

مقایسه میزان کمالگرایی و حالت اضطراب در بیماران دارای فشارخون و میگرنی

بهاره حیدری نژاد^۱، محمد حسین جواهری^۲، محمد تقی غلامی^۳

^۱ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی (نویسنده مسئول)

^۲ استادیار دانشگاه گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد آشتیان، آشتیان، ایران

^۳ استادیار گروه روان‌شناسی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران

چکیده

هدف: پژوهش حاضر مقایسه کمالگرایی و حالت اضطراب در بیماران دارای فشارخون و میگرنی می باشد. ابزار و جامعه آماری: جامعه آماری این پژوهش شامل ۶۰ بیمار مراجعه کننده به بیمارستان ها و مطب های پزشکی هستند که به تفکیک ۳۰ بیمار میگرنی و ۳۰ بیمار دارای فشارخون می باشند و به صورت تصادفی در بین آنها دو پرسشنامه کمالگرایی و رگه حالت اضطراب توزیع شد. داده های بدست آمده این پرسشنامه ها با نرم افزار SPSS و آزمون تعقیبی شفر تجزیه و تحلیل شدند. یافته ها: نتایج بدست آمده نشان داد که بین دو گروه میگرن و فشارخون درحالت اضطراب تفاوت معنادار دارند ($p < 0/01$). نتایج آزمون تعقیبی نشان داد که حالت اضطراب بیماران دارای میگرن بیشتر از سایر بیماران بوده است و ۸/۱ درصد از حالت اضطراب تحت تأثیر سردر های میگرن و فشارخون است. همچنین، حالت اضطراب بین بیماران دارای سردرد میگرن تفاوت معنی داری داشته است ($p < 0/05$). نتیجه گیری: می توان استنباط کرد که بیماران دارای میگرن حالت اضطراب بیشتری دارند و حالت اضطراب در افراد دارای بیماری میگرن بروز کرده است که در واقع رگه اضطراب به اضطرابی اشاره دارد که جزئی از شخصیت است لذا می توان گفت اضطراب حالت بهترین پیش بینی کننده برای اضطراب در افراد دارای علائم جسمانی می باشد.

واژه های کلیدی: کمالگرایی، حالت اضطراب، فشارخون، میگرن، بیماران

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

۱. مقدمه

سردرد میگرنی یکی از شایع ترین دردهاست و به دلیل فراوانی و شدت، از مهم ترین انواع سردرد به حساب می آید؛ ولی به دلیل طبیعت حملات هزای گاهی و عدم ایجاد مرگ ومیر، اغلب اهمیت آن در بهداشت عمومی نادیده گرفته می شود [۱]. اختلال روان تنی، ذهن و بدن را در بر می گیرد و این بیماری ها علائم جسمی ناشی از علل روانی یا عاطفی دارند [۲]. نتیجه پژوهش احمدپناه، کاکه خانی و قادرزاده [۳] نشان داد شیوع میگرن در مردانی که شغل کارمندی دارند بالا (۴۱/۴٪) بود. همچنین (۱۹/۶٪) از زنان میگرنی، کارمند بودند که نشان دهنده شیوع زیاد میگرن در خانم های کارمند است (بیشتر زنان میگرنی (۵۲/۳٪) خانه دار بودند). بری و دراموند [۴] تحریک، اضطراب و فقدان تندرستی به طور مستقل افزایش سردرد در طول کار را پیش بینی می کرد؛ اما افزایش سردرد با تغییرات فعالیت قلب و عروق یا کورتیزول ارتباطی نداشت. درد میگرن در ۶۰ درصد موارد یک طرفه و در ۴۰ درصد دو طرفه است و درد، بیشتر در قسمت های پیشانی-گیجگاهی و چشم قبل از گسترش به نواحی آهیانه ای و پس سری شدیدتر است و هر ناحیه ای از سر با صورت ممکن است تحت تاثیر قرار بگیرد از جمله: ناحیه ی آهیانه ای، فک یا دندان های بالا پائین، برجستگی گونه و قسمت قدامی گردن [۵]. اضطراب، افسردگی، کمال گرایی، جاه طلبی و نظر افراطی در فعالیت های روزمره از جمله ویژگی های افراد میگرنی است [۶].

همچنین، فشار خون بالا یکی از مشکلات عمده بهداشت عمومی در کلیه کشورها بوده و تقریباً ۱۳ درصد آمار مرگ و میر جهانی را به خود اختصاص داده است که شواهد نشان دهنده شیوع نسبتاً بالای این بیماری در ایران و جهان است [۷]. فشار خون بالا شایع ترین عامل بیماری قلبی-عروقی است که در بیشتر مواقع باعث سکتة مغزی، سکتة قلبی، بیماری کلیوی، مرگ و میر و ناتوانی می شود [۸،۹]. فشار خون بالا سومین علت مرگ و میر در جهان شناخته شده است و سازمان بهداشت جهانی سال ۲۰۱۳ را به عنوان "مبارزه با فشار خون بالا" نامگذاری کرده است که این بیماری به دلیل نداشتن نشانه های آشکار به "قاتل خاموش" معروف است [۱۰،۱۱].

