

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

مریم رهنمای\*، سیدموسی کافی ماسوله\*\*، مجید برادران\*\*\*، فرزانه رنجبر نوشری\*\*\*\*، بابک بخشایش\*\*\*\*\*

\* کارشناس ارشد روانشناسی، دانشگاه گیلان (نویسنده مسئول)

\*\* استاد گروه روانشناسی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

\*\*\* مربی گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

\*\*\*\* دانشجوی دکترای روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

\*\*\*\*\* استادیار دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

## چکیده

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

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

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

**نتیجه‌گیری:** این یافته‌ها نشان می‌دهد باورهای منطقی، تیپ شخصیتی D و کیفیت زندگی از سازه‌های تقریباً اثرگذار بر سردردهای میگرن هستند این نتایج، تلویحات مهمی در زمینه باورهای غیرمنطقی و اهمیت مداخلات درمانی برای ارتقای کیفیت زندگی افراد مبتلا به سردردهای میگرنی دارد که باید مورد توجه قرار گیرند.

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

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

M. Rahnamai<sup>\*</sup>, S.M. Kafie Masule<sup>\*\*</sup>, M. Baradaran<sup>\*\*\*</sup>, F. Ranjbar Noushari<sup>\*\*\*\*</sup>, B. Bakhshayesh<sup>\*\*\*\*\*</sup>

<sup>\*</sup>M.A in psychology, University of Guilan (Corresponding Author)

<sup>\*\*</sup>Professor, Department of Psychology, Guilan University, Rasht, Iran

<sup>\*\*\*</sup>Lecturer, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

<sup>\*\*\*\*</sup>Ph.D. student of psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

<sup>\*\*\*\*\*</sup>Assistant Professor, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

## Abstract

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

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

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

**Conclusion:** these findings showed that irrational beliefs , type D personality and quality of life are almost effective structures on migraine headaches . these results have important implications about irrational beliefs and importance of therapeutic interventions to improving the quality of life for people with migraine headaches.

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

## مقدمه

سردرد یکی از علایم شایع در بیش از ۹۰ درصد مردم است که گاه در طول زندگی با آن مواجه می‌شوند. مشکلات روان‌شناختی در بین سردردهای میگرن مزمن شیوع فراوانی دارد. میگرن شایع‌ترین سندرم سرد درد اولیه بدون هیچ‌گونه علت پاتولوژیک خاص است که بر ابعاد فیزیکی، روانی، اجتماعی و کیفیت زندگی تاثیر منفی می‌گذارد (چیروس و اوبرین<sup>۱</sup>، ۲۰۱۱).

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

ناحیه گیجگاهی یا پیشانی ظاهر می‌گردد و شروع آن اغلب با بعضی اختلالات حسی همچون اختلال در حس بینایی همراه است. حمله میگرن از چهار ساعت تا چند روز طول می‌کشد و در حدود ۱۰ تا ۲۰ درصد بیماران مبتلا به میگرن دارای یک مرحله مقدماتی هستند. یک ساعت قبل از حمله میگرن ممکن است رنگ‌هایی به نظرشان آید (شیرزادی، مهربانی زاده هنرمند و حقیقی، ۱۳۸۱). میگرن در بزرگسالان با آلرژی‌های فصلی، کابوس مداوم و مشکلات خواب نیز همراه است (لتیف، نلسون، ناکامورا و مریکینج<sup>۲</sup>، ۲۰۱۲).

بیماری میگرن به عنوان یک بیماری جسمانی تحت تاثیر مسائل روان‌شناختی قرار دارد، لذا باید گفت تفاوت‌های شخصیتی و عوامل روان‌شناختی عامل مهمی است که به واکنش متفاوت در افراد منجر می‌گردد، از آن جایی که بیماران با سردرد میگرنی دارای ویژگی‌های شخصیتی خاص می‌باشند و اکثراً افرادی نگران و مضطرب هستند (طوبایی و فراشبندی، ۱۳۸۹) ممکن است این عوامل سبب ساز شروع سردرد بوده و یا تأثیراتی در شروع و شدت سردرد میگرن داشته باشند. میگرن با اختلال بارز در کیفیت زندگی همراه است و هزینه‌ی بالایی را در سیستم مراقبت درمانی به خود اختصاص می‌دهد بنابراین ضروری است که متخصصان بالینی به بررسی عواملی بپردازند که در پیدایش، سیر و شدت حملات انفرادی میگرن و ناتوانی متعاقب آن نقش دارند تا بطور اصولی بتوانند فراوانی این حملات را کاهش دهند، شدت علائم را کنترل نمایند و تاثیر آن را بر عملکرد روانی-اجتماعی محدود سازند. با این وجود، مطالعات متعددی نشان داده‌اند که عوامل زیستی به

