

رابطه فاجعه آفرینی و اضطراب مرتبط با درد با ناتوانی ناشی از سردرد در افراد مبتلا به میگرن

فرشته سادات مرتضوی نصیری^۱، شهلا پاکدامن^۲، محسن دهقانی^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: میگرن یکی از شایع‌ترین انواع سردرد می‌باشد که تأثیر بسزایی بر عملکرد بیماران می‌گذارد و منجر به ناتوانی آن‌ها می‌شود. هدف از انجام این پژوهش، بررسی رابطه بین فاجعه آفرینی و اضطراب مرتبط با درد با این مسأله مرتبط با سلامت بود.

مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع مقطعی- همبستگی، بر روی ۱۷۸ بیمار مبتلا به سردرد میگرن انجام شد. این افراد به مطب‌های خصوصی متخصصان مغز و اعصاب و بیمارستان‌های شهر تهران مراجعه کردند و مبتلا به میگرن توسط پزشک متخصص مغز و اعصاب تشخیص داده شدند. انتخاب بیماران به روش نمونه‌گیری در دسترس صورت گرفت. آن‌ها ۳ پرسش‌نامه سنجش ناتوانی ناشی از سردرد (Headache Disability Inventory یا HDI)، فاجعه آفرینی درد (Pain Catastrophizing Scale یا PCS) و اضطراب درد (Pain Anxiety Symptoms Scale یا PASS-20) را تکمیل نمودند. داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی Pearson و تحلیل رگرسیون چندگانه به روش گام‌به‌گام در نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: مطابق با یافته‌های پژوهش، بین هر دو متغیر فاجعه آفرینی ($R = 0/64$) و اضطراب مرتبط با درد ($R = 0/62$) با ناتوانی ناشی از سردرد، همبستگی مثبت معنی‌دار وجود داشت. اضطراب مرتبط با درد قادر به پیش‌بینی ۳۶ درصد از واریانس ناتوانی ناشی از سردرد بود ($P < 0/001$) که با ورود خرده مقیاس‌های متغیر فاجعه آفرینی، از میزان این پیش‌بینی کاسته شد. این موضوع تأثیر بسزای متغیر فاجعه انگاری و خرده مقیاس‌های آن را در پیش‌بینی میزان ناتوانی ناشی از سردرد نشان داد.

نتیجه‌گیری: مطالعه حاضر بر نقش متغیرهای روان‌شناختی در پیش‌بینی ناتوانی ناشی از سردرد بیماران مبتلا به میگرن تأکید نمود. بر اساس نتایج این مطالعه، سطح فاجعه آفرینی می‌تواند ناتوانی ناشی از سردرد را پیش‌بینی کند. بنابراین، توجه به نقش فاجعه آفرینی مبتلایان به سردرد میگرنی مزمن، یکی از مضامین بالینی این پژوهش به شمار می‌رود. این موضوع می‌تواند به افزایش کیفیت زندگی مبتلایان به میگرن کمک نماید.

واژه‌های کلیدی: فاجعه آفرینی، اضطراب، درد، میگرن

ارجاع: مرتضوی نصیری فرشته سادات، پاکدامن شهلا، دهقانی محسن. **رابطه فاجعه آفرینی و اضطراب مرتبط با درد با ناتوانی ناشی از سردرد در افراد مبتلا به میگرن.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۴؛ ۱۳ (۴): ۶۱۶-۶۰۹

پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۸/۱

دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۴/۲۸

مستقیم ناشی از درمان، دارو و در مواردی بستری در بیمارستان اشاره نمود (۷-، ۱۱).

ناتوانی ناشی از سردرد بنا به تعریف سازندگان ابزار سنجش آن، بیانگر احساس محدودیت برای انجام فعالیت است که فرد در حالت عادی توانایی انجام آن را دارد. این تعریف در برگزیده ادراک فرد از توانایی‌های خود می‌باشد. فرد مبتلا به خطاهای شناختی، موقعیت را تهدید آمیزتر از آنچه هست، به شمار می‌آورد و نیز توانمندی خود را برای رویارویی با تهدید، کم‌تر از اندازه واقعی آن برآورد می‌کند. در نتیجه، احساس ذهنی محدودتری دارد. تحقیقات متعددی ارتباط میان عوامل روان‌شناختی و سردرد را تبیین کردند. یافته‌های پژوهش‌های گوناگون در حوزه درد نشان دادند که درد یک بیمار، می‌تواند به طور جدی از عوامل روان‌شناختی مانند توجه، هیجان، انتظارات و باورهای فرد بیمار تأثیر

مقدمه

سردرد از شایع‌ترین عللی است که باعث مراجعه بیماران به پزشکان می‌شود (۱). میگرن دومین علت شایع سردرد بعد از سردرد تنشی (Tension headache) می‌باشد که حدود ۱۵ درصد زنان و ۶ درصد مردان به آن مبتلا هستند (۲، ۳). سردرد میگرنی، یک اختلال شایع عصبی و از اختلالات سردرد بر مبنای عروقی محسوب می‌گردد که با دردهای شدید، دوره‌ای و متناوب، احساس سرگیجه و گاهی با تهوع، حساسیت به نور و صدا همراه و در سطوح متفاوت ناتوانی مشاهده می‌شود (۴-۶). عوارضی که سردرد میگرن به جا می‌گذارد، فراوان و در عین حال مهم می‌باشد. از جمله می‌توان به اثر تخریبی سردرد در زندگی خانوادگی، ایجاد مزاحمت در رسیدگی و مراقبت کودکان، کاهش کیفیت زندگی، از دست دادن زمان مفید کاری، ایجاد اختلال در فعالیت روزمره و هزینه‌های

- ۱- کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی عمومی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران
 - ۲- استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران
 - ۳- دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران
- نویسنده مسؤول: فرشته سادات مرتضوی نصیری

Email: mortazavif2@gmail.com

پذیرد (۱۲).

یکی از مفاهیم مهم در بسیاری از پژوهش‌های مرتبط با دردهای مزمن، فاجعه‌آفرینی درد است. بیمارانی که درد مزمن را تجربه می‌نمایند، بیشتر از این راهبرد مقابله‌ای ناکارآمد استفاده می‌کنند. فاجعه‌آفرینی در این بیماران پیش‌بینی کننده مستقل و معنی‌دار شدت درد است و استفاده بیشتر از این راهبرد در مواجهه با درد، می‌تواند افسردگی و ناتوانی جسمی را حتی پس از کنترل شدت درد پیش‌بینی کند (۱۳)؛ چرا که باورهای ترسناک درباره درد و پاسخ‌های دوری‌گزین به نحو مؤثری پاسخ‌های درد را فرا می‌خواند و باعث استمرار آن می‌شود (۱۴).