شیوع علایم جسمی در بیماران دچار اختلالات اضطرابی فراوان بوده است [۱۲] و در تحقیقات انجام شده در کشورهای اروپایی مشخص شد در دانمارک میزان شیوع اختلالات روان تنی ۱۸/۱ درصد، در انگلستان ۲۱/۹ درصد می باشد و در آمریکا و کانادا میزان شیوع این نوع اختلالات در حدود ۱/۵ تا ۱۱ درصد نشان داده شده است و در ایران در تازه ترین تحقیق [۱۳] نشان دادن ۴۲/۰۲ درصد از بیماران این نوع اختلال های را گزارش کرده اند. در نهایت اینکه اسپیلبرگر بیان می دارد اضطراب حالت واکنشی است، شامل احساس های نامطلوب تنش که به صورت آگاهانه ادراک می شوند و با بر انگیزتگی دستگاه عصبی خودمختار مرتبط است. اضطراب رگه یا صفا (که در این پژوهش از آن تحت عنوان رگه نام خواهیم برد) همان طور که از نام آن بر می آید نوعی صفت دیرپا شخصیتی است و به تفاوت های نسبتاً ثابت فردی در آمادگی برای مضطرب بودن مربوط است. در تحقیقات اینگونه بیان شده است که اضطراب رگه در دوره ی زمانی طولانی وجود دارد و بر اساس مشاهده ی حالت های فیزیولوژیک، هیجانی و رفتارهای شناختی در فرد اندازه گیری می شود، در حالیکه اضطراب حالت در نتیجه ی یک موقعیت استرس زا به علت کاهش کنترل یا مدیریت هیجان بروز می کند و منجر به بروز تغییرات در توان رفتاری، توانایی شناختی و عاطفی می شود [۱۴].

کمال گرایی یک استعداد شخصیتی چندوجهی است که با تلاش برای بی نقص بودن و تحقق بالاترین استاندارد های عملکردی و ارزشیابی انتقادی آشکار از عملکرد شخصی مشخص می شود [۱۵،۱۶]. فردی که کمال گرایی منفی دارد شکست ها را تعمیم مفرط می دهد، خودارزیابی شدید و منفی دارد و در چارچوب دیدگاه همه یا هیچ خود را قضاوت می کند و تنها یک شکست یا موفقیت را ملاک ارزیابی قرار می دهد [۱۷]. همچنین، پژوهش ها نشان می دهند افرادی که در موقعیت اضطراب زا به میزان کمتری درگیر هیجانات مرتبط با موقعیت می شوند راه حل ها و مواجهات شناختی را ترجیح می دهند اما کسانی که گروه های غیرشناختی را برمی گزینند، کسانی هستند که وزن اضطراب رگه آنها نسبت به اضطراب حالت گروهی که موقعیت شناختی را برگزیده، بیشتر است [۱۸].

۲. روش و ابزار پژوهش:

پژوهش حاضر علی-مقایسه ای می باشد و از نوع پژوهش های کاربردی قلمداد می شود. جامعه آماری این پژوهش تمامی بیماران مبتلا به سردرد میگرنی و فشار خون شهر قم را شامل می شود. به منظور رعایت اصول اخلاقی پژوهش در محرمانه بودن اطلاعات به نمونه های این مطالعه اطمینان داده شد و بین

آنها پرسشنامه های کمالگرایی و رگه-حالت اضطراب اسپیلبرگر توزیع شد. داده های بدست آمده از این پرسشنامه با نرم افزار SPSS ورژن ۲۱ و با آزمون های تحلیل واریانس و آزمون تعقیبی شفه تجزیه و تحلیل شدند.

پرسشنامه حالت - رگه اضطراب:

