Journal of Research in Behavioral Sciences

Year 2024, Volume 21, Issue 4

The Mediating Role of Pain Intensity in the Effect of Psychosomatic Components on the Quality of Life of Patients with Migraine Headaches: A Path Analysis Study

Amrollah Ebrahimi[1], Mehdi Borouni[2], Reza Bagherian-Sararoudi[3], Zahra Heidari[4], Fariborz Khorvash[5]

1. Associate Professor, Behavioral Sciences Research Center, Department of health psychology، School of Medicine،Isfahan University of Medical Science, Isfahan, Iran.
2. Corresponding author) * MSc health psychologist, Behavioral Sciences Research Center, Department of health psychology, School of Medicine, Isfahan University of Medical Science, Isfahan ,Iran.
3. Professor, Behavioral Sciences Research Center, Department of health psychology، School of Medicine، Isfahan University of Medical Science, Isfahan, Iran.
4. Assistant Professor, Department of Epidemiology and Biostatics, School of Health, Isfahan University of Medical Science, Isfahan, Iran.
5. Professor, Department of Neurology, School of Medicine, Neuroscience Research Center, Isfahan University of Medical Science, Isfahan, Iran.

Abstract

Aim and Background: Migraine headaches are one of the psychosomatic disorders that severely impair patients' quality of life and general functioning by mediating psychological problems. The aim of this study was to investigate the mediating role of pain intensity in the relationship between psychosomatic components on quality of life in these patients.

Methods and Materials: In this cross-sectional study, 250 patients with migraine were selected based on inclusion and exclusion criteria among people with migraine referred to the Pain and Neurology Clinic affiliated to Isfahan Medical Sciences in 2020 through available sampling. In the appropriate psychological situation, after justifying the goals of the research, the World Health Organization Quality of Life Questionnaire (SF-26), Von Korff's Pain Intensity Scale (PIS) and also the Diagnostic criteria for psychosomatic research Questionnaire (DCPR) were completed.

Findings: The results showed that there was no significant correlation between pain intensity and other variables and only psychosomatic components had a significant negative correlation with quality of life dimensions and Also, in the path analysis model, no significant direct and indirect relationship was found between psychosomatic components and pain intensity with different dimensions of quality of life, although the proposed path analysis model showed a good fit.

Conclusions: The findings of this study suggest the development of psychological intervention packages based on the explanatory model for the correction of Alexithymia, irritable mood, health anxiety and type A behavior in order to improve the quality of life of migraine patients.

Keywords: Migraine headache, pain intensity, DCPR ,type a behavior, irritable mood, alexithymia, health anxiety, quality of life.

Citation: Ebrahimi A, Borouni M, Bagherian R, Heidari Z, Khorvash F. **The Mediating Role of Pain Intensity in the Effect of Psychosomatic Components on the Quality of Life of Patients with Migraine Headaches: A Path Analysis Study.** Res Behav Sci 2024; 21(4): 765-774.

* **Mehdi Borouni,**
Email: Mehdiborouni.psy@gmail.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-28]

[DOI: 10.48305/21.4.765]

نقش میانجی‌گرانه شدت درد در تکثیر مولفه‌های روان‌تنی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سردرد میگرنی: یک مطالعه تحلیل مسیر

امرالله ابراهیمی[۱]، مهدی بورونی[۲]، رضا باقریان سرارودی[۳]، زهرا حیدری[۴]، فریبرز خوروش[۵]

۱- دانشیار، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، گروه روانشناسی سلامت، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۲- (نویسنده مسئول)* کارشناسی ارشد روانشناسی سلامت مرکز تحقیقات علوم رفتاری، گروه روانشناسی سلامت، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۳- استاد، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، گروه روانشناسی سلامت،دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۴ - استادیار، گروه اپیدمیولوژی وآمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۵- استاد، گروه داخلی اعصاب، دانشکده پزشکی، مرکز تحقیقات علوم اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: سردردهای میگرنی یکی از اختلالات شایع عصب روان‌شناختی است که احتمالاً با واسطه‌گری مشکلات روان‌شناختی کیفیت زندگی و عملکرد عمومی بیماران را به‌شدت مختل می‌کند. هدف پژوهش حاضر بررسی نقش میانجی‌گری شدت درد در ارتباط بین مولفه‌های روانی تنی بر کیفیت زندگی این بیماران می‌باشد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه مقطعی، تعداد ۲۵۰ بیمار مبتلا به میگرن با لحاظ نمودن ملاک‌های ورود و خروج از بین افراد مبتلا به میگرن مراجعه کننده به کلینیک درد و نورولوژی وابسته به علوم پزشکی اصفهان در سال ۱۳۹۹ از طریق نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. پرسشنامه‌های کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی(SF-26)، مقیاس شدت درد ون کورکوف(PIS) و همچنین پرسشنامه ملاک‌های تشخیصی- پژوهشی روان‌تنی (DCPR)تکمیل گردید.

یافته‌ها: نتایج نشان داد گرچه شدت درد با متغیرهای پژوهش همبستگی معنی‌داری نشان نداد؛ ولی ملاک‌های تشخیصی پژوهشی روان‌تنی با ابعاد کیفیت زندگی همبستگی معنی‌داری داشت. همچنین در مدل تحلیل مسیر ارتباط مستقیم و غیرمستقیم معنی‌داری بین مولفه‌های روان‌تنی و شدت درد با ابعاد مختلف کیفیت زندگی یافت نشد هرچند که مدل پیشنهادی تحلیل مسیر متغیرها برازش مناسبی را نشان داد.

