



Prediction of Pain Symptoms based on Meta-Cognitive Beliefs in Women with Migraine in Isfahan City

Amineh Banaeian¹, Sheida Jabalameli^{2*}

1. MA of Clinical Psychology, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

ABSTRACT

Aims and background: The aim of this study was to investigate the prediction of pain symptoms based on meta-cognitive beliefs in women with migraine in Isfahan city.

Materials and Methods: The research design was descriptive and correlational. The statistical population of the study was all women who referred to the Neurology Clinic of Khorshid Hospital in Isfahan in the second half of 1397 and according to the opinion of the neurologist, they were diagnosed with migraine. To do this research, 100 people were selected through targeted sampling based on inclusion and exclusion criteria, and they were asked to complete Headache Symptom Scale and Wells Meta Cognitive Questionary (MCQ-30). Finally, data were statistically analyzed using SPSS-23 and Pearson correlation and stepwise regression methods.

Findings: The results of the research showed that the subscales of metacognitive beliefs including positive worry beliefs, beliefs about uncontrollability and danger of worry, negative beliefs about thoughts in general, and cognitive self-consciousness, respectively with beta coefficients of 0.537, 0.565, 0.602 and 0.518 were significant predictors of headache symptoms ($P < 0.01$).

Conclusion: Therefore, it is possible to reduce the headaches by providing timely and appropriate interventions and training in order to strengthen positive meta-cognitive beliefs and reduce the negative metacognitive beliefs in migraine sufferers.

Keywords: Migraine, Headache, Pain Symptoms, Meta Cognitive Beliefs.

► Please cite this paper as:

Banaeian A, Jabalameli SH [Prediction of Pain Symptoms based on Meta-Cognitive Beliefs in Women with Migraine in Isfahan City (Persian)]. J Anesth Pain 2020; 11(3):14-27.

Corresponding Author: Sheida Jabalameli, Assistant Professor, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran

Email: sh.jabalameli@yahoo.com

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۱۱، شماره ۳، پاییز ۱۳۹۹

پیش‌بینی شاخص‌های درد بر اساس باورهای فراشناختی در زنان مبتلا به میگرن در شهر اصفهان

امینه بنائیان^۱، شیدا جبل عاملی^{۲*}

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.
۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۲/۲۵

تاریخ بازبینی: ۱۳۹۹/۲/۲۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۴/۱۰

چکیده

زمینه و هدف: هدف پژوهش حاضر پیش‌بینی شاخص‌های درد بر اساس باورهای فراشناختی در زنان مبتلا به میگرن در شهر اصفهان بود.

مواد و روش‌ها: طرح پژوهش توصیفی و از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش کلیه زنانی بودند که در نیمه دوم سال ۱۳۹۷ به درمانگاه مغز و اعصاب بیمارستان خورشید شهر اصفهان مراجعه کرده و بر اساس نظر متخصص مغز و اعصاب، تشخیص میگرن دریافت نموده بودند. برای انجام این پژوهش، تعداد ۱۰۰ نفر از طریق روش نمونه‌گیری هدفمند و براساس معیارهای ورود و خروج انتخاب و از آنها خواسته شد نسبت به تکمیل مقیاس شاخص‌های سردرد و پرسشنامه باورهای فراشناختی ولز-۳۰ (MCQ-30) اقدام نمایند. در نهایت داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-23 و روش‌های همبستگی پیرسون و رگرسیون گام به گام) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که خرده مقیاس‌های باورهای فراشناختی شامل باورهای مثبت درباره نگرانی، باورهای منفی درباره کنترل ناپذیری و خطر افکار، باورهای منفی درباره نیاز به کنترل افکار و خودآگاهی شناختی به ترتیب با ضرایب بتای ۰/۵۳۷، ۰/۵۶۵، ۰/۶۰۲ و ۰/۵۱۸، پیش‌بینی کننده معنادار علائم سردرد در زنان مبتلا به میگرن بودند ($P < 0/01$).

نتیجه‌گیری: بنابراین می‌توان با ارائه مداخلات و آموزش‌های به موقع و مناسب در راستای تقویت باورهای فراشناختی مثبت و کاهش باورهای فراشناختی منفی در افراد مبتلا به میگرن، میزان این سردردها را کاهش داد.

