نشریه علمی روانشناسی سلامت
سال دهم، شماره سوم (پیاپی ۳۹)، پاییز ۱۴۰۰، (۵۰-۲۹)

Quarterly Journal of Health Psychology
Vol. 10, No. 3, (Series 39), Autumn 2021

نقش واسطه‌ای سبک‌های مقابله و حمایت اجتماعی ادراک‌شده در ارتباط بین ابعاد سرشت و منش و بهزیستی روانشناختی در افراد مبتلا به میگرن

فرزانه رنجبر نوشری
استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

(تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۰۱/۱۸ ـ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۶/۱۳)

The Mediating Role of Coping Styles and Perceived Social Support in the Relationship between Temperament and Character Dimensions and Psychological Well-being in People with Migraine

Farzaneh Ranjbar Noushari
Assistant Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

Original Article **(Received: Apr. 07, 2021 - Accepted: Sept. 04, 2021)** **مقاله پژوهشی**

چکیده

مقدمه: میگرن وضعیتی عمیقاً ناتوان‌کننده است که متغیرهای روانشناختی می‌توانند در آن اثرگذار باشند. پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش واسطه‌ای سبک‌های مقابله و حمایت اجتماعی ادراک‌شده در ارتباط بین ابعاد سرشت و منش و بهزیستی روان‌شناختی در افراد مبتلا به میگرن انجام شد. **روش:** این پژوهش از نوع مطالعات همبستگی بود. جامعه آماری شامل تمامی افراد مبتلا به میگرن در شهر رشت در سال ۱۳۹۸ بود که به متخصص مغز و اعصاب مراجعه نمودند. نمونه شامل ۴۳۲ نفر (۲۷۶ زن و ۱۵۶ مرد) بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای به‌کاررفته در این پژوهش شامل پرسشنامه سرشت و منش (TCI-56)، مقیاس بهزیستی روان‌شناختی (PWB)، پرسشنامه پاسخ‌های مقابله‌ای (CRI) و مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک‌شده (MSPSS) بود. **یافته‌ها:** تحلیل مسیر نشان داد بهزیستی روان‌شناختی در افراد مبتلا به میگرن، متأثر از ابعاد سرشت و منش، سبک‌های مقابله و حمایت اجتماعی ادراک‌شده است. همچنین، نقش واسطه‌ای سبک‌های مقابله و حمایت اجتماعی ادراک‌شده در ارتباط بین ابعاد سرشت و منش و بهزیستی روان‌شناختی مورد تأیید قرار گرفت. برای ارزیابی مدل از شاخص‌های CFI (۰/۹۱)، GFI (۰/۹۳)، NFI (۰/۹۱) و RMSEA (۰/۰۷) استفاده شد و مدل پیشنهادی برازش خوبی با داده‌ها داشت. **نتیجه‌گیری:** عوامل روانشناختی در میزان بهزیستی روانشناختی افراد مبتلا به میگرن نقش دارند؛ بنابراین، شناسایی این متغیرها می‌تواند تلویحات مهمی در زمینه درمان‌های روانشناختی میگرن داشته باشد.

واژگان کلیدی: سبک‌های مقابله، حمایت اجتماعی ادراک‌شده، سرشت و منش، بهزیستی روان‌شناختی، میگرن.

Abstract

Objective: Migraine is a profoundly debilitating condition that psychological variables can affect it. The aim of this study was to investigate the mediating role of coping styles and perceived social support in the relationship between temperament and character dimensions and psychological well-being in people with migraine. **Method:** This study was a correlational study. The statistical population included all people with migraine in Rasht in 1398 who referred to a neurologist. The sample consisted of 432 people (276 female and 156 male) who were selected by available sampling method. Instruments used in this study included the temperament and character inventory (TCI-56), psychological well-being scale (PWB), coping responses inventory (CRI), and multidimensional scale of perceived social support (MSPSS). **Findings:** Path analysis showed that the psychological well-being in people with migraine is influenced by temperament and character dimensions, coping styles and perceived social support. Also, the mediating role of coping styles and perceived social support in the relationship between temperament and character dimensions and psychological well-being was confirmed. To evaluate the model, CFI (0.91), GFI (0.93), NFI (0.91), and RMSEA (0.07) indices were used and the proposed model fit well with the data. **Conclusion:** Psychological factors play a role in the psychological well-being of people with migraines. Therefore, identifying these variables could have important implications for psychological migraine treatments.

Keywords: Coping Styles, Perceived Social Support, Temperament and Character, Psychological Well-Being, Migraine.

*نویسنده مسئول: فرزانه رنجبر نوشری

*Corresponding Author: Farzaneh Ranjbar Noushar **Email:** ranjbar_psy@yahoo.com

مقدمه

میگرن[1] نوعی اختلال عصبی مزمن است که با حملات مکرر سردرد متوسط تا شدید که از چند ساعت تا چند روز ادامه دارد، مشخص می‌شود. علائم میگرن شامل دردی همراه با حالت تهوع، استفراغ، افزایش حساسیت به سروصدا و نور است (کلمان و تانیس[2]، ۲۰۰۶). بیش از یک‌سوم افراد مبتلا به سردردهای میگرنی نشانه‌های پیش‌درآمدی (اورا) نوعی اختلالات گذرای دیداری، حسی، زبانی یا حرکتی را دریافت می‌کنند که نشان می‌دهد سردرد به‌زودی شروع خواهد شد (اندرس[3] و همکاران، ۲۰۱۰)؛ به نقل از عزیزی، آقامحمدیان شعرباف، مشهدی و اصغری ابراهیم‌آباد (۱۳۹۶). میگرن وضعیتی عمیقاً ناتوان‌کننده است به‌طوری‌که سازمان بهداشت جهانی آن را به‌عنوان یکی از ۲۰ علت اصلی ناتوانی در جهان رتبه‌بندی نموده است (سالیوان، کوزینز و رایدسدال[4]، ۲۰۱۶). همچنین، میگرن یکی از بیماری‌های شایع در جهان است. در سال ۲۰۱۶، شیوع آن در جمعیت عمومی ۱۴/۴ درصد، در زنان ۱۸/۹ درصد، و در مردان ۹/۸ درصد گزارش شده است (استوونر[5] و همکاران، ۲۰۱۸). علاوه بر اثرات مخرب آن بر زندگی شغلی و تحصیلی، همایندی بالایی بین میگرن و اختلالاتی نظیر افسردگی و اضطراب وجود دارد (بورستین، نوسدا و بورسوک[6]، ۲۰۱۵). مطالعات گزارش کرده‌اند که اضطراب و اختلالات خُلقی در بیماران میگرنی دو تا ده برابر بیشتر از جمعیت عمومی است (بالداشی[7] و همکاران، ۲۰۱۵؛ پرس، مرکانته، توبو، کامی و بیگال[8]، ۲۰۱۷) که این اختلالات می‌توانند بر شیوع، پیش‌آگهی، روند درمان و نتایج بالینی میگرن تأثیرگذار باشند (سنگ[9] و همکاران، ۲۰۱۷؛ گفرر[10] و همکاران، ۲۰۲۰؛ سنگال، سنگال و تانک[11]، ۲۰۱۸). در واقع، افسردگی، اضطراب و استرس به‌عنوان شاخص‌های قابل توجه بهزیستی روان‌شناختی قلمداد می‌شوند (ته، نگو، زولکیفلی، ولاسمی و سورش[12]، ۲۰۱۵).

یکی از مهمترین مدل‌های حوزه بهزیستی روان‌شناختی، مدل ریف می‌باشد. در این مدل، بهزیستی به معنای تلاش برای ارتقاء و پیشرفت است که در تحقق استعدادها و توانایی‌های فرد متجلی می‌گردد. طبق این رویکرد، بهزیستی از شش بعد تشکیل شده است: (۱) خودمختاری، یا توانایی تنظیم رفتار خود، مقاومت در برابر فشار اجتماعی و پیروی از عقاید خود، حتی اگر مغایر با نظر عمومی باشد؛ (۲) تسلط بر محیط، یا توانایی مدیریت موقعیت‌ها و فعالیت‌های روزمره؛ (۳) رشد شخصی که شامل یک روند مداوم برای توسعه توانایی‌های خود، توانایی پذیرا بودن تجربیات جدید و احساس پیشرفت با گذشت زمان است (۴) روابط مثبت با دیگران، به‌عنوان ایجاد پیوندهای نزدیک، قابل اعتماد و معنی‌دار با

1. migraine
2. Kelman & Tanis
3. Andress
4. Sullivan, Cousins & Ridsdale
5. Stovner
6. Burstein, Noseda & Borsook
7. Baldacci
8. Peres, Mercante, Tobo, Kamei & Bigal
9. Seng
10. Gfrerer
11. Sengul, Sengul & Tunc
12. Teh, Ngo, Zulkifli, Vellasamy & Suresh

دیگران، همچنین نشان دادن نگرانی برای رفاه دیگران و ابراز همدلی، محبت و صمیمیت تعریف شده است (۵) هدف در زندگی، یا تعیین موضوعات و اهدافی که به زندگی ما معنا و جهت می‌دهند و (۶) پذیرش خود، یا توانایی داشتن نگرش مثبت و احساس رضایت و پذیرش هم ویژگی‌های خوب و هم بدمان (ریف و سینگر، ۲۰۰۸). بر اساس نتایج پژوهش نریمانی، بگیان کوله‌مرز و مهدی‌نژاد مقدم (۱۳۹۴) بین بهزیستی روان‌شناختی دو گروه افراد مبتلا به میگرن و افراد سالم تفاوت معنادار وجود داشت و افراد مبتلا به میگرن، از بهزیستی روان‌شناختی پایین‌تری برخوردار بودند. رایان و دسی (۲۰۰۱) چندین پیش‌بین بالقوه برای بهزیستی، مانند ویژگی‌های شخصیتی، عواطف و حمایت اجتماعی را شناسایی کردند. در فراتحلیلی که عزیزی و همکاران (۱۳۹۶) انجام دادند، تمامی پژوهش‌های ایرانی انجام شده در زمینه عوامل خطر روان‌شناختی بیماری میگرن، به‌صورت نظام‌مند مرور و از میان آن‌ها، تعداد ۲۹ پژوهش جهت بررسی مروری انتخاب و درنهایت ۲۱ پژوهش که تمامی ملاک‌های مورد نظر را داشت، فراتحلیل شدند. نتایج نشان داد که متغیرهای روان‌شناختی باورها، عواطف، اختلالات خلقی، شخصیت، استرس و راهبردهای مقابله‌ای، حمایت اجتماعی و کیفیت خواب با بیماری میگرن مرتبط‌اند.

