

بررسی نقش عوامل شناختی و شخصیتی در پیش بینی ابتلا به سردرد میگرن

رضا جوهری فرد^۱، امیر رضا برومند^۲، کارل ادوارد شایت^۳

مهناز مهربابی زاده هنرمند^۴

دریافت مقاله: 2016, Jan 21
پذیرش مقاله: 2016, Feb 28

سردرد، از جمله مشکلاتی است که افزون بردرد ناتوان کننده، اثرات نامطلوبی بر همه ی ابعاد زندگی فرد از جمله کارکرد اجتماعی، خانوادگی، شغلی و تحصیلی دارد. هدف پژوهش حاضر بررسی عوامل شناختی و شخصیتی به عنوان پیش بین ابتلا به سردرد میگرن در بین بیماران زن مراجعه کننده به مراکز مغزو اعصاب بود. بدین منظور، براساس تشخیص متخصص مغزو اعصاب، ۱۹۵ نفر به عنوان نمونه ی بیمار مشخص شدند و جهت انتخاب گروه سالم، از یک جامعه ی متشکل از زنانی با شرایط سنی، تحصیلی و شغلی تقریباً همتا با بیمار، ۲۰۵ همراه زن بیماران مبتلا به میگرن، به روش تصادفی ساده انتخاب شد و در مجموع ۳۹۶ نفر از نظر فاجعه سازی درد، راهبردهای مقابله ای، کمال گرایی و شخصیت مورد آزمون قرار گرفتند. نتایج تحلیل تمیز به روش همزمان و گام به گام و در بخش اعتباریابی نیز از همبستگی پیرسون و تحلیل عوامل تاییدی کاربرد معادله ی تابع ممیز، فرضیه ی پژوهش را تایید کرد. به بیان دیگر از روی عوامل شناختی و شخصیتی می توان احتمال ابتلا به سردرد میگرن در بین بیماران زن را پیش بینی کرد.

واژه های کلیدی: عوامل شناختی، شخصیتی، سردرد میگرن

مقدمه

درد، عمومی ترین فشار روانی (استرس) است که با آن مواجه می شویم و هیچ کدام از علایم جسمانی دیگر به فراگیری علایم درد نیستند. امروزه، درصد قابل توجهی از مراجعات پزشکی، مشکلات وابسته به درد است. به صورت تاریخی، مشخصه ی دیدگاه سنتی در مورد دردهای مستمر، نوعی تقسیم بندی ساده ی دو بخشی بود: درد یا دارای خاستگاه جسمانی است یا روان شناختی. در سال های اخیر روشن شده است که تقسیم بندی فوق در مورد درد، ناقص و نارساست و تردیدی نیست که عوامل جسمانی

۱. دپارتمان روان شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، اهواز، ایران (نویسنده ی مسوول) rjoharifard@gmail.com

۲. متخصص مغز و اعصاب

۳. دپارتمان پزشکی روان تنی و روان درمانی دانشگاه فرایبورگ آلمان، فرایبورگ، آلمان

۴. دپارتمان علوم تربیتی و روان شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

در علایم درد نقش دارند. همچنین عوامل روان‌شناختی از جمله سود ثانوی، ممکن است در علایم گزارش شده به وسیله ی برخی از بیماران مبتلا به درد موثر باشد. با این وجود، شواهد بسیاری مبنی بر تاثیر عوامل روانی- اجتماعی گوناگون که ثانویه بر آسیب یا بیماری هستند، نیز وجود دارد. بنابراین به منظور اطمینان یافتن از موفقیت های درمانی، عوامل روانی- اجتماعی مذکور باید در پیوند با عوامل جسمانی و عوامل زمینه ساز روان شناختی مورد ارزیابی و درمان قرار گیرند. گذشته از این، پژوهش ها نشان می دهد، زمینه های خانوادگی و اجتماعی که درد در آنها تداوم می یابد نیز، نقشی اساسی در استمرار ناتوانی ناشی از درد، به عهده دارند (جوهری فرد، ۲۰۱۲؛ ۲۰۱۳).

سردرد، برای همگان پدیده ای آشناست و کمتر کسی است که در طول عمر خود آن را تجربه نکرده باشد. سردرد از جمله مشکلاتی است که افزون بر درد ناتوان کننده، اثرات نامطلوبی بر همه ی ابعاد زندگی فرد از جمله کارکرد اجتماعی، خانوادگی، شغلی و تحصیلی دارد (ادمیدز، ۱۹۹۳؛ از سولمون و دالوف، ۲۰۰۰) و در حالی که تعریف و علت شناسی دقیقی از آن ارایه نشده است اما، دست کم دو نوع سردرد تنشی و میگرنی را می توان از یکدیگر تشخیص داد. بر اساس یافته های پژوهشی و مشاهدات بالینی، یک سری ویژگی های روان‌شناختی برای افراد مبتلا به سردرد میگرنی گزارش شده است که مهم ترین آن ها عبارتند از: اضطراب، افسردگی، کمال گرایی، جاه طلبی، نظم و دقت افراطی در فعالیت های روزمره و حساسیت افراطی به مسایل زندگی (مک آنالٹی، راپورت، واگنر و برانتلی، ۱۹۸۴). در همین رابطه، یافته های پژوهشی نشان می دهد که افراد مبتلا به سردرد میگرنی الگویی از سرزنش و عیب جویی افراطی از خود و دیگران و خشم و پرخاشگری را نشان می دهند (لیور، کوهن، نایلبوف، مک آرتور و هوسر، ۱۹۸۶).

