

نقش ارتباط واسطه‌ای اضطراب درد با مؤلفه‌های روان‌تنی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سردرد میگرنی: تحلیل مسیر

امراه ابراهیمی^۱، مهدی بورونی^۲، رضا باقریان سرارودی^۳، زهرا حیدری^۴، فریبرز خورش^۵

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: سردردهای میگرنی، یکی از اختلالات روان‌تنی است که با واسطه‌گری مشکلات روان‌شناختی، کیفیت زندگی و عملکرد عمومی بیماران را به شدت مختل می‌کند. هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی نقش میانجی‌گری اضطراب درد در ارتباط بین مؤلفه‌های روان‌تنی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به میگرن بود.

روش‌ها: در این مطالعه مقطعی، ۲۵۰ بیمار مبتلا به میگرن، بر مبنای ملاک‌های ورود و خروج، از بین افراد مبتلا به میگرن مراجعه‌کننده به کلینیک درد و نورولوژی وابسته به علوم پزشکی اصفهان در سال ۱۳۹۹ به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. در موقعیت مناسب روان‌شناختی، پس از توجیه آن‌ها از اهداف تحقیق، پرسش‌نامه‌ی ۲۶ سؤالی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (World Health Organization's Quality of Life یا WHOQOL-BREF)، فرم کوتاه مقیاس نشانگان اضطراب مرتبط با درد (Pain Anxiety Symptoms Scale-۲۰ یا PASS-20) و همچنین، پرسش‌نامه‌ی مؤلفه‌های تشخیصی - پژوهشی روان‌تنی (Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research یا DCPR) تکمیل گردید.

یافته‌ها: بین مؤلفه‌های روان‌تنی و اضطراب درد با ابعاد کیفیت زندگی همبستگی منفی مشاهده شد. همچنین، مؤلفه‌های روان‌تنی به طور غیر مستقیم با ابعاد کیفیت زندگی و اضطراب درد نیز به طور مستقیم با ابعاد کیفیت زندگی ارتباط داشت. بر اساس یافته‌ها، مدل پیشنهادی تحلیل مسیر متغیرها دارای برازش مناسبی بود.

نتیجه‌گیری: نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر، سهم برخی عوامل زیربنایی روان‌شناختی در پدید آمدن و تداوم سردرد را تبیین می‌کند و تدوین بسته‌های مداخله‌ای روان‌شناختی مبتنی بر مدل تبیینی را جهت ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به میگرن پیشنهاد می‌نماید.

واژگان کلیدی: سردرد میگرنی؛ اضطراب مرتبط با درد؛ رفتار تیپ الف؛ خلق تحریک‌پذیر؛ ناگویی هیجانی؛ اضطراب سلامتی؛ کیفیت زندگی

ارجاع: ابراهیمی امراه، بورونی مهدی، باقریان سرارودی رضا، حیدری زهرا، خورش فریبرز. نقش ارتباط واسطه‌ای اضطراب درد با مؤلفه‌های روان‌تنی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سردرد میگرنی: تحلیل مسیر. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۴۰۰؛ ۳۹ (۶۵۴): ۹۷۳-۹۸۱.

مقدمه

سردردهای میگرنی از جمله شایع‌ترین عوامل ناتوان‌کننده‌ی انسان به شمار می‌روند که با حملات متوسط تا شدید سردرد و علائم برگشت پذیر عصبی مشخص می‌شود (۱). میگرن در میان پنج علل ناتوانی محسوب می‌شود (۲) که شیوع آن در جهان، ۱۱/۶ درصد (۳) و در ایران، ۱۴ درصد (۴) برآورد شده است. از جمله عوارض سردرد میگرنی می‌توان به ایجاد اختلال در فعالیت روزمره، هزینه‌های مستقیم ناشی از درمان، دارو و کاهش کیفیت زندگی اشاره نمود (۵). در تعامل عوامل شناختی، هیجانی و شدت درد در پیش‌بینی ناتوانی بیماران مبتلا

به سردرد و تأثیر آن بر کیفیت زندگی، می‌توان نقش مهم اضطراب مرتبط با درد را نام برد (۶). اضطراب مرتبط با درد تحت عنوان ترس و احساسات مرتبط با درد تعریف شده است و یک عامل فردی مشکلات مربوط به درد و اختلال جسمی در بین جمعیت‌های بالینی و غیر بالینی است (۷). رفتارهای همراه با اضطراب مرتبط با درد موجب پدید آمدن واکنش‌های ناکارآمد مانند انتظار عود درد، کاهش توانایی برای مقابله با درد و کاهش کیفیت زندگی بیمار می‌شود (۸-۹). از جمله عوامل روان‌شناختی مرتبط با میگرن و کاهش کیفیت زندگی، مشکلات روان‌تنی است (۱۰). در سال‌های اخیر ابزارهای

۱- دانشیار، گروه روان‌شناسی سلامت، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی سلامت، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳- استاد، گروه روان‌شناسی سلامت، دانشکده‌ی پزشکی و مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۴- استادیار، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۵- استاد، گروه داخلی اعصاب، دانشکده‌ی پزشکی و مرکز تحقیقات علوم اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

نویسنده‌ی مسؤول: مهدی بورونی؛ استادیار، دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی سلامت، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

Email: mehdiBOROUNI.psy@gmail.com

رفتار پرخاشگری توصیف شده است (۲۵). چندین تحقیق نیز تأثیر قابل توجه خلق و خوی تحریک پذیر را در روند اختلالات پزشکی، روان‌تنی و کاهش کیفیت زندگی نشان داده‌اند (۲۶، ۲۴).