نخستین فرم پرسشنامه در سال ۱۹۷۰ توسط اسپیلبرگر و همکاران ساخته شده است و این پرسشنامه حاوی ۴۰ سؤال بوده که ۲۰ سؤال اول حالت اضطراب و ۲۰ سؤال دوم رگه اضطراب را مورد سنجش قرار می دهد. مقیاس حالت اضطراب (اضطراب آشکار) شامل ۲۰ جمله است که احساسات فرد را در «این لحظه و زمان پاسخگویی» ارزشیابی می کند [۱۹]. مقیاس رگه اضطراب (اضطراب پنهان) هم شامل ۲۰ جمله است که احساسات عمومی و معمولی افراد را می سنجد. سؤال ها بر حسب مقیاس ۴ درجه ای لیکرت از "هرگز" تا "خیلی زیاد" در اضطراب حالت و از "تقریباً هرگز" تا "تقریباً همیشه" در اضطراب رگه نمره گذاری می شوند. در این پرسشنامه تعدادی از سؤال ها به صورت مستقیم و تعدادی به صورت معکوس ارائه شده اند [۱۴]. پرسشنامه رگه - حالت اضطراب ابزاری پایا و دارای روایی مطلوب است که در جمعیت های مختلف قابل استفاده است. اسپیلبرگر و همکاران (۱۹۷۰) ضریب آلفای کرونباخ مقیاس های رگه - حالت را به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۹۰ گزارش کرده اند. در مطالعه مهram [۲۰] همسانی درونی هر دو مقیاس از طریق آلفای کرونباخ بر روی یک گروه ۶۰۰ نفری محاسبه گردید. ضرایب آلفای کرونباخ مقیاس اضطراب حالت و اضطراب رگه به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۹۲ گزارش شده است. برای مجموع آزمون ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ به دست آمده است. در پژوهش مهرایی زاده هنرمند، گراوند و ارضی [۲۱] نیز برای تعیین پایایی پرسشنامه اضطراب از دو روش آلفای کرونباخ تصنیف استفاده شد که به ترتیب برای کل پرسشنامه ۰/۹۴ و ۰/۸۷ به دست آمد که بیانگر ضرایب مطلوب پرسشنامه یاد شده بود.

پرسشنامه کمال گرایی:

پرسشنامه کمال گرایی توسط هیل و همکاران [۲۲] تهیه شده است. این مقیاس دارای ۵۹ جمله است. و ۸ خرده مقیاس به شرح ذیل می باشد. خرده مقیاس نظم و سازماندهی (O)، هدفمندی (P)، تلاش برای عالی بودن (SE)، معیارهای بالا برای دیگران (Hso)، نیاز به تأیید (NA)، تمرکز بر اشتباهات (Cm)، ادراک فشار از سوی والدین (Ppp) و نشخوار فکر (R) را تشکیل داده و ارزیابی می کند. از دیدگاه هیل و همکاران ابعاد ۱ تا ۴ جنبه های مثبت و ابعاد ۵ تا ۸ جز جنبه های مثبت کمالگرایی به شمار می روند. شرکت کننده ها باید میزانی که هر جمله توصیف کننده آن هاست را در یک طیف ۵ گزینه ای از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف مشخص نمایند. این مقیاس بر پایه مقیاس لیکرت پنج گزینه ای کاملاً مخالف (۱)، مخالف (۲)، بی نظر (۳) موافق (۴)، کاملاً موافق (۵) اعتباریابی و رواسازی شده است. در این مقیاس از ترکیب چهار بعد اولیه، جنبه ی سازگار و از ترکیب چهار بعد بعدی جنبه ناسازگارانه کمال گرایی حاصل می شود. هم چنین در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ عبارت است از ۰/۶۶ و پایایی باز آزمایی این پرسشنامه در فاصله ۴ هفته ای برابر با ۰/۶۳ به دست آمد. در این نمونه، هدفمندی، سازماندهی و تلاش برای عالی بودن از خرده مقیاس های کمالگرایی انطباقی و حساسیت بین فردی، استانداردهای بالا برای دیگران و ادراک فشار از سوی والدین از خرده مقیاس های غیرانطباقی است. این پرسشنامه در شهر شیراز توسط جمشیدی و همکاران (۱۳۸۸) بر روی دانش آموزان اجرا شد و آلفای کرونباخ گزارش شده بین ۰/۸۳ تا ۰/۹۱ بود. اعتبار سازه مذکور با تحلیل عاملی تأیید شده و ضریب آلفای کرونباخ آن برای خرده مقیاس ها در دامنه ۰/۶۱ - ۰/۹۱ برآورد شده است. همچنین در تهران هم توسط شریفی، صالحی، امامی پور و بشر دوست ۰/۹۲ به دست آمد. برای ارزیابی روایی سازه از روش تحلیل عاملی استفاده گردید [۲۳].

۳. یافته ها:

جدول آمار توصیفی خصیصه کمال گرایی را بر اساس دو گروه را به نمایش می گذارد. در این جدول میانگین و انحراف استاندارد همراه با کمترین و بیشترین نمره آمده است.

جدول ۱- آمار توصیفی خصیصه کمال گرایی

گروه ها	خصیصه نشخوار فکری			خصیصه فشار والدین			خصیصه تمرکز بر اشتباه			خصیصه نیاز به تأیید		
	فشار خون	میگرن	کل	فشار خون	میگرن	کل	فشار خون	میگرن	کل	فشار خون	میگرن	کل
تعداد	۳۰	۳۰	۶۰	۳۰	۳۰	۶۰	۳۰	۳۰	۶۰	۳۰	۳۰	۶۰
میانگین	۲۶.۵۳	۲۴.۴۷	۲۵.۶۷	۲۶.۸۰	۲۶.۰۳	۲۵.۷۴	۲۳.۵	۲۳.۸۷	۲۳.۳۶	۲۶.۱۰	۲۴.۵۳	۲۵.۳۹
انحراف استاندارد	۵.۲۳۷	۵.۷۴۶	۵.۸۷۳	۷.۱۷۹	۷.۱۲۷	۶.۸۴۱	۶.۴۲۱	۶.۶۴۷	۶.۶۸۶	۶.۳۹۲	۶.۱۸۵	۶.۵۶۵