افراد دارای سردرد میگرنی نسبت به سایر افراد مطابق پژوهش انجام شده توسط Pires و همکاران، بیشتر به فاجعه‌آفرینی می‌پردازند (۱۵). تفکر فاجعه‌آمیز درباره درد می‌تواند به طور معنی‌داری ناتوانی بیمار را پیش‌بینی نماید و پاسخ‌های فاجعه انگارانه افراد مبتلا به میگرن، آسیب‌دیدگی عملکردی را مستقل از سایر متغیرهای روان‌شناختی و خصوصیات سردرد میگرنی، پیش‌بینی می‌کند. این عملکرد آسیب‌دیده می‌تواند با درمان‌های هدفمند که درد میگرن، فاجعه‌آفرینی، انتظار و پاسخ به درد میگرنی را در برمی‌گیرد، تقویت شود (۱۸-۱۶).

نتایج تحلیل داده‌ها به وسیله تحلیل رگرسیون چندگانه در پژوهش Domenech و همکاران حاکی از آن بود که کاهش فاجعه‌آفرینی با کم‌تر شدن شدت درد و کاهش هم‌زمان فاجعه‌آفرینی و افسردگی با کاهش ناتوانی بعد از درمان همراه است (۱۹). فاجعه‌آفرینی و ترس مربوط به درد طبق پژوهش‌های انجام شده در گذشته، ارزش تهدید کننده درد را افزایش می‌دهد (۲۰). شواهد بر این موضوع تأکید نمودند که افکار فاجعه انگارانه، مقدمه‌ای برای به وجود آمدن ترس و اضطراب مربوط به درد محسوب می‌شود (۱۴).

اضطراب از جمله عواملی می‌باشد که در ادراک و سازگاری با درد مؤثر است. برای نمونه محققان نشان دادند که سازه‌های مختلف اضطراب مانند اضطراب مرتبط با درد (Pain-related anxiety)، اضطراب سلامتی (Health anxiety)، اضطراب صفت (Trait anxiety) و حساسیت اضطرابی به تجربه درد مربوط می‌گردد (۲۱). اضطراب مرتبط با درد که یک تجربه فراگیر و عمومی در انسان است، در دامنه‌ای از کم تا شدید رخ می‌دهد (۲۲). اضطراب مرتبط با درد جنبه‌های مختلفی شامل جسمانی (شامل افزایش ضربان قلب)، شناختی (شامل افکار منفی درباره درد)، رفتاری (شامل رفتارهای اجتنابی) و عاطفی (شامل ترس از درد) را در برمی‌گیرد (۲۳).

اضطراب مرتبط با درد رفتارهای حاکمی از درد، طول مدت بستری در بیمارستان (۲۴)، اختلال استرس پس از سانحه (۲۵) و محدودیت‌های جسمانی را پیش‌بینی می‌کند و در رشد و توسعه درد مزمن و اختلالات اضطرابی سهم دارد. چنانچه اضطراب ناشی از درد درمان نشود، به شکل ترس، محرومیت از خواب، افسردگی و ناتوانی آشکار می‌گردد و مقابله غیر مؤثر روانی و عدم همکاری بیمار با درمان‌ها را به دنبال خواهد داشت (۲۶). اضطراب بر اساس شواهد بالینی، منجر به توجه انتخابی نسبت به محرک‌های تهدید کننده می‌شود (۲۷، ۲۸). بسیاری از نظریه‌های بالینی مرتبط با اضطراب گزارش کردند که سوگیری توجه نسبت به محرک‌های تهدید کننده، باعث شناسایی سریع این محرک‌ها و در نتیجه، شکل‌گیری و تداوم اضطراب می‌گردد (۲۹، ۳۰). پژوهش‌ها نشان دادند که اضطراب درباره درد بیشتر از اضطراب عمومی و کلی (مانند اضطراب صفت) درباره آن، ناتوانی و اجتناب اطلاعات فراهم می‌کند (۲۱، ۲۳).

تاکنون پژوهش‌های متعددی در زمینه اضطراب مرتبط با درد انجام شده است. نتایج برخی از پژوهش‌های انجام شده در سال‌های گذشته نشان داد که رفتار همراه با اضطراب در زمینه درد مزمن، موجب پدیدایی یک سری واکنش‌های غیر مفید مانند بالا رفتن انتظار درد (۳۱)، کاهش دامنه تحرک طی فعالیت‌های جسمانی، افسردگی و ناتوانی عمومی بیشتر (۳۲، ۲۳)، کاهش توانایی فرد برای مقابله با درد و افزایش روزهای غیبت از کار می‌شود (۳۳). Bishop و همکاران در مطالعه‌ای بر روی مبتلایان به سردرد گزارش کردند که افراد مبتلا به میگرن، تفاوت معنی‌داری از نظر اضطراب‌های شناختی با افراد گروه شاهد داشتند (۳۴). همچنین، نتایج پژوهش Nash و همکاران حاکی از ارتباط مستقیم و معنی‌دار اضطراب مربوط به درد با ناتوانی ناشی از سردرد بود (۳۵). نتایج پژوهش Thibodeau و همکاران نشان داد که ترس از آسیب به طور مستقیم می‌تواند اضطراب مرتبط با درد را پیش‌بینی کند. اضطراب مرتبط با درد نیز به شکل غیر مستقیم نقص عملکردی فرد بیمار را پیش‌بینی می‌نماید (۳۶).

