

**Az életminőség, az affektív tényezők és a fájdalomkatasztrofizáció kapcsolata a
migrénnel**

Lukács Adél

Neptun kód: I9VTSA

Szegedi Tudományegyetem

Bölcsészet- és Társadalomtudományi Kar

Pszichológiai Intézet

OTDK dolgozat

Témavezető(k): Szentkereszty Kinga, doktorandusz hallgató; Dr. Csábi Eszter, egyetemi
adjunktus

2025. tavasz

Tartalomjegyzék

<i>Az életminőség, az affektív tényezők és a fájdalomkatasztrofizáció kapcsolata a migrénnel</i>	4
A migrén jellemzői, epidemiológia.....	4
Migrént kiváltó tényezők.....	5
A migrén diagnózisa és fázisai.....	6
Migrén hatása az életminőségre.....	7
Életminőség és migrén.....	7
Migrén és stigma hatása a szociális kapcsolatokra.....	8
Depresszió, szorongás jelenléte és migrén.....	9
Stressz és fájdalomkatasztrofizáció migrénben.....	10
<i>Módszerek.....</i>	12
Résztvevők.....	12
Vizsgálati eszközök.....	13
Demográfiai adatokra, valamint a migrénre vonatkozó kérdések.....	13
A Short-Form 36 Kérdőív (SF-36).....	13
Depresszió, Szorongás és Stressz Skála (Depression Anxiety and Stress Scales, DASS-21)	14
Fájdalomkatasztrofizáció Kérdőív.....	14
A vizsgálat leírása.....	15
<i>Eredmények.....</i>	15
A Short-Form 36 (SF-36) Kérdőíven elért eredmények.....	15
A Depresszió, Szorongás és Stressz Skálán (DASS-21) elért eredmények.....	18
A Fájdalomkatasztrofizáció Kérdőíven (FKK) elért eredmények.....	20
<i>Megvitatás.....</i>	22
<i>Felhasznált irodalom.....</i>	30
<i>Mellékletek.....</i>	37

Összefoglaló

Szakirodalmi háttér és cél. Korábbi kutatások bizonyították a migrén negatív hatását az életminőségre, valamint annak komponenseire. A migrénben szenvedők körében az affektív zavarok, mint társbetegségek gyakran megjelennek, valamint a migrénben szenvedők hajlamosabbak a fájdalomkatasztrofizációra, mint az egészséges egyének. Kutatásom célja annak vizsgálata, hogy milyen hatással van a migrén az életminőségre, az affektivitásra és a fájdalomkatasztrofizációra.

Módszerek. A vizsgálatomban összesen 141 fő vett részt [átlagéletkor: 30,5 év (SD: 11,1), 25 férfi és 116 nő]. A résztvevőket az életminőséget mérő Short-Form 36 Kérdőívvel (SF-36), a depresszió, a szorongás és a stressz mértékét mérő Depresszió, Szorongás és Stressz Skála (DASS-21) kérdőívvel, valamint a fájdalomkatasztrofizációt mérő Fájdalomkatasztrofizáció Kérdőívvel vizsgáltam. A résztvevőket ezek után három csoportra osztottam, öndiagnosztizált migrénes csoportra, orvos által diagnosztizált migrénes csoportra, valamint migrénben nem szenvedő kontrollcsoportra.

Eredmények. A szorongás ($p < 0,001$) és a stressz ($p = 0,037$) mértékében szignifikáns különbség volt a migrénben szenvedő és az egészséges kontrollcsoport között, a rosszabb eredményeket a migrénben szenvedők érték el, közülük is az öndiagnosztizáltak. Az öndiagnosztizált migrénben szenvedők szignifikánsan hajlamosabbak voltak a fájdalomkatasztrofizációra ($p < 0,001$), mint az egészséges kontrollcsoport. A Short-Form 36 Kérdőív eredményeiben a Fizikai egészségi állapot miatti korlátozottság ($p < 0,001$), a Szociális funkcionálás ($p = 0,037$), valamint a Fájdalom alskálán ($p < 0,001$) volt különbség a migrénben szenvedők és az egészséges kontrollcsoport között, a depresszió esetében ($p = 0,236$) nem jelent meg szignifikáns különbség a csoportok között.

Következtetés. Eredményeim a korábbi szakirodalommal párhuzamosan alátámasztják a migrénben szenvedők érzelmi állapotának előnytelenebb helyzetét, valamint a gyakoribb fájdalomkatasztrofizációra való hajlamot, illetve felhívja a figyelmet az öndiagnosztizált migrénben szenvedők rosszabb életminőségére, valamint társbetegségek és a fájdalomkatasztrofizáció fokozottabb jelenlétére.

Kulcsszavak: migrén, életminőség, depresszió, szorongás, stressz, fájdalomkatasztrofizáció

Plágium nyilatkozat: A plágium szabályokat ismerem, és dolgozatomban azokat betartottam.
Lukács Adél, 2024.10.30.

Az életminőség, az affektív tényezők és a fájdalomkatasztrofizáció kapcsolata a migrénnel

A migrén világszerte több, mint egy millió embert érint, ebből Magyarországon az aura nélküli migrén egy éves prevalenciája 7,6%, az aurás migréné pedig 2%. A migrén ezen felül egyike annak a tíz, idegrendszeret érintő betegségnek, ami a legnagyobb betegségterhet okozza, ennek ellenére a migrénben szenvedők kevesebb, mint felét diagnosztizálják, és a migrénes betegek csupán egyharmada kap valamilyen migrén-specifikus gyógyszert (Bánk & Márton, 2000; Csépany, 2019; GBD 2021 Nervous System Disorders Collaborators, 2024). Számos korábbi kutatás is kimutatta, hogy a migrén rontja az életminőséget, negatív hatással van a munkában, vagy iskolában való jelenlétre és produktivitásra, valamint a szociális kapcsolatokra (Fernández-Bermejo et al., 2023; Lipton et al., 2001; Lipton et al., 2003). A migrénben szenvedőknél gyakran megjelenik a depresszió és a szorongás, valamint a stressz is kiválthatja, illetve felerősítheti a rohamokat (Kocakaya et al., 2023; Lantéri-Minet et al., 2005; Molgat & Patten, 2005; Sauro & Becker, 2009). A migrénhez gyakran társul a fájdalomkatasztrofizáció is, ami negatív hatással van a migrénes fájdalom erősségére, valamint az ahhoz társuló rokkantságra (Kim et al., 2021; Kocakaya et al., 2023). Az orvos által diagnosztizált migrénben szenvedőkhöz hasonlóan az öndiagnosztizált migrénben szenvedők esetében is negatív hatással van az életminőségre, valamint ugyanúgy társulhat hozzá szorongás és depresszió is (García-Marín et al., 2021; Vo et al., 2018). Ezek miatt az okok miatt, valamint azért, mert a migrénben szenvedők nagyrésze nem jut hozzá a megfelelő kezeléshez, és a szakorvosi ellátásban részesülő betegek egyharmada is úgy gondolja, hogy a gyógyszeres kezelése nem nyújt megfelelő enyhülést, fontos a migrén affektivitásra és életminőségre gyakorolt hatásainak további vizsgálata (Bánk & Márton, 2000; Cevoli et al., 2009; Dowson & Jagger, 1999). Ezért kutatásomban a migrén összefüggéseit vizsgálom az életminőséggel, az affektivitással, valamint a fájdalomkatasztrofizációval.

A migrén jellemzői, epidemiológia

A migrén egy elsődleges fejfájási zavar, azaz nem köthető egyértelmű kiváltó okhoz (Mier & Dhadwar, 2018). Jellemző rá az egyoldalú, lüktető fájdalom, aminek a mértéke a közepestől a súlyosig terjed, és gyakran rosszabbodik mozgás hatására. Kísérőtünetei között van az émelygés/hányás, illetve a fotofóbia (fényre való érzékenység) és/vagy a fonofóbia (hangra való érzékenység). Egy migrénes roham ideje többnyire 4 és 72 óra között lehet,

ilyenkor a tünetek miatt a beteg szívesebben tartózkodik sötét, nyugodt helyen (Silberstein, 2004).

A migrént havi megjelenése alapján két altípusra lehet osztani: az epizodikus migrénre, melyet egy hónapban 15 napnál kevesebb migrénes roham jellemez, illetve a krónikus migrénre, amelyben 15 napnál több napon szenvednek a betegek a migrénes rohamtól (Mier & Dhadwal, 2018). Az epizodikus migrén hónapok, vagy akár évek alatt átalakulhat krónikus migrénné (Rizzoly & Mullally, 2018). A migrént ezenkívül az auratünetek jelenléte, vagy hiánya alapján is két csoportra lehet osztani (Mier & Dhadwal, 2018). Aurás migrén esetében a fejfájást megelőzi vizuális, vagy más típusú aura, míg a nem aurás migrén esetében ezek az auratünetek nem jelentkeznek (Aguilar-Shea et al., 2022). Bánk és Márton (2000) Magyarországon végzett kutatása alapján, az aura nélküli migrén egy éves prevalenciája 7,6%, és háromszor annyi eséllyel jelenik meg nőknél, mint férfiaknál. Az aurás migrén egy éves prevalenciája 2%, és kétszer annyi eséllyel jelenik meg nőknél, mint férfiaknál. A felnőtt populációban a nőknek hozzávetőleg 18,2%-a szenved migrénben, míg a férfiak körében ez az érték csak 6,5%. A migrénben szenvedők körülbelül egyharmadánál megjelenik a családjában ez a fejfájás típus (Abel, 2009). Ezt magyarázza, hogy a migrén a genetikai komponensekkel rendelkező családi rendellenességek egyik csoportjába tartozik (Silberstein, 2004).

Migrént kiváltó tényezők

A migrénre fogékonyabb egyéneknél egy feltehetően genetikailag kiváltott túlérzékenység lép fel a külső és belső homeosztatikus változásokkal szemben, amik aztán később kiváltó tényezőkként okozhatnak fejfájást (Rizzoly & Mullally, 2018).

A leggyakoribb predisponáló tényezők közé tartozik a stressz, az alvás nem megfelelő minősége vagy mennyisége, különböző érzelmek, időjárási/környezeti hatások, valamint az étkezési szokások (például étkezések kihagyása vagy bizonyos ételek fogyasztása). A kiváltó tényezők a migrénben szenvedő populáció 85%-ban rendkívül egyéniek és specifikusak (Martinelli et al., 2022). Fontos megemlíteni az ún. előrejelző tüneteket, melyek többnyire a migrén megjelenése előtt jelentkeznek (Cady, 1999). Ezek között gyakori a nyaki merevség, a szédülés, az ástás és az álmodás. A kiváltó tényezők és az előrejelző tünetek kapcsolata még nem egyértelmű, néhány trigger tényező (például környezeti változás, stressz, szorongás) sok előrejelző tünettől állt kapcsolatban, míg más kiváltó tényezők (például az étel, fény, menstruáció) csak egy-kettő előrejelző tünettől mutatott összefüggést (Martinelli et al., 2022).

A migrén diagnózisa és fázisai

A migrén diagnosztizálását a Fejfájás Zavarok Nemzetközi Osztályozásának harmadik kiadása határozza meg (*The International Classification of Headache Disorders, 2018*). A megfelelő diagnózishoz az egyénnek legalább két olyan rohamon túl kell esnie, amelyekre a következők igazak: a roham 4 és 72 óra között tart, a fájdalomra féloldali elhelyezkedés, pulzáló érzés, közepes vagy súlyos fájdalomintenzitás, valamint a mozgásra való rosszabbodás jellemző. Ezen felül, a fejfájás során megjelenik legalább egy: hányinger, hányás, fotofóbia vagy fonofóbia, valamint a fejfájást nem magyarázza jobban egy másik diagnózis.

A migrénes roham négy elkülöníthető fázisból áll: prodromális fázis, aura, fejfájási fázis, és posztprodromális fázis. A prodromális fázis a migrénben szenvedő betegek 60%-ánál fordul elő, és órákkal vagy napokkal megelőzi a migrén megjelenését. Ekkor az előrejelző tünetek sokasága jelenhet meg, például a depresszió vagy hiperaktivitás, kognitív változások, fáradtság és/vagy nyaki merevség (Rizzoly & Mullally, 2018).

Ezt követi az aura. A különböző auratípusok megelőzik a fejfájást, vagy társulnak hozzá, azonban ritkán még utána is előfordulhatnak. Az aura többnyire 5 és 20 perc között alakul ki, és kevesebb, mint 60 percig tart (Silberstein, 2004). A vizuális aura a leggyakoribb (90%-ban megjelenik olyan egyéneknél, akik aurás migrénben szenvednek), mely lehet szkotóma (látótérkiesés), egyszerű villogások vagy csillogás a látótérben. Ezenkívül előfordulhat még szenzoros aura, mely többnyire bénultságként kezdődik valamelyik kézben; nyelvi aura, például afázia (nyelvhasználat képességének zavara), valamint motoros aura is, amely jelentkezhethet gyengeségként. Az auratípusok közül egy aurafázis alatt több is megjelenhet (Mier & Dhadwal, 2018).

