

مقایسه باورهای غیرمنطقی، تیپ شخصیتی D و کیفیت زندگی مبتلایان به سردردهای

میگرنی و افراد سالم

*مریم رهنمای^۱، سید موسی کافی^۲، مجید برادران^۳، بابک بخشایش^۴

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه گیلان، گیلان، ایران.

۲. دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه گیلان، گیلان، ایران.

۳. مربی گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، ایران.

۴. استادیار، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، گیلان، ایران.

(تاریخ وصول: ۹۲/۱۲/۲۵ - تاریخ پذیرش: ۹۴/۰۶/۱۵)

Comparison of Irrational Beliefs, D Personality Type and Quality of Life in Migraine Headaches and Healthy People

*Maryam Rahnamay¹, Seyed Mousa Kafi², Majid Baradaran³, Babak Bakhshayesh⁴

1. M.A in General Psychology, Guilan University, Guilan, Iran.

2. Associate Professor of Department of Psychology, Guilan University, Guilan, Iran.

3. Lecturer of Department of Psychology Group, payame Noor University, Iran.

4. Assistant Professor, Medical Sciences of Guilan University, Guilan, Iran.

(Received: Mar. 16, 2014 - Accepted: Sep. 06, 2015)

Abstract

Objective: According to frequency of headache and its impact on performances temperament and its increasing effect on physical health and psychological and social losses, the purpose of this study is comparing irrational beliefs, D personality type and quality of life in patients with migraine and healthy. **Method:** In the casual - comparative study, sample consisted of 200 people (100 people with migraines and 100 healthy people) that people with migraine visited neurologist in Rasht city 1391 that were selected by available sampling method. To collecting data was used from irrational beliefs scales, D personality type and quality of life questionnaire. Research data using Multivariate variance analysis were analyzed. **Findings:** The results showed that under irrational beliefs scales and D personality type and quality of life, there is a significant different between two groups. **Conclusion:** These findings showed that irrational beliefs, D personality type and quality of life are almost effective structures on migraine headaches. These results have important implications about irrational beliefs and importance of therapeutic interventions to improving the quality of life for people with migraine headaches that has been considered in the article.

Keywords: Migraine Headaches, Irrational Beliefs, D Personality Type, Quality of Life.

چکیده

مقدمه: نظر به فراوانی بیماران مبتلا به سردرد و تأثیر آن در عملکرد، خلق و خو و اثر روزافزون آن در سلامت جسمی و کیفیت زندگی و زبان‌های روانی و اجتماعی؛ هدف پژوهش حاضر مقایسه باورهای غیرمنطقی، تیپ شخصیتی D و کیفیت زندگی افراد مبتلا به سردردهای میگرنی و سالم است. روش: در این مطالعه علی - مقایسه‌ای، نمونه شامل ۲۰۰ نفر (۱۰۰ نفر مبتلا به میگرن و ۱۰۰ نفر افراد سالم) است که افراد مبتلا به سردردهای میگرنی مراجعه‌کننده به متخصص مغز و اعصاب شهر رشت در سال ۱۳۹۱ بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس باورهای غیرمنطقی، تیپ شخصیتی D و پرسشنامه کیفیت زندگی استفاده شد. داده‌های پژوهش با استفاده از تحلیل واریانس چند متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته‌ها: نتایج نشان داد که در زیرمقیاس‌های باورهای غیرمنطقی و تیپ شخصیتی D و کیفیت زندگی بین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد. نتیجه‌گیری: این یافته‌ها نشان می‌دهد که باورهای غیرمنطقی، تیپ شخصیتی D و کیفیت زندگی از سازه‌های تقریباً اثرگذار بر سردردهای میگرن هستند این نتایج، تلویحات مهمی در زمینه باورهای غیرمنطقی و اهمیت مداخلات درمانی برای ارتقای کیفیت زندگی افراد مبتلا به سردردهای میگرنی دارد که باید مورد توجه قرار گیرند.

واژگان کلیدی: سردردهای میگرنی، باورهای غیرمنطقی، تیپ شخصیتی D، کیفیت زندگی.

*نویسنده مسئول: مریم رهنمای

*Corresponding Author: Maryam Rahnamay

Email: psychology-2012@yahoo.com

مقدمه

است و تنش نقش مهمی در پیامدها و ناتوانی مربوط به آن دارد (کروونه، ۲۰۱۱؛ هدبورگ^۴ و همکاران، ۲۰۱۱؛ یوکویاما^۵ و همکاران، ۲۰۰۹). در مطالعه انجام شده توسط کاراکورام (۲۰۰۴)، بر روی ویژگی‌های شخصیتی ۳۵ بیمار میگرن مزمن و ۵۰ بیمار حاد نشان داده شد که افسردگی و اضطراب ممکن است فاکتور در شروع سردرد میگرن باشد و افسردگی، هیستریا و هیپوکندریا در بیماران با میگرن مزمن به طور مشخص تر و واضح تر نسبت به میگرن حاد دیده می‌شود. میگرن بیماری شایعی است که شروع آن در بسیاری از موارد در دوران نوجوانی است هم‌چنین سردردهای میگرن اغلب شدید بوده و منجر به اختلال در عملکرد بیماری می‌شوند به طوری که افراد مبتلا ممکن است به دلیل سردردهای شدید دچار اختلال در عملکرد و مشکلاتی در زندگی شوند، میگرن یک اختلال سردرد گه گاهی است که مشکلات روان‌شناختی در این بیماران بسیار شایع است و بیشتر افراد مبتلا دارای ویژگی‌های شخصیتی درون‌نگری، افسردگی و هیپوکندریا هستند. نتایج پژوهش طوبایی و فراشبندی (۱۳۸۹)، نشان داد که بین ویژگی‌هایی شخصیتی و سردرد میگرن ارتباط وجود دارد. باوجوداینکه میگرن نوعی سردرد خوش‌خیم است اما این درد در برخی موارد ناتوان‌کننده بوده، سبب تأثیر بدخلق و خوی فرد و اختلالات خواب می‌گردد و از این رو، زیان‌های

سردرد یکی از علائم شایع در بیش از ۹۰ درصد مردم است که گاه در طول زندگی با آن مواجه می‌شوند. مشکلات روان‌شناختی در بین سردردهای میگرن مزمن شیوع فراوانی دارد (آمیکرولیبردا، ۲۰۰۰).

