Comparison of Mood States, Distress Tolerance, Self-Compassion, and Perceived Social Support in People with Migraine

Fariba Tabebordbar[1*], Fatemeh Shaeri Kholari[2]

[1]Department of Psychology, Payam Noor University of Tehran, Tehran, Iran
[2]Department of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Shiraz Branch, Shiraz, Iran

Article Info:

Received: **27 Jan 2024** ***Revised:*** **20 Feb 2024** ***Accepted*****: 9 Mar 2024**

ABSTRACT

Introduction: This study aimed to examine and compare mood states, distress tolerance, self-compassion, and perceived social support between individuals experiencing migraines and those without. ***Materials and Methods:*** The research employed a causal-comparative methodology, targeting all migraine patients in Shiraz City (sourced from neurology clinics) and individuals without migraine (typically accompanying patients) during the first quarter of 2012. The sample includes two groups of 50 people with migraine and healthy people, who were selected by convenience sampling. The tools used in this research included the distress tolerance questionnaires of Simmons and Gaher, Reiss et al.'s self-compassion, Zimmet et al.'s social support, and Lin et al.'s mood states. ***Results:*** The results showed that results of variance analysis showed that there is a significant difference between the two groups in the components of tension, vitality, fatigue, confusion, and happiness (mood states). However, there was no significant difference between the two groups in the components of depression, anger, and relaxation. There is a significant difference between the two groups in the components of tolerance, evaluation, and the total score of distress tolerance, self-kindness, and common human experiences. Individuals without migraines exhibit higher mean scores compared to those with migraines. In addition, a significant disparity between the two groups is evident solely in the friends' support component within the social support variable. No significant difference was observed in other components. ***Conclusion:*** The study's findings hold promise as a foundation for future investigations and the development of preventative and therapeutic interventions tailored to individuals suffering from migraines.

Keywords:

1. Self-Compassion
2. Social Support
3. Migraine Disorders

***Corresponding Author:** Fariba Tabebordbar

Email: *TabeBordbar@pnu.ac.ir*

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.61186/shefa.12.1.44]

مقایسهٔ حالات خلقی، تحمل پریشانی، شفقت به خود و حمایت اجتماعی درک شده در افراد مبتلا به میگرن

فریبا تابع بردبار[۱*]، فاطمه شاعری خلاری[۲]

[۱]گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور تهران، تهران، ایران
[۲]گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شیراز، شیراز، ایران

اطلاعات مقاله:
دریافت: ۷ بهمن ۱۴۰۲ اصلاحیه: ۱ اسفند ۱۴۰۲ پذیرش: ۱۹ اسفند ۱۴۰۲

چـــــکیده

مقدمه: این مطالعه با هدف بررسی و مقایسه حالات خلقی، تحمل پریشانی، شفقت به خود و حمایت اجتماعی درک شده بین افراد مبتلا به میگرن و افراد بدون میگرن انجام شد. ***مواد و روش‌ها:*** این پژوهش با استفاده از روش علی- مقایسه‌ای، کلیه بیماران مبتلا به میگرن شهر شیراز (کلینیک‌های مغز و اعصاب) و افراد بدون میگرن (عمدتا همراه بیمار) در سه ماهه اول سال ۱۳۹۱ را مورد بررسی قرار داد. نمونه شامل دو گروه ۵۰ نفری از افراد مبتلا به میگرن و سالم بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده در این تحقیق شامل پرسشنامه های تحمل پریشانی سیمونز و گهر، شفقت به خود ریس و همکاران، حمایت اجتماعی زیمت و همکاران و حالات خلقی لین و همکاران بود. ***یافته‌ها:*** نتایج تحلیل واریانس نشان داد که بین دو گروه در مولفه های تنش، سرزندگی، خستگی، سردرگمی و شادی (حالت های خلقی) تفاوت معنی‌داری وجود دارد. اما در مولفه‌های افسردگی، خشم و آرامش بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. بین دو گروه در مولفه‌های تحمل، ارزیابی و نمره کل تحمل پریشانی، خود مهربانی و تجربیات مشترک انسانی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. افراد بدون میگرن میانگین نمرات بالاتری نسبت به افراد مبتلا به میگرن دارند. علاوه بر این، تفاوت معنی‌دار بین دو گروه تنها در مؤلفه حمایتی دوستان در متغیر حمایت اجتماعی مشهود است. در سایر مولفه‌ها تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. ***نتیجه‌گیری:*** یافته‌های این مطالعه به‌عنوان پایه‌ای برای تحقیقات آینده و توسعه مداخلات پیشگیرانه و درمانی مرتبط با افراد مبتلا به میگرن، قابل توجه است.

واژه‌های کلیدی:
۱- خودشفقت ورزی
۲- حمایت اجتماعی ادراک شده
۳- اختلالات میگرن

***نویسنده مسئول:** فریبا تابع بردبار

پست الکترونیک: *TabeBordbar@pnu.ac.ir*

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.61186/shefa.12.1.44]

مقدمه

میگرن[1] یک بیماری نورولوژیک است که با سردرد شدید و حالت تهوع مشخص می‌شود. این بیماری از نظر شیوع سومین و از نظر میزان ناتوان کنندگی ششمین اختلال پزشکی در جهان با شیوع ۱۰ تا ۱۵ درصد است (استونر، هاگن، جنسن، کاتساراوا، لیپتون، شر[2]، ۲۰۱۷). میگرن یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌تنی است به طوری که ۱۲ تا ۱۵ درصد مردم جهان از آن رنج می‌برند .هر چند مطالعات مروری نشان میدهد نشانگرهای زیستی همانند ویتامین‌ها میتواند با این بیماری در ارتباط باشد اما مطالعاتی نیز نشان می‌دهد متغیرهای روانشناختی می‌تواند در کاهش یا بهبود آن نقشی اساسی داشته باشد(۱).

از شایع‌ترین مشکلات روانشناختی در افراد مبتلا به میگرن می‌توان به اختلالات خلقی، اضطراب و وسواس همراه با کاهش بهزیستی روانشناختی اشاره نمود. بروز مشکلات خلقی و اضطرابی و تنیدگی‌های ناشی از سردردهای میگرنی، حالات عاطفی و هیجانی مثبت افراد درگیر را به‌شدت تضعیف می‌کند. ارتباط میگرن با مشکلات روانشناختی مانند افسردگی، خستگی و نارضایتی شغلی، نوع شغل، سطح تحصیلات و شیفت کاری نیز در برخی تحقیقات گزارش شده است(۲). حالات خلقی منفی (افسردگی، اضطراب و خشم) می‌توانند احتمال بروز حمله سردرد میگرنی را تسریع نمایند، شدت ادراک شده درد ناحیه سر را افزایش دهد، اختلال کارکردی ناشی از میگرن و ناتوانی مرتبط با آن را بالا برد و پیش‌آگهی درمان را ضعیف سازند .لین و همکاران (۲۰۰۷) خلق را به‌عنوان مجموعه احساسات زودگذر که از نظر شدت و مدت متغیر و معمولا از هیجان طولانی‌تر است در نظر می‌گیرند و آن را عاملی می‌دانند که در ارزیابی و تفسیر یک موقعیت روانشناختی و چگونگی عملکرد در گذشته، حال و آینده مداخله می‌کند (۳). محتوای خلق و خوی به گونه‌ای است که بر شناخت و رفتار افراد و موفقیت و شکست آنها در موقعیت‌های بیرونی تأثیرگذار است و بر اساس تقسیم‌بندی دو بعدی خلق به صورت مثبت و منفی، می‌توان اضطراب، افسردگی، خشم، خستگی و سردرگمی را به‌عنوان خلق منفی و سرزندگی، نشاط و سرخوشی را به‌عنوان خلق مثبت در نظر گرفت (۴).

شواهد نشان می‌دهد که بیماران مبتلا به درد مزمن به علت این که نمی‌توانند درد خود را تسکین دهند دارای مشکلات روانشناختی قابل تاملی از جمله عدم تحمل پریشانی[3] هستند (۵). تحمل پریشانی را به‌عنوان یکی از ابعاد تنظیم هیجان یعنی توانایی فرد در تجزیه و تحمل حالات هیجانی منفی تعریف کرده‌اند (۶). تحمل پریشانی یک مفهوم چندبعدی است که به توانایی فرد برای تحمل احساسات ناراحت‌کننده اشاره دارد. افرادی که تحمل پریشانی پایینی دارند هیجانات منفی را غیرقابل کنترل و سرکوب‌کننده می‌دانند (۷). از افکار و احساسات منفی اجتناب می‌کنند و به احتمال بیشتر اجتناب تجربه‌ای را نشان می‌دهند (۸). این افراد در مقایسه با دیگران بیشتر مستعد اختلال خوردن، بی‌اشتهایی و کم اشتهایی روانی (ییئو و همکاران، ۲۰۱۸) سوء مصرف الکل، قماربازی (۹)، اختلالات اضطرابی، اختلال استرس پس از سانحه و سوء مصرف مواد هستند (۱۰،۱۱).