A következő fázis maga a migrénes fejfájás. A fájdalom általában egyoldalú, fokozatosan jelenik meg, és lüktető érzés jellemzi. Intenzitása többnyire a közepestől a súlyosig terjed, és mozgásra rosszabbodik. A migrénes roham felnőttek esetében 4 órától 72 óráig tarthat, és különböző kísérőtünetek jelenhetnek meg. Ezek közé tartozik a hányinger, ami a betegek 90%-ánál fordul elő; a hányás, ami viszont csak a betegek körülbelül egyharmadánál, valamint társulhatnak még különböző testi és hangulati tünetek, például orrdugulás, homályos látás, hasmenés, valamint ingerlékenység vagy fáradtság (Silberstein, 2004).

A fejfájást követő fázis a posztprodromális fázis, mely egyben a migrénes roham utolsó fázisa is (Mier & Dhadwal, 2018). Ebben a fázisban a betegek gyakran érzik magukat fáradtnak, ingerlékenynek vagy kedvetlennek, valamint előfordul a koncentráció romlása, a

rossz közérzet vagy depresszió is. Vannak azonban olyan egyének is, akik a posztdromális fázisban inkább felfrissülést, megfiatalodást és eufóriát tapasztalnak (Rizzoly & Mullally, 2018; Silberstein, 2004).

Migrén hatása az életminőségre

Életminőség és migrén

Több kutatás is bizonyította már korábban, hogy a migrén negatív hatással van az életminőségre (Dahlöf & Dimenäs, 1995; Dione et al., 2024; Linde & Dahlöf, 2004; Lipton et al., 2001; Lipton et al., 2003; Shapiro et al., 2019; Shimizu et al., 2021). Lipton és munkatársainak (2001) kutatásában a migrénben szenvedők 91%-a számolt be valamilyen funkcionális károsodásról a migrén miatt, 53%-uk pedig a súlyos fejfájás következtében komoly károsodást szenvedett a tevékenységeiben, vagy ágynyugalmat igényelt. A migrénben szenvedők hozzávetőleg 31%-a hiányzott legalább egy napot a munkahelyéről vagy iskolából 3 hónap alatt, és a résztvevők fele számolt be arról, hogy a munkahelyi vagy iskolai produktivitása legalább a felére csökkent. Lipton és munkatársainak (2003) kutatása kimutatta, hogy a migrén jelentős negatív hatással van a migrénben szenvedő egyének családi életére, a családi kapcsolataira, és a munkájukkal való elégedettségre. A résztvevők arról számoltak be, hogy a fejfájás során kevésbé tudtak kommunikálni a gyermekeikkel/párjukkal, hajlamosabbak voltak a veszekedésre, és úgy érezték, hogy jobb szülők/partnerek lehetnének, ha nem lenne fejfájásuk.

A migrénben szenvedők életére a migrén nemcsak a roham alatt van hatással, hanem a migrénes rohamok közötti időszakban is. Estave és munkatársainak (2021) migrénben szenvedőkkel végzett kvalitatív kutatása kimutatta, hogy noha a résztvevők nagy része akut és/vagy megelőző kezelésben vett részt, 90%-uk számolt be arról, hogy a migrénnek negatív hatása van az általános életminőségükre. Közülük 68% megerősítette, hogy a migrén az életének specifikus területeire van hatással (például munka, karrier, család), valamint 52%-uk számolt be a migrén érzelmi egészségre gyakorolt hatásáról. Továbbá megjelent a migrén kommunikációra és koncentrációra való negatív hatása, illetve beszámoltak arról is, hogy a migrénes rohamtól való félelem, valamint az elkerülés fájdalomkatasztrófizációként, anticipátoros szorongásként, illetve elkerülő magatartásként (a személy igyekszik bizonyos, általa helyesen vagy helytelenül ítélt migrént kiváltó tényezőket elkerülni) nyilvánult meg.

Linde & Dahlöf (2004) kutatásában a migrénben szenvedők kevesebb, mint fele érezte úgy, hogy a migrénes rohamok között teljesen felépült. A migrén kiszámíthatatlansága és a jövőbeli rohamok bekövetkezése miatti szorongás hozzájárulhat ehhez az interiktális

(rohamok közötti) hatáshoz. Dahlöf & Dimenäs (1995) eredményei szerint a migrénben szenvedők több szubjektív tünetet észleltek, rosszabb volt a közérzetük, valamint a megelégedettség, az életerő és az alvás területén is negatív hatás jelentkezett az egészséges kontrollcsoporthoz képest. Dione és munkatársainak (2024) migrénben szenvedőkkel végzett kvalitatív kutatásában a résztvevők arról számoltak be, hogy nem csak a migrén kiszámíthatatlansága okoz frusztrációt, hanem az is, hogy úgy érzik, hogy az egész életüket a migrén köré kell szervezniük.

A migrén a munkahelyi teljesítményre is jelentős hatással van. Shimizu és munkatársainak (2021) eredményei alapján a migrénben szenvedők 40%-a tapasztal rohamok közötti tüneteket, és ezeknek a munkára való hatása jóval magasabb, mint a tenziós fejfájásban szenvedők csoportjában, ami arra enged következtetni, hogy a migrén akkor is hatással van a munkahelyi teljesítményre, amikor az egyén éppen nem szenved migrénes rohamtól. Kryst és Scherl (1994) kutatása szerint, a fejfájásban szenvedők több, mint fele számolt be arról, hogy a betegsége akadályozta a hatékony munkavégzésben, azonban egyharmaduk szerint befolyásolta a munkahelyi jelenlétét. A munkahelyi akadályozottság hatására a stigmatizáltság is megjelenhet. Shapiro és munkatársainak (2019) egészséges személyekkel végzett kutatása kimutatta, hogy a válaszolók 31%-a azt gondolta, hogy a migrénben szenvedők arra használják a betegségüket, hogy elkerüljék a munkahelyi elköteleződést, és 27%-uk volt azon a véleményen, hogy a migrénben szenvedők csak a figyelemfelkeltés céljára használják a betegségüket. Dione és munkatársainak (2024) kvalitatív kutatásában is arról számoltak be a résztvevők, hogy gyakran kaptak a munkatársaiktól olyan megjegyzéseket, amik megkérdőjelezték a tüneteiket, vagy elutasítóak voltak a megélt tapasztalataikkal kapcsolatban.

Migrén és stigma hatása a szociális kapcsolatokra

A migrénben szenvedők pszichoszociális nehézségeinek körülbelül 4,3%-át teszik ki a szociális működéssel kapcsolatos problémák (Raggi et al., 2012). Kryst & Scherl (1994) kutatásában a migrénben szenvedők közül 24%-kal többen számoltak be arról, hogy a migrén zavarta őket a társadalmi eseményeken való részvételben, mint a munkahelyi vagy iskolai jelenlétben. Ez arra enged következtetni, hogy a migrénben szenvedők úgy próbálnak alkalmazkodni a betegségükhöz, hogy olyan területeken korlátozzák a tevékenységüket, amik nagyobb rugalmassággal rendelkeznek, például a társadalmi vagy családi életben. Dione és munkatársainak (2024) kvalitatív kutatásában a migrénben szenvedők (függetlenül attól, hogy a migrénjük ön- vagy orvos által diagnosztizált volt-e) nagyrésze arról számolt be, hogy a

migrén miatt úgy érzi, hogy számos dologról lemarad, mivel a másokkal való programok szervezésénél mindig gondolnia kell a migrén előfordulásának lehetőségére. Továbbá azt is kifejezték, hogy képtelenek a tevékenységeikre fókuszálni a migrén miatt, és ez miatt nem csak jelentős büntudatot éreztek, de a szociális kapcsolataikra is káros hatással volt. Wachholtz és munkatársainak (2017) kutatásában a migrén gyakoriságának hatását vizsgálták a különböző kapcsolatokra. Eredményeik alapján, minél gyakoribb volt a migrénes rohamok száma, annál jobban nőtt a kapcsolatokra gyakorolt negatív hatása is. Minden migrénes csoport esetében megjelent az a vélekedés, hogy lustának/önzőnek tartják őket, valamint neheztelnek rájuk, amiért nem vesznek részt a társas tevékenységekben, és ez a vélekedés ugyanúgy a migrén gyakoriságával nőtt. A házastársi kapcsolatban élő, migrénben szenvedő személyek 32%-a számolt be arról, hogy inkább elkerülte a családi vagy szociális események tervezését, nehogy később le kelljen őket mondania a fejfájás miatt (Lipton et al., 2003).

Depresszió, szorongás jelenléte és migrén

A komorbiditás két állapot együttes társulása, amely a véletlenszerűnél magasabb arányban fordul elő (Feinstein, 1970). A migrénhez számos pszichiátriai rendellenesség is társul, például a depresszió és a szorongás (Robbins & Lipton, 2010). Számos kutatás bizonyította már a migrén, a szorongás és a depresszió közötti kapcsolatot (Alwhaibi et al., 2023; Baskin et al., 2006; Kocakaya et al., 2023; Lantéri-Minet et al., 2005; Molgat & Patten, 2005; Peres et al., 2017). Kocakaya és munkatársainak (2023) kutatása kimutatta, hogy a migrénben szenvedők körében jóval magasabb volt mind a depresszió, mind a szorongás mértéke, mint az egészséges kontrollcsoportban. Ezt támasztja alá Lantéri-Minet és munkatársainak (2005) kutatása is, mely alapján a migrénben szenvedők 3,5%-a szenvedett depressziótól, mely arány szignifikánsan magasabb volt, mint az egészséges csoportban, valamint a migrénben szenvedők 28%-a tapasztalt szorongást. Peres és munkatársainak (2017) kutatása pedig azt találta, hogy noha a depresszió jellegzetes vonásai között inkább emocionális tünetek vannak, mint például a reménytelenség és a szomorúság, a migrénben szenvedőknél a depresszió tünetei között a három legmagasabb értékkel jellemző tünet fizikai tünet volt: megnövekedett vagy csökkent étvágy, kimerültség és alvásproblémák. A migrénes személyek körében továbbá a szorongás előfordulása magasabb volt, mint a depresszióé, tünetei közül pedig inkább a lelki, érzelmi aspektusok jelentek meg, például „nem képes kontrollálni vagy leállítani az aggodást”, vagy „túlságosan aggódik különböző dolgok miatt” és „nehezen relaxál”. A migrénes betegek több, mint felénél élete során legalább egy szorongásos zavar diagnosztikai tünetei megjelennek. Ezek közül a leggyakoribb a

generalizált szorongásos zavar, az obszesszív-kompulzív zavar, illetve a pánikzavar (Baskin et al., 2006).

Stressz és fájdalomkatasztrofizáció migrénben

A migrénben szenvedő egyének körében jelentősen magasabb a stressz mértéke, mint a nem migrénes egyéneknél, valamint a stressz a migrén egy gyakori kiváltó tényezője is (Al-Hayani et al., 2023; Kocakaya et al., 2023). A stressz kiválthatja a migrént, és felerősítheti a migrénes roham intenzitását és időtartamát, azonban maga a migrén is stresszor lehet, ezzel egy ördögi kört létrehozva. Ezenkívül, a stressz a krónikus migrén kialakulásának is kockázati tényezője lehet (Sauro & Becker, 2009). Scher és munkatársainak (2008) kutatásában a krónikus fejfájásban szenvedők még abban az évben, vagy egy évvel a krónikus fejfájás megjelenése előtt több, jelentős stresszt okozó életeseményről számoltak be, ami alátámasztja a stressz és a migrén kapcsolatát. Kelman (2007) kutatása alapján, a migrénben szenvedők a stresszt érezték a leggyakoribb kiváltó tényezőnek.

A katasztrofizálást, a fájdalomra adott reakciót, vagy az arra való felkészülést jellemzi a rumináció, a felnagyítás és a tehetetlenség, mely az életminőség romlásával is összefüggésbe hozható (Holroyd et al., 2007). A katasztrofizálás ezen felül következetesen nagyobb fájdalommal és rokkantsággal társul, megváltoztathatja a fájdalom alatti viselkedést, illetve összekapcsolható az egészségügyi szolgáltatások igénybevételével és hosszabb kórházi tartózkodással (Sullivan et al., 2001). Kocakaya és munkatársainak (2023) kutatása alapján, a migrénben szenvedők körében jóval magasabb volt a fájdalomkatasztrofizáció mértéke, mint az egészséges kontrollcsoportban. Holroyd és munkatársainak (2007) kutatásában a migrénben szenvedők körében a fájdalomkatasztrofizáció negatív hatással volt a mindennapi tevékenységek ellátására, illetve az életminőségre. Ez a kapcsolat akkor is fennmaradt, amikor kontrolláltak különböző tényezőket, mint például a depressziót, szorongást, vagy a migrén jellemzőit. Végül, Kim és munkatársainak (2021) kutatásában a migrénben szenvedők körében jóval magasabb volt a fájdalomkatasztrofizáció mértéke, mint a kontrollcsoportban, és ez az érték összefüggött a migrén fájdalomának erősségével és a migrénnel összekapcsolható hátrányokkal is (például egészségkárosodás, vagy munkaképtelenség).

