

## مقایسه کمال گرایی، پرخاشگری و سبک‌های مقابله‌ای بیماران مبتلا به سردردهای میگرنی و تنشی با افراد عادی

عباس ابوالقاسمی<sup>۱</sup>، عیسی جعفری<sup>۲</sup>، محسن احمدی طهور سلطانی<sup>۳\*</sup>

### خلاصه

مقدمه: هدف پژوهش حاضر مقایسه کمال گرایی، پرخاشگری و سبک‌های مقابله با استرس در بیماران مبتلا به سردردهای تنشی و میگرنی و افراد عادی بود.

روش: روش پژوهش حاضر علی-مقایسه‌ای بود. نمونه پژوهش عبارت از ۴۲ بیمار مبتلا به سردرد تنشی و ۴۰ بیمار مبتلا به میگرن بود که از بین بیماران دارای تشخیص سردرد مراجعه کننده به مراکز پزشکی و درمانی شهر اردبیل انتخاب شدند و ۴۱ آزمودنی به هنجار، که با توجه به متغیرهای جنسیت و تحصیلات با دو گروه دیگر همتا شدند. از پرسش‌نامه سبک‌های مقابله با استرس، پرسش‌نامه پرخاشگری، مقیاس کمال گرایی و شاخص شدت و فراوانی سردرد، برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. داده‌ها با روش تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: بین میانگین نمرات کمال گرایی، پرخاشگری و سبک‌های مقابله‌ای اجتنابی و شناختی بیماران مبتلا به سردرد میگرنی و تنشی، با افراد عادی تفاوت معنی‌داری وجود داشت؛ اما بین میانگین نمرات سه گروه در مقیاس مقابله رفتاری، تفاوت معنی‌داری دیده نشد.

نتیجه‌گیری: کمال گرایی ناسازگارانه، پرخاشگری و سبک‌های مقابله ناکارآمد با تشدید سردرد میگرنی و تنشی رابطه دارند. این نتایج، نقش متغیرهای شخصیتی در تشدید سردرد را تبیین می‌کنند.

واژه‌های کلیدی: کمال گرایی، پرخاشگری، سبک‌های مقابله، سردرد تنشی، سردرد میگرنی

۱-استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی ۲-استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور ۳-استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌اله اعظم (عج)

\* نویسنده مسؤل، آدرس پست الکترونیک: mahmadi\_1362@yahoo.com

دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۷/۲۹ دریافت مقاله اصلاح شده: ۱۳۹۲/۴/۲۴ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۵/۹

## مقدمه

ابزارهای استاندارد خود گزارشی، نشان داده است که بیش از ۸۰ درصد بیماران مراجعه کننده به کلینیک اختصاصی سردرد، دچار اختلال عملکردی هستند (۶). به نظر می‌رسد که بررسی عوامل روان‌شناختی مربوط به این اختلال، در شناسایی عوامل روانی مرتبط با آن نقش داشته باشد.

یکی از متغیرهای روان‌شناختی که با سردرد میگرنی ارتباط دارد، کمال‌گرایی (Perfectionism) است. کمال‌گرایی، مجموعه‌ای از معیارهای بسیار بالا برای عملکرد است که با خود ارزیابی‌های منفی، انتقادات و سرزنش خود همراه است. جاه طلبی، نظم و دقت افراطی در فعالیت‌های روزمره و حساسیت افراطی به روند امور زندگی، از خصوصیات روان‌شناختی افراد کمال‌گرا است که این ویژگی در بیماران مبتلا به میگرن نیز دیده می‌شود (۷).

در پژوهشی بین جنبه‌های ناسازگارانه کمال‌گرایی و مشکل جسمانی، ارتباط مثبت معنی‌داری به دست آمد (۸). در پژوهش دیگری رابطه مثبتی بین کمال‌گرایی و شکایات جسمی نظیر خواب آلودگی روزانه، سردردها، تنش و بی‌خوابی دیده شد (۹). مطالعه شیرزاد بستونی و همکاران (۱۰) نشان داد که بین کمال‌گرایی و سردرد میگرنی رابطه مثبتی وجود دارد و کمال‌گرایی، می‌تواند شرایط لازم را برای اختلالات روان‌تنی از قبیل سردرد میگرن ایجاد کند (۱۰). مطالعه دیگری نشان داد که تجربه مکرر سردردها با سطوح بالای کمال‌گرایی رابطه دارد (۱۱).

شیوه‌های مقابله با استرس از متغیرهای دیگری است که در افراد مبتلا به سردرد، تحت تأثیر قرار می‌گیرد. Lazarus و Folkman شیوه‌های مقابله را مجموعه‌ای از پاسخ‌های رفتاری و شناختی که هدفشان به حداقل رساندن فشار موقعیت استرس‌زا است، تعریف کرده‌اند (۱۲). نتایج پژوهش‌ها حاکی است که نوع شیوه مقابله مورد استفاده به وسیله فرد، نه تنها سلامت روانی، بلکه بهزیستی جسمانی وی را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۳).

سردرد، یکی از شایع‌ترین شکایاتی است که بیماران را نزد پزشک می‌کشاند. بیش از ۹۰ درصد افراد در طول سال حداقل یک حمله سردرد را تجربه می‌کنند (۱). برآوردهای کلی نشان می‌دهد که بزرگسالان مبتلا به اختلال سردرد، به ترتیب ۴۶ درصد سردرد کلی، ۱۱ درصد میگرنی (Migraine headache)، ۴۲ درصد سردرد تنشی (Tension type headache) و ۳ درصد سردرد مزمن روزانه را تجربه می‌کنند (۲). هر چند، تعریف مشخص و دقیقی از سردرد وجود ندارد، اما کلیه دردهایی که می‌توان آن‌ها را در ناحیه سر و صورت احساس کرد، جزء اختلال سردرد محسوب می‌شوند. پژوهش حاضر از میان انواع مختلف اختلال سردرد، به بررسی سردردهای تنشی و میگرنی و نقش متغیرهای روان‌شناختی در این نوع سردردها پرداخته است.

