62 (34,4)	
Μόνο στο παρελθόν	8 (5,7)	0 (0,0)	8 (4,4)	

**Γενικά θα λέγατε, ότι έχετε πολλές φοβίες;**

Ναι	38 (27,1)	28 (70,0)	66 (36,7)	Fisher's Exact Test = 33,167 p = <b>0,000</b>
Όχι	95 (67,9)	7 (17,5)	102 (56,7)	
Μόνο στο παρελθόν	7 (5,0)	5 (12,5)	12 (6,7)	

**Επίσης, θα λέγατε, ότι φοβάστε μήπως αρρωστήσετε;**

Ναι	56 (40,0)	30 (75,0)	86 (47,8)	Fisher's Exact Test = 14,976 p = <b>0,000</b>
Όχι	81 (57,9)	10 (25,0)	91 (50,6)	
Μόνο στο παρελθόν	3 (2,1)	0 (0,0)	3 (1,7)	

**Στην πατρική σας οικογένεια υπάρχει κάποιος με αρκετά προβλήματα υγείας;**

Ναι	62 (44,3)	21 (52,5)	83 (46,1)	$\chi^2_p = 0,844$ p = 0,358
Όχι	78 (55,7)	19 (47,5)	97 (53,9)	

Fisher's Exact Test = πρόκειται για την τιμή του ακριβή ελέγχου Fisher, όπως δίδεται από το στατιστικό πακέτο SPSS,  $\chi^2_p = \chi^2$  του Pearson.

#### 4.4 Συγκρίσεις και Διαφοροποιήσεις μεταξύ των ψυχολογικών χαρακτηριστικών του δείγματος του γενικού πληθυσμού και των ασθενών με ημικρανία

Στο παρόν υποκεφάλαιο έγινε η προσπάθεια της σύγκρισης των τιμών των ψυχολογικών κλιμάκων των 140 ερωτώμενων που ανήκουν στην ομάδα του γενικού πληθυσμού, δηλαδή των «υγιών» ατόμων και των 40 ατόμων με συμπτώματα διαγνωσμένης ημικρανίας. Για το σκοπό αυτό πραγματοποιήθηκε έλεγχος Student's t-test για δύο ανεξάρτητα δείγματα. Η στατιστική υπόθεση που ελέγχθηκε ήταν:

**Στατιστική Υπόθεση:** Η μέση τιμή της κλίμακας δεν διαφέρει μεταξύ των δύο ομάδων, δηλαδή μεταξύ της ομάδας των 140 ερωτώμενων που ανήκουν στην ομάδα του γενικού πληθυσμού, δηλαδή των «υγιών» ατόμων και των 40 ατόμων με συμπτώματα διαγνωσμένης ημικρανίας. Ως στατιστικό όριο τέθηκε ο αριθμός 0,05.

Τα αποτελέσματα του t-test μπορούν να παρατηρηθούν στον πίνακα 4.1, όπου με **έντονη γραφή** εμφανίζονται οι στατιστικώς σημαντικές τιμές ( $P < 0,05$ ).

<b>Πίνακας 4.1: Συγκρίσεις και Διαφοροποιήσεις μεταξύ των ψυχολογικών χαρακτηριστικών του δείγματος του γενικού πληθυσμού και των ασθενών με ημικρανία.</b>					
	Ερωτώμενοι		t-test		
	Υγιείς	Ασθενείς	t	df	P
<b>Childhood and Youth Parent Peer Ridiculing Inventory</b>					
Μνήμες Περιγέλαστης Παιδικής Ηλικίας	4,84±2,531	1,63±0,852	7,640	141	<b>,000</b>
<b>Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία-Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)</b>					
Total CAQ	0,973±0,601112	1,512±0,601	-5,396	178	<b>,000</b>
Φόβος (Fear)	0,97143±0,8825	1,59±0,395	-4,331	178	<b>,000</b>
Αποφυγή δραστηριοτήτων (Avoidance)	1,23±0,860	1,541±0,537	-2,164	178	<b>,032</b>
Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (Heart Focused Attention)	0,71±0,58	1,37±0,48	1,158	842,467	,247
<b>Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής - Other As Shamer Scale (OAS)</b>					
Συνολική βαθμολογία	16,89±10,001	31,28±6,983	-8,514	178	<b>,000</b>
Αίσθημα κατωτερότητας (inferior)	6,02±4,508	10,68±4,141	-5,859	178	<b>,000</b>
Αίσθημα κενού (empty)	3,19±2,969	7,23±3,051	-7,543	178	<b>,000</b>
Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (Mistakes)	6,76±3,598	11,43±2,319	-7,738	178	<b>,000</b>
<b>Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής - Experience of Shame Scale (ESS)</b>					
Χαρακτηρολογική ντροπή (characterological shame)	23,32±7,303	21,78±3,786	1,289	178	,199
Συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame)	21,39±6,554	17,15±3,793	3,906	178	<b>,000</b>
Σωματική ντροπή (bodily shame)	8,64±3,406	6,65±2,058	3,518	178	<b>,001</b>
Συνολική ντροπή	53,36±15,62	45,58±6,913	3,061	178	<b>,003</b>
<b>Eysenck Personality Questionnaire (EPQ)</b>					
Εξωστρέφεια (Extraversion)	12,87±3,082	12,70±1,937	,275	178	,784
Νευρωτισμός (Neuroticism)	10,74±4,581	14,15±3,231	-4,407	178	<b>,000</b>
Ψυχωτισμός (Psychotism)	4,09±2,375	6,53±2,124	-5,842	178	<b>,000</b>
Ψεύδος (Lying)	12,56±3,467	11,85±2,392	1,222	178	,224
<b>Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας - Symptom Checklist 90-R (SCL-90)</b>					