Az öndiagnosztizált migrén

Annak ellenére, hogy a migrén az egyike a legnagyobb mértékű munkaképesség-csökkenést és életminőség-romlást okozó betegségeknek, a migrénben szenvedők gyakran

nem kapják meg sem a megfelelő diagnózist, sem a megfelelő kezelést (Lipton et al., 2022; Miller & Mathrau, 2014). A migrén jelenségét egy jéghegyhez lehetne hasonlítani – a tetejét reprezentálják a helyesen diagnosztizált egyének, míg a víz alatti részt azok a személyek alkotják, akik soha nem fordultak orvoshoz, vagy ha mégis, nem kapták meg a helyes diagnózist (Brusa et al., 2019). A migrénben szenvedők több, mint kétharmada nem konzultál orvossal, vagy korábban megtette, de abbahagyta. Ez főként a betegek hatékony kezeléssel kapcsolatos alacsony elvárásainak, a korábban használt gyógyszerek alkalmazása során érzékelt negatív tapasztalatainak, az orvosok részéről érzékelt együttérzés hiányának („Ez csak egy fejfájás.”), valamint a hibás diagnózisnak tulajdonítható (Miller & Mathrau, 2014). Lipton és munkatársainak (2022) kutatásában a résztvevők többsége nem konzultált rendszeresen orvossal a fejfájásával kapcsolatban, 40%-uk nem rendelkezett a megfelelő diagnózissal, és 75%-uk nem használt megelőző gyógyszeres kezelést a migrén ellen. Vo és munkatársainak (2018) öndiagnosztizált migrénben szenvedőkkel végzett kutatása alapján, a kutatásban résztvevők kétharmada a migrén fájdalmának mértékét egy 1-10 terjedő skálán legalább ötös erősségűnek jelölte meg, továbbá több, mint 95%-a számolt be arról, hogy a migrén negatív hatással volt legalább egy napi teendőjükre (többek között az otthoni, munkahelyi, vagy szociális tevékenységére, valamint az alvására), illetve a produktivitásuk mértékére. A migrénben szenvedők átlagosan 2,3 napot hiányoztak a munkahelyükről a kutatás 28 napos időtartama alatt, mindemellett a résztvevők 39%-a számolt be arról, hogy a depresszió és/vagy a szorongás akár tünetként, akár kiváltó tényezőként kísérte a migrénjüket. García-Marín és munkatársainak (2021) kutatása is kimutatta, hogy a résztvevők körében egy közeli családtagjuk halála az elmúlt két évben – ami okozhat akár depressziót, akár szorongást is – potenciálisan befolyásolta a migrén előfordulásának gyakoriságát. Ezen felül – noha korlátozott számú szakirodalom van az öndiagnosztizált migrénben szenvedők fájdalomkatasztrófizációs tendenciáinak vizsgálatára – a fájdalomkatasztrófizáció gyakori az orvosilag diagnosztizált migrénben szenvedőknél, így feltételezhető, hogy az öndiagnosztizáltak körében a betegségük aluldiagnosztizáltsága miatt, és a megfelelő kezelési lehetőségek hiányában fokozott módon jelenik meg a fájdalomkatasztrófizáció, mint maladaptív megküzdési folyamat (Kim et al., 2021; Sullivan & Tripp, 2024).

Jelen kutatás célja a migrénben szenvedő egyének (mind az öndiagnosztizáltak, mind az orvos által diagnosztizáltak) körében felmérni az életminőség, az affektív tényezők, mint a depresszió, szorongás és stressz, valamint a fájdalomkatasztrófizáció mértékét.

Kutatás célja és hipotézisek

Az eddig megjelent szakirodalmi háttérre alapozva a kutatási kérdésem, hogy milyen összefüggés van az életminőség, a depresszió, a szorongás, a stressz, valamint a fájdalomkatasztrofizáció mértéke és a migrén között?

Hipotéziseim:

1. A migrénben szenvedő csoportok életminősége rosszabb, mint az egészséges kontrollcsoporté (Dahlöf & Dimenäs, 1995).
2. A migrénben szenvedő csoportok szorongásszintje magasabb, mint az egészséges kontrollcsoporté (Kocakaya et al., 2023).
3. A migrénben szenvedő csoportok magasabb mértékű depressziót mutatnak, mint az egészséges kontrollcsoport (Kocakaya et al., 2023).
4. A migrénben szenvedő csoportok magasabb stressz-szintet mutatnak, mint az egészséges kontrollcsoport (Kocakaya et al., 2023).
5. A fájdalomkatasztrofizáció mértéke magasabb a migrénben szenvedő csoportok körében az egészséges kontrollcsoportéhoz képest (Kim et al., 2021).

Módszerek

Résztvevők

A résztvevők toborzása kényelmi mintavétellel történt. A vizsgálatban összesen 182 fő vett részt, 30 férfi és 152 nő, 18 és 66 év között (átlag életkor: 30,2 év; szórás: 11,1). A kiugró értékeket, illetve a nem értelmezhető eredményeket kizártam az adatbázisból (azokat az értékeket, amiknek a Z-értéke kettőnél nagyobb, mínusz kettőnél pedig kisebb volt, illetve azokat a személyeket, akiknél hiányos válaszok voltak). Ezek után a más típusú fejfájásban szenvedőket (például tenziós fejfájás vagy cluster fejfájás), illetve azokat, akik többféle fejfájást tapasztalnak, kiszűrtem a résztvevők közül, így a végső mintában csak a migrénben szenvedők maradtak, illetve az egészséges személyek, kontrollcsoportként. A résztvevők száma így összesen 141 fő volt, 25 férfi és 116 nő, 18 és 63 év között (átlag életkor: 30,5 év; szórás: 11,1). A migrénben szenvedőket ezután orvosok által diagnosztizált és öndiagnosztizált csoportokra osztottam.

Az orvos által diagnosztizált csoportban összesen 11 személy maradt, 1 férfi és 10 nő, 20 és 54 év között (átlag életkor: 38,4 év; szórás: 12,2), az öndiagnosztizált csoportban összesen 41 fő volt, 6 férfi és 35 nő, 19 és 52 év között (átlag életkor: 29,9 év; szórás: 10,4), az egészséges kontrollcsoport pedig 89 főből állt 18 férfi és 71 nő, 18 és 63 év között (átlag életkor: 29,7 év; szórás: 11,0). A csoportok között sem iskolázottságban ($H(2) = 2,54$; $p =$

0,281), sem nemben ($X^2(2) = 1,38$; $p = 0,501$), sem életkorban ($H(2) = 5,55$; $p = 0,062$) nem volt szignifikáns különbség. A vizsgálatban résztvevőket tájékoztattam a vizsgálat céljáról, valamint a kérdőívek megkezdése előtt az informált beleegyezésről szóló nyilatkozatot is elfogadták, amellyel hozzájárultak a vizsgálatban való részvételhez.

Vizsgálati eszközök

A vizsgált kérdőívek, valamint a demográfiai kérdések a kiegészítő dokumentumban lettek csatolva.

Demográfiai adatokra, valamint a migrénre vonatkozó kérdések

A kutatás egy folyamatban lévő, nagyobb kutatás része, amely kérdőívcsomagjának egy részét használtam fel vizsgálatomban. A résztvevők demográfiai adatait (nem, életkor, iskolázottság), illetve azt, hogy a migrénjük ön-, vagy orvos által diagnosztizált-e, általam összeállított kérdésekkel vizsgáltam. Továbbá, a kérdések között szerepeltek a migrén súlyosságára vonatkozó kérdések (milyen gyakran van migrénje havonta, hetente, naponta, hány óráig tart, milyen mértékű fájdalommal jár), milyen területen jelentkezik a fejfájás leggyakrabban, vannak-e kísérőtünetek, milyen a napszaki megjelenés, valamint a migrén mellé társul-e valamilyen auratünet.

A Short-Form 36 Kérdőív (SF-36)

Az SF-36 Kérdőív a testi és a lelki egészség mérésére alkalmas, amely összesen 36 kérdést tartalmaz és 8 alskála mentén vizsgálja a válaszadók testi és lelki egészségét (Kiss et al., 2022). Az alskálák a következők: Fizikai funkcionálás, Fizikai egészségi állapot miatti korlátozottság, Emocionális problémák miatti korlátozottság, Energia/fáradtság, Érzelmi jóllét, Szociális funkcionálás, Fájdalom és Általános egészségi állapot. A kitöltők az egyes kérdésekre 0 és 100 pont közötti értéket kaphatnak. Az egy dimenziót vizsgáló kérdésekre kapott összpontszámot ezután átlagolva a kérdések számával, megkapjuk az adott dimenzió pontszámát (ugyanígy 0 és 100 között). Minél magasabb ez a pontszám, annál egészségesebbnek érzi magát a válaszadó az adott dimenzióban (Kiss et al., 2022). A kérdőív, illetve az alskálák belső megbízhatósága (Cronbach α) az alábbiak szerint alakult: a teljes kérdőív, a Fizikai funkcionálás, a Fizikai egészségi állapot miatti korlátozottság, az Emocionális problémák miatti korlátozottság, és a Fájdalom alskála belső megbízhatósága elfogadható. Az Energia/fáradtság, az Érzelmi jóllét, a Szociális funkcionálás, és az Általános egészségi állapot belső megbízhatósága alacsony. Az adatok részletesen az 1. táblázatban láthatóak.

1. táblázat

Az SF-36 alskáláinak belső megbízhatósága

	Cronbach α	Megebízhatóság
Teljes kérdőív	0,73	Elfogadható
Fizikai funkcionálás	0,72	Elfogadható
Fizikai állapot miatti korlátozottság	0,71	Elfogadható
Emocionális problémák miatti korlátozottság	0,72	Elfogadható
Energia/fáradtság*	0,69	Vitatható
Érzelmi jóllét*	0,69	Vitatható
Szociális funkcionálás*	0,67	Vitatható
Fájdalom	0,71	Elfogadható
Általános egészségi állapot*	0,68	Vitatható

Megjegyzés. A csillaggal jelölt alskáláknál alacsony a belső megbízhatóság (Umaji & Paireekreng, 2023).

Depresszió, Szorongás és Stressz Skála (Depression Anxiety and Stress Scales, DASS-21)

A depresszió, szorongás és stressz szintjét a DASS-21 kérdőív 21 tételes rövidített változatával vizsgáltam (Reinhardt et al., 2020). A kérdőív három alskálát tartalmaz, mindhárom alskála 7-7 kérdéssel méri a depresszió, a szorongás és a stressz mértékét. A tüneteket önbevallásos módon, egy négy fokú Likert-skálán kell megítélnie a kitöltőnek (0 = egyáltalán nem volt rám jellemző, 3 = igen tekintélyes mértékben, nagyon jellemző volt rám) az elmúlt egy hét alapján. Az alskálákon minimum 0, maximum 21 pont érhető el. A teljes kérdőív belső megbízhatósága (Cronbach α) 0,72; elfogadható. A három alskála belső megbízhatósága (Cronbach α) vitatható: a Depresszió alskála belső megbízhatósága 0,65; a Szorongás alskála belső megbízhatósága 0,65; a Stressz alskála belső megbízhatósága pedig 0,56 (Umaji & Paireekreng, 2023).

Fájdalomkatasztrofizáció Kérdőív

A fájdalomkatasztrofizációt a Fájdalomkatasztrofizáció Kérdőív segítségével mértem (Kököneyi, 2008). A kérdőív 13 állítást tartalmaz, amelyek három alskálát mérnek, a fájdalomkatasztrofizáció különböző faktorait vizsgálva. A három alskála a Rumináció (a fájdalomról való tépelődés), a Felnagyítás (a személy mennyire reálisan érzékeli a fájdalmat) valamint a Tehetetlenség (milyen mértékben érzi azt a személy, hogy legyőzi a fájdalmat). Ezeket az állításokat a kitöltőnek egy öt fokú Likert-skálán (0 = egyáltalán nem jellemző, 4 =

teljes mértékben, mindig jellemző) kell értékelnie annak alapján, hogy mennyire jellemző az adott állítás a fájdalomra vonatkozólag. A kérdőívén összesen 52 pontot lehet elérni. A kérdőív, illetve a három alskála belső megbízhatósága (Cronbach α) a következőképpen alakult: a teljes kérdőív esetében a Cronbach α 0,81; a Felnagyítás alskála esetében a Cronbach α 0,86, mindkettő elfogadható belső megbízhatósággal rendelkezik. A Rumináció alskála esetében a Cronbach α 0,66; a Tehetetlenség alskála esetében pedig a Cronbach α 0,60, ezek vitatható értékeknek számítanak (Umaji & Paireekreng, 2023).

A vizsgálat leírása

A vizsgálatot Google Űrlapok segítségével töltötték ki a résztvevők egy általuk tetszőlegesen választott helyen és időben. A teljes kérdőívcsomag kitöltése nagyjából 20-30 percet vett igénybe. Az első oldalon a kitöltők elolvasták és elfogadták a Beleegyező Nyilatkozatot, majd ezek után lehetett továbblépni a demográfiai adatokra és a migrén diagnosztizálására vonatkozó kérdésekre. A kérdőív hátralévő részében pedig a mentális és emocionális egészségre, az affektív tényezőkre (depresszió, szorongás, stressz), valamint a fájdalomkatasztrófizációra vonatkozó kérdőívek következtek. A kutatást az Egyesített Pszichológiai Kutatásetikai Bizottság (EPKEB) jóváhagyta (EPKEB engedély száma: 2023-166) (lásd: 1. melléklet).