واژه‌های کلیدی: میگرن، سردرد، علائم درد، باورهای فراشناختی

مقدمه

ناشی از آن، به‌ویژه شرایط پراسترس زندگی شهری، زمینه برای بروز بیماری‌های مختلف، از جمله سردرد فراهم

امروزه با توجه به تغییر روش زندگی شهرنشینی و عوارض

نویسنده مسئول: شیدا جبل عاملی، استادیار، گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران
پست الکترونیک: sh.jabalamei@yahoo.com

عوامل شناختی، شخصیتی، خانوادگی و سیستمی قرار دارند. از لحاظ آسیب‌شناسی روانی، بیمارانی که مبتلا به اختلالات جسمانی مانند سردرد هستند، اغلب به جنبه‌های روان‌شناختی آن‌ها توجه نمی‌شود. این در حالی است که عوامل بیولوژیکی به‌تنهایی نمی‌توانند آسیب‌پذیری نسبت به تجربه سردرد را تبیین نمایند، بلکه عوامل روانی-اجتماعی نیز به‌عنوان یک عامل برانگیزاننده سردرد شناخته شده‌اند^(۸). بر اساس یافته‌های پژوهشی و مشاهدات بالینی، یکسری ویژگی‌های روان‌شناختی برای افراد مبتلا به میگرن گزارش شده است که مهم‌ترین آن‌ها عبارت‌اند از: اضطراب، افسردگی، کمال‌گرایی، جاه‌طلبی، نظم و دقت افراطی در فعالیت‌های روزمره و حساسیت افراطی به مسائل زندگی^(۹). در همین رابطه، یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهند که افراد مبتلا به میگرن الگویی از سرزنش و عیب‌جویی افراطی از خود و دیگران و خشم و پرخاشگری را نشان می‌دهند^(۱۰). همچنین بر اساس یافته‌های برخی پژوهشگران، بعضی از خطاهای شناختی و هیجانی نیز می‌توانند بر ادراک درد، پریشانی عاطفی و ناتوانی حاصل از سردرد اثر بگذارند^(۱۱). نظر به اینکه شواهد تجربی نشان می‌دهند شناخت‌ها و رفتارهای مرتبط با درد نقش مهمی در شاخص‌های درد و انطباق بیماران با درد مزمن دارند^(۱۲)، لذا یکی از متغیرهایی که می‌تواند با شاخص‌های درد در سردرد میگرن مرتبط باشد، باورهای فراشناختی افراد است.

فراشناخت یک مفهوم چندوجهی است. این مفهوم دربرگیرنده دانش، فرایندها و راهبردهایی است که شناخت را ارزیابی، نظارت و کنترل می‌کند^(۱۳). اغلب نظریه‌پردازان بین این دو جنبه از فراشناخت یعنی باورهای فراشناختی و نظارت فراشناختی تمایز قائل شده‌اند^(۱۴). دانش فراشناختی اطلاعاتی است که افراد در مورد شناخت خود و راهبردهای یادگیری دارند که این راهبردها بر آن‌ها اثر می‌گذارد. نظارت فراشناختی به دامنه‌ای از کارکردهای اجرایی نظیر توجه، کنترل، برنامه‌ریزی و تشخیص خطاها در عملکرد اشاره دارد^(۱۴). بر اساس نظریه فراشناخت، دو

شده است. سردرد یکی از شایع‌ترین شکایاتی است که پزشکان با آن روبرو می‌شوند. سالانه ۲۴۰ میلیون نفر در سراسر جهان از ۱/۴ میلیارد حمله سردرد رنج می‌برند^(۱). از این‌رو، سردرد هدف بزرگی برای مداخلات بهداشت عمومی به شمار می‌رود^(۲). گرچه سردرد دارای اشکال بسیار متنوعی است، اما دو نوع اصلی آن در طب سرپایی سردردهای میگرنی و سردردهای تنشی می‌باشند.

سردرد میگرنی، یک اختلال شایع عصبی و از اختلالات سردرد بر مبنای عروقی محسوب می‌گردد که با دردهای شدید، دوره‌ای و متناوب، احساس سرگیجه و گاهی با تهوع، حساسیت به نور و صدا همراه و در سطوح متفاوت ناتوانی مشاهده می‌شود^(۳). این سردرد به دو نوع میگرن کلاسیک (همراه با اورا یا علائم هشداردهنده) و میگرن شایع (بدون اورا) تقسیم می‌گردد^(۴). بسیاری از افراد مبتلا به این بیماری تاریخچه‌ای خانوادگی از این سردردها دارند، اما معلوم نیست که این امر به وراثت یا تجارب مشترک اشاره داشته باشد^(۵).