در بیشتر پژوهش‌ها نقش متغیرهای روان‌شناختی در کیفیت زندگی این بیماران به صورت مجزا بررسی شده و سهم متغیرها در یک مدل منسجم کمتر مورد ارزیابی قرار گرفته است. از آنجایی که تعریف منسجم و واحدی از مفهوم اختلال روان‌تنی وجود ندارد، پدیدآورندگان سیستم DCPR با مرور مطالعات حوزه‌ی روان‌تنی، ملاک‌ها و مؤلفه‌های آن را تعیین و تصویر روشنی از این اختلالات ارائه کردند (۱۱) که لازم است در حوزه‌ی تبیین این اختلالات، از این متغیرها استفاده گردد. از این‌رو، مطالعه‌ی حاضر با هدف تعیین نقش ملاک‌های تشخیصی برای پژوهش روان‌تنی (DCPR) بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سردرد میگرنی با میانجی‌گری اضطراب درد با استفاده از روش آماری تحلیل مسیر صورت گرفت.

روش‌ها

این تحقیق به روش مقطعی- همبستگی از نوع تحلیل مسیر و جامعه‌ی آماری آن شامل کلیه‌ی افراد مبتلا به میگرن مراجعه‌کننده به کلینیک درد و نورولوژی وابسته به علوم پزشکی اصفهان در سال ۱۳۹۹ بود که از طریق نمونه‌گیری در دسترس، ۲۵۰ نفر انتخاب شدند. معیارهای ورود شامل تشخیص سردرد میگرن بر اساس ارزیابی بالینی توسط نورولوژیست، سن بین ۲۰ تا ۶۰ سال، رضایت کامل برای شرکت در پژوهش، دارای حداقل سواد خواندن و نوشتن، عدم ابتلا به اختلالات شدید روان‌پزشکی و اختلالات جدی نورولوژی، عدم ابتلا به سردردهای مزمن غیر از میگرن، عدم وجود عقب‌ماندگی ذهنی یا آسیب شدید ارگانیک همراه سردرد بود. بیمارانی که حداقل ۵ درصد آیم‌های پرسش‌نامه‌ها را پاسخ ندادند، از مطالعه خارج شدند. پس از تصویب طرح پژوهشی و دریافت کد اخلاق IR.MUI.MED.REC.1399.094 از دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، با معرفی‌نامه‌ی رسمی، به درمانگاه‌های نورولوژی بیمارستان الزهرا (س) مراجعه شد. ملاک‌های ورود در اختیار متخصص نورولوژیست قرار گرفت و بیماران واجد شرایط انتخاب و به مجریان طرح معرفی شدند. در محیطی امن با بیان اهداف مطالعه و جلب اعتماد و رضایت بیماران، پرسش‌نامه‌ها تکمیل گردید. ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات در ادامه به تفصیل آمده است.

۱- پرسش‌نامه‌ی جمعیت‌شناختی: این پرسش‌نامه شامل ویژگی‌های دموگرافیک مانند سن، جنسیت، تحصیلات، وضعیت اقتصادی، وضعیت تأهل و همچنین، اطلاعات مرتبط با بیماری همچون طول مدت بیماری، سابقه‌ی بیماری جسمانی و روان‌پزشکی بود.

مختلفی به منظور سنجش علایم روان‌تنی به کارگرفته شده است که یکی از آن‌ها، پرسش‌نامه‌ی مؤلفه‌های تشخیصی- پژوهشی روان‌تنی (DCPR یا Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research) می‌باشد (۱۱). منطق DCPR این است که متغیرهای روانی- اجتماعی حاصل از تحقیقات روان‌تنی را به ابزارهای عملیاتی جهت شناسایی و تبیین اختلال این بیماران تبدیل کند. DCPR از مجموعه‌ی ۱۲ مؤلفه‌ای شامل «اضطراب سلامتی، اضطراب مرگ، ترس از بیماری، انکار بیماری، علایم تبدیلی، علایم تبدیل ثانویه، علایم جسمی کارکردی ثانویه، واکنش سالگرد، خلق تحریک‌پذیر، رفتار تیپ الف و ناگویی هیجانی» ایجاد شده است. از بین این ۱۲ مؤلفه، چهار مؤلفه ارتباط بیشتری با درد به ویژه سردردها دارند (۱۲).

یکی از ملاک‌های پژوهشی برای اختلالات روان‌تنی (DCPR)، ناگویی هیجانی (Alexithymia) است که اساساً با مشکل در تشخیص و بیان احساسات و مشکل در تمیز دادن بین احساسات و حواس فیزیکی مشخص می‌شود (۱۳). شیوع ناگویی هیجانی در جمعیت عمومی حدود ۱۰ درصد است (۱۴) و با رفتارهای ناسالمی همچون مصرف الکل، اختلال خوردن، شدت درد و رنج، افزایش علایم جسمانی و کاهش کیفیت زندگی ارتباط دارد (۱۶-۱۵). اضطراب سلامتی (Health anxiety) یکی دیگر از مؤلفه‌های DCPR می‌باشد که در نسخه‌ی پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5th Edition) یا DSM-5 نیز تحت عنوان اضطراب بیماری (Illness anxiety) ذکر شده است (۱۷) که به عنوان اشتغال ذهنی و نگرانی از داشتن بیماری یا در معرض خطر ابتلا به یک بیماری پزشکی که در حال حاضر تشخیص داده نشده است و این پریشانی نه با علایم جسمی، بلکه با نگرانی از پیامدهای بیماری آن‌ها ایجاد می‌شود، تلقی شده است که بر کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارد (۱۸). شیوع این اختلال حدود ۴ تا ۶ درصد تخمین زده شده است (۱۷) که با افزایش ناتوانی، افزایش استفاده از مراقبت‌های بهداشتی و کاهش کیفیت زندگی همراه می‌باشد (۲۰-۱۹).

از دیگر مؤلفه‌های روان‌تنی DCPR، رفتار تیپ الف (Type A behavior) با ویژگی‌های فوریت زمانی، بی‌حوصلگی نسبت به کندی و انتظار، خصومت، خشم و پرخاشگری و رقابت‌جویی است (۲۱). اجزای رفتار تیپ الف مانند خصومت، خشم و رقابت، رابطه‌ی نزدیکی با اختلالات روان‌تنی و کاهش کیفیت زندگی دارد (۲۳-۲۲).