Eredmények

A Short-Form 36 (SF-36) Kérdőívén elért eredmények

Az SF-36 Kérdőív nyolc alskálájából a csoportok esetében az Energia/Fáradtság alskálánál teljesült a normáeloszlás, azonban a Fizikai funkcionálás, a Fizikai egészségi állapot miatti korlátozottság, az Emocionális problémák miatti korlátozottság, az Érzelmi jóllét, a Szociális funkcionálás, a Fájdalom, valamint az Általános egészségi állapotnál legalább egy csoportnál sérült a normáeloszlás. Így a csoportok összehasonlítására a Fizikai funkcionálás esetében Fisher-féle egyutas ANOVA-t alkalmaztam, mivel teljesült a szóráshomogenitás is ($p = 0,791$), a többi alskálánál pedig Kruskal-Wallis próbával vizsgáltam a csoportok közötti különbségeket. A csoportok normáeloszlásának értékei részletesen a 2. táblázatban láthatóak.

2. táblázat

A csoportok normáeloszlásának alakulása az SF-36 alskálái mentén

	W	df	Normáeloszlás (p)
Energia/Fáradtság			
Öndiagnosztizált csoport	0,970	41	0,343
Orvos által diagnosztizált csoport	0,929	11	0,402
Egészséges kontrollcsoport	0,984	89	0,327
Fizikai funkcionálás			
Öndiagnosztizált csoport	0,694	41	< 0,001**
Orvos által diagnosztizált csoport	0,724	11	< 0,001**
Egészséges kontrollcsoport	0,655	89	< 0,001**
Fizikai egészségi állapot miatti korlátozottság			
Öndiagnosztizált csoport	0,777	41	< 0,001**
Orvos által diagnosztizált csoport	0,649	11	< 0,001**
Egészséges kontrollcsoport	0,459	89	< 0,001**
Emocionális problémák miatti korlátozottság			
Öndiagnosztizált csoport	0,724	41	< 0,001**
Orvos által diagnosztizált csoport	0,696	11	< 0,001**
Egészséges kontrollcsoport	0,728	89	< 0,001**
Érzelmi jóllét			
Öndiagnosztizált csoport	0,964	41	0,222
Orvos által diagnosztizált csoport	0,958	11	0,742
Egészséges kontrollcsoport	0,959	89	0,006*
Szociális funkcionálás			
Öndiagnosztizált csoport	0,923	41	0,008*
Orvos által diagnosztizált csoport	0,862	11	0,062
Egészséges kontrollcsoport	0,842	89	< 0,001**
Fájdalom			
Öndiagnosztizált csoport	0,935	41	0,022*
Orvos által diagnosztizált csoport	0,877	11	0,096
Egészséges kontrollcsoport	0,748	89	< 0,001**
Általános egészségi állapot			
Öndiagnosztizált csoport	0,960	41	0,157

Orvos által diagnosztizált csoport	0,964	11	0,815
Egészséges kontrollcsoport	0,960	89	0,008*

Megjegyzés. A csillaggal jelölt eredmények esetében a minta nem követett normál eloszlást. * $p < 0,05$; ** $p < 0,001$.

Első hipotézisem szerint a migrénben szenvedő csoportok életminősége rosszabb, mint az egészséges kontrollcsoporté. Hipotézisem részben beigazolódott: a Fizikai egészségi állapot miatti korlátozottság alskálánál szignifikáns különbség mutatkozott a csoportok között, jelentéktelen hatásmagysággal, $H(2) = 17,476$; $p < 0,001$; $\epsilon^2 = 0,125$. A Post hoc összehasonlítások alapján szignifikáns különbség volt az egészséges és az öndiagnosztizált csoport között ($p < 0,001$). Az egészséges, és az orvos által diagnosztizált csoport között ($p = 0,057$), illetve az öndiagnosztizált, és az orvos által diagnosztizált csoport között sem mutatkozott szignifikáns különbség ($p = 0,980$). Az alskálán az egészséges csoport érte el a legtöbb pontot, az öndiagnosztizáltak pedig a legkevesebbet, ami azt jelenti, hogy az egészséges csoport érzi a legkevésbé korlátozónak a fizikai egészségi állapotát, az öndiagnosztizáltak pedig a leginkább (lásd: 3. táblázat).

A Szociális funkcionálás alskála mentén is szignifikáns különbség volt kimutatható, ugyanígy jelentéktelen hatásmagysággal, $H(2) = 6,597$; $p = 0,037$; $\epsilon^2 = 0,047$. Post hoc összehasonlítások alapján, az egészséges, illetve az öndiagnosztizált csoport között szignifikáns különbség volt ($p = 0,028$), azonban ez nem volt kimutatható sem az egészséges és az orvos által diagnosztizált csoport között ($p = 0,954$), sem az öndiagnosztizált és az orvos által diagnosztizált csoport között ($p = 0,496$). Az alskálán az egészséges csoport érte el a legtöbb pontot, ami arra utal, hogy a csoportok közül ők érzik a legkevésbé problémásnak az életük szociális aspektusait (lásd: 3. táblázat).

A Fájdalom alskála esetében is szignifikáns különbséget találtam a csoportok között, kis hatásmagysággal, $H(2) = 33,830$; $p < 0,001$; $\epsilon^2 = 0,242$. Post hoc összehasonlítások alapján az egészséges és az öndiagnosztizált csoport között is szignifikáns volt az eltérés ($p < 0,001$), valamint az egészséges és az orvos által diagnosztizált csoport esetében is szignifikáns különbség volt kimutatható ($p < 0,001$). Az öndiagnosztizált és az orvos által diagnosztizált csoport esetében nem mutatkozott szignifikáns különbség ($p = 0,388$). A legmagasabb pontszámot ennél az alskálánál az egészséges csoport érte el, a legkevesebbet pedig az orvos által diagnosztizált csoport, ami azt jelenti, hogy az egészséges csoportot kevésbé érintik fájdalom-eredetű problémák, míg az orvos által diagnosztizált csoportban ezek előfordulása jelentősen magasabb (lásd: 3. táblázat).

Nem találtam szignifikáns különbséget a csoportok között az Energia/Fáradtság alskála esetében, $F(2, 138) = 1,92$; $p = 0,150$; $\varepsilon^2 = 0,013$. Ugyanakkor a pontszámokat tekintve az öndiagnosztizáltak érték el a legalacsonyabb pontszámot ($M = 45,4$; $SD = 19,51$), utánuk következtek az orvos által diagnosztizált migrénesek ($M = 51,8$; $SD = 19,40$), a legtöbb pontot pedig az egészséges csoport érte el ($M = 52,5$; $SD = 19,53$). Nem találtam továbbá szignifikáns különbséget sem a Fizikai Funkcionálás alskála esetében, $H(2) = 2,346$; $p = 0,309$; $\varepsilon^2 = 0,017$, sem pedig az Emocionális problémák miatti korlátozottság alskála mentén, $H(2) = 0,759$; $p = 0,684$; $\varepsilon^2 = 0,005$. Az Érzelmi jóllét alskálánál sem volt szignifikáns különbség, $H(2) = 2,824$; $p = 0,244$; $\varepsilon^2 = 0,020$, továbbá az Általános egészségi állapot esetében sem mutatkozott szignifikáns különbség a csoportok között, $H(2) = 4,294$; $p = 0,117$; $\varepsilon^2 = 0,031$ (lásd: 3. táblázat).

3. táblázat

A csoportok SF-36 kérdőívén elért eredményeinek összehasonlítása

	Egészséges csoport		Öndiagnosztizált csoport		Orvos által diagnosztizált csoport	
	Mdn	SD	Mdn	SD	Mdn	SD
Fizikai egészségi állapot miatti korlátozottság**	100	20,57	75	33,26	100	26,11
Szociális funkcionálás*	75	18,86	75	21,91	75	19,58
Fájdalom**	100	16,31	67,5	26,39	57,5	18,82
Fizikai funkcionálás	100	5,89	100	7,94	95	13,75
Emocionális problémák miatti korlátozottság	100	36,67	100	42,79	100	38,92
Érzelmi jóllét	72	18,38	64	16,61	64	17,92
Általános egészségi állapot	75	16,36	65	19,37	65	20,59

Megjegyzés. A Fizikai egészségi állapot miatti korlátozottság, a Szociális funkcionálás és a Fájdalom alskála esetében szignifikáns különbség volt a csoportok között. * $p < 0,05$; ** $p < 0,001$). $N = 141$; $df = 2$. Mdn = Medián, SD = szórás.

A Depresszió, Szorongás és Stressz Skálán (DASS-21) elért eredmények

A kérdőív három alskálájából a csoportok mentén mind a Depresszió, mind a Szorongás, mind pedig a Stressz alskála esetében legalább egy csoport esetében sérült a

normáloszlás, így Kruskal-Wallis próbát alkalmaztam a csoportok összehasonlítására. A csoportok normáloszlásának eredményei részletesen a 4. táblázatban láthatóak.

4. táblázat

A csoportok normáloszlásának alakulása a DASS-21 alskálái mentén

	W	df	Normáloszlás (p)
Depresszió			
Öndiagnosztizált csoport	0,908	41	0,003*
Orvos által diagnosztizált csoport	0,900	11	0,184
Egészséges kontrollcsoport	0,882	89	< 0,001**
Szorongás			
Öndiagnosztizált csoport	0,928	41	0,012*
Orvos által diagnosztizált csoport	0,819	11	0,016*
Egészséges kontrollcsoport	0,735	89	< 0,001**
Stressz			
Öndiagnosztizált csoport	0,983	41	0,802
Orvos által diagnosztizált csoport	0,972	11	0,908
Egészséges kontrollcsoport	0,943	89	< 0,001**

Megjegyzés. A csillaggal jelölt eredmények esetében a minta nem követett normál eloszlást. * $p < 0,05$; ** $p < 0,001$.

Második hipotézisem alapján a migrénben szenvedő csoportok szorongásszintje magasabb, mint az egészséges kontrollcsoporté. Hipotézisem teljesült, ugyanis a Szorongás alskála esetében szignifikáns eltérés mutatkozott a csoportok között, jelentéktelen hatásmagysággal, $H(2) = 16,83$; $p < 0,001$; $\varepsilon^2 = 0,120$. Post hoc összehasonlítások kimutatták, hogy az egészséges és az öndiagnosztizált csoport között szignifikáns különbség van ($p < 0,001$), ugyanúgy, ahogy az öndiagnosztizált és az orvos által diagnosztizált csoport között is ($p = 0,019$). Az egészséges és az orvos által diagnosztizált csoport között nem lépett fel szignifikáns különbség ($p = 0,735$). Az egészséges csoport érte el a legkevesebb pontot, a legmagasabb eredményt pedig az öndiagnosztizált csoport. Ez azt jelenti, hogy az egészségesek körében kisebb a szorongás mértéke, míg az öndiagnosztizált csoport esetében a legmagasabb (5. táblázat).

Feltételeztem, hogy a migrénben szenvedő csoportok magasabb stressz-szintet fognak mutatni, mint az egészséges kontrollcsoport, mely hipotézisem teljesült. A Stressz alskála esetében is szignifikáns különbséget találtam a csoportok között, jelentéktelen

hatásnagysággal, $H(2) = 6,60$; $p = 0,037$; $\varepsilon^2 = 0,047$. Post hoc összehasonlítások alapján szignifikáns különbség van az egészséges és az öndiagnosztizált csoport között ($p = 0,027$), azonban nem lépett fel szignifikáns különbség az egészséges és az orvos által diagnosztizált csoport között ($p = 0,903$), valamint az öndiagnosztizált és az orvos által diagnosztizált csoport között ($p = 0,592$). A legkevesebb pontot az egészséges csoport érte el, a legtöbbet pedig az öndiagnosztizált csoport. Ez arra utal, hogy a stressz mértéke az öndiagnosztizáltak körében a legmagasabb, míg az egészséges csoportban a legalacsonyabb (5. táblázat).

Hipotézisem alapján a migrénben szenvedő csoportok magasabb mértékű depressziót fognak mutatni, mint az egészséges kontrollcsoport, viszont ez a feltételezésem nem igazolódott be. A Depresszió alskála esetében nem találtam szignifikáns különbséget a csoportok között, $H(2) = 2,89$; $p = 0,236$; $\varepsilon^2 = 0,021$. A csoportok kérdőíven elért eredményei részletesen az 5. táblázatban láthatóak.

5. táblázat

A csoportok DASS-21 kérdőíven elért eredményeinek összehasonlítása

	Egészséges		Öndiagnosztizált		Orvos által diagnosztizált	
	Mdn	SD	Mdn	SD	Mdn	SD
Szorongás**	1	3,88	4	3,27	1	2,39
Stressz*	5	4,5	9	4,42	6	4,77
Depresszió	3	3,79	4	3,88	3	2,87

Megjegyzés. Szignifikáns különbség mutatkozott a Szorongás és a Stressz alskála mentén. * $p < 0,05$; ** $p < 0,001$). $N = 141$; $df = 2$. Mdn = Medián, SD = szórás.

A Fájdalomkatasztrofizáció Kérdőíven (FKK) elért eredmények

A kérdőív három alskálája esetében mind a Rumináció, mind a Felnagyítás, mind a Tehetetlenség alskála, valamint a kérdőíven elért összpontszám esetében is legalább egy csoportnál sérült a normáloszlás, így az elért eredmények összehasonlítására Kruskal-Wallis próbát alkalmaztam. A csoportok normáloszlásának eredményei a 6. táblázatban láthatóak.