Σωματοποίηση (Somatization)	10,21±8,078	14,63±3,127	-3,381	178	<b>,001</b>
Ιδεοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive)	11,11±6,808	11,20±2,312	-,085	178	,933
Διαπροσωπική ευαισθησία (Interpersonal Sensitivity)	10,77±5,130	11,00±2,572	-,272	178	,786
Κατάθλιψη (Depression)	14,16±9,137	12,18±2,183	1,358	178	,176
Άγχος (Anxiety)	9,47±6,797	11,73±2,418	-2,057	178	<b>,041</b>
Επιθετικότητα (Hostility)	5,22±3,848	6,20±1,522	-1,571	178	,118
Φοβικό άγχος (Phobic anxiety)	3,00±4,446	5,28±1,894	-3,150	178	<b>,002</b>
Παρανοειδή ιδεασμό (Paranoid ideation)	5,94±3,962	6,15±1,528	-,323	178	,747
Ψυχωτισμός (Psychoticism)	6,04±5,289	8,70±2,483	-3,078	178	<b>,002</b>
Διάφορες αιτιάσεις - Αϋπνία	1,11±1,206	1,30±0,564	-,943	178	,347
Διάφορες αιτιάσεις – Πρωινή Αφύπνιση	1,97±1,346	1,75±1,006	,965	178	,336
Διάφορες αιτιάσεις - Ανησυχία	1,21±1,154	1,27±0,554	-,360	178	,719
Διάφορες αιτιάσεις - Ανορεξία	0,41±0,759	0,57±0,501	-1,262	178	,208
Διάφορες αιτιάσεις - Βουλιμία	1,01±1,157	1,08±0,694	-,316	178	,753
Διάφορες αιτιάσεις – Σκέψεις Θανάτου	0,64±0,968	0,80±0,516	-,986	178	,325
Διάφορες αιτιάσεις - Ενοχή	1,19±1,181	1,02±0,698	,856	178	,393
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων (ΓΔΣ)	0,927±0,548	1,053±1,117	-1,444	178	,151
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων (ΔΕΘΣ)	1,67±0,441	1,39±0,086	-3,909	178	<b>,000</b>
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων (ΣΘΣ)	47,51±18,178	68,13±7,515	-6,993	178	<b>,000</b>
<b>Humor Styles Questionnaire</b>					
Υποστηρικτικό χιούμορ (Affiliative humor)	33,51±3,750	34,13±3,260	-,934	178	,352
Αυτοενισχυτικό χιούμορ (Self-Enhancing humor)	38,09±8,168	36,28±4,857	1,340	178	,182
Επιθετικό χιούμορ (Aggressive humor)	22,67±7,619	29,45±3,312	-5,472	178	<b>,000</b>
Αυτοκαταστροφικό χιούμορ (Self-Defeating humor)	29,80±7,611	30,98±3,431	-,948	178	,345
<b>Santa Clara Brief Compassion Scale</b>					
Συνολική Βαθμολογία	24,89±4,501	24,63±3,410	,349	178	,728

Συναισθημάτων Αγάπης					
<b>HIT-6™ Headache Impact Test</b>					
Συνολική Βαθμολογία επιπτώσεων κεφαλαλγίας	14,79±5,130	20,40±1,932	-6,775	178	<b>,000</b>

Στον παραπάνω πίνακα 6.1.1, μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι οι ερωτώμενοι του γενικού πληθυσμού διαφέρουν στατιστικά από τους ερωτώμενους ασθενείς με ημικρανία, στις ακόλουθες κλίμακες:

1. Μνήμες Περιγέλαστης Παιδικής Ηλικίας (Childhood and Youth Parent Peer Ridiculing Inventory)
2. Συνολική βαθμολογία Άγχους για την Καρδιακή Λειτουργία (CAQ)
3. Φόβος (Fear - CAQ)
4. Αποφυγή δραστηριοτήτων (Avoidance - CAQ)
5. Συνολική βαθμολογία εξωτερικής ντροπής (OAS)
6. Αίσθημα κατωτερότητας (inferior – OAS)
7. Αίσθημα κενού (empty - OAS)
8. Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (Mistakes - OAS)
9. Συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame - ESS)
10. Σωματική ντροπή (bodily shame - ESS)
11. Συνολική βαθμολογία εσωτερικής ντροπής (ESS)
12. Νευρωτισμός (Neuroticism - EPQ)
13. Ψυχωτισμός (Psychotism - EPQ)
14. Σωματοποίηση (Somatization - SCL – 90)
15. Άγχος (Anxiety - SCL – 90)
16. Φοβικό άγχος (Phobic anxiety - SCL – 90)
17. Ψυχωτισμός (Psychoticism - SCL – 90)
18. Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων (ΔΕΘΣ- SCL – 90)
19. Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων (ΣΘΣ - SCL – 90)
20. Επιθετικό χιούμορ (Aggressive humor)
21. Συνολική Βαθμολογία επιπτώσεων κεφαλαλγίας (HIT)

## 5. Συζήτηση

Πριν συζητήσουμε τα ευρήματα της διπλωματικής εργασίας θεωρείται σημαντική η αναφορά στους περιορισμούς της.