نتیجه‌گیری: یافته‌های این پژوهش سهم برخی عوامل زیربنایی روان‌شناختی در پیدایی و تداوم سردرد را تبین می‌کند. یافته‌های این مطالعه تدوین بسته‌های مداخله‌ای روان‌شناختی مبتنی بر مدل تبیینی اصلاح ناگویی هیجانی، خلق تحریک‌پذیر، اضطراب سلامت و رفتار تیپ الف به‌منظور ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به میگرن پیشنهاد می‌کند.

واژه‌های کلیدی: سردرد میگرنی، شدت درد، ملاک‌های پژوهشی تشخیصی روان‌تنی، رفتار تیپ الف، خلق تحریک‌پذیر، ناگویی هیجانی، اضطراب سلامتی، کیفیت زندگی

ارجاع: ابراهیمی امرالله، بورونی مهدی، باقریان سرارودی رضا، حیدری زهرا، خوروش فریبرز. **نقش میانجی‌گرانه شدت درد در تأثیر مولفه‌های روان‌تنی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سردرد میگرنی: یک مطالعه تحلیل مسیر**. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۴۰۲؛ ۲۱(۴): ۷۶۵-۷۷۴.

* - **مهدی بورونی،**

رایانامه: Mehdiborouni.psy@gmail.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-28]

[DOI: 10.48305/21.4.765]

مقدمه

سردردهای میگرنی از شایعترین مشکلات نورولوژیکی (۱) با شیوع ۱۱٫۶ ٪درجهان (۲)و۱۴ ٪ در ایران(۳)محسوب می شودکه به صورت سردردی عودکننده، ضربان دار و معمولاً یک طرفه که به مدت ۴ تا ۷۲ ساعت به طول می‌انجامدو غالباً همراه با بی اشتهایی، تهوع ، استفراغ و در تعدادی از بیماران همراه با اختلالات حسی، حرکتی یا خلقی می باشد(۴). میگرن با اختلال بارز در تمام جنبه های زندگی هزینه بالایی را در سیستم مراقبت درمانی به خود اختصاص داده است.نتایج مطالعات انجام شده در این زمینه حاکی از تأثیر میگرن برکیفیت خواب(۵)، کاهش عملکردشغلی(۶) و کیفیت زندگی است(۷). کیفیت زندگی مفهومی چندبعدی است که سازمان بهداشت جهانی (WHO)، آن را چنین تعریف می-کند: درک فرد از وضعیت زندگی خود با توجه به فرهنگ، نظام-های ارزشی و ارتباط آن با اهداف، انتظارات، علایق، استانداردها و تجربیات زندگی(۸). در بیماران مبتلا به میگرن، شرایط استرس زا و سایر عوامل روان‌شناختی باعث افزایش شدت درد می شود. شدت درد تجربه ذهنی است که تحت تکثیر خلق، محیط، شرایط درمانی و عوامل دیگر قرار می‌گیرد وهمچنین شدت درد براختلال در عملکرد روزانه وکیفیت زندگی تکثیر گذار است(۹). یکی دیگر از این عوامل روان‌شناختی که باعث تشدید علایم میگرنی و به دنبال آن منجر به کاهش کیفیت زندگی می گردد، اختلالات روان‌تنی است. این اختلالات گروهی از اختلالات پزشکی هستند که به تعامل میان جسم و روان اشاره می‌کنند (۱۰). در سال های اخیر ابزارهای مختلفی برای سنجش علایم روان‌تنی بکارگرفته شده که یکی از این ابزار ها "ملاک های پژوهشی برای اختلالات روان‌تنی" است(۱۱). منطق DCPR این‌است‌که متغیرهای روانی_اجتماعی حاصل از تحقیقات روانی_تنی را به ابزارهای عملیاتی جهت شناسایی و تبیین اختلال این بیماران تبدیل کند. DCPR ازمجموعه ی ۱۲ مولفه ایی ایجاد شده است که از بین این ۱۲ مؤلفه ،چهار مؤلفه از قبیل ناگویی هیجانی،اضطراب سلامتی،رفتار تیپ الف و خلق تحریک‌پذیر ارتباط بیشتری با درد به ویژه سردرد ها دارند(۱۲).

یکی‌از مولفه های DCPR ناگویی‌هیجانی است که اساساً باناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجان مشخص می شود(۱۳)که شیوع آن در جمعیت عمومی حدود ۱۰٪ است(۱۴) و این ویژگی بارفتارهای ناسالمی مثل مصرف الکل ،اختلال خوردن ، شدت‌درد و رنج وکاهش کیفیت زندگی مرتبط است(۱۵, ۱۶).اضطراب سلامتی با شیوع حدود۴ تا۶ درصد یکی دیگر از مولفه هایDCPR است که اشتغال ذهنی و نگرانی از داشتن بیماری یا در معرض خطر ابتلا به یک بیماری پزشکی که در حال حاضر تشخیص داده نشده است، تعریف می شود و این پریشانی نه با علائم جسمی بلکه با نگرانی از پیامدهای احتمالی بیماری باعث افزایش ناتوانی ، افزایش استفاده از مراقبت های بهداشتی و کاهش کیفیت زندگی می شود. (۱۷, ۱۸).