سردردهای میگرنی می‌توانند خفیف و با فواصل نه‌چندان کم یا شدید و دیرپا باشند. سازمان بهداشت جهانی، میگرن را یکی از ناتوان‌کننده‌ترین بیماری‌های مزمن در جهان به شمار آورده است^(۵). ۸۷٪ بیماران مبتلا به میگرن، به درجه‌ای از ناتوانی دچار هستند و به‌صورت دوره‌ای دردهایی با شدت، طول مدت و تعداد حملات متفاوت را تجربه می‌کنند^(۶).

عوارضی که سردردهای میگرنی به‌جا می‌گذارند، فراوان و درعین‌حال مهم می‌باشند. از جمله می‌توان به اثر تخریبی سردرد در زندگی خانوادگی، ایجاد مزاحمت در رسیدگی و مراقبت کودکان، کاهش کیفیت زندگی، از دست دادن زمان مفید کاری، ایجاد اختلال در فعالیت روزمره و هزینه‌های مستقیم ناشی از درمان، دارو و در مواردی بستری در بیمارستان اشاره نمود^(۷). از این‌رو سردرد، موضوع مهمی برای مداخلات بهداشت عمومی به شمار می‌رود.

سردردهای میگرنی تحت تأثیر عوامل متعددی از جمله

شهر اصفهان مراجعه کرده و بر اساس نظر متخصص مغز و اعصاب، تشخیص میگرن دریافت نموده بودند. برای برآورد حجم نمونه از فرمول پیشنهادی Tabakhnick & Fidell استفاده شد^(۱۶). بر اساس این فرمول حداقل حجم نمونه لازم در مطالعات همبستگی از فرمول $N \leq 50 + 8M$ محاسبه می‌شود. در این فرمول N حجم نمونه و M تعداد متغیرهای پیش‌بین (مستقل) می‌باشد^(۱۶). از آنجایی که در این پژوهش ۱ متغیر پیش‌بین (باورهای فراشناختی) وجود داشت، لذا حداقل حجم نمونه مورد نیاز ۵۸ نفر بود. بنابراین برای جلوگیری از کاهش تعداد نمونه در اثر ریزش و حذف پرسشنامه‌های ناقص، حجم نمونه ۱۰۰ نفر در نظر گرفته شد. در پژوهش حاضر از روش نمونه‌گیری دردسترس استفاده شد. بدین منظور پس از مراجعه به درمانگاه مغز و اعصاب بیمارستان خورشید شهر اصفهان در نیمه دوم سال ۱۳۹۷، به‌صورت دردسترس از بین زنانی که بر اساس تشخیص پزشک متخصص مغز و اعصاب حاضر در درمانگاه، تشخیص سردرد میگرن دریافت می‌نمودند و نیز بر اساس معیارهای ورود و خروج پژوهش، ۱۰۰ نفر به‌عنوان گروه نمونه انتخاب شدند.

معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: سن بیشتر از ۱۸ سال، جنسیت زن، ساکن شهر اصفهان، دریافت تشخیص سردرد میگرن براساس ملاک‌های تشخیصی پزشکی توسط پزشک متخصص مغز و اعصاب (سردرد یکطرفه، کیفیت ضربان دار، شدت متوسط تا شدید، تشدید سردرد با فعالیت فیزیکی و یا اینکه مانع انجام آن‌ها شود، حداقل یکبار موارد تهوع و استفراغ یا هر دو و یا ترس و گریز از نور و صدا، همچنین حمله سردرد بدون درمان مناسب ۴ تا ۷۲ ساعت طول می‌کشد)، عدم ابتلا به سایر بیماری‌های سایکوتیک یا سایکوسوماتیک، داشتن توانایی خواندن و نوشتن جهت تکمیل کردن پرسشنامه‌ها، داشتن رضایت جهت شرکت در پژوهش. معیارهای خروج از پژوهش نیز عبارت بودند از: تشخیص سایر سردردها و ابتلا به یک یا تعداد بیشتری از بیماری‌های مزمن روانی و جسمانی توسط پزشک

