

Investigating the mediating role of dysfunctional attitudes on the relationship between early maladaptive schemas and clinical symptoms in migraine patients

Omid Enayatian¹, Mehdi Amiri², Zeynab Zarabi Moghadam³

1-M.A in General Psychology, Instructor, Khayyam University of Mashhad, Mashhad, Iran.

2- Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
(Corresponding Author). E-mail: Amiri.psy@gmail.com

3- M.A in General Psychology, Instructor, Counseling and Psychology Department, Khayyam University of Mashhad, Mashhad, Iran.

Received: 26/11/2019

Accepted: 11/03/2020

Abstract

Introduction: Studies on migraine psychiatric disease indicate that the disease is chronic and in this study the mediating role of dysfunctional attitudes on the relationship between early maladaptive schemas and clinical syndrome of migraineurs has been studied.

Aim: The purpose of this study was to investigate the mediating role of dysfunctional attitudes in relation to early maladaptive schemas and clinical syndrome in people with migraine.

Method: The research method is path analysis. Regarding this study, it should be noted that the study population was Migrants of Mashhad with 96 males and 161 females and sampling was available. From this sample, 257 questionnaires were submitted to the researcher. Yang Schema Questionnaire(short form)•DAS-26 and DASS-21 questionnaires were used in this study.

Results: The findings showed that indirect pathways of the model are significant and this indicates a significant ($P<0.05$) mediating role of dysfunctional attitudes in the relationship between early maladaptive schemas and clinical syndrome in migraine patients.

Conclusion: The results showed that dysfunctional attitudes play a mediating role between early maladaptive schemas and clinical symptoms of migraine. Therefore, in patients with migraine, the dysfunctional attitudes of these individuals can be adjusted using the psychological method and this in turn will be effective in improving the clinical symptoms of migraine.

Keywords: Disfunctional attitudes, Early maladaptive schemes, Clinical symptoms, Migraine

How to cite this article : Enayatian O, Amiri M, Zarabi Moghadam Z. Investigating the Mediating Role of Dysfunctional Attitudes on the Relationship between Early Maladaptive Schemas and Clinical Symptoms in Migraine Patients. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2020; 7 (1): 126-140 .URL: <http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-852-fa.pdf>

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

بررسی نقش واسطه‌ای نگرش‌های ناکارآمد در رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نشانگان بالینی در بیماران مبتلا به میگرن

امید عنایتیان^۱، مهدی امیری^۲، زینب ضرابی مقدم^۳

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، مربی، دانشگاه خيام مشهد، مشهد، ایران.

۲. استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران (مؤلف مسئول). ایمیل: Amiri.psy@gmail.com.

۳. کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، مربی، گروه مشاوره و روانشناسی، دانشگاه خيام مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۱۲/۲۱

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۰۹/۰۵

چکیده

مقدمه: مطالعات انجام شده در خصوص بیماری روان‌تنی میگرن نشان دهنده مزمن بودن این بیماری است و در این پژوهش نقش واسطه‌ای نگرش‌های ناکارآمد در رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نشانگان بالینی افراد میگرنی مورد مطالعه قرار گرفته است.

هدف: هدف این پژوهش بررسی نقش واسطه‌ای نگرش‌های ناکارآمد در رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نشانگان بالینی در افراد مبتلا به میگرن است.

روش: روش پژوهش از نوع تحلیل مسیر است. در خصوص این پژوهش باید اشاره کرد که جامعه مورد مطالعه افراد میگرنی شهر مشهد بوده که ۹۶ مرد و ۱۶۱ زن و نمونه‌گیری به گونه در دسترس انجام شده است. از این نمونه ۲۵۷ پرسشنامه‌های خود را به پژوهشگر تحویل دادند. در این پژوهش از پرسشنامه‌های طرحواره یانگ (فرم کوتاه)، پرسشنامه DAS-26 و پرسشنامه (DASS-21) استفاده شده است.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد که مسیرهای غیرمستقیم مدل معنادار است و این حاکی از معنی‌داری ($P < 0.05$) نقش واسطه‌ای نگرش‌های ناکارآمد در ارتباط بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نشانگان بالینی در مبتلایان به میگرن است.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که نگرش‌های ناکارآمد نقش واسطه‌ای میان طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نشانگان بالینی افراد میگرنی دارد. لذا در افراد مبتلا به میگرن می‌توان با استفاده از روش روان‌شناختی نگرش‌های ناکارآمد این افراد را منعطف کرد و این مهم به نوبه خود در بهبود نشانگان بالینی میگرن این افراد مؤثر خواهد بود.

کلیدواژه‌ها: نگرش ناکارآمد، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، نشانگان بالینی، میگرن

مقدمه

نگرش عبارت است از ترکیبی از باورها و هیجان‌هایی که شخص را پیشاپیش آماده می‌کند تا به دیگران، اشیا و گروه‌های مختلف به شیوه مثبت یا منفی نگاه کند. نگرش‌ها ارزیابی از اشیا را خلاصه می‌کنند و در نتیجه پیش‌بینی یا هدایت اعمال یا رفتارهای آینده را بر عهده می‌گیرند (اولسن^۱ و همکاران، ۲۰۰۰). نگرش مرکب از سه عنصر شناختی، عاطفی (احساسی) و آمادگی برای عمل است (مولر^۲، ۲۰۰۱). طبق مدل نظری بک در مورد افسردگی افراد افسرده علاوه بر نگرش‌های ناکارآمد، یک سری طرحواره‌های افسردگی‌زا دارند که در خلال سالیان به وجود آمده‌اند (یانگ^۳ و همکاران، ۲۰۰۴). طرحواره ساختاری شناختی برای ادراک، ساماندهی، پردازش و بهره‌برداری از اطلاعات است. طرحواره‌ها در طی زمان نسبتاً ثابت می‌مانند و این منجر به شیوه‌های ثابت برای ادراک و استفاده از اطلاعات می‌شود. طرحواره‌ها در افراد با هم متفاوت‌اند و همین سبب می‌شود که هر فردی اطلاعات را به شیوه‌ای خاص پردازش کند و رفتاری متفاوت با دیگران داشته باشد. (اتکینسون^۴ و همکاران، ۲۰۰۹). ریشه‌های تحولی طرحواره‌ها را می‌توان در سه زیر دسته تجارب اولیه زندگی، خلق خوی هیجانی و نیازهای هیجانی اساسی بررسی کرد. بدین ترتیب، نگرش نشان دهنده اثر شناختی و عاطفی به جای گذاشته شده تجربه شخص از شیء یا موضوع اجتماعی یا مورد پنهانی است و یک تمایل به پاسخ در برابر آن شیء است