سردردهای تنشی، به طور معمول ریشه عضلانی دارند و با گرفتگی شدید عضلات گردن، شانه‌ها، صورت و سر مشخص می‌شوند. این نوع سردردها، شروعی تدریجی دارند و با احساس بستن نواری به دور سر، گرفتگی شدید عضلات، درد دو طرف سر، احساس فشار و کسالت همراه هستند و از فراوانی، شدت و طول دوره بسیار متغیری برخوردار هستند. بیماران مبتلا به سردرد نوع تنشی، به طور معمول از دوره‌های درد دو طرف سر رنج می‌برند. سردرد نوع تنشی، چند روز در هر ماه یا حتی به طور روزانه اتفاق می‌افتد (۳). سردرد تنشی، همچنین ناتوانی زیادی را برای بیماران مبتلا به چنین اختلالی ایجاد می‌کند (۲).

سردرد میگرنی، یکی از رایج‌ترین اختلالات روان‌تنی است که مشخصه آن سردردهای ضربان‌دار است. به طور معمول، یک طرف سر را فرا می‌گیرد و در کودکی و نوجوانی شروع و با گذشت سال‌ها، عود آن کمتر می‌گردد. سردرد میگرنی، یکی از ۲۰ علت ناتوانی در سراسر جهان است و توسط سازمان بهداشت جهانی به عنوان مشکل بهداشت عمومی با اولویت بالا شناخته شده است (۴). سردرد، اغلب در سطوح اقتصادی از طریق از دست دادن کار یا کاهش بهره‌وری مشخص می‌شود (۵). ارزیابی

مشکل در مدیریت خشم) و شدت و فروانی سردرد میگرن رابطه معنی‌داری به‌دست آمد (۲۴).

در مطالعه‌ای که در ایران بر روی دانش‌آموزان مقطع راهنمایی صورت گرفت، شیوع سردرد میگرنی و سردرد تنشی به ترتیب ۱۲/۴ درصد و ۴/۲ درصد گزارش شد (۲۵) و این موضوع نشان از بالا بودن این اختلال در افراد مورد پژوهش است.

به طور خلاصه، بیشتر مطالعات انجام شده در ارتباط با شیوع این دو اختلال بوده است و مطالعات بیشتر برای بررسی همزمان نقش عوامل روان‌شناختی ذکر شده در بالا بر روی سردردهای میگرنی و تنشی ضروری است. در پرتو این یافته‌ها، می‌توان سهم هر یک از این متغیرها را در شروع و تداوم این اختلال‌ها تعیین نمود تا به دنبال آن، برنامه‌ریزی‌های درمانی لازم برای این بیماران طراحی گردد. از این گذشته، می‌توان جهت‌گیری‌های درمانی را تعیین نمود، برای نمونه این که «آیا باید مشکلات این بیماران را به کمک دارو درمان نمود و یا به کمک ارابه‌سازهای روان‌شناختی نظیر کنترل خشم و یا آموزش سبک‌های مقابله با استرس؟». بنابراین، هدف مطالعه حاضر مقایسه کمال‌گرایی، پرخاشگری و سبک‌های مقابله با استرس، با شدت و فروانی سردرد در بیماران دارای سردردهای تنشی و میگرنی بود.

### روش بررسی

روش پژوهش حاضر، مقطعی از نوع علی-مقایسه‌ای بود. نمونه پژوهش شامل ۴۲ بیمار دارای سردردهای تنشی و ۴۰ بیمار مبتلا به میگرن مراجعه‌کننده به مراکز پزشکی درمانی شهر اردبیل بودند که به روش نمونه‌گیری تصادفی از بین این مراکز انتخاب شدند. همچنین ۴۱ آزمودنی به هنجار با توجه به متغیرهای جنسیت و تحصیلات، با دو گروه دیگر هم‌تا گردیدند. میانگین و انحراف معیار سن آزمودنی‌ها  $22/50 \pm 2/67$  (دامنه سنی ۱۹-۲۶ سال).

میزان تحصیلات آزمودنی‌های پژوهش، دیپلم تا لیسانس بود. به عبارت دیگر، قبل از دادن پرسش‌نامه‌ها به

پژوهش‌های زیادی نشان می‌دهد که بین شیوه‌های مقابله با استرس و سلامت روانی و جسمانی، رابطه وجود دارد (۱۴). پاسخ‌های مقابله‌ای افراد، عامل مهمی در نحوه مقابله با سردرد میگرنی است (۱۵). پژوهش‌های متعددی نشان داده‌اند که بین شیوه‌های مقابله‌ای ناسازگارانه نظیر انزوای اجتماعی، تفکر آرزومندانه و خود انتقادی و سردرد میگرنی، رابطه وجود دارد (۱۵).

همچنین در پژوهشی مشخص شد که بین رفتارهای مقابله‌ای اجتنابی و شدت درد، رابطه وجود دارد و افراد دارای رفتارهای مقابله‌ای اجتنابی بالا، درد بیشتری را تجربه می‌کنند (۱۵). در این رابطه، نتایج پژوهش Kroner-Herwig و همکاران نشان داد که سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد، خطر وقوع سردرد را افزایش می‌دهند (۱۷). همچنین سبک مقابله‌ای انفعالی-اجتنابی ناسازگارانه، با افزایش شدت درد رابطه دارد (۱۸). پژوهش Materazzo و همکاران نیز نشان داد که گروه دارای میگرن در مقایسه با دو گروه دیگر از راهبردهای مقابله‌ای مؤثر کمتری استفاده می‌کردند؛ در صورتی که گروه سردرد تنشی، سطوح بالاتری از افسردگی و خشم را نشان دادند (۱۹).