باید گفت تفاوت‌های شخصیتی و عوامل روان‌شناختی عامل مهمی است که به واکنش متفاوت در افراد منجر می‌گردد از آنجایی که بیماران با سردرد میگرنی دارای ویژگی‌های شخصیتی خاص می‌باشند و اکثراً افرادی نگران و مضطرب هستند (طوبایی و فراشبندی، ۱۳۸۹) ممکن است این عوامل سبب‌ساز شروع سردرد بوده و یا تأثیراتی در شروع و شدت سردرد میگرن داشته باشند. عوامل روان‌شناختی نظیر حالات هیجانی منفی (افسردگی، اضطراب و خشم) می‌توانند احتمال بروز حمله سردرد میگرنی را تسریع نمایند، شدت ادراک شده درد ناحیه سر افزایش‌دهنده اختلال کارکردی ناشی از میگرن و ناتوای مرتبط با آن را بالا می‌روند و پیش‌آگهی درمان را ضعیف سازند (رادت^۲ و همکاران، ۲۰۱۱؛ کروونه^۳ و همکاران، ۲۰۱۱).

احساسات اضطرابی در بین مبتلایان به سردرد میگرن بسیار شایع است و این احساسات یکی از مهم‌ترین عوامل راه‌انداز میگرن است (کروونه و همکاران، ۲۰۱۱؛ بلابنه و همکاران، ۲۰۱۱). استرس روانی - اجتماعی نیز از پیش‌بینی‌کننده‌های مهم سردرد میگرنی

4. Hedborg, K
5. Yokoyama, M

1. Amico, D, Libro, G
2. Radat, F
3. Curone, M

به سردرد مخصوصاً کسانی که دچار سردردهای میگرن مزمن هستند توقعات غیرواقع بینانه و افکار غیرمنطقی می‌تواند باعث شروع و تکرار حملات سردرد شود.

برداشت‌های ذهنی، باورها، افکار، انتظارات و اعتقادات فرد و تأثیر آن بر رفتارهای روزمره در صورت برآورده نشدن موجب آشفتگی فکری می‌شود (ازخوش و عسگری، ۱۳۸۶) این نارسایی‌های شناختی و شناخت‌های اشتباه، باورها و عقاید نادرست و نگرش‌های غلط بر نوع ادراک فرد و همچنین بر سلامت هیجان تأثیر می‌گذارد (رابینز، ۱۳۷۴) و افسردگی، خودآزاری و خود سرزنشی، سردرد و سایر اثرات عمیق هیجانی را به دنبال دارد که در شروع و شدت سردرد تأثیرگذار است.

یافته‌های هایش، کلارک، مایترز و ویلیام^۶ (۲۰۰۳)، نشان می‌دهد افرادی که باورهای غیرمنطقی دارند اضطراب و عملکرد اجتماعی ضعیفی دارند. تقی‌پور در سال (۱۳۷۷)، به بررسی مقایسه میزان باورهای غیرمنطقی در بین گروه بیماران روانی تنی و افراد سالم پرداخت در این بررسی بین دو گروه از نظر وجود باورهای غیرمنطقی تفاوت معنی‌دار وجود دارد.

یکی از عوامل اثرگذار بر سردردهای میگرنی تیپ شخصیتی افراد است که در مطالعه حاضر تیپ شخصیتی D مطرح است، افراد دارای این تیپ شخصیتی عواطف منفی بالا و بازداری

روانی، اجتماعی و اقتصادی فراوانی در پی خواهد داشت. میگرن بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۴)، رتبه نوزدهم را در بین اختلالات ایجادکننده ناتوانی به خود اختصاص داده است که با اختلال بارز در کیفیت زندگی همراه است و هزینه بالایی را در سیستم مراقبت درمانی به خود اختصاص می‌دهد (نیچلسون^۱ و همکاران، ۲۰۰۷؛ گرین^۲، ۲۰۱۱). روابطی چند سویه بین عوامل زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی در پیدایش میگرن وجود دارد که نیازمند مداخله متناسب هستند (دنت^۳ و همکاران، ۲۰۱۱؛ گرین، ۲۰۱۱).

بسیاری از پژوهشگران اعتقاد دارند که باورهای ناکارآمد علت اصلی بسیاری از اختلالات است (الیس^۴، ۲۰۰۰). منظور از چنین باورهایی در واقع وجود افکار نادرست و نامنتحب با واقعیت درباره خود و جهانی است که این باورها و انتظارات غیرواقع بینانه بر نوع ادراک و سلامت هیجانی فرد اثر می‌گذارد (رابینز، ۱۳۷۴) و منجر به افزایش سطح آشفتگی آنها می‌شود که متعاقب آن کیفیت زندگی آسیب‌دیده و بیشتر اختلالات روان‌تنی از جمله سردرد هستند (بروک، نیکلایک، سانن^۵، ۲۰۰۷).

بی‌تردید بسیار از مشکلات روانی ریشه در باورها و افکار غیرمنطقی در مورد خود، دیگران و جهان پیرامون دارد. از این رو در بین افراد مبتلا

6. Hirsch, C. R. Clark, D. M. Mathews, A. & Williams, R.

1. Nicholson, R.A.
2. Green.M.W.
3. Dent, W
4. Ellis, A.
5. Broek p Martentsk. Nyklicek E, voort I, Susanne p.

مریم رهنمای و همکاران: مقایسه باورهای غیرمنطقی، تیپ شخصیتی D و کیفیت زندگی مبتلایان به سردردهای میگرنی و ...

تأثیرگذار بر رفتارهای بهداشتی بیماران کرونر قلبی هستند.

یکی از نمودهای احساسات مثبت، کیفیت زندگی است که شامل رضایت از زندگی احساس خوشبختی و شادکامی است که جنبه‌هایی از سلامتی به شمار می‌روند (باولینگ و وینرسور^۲، ۲۰۰۱). این سازه ارتباط تنگاتنگی با اهداف، انتظارات، استانداردها و علایق، اعتقادات شخصی، وضعیت جسمی و روانی و میزان خوداتکایی دارد (سیاری و گری واسدی لاری، ۱۳۸۰). در دنیای امروز، ارتقای کیفیت زندگی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و معمولاً افراد با شرایط یکسان کیفیت متفاوتی را گزارش می‌کنند. همان‌گونه که می‌دانیم زندگی دارای ابعاد جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی است که کیفیت زندگی بر همه این ابعاد تأثیر می‌گذارد (کاویانی و حاتمی و شفیع‌آبادی، ۱۳۸۷).