(داون^۵، ۲۰۰۰). بسیاری از نشانگان بالینی از جمله افسردگی، اضطراب و استرس در اختلالات روان‌تنی^۶ وجود دارد از جمله میگرن که در این پژوهش مورد بحث است. میگرن^۷ یکی از اختلالات شدید است که ویژگی آن سردردهای ملایم یا شدید پی‌درپی است و غالباً با علائمی در سیستم عصبی آتونومس همراه است؛ که در آن درد از یک طرف سر است و ماهیتاً ضربان‌دار است و از ۲ ساعت تا ۷۲ ساعت ادامه دارد (بورسوک^۸، ۲۰۱۲). علائم همراه با آن می‌تواند شامل حالت تهوع، استفراغ، نورگزیزی افزایش حساسیت به نور، صدا ترسی باشد (بیگال^۹، ۲۰۰۸). حدود دو سوم افراد مبتلا سردردها را از خانواده به ارث می‌برند نوسان سطح هورمون می‌تواند نقش داشته باشد (بارتلسون^{۱۰}، ۲۰۱۰). البته این باور وجود دارد که میگرن به دلیل نوعی اختلال در رگ‌های خونی و عصبی باشد. اختلالات روان‌تنی مانند میگرن دارای جنبه‌های مختلفی از قبیل فیزیولوژیک و روانی هستند (آدامز^{۱۱}، ۲۰۰۱). همچنین تأیید نگرش‌های ناکارآمد را در این نوع بیماری‌ها نمی‌توان نادیده گرفت. آگاه بودن از نگرش‌های افراد می‌تواند دارای اهمیت زیادی باشد. مطالعات نشان می‌دهد که در بروز سردردهای میگرنی عوامل مختلفی دخیل است از جمله افسردگی، اضطراب، هراس، سوء مصرف مواد و... (آرتور^{۱۲}، ۲۰۱۱). درد یکی از شایع‌ترین پدیده‌هایی است که افراد را وادار به درخواست کمک از نظام‌های مراقبتی، بهداشتی و درمانی می‌نماید (شاکری و

^۵- Dawn

^۶- Psychosomatics

^۷- Migraine

^۸- Borsook

^۹- Bigal

^{۱۰}- Bartelson

^{۱۱}- Adams

^{۱۲}- Arthur

^۱- Olsen

^۲- Mooler

^۳- Young

^۴- Atkinson

همکاران، ۱۳۸۶). سردردهای ثانویه که می‌توان علت آن‌ها را به شرایط بیماری‌زا نسبت داد شامل سردردهای ناشی از عفونت، بدخیمی‌ها، علل عروقی، دارویی یا ایدیوپاتیک^{۱۳} است (قربانی و همکاران، ۱۳۹۱). معروف‌ترین و فراوان‌ترین انواع سردردهای اولیه میگرن و سردرد تنشی هستند (فیتچل^{۱۴}، ۲۰۰۳). طبقه‌بندی انجمن بین‌المللی سردرد میگرن را به دو دسته همراه با اورا و بدون اورا تقسیم می‌کند. اورا نوعی اختلال نورولوژیک قابل‌برگشت است که ممکن است به صورت کرختی و سوزن سوزن شدن پوست سر یا تغییراتی در حس‌های شنوایی، بینایی، بویایی یا تکلم باشد. این علائم را به کورتکس مغز یا ساقه مغز نسبت داده‌اند (داکراس^{۱۵}، ۲۰۰۶). بر این مبنا در درمان سردردهای تنشی و میگرنی دو حوزه کلی درمان شکل گرفته است. درمان‌های دارویی و درمان‌های غیر دارویی (سجادی نژاد، ۲۰۰۵). بسیاری از بیماران مبتلا به دردهای مزمن، علی‌رغم مداخلات دارویی، همچنان درد را تجربه می‌کنند و اگر قادر به سازش با دردشان نباشند، کیفیت زندگی شان به طور چشم‌گیری تحت تأثیر قرار می‌گیرد (دنت^{۱۶}، ۲۰۱۱). احساسات اضطرابی در میان مبتلایان به سردرد میگرن شایع است و این احساسات یکی از مهم‌ترین عوامل راه‌انداز میگرن است (گرین^{۱۷}، ۲۰۱۱). افسردگی و احساسات خلقی منفی نیز در میان بیماران مبتلا به میگرن نسبت به افراد بدون میگرن، بالاتر است (ماچیانو^{۱۸} و همکاران، ۲۰۱۱). بیش از ۹۰ درصد مردم، حداقل یک روز را در سال به

سردرد مبتلا می‌شوند و ۱۰ تا درصد کسانی که به پزشک مراجعه می‌کند، شکایت اولیه شان سردرد است (گاتچل، ۲۰۰۵). فلاحزاده و همکاران وی با توجه به این نکته که تعداد زیادی از خویشتاوندان بسیاری از افراد مبتلا به میگرن مبتلا به فشارخون بالا هستند، یکی دیگر از دلایل ژنتیک پیشرفت میگرن را مشخص کردند (فلاحزاده، ۱۳۹۱). به دلیل این که میگرن و نشانگان بالینی آن که غالباً مستأصل‌کننده است و باعث می‌شود که در عملکرد بالینی و مسائل عمده زندگی فرد از قبیل شغل، ازدواج و تحصیل ... اختلال ایجاد شود، بر آن شدیم که در تحقیق پیش رو میانجیگری نگرش‌های ناکارآمد را در بروز طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نشانگان بالینی در افراد مبتلا به میگرن مورد بررسی قرار دهیم.