### Οριοθετήσεις

Καταρχήν θα πρέπει να δηλώσουμε ότι το δείγμα της παρούσας μελέτης είναι ιδιαίτερα μικρό, μια και δεν κατέστη εφικτό στον παρόντα χρόνο να απευθυνθούμε σε μεγαλύτερο πληθυσμό, παρότι έγινε μια σοβαρή προσπάθεια.

Για τα αποτελέσματα που προέκυψαν συνολικά από τη στατιστική ανάλυση και την ερμηνεία τους οφείλουμε να διατυπώσουμε ορισμένες επιφυλάξεις που αφορούν στην πιθανή διαπλοκή του τύπου αίτιο - αιτιατό μεταξύ ορισμένων μεταβλητών. Σε καμία περίπτωση δεν μπορούμε να οδηγηθούμε στη διατύπωση μιας γραμμικής αιτιολογικής υπόθεσης. Για παράδειγμα, μία πιθανή διαπλοκή του τύπου αίτιο - αιτιατό μεταξύ της ψυχικής υγείας και της κεφαλαλγίας, δεν μας αφήνει να οδηγηθούμε στη διατύπωση μιας γραμμικής αιτιολογικής υπόθεσης που να υποστηρίζει ότι η ψυχολογική κατάσταση είναι η αιτία κεφαλαλγίας ή το αντίστροφο.

### 5.1 Κοινωνικό-δημογραφικό προφίλ

Ως προς τα επιδημιολογικά στοιχεία των ερωτώμενων ασθενών του δείγματος μας, διαπιστώθηκε πως οι γυναίκες δείχνουν μεγαλύτερη επίπτωση στην νόσο. Η ημικρανία θεωρείται ως επί το πλείστον το παράπονο μιας γυναίκας, με τα επιδημιολογικά δεδομένα της παγκόσμιας βιβλιογραφίας να δείχνουν μεγαλύτερη επίπτωση της νόσου στις γυναίκες από την εφηβεία καθ' όλη την διάρκεια της ζωής. Αρκετές μελέτες έχουν τεκμηριώσει τον υψηλό επιπολασμό και προσωπικές επιπτώσεις κυρίως στις γυναίκες και παράλληλα η συχνότητα, η διάρκεια και η αναπηρία εξαιτίας των κρίσεων τείνουν να είναι υψηλότερες στον γυναικείο πληθυσμό. Τα αποτελέσματα μας συμφωνούν με τη μελέτη της Global Burden of Disease, σύμφωνα με την οποία η ημικρανία θεωρείται ως η τέταρτη αιτία χρόνιας ζωής με αναπηρία στις γυναίκες και μόλις την όγδοη για τον ανδρικό πληθυσμό, υποδεικνύοντας πως η αναπηρία λόγω εμφάνισης ημικρανίας είναι ένας επιπλέον παράγοντας που σχετίζεται με το φύλλο. Επίσης οι διαπιστώσεις των Bolay et al. [11] αναδεικνύουν την ηλικιακή συσχέτιση παρουσίας ημικρανίας μικρότερης σε 18-29 έτη και μεγαλύτερη στις γυναίκες 30 ετών και άνω, στοιχεία τα οποία επιβεβαιώνονται με τα αποτελέσματα του

δείγματός μας (ελάχιστη-μέγιστη ηλικία 32-65 έτη). Ελληνικές μελέτες [79] [80], έχουν τεκμηριώσει τον υψηλό επιπολασμό και τις κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις στον πληθυσμό

Στη μελέτη μας θεωρήσαμε αναγκαία την καταγραφή δημογραφικών στοιχείων όπως τον τόπο διαμονής των ερωτώμενων, την επαγγελματική κατάσταση κ.α. (πίνακας 4.1). Μελετώντας τη βιβλιογραφία μια προοπτική μελέτη κοόρτης με παρακολούθηση 8 ετών στην οποία συμμετείχαν 9.288 συμμετέχοντες που διεξήχθη από τους Swanson et al. [54] εξήγησε τη συσχέτιση μεταξύ ημικρανιών και κατάθλιψης λόγω του στρες. Ανέφεραν αρχικά διάφορους τύπους στρεσογόνων παραγόντων, όπως παιδικό τραύμα, χρόνια στρες, εργασιακό άγχος, αλλαγή στην κοινωνική υποστήριξη, οικονομική πίεση, πρόσφατα προβλήματα γάμου και πρόσφατη ανεργία. Οι Kim et al. [55] διαπίστωσαν ότι το συναισθηματικό στρες θα μπορούσε να λειτουργήσει ως επιταχυντικός παράγοντας στις ημικρανίες. Η μελέτη τους είχε στόχο να διερευνήσει την κατάσταση της συναισθηματικής απόκρισης που σχετίζεται με τον πόνο και την επίδραση στα χαρακτηριστικά του πονοκεφάλου και την αναπηρία στην ημικρανία.