از دیگر مولفه های روان‌تنی DCPR رفتار تیپ الف است. ویژگی های آن فوریت زمانی، بی حوصلگی نسبت به کندی و انتظار، خصومت، پرخاشگری و رقابت جویی است(۱۹). اجزای رفتار تیپ الف، مانند خصومت، خشم و رقابت، رابطه نزدیک با اختلالات روان‌تنی و کاهش کیفیت زندگی دارد(۲۰, ۲۱).خلق تحریک‌پذیر از دیگر عوامل روان‌تنی DCPR با شیوع۱۰تا۱۵ درصد (۲۲) که تحت عنوان واکنش بیش از حد به محرک های عاطفی منفی شامل عصبانیت و رفتارپرخاشگری‌تعریف می-شود(۲۳). تحقیقات اخیر تأثیر قابل توجه خلق و خوی تحریک‌پذیر را در روند اختلالات پزشکی، روان‌تنی وکاهش کیفیت زندگی نشان داده‌اند (۲۲, ۲۴).

در اکثر پژوهش‌ها، نقش متغیرهای روان‌شناختی در کیفیت زندگی این بیماران به‌صورت مجزا بررسی شده و سهم این متغیرها در یک مدل منسجم، کمتر مورد ارزیابی قرار گرفته است. ازآنجائی که تعریف منسجم و واحدی از مفهوم اختلال روان‌تنی وجود ندارد، پدیدآورندگان سیستم DCPR با مرور مطالعات حوزه روان‌تنی، ملاک‌ها و مولفه‌های این اختلال را تعیین و تصویر روشنی از این اختلالات ارائه کردند (۱۱) که لازم است در حوزه تبیین این اختلالات، از این متغیر ها استفاده گردد. از این رو مطالعه حاضر با هدف تعیین نقش میانجی‌گرانه شدت درد در تأثیر مولفه های روان‌تنی برکیفیت زندگی بیماران مبتلا به سردرد میگرنی صورت گرفت.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی، همبستگی از نوع تحلیل مسیر است. جامعه آماری شامل کلیه افراد مبتلا به میگرن مراجعه‌کننده به کلینیک درد و نورولوژی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال ۱۳۹۹ می‌باشد که از طریق نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۲۵۰ نفر بر اساس ملاک‌های ورود انتخاب شدند. ملاک‌های ورود شامل تشخیص سردرد میگرن بر اساس ارزیابی

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-28]
[DOI: 10.48305/21.4.765]

بالینی توسط نورولوژیست، سن بین ۲۰ تا ۶۰ سال، رضایت کامل برای شرکت در مطالعه، دارای حداقل سواد خواندن و نوشتن، عدم ابتلا به اختلالات شدید روانپزشکی و اختلالات جدی نورولوژی، عدم ابتلا به سر دردهای مزمن غیر از میگرن، عدم وجود عقب‌ماندگی ذهنی یا آسیب شدید ارگانیک همراه سردرد بود. بیمارانی که حداقل ۵ درصد آیتم‌های پرسشنامه‌ها را پاسخ ندادند از مطالعه خارج شدند.

پس از تصویب طرح پژوهشی و دریافت کد اخلاق از دانشگاه علوم پزشکی اصفهان (IR.MUI.MED.REC.1399.094) با معرفی نامه رسمی به درمانگاه‌های نورولوژی بیمارستان الزهرا مراجعه شد. ملاک‌های ورود در اختیار متخصص نورولوژیست قرار گرفت و بیماران واجد شرایط انتخاب و به مجریان طرح معرفی می‌شدند.در محیطی امن با بیان اهداف پژوهش و جلب اعتماد و رضایت بیماران، پرسشنامه‌ها تکمیل شدند.دراین مطالعه برای جمع آوری داده‌ها از پرسشنامه‌هایی از قبیل ذیل استفاده شده است که عبارتند از:

۱-پرسشنامه جمعیت شناختی: این پرسشنامه شامل ویژگی‌های دموگرافیک نظیر سن، جنسیت، تحصیلات، وضعیت اقتصادی، وضعیت تاهل و همچنین اطلاعات مرتبط با بیماری نظیر، طول مدت بیماری ، سابقه بیماری جسمانی و روانپزشکی بود.

۲- مقیاس شدت درد: مقیاس شدت درد توسط ون کورکف وهمکاران (۱۹۹۲) برای انداره گیری شدت درد مزمن ساخته است.در این مقیاس شدت درد در چهارهفته گذشته بااستفاده از ۷ گویه ومقیاس یازده درجه ای لیکرت نمره دهی می‌شود.از شرکت کننده خواسته می‌شود تا با انتخاب عددی بین صفر تا ده شدت درد خود را در حال حاضر و یک ماه گذشته مشخص کند. در ایران همسانی درونی این مقیاس ۰/۷۳ گزارش شده است (۲۵).