روش

روش پژوهش از نوع تحلیل مسیر است. جامعه مورد پژوهش متشکل از افراد میگرنی شهر مشهد است. نمونه‌گیری در ۳۰۰ نفر از بیماران مبتلا به میگرن که شامل ۱۶۱ زن و ۹۶ مرد و به‌وسیله نمونه‌گیری در دسترس از طریق مطب‌های خصوصی متخصصین مغز و اعصاب و نورولوژیست‌های شهر مشهد و از طریق پرسشنامه آنالین و چایی انجام گرفته است. بدین ترتیب گروه‌های اصلی را بیماران مبتلا به میگرن تشکیل می‌دهند. ملاک ورود تشخیص میگرن توسط متخصص مغز و اعصاب و نورولوژیست است و ملاک خروج تشخیص هم‌زمان بیماری روانی دیگر و عدم تمایل شرکت‌کنندگان پژوهش به ادامه کار است. در این پژوهش پرسشنامه‌های طرحواره‌یانگ (فرم ۷۵ سؤالی)،

¹³ - Idiopathic

¹⁴ - Fitchel

¹⁵ - Ducros

¹⁶ - Dent

¹⁷ - Green

¹⁸ - Moschiano

واریانس چند راهه و تحلیل ممیز مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتیجه‌ی حاصله این بود که به طور کل، ضریب آلفای کرونباخ و میزان ویژگی برای طرحواره‌ها مناسب بود. حساسیت نیز تا حدودی مطلوب بود و میزان ویژگی بالاتر از میزان حساسیت به دست آمد. ضریب روایی هم‌زمان مقیاس نگرش‌های ناکارآمد با پرسشنامه‌ی طرحواره‌ی یانگ (نسخه‌ی سوم فرم کوتاه، ۲۰۰۵) به میزان ۰/۶۵ به دست آمد. همچنین نقاط برش برای تشخیص سرزندگی پرسشنامه‌ی طرحواره‌ی یانگ (نسخه‌ی سوم فرم کوتاه، ۲۰۰۵) تعیین شد.

مقیاس نگرش‌های ناکارآمد وایزمن و بک (DAS-26): این مقیاس در سال ۱۹۷۸ طراحی شد در این تحقیق مورد استفاده است. آن‌ها دو فرم موازی را بر اساس سنجش این سازه طراحی کردند که فرم الف آن ۴۰ سؤال و فرم ب آن ۱۰۰ سؤال داشت. در پژوهشی که توسط ویسمن^{۱۹} و همکاران در سال ۱۹۷۸ در خصوص توسعه و اعتبار سنجی مقیاس نگرش ناکارآمد یک تحقیق مقدماتی انجام گرفت. نتایج نشان داد که مقیاس نگرش ناکارآمد (DAS) برای اندازه‌گیری نگرش گسترده منفی یک فرد افسرده نسبت به خود، جهان خارج و آینده ساخته شده است. DAS از ساختار اختلال شناختی بک پیروی می‌کند. دو مطالعه به بررسی خصوصیات روان سنجی DAS و رابطه بین شناخت و تأثیر آن در ۳۰۰ دانش آموز و معلم فارغ التحصیل عادی پرداختند. مطالعه اول به بررسی ثبات درونی، قابلیت اطمینان از آزمون مجدد و همبستگی با پرسشنامه افسردگی بک، مشخصات حالات و اندازه‌گیری تحریفات شناختی در افسردگی (داستان‌های فرضی) پرداخته است. در مطالعه دوم، DAS ۱۰۰ ماده اصلی با تجزیه و تحلیل عاملی به دو

نگرش‌های ناکارآمد وایزمن و بک (Das-26) و افسردگی و اضطراب و استرس (Dass-21) را بین یک نمونه ۳۰۰ نفری که به روش در دسترس به دست آمده‌اند و متشکل از افراد میگرنی است پخش شد و نتایج آن‌ها را مورد بررسی قرار گرفت. تمامی مضامین اخلاقی در پژوهش رعایت شد و افراد نمونه بعد از تأیید اینکه از سوی متخصص مربوطه دارای تشخیص میگرنی بودند پرسشنامه به آن‌ها جهت پرکردن داده شد. پرسشنامه‌ها به دو صورت آنلاین و کاغذی تهیه شد و به این افراد داده شد. سپس اطلاعات جمع‌آوری گشته وارد نرم افزار Spss 20 شد و سپس با استفاده از نرم افزار اموس مدل پژوهش طرح شد. به دلیل تعداد بالای سؤالات پرسشنامه‌های این پژوهش و سختی همکاری افراد میگرنی در پرکردن این پرسشنامه‌ها گاهی افراد از ادامه شرکت در پژوهش منصرف می‌شدند و یا پرسشنامه‌ها را ناقص پر می‌کردند.

ابزار

پرسشنامه طرحواره یانگ (فرم کوتاه ۷۵ سؤالی): در پژوهشی که توسط حسین مولوی، حمید طاهر نشاط دوست و مژگان صلواتی در رابطه با اعتباریابی پرسشنامه‌ی طرحواره‌ی یانگ (نسخه‌ی سوم فرم کوتاه) در دو گروه افراد بهنجار و دارای اختلال روانی در شهر تهران انجام شد که در آن گروه افراد بهنجار (n=۴۷۰) و دارای اختلال روانی (n=۸۲) در محدوده‌ی سنی ۵۰-۲۰ سال بودند که به طور نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها برای بررسی روایی هم‌زمان شامل مقیاس نگرش‌های ناکارآمد بود. داده‌های مأخوذ از پرسشنامه با استفاده از آزمون ضریب همبستگی، تحلیل

¹⁹- Weissman

شکل موازی ۴۰ موردی کوتاه شد. اعتبار این دو فرم تأیید شد، نشان می‌دهد که مطالعات آینده از نسخه کوتاه و نه ۱۰۰ مورد استفاده می‌کند. در نتیجه، یافته‌های اولیه نشان داد که شناخت‌های منفی با روحیه افسرده همراه است. علاوه بر این، اعتقادات منفی پایدارتر از تأثیر منفی است.

پرسشنامه افسردگی و اضطراب و استرس (DASS-21): هر یک از خرده مقیاس‌های DASS-21 شامل ۷ سؤال است که نمره نهایی هر کدام از طریق مجموع نمرات سؤالات مربوط به آن به دست می‌آید. اعتبار این پرسشنامه در ایران در حد خوبی است. به گونه‌ای که همسانی درونی برای ۷۱۷ نفر در زیر مقیاس افسردگی برابر ۰/۸۱ و زیر مقیاس اضطراب ۰/۷۳ و زیر مقیاس تنیدگی ۰/۸۱ است. آنتونی^{۲۰} و همکاران (۱۹۹۸) مقیاس مذکور را مورد تحلیل عاملی قرار دادند که نتایج پژوهش آن‌ها مجدداً حاکی از وجود سه عامل افسردگی، اضطراب و تنیدگی بود. نتایج این پژوهش نشان داد که ۶۸ درصد از واریانس کل مقیاس توسط این سه عامل مورد سنجش قرار می‌گیرد. ارزش ویژه عوامل تنیدگی، افسردگی و اضطراب در پژوهش مذکور به ترتیب برابر ۹/۰۷، ۲/۸۹ و ۱/۲۳ و ضریب آلفا برای این سه عامل به ترتیب ۰/۹۷، ۰/۹۲ و ۰/۹۵ بود.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی پژوهش نشان می‌دهد که میانگین و انحراف استاندارد متغیر در شرکت‌کنندگان پژوهش به ترتیب ۳۵/۶۱ و ۵/۷۸ است. همچنین فراوانی جنسیت شرکت‌کنندگان پژوهش به ترتیب ۹۶ مرد و ۱۶۱ زن و فراوانی درصدی آن‌ها به ترتیب ۳۷/۳۵ و ۶۲/۶۵ است.