مفهوم جدیدی که در سلامت روانشناختی در چند سال گذشته مطرح شده موضوع شفقت و شفقت به خود[4] هست که توجه پژوهشی گسترده‌ای را به خود جلب کرده است. در طول بیست سال گذشته پژوهش‌ها مزایا و سودهای شفقت را برای سلامت فیزیولوژیکی در مطالعات مقطعی و همچنین مطالعات درمانی نشان داده‌اند همچنین ارتباط مثبتی بین شفقت و سلامت روانشناختی و تنظیم هیجانی به دست آمده است (۱۲).

نف (۲۰۰۹) شفقت خود را به عنوان سازه‌ای سه مؤلفه‌ای شامل مهربانی با خود در مقابل قضاوت کردن خود، اشتراکات انسانی در مقابل انزوا، و ذهن آگاهی در مقابل همانندسازی افراطی تعریف کرده است (۱۳). ترکیب این سه مؤلفهٔ مرتبط، مشخصهٔ فردی است که بر خود شفقت دارد (۱۴). شفقت به خود را می‌توان به‌عنوان توانایی حساسیت نسبت به رنج خود و دیگران همراه با تعهد به تلاش برای التیام یا پیشگیری از آن تعریف نمود شفقت به‌عنوان یک سازه ابعادی در نظر گرفته می‌شود که دو ذهنیت به هم مرتبط را دربر می‌گیرد. اولین ذهنیت، توانایی حساس بودن نسبت به رنج خود و دیگران است که به تعدادی ویژگی مرتبط می‌شود(۱۴). شفقت می‌تواند از طریق افزایش احساس مراقبت و آرامش باعث بهبود سلامت و کیفیت زندگی شود. درمان متمرکز بر شفقت به احتمال زیاد سبب کاهش اضطراب، در نتیجه مقابلهٔ بهتر با بیماری و افزایش تاب‌آوری و بهزیستی روانشناختی در بیماران مبتلا به ام اس می‌شوداز این یافته میتوان در بهبود علایم روانی سایر بیماریهای مرتبط با روان وتن نظیر میگرن نیز استفاده کرد(۱۵). در همین راستا حسین پور وهمکاران(۱۳۹۹) در پژوهش خود نشان دادند مداخلات شناختی بخصوص مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی و تنش زدایی میتواند به بهبود اختلال میگرن و کیفیت خواب بیماران مبتلا به میگرن کمک نماید. (۱۶).

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که حمایت اجتماعی به طور مستقیم و غیرمستقیم با سلامت روانشناختی و جسمی افراد ارتباط دارد؛ افرادی که دارای سطوح بالایی

[1] Migraine
[2] Stovner , Hagen , Jensen , Katsarava , Lipton , Scher
[3] Distress intolerance
[4] Self-Compassion

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-17]
[DOI: 10.61186/shefa.12.1.44]

از حمایت اجتماعی هستند، رویدادهای استرس‌آور را کمتر فشارزا و غیرقابل تحمل برآورد نموده، در مواجهه با این عوامل مقابله‌های کارآمدتری دارند و لذا کمتر دچار بیماری، در واقع سطوح بالای حمایت اجتماعی، با ایجاد احساس عزت نفس بالاتر، مهارت‌های مقابله‌ای- افسردگی و پریشانی می‌شوند. کارآمدتر، توان ایستادگی بیشتر و احساس درماندگی کمتر در برابر رخدادهای فشارزا، واکنش به استرس را تعدیل نموده و از فرد در برابر بیماری محافظت می‌نماید (۱۷). نتایج پژوهش‌های مختلف نشان داده است که برخورداری از حمایت اجتماعی بر رضایت از زندگی و سلامت روان افراد تاثیرگذار است و استرس و احساس تنهایی را در آنها کاهش می‌دهد. حمایت اجتماعی شناختی است که باعث می‌شود فرد باور کند مورد احترام و علاقه دیگران است، عنصری ارزشمند بوده و به یک شبکه روابط و تعهدات متقابل تعلق دارد. افرادی که از حمایت اجتماعی برخوردارند، در مقایسه با افرادی که از این موقعیت برخوردار نیستند، سلامت روان بهتری دارند و مشکلات روانیشان سریع‌تر بهبود می‌یابد نقش حمایت های اجتماعی در بسیاری از بیماریهای مزمن مشخص گشته است به طور مثال در پژوهشی گزارش شد که بهبود علایم در بیماریهای مزمن نظیر ام اس مستلزم ارائه مراقبت‌های حمایتی بیشتر از سوی خانواده و دوستانشان است تا توانایی بیمار برای رویارویی با مشکلات و عوارض بیماری و دستیابی به سازگاری بهتر را افزایش دهد این یافته در مورد سایر بیماریهای مزمن مانند میگرن قابل کاربرد است(۱۸).

استوان و میرقاسمی (۱۴۰۱) در مطالعه‌ای مشاهدات نهایی نشان داد که افراد مبتلا به میگرن درمان نشده بیشتر از بیماران مبتلا به میگرن درمان‌شده افسردگی و اضطراب را دارند. نریمانی، قاسم خانلو و صبری (۱۳۹۹) در پژوهشی به مقایسه خودشفقتی، اضطراب و افسردگی در بیماران دارای درد مزمن پرداختند. نتایج نشان داد که اضطراب و افسردگی بالایی و خودشفقتی پایینی در بین بیماران دارای درد مزمن وجود دارد. خلیلی صفت، امیدی، زنجانی و دانشور کاخکی (۱۳۹۸) در پژوهشی نشان دادند که افراد مبتلا به میگرن در مقایسه با غیرمبتلا کیفیت زندگی، تنظیم هیجان و تحمل پریشانی کمتر را گزارش کردند. عزیزی، آقامحمدیان شعرباف، مشهدی و اصغری ابراهیم آباد (۱۳۹۶) در پژوهشی به بررسی مرور نظام‌دار و فراتحلیلی بر عوامل خطر روان‌شناختی میگرن پرداخت. نتایج نشان داد که متغیرهای روان‌شناختی باورها، عواطف و اختلالات خلقی، شخصیت، استرس و راهبردهای مقابله‌ای، حمایت اجتماعی و کیفیت خواب با بیماری میگرن مرتبطاند (۱۹،۲۰). گالوز- سانچز و مونتورو آگیلار (۲۰۲۲) در پژوهشی یافته‌ها نشان می‌دهد که بیماران میگرنی با افسردگی و اضطراب همبود سطوح بالاتری از روان رنجوری را نشان می‌دهند (۲۱). بیماران میگرنی معمولاً سطح بالاتری از روان رنجوری و آسیب پذیری در برابر عواطف منفی در مقایسه با بیماران غیر میگرنی و سردرد تنشی دارند. وسترگارد، لاو، آلسو، آندریسن، جنسن[5] (۲۰۲۱) در پژوهشی نشان دادند که افراد مبتلا به سردرد مزمن در مقایسه با افرادی که سردرد مزمن نداشتند، بیشتر احتمال داشت حمایت اجتماعی و تنهایی ضعیفی را گزارش کنند به طور کلی حمایت اجتماعی ضعیف و تنهایی در میان افراد مبتلا به سردرد مزمن شایع بود (۲۲). راموهان، مونداید‌ان، داس، شاجی[6] (۲۰۱۹) در پژوهش خود به بررسی میگرن و اختلالات خلقی: شیوع، همبستگی بالینی و ناتوانی پرداختند (۲۳). نتایج نشان داد که مدت و فراوانی سردردهای میگرنی با وجود اختلالات خلقی مرتبط بود و ناتوانی مرتبط با میگرن در بیماران مبتلا به اختلالات خلقی همراه به طور قابل توجهی بیشتر بود. بریدجز و هارنیش[7] (۲۰۱۰) در پژوهشی نشان دادند که افراد مبتلا به میگرن در مقایسه با افراد گروه گواه در مقیاس‌های عاطفه منفی، غمگینی، نارضایتی از زندگی و عدم کارآمدی نمره بالاتر داشتند (۲۴).