بر این اساس، یکی از متغیرهای روان‌شناختی که می‌تواند با بهزیستی روان‌شناختی افراد مبتلا به میگرن مرتبط باشد، ویژگی‌های سرشتی و منشی شخصیت است. شخصیت، الگوی منحصربه‌فردی از رفتارها، احساسات و افکار است که پیش‌بینی‌کننده نیرومندی برای سلامت جسمی، روانی و اجتماعی فعلی و آینده فرد در طول زندگی است (زوهر، زویر، وانگ، کلونینجر و آنوخین[1]، ۲۰۱۹). از نظر کلونینجر، رشد شخصیت مبتنی بر تعامل بین ابعاد سرشت[2] و منش[3] است (کلونینجر، شوراکیک و پرزبیک[4]، ۱۹۹۳). سرشت، بخش زیستی و ارثی شخصیت و نشانگر آمادگی‌های پیش‌ساخته در واکنش به هیجانات پایه است. منش، بخش محیط ساخته شخصیت است که در طی زمان و از طریق تعامل سرشت با محیط ساخته می‌شود و به تفاوت‌های فردی در اهداف، ارزش‌ها و خودپنداشت‌ها، اشاره دارد (شوراکیک و کلونینجر، ۲۰۰۵). درواقع سرشت انسانی تفاوت‌های فردی در واکنش‌های هیجانی خودکار و عادتی را پی‌ریزی می‌نماید، در حالیکه انواع خودپنداری‌ها اهمیت و معنای تجربه‌های جاری را مشخص می‌نمایند و از این طریق واکنش‌های هیجانی را هم تحت تأثیر قرار می‌دهند (حق‌شناس، ۱۳۹۳). سرشت به‌عنوان هسته هیجانی شخصیت شامل چهار بُعد مستقل است: ۱) نوجویی، فعال‌سازی رفتاری در پاسخ به‌تازگی و نشانه‌های پاداش یا حذف تنبیه؛ ۲) آسیب‌پرهیزی، بازداری رفتاری در پاسخ به نشانه های تنبیه یا فقدان پاداش؛ ۳) پاداش وابستگی، تداوم رفتار تقویت‌شده اجتماعی؛ و ۴) پشتکار، تداوم رفتار صرفاً باوجود تقویت متناوب

1. Zohar, Zwir, Wang, Cloninger& Anokhin
2. temperament
3. character
4. Cloninger, Svrakic & Przybeck

(زانینوتو[1] و همکاران، ۲۰۱۶). کلونینجر سه بُعد را برای منش در نظر گرفت: ۱) خودراهبری، آگاهی فرد از خویشتن به‌عنوان یک فرد مستقل و تحقق اهداف زندگی به شیوه‌ای هدفمند و مسئولانه؛ ۲) همکاری، دیدگاه فرد از خود به‌عنوان بخشی جدایی‌ناپذیر از جامعه که سطوح همدلی، دلسوزی و همانندسازی فرد با دیگران را نشان می‌دهد؛ و ۳) خودفراروی، حسی از خویشتن به‌عنوان بخشی جدایی‌ناپذیر از جهان از طریق احساسات خودفراموشی و همانندسازی روحانی با چیزی خارج از خویشتن فردی خود (جکسیک[2] و همکاران، ۲۰۱۵). بر اساس نتایج پژوهش‌های انجام شده در افراد مبتلا به میگرن مشخص گردید که این افراد به‌طور قابل توجهی در ابعاد سرشتی و منشی شخصیت تفاوت معناداری با گروه گواه داشتند. به‌ویژه در بُعد آسیب‌پرهیزی نمرات بالاتر و در بُعد خودراهبری نمرات پایین‌تری کسب نمودند (بوز[3] و همکاران، ۲۰۰۴؛ مونگینی[4] و همکاران، ۲۰۰۵؛ سانچز-رومن[5] و همکاران، ۲۰۰۷). فراتحلیل مبتنی بر مدل روانی-زیستی شخصیت نیز نشان داد که در افراد مبتلا به میگرن، آسیب‌پرهیزی بالا و پشتکار و خودراهبری پایین است (گارامون[6] و همکاران، ۲۰۲۰). علاوه بر وجود تفاوت در ابعاد سرشت و منش افراد مبتلا به میگرن، این ابعاد در میزان بهزیستی روانشناختی این بیماران نیز نقش دارند. نتایج پژوهش نیما، آرچر و گارسیا[7] (۲۰۱۲) نشان می‌دهد که ابعاد سرشت (آسیب‌پرهیزی) و منش (خودراهبری) بهزیستی ذهنی را پیش‌بینی می‌کند. در پژوهش اسپیتلهوس، وایرک، پیرسون و جویس[8] (۲۰۱۴) آسیب‌پرهیزی پایین، خودراهبری بالا و عدم وجود افسردگی فعلی، پیش‌بینی کننده اصلی نمرات بهزیستی روانشناختی بودند.

برخی از پژوهشگران، سبک‌های مقابله را یکی از عواملی می‌دانند که می‌تواند تعیین‌کننده میزان بهزیستی روانشناختی در افراد باشد (سیکوگنانی[9]، ۲۰۱۱؛ پور، باریبال، فیتزپاتریک و رابرتز[10]، ۲۰۱۱). مقابله را می‌توان به‌عنوان یک واکنش در برابر آسیب یا پریشانی تعریف کرد که افراد برای کاهش استرس به‌کار می‌برند (ابوت، داد، گی و وب[11]، ۲۰۰۱). بسته به نوع پریشانی و روش مقابله، کنار آمدن ممکن است کارآمد باشد و بتواند استرس را کاهش دهد، یا ناموفق باشد و گاهی حتی استرس بیشتری ایجاد کند (لیبین[12]، ۲۰۱۷). مقابله، یک پاسخ پیچیده، چندبعدی، شناختی و رفتاری برای مدیریت شرایط استرس‌زا است. شیوه‌های مقابله که تحت تأثیر عوامل فردی، اجتماعی، خانوادگی، شغلی و محیطی هستند را می‌توان در انواع مختلفی ازجمله: مقابله مسأله‌مدار در مقابل هیجان‌مدار؛ مواجهه در مقابل اجتناب؛ و فعال در مقابل غیرفعال طبقه‌بندی کرد

1. Zaninotto
2. Jaksic
3. Boz
4. Mongini
5. Sánchez-Román
6. Garramone
7. Nima, Archer & Garcia
8. Spittlehouse, Vierck, Pearson & Joyce
9. Cicognani
10. Por, Barriball, Fitzpatrick & Roberts
11. Abbott, Dodd, Gee & Webb
12. Libin

(فیریا-والنت، پیس-ریبریو و جنسن[1]، ۲۰۰۹). نتایج پژوهش ولادتیک، جانکولجاک، بوتکویک سولدو، کرالیک و بولجان[2] (۲۰۱۷) وجود ارتباط معنادار بین سبک‌های مقابله با استرس و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را در افراد مبتلا به میگرن تأیید کرد. در پژوهش رضایی دوگاهه، یوسفی و کامی (۲۰۱۴) مبتلایان به میگرن و سردرد تنشی و شرکت‌کنندگان غیربالینی در استراتژی‌های اجتناب تفاوت معناداری داشتند. نتایج حاصل از مطالعه حمید، مزارعی و پاک (۱۳۹۱) آشکار ساخت که تفاوت معناداری میان افراد مبتلا به میگرن و افراد سالم از لحاظ استرس‌های روزمره زندگی و سبک‌های مقابله وجود داشت و مردان و زنان مبتلا به سردرد میگرنی نسبت به افراد سالم از سبک هیجان‌مدار بیشتری برخوردار بودند. همچنین مشخص گردید که استرس‌های روزمره زندگی و سبک هیجان‌مدار با سلامت روان بیماران میگرنی رابطه منفی دارند. پژوهش اوزدمیر، ایکان و اوزدمیر[3] (۲۰۱۴) نشان داد که بیماران مبتلا به میگرن و سردرد تنشی در مقایسه با افراد سالم، سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمدتری دارند و از ویژگی‌های شخصیتی نوروتیک نیز برخوردارند؛ بنابراین، سبک‌های مقابله می‌تواند با ویژگی‌های شخصیتی افراد هم مرتبط باشد. شخصیت عامل مهمی برای درک حوادث استرس‌زا است و برای داشتن منابع موردنیاز برای کنار آمدن در یک موقعیت غیرمنتظره، ضروری است (دومیترو و کوزمان[4]، ۲۰۱۲). چندین مطالعه شواهدی از ارتباط بین سبک‌های مقابله‌ای و شخصیت را تأیید کرده است (کارور و کانر-اسمیت[5]، ۲۰۱۰؛ کیم، لی و لی[6]، ۲۰۱۳؛ پریرا-مورالز، آدان، لوپز-لئون و فوررو[7]، ۲۰۱۸). پشتکار و خودراهبری بالا و همچنین آسیب‌پرهیزی پایین در پاسخ به استرس نقش بهتری دارند (کیم و همکاران، ۲۰۱۳). در پژوهش گریز، گوتیرز، پری، بایلز و توروبیا[8] (۲۰۱۵) خودراهبری، خودفراروی و پشتکار بالا همبستگی زیادی با استراتژی‌های مواجهه داشتند و در مقابل، نوجویی و آسیب‌پرهیزی با استراتژی‌های اجتنابی همبستگی بالایی داشتند. بر اساس نتایج پژوهش هوانگ، کیم، هان و مین[9] (۲۰۲۰) سبک‌های مقابله مسأله‌مدار، با پشتکار، همکاری، خودفراروی بالا و آسیب‌پرهیزی پایین همراه بودند.