گروه ها	خصیصه معیار بالا			خصیصه عالی بودن			خصیصه هدفمندی			خصیصه نظم و سازماندهی		
	فشار خون	میگرن	کل	فشار خون	میگرن	کل	فشار خون	میگرن	کل	فشار خون	میگرن	کل
تعداد	۳۰	۳۰	۶۰	۳۰	۳۰	۶۰	۳۰	۳۰	۶۰	۳۰	۳۰	۶۰
میانگین	۲۴.۹۷	۲۴.۲۷	۲۴.۱۲	۲۴.۵۳	۲۲.۹۳	۲۴.۰۶	۲۵.۴۷	۲۴.۷۳	۲۵.۷۶	۲۲.۰۳	۲۲.۰۳	۳۱.۲۱
انحراف استاندارد	۴.۹۷۲	۴.۱۵۲	۴.۷۹۷	۴.۷۹۰	۴.۲۶۶	۴.۳۲۷	۷.۶۱۵	۶.۱۳۶	۶.۲۵۵	۷.۰۴۴	۷.۰۴۴	۶.۸۶۱

مطابق با جدول در خصیصه نشخوار فکری بیشترین میانگین مربوط به فشار خون است (۲۶/۵۳)، در خصیصه فشار والدین بیشترین میانگین مربوط به فشار خون (۲۶/۸۰)، در خصیصه تمرکز بر اشتباه بیشترین میانگین مربوط به میگرن (۲۳/۸۷)، در خصیصه نیاز به تأیید بیشترین میانگین مربوط به فشار خون (۲۶/۱۰)، در خصیصه معیار بالا بیشترین میانگین مربوط به فشار خون (۲۴/۹۷)، در خصیصه نظم و سازماندهی بیشترین میانگین مربوط به فشار خون (۳۲/۰۳) بود.

برای آزمون این فرضیه از روش تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) استفاده شد. ابتدا دو پیش فرض این آزمون بررسی شدند. اولین پیش فرض آزمون فوق نرمال بودن توزیع است.

جدول ۲- آزمون توزیع نرمال خصیصه کمال گرایی

تعداد	والدین	فشار از سوی	اشتباهات	تمرکز بر	نیاز به تأیید	دهی	نظم و سازمان	نشخوار فکری	معیارهای بالا	عالی بودن	هدفمندی
۶۰	۶۰	۶۰	۶۰	۶۰	۶۰	۶۰	۶۰	۶۰	۶۰	۶۰	۶۰
پارامتر	میانگین	۲۵.۷۴	۲۳.۳۶	۲۵.۳۹	۳۱.۲۱	۲۵.۶۷	۲۴.۱۲	۲۴.۰۶	۲۵.۷۶	۲۴.۹۷	۲۵.۳۹
های	انحراف	۶.۸۴۱	۶.۶۸۶	۶.۵۶۵	۶.۸۶۱	۵.۸۷۳	۴.۷۹۷	۴.۳۲۷	۶.۲۵۵	۴.۹۷۲	۶.۵۶۵
نرمال	استاندارد	۶.۸۴۱	۶.۶۸۶	۶.۵۶۵	۶.۸۶۱	۵.۸۷۳	۴.۷۹۷	۴.۳۲۷	۶.۲۵۵	۴.۹۷۲	۶.۵۶۵
آماره کالموگراف اسمیرنوف		.۷۷۴	.۶۶۰	.۵۹۷	۱.۰۷۶	.۹۰۹	.۹۹۸	.۸۱۹	۱.۳۲۹	.۷۷۴	.۵۹۷
سطح معناداری		.۵۸۷	.۷۷۷	.۸۶۸	.۱۹۸	.۳۸۰	.۲۷۲	.۵۱۳	.۰۵۸	.۵۸۷	.۳۸۰

همانطور که در جدول مشاهده می شود آزمون F برای کمال گرایی (خصیصه فشار والدین، تمرکز بر اشتباهات، نیاز به تأیید، نظم و سازمان دهی، نشخوار فکری، معیارهای بالا، عالی بودن و هدفمند بودن) معنادار نیست زیرا سطح معنی داری از ۰/۰۵ بزرگ تر است ($p < 0/05$). این نشان می دهد که مفروضه همگنی واریانس در بین گروه های مستقل برقرار است.