به علاوه وضعیت تحصیلی شرکت‌کنندگان پژوهش به این قرار است که افرادی که دارای مدرک سیکل بوده ۱۷ نفر و افراد دارای مدرک دیپلم ۴۵ نفر و افراد دارای مدرک فوق دیپلم ۲۴ نفر و افراد دارای مدرک لیسانس ۱۳۴ نفر و افرادی که دارای مدرک فوق لیسانس بودند ۳۷ نفر است. همچنین فراوانی درصدی سیکل ۶/۶۲ و دیپلم ۱۷/۵۰ فوق دیپلم ۹/۳۴ و لیسانس ۵۲/۱۵ و فوق لیسانس ۱۴/۳۹ و برآورد شد. در رابطه با یافته‌های توصیفی پژوهش می‌توان به میانگین و انحراف معیار برای متغیرهای نشانگان بالینی، نگرش‌های ناکارآمد و طرح‌های ناسازگار اولیه اشاره کرد. به این ترتیب بر اساس یافته‌های پژوهش میانگین و انحراف استاندارد برای افسردگی به ترتیب ۱۰/۹۵ و ۸/۳۵ و برای اضطراب ۹/۶۳ و ۷/۵۹ و برای استرس ۱۶/۳۶ و ۸/۱۷ برآورد شد. در رابطه با نگرش‌های ناکارآمد میانگین و انحراف معیار زیر مقیاس‌های آن از قرار زیر است. برای زیر مقیاس موفقیت/ کمال طلبی به ترتیب ۳۲/۳۲ و ۱۳/۳۲ و برای نیاز به تأیید دیگران ۱۵/۷۳ و ۵/۳۰ برای نیاز به راضی کردن دیگران ۱۵/۹۳ و ۶/۳۶ و برای آسیب‌پذیری/ ارزشیابی عملکرد به ترتیب ۱۷/۴۸ و ۴/۵۸ برآورد شد. همچنین میانگین و انحراف معیار طرحواره‌های ناسازگار اولیه به شرح جدول ذیل است. میانگین و انحراف معیار طرحواره‌های ناسازگار اولیه در جدول ۱ شرح داده شده است.

²⁰ - Anthony

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار طرحواره های ناسازگار اولیه

طرحواره	میانگین	انحراف استاندارد
محرومیت های هیجانی	۱۲/۱۰	۶/۶۴
رهاشدگی/ بی ثباتی	۱۲/۵۱	۵/۸۷
بی اعتمادی/ سوء رفتار	۱۱/۲۸	۵/۳۹
انزوای اجتماعی/ بیگانگی	۹/۳۸	۵/۴۲
نقص/ شرم	۷/۷۱	۴/۶۰
شکست در پیشرفت	۹/۳۸	۴/۱۵
وابستگی/ بی کفایتی عملی	۸/۰۲	۳/۶۱
آسیب پذیری نسبت به ضرر و بیماری	۸/۶۳	۴/۴۱
گرفتاری و خود تحول نیافته	۸/۵۳	۳/۷۳
اطاعت	۹/۶۳	۵/۱۹
ایثار/ فداکاری	۱۶/۳۰	۵/۹۵
بازداری هیجانی	۱۱/۰۸	۶/۴۰
معیارهای سخت گیرانه	۱۶/۶۳	۶/۲۲
استحقاق و بزرگ منشی	۱۵/۷۵	۵/۵۰
خوشتن داری و خود انضباطی ناکافی	۱۳/۰۴	۵/۶۰

حیطه گوش به زنگی بیش از حد و باز داری به ترتیب ۲۷/۷۱ و ۱۱/۴۲ برآورد شد. بر اساس یافته های پژوهش مشخص شد که بین طرحواره های ناسازگار اولیه نگرش های ناکارآمد در افراد مبتلا به میگرن ارتباط معنادار وجود دارد و نتایج آن از قرار جدول ذیل است. ضرایب همبستگی بین طرحواره های ناسازگار اولیه و نگرش های ناکارآمد در جدول ۲ ذکر شده است.

میانگین و انحراف معیار برای حوزه های طرحواره های ناسازگار اولیه از این قرار است. میانگین و انحراف استاندارد برای حوزه بریدگی و طرد به ترتیب ۵۳/۰۰ و ۲۱/۷۰ و برای حیطه خودگردانی و عملکرد مختل به ترتیب ۳۴/۵۷ و ۱۱/۸۵ و برای حیطه محدودیت های مختل به ترتیب ۲۸/۷۹ و ۱۰/۳۰ و برای حیطه دیگر جهت مندی به ترتیب ۲۵/۹۳ و ۹/۷۴ و در نهایت برای

جدول ۲ ضرایب همبستگی بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نگرش‌های ناکارآمد