نوع باور فراشناختی، مثبت و منفی وجود دارد. باورها راجع به درد، اهمیت آن، مفهوم‌سازی در مورد علل آن، ارزیابی توانایی‌های هر فرد برای مدیریت درد و خطاها در پردازش اطلاعات (سبک‌های تفکر غلط)، همگی می‌توانند در تجربه درد فرد اثرگذار باشند. می‌توان گفت که باورها از مؤلفه‌های فراشناختی تشکیل می‌شوند که کنش‌وری تفکر و سبک مقابله را هدایت می‌کنند و نیز از آن تأثیر می‌پذیرند. فراشناخت بر پردازش هیجانی، از طریق تأثیر دانش و راهبردهای فراشناختی بر روی تغییر باورها اثر می‌گذارد^(۱۵). باین‌همه در زمینه ارتباط باورهای فراشناختی با شاخص‌های درد تحقیقات اندکی صورت گرفته است. بلامنفلد، استارک، فریمان و همکاران (۲۰۱۸) نشان دادند که باورهای مرتبط با درد نقش کلیدی در عملکرد فیزیکی و روان‌شناختی دارند^(۱۷).

با توجه به اینکه سردرد یکی از دلایل رایج برای غیبت از کار یا امتناع از هر فعالیت شخصی یا اجتماعی است و می‌تواند بر روند زندگی و فعالیت‌های اجتماعی افراد تأثیر بگذارد، لذا ضروری است در مورد نقشی که باورهای فراشناختی بر شاخص‌های سردرد در افراد مبتلا ایفا می‌کنند، مطالعات بیشتری صورت گیرد تا بتوان جهت کاهش این سردردها اقدامات مؤثر انجام داد. در این راستا، با توجه به اینکه تاکنون پژوهشی به بررسی رابطه بین باورهای فراشناختی و مؤلفه‌های آن‌ها با شاخص‌های درد در بیماران مبتلا به میگرن در داخل کشور انجام نشده است، ضرورت پژوهش حاضر بیش‌ازپیش آشکار می‌گردد. بنابراین پژوهش حاضر سعی دارد به این سؤال پاسخ دهد که آیا سهم باورهای فراشناختی در پیش‌بینی شاخص‌های درد در زنان مبتلا به میگرن شهر اصفهان معنادار است؟

روش بررسی

طرح پژوهش توصیفی و از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه زنانی بودند که در نیمه دوم سال ۱۳۹۷ به درمانگاه مغز و اعصاب بیمارستان خورشید

استفاده از آلفای کرونباخ و تصنیف به ترتیب ۰/۷۵ و ۰/۷۳ به دست آمد (۱۷). در پژوهش حاضر نیز مقدار آلفای کرونباخ برای نمره کلی شاخص‌های درد ۰/۷۱ و برای خرده مقیاس‌ها بین ۰/۶۸ تا ۰/۷۵ به دست آمد که نشان دهنده پایایی مطلوب پرسشنامه می‌باشد.

پرسشنامه باورهای فراشناختی ولز-۳۰ (MCQ-30): یک مقیاس ۳۰ گویه‌ای خود گزارشی است که باورهای افراد درباره تفکرشان را می‌سنجد. این مقیاس بر پایه الگوی کنش اجرایی خود نظم بخش (S-REF) ولز و متیوس (۱۹۹۶) درباره اختلال‌های هیجانی و الگوی فراشناختی اختلال اضطراب منتشر ساخته شده است (۱۸). این مقیاس دارای پنج خرده مقیاس است: (۱) باورهای مثبت درباره نگرانی (سؤالات ۱، ۷، ۱۰، ۱۹، ۲۳ و ۲۸)، (۲) باورهای منفی درباره کنترل ناپذیری و خطر افکار (سؤالات ۲، ۴، ۹، ۱۱، ۱۵ و ۲۱)، (۳) اطمینان شناختی (۸، ۱۴، ۱۷، ۲۴، ۲۶ و ۲۹)، (۴) باورهای منفی درباره نیاز به کنترل افکار (۶، ۱۳، ۲۰، ۲۲، ۲۵ و ۲۷) و (۵) خودآگاهی شناختی (۳، ۵، ۱۲، ۱۶، ۱۸ و ۳۰). پاسخ‌ها در این مقیاس بر پایه مقیاس چهاردرجه‌ای لیکرت (۱=موافق نیستم تا ۴=کاملاً موافقم) محاسبه می‌شود. نمرات هر خرده مقیاس از جمع نمرات سؤالات مربوط به آن خرده مقیاس به صورت مستقیم حاصل می‌شود و نمره‌های بالاتر نشان دهنده سطوح بالاتر در هر یک از زیرمقیاس‌ها می‌باشد. دامنه نمرات برای هر کدام از خرده مقیاس‌های باورهای مثبت درباره نگرانی، باورهای منفی درباره کنترل ناپذیری و خطر افکار، اعتماد شناختی و باورهای منفی در مورد نیاز به کنترل افکار از ۶ تا ۲۴ در نوسان است. نمره کلی پرسشنامه نیز از جمع بستن نمرات هر یک از خرده مقیاس‌ها حاصل می‌شود. شایان ذکر است که تمامی گویه‌ها، باورهای فراشناختی ناکارآمد یا معیوب را می‌سنجد و کسب نمره کلی بیشتر در آن به معنای داشتن باورهای فراشناختی ناکارآمد بیشتر است.

