

مقایسه باورهای غیرمنطقی، تیپ شخصیتی D و کیفیت زندگی مبتلایان به سردرد میگرنی و افراد سالم

مریم رهنمای^{*}، سیدموسی کافی ماسوله^{**}، مجید برادران^{***}، فرزانه رنجبر نوشری^{****}، بابک بخشایش^{*****}

^{*} کارشناس ارشد روانشناسی، دانشگاه گیلان (نویسنده مسئول)

^{**} استاد گروه روانشناسی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

^{***} مربی گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

^{****} دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

^{*****} استادیار دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

دریافت مقاله: ۱۳۹۳/۷/۲۷

تجدیدنظر: ۱۳۹۳/۱۲/۶

پذیرش: ۱۳۹۴/۱/۲۴

Receipt: 2014.10.19

Revise: 2015.2.25

Acceptance: 2015.4.13

A Comparison of irrational beliefs, type D personality and quality of life in patients with migraine headache and normal individuals

M. Rahnamai^{*}, S.M. Kafie Masule^{**}, M. Baradaran^{***}, F. Ranjbar Noushari^{****}, B. Bakhshayesh^{*****}

^{*} M.A in psychology, University of Guilan (Corresponding Author)

^{**} Professor, Department of Psychology, Guilan University, Rasht, Iran

^{***} Lecturer, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

^{****} Ph.D. student of psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

^{*****} Assistant Professor, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

چکیده

هدف: نظر به فراوانی سردرد و نقش و اهمیت عوامل روانی-اجتماعی بر سلامت جسمانی، هدف پژوهش حاضر مقایسه باورهای غیرمنطقی، تیپ شخصیتی D و کیفیت زندگی افراد مبتلا به سردردهای میگرنی و افراد سالم می باشد.

روش: در این بررسی علی-مقایسه‌ای، ۲۰۰ نفر (۱۰۰ بیمار و ۱۰۰ نفر سالم) در شهرستان رشت انتخاب شدند. سپس گروه‌ها از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی (سن، جنس و تحصیلات) هم‌سازی شدند و به همه افرادی که به عنوان سردرد میگرنی تشخیص داده شده بودند و نیز افراد سالم، مقیاس باورهای غیرمنطقی، تیپ شخصیتی D و پرسشنامه کیفیت زندگی داده شد. داده‌های پژوهش با استفاده از تحلیل واریانس چند متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که در زیر مقیاس‌های باورهای غیرمنطقی، تیپ شخصیتی D و کیفیت زندگی بین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد.

نتیجه‌گیری: این یافته‌ها نشان می‌دهد باورهای منطقی، 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.

کلیدواژه: سردرد میگرنی، باورهای غیرمنطقی، تیپ شخصیتی D، کیفیت زندگی.

Abstract

Aim: According to frequency of headache and the role and importance of psychosocial factors on physical health, The aim of this study was to evaluate the comparative irrational beliefs, type D personality, quality of life in patients with migraine headache and healthy individuals.

Method: In the present casual-comparative study, 200 people (100 Patients and 100 Normal Subjects) were selected in Rasht, Iran. Moreover, the groups were matched for demographic characteristics (age, gender and education). All individuals diagnosed with migraine headache and Normal Subjects received a Irrational Beliefs Scale, Type D Personality, Quality of Life Questionnaire. Collected data were analyzed using multivariate analysis of variance.

Results: The findings revealed that there were significant differences between migraine headache and normal groups in subscales irrational beliefs scales, type D personality and quality of life.

Conclusion: these findings showed that irrational beliefs, type D personality 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.

keywords: migraine headache, irrational beliefs, type D personality, quality of life.

مقدمه

سردرد یکی از علایم 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. میگرن شایع‌ترین سندرم سرد درد اولیه بدون هیچ‌گونه علت پاتولوژیک خاص است که بر ابعاد فیزیکی، روانی، اجتماعی و کیفیت زندگی تاثیر منفی می‌گذارد (چیروس و اوپرین^۱، ۲۰۱۱).

زندگی کردن با درد مزمن، مستلزم تحمل فشار عاطفی قابل توجهی است. درد، توانایی‌های عاطفی و هیجانی فرد را کاهش می‌دهد و خواست مداوم برای رهایی از آن بیشتر اوقات دست نیافتنی می‌شود. این امر نهایتاً باعث تضعیف روحیه بیمار، احساس ناامیدی، درماندگی و افسردگی در وی می‌گردد. تحمل استرس و وجود سطحی از آسیب‌پذیری جسمانی و ژنتیک، فرد را نسبت به اختلالات روان‌تنی، مستعد تر می‌سازد. یکی از اختلالات روان‌تنی که ارتباط تنگاتنگی با استرس و فشارهای روانی دارد، سردرد است. سردرد شدید در نحوه کار و زندگی فردی و اجتماعی افراد تاثیر می‌گذارد و در طولانی مدت در کیفیت زندگی تاثیر منفی بجا می‌گذارد (حسینی، خرمایی، عصارزادگان، حسامی، تقوی و نورا...، ۱۳۹۳). میگرن یک اختلال آشناست که مشخصه آن سردردهای ضربان دار دوره ای و به طور شایع یک طرفه است که در کودکی یا بلوغ شروع شده و با گذشت سال‌ها دفعات عود آن کمتر می‌گردد. سردرد میگرن غالباً با علایمی مثل نشانه‌های عصبی-موضعی، حالت تهوع، استفراغ، حساسیت و بی‌زاری از نور و صدا همراه است، این نوع سردرد معمولاً در ناحیه گیجگاهی یا پیشانی ظاهر می‌گردد و شروع آن اغلب با بعضی اختلالات حسی همچون اختلال در حس بینایی همراه است. حمله میگرن از چهار ساعت تا چند روز طول می‌کشد و در حدود ۱۰ تا ۲۰ درصد بیماران مبتلا به میگرن دارای یک مرحله مقدماتی هستند. یک ساعت قبل