در ادبیات پژوهش، نقش چند عامل خطر آفرین در ایجاد و تداوم سردردهای میگرنی مورد مطالعه قرار گرفته است از جمله عوامل شناختی، ویژگی های شخصیتی و عوامل خانوادگی و سیستمی. پژوهش های گسترده ای با هدف شناخت عوامل مشارکت کننده در بروز درد انجام شده است (جنسن، ترنر، رومانو و کارولی، ۱۹۹۱؛ ترک و رودی، ۱۹۹۲؛ ۱۹۸۶). گروهی از پژوهشگران عنوان نمودند که بعضی از خطاهای شناختی بر ادراک درد، پریشانی عاطفی و ناتوانی اثر می گذارد (لف باور، ۱۹۸۱؛ اسمیت، آبرگر، فولیک و آرن، ۱۹۸۶؛ اسمیت، فولیک، آرن و آدامز، ۱۹۸۶b؛ اسمیت، پک، میلانو و وارد، ۱۹۹۰). همچنین مطرح شده است که خطای شناختی را می توان به عنوان باور منفی تحریف شده ای درباره ی شخص یا موقعیت او تعریف کرد. به نظر می رسد که فاجعه سازی، خطای شناختی

قدرتمندی است که به طور گسترده ای بر کیفیت درد و ناتوانی فرد بیمار اثر می گذارد (کیف و همکاران ۱۹۹۰a و b؛ لاکتر و کویگلی، ۲۰۰۵).

وروورت، اکلستون، گوبرت، بایسیه و کرومبز (۲۰۱۰) نیز خطای شناختی فاجعه سازی درد را در کودکان، متغیر معنی داری در پیش بینی احساس ناتوانی در ماه های بعدی یافتند. یکی دیگر از متغیر های شناختی، راهبردهای مقابله ای است. بوز و آندراسیک (۲۰۰۹) با مرور پژوهش های تجربی و رفتاری و شناختی سردردهای میگرن، به نقش مهارت های مقابله ای و مدیریت استرس در کاهش درد میگرن اشاره کرده و معتقدند، فراگیری و کاربرد صحیح این مهارت ها می تواند به بهبود کیفیت زندگی و سازگاری بهتر این بیماران کمک کند. از دیگر متغیرهای شناختی مرتبط با سردرد میگرنی کمال گرایی است. کوال و پریچارد (۲۰۰۶) در مطالعه ای با مقایسه ۲۳ نفر بیمار مبتلا به سردرد میگرنی مزمن و ۲۳ نفر گروه گواه، به این نتیجه رسیدند که آزمودنی های دارای سردرد مزمن به طور معنی داری حساسیت، کم رویی و مشکلات روان تنی و اختلالات رفتاری بیشتری از خود بروز می دهند؛ به علاوه، آن ها بیان کردند که برخی ویژگی های شخصیتی همچون کمال گرایی، نقش مهمی در بروز سردرد آن ها دارد. بریورتن و جورج (۱۹۹۳) نیز در پژوهشی درباره ی ارتباط کمال گرایی و میگرن، دریافتند که افراد مبتلا به میگرن در مقایسه با افراد گروه گواه در مقیاس های کمال گرایی عدم اعتماد بین فردی و عدم کارآمدی، نمره ی بالاتر و معنی داری داشتند. دومین عامل مرتبط با بروز سردرد میگرنی، ویژگی های شخصیتی است. در بعضی از پژوهش ها سعی شده است تا شخصیت میگرنی، شخصیت آرترید روماتوئیدی و به مفهوم کلی تر شخصیت مستعد درد مشخص شود اما، تا به حال از این گونه تلاش ها حمایت علمی چندانی به عمل نیامده و این دیدگاه مورد شک و تردید و نیز بحث زیادی قرار گرفته است (ترک و سالوی، ۱۹۸۴؛ از جوهری فرد، ۲۰۱۲). اصطلاح شخصیت میگرنی، نخست از مشاهدات مختلف بالینی به وجود آمد (سیلبرستین و همکاران، ۱۹۹۵). تورین و دارپر (۱۹۳۴) گزارش کردند که میگرنی ها، اهل تامل و سبک سنگین کردن، مردد، ناایمن، حساس به انتقاد و از لحاظ هیجانی عمیقا ناکام شده هستند؛ در ارتباط با دیگران مشکل داشته و افرادی سرد هستند. ولف (۱۹۳۷) دریافت که میگرنی ها خشک، وسواسی، جاه طلب، رقابتی، اهل تنفردایمی و ناتوان در محول کردن مسوولیت به دیگران هستند. به طور کلی، اطلاعاتی که از پرسشنامه ی شخصیت آیزنک و یا آزمون های شخصیت مشابه به دست آمده و افراد مبتلا به میگرن را با گروه گواه مقایسه کرده، یک رابطه ی معنادار بین میگرن و روان رنجوری گزارش شده است (پاس چیر، هایکما و اورلیک، ۱۹۸۴؛ پاس چیر و اورلیک، ۱۹۸۵؛ فیلیس، ۱۹۷۶؛ راسموسن، ۱۹۹۲؛ سیلبرستین و همکاران،

۱۹۹۵). بنابراین، با توجه به ادبیات بررسی شده در این پژوهش برآنیم تا نقش عوامل شناختی و شخصیتی را در پیش بینی ابتلا به سردردهای میگرنی در زنان مبتلا به سردرد میگرن بررسی کنیم.