یکی دیگر از متغیرهای مرتبط با بهزیستی روان‌شناختی در افراد، حمایت اجتماعی ادراک شده است. حمایت اجتماعی ادراک‌شده به‌طورکلی به‌معنای درک فرد از مورد مراقبت قرار گرفتن توسط دیگران است و اینکه یک شبکه اجتماعی قابل‌اعتماد دارد که می‌تواند در مواقع نیاز به آن متوسل شود. افراد می‌توانند حمایت را از منابع مختلف از قبیل خانواده، دوستان و سایر افراد مهم دریافت کنند (تیلور[10]، ۲۰۱۱؛ به نقل از

1. Feirrea-Valente, Pais-Ribeiro & Jensen
2. Vladetić, Jančuljak, Butković Soldo, Kralik & Buljan
3. Özdemir, Aykan & Özdemir
4. Dumitru & Cozman
5. Carver & Connor-Smith
6. Kim, Lee & Lee
7. Pereira-Morales, Adan, Lopez-Leon & Forero
8. Gárriz, Gutiérrez, Peri, Baillés & Torrubia
9. Hwang, Kim, Han & Min
10. Taylor

ویلسون، ویس و شوک[1]، ۲۰۲۰). مجموعه‌ای از مطالعات، به ارتباط مثبت بین حمایت اجتماعی ادراک‌شده و بهزیستی روان‌شناختی اشاره داشته‌اند (به‌عنوان مثال: چو، ساوسیر و هافنر[2]، ۲۰۱۰؛ لیو، لی، شیائو و فلدمن[3]، ۲۰۱۴؛ ویلسون و همکاران، ۲۰۲۰). بر اساس نتایج پژوهش دی‌امیکو[4] و همکاران (۲۰۱۵) حمایت اجتماعی ادراک‌شده پیش‌بینی کننده کیفیت زندگی بیماران مبتلا به میگرن مزمن بود. همچنین، حمایت اجتماعی ادراک‌شده ارتباط منفی معناداری با افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به میگرن دارد (دمیر و بوزکورت[5]، ۲۰۲۰). حمایت اجتماعی می‌تواند متأثر از ویژگی‌های شخصیت افراد نیز باشد. در پژوهش سانگ، لی، کیم و لی[6] (۲۰۱۳) سرشت و منش هر دو به‌عنوان یک عامل مهم برای تعیین میزان حمایت اجتماعی شناخته شده‌اند. نتایج مطالعه دمیرچی، دمیرچی، تسکیران و کوتلوهان[7] (۲۰۱۷) حاکی از این بود که وابستگی به پاداش و همکاری، پیش‌بینی کننده حمایت اجتماعی ادراک‌شده هستند. با توجه به مطالب ارائه شده فوق و شیوع بالای میگرن در جامعه و همچنین مشکلاتی که در حوزه بهزیستی روان‌شناختی افراد مبتلا به میگرن مشاهده می‌گردد، توجه به متغیرهای روان‌شناختی مرتبط با بهزیستی این گروه، به‌ویژه شناسایی متغیرهای واسطه‌ای اثرگذار که در پژوهش‌های پیشین به آن پرداخته نشده است، ضروری به نظر می‌رسد. در این راستا، هدف اساسی پژوهش حاضر، بررسی نقش واسطه‌ای سبک‌های مقابله و حمایت اجتماعی ادراک‌شده در ارتباط بین ابعاد سرشت و منش و بهزیستی روان‌شناختی در افراد مبتلا به میگرن می‌باشد.

روش

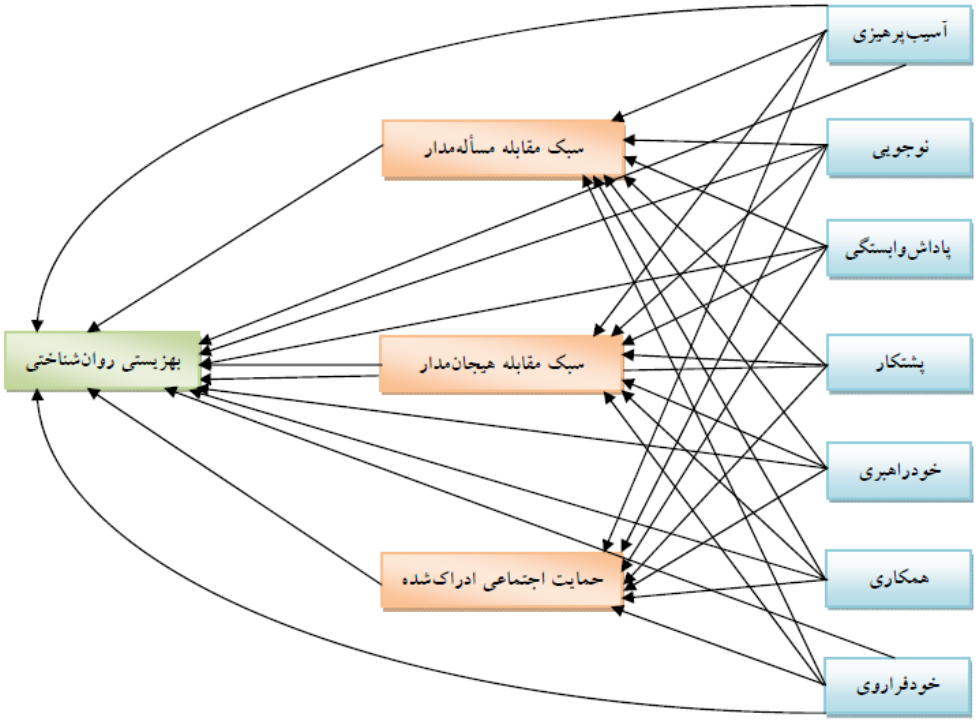
مطالعه حاضر از نوع طرح‌های همبستگی و مبتنی بر مدل‌سازی معادلات ساختاری (تحلیل مسیر) است. جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی افراد مبتلا به میگرن در شهر رشت در سال ۱۳۹۸ تشکیل می‌دهند. با توجه به اینکه در مدل پیشنهادی پژوهش، ۴۲ پارامتر موجود بود، با استفاده از فرمول ۱ به ۱۰ تاباچنیک و فیدل[8] (۲۰۱۳؛ به نقل از باقری، فراهانی و حسن‌آبادی، ۱۳۹۸) تعداد ۴۲۰ نفر از افراد مبتلا به میگرن که طی ماه‌های اردیبهشت لغایت آبان ۱۳۹۸ به متخصصان مغز و اعصاب شهر رشت مراجعه نمودند و مبتلا به سردرد میگرنی تشخیص داده شدند، با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. با احتمال تکمیل ناقص برخی از پرسشنامه‌ها، جهت جلوگیری از افت تعداد نمونه لازم، ۴۶۰ پرسشنامه در گروه نمونه پژوهش توزیع شد.

ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت‌اند بودند از: ابتلا به میگرن و مراجعه به متخصصان مغز و

1. Wilson, Weiss & Shook
2. Chu, Saucier & Hafner
3. Liu, Li, Xiao & Feldman
4. D'Amico
5. Demır & Bozkurt
6. Song, Lee, Kim & Lee
7. Demirci, Demirci, Taşkıran & Kutluhan
8. Tabachnick & Fidell

اعصاب در طی ماه‌های اخیر. ملاک‌های خروج شامل: وجود سابقه اختلالات روان‌شناختی و عدم تمایل یا نقص در تکمیل پرسشنامه‌ها بود. به‌منظور رعایت موازین اخلاقی، پس از توضیح اهداف پژوهش و اخذ رضایت آگاهانه از بیماران، پرسشنامه‌ها بدون ذکر نام و نام خانوادگی تکمیل گردید. با توجه به نقص در تکمیل ۲۸ پرسشنامه، پرسشنامه‌های ۴۳۲ نفر از شرکت‌کنندگان موردبررسی قرار گرفت و برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS-23 و Amos-23 استفاده گردید.

در شکل ۱، مدل مفهومی مطالعه حاضر که به بررسی نقش واسطه‌ای سبک‌های مقابله و حمایت اجتماعی ادراک‌شده در ارتباط بین ابعاد سرشت و منش و بهزیستی روان‌شناختی در افراد مبتلا به میگرن پرداخته است، ارائه گردیده است.



شکل ۱. مدل مفهومی نقش واسطه‌ای سبک‌های مقابله و حمایت اجتماعی ادراک‌شده در ارتباط بین ابعاد سرشت و منش و بهزیستی روانشناختی

ابزار

فرم کوتاه پرسشنامه سرشت و منش. این پرسشنامه توسط آدان و همکاران (۲۰۰۹) بر اساس گزینش ۵۶ گویه از پرسشنامه سرشت و منش تجدیدنظر شده، طراحی شد.

برای هریک از ابعاد سرشت (آسیب پرهیزی، نوجویی، پاداش وابستگی و پشتکار) و منش (خودراهبری، همکاری و خودفراروی) ۸ آیتم در نظر گرفته شده است که آزمودنی‌ها می‌بایست بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرتی از ۱ (کاملاً

مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) به عبارات پاسخ دهند. برخی از عبارات به‌صورت معکوس نمره‌گذاری شده و دامنه نمرات هر بُعد، ۱ تا ۴۰ می‌باشد. بر اساس نتایج تحلیل عاملی اکتشافی عوامل ذکرشده فوق، شناسایی شدند و جهت بررسی همسانی درونی آزمون از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که برای عامل‌ها بین ۰/۶۹ تا ۰/۸۵ به‌دست آمد. این ابزار در ایران توسط رنجبر نوشری، ابوالقاسمی، برادران، اسدی مجره و مولایی (زیرچاپ) با کسب اجازه از سازنده آزمون، هنجاریابی شده است. پس از بررسی روایی محتوا، در راستای بررسی روایی همگرا، از پرسشنامه شخصیتی ۵ عاملی نئو استفاده شد که همبستگی معنادار میان نمرات زیرمقیاس‌های آن با پرسشنامه شخصیتی ۵ عاملی، حاکی از روایی همگرای بالای پرسشنامه بود. جهت تعیین روایی سازه، تحلیل عاملی تائیدی اجرا گردید که شاخص‌ها نشانگر برازش قابل قبولی بودند. درنهایت جهت ارزیابی پایایی مقیاس از ضریب آلفای کرونباخ و بازآزمایی دو هفته‌ای استفاده شد. ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌ها در دامنه ۰/۶۸ تا ۰/۷۹ و ضرایب بازآزمایی در دامنه ۰/۷۰ تا ۰/۷۶ حاصل گردید.