نقش عوامل روان‌شناختی با وجود شیوع سردردهای میگرنی در ایران، به ندرت مورد پژوهش و درمان قرار گرفته است. متغیرهای فاجعه‌آفرینی و اضطراب مرتبط با درد در پژوهش‌های سایر کشورهای جهان نیز به طور کلی بررسی گردید و نقش زیرمقیاس‌های این متغیرها در میزان ناتوانی سنجیده نشد. همچنین، اکثر پژوهش‌ها ناتوانی را به صورت کلی مد نظر قرار دادند و پژوهشی به نقش این عوامل روان‌شناختی در ناتوانی ناشی از سردرد نپرداخت. از آن‌جا که پژوهش حاضر سعی بر روشن ساختن نقش متغیرهای روان‌شناختی مؤثر بر ناتوانی ناشی از سردرد داشت، اطلاعات جدیدی را در اختیار روان‌شناسان و پزشکان دارای مراجعه کنندگان مبتلا به میگرن قرار می‌دهد و راه را برای درمان مشکلات این بیماران هموار می‌سازد. همچنین، اطلاعات به دست آمده در این پژوهش می‌تواند توسط خود مبتلایان به میگرن مورد استفاده قرار گیرد و بدین طریق به بالا بردن آگاهی آنان از بیماری خود کمک می‌شود و زمینه را برای ایجاد تغییرات مثبت شناختی برای کنترل ناتوانی ناشی از سردرد در آن‌ها ایجاد می‌گردد. از این‌رو، مسأله مورد بررسی پژوهش حاضر این بود که آیا بین متغیرهای فاجعه‌آفرینی و اضطراب مرتبط با درد با ناتوانی ناشی از سردرد بیماران مبتلا به سردرد میگرنی رابطه وجود دارد؟ کدام متغیرها قادر هستند درصد بیشتری از واریانس ناتوانی ناشی از سردرد را در این بیماران پیش‌بینی کند؟

مواد و روش‌ها

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به میگرن بود که از دی ماه سال ۱۳۹۲ تا خرداد ماه سال ۱۳۹۳ به مطب‌های خصوصی متخصصان مغز و اعصاب و بیمارستان‌های شهر تهران مراجعه کردند. به دلیل مشکلات نمونه‌گیری تصادفی در این گروه بیماران از جمله تهیه لیست جامعی از اسامی مبتلایان به میگرن مراجعه کننده به این مراکز درمانی، از نمونه‌گیری در دسترس استفاده گردید. نمونه‌گیری هر روز و با مراجعه حضوری پژوهشگر به مراکز درمانی فوق، طی ۶ ماه صورت گرفت. معیارهای ورود به پژوهش شامل سن بیشتر از ۱۸ سال، مراجعه سریایی، تشخیص میگرن توسط پزشک متخصص مغز و اعصاب و عدم ابتلا به سایر بیماری‌های مزمن در نظر گرفته شد. تشخیص سایر انواع سردردها و ابتلا به یک یا تعداد بیشتری از بیماری‌های

Cronbach's alpha برای کل آزمون، زیر مقیاس بزرگنمایی و نشخوار فکری به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۵۸ و ۰/۷۱ به دست آمد.

پرسش‌نامه اضطراب درد (Pain Anxiety Symptoms Scale) یا (PASS-20): این مقیاس، یک ابزار خودگزارشی شامل ۲۰ عبارت بود که در سال ۲۰۰۲ توسط Dhingra و McCracken بر اساس مقیاس اصلی (PASS-40) ساخته شد (۴۱). مقیاس PASS از ۴ زیرمقیاس شناختی (Cognitive)، فرار-اجتناب (Escape-avoidance)، ترس (Fear) و فیزیولوژیکی (Physiological) تشکیل می‌گردد (۴۲). دامنه نمرات این مقیاس بین ۰ تا ۱۰۰ متغیر بود و آزمودنی‌ها باید در دامنه ۰ (هرگز) تا ۵ (همیشه) به سؤال‌های این مقیاس پاسخ می‌دادند (۴۳). ضریب Cronbach's alpha در پژوهش Kleiman و همکاران، ۰/۹۵ به دست آمد (۴۲). داوودی و همکاران بر روی یک گروه ۵۰ نفری بیماران مبتلا به دردهای روماتیسمی در ایران، پایایی این مقیاس را با استفاده از ضریب Cronbach's alpha برای نمره کل مقیاس اضطراب درد ۰/۸۸ برای خرده مقیاس‌ها بین ۰/۶۴ تا ۰/۸۷ محاسبه نمودند (۴۳). پژوهش حاضر پایایی پرسش‌نامه را به وسیله ضریب Cronbach's alpha بررسی کرد و برای نمره کل مقیاس ۰/۹۱ و برای زیرمقیاس‌ها بین ۰/۶۷ تا ۰/۸۷ به دست آورد. روایی محتوایی این پرسش‌نامه نیز از نظر متخصصان حوزه روان‌شناسی مناسب ارزیابی شد.

پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت‌شناختی: سیاهه یا چک‌لیستی برای جمع‌آوری اطلاعات دموگرافیک (شامل متغیرهای تحصیلات، جنس و وضعیت تأهل) و نیز اطلاعات لازم در حوزه عوامل زیستی، روانی و اجتماعی تهیه گردید. این چک‌لیست جهت غربالگری نمونه، کنترل متغیرها و تدوین اطلاعاتی که برای این کار پژوهشی لازم بود، مورد استفاده قرار گرفت.

یافته‌ها

در جدول ۱ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی (جنس، وضعیت تأهل و تحصیلات) نمونه مورد مطالعه آورده شده است.

پژوهش حاضر رابطه فاجعه‌آفرینی و اضطراب مربوط به درد با ناتوانی ناشی از سردرد را به وسیله همبستگی Pearson تعیین نمود که نتایج آن در جدول ۲ ارائه گردید. همان گونه که این جدول نشان می‌دهد، بین هر دو متغیر فاجعه‌آفرینی و اضطراب مرتبط با درد با ناتوانی ناشی از سردرد، همبستگی مثبت معنی‌دار مشاهده شد.

جهت تعیین سهم هر یک از متغیرهای پیش‌بین در تبیین واریانس ناتوانی ناشی از سردرد با کنترل متغیرهای جمعیت‌شناختی، از روش تحلیل رگرسیون چندگانه به روش گام‌به‌گام استفاده گردید. هیچ یک از متغیرهای پژوهش حاضر با هم، همبستگی بیش از ۰/۷۰ نداشت. از این‌رو، فرض عدم هم خطی برقرار بود. نتایج رگرسیون گام‌به‌گام در جدول ۳ آمده است.

متغیرهای جمعیت‌شناختی در گام اول جهت کنترل آن‌ها وارد مدل رگرسیون شدند. نتیجه تحلیل رگرسیون نشان داد که اثر متغیر میزان تحصیلات بر ناتوانی ناشی از سردرد معنی‌دار بود ($R = 0.21$ ، $P < 0.05$ ، $df = 128/1$ و $F = 5.96$) و این مدل تنها ۴ درصد ($R^2 = 0.04$) از واریانس ناتوانی ناشی از سردرد را تبیین نمود.