روش

پژوهش حاضر یک پژوهش توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش، شامل بیماران زن مبتلا به سردرد میگرن بود که به کلینیک های نورولوژی (مغز و اعصاب) شهرستان اهواز مراجعه کرده بودند. از این جامعه ۲۰۰ بیمار به صورت نمونه ی در دسترس انتخاب شد. معیار ورود، داشتن حداقل یک سال ابتلا به سردرد میگرن با تشخیص پزشک متخصص و محدوده ی سنی ۲۰ تا ۶۰ سال بود. ملاک خروج نیز عبارت بود از وجود سردردهای تنشی یا سردردهای ناشی از یک بیماری طبی دیگر همچون سرطان یا بیماریهای عفونی علاوه بر سردرد میگرنی. جهت انتخاب گروه سالم، از یک جامعه ی متشکل از زنانی با شرایط سنی، تحصیلی و شغلی تقریباً همتا با بیماران، ۲۰۰ همراه زن بیماران مبتلا به میگرن انتخاب شدند. جهت اطمینان از سلامت روان نمونه ی همراه، یک مصاحبه ی نیمه ساختاری توسط دستیار پژوهشگر (با تحصیلات روان شناسی) انجام شد و سپس آزمودنی ها با مقیاس فاجعه سازی درد، مقیاس چندبعدی کمال گرایی، پرسشنامه ی راهبردهای مقابله و پرسشنامه ی پنج عاملی شخصیت نیو مورد آزمون قرار گرفتند. از ۴۰۰ پرسشنامه ی ارایه شده به نمونه ی بیمار و سالم، ۳۹۶ پرسشنامه به طور کامل برگشت داده شد.

مقیاس فاجعه سازی درد، توسط سالیوان و همکاران در سال (۱۹۹۵) با هدف ارزیابی میزان افکار و رفتارهای فاجعه آمیز فرد ساخته شد. در پژوهشی که توسط مایر اسپروت و مانون در سال ۲۰۰۸ انجام شد، میزان پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ زیر مقیاس ها به ترتیب برای نشخوار ۰/۸۸، بزرگ نمایی ۰/۶۷، در ماندگی ۰/۸۹ و برای کل مقیاس، برابر ۰/۹۲ به دست آمد. همچنین پایایی بازآزمایی مقیاس PCS در یک گروه نمونه ۱۰۰ نفری از بیماران مبتلا به بیماری های عضلانی - اسکلتی با فاصله ی زمانی ۲۱ روز، برای کل مقیاس $I=0/80$ و برای زیر مقیاس ها بین ۰/۶۷ تا ۰/۸۱ تایید شد (مایر و همکاران، ۲۰۰۸). در پژوهش حاضر، پایایی پرسشنامه با روش های آلفای کرونباخ ۰/۷۷ و به روش و تصنیف اسپیرمن - براون ۰/۶۸ به دست آمد.

پرسشنامه ی راهبردهای مقابله با درد (CSQ)، در سال ۱۹۸۳ توسط روزنتایل و کیف ساخته شده و دارای ۴۲ ماده است که راهبردهای مقابله با درد را مورد سنجش قرار می دهد. CSQ شامل ۶ راهبرد شناختی (توجه برگردانی، تفسیر مجدد درد، گفتگو با خود، نادیده گرفتن درد، فاجعه سازی، دعا و

امیدواری) و یک راهبرد رفتاری (افزایش فعالیت رفتاری) است. در پژوهش حاضر، برای تعیین میزان پایایی متغیرهای پرسشنامه ی راهبردهای مقابله از روش های آلفای کرونباخ، تنصیف اسپیرمن- براون و گاتمن استفاده شد که برای خرده مقیاس های این آزمون دامنه ایی بین ۰/۵۰ تا ۰/۸۴ بدست آمد. مقیاس چندبعدی کمال گرایی، نخستین بار توسط هویت و فلت (۱۹۹۱) ساخته شد و ۴۵ گزاره و سه خرده مقیاس کمال گرایی خود مدار، کمال گرایی دیگر مدار و کمال گرایی جامعه مدار دارد. به گزارش هویت و فلت (هویت و فلت، ۱۹۹۱) تمام خرده مقیاس های آزمون دارای اعتبار و پایایی مناسب است (کوتر و فورگان، ۲۰۰۷). در این پژوهش، آلفای کرونباخ برای کمال گرایی خودمدار ۰/۵۷ و برای کمال گرایی جامعه مدار ۰/۵۳ و به روش تنصیف اسپیرمن- براون و گاتمن برای کمال گرایی خودمدار ۰/۷۲ و برای کمال گرایی جامعه مدار ۰/۵۶ به دست آمد.

پرسشنامه ی پنج عاملی شخصیت نیو، برای ارزیابی مختصر و سریع ۵ عامل اصلی شخصیت شامل روان رنجور خوبی، برون گرایی، گشودگی، توافق و وجدانی بودن طراحی شده است. این آزمون از پنج مجموعه ۱۲ جمله ای مربوط به هر یک از عوامل، تشکیل شده است و در این پژوهش، پایایی خرده مقیاس های این آزمون بین ۰/۴۴ تا ۰/۷۰ بدست آمد.

برای تجزیه و تحلیل داده ها از روش تحلیل تمیز^۱ و براساس ارتباط میان سازه ها، بین دو گروه از بیماران مبتلا به سردرد میگرن و افراد سالم تفکیک قایل شده و بر این مبنای طبقه بندی گروه های جدید پرداخته شد. داده ها با بیستمین ویرایش نرم افزار SPSS تحلیل شد.