کیفیت زندگی، ساختاری پویا و ذهنی است که به مقایسه وضعیت ذهنی گذشته با حوادث اخیر در همه جوانب مثبت و منفی می‌پردازد. لذا ارزیابی کیفیت زندگی مبتلایان به میگرن موجب می‌شود تا به چگونگی درک بیمار از سلامتی، توانایی عملکرد و حس خوب بودن پی برده و روش‌های درمانی ارتقای کیفیت زندگی این افراد موردتوجه قرار گیرد (ساین، ماتلای و سیندل^۳، ۲۰۰۷). مطالعات نشان می‌دهد که اختلالات و فشارهای روانی در افراد دچار سردردهای میگرن در ارتباط با

اجتماعی بیشتری را نشان می‌دهند. (۱) عاطفه منفی یعنی تمایل به تجربه عواطف منفی در طول زمان و موقعیت‌های مختلف.

(۲) بازداری اجتماعی که تمایل برای بازداری از بیان این هیجانات در تعامل اجتماعی است (دنولت و همکاران، ۲۰۰۳). هم‌چنین این تیپ شخصیتی با دامنه وسیعی از اختلالات هیجانی از قبیل اضطراب، اختلال استرس پس از سانحه و سبک زندگی ناسالم مشخص می‌شود. افراد با این تیپ صفات ویژه‌ای دارند که ممکن است بر سلامتی اثرات زیانباری داشته باشد به همین علت بیشتر مستعد اختلالات مربوط به سلامتی و بیماری هستند (دنولت، براتسرت، کلرک، استرنس، ورینتس^۱، ۲۰۰۳).

نتایج پژوهش‌های احمدی و جعفری و کریمی نیا و اخوان (۱۳۸۹)، نشان داد که تیپ شخصیتی D افراد را مستعد بیماری‌های جسمانی و اختلال‌های روانی می‌کند ابوالقاسمی و تقی پور و نریمانی (۱۳۹۱)، پژوهشی با بررسی ارتباط تیپ شخصیتی D، خود دلسوزی و حمایت اجتماعی با رفتارهای بهداشتی در بیماران کرونر قلبی انجام دادند. نمونه این مطالعه همبستگی شامل ۸۴ بیمار کرونر قلبی مراجعه‌کننده به بیمارستان تخصصی شهید مدرس تهران به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهند که تیپ شخصیتی D خود دلسوزی و حمایت اجتماعی از متغیرهای تقریباً

2. Bowlinj, A & Windsor.

3. Sayun A, Mutluay R, sindel s

1. Denollet J conraads VM. Brutsaert Di. Clerck LD, sterens WJ.vrints cl.

به صورت زیر انجام گرفته است:

انتخاب افراد مبتلا به میگرن به این صورت بود که طی دوره سه ماه متوالی از دی الی اسفندماه ۱۳۹۱ افراد مراجعه کننده به متخصص مغز و اعصاب شهر رشت صورت گرفت البته این انتخاب افراد منوط به موافقت و رضایت آن‌ها بود.

انتخاب افراد سالم به این صورت بود که طی دوره سه ماه متوالی و با توجه به متغیرهای جمعیت شناختی با گروه مبتلایان به میگرن، همسازی صورت گرفت و در این راستا افرادی انتخاب شدند که بر اساس اظهارات خود و سوابق پزشکی سابقه سوء مصرف مواد، سایر بیماری‌های جسمی را نداشتند.

پرسش نامه باورهای غیرمنطقی: این پرسش نامه بر اساس نظریه آلبرت ایس تهیه شده است و انواع باورهای غیرمنطقی را با استفاده از ۱۰۰ پرسش بررسی می کند. این پرسش نامه در کل از ده مقیاس و هر مقیاس از ۱۰ سؤال تشکیل یافته است. سؤال‌های آزمون به روش لیکرت و به صورت ۵ درجه‌ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم تهیه شده‌اند. نمره بالا در این پرسش نامه نشان دهنده باور غیرمنطقی بالا و نمره پایین نشان دهنده باور منطقی کم تر است. حداقل نمره در این مقیاس ۱۰۰ و حداکثر ۵۰۰ است. جونز (۱۹۶۸؛ به نقل از صادق، ۱۳۸۳) با استفاده از روش آزمون مجدد مشاهده کرد که پایایی آزمون معادل ۰/۹۲ است. پایایی هر یک از مقیاس‌های ۱۰ گانه از ۰/۶۶ تا ۰/۸۰ و

اضطراب، افسردگی و کمبود حمایت‌های اجتماعی شایع تر از مردم عادی است این موضوع سبب می شود تا از کیفیت زندگی پایین تری برخوردار باشند و کیفیت زندگی پایین عاملی مؤثر در بروز اختلالات روانی است (اسملتندروبار، ۲۰۰۴). هر چه میزان علائم اضطراب و افسردگی در این بیماران بالاتر باشد، از کیفیت زندگی پایین تری برخوردار هستند (تاگی و همکاران، ۲۰۰۷). نتایج پژوهش شفیع پور، جعفری و شفیع پور (۱۳۸۸)، حاکی از این است که با افزایش شدت تنیدگی، کیفیت زندگی کاهش می یابد.

در راستای مطالب مطرح شده، پژوهش حاضر در پی پاسخ به این پرسش که آیا بین باورهای غیرمنطقی، تیپ شخصیتی D و کیفیت زندگی افراد مبتلا به میگرن و افراد سالم تفاوت وجود دارد؟

روش

با توجه به هدف اساسی پژوهش مبنی بر مقایسه بین باورهای غیرمنطقی، تیپ شخصیتی D و کیفیت زندگی مطالعه حاضر از نمونه پژوهش‌های علی - مقایسه‌ای است.