2. Lattef, , Cui , Nelson, Nakamura & Merikangas

1. Chiros & O'Brien

تنهایی قادر نیستند همه جنبه های میگرن و به خصوص ناتوانی مرتبط با آن را تبیین نمایند. روابطی چند سویه بین عوامل زیستی، روان شناختی و اجتماعی در پیدایش میگرن وجود دارد که نیازمند مداخله متناسب هستند (دنت، استلزامر، میندل، ماتوجا، شموتزارد و وینکلر،<sup>۳</sup> ۲۰۱۱؛ گرین،<sup>۴</sup> ۲۰۱۱). عوامل روان شناختی نظیر حالات هیجانی منفی (افسردگی، اضطراب و خشم) می توانند احتمال بروز حمله سردرد میگرنی را تسریع نمایند، شدت ادراک شده درد ناحیه سر افزایش دهنده اختلال کارکردی ناشی از میگرن و ناتوانی مرتبط با آن را بالا می برند و پیش آگهی درمان را ضعیف می سازند (رادت، مایلووکس، والد،<sup>۵</sup> ۲۰۱۱؛ کرون، تالو، می، پرویتی-سچینی، پکاریسی و باسون،<sup>۶</sup> ۲۰۱۱).

احساسات اضطرابی در بین مبتلایان به سردرد میگرن بسیار شایع است و این احساسات یکی از مهم ترین عوامل راه انداز میگرن است (کرون و همکاران، ۲۰۱۱). استرس روانی- اجتماعی نیز از پیش بینی کننده های مهم سردرد میگرنی است و تنش، نقش مهمی در پیامدها و ناتوانی مربوط به آن دارد (هدبورگ، آندربرگ، مور،<sup>۷</sup> ۲۰۱۱؛ یوکویاما، یوکویاما، فانزو، یاماشیتا، کوندو، هوسای،<sup>۸</sup> ۲۰۰۹). عوامل اجتماعی در کنار سبک زندگی و اختلالات همزمان و دیگر شرایط منفی نقش مهمی در

پیدایش میگرن و تداوم آن دارد. در مطالعه ای انجام شده توسط کاراکورام و همکاران<sup>۹</sup> (۲۰۰۴) بر روی ویژگی های شخصیتی ۳۵ بیمار میگرن مزمن و ۵۰ بیمار حاد نشان داده شد که افسردگی و اضطراب ممکن است عامل شروع سردرد میگرن باشد و افسردگی، هیستریا و هیپوکندریا در بیماران با میگرن مزمن به طور مشخص تر و واضح تر نسبت به میگرن حاد دیده می شود. نتایج پژوهش طوبایی و فراشبندی<sup>۱۰</sup> (۱۳۸۹) نشان داد که بین ویژگی های شخصیتی و سردرد میگرن ارتباط وجود دارد. میگرن براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، رتبه نوزدهم را در بین اختلالات ایجاد کننده ناتوانی به خود اختصاص داده است که با اختلال بارز در کیفیت زندگی همراه است و هزینه بالایی را در سیستم مراقبت درمانی به خود اختصاص می دهد (نیچلسون، هول، رادی و نورتون،<sup>۱۱</sup> ۲۰۰۷).

بسیاری از پژوهشگران اعتقاد دارند که باورهای ناکارآمد علت اصلی بسیاری از اختلالات است. منظور از چنین باورهایی در واقع وجود افکار نادرست و نامنتطب با واقعیت درباره خود و جهانی است که این باورها و انتظارات غیر واقع بینانه بر نوع ادراک و سلامت هیجانی فرد اثر می گذارد (رایینز، ۱۳۷۴) و منجر به افزایش سطح آشفتگی آنها می شود که متعاقب آن کیفیت زندگی آسیب دیده و بیشتر اختلالات روان تنی از جمله سردرد هستند (بروک، مارتنسک، نیکلیک، ورت و سوزان،<sup>۱۱</sup> ۲۰۰۷). به اعتقاد ایس، هیچ رویدادی ذاتاً نمی تواند در انسان ایجاد آشفتگی کند، زیرا تمام محرک ها و رویدادها در ذهن معنا و تفسیر می شوند. بر این