۳-پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی ۲۶ سوالی (WHOQOL-BREF): یک پرسشنامه ۲۶ آیتمی است که دارای ۴ زیرمقیاس و یک نمره کلی است. در این پرسشنامه نمرات خام به نمرات استاندارد بین ۰ تا ۱۰۰ تبدیل شود که نمره بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بهتر است. در مطالعه ای در ایران مقادیر آلفای کرونباخ در همه زمینه‌ها بجز در خرده مقیاس روابط اجتماعی(۰/۵۵)، بیش از ۰/۷ گزارش شده است(۲۶).

٤-پرسشنامه ملاک های تشخیصی برای تحقیق روان‌تنی (DCPR): ملاک های تشخیصی –پژوهشی روان‌تنی یک چارچوب تشخیصی و مفهومی برای سنجش مولفه های روان‌تنی است. "DCPR"ازمجموعه‌ای ۱۲ سندرومی ایجاد شده است که بر۶تا۱۲ماه گذشته تمرکز و ۵۸مورد بصورت بله یا خیر دارد. محدوده ضریب کاپا این مولفه ها بین ۰/۶۹ تا ۰/۹۷ هست(۲۷). درایران دامنه ضریب کاپا بین ۰/۷۲۷و۰/۹۲۴. گزارش شده است(۲۸).

یافته‌ها

داده‌های مربوط به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و وضعیت توصیفی متغیرها از روش آمار توصیفی شامل توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار، استفاده شد. به‌منظور تحلیل داده‌ها از روش‌های تحلیل همبستگی و تحلیل مسیر استفاده گردید. به‌منظور کفایت مدل تحلیل مسیر از آماره خی دو، شاخص برازندگی تطبیقی، شاخص برازش افزایشی، ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب و شاخص نرم یافته برازندگی استفاده شد. در این پژوهش از نرم‌افزار SPSS-16و Amos استفاده گردید.

جدول ۱. اطلاعات جمعیت شناختی شرکت کنندگان

متغیر		میانگین (انحراف استاندارد)
سن		۳۹,۲(۱۰,۷۱)
مدت دوره بیماری		۹,۹۵(۸,۳۶)
		(درصد) تعداد
جنسیت (زن)		۲۳۳(٪۹۳,۲)
وضعیت تأهل	مجرد	۴۷(٪۱۸,۸)
	متأهل	۱۸۸(٪۷۵,۲)
	مطلقه	۱۳(٪۵,۲)

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-28]

[DOI: 10.48305/21.4.765]

جدول ۱. اطلاعات جمعیت شناختی شرکت کنندگان

متغیر		میانگین (انحراف استاندارد)
	بیوه	۲(٪ ۸/۰)
میزان تحصیلات	ابتدایی	۴۰ (٪۱۶)
	راهنمایی	۳۷(٪۱۴،۸)
	دیپلم	۹۵(٪۳۸)
	لیسانس	۵۲(٪۲۰،۸)
	فوق‌لیسانس	۲۲(٪۸،۸)
	دکتری	۴(٪۱،۶)
وضعیت اشتغال	شاغل	۸۵(٪۳۴)
	بیکار	۱۶۵(٪۶۶)
وضعیت اقتصادی	خیلی ضعیف	۲۴(٪۹،۶)
	ضعیف	۳۴(٪۱۳،۶)
	متوسط	۱۶۴(٪۶۵،۶)
	متوسط بالا	۲۸(٪۱۱،۲)
سابقه خانوادگی میگرن		۱۳۷(٪۵۴،۸)
سابقه بیماری مزمن	بدون بیماری	۱۵۲(٪۶۰،۸)
	آسم	۱۳(٪۵،۲)
	دیابت	۱۱(٪۴،۴)
	چربی خون	۲۴(٪۹،۶)
	فشارخون	۲۳(٪۹،۲)
	سرطان	۱(٪۱/۰)
	بیماری قلبی	۱۰(٪۴)
	سایر موارد	۱۶(٪۱۶،۴)
محرک شروع سردرد میگرنی	خستگی	۷۳(٪۲۹،۲)
	گرسنگی	۳۶(٪۱۴،۴)
	اختلال خواب	۵۱(٪۲۰،۴)
	فعالیت فیزیکی	۱۸(٪۷،۲)
	سایر	۷۲(٪۲۸،۸)

در راستای تحلیل مسیر ابتدا همبستگی بین متغیرهای تعیین شد. نتایج نشان داد که در این پژوهش همبستگی معنی‌داری معکوس بین هر چهار مؤلفه روان‌تنی با ابعاد کیفیت زندگی وجود داشت و فقدان همبستگی بین شدت درد با سایر متغیرها وجود دارد که جزئیات آن در جدول ۲ آمده است.

مسیرهای مولفه‌های روان‌تنی و شدت درد برای ارزیابی تکثیر مستقیم، غیرمستقیم و کلی آنها بر نتایج کیفیت زندگی مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت. همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می شود رابطه غیرمعنی‌داری بین مولفه‌های روان‌تنی و شدت درد با ابعاد کیفیت زندگی وجود دارد.