جامعه، روش نمونه‌گیری: جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی افراد مبتلا به میگرن مراجعه کننده به کلینیک فوق تخصصی بعثت شهر رشت تشکیل می دهند که در این راستا ۲۰۰ نفر (۱۰۰ نفر مبتلا به میگرن و ۱۰۰ نفر سالم) به عنوان گروه نمونه انتخاب شدند. روش انتخاب نمونه در پژوهش حاضر

مریم رهنمای و همکاران: مقایسه باورهای غیرمنطقی، تیپ شخصیتی D و کیفیت زندگی مبتلایان به سردردهای میگرنی و ...

اجتماعی ۰/۶۹ به دست آمده است. در مطالعه ابوالقاسمی، زاهد و نریمانی (۱۳۸۸)، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۲ گزارش شده است.

پرسش نامه کیفیت زندگی: فرم کوتاه پرسش نامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت پرسش نامه کیفیت زندگی فرم کوتاه پرسش نامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت دارای ۲۶ سؤال است که چهار بعد کیفیت زندگی افراد می پردازد که عبارت اند از: ۱- سلامت جسمی ۲- سلامت روان شناختی ۳- روابط اجتماعی ۴- محیط اجتماعی را می سنجد.

نجات و همکاران در پژوهش خود که بر روی ۱۱۶۷ نفر از مردم تهران انجام دادند پایایی آزمون را به روش بازآزمایی در حیطه سلامت فیزیکی ۰/۷۷، در حیطه سلامت روانی ۰/۷۷، در حیطه روابط اجتماعی ۰/۷۵ و در نهایت در حیطه سلامت محیط برابر با ۰/۸۴ گزارش کرده اند. نصیری و همکاران (۱۳۸۵)، این مقیاس را به فارسی ترجمه و اعتبار و پایایی آن را مطلوب گزارش کرده اند. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ نشان دهنده همسانی درونی مطلوب آن است.

یافته ها

در این پژوهش برای تحلیل داده ها علاوه بر شاخص های توصیفی جهت بررسی تطبیقی افراد مبتلا به میگرن و افراد سالم از تحلیل واریانس چند متغیره استفاده گردیده است.

میانگین پایایی همه خرده مقیاس ها ۰/۷۴ است. در تحقیق تقی پور پایایی این آزمون از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۱ گزارش شده است. دوناپوش تحقیقی را به منظور هنجاریابی آزمون جونز انجام داد و برای بررسی روایی آزمون، از دو روش روایی صوری و روایی همگرا استفاده کرد. برای بررسی روایی همگرا، همبستگی آزمون جونز با آزمون افسردگی یک محاسبه شد که ضریب به دست آمده ۰/۸۲ بود. روایی صوری آزمون را نیز متخصصان روان شناسی و علوم تربیتی تأیید کردند (صادق، ۱۳۸۳).

پرسش نامه تیپ شخصیتی D: این مقیاس توسط دنولت (۱۹۹۸)، تدوین شده است دارای ۱۴ ماده است که در ۵ حالت درجه بندی شده لیکرت به صورت درست، نسبتاً درست، نه درست و نه نادرست (بی نظر)، نسبتاً نادرست و نادرست است. دارای ۲ زیر مقیاس است که مؤلفه های عاطفه منفی و بازداری اجتماعی را می سنجد ۷ ماده مربوط به عاطفه منفی و هفت ماده مربوط به بازداری اجتماعی است. این مقیاس از نظر پایایی در سطح مطلوبی است به طوری که از طریق باز آزمایی ۰/۸۱ به دست آمده است. بر اساس محاسبه آلفای کرونباخ پایایی این مقیاس معادل ۰/۶ محاسبه شده است. از نظر روایی هم در سطح مطلوبی است. در مطالعه ای که توسط ذوالجناحی و وفایی (۱۳۸۵)، در ایران انجام شد همسانی درونی خورده مقیاس عاطفی منفی ۰/۷۷ و همسانی درونی خرده مقیاس بازداری

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی باورهای غیرمنطقی

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار
۱- ضرورت و تأیید دیگران	بیمار	۳۳/۸۹	۴/۰۲
۲- انتظار بالا از خود	سالم	۳۱/۳۰	۳/۹۲
۳- تمایل به سرزنش	بیمار	۳۳/۸۶	۴/۲۷
۴- واکنش به ناکامی	سالم	۳۱	۴/۵۸
۵- بی‌مسئولیتی عاطفی	بیمار	۳۴	۴/۱۲
۶- نگرانی زیاد توأم با اضطراب	سالم	۳۱/۶۶	۴/۰۳
۷- اجتناب از مشکلات	بیمار	۳۴/۲۹	۳/۸۰
۸- وابستگی	سالم	۳۳/۶۹	۴/۲۸
۹- درماندگی نسبت به تغییر	بیمار	۳۴/۶۱	۴/۳۶
۱۰- کمال‌گرایی	سالم	۳۳/۶۵	۴/۲۹
	بیمار	۳۳/۹۲	۴/۵۶
	سالم	۳۱/۵۸	۴/۰۴
	بیمار	۳۳/۴۰	۴/۱۲
	سالم	۳۳/۲۵	۴/۵۶
	بیمار	۳۳/۶۵	۳/۶۵
	سالم	۳۳/۳۸	۴/۷۷
	بیمار	۳۴/۷۳	۳/۵۱
	سالم	۳۳/۹۵	۵/۰۷
	بیمار	۳۵/۵۲	۳/۴۴
	سالم	۳۵/۱۶	۴/۷۱

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی تیپ شخصیتی D

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار
عاطفی منفی	بیمار	۱۴/۷۹	۳/۸۲
بازداری	سالم	۱۳/۷۴	۴/۰۷
اجتماعی	بیمار	۱۵/۸۰	۴/۵۹
	سالم	۱۴/۳۶	۴/۰۵

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی کیفیت زندگی

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار
جسمانی	بیمار	۱۸/۹۶	۳/۵۶
روانی	سالم	۲۱/۶۵	۱/۵۷
اجتماعی	بیمار	۱۶/۵۸	۲/۶۶
محیطی	سالم	۱۷/۸۴	۲/۳۸
	بیمار	۱۰/۹۶	۱/۶۸
	سالم	۱۱/۴۰	۲/۱۴
	بیمار	۲۳/۲۳	۱/۸۱
	سالم	۲۴/۵۷	۲/۷۸

مریم رهنمای و همکاران: مقایسه باورهای غیرمنطقی، تیپ شخصیتی D و کیفیت زندگی مبتلایان به سردردهای میگرنی و ...