خلق تحریک‌پذیر (Irritable mood) از دیگر عوامل روان‌تنی DCPR می‌باشد و میزان شیوع آن حدود ۱۰ تا ۱۵ درصد گزارش شده است (۲۴). در مطالعات متعدد، تحریک‌پذیری تحت عنوان واکنش بیش از حد به محرک‌های عاطفی منفی شامل عصبانیت و

ترتیب $10/71 \pm 39/20$ سال بود و از بین آن‌ها، ۸۵ نفر (۳۴/۰ درصد) شاغل، ۱۶۴ نفر (۶۵/۶ درصد) دارای وضعیت اقتصادی متوسط، ۹۵ نفر (۳۸/۰ درصد) دارای تحصیلات دیپلم و ۱۵۲ نفر (۶۰/۸ درصد) از شرکت‌کنندگان بدون سابقه‌ی بیماری جسمی مزمن بودند. همچنین، ۱۳۷ نفر (۵۴/۸ درصد) دارای سابقه‌ی خانوادگی میگرن و ۲۹/۲ درصد عامل خستگی را مهم‌ترین محرک شروع سردرد خود بیان کردند.

جدول ۱. اطلاعات توصیفی شرکت‌کنندگان پژوهش

متغیر	میانگین \pm انحراف معیار
سن (سال)	$39/20 \pm 10/71$
مدت دوره‌ی بیماری	$9/95 \pm 8/36$
تعداد (درصد)	
جنسیت (زن)	۲۳۳ (۹۳/۲)
وضعیت تأهل	مجرد ۴۷ (۱۸/۸) متاهل ۱۸۸ (۷۵/۲) مطلقه ۱۳ (۵/۲) بیوه ۲ (۸/۰)
میزان تحصیلات	ابتدایی ۴۰ (۱۶/۰) راهنمایی ۳۷ (۱۴/۸) دیپلم ۹۵ (۳۸/۰) کارشناسی ۵۲ (۲۰/۸) کارشناسی ارشد ۲۲ (۸/۸) دکتری ۴ (۱/۶)
وضعیت اشتغال	شاغل ۸۵ (۳۴/۰) بیکار ۱۶۵ (۶۶/۰)
وضعیت اقتصادی	خوب ۲۴ (۹/۶) ضعیف ۳۴ (۱۳/۶) متوسط ۱۶۴ (۶۵/۶) متوسط بالا ۲۸ (۱۱/۲)
سابقه‌ی خانوادگی میگرن	۱۳۷ (۵۴/۸)
سابقه‌ی بیماری مزمن	بدون بیماری ۱۵۲ (۶۰/۸) آسم ۱۳ (۵/۲) دیابت ۱۱ (۴/۴) چربی خون ۲۴ (۹/۶) پرفشاری خون ۲۳ (۹/۲) سرطان ۱ (۱/۰) بیماری قلبی ۱۰ (۴/۰) سایر موارد ۱۶ (۶/۴) محرک شروع سردرد میگرنی خستگی ۷۳ (۲۹/۲) گرستگی ۳۶ (۱۴/۴) اختلال خواب ۵۱ (۲۰/۴) فعالیت فیزیکی ۱۸ (۷/۲) سایر ۷۲ (۲۸/۸)

۲- فرم کوتاه مقیاس نشانگان اضطراب مرتبط با درد (Pain Anxiety Symptoms Scale یا PASS-20): این پرسش‌نامه دارای ۲۰ آیتم جهت سنجش اضطراب و ترس مرتبط با انواع درد مزمن می‌باشد که توسط McCracken و همکاران تهیه شد. نمره‌گذاری بر اساس مقیاس شش درجه‌ای لیکرت و دامنه‌ی نمرات از صفر تا ۱۰۰ است. پایایی درونی مقیاس بر اساس ضریب Cronbach's alpha ۰/۸۱ و اعتبار همگرا و واگرایی آن به کمک فرم بلند آن، ۰/۹۵ گزارش شده است (۲۷). ضریب Cronbach's alpha ابزار در ایران، ۰/۸۸ به دست آمد (۲۸).

۳- پرسش‌نامه‌ی ۲۶ سؤالی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (World Health Organization's Quality of Life یا WHOQOL-BREF): این پرسش‌نامه از ۲۶ آیتم، چهار زیرمقیاس و یک نمره‌ی کلی تشکیل شده است. در این مقیاس، نمرات خام به نمرات استاندارد بین صفر تا ۱۰۰ تبدیل می‌شود که نمره‌ی بالاتر نشان دهنده‌ی کیفیت زندگی بهتر است. در مطالعه‌ی در ایران، مقادیر ضریب Cronbach's alpha در همه‌ی زمینه‌ها به جزء در خرده مقیاس روابط اجتماعی (۰/۵۵)، بیشتر از ۰/۷۰ گزارش گردید (۲۹).

۴- DCPR: این پرسش‌نامه یک چارچوب تشخیصی و مفهومی به منظور سنجش مؤلفه‌های روان‌تنی می‌باشد و از مجموعه‌ای ۱۲ سندرمی تشکیل شده است که بر ۶ تا ۱۲ ماه گذشته تمرکز و ۵۸ مورد «بله یا خیر» دارد. محدوده‌ی ضریب Kappa این مؤلفه‌ها بین ۰/۶۹ تا ۰/۹۷ است (۳۰). دامنه‌ی ضریب Kappa این مقیاس در ایران بین ۰/۷۲۷ تا ۰/۹۲۴ گزارش گردید (۳۱).