نگرش ناکارآمد طرحواره	موفقیت/ کامل طلبی	نیاز به تأیید دیگران	نیاز به راضی کردن دیگران	آسیب پذیری/ ارزشیابی عملکرد
محرومیت‌های هیجانی	۰/۵۲*	۰/۱۸**	۰/۳۷*	۰/۰۸**
رهاشدگی/ بی‌ثباتی	۰/۶۱*	۰/۵۹*	۰/۵۵*	۰/۱۵**
بی‌اعتمادی/ سوء رفتار	۰/۳۶*	۰/۱۹**	۰/۳۸*	۰/۰۱**
انزوای اجتماعی/ بیگانگی	۰/۴۸*	۰/۲۹*	۰/۴۱*	۰/۱۴**
نقص/ شرم	۰/۴۰*	۰/۳۰*	۰/۳۵*	۰/۱۳**
شکست در پیشرفت	۰/۴۵*	۰/۳۷*	۰/۱۳**	۰/۳۱*
وابستگی/ بی‌کفایتی عملی	۰/۶۱*	۰/۳۶*	۰/۴۴*	۰/۴۵*
آسیب پذیری نسبت به ضرر و بیماری	۰/۳۴*	۰/۳۵*	۰/۳۴*	۰/۱۴**
گرفتاری و خود تحول نیافته	۰/۱۵**	۰/۲۹*	۰/۲۹*	۰/۲۴*
اطاعت	۰/۴۳*	۰/۴۵*	۰/۴۰*	۰/۳۸*
ایثار/ فداکاری	۰/۱۷**	۰/۳۸*	۰/۳۱*	۰/۱۳**
بازداری هیجانی	۰/۴۸*	۰/۳۲*	۰/۳۸*	۰/۲۲*
معیارهای سخت‌گیرانه	۰/۳۹*	۰/۴۸*	۰/۳۶*	۰/۱۱**
استحقاق و بزرگ منشی	۰/۴۵*	۰/۳۸*	۰/۴۱*	۰/۰۹**
خویش‌ن داری و خود انضباطی ناکافی	۰/۴۸*	۰/۵۲*	۰/۴۰*	۰/۱۰**

 * معادل $P < 0.05$ ، ** معادل $P > 0.05$ (عدم معناداری)

به علاوه مشخص شد که این طرحواره‌های ناسازگار اولیه با نشانگان بالینی دهد افراد مبتلا به می‌گیرند ارتباط معنادار وجود دارد و نتایج آن در جدول ذیل آمده است.

ضرایب همبستگی بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نشانگان بالینی در جدول ۳ آورده شده است.

جدول ۳ ضرایب همبستگی بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نشانگان بالینی

نشانگان بالینی طرحواره	افسردگی	اضطراب	استرس
محرومیت‌های هیجانی	۰/۴۲*	۰/۴۳*	۰/۴۳*

رهاشدگی / بی ثباتی	۰/۳۶*	۰/۳۹*	۰/۵۸*
بی اعتمادی / سوء رفتار	۰/۱۷**	۰/۳۵*	۰/۳۲*
انزوای اجتماعی / ییگانگی	۰/۵۶*	۰/۵۴*	۰/۵۴*
نقص / شرم	۰/۳۹*	۰/۴۱*	۰/۴۶*
شکست در پیشرفت	۰/۰۹**	۰/۳۰*	۰/۲۸*
وابستگی / بی کفایتی عملی	۰/۳۰*	۰/۵۱*	۰/۴۶*
آسیب پذیری نسبت به ضرر و بیماری	۰/۳۸*	۰/۴۲*	۰/۴۹*
گرفتاری و خود تحول نیافته	۰/۰۶**	۰/۳۷*	۰/۱۸**
اطاعت	۰/۱۵**	۰/۴۱*	۰/۳۶*
ایثار / فداکاری	۰/۱۳**	-۰/۰۴**	۰/۱۳**
بازداری هیجانی	۰/۱۰**	۰/۲۲**	۰/۲۹*
معیارهای سخت گیرانه	۰/۳۰*	۰/۱۹**	۰/۴۰*
استحقاق و بزرگ منشی	۰/۳۲*	۰/۲۹*	۰/۴۲*
خویشتن داری و خود انضباطی ناکافی	۰/۱۴**	۰/۱۸**	۰/۳۵*

* معادل $P < 0.05$ ، ** معادل $P > 0.05$ (عدم معناداری)

به علاوه مشخص شد که بین نگرش های ناکارآمد با نشانگان بالینی در افراد مبتلا به میگرن ارتباط معنادار وجود دارد و داده های آن در جدول ذیل ذکر شده است. در جدول ۴ ضرایب همبستگی بین نگرش های ناکارآمد و نشانگان بالینی ذکر شده است.

نشانگان بالینی نگرش ناکارآمد	افسردگی	اضطراب	استرس
موفقیت / کامل طلبی	۰/۴۰*	۰/۵۰*	۰/۵۲*
نیاز به تأیید دیگران	۰/۱۵**	۰/۳۲*	۰/۳۷*
نیاز به راضی کردن دیگران	۰/۳۵*	۰/۴۵*	۰/۴۳*
آسیب پذیری / ارزشیابی عملکرد	۰/۰۳**	۰/۱۱**	۰/۱۷**

* معادل $P < 0.05$ ، ** معادل $P > 0.05$ (عدم معناداری)

اجرای تحلیل مسیر مدل تجربی و قابل استفاده به دست
آورد همان گونه که در جدول ذیل مشاهده می‌کنیم
الگوی پیشنهادی با توجه به شاخص‌های برازندگی دارای
برازش خیلی خوب است. در جدول شماره ۵
شاخص‌های برازش مدل نهایی پژوهش ارائه شده است
که در ادامه به آن اشاره می‌کنیم.

جدول ۵ شاخص‌های برازش مدل نهایی

شاخص	X^2/df	P	CFI	NFI	TLI	IFI	RMSEA	PCLOSE
مقدار	۱/۰۵	۰/۲۹	۰/۹۸	۰/۸۰	۰/۹۸	۰/۹۸	۰/۰۳	۰/۶۹