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره جهت مقایسه زیر مقیاس‌های باور غیرمنطقی در دو گروه مبتلا به میگرن و سالم

متغیر	منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ETA ضریب ۱ تا
ضرورت و تأیید دیگران	گروه	۳۳۵/۴۱	۱	۳۳۵/۴۱	۲۱/۲۷	۰/۰۰۰	۰/۱۰
	خطا	۳۱۲۲/۷۹	۱۹۸	۱۵/۷۷			
	کل	۳۴۵۸/۲۰	۱۹۹				
انتظار بالا از خود	گروه	۴۰۸/۹۸	۱	۴۰۸/۹۸	۲۰/۸۳	۰/۰۰۰	۰/۱۰
	خطا	۳۸۸۸/۰۴	۱۹۸	۱۹/۶۴			
	کل	۴۲۹۷/۰۲	۱۹۹				
تمایل به سرزنش	گروه	۲۷۳/۷۸	۱	۲۷۳/۷۸	۱۶/۵۰	۰/۰۰۰	۰/۰۸
	خطا	۳۲۸۶/۴۴	۱۹۸	۱۶/۶۰			
	کل	۳۵۶۰/۲۲	۱۹۹				
واکنش به ناکامی	گروه	۱۸	۱	۱۸	۱/۱۰	۰/۳۰	۰/۰۰۶
	خطا	۳۲۴۱/۹۸	۱۹۸	۱۶/۳۷			
	کل		۱۹۹				
بی مسئولیتی عاطفی	گروه	۴۶/۰۸	۱	۴۶/۰۸	۲/۴۷	۰/۱۲	۰/۰۱۲
	خطا	۳۷۰۰/۵۴	۱۹۸	۱۸/۶۹			
	کل	۳۷۴۶/۶۲	۱۹۹				
نگرانی زیاد توأم با اضطراب	گروه	۲۷۳/۷۸	۱	۲۷۳/۷۸	۱۴/۷۴	۰/۰۰۰	۰/۰۷
	خطا	۳۶۷۷/۷۲	۱۹۸	۱۸/۵۷			
	کل	۳۹۵۱/۵۰	۱۹۹				
اجتناب از مشکلات	گروه	۱/۱۳	۱	۱/۱۳	۰/۰۶	۰/۸۱	۰/۰
	خطا	۳۷۳۴/۷۵	۱۹۸	۱۸/۸۶			
	کل	۳۷۳۵/۸۸	۱۹۹				
وابستگی	گروه	۳/۶۵	۱	۳/۶۵	۰/۲۰	۰/۶۵	۰/۰۰۱
	خطا	۳۵۷۰/۳۱	۱۹۸	۱۸/۰۳			
	کل	۳۵۷۳/۹۶	۱۹۹				
درماندگی نسبت به تغییر	گروه	۳۰/۴۲	۱	۳۰/۴۲	۰/۶۰	۰/۲۱	۰/۰۰۸
	خطا	۳۷۶۶/۴۶	۱۹۸	۱۹/۰۲			
	کل	۳۷۹۶/۸۸	۱۹۹				
کمال‌گرایی	گروه	۶/۴۸	۱	۶/۴۸	۰/۳۸	۰/۵۴	۰/۰۰۲
	خطا	۳۳۶۸/۴۰	۱۹۸	۱۷/۰۱			
	کل	۳۳۷۴/۸۸	۱۹۹				

دارد؛ که با توجه به جدول ۱ که شاخص‌های توصیفی باورهای غیرمنطقی در آن درج گردیده است، در تمامی زیر مقیاس مذکور میانگین نمره افراد مبتلا به میگرن نسبت به افراد سالم بالاتر است.

بر اساس جدول در زیر مقیاس‌های ضرورت تأیید دیگران، انتظار بالا از خود، تمایل به سرزنش و نگرانی زیاد توأم با اضطراب؛ به صورت معناداری وجود ($P < ۰/۰۰۰$) بین دو گروه تفاوت معناداری وجود

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره جهت مقایسه زیر مقیاس‌های تیپ شخصیتی D در دو گروه مبتلا به میگرن و سالم

متغیر	منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ETA ضریب ۱ تا
عاطفی منفی	گروه	۵۵/۱۳	۱	۵۵/۱۳	۳/۵۵	۰/۰۶	۰/۰۲
	خطا	۳۰۱۷/۸۳	۱۹۸	۱۵/۵۵			
	کل	۳۱۳۲/۹۶	۱۹۹				
بازداری اجتماعی	گروه	۱۰۳/۶۸	۱	۱۰۳/۶۸	۵/۵۴	۰/۰۲	۰/۳۰
	خطا	۳۷۰۹/۰۴	۱۹۸	۱۸/۷۳			
	کل	۳۸۱۲/۷۲	۱۹۹				

جدول ۵ نتایج تحلیل واریانس چند متغیره جهت مقایسه زیر مقیاس‌های تیپ شخصیتی D در دو گروه مبتلا به میگرن و افراد سالم را نشان می‌دهد. بر اساس میانگین نمره زیر مقیاس بازداری

جدول ۵ نتایج تحلیل واریانس چند متغیره جهت مقایسه ابعاد کیفیت زندگی در دو گروه مبتلا به میگرن و سالم

جدول ۶. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره جهت مقایسه ابعاد کیفیت زندگی در دو گروه مبتلا به میگرن و سالم

متغیر	منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ETA ضریب ۱ تا
جسمانی	گروه	۳۶۱/۸۱	۱	۳۶۱/۸۱	۴۷/۸۷	۰/۰۰۰	۰/۲۰
	خطا	۱۴۹۶/۵۹	۱۹۸	۷/۵۶			
	کل	۱۸۵۸/۴۰	۱۹۹				
روانی	گروه	۷۹/۳۸	۱	۷۹/۳۸	۱۲/۵۰	۰/۰۰۰	۰/۰۶
	خطا	۱۲۵۷/۸۰	۱۹۸	۶/۳۵			
	کل	۱۳۳۷/۱۸	۱۹۹				
اجتماعی	گروه	۹/۶۸	۱	۹/۶۸	۲/۶۳	۰/۱۱	۰/۰۱۳
	خطا	۷۲۹/۸۴	۱۹۸	۳/۶۹			
	کل	۷۳۹/۵۲	۱۹۹				
محیطی	گروه	۸۹/۷۸	۱	۸۹/۷۸	۲۸/۱۶	۰/۰۰۰	۰/۰۸
	خطا	۱۰۹۲/۲۲	۱۹۸	۵/۵۲			
	کل	۱۱۸۲	۱۹۹				

طبق جدول ۶، بین زیر مقیاس‌های جسمانی، روانی و محیطی در دو گروه بیمار و سالم تفاوت معناداری وجود دارد ($P < ۰/۰۰۰$)؛ که با توجه به جدول ۳ در تمامی زیر مقیاس‌های ذکر شده میانگین نمره افراد سالم بالاتر است. بر این اساس می‌توان گفت که افراد سالم نسبت به افراد مبتلا به میگرن کیفیت زندگی مطلوب‌تری را تجربه می‌نمایند.