داده‌های مربوط به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و وضعیت توصیفی متغیرها با استفاده از روش آمار توصیفی شامل توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار گزارش شد. به منظور تحلیل داده‌ها، از روش‌های تحلیل همبستگی، تحلیل مسیر و برازش مدل استفاده گردید. جهت کفایت مدل تحلیل مسیر، از آماره‌ی χ^2 (Chi-square fit statistics/degree of freedom یا CMIN/df)، شاخص برازندگی تطبیقی (Comparative fit index یا CFI)، شاخص برازش افزایشی (Incremental fit index یا IFI)، ریشه‌ی خطای میانگین مجذورات تقریب (Root mean square error of approximation) یا RMSEA و شاخص نرم یافته‌ی برازندگی (Normed fit index یا NFI) استفاده شد. داده‌ها در افزونه‌ی نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۶ (version 16, SPSS Inc., Chicago, IL) تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

اطلاعات به دست آمده از جدول ۱ نشان می‌دهد که از ۲۵۰ بیمار مبتلا به میگرن، ۲۳۳ نفر زن و ۱۷ نفر مرد بودند که میانگین سنی آن‌ها به

جدول ۲. همبستگی Pearson بین متغیرهای پژوهش

ردیف	متغیرهای اصلی	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
۱	مقیاس جسمانی	۱/۰۰۰								
۲	مقیاس روان‌شناختی	°°/۰۶۳۹	۱/۰۰۰							
۳	مقیاس اجتماعی	°°/۰۳۹۲	°°/۰۵۶۸	۱/۰۰۰						
۴	مقیاس محیطی	°°/۰۶۱۳	°°/۰۶۲۵	°°/۰۵۴۴	۱/۰۰۰					
۵	اضطراب درد	۰/۲۶۵	°°-۰/۲۰۹	-۰/۰۹۳	°°-۰/۲۰۲	۱/۰۰۰				
۶	اضطراب سلامتی	°°-۰/۱۵۰	°°-۰/۱۹۳	°°-۰/۲۰۳	°°-۰/۲۱۴	°°/۰/۲۲۰	۱/۰۰۰			
۷	رفتار تیپ الف	۰/۰۳۹	°°-۰/۱۷۱	°°-۰/۱۴۵	۰/۰۸۸	۰/۰۵۷	°°/۰/۱۷۵	۱/۰۰۰		
۸	خلق تحریک‌پذیر	°°-۰/۱۸۸	°°-۰/۲۲۶	°°-۰/۲۱۷	°°-۰/۲۰۸	*°°/۰/۲۵۱	°°/۰/۲۹۸	°°/۰/۵۲۷	۱/۰۰۰	
۹	ناگویی هیجانی	°°-۰/۱۹۸	°°-۰/۲۸۷	°°-۰/۲۵۲	°°-۰/۲۳۶	*°°/۰/۱۳۹	°°/۰/۱۷۴	°°/۰/۲۱۶	°°/۰/۳۰۹	۱/۰۰۰

°° معنی‌داری در سطح ۵ درصد، ° معنی‌داری در سطح ۱ درصد

در راستای تحلیل مسیر، ابتدا همبستگی بین متغیرها تعیین شد. نتایج نشان داد که در پژوهش حاضر، همبستگی منفی و معنی‌داری بین هر چهار مؤلفه‌ی روان‌تنی با ابعاد کیفیت زندگی و همبستگی مثبت و معنی‌داری با اضطراب درد وجود داشت که جزییات آن در جدول ۲ ارائه شده است. مسیرهای مؤلفه‌های روان‌تنی و اضطراب درد برای ارزیابی تأثیر مستقیم، غیر مستقیم و کلی آن‌ها بر نتایج کیفیت زندگی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. بر اساس داده‌های جدول ۳، رابطه‌ی غیر مستقیمی بین هر چهار مؤلفه‌ی روان‌تنی با ابعاد کیفیت زندگی مشاهده گردید؛ به طوری که این ارتباط بین اضطراب سلامتی، رفتار تیپ الف، خلق تحریک‌پذیر و ناگویی هیجانی با بعد جسمانی کیفیت زندگی به ترتیب $\beta = -0/023$ ، $\beta = -0/004$ ، $\beta = -0/056$ ، $\beta = -0/029$ است.

در راستای تحلیل مسیر، ابتدا همبستگی بین متغیرها تعیین شد. نتایج نشان داد که در پژوهش حاضر، همبستگی منفی و معنی‌داری بین هر چهار مؤلفه‌ی روان‌تنی با ابعاد کیفیت زندگی و همبستگی مثبت و معنی‌داری با اضطراب درد وجود داشت که جزییات آن در جدول ۲ ارائه شده است. مسیرهای مؤلفه‌های روان‌تنی و اضطراب درد برای ارزیابی تأثیر مستقیم، غیر مستقیم و کلی آن‌ها بر نتایج کیفیت زندگی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. بر اساس داده‌های جدول ۳، رابطه‌ی غیر مستقیمی بین هر چهار مؤلفه‌ی روان‌تنی با ابعاد کیفیت زندگی مشاهده گردید؛ به طوری که این ارتباط بین اضطراب سلامتی، رفتار تیپ الف، خلق تحریک‌پذیر و ناگویی هیجانی با بعد جسمانی کیفیت زندگی به ترتیب $\beta = -0/023$ ، $\beta = -0/004$ ، $\beta = -0/056$ ، $\beta = -0/029$ است.