مزمین روانی و جسمانی توسط پزشک متخصص مغز و اعصاب از جمله معیارهای خروج این مطالعه بود.

ویژگی‌ها و مشخصات فردی شامل سن، جنسیت، وضعیت تأهل، تحصیلات و مدت بیماری به وسیله یک پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی محقق ساخته جمع‌آوری گردید. تعداد ۲۵۳ پرسش‌نامه به افرادی ارائه شد که طی این مدت و در زمان حضور محققان به مراکز فوق مراجعه کردند، ملاک‌های ذکر شده را داشتند و داوطلب همکاری بودند. در بین پرسش‌نامه‌ها، آن‌هایی حذف گردید که حداکثر ۳ سؤال یا بیشتر بدون جواب و یا بیش از یک گزینه پاسخ داشتند. در نهایت ۱۷۸ پرسش‌نامه (۱۳۵ زن و ۴۳ مرد) جهت بررسی و آزمون فرضیه‌های پژوهش در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ (version 18, SPSS Inc., Chicago, IL) مورد تحلیل قرار گرفت.

پرسش‌نامه‌های مورد استفاده در این پژوهش:

پرسش‌نامه سنجش ناتوانی ناشی از سردرد (HDI یا Headache Disability Inventory): پرسش‌نامه سنجش ناتوانی ناشی از سردرد که شامل ۲۵ سؤال بود، توسط Jacobson و همکاران در سال ۱۹۹۴ ساخته شد و Beta نام گرفت. فرم Beta، مشکلات فرد مبتلا به سردرد را در دو بعد عاطفی و کارکردی مورد سنجش قرار می‌داد. پاسخ آزمودنی به هر یک از سؤال‌ها می‌توانست یکی از گزینه‌های «بله، خیر یا گاهی اوقات» باشد. به پاسخ «بله» نمره ۴، «گاهی اوقات» نمره ۲ و «خیر» نمره ۰ تعلق می‌گرفت (۱۱). سؤال‌های ۷، ۱۵ و ۲۲ در ترجمه این ابزار به زبان فارسی و ارزیابی شاخص‌های روان‌سنجی آن توسط سجادی‌نژاد و همکاران، به دلیل داشتن بار مشترک حذف شدند و فرد نمره‌ای بین ۰ تا ۸۸، به عنوان نمره کل کسب می‌کرد (۳۷). این ابزار از اعتبار و پایایی خوبی برخوردار بود. ضریب همبستگی هر یک از خرده مقیاس‌های عاطفی و کارکردی با نمره کل ۰/۸۹ و ضریب پایایی بر اساس روش بازآزمایی برای کل آزمون، خرده مقیاس عاطفی و کارکردی به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۸۲ و ۰/۷۶ برآورد شد (۱۱). پایایی به روش ضریب Cronbach's alpha در پژوهشی دیگر برای کل آزمون، خرده مقیاس عاطفی و کارکردی به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۶۸ و ۰/۸۳ گزارش گردید (۳۷). پایایی پژوهش حاضر با ضریب Cronbach's alpha برای کل آزمون ۰/۹۳، خرده مقیاس عاطفی ۰/۸۸ و خرده مقیاس کارکردی ۰/۸۵ به دست آمد. روایی محتوایی این پرسش‌نامه از نظر متخصصان روان‌شناسی در حد مناسب ارزیابی شد.

مقیاس فاجعه‌آفرینی درد (Pain Catastrophizing Scale یا PCS): این مقیاس که در سال ۱۹۹۵ توسط Sullivan و همکاران ساخته شد، شامل ۱۳ گزینه بود که تناوب افکار مرتبط با درد را در سه بعد نشخوار ذهنی (Rumination)، درماندگی (Helplessness) و بزرگنمایی (Magnification) می‌سنجید (۳۸). نمره‌گذاری هر گزینه بر اساس یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت شامل نمره ۴ برای «همیشه» و نمره ۰ برای «هیچ وقت» بود (۳۹). Chibnall و Tait پایایی درونی این مقیاس را برای نمره کل و زیر مقیاس‌های درماندگی، بزرگنمایی و نشخوار ذهنی به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۷۸ و ۰/۸۷ گزارش کردند (۴۰). این پرسش‌نامه زیر نظر ۳ نفر از متخصصان حوزه روان‌شناسی مورد بررسی قرار گرفت و روایی محتوایی آن مناسب ارزیابی شد. همچنین، پایایی آن در پژوهش حاضر به وسیله ضریب

($R^2 = 0/4$) و جهت همبستگی مثبت بود. ضریب تعیین این مدل ($F = 42/16$) و میزان نمو آن پس از ورود متغیر دوم، $0/36$ به دست آمد. بنابراین، 36 درصد از متغیر ناتوانی ناشی از سردرد به وسیله اضطراب مرتبط با درد و 40 درصد از آن از طریق ترکیب خطی بین میزان تحصیلات و اضطراب مرتبط با درد پیش‌بینی شد.

مؤلفه «اجتناب» که یکی از خرده مقیاس‌های اضطراب مرتبط با درد بود، در سومین گام وارد مدل رگرسیون گردید. این متغیر بر اساس نتیجه تحلیل رگرسیون، ناتوانی ناشی از سردرد را به طور معنی‌داری پیش‌بینی نمود ($F = 34/6$, $df = 126/3$, $P < 0/001$, $R = 0/67$) و جهت همبستگی مثبت بود. ضریب تعیین این مدل ($R^2 = 0/45$) و میزان نمو آن پس از ورود متغیر سوم، $0/05$ به دست آمد. بنابراین، 5 درصد از متغیر ناتوانی ناشی از سردرد با مؤلفه «اجتناب» و 45 درصد از آن از طریق ترکیب خطی میزان تحصیلات، اضطراب مرتبط با درد و مؤلفه اجتناب پیش‌بینی شد.