6. táblázat

A csoportok normáloszlásának alakulása az FKK kérdőív alskálái mentén

	W	df	Normáloszlás (p)
Rumináció			
Öndiagnosztizált csoport	0,958	41	0,129

Orvos által diagnosztizált csoport	0,958	11	0,746
Egészséges kontrollcsoport	0,889	89	< 0,001**
Felnagyítás			
Öndiagnosztizált csoport	0,885	41	< 0,001**
Orvos által diagnosztizált csoport	0,914	11	0,272
Egészséges kontrollcsoport	0,816	89	< 0,001**
Tehetatlenség			
Öndiagnosztizált csoport	0,961	41	0,164
Orvos által diagnosztizált csoport	0,831	11	0,024*
Egészséges kontrollcsoport	0,843	89	< 0,001**
Összpontszám			
Öndiagnosztizált csoport	0,982	41	0,741
Orvos által diagnosztizált csoport	0,943	11	0,560
Egészséges kontrollcsoport	0,893	89	< 0,001**

Megjegyzés. A csillaggal jelölt eredmények esetében a minta nem követett normál eloszlást. * $p < 0,05$; ** $p < 0,001$.

Feltételeztem, hogy a fájdalomkatasztrófizáció mértéke magasabb lesz a migrénben szenvedő csoportok körében az egészséges kontrollcsoporthoz képest, mely hipotézisem beigazolódott. A Rumináció alskálán szignifikáns eredményeket találtam, jelentéktelen hatásnagysággal, $H(2) = 20,19$; $p < 0,001$; $\varepsilon^2 = 0,144$. Post hoc összehasonlítások alapján szignifikáns különbség van az egészséges és az öndiagnosztizált csoport között ($p < 0,001$), azonban sem az egészséges és az orvos által diagnosztizált csoport között ($p = 0,262$), sem az öndiagnosztizált és az orvos által diagnosztizált csoport között ($p = 0,267$) nem volt szignifikáns különbség. Az egészséges csoport érte el a legkevesebb pontot, az öndiagnosztizáltak pedig a legmagasabbat, ami arra utal, hogy az egészségeseknél kevésbé jelenik meg a fájdalomon való rágódás, míg az öndiagnosztizált csoport körében ennek az esélye jóval magasabb (7. táblázat).

A Felnagyítás alskálán is szignifikáns különbség mutatkozott, jelentéktelen hatásnagysággal, $H(2) = 6,52$; $p = 0,038$; $\varepsilon^2 = 0,047$, azonban a post hoc összehasonlítások nem mutattak ki szignifikáns különbségeket a csoportok között. Az egészséges csoport érte el a legkevesebb pontot, az orvos által diagnosztizált csoport pedig a legmagasabbat. Ez azt jelenti, hogy az orvos által diagnosztizált csoportnál magasabb mértékben fordul elő a fájdalom felnagyítása, mint az egészséges csoportban (7. táblázat).

A Tehetetlenség alszkálán ugyanígy szignifikáns eredmény jelent meg, jelentéktelen hatásnagysággal, $H(2) = 21,03$; $p < 0,001$; $\varepsilon^2 = 0,150$. Post hoc összehasonlítások alapján szignifikáns különbség mutatkozott az egészséges és az öndiagnosztizált csoport között ($p < 0,001$), azonban az egészséges és az orvos által diagnosztizált csoport között ($p = 0,350$), valamint az öndiagnosztizált és az orvos által diagnosztizált csoport között ($p = 0,153$) nem volt szignifikáns különbség. Az egészséges csoport és az orvos által diagnosztizált csoport érte el a legalacsonyabb eredményt, az öndiagnosztizált csoport pedig a legmagasabbat. Ez arra utalhat, hogy az öndiagnosztizált csoportban magas a fájdalommal szemben elszenvedett tehetetlenség érzése, míg az egészséges csoportban és az orvos által diagnosztizált csoportban ez az érték alacsonyabb (7. táblázat)

Végül az összpontszámok esetében is szignifikáns eredményt kaptam, jelentéktelen hatásnagysággal, $H(2) = 21,49$; $p < 0,001$; $\varepsilon^2 = 0,154$. Post hoc összehasonlítások kimutatták, hogy szignifikáns különbség van az egészséges és az öndiagnosztizált csoport között ($p < 0,001$), azonban sem az egészséges és az orvos által diagnosztizált ($p = 0,189$), sem az öndiagnosztizált és az orvos által diagnosztizált csoport között ($p = 0,447$) nem lépett fel szignifikáns különbség. A legkevesebb pontot az egészséges csoport érte el, a legtöbbet pedig az öndiagnosztizált csoport, és az orvos által diagnosztizált csoport, ami azt jelenti, hogy összességében az öndiagnosztizált csoport, és az orvos által diagnosztizált csoport hajlamosabb a fájdalom katasztrófizálására (ezen belül a ruminációra, felnagyításra, és tehetetlenségre), míg az egészséges csoport a fájdalmat valósabban éli meg, nem érzi azt, hogy tehetetlen vele szemben, és a rágódás is kisebb mértékben jelenik meg. A csoportok elért eredményei részletesen a 7. táblázatban láthatóak.

7. táblázat

A csoportok FKK kérdőívén elért eredményeinek összehasonlítása

	Egészséges		Öndiagnosztizált		Orvos által diagnosztizált	
	Mdn	SD	Mdn	SD	Mdn	SD
Rumináció**	5	4,93	10	4,36	6	3,64
Felnagyítás*	1	2,12	2	2,58	4	2,49
Tehetetlenség**	3	4,11	7	5,04	3	4,15
Összpontszám**	9	10,14	19	10,05	19	8,10

Megjegyzés. A három alszkálán és a kérdőív összpontszámát tekintve is szignifikáns különbség volt kimutatható a csoportok között. * $p < 0,05$; ** $p < 0,001$). $N = 141$; $df = 2$. Mdn = Medián, SD = szórás.

Megvitatás

Kutatásom célja a migrénben szenvedők körében az életminőség, az affektív tényezők, mint depresszió, szorongás, stressz, és a fájdalomkatasztrófizáció vizsgálata volt. Az egészséges kontrollcsoporttal összevetve a migrénben szenvedő két csoport eredményeit, az öndiagnosztizált migrénben szenvedők körében magasabb volt a szorongás és a stressz aránya, valamint hajlamosabbak voltak a fájdalomkatasztrófizációra is. Az életminőség területeit tekintve az öndiagnosztizált migrénben szenvedők jelentősebb hátrányt éltek meg a fizikai egészségi állapotuk miatt, nehezebbnek érzékelték az életük szociális aspektusait, a fájdalom eredetű problémák tekintetében pedig mind az öndiagnosztizált, mind pedig az orvos által diagnosztizált migrénben szenvedők is fokozottabban érintettek voltak. Ugyanakkor az életminőség többi területét, illetve a depresszió mértékét tekintve nem volt különbség a csoportok között.

A migrénben szenvedők közül az öndiagnosztizáltak az életminőség egészségi állapot miatti korlátozottság, és szociális funkcionálás aspektusában éltek meg hátrányt, a fájdalom eredetű problémák esetében pedig mind az öndiagnosztizált csoport, mind az orvos által diagnosztizált csoport érintett volt. Ezek az eredményeim alátámasztják a korábbi szakirodalmat (Dione et al., 2024; Linde & Dahlöf, 2004; Lipton et al., 2001; Vo et al., 2018). Dione és munkatársainak (2024) kvalitatív kutatásában a migrénben szenvedők körében (függetlenül attól, hogy a migrénjük ön- vagy orvos által diagnosztizált volt) megjelent a szociális izoláltság a migrénes roham alatt. A migrénjük tüneteit ugyan enyhítette az elvonulás, ám ez elszigetelődéssel, akár a másokkal való kommunikáció ideiglenes megszakításával is járt. Ezen felül a résztvevők a migrénes rohamot, illetve annak fájdalmát jelölték meg az egyik legnagyobb kihívást jelentő tünetnek, ami akadályozta őket a tevékenységeik folytatásában. A fájdalom aspektusai közül nemcsak az ahhoz társuló kellemetlen érzések, hanem annak kiszámíthatatlansága is hozzájárult az egyének akadályozottságában játszott jelentős szerepéhez. Vo és munkatársai (2018) kutatásában az öndiagnosztizált migrénben szenvedők a legzavaróbb tünetnek a fejfájás fájdalmát, valamint az ahhoz kapcsolható más területeken jelentkező fájdalmat (például szem- és nyakfájdalom, valamint a fájdalom súlyosbodása mozgás hatására) jelölték meg. Hasonló eredményre jutott Linde és Dahlöf (2004) kutatása is, melyben a migrénben szenvedők (mind öndiagnosztizált, mind orvos által diagnosztizált) 86%-a a migrén fájdalmát jelölte meg a legzavaróbb

tényezőnek. Ezzel párhuzamosan, Lipton és munkatársainak (2001) orvos által diagnosztizált migrénben szenvedőkkel végzett kutatása kimutatta, hogy a migrénben szenvedők 53%-a szenved komoly elmaradást a mindennapi tevékenységeiben a migrén súlyossága miatt. Ugyanakkor eredményeim ezen három terület kivételével nem egyeznek korábbi szakirodalmi eredményekkel, amelyek a migrén negatív hatását mutatták ki az életminőségre (Dahlöf & Dimenäs, 1995; Lipton et al., 2003). Dahlöf és Dimenäs (1995), valamint Lipton és munkatársainak (2003) kutatásában is azt az eredményt kapták, hogy az orvos által diagnosztizált migrénben szenvedők életminőségére (például közérzetükre, és a szociális kapcsolataikra) káros hatással van a migrén. Az ő kutatásukban jóval több fő vett részt, mint a jelenlegi kutatásban, valamint a migrénben szenvedők, és az egészséges kontrollcsoport csoportközi arányai is messze kiegyenlítettebbek voltak, ami magyarázhatja a kutatásom korábbi szakirodalmi eredményektől való eltérését. Dahlöf és Dimenäs (1995) kutatásukban továbbá arra kérték a kitöltőket, hogy az általuk választott kérdőíveket legalább egy héttel az utolsó migrénes rohamukat követően töltsék ki. A mi kutatásunkban nem volt ilyen külön kitétel, és mind ez, mind vizsgálatunk alacsony elemszáma, mind a csoportok aránya magyarázhatja a szakirodalmi eredményektől való eltérést.

A migrénben szenvedők körében nem volt magasabb volt a depresszió mértéke, mint az egészséges kontrollcsoportban. Ez az eredmény alátámasztja Dikmen és munkatársainak (2015) kutatását, ahol nem volt szignifikáns különbség a depresszió mértéke között az orvos által diagnosztizált migrénben szenvedők és az egészséges kontrollcsoport között. Ez az eredmény azonban nem egyezik más szakirodalmakban foglaltakkal (García-Marín et al., 2021; Kocakaya et al., 2023; Lantéri-Minet et al., 2005; Peres et al., 2017; Vo et al., 2018). García-Marín és munkatársainak (2021), Kocakaya és munkatársainak (2023), Lantéri-Minet és munkatársainak (2005), Peres és munkatársainak (2017), valamint Vo és munkatársainak (2018) kutatásában is kimutatták, hogy a migrénben szenvedők körében (akár orvos által diagnosztizált, akár öndiagnosztizált) gyakrabban megjelenik a depresszió. Lantéri-Minet és munkatársainak (2005) kutatásában a megkérdezettek a kutatásban való részvétel előtt egy szűrési szakaszon estek át, amivel egy 56 ítemes kérdőívvel, szigorú kritériumok mellett szűrték ki a migrénben szenvedőket. Emellett az ő kutatásukban a A jelenlegi kutatásban a migrénben szenvedők önbevallás alapján jelölték be, hogy orvos által diagnosztizált migrénben szenvednek, vagy pedig öndiagnosztizált migrénjük van, ami okozhatta a szakirodalmi eredményektől való eltérést.

A migrénben szenvedők közül az öndiagnosztizált migrénben szenvedők jóval magasabb szorongásszintet tapasztaltak, magasabbat az egészséges kontrollcsoportnál, és az

orvos által diagnosztizált csoportnál is. Ez az eredmény egyezik Dikmen és munkatársainak (2015) kutatásával, melyben az orvos által diagnosztizált migrénben szenvedők körében nem volt magasabb a szorongás mértéke, mint az egészséges kontrollcsoporté. A kutatásom ez az eredménye továbbá alátámasztja Vo és munkatársainak (2018) kutatását, melyben az öndiagnosztizált migrénben szenvedő egyének jelentősen magasabb szorongást tapasztaltak, mint az egészséges kontrollcsoport. Kutatásom nem támaszt alá más, orvos által diagnosztizált migrénben szenvedőkkel végzett kutatásokat (Kocakaya et al., 2023; Lantéri-Minet et al., 2005). Kocakaya és munkatársainak (2023), valamint Lantéri-Minet és munkatársainak (2005) kutatásában is kimutatták, hogy az orvos által diagnosztizált migrénben szenvedők körében magasabb a szorongás előfordulásának aránya. Kocakaya és munkatársainak (2023) kutatásában a migrénben szenvedő résztvevők adatait, valamint a migrénjük típusát, gyakoriságát egy neurológus vette fel. A jelenlegi kutatásban ez Google Kérdőívek segítségével, online formában történt, ami magyarázhatja a szakirodalmi eredményektől való eltérést.