جدول ۳- نتایج آزمون همگنی واریانس ها خصیصه کمال گرایی

متغیرها	نشخوار فکری	فشار والدین	تمرکز بر اشتباهات	نیاز به تأیید	معیار بالا	عالی بودن	هدفمندی	نظم و سازماندهی
آماره لوین	.۹۳۴	.۰۵۰	.۲۷۵	.۳۷۴	.۹۱۷	۱.۲۷۳	.۶۹۸۱	.۵۱۸
df _۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱
df _۲	۵۸	۵۸	۵۸	۵۸	۵۸	۵۸	۵۸	۵۸
سطح معناداری	.۳۹۷	.۹۵۱	.۷۶۰	.۶۸۹	.۴۰۴	.۲۸۵	.۲۹۲	.۵۹۸

همانطور که در جدول مشاهده می شود آزمون F برای خصیصه کمال گرایی (خصیصه فشار والدین، تمرکز بر اشتباهات، نیاز به تأیید، نظم و سازمان دهی، نشخوار فکری، معیارهای بالا، عالی بودن و هدفمند بودن) معنادار نیست زیرا سطح معنی داری از ۰/۰۵ بزرگ تر است ($p < ۰/۰۵$). این نشان می دهد که مفروضه همگنی واریانس در بین گروه های مستقل برقرار است. بنابراین دومین پیش فرض برقرار است. از این رو در مرحله بعد روش تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) اجرا می شود. ملاحظه شد که مفروضه همگنی ماتریس های کوواریانس متغیرهای وابسته ($Box's = ۱۰۰/۳۳۰$) چند متغیری (MANOVA) اجرا می شود. ملاحظه شد که مفروضه همگنی ماتریس های کوواریانس متغیرهای وابسته ($Box's = ۱۰۰/۳۳۰$) در بین داده های مربوط به دو گروه برقرار نیست و بنابراین از واریانس تجمعی برای آزمون این فرضیه استفاده می شود.

جدول ۴- آزمون تحلیل واریانس تجمعی خصیصه کمال گرایی

گروه ها	خصیصه نشخوار فکری			خصیصه فشار والدین			خصیصه تمرکز بر اشتباه			خصیصه نیاز به تأیید		
	کل	درون گروهی	بین گروهی	کل	درون گروهی	بین گروهی	کل	درون گروهی	بین گروهی	کل	درون گروهی	بین گروهی
جمع مربع ها	۳۰۷۰	۳۰۰۰	۶۹۰۶	۳۹۷۸	۳۹۵۷.۲	۲۱.۳۵	۳۸۳۵	۳۷۹۷	۳۷۷۵۶	۲۸۹	۶۳۳	۳۸۳۵
درجه آزادی	۵۸	۵۸	۱	۵۹	۵۸	۱	۵۹	۵۸	۱	۵۹	۵۸	۱
میانگین مربع ها	۳۴.۴۹	۳۴.۵۳	۶۹۰.۶	۴۵.۴۸۶	۱۰.۶۷	۲۱.۳۵	۴۳.۶۵	۳۷.۷۵۶	۳۷.۷۵۶	۳.۸۹	۶.۳۳	۳۸.۳۵
F	۱.۰۰۱	۱.۰۰۱	۱.۰۰۱	۱.۰۰۱	۱.۰۰۱	۱.۰۰۱	۱.۰۰۱	۱.۰۰۱	۱.۰۰۱	۱.۰۰۱	۱.۰۰۱	۱.۰۰۱
سطح معناداری	.۳۷۲	.۳۷۲	.۳۷۲	.۳۷۲	.۳۷۲	.۳۷۲	.۳۷۲	.۳۷۲	.۳۷۲	.۳۷۲	.۳۷۲	.۳۷۲
گروه ها	خصیصه معیار بالا			خصیصه عالی بودن			خصیصه هدفمندی			خصیصه نظم و سازماندهی		
	کل	درون گروهی	بین گروهی	کل	درون گروهی	بین گروهی	کل	درون گروهی	بین گروهی	کل	درون گروهی	بین گروهی
جمع مربع ها	۲۰۴۷	۱۹۹۶	۵۱.۳۵	۱۶۶۶	۱۶۰۹.۶	۵۷.۰۸	۴۱۸۸	۴۱۴۷	۴۱۶۸۹	۹۸۹	۳۰۰	۴۱۸۸
درجه آزادی	۵۹	۵۸	۱	۵۹	۵۸	۱	۵۹	۵۸	۱	۵۹	۵۸	۱
میانگین مربع ها	۲۲.۹۴	۲۵.۶۷	۵۱.۳۵	۲۸.۵۴	۲۸.۵۴	۵۷.۰۸	۴۷.۶۷	۴۷.۶۷	۴۷.۶۷	۱۶.۶۷	۱۶.۶۷	۴۷.۶۷
F	۱.۱۱۹	۱.۱۱۹	۱.۱۱۹	۱.۱۱۹	۱.۱۱۹	۱.۱۱۹	۱.۱۱۹	۱.۱۱۹	۱.۱۱۹	۱.۱۱۹	۱.۱۱۹	۱.۱۱۹

نتایج جدول نشان می‌دهد در خصیصه نشخوار فکری ($F=1/001, p<0/05$)، در خصیصه فشار والدین ($F=0/962, p<0/05$)، در خصیصه تمرکز بر اشتباه ($F=0/432, p<0/05$)، در خصیصه معیار بالا ($F=1/119, p<0/05$)، در خصیصه عالی بودن ($F=1/543, p<0/05$)، در خصیصه هدمندی ($F=1/094, p<0/05$)، و در خصیصه نظم و سازماندهی ($F=0/437, p<0/05$) تفاوت میانگین‌ها بین دو گروه بیماران دارای سردرد میگرنی و فشارخون معنادار نبود.