همچنین یافته‌های پژوهشی حاکی از این است که افراد مبتلا به سردرد تنشی، میزان بالایی از خشم، اضطراب و اکتشی و افسردگی را نشان می‌دهند (۲۰). در پژوهشی مشخص شد که عاطفه منفی، ارتباط معنی‌دار و مثبتی با فشار خون، میگرن و درد گردن داشت. همچنین متغیرهای خصومت، انتقاد از خود و مقابله با شکایت از سردرد، مرتبط بودند (۲۱). مطالعه دیگری با استفاده از تحلیل رگرسیون نشان داد که تجربه درد مزمن و سردرد میگرنی، ۶۹ درصد واریانس ناتوانی زنان مبتلا به میگرن را تبیین می‌کنند. همچنین افسردگی، سردرد میگرنی و تجربه درد مزمن، ۶۴/۸ درصد واریانس کیفیت زندگی افراد مبتلا به میگرن را تبیین کردند (۲۲). همچنین در پژوهشی نتیجه‌گیری شده است که میزان همبودی سردردهای میگرنی و تنشی با بیماری‌هایی روان‌شناختی مانند اختلالات اضطرابی و خلقی بالا است (۲۳). در پژوهشی بین صفات شخصیتی (نظیر

(۲۶). این مقیاس، دارای ۲۷ ماده است که هر ماده بر اساس طیف لیکرت چهار گزینه‌ای (هرگز، به ندرت، برخی اوقات و اغلب اوقات) نمره گذاری می‌شود. ضریب Cronbach's alpha و ضریب پایایی بازآزمایی با فاصله زمانی چهار هفته، به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۶۸ به دست آمده است. ضریب همبستگی این مقیاس، با خرده مقیاس شکایات جسمانی پرسش‌نامه SCL-90-R (Symptom - Revised) Beck (۰/۵۰) (Checklist) ( $r = ۰/۴۱$ ) و پرسش‌نامه افسردگی Beck (۰/۵۰) ( $r =$ ) گزارش شده است (۲۶).

پرسش‌نامه پرخاشگری: پرسش‌نامه پرخاشگری توسط Williams و همکاران ساخته شده است و شامل ۲۶ مورد است (۲۷). ضریب پایایی همسانی درونی از طریق روش ضریب Cronbach's alpha و ضریب پایایی بازآزمایی این پرسش‌نامه به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۸۰ گزارش شده است. ضریب همبستگی پرسش‌نامه پرخاشگری، با مقیاس خشم Novica ۰/۷۹ می‌باشد ( $P < ۰/۰۱$ ).

پرسش‌نامه سبک‌های مقابله با استرس: پرسش‌نامه سبک‌های مقابله با استرس توسط Moos و Billings تدوین شده و دارای ۱۹ مورد است که به صورت بله و خیر پاسخ داده می‌شوند. ۶ مورد مقابله شناختی، ۵ مورد مقابله رفتاری و ۵ مورد مقابله اجتنابی را می‌سنجند و نمره هر سبک هم به وسیله درصد مواردی که پاسخ بلی داده شده‌اند، سنجیده می‌شود (۲۸). ضریب پایایی همسانی درونی از طریق ضریب Cronbach's alpha برای این پرسش‌نامه ۰/۹۱ گزارش شده است. ضریب همبستگی این پرسش‌نامه با پرسش‌نامه مقابله Lazarus و Folkman ۰/۶۹ است ( $P < ۰/۰۱$ ).

شاخص شدت و فراوانی سردرد: از طریق این شاخص، بیماران میزان شدت سردرد خود را بر روی یک مقیاس ۱۱ درجه‌ای (۱ کمترین میزان درد و ۱۱ بیشترین میزان درد) در یک ماه گذشته مشخص کردند. همچنین، از آن‌ها خواسته شد که تعداد روزهایی را که به طور متوسط در طول یک ماه از سردرد رنج می‌برند، برآورد نمایند. در این

آزمودنی‌های سه گروه، در مورد تحصیلات آن‌ها سؤال شد و افرادی که میزان تحصیلات آن‌ها کمتر از دیپلم و یا بیشتر از لیسانس بود و همچنین آزمودنی‌هایی که سن آن‌ها کمتر از ۱۹ و یا بیشتر از ۲۶ سال بود، انتخاب نشدند.

معیارهای ورود افراد برای پژوهش حاضر با استناد به معیارهای تشخیصی انجمن بین‌المللی سردرد (۳) برای سردرد تنشی عبارت از سابقه حداقل ۱۰ حمله با خصوصیات طول مدت سردرد ۳۰ دقیقه تا ۷ روز؛ حملات سردرد با علایمی نظیر وجود سردرد به صورت فشارنده، شدت خفیف تا متوسط، دو طرفه بودن و عدم تشدید در بالا رفتن از پله و فعالیت مشابه آن؛ وجود تهوع یا استفراغ و نبود ترس از نور و ترس از صوت یا یکی از آن‌ها؛ داشتن پرونده پزشکی و دریافت تشخیص زیر نظر پزشک متخصص بودند.