A migrénben szenvedők közül az öndiagnosztizáltak magasabb stresszt tapasztaltak, mint az egészséges egyének. Eredményem alátámasztja García-Marín és munkatársainak (2021) kutatását, melyben az öndiagnosztizált migrénben szenvedők körében az előző két évben előfordult fokozott stressz befolyásolta a migrén előfordulását. Továbbá eredményem alátámasztja Dikmen és munkatársainak (2015) kutatását, ahol az orvos által diagnosztizált migrénben szenvedők, és az egészséges kontrollcsoport között nem jelentkezett különbség a stressz mértékét illetően. Kutatásom azonban nem támaszt alá más, korábbi szakirodalmi eredményeket (Kocakaya et al., 2023; Scher et al., 2008). Kocakaya és munkatársainak (2023), valamint Scher és munkatársainak (2008) kutatásában az orvos által diagnosztizált migrénben szenvedők között magasabb volt a stressz mértéke, valamint a stressz, mint kiváltó tényező is megjelent. Scher és munkatársainak (2008) kutatásában krónikus migrénben szenvedőket vizsgáltak olyan élethelyzetek szempontjából (például lakóhelyváltozás, változás a családi állapotban, vagy gyermekeikkel kapcsolatos helyzetek), amelyek stresszt válthatnak ki, és ezeket az eredményeket összevetették az epizodikus migrénben szenvedők eredményeivel. A jelenlegi kutatásban nem vizsgáltam külön az epizodikus és a krónikus migrénben szenvedőket, ami okozhatta a szakirodalomban megjelent eredményektől való eltérést.

Az öndiagnosztizált migrénben szenvedők jóval magasabb mértékben voltak hajlamosak a fájdalomkatasztrofizációra, és annak komponenseire, mint az egészséges kontrollcsoport. Ez alátámasztja azt a feltételezésemet, miszerint a fájdalomkatasztrofizáció

megjelenik az orvos által diagnosztizált migrénben szenvedők körében, és így a migrén gyakori sikertelen diagnózisának, és a nem megfelelő kezeléseknek köszönhetően az öndiagnosztizált migrénben szenvedők körében is megjelenik a fájdalomkatasztrofizáció, mint egy maladaptív folyamat (Kim et al., 2021; Miller & Mathrau, 2014; Sullivan & Tripp, 2024). A katasztrofizálás által kiváltott kognitív folyamatok (mint például a figyelmi fixáció, mely során az egyén a fájdalomon kívül nem tud másra koncentrálni) számos egészségügyi és mentális betegség közös sebezhetőségi tényezőjeként működhetnek (Gellatly & Beck, 2016). Az orvos által diagnosztizált migrénben szenvedők eredménye azonban nem támasztja alá a korábbi szakirodalomban kapott eredményeket (Holroyd et al., 2007; Kim et al., 2021; Kocakaya et al., 2023). Holroyd és munkatársainak (2007), Kim és munkatársainak (2021), valamint Kocakaya és munkatársainak (2023) kutatásában kimutatták, hogy az orvos által diagnosztizált migrénben szenvedők körében magasabb volt a fájdalomkatasztrofizáció mértéke, mint az egészséges kontrollcsoportban. Kim és munkatársainak (2021) kutatásában két kórház neurológiai ambulanciájáról vettek fel olyan betegeket, akik orvosi diagnózissal rendelkeztek a migrénjükéről. A jelenlegi kutatásban ezt önbevallás alapján tudták bejelölni a résztvevők, ami okozhatott eltérést a jelenlegi, és a szakirodalomban megjelent eredmények között.

Fontosnak tartom megemlíteni, hogy a kutatásban nem az orvos által diagnosztizált migrénben szenvedők érték el a legrosszabb eredményeket, hanem többnyire az öndiagnosztizált migrénben szenvedők. Ennek egyik oka lehet, hogy az öndiagnosztizált migrénesek kontrollvesztést élnek meg a fejfájásukkal kapcsolatban. A kontroll érzete az egészségi állapota vagy betegsége felett egy egyén számára lehet külső (külső hatások határozzák meg, amiket úgy érez, hogy nem tud befolyásolni) vagy belső (saját cselekvésétől, vagy mások segítségétől függ). A magas külső kontrollérzettel rendelkező egyének sokkal inkább szenvednek a saját betegségüktől, hajlamosabbak a kontrollvesztettség érzésére a betegségükkel kapcsolatban, mint azok, akik magas belső kontrollérzettel rendelkeznek (Lampl et al., 2003). A kontrollvesztettség érzése mind a szorongás megtapasztalása, mind annak értelmezése során fontos faktor lehet, továbbá az érzelmi kontroll hatással lehet az érzékelt stressz intenzitására is (Kołodziej et al., 2022; Walker & Nordin-Bates, 2010). Dowson és Jagger (1999) kutatásukban kimutatták, hogy a migrénben szenvedőknél háromból egy beteg úgy érzi, hogy a migrén irányítja az életét, háromból pedig két beteg érzi úgy, hogy egyáltalán nem képes kontrollálni a migrént, vagy csak ritkán. Az ő kutatásuk alapján feltételezem, hogy a kontrollvesztettség érzéséből fakadó következmények még intenzívebb hatással jelennek meg az öndiagnosztizáltak körében, hiszen ők nem feltétlenül vannak

tisztában a betegségük jellemzőivel, és akár össze is téveszthetik egy másik fejfájástípussal, valamint nem szakember által lett diagnosztizálva a migrénjük, és ebből az okból kifolyólag a kezelések széleskörű lehetőségeivel sincsenek tisztában, ami tovább súlyosbíthatja a kontrollvesztettség érzését. Cevoli és munkatársainak (2009) eredményei alapján a migrén a legtöbb esetben orvosilag aluldiagnosztizált marad. Vizsgálatukban a fejfájásközpontokat először látogató betegek közül csupán 27%-a volt azzal tisztában, hogy migrénben szenved, a további 73% pedig sosem kapott helyes diagnózist. Hasonló eredményre jutott Bánk és Márton (2000) kutatása is, melyben a migrénben szenvedők csupán 43%-a fordult valaha orvoshoz a fejfájása miatt. Dowson és Jagger (1999) kutatásában a migrénben szenvedők közül a többség úgy vélte, hogy a jelenlegi gyógyszeres kezelésük nem nyújt az átlagosnál jobb enyhülést a tünetek kapcsán, és jelentős részük kénytelen volt egynél több kezeléshez folyamodni, hogy enyhülést érjen el. Az öndiagnosztizáltak eredményeinek másik oka feltételezhetően a stigmatizáció. Ahogyan korábbi kutatások is igazolták, a migrénben szenvedők jelentős stigmatizációt élnek meg (Estave et al., 2021; Martinez-Fernández et al., 2020; Shapiro et al., 2019). Martínez-Fernández és munkatársai (2020) szerint, a migrénben szenvedőknél az összes stigma nagyrészt az internalizált stigma tette ki az epilepsziás kontrollcsoportéhoz képest. Az internalizált stigma a mások negatív hozzáállásának kognitív, érzelmi és viselkedési hatása egy olyan egyénre, aki a leértékelt tulajdonsággal rendelkezik. Ez összefüggésbe hozható a csökkent önbecsüléssel, depresszióval, szorongással, és a szolgáltatások csökkent igénybevételével (Rao et al., 2009). Továbbá a migrénben szenvedők számára az olyan tényezők, mint a gyógyszeres mellékhatások, a költségek, vagy a rendelkezésre álló gyógyszeres kezelési lehetőségekkel való elégedetlenség okozhatja azt a páciensek körében, hogy inkább az abortív kezelést (amelyeknek célja a már kialakult migrénes fejfájás kezelése) részesítik előnyben a megelőző kezelésekkel ellentétben. De az internalizált stigma, és a migrén „nem egészségügyi” állapotként való kezelése okozhatja azt is, hogy a migrénben szenvedő egyének inkább lemondanak a migrén megelőző kezeléséről vagy a gyógyszeres kezeléséről (Parikh & Young, 2019). A stigmatizáció nem csak internalizált megbélyegzésként jelenik meg, hanem munkahelyi, szociális és iskolai területeken is (Shapiro et al., 2019; Wachholtz et al., 2017). A stigmatizáció továbbá olyan területeken is megjelenhet, amiktől a beteg elsősorban támogatást várna – a stigmatizáció az orvosi jelentésekben is megjelenhet olyan kifejezések formájában, mint például tiszteltlen kifejezések, amelyek a beteget minősítik, vagy őt hibáztatják az állapotáért. Ez többnyire olyan betegségeknel jelenik meg, amiket nehéz kezelni, például a krónikus fájdalom (Sullivan & Tripp, 2024). Hasonló kifejezések a migrénben szenvedők esetében okozhatják azt, hogy a

beteg úgy érzi, nem értik meg, ami feltételezhetően azt eredményezi, hogy a beteg elhanyagolja a rendszeres konzultációt. Fontos még itt megemlíteni az orvosok által felállított diagnózisok szerepét is. Wilhelm (2012) kutatásában migrénnel kapcsolatos téves elképzelések közé sorolta azt, hogy a migrénben szenvedők elsősorban a neurológust keresik fel a fejfájásukkal. Ez a legtöbb esetben tévesnek bizonyult, mivel a szemész volt a leggyakoribb orvos, akihez először fordultak. Ennek oka az, hogy a fénytörési, szemészeti hibák a fejfájások egyik fő okozói, így a páciensek nagyrésze vagy önállóan megy el, vagy pedig a háziorvosuk utalja őket. Ezen felül fontos lenne a migrén megelőzésére, vagy kezelésére használt gyógyszerekre is figyelmet fordítani. Vo és munkatársainak (2018) kutatásában a migrénes roham során alkalmazott gyógyszerek 22%-a nem bizonyult hasznosnak a roham leküzdésében. Amennyiben a migrénben szenvedő betegek nem érzik hatékonynak a fejfájásukra felírt gyógyszert, növelhetik annak az adagját, aminek következményeképpen az elsődleges fejfájás mellé kialakulhat az úgynevezett gyógyszer-túladagolás okozta fejfájás. Európában a gyógyszer-túladagolás okozta fejfájások esetében az elsődleges fejfájási zavar 90%-ban a migrén (Dissing et al., 2023). Ebből a szempontból az öndiagnosztizáltak nagyobb kockázatnak vannak kitéve, hiszen azok a gyógyszerek, amiket ők szednek a fejfájásukra, többnyire nem orvos által lettek felírva, és nem is orvosi felügyelet mellett történik az alkalmazásuk, ami nagyban megnövelheti a gyógyszer-túladagolás okozta fejfájás kialakulásának kockázatát. Ezek miatt a félreértések és félre-, vagy aluldiagnosztizálások miatt, valamint a gyógyszerek helytelen alkalmazásának elkerülése érdekében is fontos lenne a fejfájáscentrumok hirdetése az orvosok által, ahol megfelelő kezelésben tud részesülni a páciens. Amit még fontos megemlíteni, az az öndiagnosztizált migrénben szenvedők, és a fájdalomkatasztrofizáció kapcsolata. Az orvos által diagnosztizált migrénben szenvedők körében már több kutatás is bizonyította a fájdalomkatasztrofizáció migrénre gyakorolt negatív hatását (Kim et al., 2021; Kocakaya et al., 2023). Ennek ellenére az öndiagnosztizáltak körében fellépő fájdalomkatasztrofizációs tendenciákra kevés szakirodalom áll rendelkezésre. Jelen kutatás rávilágított arra, hogy az öndiagnosztizáltak körében is erőteljesen megjelenik a fájdalomkatasztrofizáció az egészséges egyénekhez képest. A fájdalomkatasztrofizáció egy maladaptív megküzdési stratégia, ami megnöveli a fájdalomra való fokozott érzékenység kockázatát, a fájdalomból eredő rokkantságot, valamint fokozza a fájdalom okozta pszichológiai distresszt is (Meints & Edwards, 2018; Rausa et al., 2021). Az öndiagnosztizáltak esetében ennek a megküzdési stratégiának az előfordulása is feltehetően erősebb, hiszen orvosi diagnózis, segítség és kezelés hiányában ők fokozottabban élik meg a fájdalmat, és annak hátrányait, illetve a fejfájás irányában érzett kontrollvesztés is

rizikófaktor lehet a katasztrofizálás kialakulásában. Rausa és munkatársainak (2021) kutatása továbbá kimutatta, hogy a migrénben szenvedők körében magas a fájdalomkatasztrofizáció előfordulásának esélye, emellett alacsony a szívritmus adaptív változása – ami arra utal, hogy a migrénben szenvedők autonóm rugalmassága (az, hogy a szervezet milyen hatékonyan reagál a külső és belső ingerekre) alacsony. Az alacsony autonóm rugalmasság jelentősen káros hatással van a viselkedés adaptív modulációjára, ami pedig fokozhatja a fájdalomkatasztrofizációt, mint maladaptív stratégia előfordulásának esélyét. A fájdalomkatasztrofizáció hatékony kezelésében sikeresnek bizonyult a Kognitív Viselkedésterápia, amely az automatikus negatív gondolkodási folyamatokat (többet között a katasztrofizálást is) célozza meg, ezáltal csökkentve az évek, akár évtizedek óta fennálló krónikus fájdalmat is. Ezen felül a diszpozícionális optimizmus (mely szerint a személy úgy gondolja, hogy a nehézségek ellenére a célja elérhető – ebben az esetben a cél, mint a fájdalom kezelése áll) is bizonyítottan csökkenti a fájdalomkatasztrofizációt, ezáltal közvetetten enyhítve a fájdalom erősségét (Hanssen et al., 2018; Szondy, 2004).