3. Dent, Stelzhammer, Meindl, Matuja, Schmutzhard & Winkler
4. Green
5. Radat, Milowska & Valade
6. Curone, Tullo, Mea, Proietti- Cecchini, Peccarisi, Bussone
7. Hedborg, Anderberg, Muhr
8. Yokoyama, Yokoyama, Funazu, Yamashita, Kondo, Hosoai

9. Karakurum & et al

10. Nicholson, Houle, Rhudy & Norton

11. Broek, Martentsk, Nyklicek, voort, Susanne

اساس، سازش نیافتگی ها و مشکلات هیجانی در واقع ناشی از نحوه تعبیر و تفسیر و پردازش اطلاعات حاصل از محرک ها و رویداد هایی هستند که افکار و باورهای ناکارآمد در زیربنای آنها قرار دارند. بی تردید بسیار از مشکلات روانی ریشه در باورها و افکار غیرمنطقی در مورد خود، دیگران و جهان پیرامون دارد. از این رو در بین افراد مبتلا به سردرد مخصوصاً کسانی که دچار سردردهای میگرن مزمن هستند، توقعات غیرواقع بینانه و افکار غیرمنطقی می تواند باعث شروع و تکرار حملات سردرد شود. افراد به دلیل این برداشت های غیرمنطقی از خود که منجر به احساس بی ارزشی می گردد، دست به انتخاب اهداف غیر منطقی و نامعقول می زنند. در نتیجه با دست نیافتن به اهداف خود احساس نابسندگی و بی کفایتی می کنند. این نارسایی های شناختی و شناخت های اشتباه، باورها و عقاید نادرست و نگرش های غلط بر نوع ادراک فرد و همچنین بر سلامت هیجان تأثیری گذارد و افسردگی، خودآزاری و خود سرزنی، سردرد و سایر اثرات عمیق هیجانی را به دنبال دارد که در شروع و شدت سردرد تأثیرگذار است (رابینز، ۱۳۷۴).

یافته های هیرش، کلارک، متیوز و ویلیامز<sup>۱۲</sup> (۲۰۰۳) نشان می دهد افرادی که باورهای غیرمنطقی دارند اضطراب و عملکرد اجتماعی ضعیفی دارند. تقی پور (۱۳۷۷) به بررسی مقایسه میزان باورهای غیرمنطقی در بین گروه بیماران روانی تنی و افراد سالم پرداخت و مطرح نمود که بین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد.

یکی از عوامل اثرگذار بر سردردهای میگرنی تیپ شخصیتی افراد می باشد، تیپ شخصیتی D یا آشفته،

ترکیبی از دو سازه عاطفه منفی و بازداری اجتماعی می باشد. عاطفه منفی یعنی تمایل به تجربه ی عواطف منفی در طول زمان و موقعیت های مختلف. بازداری اجتماعی که تمایل برای بازداری از بیان این هیجانات در تعامل اجتماعی است (دنولت، کنرادس، براتسرت، کلرک، استرنس و ورینتس<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۳). تیپ شخصیتی D نسبتاً شایع است. برآوردها دامنه از ۲۱ درصد جمعیت عمومی تا ۲۸ درصد بیماران قلبی عروقی و ۵۰ درصد افراد دارای فشار خون بالا را نشان می دهد (دنولت، ۲۰۰۵؛ کوپر، پدرسون، هافر، سانر، الدریج و دنولت<sup>۱۴</sup>، ۲۰۱۳). مطالعات متعدد حاکی از این است که در بیماران نسبت به افراد سالم، تیپ D شخصیت به عنوان یک پیش بینی کننده قوی و ثابت به کیفیت زندگی و وضعیت سلامت روان شناختی خدشه وارد می کند (مولس، دنولت، کاپتین، رمیست و تانگ<sup>۱۵</sup>، ۲۰۱۲). شخصیت D با بیگانگی اجتماعی و افسردگی (شیفر، پدرسن، ویدرشاون، هندریکس، وینتر و دنولت<sup>۱۶</sup>، ۲۰۰۵؛ ویلیامز، اوکانر، هاواردز، هوگز، جانستون و هی<sup>۱۷</sup>، ۲۰۱۲) خشم و اضطراب (چیدا و استپتو<sup>۱۸</sup>، ۲۰۰۹) و بدبینی (کولا، آسماکوپولا، اسکینر، اسپیمپولو، مارش و فاکس<sup>۱۹</sup>، ۲۰۰۸) رابطه دارد. لذا افراد تیپ D از راهبرد های مقابله ای ناکارآمد استفاده می کنند. این راهبردها واسطه سلامت و شخصیت D و سلامت محسوب می شود (یو، چن، ژانگ و لیو<sup>۲۰</sup>، ۲۰۱۰). نتایج پژوهش احمدی، جعفری، کریمی نیا