بر اساس جدول ۴ شاخص برازندگی تطبیقی (CFI=۰،۹۵۱)، آماره‌خی‌دو (CMIN/DF=۲،۸۲۱)، شاخص برازش افزایشی (IFI=۰،۹۵۲) و شاخص نرم یافته برازندگی (NFI=۰،۹۲۸) بدست آمد. لازم به ذکر است که هرچه اندازه CFI، NFI به عدد یک نزدیک‌تر باشندبیانگر برازش مطلوب‌تر مدل است. همچنین ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-28]

[DOI: 10.48305/21.4.765]

(REMSA=۰,۰۸۶) زیر۰,۱۰ مطلوب است و براساس این شاخصه‌ها مدل مفروض، برازش بسیار مطلوبی با داده‌ها دارد. روابط بین متغیرها در مدل تحلیل مسیر تدوین شده است . شکل ۱مشاهده می‌شود ارتباط مولفه‌های روان‌تنی و شدت درد با ابعاد مختلف کیفیت زندگی معناداری مناسبی را نشان نمی‌دهد و مطابق با شکل نمی‌توان ارتباط مستقیم و غیر مستقیم معناداری را بین متغیرها توضیح داد.

جدول ۲. همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش

ردیف	متغیرهای اصلی	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
۱	مقیاس جسمانی	1.000								
۲	مقیاس روان‌شناختی	.639**	1.000							
۳	مقیاس اجتماعی	.392**	.568**	1.000						
۴	مقیاس محیطی	.613**	.625**	.544**	1.000					
۵	اضطراب سلامتی	-.150*	-.193**	-.203**	-.214**	1.000				
۶	رفتار تیپ الف	.039	-.171**	-.145*	.088	.175**	1.000			
۷	خلق تحریک‌پذیر	-.188**	-.226**	-.217**	-.208**	.298**	.527**	1.000		
۸	ناگویی هیجانی	-.198**	-.287**	-.252**	-.236**	.174**	.216**	309**	1.000	
۹	شدت درد	-.111	.003	.028	.016	-.008	.057	.019	.010	1.000

جدول ۳. ضرایب‌اثرمستقیم، غیرمستقیم‌وکل‌متغیرشدت دردومولفه‌های‌روان‌تنی‌برکیفیت‌زندگی افراد مبتلا به میگرن

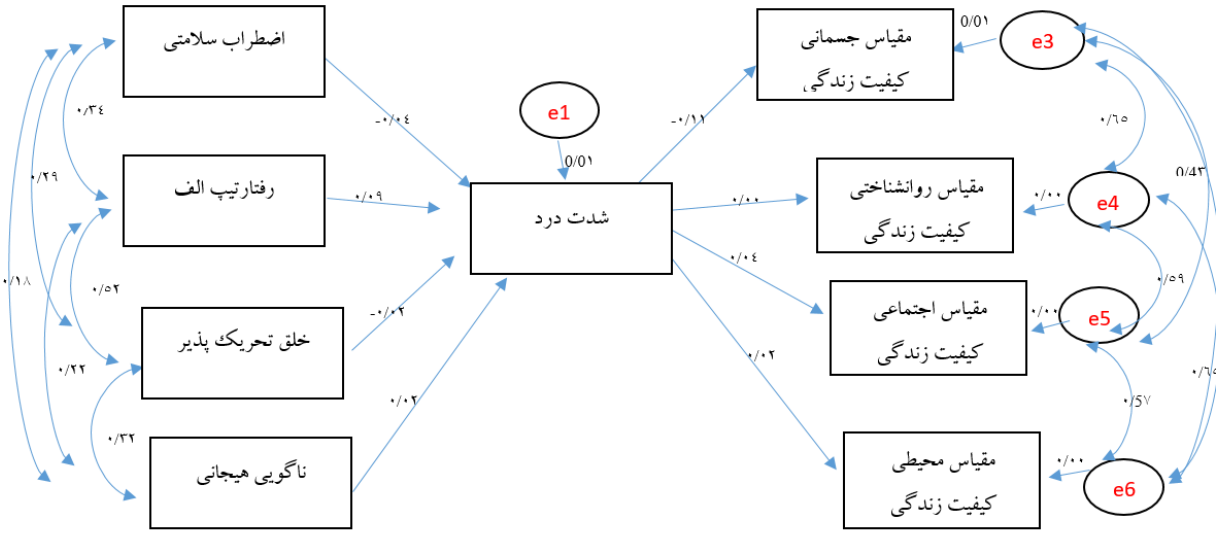
متغیرها	بعد جسمی کیفیت زندگی			بعد روان‌شناختی کیفیت زندگی			بعد اجتماعی کیفیت زندگی			بعد محیطی کیفیت زندگی		
	اثر کل	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	اثر کل	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	اثر کل	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	اثر کل	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم
اضطراب سلامتی	-۰,۰۰۴	۰	-۰,۰۰۴	۰	۰	۰	۰,۰۰۲	۰	۰,۰۰۲	۰/۰۰۱	۰	۰,۰۰۱
رفتار تیپ الف	۰,۰۰۹	۰	۰,۰۰۹	۰	۰	۰	-۰,۰۰۴	۰	-۰,۰۰۴	-۰,۰۰۱	۰	-۰,۰۰۱
خلق تحریک‌پذیر	-۰,۰۰۲	۰	-۰,۰۰۲	۰	۰	۰	۰,۰۰۱	۰	۰,۰۰۱	۰	۰	۰
ناگویی هیجانی	۰,۰۰۲	۰	۰,۰۰۲	۰	۰	۰	-۰,۰۰۱	۰	-۰,۰۰۱	۰	۰	۰
شدت درد	۰,۱۰۷	۰,۱۰۷	۰	-۰,۰۰۴	-۰,۰۰۴	۰	-۰,۰۴۳	-۰,۰۴۳	۰	-۰,۰۱۶	-۰,۰۱۶	۰