نتیجه‌گیری و بحث

هدف از پژوهش حاضر تعیین باورهای غیرمنطقی،

مریم رهنمای و همکاران: مقایسه باورهای غیرمنطقی، تیپ شخصیتی D و کیفیت زندگی مبتلایان به سردردهای میگرنی و ...

منفی و بازداری اجتماعی یک ریسک فاکتور نیرومند برای سلامت روانی و فیزیکی به شمار می‌رود. افراد دارای این تیپ شخصیتی اختلال‌های روانی و جسمانی بیشتری مانند اضطراب و بی‌خوابی، بیماری‌های جسمانی، بدکاری اجتماعی و افسردگی در مقایسه با افراد غیر این تیپ دارند.

سرانجام که نتایج پژوهش نشان داد که بین ابعاد جسمانی، روانی و محیطی کیفیت زندگی در بین افراد مبتلا به سردردهای میگرن و سالم تفاوت معنادار وجود دارد در پژوهش حاضر ابعاد مذکور در افراد سالم مطلوب‌تر از گروه مبتلا به میگرن است. سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را درک افراد از وضعیت زندگی در قالب فرهنگ و ارزش‌های حاکم در جامعه و در راستای اهداف، انتظارات، استانداردها و علایق خود تعریف می‌کنند بنابراین کیفیت زندگی ارتباط تنگاتنگی با وضعیت جسمی، روانی، اعتقادات شخصی، میزان خود ابتکاری و ارتباطات اجتماعی دارد. در همین رابطه نتایج نشان داد که هر چه میزان علائم اضطراب و افسردگی در بین بیماران بالاتر باشد از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردار هستند (تاگی، ۲۰۰۷). در واقع ارتباط معکوسی بین علائم بیماری و عرض یابی بیمار از نظر کیفیت زندگی و رضایت از زندگی وجود دارد.

در مجموع نتایج نشان داد که باورهای غیرمنطقی، تیپ شخصیتی D و کیفیت زندگی از متغیرهای اثرگذار بر سردردهای میگرنی هستند این نتایج حاکی است که باورهای غیرمنطقی نقش به‌سزایی در سردردهای میگرنی داشته که سبب‌ساز شروع سردرد و اثراتی در شروع و شدید آن دارد هم‌چنین تیپ شخصیتی D با دامنه وسیعی از

تیپ شخصیتی D و کیفیت زندگی افراد مبتلا به سردردهای میگرنی و مقایسه آن با افراد سالم بود نتایج نشان داد که باورهای غیرمنطقی بین دو گروه مبتلا به میگرن و سالم تفاوت معنادار وجود دارد که در زیر مقیاس‌های ضرورت و تأیید از جانب دیگران، انتظار بیش‌ازحد از خود تمایل به سرزنش و اضطراب در افراد مبتلا به میگرن بالاتر است. یافته‌های این پژوهش با پژوهش صادق (۱۳۸۳)، مبنی بر تفاوت معنادار بین مؤلفه‌های باورهای غیرمنطقی مطابقت دارد، بالاترین رتبه مربوط به مؤلفه وابستگی و پایین‌ترین رتبه مربوط به اجتناب از مشکل است.

باورهای غیرمنطقی باورهایی هستند که بر الزام، اجبار و جزم‌اندیشی و اجحاف تأکید دارند و مانع سلامت فکر و روانی و سالم‌سازی محیط فردی و اجتماعی می‌شوند (شفیع‌آبادی و ناصری، ۱۳۸۱). نتیجه این عقاید منفی اضطراب، سردرد و افسردگی است.

بخش دیگری از نتایج نشان داد که مؤلفه بازداری اجتماعی تیپ شخصیتی D در افراد مبتلا به سردردهای میگرنی نسبت به افراد سالم بالاتر است. این نتایج در راستای یافته‌های پژوهشی دیگر (برای مثال دنولت و همکاران، ۲۰۰۰؛ ویلیامز و همکاران، ۲۰۰۸؛ دیماتو، ۲۰۰۴؛ پله و همکاران، ۲۰۰۹) قرار دارد. این نتایج نشان می‌دهد که تنش‌های ناشی از تیپ شخصیتی D از طریق تغییرات رفتاری و فیزیولوژیکی بر سلامتی اثر می‌گذارد. افراد دارای تنش بالا تمایل افراطی به انجام رفتارهایی دارند که امکان بیمار شدن و آسیب دیدن آن‌ها را افزایش می‌دهد (ابوالقاسمی، تقی‌پور، نریمانی، ۱۳۹۱).

تیپ شخصیتی D با دو مؤلفه هیجان‌پذیری

از آنجایی که پژوهش فوق فقط بر روی افراد مبتلا به سردردهای میگرنی انجام شده لذا می‌بایست در تعمیم نتایج به سایر افراد با دیگر نوع سردردها احتیاط کرد.

سپاسگزاری

از تمامی افرادی که در نهایت صبر و حوصله در پژوهش شرکت نمودند، تشکر می‌شود.

اختلالات هیجانی از قبیل اضطراب و سبک زندگی ناسالم بر سلامتی اثرات زیان باری دارد و کیفیت زندگی آسیب دیده و نداشتن رضایت از زندگی افراد را مستعد سردرد و دیگر اختلالات روان‌تنی می‌کند. با توجه به نقش این متغیرها در سردردهای میگرنی می‌توان گام‌هایی برای برنامه‌ریزی در زمینه پیشگیری برداشت لذا تمرکز و شناخت بهتر این عناصر می‌تواند به نتایج درمانی بهتر و پایدارتر منجر شود.