لذا با انجام چنین تحقیقاتی و شناسایی عوامل روانشناختی موثر در ابتلا به میگرن و همچنین اقدام و مداخله به‌موقع در مورد بیماران میگرنی مبتلا به نشانه‌های روانشناختی می‌توان شیوع و میزان شدت حملات میگرنی را در آن‌ها کاهش داد. شناسایی دقیق‌تر تاثیر این عوامل در میگرن می‌تواند راه‌گشای برنامه‌های ارتقاء سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی افراد مبتلا باشد. از این رو پژوهش حاضر در پی پاسخ به این سوال بود که آیا بین حالات خلقی، تحمل پریشانی، خودشفقت‌ورزی و حمایت اجتماعی ادراک شده در افراد مبتلا به میگرن و افراد عادی تفاوت وجود دارد؟

مواد و روش‌ها

روش این پژوهش توصیفی و از نوع علی- مقایسه‌ای و جامعه مورد نظر شامل کلیه بیماران مبتلا به میگرن شهر شیراز (مراجعه کنندگان به کلینیک‌های مغز و اعصاب) و افراد عادی (معمولا همراهان بیمار) در سه ماهه نخست سال ۱۴۰۲ بود. نمونهٔ آماری به روش نمونه‌گیری در دسترس و داوطلبانه انتخاب شدند. این نمونه شامل دو گروه ۵۰ نفری از افراد مبتلا به میگرن و افراد سالم، که از جهت متغیرهای سن، جنسیت و عدم ابتلا به بیماری‌های روانی با گروه بهنجار تا حدودی همگن شدند. همچنین افراد مبتلا به میگرن از مراجعه کنندگان به کلینیک‌های مغز و اعصاب و افراد عادی از همراهان بیمار انتخاب گردید. معیارهای

[5] Westergaard, Lau, Allesøe, Andreasen, Jensen
[6] Rammohan, Mundayadan, Das, Shaji
[7] Bridges & Harnish

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-17]
[DOI: 10.61186/shefa.12.1.44]

ورود به مطالعه شامل موارد زیر بود: احراز شرایط میگرن مصاحبه با متخصص مغز و اعصاب، ابتلا به میگرن حداقل ۶ ماه قبل از شروع مطالعه، دامنه سنی بین ۲۵ تا ۵۰ سال، داشتن سواد در حد دیپلم، عدم ابتلا به بیماری‌های جسمانی به‌ویژه حساسیت‌های نوری و چشمی، عدم مصرف داروهای روان پزشکی در یک سال گذشته براساس اطلاعات مندرج. در این پژوهش از آمار توصیفی انحراف معیار و میانگین و آمار استنباطی روش‌های آماری آزمون تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد. تمام مراحل تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از نرم افزار SPSS ۲۴ انجام پذیرفت.

ابزارهای پژوهش

۱- پرسشنامه تحمل پریشانی[8] (DTS): یک شاخص خودسنجی تحمل پریشانی هیجانی است که توسط سیمونز و گاهر در سال ۲۰۰۵ ساخته شد. این مقیاس دارای ۱۵ ماده و چهار خرده مقیاس به نام‌های تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجانات منفی، برآورد ذهنی پریشانی، و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی است که آزمودنی برای پاسخ دادن به هر سؤال، یکی از پاسخ‌های(کاملاً موافقم)،(موافقم)،(تفاوتی نمی‌کند)،(مخالفم)و(کاملاً مخالفم) را می‌تواند انتخاب کند. شیوه نمره-گذاری این پرسشنامه به این صورت است که برای پاسخ (کاملاً موافقم) نمره ۵،(موافقم)، نمره ۴،(تفاوتی نمی‌کند)، نمره ۳، (مخالفم) نمره ۲ و (کاملاً مخالفم) نمره ۱، در نظر گرفته می‌شود. گویه ۶ به صورت معکوس نمره گذاری می‌گردد. نمرات بالا در این مقیاس نشانگر تحمل پریشانی بالا است. سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) ضمن گزارش روایی ملاکی و همگرایی اولیه خوب این مقیاس، ضرایب همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ برای مقیاس‌های تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم را به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸ و ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ گزارش کرده‌اند. صفرزاده، سواری و دشتی بزرگی (۱۳۹۵) پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس را ۰/۸۹و برای خرده‌مقیاس‌های تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۷۵، ۰/۶۸ و ۰/۷۸ را گزارش کردند (۲۵،۲۶). مرادی‌مدام، بهرامی‌هیدجی و سوداگر (۱۳۹۶) نیز آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۷۸ گزارش کرده‌اند (۲۷). احمدزاده و همکاران (۱۴۰۰) نیز پایایی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آوردند (۲۸). همچنین در پژوهش حاضر نیز ضریب پایایی آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۷۱بدست آمد.

۲- پرسشنامه شفقت خود[9] (ریس و همکاران،۲۰۱۱) شامل ۱۲ماده است و پاسخ‌ها در آن در یک دامنه ۵ درجه‌ای لیکرت از۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) قرار می‌گیرند. ضمنا ماده‌های ۱، ۴، ۸، ۹، ۱۱،۱۲ به صورت معکوس نمره گذاری می‌شوند. این مقیاس سه مؤلفهٔ ۲ قطبی را در قالب ۶ زیرمقیاس مهربانی با خود؛ قضاوت کردن خود، ذهن‌آگاهی؛ همانندسازی افراطی و تجارب مشترک انسانی؛ انزوا اندازه‌گیری می‌کند در مطالعهٔ ریس و همکاران (۲۰۱۱) اعتبار فرم کوتاه این مقیاس تأیید شده است (همسانی درونی=۰/۸۶) (۲۹). در پژوهش شهبازی و همکاران (۱۳۹۴) ضریب الفا برای نمره کلی مقیاس ۰/۹۱ است (۳۰). همچنین ضرایب خرده مقیاس‌های مهربانی به خود، قضاوت کردن خود، تجارب مشترک انسانی، انزوا، ذهن آگاهی، همانندسازی افراطی به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۸۷، ۰/۹۱، ۰/۸۸، ۰/۹۲، ۰/۷۷ می‌باشند. روایی همزمان و همگرا پرسشنامه نیز مطلوب گزارش گردیده است. در مطالعه افشاری و کاظمی (۱۳۹۹) برای بررسی همسانی درونی پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده اشست که ضریب آلفای کرونباخ کل سوالات ۰/۸۶ به دست آمده است (۳۱). همچنین در پژوهش حاضر نیز ضریب پایایی آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۹بدست آمد.

۳- پرسشنامه حمایت اجتماعی[10] (PSSQ): این پرسشنامه توسط زیمت و همکاران (۱۹۸۸) تهیه شد (۳۲). این ابزار ۱۲ گویه را شامل است که هر گویه در مقیاس ۵ گزینه‌ای لیکرت از نمره «۱ برای کاملاً مخالفم تا ۵ برای کاملاً موافقم» قرار دارد. این مقیاس در ایران توسط اسدی مجره (۱۳۹۰) ترجمه شده است (۳۳). تمامی گویه‌ها به‌صورت مستقیم نمره‌گذاری می‌شوند و پرسشنامه یک نمره کل کسب می‌شود. مؤلفه‌های پرسشنامه شامل حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی خانواده (آیتم‌های ۳، ۴، ۸، ۱۱)؛ حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی دوستان (آیتم‌های ۶، ۷، ۹، ۱۲)؛ حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی دیگران (آیتم‌های ۱، ۲، ۵، ۱۰) است.

در پژوهش زیمت و همکاران (۱۹۸۸) پایایی مقیاس چند بُعدی حمایت اجتماعی ادراک شده به روش ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۸ و برای خرده مقیاس های، دیگران مهم، خانواده و دوستان به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۷ و ۰/۸۵ گزارش شده است (۳۴). همچنین پایایی این مقیاس به روش بازآزمایی برای کل مقیاس ۰/۸۵ و برای خرده مقیاس‌های دیگران مهم، خانواده و دوستان به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۵ و ۰/۷۵ گزارش شده است. مؤلفان این ابزار و محققان بسیاری (از جمله ادواردز، ۲۰۰۴) از پایایی و روایی این ابزار حمایت کرده‌اند (۳۵). پوراسمعیل نیازی و همکاران (۱۴۰۰) در پژوهش خود، آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۶ به دست آوردند (۳۶). روایی صوری و محتوایی پرسشنامه نیز توسط تعدادی از اساتید و متخصصان روانشناسی مورد

[8] Distress Tolerance Scale
[9] Self compassion scale
[10] Perceived Social Support Questionnaire

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-17]
[DOI: 10.61186/shefa.12.1.44]

تایید قرار گرفت. همچنین در پژوهش حاضر نیز ضریب پایایی آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۷۷بدست آمد.