از حمله میگرن ممکن است رنگ‌هایی به نظرشان آید (شیرزادی، مهرایی زاده هنرمند و حقیقی، ۱۳۸۱). میگرن در بزرگسالان با آلرژی‌های فصلی، کابوس مداوم و مشکلات خواب نیز همراه است (لتیف، نلسون، ناکامورا و مریکینج^۲، ۲۰۱۲).

بیماری میگرن به عنوان یک بیماری جسمانی تحت تاثیر مسائل روان‌شناختی قرار دارد، لذا باید گفت تفاوت‌های شخصی 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 سبب ساز شروع سردرد بوده و یا تأثیراتی در شروع و شدت سردرد میگرن داشته باشند. میگرن با ختلال بارز در کیفیت زندگی همراه است و هزینه‌ی بالایی را در سیستم مراقبت درمانی به خود اختصاص می‌دهد بنابراین ضروری است که متخصصان بالینی به بررسی عواملی بپردازند که در پیدایش، سیر و شدت حملات انفرادی میگرن و ناتوانی متعاقب آن نقش دارند تا به طور اصولی بتوانند فراوانی این حملات را کاهش دهند، شدت علائم را کنترل نمایند و تاثیر آن را بر عملکرد روانی-اجتماعی محدود سازند. با این وجود، مطالعات متعددی نشان داده‌اند که عوامل زیستی به تنهایی قادر نیستند همه جنبه‌های میگرن و به خصوص ناتوانی مرتبط با آن را تبیین نمایند. روابطی چند سویه بین عوامل زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی در پیدایش میگرن وجود دارد که نیازمند مداخله متناسب هستند (دنت، استلزامر، میندل، ماتوجا، شموتزارد و وینکلر، ۲۰۱۱^۳؛ گرین^۴، ۲۰۱۱). عوامل روان‌شناختی نظیر حالات هیجانی منفی (افسردگی، اضطراب و خشم) می‌تواند احتمال بروز حمله سردرد میگرنی را تسریع نمایند، شدت ادراک شده درد ناحیه سر افزایش دهنده اختلال

2. Lattef, , Cui , Nelson, Nakamura & Merikangas
3. Dent, Stelzhammer, Meindl, Matuja, Schmutzhard & Winkler
4. Green

1. Chiros & O'Brien

کارکردی ناشی از میگرن و ناتوانی مرتبط با آن را بالا می-برند و پیش آگهی درمان را ضعیف می سازند (رادت، مایلووکس، والد^۱، ۲۰۱۱؛ کرون، تالو، می، پرویتی-سچینی، پکاریسی و باسون^۲، ۲۰۱۱).

احساسات اضطرابی در بین مبتلایان به سردرد میگرن بسیار شایع است و این احساسات یکی از مهم ترین عوامل راه انداز میگرن است (کرون و همکاران، ۲۰۱۱). استرس روانی- اجتماعی نیز از پیش بینی کننده های مهم سردرد میگرنی است و تنش، نقش مهمی در پیامدها و ناتوانی مربوط به آن دارد (هدبورگ، آندربرگ، مور^۳، ۲۰۱۱؛ یوکویاما، یوکویاما، فانزو، یاماشیتا، کوندو، هوسای^۴، ۲۰۰۹). عوامل اجتماعی در کنار سبک زندگی و اختلالات همزمان و دیگر شرایط منفی نقش مهمی در پیدایش میگرن و تداوم آن دارد. در مطالعه ای انجام شده توسط کاراکورام و همکاران^۵ (۲۰۰۴) بر روی ویژگی های شخصیتی ۳۵ بیمار میگرن مزمن و ۵۰ بیمار حاد نشان داده شد که افسردگی و اضطراب ممکن است عامل 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 می شود. نتایج پژوهش طوبایی و فراشبنندی (۱۳۸۹) نشان داد که بین ویژگی های شخصیتی و سردرد میگرن ارتباط وجود دارد. میگرن براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، رتبه نوزدهم را در بین اختلالات ایجاد کننده 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 می دهد (نیچلسون، هول، رادی و نورتون^۶، ۲۰۰۷).