## **5.2 Συνήθειες ύπνου**

Η ημικρανία σύμφωνα με μελέτες συνδέεται με ψυχιατρική και νευρολογική συννοσηρότητα, ιδιαίτερα διαταραχές ύπνου, άγχος και κατάθλιψη, επιληψία και ΔΕΠΥ [7]. Από τα αποτελέσματα των ασθενών του δείγματός μας προκύπτει πως σε ποσοστό 42,5% απάντησαν ότι μερικές φορές έχουν αϋπνίες, ενώ το 27,5% απάντησαν πως τα όνειρα τους είναι άσχημα.

## **5.3 Ψυχολογικά χαρακτηριστικά ασθενών με ημικρανία**

Μελετώντας τον πίνακα 6.1.1. παρατηρήσαμε ότι οι ερωτώμενοι του γενικού πληθυσμού διαφέρουν στατιστικά από τους ερωτώμενους ασθενείς με ημικρανία κυρίως στις κλίμακες που αφορούν ψυχολογικά συμπτώματα. Μελετώντας την πρόσφατη βιβλιογραφία παρατηρήσαμε πως ο επιπολασμός των ψυχολογικών συμπτωμάτων στους ημικρανικούς είναι μεγαλύτερος από ότι στο γενικό πληθυσμό και οι ημικρανίες είναι πιο ευάλωτες στην ψυχοπαθολογία. Επίσης ο επιπολασμός της κατάθλιψης και του άγχους είναι αυξημένος μεταξύ των ημικρανιών [24] και πολλά στοιχεία στη βιβλιογραφία υποδηλώνουν ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της παθολογικής προσωπικότητας και της ημικρανίας [25]. Ο ρόλος των ψυχολογικών παραγόντων που σχετίζονται με την ημικρανία έχει οδηγήσει στην υπόθεση της σωστής «προσωπικότητας που σχετίζεται με την ημικρανία»



Αξίζει να αναφερθεί πως οι Muscogiuri et al. [22] αξιολόγησαν 25 πτυχές των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας όπως η ανηδονία, το άγχος, η αναζήτηση προσοχής, η σκληρότητα, η απάτη, η κατάθλιψη, η διάσπαση της προσοχής, η εκκεντρικότητα, η συναισθηματική αστάθεια, η μεγαλοπρέπεια, η εχθρότητα, η παρορμητικότητα, η αποφυγή οικειότητας, η ανευθυνότητα, η χειραγώγηση, η δυσαρέσκεια, η ανάληψη κινδύνου, η ανασφάλεια αποχωρισμού, η υποταγή, η καχυποψία, οι ασυνήθιστες πεποιθήσεις και οι εμπειρίες στην αποχώρηση. Από τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης μόνο μια ελαφρά θετική συσχέτιση μεταξύ φωνοφοβίας και των πτυχών του άγχους, της κατάθλιψης και της καχυποψίας. Από τα αποτελέσματα των ασθενών του δείγματος μας παρατηρήσαμε στατιστικές διαφορές σε 21 κλίμακες (πίνακας 6.1.1.). Ως εκ τούτου η μελέτη μας επιβεβαιώνει τη συσχέτιση και την επιρροή μεταξύ της ημικρανίας και μιας προσωπικότητας που κυριαρχείται από συναισθηματική αστάθεια, έντονο στρες και νευρωτισμό.

Τα αποτελέσματα του δείγματός μας εν τέλει στηρίζουν την αρχική μας υπόθεση ότι τα άτομα με ημικρανία παρουσιάζουν συμπτώματα γενικότερης ψυχολογικής επιβάρυνσης, και ενισχύονται από τα ευρήματα πρόσφατων μελετών Seng et al. [44] και Martin et al. [70]. Η αναγνώριση του ρόλου των ψυχολογικών παραγόντων στην αντιμετώπιση ασθενών με ημικρανία κρίνεται απαραίτητη, δεδομένου πως αποτελούν πιθανούς παράγοντες πυροδότησης κρίσεων και αιτίες ψυχολογικής επιβάρυνσης. Τις τελευταίες δεκαετίες η εμφάνιση τέτοιων συμπτωμάτων αναγνωρίστηκε ως ψυχολογική συνοσηρότητα, και ο ρόλος της Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας αποτελεί σημαντικό πυλώνα έγκαιρης αντιμετώπισης και καταγραφής του γενικού πληθυσμού. Η σωστή τοποθέτηση επαγγελματιών υγείας που ασχολούνται με όλο το φάσμα της έγκαιρης διάγνωσης και εν τέλει της σωστής αντιμετώπισης και πρόληψης κρίνεται απαραίτητη .

## 5. Συμπεράσματα

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης μας οδηγούν στα παρακάτω συμπεράσματα:

### 1. Κοινωνικοδημογραφικό προφίλ

Οι ασθενείς του δείγματος μας ήταν στην πλειοψηφία γυναίκες (27 γυναίκες έναντι 13 ανδρών), ενώ η μέση ηλικία των ασθενών του δείγματος μας ήταν (41,45) μεγαλύτερη συγκριτικά με το δείγμα υγιών (38,03).

Ως προς την οικογενειακή κατάσταση το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών 77,5% δήλωσε πως είναι έγγαμοι.