مقیاس بهزیستی روان‌شناختی: فرم کوتاه این مقیاس مشتمل بر ۱۸ سوال می‌باشد که توسط ریف در سال ۱۹۸۹ طراحی و در سال ۲۰۰۲ مورد تجدیدنظر قرار گرفت. این آزمون که شش مؤلفه پذیرش خود، تسلط بر محیط، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی، رشد شخصی و استقلال را در بر می‌گیرد و مجموع نمرات این شش عامل به‌عنوان نمره کلی بهزیستی روانشناختی محاسبه می‌گردد در یک پیوستار شش‌درجه‌ای از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف تنظیم گردیده است. همسانی درونی این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در شش عامل به ترتیب ۰/۵۱، ۰/۷۶، ۰/۷۵، ۰/۵۲، ۰/۷۳ و ۰/۷۲ و برای کل مقیاس ۰/۷۱ به دست آمد (خانجانی، شهیدی، فتح‌آبادی، مظاهری و شکری، ۱۳۹۳). پرسشنامه پاسخ‌های مقابله‌ای. این پرسشنامه توسط بیلینگز و موس (۱۹۸۱) به‌منظور اندازه‌گیری سبک‌های مقابله با استرس طراحی و تدوین شده است. این مقیاس ۱۹ عبارت دارد و سه راهبرد مقابله‌ای شناختی (۶ عبارت)، رفتاری (۶ عبارت)، اجتنابی (۷ عبارت) را می‌سنجد. همچنین این مقیاس دو مقابله مساله مدار و هیجان مدار را اندازه‌گیری می‌کند. در این مقیاس از پاسخ‌دهندگان خواسته‌شده تا یک بحران شخصی یا حادثه‌ای استرس‌زا را که به‌تازگی تجربه کرده‌اند در نظر آورند و باتوجه به اینکه چگونه با آن رویداد درگیر شده‌اند به سؤالات پاسخ دهند. هر آزمودنی به این مقیاس با انتخاب یکی از گزینه‌ها (هیچ‌وقت، گاهی اوقات، اغلب اوقات و همیشه) پاسخ می‌دهد. دامنه نمره آزمودنی در این پرسشنامه بین صفر و ۵۷ متغیر خواهد بود. نریمانی، ملکشاهی‌فر و محمودی (۱۳۸۸) ضریب پایایی بازآزمایی کل پرسشنامه را ۰/۷۳، مقابله رفتاری ۰/۷۷، مقابله شناختی ۰/۸۳ و مقابله اجتنابی ۰/۶۰ گزارش نمودند.

مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک‌شده: در این پژوهش برای اندازه‌گیری

حمایت اجتماعی ادراک‌شده از پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک‌شده زیمت، داهلم، زیمت، فارلی (۱۹۹۸) استفاده شده است. این پرسشنامه دارای ۱۲ ماده است که حمایت اجتماعی ادراک‌شده را از ۳ منبع خانواده، دوستان و افراد خاص اندازه‌گیری می‌کند. نمره این ابزار با استفاده از مقیاس ۷ درجه‌ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالف مسنجیده می‌شود که امتیاز بالاتر نشان‌دهنده حمایت اجتماعی بیشتر می‌باشد. پایایی ابزار با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش‌شده و بیان‌شده که ابزار دارای روایی و محتوایی بسیار خوبی است. همچنین سوری و عاشوری (۱۳۹۴) پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش کردند. سلیمی، جوکار و نیک‌پور (۱۳۸۸) پایایی مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای سه بعد حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۶ و ۰/۸۲ گزارش نمودند.

یافته‌ها

طبق یافته‌های پژوهش، میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۳۸/۲۴ سال و میانگین مدت بیماری افراد حدود ۴ سال بود. ۲۷۶ نفر از شرکت‌کنندگان پژوهش را زنان و ۱۵۶ نفر را مردان تشکیل دادند. میانگین و انحراف معیار نمره‌های شرکت‌کنندگان در متغیرهای سرشت و منش، حمایت اجتماعی ادراک‌شده، سبک‌های مقابله و بهزیستی روان‌شناسی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در گروه نمونه

متغیر	میانگین	انحراف معیار	**کمینه**	**بیشینه**
آسیب‌پرهیزی	۲۸/۴۷	۵/۱۷	۱۵	۳۸
نوجویی	۱۹/۸۶	۴/۳۸	۱۲	۲۹
پاداش‌وابستگی	۲۲/۳۳	۵/۱۷	۱۱	۳۳
پشتکار	۲۵/۹۷	۷/۵۲	۱۲	۳۸
خودراهبری	۲۲/۰۴	۵/۵۲	۱۳	۳۲
همکاری	۲۵/۳۰	۵/۸۹	۱۲	۳۵
خودفراروی	۲۵/۵۵	۵/۴۳	۱۱	۳۵
حمایت اجتماعی ادراک‌شده	۴۴/۲۰	۸/۴۴	۲۳	۶۰
سبک مسأله‌مدار	۱۸/۸۲	۴	۹	۲۸
سبک هیجان‌مدار	۱۴/۴۵	۲/۰۳	۹	۲۲
بهزیستی روانشناختی	۵۹/۴۴	۹/۹۳	۴۳	۸۰

جدول ۲ نتایج ضریب همبستگی پیرسون را نشان می‌دهد. بر اساس این جدول، بهزیستی روان‌شناختی با آسیب‌پرهیزی و سبک هیجان‌مدار در سطح ۰/۰۱ همبستگی منفی معنادار و با خودراهبری، همکاری، خودفراروی، حمایت اجتماعی ادراک‌شده و سبک مقابله مسأله‌مدار در سطح ۰/۰۱ همبستگی مثبت معنادار دارد.

جدول ۲. ضرایب همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
۱. آسیب‌پرهیزی	۱									
۲. نوجویی	-۰/۳۳**	۱								
۳. پاداش وابستگی	-۰/۳۲**	۰/۲۶**	۱							
۴. پشتکار	-۰/۴۹**	-۰/۲۷**	۰/۲۴**	۱						
۵. خودراهبری	-۰/۵۶**	۰/۴۳**	۰/۳۰**	۰/۱۸**	۱					
۶. همکاری	-۰/۴۴**	۰/۳۰**	۰/۲۷**	۰/۴۱**	۰/۲۵**	۱				
۷. خودفراروی	-۰/۲۷**	۰/۳۹**	۰/۲۸**	۰/۲۱**	۰/۱۷**	۰/۱۷**	۱			
۸. حمایت اجتماعی	-۰/۵۶**	۰/۰۹	۰/۱۸**	۰/۰۹	۰/۰۹	۰/۳۶**	۰/۰۸	۱		
۹. سبک مسأله‌مدار	-۰/۴۷**	۰/۰۷	۰/۰۷	۰/۲۶**	۰/۲۴**	۰/۴۲**	۰/۱۵**	۰/۶۲**	۱	
۱۰. سبک هیجان‌مدار	۰/۰۶	-۰/۰۹	-۰/۰۸	-۰/۰۷	۰/۰۶	-۰/۰۸	-۰/۰۹	-۰/۱۸**	-۰/۱۷**	۱
۱۱. بهزیستی روانشناختی	-۰/۴۶**	۰/۰۵	۰/۰۶	۰/۰۹	۰/۳۵**	۰/۳۱**	۰/۳۱**	۰/۴۸**	۰/۵۹**	-۰/۱۵**

* معناداری در سطح ۰/۰۵ ** معناداری در سطح ۰/۰۱

برای آزمودن نقش واسطه‌ای حمایت اجتماعی ادراک‌شده و سبک‌های مقابله در رابطه ابعاد سرشت و منش و بهزیستی روان‌شناختی از تحلیل مسیر استفاده شد. پیش از اجرای این آزمون (نرمال بودن توزیع داده‌ها و خطی بودن روابط بین متغیرها) موردبررسی قرار گرفت که با توجه به ضرایب به‌دست‌آمده، این پیش‌فرض‌ها مورد تأیید قرار گرفت. بر این اساس، شاخص‌های نیکویی برازش موردبررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. شاخص‌های نیکویی برازش مدل نقش واسطه‌ای متغیرهای مطالعه

شاخص	CFI	GFI	NFI	χ^2	df	RMSEA
	۰/۹۱	۰/۹۳	۰/۹۱	۷۸/۹۳	۲۴	۰/۰۷

بر اساس جدول فوق، شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI=۰/۹۱)، شاخص بنتلر- بونت یا شاخص نرم‌شده برازندگی (NFI=۰/۹۱)، شاخص نیکویی برازش (GFI=۰/۹۳) و جذر میانگین مجذورات خطای تقریب (RMSEA=۰/۰۷) حاصل گردیده است. شایسته است مطرح نماییم که هر چه اندازه سه شاخص CFI، NFI و GFI به عدد یک نزدیک‌تر باشند بیانگر برازش مطلوب‌تر مدل است. همچنین جذر میانگین مجذورات خطای تقریب (RMSEA) زیر ۰/۰۸ کاملاً مطلوب است که در این مطالعه حاصل گردیده است.

جدول ۴. الگوی ساختاری، مسیرها و ضرایب استاندارد آن‌ها در مطالعه حاضر

مسیر	β
اسیب‌پرهیزی ← سبک مساله‌مدار	-۰/۳۹**
نوجویی ← سبک مساله‌مدار	۰/۰۷
پاداش‌وابستگی ← سبک مساله‌مدار	۰/۰۹*
پشتکار ← سبک مساله‌مدار	۰/۲۲**
خودراهبری ← سبک مساله‌مدار	۰/۲۰**
همکاری ← سبک مساله‌مدار	۰/۳۱**
خودفراروی ← سبک مساله‌مدار	۰/۱۴**
اسیب‌پرهیزی ← سبک هیجان‌مدار	۰/۰۵
نوجویی ← سبک هیجان مدار	-۰/۰۸*
پاداش‌وابستگی ← سبک هیجان‌مدار	-۰/۱۰*
پشتکار ← سبک هیجان‌مدار	-۰/۰۶
خودراهبری ← سبک هیجان‌مدار	۰/۰۴
همکاری ← سبک هیجان‌مدار	-۰/۰۷
خودفراروی ← سبک هیجان‌مدار	-۰/۰۷
اسیب‌پرهیزی ← حمایت اجتماعی ادراک‌شده	-۰/۴۳**
نوجویی ← حمایت اجتماعی ادراک‌شده	-۰/۰۹*
پاداش‌وابستگی ← حمایت اجتماعی ادراک‌شده	۰/۱۶**
پشتکار ← حمایت اجتماعی ادراک‌شده	-۰/۰۸*
خودراهبری ← حمایت اجتماعی ادراک‌شده	-۰/۰۸*
همکاری ← حمایت اجتماعی ادراک‌شده	۰/۲۷**
خودفراروی ← حمایت اجتماعی ادراک‌شده	۰/۰۶
سبک مساله‌مدار ← بهزیستی روان‌شناختی	۰/۴۲**
سبک هیجان‌مدار ← بهزیستی روان‌شناختی	-۰/۱۴**
حمایت اجتماعی ادراک‌شده← بهزیستی روان‌شناختی	۰/۳۷**
اسیب‌پرهیزی ← بهزیستی روان‌شناختی	-۰/۳۶**
نوجویی ← بهزیستی روان‌شناختی	۰/۰۵
پاداش‌وابستگی ← بهزیستی روان‌شناختی	۰/۰۹*
پشتکار ← بهزیستی روان‌شناختی	۰/۰۶
خودراهبری← بهزیستی روان‌شناختی	۰/۲۶**
همکاری ← بهزیستی روان‌شناختی	۰/۲۴**
خودفراروی← بهزیستی روان‌شناختی	۰/۲۰**

** معناداری در سطح ۰/۰۱ * معناداری در سطح ۰/۰۵

طبق این شاخص‌ها، می‌توان گفت که مدل مفروض، برازش بسیار مطلوبی با داده‌های مطالعه دارد. در ادامه الگوی ساختاری، مسیرها و ضرایب استاندارد در مطالعه حاضر ارائه می‌گردد.