جدول ٤. مقدار برازش مدل در تحلیل مسیر مدل با میانجی شدت درد

شاخص	مقدار توصیه شده	مدل برازش یافته	نتیجه‌گیری
آماره خی دو (CMIN/DF)	≥۰/۰۵	۲,۸۲۱	برازش دارد
شاخص برازندگی تطبیقی (CFI	≥۰/۹۰	۰,۹۵۱	برازش دارد
شاخص برازش افزایشی (IFI)	≥۰/۹۰	۰,۹۵۲	برازش دارد
ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب (RMSEA)	≤۰/۱۰	۰,۰۸۶	برازش دارد
شاخص نرم یافته برازندگی (NFI)	≥۰/۹۰	۰,۹۲۸	برازش دارد

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-28]

[DOI: 10.48305/21.4.765]



شکل ۱.ضرایب مسیر نشانگر تکثیر مستقیم و غیر مستقیم مولفه‌های روان‌تنی،شدت درد با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به میگرن

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که بین مولفه های ملاک های تشخیصی پژوهشی روان‌تنی با ابعاد کیفیت زندگی همبستگی معنی دار معکوس و با شدت درد فاقد همبستگی است و همچنین در مدل تحلیل مسیر ارتباط شدت درد و مولفه های روان‌تنی با ابعاد کیفیت زندگی معنی دار یافت نشد.این نتایج با یافته های منگلی و همکاران(۲۰۰۶)که نشان دادند برخی از مولفه های روان‌تنی من جمله ناگویی هیجانی با کاهش کیفیت زندگی همراه بود همسو است. افرادی که ناگویی هیجانی دارندبه دلیل نداشتن آگاهی هیجانی و باورهای نادرست درباره هیجان ها،نسبت به استرس ها، واکنش های برانگیختگی شدیدتروطولانی مدت تری نشان می دهند. بنابر این ناگویی هیجانی، عامل خطرساز برای بسیاری از اختلالات روان‌تنی نظیر میگرن است بخاطر اینکه افراد مبتلا به میگرن بسیار تحت فشار همبسته های جسمانی هیجانی هستند که به کلام در نمی‌آیند (۲۹). نتایج مطالعه حاضر از یافته‌های نوربی و همکاران (۲۰۲۰) که نشان دادند اضطراب سلامتی با افزایش ناتوانی، افزایش استفاده از مراقبت های بهداشتی و کاهش کیفیت زندگی همراه است(۳۰) حمایت می‌کند. درواقع افراد مبتلا به اضطراب سلامتی دارای طرحواره‌های ذهنی ناسازگارانه در مورد اهمیت علائم جسمی و ادراک تهدیدآمیز هستند که به محض فعال شدن این طرحواره ها، فرد مبتلا به طور انتخابی به علائم جسمی همسو با بیماری توجه می کند، که ممکن است منجر به تجربه علائم جسمی همچون سردرد میگرنی و کاهش کیفیت زندگی شود(۳۱). یا فته های مدل در راستای نتایج مطالعه Nicoletta وهمکاران(۲۰۰۷)است .آنها نشان دادند بیماران مبتلا به بیماری هیپوفیز دارای خلق تحریک‌پذیر و کیفیت پایین زندگی هستند.شاید تحریک پذیری و پرخاشگری بشکل بیماری های جسمانی مانندسردرد،فشارخون،بیماری های پوستی و سرطان نمایان شود و بر کیفیت زندگی آنان اثر سوء بگذارد.

مطابق با نتایج پژوهش حاضر مولفه‌های روان‌تنی (DCPR) با شدت درد فاقد همبستگی است که با نتایج تانگ وهمکاران ،داودی و همکاران که نشان دادند بین شدت درد با اضطراب سلامتی وناگویی هیجانی همبستگی مثبت ومعنی داری وجود دارد(۳۲) مغایرت دارد. افراد مبتلا به ناگویی هیجانی قادر به مدیریت سیستم شناختی–عاطفی خود نیستند و به درستی با موقعیت های استرس‌زا ، مقابله نمی کنندو این باعث تشدید علائم جسمی ازجمله سردرد می شود(۳۳). همچنین افراد با اضطراب سلامتی نیز با افزایش سطح تمرکز بر روی سلامتی منجر به فاجعه سازی درد، افزایش شدت درد و کاهش کیفیت زندگی و مراجعه مکرر به پزشک می شود(۴۶–۳۴). یافته‌های این پژوهش از نتایج مونیکا و همکاران (۲۰۱۸) مبنی بر عدم ارتباط رفتار تیپ الف با شدت درد حمایت می‌کند که علت آن را به ویژگی های

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-28]

[DOI: 10.48305/21.4.765]