بسیاری از پژوهشگران اعتقاد دارند که باورهای ناکار-آمد علت اصلی بسیاری از اختلالات است. منظور از چنین باورهایی در واقع وجود افکار نادرست و نامنطبق با واقعیت

درباره خود و جهانی است که این باورها و انتظارات غیر واقع بینانه بر نوع ادراک و سلامت هیجانی فرد اثر می گذارد (رابینز، ۱۳۷۴) و منجر به افزایش سطح آشفتگی آن ها می شود که متعاقب آن کیفیت زندگی آسیب دیده و بیشتر اختلالات روان تنی از جمله سردرد هستند (بروک، مارتنسک، نیکلیک، ورت و سوزان^۷، ۲۰۰۷). به اعتقاد ایس، هیچ رویدادی ذاتاً نمی تواند در انسان ایجاد آشفتگی کند، زیرا تمام محرک ها و رویداد ها در ذهن معنا و تفسیر می شوند. بر این اساس، سازش نیافتگی ها و مشکلات هیجانی در واقع ناشی از نحوه تعبیر و تفسیر و پردازش اطلاعات حاصل از محرک ها و رویداد هایی هستند که افکار و باورهای ناکارآمد در زیربنای آنها قرار دارند. بی تردید 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 به سردرد مخصوصاً کسانی که دچار سردردهای میگرن مزمن هستند، توقعات غیرواقع بینانه و افکار غیرمنطقی می تواند باعث شروع و تکرار حملات سردرد شود. افراد به دلیل این برداشت های غیرمنطقی از خود که منجر به احساس بی ارزشی می گردد، دست به انتخاب اهداف غیر منطقی و نامعقول می زنند. در نتیجه با دست نیافتن به اهداف خود احساس نابسندگی و بی کفایتی می کنند. این نارسایی های شناختی و شناخت های اشتباه، باورها و عقاید نادرست و نگرش های غلط بر نوع ادراک فرد و همچنین بر سلامت هیجان تأثیر می گذارد و افسردگی، خودآزاری و خود سرزشتی، سردرد و سایر اثرات عمیق هیجانی را به دنبال دارد که در شروع و شدت سردرد تأثیرگذار است (رابینز، ۱۳۷۴).

یافته های هیرش، کلارک، متیوز و ویلیامز^۸ (۲۰۰۳) نشان می دهد افرادی که باورهای غیرمنطقی دارند اضطراب و عملکرد اجتماعی ضعیفی دارند. همچنین تقی پور (۱۳۷۷)

7. Broek, Martenssk, Nyklicek, voort, Susanne
8. Hirsch, Clark, Mathews & Williams

1. Radat, Milowska & Valade
2. Curone, Tullo, Mea, Proietti- Cecchini, Peccarisi, Bussone
3. Hedborg, Anderberg, Muhr
4. Yokoyama, Yokoyama, Funazu, Yamashita, Kondo, Hosoi
5. Karakurum & et al
6. Nicholson, Houle, Rhudy & Norton

کریمی نیا و اخوان (۱۳۸۹) نشان داد که تیپ شخصیتی D افراد را مستعد بیماری های جسمانی و اختلال های روانی می کند. یافته های ابولقاسمی، تقی پور و نریمانی (۱۳۹۱) نشان داد که تیپ شخصیتی D خود دلسوزی و حمایت اجتماعی از متغیرهای تأثیرگذار بر رفتارهای بهداشتی بیماران کرونر قلبی هستند.

از دیگر متغیرهایی که با سردردهای میگرنی ارتباط دارد، کیفیت زندگی می باشد که به عنوان درک افراد از موقعیت خود در زندگی در بافت فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زندگی می کنند هم چنین در رابطه با اهداف، انتظارات، معیارها و نگرانی هایشان تعریف می شود (پیترز-بورسما و کوپمن^۹، ۲۰۰۸). بنابراین یکی از نموده های احساسات مثبت، کیفیت زندگی است که شامل رضایت از زندگی احساس خوشبختی و شادکامی می باشد که جنبه های از سلامتی به شمار می روند (باولینگ و وینرسور^{۱۰}، ۲۰۰۱). این سازه ارتباط تنگاتنگی با اهداف، انتظارات، استانداردها و علایق، اعتقادات شخصی، وضعیت جسمی و روانی و میزان خوداتکایی دارد (سیاری، گری واسدی لاری، ۱۳۸۰). کیفیت زندگی شرایطی است که خوب زیستن را امکان پذیر می سازد به نحوی که فرد در یک وضعیت جسمی، روانی و اجتماعی قادر به انجام فعالیت های روزمره باشد و بیمار نیز از کارآیی درمان، کنترل بیماری و یا بازتوانی احساس رضایت نماید (آقایوسفی، شقاقی، دهستانی و برقی ایرانی، ۱۳۹۱).

کیفیت زندگی، ساختاری پویا و ذهنی است که به مقایسه وضعیت ذهنی گذشته با حوادث اخیر در همه جوانب مثبت و منفی می پردازد. لذا ارزیابی کیفیت زندگی مبتلایان به میگرن موجب می شود تا به چگونگی درک بیمار

به بررسی مقایسه میزان باورهای غیر منطقی در بین گروه بیماران روانی تنی و افراد سالم پرداخت و مطرح نمود که بین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد.