۴- پرسشنامه حالات خلقی برومز[11]: این پرسشنامه توسط لین و همکاران (۲۰۰۷) تهیه شد (۳۷). این ابزار ۳۲ گویه را شامل است که هر گونه در مقیاس ۵ گزینه‌ای لیکرت از نمره "صفر برای اصلا تا ۴ برای کاملاً" قرار دارد. این پرسشنامه دارای ۸ مولفه به شرح زیر می‌باشد: تنش: افسردگی خشم: سرزندگی خستگی، سردرگمی، آرامش، شادکامی میراندا و همکاران (۲۰۱۹) ضرایب آلفای کرونباخ مقیاس حالات خلقی را دامنه‌ای از ۰/۷۹ در عامل خشم تا ۰/۸۵ در عامل‌های خستگی در بین آزمودنی‌های برزیلیایی گزارش شد (۳۸). در ایران در تحقیق فرخی و همکاران (۱۳۹۲) که بر روی ۳۲ ورزشکار زن و مرد صورت گرفت و به بررسی روایی عاملی و پایایی نسخه فارسی این پرسشنامه پرداختند و نشان دادند که الگوی اندازه‌گیری ۳۲ پرسشی از شاخص‌های برازندگی (RMSEA=۰/۸۰، CFI=۰/۹۴، TLI=۰/۹۳)، همسانی درونی (تنش ۰/۷۴، سرزندگی، ۰/۸۰، سردرگمی ۰/۷۲، خستگی ۰/۷۶، شادکامی ۰/۷۷، آرامش ۰/۷۸، افسردگی ۰/۷۰، خشم ۰/۷۲) و پایایی زمانی (تنش ۰/۹۰، سرزندگی ۰/۸۷، سردرگمی ۰/۸۴، خستگی ۰/۸۹، شادکامی ۰/۸۷، آرامش ۰/۸۶، افسردگی ۰/۸۸، خشم ۰/۸۶) قابل قبولی برخوردار است، که بیانگر روایی و پایایی مطلوب نسخه فارسی حالات خلقی است. همچنین در پژوهش حاضر نیز ضریب پایایی آلفای کرونباخ این پرسشنامه برای مولفه‌های در دامنه‌ی ۰/۶۹ تا ۰/۸۶بدست آمد (۳۹).

یافته‌ها

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار متغیرهای حالات خلقی، تحمل پریشانی، خودشفقت ورزی و حمایت اجتماعی ادراک شده در افراد مبتلا به میگرن و افراد عادی نشان می‌دهد.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در افراد مبتلا به میگرن و افراد عادی

متغیر	میگرن		عادی	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
تنش	۵/۹۰	۳/۵۱	۴/۶۰	۳/۲۴
افسردگی	۳/۴۸	۳/۱۹	۲/۷۲	۲/۳۶
خشم	۴/۰۸	۳/۵۵	۳/۷۴	۲/۶۸
سرزندگی	۹/۱۰	۳/۶۸	۱۱/۴۲	۳/۳۷
خستگی	۳/۵۴	۲/۱۵	۲/۱۶	۱/۹۳
سردرگمی	۳/۹۰	۲/۶۰	۲/۹۶	۲/۲۲
آرامش	۶/۴۶	۳/۴۶	۷/۶۰	۳/۶۱
شادکامی	۸/۶۰	۳/۲۱	۱۰/۲۲	۳/۴۱
تحمل	۸/۴۴	۳/۱۰	۱۰/۱۴	۳/۴۶
جذب	۷/۹۸	۳/۰۹	۹/۱۰	۳/۳۵
ارزیابی	۱۴/۰۲	۵/۰۴	۱۷/۷۲	۵/۰۹
تنظیم	۱۰/۱۴	۲/۴۵	۹/۹۰	۳/۰۴
نمره کل تحمل پریشانی	۴۰/۵۸	۹/۷۷	۴۶/۸۶	۱۱/۴۷

[11] Brunel Mood Scale

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.61186/shefa.12.1.44]

مهربانی به خود	۶/۲۶	۲/۱۰	۷/۰۶	۱/۶۳
قضاوت کردن خود	۶/۵۲	۱/۹۵	۶/۲۲	۱/۷۹
تجارب مشترک انسانی	۶/۳۰	۱/۸۹	۷/۲۰	۱/۱۸
انزوا	۶/۵۶	۱/۹۲	۵/۹۲	۲/۱۰
ذهن آگاهی	۶/۵۲	۲/۱۴	۶/۶۹	۱/۸۲
همانند سازی افراطی	۶/۵۴	۲/۰۴	۶/۶۶	۱/۶۴
نمره کل شفقت به خود	۳۸/۰۲	۷/۹۴	۴۰/۰۴	۸/۰۴
افراد مهم	۱۵/۵۶	۲/۸۴	۱۴/۸۸	۴/۵۲
خانوادگی	۱۵/۵۲	۳/۱۱	۱۵/۴۸	۲/۹۳
دوستان	۱۳/۷۲	۴/۰۶	۱۲/۱۲	۴/۱۱
نمره کل حمایت ادراک شده	۴۴/۸۰	۷/۵۵	۴۲/۴۸	۹/۰۳

برای بررسی سوالات پژوهش از آزمون از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) به‌منظور مقایسه میانگین نمره‌های افراد در مولفه‌های مورد نظر در بین بیماران مبتلا به میگرن و بدون میگرن استفاده شد که اجرای آن مستلزم رعایت برخی مفروضه‌ها به قرار زیر می‌باشد:

نتایج آزمون باکس از لحاظ آماری معنی‌دار نبود (F=۳/۵۴ و P<۰/۰۵) و این به معنای تائید پیش فرض همگنی ماتریس‌های کواریانس می‌باشد. مفروضه همگنی واریانس‌ها نیز رعایت شده است (P>۰/۰۵). پس از ارائه مفروضه‌ها، از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری (MANOVA) به‌منظور مقایسه میانگین نمره‌های افراد در مولفه‌های حالات خلقی در بین بیماران مبتلا به میگرن و بدون میگرن استفاده شد. همان‌گونه که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود، تفاوت دو گروه در مولفه‌های حالات خلقی در هر چهار آزمون معنی‌دار می‌باشد (P>۰/۰۳، F=۲/۲۳). این آزمون نشان می‌دهد حداقل دو گروه در یکی از مولفه‌های مورد نظر تفاوت معنی‌داری دارند.

درادامه با استفاده از تحلیل ورایانس تک متغیری مشخص می‌شود که تفاوت مشاهده شده مربوط به کدام مولفه می‌باشد. جدول۳، نتایج تحلیل واریانس تک متغیری را برای این متغیر را نشان می‌دهد. براساس جدول۳ نتایج تحلیل واریانس نشان داد که بین دو گروه در مولفه‌های تنش (P>۰/۰۴، F=۴/۵۴)، سرزندگی (P>۰/۰۰۱، F=۱۰/۸۰)، خستگی (P>۰/۰۰۱، F=۱۱/۴۰)، سردرگمی(P>۰/۰۵، F=۳/۷۷) و شادکامی(P>۰/۰۲، F=۵/۹۸) تفاوت معنی‌داری وجود دارد. اما در مولفه‌های افسردگی، خشم، آرامش بین دو گروه تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. در خصوص تفاوت میزان تحمل پریشانی در افراد مبتلا به میگرن با افراد عادی از آزمون تجزیه و تحلیل

جدول ۲- آزمون MANOVA جهت بررسی تفاوت میزان حالات خلقی در افراد مبتلا به میگرن و افراد عادی

منبع	آماره	مقدار	F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
گروه	اثر پیلایی	۰/۱۶	۲/۲۳	۰/۰۳	۰/۱۶
	لامبدای ویلکز	۰/۸۴	۲/۲۳	۰/۰۳	۰/۱۶
	اثر هاتلینگ	۰/۲۰	۲/۲۳	۰/۰۳	۰/۱۶
	بزرگترین ریشه دوم	۰/۲۰	۲/۲۳	۰/۰۳	۰/۱۶

جدول۳- آزمون تحلیل واریانس تک متغیری بر روی متغیر حالات خلقی

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
تنش	۵۱/۸۴	۱	۵۱/۸۴	۴/۵۴	۰/۰۴	۰/۰۶
افسردگی	۱۴/۴۴	۱	۱۴/۴۴	۱/۸۳	۰/۱۸	۰/۰۳
خشم	۲/۸۹	۱	۲/۸۹	۰/۲۹	۰/۵۹	۰/۰۱
سرزندگی	۱۳۴/۵۶	۱	۱۳۴/۵۶	۱۰/۸۰	۰/۰۰۱	۰/۱۰
خستگی	۴۷/۶۱	۱	۴۷/۶۱	۱۱/۴۰	۰/۰۰۱	۰/۱۰
سردرگمی	۲۲/۰۹	۱	۲۲/۰۹	۳/۷۷	۰/۰۵	۰/۰۶
آرامش	۳۲/۴۹	۱	۳۲/۴۹	۲/۶۰	۰/۱۱	۰/۰۳
شادکامی	۶۵/۶۱	۱	۶۵/۶۱	۵/۹۸	۰/۰۲	۰/۰۷

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-17]
[DOI: 10.61186/shefa.12.1.44]

واریانس چند متغیری استفاده شد. نتایج آزمون باکس از لحاظ آماری معنی‌دار نبود (P<۰/۰۵ و F=۱/۴۹) و این به معنای تائید پیش فرض همگنی ماتریس‌های کواریانس می‌باشد. مفروضه همگنی واریانس‌ها نیز رعایت شده است (P>۰/۰۵). همان‌گونه که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود، تفاوت دو گروه در متغیر تحمل پریشانی و مولفه‌های آن در هر چهار آزمون معنی‌دار است (P>۰/۰۰۷ ، F=۳/۷۵). حداقل در یکی از متغیرهای وابسته، با یکدیگر تفاوت معنی‌داری دارند.