گام چهارم این تحلیل با ورود هم‌زمان هر 3 خرده مقیاس متغیر فاجعه‌آفرینی (نشخوار ذهنی، بزرگنمایی و درماندگی) انجام گردید. این 3 خرده مقیاس، ناتوانی ناشی از سردرد را به طور معنی‌داری پیش‌بینی نمود ($R = 0/75$), $P < 0/001$, $df = 123/6$ و $F = 26/68$) و جهت این همبستگی مثبت به دست آمد. با اضافه شدن این 3 خرده مقیاس به مدل رگرسیون، میزان ضریب تبیین R^2 به $0/56$ رسید؛ یعنی نسبت به گام قبلی، $0/11$ افزایش داشت. این مدل 56 درصد از واریانس ناتوانی ناشی از سردرد را پیش‌بینی نمود که 11 درصد آن مخصوص نشخوار ذهنی، بزرگنمایی و درماندگی بود.

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی	فراوانی (درصد)
جنس	
زن	۱۳۵ (۷۵/۸)
مرد	۴۳ (۲۴/۲)
وضعیت تأهل	
مجرد	۵۵ (۳۰/۹)
نامزد	۷ (۳/۹)
متاهل	۱۰۹ (۶۱/۳)
مطلقه	۶ (۳/۳)
فوت شده	۱ (۰/۶)
تحصیلات	
زیر دیپلم	۱۳ (۷/۳)
دیپلم	۴۴ (۲۴/۷)
کاردانی	۱۳ (۷/۳)
کارشناسی	۶۵ (۳۶/۵)
کارشناسی ارشد	۳۱ (۱۷/۴)
دکتری	۸ (۴/۵)
نامشخص	۴ (۲/۲)

نمره کلی متغیر اضطراب مرتبط با درد در گام دوم وارد مدل رگرسیون گردید. نتیجه تحلیل رگرسیون این متغیر را به طور معنی‌دار، پیش‌بینی کننده ناتوانی ناشی از سردرد نشان داد ($R = 0/63$), $P < 0/001$, $df = 127/2$

جدول ۲. رابطه فاجعه‌آفرینی و اضطراب مرتبط با درد با ناتوانی ناشی از سردرد به وسیله همبستگی Pearson

متغیرها	فاجعه‌آفرینی درد	اضطراب درد	N	ناتوانی ناشی از سردرد	N
فاجعه‌آفرینی درد		$0/60$	۱۷۴	$0/64$	۱۶۲
اضطراب درد	$0/60$		۱۵۹	$0/62$	۱۵۲
ناتوانی ناشی از سردرد	$0/64$	$0/62$	۱۶۲		۱۶۴

** $P < 0/001$

جدول ۳. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه متغیرهای فاجعه‌آفرینی درد، اضطراب مرتبط با درد با ناتوانی ناشی از سردرد به وسیله روش گام‌به‌گام

مدل	R	ضریب تعیین	ضریب تعیین تعدیل شده	t
گام اول	$0/21$ *	$0/04$	$0/04$	$-2/44$
گام دوم	$0/63$ **	$0/40$	$0/39$	$-0/186$
گام سوم	$0/67$ **	$0/45$	$0/44$	$8/66$
گام چهارم	$0/75$ **	$0/56$	$0/54$	$-0/58$
				$4/92$
				$-3/02$
				$-0/79$
				$2/16$
				$2/83$

* معنی‌دار در سطح $0/05$ و ** معنی‌دار در سطح $0/01$

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین رابطه فاجعه‌آفرینی و اضطراب مربوط به درد با ناتوانی ناشی از سردرد افراد مبتلا به میگرن بود. یافته‌های جدول ۲ و ۳ در خصوص ارتباط فاجعه‌آفرینی و اضطراب مربوط به درد با ناتوانی ناشی از سردرد، رابطه مستقیم و معنی‌دار آن‌ها را با یکدیگر نشان داد. مطابق با نتایج این پژوهش از بین متغیرهای جمعیت‌شناختی، تنها میزان تحصیلات بیماران ناتوانی ناشی از سردرد را پیش‌بینی نمود، اما با ورود متغیر اضطراب مرتبط با درد، معنی‌دار نشد. بدین ترتیب می‌توان اضطراب مرتبط با درد را پیش‌بینی کننده معنی‌دار ناتوانی ناشی از سردرد دانست. مؤلفه «اجتناب» از بین خرده مقیاس‌های این متغیر، قادر به پیش‌بینی متغیر ملاک گردید. همچنین، هر ۳ خرده مقیاس متغیر فاجعه‌آفرینی شامل نشخوار ذهنی، بزرگنمایی و درماندگی، میزان به نسبت بالایی از واریانس ناتوانی ناشی از سردرد را پیش‌بینی کردند.

مهم‌ترین تأثیر فاجعه‌آفرینی بر روی درد، فراهم‌سازی ارزیابی مربوط به آن است. برخی از مطالعات به بررسی تأثیر فاجعه‌آفرینی بر فرایند توجه و در نتیجه بدتر شدن درد پرداختند؛ چرا که میزان بالای فاجعه‌آفرینی در افراد می‌تواند با توجه انتخابی و شدت بیشتر نسبت به محرک‌های مرتبط با درد همراه شود (۲۰). نتایج پژوهش حاضر نشان داد که فاجعه‌آفرینی درد به خوبی می‌تواند ناتوانی مرتبط با سردرد را پیش‌بینی کند. این یافته از نتایج پژوهش‌های انجام شده بر روی بیماران مبتلا به درد مزمن (۱۶، ۱۳)، دردهای نورویپاتی (۴۴)، زانو درد (۱۹)، درد مزمن پس از آسیب نخاعی (۱۷) و میگرن (۱۸) حمایت نسبی به عمل آورد و نشان داد که اندیشیدن راه چاره برای افکار فاجعه‌آمیز، می‌تواند میزان ناتوانی مرتبط با درد را کاهش دهد.

ماهیت ناسازگارانه فاجعه‌آفرینی، می‌تواند یک عامل کمک دهنده مهم به اضطراب مرتبط با درد و رفتارهای ترس-اجتناب (Fear-avoidance) باشد. تجربه درد برای بیشتر بیماران، یک تجربه نفرت‌انگیز بود. بنابراین، دورنمای تجربه درد در آینده، اضطراب را تحریک می‌کرد (۴۵). اضطراب می‌توانست خود را به صورت درگیری بیمار در رفتارهای اجتنابی نشان دهد و از رخ دادن یک رویداد اضطرابی و ناراحت کننده پیشگیری نماید (۴۶). رابطه مثبت بین اضطراب مرتبط با درد و ناتوانی ناشی از سردرد افراد مبتلا به میگرن به معنی آن بود که با افزایش سطح اضطراب، میزان ناتوانی ناشی از سردرد نیز در ابعاد مختلف افزایش می‌یافت. پژوهش داوودی و همکاران (۴۳) نیز حمایت نسبی از پژوهش حاضر به عمل آورد. همچنین، برخی پژوهش‌ها ارتباط بین ترس از درد و ناتوانی را بر روی گروه‌های مختلف بیماران بررسی کردند (۴۸، ۴۷). علت این ارتباط را می‌توان این گونه تبیین نمود که افزایش آگاهی و گوش به زنگی ناشی از اضطراب و ترس، باعث امتناع بیمار از فعالیت‌های روزمره می‌گردد و در نهایت، به یک سبک زندگی درمانده و ناتوان منجر می‌شود (۴۶).