همچنین معیارهای ورود برای سردرد میگرنی، عبارت از داشتن پرونده پزشکی و دریافت تشخیص زیر نظر پزشک متخصص، سابقه حداقل ۵ حمله، حملات سردرد به مدت ۴ تا ۷۲ ساعت، حملات سردرد یک طرفه، ضربان‌دار، شدت متوسط تا شدید، تشدید سردرد با بالا رفتن از پله یا فعالیت‌های مشابه، وجود تهوع یا استفراغ و نبود ترس از نور و ترس از صوت یا یکی از آن‌ها بودند. معیارهای خروج از مطالعه برای دو گروه سردرد تنشی و سردرد میگرنی، عبارت از ابتلا به اختلالات روانپزشکی، داشتن بیماری‌های جسمی شدید که مانع پاسخگویی بیماران شود، داشتن وابستگی به مواد یا سوء مصرف مواد و ابتلا به اختلال پزشکی عمده یا اختلال عصب‌شناختی یا بیماری جسمانی مزمن بودند. منظور از اختلال عصب‌شناختی، اختلالی است که ریشه نورولوژیکی دارد و ربطی به مسایل روان‌شناختی ندارد، مانند تومورهای مغزی، پارکینسون و تصلب چندگانه (Multiple Sclerosis).

## ابزار

مقیاس کمال‌گرایی اهواز: مقیاس کمال‌گرایی توسط نجاریان و همکاران بر اساس تحلیل عوامل ساخته شده است

پژوهش، منظور از سردرد و نوع آن، تشخیصی بود که توسط پزشک داده شده بود.

### جمع‌آوری داده و آنالیز آماری

بعد از مراجعه و هماهنگی با مراکز پزشکی و درمانی شهر و انتخاب بیماران دارای تشخیص سردرد، از آن‌ها خواسته شد که مقیاس کمال‌گرایی، پرسش‌نامه پرخاشگری و پرسش‌نامه مقابله با استرس را تکمیل نمایند و تا حد

امکان هیچ سؤالی را بدون پاسخ نگذارند. همچنین از آن‌ها خواسته شد که میزان شدت سردرد خود را بر روی یک مقیاس ۱۱ درجه‌ای مشخص سازند و فراوانی وقوع سردرد خود را نیز در ماه اخیر ذکر نمایند. در ضمن، پرسش‌نامه در مراکز درمانی به صورت انفرادی بر روی بیماران اجرا شد. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ (version 16, SPSS Inc., Chicago, IL) تجزیه و تحلیل شد.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار سبک‌های مقابله با استرس، پرخاشگری، کمال‌گرایی و شدت و فراوانی سردرد در بیماران دارای سردردهای تنشی، میگرنی و افراد به هنجار

| گروه‌ها        | تنشی                       |                   | به هنجار                   |        |
|----------------|----------------------------|-------------------|----------------------------|--------|
|                | میانگین $\pm$ انحراف معیار | میگرنی            | میانگین $\pm$ انحراف معیار | میگرنی |
| مقابله اجتنابی | ۱۴/۸۰ $\pm$ ۲/۰۴           | ۱۵/۱۴ $\pm$ ۲/۳۶  | ۱۷/۱۲ $\pm$ ۲/۵۴           |        |
| مقابله رفتاری  | ۱۸/۸۰ $\pm$ ۲/۴۱           | ۱۷/۷۹ $\pm$ ۲/۵۳  | ۱۸/۳۷ $\pm$ ۳/۴۶           |        |
| مقابله شناختی  | ۱۷/۴۰ $\pm$ ۲/۳۱           | ۱۵/۷۹ $\pm$ ۲/۱۱  | ۱۶/۸۹ $\pm$ ۲/۶۱           |        |
| فراوانی سردرد  | ۰/۱۹ $\pm$ ۰/۱۸            | ۲/۹۵ $\pm$ ۱/۵۸   | ۵/۷۸ $\pm$ ۲/۱۷            |        |
| پرخاشگری       | ۵۵/۵۰ $\pm$ ۱۴/۰۳          | ۷۱/۱۴ $\pm$ ۱۳/۹۵ | ۷۷/۳۷ $\pm$ ۱۲/۶۱          |        |
| کمال‌گرایی     | ۵۸/۱۷ $\pm$ ۷/۸۳           | ۷۴/۵۷ $\pm$ ۶/۸۰  | ۸۱/۸۲ $\pm$ ۷/۶۱           |        |
| شدت سردرد      | ۰/۸۹ $\pm$ ۰/۲۸            | ۴/۲۳ $\pm$ ۱/۰۳   | ۷/۱۲ $\pm$ ۲/۲۸            |        |

### نتایج

به منظور مقایسه متغیرهای وابسته در سه گروه، از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد. دو پیش فرض مرتبط به هنجار بودن توزیع متغیر در جامعه و برابری واریانس‌ها مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون Shapiro-wilk جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها نشان داد که پیش فرض نرمال بودن، در هیچ یک از متغیرها رد نشد ( $P > ۰/۰۵$ ). همچنین جهت بررسی برابری واریانس متغیرهای وابسته در سه گروه از آزمون Levene استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ ارایه شده است. چنانچه ملاحظه می‌شود بین واریانس گروه‌ها در تمامی متغیرها تفاوت

معنی‌دار وجود ندارد و واریانس گروه‌ها با هم برابر می‌باشد؛ از این رو پیش فرض تساوی واریانس‌ها برای کلیه متغیرها رعایت شده است و می‌توان از آزمون‌های کمی جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده کرد.

نتایج آزمون معنی‌داری تحلیل واریانس چند متغیره (جدول ۳) نشان داد که دست کم در یکی از متغیرهای وابسته در بین سه گروه مورد مطالعه، تفاوت معنی‌داری وجود دارد. مقدار مجذور  $\eta$  نشان داد که حدود ۵۷ درصد است؛ یعنی ۵۶ درصد از واریانس متغیرهای وابسته توسط عضویت گروهی تبیین شده است.