شخصیتی افراد مبتلا به تیپ رفتار الف دانستند .در واقع مطابق با برخی دیدگاه‌های روان‌شناختی رفتار تیپ الف با رویدادهای غیرقابل پیش‌بینی بیشتری در زندگی روبرو شده و ناراحتی بیشتری من جمله سردرد را تجربه کرده اند (۳۵). نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش کیلا و همکاران مبنی بر ارتباط خلق تحریک‌پذیر با شدت درد مغایرت دارد. مولفه های روان‌تنی در بین بیماران مبتلا به میگرن زیاد است، اما رابطه آن با شدت درد در بیماران مبتلا به میگرن مشخص نیست. در این پژوهش، شدت درد با استفاده از PIS ارزیابی شد. یک مشکل برای اندازه-گیری شدت درد، فقدان یک روش عینی است. درد یک تجربه ذهنی است و هر بیمار ممکن است به روشی متفاوت، کلامی یا غیرکلامی ارتباط برقرار کند. همچنین فقدان همبستگی شدت درد و رابطه ضعیف آن با سایر متغیرها را می‌توان به ابزار اندازه‌گیری متفاوت این پژوهش با سایر پژوهش‌ها، متفاوت‌بودن بافت فرهنگی و حجم نمونه ذکر کرد.

به نظر می‌رسد متغیرهای روان‌شناختی و شخصیتی نظیر ناگویی هیجانی، اضطراب سلامتی، خلق تحریک‌پذیر و رفتار تیپ الف عوامل خطر برای بروز دوره‌های سردرد هستند که نهایتاً منجر به کاهش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به میگرن می‌شود.

تعارض منافع

مؤلفان اظهار می‌دارند که منافع متقابلی از تألیف یا انتشار این مقاله ندارند.

حمایت مالی

دانشگاه علوم پزشکی اصفهان از این مطالعه حمایت کامل مالی کرده است.

ملاحظات اخلاقی

این مقاله حاصل طرح مصوب دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به شماره‌ی ۳۹۸۱۰۲۰ در راستای پایان‌نامه مقطع کارشناسی‌ارشد بود. این پژوهش دارای کد اخلاق از دانشگاه علوم پزشکی اصفهان (IR.MUI.MED.REC.1399.094) می‌باشد.

تقدیر و تشکر

ضمن تشکر از معاونت محترم دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، محققین بر خود لازم می‌دانند که از مدیریت محترم کلینیک فوق‌تخصصی امام موسی صدر اصفهان و نیز کلیه بیماران محترم که در این طرح شرکت کردند تقدیر و تشکر می‌نمایند.

References

1. Harnod T, Wang Y-C, Kao C-H. Higher risk of developing a subsequent migraine in adults with nonapnea sleep disorders: a nationwide population-based cohort study. European journal of internal medicine. 2015;26(4):232-6.
2. 2-Woldeamanuel YW, Cowan RP. Migraine affects 1 in 10 people worldwide featuring recent rise: a systematic review and meta-analysis of community-based studies involving 6 million participants. Journal of the neurological sciences. 2017;372:307-15.
3. 3-Farhadi Z, Alidoost S, Behzadifar M, Mohammadibakhsh R, Khodadadi N, Sepehrian R, et al. The prevalence of migraine in Iran: A systematic review and meta-analysis. Iranian Red Crescent Medical Journal. 2016;18(10).
4. 4-de Tommaso M, Federici A, Loiacono A, Delussi M, Todarello O. Personality profiles and coping styles in migraine patients with fibromyalgia comorbidity. Comprehensive Psychiatry. 2014;55(1):80-6.
5. 5-Buse DC, Rains JC, Pavlovic JM, Fanning KM, Reed ML, Manack Adams A, et al. Sleep disorders among people with migraine: results from the chronic migraine epidemiology and outcomes (CaMEO) study. Headache: The Journal of Head and Face Pain. 2019;59(1):32-45.
6. 6-Lipton RB, Stewart WF, Von Korff M. Burden of migraine: societal costs and therapeutic opportunities. Neurology. 1997;48(3 Suppl 3):4S-9S.
7. 7-Leonardi M, Raggi A, Bussone G, D'Amico D. Health-related quality of life, disability and severity of disease in patients with migraine attending to a specialty headache center. Headache: The Journal of Head and Face Pain. 2010;50(10):1.٨٦-٥٧٦
8. 8-Osman MM, Rosli NF, Rabe NS. quality of life assessment based on economic wellbeing perspective: A Case Study Of Johor Bahru And Petaling, Selangor. Planning Malaysia. 2019;17(10).

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-28]

[DOI: 10.48305/21.4.765]

9. 9-Gilasi HR, Omidi A, Gharlipour Z, Tavassoli E, Haghir AH, Sorkhabi P. Role of coping strategies and beliefs related to pain in disability of migraine. Medical Science Journal of Islamic Azad Univesity-Tehran Medical Branch. 2014;23(4):59-63.

10. 10-Tiwari S. Role of Brimhana nasya in psychosomatic disorders. International Journal of Green Pharmacy (IJGP). 2018;12(02).

11. 11-Porcelli P, Rafanelli C. Criteria for psychosomatic research (DCPR) in the medical setting. Current psychiatry reports. 2010;12(3):246-54.

12. 12-Cosci F, Svicher A, Romanazzo S, Maggini L, De Cesaris F, Benemei S, et al. Criterion-related validity in a sample of migraine outpatients: the diagnostic criteria for psychosomatic research. CNS spectrums. 2020;25(4):545-51.