نمره اضطراب همراه با رفتارهای اجتنابی با این که ارتباط به نسبت قوی با متغیر ملاک داشت، در اثر ورود متغیر فاجعه‌آفرینی به مدل رگرسیونی در پژوهش حاضر کاهش یافت. هر ۳ خرده مقیاس فاجعه‌آفرینی بر اساس این نتایج، پیش‌بینی کننده‌های ناتوانی ناشی از سردرد بیماران مبتلا به میگرن بود. درماندگی طبق ادبیات موجود در حوزه فاجعه‌آفرینی درد، عامل مهمی در شکل‌دهی فعالیت‌های ناشی از بیماری (Disease activity) می‌باشد (۴۹). بزرگنمایی و نشخوار ذهنی می‌تواند موجب تمرکز بیشتر و ارزیابی تهدید

کننده‌تری از محرک درد شود (ارزیابی اولیه). درماندگی نیز به عنوان یک ارزیابی ثانویه می‌تواند درک فرد را از توانایی خویش برای مقابله درد تحت تأثیر قرار دهد و بیمار خود را ناتوان‌تر از آنچه هست، برآورد کند (۵۰).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که مؤلفه «اجتناب» از خرده مقیاس‌های چهارگانه متغیر اضطراب درد، قادر به پیش‌بینی ناتوانی ناشی از سردرد می‌باشد. وقتی بیمار اضطراب مرتبط با درد را تجربه می‌نماید، از پیش‌بینی این که محرک تهدید کننده‌ای ممکن است راه‌انداز درد او باشد یا دردش را افزایش دهد، احساس تنش و اضطراب می‌کند. این در حالی است که ترس، پاسخی آبی به آن تهدید می‌باشد (۵۱). از آن جایی که بدن در هنگام ترس با پاسخ‌های مؤلفه فیزیولوژیکی همچون افزایش ضربان قلب، تعریق و حتی لرزش بدن مواجه می‌گردد (۵۲)، پس از مدتی نسبت به این نشانه‌ها شرطی و با تغییرات مؤلفه فیزیولوژیکی هرچند ناچیز، مضطرب می‌شود؛ چرا که احساس می‌کند آنچه در حال وقوع است غیر قابل پیش‌بینی و کنترل ناپذیر خواهد بود و به زودی حمله میگرن آغاز می‌شود و یا سردردش افزایش می‌یابد.

شناخت‌های معیوب همراه با برداشت غلط از علایم بدن، به افزایش اضطراب کمک می‌نماید و افزایش گوش به زنگی وی را به دنبال دارد. از این رو، بیمار نسبت به نشانه‌های بیماری حساس می‌گردد. بنابراین، بیمار با افزایش درد و بیشتر شدن نشانه‌های نامطلوب بیماری مانند تهوع، استفراغ و نور هراسی (Photophobia) ترجیح می‌دهد که از انجام فعالیت‌هایی پرهیز نماید که ممکن است به بدتر شدن وضعیت خود منجر گردد. این اجتناب به دلیل ترس از شدت یافتن علایم بیماری مطابق مدل ترس-اجتناب (۵۳)، سبب می‌شود که فرد ناتوان‌تر گردد و در نتیجه این سیکل معیوب ادامه می‌یابد.

به طور خلاصه می‌توان گفت که پژوهش حاضر بر نقش متغیرهای روان‌شناختی در پیش‌بینی ناتوانی ناشی از سردرد بیماران مبتلا به میگرن تأکید نمود و سعی بر این داشت که با شفاف‌سازی اهمیت عوامل شناختی در ناتوان‌تر کردن مبتلایان به این نوع سردرد، راه را برای اندیشیدن راهکارهای مناسب هموار سازد. این پژوهش بر روی بیماران مراجعه کننده به بیمارستان‌ها و مطب‌های متخصصان مغز و اعصاب در تهران انجام شد. اکثر مراجعه کنندگان به این مراکز از تهران و استان‌های هم‌جوار بودند. بنابراین، تعمیم نتایج این پژوهش به بیماران مناطق دیگر کشور باید با احتیاط صورت گیرد. همچنین، اکثر افرادی که داوطلبانه در این پژوهش شرکت کردند، تحصیلات متوسط و بالا داشتند. بیشتر افراد با سطح تحصیلات پایین‌تر، مسن بودند و کم‌تر داوطلب همکاری می‌شدند. بنابراین، تعمیم نتایج به این دسته از بیماران نیز باید با احتیاط صورت گیرد.

عوامل شناختی به دلیل این که در میزان ناتوانی بیماران نقش بسزایی ایفا می‌نماید، پیشنهاد می‌شود که دیگر متغیرهای شناختی مرتبط با ناتوانی ناشی از سردرد در پژوهش‌های آینده بررسی گردد. نقش جنسیت بیماران در رابطه بین متغیرهای پژوهش مورد توجه قرار گیرد. همچنین، این گروه از مبتلایان به سردرد با بیماران مبتلا به سایر انواع سردردها مقایسه شوند. تدارک بسته‌های آموزشی در زمینه کاهش فاجعه‌آفرینی و اضطراب مرتبط با درد با تمرکز بر ترس، نشانه‌های مؤلفه فیزیولوژیکی اضطراب مرتبط با درد و کم کردن احساس درماندگی بیمار نیز می‌تواند در پیشگیری از عوارض و پیامدهای بلند مدت نامطلوب این نوع سردرد، بسیار مفید واقع گردد.

سیاسگزاری

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد به شماره ۱۱۹۱ در دانشگاه شهید بهشتی می باشد. از کلیه افرادی به عنوان مشارکت کننده وقت خود را در اختیار

این پژوهش گذاشتند، قدردانی و تشکر می شود. همچنین، پژوهشگران مراتب تشکر خود را از پزشکان، مسؤولین بیمارستان ها و تمامی کسانی که به نحوی ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند، اعلام می دارند.