منابع

- ابوالقاسمی، ع؛ زاهد، ف و نریمانی، م (۱۳۸۸). «بررسی ارتباط احساس پیوستگی تیپ شخصیتی D با تندرستی در افراد مبتلا به بیماری عروق کرونری»، مجله علمی پژوهشی اصول بهداشت روانی؛ سال یازدهم، شماره ۳، صفحات ۲۱۳-۲۲۹.
- ابوالقاسمی، ع؛ تقی پور، م و نریمانی، م (۱۳۹۱). «ارتباط تیپ شخصیتی D، خود دلسوزی و حمایت اجتماعی با رفتارهای بهداشتی در بیماران کرونر قلبی»؛ فصلنامه علمی پژوهشی، شماره ۱ بهار، صفحات ۵-۱۵.
- احمدی ظهور، م؛ جعفری، ع؛ کریمی نیا، ر و اخوان، ح (۱۳۸۹). «بررسی ارتباط کمال‌گرایی مثبت و منفی و تیپ شخصیتی D با سلامت عمومی سالمندان»، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان، دوره هفدهم، شماره ۳، صفحات ۳۱-۴۵.
- ازخوش، م و عسگری، ع (۱۳۸۶). «اندازه‌گیری باورهای غیرمنطقی در روابط زناشویی (استانداردسازی پرسشنامه باورهای غیرمنطقی)» فصلنامه روان‌شناسان ایرانی، سال چهارم، شماره ۱۴، صفحات ۱۳۷-۱۵۳.
- باقریان سرارودی، ر (۱۳۸۸). «سنخ شخصیتی D»، تحقیقات علوم رفتاری دوره ۷، شماره ۱، ۷۵-۸۷.
- بیابانگرد، ا (۱۳۷۳). «بررسی مفاهیم منبع کنترل، عزت‌نفس و پیشرفت تحصیلی دانش آموزان سال سوم»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبائی. ص ۲۷-۳۲.
- تقی پور، م (۱۳۷۷). «بررسی و مقایسه باورهای غیرمنطقی در اختلالات روان‌تنی با افراد بهنجار»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه علامه طباطبائی، ص ۴۱-۵۰.

مریم رهنمای و همکاران: مقایسه باورهای غیرمنطقی، تیپ شخصیتی D و کیفیت زندگی مبتلایان به سردردهای میگرنی و ...

صادق، ی (۱۳۸۳). «بررسی رابطه باورهای غیرمنطقی با بهداشت روانی و عملکرد تحصیلی دانش آموزان دوره متوسطه (دختر و پسر) مشکین شهر»، پایان نامه دوره کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد واحد علوم تحقیقات. ص ۳۴-۵۶

طوبایی، ش و فراشبندی، ح (۱۳۸۹). «بررسی ویژگی های شخصیتی بیماران مبتلا به سردرد میگرنی»، مجله پزشکی ارومیه، دوره ۲۱، شماره دوم، ص ۲۸۵-۲۸۰.

کاستلو، تی و کاستلو، جی (۱۳۷۳)، روانشناسی ناپهنجاری، ترجمه: نصرت ا... پور افکاری، تهران: انتشارات آزاد. ص ۱۴-۲۶

کاویانی، ح؛ حاتمی، ن و شفیع آبادی، ع (۱۳۸۷). «اثر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی افراد افسرده (غیر بالینی)»، تازه های علم شناختی، سال ۱۰، شماره ۴، ۳۹-۴۸.

کچوبی، ح؛ عاملی، ج؛ شریف بناب، م. ح؛ تولایی، س. ع؛ کشاورزی، ن و کرمی، غ. ر (۱۳۸۵). «عوامل مؤثر در بروز حملات میگرن (بررسی ۳۰۰ بیمار)»، مجله پزشکی کوثر؛ دوره ۱۱، شماره ۳، صفحات ۲۷۹-۲۸۴.

کرینبرگ، دی؛ امین اف، ام و سیمون، آر (۱۳۷۴). نورولوژی بالینی. ترجمه: بیژن بندرچی چمخاله، تهران: انتشارات آوا. ص ۳۱-۳۴.

رابینز (۱۳۷۴). مدیریت رفتار سازمانی (جلد اول). ترجمه پارسایان، ع و اعرابی، م. تهران: انتشارات مطالعات و پژوهش های بازرگانی ص ۵۲-۶۱.

سلیمانی، د (۱۳۶۲). بیماری های مغز و اعصاب، تهران: انتشارات جهانشاهی. ص ۲۵-۳۸.

سیاری، ع. ا؛ گری، د و اسدی لاری، م (۱۳۸۰). «ارزیابی کیفیت زندگی، تجربیات جهانی و ضرورت اقدام در ایران». طب و تزکیه، شماره ۲۱، صفحات ۳۰ تا ۳۳.

شفیع پور، و؛ جعفری، ه و شفیع پور، ل (۱۳۸۸). «ارتباط کیفیت زندگی با شدت تنیدگی در بیماران تحت همودالیز». مجله پزشکی کوثر، دوره ۱۴، شماره ۳، صفحات، ۱۷۴-۱۶۹.

شفیع آبادی، ع و ناصری، غ. ر (۱۳۸۱). نظریه های مشاوره و روان درمانی، چاپ نهم، تهران مرکز نشر دانشگاهی. ص ۱۵-۳۹

شیرزادی، ا؛ مهربانی زاده، هنرمند، م و حقیقی، ج (۱۳۸۱). «بررسی رابطه ساده و چندگانه متغیرهای کمال گرایی، اضطراب صفت - حالت و افسردگی با سردرد میگرن در دانشجویان»، مجله علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز، دوره سوم، سال نهم، شماره های ۳۰۴، صفحات ۱۰۹-۱۲۶.