13. 13-Bagby RM, Parker JD, Onno KA, Mortezaei A, Taylor GJ. Development and psychometric evaluation of an informant form of the 20-item Toronto alexithymia scale. Journal of Psychosomatic Research. 2021;141:110329.

14. 14-Mattila AK, Kronholm E, Jula A, Salminen JK, Koivisto A-M, Mielonen R-L, et al. Alexithymia and somatization in general population. Psychosomatic medicine. 2008;70(6):716-22.

15. 15-Provotorov V, AIa K, Budnevskiĭ A, Alekhina O, Grekova T. Quality of life of patients in post-myocardial infarct period. Klinicheskaia meditsina. 1998;76(11):25-7.

16. 16-de Andrade Vieira RV, Vieira DC, Gomes WB, Gauer G. Alexithymia and its impact on quality of life in a group of Brazilian women with migraine without aura. The journal of headache and pain. 2013;14(1):1-10.

17. 17-Bobevski I, Clarke DM, Meadows G. Health anxiety and its relationship to disability and service use: findings from a large epidemiological survey. Psychosomatic medicine. 2016;78(1):13-25.

18. 18-Fink P, Ørnbøl E, Christensen KS. The outcome of health anxiety in primary care. A two-year follow-up study on health care costs and self-rated health. PloS one. 2010;5(3):e9873.

19. 19-Jeung D-Y, Lee H-O, Chung WG, Yoon J-H, Koh SB, Back C-Y, et al. Association of emotional labor, self-efficacy, and type A personality with burnout in Korean dental hygienists. Journal of Korean medical science. 2017;32(9):1423.

20. 20-Lohse T, Rohrmann S, Richard A, Bopp M, Faeh D, Group SNCS. Type A personality and mortality: competitiveness but not speed is associated with increased risk. Atherosclerosis. 2017;262:19-24.

21. 21-Lewis TT, Everson-Rose SA, Karavolos K, Janssen I, Wesley D, Powell LH. Hostility is associated with visceral, but not subcutaneous, fat in middle-aged African-American and white women. Psychosomatic medicine. 2009;71(7):733.

22. 22-Fava GA, Cosci F, Sonino N. Current psychosomatic practice. Psychotherapy and Psychosomatics. 2017;86(1):13-30.

23. 23-Leibenluft E, Stoddard J. The developmental psychopathology of irritability. Development and psychopathology. 2013;25(4 0 2):1473.

24. 24-Campos-Fernández D, Fonseca E, Olivé-Gadea M, Quintana M, Abraira L, Seijo-Raposo I, et al. The mediating role of epileptic seizures, irritability, and depression on quality of life in people with epilepsy. Epilepsy & Behavior. 2020;113:107511.

25. 25-Afshar-Nezhad T, Rezaie S, Yousef-Zadeh S. The Relationship between Fear of Movement and Pain Intensity with Physical Disability in Chronic Lew-Back Pain Patients. Archives of Rehabilitation. 2010;11(2):21-8.

26. 26-Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh S. The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. Journal of school of public health and institute of public health research. 2006;4(4):1-12.

27. 27-Galeazzi GM, Ferrari S, Mackinnon A, Rigatelli M. Interrater reliability, prevalence, and relation to ICD-10 diagnoses of the Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research in consultation-liaison psychiatry patients. Psychosomatics. 2004;45(5):386-93.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-28]

[DOI: 10.48305/21.4.765]

28. 28-Rohafza HR. Validation of Self-Assessed Form of Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research Adapted from DCPR- Structured Interview.(In press). JRMS. 2021.
29. 29-Lane RD. Alexithymia 3.0: reimagining alexithymia from a medical perspective. BioPsychoSocial Medicine. 2020;14(1):1-8.
30. 30-Norbye AD, Abelsen B, Førde OH, Ringberg U. Distribution of health anxiety in a general adult population and associations with demographic and social network characteristics. Psychological Medicine. 2020:1-8.
31. 31-Karahroodi SG, Azar FS. Comparison of Health Anxiety, Sleep and Life quality in People With and Without Chronic Pain.
32. 32-Dincer B, Ayaz EY, Oğuz A. Changes in Sexual Functions and Alexithymia Levels of Patients with Type 2 Diabetes During the COVID-19 Pandemic. Sexuality and Disability. 2021:1-18.
33. 33-Nekouei ZK, Doost HTN, Yousefy A, Manshaee G, Sadeghei M. The relationship of Alexithymia with anxiety-depression-stress, quality of life, and social support in Coronary Heart Disease (A psychological model). Journal of education and health promotion. 2014;3.
34. 34-Ghadimi Karahroudi S, Sepehrian Azar F. Comparison of Health Anxiety, Sleep and Life quality in People With and Without Chronic Pain. Anesthesiology and Pain. 2020;10(4):63-76.
35. 35-Korotkov D, Perunovic M, Claybourn M, Fraser I, Houlihan M, Macdonald M, et al. The type B behavior pattern as a moderating variable of the relationship between stressor chronicity and health behavior. Journal of health psychology. 2011;16(3):397-409.

© 2022 The Author(s). Published by Isfahan University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-28]

[DOI: 10.48305/21.4.765]