در زمینه روایی این پرسشنامه دامنه ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌ها بین ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ و برای نمره

متخصص مغز و اعصاب، اعتیاد به هر نوع ماده مخدر، الکل یا دارو براساس اظهارات فرد، عدم پاسخ‌دهی به پرسشنامه‌ها به طور صحیح و کامل.

در پژوهش حاضر از پرسشنامه و روش میدانی جهت گردآوری اطلاعات استفاده شد و محقق شخصاً پرسشنامه‌ها را میان زنان مبتلا به میگرن توزیع و نسبت به جمع‌آوری اطلاعات اقدام نمود. ابزارهای مورد استفاده در پژوهش حاضر عبارت بودند از پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، مقیاس شاخص‌های سردرد و پرسشنامه باورهای فراشناختی ولز-۳۰ (MCQ-30) که در ادامه توضیح داده می‌شوند.

- پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک: پرسشنامه‌ای حاوی سؤالات جمعیت شناختی شامل سن، تحصیلات، شغل، وضعیت تاهل و تعداد فرزندان.

- مقیاس شاخص‌های سردرد: این مقیاس توسط مهربابی‌زاده و اکبری شایه در سال ۱۳۹۱ ساخته شده است (۱۷). مقیاس شاخص‌های سردرد از جمع چهار خرده مقیاس: شدت درد، پریشان‌کنندگی، تعداد دفعات بروز سردرد و متوسط طول مدت سردرد تشکیل شده و برای اندازه‌گیری علائم سردرد مورد استفاده قرار می‌گیرد. در این پرسشنامه فرد شدت درد، پریشان‌کنندگی، دفعات بروز سردرد و متوسط طول مدت سردرد را در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای نمره‌دهی می‌کند.

- شدت درد: (۱=خیلی کم تا ۵=خیلی زیاد)
- پریشان‌کنندگی: (۱=خیلی کم تا ۵=خیلی زیاد)
- تعداد دفعات بروز سردرد در روز: (یک‌بار=خیلی کم (۱)، دو بار=کم (۲)، سه بار=متوسط (۳)، ۴ بار=زیاد (۴)، ۵ بار و بیشتر=خیلی زیاد (۵)).
- متوسط طول مدت سردرد در هر بار: (زیر ۱۵ دقیقه=خیلی کم (۱)، بین ۱۵ تا ۳۰ دقیقه=کم (۲)، بین ۳۰ تا ۶۰ دقیقه=متوسط (۳)، بین ۶۰ تا ۱۲۰ دقیقه=زیاد (۴) و بیشتر از ۱۲۰ دقیقه=خیلی زیاد (۵)).