جدول ۳. ضرایب اثر مستقیم، غیر مستقیم و کل متغیر اضطراب درد و مؤلفه‌های روان‌تنی بر کیفیت زندگی افراد مبتلا به میگرن

اثر غیر مستقیم	بعد محیطی کیفیت زندگی		بعد اجتماعی کیفیت زندگی		بعد روان‌شناختی کیفیت زندگی		بعد جسمی کیفیت زندگی		اثر غیر مستقیم	اثر کل	اضطراب سلامتی
	اثر	اثر کل	اثر غیر مستقیم	اثر مستقیم	اثر غیر مستقیم	اثر مستقیم	اثر غیر مستقیم	اثر مستقیم			
۰	۰	-۰/۰۲۹	۰	-۰/۰۱۸	۰	-۰/۰۱۸	۰	-۰/۰۳۱	-۰/۰۴۳	۰	-۰/۰۴۳
۰	۰	-۰/۰۰۲	۰	-۰/۰۰۱	۰	-۰/۰۰۱	۰	-۰/۰۳۱	-۰/۰۰۴	۰	-۰/۰۰۴
۰	۰	-۰/۰۳۸	۰	-۰/۰۲۳	۰	-۰/۰۲۳	۰	-۰/۰۴۰	-۰/۰۵۶	۰	-۰/۰۵۶
۰	۰	-۰/۰۰۷	۰	-۰/۰۰۴	۰	-۰/۰۰۴	۰	-۰/۰۰۸	-۰/۰۱۱	۰	-۰/۰۱۱
-	-۰/۱۹۱	-۰/۱۹۱	-	-۰/۱۱۷	-۰/۱۱۷	-	-۰/۲۰۲	-۰/۲۰۲	-	-۰/۲۸۴	-۰/۲۸۴

جدول ۴. مقدار برازش مدل در تحلیل مسیر مدل میانجی اضطراب درد

شاخص	مقدار توصیه شده	مدل برازش یافته	نتیجه‌گیری
CMIN/df	≥ 0.5	۲,۴۹۶	برازش دارد
CFI	≥ 0.90	۰,۹۶۲	برازش دارد
IFI	≥ 0.90	۰,۹۶۳	برازش دارد
RMSEA	≤ 0.10	۰,۰۷۸	برازش دارد
NFI	≥ 0.90	۰,۹۴	برازش دارد

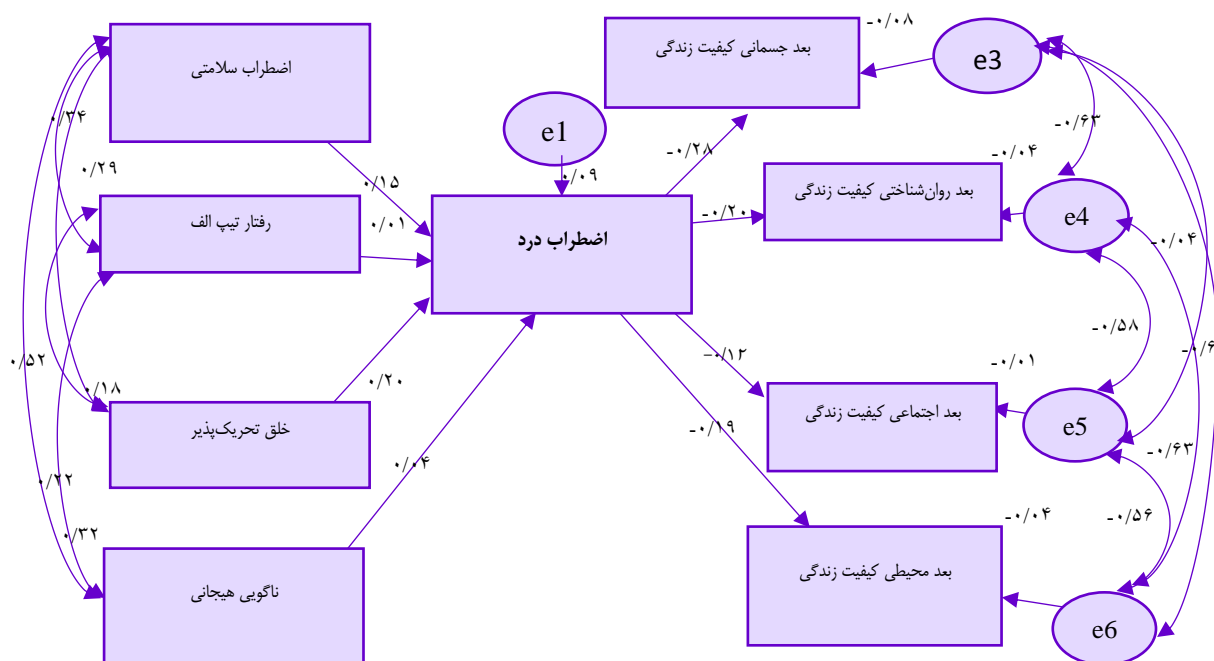
CMIN/df: Chi-square fit statistics/degree of freedom; CFI: Comparative fit index; IFI: Incremental fit index; RMSEA: Root mean square error of approximation; NFI: Normed fit index

همچنین، اضطراب درد تأثیر مستقیمی بر ابعاد کیفیت زندگی داشت و مؤلفه‌های روان‌تنی نیز به صورت غیر مستقیم با میانجی‌گری اضطراب درد با ابعاد کیفیت زندگی ارتباط دارد. این نتایج با یافته‌های مطالعه‌ی von Rimscha و همکاران که نشان دادند ویژگی‌های ناگویی هیجانی با کاهش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت همراه بود (۳۲)، همسو می‌باشد. در واقع، افراد مبتلا به ناگویی هیجانی، تهیج‌های بدنی بهنجار و نشانه‌های برانگیختگی هیجانی را بد تفسیر می‌کنند و درماندگی هیجانی را از طریق شکایت‌های بدنی نشان می‌دهند. بنابراین، ناگویی هیجانی، عامل خطر ساز برای بسیاری از اختلالات روان‌تنی همچون میگرن است؛ چرا که افراد مبتلا به میگرن بسیار تحت فشار همبسته‌های جسمانی هیجانی قرار دارند که به کلام در نمی‌آیند (۳۳).