- Headache pain: I (SUPPI): 849-52.
- Benomi, A. E., Patrick, S. L., Bushnell, D. & Martin, M. (2000). "Validation of the united stat's version of world health organization quality of life (whoqol) instrument". *Clinepidemiol*, 53 (1) 19-23.
- Bowling, A. & Windsor, J. (2001). "Towards the good life: A population survey of dimentions of quality of life". *Journal of Happiness Studies*, 2, 55-81.
- Broek, P., Martentsk. N., Yklicsek, E., Voort, I. & Susanne, P. (2007). "Increased emotional distress in type - D cardiac patients with out a partner". *J psychosom Res*; 63(1):41-9.
- Chiaravalloti, N. D. & Deluca, J. (2008). "Cognitive impairment in multiple sclerosis". *Neurology*. 7: 1139-51.
- Cephalalgia (2004). *The International Classification of Headache Disorder: Second Edition*. 24(Supple1): 9-160.
- Curone, M., Tullo, V., Mea, E., Proietti-Cecchini, A., Peccarisi, C. & Bussone, G. (2011). "Psychopathological profile of patients with chronic migraine and medication overuse: study and findings in 50 cases". *Neurol Sci*; 32(Suppl 1): S177- S179.
- Denollet, J., conraads, V.M., Brutsaert, D.I., Clerck, L.D., Sterens, W.J. & Vrints C.L. (2003). "Cytokines and immune activation in systolic heart failure: the yole of type D personality Brain". *Behav Immun*; 17(4): 304-9.
- Denollet, J., Vaes, J. & Brutsactr, D.L. (2000). "Inadequate response to treatmentin coronary heartdisease: Adverse effects of type - D personality and younger age on 5-year prognosis and quality of life". *Circulation*; 102(6): 630-635.
- Denollet, J. (1998). "Personality and coronary heart disease: the Type-D scale DS-16". *Annual Behavior Medicin*, 20(2), 209-215
- Dent, W., Stelzhammer, B., Meindl, M., Matuja, W.B., Schmutzhard, E. & Winkler, A.S. (2011). "Migraine attack frequency, duration, and pain intensity: disease burden derived from a community-based survey in northern Tanzania". *Headache*, 51(10): 1483-92.
- Dimatteo, M.R. (2004). "Social support and patient adherence to medical treatment: a meta-analysis". *Health Psychology*, 23, 207-18.
- ELLis, A. (2000). *Experiential therapy and vational emotie therapy*.
- Green, M.W. (2011). "Headaches: psychiatric aspects". *Neurol Clin*; 29(1): 65- 80, vii.
- Hedborg, K., Anderberg, U.M. & Muhr, C. (2011). "Stress in migraine: personality-dependent vulnerability, life events, and gender are of significance". *Ups J Med Sci*; 116(3): 187-99.
- Hirsch, C. R., Clark, D. M., Mathews, A. & Williams, R. (2003). "Self- images play a causal role in social phobia". *Behavior Research and Therapy*, 41, 909-921.
- Kearney, J. M. (1996). "Visual and auditory information processing in Migraine: Beyoud the Neuropsychological Quagmire". Grand forks, ND: University of North Dakota.
- Kara kurum, B. (2004). "Depression and anxityasrisk factor for chronic migraine". *Inty j Neuro sci*; 114(11):

- 1391 -9
- Kowal, A. & Prithchard, D.W. (1990). "Child & adolescent mental health service, western service port Adelulide". *S.A.Australia journal of child psychology & psychiatry and Allied Discripliness*, 31(4), 637-649.
- Levor, R. M., Cohen, M. J., Naiboff, V. D., McArthur, D. P. & Heuser, G. (1986). "Psychosocial precursors and Correlates of migraine headache".
- Mcanulty, S. P., Rapport, N. B., Waggoner, C. D. & Brantely P. T. (1984). *Psychological correlates of head pain*. Paper presented at the Anual Meeting of the Association for the Asvancement of Behavior Thearpy Philadelphia U.S.A.
- Modlin, S. O., Schfnter, W. A., Rice, J. P. & Nelson, E. (1993). "Association between major depressive disorder and physical illness". *Psychological Medicine*. 23 (3), 755-767.
- Moschiano, F., D'Amico, D., Canavero, I., Pan, I., Micieli, G. & Bussone, G. (2011). "Migraine and depression: common pathogenetic and therapeutic ground". *Neurol Sci*; 32(Suppl 1): S85-S88.
- Nicholson, R. A., Houle, T. T., Rhudy, J. L. & Norton, P. J. (2007). "Psychological risk factors in headache". *Headache*; 47(3): 413- *Journal of Consulting and clinical Psychology*, 54 (3). 347-254.
- Pelle, A.J., Denollet, J., Zwisler, A. & Pedersen, S.S. (2009). "Overlap and distinctiveness of psychological risk factors in patients with ischemic heart disease and chronic heart failure: Are we there yet"? *Journal of Affective disorders*, 113(1-2), 150-156.
- Radat, F., Milowska, D. & Valade, D. (2011). "Headaches secondary to psychiatric disorders (HSPD): a retrospective study of 87 patients". *Headache*; 51(5): 789-95.
- Sayun, A., Mutluay, R. & Sindel, S. (2007). "Quality of life in hemodialysis, peritoneal dialysis and trans plantation patients". *Kidney transplant*, 2007; 10(39):3047-53.
- Smeltzer, S.C. & Bare, B. (2004). *Brunner & suddarths text book of medical-surgical-nursing*. 10 Ed.
- Sadock, B.J. & Sadock, V.A. (2000). *Comprehensive textbook of psychiatry*. 7 Ed. Washington pc: Lippincott Williams and Wilkins; 345-50.
- Tagays Kribben, A., Hohenstein, A. & Mewes, R. (2007). "Senfw. Posttraumatic stress disorder in hemodialysis patients". *Amjkidney Dis*, 50(4):594-601.
- Wacoganc lacoste, J. P., Guillibert, E. & Hugues, F. C. (2003). "Lejeunnec. Stress, Anxiety, Depression and migraine". *Cephalgia*; 1-(23): 457-455.
- Williams, L., O'connor, R. C., Howards Hughes, B. M., Johnston, D. W. Hay, J. L. & et al. (2008). "Type- D personality mechanisms of effect: the role of health- related behavior and social support". *J psy cho somres*, 64(1):63-9.
- Yokoyama, M., Yokoyama, T., Funazu, K., Yamashita, T., Kondo, S. Hosoai, H. & et al. (2009). "Associations between headache and stress, alcohol drinking, exercise, sleep, and comorbid health conditions in a Japanese population". *J Headache Pain*; 10(3): 177-85.