با توجه به جدول ۴ می‌توان مشاهده کرد که اثرات آسیب‌پرهیزی، پشتکار، خودراهبری، همکاری و خودفراروی بر سبک مسأله‌مدار؛ آسیب‌پرهیزی، پاداش‌وابستگی و همکاری بر حمایت اجتماعی ادراک‌شده؛ سبک مسأله‌مدار، سبک هیجان‌مدار، حمایت اجتماعی ادراک‌شده، آسیب‌پرهیزی، خودراهبری، همکاری و خودفراروی بر بهزیستی روان‌شناختی در سطح ۰/۰۱ و اثرات پاداش وابستگی بر سبک مسأله‌مدار؛ نوجویی، پاداش وابستگی بر سبک هیجان‌مدار؛ نوجویی، پشتکار و خودراهبری بر حمایت اجتماعی ادراک‌شده و پاداش‌وابستگی بر بهزیستی روان‌شناختی در سطح ۰/۰۵ معنادار هستند؛ بنابراین، می‌توان نتیجه‌گیری نمود که مدل فرضی مطالعه برای نقش واسطه‌ای سبک‌های مقابله و حمایت اجتماعی ادراک‌شده در ارتباط بین ابعاد سرشت و منش و بهزیستی روان‌شناختی در افراد مبتلا به میگرن توسط شواهد تجربی مورد تأیید قرار گرفت.

نتیجه‌گیری و بحث

پژوهش حاضر از یکسو به مطالعه رابطه بین متغیرهای پژوهش شامل سبک‌های مقابله و حمایت اجتماعی ادراک‌شده، ابعاد سرشت و منش و بهزیستی روان‌شناختی در افراد مبتلا به میگرن پرداخت و از سوی دیگر نقش واسطه‌ای سبک‌های مقابله و حمایت اجتماعی ادراک‌شده در ارتباط بین ابعاد سرشت و منش و بهزیستی روانشناختی در افراد مبتلا به میگرن را موردبررسی قرار داد.

نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها در زمینه ارتباط بین ابعاد سرشتی و منشی شخصیت و بهزیستی روان‌شناختی نشان داد که ارتباط منفی و معنادار بین آسیب‌پرهیزی و بهزیستی روان‌شناختی و ارتباط مثبت و معنادار بین خودراهبری، پشتکار، خودفراروی و بهزیستی روان‌شناختی وجود داشته است. این نتایج همسو با یافته‌های پژوهش نیما و همکاران (۲۰۱۲) و اسپیتلهوس و همکاران (۲۰۱۴) می‌باشد که نتایج آن‌ها نیز بیانگر ارتباط ابعاد سرشت و منش به‌ویژه آسیب‌پرهیزی و خود راهبری با بهزیستی روان‌شناختی بود.

آسیب‌پرهیزی یک صفت شخصیتی است که با نگرانی بدبینانه در پیش‌بینی مشکلات و ترس از عدم اطمینان مشخص می‌شود و این بُعد شخصیتی با اضطراب و افسردگی رابطه دارد (کونراد، وگنر، ایمبرویچ، لیتک و گیسر[1]، ۲۰۰۹). به‌این‌ترتیب، رابطه منفی آسیب‌پرهیزی با بهزیستی روان‌شناختی توجیه می‌شود. ابعاد منشی شخصیت تأثیر محافظتی گسترده‌ای در بهزیستی و سازگاری روانی- اجتماعی افراد دارد (کرسنتی، گارزیتو، پاسچتو، برامبیلا و فابرو[2]، ۲۰۱۸). بُعد خودراهبری بر پایه پنداشت از خویشتن به‌عنوان یک فرد مستقل با مؤلفه‌های احترام، اثربخشی، رهبری و امید و بُعد خودفراروی بر پایه مفهوم از خویشتن به‌عنوان بخشی از جهان و منابع پیرامون آن تعریف می‌شود و در خصیصه پشتکار، سختکوشی، تداوم در عمل با وجود فشارها،

1. Conrad, Wegener, Imbierowicz, Liedtke & Geiser
2. Crescentini, Garzitto, Paschetto, Brambilla & Fabbro

پیشگامی در انجام امور، چالش‌پذیری و انطباق با شرایط پیش‌بینی نشده وجود دارد (جکسیک و همکاران، ۲۰۱۵) که همه این صفات هماهنگ با بهزیستی روان‌شناختی بالا است. پژوهش‌های اخیر در زمینه ارتباط شخصیت با بهزیستی نشان داده‌اند افرادی که در مؤلفه آسیب‌پرهیزی پایین و در مؤلفه‌های پاداش‌وابستگی و پشتکار بالا هستند، قابل اعتماداند، سازگاری اجتماعی و شغلی بهتری دارند و از سلامت جسمی و روانی بیشتری برخوردارند (کلونینجر و زوهر، ۲۰۱۱؛ کلونینجر، زوهر، هیرچمن و داهان[1]، ۲۰۱۲؛ زوهر و همکاران، ۲۰۱۹). همچنین، افرادی که در هر سه خصیصه منشی خودراهبری، همکاری و خودفراروی در حد بالایی قرار دارند، سالم و شاد هستند و رضایت از زندگی بالایی دارند (کلونینجر، ۲۰۱۳).

در خصوص ارتباط بین متغیر سبک‌های مقابله و بهزیستی روان‌شناختی در افراد مبتلا به میگرن مشخص گردید که بهزیستی روان‌شناختی با سبک مسأله‌مدار در نمونه موردمطالعه همبستگی مثبت معنادار و با سبک هیجان‌مدار همبستگی منفی معنادار دارد. این یافته همسو با یافته‌های پژوهشی سیکوگنانی (۲۰۱۱)؛ پور و همکاران (۲۰۱۱)؛ ولادتیک و همکاران (۲۰۱۷) و رضایی دوگاهه و همکاران (۲۰۱۴) است که وجود ارتباط معنادار سبک‌های مقابله با سلامت روانی و بهزیستی روان‌شناختی را در افراد تأیید نمودند. در پژوهش فیریا–والنت و همکاران (۲۰۰۹) راهکارهای مقابله‌ای اثربخش با کاهش شدت درد، ناتوانی، افسردگی و همچنین افزایش عملکرد جسمی و روانی در بین بیماران مبتلا به سردرد همراه بوده است.

در تبیین این نتیجه پژوهش می‌توان گفت استفاده از مقابله مسأله‌مدار، نیازمند کسب مهارت‌هایی همچون تعریف مسأله، یافتن راه‌حل‌های مختلف، سبک و سنگین کردن راه‌حل‌ها و درنهایت تصمیم‌گیری درباره انتخاب بهترین راه‌حل است که به فرد در پشت سر گذاشتن موانع کمک می‌کند. افرادی که به این مهارت‌ها و درنتیجه این سبک مقابله مجهز هستند، احساس خودکارآمدی و آرامش خاطر بیشتری خواهند داشت و استفاده از تجارب قبلی در حل مسائل گوناگون زندگی، از آن‌ها افرادی متکی به خود خواهد ساخت. همه این موارد، می‌توانند بهزیستی روان‌شناختی فرد را در سطح بالایی نگه دارند. از سویی دیگر، سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار باعث می‌شود که فرد در برخورد با مسائل به‌جای رویارویی با مشکلات به ابزارهای دیگری مانند عصبانیت و گریه کردن متوسل شود و درنتیجه یاد خواهد گرفت که هر بار با مشکلی برخورد کند، با استفاده از این ابزارها آن را حل کند؛ بنابراین، دیگر قادر به حل مؤثر مشکلات خود نخواهد بود؛ زیرا به‌جای اینکه بر خود مشکل تمرکز کند، به راهبردهای دیگری توسل می‌جوید و دیگران را مقصر جلوه می‌دهد و درنتیجه نمی‌تواند مشکلاتش را حل کند. پس می‌توان نتیجه گرفت، افرادی که از این نوع راهبرد مقابله استفاده می‌کنند، از نظر شناختی و عاطفی دچار آشفتگی و درماندگی می‌شوند و بهزیستی روانشناختی آن‌ها کاهش می‌یابد. از سوی دیگر می‌توان اظهار داشت که افراد زمانی که احساس کنند موقعیت فراتر از مهارت‌ها و توانایی‌هایی آن‌ها است، از راهبرد مقابله‌ای

1. Cloninger, Zohar, Hirschman & Dahan

هیجان‌مدار استفاده خواهند کرد؛ بنابراین، افرادی که رویدادهای استرس‌زای شدید یا خارج از کنترل را تجربه می‌کنند، بیشتر از این نوع راهبرد استفاده می‌کنند و درنتیجه، تجربه مکرر شرایط استرس‌زا و استفاده مستمر از راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار، بهزیستی روانی آن‌ها را به خطر می‌اندازد (گاستمس-کارنیکر و کالدرون[1]، ۲۰۱۳).

همچنین نتایج حاکی از این بود که سبک مقابله مسأله‌مدار با مؤلفه‌های پشتکار، خودراهبری، همکاری و خودفراروی در افراد مبتلا به میگرن همبستگی مثبت معنادار و با مؤلفه آسیب‌پرهیزی همبستگی منفی معنادار دارد که با یافته‌های کیم و همکاران (۲۰۱۳)؛ گریز و همکاران (۲۰۱۵) و هوانگ و همکاران (۲۰۲۰) همسو است.