جدول ۲. آزمون Levene جهت سنجش فرض برابری واریانس‌ها برای کلیه متغیرهای پژوهش

| متغیرهای وابسته | آماره Levene | درجه آزادی ۱ | درجه آزادی ۲ | P-value |
|-----------------|--------------|--------------|--------------|---------|
| مقابله اجتنابی  | ۰/۴۸         | ۲            | ۱۲۰          | ۰/۴۰    |
| مقابله رفتاری   | ۱/۳۴         | ۲            | ۱۲۰          | ۰/۲۰    |
| مقابله شناختی   | ۱/۰۵         | ۲            | ۱۲۰          | ۰/۳۰    |
| فراوانی سردرد   | ۰/۸۷         | ۲            | ۱۲۰          | ۰/۶۵    |
| پرخاشگری        | ۱/۲۱         | ۲            | ۱۲۰          | ۰/۲۳    |
| کمال‌گرایی      | ۰/۵۳         | ۲            | ۱۲۰          | ۰/۴۴    |
| شدت سردرد       | ۰/۶۷         | ۲            | ۱۲۰          | ۰/۴۷    |
| مقابله اجتنابی  | ۱/۱۵         | ۲            | ۱۲۰          | ۰/۱۷    |

جدول ۳. آزمون تحلیل واریانس چند متغیره جهت مقایسه متغیرهای پژوهش در سه گروه

| اثر                    | ارزش F | P-value | مجذور $\eta$ |
|------------------------|--------|---------|--------------|
| Pillai's trace         | ۴/۷۵   | ۰/۰۰۳   | ۰/۵۶۸        |
| Wilks' lambda          | ۴/۷۵   | ۰/۰۰۳   | ۰/۵۶۸        |
| Hotelling's trace      | ۴/۷۵   | ۰/۰۰۳   | ۰/۵۶۸        |
| اثر بزرگ‌ترین ریشه روی | ۴/۷۵   | ۰/۰۰۳   | ۰/۵۶۸        |

که میانگین نمره‌های هر یک از متغیرهای کمال‌گرایی، مقابله‌های اجتنابی، شناختی و پرخاشگری در بیماران دارای سردردهای تنشی و میگرنی در مقایسه با افراد به‌هنجار، به‌طور معنی‌داری بیشتر است. میانگین نمره‌های پرخاشگری و کمال‌گرایی در بیماران میگرنی نسبت به بیماران دارای سردردهای تنشی و افراد به‌هنجار و نیز بیماران دارای سردردهای تنشی نسبت به افراد به‌هنجار به‌طور معنی‌داری بیشتر بود ( $P < ۰/۰۱$ ).

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، بین میانگین نمره‌های مقابله اجتنابی ( $F = ۳/۰۶, P < ۰/۰۵$ )، مقابله شناختی ( $F = ۳/۹۵, P < ۰/۰۱$ )، پرخاشگری ( $F = ۳/۹۵, P < ۰/۰۱$ ) و کمال‌گرایی ( $F = ۴۴/۴۸, P < ۰/۰۱$ ) در بیماران دارای سردرد تنشی و میگرنی و افراد به‌هنجار، تفاوت معنی‌داری وجود داشت. بین میانگین نمره‌های مقابله رفتاری در سه گروه فوق تفاوت معنی‌داری به دست نیامد. نتایج آزمون تعقیبی LSD (Fisher's least significant Differenced) جهت مقایسه دو به دو میانگین‌ها نشان داد

جدول ۴. خلاصه آزمون تحلیل واریانس چند متغیره برای مقایسه متغیرهای وابسته در سه گروه

| منابع تغییر    | متغیر وابسته | مجموع مجذورات | درجات آزادی | میانگین مجذورات | نسبت F  | سطح معنی‌داری |
|----------------|--------------|---------------|-------------|-----------------|---------|---------------|
| مقابلۀ اجتنابی | ۸۷۵/۳۱۰      | ۲             | ۸۷۵/۳۱۳     | ۳/۰۶۷           | ۰/۰۴۲   |               |
| مقابلۀ رفتاری  | ۳۶۷/۰۰۴      | ۲             | ۳۶۷/۰۰۴     | ۱/۶۹۴           | ۰/۳۵۱   |               |
| مقابلۀ شناختی  | ۱۳۰/۶۶۹      | ۲             | ۱۳۰/۶۶۹     | ۳/۹۵۴           | ۰/۰۰۴   |               |
| پرخاشگری       | ۱۷۳/۲۴۱      | ۲             | ۱۷۳/۲۴۱     | ۲۱/۸۴۲          | ۰/۰۰۹   |               |
| کمال‌گرایی     | ۱۲۳/۲۹۶      | ۲             | ۱۲۳/۲۹۶     | ۴۴/۴۸۹          | < ۰/۰۰۱ |               |

### بحث

هدف پژوهش حاضر مقایسه کمال‌گرایی، پرخاشگری و سبک‌های مقابلۀ با استرس در بیماران مبتلا به سردردهای تنشی و میگرنی و افراد عادی بود.

نتایج نشان داد که بین میزان کمال‌گرایی در بیماران دارای سردردهای تنشی و میگرنی و افراد به‌هنگار، تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بیماران دارای میگرن نسبت به بیماران دارای سردردهای تنشی از کمال‌گرایی بیشتری برخوردار بودند. به عبارت دیگر، با افزایش کمال‌گرایی، فراوانی و شدت سردرد در بیماران نیز افزایش می‌یابد. این نتیجه در راستای یافته‌های پژوهش‌های دیگر (۸-۱۱) می‌باشد و حاکی از آن است که احتمال دارد کمال‌گرایی به عنوان یک صفت شخصیتی بتواند زمینه اختلالات روان‌تنی (به ویژه میگرن) را آماده سازد.