یافته ها

در جدول ۱، مولفه های توصیفی متغیرهای پژوهش ارائه شده است. فرض ما این بود که ترکیب خطی متغیرهای شناختی و شخصیتی ابتلا به اختلال میگرن را پیش بینی می کنند.

همانگونه که در جدول ۲ ارائه شده است (هم در تحلیل ممیز به روش همزمان که ترکیب ۱۵ متغیر با هم وارد تحلیل شدند و هم در تحلیل ممیز به روش گام به گام که پس از ارائه ی ۱۵ متغیر پیشین، ۷ متغیر باقی ماندند) با توجه به مقدار لامبدای ویلکز کوچک و مجذور کای بزرگ و سطح معنی داری $p < 0/001$ تابع ممیز بدست آمده از قدرت تشخیص خوبی برای تبیین واریانس متغیر وابسته؛ یعنی عضویت گروهی (در دو سطح بیماران مبتلا به میگرن و افراد سالم) برخوردار است.

جدول ۱. مولفه های توصیفی متغیرهای پژوهش

کل	سالم		میگرن			
	sd	M	sd	M		sd
۱۱/۳۴۵	۳۴/۰۸۳	۸/۶۲۸	۲۹/۱۰۱	۱۱/۵۳۱	۳۹/۲۵۵	فاجعه سازی درد
۶/۹۲۹	۷/۹۰۷	۶/۸۹۷	۹/۶۶۷	۶/۴۹۲	۶/۰۸۰	توجه برگردانی
۶/۷۸۳	۴/۶۰۷	۷/۸۳۶	۷/۵۳۰	۳/۴۸۰	۱/۵۷۲	تفسیر مجدد درد
۷/۳۹۷	۶/۰۸۷	۷/۹۷۹	۹/۵۷۹	۴/۴۴۷	۲/۴۶۱	نادیده گرفتن درد
۷/۴۱۰	۱۴/۹۰۹	۶/۹۷۰	۱۶/۰۹۶	۷/۶۶۶	۱۳/۶۷۷	امیدواری و دعا
۷/۴۵۶	۷/۴۵۲	۷/۷۱۲	۱۰/۷۰۰	۵/۴۲۵	۴/۰۸۱	گفتگو با خود
۶/۶۰۴	۶/۷۱۴	۷/۰۴۴	۹/۲۴۵	۴/۸۹۷	۴/۰۸۶	افزایش فعالیت رفتاری
۸/۴۶۲	۱۱/۸۴۷	۸/۴۴۵	۱۲/۸۵۳	۸/۳۷۵	۱۰/۸۰۳	فاجعه سازی
۵/۴۷۷	۳۱/۰۷۲	۵/۶۲۹	۳۰/۷۳۲	۵/۳۰۷	۳۱/۴۲۶	کمال گرایی خود مدار
۴/۹۲۱	۳۰/۰۶۶	۵/۳۸۸	۲۹/۵۵۷	۴/۳۳۶	۳۰/۵۹۴	کمال گرایی جامعه مدار
۵/۸۴۱	۲۹/۴۶۱	۶/۳۴۵	۲۹/۴۳۹	۵/۲۸۳	۲۹/۴۸۳	روان رنجورخویی
۵/۴۳۴	۳۲/۰۹۰	۵/۱۳۶	۳۴/۰۰۷	۵/۰۱۳	۳۰/۰۹۹	برونگرایی
۲/۹۵۰	۲۴/۳۵۷	۳/۳۰۹	۲۴/۵۹۴	۲/۵۱۰	۲۴/۱۱۱	گشودگی
۴/۵۷۶	۳۲/۳۵۸	۴/۸۳۷	۳۰/۹۹۳	۳/۸۱۴	۳۳/۷۷۶	توافق
۴/۵۷۴	۳۴/۱۰۳	۵/۰۸۴	۳۲/۹۹۸	۳/۶۵۰	۳۵/۲۵۰	وجدانی بودن
۸/۶۵۵	۴۷/۴۵۷	۸/۶۱۸	۴۸/۶۷۷	۸/۵۳۴	۴۶/۱۹۱	استقلال
۱۱/۸۸۱	۶۱/۳۷۲	۱۲/۰۰۹	۶۱/۹۶۹	۱۱/۷۴۷	۶۰/۷۵۲	صمیمیت

با اجرای تحلیل ممیز به روش گام به گام و ارایه ی ۱۵ متغیر پیش‌بین، ۷ متغیر باقی ماندند و وارد تحلیل شدند. تحلیل ممیز به روش گام به گام روی ۱۵ متغیر پیش‌بین برای پیش‌بینی بروز اختلال میگرن در بیماران نشان می‌دهد که ۷ متغیر دارای وزن معنادار بودند. متغیرهای نادیده انگاشتن درد، فاجعه سازی، وجدانی بودن، برون گرایی، توافق جویی، فاجعه سازی و گشودگی به ترتیب وارد تحلیل شدند که F برای هر هفت متغیر در سطح $p < 0/0001$ معنی دار است.