13. Denollet Conraads, Brutsaert, Clerck, Sterens & Vrints
14. Kupper, Pedersen, Höfer, Saner, Oldridge & Denollet,
15. Mols, Denollet, Kaptein, Reemst & Thong
16. Schiffer, Pedersen, Widdershoven, Hendriks, Winter & Denollet
17. Williams, o'connor, Howards, Hughes, Johnston & Hay
18. Chida & Steptoe
19. Koula, Asimakopouliu, Skinner, Spimpolo, Marsh & Fox
20. Yu, Chen, Zhang & Liu

12. Hirsch, Clark, Mathews & Williams

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

از دیگر متغیرهایی که با سرردهای میگرنی ارتباط دارد، کیفیت زندگی می باشد که به عنوان درک افراد از موقعیت خود در زندگی در بافت فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زندگی می کنند. هم چنین در رابطه با اهداف، انتظارات، معیارها و نگرانی هایشان تعریف می شود (پیترز- بوسما و کوپمن<sup>۲۱</sup>، ۲۰۰۸). بنابراین یکی از نموده های احساسات مثبت، کیفیت زندگی است که شامل رضایت از زندگی احساس خوشبختی و شادکامی می باشد که جنبه هایی از سلامتی به شمار می روند (باولینگ و وینرسور<sup>۲۲</sup>، ۲۰۰۱). این سازه ارتباط تنگاتنگی با اهداف، انتظارات، استانداردها و علائق، اعتقادات شخصی، وضعیت جسمی و روانی و میزان خودتکایی دارد (سیاری، گری و اسدی لاری، ۱۳۸۰). کیفیت زندگی شرایطی است که خوب زیستن را امکان پذیر می سازد به نحوی که فرد در یک وضعیت جسمی، روانی و اجتماعی قادر به انجام فعالیت های روزمره باشد و بیمار نیز از کارایی درمان، کنترل بیماری و یا بازتوانی احساس رضایت نماید (آقایوسفی، شقایی، دهستانی و برقی ایرانی، ۱۳۹۱).

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

حس خوب بودن پی برده و روش های درمانی ارتقای کیفیت زندگی این افراد مورد توجه قرار گیرد (ساین، ماتلای و سیندل<sup>۲۳</sup>، ۲۰۰۷). استرس و هیجان منفی اغلب به اضطراب، افسردگی و خشم منجر می شود که کیفیت زندگی را تحت تاثیر قرار می دهد. نتایج پژوهش شفیع پور، جعفری و شفیع پور (۱۳۸۸) حاکی از این است که با افزایش شدت تنیدگی، کیفیت زندگی کاهش می یابد.

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

#### روش

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

#### جامعه، نمونه و روش اجرای پژوهش

جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی افراد مبتلا به میگرن مراجعه کننده به کلینیک فوق تخصصی بعثت شهر رشت تشکیل می دهند. انتخاب افراد مبتلا به میگرن به این صورت بود که طی دوره سه ماهه متوالی دی الی اسفند ماه ۱۳۹۱ از افراد مراجعه کننده به متخصص مغز و اعصاب شهر رشت صورت گرفت، البته انتخاب افراد منوط به موافقت و رضایت آن ها بود. انتخاب افراد سالم نیز با توجه به متغیرهای جمعیت شناختی با گروه مبتلایان به میگرن صورت گرفت و در این راستا افرادی انتخاب شدند که بر

21. Peeters-Boersma & Koopman

22. BowlinG & Windsor.

23. Sayun, Mutluay, Sindel

اساس اظهارات خود و سوابق پزشکی سابقه بیماری های جسمی را نداشتند.

### ابزارهای پژوهش

۱- پرسش نامه باورهای غیرمنطقی. این پرسش نامه براساس نظریه ی آلبرت الیس تهیه شده است و در کل از ده مقیاس و هر مقیاس از ۱۰ سوال تشکیل یافته است. سوال های آزمون به روش لیکرت و به صورت ۵ درجه ای تنظیم شده اند. نمره بالا در این پرسشنامه نشان دهنده باور غیرمنطقی بالا و نمره پایین نشان دهنده ی باور منطقی کم تر است. حداقل نمره در این مقیاس ۱۰۰ و حداکثر ۵۰۰ است. جونز (۱۹۶۸)؛ به نقل از صادق، ۱۳۸۳) با استفاده از روش آزمون مجدد مشاهده کرد که پایایی آزمون معادل ۰/۹۲ است. پایایی هر یک از مقیاس های ۱۰ گانه از ۰/۶۶ تا ۰/۸۰ و میانگین پایایی همه ی خرده مقیاس ها ۰/۷۴ است. در تحقیق تقی پور (۱۳۷۷) پایایی این آزمون از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۱ گزارش شده است.