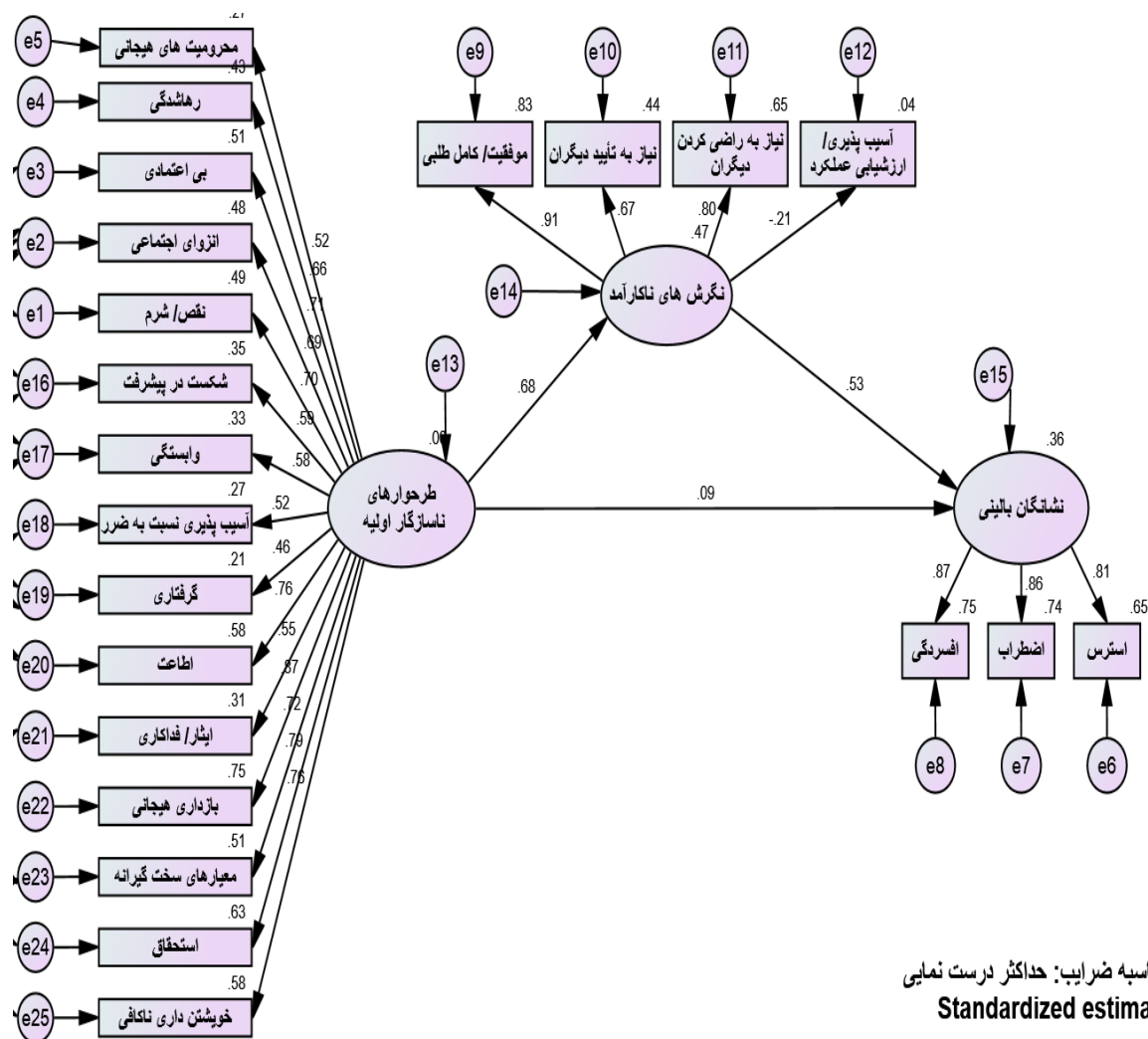
مدل ساختاری مورد آزمون و مدل‌های اندازه‌گیری
پژوهش که شامل ضرایب رگرسیون یا بارهای عاملی
رابطه متغیرهای پنهان و مشاهده شده است در شکل
شماره ۱ آمده است. ضرایب مسیر در این شکل، حامی از
معنادار بودن مسیرهای مستقیم مربوط به مدل‌های اندازه
گیری است که نشانه معرف بودن همه زیر مقیاس‌های
متغیرها برای متغیر مربوطه است. در جدول ۴-۱۲ ضرایب
مسیر مدل‌های اندازه‌گیری به همراه مقدار t آمده است.
در ادامه به ضرایب رگرسیون به دست آمده در جدول ۶
اشاره می‌کنیم.

جدول ۶ ضرایب رگرسیون

متغیرهای مشاهده شده	طرحواره‌های ناسازگار اولیه	نگرش‌های ناکارآمد	نشأتگان بالینی
محرومیت‌های هیجانی	$۰/۵۱(۳/۴۳)^*$		
رهاشدگی/بی‌ثباتی	$۰/۶۵(۴/۳۳)^*$		
بی‌اعتمادی/سوء رفتار	$۰/۷۱(۴/۶۷)^*$		
انزوای اجتماعی/بیگانگی	$۰/۶۹(۸/۰۸)^*$		
نقص/شرم	$۰/۷۰(۵)^*$		
شکست در پیشرفت	$۰/۵۹(۳/۹۱)^*$		
وابستگی/بی‌کفایتی عملی	$۰/۵۷(۳/۸۰)^*$		
آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری	$۰/۵۱(۳/۴۰)^*$		
گرفتاری و خود تحول نیافته	$۰/۴۶(۳/۰۶)^*$		
اطاعت	$۰/۷۶(۴/۹۹)^*$		
ایثار/فداکاری	$۰/۵۵(۳/۶۵)^*$		
بازداری هیجانی	$۰/۸۶(۵/۶۳)^*$		
معیارهای سخت‌گیرانه	$۰/۷۱(۴/۶۸)^*$		
استحقاق و بزرگ منشی	$۰/۷۹(۵/۱۸)^*$		
خویش‌ن‌داری و خود انضباطی ناکافی	$۰/۷۶(۴/۹۷)^*$		

موفقیت / کامل طلبی	$0/91(S)^*$
نیاز به تأیید دیگران	$0/66(5/10)^*$
نیاز به راضی کردن دیگران	$0/80(6/57)^*$
آسیب پذیری / ارزشیابی عملکرد	$-0/20(-1/38)^{**}$
افسردگی	$0/86(6/58)^*$
اضطراب	$0/86(6/55)^*$
استرس	$0/80(S)^*$

$P > 0/05$ معادل ** $P < 0/05$ معادل *



شکل شماره ۱

بر اساس نتایج تحلیل برای مدل نهایی، ضرایب استاندارد و غیر استاندارد اثرات مستقیم مسیرها در جدول ۷ آمده است.

جدول ۲ ضرایب استاندارد و غیر استاندارد اثرات مستقیم مدل نهایی

مسیرها	برآورد استاندارد	برآورد غیر استاندارد	سطح معناداری
طرحواره‌های ناسازگار اولیه بر نشانگان بالینی	۰/۱۹۶	۰/۴۲۱	۰/۲۸۶
طرحواره‌های ناسازگار اولیه بر نگرش‌های ناکارآمد	۰/۶۱۰	۲/۵۲۷	۰/۰۰۰
نگرش‌های ناکارآمد بر نشانگان بالینی	۰/۴۴۷	۰/۲۳۱	۰/۰۱۷

جدول ۸ ضرایب استاندارد و غیر استاندارد اثرات غیر مستقیم به دست آمده از تحلیل مدل نهایی را نشان می‌دهد.