Ως προς την επαγγελματική κατάσταση το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος μας 42,05% δήλωσε δημόσιος υπάλληλος, ενώ ως προς τον τόπο διαμονή τους δήλωσαν πως διαμένουν σε χωρίο/κωμόπολη σε ποσοστό 52,5%.

Τέλος σε ποσοστό 47,5% δήλωσαν απόφοιτοι ΑΕΙ

### 2. Συνήθειες του ύπνου

Οι ασθενείς του δείγματος μας όπως φαίνεται στον πίνακα 4.2 στην ερώτηση «κοιμάστε καλά» το 42,5% απάντησε θετικά ενώ ποσοστό 15% απάντησε αρνητικά, ενώ σε ποσοστό 42,5% απάντησαν πως μερικές φορές έχουν αϋπνίες. Στην θεματική «ποσότητα ονείρων» το 17,5% απάντησε «πολλά», το 55% απάντησε «μερικές φορές» ενώ το 27,5% απάντησε «ποτέ δεν τα θυμάμαι».

Τέλος στην θεματική «ποιότητα ονείρων» σε ποσοστό 67,5% απάντησαν πως ποτέ δεν θυμούνται τα όνειρα τους, σε ποσοστό 27,5% απάντησαν «άσχημα» ενώ ποσοστό 5% απάντησαν πως τα όνειρα τους είναι ωραία.

### 3. Ψυχοσωματικά συμπτώματα

Παρατηρώντας τον πίνακα 4.3, το δείγμα των ασθενών εμφανίζει σημαντικές διαφορές στις ερωτήσεις που αφορούν τα ψυχοσωματικά προβλήματα, εκτός από την ερώτηση που αφορά τα οικογενειακά ψυχοσωματικά προβλήματα. Στην ερώτηση που αφορά την ύπαρξη πονοκεφάλων στον παρόντα χρόνο, όλοι οι ασθενείς 100% απάντησαν θετικά, στο ερώτημα που αφορά προβλήματα με το έντερο ποσοστό 32,5% των ασθενών απάντησαν θετικά, και σε ποσοστό 32,5% απάντησαν θετικά μόνο στο παρελθόν.

Στην ερώτηση που αφορά προβλήματα με το στομάχι, ποσοστό 55% των ασθενών απάντησε θετικά μόνο για το παρελθόν ενώ ποσοστό 32,5% απάντησε θετικά για το παρόν. Ως προς τα προβλήματα με την αύξηση της αρτηριακής πίεσης, ποσοστό 7,5% των ασθενών απάντησαν πως έχουν αυξημένα επίπεδα αρτηριακής πίεσης, ενώ ποσοστό 37,5% απάντησαν πως είχαν μόνο στο παρελθόν.

#### 4. Ψυχολογικά χαρακτηριστικά ασθενών με ημικρανία

Στην ερώτηση που αφορά τις κρίσεις πανικού στον παρόντα και στον παρελθοντικό χρόνο ποσοστό 57,5% των ασθενών απάντησαν θετικά για τον παρόντα και ποσοστό 42,5% για τον παρελθοντικό χρόνο.

Παρατηρώντας τις απαντήσεις στο ερώτημα που αφορά τις ταχυκαρδίες, ποσοστό 95% των ασθενών του δείγματος μας απάντησε θετικά, ενώ μόνο 2 (ποσοστό 5%) απάντησε αρνητικά. Στην ερώτηση που αφορά τις φοβίες παρατηρήσαμε πως σε ποσοστό 70% των ασθενών απάντησαν θετικά ενώ μόνο 7 ασθενείς (ποσοστό 17,5%) απάντησαν αρνητικά. Επίσης στο ερώτημα που αφορά την φοβία νόσησης ποσοστό 75% των ασθενών απάντησαν θετικά. Τέλος στην ερώτηση αν κάποιο μέλος της οικογένειας αντιμετωπίζει ψυχοσωματικά προβλήματα δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ( $p=0,358$ )

Η αναγνώριση του ρόλου των ψυχολογικών παραγόντων στην αντιμετώπιση ασθενών με ημικρανία κρίνεται απαραίτητη, δεδομένου πως αποτελούν πιθανούς παράγοντες πυροδότησης κρίσεων και αιτίες ψυχολογικής επιβάρυνσης. Τις τελευταίες δεκαετίες η εμφάνιση τέτοιων συμπτωμάτων αναγνωρίστηκε ως ψυχολογική συνοσηρότητα, και ο ρόλος της Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας αποτελεί σημαντικό πυλώνα έγκαιρης αντιμετώπισης και καταγραφής του γενικού πληθυσμού. Η σωστή τοποθέτηση επαγγελματιών υγείας που ασχολούνται με όλο το φάσμα της έγκαιρης διάγνωσης και εν τέλει της σωστής αντιμετώπισης και πρόληψης κρίνεται απαραίτητη