۲- پرسش نامه ی تیپ شخصیتی D. این مقیاس توسط دنولت در سال ۱۹۹۸ تدوین شده است که دارای ۱۴ ماده است و به صورت ۵ درجه ای لیکرت است و دارای ۲ زیر مقیاس می باشد که مؤلفه های عاطفه منفی و بازداری اجتماعی را می سنجد. این مقیاس از نظر پایایی در سطح مطلوبی است به طوری که از طریق بازآزمایی ۰/۸۱ و آلفای کرونباخ مقیاس معادل ۰/۶ محاسبه شده است. از نظر روایی هم در سطح مطلوبی است. در مطالعه ای که توسط ذوالجناحی و

وفایی (۱۳۸۵) در ایران انجام شد همسانی درونی خرده مقیاس عاطفی منفی ۰/۷۷ و همسانی درونی خرده مقیاس بازداری اجتماعی ۰/۶۹ به دست آمده است.

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

### یافته ها

در این پژوهش برای تحلیل داده ها علاوه بر شاخص های توصیفی، جهت بررسی تطبیقی افراد مبتلا به میگرن و افراد سالم از تحلیل واریانس چند متغیره استفاده گردیده است. بر اساس نتایج پژوهش حاضر میانگین سنی افراد بیمار ۳۳/۸۰ و انحراف معیار ۷/۴۱ و میانگین سنی افراد سالم ۳۲/۵۴ و انحراف معیار ۶/۶۴ می باشد. در هر دو گروه، ۴۱ نفر مرد و ۵۹ نفر زن مشارکت داشته اند. اکثریت آزمودنی ها در دو گروه دارای کاردانی می باشند. در جدول ۱، میانگین و انحراف معیار متغیرهای مطالعه (باورهای غیرمنطقی، تیپ شخصیتی D و کیفیت زندگی) در هر دو گروه بیمار و سالم به تفکیک ارائه می گردد.

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌های مورد مطالعه

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

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

در ادامه جهت مقایسه متغیرهای پژوهش در دو گروه بیمار و سالم از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده گردید که نتایج مربوط به آن در جدول ۲ ارائه گردیده است. به منظور بررسی پیش فرض برابری واریانس خطا، از آزمون لون استفاده شد که نتایج آزمون لون نشانگر برابری واریانس‌ها بوده است ( $F= ۱۴/۵۴$ ،  $p < ۰/۰۰۱$ ،  $F= ۰/۴۹$  لا مبدای ویلکز). بر اساس نتایج مندرج در جدول ۲، بین مؤلفه‌های ضرورت و تأیید دیگران، انتظار بالا از خود، تمایل به سرزنش، نگرانی زیاد با اضطراب در مقیاس باورهای غیرمنطقی، مؤلفه بازداری اجتماعی در مقیاس



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

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

### بحث و نتیجه گیری

الزام، اجبار و جزم اندیشی و اجحاف تأکید دارند و مانع سلامت روانی و سالم سازی محیط فردی و اجتماعی می شوند، نتیجه این عقاید منفی؛ اضطراب، سردرد و افسردگی است. پژوهش های انجام گرفته در نقاط مختلف دنیا نشان از اثر بخش بودن باورها و عقاید منفی و غیر منطقی بر انواع مولفه ها، مشکلات و اختلالات روان شناختی و تنی دارد.

همچنین نتایج نشان دادند که بین بازداری اجتماعی در مقیاس تیپ شخصیتی D در بیماران مبتلا به میگرن و افراد سالم تفاوت وجود دارد که با نتایج پژوهش های احمدی، جعفری، کریمی نیا و اخوان (۱۳۸۹) و یو، چن، ژانگ و لیو (۲۰۱۰) همسو

هدف از پژوهش حاضر تعیین باورهای غیرمنطقی،

تیپ شخصیتی D و کیفیت زندگی افراد مبتلا به سردردهای میگرنی و مقایسه آن با افراد سالم بود. نتایج نشان دادند که بین باورهای غیرمنطقی دو گروه مبتلا به میگرن و سالم تفاوت معناداری وجود دارد که در زیر مقیاس های ضرورت و تأیید از جانب دیگران، انتظار بیش از حد از خود، تمایل به سرزنش و اضطراب، افراد مبتلا به میگرن میانگین نمره بالاتری داشتند که این یافته با نتایج مطالعه هیرش، کلارک، متیوز و ویلیامز (۲۰۰۳) و تقی پور (۱۳۷۷) همسو می باشد. باورهای غیرمنطقی باورهایی هستند که بر