۴. نتیجه گیری:

در پژوهش حاضر دریافتیم که بین دو گروه میگرن و فشارخون در حالت اضطراب تفاوت معنادار دارند ($p>0/01$). نتایج آزمون تعقیبی نشان داد که حالت اضطراب بیماران دارای میگرن بیشتر از سایر بیماران بوده است و ۸/۱ درصد از حالت اضطراب تحت تأثیر سردرد های میگرن و فشار خون است. همچنین، حالت اضطراب بین بیماران دارای سردرد میگرن تفاوت معنی داری داشته است ($p>0/05$) و می‌توان استنباط کرد که بیماران دارای میگرن حالت اضطراب بیشتری دارند و حالت اضطراب در افراد دارای بیماری میگرن بروز کرده است که در واقع رگه اضطراب به اضطرابی اشاره دارد که جزئی از شخصیت است لذا میتوان گفت اضطراب حالت بهترین پیش بینی کنند برای اضطراب در افراد دارای علائم جسمانی می باشد.

این نتیجه همسو با پژوهش محمدزاده و جمهیری [۲۴] نشان داد اضطراب حالت در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بطور معنی داری بیشتر است. مطالعات انجام شده بیانگر ارتباط شروع سردردهای میگرن با فشارهای روانی، ناکامی شدید، افسردگی و خشم سرکوب شده است. این نتیجه همسو با مطالعات محمدپور یزدی و همکاران [۲۵] و تولی و همکاران [۲۶] نشان داده‌اند که اختلال‌های اضطراب بر روی سلامت تأثیر دارد و تحقیق شیرزادی و همکاران [۲۷] نشان داد که اضطراب منجر به سردرد میگرن می‌شود. اضطراب پدیده‌ای طبیعی است و همگان آن را در وهله‌ای احساس می‌کنند و اضطراب پاسخی ضروری به استرس فرد است و فرد را به هنگام مواجه با خطر، برای فعالیت و کنش آماده می‌کند. در مواقع بسیاری چنین پاسخی عقلانی و حتی حیاتی است. به هنگام وجود خطر یا استرس واقعی، بدن از طریق رهاسازی آدرنالین، خود را برای کنش آماده می‌سازد و احساسات بدنی اضطراب آشکار می‌شود. گرچه در این مواقع، پاسخ استرس می‌تواند عملکرد جسمی و روانی را تسهیل کند، ولی هر گاه از حد معینی فراتر رود، در این کنش‌های اختلال ایجاد می‌کند. اگر چه هیچ نظریه واحدی نمی‌تواند به تنهایی پدیده اضطراب را به طور کامل تبیین کند اما اخیراً نظریه‌های شناختی یادگیری و توجیهات آنها، بیشتر مورد توجه واقع شده‌اند. پژوهش‌های انجام شده با انسان‌ها نشان می‌دهد که اضطراب می‌تواند به رویدادهای نمادینی و تخیلی شرطی شود. همچنین مشخص شده است که واکنش‌های هیجانی منفی می‌توانند به صورت جانشینی و بدون ارتباط مستقیم با موقعیت‌های آزاردهنده و تنها از طریق مشاهده واکنش دیگران کسب شوند [۲۸]. همچنین براساس یافته‌های [۲۹]، نشان داده شد که رابطه بین ابعاد کمالگرایی و نشانه‌های اضطراب رابطه خطی و یک بعدی نیستند و استحکام من می‌تواند در رابطه بین آن‌ها نقش واسطه‌ای ایفا کند و کمال گرایی و تفکر ارجاعی به نوعی نقش پیش بینی کننده برای اضطراب فراگیر دارند و افراد کمال گرایی که مشخصه‌های تفکر ارجاعی را دارند، اضطراب فراگیر بیش تری را متحمل می‌شوند [۳۰].

۵. قدردانی

این مقاله از پایان نامه دوره کارشناسی ارشد و دفاع شده در دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی قم استخراج شده است. بنده بر خود لازم میدانم مراتب تشکر صمیمانه خود را اساتید راهنما، مسئولان پژوهشی دانشکده علوم انسانی دانشگاه، پزشکان محترم و همچنین هیئت داوران پایان نامه که ما را در انجام و ارتقای کیفی این پژوهش یاری رساندند، اعلام کنم.