یکی از تبیین‌های ممکن برای یافته حاضر این است که افراد کمال‌گرا با توجه به ویژگی‌های روان‌شناختی مانند اضطراب، افسردگی، جاه‌طلبی و خصومت، شاید گرایش بیشتری به سوی سردرد میگرن دارند. تبیین احتمالی دیگر این یافته، وجود تمرکز بر خود به عنوان یک ویژگی افراد میگرنی است. افراد مبتلا به سردرد، با وضع معیارهای کامل برای خود و تلاش برای تحقق آن معیار، خود را در نیل به سطوح عالی خودگردانی و کسب موقعیت‌های فوق‌العاده شخصی فعال می‌سازند.

بنابراین اگر این افراد در دستیابی به اهداف سطح بالا با مشکل روبه‌رو شوند، ممکن است احساس سرخوردگی و شکست کنند و متعاقب آن، علایم اضطراب و افسردگی را نشان دهند و این علایم بستر را برای انواع سردردها از جمله سردرد میگرنی و تنشی مهیا سازد.

همچنین نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که بین پرخاشگری در بیماران دارای سردردهای تنشی و میگرنی و افراد به‌هنگار تفاوت وجود دارد. این نتیجه در راستای یافته‌های پژوهشی دیگر (۲۴، ۲۲، ۲۱) قرار دارد. نتایج این پژوهش حاکی است که افراد دارای سردرد، الگویی از سرزنش و عیب‌جویی افراطی از خود و دیگران، خشم و پرخاشگری را نشان می‌دهند. افراد پرخاشگر با انجام رفتارهای مغایر (برای نمونه خصومت، حس در ماندگی در مواجهه با موقعیت‌های پیش آمده به علت در نظر گرفتن معیارهای سطح بالا که انجام آن خارج از عهده فرد می‌باشد و سرزنش بیش از حد خود) موجب افزایش تنش و اضطراب می‌شوند که در ادامه این رفتارها اختلالات روان‌تنی نظیر سردرد را به وجود می‌آورند.

همچنین در تبیین این یافته می‌توان گفت که افراد پرخاشگری که خشم خود را ابراز نمی‌کنند، به تدریج از برون‌ریزی آن اجتناب می‌کنند و این روند، موجب علایم جسمی مانند افسردگی، اضطراب، تغییرات خلقی ناگهانی، تحریک پذیری و در نهایت، سردرد در این افراد می‌شود.

اضطراب، استرس و خستگی روانی می‌شوند که این حالات نیز به نوبه خود باعث بروز علائم جسمانی نظیر استفراغ و تهوع و تحریک پذیری، درد و انواع سردردها و در ادامه، افزایش شدت سردرد می‌شود. همچنین سبک مقابله رفتاری ناسازگارانه از طریق شیوه‌های رفتاری که برای سلامت جسمی و روانی مناسب نیستند، از قبیل خود آسپیی، گریه کردن، پرخاشگری فیزیکی و کلامی، تحریک پذیری بیش از حد و نظایر آن، زمینه را برای ایجاد بیماری‌های روان‌تنی مانند درد و سردرد فراهم می‌کند.

نتایج نشان داد که بین سبک مقابله رفتاری بین گروه‌های مورد پژوهش، تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. این نتیجه با سایر نتایج (۳۸-۳۶، ۱۵) همسویی ندارد. یکی از دلایل احتمالی برای این یافته، کم بودن حجم نمونه و تفاوت در جامعه آماری، استفاده بیشتر از مقابله شناختی و اجتنابی به جای مقابله رفتاری، مصرف سایر داروها به جای استفاده از مقابله رفتاری، سابقه بیماری و تفاوت‌های شخصیتی در افراد مورد بررسی است.

همچنین نتایج نشان داد که بین بیماران دارای سردردهای تنشی و میگرنی و افراد به‌هنگام در مقابله رفتاری تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

فقدان کنترل متغیرهایی مانند نوع داروهای مصرفی و سابقه بیماری از محدودیت‌های این پژوهش بود که در تعمیم یافته‌ها بایستی احتیاط کرد. همچنین پیشنهاد می‌شود که به نقش متغیرهای شخصیتی در تشدید و فروانی سردرد تأکید گردد و آموزش‌هایی در این زمینه به منظور پیشگیری و تسهیل درمان در نظر گرفته شود.

### نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج پژوهش می‌توان گفت که کمال‌گرایی ناسازگارانه با تشدید سردرد میگرنی و تنشی در افراد مبتلا رابطه دارد. همچنین پرخاشگری و سبک‌های مقابله ناکارآمد در بیماران دارای سردرد میگرنی و تنشی، بیشتر از

یافته‌ها همچنین نشان دادند که بیماران دارای سردردهای تنشی و میگرنی از سبک‌های مقابله اجتنابی و منفی بیشتری برای کاهش استرس و مشکلات خود استفاده می‌کردند. نتایج این پژوهش در راستای یافته‌های پژوهش‌های دیگر (۲۲، ۱۸، ۱۷، ۱۵، ۱۴) است.