جدول۵، نتایج تحلیل واریانس تک متغیری را برای این متغیر را نشان می‌دهد. نتایج تحلیل واریانس نشان داد که بین دو گروه در مولفه‌های تحمل (P>۰/۰۱، F=۶/۶۹)، ارزیابی (P>۰/۰۰۱، F=۱۳/۳۴) و نمره کل تحمل پریشانی (P>۰/۰۰۴، F=۸/۶۸) تفاوت معنی‌داری وجود دارد. در سایر مولفه‌ها تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد (P>۰/۰۵). با توجه به میانگین‌ها افراد عادی از میانگین بالاتری نسبت به افراد مبتلا به میگرن برخوردار هستند.

برای بررسی تفاوت میزان خودشفقت ورزی در افراد مبتلا به میگرن با افراد عادی نیز از آزمون تجزیه و تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شد. نتایج آزمون باکس از لحاظ آماری معنی‌دار نبود (P>۰/۰۵ و F=۰/۹۳) و این به معنای تائید پیش فرض همگنی ماتریس‌های کواریانس می‌باشد. مفروضه همگنی واریانس‌ها نیز رعایت شده است (P>۰/۰۵). نتایج این آزمون در جدول۶ ارائه شده است. ملاحظه می‌شود، تفاوت دو گروه در مولفه‌های شفقت به خود در هر چهار آزمون معنی‌دار است (P>۰/۰۱، F=۲/۷۱). آزمون آماری تحلیل واریانس، نشان می‌دهد که حداقل در یکی از متغیرهای وابسته، با یکدیگر تفاوت معنی‌داری دارند.

جدول ۷ نتایج تحلیل واریانس تک متغیری را برای مولفه‌های شفقت به خود را نشان می‌دهد. نتایج تحلیل واریانس نشان داد که بین دو گروه در مولفه‌های مهربانی به خود (P>۰/۰۴، F=۴/۵۳). و تجارب مشترک انسانی (P>۰/۰۰۵، F=۸/۱۸). تفاوت معنی‌داری وجود

جدول۴- آزمون MANOVA برای بررسی تفاوت میزان تحمل پریشانی در افراد مبتلا به میگرن و افراد عادی

منبع	آماره	مقدار	F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
گروه	اثر پیلایی	۰/۱۴	۳/۷۵	۰/۰۰۷	۰/۱۴
	لامبدای ویلکز	۰/۸۶	۳/۷۵	۰/۰۰۷	۰/۱۴
	اثر هاتلینگ	۰/۱۶	۳/۷۵	۰/۰۰۷	۰/۱۴
	بزرگترین ریشه دوم	۰/۱۶	۳/۷۵	۰/۰۰۷	۰/۱۴

جدول ۵- آزمون تحلیل واریانس تک متغیری بر روی تحمل پریشانی

منابع تغییر		مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
گروه	تحمل	۷۲/۲۵	۱	۷۲/۲۵	۶/۶۹	۰/۰۱	۰/۰۷
	جذب	۳۱/۳۶	۱	۳۱/۳۶	۳/۰۲	۰/۰۸	۰/۰۴
	ارزیابی	۳۴۲/۲۵	۱	۳۴۲/۲۵	۱۳/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۱۴
	تنظیم	۱/۴۴	۱	۱/۴۴	۰/۱۹	۰/۶۶	۰/۰۱
	نمره کل تحمل پریشانی	۹۸۵/۹۶	۱	۹۸۵/۹۶	۸/۶۸	۰/۰۰۴	۰/۱۰

جدول ۶- آزمون MANOVA برای بررسی تفاوت میزان شفقت به خود در افراد مبتلا به میگرن و افراد عادی

منبع	آماره	مقدار	F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
گروه	اثر پیلایی	۰/۱۷	۲/۷۱	۰/۰۱	۰/۱۷
	لامبدای ویلکز	۰/۸۳	۲/۷۱	۰/۰۱	۰/۱۷
	اثر هاتلینگ	۰/۲۱	۲/۷۱	۰/۰۱	۰/۱۷
	بزرگترین ریشه دوم	۰/۲۱	۲/۷۱	۰/۰۱	۰/۱۷

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-17]
[DOI: 10.61186/shefa.12.1.44]

دارد. اما در مولفه‌های ذهن آگاهی، همانندسازی افراطی قضاوت کردن خود، انزوا و نمره کل شفقت به خود تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد (P>۰/۰۵). با توجه به میانگین‌ها افراد عادی دارای میانگین بالاتری نسبت به افراد مبتلا به میگرن هستند.

همان‌گونه که در جدول ۸ ملاحظه می‌شود، تفاوت دو گروه در مولفه‌های حمایت اجتماعی ادراک شده در هر چهار آزمون معنی‌دار است (P>۰/۰۲، F=۲/۳۲). آزمون آماری تحلیل واریانس، نشان می‌دهد که حداقل در یکی از متغیرهای وابسته، با یکدیگر تفاوت معنی‌داری دارند. جدول۹ نتایج تحلیل واریانس تک متغیری را برای مولفه‌های حمایت اجتماعی ادراک شده را نشان می‌دهد.

براساس جدول۹ نتایج تحلیل واریانس نشان داد که بین دو گروه تنها در مولفهٔ حمایت دوستان (P>۰/۰۴، F=۳/۸۸) تفاوت معنی‌داری وجود دارد. اما در مولفه‌های حمایت افراد مهم، حمایت خانوادگی و نمره کل حمایت اجتماعی ادراک شده تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد (P>۰/۰۵). با توجه به میانگین‌ها افراد مبتلا به میگرن دارای میانگین بالاتری نسبت به افراد عادی هستند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر، با هدف بررسی مقایسه حالات خلقی، تحمل پریشانی، خودشفقت ورزی و حمایت اجتماعی ادراک شده در افراد مبتلا به میگرن و افراد عادی انجام شد. نتایج تحلیل واریانس نشان داد که بین دو گروه

جدول ۷- آزمون تحلیل واریانس تک متغیری بر روی مولفه های شفقت به خود

منابع تغییر		مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
گروه	مهربانی به خود	۱۶	۱	۱۶	۴/۵۳	۰/۰۴	۰/۰۷
	قضاوت کردن خود	۲/۲۵	۱	۲/۲۵	۰/۶۴	۰/۴۲	۰/۰۱
	تجارب مشترک انسانی	۲۰/۲۵	۱	۲۰/۲۵	۸/۱۸	۰/۰۰۵	۰/۱۰
	انزوا	۱۰/۲۴	۱	۱۰/۲۴	۲/۵۳	۰/۱۱	۰/۰۴
	ذهن آگاهی	۰/۳۶	۱	۰/۳۶	۰/۰۹	۰/۷۶	۰/۰۱
	همانند سازی افراطی	۰/۳۹	۱	۰/۳۹	۰/۱۱	۰/۷۴	۰/۰۱
	نمره کل شفقت به خود	۱۰۲/۰۱	۱	۱۰۲/۰۱	۱/۶۰	۰/۲۱	۰/۰۳

جدول ۸- آزمون MANOVA برای بررسی تفاوت میزان حمایت اجتماعی ادراک شده در افراد مبتلا به میگرن و افراد عادی

منبع	آماره	مقدار	F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
گروه	اثر پیلایی	۰/۱۱	۲/۳۲	۰/۰۲	۰/۱۱
	لامبدای ویلکز	۰/۸۹	۲/۳۲	۰/۰۲	۰/۱۱
	اثر هاتلینگ	۰/۱۲	۲/۳۲	۰/۰۲	۰/۱۱
	بزرگترین ریشه دوم	۰/۱۲	۲/۳۲	۰/۰۲	۰/۱۱

جدول ۹- آزمون MANOVA تک متغیری بر روی متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده

منابع تغییر		مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
گروه	افراد مهم	۱۱/۵۶	۱	۱۱/۵۶	۰/۸۱	۰/۳۷	۰/۰۲
	خانوادگی	۰/۹۴	۱	۰/۹۴	۰/۱۴	۰/۸۴	۰/۰۱
	دوستان	۶۴	۱	۶۴	۳/۸۸	۰/۰۴	۰/۰۷
	نمره کل حمایت اجتماعی ادراک شده	۱۳۴/۵۶	۱	۱۳۴/۵۶	۱/۹۴	۰/۱۶	۰/۰۴