یکی از عوامل اثرگذار بر سردردهای میگرنی تیپ شخصیتی افراد می باشد، تیپ شخصیتی D یا آشفته، ترکیبی از دو سازه عاطفه منفی و بازداری اجتماعی می باشد. عاطفه منفی یعنی تمایل به تجربه ی عواطف منفی در طول زمان و موقعیت های مختلف. بازداری اجتماعی که تمایل برای بازداری از بیان این هیجانات در تعامل اجتماعی است (دنولت، کنرادس، براتسرت، کلرک، استرنس و ورینتس^۱، ۲۰۰۳). تیپ شخصیتی D نسبتاً شایع است. برآوردها دامنه ی ۲۱ درصد جمعیت عمومی تا ۲۸ درصد بیماران قلبی عروقی و ۵۰ درصد افراد دارای فشار خون بالا را نشان می دهند (دنولت، ۲۰۰۵؛ کوپر، پدرسون، هافر، سانر، الدریج و دنولت^۲، ۲۰۱۳). مطالعات متعدد حاکی از این است که در بیماران نسبت به افراد سالم، تیپ D شخصیت به عنوان یک پیش بینی کننده قوی و ثابت به کیفیت زندگی و وضعیت سلامت روان شناختی خدشه وارد می کند (مولس، دنولت، کاپتین، رمیست و تانگ^۳، ۲۰۱۲). شخصیت D با بیگانگی اجتماعی و افسردگی (شیفر، پدرس، ویدرشاوان، هندریکس، ویتتر و دنولت^۴، ۲۰۰۵؛ ویلیامز، اوکانر، هاواردرز، هوگز، جانستون و هی^۵، ۲۰۱۲) خشم و اضطراب (چیدا و استپتو^۶، ۲۰۰۹) و بدبینی بدبینی (کولا، آسماکوپولا، اسکینر، اسپیمپولو، مارش و فاکس^۷، ۲۰۰۸) رابطه دارد. لذا افراد تیپ D از راهبرد های مقابله ای ناکارآمد استفاده می کنند. این راهبردها واسطه سلامت و شخصیت D و سلامت محسوب می شود (یو، چن، ژانگ و لیو^۸، ۲۰۱۰). نتایج پژوهش احمدی، جعفری،

1. Denollet Conraads, Brutsaert, Clerck, Sterens & Vrints
2. Kupper, Pedersen, Höfer, Saner, Oldridge & Denollet,
3. Mols, Denollet, Kaptein, Reemst & Thong
4. Schiffer, Pedersen, Widdershoven, Hendriks, Winter & Denollet
5. Williams, o'connor, Howards, Hughes, Johnston & Hay
6. Chida & Steptoe
7. Koula, Asimakopouliu, Skinner, Spimpolo, Marsh & Fox
8. Yu, Chen, Zhang & Liu

از سلامتی، توانایی عملکرد و حس خوب بودن پی برده و روش‌های درمانی ارتقای کیفیت زندگی این افراد مورد توجه قرار گیرد (ساین، ماتلای و سیندل^۱، ۲۰۰۷). استرس و هیجان منفی اغلب به اضطراب، افسردگی و خشم منجر می‌شود که کیفیت زندگی را تحت تاثیر قرار می‌دهد. نتایج پژوهش شفیع‌پور، جعفری و شفیع‌پور (۱۳۸۸) حاکی از این است که با افزایش شدت تنیدگی، کیفیت زندگی کاهش می‌یابد.

در راستای مطالب مطرح شده، پژوهش حاضر در پی پاسخ به این پرسش است 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 باورهای غیرمنطقی، تیپ شخصیتی D و کیفیت زندگی مطالعه حاضر از نمونه پژوهش‌های علی-مقایسه‌ای است.

جامعه، نمونه و روش اجرای پژوهش

جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی افراد مبتلا به میگرن مراجعه کننده به کلینیک فوق تخصصی بعثت شهر رشت تشکیل می‌دهند. انتخاب افراد مبتلا به میگرن به این صورت بود که طی دوره سه ماهه متوالی دی الی اسفند ماه ۱۳۹۱ از افراد مراجعه کننده به متخصص مغز و اعصاب شهر رشت صورت گرفت، البته انتخاب افراد منوط به موافقت و رضایت آن‌ها بود. انتخاب افراد سالم نیز با توجه به متغیرهای جمعیت‌شناختی با گروه مبتلایان به میگرن صورت گرفت و در این راستا افرادی انتخاب شدند که بر اساس اظهارات خود و سوابق پزشکی سابقه بیماری‌های جسمی را نداشتند.

ابزارهای پژوهش

۱- پرسش‌نامه باورهای غیرمنطقی. این پرسش‌نامه براساس نظریه‌ی آلبرت ایس تهیه شده است و در کل از ده

مقیاس و هر مقیاس از ۱۰ سوال تشکیل یافته است. سوال‌های آزمون به روش لیکرت و به صورت ۵ درجه‌ای تنظیم شده‌اند. نمره بالا در این پرسشنامه نشان دهنده باور غیرمنطقی بالا و نمره پایین نشان دهنده باور منطقی کم‌تر 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 میانگین پایایی همه‌ی خرده مقیاس‌ها ۰/۷۴ است. در تحقیق تقی‌پور (۱۳۷۷) پایایی این آزمون از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۱ گزارش شده است.

۲- پرسش‌نامه‌ی تیپ شخصیتی D. این مقیاس توسط دنولت در سال ۱۹۹۸ تدوین شده است که دارای ۱۴ ماده است و به صورت ۵ درجه‌ای لیکرت است و دارای ۲ زیر مقیاس می‌باشد که مؤلفه‌های عاطفه منفی و بازداری اجتماعی را می‌سنجد. این مقیاس از نظر پایایی در سطح مطلوبی است به طوری که از طریق بازآزمایی ۰/۸۱ و آلفای کرونباخ مقیاس معادل ۰/۶ محاسبه شده است. از نظر روایی هم در سطح مطلوبی است. در مطالعه‌ای که توسط ذوالجناحی و وفایی (۱۳۸۵) در ایران انجام شد همسانی درونی خورده مقیاس عاطفی منفی ۰/۷۷ و همسانی درونی خورده مقیاس بازداری اجتماعی ۰/۶۹ به دست آمده است.