## Βιβλιογραφία

1. Arnold, M. Headache classification committee of the international headache society (IHS) the international classification of headache disorders. *Cephalalgia*. 2018, 38 (1), 1-211.
2. Steiner T. J, Stovner L. J, & Vos T. GBD 2015: migraine is the third cause of disability in under 50s. *The journal of headache and pain*. 2016, 17(1), 1-4.
3. Dyb G, Stensland S, & Zwart J. A Psychiatric comorbidity in childhood and adolescence headache. *Current pain and headache reports*. 2015, 19(3), 1-8.
4. Rousseau-Salvador C, Amouroux R, Annequin D, Salvador A, Tourniaire B, & Rusinek S. Anxiety, depression and school absenteeism in youth with chronic or episodic headache. *Pain Research and Management*. 2014, 19(5), 235-240.
5. Wöber-Bingöl, Ç. Epidemiology of migraine and headache in children and adolescents. *Current pain and headache reports*. 2013, 17(6), 1-11.
6. Weatherall M. W. The diagnosis and treatment of chronic migraine. *Therapeutic advances in chronic disease*, 6(3), 2015, 115-123.
7. Bellini B, Arruda M, Cescut A, Saulle C, Persico A, & Carotenuto M. & Guidetti V. Headache and comorbidity in children and adolescents. *J Headache Pain*. 2013, 14(1), 79.
8. Arruda M. A, & Bigal M. E. Behavioral and emotional symptoms and primary headaches in children: a population-based study. *Cephalalgia*., 2012, 32(15), 1093-1100.
9. Allais G, Chiarle G, Sinigaglia S, Airola G, Schiapparelli P, & Benedetto C. Gender-related differences in migraine. *Neurological Science*., 2020, 41(2), 429-436.
10. Delaruelle Z, Ivanova TA, Khan S, Negro A, Ornello R, Raffaelli B, & Reuter U. Male and female sex hormones in primary headaches. *The journal of Headache and Pain*. 2018, 19(1), 1-12.
11. Bolay H, Ozge A, Saginc P, Orekici, G, Uludüz D, Yalın, O, & Öztürk, M. Gender influences headache characteristics with increasing age in migraine patients. *Cephalalgia*. 2015, 35(9), 792-800.
12. Buse Dawn C, et al. Sex Differences in the Prevalence, Symptoms, and Associated Features of Migraine, Probable Migraine and Other Severe Headache: Results of the American Migraine Prevalence and Prevention (AMPP) Study. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2013, 53.8 1278-1299.

13. Schroeder RA, Brandes J, Buse DC, Calhoun A, Eikermann-Haerter K, Golden K & Nebel RA. Sex and gender differences in migraine—evaluating knowledge gaps. *Journal of Women's Health*. 2018, 27(8), 965-973.
14. Vetvik KG, & MacGregor EA. Sex differences in the epidemiology, clinical features, and pathophysiology of migraine. *The Lancet Neurology*. 2017, 16(1), 76-87.
15. Robinson ME, Riley III, JL Myers CD, Papas RK, Wise EA, Waxenberg LB, & Fillingim, RB. Gender role expectations of pain: relationship to sex differences in pain. *The journal of pain*. 2001. 2(5), 251-257.
16. Russell MB, Rasmussen BK, Thorvaldsen P.E.R, & Olesen J. E. S. Prevalence and sex-ratio of the subtypes of migraine. *International journal of epidemiology*. 1995, 24(3), 612-618.
17. Manzoni GC, & Torelli P. Epidemiology of migraine. *The Journal of Headache and Pain*. 2003, 4(1).
18. Steiner TJ, Scher, AI, Stewart WF, Kolodner K, Liberman, J, & Lipton RB. The prevalence and disability burden of adult migraine in England and their relationships to age, gender and ethnicity. *Cephalalgia*. 2003, 23(7), 519-527.
19. Kaegi L, Medical Outcomes Trust Conference presents dramatic advances in patient-based outcomes assessment and potential applications in accreditation. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement*. 1999, 25(4), 207-218.
20. Linde M, Gustavsson A, Stovner LJ, Steiner TJ, Barré J, Katsarava Z, & Andrée C. The cost of headache disorders in Europe: the Eurolight project. *European journal of neurology*. 2012 19(5), 703-711.
21. Garramone F, Baiano C, Russo A, D'Iorio A, Tedeschi G, Trojano L & Santangelo G. Personality profile and depression in migraine: a meta-analysis. *Neurological sciences*. 2020, 41(3), 543-554.
22. Muscogiuri G, Dimaggio L, Giani L, Mariani C, Pantoni L, & Lovati C. Personality traits in migraineurs: a case-control study by personality inventory for DSM-5 (PID-5). *Neurological Sciences*. 2018, 39(1), 129-130.
23. Yang F, Dos Santos AM, Gomez RS, Kummer A, Barbosa IG, & Teixeira AL. Personality disorders are associated with more severe forms of migraine. *Acta Neurologica Belgica*. 2019, 119(2), 201-205.