جدول ۸ ضرایب استاندارد و غیر استاندارد اثرات غیر مستقیم مدل نهایی

مسیرها	برآورد استاندارد	برآورد غیر استاندارد	سطح معناداری
طرحواره‌های ناسازگار اولیه بر نشانگان بالینی از طریق نگرش‌های ناکارآمد	۰/۲۷۳	۰/۵۸۵	۰/۰۰۰
طرحواره‌های ناسازگار اولیه بر افسردگی از طریق نگرش‌های ناکارآمد	۰/۴۲۷	۱/۱۷۸	۰/۰۰۰
طرحواره‌های ناسازگار اولیه بر اضطراب از طریق نگرش‌های ناکارآمد	۰/۴۰۰	۱/۰۳۶	۰/۰۰۰
طرحواره‌های ناسازگار اولیه بر استرس از طریق نگرش‌های ناکارآمد	۰/۳۷۶	۱/۰۰۶	۰/۰۰۰

همان‌گونه که در جدول ۸ نیز گزارش شده است مسیرهای غیرمستقیم مدل معنادار است و این حاکی از معنی‌داری نقش واسطه‌ای نگرش‌های ناکارآمد در ارتباط بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نشانگان بالینی در مبتلایان به میگرن است.

بحث

بر اساس جدول ۲ بین نگرش ناکارآمد موفقیت و کمال طلبی و ۱۳ طرحواره رابطه معنادار وجود دارد. همچنین بین نگرش ناکارآمد نیاز به تأیید دیگران و ۱۳ طرحواره رابطه معنادار وجود دارد. همچنین بر اساس جدول ۲ بین نگرش ناکارآمد نیاز به راضی کردن دیگران و ۱۴ طرحواره ارتباط وجود دارد. به علاوه بین نگرش

ناکارآمد آسیب‌پذیری/ طرد و ۵ طرحواره رابطه معنادار وجود دارد. از نتیجه این فرضیه می‌توان دریافت که ارتباط تنگاتنگی بین نگرش‌های ناکارآمد و طرحواره‌های ناسازگار اولیه وجود دارد. در پژوهشی که توسط فاطمه معین‌الغربایی و همکاران که در سال ۱۳۹۶ در خصوص مقایسه سبک‌های اسنادی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نگرش‌های ناکارآمد (سه بعد از شناخت اجتماعی) در افراد افسرده و عادی انجام شد، یافته‌ها نشان‌دهنده تفاوت معنادار بین دو گروه سالم و افسرده در تمامی سبک‌های اسنادی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نگرش‌های ناکارآمد بود (معین‌الغربایی و همکاران، ۱۳۹۶).

عبارتی دیگر نگرش های ناکارآمد با واسطه‌گری می‌توانند باعث فعال شدن طرحواره های ناسازگار اولیه و طرحواره ها باعث فعالیت نشانگان بالینی افراد مبتلا به میگرن می‌شوند. فرامرز و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهشی با هدف مقایسه طرحواره های ناسازگار اولیه و نگرش‌های ناکارآمد در افراد وابسته به مواد و افراد عادی نتایج پژوهش نشان داد که دو گروه افراد وابسته به مواد و افراد عادی به‌جز طرحواره فداکاری، در سایر طرحواره ها تفاوت معناداری با هم داشتند (فرامرز و همکاران، ۱۳۹۳).

نتیجه‌گیری

براساس پژوهش انجام شده و یافته ها مشخص شد که نگرش های ناکارآمد نقش واسطه ای در رابطه طرحواره های ناسازگار و نشانگان بالینی در میگرن های مبتلا به میگرن دارد. در واقع بررسی و درمان نگرش‌های ناکارآمد در افراد میگرنی می‌تواند نقش بسزایی در کاهش علائم بالینی آن‌ها داشته باشد. از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به تعداد بالای سؤالات پرسشنامه‌های این پژوهش و سختی همکاری افراد میگرنی در پرکردن این پرسشنامه ها اشاره کرد. در مورد پژوهش هایی که به کمک پرسشنامه انجام می‌شوند دارای محدودیت بالقوه می‌باشند و پژوهش حاضر هم که از نوع پسا رویدادی است؛ از این قضیه مستثنا نیست. همچنین سختی رساندن پرسشنامه ها به دست جامعه هدف از جمله محدودیت های این پژوهش در نظر گرفته می‌شود؛ زیرا این افراد به دلیل داشتن سردرد میگرنی و سردرد مزمن گاها از پرکردن پرسشنامه امتناع می‌کردند. در نهایت از دیگر محدودیت ها کمبود حجم

بر اساس جدول ۳ می‌توان به وضوح دریافت که بین نشانه های بالینی افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب با ۸، ۱۱ و ۱۳ طرحواره ناسازگار اولیه ارتباط معنادار دارند. نتیجه این فرضیه حاکی از آن است که بین نشانگان بالینی و طرحواره های ناسازگار اولیه ارتباط معناداری وجود دارد. در پژوهشی که توسط احمد امیری پیچکلائی و همکاران در سال ۱۳۹۱ در خصوص بررسی مقدماتی علل تداوم نشانگان بالینی شکست عاطفی دانشجویان با تأکید بر سبک های دل‌بستگی و طرحواره های ناسازگار اولیه انجام گرفت، نتایج حاکی از آن بود که گروه‌ها تفاوت معناداری در طرحواره های ناسازگار اولیه و سبک های دل‌بستگی دارند. (پیچکلائی و همکاران، ۱۳۹۱).

بر اساس جدول ۴ می‌توان دریافت که بین نشانه های بالینی افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب با ۲، ۳ و ۳ تا از حوزه های مربوط به نگرش های ناکارآمد ارتباط وجود دارد و این فرضیه هم نشان دهنده ارتباط تنگاتنگ بین نشانگان بالینی و نگرش‌های ناکارآمد است. رضایی، ابراهیم و همکاران در پژوهش انجام شده توسط درباره ی طرحواره های ناسازگار اولیه در بیماران مبتلا به میگرن و سردرد تنشی و بدون آن، نتیجه این شد که افراد مبتلا به سردرد تنشی و سردرد و بیماران غیر بالینی به طور معنی داری در ۹ طرح شامل محرومیت هیجانی، رها کردن / بی‌ثباتی، عدم اعتماد / سوء استفاده، انزوا / بیگانگی اجتماعی، عدم موفقیت، خودمختار / عدم توسعه، خودخواهی، خودخواهی و مهار عاطفی تفاوت دارند (رضایی و همکاران، ۱۳۹۳).