در پژوهش مهربابی‌زاده هنرمند و اکبری شایه (۱۳۹۱) پایایی مقیاس شاخص‌های سردرد به شیوه همسانی درونی و با

شناختی شرکت‌کنندگان در پژوهش، نشان داد که از بین ۱۰۰ زن مبتلا به میگرن شرکت‌کننده در این پژوهش، ۵ نفر (۵ درصد) در بازه سنی ۱۸-۲۵، ۲۰ نفر (۲۰ درصد) در بازه سنی ۲۵-۳۵، ۴۲ نفر (۴۲ درصد) در بازه سنی ۳۵-۴۵ سال و ۳۳ نفر (۳۳ درصد) نیز بالای ۴۵ سال سن داشتند، که ۷ نفر (۷ درصد) آنها دارای تحصیلات زیر دیپلم، ۳۱ نفر (۳۱ درصد) دارای تحصیلات دیپلم و فوق‌دیپلم، ۵۸ نفر (۵۸ درصد) دارای تحصیلات لیسانس و فوق‌لیسانس و ۴ نفر (۴ درصد) دارای تحصیلات دکتری و بالاتر بودند. همچنین، یافته‌ها نشان داد که از بین شرکت‌کنندگان در پژوهش، ۹۵ نفر (۶۵ درصد) متأهل، ۲۴ نفر (۲۴ درصد) مجرد و ۸ نفر (۸ درصد) مطلقه بودند و همسر ۳ نفر (۳ درصد) آنها نیز فوت نموده بود. علاوه بر این، از بین ۱۰۰ زن مبتلا به میگرن شرکت‌کننده در پژوهش حاضر، ۸ نفر (۸ درصد) بین ۳ تا ۶ ماه، ۱۱ نفر (۱۱ درصد) بین ۶ ماه تا ۱ سال، ۲۲ نفر (۲۲ درصد) بین ۱ تا ۲ سال، و ۵۹ نفر (۵۹ درصد) بیشتر از ۲ سال بود که به میگرن مبتلا بوده و همگی آنان تحت درمان دارویی میگرن قرار داشتند.

پیش از انجام تحلیل استنباطی داده‌ها (روش‌های همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه)، جهت رعایت پیش‌فرض‌های آزمون همبستگی و رگرسیون، مهم‌ترین پیش‌فرض یعنی بررسی نرمال بودن توزیع نمرات توسط آزمون‌های کلموگراف-اسمیرنوف و شاپیرو-ویلک مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول شماره ۱ قابل مشاهده است.

کلی ۰/۸۷ گزارش شده است^(۱۸). در ایران نیز شیرین‌زاده دستگیری (۱۳۸۵)، ضریب همسانی درونی آن را به کمک ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کلی ۰/۸۶ و برای خرده مقیاس‌های آن بین ۰/۷۱ تا ۰/۸۷ محاسبه کرده است (۱۹). در پژوهش حاضر نیز مقدار آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های پرسشنامه باورهای فراشناختی ولز-۳۰ (MCQ-30) بین ۰/۸۱ تا ۰/۸۸ و برای نمره کلی ۰/۸۶ به دست آمد که نشان دهنده پایایی مطلوب پرسشنامه می‌باشد.

جهت رعایت نکات اخلاقی پژوهش، در آغاز هدف از اجرای پژوهش برای زنان مبتلا به میگرن شرح داده می‌شد و خاطر نشان گردید که شرکت در آزمون کاملاً اختیاری است و در حین اجرای آزمون نیز آزمودنی حق انصراف از آزمون و عدم تکمیل پرسشنامه را دارد و همچنین در صورت تمایل می‌تواند از نتایج پرسشنامه‌ها مطلع شود. علاوه بر این با تأکید بر محرمانه بودن اطلاعات و حفظ رازداری به این مطلب اشاره شد که اطلاعات شخصی شرکت‌کنندگان به صورت محرمانه نگه داشته می‌شود و حتی نیازی به ذکر نام و نام خانوادگی نمی‌باشد.

در نهایت، داده‌های حاصل از این پژوهش، با استفاده از نرم‌افزار SPSS-23 در دو بخش توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و استنباطی (روش‌های همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون گام به گام) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

تحلیل شاخص‌های توصیفی برای ویژگی‌های جمعیت

جدول ۱: نتایج آزمون کلموگراف-اسمیرنوف و شاپیرو-ویلک در مورد پیش‌فرض نرمال بودن نمرات کلیه متغیرها

نوع سردرد	متغیرها	کلموگراف-اسمیرنوف			شاپیرو-ویلک		
		آماره	درجه آزادی	سطح معناداری	آماره	درجه آزادی	سطح معناداری
میگرن	شاخص‌های درد	۰/۲۰۲	۱۰۰	۰/۳۴۴	۰/۹۳۹	۱۰۰	۰/۵۱۴
	باورهای فراشناختی	۰/۱۶۲	۱۰۰	۰/۰۷۵	۰/۹۷۸	۱۰۰	۰/۱۵۶

به‌درستی رعایت شده بود. در جدول شماره ۲، میانگین و انحراف معیار نمرات شاخص‌های درد و باورهای فراشناختی در زنان مبتلا به میگرن گزارش شده است.