References

- Steiner TG, Stovner LJ, Birbeck GL. Migraine: the seventh disabler. *J Headache Pain* 2013; 14(1): 1.
- Goadsby P, Raskin N. Headache. In: Harrison TR, Isselbacher KJ, Editors. *Harrison's principles of internal medicine*. New York, NY: McGraw-Hill; 2008. p. 95.
- Lipton RB, Bigal ME, Diamond M, Freitag F, Reed ML, Stewart WF. Migraine prevalence, disease burden, and the need for preventive therapy. *Neurology* 2007; 68(5): 343-9.
- Hamid N, Mazarei R, PaK S. Correlation between daily stresses and coping styles with mental health in patients with migraine headache. *J Zanjan Univ Med Sci* 2012; 21(84): 73-81. [In Persian].
- Chasman DI, Anttila V, Buring JE, Ridker PM, Schurks M, Kurth T. Selectivity in genetic association with sub-classified migraine in women. *PLoS Genet* 2014; 10(5): e1004366.
- Turk DC, Gatchel RJ. *Psychological approaches to pain management: a practitioner's handbook*. New York, NY: Guilford Press; 2002.
- Arslantas D, Tozun M, Unsal A, Ozbek Z. Headache and its effects on health-related quality of life among adults. *Turk Neurosurg* 2013; 23(4): 498-504.
- Rains JC, Penzien DB, McCrory DC, Gray RN. Behavioral headache treatment: history, review of the empirical literature, and methodological critique. *Headache* 2005; 45(Suppl 2): S92-S109.
- Morillo LE, Alarcon F, Aranaga N, Aulet S, Chapman E, Conterno L, et al. Prevalence of migraine in Latin America. *Headache* 2005; 45(2): 106-17.
- Olesen J. *The headaches*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
- Jacobson GP, Ramadan NM, Aggarwal SK, Newman CW. The henry ford hospital Headache Disability Inventory (HDI). *Neurology* 1994; 44(5): 837-42.
- Atlas LY, Wager TD. How expectations shape pain. *Neurosci Lett* 2012; 520(2): 140-8.
- Asghari A, Golak N. The roles of pain coping strategies in adjustment to chronic pain. *Daneshvar Raftar* 2005; 12(10): 1-22. [In Persian].
- Vlaeyen JW, Linton SJ. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain* 2000; 85(3): 317-32.
- Pires C, Sole E, Miro J. Catastrophizing and pain impact in migraineurs. *J Headache Pain* 2013; 14(Suppl 1): 147.
- Arnow BA, Blasey CM, Constantino MJ, Robinson R, Hunkeler E, Lee J, et al. Catastrophizing, depression and pain-related disability. *Gen Hosp Psychiatry* 2011; 33(2): 150-6.
- Turner JA, Jensen MP, Romano JM. Do beliefs, coping, and catastrophizing independently predict functioning in patients with chronic pain? *Pain* 2000; 85(1-2): 115-25.
- Holroyd KA, Drew JB, Cottrell CK, Romanek KM, Heh V. Impaired functioning and quality of life in severe migraine: the role of catastrophizing and associated symptoms. *Cephalalgia* 2007; 27(10): 1156-65.
- Domenech J, Sanchis-Alfonso V, Espejo B. Changes in catastrophizing and kinesiophobia are predictive of changes in disability and pain after treatment in patients with anterior knee pain. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc* 2014; 22(10): 2295-300.
- Goubert L, Crombez G, van Damme S. The role of neuroticism, pain catastrophizing and pain-related fear in vigilance to pain: a structural equations approach. *Pain* 2004; 107(3): 234-41.
- Hadjistavropoulos HD, Asmundson GJ, Kowalyk KM. Measures of anxiety: Is there a difference in their ability to predict functioning at three-month follow-up among pain patients? *Eur J Pain* 2004; 8(1): 1-11.
- Asmundson GJG, Collimore KC, Bernstein A, Zvolensky MJ, Hadjistavropoulos HD. Is the latent structure of fear of pain continuous or discontinuous among pain patients? Taxometric analysis of the pain anxiety symptoms scale. *The Journal of Pain* 2007; 8(5): 387-95.
- McCracken LM, Zayfert C, Gross RT. The pain anxiety symptoms scale: development and validation of a scale to measure fear of pain. *Pain* 1992; 50(1): 67-73.
- Feldner MT, Hekmat H. Perceived control over anxiety-related events as a predictor of pain behaviors in a cold pressor task. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2001; 32(4): 191-202.
- Wiechman AS, Patterson DR. What are the psychiatric sequelae of burn pain? *Curr Pain Headache Rep* 2008; 12(2): 94-7.
- Byers JF, Bridges S, Kijek J, la Borde P. Burn patients' pain and anxiety experiences. *J Burn Care Rehabil* 2001; 22(2): 144-9.