بر اساس نتایج حاصله از ضرایب استاندارد و غیر استاندارد اثرات مستقیم و غیر مستقیم مدل نهایی می‌توان نقش واسطه ای نگرش های ناکارآمد را تأیید کرد. به

- Arthur C Gaiton. (2011). *Medical Physiology*, (translated by Ahmad Reza Niavariani).
- Atkinson Rita & et al. (2009). *The Psychology Background*, Translated by Mohamadeghi Barahani et al., Tehran, Roshd, 2009, Eighth Edition, Volume 2, Volume 19, p. 193.
- Bartleson JD, Cutrer FM. (2010). "Migraine update. Diagnosis and treatment". *Minn Med* 93 (5): 36-41.
- Bigal ME, Lipton RB. (2008). "The prognosis of migraine." *Current opinion in neurology* 21 (3): 301-8.
- Borsook D. (2012). *The migraine brain: imaging, structure, and function*. New York: Oxford University Press. pp. 3-11.
- Dawn M. (2000). A double-blind provocative study of chocolate as a trigger of headache. *Cephalalgia*. 17: 855-862.
- Dent W, Stelzhammer B, Meindl M, Matuja WB, Schmutzhard E, Winkler AS. (2011). Migraine attack frequency, duration, and pain intensity: disease burden derived from a community-based survey in northern Tanzania. *Headache*. 51(10): 1483-92.
- Ducros A. (2006). Mechanisms and genetics of migraine. *CNS Drugs*. 20(1):11-1.
- Fallahzadeh H, Alihaydari M. (2011). Prevalence of migraine and tension-type headache among school children in Yazd, Iran. *J Pediatr Neurosci*. 6 (2): 106-109.
- Fitchel A. (2003). *Recurrent headache among Swedish adolescents*. Uppsala: ACT a Universitation Up Saliencies (A.U.U).
- Gatchel R, Blanchard EB. (2005). *Psychophysiological disorders*. Washington: American Psychological Association. P. 24-112.
- Ghorbani A, Abtahi SM, Fereidan- Esfahani M, et al. (2013). Prevalence and clinical characteristics of headache among medical students, Isfahan, Iran. *J Res Med Sci*. 18 (Suppl 1): 24-27.
- Green MW. (2011). Headaches: psychiatric aspects. *Neurol Clin*. 29(1): 65-80, vii.
- Moin al-Gharbaï F, Nawfari A, Carmelo S, Ganji N. (2017). Comparison of attribution styles, early maladaptive schemas, and dysfunctional attitudes (three dimensions of social cognition)

نمونه است که شایسته است برای به دست آمدن نتایج دقیق‌تر افزایش یابد. در رابطه با پیشنهادهای پژوهش می‌توان خاطرنشان ساخت که در بررسی بیماری میگردن شایسته است، علاوه بر در نظر گرفتن سایر عوامل، به عامل مهم یعنی نگرش‌های ناکارآمد توجه ویژه‌ای مبذول داشت. از جنبه‌ی کاربردی ضرورت دارد علاوه بر خدمات زیستی-پزشکی از قبیل داروها و غیره به پیشگیری و درمان از طریق غیر دارویی و روان شناختی توجه جدی و بیشتری شود، چراکه مداخله روان شناختی در بیماری‌ها در جهت کاستن از شدت بیماری و چه بسا جلوگیری از استمرار و مزمن شدن آن از اهمیت بسیار زیادی برخوردار است. همچنین برای این که نتایج دقیق‌تری از تأثیر متقابل متغیرها حاصل گردد، لازم است حجم نمونه افزایش یابد.

سپاسگزاری

نویسندگان مقاله مراتب تشکر را از تمامی دست‌اندرکاران این پژوهش و همچنین افرادی که در نمونه پژوهش شرکت داشته‌اند، ابراز می‌نمایند.

References

- Adams RD. (2001). Headache and other craniofacial pains. In: Adams and victor's. *Principles of neurology: From McGraw Hill Company*. NewYork: USA, 181-3.
- Amini Pichaklai A, Khanjani Z, Poursharifi H, Azimi Samad Fahimi Z, Akbari I, Mahmoud Alilo M, Ghasempour A. (2011). A Preliminary Study of the Causes of Clinical Symptoms of Emotional Failure of Students with Emphasis on Attachment Styles and Early Maladaptive Schemes. *Journal of Thought and Behavior*. Sixth period. No. 23. Pages 70-80.

- in depressed and normal individuals. *Journal of Social Cognitive Research*. Sixth period. the first number. Pages 91-104.
- Mooler. (2001). The theories underpinning rational emotive behavior therapy: where's the supportive evidence. *International Journal Attitude Studies*; 41(6):685-95.
- Moschiano F, D'Amico D, Canavero I, Pan I, Micieli G, Bussone G. (2011). Migraine and depression: common pathogenetic and therapeutic ground. *Neurol Sci*. 32(Suppl 1): S85-S88.
- Olesen J T, Peer H, Welsh K, Micheal A. (2000). *The Headache*. 2th ed. Lipincotte Williams & Wilking, Philadelphia. PP: 1024-52.
- Rezaei E, Hosseini W, Khorrami F. (2014). Early maladaptive schemas in patients with and without migraine and tension headache. *Journal of Health Psychology*. Fourth period. Number 3. Pages 37-48.
- Sajjadinejad M. (2005). Investigating The Effectiveness of Group Cognitive-Behavioral Therapy on Recurrent Headache and Compare The Pattern of Response to Treatment Between Migraine and Tension Headaches in Student of Shiraz University. [Dissertation]. Shiraz, Iran, University of Shiraz. [Persian].
- Shakeri R, Shaeini MR, Roshan R. (2007). The effect of biofeedback training on experimental pain according to perfectionism. 11(1): 43-59. [Persian].
- Sohrabi F, Azami Y & Dostian Y. (2014). Comparison of early maladaptive schemas and dysfunctional attitudes in substance abusers and ordinary people. *Journal of Applied Psychological Research*. The fifth period. Issue 1. Pages 59-72.
- Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. (2004). *Schema therapy: a practitioner's guide*. New York: Guilford.