A kutatás egyik limitációja az elemszám, amely utólagos elemszámbecslés alapján, 0,05-ös szignifikanciaszint és 80%-os statisztikai erő mellett, ekkora hatás kimutatásához kevésnek bizonyult, és ez befolyásolhatta az eredményeimet. A becslés által kiszámolt magas elemszám az eredményeim kismértékű hatásnagyságának is köszönhető, amely csupán egy alskála esetében érte el a kicsi, $\varepsilon^2 > 0,2$ hatásnagyságot. További limitációként lehet még említeni a nemek kiegyensúlyozatlan arányát, hiszen ötször annyi nő vett részt a kutatásban, mint férfi, valamint a kutatásban vizsgált három csoport arányát, amely messze nem volt kielégítő. Fontos megjegyezni, hogy ez még egy jelenleg is folyamatban lévő kutatás, így a jövőben tervezzük a további adatgyűjtést, valamint a csoportok és a nemek arányának kiegyenlítését. További fontos limitációként említeném még a kutatásban felhasznált kérdőívek alskáláinak Cronbach alfa értékét, mely néhány esetben nem érte el az elfogadható értéket, például az SF-36 kérdőív Energia/Fáradtság, Érzelmi jóllét, Szociális Funkcionálás, valamint Általános Egészségi Állapot alskálái, a DASS-21 kérdőív Depresszió, Szorongás és Stressz alskálái, valamint a Fájdalomkatasztrofizáció Kérdőív Rumináció és Tehetetlenség alskálái. Ezek a vitatható belső megbízhatósági értékek okozhattak eltérést a jelen kutatás, és a szakirodalom eredményei között.

Kutatásom jó alap lehet arra, hogy a migrénnel kapcsolatos kutatások ne csak az orvos által diagnosztizált migrénes egyénnel történjenek, hanem érdemes több figyelmet fordítani az öndiagnosztizált migrénben szenvedő betegekre is, illetve a vizsgálatba bevonásuk mellett fontos lenne őket szakorvosi felmérésben, és a migrén diagnózisa esetén szakorvosi ellátásban

részesíteni. Jelen kutatás rámutatott arra, hogy a migrén szignifikánsan magasabb szorongás- és stressz-szintet eredményez az öndiagnosztizált migrénben szenvedők körében, növeli a fájdalomkatasztrofizáció mértékét, negatív hatással van az egészségi állapot miatti korlátozottságra, a szociális területeken való működésre, valamint mind az öndiagnosztizált, mind az orvos által diagnosztizált migrénben szenvedők körében negatívan befolyásolja a fájdalom megélésének aspektusait, azonban a szakirodalommal ellentétben, eredményeink alapján nincs hatással a depresszió mértékére az egészséges kontrollcsoporthoz képest. A vizsgálatomban elért eredmények két fontos dologra is felhívják a figyelmet; egyrészt arra, hogy lényeges lenne az öndiagnosztizált migrénben szenvedők kezelése, hiszen kutatásunkban magas arányban vettek részt, ami arra enged következtetni, hogy a többségük nem tud, vagy nem akar eljutni orvoshoz. Ez pedig kihatással lehet a migrénjük helyes kezelésére, a magasabb stressz-, és szorongás-szintjükre, valamint a fájdalomkatasztrofizáció fokozottabb jelenléte negatívan befolyásolhatja a betegséggel kapcsolatos megélésüket is. Ezen eredményekből kiindulva elengedhetetlen lenne a jövőben a migrénnel kapcsolatos tudás szélesítése mindenki számára, a fejfájásközpontok hirdetése, valamint az, hogy a migrénben szenvedők körében ne csak a migrén kerüljön kezelésre, hanem az életminőség azon területeire is fókuszáljon a terápia, amelyekre negatív hatással van a migrén. Ezen kívül, kutatásom arra is felhívja a figyelmet, hogy az olyan pszichológiai társzavarokkal, mint például a szorongás vagy a stressz, valamint a fájdalom megfelelő kezelésével, a katasztrofizálás lehetséges elhárításával is foglalkozni kell a kezelés során. Jelen kutatás rámutatott arra is, hogy fontos felhívni a betegségek mentén arra a figyelmet, hogy az egészségesek és a diagnosztizáltak között létezik egy olyan „szürke zóna”, ahol olyanok vannak, akik tüneteik alapján rendelkeznek a betegséggel, azonban különböző kételkedéseik, külső-belső megbélyegzések vagy éppen a lehetőségekről való tudás hiánya miatt nem jutnak megfelelő orvosi kezeléshez. Fontos tehát mind az egészségügyi dolgozók edukációja, mind az egészségügyi dolgozók általi edukáció, az elérhető lehetőségek és terápiák hirdetése, és a szakemberek közötti együttműködés, hogy a jövőben mind az ellátásra szorulóknak megkapják a megfelelő kezelést, mind a diagnózissal élők szélesebb körű ellátásban részesülhessenek.

Dolgozatomban a mesterséges intelligenciát szakcikkek keresésére használtam fel, illetve a legpontosabb megfogalmazás érdekében a mesterséges intelligencia használatának megfelelő APA hivatkozását is annak segítségével írtam le. Más esetben nem használtam a mesterséges intelligenciát.

OpenAI. (2024). ChatGPT (December 2024 verzió) [Large language model]. <https://openai.com>

Felhasznált irodalom

- Abel, H. (2009). Migraine headaches: diagnosis and management. *Optometry (St. Louis, Mo.)*, 80(3), 138–148. <https://doi.org/10.1016/j.optm.2008.06.008>
- Acikgoz, M., Piri Cinar, B., Celebi, U., Aciman Demirel, E., Karpuz Seren, B. & Atasoy, H. T. (2023). Illness perception and quality of life in patients with migraine and tension-type headache. *Neurological research*, 45(4), 370–380. <https://doi.org/10.1080/01616412.2022.2148512>
- Aguilar-Shea, A. L., Membrilla Md, J. A. & Diaz-de-Teran, J. (2022). Migraine review for general practice. *Atencion primaria*, 54(2), 102208. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102208>
- Al-Hayani, M., AboTaleb, H., Bazi, A. & Alghamdi, B. (2023). Depression, anxiety and stress in Saudi migraine patients using DASS-21: local population-based cross-sectional survey. *The International journal of neuroscience*, 133(3), 248–256. <https://doi.org/10.1080/00207454.2021.1909011>
- Alwhaibi, M., Balkhi, B. & Al Ruthia, Y. (2023). Anxiety and depression and health-related quality of life among adults with migraine: a National Population-Based Study. *Frontiers in public health*, 11, 1241800. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1241800>
- Bánk, J. & Márton, S. (2000). Hungarian migraine epidemiology. *Headache*, 40(2), 164–169. <https://doi.org/10.1046/j.1526-4610.2000.00023.x>
- Baskin, S. M., Lipchik, G. L. & Smitherman, T. A. (2006). Mood and anxiety disorders in chronic headache. *Headache*, 46 Suppl 3, 76–87. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2006.00559.x>
- Brusa, P., Allais, G., Scarinzi, C., Baratta, F., Parente, M., Rolando, S., Gnavi, R., Spadea, T., Costa, G., Benedetto, C., Mana, M., Giaccone, M., Mandelli, A., Manzoni, G. C. & Bussone, G. (2019). Self-medication for migraine: A nationwide cross-sectional study in Italy. *PloS one*, 14(1), e0211191. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211191>
- Cady, R. K. (1999). Diagnosis and treatment of migraine. *Clinical cornerstone*, 1(6), 21–32. [https://doi.org/10.1016/s1098-3597\(99\)90037-6](https://doi.org/10.1016/s1098-3597(99)90037-6)

- Cevoli, S., D'Amico, D., Martelletti, P., Valguarnera, F., Del Bene, E., De Simone, R., Sarchielli, P., Narbone, M., Testa, L., Genco, S., Bussone, G. & Cortelli, P. (2009). Underdiagnosis and undertreatment of migraine in Italy: a survey of patients attending for the first time 10 headache centres. *Cephalalgia : an international journal of headache*, 29(12), 1285–1293. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2982.2009.01874.x>
- Csépány, É. (2020). *Önkitöltős kérdőívek szerepe az önálló fejfájások felismerésében és életminőségre gyakorolt hatásuk felmérésében* (Doctoral dissertation). DOI:10.14753/SE.2020.2333
- Dahlöf, C. G. & Dimenäs, E. (1995). Migraine patients experience poorer subjective well-being/quality of life even between attacks. *Cephalalgia : an international journal of headache*, 15(1), 31–36. <https://doi.org/10.1046/j.1468-2982.1995.1501031.x>
- Dione, M. N., Donelle, L., Smye, V. & Befus, D. (2024). Self-management Experience of Nurses Living with Migraine: A Qualitative Study. *The Canadian journal of nursing research = Revue canadienne de recherche en sciences infirmières*, 56(1), 38–48. <https://doi.org/10.1177/08445621231199652>
- Dissing, A. S., Lee, X. Y., Østerberg, O. & Hammer-Helmich, L. (2023). Burden of Medication Overuse in Migraine: A Cross-sectional, Population-Based Study in Five European Countries Using the 2020 National Health and Wellness Survey (NHWS). *Neurology and therapy*, 12(6), 2053–2065. <https://doi.org/10.1007/s40120-023-00545-x>
- Dowson, A. & Jagger, S. (1999). The UK migraine patient survey: quality of life and treatment. *Current medical research and opinion*, 15(4), 241–253. <https://doi.org/10.1185/03007999909116495>
- Estave, P. M., Beeghly, S., Anderson, R., Margol, C., Shakir, M., George, G., Berger, A., O'Connell, N., Burch, R., Haas, N., Powers, S. W., Seng, E., Buse, D. C., Lipton, R. B. & Wells, R. E. (2021). Learning the full impact of migraine through patient voices: A qualitative study. *Headache*, 61(7), 1004–1020. <https://doi.org/10.1111/head.14151>
- Feinstein, A. R. (1970). THE PRE-THERAPEUTIC CLASSIFICATION OF COMORBIDITY IN CHRONIC DISEASE. *Journal of chronic diseases*, 23(7), 455–468. [https://doi.org/10.1016/0021-9681\(70\)90054-8](https://doi.org/10.1016/0021-9681(70)90054-8)
- García-Marín, L. M., Campos, A. I., Martín, N. G., Cuéllar-Partida, G. & Rentería, M. E. (2021). Phenome-wide analysis highlights putative causal relationships between self-reported migraine and other complex traits. *The journal of headache and pain*, 22(1), 66. <https://doi.org/10.1186/s10194-021-01284-w>

- GBD 2021 Nervous System Disorders Collaborators (2024). Global, regional, and national burden of disorders affecting the nervous system, 1990-2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet. Neurology*, 23(4), 344–381. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(24\)00038-3](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(24)00038-3)
- Gellatly, R. & Beck, A. T. (2016). Catastrophic thinking: A transdiagnostic process across psychiatric disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 40(4), 441–452. <https://doi.org/10.1007/s10608-016-9763-3>
- Hanssen, M. M., Peters, M. L., Vlaeyen, J. W. S., Meevissen, Y. M. C. & Vancleef, L. M. G. (2013). Optimism lowers pain: evidence of the causal status and underlying mechanisms. *Pain*, 154(1), 53–58. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2012.08.006>
- Haratian, A., Amjadi, M., Ghandehari, K., & Hatamian, H., & Kiani, S., Habibi, M., Aghababaei, Z. & Ataei, M. (2020). Emotion Regulation Difficulties and Repetitive Negative Thinking in Patients With Tension Headaches and Migraine. *Caspian Journal of Neurological Sciences*. 6, 147-155. <https://doi.org/10.32598/cjns.6.22.3>
- Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. (2018). *Cephalalgia : an international journal of headache*, 38(1), 1–211. <https://doi.org/10.1177/0333102417738202>
- Holroyd, K. A., Drew, J. B., Cottrell, C. K., Romanek, K. M. & Heh, V. (2007). Impaired functioning and quality of life in severe migraine: the role of catastrophizing and associated symptoms. *Cephalalgia : an international journal of headache*, 27(10), 1156–1165. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2982.2007.01420.x>
- Kelman, L. (2007). The triggers or precipitants of the acute migraine attack. *Cephalalgia : an international journal of headache*, 27(5), 394–402. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2982.2007.01303.x>
- Kim, S., Bae, D. W., Park, S. G. & Park, J. W. (2021). The impact of Pain-related emotions on migraine. *Scientific reports*, 11(1), 577. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-80094-7>
- Kiss, G., Szabó, D., Tékus, E., Jancsó, G., Arató, E., Makai, A., Járomi, M. & Mintál, T. (2022). Validity and Reliability of the Hungarian Version of Aberdeen Varicose Vein Questionnaire. *International journal of environmental research and public health*, 19(3), 1639. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031639>
- Kocakaya, H., Say, B., Yörübulut, S. & Ergün, U. (2023). Emotion dysregulation in migraine patients: can it be a hallmark the probability of the transformation from episodic to