۳- پرسش‌نامه کیفیت زندگی. فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی دارای ۲۶ سوال است که چهار بعد کیفیت زندگی افراد می‌پردازد که عبارتند از: سلامت جسمی، سلامت روان‌شناختی، روابط و روابط اجتماعی و محیط اجتماعی. نجات و همکاران (۱۳۸۵) در پژوهش خود، پایایی آزمون را به روش بازآزمایی در حیطه‌های فوق به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۵ و ۰/۸۴ گزارش نمودند.

یافته‌ها

در این پژوهش برای تحلیل داده‌ها علاوه بر شاخص‌های توصیفی، جهت بررسی تطبیقی افراد مبتلا به میگرن و افراد سالم از تحلیل واریانس چند متغیره استفاده گردیده است. بر

1. Sayun, Mutluay, Sindel

گروه دارای کاردانی می باشند. در جدول ۱، میانگین و انحراف معیار متغیرهای مطالعه (باورهای غیر منطقی، تیپ شخصیتی D و کیفیت زندگی) در هر دو گروه بیمار و سالم به تفکیک ارائه می گردد.

اساس نتایج پژوهش حاضر میانگین سنی افراد بیمار ۳۳/۸۰ و انحراف معیار ۷/۴۱ و میانگین سنی افراد سالم ۳۲/۵۴ و انحراف معیار ۶/۶۴ می باشد. در هر دو گروه، ۴۱ نفر مرد و ۵۹ نفر زن مشارکت داشته اند. اکثریت آزمودنی ها در دو

جدول ۱: شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه های مورد مطالعه

متغیر	افراد سالم (تعداد ۱۰۰)	افراد بیمار (تعداد ۱۰۰)
	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین
ضرورت و تأیید دیگران	۳۱/۳۰ ± ۳/۹۲	۳۳/۸۹ ± ۴/۰۲
انتظار بالا از خود	۳۱ ± ۴/۵۸	۳۳/۸۶ ± ۴/۲۷
تمایل به سرزنش	۳۱/۶۶ ± ۴/۰۳	۳۴ ± ۴/۱۲
واکنش به ناکامی	۳۴/۶۹ ± ۴/۲۸	۳۴/۲۹ ± ۳/۸۰
بی مسئولیتی عاطفی	۳۳/۶۵ ± ۴/۲۹	۳۴/۶۱ ± ۴/۳۶
نگرانی زیاد با اضطراب	۳۱/۵۸ ± ۴/۰۴	۳۳/۹۲ ± ۴/۵۶
اجتناب از مشکلات	۳۳/۲۵ ± ۴/۵۶	۳۳/۴۰ ± ۴/۱۲
وابستگی	۳۳/۳۸ ± ۴/۷۷	۳۳/۶۵ ± ۳/۶۵
درماندگی به تغییر	۳۳/۹۵ ± ۵/۰۷	۳۴/۷۳ ± ۳/۵۱
کمال گرایی	۳۵/۱۶ ± ۴/۷۱	۳۵/۵۲ ± ۳/۴۴
عاطفه منفی	۱۳/۷۴ ± ۴/۰۷	۱۴/۷۹ ± ۳/۸۲
بازداری اجتماعی	۱۴/۳۶ ± ۴/۰۵	۱۵/۸۰ ± ۴/۵۹
جسمانی	۲۱/۶۵ ± ۱/۵۷	۱۸/۹۶ ± ۳/۵۶
روانی	۱۷/۸۴ ± ۲/۳۸	۱۶/۵۸ ± ۲/۶۶
اجتماعی	۱۱/۴۰ ± ۲/۱۴	۱۰/۹۶ ± ۱/۶۸
محیطی	۲۵/۵۷ ± ۲/۷۸	۲۳/۲۳ ± ۱/۸۱

شخصیتی D و مؤلفه های وضعیت جسمانی، روانی و محیطی در مقیاس کیفیت زندگی در دو گروه، تفاوت معناداری وجود دارد. بر اساس آماره های توصیفی به دست آمده در جدول ۱، میانگین نمره ضرورت و تأیید دیگران (۳۳/۸۹)، انتظار بالا از خود (۳۳/۸۶)، تمایل به سرزنش (۳۴)، نگرانی زیاد با اضطراب (۳۳/۹۲)، بازداری اجتماعی (۱۵/۸۰) در بیماران مبتلا به میگرن و میانگین نمره وضعیت جسمانی (۲۱/۶۵)، روانی (۱۷/۸۴) و محیطی (۲۵/۵۷) در گروه سالم، بالاتر از گروه مقابل بوده است.