می باشد. با گسترش رویکرد زیستی، روانی، اجتماعی و دور شدن از دیدگاه تک بعدی پزشکی، در خصوص تیپ‌های شخصیتی و دیگر متغیرهای روان شناختی می‌توان گفت که این عوامل زمینه‌ساز بیماری محسوب می‌شوند نه علت بیماری (مولس و همکاران، ۲۰۱۲). تیپ شخصیتی D با دو مؤلفه هیجان‌پذیری منفی و بازداری اجتماعی یک ریسک فاکتور نیرومند برای سلامت روانی و فیزیکی به شمار می‌رود. این ویژگی‌ها با الگوهای ناسالم کارکرد فیزیولوژیکی سیستم ایمنی همبسته است که بر سلامتی اثرگذار است و احتمال بیماری را افزایش می‌دهد (پدرسون و دنولت، ۲۰۰۵).

سرانجام نتایج نشان دادند که بین ابعاد جسمانی، روانی و محیطی کیفیت زندگی دو گروه مبتلا به میگرن و افراد سالم تفاوت وجود دارد که با نتایج پژوهش‌های ساین، ماتلای و سیندل (۲۰۰۷) و شفیع-پور، جعفری و شفیع‌پور (۱۳۸۸) مطابقت دارد. سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را درک افراد از وضعیت زندگی در قالب فرهنگ و ارزش‌های حاکم در جامعه و در راستای اهداف، انتظارات، استانداردها و علایق خود تعریف می‌کنند، بنابراین کیفیت زندگی ارتباط تنگاتنگی با وضعیت جسمی، روانی، اعتقادات شخصی، در واقع ارتباط معکوسی بین علائم بیماری و کیفیت زندگی و رضایت از زندگی وجود دارد.

در مجموع نتایج نشان داد که باورهای غیرمنطقی، تیپ شخصیتی D و کیفیت زندگی از متغیرهای اثرگذار بر سردردهای میگرنی هستند این نتایج حاکی است که باورهای غیرمنطقی نقش به‌سزایی در سردردهای

میگرنی داشته که سبب ساز شروع سردرد و اثراتی در شروع و شدت آن دارد، هم‌چنین تیپ شخصیتی D با دامنه‌ی وسیعی از اختلالات هیجانی از قبیل اضطراب و سبک زندگی ناسالم بر سلامتی اثرات زیان‌باری دارد و کیفیت زندگی آسیب دیده و نداشتن رضایت از زندگی افراد را مستعد سردرد و دیگر اختلالات روان‌تنی می‌کند. با توجه به نتایج این مطالعه و پژوهش‌هایی که در این راستا صورت گرفته، عوامل روانشناختی در شروع و تداوم بیماری میگرن نقش مهمی دارد که درمانگران می‌بایست در طول فرایند درمان به آن توجه کافی داشته باشند و می‌توان در راستای پیشگیری از این بیماری اقدام نمود، لذا پیشنهاد اصلی این پژوهش، مطالعه طولی و انجام مداخله‌های روانشناختی و در نتیجه کاهش این بیماری می‌باشد.