جدول ۲. مقایسه ی شاخص‌های تابع ممیز به روش همزمان و گام به گام

شاخص‌ها	همزمان	گام به گام
تعداد تابع	۱	۱

۰/۹۷۹	۱/۰۹۴	مقدار ویژه
۱۰۰	۱۰۰	درصد واریانس
۰/۷۰۳	۰/۷۲۳	همبستگی متعارف
۰/۴۹۴	۰/۵۲۲	مجذور اتا
۰/۵۰۵	۰/۴۷۷	لامبدای ویلکز
۲۵۰/۸۳۰	۲۶۷/۹۶۸	مجذور کای
۷	۱۵	درجه آزادی
۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱	معنی داری تابع ممیز
-۱/۰۰۵	-۱/۰۶۳	گروه مبتلا به میگرن
۰/۹۶۸	۱/۰۲۴	گروه سالم
۸۴/۲	۸۶/۳	درصد صحت پیش‌بینی عضویت گروهی
۰/۶۸۴	۰/۷۲۷	ضریب کاپا
۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱	سطح معنی داری ضریب کاپا

با توجه به ستون ضرایب غیر استاندارد و عدد ثابت معادله ی پیش‌بین تابع ممیز در روش همزمان به صورت زیر به دست می‌آید:^۱

$$Y = ۰/۹۰۴ - ۰/۰۶۰(X_1) - ۰/۰۱۸(X_2) - ۰/۰۰۴(X_3) + ۰/۰۴۶(X_4) - ۰/۰۲۱(X_5) + ۰/۰۳۴(X_6) + ۰/۰۱۶(X_7) + ۰/۰۲۸(X_8) + ۰/۰۲۱(X_9) - ۰/۰۳۰(X_{10}) + ۰/۰۲۹(X_{11}) + ۰/۱۰۱(X_{12}) + ۰/۰۵۶(X_{13}) - ۰/۰۸۸(X_{14}) - ۰/۰۷۴(X_{15})$$

ضرایب ساختاری تابع ممیز، میزان همبستگی هر متغیر با تابع (نمره ی پیش‌بینی شده ی گروهی یا نمره ی ممیز) را نشان می‌دهد. این ضرایب به عنوان همبستگی‌های متغیر متعارف یا بارهای ممیز نیز نامیده می‌شوند. این ضرایب از نظر مفهومی مشابه بارهای عاملی در تحلیل عوامل هستند، بنابراین در تفسیر نقش متغیرها در پیش‌بینی تفاوت‌های گروهی به کار می‌روند. ضرایب ساختاری کمک می‌کنند تا سهم متغیرها در ایجاد تفاوت‌های گروهی مشخص شود. در روش گام به گام به ترتیب عدم فاجعه سازی درد، نادیده انگاشتن درد، فاجعه سازی، برونگرایی، گشودگی، توافق جویی و وجدانی بودن با تنها تابع ممیز همبستگی نشان می‌دهند و دیگر متغیرها با وجود داشتن رابطه ی ساده ی معنی دار با متغیر وابسته ی کمکی به بهبودی تابع نمی‌کنند. بنابراین در اینجا تنها معادله ی حاصل از روش گام به گام

X_1 =فاجعه سازی درد	X_2 =نادیده گرفتن درد	X_3 =افزایش فعالیت رفتاری	X_4 =کمال گرایی جامعه مدار	X_5 =گشودگی
X_6 =توجه برگردانی	X_7 =امیدواری و دعا	X_8 =فاجعه سازی	X_9 =روان رنجور خوبی	X_{10} =توافق جویی
X_{11} =تفسیر مجدد درد	X_{12} =گفتگو با خود	X_{13} =کمال گرایی خودمدار	X_{14} =برونگرایی	X_{15} =وجدانی بودن

که وزن متغیرهای آن معنی دار است، ارایه می شود. با توجه به ستون ضرایب غیر استاندارد و عدد ثابت، معادله ی پیش بین تابع ممیز در روش گام به گام به صورت زیر به دست می آید:^۱

$$Y = ۲/۰۸۳ - ۰/۰۶۰ (X_۱) + ۰/۰۵۹(X_۲) + ۰/۰۳۳(X_۳) + ۰/۳۹۰ (X_۴) + ۰/۰۵۸ (X_۵) - ۰/۰۹۱ (X_۶) - ۰/۰۷۸ (X_۷)$$

بحث و نتیجه گیری

یافته های پژوهش حاضر را می توان به صورت زیر خلاصه کرد: فرضیه تحقیق تایید شد و همه ی متغیرهای تحقیق، پیش بین های مناسبی برای بروز اختلال میگرن در زنان بودند. متغیرهای فاجعه سازی درد، نادیده انگاشتن درد، فاجعه سازی، برونگرایی، گشودگی، توافق جویی و وجدانی بودن بهترین پیش بین های بروز اختلال میگرن در زنان بود.