در تبیین این رابطه می‌توان مطرح نمود که تدوام رفتار در بُعد شخصیتی پشتکار اهمیت دارد، چالش‌پذیری و انطباق با شرایط پیش‌بینی نشده در این بُعد وجود دارد که این صفات هماهنگ با برخی از ویژگی‌های افرادی است که از سبک‌های مقابله مسأله‌مدار استفاده می‌کنند، یعنی تلاش‌های رفتاری و شناختی مداوم در مواجهه با مشکلات، دیدن نقش خود به‌عنوان عامل رفتاری برای غلبه بر موقعیت تهدیدکننده وعدم انکار و اجتناب از آن و به‌تبع آن رسیدن به رشد شخصی که مداومت رفتاری را برای مدیریت با ثبات موقعیت‌های تنش‌زا و پیگیری‌های مداوم برای دوری از آسیب و همین‌طور کسب پاداش را به دنبال خواهد داشت. خودراهبری شامل آگاهی فرد از خویشتن به‌عنوان یک فرد مستقل و تحقق اهداف زندگی به شیوه‌ای هدفمند و مسئولانه است. افرادی که در زیرمقیاس خودراهبری، نمره بالایی دریافت می‌کنند، بیشتر متکی به انگیزه‌های درونی هستند تا انگیزه‌های بیرونی و هدفمندی و جهت‌گیری روشنی در زندگی و کار داشته، افرادی بالغ و مسئول هستند و به شکل مناسبی اجتماعی شده‌اند (گراب، اسپیتزر و فریبرگر[2]، ۲۰۰۱). در تبیین رابطه مؤلفه همکاری و سبک مقابله مسأله‌مدار، می‌توان اینگونه توضیح داد افرادی که در این زیرمقیاس نمره بالایی می‌آورند، تمایل به کار گروهی دارند، احساس دیگران برایشان مهم است و در نظر دیگران خودپسند و خودخواه جلوه نمی‌کنند (پلیسولو و لپین[3]، ۲۰۰۰). بُعد همکاری همچنین سطوح همدلی، دلسوزی و همانندسازی فرد با دیگران را نشان می‌دهد (جاکسیک و همکاران، ۲۰۱۵). افراد با نمرات بالا در خودفراروی، اخلاقی، بصیر، معنوی، بی‌تکلف و متواضع هستند و خود را به‌صورت بخشی یکپارچه با جهان هستی می‌انگارند (شوراکیک و کلونینجر، ۲۰۰۵). همه این ویژگی‌ها، می‌توانند سبک مسأله‌مدار را تبیین نمایند. افرادی که در بُعد آسیب‌پرهیزی نمره بالایی کسب می‌کنند، نگران، بدبین، ترسو، خجالتی و مستعد خستگی و ضعف هستند (زوهر و همکاران، ۲۰۱۹)؛ بنابراین، می‌توان انتظار داشت که این بُعد سرشتی، همبستگی منفی با سبک مقابله مسأله‌مدار داشته باشد.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که حمایت اجتماعی ادراک‌شده با بهزیستی روان‌شناختی در افراد مبتلا به میگرن همبستگی مثبت و معناداری دارد. در پژوهش چو و همکاران (۲۰۱۰)؛ لیو و

1. Gustems-Carnicer & Calderón

2. Grabe, Spitzer & Freyberger

3. Pelissolo & Lepine

همکاران (۲۰۱۴) و ویلسون و همکاران (۲۰۲۰) نیز ارتباط معناداری بین حمایت اجتماعی ادراک‌شده و بهزیستی روان‌شناختی حاصل گردید. همچنین این نتایج همسو با یافته‌های پژوهش دی‌امیکو و همکاران (۲۰۱۵) است که نشان داد حمایت اجتماعی ادراک‌شده پیش‌بینی کننده کیفیت زندگی بیماران مبتلا به میگرن مزمن است. در پژوهش دمیر و بوزکورت (۲۰۲۰) حمایت اجتماعی ادراک‌شده ارتباط منفی معناداری با افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به میگرن داشت.

در زمینه ارتباط حمایت اجتماعی ادراک‌شده و بهزیستی روان‌شناختی در بیماران میگرن که در این پژوهش مشاهده گردید، باید گفت حمایت اجتماعی و درگیرشدن در شبکه‌های اجتماعی، از طریق کاهش ارزیابی موقعیت‌ها به‌صورت تهدیدکننده و منفی و نیز افزایش توانایی مقابله در شرایط تنیدگی‌زا، منجر به کاهش تجربه تنیدگی درونی، افزایش تفسیرهای مثبت و درنهایت باعث افزایش بهزیستی روان‌شناختی افراد می‌شود (اوچینو[1]، ۲۰۰۹). چنانکه مطالعات نشان می‌دهند حمایت اجتماعی می‌تواند به افراد کمک کند تا میزان استرس را کاهش دهند و همچنین از اثرات مضر استرس بر سلامت جسمی و روانی محافظت می‌کند (ازبی[2] و همکاران، ۲۰۰۷؛ یاسین و دزولکیفلی[3]، ۲۰۱۰؛ سایدلکی، سالتوس، اویشی و جسوانی[4]، ۲۰۱۴). حمایت به صور مختلف در زنجیره علت و معلولی عواملی که باعث فشار روانی و بیماری می‌شوند تأثیر گذاشته و با فراهم کردن منابع لازم برای تعریف مجدد از یک وضعیت بالقوه آسیب‌زا، موجب تقویت توانایی سازگاری فرد با خواسته‌های تحمیلی می‌گردد که درنتیجه آن، از اینکه او شرایط خاص را پرتنش تخمین زند، جلوگیری می‌شود. از سوی دیگر در دسترس بودن افراد جهت گفتگو و تعاملات در مورد مشکلات و مسائل باعث کاهش افکار ناخوانده‌ای خواهد شد که موجب ماندگاری پاسخ‌های ناسازگارانه به وقایع بحران‌زا می‌گردد (کوهن، ۲۰۰۰). سارز[5] و همکاران (۲۰۰۰) معتقدند که حمایت اجتماعی از طریق ایفای نقش واسطه‌ای میان عوامل تنش‌زای زندگی و بروز مشکلات جسمی و روانی و همچنین تقویت شناخت افراد، باعث کاهش تنش تجربه شده، افزایش طول عمر و بهبود کیفیت زندگی می‌شود. طبق نظر فینی و کالینز[6] (۲۰۱۴) حمایت اجتماعی ادراک‌شده با تأثیرگذاری بر عوامل روان‌شناختی که در نحوه ادراک افراد از خود و جهان پیرامون نقش دارند، منجر به ارتقاء بهزیستی روان‌شناختی می‌شود. به‌طورکلی بیماران مبتلا به میگرن، احتمالاً به دلیل شرایط نامطلوب جسمانی، خود را منفی ارزیابی می‌کنند و برخورداری از حمایت اجتماعی خانواده، دوستان و خویشاوندان، ضمن فراهم کردن رفاه جسمانی می‌تواند ازلحاظ عاطفی و هیجانی نیز روی این بیماران اثر گذاشته و به بهبود بهزیستی روان‌شناختی آنان منجر گردد.

نتایج پژوهش در زمینه ارتباط ابعاد سرشت و منش با حمایت اجتماعی ادراک‌شده نشان داد که پاداش‌وابستگی و همکاری بالا، ارتباط مثبت و معنادار و آسیب‌پرهیزی ارتباط منفی معنادار با

1. Uchino
2. Ozbay
3. Yasin & Dzulkifli
4. Siedlecki, Salthouse, Oishi & Jeswani
5. Suarez
6. Feeney & Collins

حمایت اجتماعی ادراک‌شده دارند. این نتایج همسو با یافته‌های پژوهش سانگ و همکاران (۲۰۱۳) و دمیرچی و همکاران (۲۰۱۷) می‌باشد که نشان دادند حمایت اجتماعی تحت تأثیر خصوصیات سرشت و منش قرار می‌گیرد.

افراد پاداش‌وابسته که نسبت به نشانه‌های اجتماعی حساس و به پذیرش اجتماعی بسیار وابسته هستند و افراد دارای همکاری بالا، با دارا بودن ویژگی‌هایی نظیر همدلی و هم‌حسی و رفتارهای جامعه‌پسند (زوهر و همکاران، ۲۰۱۹)، ممکن است حمایت بالاتری از خانواده، دوستان و اجتماع دریافت نمایند و ارتباط مثبت این متغیرها را توجیه می‌نماید. آسیب‌پرهیزی نیز که یک گرایش بازدارنده است (زوهر و همکاران، ۲۰۱۹) همبستگی منفی با حمایت اجتماعی ادراک‌شده دارد چرا که افراد آسیب‌پرهیز در برخورد با مشکلات بیشتر از سبک‌های مقابله اجتنابی استفاده می‌نمایند و کمتر در جستجوی حمایت از طرف دیگران بر می‌آیند.

درنهایت، نتایج این پژوهش نشان داد که سبک‌های مقابله و حمایت اجتماعی ادراک‌شده در ارتباط بین ابعاد سرشت و منش و بهزیستی روان‌شناختی در افراد مبتلا به میگرن نقش واسطه‌ای دارند و برازش مناسبی بین داده‌ها با مدل وجود دارد.