براساس نتایج حاصل از جدول شماره ۱، سطح معناداری برای هیچ‌یک از متغیرها در هیچ کدام از آزمون‌ها معنی‌دار نبود ($P > 0/05$). بنابراین شرایط نرمال بودن توزیع نمرات

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمرات شاخص‌های درد و باورهای فراشناختی در زنان مبتلا به میگرن

متغیر	خرده مقیاس‌ها	تعداد	میانگین	انحراف معیار
شاخص‌های درد	شدت درد	۱۰۰	۳/۸۱	۰/۹۴
	پرشان‌کنندگی	۱۰۰	۳/۸۷	۰/۸۵
	تعداد دفعات بروز سردرد	۱۰۰	۳/۶۷	۰/۸۹
	متوسط طول مدت سردرد	۱۰۰	۳/۷۵	۰/۸۴
	نمره کل علائم سردرد	۱۰۰	۱۵/۱۱	۲/۷۷
باورهای فراشناختی	باورهای مثبت درباره نگرانی	۱۰۰	۱۸/۹۶	۲/۷۳
	باورهای منفی درباره کنترل ناپذیری و خطر افکار	۱۰۰	۱۹/۲۴	۲/۶۱
	اطمینان شناختی	۱۰۰	۱۸/۷۵	۲/۶۲
	باورهای منفی درباره نیاز به کنترل افکار	۱۰۰	۱۹/۳۸	۲/۵۰
	خودآگاهی شناختی	۱۰۰	۱۹/۰۷	۲/۴۹
نمره کل باورهای فراشناختی	۱۰۰	۹۵/۴	۸/۳۳	

خرده مقیاس باورهای منفی درباره کنترل ناپذیری و خطر افکار ۱۹/۲۴ و ۲/۶۱؛ خرده مقیاس اطمینان شناختی ۱۸/۷۵ و ۲/۶۲؛ خرده مقیاس باورهای منفی درباره نیاز به کنترل افکار ۱۹/۳۸ و ۲/۵۰؛ خرده مقیاس خودآگاهی شناختی ۱۹/۰۷ و ۲/۴۹ و در نمره کلی ۹۵/۴ و ۸/۳۳ بود. نتایج ضریب همبستگی پیرسون برای بررسی رابطه بین شاخص‌های سردرد و مولفه‌های باورهای فراشناختی در زنان مبتلا به میگرن در جدول شماره ۳ گزارش شده است.

طبق نتایج جدول شماره ۲، میانگین و انحراف معیار شاخص‌های درد برای زنان مبتلا به میگرن در خرده مقیاس شدت درد ۳/۸۱ و ۰/۹۴، در خرده مقیاس پریشان‌کنندگی ۳/۸۷ و ۰/۸۵، در خرده مقیاس تعداد دفعات بروز سردرد ۳/۶۷ و ۰/۸۹، در خرده مقیاس متوسط طول مدت سردرد ۳/۷۵ و ۰/۸۴ و در نمره کلی شاخص‌های درد ۱۵/۱۱ و ۲/۷۷ بود. علاوه بر این میانگین و انحراف معیار نمرات خرده مقیاس‌های باورهای فراشناختی یعنی خرده مقیاس باورهای مثبت درباره نگرانی به ترتیب ۱۸/۹۶ و ۲/۷۳؛