روابط بین متغیرها در مدل تحلیل مسیر تدوین شده است (شکل ۱). بر این اساس، مؤلفه‌های روان‌تنی تأثیر مثبت و معنی‌داری با اضطراب درد و همچنین، اضطراب درد تأثیر منفی و معنی‌داری با ابعاد کیفیت زندگی داشت و تجزیه و تحلیل اثرات نشان داد که اضطراب درد تأثیرات مؤلفه‌های روان‌تنی را بر نتایج کیفیت زندگی واسطه قرار می‌دهد؛ بدین معنی که با افزایش نمرات مؤلفه‌های روان‌تنی و اضطراب درد، نمرات ابعاد کیفیت زندگی کاهش می‌یابد.

بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که همبستگی منفی بین مؤلفه‌های روان‌تنی و اضطراب درد با ابعاد کیفیت زندگی وجود دارد و



شکل ۱. ضرایب مسیر نشان دهنده تأثیر مستقیم و غیر مستقیم مؤلفه‌های روان‌تنی و اضطراب درد با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به میگرن

نمی‌کنند و این باعث تشدید هیجانات منفی مانند اضطراب در قالب علائم جسمی از جمله سردرد می‌شود (۴۴). در واقع، اضطراب سلامتی نیز با افزایش سطح تمرکز بر روی سلامتی، منجر به فاجعه‌سازی درد، افزایش شدت اضطراب درد و کاهش کیفیت زندگی و مراجعه‌ی مکرر به پزشک می‌شود (۴۵، ۳۵). یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج مطالعه‌ی Ottolini و همکاران مبنی بر ارتباط تحریک‌پذیری و اضطراب با دردهای قلبی (۴۶)، همچنین، نتایج تحقیق Rong و همکاران مبنی بر ارتباط رفتار تیپ الف با اضطراب و افسردگی (۴۷) و تأثیر اضطراب مرتبط با درد بر بروز اختلالات شناختی، عاطفی و رفتاری و کاهش کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به اختلالات روان‌تنی (۴۸)، همخوانی داشت. به نظر می‌رسد متغیرهای روان‌شناختی و شخصیتی مانند ناگویی هیجانی، اضطراب سلامتی، خلق تحریک‌پذیر و رفتار تیپ الف، عوامل خطر برای افزایش اضطراب درد و احتمالاً بروز دوره‌های سردرد می‌باشد که در نهایت، منجر به کاهش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به میگرن می‌شود.

نتیجه‌گیری

با توجه به سهم متغیرهای DCPR شامل ناگویی هیجانی، اضطراب سلامت، خلق تحریک‌پذیر و رفتار تیپ الف بر اضطراب درد و کاهش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به میگرن، پیشنهاد می‌شود برای بهبود کیفیت زندگی این بیماران، مداخلات روان‌شناختی مبتنی بر این مدل، طراحی و آزمایش گردد.

از آنجایی که نمونه‌های بیمار در پژوهش حاضر به شیوه‌ی در دسترس از بین بیماران مبتلا به سردرد میگرنی از مراکز درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انتخاب شدند، در تعمیم نتایج به نمونه‌های مراجعه‌کننده به مراکز خصوصی، جانب احتیاط رعایت شود.

تشکر و قدردانی

مطالعه‌ی حاضر برگرفته از پایان‌نامه‌ی مقطع کارشناسی ارشد به شماره‌ی ۳۹۸۱۰۲۰، مصوب دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد. بدین وسیله از معاونت محترم دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، مدیریت محترم کلینیک امام موسی صدر و همچنین، کلیه‌ی بیمارانی که در انجام این تحقیق همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

نتایج بررسی حاضر از یافته‌های تحقیق Stojanov و همکاران را که دریافتند افزایش اضطراب سلامتی با کیفیت زندگی پایین مرتبط با سلامتی و همچنین، کیفیت ضعیف خواب همراه است (۳۴)، حمایت می‌کند. در واقع، افراد مبتلا به اضطراب سلامتی، دارای طرحواره‌های ذهنی ناسازگارانه در مورد اهمیت علائم جسمی و ادراک تهدیدآمیز هستند که به محض فعال شدن این طرحواره‌ها، فرد مبتلا به طور انتخابی به علائم جسمی همسو با بیماری توجه می‌کند که ممکن است منجر به تجربه‌ی علائم جسمی مانند سردرد میگرنی و کاهش کیفیت زندگی شود (۳۵). یافته‌های مدل (شکل ۱) در راستای نتایج پژوهش Grassi و همکاران (۳۶) است. آن‌ها دریافتند که بیماران مبتلا به DCPR از جمله خلق تحریک‌پذیر، کیفیت زندگی پایین (۳۶) و سبک زندگی ناسالم (۲۵) را گزارش می‌کنند. شاید تحریک‌پذیری و پرخاشگری منفعلانه به شکل نشانگان مرضی جسمانی مانند سردرد، دردهای معده‌ای-روده‌ای، پرفشاری خون، احساس درماندگی و اضطراب نمایان شود (۳۷).

یکی از یافته‌های مهم دیگر مطالعه‌ی حاضر، نقش رفتار تیپ الف در کاهش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به میگرن بود. این نتایج از یافته‌های تحقیقاتی که نشان دادند حداقل یکی از این مؤلفه‌های روان‌تنی از جمله رفتار تیپ الف به عنوان یک عامل خطر بیماری‌های مزمن با شکایات جسمی، اختلالات قلبی-عروقی و کاهش کیفیت زندگی همراه است (۳۸-۳۹)، حمایت نمود. بر اساس نتایج برخی پژوهش‌ها، رفتار تیپ الف با میانجی‌گری اضطراب، با بیماری‌های جسمی مرتبط است و باعث کاهش کیفیت زندگی می‌شود (۴۱-۴۰) که با یافته‌های بررسی حاضر همخوانی داشت. در واقع، مطابق با برخی دیدگاه‌های روان‌شناختی، رفتار تیپ الف با رویدادهای غیر قابل کنترل و غیر قابل پیش‌بینی بیشتری در زندگی روبه‌رو شده و ناراحتی بیشتری از جمله سردرد را تجربه کرده‌اند (۴۲).