به‌طورکلی، شخصیت به‌عنوان یک سری الگوهای رفتاری، شناختی و عاطفی رایج در یک فرد توصیف می‌شوند که از جنبه‌های زیست‌شناختی و محیطی ناشی می‌شود (مک‌آدام و اولسون[1]، ۲۰۱۰). نظریه کلونینجر نیز یک مدل زیستی- روانی- اجتماعی از شخصیت است که شخصیت را متشکل از ابعاد سرشت (بخش زیستی و ارثی) و منش (بخش محیط ساخته) می‌داند (کلونینجر و همکاران، ۱۹۹۳؛ شوراکیک و کلونینجر، ۲۰۰۵). در فراتحلیل مبتنی بر مدل روانی‌زیستی شخصیت مشخص گردید که افراد مبتلا به میگرن، آسیب‌پرهیزی بالاتر و پشتکار و خودراهبری پایین‌تری دارند (گارامون و همکاران، ۲۰۲۰). این ویژگی‌های شخصیت با بهزیستی روانی نیز همبستگی دارند (کلونینجر و زوهر، ۲۰۱۱؛ کلونینجر و همکاران، ۲۰۱۲؛ کلونینجر، ۲۰۱۳؛ زوهر و همکاران، ۲۰۱۹). بر اساس مدل پیشنهادی پژوهش، ممکن است همبستگی ویژگی‌های سرشتی و منشی شخصیت با بهزیستی روان‌شناختی در افراد مبتلا به میگرن، متأثر از سبک‌های مقابله و میزان حمایت اجتماعی ادراک‌شده در افراد باشد. ویژگی‌های شخصیت عامل مهمی برای داشتن منابع موردنیاز برای کنار آمدن در موقعیت‌های استرس‌زا است (دومیترو و کوزمان، ۲۰۱۲) و ارتباط بین شخصیت و سبک‌های مقابله، یک رابطه ساده یا یکپارچه نیست، بلکه هر شیوه مقابله، ناشی از تعامل چند مؤلفه سرشتی و منشی شخصیت است (گریز و همکاران، ۲۰۱۵). افرادی که پشتکار بالایی دارند، سخت‌کوش هستند، به‌دلیل تلاش برای رسیدن به هدف، به‌راحتی ناامید نخواهند شد و بلندپرواز و کمال‌گرا هستند. افراد با خودراهبری بالا، مسئولیت‌پذیر، هدف‌گرا و مدبر هستند و پذیرش خود بالایی دارند. افراد دارای همکاری بالا، دیگران را می‌پذیرند، همدل و هم‌حس هستند و رفتارهای جامعه‌پسند دارند. افراد با خودفراروی بالا، خودفراموشی و سیّالی را تجربه می‌کنند و معنوی‌تر هستند (زوهر و همکاران، ۲۰۱۹). همه

1. McAdams & Olson

این ویژگی‌ها، می‌توانند توضیح دهند که چرا آن‌ها تمایل بیشتری به استفاده از سبک‌های مقابله‌ای فعال و مسأله‌مدار دارند. در مقابل، افراد با آسیب‌پرهیزی بالا، بدبین، نگران و ترسو بوده، از محرک‌های جدید دوری می‌کنند و زود خسته می‌شوند. افراد با نوجویی بالا، کنجکاو و تکانشی‌اند و قوانین خاص خود را دارند. افراد پاداش‌وابسته نیز بسیار حساس به نشانه‌های اجتماعی و پذیرش اجتماعی هستند (زوهر و همکاران، ۲۰۱۹)؛ بنابراین، افرادی که این سه ویژگی سرشتی را در حد بالایی دارند، احتمالاً بیشتر درگیر مقابله اجتنابی می‌شوند و به تبع آن بر بهزیستی روان‌شناختی آن‌ها اثرگذار باشند. همچنین، این ویژگی‌های شخصیت می‌توانند با اثرگذاری بر میزان حمایت اجتماعی ادراک‌شده، منجر به افزایش یا کاهش بهزیستی روان‌شناختی در افراد مبتلا به میگرن شوند.

مطالعه حاضر یک پژوهش نوین در زمینه مدل واسطه‌ای سبک‌های مقابله و حمایت اجتماعی ادراک‌شده در رابطه ابعاد سرشت و منش و بهزیستی روان‌شناختی در افراد مبتلا به میگرن است، بااین‌حال، محدودیت‌هایی هم در این پژوهش وجود داشت. روش نمونه‌گیری در دسترس، عدم کنترل وضعیت اقتصادی و اجتماعی بیماران و محدود بودن نمونه به شهر رشت، ازجمله محدویت‌های پژوهش حاضر بودند؛ بنابراین، در تعمیم نتایج این پژوهش می‌بایست جانب احتیاط را در نظر گرفت. همچنین، شدت میگرن در این مطالعه در نظر گرفته نشده است. بر این اساس، پیشنهاد می‌گردد که در پژوهش‌های آتی، موارد فوق مدنظر پژوهشگران قرار گیرد تا تعمیم‌پذیری نتایج افزایش یابد. بر اساس مدل پیشنهادی پژوهش مشخص گردید که متغیرهای روان‌شناختی در میزان بهزیستی روانی افراد مبتلا به میگرن نقش دارند. لذا، به درمانگران و متخصصان این حوزه پیشنهاد می‌گردد که در فرایند درمان میگرن به متغیرهای روان‌شناختی بیش‌ازپیش توجه نمایند.

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از طرح پژوهشی است که با حمایت مالی دانشگاه پیام نور به انجام رسید. از تمامی بیمارانی که در این مطالعه مشارکت داشتند، تشکر می‌گردد.

منابع

باقری، م؛ فراهانی، م.ن؛ و حسن‌آبادی، ح.ر. (۱۳۹۶). مدل‌یابی عوامل روانی- اجتماعی- فرهنگی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری‌های کرونری قلب. بروز میگرن در ایران. *نشریه علمی روانشناسی سلامت*، ۸(۲)، ۲۵-۷.

حق‌شناس، ح. (۱۳۹۳). *روانشناسی شخصیت*. چاپ سوم، شیراز: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی شیراز.

حمید، ن؛ مزارعی، ر؛ پاک، س. (۱۳۹۱). بررسی ارتباط میان استرس‌های روزمره‌ی زندگی و سبک‌های مقابله با سلامت روان در بیماران

دچار سردرد میگرنی. *مجله علمی، پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زنجان*، ۲۱(۸۴)، ۸۱-۷۳.

خانجانی، م؛ شهیدی، ش؛ فتح‌آبادی، ج؛ مظاهری، م.ع؛ و شکری، ا. (۱۳۹۳). ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی فرم کوتاه (۱۸ سوالی) مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف در دانشجویان دختر و پسر. *اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی*، ۹(۳۲)، ۳۶-۲۷.

رنجبر نوشری، ف؛ ابوالقاسمی، ع؛ برادران، م؛ اسدی‌مجره، س؛ و مولایی، م. (زیرچاپ). اعتباریابی و رواسازی نسخه کوتاه پرسشنامه سرشت و منش (TCI-56) در دانشجویان. *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*.

سلیمی، عظیمه؛ جوکار، بهرام و نیک‌پور، روشنک. (۱۳۸۸). ارتباطات اینترنتی در زندگی: بررسی نقش ادراک حمایت اجتماعی و احساس تنهایی در استفاده از اینترنت. مطالعات روانشناختی، ۵(۳)، ۱۰۲-۸۱

سوری، ا؛ و عاشوری، ج. (۱۳۹۴). رابطه حمایت اجتماعی ادراک‌شده، سخت‌رویی روان‌شناختی و الگوهای ارتباطی خانواده با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. *پرستاری دیابت*، ۳(۲)، ۶۵-۵۳.

عزیزی، م؛ آقامحمدیان شعرباف ح.ر؛ مشهدی، ع؛ اصغری ابراهیم‌آباد، م.ج. (۱۳۹۶). بررسی فراتحلیل عوامل روان‌شناختی بروز میگرن در ایران. *نشریه علمی روانشناسی سلامت*، ۶(۲۲)، ۱۰۰-۸۸.

نریمانی، م؛ بگیان کوله مرز، م.ج؛ مهدی نژاد مقدم، ب. (۱۳۹۴). مقایسه باورهای غیر منطقی، خودکارآمدی و بهزیستی روانشناختی در بیماران مبتلا به سردردهای میگرنی و افراد سالم. *نشریه علمی روانشناسی سلامت*، ۴(۱۳)، ۲۰-۷.

نریمانی، م؛ ملکشاهی‌فر؛ م؛ و محمودی، ن. (۱۳۸۸). بررسی مهارتهای مقابله‌ای و تحمل ابهام در دانش‌آموزان دخترگوشه گیر. *پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*، ۹(۱)، ۶۲-۵۵.

Abbott, J., Dodd, M., Gee, L., & Webb, K. (2001). Ways of coping with cystic fibrosis: implications for treatment adherence, *Disability* and *Rehabilitation, 23*(8), 315-324.

Adan, A., Serra-Grabulosa, J. M., Caci, H., & Natale, V. (2009). A reduced Temperament and Character Inventory (TCI-56) Psychometric properties in a non-clinical sample. *Personality and Individual Differences, 46*(7), 687-692.

Baldacci, F., Lucchesi, C., Cafalli, M., Poletti, M., Ulivi, M., Vedovello, M., & et al. (2015). Migraine features in migraineurs with and without anxiety-depression symptoms: a hospital-based study. *Clinical neurology and neurosurgery*, *132*, 74-78.

Billings, A. G., & Moos, R. H. (1981). The role of coping responses and social; resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioural Medicine, 4*(2), 139-

157.

Boz, C., Velioglu, S., Ozmenoglu, M., Sayar, K., Alioglu, Z., Yalman, B., Tobpas, M. (2004). Temperament and character profiles of patients with tension-type headache and migraine. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 58(5), 536-543.

Burstein, R., Noseda, R., & Borsook, D. (2015). Migraine: multiple processes, complex pathophysiology. *Journal of Neuroscience, 35*(17), 6619-6629.

Carver, C. S, & Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual Review of Psychology, 61*, 679-704.

Chu, P. S., Saucier, D. A., & Hafner, E. (2010). Meta-analysis of the relationships between social support and well-being in children and adolescents. *Journal of Social and Clinical Psychology, 29*(6), 624-645.

Cicognani, E. (2011). Coping strategies with minor stressors in adolescence: relationships with social support, self-efficacy, and psychological well-being. *Journal of Applied* Social *Psychology, 41*(3), 559-578.

Cloninger, C. R. (2013). What makes people healthy, happy, and fulfilled in the face of current world challenges? *Mens Sana Monographs,11*(1), 16-24.

Cloninger, C. R., & Zohar, A. H. (2011). Personality and the perception of health and happiness. *Journal of Affective Disorders, 128*(1-2), 24-32.

Cloninger, C. R., Svrakic, D. M., & Przybeck, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry, 50*(12), 975-990.

Cloninger, C. R., Zohar, A. H., Hirschmann, S., & Dahan, D. (2012). The psychological costs and benefits of being highly persistent: Personality profiles distinguish mood disorders from anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders, 136*(3), 758-766.

Cohen, S., Underwood, L. G., & Gottlieb, B. H. (2000). Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists. Oxford University Press.