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-17]
[DOI: 10.61186/shefa.12.1.44]

در مولفه‌های تنش، سرزندگی، خستگی، سردرگمی و شادکامی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. اما در مولفه‌های افسردگی، خشم، آرامش بین دو گروه تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. این یافته با نتایج پژوهش‌های استوان و میرقاسمی (۱۴۰۱)، بریدجز و هارنیش (۲۰۱۰)، عزیزی و همکاران (۱۳۹۶)، راموهان و همکاران (۲۰۱۹) هماهنگ می‌باشد (۴۲،۴۰،۳۳،۲۱). مطالعات قبلی تأیید کرده‌اند که اختلالات خلقی و اضطرابی در افراد مبتلا به میگرن دو تا ده برابر بیشتر از جمعیت عمومی است، همچنین بیش از ۲۵ درصد از بیماران مبتلا به میگرن معیارهای اختلالات خلقی و اضطرابی را با خود دارند (۵). اما نکته قابل تامل این است که در این پژوهش حالات خلقی سنجیده شده و در تحقیقات پیشین به اختلالات خلقی پرداخته شده است. یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهند افرادی که مبتلا به میگرن هستند در مقایسه با افراد سالم، الگویی از سرزنش، خشم و پرخاشگری را در واکنش‌های عاطفی و هیجانی نشان می‌دهند (۱۲). عوامل روانشناختی نظیر حالات هیجانی منفی افسردگی، اضطراب، استرس، خشم، ویژگی‌های شخصیتی آسیب‌زا، اختلال وسواس، کمال‌گرایی و ... می‌توانند احتمال بروز و تداوم حمله سردرد میگرنی را تسریع نمایند. شدت ادراک درد ناحیه سر را افزایش دهند و اختلال کارکردی ناشی از میگرن و ناتوانی مرتبط با آن را بالا ببرند و لذا، پیش آگهی درمانی را تضعیف سازند.

بر این اساس، از یک سو، درد عواطف منفی را به دنبال دارد و از سویی دیگر، عاطفه منفی به نوبه خود باعث تداوم درد می‌شود. درد با هیجاناتی از قبیل خشم و ترس و نگرانی مرتبط است (۸). از طرف دیگر، بروز سردردهای میگرنی به شکل معمول با آسیب‌های روانشناختی و هیجانی نیز همراه است (المرزوقی، چیلکات و مک کراکن، ۲۰۱۷). وقتی، بیمار اضطراب، مرتبط با درد را کنترل 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 آنی به آن تهدید است (۱۳،۱۰،۹).

بررسی مقیاس‌های بالینی نشان می‌دهد که افراد مبتلا به میگرن آسیب‌پذیری بیشتری در برابر ناملایمات زندگی دارند (۱۷). اغلب بیماران با سردرد میگرنی افرادی نگران، مضطرب و وسواسی هستند و این اضطراب و نگرانی منجر به درون‌ریزی احساسات و شروع سردرد می‌شود که با مزمن شدن و عدم توجه به تغییر ویژگی‌های شخصیتی فرد می‌تواند به سردرد میگرن تبدیل شود.

در مطالعه‌ای که روی ۱۰۲ بیمار مبتلا به سردرد میگرنی انجام شد، نتایج نشان داد که رابطه معنی‌داری بین ویژگی‌های شخصیتی درون نگری، افسردگی و خودبیمارانگاری با سردرد میگرنی مزمن وجود دارد؛ اگرچه مشخص نیست که عوامل روانشناختی ایجادکننده سردرد هستند و یا ثانویه بر سردردهای طولانی مدت ایجاد می‌شوند طبق نظر کاپلان و سادوک (۲۰۰۷) دو سوم بیماران میگرنی دارای ویژگی‌های شخصیتی وسواسی، کمال‌گرا و پرخاشگر هستند و ممکن است متعاقب استرس‌های هیجانی دچار سردرد شوند (۲۰،۳۴). وجود مشکلات روانشناختی در بیماری‌های جسمی در پژوهش‌های مختلف مورد تایید قرار گرفته است و محدود به سردرد میگرنی نیست.

افراد مبتلا به بیماری میگرن دارای ویژگی‌های روانشناختی مشترکی هستند که باعث تشدید و تسریع حملات میگرنی در آن‌ها می‌شود. به طوری که پژوهش‌ها نشان می‌دهد بسیاری از افراد مبتلا به میگرن بیش از حد خوددار و ناتوان در ابراز خشم خود به شیوه‌ای مناسب هستند (۲۵،۲۷).

پژوهش‌ها نشان می‌دهد که وجود هیجانات منفی مانند خشم، اضطراب و افسردگی در افراد مبتلا به میگرن احتمال بروز حملات سردرد میگرنی را تشدید می‌کند و اختلال کارکردی مربوط به میگرن و ناتوانی ناشی از آن را افزایش می‌دهد (ویترال، ۲۰۱۵). در این راستا افراد مبتلا به میگرن، از راهبردهای تنظیم هیجانی ناسازگارانه مانند اجتناب و سرکوبی، پنهان کردن یا نادیده گرفتن هیجانات جهت کنترل بیماری استفاده می‌کنند. تلاش برای کنترل و سرکوب هیجانی موجب افزایش و تداوم احساساتی می‌شود که فرد تلاش می‌کند، کاهش دهد. در واقع بیماران مبتلا به علائم سردرد اولیه در صورتی که به خَلق هیجان‌های مثبت توفیق یابند، می‌توانند واقعیت‌های درون روانی و انواع باورهای غیرمنطقی خود را مورد پردازش و سازماندهی مجدد قرار دهند.

نتایج تحلیل واریانس نشان داد که بین دو گروه در مولفه‌های تحمل، ارزیابی و نمره کل تحمل پریشانی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. با توجه به میانگین‌ها افراد عادی از میانگین بالاتری نسبت به افراد مبتلا به میگرن هستند. این یافته با نتایج پژوهش خلیلی صفت و همکاران (۱۳۹۸) هماهنگ می‌باشد (۱۷،۴۰).

میگرن مزمن یک مشکل جدی سلامت اجتماعی است که مانع از فعالیت‌های اجتماعی و زندگی با کیفیت می‌شود و باعث مصرف قابل توجهی مسکن و دارو می‌شود و بار اقتصادی زیادی بر دوش جامعه می‌گذارد. از طرف دیگر، وجود تجارب هیجانی و مشکلات در زندگی افراد غیرقابل اجتناب است و این احتمال وجود دارد که این افراد در مقایسه با سایرین تحمل پایین‌تری در تجربه این تجارب داشته باشند و واکنش‌های شدیدتری

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-17]
[DOI: 10.61186/shefa.12.1.44]

به آن‌ها نشان دهند. در بیمار میگرنی می‌تواند منجربه تجربهٔ تشدید درد و مقابلهٔ ناسازگارانه با آن شود؛ چراکه میزان تحمل پریشانی کم موجب می‌شود رنج هیجانی ناشی از فشارهای درونی مانند درد، بسیار بیشتر و شدیدتر تجربه شود؛ در نتیجه، افراد دارای سطوح کم تحمل پریشانی، معمولاً گرایش دارند بجای مواجهه با مسائل و حل مستقیم آنها به دنبال راه‌هایی ناسازگارانه برای تسکین فوری رنج هیجانی خود باشند (۲۲،۲۷).

مطالعات نشان می‌دهد که هنگام پریشانی روانشناختی افراد در مواجهه با موقعیت‌های استرس‌زای زندگی دچار دشواری در تنظیم هیجان می‌شوند. پریشانی روانشناختی همچنین با مجموعه‌ای از علائم روان تنی، اضطراب، افسردگی، دردهای جسمانی و نیز تنظیم هیجان رابطه دارد با توجه به این که اضطراب و افسردگی در افراد مبتلا به میگرن به طور چشمگیری مشاهده می‌شود، برخی پژوهشگران بر این باورند که این دو مولفه بخشی از سازه کلی پریشانی روانشناختی هستند. بنابراین تفاوت بین تحمل پریشانی در دو گروه مبتلا به میگرن و عادی مشهود می‌باشد (۱۷).

همچنین نتایج نشان داد که بین دو گروه در مولفه‌های مهربانی به خود و تجارب مشترک انسانی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. با توجه به میانگین‌ها افراد عادی دارای میانگین بالاتری نسبت به افراد مبتلا به میگرن هستند. در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که درد مزمن به خاطر ایجاد محدودیت‌هایی که در حوزه شغلی و عملکردی و تحصیلی برای فرد ایجاد می‌کند؛ باعث می‌شود که فرد دائم دنبال پیام‌های طرد شونده و وبال خانواده یا جامعه بودن داشته باشند به همین خاطر بعد از مدتی دچار خجالت و سرافکندگی می‌گردند برای همین برخی مواقع این افراد از خود متنفرند؛ برای این افراد سخت است که مهربانی دیگران را قبول کرده و یا با خود مهربان باشند. به‌دنبال ارزیابی اجتماعی منفی از خود علاوه بر ایجاد و افزایش شرم و خود انتقادگری هیجان‌های منفی مثل اضطراب و افسردگی ایجاد می‌گردد (۸،۱۵،۱۹).