در ادامه جهت مقایسه متغیرهای پژوهش در دو گروه بیمار و سالم از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده گردید که نتایج مربوط به آن در جدول ۲ ارائه گردیده است. به منظور بررسی پیش فرض برابری واریانس خطا، از آزمون لون استفاده شد که نتایج آزمون لون نشانگر برابری واریانس ها بوده است ($F= ۱۴/۵۴, p < ۰/۰۰۱$). بر اساس نتایج مندرج در جدول ۲، بین مؤلفه های ضرورت و تأیید دیگران، انتظار بالا از خود، تمایل به سرزنش، نگرانی زیاد با اضطراب در مقیاس باورهای غیر منطقی، مؤلفه بازداری اجتماعی در مقیاس تیپ

جدول ۲: نتایج آزمون تحلیل واریانس جهت مقایسه متغیرهای پژوهش در دو گروه

متغیر	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
ضرورت و تأیید دیگران	۱	۳۳۵/۴۱	۲۱/۲۷	۰/۰۰۱
انتظار بالا از خود	۱	۴۰۸/۹۸	۲۰/۸۳	۰/۰۰۱
تمایل به سرزنش	۱	۲۷۳/۷۸	۱۶/۵۰	۰/۰۰۱
واکنش به ناکامی	۱	۱۸	۱/۱۰	۰/۳۰
بی مسئولیتی عاطفی	۱	۴۶/۰۸	۲/۴۷	۰/۱۲
نگرانی زیاد با اضطراب	۱	۲۴۳/۱۸	۱۴/۷۴	۰/۰۰۱
اجتناب از مشکلات	۱	۱/۱۳	۰/۰۶	۰/۸۱
وابستگی	۱	۳/۶۵	۰/۲۰	۰/۶۵
درماندگی به تغییر	۱	۳۰/۴۲	۰/۶۰	۰/۲۱
کمال‌گرایی	۱	۶/۴۸	۰/۳۸	۰/۵۴
عاطفه منفی	۱	۵۵/۱۳	۳/۵۵	۰/۰۶
بازداری اجتماعی	۱	۱۰۳/۶۸	۵/۵۴	۰/۰۰۱
جسمانی	۱	۳۶۱/۸۱	۴۷/۸۷	۰/۰۰۱
روانی	۱	۷۹/۳۸	۱۲/۵۰	۰/۰۰۱
اجتماعی	۱	۱۹/۶۸	۲/۱۳	۰/۱۱
محیطی	۱	۸۹/۸۷	۸/۱۶	۰/۰۰۱

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر تعیین باورهای غیرمنطقی، تیپ شخصیتی D و کیفیت زندگی افراد مبتلا به سردردهای میگرنی و مقایسه آن با افراد سالم بود. نتایج نشان دادند که بین باورهای غیرمنطقی دو گروه مبتلا به میگرن و سالم تفاوت معناداری وجود دارد که در زیر مقیاس‌های ضرورت و تأیید از جانب دیگران، انتظار بیش از حد از خود، تمایل به سرزنش و اضطراب، افراد مبتلا به میگرن میانگین نمره بالاتری داشتند که این یافته با نتایج مطالعه هیرش، کلارک، متیوز و ویلامز (۲۰۰۳) و تقی‌پور (۱۳۷۷) همسو می‌باشد. باورهای غیرمنطقی باورهایی هستند که بر الزام، اجبار و جزم اندیشی و اجحاف تأکید دارند و مانع سلامت روانی و

سالم سازی محیط فردی و اجتماعی می‌شوند، نتیجه این عقاید منفی؛ اضطراب، سردرد و افسردگی است. پژوهش‌های انجام گرفته در نقاط مختلف دنیا نشان از اثر بخش بودن باورها و عقاید منفی و غیر منطقی بر انواع مولفه‌ها، مشکلات و اختلالات روان شناختی و روان تنی دارد. همچنین نتایج نشان دادند که بین بازداری اجتماعی در مقیاس تیپ شخصیتی D در بیماران مبتلا به میگرن و افراد سالم تفاوت وجود دارد که با نتایج پژوهش‌های احمدی، جعفری، کریمی‌نیا و اخوان (۱۳۸۹) و یو، چن، ژانگ و لیو (۲۰۱۰) همسو می‌باشد. با گسترش رویکرد زیستی، روانی، اجتماعی و دور شدن از دیدگاه تک بعدی پزشکی، در خصوص تیپ‌های شخصیتی و دیگر متغیرهای

شدت آن دارد، هم چنین تیپ شخصیتی D با دامنه ی وسیعی از 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 روان تنی می کند. با توجه به نتایج این مطالعه و پژوهش هایی که در این راستا صورت گرفته، عوامل روانشناختی در شروع و تداوم بیماری میگرد نقش مهمی دارد که درمانگران می بایست در طول فرایند درمان به آن توجه کافی داشته باشند و می توان در راستای پیشگیری از این بیماری اقدام نمود، لذا پیشنهاد اصلی این پژوهش، مطالعه طولی و انجام مداخله های روانشناختی و در نتیجه کاهش این بیماری می باشد.

البته می بایست اذعان نمود که کنترل برخی متغیرها نظیر اثرگذاری داروهای مصرفی و عدم کنترل آنها، عدم بررسی وضعیت اقتصادی-اجتماعی نیز از جمله محدودیت های مطالعه حاضر بودند که در تعمیم نتایج باید جانب احتیاط را داشت.

سپاسگزاری

این پژوهش با حمایت مرکز فوق تخصصی بعثت انجام گرفت. بدینوسیله از مساعدت کلیه پرسنل مرکز و بخصوص بیمارانی که در اجرای این تحقیق صمیمانه همکاری کردند، تشکر و قدردانی می شود.