Conrad, R., Wegener, I., Imbierowicz, K., Liedtke, R., & Geiser, F. (2009), Alexithymia, temperament and character as predictors of psychopathology in patients with major depression. *Psychiatry Research 165*(1-2), 137-144.

Crescentini, C., Garzitto, M., Paschetto, A., Brambilla, P., & Fabbro, F. (2018). Temperament and character effects on late adolescents' well-being and emotional-behavioural difficulties. *PeerJ, 6*, e4484.

D'Amico, D., Grazzi, L., Bussone, G., Curone, M., Di Fiore, P., Usai, S., & et al. (2015). Are depressive symptomatology, self-efficacy, and perceived social support related to disability and quality of life in patients with chronic migraine associated to medication overuse? Data from a cross-sectional study. *Headache, 55*(5), 636-645.

Demır, Ü. F., & Bozkurt, O. (2020). Effects of perceived social support, depression and anxiety levels on migraine. *Noro psikiyatri arsivi, 57*(3), 210-215.

Demirci, K., Demirci, S., Taşkıran, E., & Kutluhan, S. (2017). The effects of temperament and character traits on perceived social support and quality of life in patients with epilepsy. *Epilepsy & behavior : E&B, 74*, 22-26.

Dumitru, V. M., & Cozman, D. (2012).

The relationship between stress and personality factors. *Human & Veterinary Medicine, 4*(1), 34-39.

Feeney, B. C., & Collins, N. L. (2014). A new look at social support: A theoretical perspective on thriving through relationships. *Personality and Social Psychology Review, 19*(2), 113-147.

Feirrea-Valente, M. A., Pais-Ribeiro, J. L., & Jensen, M. P. (2009). Coping, depression, anxiety, self-efficacy and social support: impact on adjustment to chronic pain. *Escritos de Psicología, 2*(3), 8-17.

Garramone, F., Baiano, C., Russo, A., D'Iorio, A., Tedeschi, G., Trojano, L., & Santangelo, G. (2020). Personality profile and depression in migraine: a meta-analysis. *Neurological Sciences, 41*(3), 543-554.

Gárriz, M., Gutiérrez, F., Peri, J. M., Baillés, E., & Torrubia, R. (2015). Coping strategies within a personality space. *Personality and Individual Differences, 80*, 96-100.

Gfrerer, L., Ortiz, R., Hansdorfer, M. A., Tsui, J. M., Chartier, C., Nealon, K. P., & Austen, W. G. G. (2020). The relationship of psychiatric variables in patients undergoing peripheral nerve surgery for migraine headache. *Plastic and Reconstructive Surgery Global Open, 8*(9), 107-107.

Grabe, H. J., Spitzer, C., & Freyberger, H. J. (2001). Alexithymia and the temperament and character model of personality. *Psychotherapy and Psychosomatics, 70*(5), 261-267.

Gustems-Carnicer, J., & Calderón, C. (2013). Coping strategies and psychological well-being among teacher education students. *European Journal of Psychology of Education, 28*(4), 1127-1140.

Hwang, H. C., Kim, S. M., Han, D. H., & Min, K. J. (2020). Associations of temperament and character with coping strategies among office workers. *Psychiatry investigation, 17*(1), 37-46.

Jaksic, N., Aukst-Margetic, B., Rózsa, S., Brajkovic, L., Jovanovic, N., Vuksan-Cusa, B., & et al. (2015). Psychometric properties and factor structure of the Temperament and Character Inventory-Revised (TCI-R) in a Croatian psychiatric outpatient sample. *Comprehensive Psychiatry, 57*, 177-186.

Kelman, L., & Tanis, D. (2006). The relationship between migraine pain and other associated symptoms. *Cephalalgia, 26*(5), 548-553.

Kim, J. W., Lee, H. K., & Lee, K. (2013). Influence of temperament and character on resilience. *Comprehensive Psychiatry, 54*(7), 1105-1110.

Libin, E. (2017). Coping intelligence: efficient life stress management. *Frontiers in Psychology*, 8(302), 1-7.

Liu, H., Li, S., Xiao, Q., & Feldman, M. W. (2014). Social support and psychological wellbeing under social change in urban and rural China. *Social Indicators Research, 119*(2), 979-996.

McAdams, D. P., & Olson, B. D. (2010). Personality development: continuity and change over the life course. *Annual Review of Psychology, 61*, 517-542.

Mongini, F., Fassino, S., Rota, E., Deregibus, A., Levi, M., Monticone, D., Abbate-Daga, G. (2005). The Temperament and Character Inventory in women with migraine. *The Journal of Headache and Pain*, 6, 247-249.

Nima, A., Archer, T., & Garcia, D. (2012) Adolescents' happiness-increasing strategies, temperament, and character: Mediation models on

subjective well-being. *Health, 4*(10), 802-810.

Ozbay, F., Johnson, D. C., Dimoulas, E., Morgan, C. A., Charney, D., & Southwick, S. (2007). Social support and resilience to stress: from neurobiology to clinical practice. *Psychiatry (Edgmont), 4*(5), 35-40.

Özdemir, O., Aykan, F., & Özdemir P. G. (2014). Coping strategies and personality traits in women patients with migraine and tension type headache. *Journal of Mood Disorders, 4*(2), 59-65.

Pelissolo, A., & Lepine, J. P. (2000). Normative data and factor structure of the temperament and character inventory (TCI) in the Ferench version. *Psychiatric Research, 94*(1), 67-76.

Pereira-Morales, A. J., Adan, A., Lopez-Leon, S., & Forero, D. A.(2018). Personality traits and health-related quality of life: the mediator role of coping strategies and psychological distress. *Annals of General Psychiatry, 17*(1)**,** 1-9.

Peres, M. F. P., Mercante, J. P., Tobo, P. R., Kamei, H., & Bigal, M. E. (2017). Anxiety and depression symptoms and migraine: a symptom-based approach research. *Journal of Headache and Pain*, 18(37) 1-8.

Por, J., Barriball, L., Fitzpatrick, J., & Roberts, J. (2011). Emotional intelligence: its relationship to stress, coping, well-being and professional performance in nursing students. *Nurse education today*, *31*(8), 855-860.

Rezaei Dogaheh, E., Yoosefi, A., & Kami, M. (2014). Comparison of maladaptive coping styles in patients with migraine and tension headaches with normal group. *Practice in Clinical Psychology, 2*(3), 211-219.

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review* of *Psychology*, *52*(1), 141-166.

Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2008). Know thyself and become what you are: a eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, *9*(1), 13-39.

Sánchez-Román, S., Téllez-Zenteno, J.F., Zermeño-Phols, F., García-Ramos, G., Velázquez, A., Derry, P., & et al. (2007). Personality in patients with migraine evaluated with the "Temperament and Character Inventory". *The Journal of Headache and Pain*, 8(2), 94-104.

Seng, E. K., Buse, D. C., Klepper, J. E. J., Mayson, S., Grinberg, A. S., Grosberg, B. M., & et al. (2017). Psychological factors associated with chronic migraine and severe migraine-related disability: An observational study in a tertiary headache center. *Headache: The Journal of Head and Face Pain, 57*(4), 593-604.

Sengul, Y., Sengul, H. S., & Tunc, A. (2018). Psychoform and somatoform dissociative experiences in migraine: relationship with pain perception and migraine related disability. *Ideggyogyaszati Szemle*, *71*(11-12), 385-392.

Siedlecki, K. L., Salthouse, T. A., Oishi, S., & Jeswani, S. (2014). The relationship between social support and subjective well-being across age. *Social indicators research, 117*(2), 561-576.

Song, S. H., Lee, H. K., Kim, J. W., & Lee, K. (2013). Social support according to temperament and character in college students. *Journal of Korean Neuropsychiatric Association, 52*(3), 157-162.

Spittlehouse, J. K., Vierck, E., Pearson,

J. F., & Joyce, P. R. (2014). Temperament and character as determinants of well-being. *Comprehensive Psychiatry*, 55(7), 1679-1687.

Stovner, L. J., Nichols, E., Steiner, T. J., Abd-Allah, F., Abdelalim, A., Al-Raddadi, R. M., & et al. (2018). Global, regional, and national burden of migraine and tension-type headache 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet Neurology*, *17*(11), 954-976.

Suarez, L., Ramirez, A.G., Villarreal, R., Marti, J., Mcalister, A., & Talavera, G.A. & et al. (2000). Social networks and cancer screening in four U.S. Hispanic groups. *American Journal* of *Preventive Medicine, 19*(1), 47-52.

Sullivan, A., Cousins, S., & Ridsdale, L. (2016). Psychological interventions for migraine: a systematic review. *Journal of neurology, 263*(12), 2369-2377.

Svrakic, D. M., & Cloninger, C. R. (2005). Personality disorders. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry, II, 8th Ed.* (pp. 2063–2104). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Teh, C. K., Ngo, C. W., Zulkifli, R. A., Vellasamy, R. & Suresh, K. (2015) Depression, anxiety and stress among undergraduate students: A cross sectional study. *Open Journal of Epidemiology*, *5*, 260-268.

Uchino, B.N. (2009). Understanding the links between social support and physical health: A life-span perspective with emphasis on the separability of perceived and received support. *Perspectives on Psychological Science, 4*(3), 236-255.

Vladetić, M., Jančuljak, D., Butković Soldo, S. Kralik, K., & Buljan, K. (2017). Health-related quality of life and ways of coping with stress in patients with migraine. *Neurological Sciences, 38*(2)**,** 295-301.

Wilson, J. M., Weiss, A., & Shook, N. J. (2020). Mindfulness, self-compassion, and savoring: Factors that explain the relation between perceived social support and well-being. *Personality and Individual Differences, 152*(109568), 1-9.

Yasin, M.A.S., & Dzulkifli, M.A. (2010). The relationship between social supports and psychological problems among students. *International Journal of Business and Social Science*, *1*(3), 110-116.

Zaninotto, L., Solmi, M., Toffanin, T., Veronese, N., Cloninger, C. R., & Correll, C. U. (2016). A meta-analysis of temperament and character dimensions in patients with mood disorders: Comparison to healthy controls and unaffected siblings. *Journal of Affective Disorders, 194*, 84-97.

Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment, 52*(1), 30-41.

Zohar, A. H., Zwir, I., Wang, J., Cloninger, C. R. & Anokhin, A. P. (2019). The development of temperament and character during adolescence: the processes and phases of change. *Development* and *Psychopathology, 31*(2), 601-617.