بدین وسیله از زحمات و تلاش بی دریغ اساتید راهنما صمیمانه سپاسگزاری مینمایم و همچنین از سایر همکاران و دوستانی که هر کدام به نحوی در تهیه این پژوهش با اینجانب همکاری داشته اند تشکر نموده و موفقیت همه آن ها را از خداوند متعال خواهانم.

۶. منابع

۱. Vos, T., Burber, R.M., Bell, B., Bertozzi-Villa, A., Biryukov, S., Bolliger, I., Charlson, F., Davis, A., Degenhardt, L., Dicker, D. and Duan, L. (2015). Global, regional, and national incidence, Prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-۲۰۱۳: □ □□□□□matic analysis for the Global Burden of Disease study, **The Lancet**, 386 (9995), pp 743-800.
۲. Trjpathi, R. M., Seth, P., Awasthi, P., Bhattachaya, A., Bajpai, A.K. and Thehriani, A. (2018). **Psychosomatic disorders affecting the oral cavity: A**.
۳. Ahmadpanah, M., Kake Khani, H. and Ghaderzadeh P. (2010). Investigation of prevalence and clinical characteristic of migraine patients referred to the neurology department of Sina Hospital, Psj, 12 (4), pp 1-6.
۴. Berry Juanita Key, M. and Drumn Peter, O. (2018). Psychological generators of stress-headaches. **Journal of behavioral medicine**. 41(1), pp 109-1۲۱. □□□: ۱۰۰۱۰۰□□۱۰۸۶۵-۰۱۷-۹۸۷۲-۹.
۵. Evans, R.W. (2014). The clinical features of migraine with and without aura: **Pract Neurol**. 13, pp 26-3۲.
۶. Oraki, M. and Tehrani, N. (2017). The comparision of Effectiveness Training on Reduction of headache Migraine, **Journal of Neuropsychology**, Volume2, Numbe. 2(7), pp 105-116.
۷. Park, J.B., Kario, K. and Wang, J.G. (2015). Systolic hypertension: an increasing clinical challenge in Asia. **Hypertens Res**. 38(4), pp 227-36. PMID: 25503845.
۸. Aronow, W.S., Fleg, J.L., Repine, C.J., Artinian, N.T., Bakris, G., Brown, A.S., et al. (2016). ACCF/AHA 2011 expert Consensus document on hypertension in the elderly: a Report of the American college of cardiology foundation task force on clinical expert consensus documents. **Circulation**. 123(21), pp 2434-۵۰۶, □□□□: ۲۱۵۱۸۹۷۷,
۹. Mozaffarian, D., Benjamin, E.J., Go, A.S., Arnett, D.K., Blaha, M.J., ET all. (2016). Heart disease and stroke statistic-2016 update: a from the American Heart Association. **Writing Group Members, Circulation**. e38. PMID: ۲۶۶۷۳۵۵۸. (□□□□□□□□)
۱۰. Bairami, S., Fathi, Y., Mohammadinasab, S., Barati, M. and Mohammadi, Y. (2017). Relationship between self-care behaviors and quality of life among hypertensive patients visiting comprehensive health centers in Hamadan, Iran. **J Educ community Health**. 4(1) pp 20-7. (Persian)
۱۱. Hazavehei, S.M., Dashti, S., Moeini, B., Faradmali, J., Shahrabadi, R. and Yazdi, A. (2015). Factor related to self-Care behaviors in hypertensirve individual based on Health Belief Model. **Koomesh**. 17(1) pp 37-4۴. (□□□□□□□□)
۱۲. عمرانی فرد، ویکتوریا؛ لایق، المیرا؛ فرزادی، ناهید؛ افشار، دقاق زاده، حمید؛ مرآتی، محمدرضا. (۱۳۹۰). بررسی رابطه ویژگی های جمعیت شناختی با تظاهرات بالینی در بیماران گوارشی مراجعه کننده به درمانگاه سایکوسوماتیک. **مجله دانشکده پزشکی اصفهان**، شماره ۲۹، پیاپی ۱۷۳، ص ۱۰-۱.
۱۳. شهبه، زهرا؛ فیضی، آوات؛ افشار، حمید؛ حسن زاده کشتلی، عمار؛ ادیبی، پیمان. (۱۳۹۰). شناسایی نیم رخ های اختلالات روان تنی و ارتباط آن با مشکلات روانی در یک جمعیت بزرگسال ایرانی. **مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران**، شماره ۲۶ پیاپی ۱۳۷، ص ۹۴-۸۲.