27. Bardel MH, Woodman T, Perreaut-Pierre E, Barizien N. The role of athletes' pain-related anxiety in pain-related attentional processes. *Anxiety Stress Coping* 2013; 26(5): 573-83.
28. Wong WS, Lam HM, Chow YF, Chen PP, Lim HS, Wong S, et al. The effects of anxiety sensitivity, pain hypervigilance, and pain catastrophizing on quality of life outcomes of patients with chronic pain: a preliminary, cross-sectional analysis. *Qual Life Res* 2014; 23(8): 2333-41.
29. Eysenck M. *Anxiety and cognition: a unified theory*. Abingdon, UK: Psychology Press; 2014.
30. Richards HJ, Benson V, Donnelly N, Hadwin JA. Exploring the function of selective attention and hypervigilance for threat in anxiety. *Clin Psychol Rev* 2014; 34(1): 1-13.
31. McCracken LM, Gross RT, Sorg PJ, Edmands TA. Prediction of pain in patients with chronic low back pain: effects of inaccurate prediction and pain-related anxiety. *Behav Res Ther* 1993; 31(7): 647-52.
32. Knaster P, Estlander AM, Karlsson H, Kaprio J, Kalso E. Temperament traits and chronic pain: the association of harm avoidance and pain-related anxiety. *PLoS One* 2012; 7(10): e45672.
33. Waddell G, Newton M, Henderson I, Somerville D, Main CJ. A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain* 1993; 52(2): 157-68.
34. Bishop KL, Holm JE, Borowiak DM, Wilson BA. Perceptions of pain in women with headache: a laboratory investigation of the influence of pain-related anxiety and fear. *Headache* 2001; 41(5): 494-9.
35. Nash JM, Williams DM, Nicholson R, Trask PC. The contribution of pain-related anxiety to disability from headache. *J Behav Med* 2006; 29(1): 61-7.
36. Thibodeau MA, Fetzner MG, Carleton RN, Kachur SS, Asmundson GJ. Fear of injury predicts self-reported and behavioral impairment in patients with chronic low back pain. *J Pain* 2013; 14(2): 172-81.
37. Sajadinejad M, Mohammadi N, Ashgahzadeh N. The evaluation of psychometric properties of headache disability inventory in the headache patients. *J Shahrekord Univ Med Sci* 2007; 9(1): 55-62. [In Persian].
38. Sullivan M, Bishop S, Pivik J. The pain catastrophizing scale: development and validation. *Psychological Assessment*, 1995; 7(4): 524-32.
39. Parr JJ, Borsa PA, Fillingim RB, Tillman MD, Manini TM, Gregory CM, et al. Pain-related fear and catastrophizing predict pain intensity and disability independently using an induced muscle injury model. *J Pain* 2012; 13(4): 370-8.
40. Chibnall JT, Tait RC. Confirmatory factor analysis of the Pain Catastrophizing Scale in African American and Caucasian Workers' Compensation claimants with low back injuries. *Pain* 2005; 113(3): 369-75.
41. McCracken LM, Dhingra L. A short version of the Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20): preliminary development and validity. *Pain Res Manag* 2002; 7(1): 45-50.
42. Kleiman V, Clarke H, Katz J. Sensitivity to pain traumatization: A higher-order factor underlying pain-related anxiety, pain catastrophizing and anxiety sensitivity among patients scheduled for major surgery. *Pain Res Manag* 2011; 16(3): 169-77.
43. Davoudi I, Zargar Y, MOZaffaripour E, Nargesi F, Molah K. The relationship between pain catastrophizing, social support, pain-related anxiety, coping strategies and neuroticism, with functional disability in rheumatic patients. *Quarterly Journal of Health Psychology* 2012; 1(1): 59-73. [In Persian].
44. Sullivan MJ, Lynch ME, Clark AJ. Dimensions of catastrophic thinking associated with pain experience and disability in patients with neuropathic pain conditions. *Pain* 2005; 113(3): 310-5.
45. Leeuw M, Goossens ME, Linton SJ, Crombez G, Boersma K, Vlaeyen JW. The fear-avoidance model of musculoskeletal pain: current state of scientific evidence. *J Behav Med* 2007; 30(1): 77-94.
46. Linton SJ. A review of psychological risk factors in back and neck pain. *Spine (Phila Pa 1976)* 2000; 25(9): 1148-56.
47. Zale EL, Lange KL, Fields SA, Ditre JW. The relation between pain-related fear and disability: a meta-analysis. *J Pain* 2013; 14(10): 1019-30.
48. Camacho-Soto A, Sowa GA, Perera S, Weiner DK. Fear avoidance beliefs predict disability in older adults with chronic low back pain. *PM R* 2012; 4(7): 493-7.
49. Edwards RR, Bingham CO, III, Bathon J, Haythornthwaite JA. Catastrophizing and pain in arthritis, fibromyalgia, and other rheumatic diseases. *Arthritis Rheum* 2006; 55(2): 325-32.
50. Severeijns R, Vlaeyen JWS, van den Hout MA. Do we need a communal coping model of pain catastrophizing? An alternative explanation. *Pain* 2004; 111(2004): 226-9.
51. Morley S, Eccleston C. *The object of fear in chronic pain*. Oxford, UK: Oxford University Press; 2004.
52. Nagaraju K, Swami S. Fear –One of basic expressions. *Body Language* 2013; 3(2): 1-20.
53. Lethem J, Slade PD, Troup JD, Bentley G. Outline of a fear-avoidance model of exaggerated pain perception--I. *Behav Res Ther* 1983; 21(4): 401-8.

The Association of Catastrophizing and Pain-Related Anxiety with Headache-Related Disability in Patients Suffering from Migraine

Fereshteh Sadat Mortazavi-Nasiri¹, Shahla Pakdaman², Mohsen Dehghani³

Original Article

Abstract

Aim and Background: Migraine is one of the most common types of headache and significantly impacts patients' performance and may even be disabling. The aim of the present study was to investigate the association of catastrophizing and pain-related anxiety with this health problem.

Methods and Materials: This study was a cross-sectional, correlational research. For the purpose of this study, 178 patients who had been diagnosed with migraine by a neurologist, and referred to private neurology clinics and hospitals in Tehran, Iran, were selected through convenience sampling. The participants completed the Headache Disability Inventory (HDI), Pain Catastrophizing Scale (PCS), and Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20). The collected data were analyzed in SPSS software using the Pearson correlation and stepwise multiple regression analysis.

Findings: A significant positive correlation was observed between both variables of catastrophizing ($R = 0.640$) and pain-related anxiety ($R = 0.62$), and headache-related disability. Pain-related anxiety predicted 36% of the variance in headache-related disability ($P < 0.001$). With the entry of the subscales of the variable of catastrophizing, the predictability reduced. This signifies the important influence of catastrophizing and its subscales in the prediction of headache-related disability.

Conclusions: This study emphasized the role of psychological variables in predicting headache-related disability in patients with migraine. According to the findings, the degree of catastrophizing can be a predictor of headache-related disability; therefore, the consideration of the role of this variable in patients with chronic migraine is one of the important clinical themes of this study. This could help to improve the quality of life in individuals with migraine.

Keywords: Catastrophization, Anxiety, Pain, Migraine

Citation: Mortazavi-Nasiri FS, Pakdaman Sh, Dehghani M. **The Association of Catastrophizing and Pain-Related Anxiety with Headache-Related Disability in Patients Suffering from Migraine.** *J Res Behav Sci* 2015; 13(4): 609-16

Received: 19.07.2015

Accepted: 23.10.2015

1- Department of General Psychology, School of Education and Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

2- Assistant Professor, Department of Psychology, School of Education and Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

3- Associate Professor, Department of Psychology, School of Education and Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

Corresponding Author: Fereshteh Sadat Mortazavi-Nasiri, Email: mortazavif2@gmail.com