24. Minen M.T, Begasse De Dhaem O, Van Diest A. K, Powers S, Schwedt T.J, Lipton R. & Silbersweig D. Migraine and its psychiatric comorbidities. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2016, 87(7):741–749.
25. Davis RE, Smitherman TA, Baskin SM. Personality traits, personality disorders, and migraine: a review. *Neurological Sciences*. 2013, 34, 7–10.
26. Huber D. & Henrich G. Personality traits and stress sensitivity in migraine patients. *Behav Med*. 2003, 29(1):4–13.
27. Ruiz de Velasco I, Gonzalez, N, Etxeberria Y, & Garcia-Monco J. C. Quality of life in migraine patients: a qualitative study. *Cephalalgia*. 2003, 23(9), 892-900.
28. Dahlöf C. Assessment of health-related quality of life in migraine. *Cephalalgia*. 1993, 13(4), 233-237.
29. Solomon G. D, & Santanello N. Impact of migraine and migraine therapy on productivity and quality of life. *Neurology*. 2000, 55(9 Suppl 2), S29-35.
30. Cottrell C. K, Drew J. B, Waller S. E, Holroyd K. A, Brose J. A & O'Donnell, F. J. Perceptions and needs of patients with migraine: a focus group study. *The Journal of family practice*. 2002, 51(2), 142.
31. Wang S. J, Fuh J. L, Lu S. R & Juang, K. D. Quality of life differs among headache diagnoses: analysis of SF-36 survey in 901 headache patients. *Pain*. 2001, 89(2-3), 285-292.
32. Smith R. Impact of migraine on the family. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 1998, 38(6), 423-426.
33. Snelling, J. The effect of chronic pain on the family unit. *Journal of advanced nursing*. 1994, 19(3), 543-551.
34. Yoon S. S, & Byles J. Perceptions of stroke in the general public and patients with stroke: a qualitative study. *Bmj*. 2002, 324(7345), 1065.
35. Materazzo F, Cathcart S, & Pritchard D. Anger, depression, and coping interactions in headache activity and adjustment: a controlled study. *Journal of psychosomatic research*. 2000, 49(1), 69-75.
36. Marazziti D, Toni C, Pedri S, Bonuccelli U, Pavese N, Nuti A & Akiskal H. S. Headache, panic disorder and depression: comorbidity or a spectrum?. *Neuropsychobiology*. 1995, 31(3), 125-129.
37. Merikangas K R & Stevens D. E. Comorbidity of migraine and psychiatric disorders. *Neurologic clinics*. 1997, 15(1), 115-123.

38. Neumark-Sztainer D & Story M. Dieting and binge eating among adolescents: what do they really mean ?. *Journal of the American Dietetic Association*. 1998, 98(4), 446-450.
39. Del Bene E, Conti C, Poggioni M, & Sicuteri F. Sexuality and headache. *Advances in Neurology*. 1982, 33, 209-214.
40. Goldstein J. Sexual aspects of headache: how sexual function relates to headaches and their causes and treatment. *Postgraduate Medicine*. 2001, 109(1), 81-92.
41. Raggi A, Giovannetti A. M, Quintas R, D'Amico D, Cieza A, Sabariego C, & Leonardi M. A systematic review of the psychosocial difficulties relevant to patients with migraine. *The journal of headache and pain*. 2012, 13(8), 595-606.
42. Malone C D, Bhowmick A, & Wachholtz A B. Migraine: treatments, comorbidities, and quality of life, in the USA. *Journal of pain research*. 2015, 8, 537.
43. Mannix S, Skalicky A, Buse D. C, Desai P, Sapra S, Ortmeier B, & Hareendran, A. Measuring the impact of migraine for evaluating outcomes of preventive treatments for migraine headaches. *Health and quality of life outcomes*. 2016, 14(1), 1-11.
44. Seng E. K, Buse D. C, Klepper J. E, J. Mayson S, Grinberg A. S, Grosberg B. M, & Lipton R. B. Psychological factors associated with chronic migraine and severe migraine-related disability: An observational study in a tertiary headache center. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2017, 57(4), 593-604.
45. Lantéri-Minet M, Radat F, Chautard M. H, & Lucas C. Anxiety and depression associated with migraine: influence on migraine subjects' disability and quality of life, and acute migraine management. *Pain*. 2005, 118(3), 319-326.
46. Butler A. C, Chapman J. E, Forman E. M, & Beck A. T. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinical psychology review*. 2006, 26(1), 17-31.
47. Singer A. B, Buse D. C, & Seng E. K. Behavioral treatments for migraine management: useful at each step of migraine care. *Current neurology and neuroscience reports*. 2015, 15(4), 1-8.
48. Martin P. R, Aiello R, Gilson K, Meadows G, Milgrom J, & Reece J. Cognitive behavior therapy for comorbid migraine and/or tension-type headache and major depressive disorder: An exploratory randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy*. 2015, 73, 8-18.