۱۴. تقوی، ملیحه؛ نجفی، محمود؛ کیان ارثی، فرحناز؛ اقایان، شاهرخ. (۱۳۹۲). مقایسه ی ناگویی خلقی، سبک های دفاعی و اضطراب رگه- حالت در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، افسردگی اساسی و افراد عادی. مجله روانشناسی بالینی، سال پنجم، شماره ۲، پیاپی ۱۸، ص ۷۶-۶۷.
۱۵. Curran, T. and a Hill, A.P. (2019). Perfectionism is increasing over time: A meta-analysis of birth cohort differences from 1989 to 2016. **Psychological Bulletin**, 145(4), pp ۴۱۰.
۱۶. Stoeber, J. (2018). The psychology of perfectionism: An introduction. In J. Stoeber(Ed), the psychology of perfectionism: **theory, research, applications** (PP.3-16). London: Routledge.
۱۷. Falco, A., Piccirelli, A., Griardi, D., Di Soppio, A. A & DE Carol, N.A. (2014). The best or nothing: the mediating role of workaholism in the relationship between perfectionism and Burn out. **TPM: testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology**, 21(2).
۱۸. روح زاده، زهرا؛ لطفی، حمید؛ میرزائیان، بهرام. (۱۴۰۰). تاثیر اضطراب رگه/حالت بر انتخاب موقعیت وضوح شناختی. دو فصلنامه راهبردهای شناختی در یادگیری، شماره ۹، پیاپی ۱۶، ص ۲۲۳-۲۴۳.
۱۹. فتحی آشتیانی، علی. *آزمون های روان شناختی (ارزشیابی شخصیت و سلامت روان)*. (۱۳۹۱). چاپ سوم، انتشارات بعثت، تهران.
۲۰. مهرا، بهروز. (۱۳۷۳). هنجاریابی آزمون اسپیلبرگر در شهر مشهد. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.
۲۱. مهربانی زاده هنرمند، مهناز؛ گراوند، لیلا و ارضی، سوره. (۱۳۸۶). بررسی تأثیر آموزش مهارت های زندگی بر اضطراب و پرخاشگری همسران شهداء. مجله زن و فرهنگ، شماره ۱، پیاپی ۱، ص ۱۶-۳.
۲۲. جمشیدی، بهنام؛ حسین چاری، مسعود؛ حقیقت، شهربانو و رزمی، محمد رضا. (۱۳۸۷). *اعتباریابی مقیاس جدید کمال گرایی*. مجله علوم رفتاری، شماره ۳، پیاپی ۱، ص ۴۳-۳۵.
۲۳. شریفی، حسن؛ صالحی، مهدیه؛ امامی پور، سوزان و بشردوست، سیمین. (۱۳۹۰). *بررسی ویژگی های روان سنجی سیاهه کمال گرایی هیل در دانشجویان*. فصلنامه تازه های روانشناسی صنعتی/سازمانی، شماره ۲، پیاپی ۷، ص ۱۹-۹.
۲۴. محمدزاده، علی؛ جمهیری کهنه شهری، سید رحیم. (۱۳۹۵). *مقایسه صفات شخصیت، اضطراب صفت-حالت و اضطراب وجودی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و افراد عادی*. مجله روانشناسی بالینی، شماره ۸، پیاپی ۱، ص ۸۳-۹۱.
۲۵. Mohammadpour Yazdi, A., Birshak, B., Dezhkam, M. and Fati, L. (2009). Case-control study of defense styles and anxiety state - trait in students with disseminated anxiety disorder. *Journal of Principles of Mental Health*. Eleventh year. 41(1) pp 14-7. (Persian)
۲۶. Tully, P. J., Cosh, S. M., & Baune, B. T. (2013). A review of the effects of worry and generalized anxiety disorder upon cardiovascular health and coronary heart disease. *Psychology, Health & Medicine*, 1۸(۶), ۶۲۷-۶۴۴.
۲۷. Shirzadi, A., Mehrabizadeh, H.M. and Haghghi, J. (2002). Investigating the simple and multiple relationship between perfectionism, trait-state anxiety and depression with migraine headache in students. *Journal of Educational Sciences and Psychology*. Chamran Martyr of Ahwaz University, Year 9. 3 (3 and 4), pp 109-126. (Persian)
۲۸. روزنهان، دیوید و سلیگمن، مارتین ای. پی. روانشناسی نابهنجاری آسیب شناسی روانی. (۱۳۹۲). ترجمه سیدمحمدی، چاپ ۱۵، نشر ساوالان، تهران.
۲۹. بشارت، محمدعلی؛ اسدی، محمدمهدی؛ غلامعلی لواسانی، مسعود. (۱۳۹۵). نقش واسطه ای استحکام من در رابطه بین ابعاد کمال گرایی و نشانه های اضطراب. *پژوهشنامه روانشناسی مثبت*، شماره ۲، پیاپی ۴، ص ۱-۱۷.
۳۰. شیرمحمدی، فرهاد؛ کاکاوند، علی رضا؛ اسفندآباد، حسن شمس. (۱۳۹۵). ارتباط کمال گرایی و اختلال اضطراب فراگیر با میانجی گری تفکر ارجاعی. *فصلنامه روان شناسی کاربردی*، شماره ۱۰، پیاپی ۳۷، ص ۱۲۳-۱۰۷.