افراد دارای میگرن خود شفقتی پایینی را تجربه می‌نمایند. وارسی حوزه‌های مختلف پژوهشی، شواهد گسترده‌ای از رابطه شفقت (به‌ویژه خود شفقتی) و درد مزمن را نشان می‌دهند. درد مزمن در بافتار اجتماعی محدودیت‌های جسمی گسترده‌ای به وجود می‌آورد که ایفای نقش‌های اجتماعی بیماران مبتلابه درد مزمن را به طور منفی متأثر می‌کند (۵).

شفقت به‌عنوان یک سازه ابعادی در نظر گرفته می‌شود که دو ذهنیت به هم مرتبط را دربر می‌گیرد. اولین ذهنیت، توانایی حساس بودن نسبت به رنج خود و دیگران است که به تعدادی ویژگی مرتبط می‌شود. شفقت می‌تواند از طریق افزایش احساس مراقبت و آرامش باعث بهبود سلامت و کیفیت زندگی شود (۱۱،۲۸،۳۵). خودشفقتی یک نیروی مهم انسانی است که شامل صفات مهربانی، قضاوت منصفانه و احساسات به هم پیوسته و همچنین کمک به افراد در یافتن امید و معنا دادن به زندگی موقع روبرو شدن با مشکلات می‌باشد. در بیماران گاها به خاطر مبتلا شدن به بیماری قضاوت منصفانه‌ای در مورد خود ندارند و شاکی از این که چرا به این بیماری مبتلا شدند. در برخی اوقات نیز این افراد به دلیل این بیماری فعالیت‌های فیزیکی خود را محدود می‌کنند و ارتباطات خود برای کاهش شرایط استرس زا کمتر می‌کنند بنابراین کمتر بودن میانگین این مولفه‌ها در بیماران میگرنی دور از انتظار نبود. اما در خصوص عدم تفاوت در مولفه‌های ذهن‌آگاهی، همانندسازی افراطی قضاوت کردن خود، انزوا و نمره کل شفقت به خود، می‌توان به این نکته اشاره نمود که بیماران تحت درمان در مطالعه شرکت داشتند.

نتایج نشان داد که بین دو گروه تنها در مولفهٔ حمایت دوستان تفاوت معنی‌داری وجود دارد. با توجه به میانگین ها افراد مبتلا به میگرن دارای میانگین بالاتری نسبت به افراد عادی هستند. این یافته با نتایج پژوهش وسترگارد و همکاران (۲۰۲۱) ناهمسو می‌باشد. پژوهش‌های انجام شده نشان داده‌اند که مهم‌ترین انواع اختلالات جسمی و فیزیولوژیکی ناشی از کمبود یا فقدان حمایت اجتماعی عبارتند از: سردردهای عصبی و تنشی (میگرن)، ناراحتی‌های گوارشی، از بین رفتن اشتها، افزایش فعالیت کورتکس غدهٔ آدرنال، افزایش سطح کلسترول و اورهٔ خون، بالارفتن فشار خون، ناراحتی‌های قلبی عروقی و افزایش احتمال مرگ و میر عمومی (۳۸). بیماران مبتلا به میگرن، احتمالاً به دلیل شرایط نامطلوب جسمانی، خود را منفی ارزیابی می‌کنند و برخورداری ازحمایت اجتماعی خانواده، دوستان وخویشاوندان، ضمن فراهم کردن رفاه جسمانی می‌تواند از لحاظ عاطفی وهیجانی نیز روی این بیماران اثرگذاشته و به بهبود بهزیستی روانشناختی آنان منجرگردد (۲،۱۵).

حمایت اجتماعی ادراک شده می‌تواند، تاثیرات سوء ناشی از بیماری مزمن را کاهش دهد و به بیماران کمک نماید تا سازگاری بهتری را با بیماری خودشان داشته باشند. درد به‌عنوان حسی عمومی، دارای پایه‌های زیستی است؛ اما امروزه برای تبیین و درمان درد، به‌ویژه درد مزمن، مدل‌های زیستی روانی اجتماعی گسترش یافته است. این مدل‌ها بروز و تداوم درد را تنها در عوامل زیستی نمی‌بینند و سهم عوامل روانی

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-17]
[DOI: 10.61186/shefa.12.1.44]

و اجتماعی را در این اختلال به خوبی تبیین کرده‌اند. انگل برای نخستین بار به الگوی زیستی، اجتماعی و روانی به‌عنوان مدل زیستی روانی اجتماعی فرهنگی اشاره کرد. مدل زیستی روانی اجتماعی فرهنگی برخلاف رویکرد زیستی که به طور کامل بر جنبه‌های فیزیکی بیماری متمرکز است، مدعی است سلامت و بهزیستی فرد بستگی به گستره‌ای از عوامل مختلف زیستی، روانی و اجتماعی دارد. توانایی افراد دچار میگرن در تمام جنبه‌های زندگی روزمره نظیر اشتغال، کارهای خانه و فعالیت‌های غیرجسمی کاهش می‌یابد (۱۹). تبیین دیگری که می‌توان بیان نمود این است که بیماران میگرنی به واسطه مبتلا شدن به این بیماری و تاثیرگذاری استرس و تنظیم هیجان در روند عود و فرایند درمان سعی در کنترل استرس و هیجانات خود دارند و سعی می‌کنند حمایت بیشتری در رفتارها و شرایط داشته باشند. این عدم تفاوت در متغیر حمایت در افراد عادی و بیمار توجیه می‌کند. از سوی دیگر عواملی چون روحیه معنوی در بیماران و دل سپردن به تقدیر خداوندی، وضعیت تاهل، داشتن فرزند و یا گسترش روابط خانوادگی که اغلب در کشورهای مشرق زمین دیده می‌شود می‌تواند در بالا بودن حمایت اجتماعی در مواقع حساس خصوصا بیماری اثر گذار بوده باشد.

این یافته‌ها تلویحاتی را درجهت مداخلات درمانی و اقدامات پیشگیرانه دربردارند: شناسایی زودهنگام میگرن و برنامه‌ریزی در این زمینه می‌تواند درکاهش پیامدهای منفی آن بر وضعیت سلامت جسمی و روانشناختی افراد نقش به سزایی داشته باشند. همچنین باید محدودیت‌های پژوهش حاضر را جهت احتیاط‌های لازم در تعمیم نتایج در نظر داشت. این محدودیت‌ها شامل: شدت میگرن در این مطالعه در نظر گرفته نشده است و عدم کنترل وضعیت اقتصادی و اجتماعی بیماران از جمله محدویت‌های پژوهش حاضر بودند؛ بنابراین، در تعمیم نتایج این پژوهش می‌بایست جانب احتیاط را در نظر گرفت. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به طرح پژوهشی پس رویدادی و روش نمونه‌گیری در دسترس اشاره کرد. با توجه به نتایج مطالعه، پیشنهادهای زیر ارایه می‌شود: به پژوهشگران علاقه‌مند توصیه می‌شود این پژوهش را در میان دیگر بیماران مزمن به تفکیک متغیرهایی مانند جنسیت، سن و نوع سبک زندگی انجام دهند. با توجه به یافته‌های این مطالعه، در کلینیک‌های مغز و اعصاب، مراکز تخصصی درمان سردرد، مراکز مطالعاتی و درمانی اختلالات سایکوسوماتیک، کلینیک‌های تخصصی درد و همچنین روانشناسان سلامت می‌توانند نه تنها از درمان متمرکز بر شفقت یا کنترل حالات خلقی منفی، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بلکه از این بسته جدید آموزشی ارتقای تحمل پریشانی در جهت حمایت اجتماعی و خودشفقت ورزی و بهبود حالات خلقی افراد مبتلا به میگرن بهره ببرند.

تشکر و قدردانی

این مقاله بخشی از یافته‌های مستخرج از پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز بوده و دارای مجوز کد اخلاق به شماره IR.IAU.SHIRAZ.REC.1402.035 از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز می‌باشد. از همه افراد مبتلا به میگرن که در اجرای این پژوهش ما را یاری رساندند صمیمانه سپاسگزاریم.

منابع

1. Nematgorgani S, Gholi Z, Razeghi Jahromi S, Togha M, Karimzadeh F. The Effect of Vitamins B on Improving the Symptoms of Migraine: An Overview. Shefaye Khatam; 2020.: 8 (2) :119-129

2. Ebrahimi F, Najmi Varzaneh F, Mohammadi Y, Razaghi Jahromi S, Najmi Varzaneh F, Togha M. Migraine and Tension Type Headaches among the Medical Staffs in Sina Hospital, Tehran, Iran. Shefaye Khatam; 2018; 6 (2) : 25-30

3. Baker, V.B, Sowers, C.B. & Hack, NK. Lost productivity associated with headache and depression: a quality improvement project identifying a patient population at risk. J Headache Pain. 2020; 21: 1-6.