احمدی ظهور؛ محسن، جعفری؛ عیسی، کریمی نیا، رضا و اخوان، حمید (۱۳۸۹). بررسی ارتباط کمال گرایی مثبت و منفی و تیپ شخصیتی D با سلامت عمومی سالمندان، دانشگاه علوم پزشکی همدان، ۱۷(۳)، ۳۱-۴۵.

تقی پور، منوچهر (۱۳۷۷). بررسی و مقایسه باورهای غیرمنطقی در اختلالات روان تنی با افراد بهنجار، پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه علامه طباطبایی.

روان شناختی می توان گفت که این عوامل زمینه ساز بیماری محسوب می شوند نه علت بیماری (مولس وهمکاران، ۲۰۱۲). تیپ شخصیتی D با دو مؤلفه هیجان پذیری منفی و بازداری اجتماعی یک ریسک فاکتور نیرومند برای سلامت روانی و فیزیکی به شمار می رود. این ویژگی ها با الگوهای ناسالم کارکرد فیزیولوژیکی سیستم ایمنی همبسته است که بر سلامتی اثرگذار است و احتمال بیماری را افزایش می دهد (پدرسون و دنولت، ۲۰۰۵).

سرانجام نتایج نشان دادند که بین ابعاد جسمانی، روانی و محیطی کیفیت زندگی دو گروه مبتلا به میگرن و افراد سالم تفاوت وجود دارد که با نتایج پژوهش های ساین، ماتلای و سیندل (۲۰۰۷) و شفیع پور، جعفری و شفیع پور (۱۳۸۸) مطابقت دارد. سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را درک افراد از وضعیت زندگی در قالب فرهنگ و ارزش های حاکم در جامعه و در راستای اهداف، انتظارات، استانداردها و علایق خود تعریف می کنند، بنابراین کیفیت زندگی ارتباط تنگاتنگی با وضعیت جسمی، روانی، اعتقادات شخصی، در واقع ارتباط معکوسی بین علائم بیماری و 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 به سزایی در سردردهای میگرنی داشته که سبب ساز شروع سردرد و اثراتی در شروع

منابع

آقایوسفی، علیرضا؛ شقاقی، فرهاد؛ دهستانی، مهدی و برقی ایرانی، زیبا (۱۳۹۱). ارتباط کیفیت زندگی و سرمایه روانشناختی با ادراک بیماری در میان مبتلایان به بیماری MS؛ فصلنامه روانشناسی سلامت، ۱(۱)، ۴۵-۳۲

ابولقاسمی، عباس؛ تقی پور، مریم و نریمانی، محمد (۱۳۹۱). ارتباط تیپ شخصیتی D، خود دلسوزی و حمایت اجتماعی با رفتارهای بهداشتی در بیماران کرونر قلبی؛ فصلنامه روانشناسی سلامت، ۱(۱)، ۱۵-۵.

شیرزادی، افسانه؛ مهربانی‌زاده هنرمند و مهناز؛ حقیقی، جمال؛ (۱۳۸۱). بررسی رابطه ساده و چندگانه متغیرهای کمال‌گرایی، اضطراب-حالت و افسردگی با سردرد میگرن در دانشجویان. *مجله علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز*، ۹ (۳)، ۱۰۹-۱۲۶.

صادق، یعقوب (۱۳۸۳). *بررسی رابطه باورهای غیرمنطقی با بهداشت روانی و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان دوره متوسطه ی(دختر و پسر) مشکین شهر*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد واحد علوم تحقیقات.

طوبایی، شهین و فراشبندی، حسن؛ (۱۳۸۹). بررسی ویژگی‌های شخصیتی بیماران مبتلا به سردرد میگرنی، *مجله پزشکی ارومیه*، ۲۱(۲)، ۲۸۵-۲۸۰.

نجات، سحرناز؛ منتظری، علی؛ کاظم، محمد؛ مجدزاده، سید رضا؛ نبوی، نازنین سادات؛ نجات، فرهاد؛ نبوی، سید مسعود و هلاکویی نائینی، کوروش (۱۳۸۵). کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس تهران در مقایسه با جمعیت سالم شهر تهران. *مجله اپیدمیولوژی ایران*، ۲(۳)، ۲۴-۱۹.

حسینی، آرزو؛ خرمایی، فرهاد؛ عصارزادگان، فرهاد؛ حسامی، امید؛ تقوی، محمدرضا و محمدی، نورا... (۱۳۹۳). مقایسه راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان در افراد مبتلا به سردردهای میگرنی، سردرد تنشی و افراد به‌هنگار؛ فصلنامه روان‌شناسی سلامت، ۳(۳)، ۸۹-۱۰۱.

ذوالجناحی، اهداء و وفایی، مریم (۱۳۸۵). رابطه بین تیپ شخصیتی D با سیستم‌های بازداری رفتاری و فعال ساز رفتاری. *فصلنامه روانشناسی دانشگاه تبریز*، ۱(۲)، ۱۱۳-۱۳۳.

رابینز، استیفن (۱۳۷۴). *مدیریت رفتار سازمانی* (جلد اول). ترجمه پارسایان، ع و اعرابی، م. تهران، انتشارات مطالعات و پژوهش‌های بازرگانی.