49. Bond D. S, Buse D. C, Lipton R. B, Thomas J. G, Rathier L, Roth, J, & Wing R. R. Clinical pain catastrophizing in women with migraine and obesity. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2015, 55(7), 923-933.
50. Bond D. S, Buse D. C, Lipton R. B, Thomas J. G, Rathier L, Roth J, & Wing R. R. Clinical pain catastrophizing in women with migraine and obesity. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2015, 55(7), 923-933.
51. Thorn B. E, Pence L. B, Ward L. C, Kilgo G, Clements K. L, Cross T. H, & Tsui P. W. A randomized clinical trial of targeted cognitive behavioral treatment to reduce catastrophizing in chronic headache sufferers. *The Journal of Pain*. 2007, 8(12), 938-949.
52. Wöber C, & Wöber-Bingöl Ç. Triggers of migraine and tension-type headache. In *Handbook of Clinical Neurology*. 2010, Vol. 97, pp. 161-172.
53. Flynn N. Psychological Considerations in the Etiology and Pathophysiology of Migraines. *OBM Neurobiology*. 2021, 5(2), 1-1.
54. Swanson S. A, Zeng Y, Weeks M, & Colman, I. The contribution of stress to the comorbidity of migraine and major depression: results from a prospective cohort study. *Bmj Open*. 2013, 3(3),
55. Kim S, Bae D. W, Park S. G, & Park J. W. The impact of Pain-related emotions on migraine. *Scientific Reports*. 2021, 11(1), 1-9.
56. Gazerani P. Migraine and mood in children. *Behavioral Sciences*. 2021 11(4), 52.
57. Derogatis LR. *The SCL-90 Manual I: Scoring, administration and procedures for the SCL-90*. Baltimore, MD: Clinical psychometric research. 1977.
58. Ντόνιας Σ, Καραστεργίου Α, Μάνος Ν. Στάθμιση της κλίμακας ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist-90-R σε ελληνικό πληθυσμό. *Ψυχιατρική*. 1991, 2(1):42–8.
59. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual Framework and Item Selection. *Medical Care*. 1992, 30(6):473–83.
60. Pappa E, Kontodimopoulos N, Niakas D. Validating and norming of the Greek SF-36 Health Survey. *Qual Life Res*. 2005, 14(5):1433–8.
61. Eifert G, Nakase-Richardson R, Zvolensky M, Edwards K, Frazer N, Haddad J, et al. The Cardiac Anxiety Questionnaire: Development and preliminary validity. *Behaviour Research and Therapy*. 2000, 38:1039–53.



62. Dragioti E, Vitoratou S, Kaltsouda A, Tsartsalis D, Gouva M. Psychometric Properties and Factor Structure of the Greek Version of the Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ). *Psychol Rep.* 2011, 109(1):77–92.
63. Goss K, Gilbert P, Allan S. An exploration of shame measures—I: The other as Shamer scale. *Personality and Individual Differences.* 1994, 17(5):713–7.
64. Gouva M, Paschou A, Kaltsouda A, Dragioti E, Paralikas T, Mantzoukas S, et al. Psychometric properties and factor structure of the Greek version of the Other As Shamer Scale (OAS). *Interscientific health care.* 2016, 8(4).
65. Andrews B, Qian M, Valentine JD. Predicting depressive symptoms with a new measure of shame: The Experience of Shame Scale. *British Journal of Clinical Psychology.* 2002, 41(1):29–42.
66. Tangney JP, Dearing RL. *Shame and guilt.* Guilford Press. 2002.
67. Gouva M, Kaltsouda A, Paschou A, Dragioti E, Kotrotsiou S, Mantzoukas S, et al. Reliability and validity of the Greek version of the experience of shame scale (ESS). *Intersc Health Care.* 2014.
68. Eysenck H.J., Eysenck S.B.G. *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire (FPQ).* Hodder and Stoughton Educational. London, UK: 1975.
69. Dimitriou E. EPQ Personality Questionnaire. Greek Validation in the Greek Population. *Engefalos.* 1986, 23:41–54.
70. Martin R. A, Puhlik-Doris P, Larsen G, Gray J, & Weir K. Individual differences in uses of humor and their relation to psychological well-being: Development of the Humor Styles Questionnaire. *Journal of Research in Personality.* 2003, 37, 48-75.
71. Gouva M, Dragioti E, Mantzoukas S, Paschou A, & Kotrotsiou E. Standardization of the Humor Styles Questionnaire in a Greek population. 2022 (submit)
72. Brauer K, & Proyer R. T. Analyzing a German-language Expanded form of the PhoPhiKat-45: Psychometric properties, factorial structure, measurement invariance with the Likert-version, and self-peer convergence. *Journal of Personality Assessment.* 2021, 103(2), 267-277.
73. Gouva M, Dragioti E, Paschou A, Laiou E, Kotrotsiou E. & Mantzoukas S. Standardization of the PhoPhiKat-45 Questionnaire in a Greek population. 2022, (submit)
74. Sprecher S, & Fehr B. Compassionate love for close others and humanity. *Journal of Social and Personal Relationships.* 2005, 22, 629–651.

75. Hwang, J. Y, Plante T, & Lackey K. The development of the Santa Clara brief compassion scale: An abbreviation of Sprecher and Fehr's compassionate love scale. *Pastoral Psychology*. 2008, 56(4), 421-428.
76. Gouva M, Dragioti E, Paschou A, Batiridou A, Kotrotsiou E. & Mantzoukas S. Standardization of the Santa Clara Brief Compassion Scale in a Greek population. 2022, (submit)
77. Γναρδέλλης Χ. Ανάλυση Δεδομένων με το SPSS 14.0 for Windows. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση; 2006.
78. Δαφέρμος Β. Κοινωνική στατιστική με το SPSS [Internet]. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις ΖΗΤΗ; 2005
79. Constantinidis Theodoros S, et al. A population-based survey for disabling headaches in Greece: Prevalence, burden and treatment preferences. *Cephalalgia*. 2021, 810-820.
80. Kouremenos Evangelos, et al. Consensus of the Hellenic Headache Society on the diagnosis and treatment of migraine. *The Journal of Headache and Pain*. 2019, 1-9.

### **Ιστοσελίδες**

81. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑΣ. ΔΙΕΘΝΗΣ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ 2018. Διαθέσιμο στο: [www.kefalalgia.gr](http://www.kefalalgia.gr) <http://www.kefalalgia.gr/index.php/el/2016-02-22-11-43->