4. Bridges, K.R. & Harnish, R.J. Role of irrational beliefs in depression and anxiety: a review. Health. 2010;2:862-877.

5. Curone, M, Tullo, V, Mea, E, Proietti-Cecchini, A, Peccarisi, C. &Bussone, G. Psychopathological profile of patients with chronic migraine and medication overuse: study and findings in 50 cases. Neurol Sci. 2011;32:177-79.

6. Elhai, J. D, Levine, J. C, O'Brien, K. D. & Armour, C. Distress tolerance and mindfulness mediate relations between depression and anxiety sensitivity with problematic smartphone use. Computers in Human Behavior. 2018;84: 477-84.

7. Erwin, M. C, Mitchell, M. A, Contractor, A. A, Dranger, P, Charak, R. & Elhai, J. D. The relationship between distress tolerance regulation, counterfactual rumination, and PTSD symptom clusters. Comprehensive psychiatry. 2018; 82: 133-40.

8. Gilbert, P. The origins and nature of compassion focused therapy. British Journal of Clinical Psychology. 2014;53(1): 6-41.

9. Galvez-Sánchez, C.M. & Montoro Aguilar, C.I. Migraine and Neuroticism: A Scoping Review. Behav Sci (Basel). 2022;12: 30.

10. Grodin, J, Clark, J. L, Kolts, R. & Lovejoy, T. I. Compassion focused therapy for anger: A pilot study of a group intervention for veterans with PTSD. Journal of Contextual Behavioral Science. 2019;13: 27–33.

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.61186/shefa.12.1.44]

11. Heffernan, M, Griffin, M, McNulty, S., & Fitzpatrick, J. J. Self-Compassion and Emotional Intelligence in Nurses. International Journal of Nursing Practice. 2010;16: 366-73.

12.Johari Fard, R, Goli, F. & Boroumand A. Cognitive, personality and family factors in patients with migraine headache. International Journal of Body, Mind and Culture. 2014; 1: 83-93.

13. MacBeth, A, & Andrew, G. Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self- compassion and psychopathology. Clinical psychology review.2012; 32: 545-52.

14. Neff, K.D. The role of self-compassion in development: A healthier way to relate to oneself. Human Development. 2009; 52: 211-14.

15. Akbarpor M, Sharifiyan Ghazijahani M, Smkhani akbarinejhad H..Comparison of the Effectiveness of Min Dfulness- Based Cognitive Therapy with Compassion- Focused Therapy on Resilience and Psychological Well- Being of Subjects with Multiple Sclerosis. Shefaye Khatam. 2021; 9 (4) :60-70

16. Hosseinpour H, Akbari M, Hassani J, Zargar F.The Efficacy of Pharmacotherapy Combined with Short-Term Mindfulness Therapy on the Reduction of Migraine Disability and Improvement of Sleep Quality. Shefaye Khatam; 2020; 8 (2) :18-28

17. Simons, J. S. & Gaher, R. M. The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. Motivation and emotion. 2005; 29: 83-102.

18. Maghbooli M, Nejhadalirezayi A, Mazloomzadeh S. Social Support in Patients with Multiple Sclerosis: A Cross-Sectional Study. Shefaye Khatam; 2022: 11 (1) :37-45

19. Stovner, L, Hagen, K, Jensen, R, Katsarava, Z, Lipton, R. & Scher, A. The global burden of headache: A documentation of headache prevalence and disability worldwide. Cephalalgia. 2017; 27:193-210.

20. 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: 80-86.

21. Veilleux, J. C. The relationship between distress tolerance and cigarette smoking: A systematic review and synthesis. Clinical psychology review. 2019;71: 78-89.

22. Waddington, K. Introduction: Why compassion? Why now? In Towards the Compassionate University Routledge. 2021: 5-22.

23. Westergaard, M.L, Lau, C.J, Allesøe, K, Andreasen, A.H. & Jensen R.H. Poor social support and loneliness in chronic headache: Prevalence and effect modifiers. Cephalalgia. 2021; 41: 1318-31.

24. Ostvan, Vahid Reza and Mir Ghasemi, Seyyed Amir Mohammad. Comparison of depression and disability in treated and untreated migraine patients, Sadra Journal of Medical Sciences. 2022; 10: 121-30.

25. Asadi Mujareh, Samereh and Sepahrian Azar, Firouzeh. Comparison of anxiety models in explaining pain perception of chronic pain patients with general anxiety syndrome. Anesthesia and Pain Quarterly. 2016; 8: 1-14.

26. Afshar, Hamid; Jahangard, Leila; Shaygan Nejad, Vahid; Melami, Nasreen and Mehdipour, Mehrnaz Frequency of bipolar spectrum disorders in patients with migraine. Journal of Isfahan Medical School. 2008; 27: 103-106.

27. Flight, Yunus; Vazah, Soheila and Jahanbazenjad, Khobaneh. A comparative study of personality traits in migraine patients and healthy people by personality questionnaire (MMPI) Clinical Psychology Studies. 2010; 1: 60-80.

28. Zavareh, Maryam; Tawakoli Fred, look; Saber, Fatemeh and Zamani Alawijah, Fereshte. The relationship between mental health dimensions and perceived social support among health service providers in Isfahan city. Journal of Nursing and Midwifery. 2018; 17: 975-84.

29. Jazayeri, Rizvan Al-Sadat and Sharifi, Marzieh. Comparing the level of emotional spouse abuse and the perception of social support in patients with chronic tension headaches and migraines with healthy people. Forensic Medicine of Iran. 2010; 17: 87-94.

30. Lili Sefat, Mina; Omid, Abdullah; Zanjani, Zahra and Daneshvar Kakhki, Reza. Comparison of quality of life, emotion regulation and distress tolerance in people with migraine and normal people. Behavioral Science Research. 2018;17, 494-83

31. Ranjbar Noushri, Farzaneh. The mediating role of coping styles and perceived social support in the relationship between temperament and psychological well-being in people with migraine. Journal of Health Psychology. 2021; 10: 29-50.

32. Sadock, Benjamin James and Sadock, Virginia Alcott. Kaplan and Sadok's summary of psychiatry, volume 1, 11th edition, 2015 (translated by Farzin Rezaei). Tehran: Arajmand Publications.

33. Talebzadeh Shushtri, Marzieh and Ahmadnejad, Mahshid. Causal relationship between feelings of inferiority and self-control with depression, anxiety and stress through the mediation of social support in women with premenstrual syndrome. Journal of Health Psychology. 2022; 11: 23-44.

34. Azizi, Masoume; Agha Mohammadian

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.61186/shefa.12.1.44]

Shearbaf, Hamid Reza; Mashhadi, Ali and Asghari Ebrahimabad; Mohammad Javad. Meta-analysis of psychological factors of migraine incidence in Iran. Journal of Health Psychology. 2016;6: 88-100.

35. Farrokhi, Ahmed; Mutsharahi, Ibrahim and Zeidabadi, Rasool. Determining the factorial validity and reliability of the Persian version of the 32-item Bromoz Mood Questionnaire. Journal of Movement Behavior (Research in Sports Science). 2012;5: 15-40.

36. Faghanpour Ganji, Mohammad; Kalantari, Mehrdad and Abedi, Ahmed. The effectiveness of treatment based on allegorical schema mentalities on chronic mood disturbances and difficulty in regulating emotions of therapists. Journal of Islamic lifestyle focusing on health.2023: 7: 168-78.

37. Fuladi, Asghar; Khademi, Ali and Shaker Doleq, Ali. Comparing the effectiveness of metacognitive therapy and compassion-based therapy on the level of cyberchondria symptoms in nurses. Journal of Health Psychology. 2023; 12: 7-22.

38. Mohammadi, Atefeh; Khazri Moghadam, Noshirvan and Tashek Anahita. Predicting the severity of migraine headaches based on anxiety, defense mechanisms and self-compassion in patients with migraine headaches. Roish Journal of Psychology. 2021;10; 45-56

39. Narimani, Mohammad; Qasim Khanlou, Arzu and Sabri, Vahid. Comparison of self-compassion, anxiety and depression of patients with chronic pain and normal people. Anesthesia and Pain. 2019; 11: 57-65.

40. Aerial, free; Kazemi, Hamid; Habib Elahi, Azam and Izidikhah, Zahra. The effectiveness of emotion regulation intervention on distress tolerance and emotion regulation problems in women with tension headaches. Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences and Health Services, Yazd, 2015;24: 851-40.

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.61186/shefa.12.1.44]