در بخش عوامل شناختی، نتایج نشان داد که فاجعه سازی درد می تواند ابتدا به اختلال میگرن را پیش بینی کند. این یافته با دیگر نتایج در این زمینه هماهنگ است (سالیوان و همکاران، ۲۰۰۱؛ از سالیوان و آدامز و سالیوان، ۲۰۰۴؛ پیکاوت، ولاین و اسکوتن، ۲۰۰۲؛ سورینجز و همکاران، ۲۰۰۵؛ گچل و همکاران، ۲۰۰۷). از بین عوامل شناختی مرتبط با سردرد میگرن، به نظر می رسد فاجعه سازی، خطای شناختی قدرتمندی است که به طور گسترده ای بر کیفیت درد و ناتوانی فرد بیمار اثر می گذارد (لاکتر و کویگلی، ۲۰۰۵). وروورت و همکاران (۲۰۱۰) معتقدند، خطای شناختی فاجعه سازی درد در کودکان، متغیر معنی داری در پیش بینی احساس ناتوانی در ماه های بعدی است. به این ترتیب می توان نتیجه گرفت، اگر فردی به صورت شناختی به اغراق و فاجعه انگاری درد خود پردازد، به تدریج با احساس درماندگی و ناتوانی، مستعد ابتلا به دردهای بیشتر از جمله سردردهای میگرنی خواهد شد. راهبرد شناختی تفسیر مجدد درد نیز، تایید شد و با پژوهش روزنتال و کیف (۱۹۸۳) همخوان بود. سومین راهبرد، راهبرد شناختی گفتگو با خود بود که از بیشترین قدرت پیش بینی برای ابتلا به سردرد میگرنی برخوردار بود. این نکته از چند جهت قابل تامل است؛ نخست آنکه، راهبرد شناختی گفتگو با خود یا به عبارت دیگر، خودگویی ادراک، تاویل و تفسیر فرد از درد را نشان می دهد که موضوع با الگوی دروازه ی درد ملزاک و وال (جوهری فرد، ۲۰۱۲) هماهنگ و همسو است. نکته ی دوم آنست که این گفتگوی درونی فرد با خود می تواند شدت درد را برای او بیشتر یا کمتر کند؛ حال در صورتی که مضمون این خودگویی ها منفی و ناشی از عجز و ناتوانی باشد، می تواند درماندگی و شدت درد

X_1 = فاجعه سازی درد

X_2 = نادیده انگاشتن درد

X_3 = گشودگی

X_4 = توافق جویی

X_5 = فاجعه سازی

X_6 = برونگرایی

X_7 = توافق جویی

فرد را بیشتر کند. سایر راهبردهای شناختی (شامل نادیده گرفتن درد، فاجعه سازی و دعا و امیدواری) و راهبرد رفتاری افزایش فعالیت نیز از قدرت خوبی برای پیش بینی برخوردار بودند. تایید کمال گرایی جامعه مدار نیز قابل تامل است زیرا، کمال گرایی جامعه مدار با نیاز به تایید دیگران، ترس از ارزشیابی منفی، مسند مهار بیرونی، بیش تعمیم دهی شکست، خودانتقادگری، خودسرزنشگری و دیگر سرزنشگری، ناهمسازی روان شناختی و ویژگی های شخصیت مرزی، اسکیزوتایپ، اجتنابی اسکیزوئید، پرخاشگری نافع و همچنین با افسردگی، اضطراب و روان رنجورخویی مرتبط است (سابونچی و لاند، ۲۰۰۳؛ فلت و هویت، ۲۰۰۲؛ فلت و همکران، ۱۹۹۱؛ گیلبرت، دورانت و مک ایوان، ۲۰۰۶؛ مولنار و همکاران، ۲۰۰۶؛ هویت و فلت، ۱۹۹۱a، ۱۹۹۱b؛ هیل، زول، و تورلینگتون، ۱۹۹۱؛ از بشارت، ۱۳۸۶) و این متغیر می تواند پیش بین مناسبی برای ابتلا به میگرن باشد.

مک کری و کاستا (۱۹۸۷) برونگرایی را مانند روان رنجوری یک ابرصفت می دانند. سازه ی برونگرایی و نقطه ی مقابل آن درونگرایی، تقریباً در تمام نظریه های روان شناسان گرایشی نقشی عمده ایفا می کند. برونگراها، اجتماعی، مردم دوست، قاطع، فعال و پر حرف هستند. هیجان و تحریک را دوست دارند و ذاتاً بشاش هستند. آنها امیدوار، پرنرزی و خوش بین اند و در مقابل درونگرها بیشتر مستقل اند تا پیرو، کارها را با سرعت مورد پسند خود انجام می دهند، نه آن که کند باشند. بیشتر خوددار هستند تا سرد و خشک، تنهایی را ترجیح می دهند، اما بدبین و ناشاد نیستند. درونگرایی را باید فقدان برونگرایی دانست نه نقطه مقابل آن (کاستا و مک کری، ۱۹۹۲).

بنابر این پژوهش می توان نتیجه گرفت که بیماران مبتلا به سردرد های میگرنی، افرادی حساس و دلسوز نسبت به اطرافیان خود هستند و همین ویژگی باعث می شود تا ساعت ها به مشکلات اطرافیان خود فکر کنند که این مساله به لحاظ فیزیولوژیکی می تواند باعث انبساط شریانی در مغز شود. انبساطی که هنگام سردرد میگرن روی می دهد به همراه ظهور موادی است که رگ ها را فعال می سازد. این مواد، آستانه ی درد را در بافت های مجاور پایین می آورد و حساسیت بافت را افزایش می دهد. بنابراین تنظیم کننده های مرکزی و آستانه ی درد علاوه بر اتساع عروق در بروز حمله ی میگرن نقش دارند و همچنین، تایید ویژگی توافق در بیماران مبتلا به اختلال میگرن، نشان دهنده ی حساسیت بین فردی این افراد از یک سو و مسوولیت پذیری بیش از حد آنها از سوی دیگر است که می تواند فرد را دچار نشخوارهای ذهنی بی مورد و افزایش فشار خون مغزی کند.

References

- Buse, D. C. , & Andrasik, F. (2009). Behavioral medicine for migraine. *Neurology Clinics*, 27 (2), 445-465.
 Brewerton, T.D. & Gorge, M.S. (1993). Is migraine relaxed to eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 14(1), 75-79.

- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1989). The NEO-PI/NEO-FFI manual supplement. *Psychological Assessment Resources*, Odessa, FL.
- Costa, P. T., & MacCrae, R. R. (1992). Professional Manual: Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI). *Psychological Assessment Resources, Inc.*
- Dobson, K. S., & Craig, K. D. (1996). *Advances in cognitive-behavioral therapy*. London: Sage Publications.
- Edvinsson, L., Villalón, C. L., & VanDenBrink, A. M. (2012). *Basic mechanisms of migraine and its acute treatment*, 136 (3), 319–333.
- Engler, B. (2008). *Personality Theories: An Introduction*. NY: Cengage Learning.
- Feldman, S.S., Gowen, L.K., and Fisher, L. (1998). Family relationships and Gender as Predictors of Romance Intimacy in Young Adults: A Longitudinal Study. *Journal of Research on Adolescence*, 8(2), 263-186.
- Flor, H., & Tuck, D.C. (1988). Chronic back pain and rheumatoid arthritis: Predicting pain and disability from cognitive variables. *Journal of Behavioral Medicine*, 11, 251-265.
- Gatchel, R. G., Bo Peng, Y., Peters, M. L., Fuchs, P. N., & Turk, D. C. (2007). The Biopsychosocial Approach to Chronic Pain: Scientific Advances and Future Directions. *Psychological Bulletin*, 133(4), 581–624
- Green, M. W. (2011). Headache: Psychiatric Aspects, *Neurologic Clinics*, 29 (1), 65-80.
- Gray, M.R., & Steinberg, J. (1999). Adolescent Romance and the Parent –Child Relationship: A Contextual Perspective. In: W. Furman, B.B. Brown, and C. Fering, eds. *The development of Romance Relationships in Adolescents*. New York: Cambridge University Press, 235-265.
- Hadjstavropoulos, H. D., Hadjstavropoulos, T., & Quine, A. (2000). Health anxiety moderates the effects of distraction versus attention to pain. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 425-436.
- Hewitt, P. L., & Flett, G.L. (1991). Perfectionism in the self and social context: Conceptualization, assessment, and association with psychology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 456-470.
- Hook, M.K., Gerstein, L.H., Detterich, L., and Gridely, B.(2003). How close are we? Measuring intimacy and examining gender differences. *Journal of Counseling and Development*, 81, 462-472.
- Jenson, M. P., Turner, J. A., Romano, J. M., & Lawler, B. K. (1994). Relationship of pain-specific beliefs to chronic pain adjustment. *Pain*, 57, 301-309.
- Johari- Fard, Reza. (2011). The investigation of the personality traits of the patients who have migraine headaches, through NEO personality inventory. *The 3rd International Congress of Psychosomatic Medicine*, Iran: IUMS. (Persian)
- Johari- Fard, Reza. (2012). *Introduction to Psychosomatic Medicine*, Iran (Aahvaz): IAU publication. (Persian)
- Johari- Fard, Reza. (2013). Regressions of Cognitive, Personality and Family Variables in Iranian Patients with Migraine Headache, *21th European Congress of Psychiatry (EPA)*, Nice, France. (Persian)
- Kager, A., Lang, A., Berghofer, G., Henkel, H., Steiner, E., Schimitz, M., & Rudas, S. (2000). Family dynamics, social functioning, and quality of life in psychiatric patients. *European Journal of psychiatry*, 14, 161-170.
- Keefe, F. J., Caldwell, D. S., Williams, D. A., Gill, K. M., Mitchell, D., Robertson, C., Martinez, S., Nunley, J., Beckam, J. C., Crisson, J. E., & Helms, M. (1990a). Pain coping skills training in the management of osteoarthritis knee pain: A comparative approach. *Behavior Therapy*, 21, 49-62.
- Keefe, R. J., Caldwell, D. S., Williams, D.A., Gil, K. M., Mitchell, D., Roberson, C., Martinez, S., Nunley, J., Beckham, J. C., Crisson, J. E., & Helms, M. (1990b). Pain coping skills training in the management of osteoarthritis knee pain: II. Follow – up results. *Behavior Therapy*, 21, 435-447.
- Kowal, A., & Pritchard, D. (2006). Psychological characteristics of children who suffer from headache: A research note, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31(4), 637–649.
- Lackner, J. M., & Quigley, B. M. (2005). Pain Catastrophizing mediates the relationship between worry and pain suffering in patients with IBS. *Behavior Research and Therapy*, 43 (7), 943-957.
- Lefebver, M. F. (1981). Cognitive distortion and cognitive in depressed psychiatric low back pain patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 517-525.
- Levor, R. M., Cohen, M.J., Nailboff, V.D., McArthur, D.O., & Heuser, G.(1986). Psychological precursors and correlates of migraine headache. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(3), 347-354.
- Mcanulty, D. P., Rapport, N. B., Waggpner, C. D., & Brantely, P. T.(1984). Psychological correlates of head pain. *Paper presented at the Annual Meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy Philadelphia*. U.S.A.

- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1987). Validation of the 5-factor model of personality across instruments and observers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 81-90.
- Merikangas, K. R., Merikangas, J. R., & Angst, J. (1993). Headache syndromes and psychiatric disorders: Associations and familial transmission. *J. Psychiatr. Res*, 27, 197 - 210.
- Passchier, J., Hylkema, H., & Orlebeke J. F. (1984). Personality and headache type: A controlled study. *Headache*, 24, 140 - 146.
- Passchier, J., & Orlebeke, J. F. (1985). Headaches and stress in school children: An epidemiological study. *Cephalalgia*, 5, 167 - 176.
- Paunonen, S. V., & Ashton, M. C. (2001). Big five factors and facets and the prediction of behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3, 524-39.
- Phillips, C. (1976). Headache and personality. *J. Psychosom. Res*, 20, 535 - 542.
- Rasmussen, B. K. (1992). Migraine and tension-type headache in a general population: Psychosocial factors. *Int. J. Epidemiology*, 21, 1138 - 1143.
- Reesor, K. A., & Craig, K. (1988). Medically incongruent chronic pain: Physical limitations, suffering and ineffective coping. *Pain*, 32, 35-45.
- Rolland, J. S. (2008). Family systems and chronic illness. *Journal of Psychotherapy & The Family*, 3 (3), 143-168.
- Rosenstiel, A. K., & Keefe, F. J. (1983). The use of coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain*, 17(1), 33-44.
- Severeijns, R., Vlaeyen, J. W., & Van den Huot, M. A. (2004). Do we need a communal coping model of pain catastrophizing? An alternative explanation. *Pain*, 111, 226-229.
- Silberstein, S. D., Lipton, R. B., & Breslau, N. (1995). Migraine: Association with personality characteristics and psychopathology. *Cephalalgia*, 15, 337 - 369.
- Smith, T. W., Aberger, E. W., Follick, M. J., & Ahern, D. L. (1986a). Cognitive distortion and psychological distress in chronic low back pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 573- 575.
- Smith, T. W., Follick, M. J., Ahern, D. L., & Adams, A. (1986b). Cognitive distortion and disability in chronic low back pain. *Cognitive Therapy and Research*, 10, 201-210.
- Smith, T. W., Peck, J. R., Milano, R. A., & Ward, J. R. (1990). Helplessness and depression in rheumatoid arthritis. *Health Psychology*, 9, 377-389.
- Smith, A.A. (2003). Intimacy and family relationships of woman with chronic pain. *pain Management Nursing*, 4 (3), 134-142.
- Solomon, G. D., & Dahlof, G. H. (2000). Impact of headache on the individual sufferer. In: J. Olesen, P. Tfelt-Hansen, & K. M. A. Welch (Eds.), *The headaches*. Philadelphia: Lippicott Wilkins.
- Sullivan, M. J. L., Adams, H., & Sullivan, M. E. (2004). Communicative dimensions of pain catastrophizing: social cueing effects on pain behavior and coping. *Pain*, 107, 220-226.
- Sullivan, M. J. L., Bishop, S., & Pivik, J. (1995). The Pain Catastrophizing Scale: development and validation. *Psychol Assess*, 7, 4, 524-532.
- Tota-Faucette, M. E., Gil, K. M., Williams, F. J., & Goli, V. (1993). Predictors of response to pain management treatment: The role of family environment and cognitive processes. *Clinical Journal of Pain*, 9, 115-123.
- Touraine, G. A., & Draper, G. (1934). The migrainous patient: A constitutional study. *J Nerv Ment Dis* 80, 183 - 204.
- Turk, D. C., & Rudy, T. E. (1986). Assessment of cognitive factors in chronic pain: A worthwhile enterprise? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 760-768.
- Vandeleur, C. L., Jeanpretre, N., Perez, M., and Schoebi, D. (2009). Cohesion, Satisfaction with Family Bonds, and Emotional Well-Being in Families With Adolescents. *Journal of Marriage and Family*. 71(5), 1205-1219.
- Vervoort, T., Eccleston, C., Goubert, L., Buysse, A., & Crombez, G. (2010). Children's catastrophic thinking about their pain predicts pain and disability 6 months later. *European Journal of Pain*, 14(1), 90-6.
- Wolff, H. G. (1937). Personality features and reactions of subjects with migraine. *Arch Neurol Psychiatry*, 37, 895 - 921.

Journal of
Thought & Behavior in Clinical Psychology
Vol. 9 (No. 42), pp. 67-76, 2017

Investigating the Role of Cognitive and Personality Factors in Patients with Migraine Headaches

Joharifard, Reza

Dept. of Clinical Psy., Ahvaz branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran
Boroumand, Amir Reza

Neurologist

Edward Shayt, Carl

Dept. of Psychosomatic Medicine and Psychotherapy, Freiburg University, Freiburg Germany

Mehrabizadeh Honarmand, Mahnaz

Dept. of Education and Psychology, Shahid Chamran University, Ahvaz, Iran

Received: Jan 21, 2016

Accepted: Feb 28, 2016

Migraine is one the health problems that, in addition to debilitating pain, has adverse effects on all aspects of life including social functioning, family relations, work, and education. This study examined the cognitive and personality features as predictive factors of migraine among female patients referred to the Brain and Neurology Centers. For this purpose, according to neurologist diagnosis, 195 individuals were selected as patient group and to form the control group, 205 women of patients' companions, who were comparable to the subjects in the patient group in terms of age, education level, and employment were selected through simple random sampling method. The subjects were evaluated for pain catastrophizing, coping strategies, perfectionism and Personality. The results of analysis were used with simultaneous stepwise method. Simultaneously and stepwise analytical results confirmed the hypothesis of the study. In other words, with consideration of cognitive and personality factors, prediction of migraine headaches is possible among female patients.

Keywords: Cognitive factors, Personality, Migraine headaches

Electronic mail may be sent to: rjoharifard@gmail.com