در تبیین این یافته، می‌توان گفت که استرس و اضطراب، نقش مهمی در ایجاد اختلالات روان‌تنی ایفا می‌کنند؛ به صورتی که برخی از اختلالات جسمی با استمرار هیجان‌ات و تحت تأثیر هیجان‌ات منفی در عضوی ضعیف و حساس به وجود می‌آیند. سیستم هورمونی به استرس و اضطراب، پاسخ‌های آشکار می‌دهد که در کاهش یا افزایش ترشح هورمون‌های مترشحه این غدد متجلی می‌گردند. به علاوه، این استرس‌ها سیستم ایمنی بدن را تضعیف می‌کنند و فرد را مستعد ابتلا به بیماری‌های روانی و جسمانی می‌نمایند؛ زیرا با مختل شدن عملکرد این سیستم، بدن انسان توانایی مقابله با بیماری را از دست می‌دهد (۲۹).

در هر حال، این پاسخ منجر به برهم خوردن تعادل حیاتی بدن می‌شود که ممکن است باعث بروز انواع اختلالات روان‌تنی در فرد شود.

نتایج نشان داد که بیماران دارای سردردهای تنشی و میگرنی برای مقابله با مشکلات پیش‌رو، از شیوه‌های مقابله‌ای شناختی کمتری استفاده کردند. نتایج این پژوهش در راستای یافته‌های پژوهش‌های دیگر (۳۵-۳۱) قرار دارد. شیوه‌های مقابله شناختی کژکارکرد، به عنوان افکاری که موجب ناکامی روزانه یا هیجان‌ات منفی هستند، تعریف می‌شود (۳۰). با توجه به نقش راهبردهای مقابله شناختی، مطالعات متعددی نشان می‌دهد که بین نشخوار ذهنی و شکایات جسمی از قبیل سردرد رابطه وجود دارد (۳۱). در تبیین این یافته می‌توان گفت که افکار و فرایندهای شناختی کژکارکرد به عنوان شیوه‌های مقابله منفی و ناکارآمد، به مرور زمان موجب بروز حالات هیجانی نظیر



هستند. این نتایج با یافته‌های پژوهشی دیگر هم‌خوانی دارد و بر نقش متغیرهای شخصیتی در تشدید سردرد تأکید دارد.

افراد عادی استفاده می‌شود. به عبارتی، افراد پرخاشگر و افرادی که از شیوه‌های مقابله‌ای ناکارآمد نظیر مقابله اجتنابی استفاده می‌کنند، بیشتر مستعد سردردهای میگرنی و تنشی

## References

1. Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS. Harrison's principles of internal medicine. 16<sup>th</sup> ed. New York, NY: McGraw Hill Medical; 2005.
2. Stovner L, Hagen K, Jensen R, Katsarava Z, Lipton R, Scher A, et al. The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide. *Cephalalgia* 2007; 27(3): 193-210.
3. The International Classification of Headache Disorders: 2<sup>nd</sup> edition. *Cephalalgia* 2004; 24(Suppl 1): 9-160.
4. Leonardi M, Steiner TJ, Scher AT, Lipton RB. The global burden of migraine: measuring disability in headache disorders with WHO's Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *J Headache Pain* 2005; 6(6): 429-40.
5. Berg J, Stovner LJ. Cost of migraine and other headaches in Europe. *Eur J Neurol* 2005; 12(Suppl 1): 59-62.
6. Jelinski SE, Becker WJ, Christie SN, Giammarco R, Mackie GF, Gawel MJ, et al. Demographics and clinical features of patients referred to headache specialists. *Can J Neurol Sci* 2006; 33(2): 228-34.
7. McAnulty DP. Psychological correlates of head pain. Baton Rouge, LA: Louisiana State University; 1984.
8. Molnar DS, Reker DL, Culp NA, Sadava SW, DeCourville NH. A mediated model of perfectionism, affect, and physical health. *Journal of Research in Personality* 2006; 40(5): 482-500.
9. Saboonchi F, Lundh LG. Perfectionism, anger, somatic health, and positive affect. *Personality and Individual Differences* 2003; 35(7): 1585-99.
10. Shirzadi Bestoni A, Mehrabizadeh Honarmand M, Haghghi J. A study of simple and multiple relationship between perfectionism, trait-state anxiety and depression with migraine headache in students of Islamic Azad University of Ahvaz. *Journal of Education and Psychology* 2002; 9(3-4): 109-26. [In Persian].
11. Bottos S, Dewey D. Perfectionists' appraisal of daily hassles and chronic headache. *Headache* 2004; 44(8): 772-9.
12. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York, NY: Springer Publishing Company; 1984.
13. Piko B. Gender differences and similarities in adolescents' ways of coping. *Psychological Record* 2001; 51(2): 223-35.
14. Sandfort TG, Bakker F, Schellevis F, Vanwesenbeeck I. Coping styles as mediator of sexual orientation-related health differences. *Arch Sex Behav* 2009; 38(2): 253-63.
15. Ford S, Calhoun A, Kahn K, Mann J, Finkel A. Predictors of disability in migraineurs referred to a tertiary clinic: neck pain, headache characteristics, and coping behaviors. *Headache* 2008; 48(4): 523-8.
16. Hassinger HJ, Semenchuk EM, O'Brien WH. Appraisal and coping responses to