- chronic? *Neurological research*, 45(7), 610–618.
<https://doi.org/10.1080/01616412.2023.2176089>
- Kołodziej, K., Kurowska, A. & Majda, A. (2022). Intensity of perceived stress and control of anger, anxiety and depression of people staying in Polish penitentiary institutions. *International journal of prisoner health*, 18(1), 83–96.
<https://doi.org/10.1108/IJPH-12-2020-0103>
- Kököneyi, Gy. (2008). *Érzelemszabályozás krónikus fájdalomban*. Doktori disszertáció. ELTE PPK Pszichológiatudomány Doktori Iskola, Budapest.
- Kryst, S. & Scherl, E. (1994). A population-based survey of the social and personal impact of headache. *Headache*, 34(6), 344–350. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.1994.hed3406344.x>
- Lampl, C., Heuberger, B., Haas, S., Yazdi, K., Buzath, A. & Kemetzhofer, P. (2003). Relationship of locus of control in women with migraine and healthy volunteers. *Headache*, 43(8), 878–883. <https://doi.org/10.1046/j.1526-4610.2003.03166.x>
- Lantéri-Minet, M., Radat, F., Chautard, M. H. & Lucas, C. (2005). Anxiety and depression associated with migraine: influence on migraine subjects' disability and quality of life, and acute migraine management. *Pain*, 118(3), 319–326.
<https://doi.org/10.1016/j.pain.2005.09.010>
- Linde, M. & Dahlöf, C. (2004). Attitudes and burden of disease among self-considered migraineurs--a nation-wide population-based survey in Sweden. *Cephalalgia : an international journal of headache*, 24(6), 455–465. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2982.2004.00703.x>
- Lipton, R. B., Liberman, J. N., Kolodner, K. B., Bigal, M. E., Dowson, A. & Stewart, W. F. (2003). Migraine headache disability and health-related quality-of-life: a population-based case-control study from England. *Cephalalgia : an international journal of headache*, 23(6), 441–450. <https://doi.org/10.1046/j.1468-2982.2003.00546.x>
- Lipton, R. B., Nicholson, R. A., Reed, M. L., Araujo, A. B., Jaffe, D. H., Faries, D. E., Buse, D. C., Shapiro, R. E., Ashina, S., Cambron-Mellott, M. J., Rowland, J. C. & Pearlman, E. M. (2022). Diagnosis, consultation, treatment, and impact of migraine in the US: Results of the OVERCOME (US) study. *Headache*, 62(2), 122–140.
<https://doi.org/10.1111/head.14259>
- Lipton, R. B., Stewart, W. F., Diamond, S., Diamond, M. L. & Reed, M. (2001). Prevalence and burden of migraine in the United States: data from the American Migraine Study II. *Headache*, 41(7), 646–657. <https://doi.org/10.1046/j.1526-4610.2001.041007646.x>

- Martinelli, D., Pocora, M. M., De Icco, R., Putorti, A. & Tassorelli, C. (2022). Triggers of migraine: where do we stand?. *Current opinion in neurology*, 35(3), 360–366. <https://doi.org/10.1097/WCO.0000000000001065>
- Martínez-Fernández, A., Rueda Vega, M., Quintas, S., de Toledo Heras, M., Díaz de Terán, J., Latorre González, G., Trabajos García, O., Vivancos Mora, J. & Gago-Veiga, A. B. (2020). Psychosocial repercussion of migraine: is it a stigmatized disease?. *Neurological sciences : official journal of the Italian Neurological Society and of the Italian Society of Clinical Neurophysiology*, 41(8), 2207–2213. <https://doi.org/10.1007/s10072-020-04332-6>
- Meints, S. M. & Edwards, R. R. (2018). Evaluating psychosocial contributions to chronic pain outcomes. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry*, 87(Pt B), 168–182. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2018.01.017>
- Mier, R. W. & Dhadwal, S. (2018). Primary Headaches. *Dental clinics of North America*, 62(4), 611–628. <https://doi.org/10.1016/j.cden.2018.06.006>
- Miller, S. & Matharu, M. S. (2014). Migraine is underdiagnosed and undertreated. *The Practitioner*, 258(1774), 19–3.
- Molgat, C. V. & Patten, S. B. (2005). Comorbidity of major depression and migraine--a Canadian population-based study. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 50(13), 832–837. <https://doi.org/10.1177/070674370505001305>
- Umaji, K. & Paireekreng, W. (2023). A Study of the Remote Working Efficiency in IT Project Implementation during the COVID-19 Pandemic. *WSEAS TRANSACTIONS ON BUSINESS AND ECONOMICS*, 20, 400-409. DOI: 10.37394/23207.2023.20.37.
- Parikh, S. K. & Young, W. B. (2019). Migraine: Stigma in Society. *Current pain and headache reports*, 23(1), 8. <https://doi.org/10.1007/s11916-019-0743-7>
- Peres, M. F. P., Mercante, J. P. P., Tobo, P. R., Kamei, H. & Bigal, M. E. (2017). Anxiety and depression symptoms and migraine: a symptom-based approach research. *The journal of headache and pain*, 18(1), 37. <https://doi.org/10.1186/s10194-017-0742-1>
- Raggi, A., Giovannetti, A. M., Quintas, R., D'Amico, D., Cieza, A., Sabariego, C., Bickenbach, J. E. & Leonardi, M. (2012). A systematic review of the psychosocial difficulties relevant to patients with migraine. *The journal of headache and pain*, 13(8), 595–606. <https://doi.org/10.1007/s10194-012-0482-1>
- Rao, D., Choi, S., Victorson, D., Bode, R., Peterman, A., Heinemann, A. & Cella, D. (2009). Measuring Stigma Across Neurological Conditions: The Development of the Stigma Scale for Chronic Illness (SSCI). *Quality of life research : an international journal of*

- quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation.* 18. 585-95.
<https://doi.org/10.1007/s11136-009-9475-1>
- Rausa, M., Spada, G. E., Patron, E., Pierangeli, G. & Palomba, D. (2022). Do catastrophizing and autonomic-reduced flexibility mediate pain outcomes in chronic headache?. *Neurological sciences : official journal of the Italian Neurological Society and of the Italian Society of Clinical Neurophysiology*, 43(5), 3283–3295.
<https://doi.org/10.1007/s10072-021-05732-y>
- Reinhardt, M., Horváth, Zs., Tóth, L. & Kökönyei, Gy. (2020). A mentális egészség kontinuum skála rövid változatának hazai validációja. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 75. 217–246. <https://doi.org/10.1556/0016.2020.00014>
- Rizzoli, P. & Mullally, W. J. (2018). Headache. *The American journal of medicine*, 131(1), 17–24. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2017.09.005>
- Robbins, M. S. & Lipton, R. B. (2010). The epidemiology of primary headache disorders. *Seminars in neurology*, 30(2), 107–119. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1249220>
- Sauro, K. M. & Becker, W. J. (2009). The stress and migraine interaction. *Headache*, 49(9), 1378–1386. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2009.01486.x>
- Scher, A. I., Stewart, W. F., Buse, D., Krantz, D. S. & Lipton, R. B. (2008). Major life changes before and after the onset of chronic daily headache: a population-based study. *Cephalalgia : an international journal of headache*, 28(8), 868–876.
<https://doi.org/10.1111/j.1468-2982.2008.01634.x>
- Seng, E. K., Buse, D. C., Klepper, J. E., J Mayson, S., Grinberg, A. S., Grosberg, B. M., Pavlovic, J. M., Robbins, M. S., Vollbracht, S. E. & Lipton, R. B. (2017). Psychological Factors Associated With Chronic Migraine and Severe Migraine-Related Disability: An Observational Study in a Tertiary Headache Center. *Headache*, 57(4), 593–604. <https://doi.org/10.1111/head.13021>
- Seng, E. K., Shapiro, R. E., Buse, D. C., Robbins, M. S., Lipton, R. B. & Parker, A. (2022). The unique role of stigma in migraine-related disability and quality of life. *Headache*, 62(10), 1354–1364. <https://doi.org/10.1111/head.14401>
- Shapiro, R., Viktrup, L., Muenzel, E., Buse, D., Zagar, A., Ashina, S., Hutchinson, S., Nicholson, R. & Lipton, R. (2023). Stigmatizing attitudes about migraine by people without migraine: Results of the overcome (US) study. *Journal of the Neurological Sciences*. 455. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2023.121111>
- Shimizu, T., Sakai, F., Miyake, H., Sone, T., Sato, M., Tanabe, S., Azuma, Y. & Dodick, D. W. (2021). Disability, quality of life, productivity impairment and employer costs of

- migraine in the workplace. *The journal of headache and pain*, 22(1), 29. <https://doi.org/10.1186/s10194-021-01243-5>
- Silberstein S. D. (2004). Migraine. *Lancet (London, England)*, 363(9406), 381–391. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)15440-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)15440-8)
- Sullivan, M. J. L. & Tripp, D. A. (2024). Pain Catastrophizing: Controversies, Misconceptions and Future Directions. *The journal of pain*, 25(3), 575–587. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2023.07.004>
- Sullivan, M. J., Thorn, B., Haythornthwaite, J. A., Keefe, F., Martin, M., Bradley, L. A. & Lefebvre, J. C. (2001). Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *The Clinical journal of pain*, 17(1), 52–64. <https://doi.org/10.1097/00002508-200103000-00008>
- Szondy, M. (2004). Optimizmus és immunfunkciók. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 5(4), 301–320.
- Vasudeva, S., Claggett, A. L., Tietjen, G. E. & McGrady, A. V. (2003). Biofeedback-assisted relaxation in migraine headache: relationship to cerebral blood flow velocity in the middle cerebral artery. *Headache*, 43(3), 245–250. <https://doi.org/10.1046/j.1526-4610.2003.03048.x>
- Vo, P., Paris, N., Bilitou, A., Valena, T., Fang, J., Naujoks, C., Cameron, A., de Reydet de Vulpillieres, F. & Cadiou, F. (2018). Burden of Migraine in Europe Using Self-Reported Digital Diary Data from the Migraine Buddy© Application. *Neurology and therapy*, 7(2), 321–332. <https://doi.org/10.1007/s40120-018-0113-0>
- Wachholtz, A., Bhowmick, A., Herbert, L. B. & Marcus, D. (2017). More is not Always Better: An Epidemiological Assessment of Migraine Frequency and the Impact on Relationships. *Journal of pain management & medicine*, 3(2), 126. <https://doi.org/10.35248/2684-1320.17.3.126>
- Walker, I. J. & Nordin-Bates, S. M. (2010). Performance anxiety experiences of professional ballet dancers: the importance of control. *Journal of dance medicine & science : official publication of the International Association for Dance Medicine & Science*, 14(4), 133–145. <https://doi.org/10.1177/1089313x1001400402>
- Wilhelm, H. (2012). Mythos Migräne [Migraine myths]. *Der Ophthalmologe : Zeitschrift der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft*, 109(3), 297–307. <https://doi.org/10.1007/s00347-012-2553-8>
- Wöber-Bingöl, C., Wöber, C., Karwautz, A., Auterith, A., Serim, M., Zebenholzer, K., Aydıncok, K., Kienbacher, C., Wanner, C. & Wessely, P. (2004). Clinical features of

migraine: a cross-sectional study in patients aged three to sixty-nine. *Cephalalgia : an international journal of headache*, 24(1), 12–17. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2982.2004.00621.x>

Yalinay Dikmen, P., Yavuz, B. G. & Aydinlar, E. I. (2015). The relationships between migraine, depression, anxiety, stress, and sleep disturbances. *Acta neurologica Belgica*, 115(2), 117–122. <https://doi.org/10.1007/s13760-014-0312-0>

Yousefi Afrashteh, M., Abbasi, M., & Abbasi, M. (2023). The relationship between meaning of life, perceived social support, spiritual well-being and pain catastrophizing with quality of life in migraine patients: the mediating role of pain self-efficacy. *BMC psychology*, 11(1), 17. <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01053-1>

Mellékletek

1. Melléklet



EPKEB
Egyesített Pszichológiai Kutatásetikai Bizottság

EGYESÍTETT PSZICHOLÓGIAI KUTATÁSETIKAI BIZOTTSÁG

Etikai engedély

Az Egyesített Pszichológiai Kutatásetikai Bizottság (EPKEB) az alábbi kutatási tervet etikai szempontból értékelte, és annak végrehajtásához a *Szegedi Tudományegyetem, Pszichológiai Intézet* megbízásából hozzájárul.

Kutató: Dr. Csábi Eszter

Kutatás címe: A migrénes fájdalommal való megküzdést befolyásoló tényezőknek és hatásának vizsgálata

Referencia szám: 2023-166 (2021-64)

Engedélyezés dátuma: 2024. március 18.

EPKEB társelnök

Balázs Katalin

vagy

Miklósi Ádám