بر اساس نتایج مطالعه‌ی حاضر، DCPR همبستگی مثبت و معنی‌داری با اضطراب درد داشت و با یافته‌های تحقیق Dincer و همکاران که نشان دادند بین اضطراب و ناگویی هیجانی همبستگی مثبت و معنی‌داری مشاهده گردید (۴۳)، همسو بود. به نظر می‌رسد افراد مبتلا به ناگویی هیجانی، قادر به مدیریت سیستم شناختی-عاطفی خود نیستند و به درستی با موقعیت‌های استرس‌زا مقابله

References

- de Tommaso M, Federici A, Loiacono A, Delussi M, Todarello O. Personality profiles and coping styles in migraine patients with fibromyalgia comorbidity. *Compr Psychiatry* 2014; 55(1): 80-6.
- Ryvlín P, Skorobogatykh K, Negro A, Sanchez-De La Rosa R, Israel-Willner H, Sundal C, et al. Current clinical practice in disabling and chronic migraine in the primary care setting: Results from the European My-LIFE anamnesis survey. *BMC Neurol* 2021; 21(1): 1.
- 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.

- J Neurol Sci 2017; 372: 307-15.
4. 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. *Iran Red Crescent Med J* 2016; 18(10): e40061.
 5. Koller LS, Diesner SC, Voithl P. Quality of life in children and adolescents with migraine: an Austrian monocentric, cross-sectional questionnaire study. *BMC Pediatr* 2019; 19(1): 164.
 6. 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.
 7. Rogers AH, Gallagher MW, Garey L, Ditre JW, Williams MW, Zvolensky MJ. Pain Anxiety Symptoms Scale-20: An empirical evaluation of measurement invariance across race/ethnicity, sex, and pain. *Psychol Assess* 2020; 32(9): 818-28.
 8. Mortazavi-Nasiri FS, Pakdaman S, Dehghani M. The association of catastrophizing and pain-related anxiety with headache-related disability in patients suffering from migraine. *Journal of Research in Behavioural Sciences* 2015; 13(4): 609-16. [In Persian].
 9. LaRowe LR, Powers JM, Garey L, Rogers AH, Zvolensky MJ, Ditre JW. Pain-related anxiety, sex, and co-use of alcohol and prescription opioids among adults with chronic low back pain. *Drug Alcohol Depend* 2020; 214: 108171.
 10. Swati T, Shipra S, Sanjay G. Role of Brimhana nasya in psychosomatic disorders. *Int J Green Pharm* 2018; 12(2): S301.
 11. Porcelli P, Rafanelli C. Criteria for psychosomatic research (DCPR) in the medical setting. *Curr Psychiatry Rep* 2010; 12(3): 246-54.
 12. Cosci F, Svicher A, Romanazzo S, Maggini L, De CF, Benemei S, et al. Criterion-related validity in a sample of migraine outpatients: The diagnostic criteria for psychosomatic research. *CNS Spectr* 2020; 25(4): 545-51.
 13. Bagby RM, Parker JDA, Onno KA, Mortezaei A, Taylor GJ. Development and psychometric evaluation of an informant form of the 20-item Toronto alexithymia scale. *J Psychosom Res* 2021; 141: 110329.
 14. Mattila AK, Kronholm E, Jula A, Salminen JK, Koivisto AM, Mielonen RL, et al. Alexithymia and somatization in general population. *Psychosom Med* 2008; 70(6): 716-22.
 15. Provotorov VM, Kravchenko AI, Budnevskii AV, Alekhina OD, Grekova TI. Quality of life of patients in post-myocardial infarct period. *Klin Med (Mosk)* 1998; 76(11): 25-7. [In Russian].
 16. 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. *J Headache Pain* 2013; 14: 18.
 17. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. 5th ed. Washington, DC: APA; 2013.
 18. Fabbri S, Fava GA, Sirri L, Wise TN. Development of a new assessment strategy in psychosomatic medicine: The diagnostic criteria for psychosomatic research. *Adv Psychosom Med* 2007; 28: 1-20.
 19. Bobevski I, Clarke DM, Meadows G. Health anxiety and its relationship to disability and service use: Findings from a large epidemiological survey. *Psychosom Med* 2016; 78(1): 13-25.
 20. Fink P, Ornbol 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.
 21. Jeung DY, Lee HO, Chung WG, Yoon JH, Koh SB, Back CY, et al. Association of emotional labor, self-efficacy, and type A personality with burnout in Korean dental hygienists. *J Korean Med Sci* 2017; 32(9): 1423-30.
 22. Lohse T, Rohrmann S, Richard A, Bopp M, Faeh D. Type A personality and mortality: Competitiveness but not speed is associated with increased risk. *Atherosclerosis* 2017; 262: 19-24.
 23. 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. *Psychosom Med* 2009; 71(7): 733-40.
 24. Fava GA, Cosci F, Sonino N. Current psychosomatic practice. *Psychother Psychosom* 2017; 86(1): 13-30.
 25. Leibenluft E, Stoddard J. The developmental psychopathology of irritability. *Dev Psychopathol* 2013; 25(4 Pt 2): 1473-87.
 26. Campos-Fernandez D, Fonseca E, Olive-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 Behav* 2020; 113: 107511.
 27. McCracken LM, MacKichan F, Eccleston C. Contextual cognitive-behavioral therapy for severely disabled chronic pain sufferers: Effectiveness and clinically significant change. *Eur J Pain* 2007; 11(3): 314-22.
 28. Davoodi I, Zargar Y, mozafari Pour E, Nargesi F, Mola K. The relationship between pain catastrophizing, social support, pain-related anxiety, coping strategies and neuroticism, with functional disability in rheumatic patients. *Journal of Health Psychology* 2012; 1(1): 54-67. [In Persian].
 29. Nejat S, Montazeri A, Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh R. The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. *J Sch Public Health Inst Public Health Res* 2006; 4(4): 1-12. [In Persian].
 30. 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.
 31. Goli F, Roohafza H, Khani A, Afshar H. Validation of self-assessed form of diagnostic criteria for psychosomatic research adapted from diagnostic criteria for psychosomatic research - structured interview. *J Res Med Sci* 2022; 27: 1.
 32. von Rimscha S, Moergeli H, Weidt S, Straumann D, Hegemann S, Rufer M. Alexithymia and health-related quality of life in patients with dizziness. *Psychopathology* 2013; 46(6): 377-83.
 33. Lane RD. Alexithymia 3.0: Reimagining alexithymia from a medical perspective. *BioPsychoSocial Med* 2020; 14(1): 21.
 34. Stojanov J, Malobabic M, Stanojevic G, Stevic M,