- pain and stress in migraine headache sufferers. *J Behav Med* 1999; 22(4): 327-40.
17. Kroner-Herwig B, Heinrich M, Morris L. Headache in German children and adolescents: a population-based epidemiological study. *Cephalalgia* 2007; 27(6): 519-27.
  18. Turner JA, Jensen MP, Warmis CA, Cardenas DD. Catastrophizing is associated with pain intensity, psychological distress, and pain-related disability among individuals with chronic pain after spinal cord injury. *Pain* 2002; 98(1-2): 127-34.
  19. Materazzo F, Cathcart S, Pritchard D. Anger, depression, and coping interactions in headache activity and adjustment: a controlled study. *J Psychosom Res* 2000; 49(1): 69-75.
  20. Perozzo P, Savi L, Castelli L, Valfre W, Lo GR, Gentile S, et al. Anger and emotional distress in patients with migraine and tension-type headache. *J Headache Pain* 2005; 6(5): 392-9.
  21. Johnson M. The vulnerability status of neuroticism: over-reporting or genuine complaints? *Personality and Individual Differences* 2003; 35(4): 877-87.
  22. Kolotylo CJ, Broome ME. Predicting disability and quality of life in a community-based sample of women with migraine headache. *Pain Manag Nurs* 2000; 1(4): 139-51.
  23. Atasoy HT, Atasoy N, Unal AE, Emre U, Sumer M. Psychiatric comorbidity in medication overuse headache patients with pre-existing headache type of episodic tension-type headache. *Eur J Pain* 2005; 9(3): 285-91.
  24. Abbate-Daga G, Fassino S, Lo GR, Rainero I, Gramaglia C, Marech L, et al. Anger, depression and personality dimensions in patients with migraine without aura. *Psychother Psychosom* 2007; 76(2): 122-8.
  25. Fallahzade H, Alihaydari AA, Hoseini H. Prevalence of migraine and tension headache in students of guidance schools in Yazd city, 2008. *JIUMS* 2010; 17(26): 52-61.
  26. Najaryan B, Atari U, Zargar Y. Construction and validation of perfectionism scale. *Journal of Education and Psychology* 1999; 5(3-4): 43-58. (Persian)
  27. Williams TY, Boyd JC, Cascardi MA, Poythress N. Factor structure and convergent validity of the aggression questionnaire in an offender population. *Psychological Assessment* 1996; 8(4): 398-403.
  28. Billings AG, Moos RH. The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *J Behav Med* 1981; 4(2): 139-57.
  29. Sdorow L. Psychology. 3<sup>rd</sup> ed. Boston, MA: Brown & Benchmark; 1995.
  30. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events; cognitive coping; emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences* 2001; 30: 1311-27.
  31. Brosschot J, van der DM. Daily worrying and somatic health complaints: Testing the effectiveness of a simple worry reduction intervention. *Psychology and Health* 2006; 21(1): 19-31.
  32. Thomsen DK, Mehlsen MY, Olesen F, Hokland M, Viidik A, Avlund K, et al. Is there an association between rumination and self-reported physical health? A one-year follow-up in a young and an elderly sample. *J Behav Med* 2004; 27(3): 215-31.

33. Keefe FJ, Lumley M, Anderson T, Lynch T, Studts JL, Carson KL. Pain and emotion: new research directions. *J Clin Psychol* 2001; 57(4): 587-607.
34. Keefe FJ, Affleck G, Lefebvre JC, Starr K, Caldwell DS, Tennen H. Pain coping strategies and coping efficacy in rheumatoid arthritis: a daily process analysis. *Pain* 1997; 69(1-2): 35-42.
35. Eccleston C, Crombez G, Aldrich S, Stannard C. Worry and chronic pain patients: a description and analysis of individual differences. *Eur J Pain* 2001; 5(3): 309-18.
36. Scharff L, Turk DC, Marcus DA. Triggers of headache episodes and coping responses of headache diagnostic groups. *Headache* 1995; 35(7): 397-403.
37. Andrasik F. Behavioral treatment of migraine: current status and future directions. *Expert Rev Neurother* 2004; 4(3): 403-13.
38. Penzien DB, Rains JC, Lipchik GL, Creer TL. Behavioral interventions for tension-type headache: overview of current therapies and recommendation for a self-management model for chronic headache. *Curr Pain Headache Rep* 2004; 8(6): 489-99.

Archive of SID

## Comparison of Perfectionism, Aggression and Coping Styles in Patients with Migraine and Tension-Type Headaches and Healthy Individuals

Abolghasemi A., Ph.D. <sup>1</sup>, Jafari E., Ph.D. <sup>2</sup>, Ahmadi-Tahoursoltani M., Ph.D. <sup>3\*</sup>

1. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Education Sciences and Psychology, Mohaghegh-e-Ardebili University, Ardebil, Iran

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Payam-e-noor University, Tehran, Iran

3. Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

\* Corresponding author; e-mail: mahmadi\_1362@yahoo.com

(Received: 21 Oct. 2012

Accepted: 31 July 2013)

### Abstract

**Background & Aims:** The aim of this study was to compare perfectionism, aggression and coping styles in patients with migraine and tension-type headache and healthy individuals.

**Methods:** In this casual-comparative method study, the studied sample consisted of 42 patients with tension-type headache diagnosis, 40 patients with migraine headache selected among those referred to medical centers and mental hospitals in Ardabil, Iran, and 41 healthy individuals matched with the other two groups according to gender and educational level. The Perfectionism scale, Aggression scale, and Stress Coping Styles scale were used. In addition, the intensity and frequency indexes were collected. Data were analyzed using multivariable analysis of variance (MANOVA).

**Results:** There were significant differences in perfectionism, aggression, and cognitive-avoidance coping style mean scores between both the patients with migraine and tension-type headaches with healthy individuals. No significant differences were observed between three groups in behavioral coping style scores.

**Conclusion:** Maladaptive perfectionism, aggression and dysfunctional coping styles are associated with the severity of migraine and tension-type headaches. These results have important implications in explaining the role of personality variables in headaches.

**Keywords:** Perfectionism, Aggression, Coping Styles, Migraine Headache, Tension Type Headache

Journal of Kerman University of Medical Sciences, 2014; 21(2): 162-173