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

#### سپاسگزاری

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

## منابع

- رایینز، استیفن (۱۳۷۴). *مدیریت رفتار سازمانی* (جلد اول). ترجمه پارسایان، ع و اعرابی، م. تهران، انتشارات مطالعات و پژوهش های بازرگانی.
- سیاری، علی اکبر؛ گری، دیوید و اسدی لاری، محسن (۱۳۸۰). ارزیابی کیفیت زندگی، تجربیات جهانی و ضرورت اقدام در ایران. *طب و تزکیه*، ۲۱، ۳۰-۳۳.
- شفیع پور، ویدا؛ جعفری، هدایت و شفیع پور، لیلا؛ (۱۳۸۸). ارتباط کیفیت زندگی با شدت تنیدگی در بیماران تحت همودیلایز. *مجله پزشکی کوثر*، ۱۴(۳)، ۱۷۴-۱۶۹.
- شیرزادی، افسانه؛ مهربانی زاده هنرمند و مهناز؛ حقیقی، جمال؛ (۱۳۸۱). بررسی رابطه ساده و چندگانه متغیرهای کمال گرایی، اضطراب صفت-حالت و افسردگی با سردرد میگرن در دانشجویان. *مجله علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز*، ۹(۳)، ۱۰۹-۱۲۶.
- صادق، یعقوب (۱۳۸۳). *بررسی رابطه باورهای غیرمنطقی با بهداشت روانی و عملکرد تحصیلی دانش آموزان دوره متوسطه ی (دختر و پسر) مشکین شهر*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد واحد علوم تحقیقات.
- طوبایی، شهین و فراشبندی، حسن؛ (۱۳۸۹). بررسی ویژگی های شخصیتی بیماران مبتلا به سردرد میگرنی، *مجله پزشکی ارومیه*، ۲۱(۲)، ۲۸۰-۲۸۰.
- نجات، سحرناز؛ منتظری، علی؛ کاظم، محمد؛ مجدزاده، سید رضا؛ نبوی، نازنین سادات؛ نجات، فرهاد؛ نبوی، سید مسعود و هلاکویی نائینی، کوروش (۱۳۸۵). کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس تهران در مقایسه با جمعیت سالم شهر تهران. *مجله اپیدمیولوژی ایران*، ۲(۳)، ۱۹-۲۴.
- آقایوسفی، علیرضا؛ شقاقی، فرهاد؛ دهستانی، مهدی و برقی ایرانی، زیبا (۱۳۹۱). ارتباط کیفیت زندگی و سرمایه روانشناختی با ادراک بیماری در میان مبتلایان به بیماری MS؛ *فصلنامه روانشناسی سلامت*، ۱(۱)، ۳۲-۴۵.
- ابولقاسمی، عباس؛ تقی پور، مریم و نریمانی، محمد (۱۳۹۱). ارتباط تیپ شخصیتی D، خود دلسوزی و حمایت اجتماعی با رفتارهای بهداشتی در بیماران کرونر قلبی؛ *فصلنامه روانشناسی سلامت*، ۱(۱)، ۵-۱۵.
- احمدی ظهور؛ محسن، جعفری؛ عیسی، کریمی نیا، رضا و اخوان، حمید (۱۳۸۹). بررسی ارتباط کمال گرایی مثبت و منفی و تیپ شخصیتی D با سلامت عمومی سالمندان، دانشگاه علوم پزشکی همدان، ۱۷(۳)، ۳۱-۴۵.
- تقی پور، منوچهر (۱۳۷۷). بررسی و مقایسه باورهای غیرمنطقی در اختلالات روان تنی با افراد بهنجار، پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه علامه طباطبایی.
- حسینی، آرزو؛ خرمایی، فرهاد؛ عصارزادگان، فرهاد؛ حسامی، امید؛ تقوی، محمدرضا و محمدی، نورا... (۱۳۹۳). مقایسه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در افراد مبتلا به سردردهای میگرنی، سردرد تنشی و افراد به هنجار؛ *فصلنامه روان شناسی سلامت*، ۳(۳)، ۸۹-۱۰۱.
- ذوالجناحی، اهداء و وفایی، مریم (۱۳۸۵). رابطه بین تیپ شخصیتی D با سیستم های بازدارنده رفتاری و فعال ساز رفتاری. *فصلنامه روانشناسی دانشگاه تبریز*، ۱(۲)، ۱۱۳-۱۳۳.