- Milosevic V, Stojanov A. Quality of sleep and health-related quality of life among health care professionals treating patients with coronavirus disease-19. *Int J Soc Psychiatry* 2021; 67(2): 175-81.
35. Ghadimi Karahroudi S, Sepehrian Azar F. Comparison of health anxiety, sleep and life quality in people with and without chronic pain. *J Anesth Pain* 2020; 10(4): 63-76. [In Persian].
36. Grassi L, Rossi E, Sabato S, Cruciani G, Zambelli M. Diagnostic criteria for psychosomatic research and psychosocial variables in breast cancer patients. *Psychosomatics* 2004; 45(6): 483-91.
37. Sharifirad G, Bahari A, Bazani M, Jalilian M. Relationship between aggression and demographic characteristics in male high school students of Ilam. *Zanko Journal of Medical Sciences* 2016; 16(51): 36-44. [In Persian].
38. Lemogne C, Turinici M, Panjo H, Ngo C, Canoui-Poitrine F, Chauvet-Gelinier JC, et al. Personality and breast cancer screening in women of the GAZEL cohort study. *Cancer Med* 2018; 7(2): 515-24.
39. Pollock BD, Chen W, Harville EW, Bazzano LA. Associations between hunter type A/B personality and cardiovascular risk factors from adolescence through young adulthood. *Int J Behav Med* 2017; 24(4): 593-601.
40. Shah SIA, Sikandar MZ, Haq I. Personality traits, anxiety and depression in post-myocardial infarction patients. *PJMHS* 2020; 14(3): 706-10.
41. Milicic D, Brajkovic L, Macek JL, Andric A, Ardalic Z, Buratovic T, et al. Type a personality, stress, anxiety and health locus of control in patients with acute myocardial infarction. *Psychiatr Danub* 2016; 28(4): 409-14.
42. 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. *J Health Psychol* 2011; 16(3): 397-409.
43. Dincer B, Yildirim AE, Oguz A. Changes in sexual functions and alexithymia levels of patients with type 2 diabetes during the COVID-19 pandemic. *Sex Disabil* 2021; 1-18.
44. Nekouei ZK, Doost HT, 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). *J Educ Health Promot* 2014; 3: 68.
45. Kehler MD, Hadjistavropoulos HD. Is health anxiety a significant problem for individuals with multiple sclerosis? *J Behav Med* 2009; 32(2): 150-61.
46. Ottolini F, Modena MG, Rigatelli M. Prodromal symptoms in myocardial infarction. *Psychother Psychosom* 2005; 74(5): 323-7.
47. Rong Q, Xu L, Tian F, Wang H. Survey of personality traits, anxiety and depression in patients with leukemia. *J Leuk Lymphoma* 2017; (12): 349-52.
48. Carleton RN, Abrams MP, Asmundson GJ, Antony MM, McCabe RE. Pain-related anxiety and anxiety sensitivity across anxiety and depressive disorders. *J Anxiety Disord* 2009; 23(6): 791-8.

The Role of Mediating the Relationship between Pain Anxiety and Psychosomatic Components on Quality of Life in Patients with Migraine Headache: Path Analysis

Amrollah Ebrahimi¹, Mehdi Borouni², Reza Bagherian-Sararoudi³, Zahra Heidari⁴, Fariborz Khorvash⁵

Original Article

Abstract

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 anxiety in the relationship between psychosomatic components on quality of life in these patients.

Methods: In this cross-sectional study, using available sampling method, 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, Isfahan, Iran, in year 2020. In the appropriate psychological situation, after justifying the goals of the research, the World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF), McCracken Pain Anxiety Questionnaire (PASS-20) and also the Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research Questionnaire (DCPR) were completed.

Findings: There was a negative correlation between the components of psychosomatic and pain anxiety with the dimensions of quality of life. Moreover, there was an indirect relation between the components of psychosomatic with the dimensions of quality of life, a direct relation between pain anxiety and the dimensions of quality of life. Besides, the proposed model of path analysis of variables had a good fit.

Conclusion: The findings of this study explain the contribution of some underlying psychological factors in the occurrence and persistence of headache. Moreover, this study suggests the development of psychological intervention packages based on an explanatory model to improve the quality of life of patients with migraine.

Keywords: Migraine headache; Pain; Health; Anxiety; Irritable mood; Alexithymia; Quality of Life

Citation: Ebrahimi A, Borouni M, Bagherian-Sararoudi R, Heidari Z, Khorvash F. **The Role of Mediating the Relationship between Pain Anxiety and Psychosomatic Components on Quality of Life in Patients with Migraine Headache: Path Analysis.** J Isfahan Med Sch 2022; 39(654): 973-81.

1- Associate Professor, Department of Health Psychology, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- MSc Student, Department of Health Psychology, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- Professor, Department of Health Psychology, School of Medicine, Behavior Science Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

4- Assistant Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

5- Professor, Department of Neurology, School of Medicine, Neurosciences Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Mehdi Borouni, MSc Student, Department of Health Psychology, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran; Email: mehdiBOROUNI.psy@gmail.com