سیاری، علی اکبر؛ گری، دیوید و اسدی لاری، محسن (۱۳۸۰). ارزیابی کیفیت زندگی، تجربیات جهانی و ضرورت اقدام در ایران. *طب و ترکیه*، ۲۱، ۳۳-۳۰. شفیع پور، ویدا؛ جعفری، هدایت و شفیع پور، لیلیا؛ (۱۳۸۸). ارتباط کیفیت زندگی با شدت تیدگی در بیماران تحت هومودیالیز. *مجله پزشکی کوثر*، ۱۴(۳)، ۱۶۹-۱۷۴.

Bowling, A. & Windsor, J. (2001). Towards the good life: A population survey of dimensions of quality of life. *Journal of Happiness Studies*, 2(1), 55-81.

Broek, P., Martentsk, A., Nyklicek, E., Voort, I. & Susanne, P. (2007). Increased emotional distress in type D cardiac patients with out a partner. *Journal of Psychosomatic Research*, 63(1), 41-9.

Chida, Y. & Steptoe, A. (2009). The Association of Anger and Hostility with future Coronary Heart Disease: a Meta-Analytic Review of Prospective Evidence. *Journal of the American College of Cardiology*, 53(11), 936-946.

Chiros, C. & O'Brien, W.H. (2011). Acceptance, appraisals, and coping in

relation to migraine headache: an evaluation of interrelationships using daily diary methods. *Journal of Behavioral Medicine*, 34, 307-20.

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. *Neurological Sciences*, 32(1), 177-179.

Denollet, J., Conraads, V.M., Brutsaert, D., Clerck, L., Sterens, W.J. Vrints, C.I. (2003). Cytokines and immune activation in systolic heart failure: the role of type D personality. *Brain, Behavior and Immunity*, 17(4), 304-9.

Denollet, J. (2005). DS14: standard assessment of negative affectivity, social inhibition and Type D

- personality. *Psychosomatic Medicine*, 67(1), 89-9.
- 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.
- Green, M.W. (2011). Headaches: psychiatric aspects. *Neurologic Clinics*, 29(1), 65-80.
- Hedborg, K., Anderberg, U.M. & Muhr, C. (2011). Stress in migraine: personality-dependent vulnerability, life events and gender are of significance. *Uppsala Journal of Medical Sciences*, 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(8), 909-921.
- Karakurum, B., Soylu, O., Karatas, M., Giray, S., Tan M., Arlier Z. & et al. (2004). Personality, depression and anxiety as risk factors for chronic migraine. *International Journal of Neuroscience*, 114(11), 1391-9.
- Koula, G., Asimakopouliu, T., Skinner, C., Spimpolo, J., Marsh, S. & Fox, C. (2008). Unrealistic Pessimism about risk of coronary heart disease and stroke in patients with type D personality. *Patient Education and Counseling*, 71(1), 95-101.
- Kupper, N., Pedersen, S.S., Höfer, S., Saner, H., Oldridge, N. & Denollet, J. (2013). Cross-cultural analysis of Type D (distressed) personality in 6222 patients with ischemic heart disease: A study from the International Heart QoL Project. *International Journal of Cardiology*, 166(2), 327-333.
- Lattef, T.M., Cui, L., Nelson. K.B., Nakamura, E.F. & Merikangas, K.R. (2012). Physical comorbids of migraine and other Headaches in us Adolescents. *Journal of Pediatr*, 161, 308-313.
- Mols, F., Denollet, J., Kaptein, A. A., Reemst, P.H.M. & Thong, M.S.Y. (2012). The association between Type D personality and illness perceptions in colorectal cancer survivors: A study from the populationbased profiles registry. *Journal of Psychosomatic Research*, 73, 232-239.
- Nicholson, R.A., Houle, T.T., Rhudy, J.L. & Norton, P.J. (2007). Psychological risk factors in headache. *Headache*, 47(3), 413-26
- Pederson, S.S. & Denollet, Y. (2005). Type D personality, cardiac events, and impaired quality of life: a review. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 10(4), 241-8.
- Peeters-Boersma, S.N. & Koopman, H. (2008). Predictors of quality of life: A quantitative investigation of the stress-coping model in children with asthma. *Journal of Health Quality Life Outcomes*, 1, 6-24.
- 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. *Transplantation Proceedings*, 39(10), 3047-53.
- Schiffer, A.A., Pedersen, S.S., Widdershoven, J.W., Hendriks, E.H., Winter, J.B. & Denollet, J. (2005). The distressed (type D) personality is independently associated with impaired health status and increased depressive symptoms in chronic heart failure. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 12(4), 341-346
- Williams, L., O'connor, R.C., Howards, F., Hughes, B.M., Johnston, D.W. & Hay, J.I. (2008). Type D personality mechanisms of effect: the role of health related behavior and social support. *Journal of Psychosomatic Research*, 64(1), 63-9.
- Yokoyama, M., Yokoyama, T., Funazu, K., Yamashita, T., Kondo, S. & Hosoai, H. (2009). Associations between headache and stress, alcohol drinking, exercise, sleep and comorbid health conditions in a Japanese population. *The Journal of Headache and Pain*, 10(3), 177-85.
- Yu, X. N., Chen, Z., Zhang, J. & Liu, X. (2010). Coping Mediates the Association between Type D Personality and Perceived Health in Chinese Patients with Coronary Heart Disease. *International Journal of Behavioral Medicine*, 18(3), 277-284.