- Bowling, A. & Windsor, J. (2001). Towards the good life: A population survey of dimensions of quality of life. *Journal of Happiness Studies*, 2(1), 55-81.
- Broek, P., Martentsk, A., Nyklicek, E., Voort, I. & Susanne, P. (2007). Increased emotional distress in type D cardiac patients with out a partner. *Journal of Psychosomatic Research*, 63(1), 41-9.
- Chida, Y. & Steptoe, A. (2009). The Association of Anger and Hostility with future Coronary Heart Disease: a Meta-Analytic Review of Prospective Evidence. *Journal of the American College of Cardiology*, 53(11), 936-946.
- Chiros, C. & O'Brien, W.H. (2011). Acceptance, appraisals, and coping in relation to migraine headache: an evaluation of interrelationships using daily diary methods. *Journal of Behavioral Medicine*, 34, 307-20.
- Curone, M., Tullo, V., Mea, E., Proietti-Cecchini, A., Peccarisi, C. & Bussone, G. (2011). Psychopathological profile of patients with chronic migraine and medication overuse: study and findings in 50 cases. *Neurological Sciences*, 32(1), 177-179.
- Denollet, J., Conraads, V.M., Brutsaert, D., Clerck, L., Sterens, W.J. Vrints, C.I. (2003). Cytokines and immune activation in systolic heart failure: the yole of type D personality. *Brain, Behavior and Immunity*, 17(4), 304-9.
- Denollet, J. (2005). DS14: standard assessment of negative affectivity, social inhibition and Type D personality. *Psychosomatic Medicine*, 67(1), 89-9.
- Dent, W., Stelzhammer, B., Meindl, M., Matuja, W.B., Schmutzhard, E. & Winkler, A.S. (2011). Migraine attack frequency, duration, and pain intensity: disease burden derived from a community-based survey in northern Tanzania. *Headache*, 51(10), 1483-92.
- Green, M.W. (2011). Headaches: psychiatric aspects. *Neurologic Clinics*, 29(1), 65-80.
- Hedborg, K., Anderberg, U.M. & Muhr, C. (2011). Stress in migraine: personality-dependent vulnerability, life events and gender are of significance. *Uppsala Journal of Medical Sciences*, 116(3), 187-99.
- Hirsch, C.R., Clark, D.M., Mathews, A. & Williams, R. (2003). Self-images play a causal role in social phobia. *Behavior Research and Therapy*, 41(8), 909-921.
- Karakurum, B., Soylu, O., Karatas, M., Giray, S., Tan M., Arlier Z. & et al. (2004). Personality, depression and anxiety as risk factors for chronic migraine. *International Journal of Neuroscience*, 114(11), 1391-9.
- Koula, G., Asimakopouliu, T., Skinner, C., Spimpolo, J., Marsh, S. & Fox, C. (2008). Unrealistic Pessimism about risk of coronary heart disease and stroke in patients with type D personality. *Patient Education and Counseling*, 71(1), 95-101.
- Kupper, N., Pedersen, S.S., Höfer, S., Saner, H., Oldridge, N. & Denollet, J. (2013). Cross-cultural analysis of Type D (distressed) personality in 6222 patients with ischemic heart disease: A study from the International Heart QoL Project. *International Journal of Cardiology*, 166(2), 327-333.
- Lattef, T.M., Cui, L., Nelson. K.B., Nakamura, E.F. & Merikangas, K.R. (2012). Physical comorbidts of migraine and other Headaches in us Adolescents. *Journal of Pediatr*, 161, 308-313.
- Mols, F., Denollet, J., Kaptein, A. A., Reemst, P.H.M. & Thong, M.S.Y. (2012). The association between Type D personality and illness perceptions in colorectal cancer survivors: A study from the populationbased profiles registry. *Journal of Psychosomatic Research*, 73, 232-239.

- Nicholson, R.A., Houle, T.T., Rhudy, J.L. & Norton, P.J. (2007). Psychological risk factors in headache. *Headache*, 47(3), 413-26
- Pederson, S.S. & Denollet, Y. (2005). Type D personality, cardiac events, and impaired quality of life: a review. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 10(4), 241-8.
- Peeters-Boersma, S.N. & Koopman, H. (2008). Predictors of quality of life: A quantitative investigation of the stress-coping model in children with asthma. *Journal of Health Quality Life Outcomes*, 1, 6-24.
- Radat, F., Milowska, D. & Valade, D. (2011). Headaches secondary to psychiatric disorders (HSPD): a retrospective study of 87 patients. *Headache*, 51(5), 789-95.
- Sayun, A., Mutluay, R. & sindel, S. (2007). Quality of life in hemodialysis, peritoneal dialysis and trans plantation patients. *Transplantation Proceedings*, 39(10), 3047-53.
- Schiffer, A.A., Pedersen, S.S., Widdershoven, J.W., Hendriks, E.H., Winter, J.B. & Denollet, J. (2005). The distressed (type D) personality is independently associated with impaired health status and increased depressive symptoms in chronic heart failure. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 12(4), 341-346
- Williams, L., O'connor, R.C., Howards, F., Hughes, B.M., Johnston, D.W. & Hay, J.I. (2008). Type D personality mechanisms of effect: the role of health related behavior and social support. *Journal of Psychosomatic Research*, 64(1), 63-9.
- Yokoyama, M., Yokoyama, T., Funazu, K., Yamashita, T., Kondo, S. & Hosoai, H. (2009). Associations between headache and stress, alcohol drinking, exercise, sleep and comorbid health conditions in a Japanese population. *The Journal of Headache and Pain*, 10(3), 177-85.
- Yu, X. N., Chen, Z., Zhang, J. & Liu, X. (2010). Coping Mediates the Association between Type D Personality and Perceived Health in Chinese Patients with Coronary Heart Disease. *International Journal of Behavioral Medicine*, 18(3), 277-284.