جدول ۳: ضرایب همبستگی پیرسون بین شاخص‌های درد و مولفه‌های باورهای فراشناختی

زیرمقیاس‌ها	شدت درد	پیش‌ان کنندگی	تعداد دفعات بروز سردرد در روز	متوسط طول مدت سردرد در هر بار	نمره کل علائم سردرد
باورهای مثبت درباره نگرانی	*.۰/۶۱۵	*.۰/۶۱۷	*.۰/۶۰۷	**۰/۶۳۹	**۰/۷۸۷
باورهای منفی درباره کنترل ناپذیری و خطر افکار	**۰/۶۰۰	**۰/۶۰۷	**۰/۶۰۱	**۰/۶۰۹	**۰/۷۶۹
اطمینان شناختی	۰/۵۲۷	۰/۴۳۳	۰/۳۱۱	۰/۴۱۹	۰/۵۵۸
باورهای منفی درباره نیاز به کنترل افکار	**۰/۶۲۵	*.۰/۶۷۶	**۰/۶۷۶	**۰/۶۳۸	**۰/۷۱۸
خودآگاهی شناختی	**۰/۶۸۲	**۰/۶۵۲	**۰/۶۷۵	**۰/۶۸۲	**۰/۷۲۸
نمره کل باورهای فراشناختی	**۰/۶۳۵	**۰/۶۶۵	**۰/۶۸۲	**۰/۶۹۶	**۰/۷۴۱

** معنی‌داری در سطح ۰/۰۱

* معنی‌داری در سطح ۰/۰۵

و معنادار وجود داشت ($P < 0/01$ و $P < 0/05$) که مقادیر این ضرایب همبستگی در جدول فوق قابل مشاهده می‌باشند. اما بین خرده مقیاس اطمینان شناختی با خرده مقیاس‌های شاخص‌های درد ارتباط معنی‌داری وجود نداشت ($P > 0/05$). به عبارت دیگر، بیشتر بودن باورهای مثبت درباره نگرانی، باورهای منفی درباره کنترل ناپذیری و خطر افکار، باورهای منفی درباره نیاز به کنترل افکار و خودآگاهی شناختی، با افزایش شاخص‌های سردرد (شدت درد، پیش‌ان کنندگی، تعداد دفعات بروز سردرد در روز و متوسط طول مدت سردرد در هر بار) در زنان مبتلا به میگرن همراه است.

برای بررسی میزان قدرت پیش‌بینی خرده مقیاس‌های باورهای فراشناختی در شاخص‌های درد در زنان مبتلا به میگرن، از مدل رگرسیون چندگانه به روش Stepwise استفاده شد که نتایج آن در جداول شماره ۴ و ۵ ذکر شده است.

با توجه به جدول ۴-۸، در زنان مبتلا به میگرن، بین خرده مقیاس‌های باورهای مثبت درباره نگرانی، باورهای منفی درباره کنترل ناپذیری، باورهای منفی درباره نیاز به کنترل افکار و خودآگاهی شناختی و همچنین نمره کل باورهای فراشناختی با نمره کلی شاخص‌های سردرد به ترتیب با مقادیر $r = 0/787$ ، $r = 0/769$ و $r = 0/718$ و $r = 0/728$ و $r = 0/741$ در سطح خطای ۰/۰۱، رابطه مثبت و معنادار وجود داشت ($P < 0/01$). اما بین خرده مقیاس اطمینان شناختی با شاخص‌های درد رابطه معنی‌داری یافت نشد ($P > 0/05$). براساس یافته‌های دیگر این جدول، بین نمره کلی باورهای فراشناختی و خرده مقیاس‌های آن با خرده مقیاس‌های شاخص‌های سردرد یعنی خرده مقیاس‌های شدت درد، پیش‌ان کنندگی، تعداد دفعات بروز سردرد در طول روز و متوسط طول مدت سردرد در هر بار در زنان مبتلا به میگرن، در سطح خطای ۰/۰۱ و ۰/۰۵، رابطه مثبت

جدول ۴: نتایج معناداری مدل رگرسیون شاخص‌های درد مرتبط با خرده مقیاس‌های باورهای فراشناختی در زنان مبتلا به میگرن

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	ضریب تعیین (R^2)	F	سطح معناداری
باورهای فراشناختی	رگرسیون	۴۶۹/۲۹۱	۵	۹۳/۸۵۸	۰/۶۰۹	۱۵۹/۴۱۳	۰/۰۰۰۱
	باقیمانده	۲۸۸/۴۹۹	۹۴	۳/۰۶۹			
	جمع	۷۳۴/۷۹۰	۹۹				

در زنان مبتلا به میگرن را پیش‌بینی می‌کنند. با توجه به اینکه مقدار F محاسبه شده در سطح ۰/۰۱ معنادار است، بنابراین مدل رگرسیون خطی معنادار است و در نتیجه خرده مقیاس‌های باورهای فراشناختی با علائم سردرد در زنان مبتلا به میگرن رابطه معنادار دارند. بنابراین ضرایب رگرسیون و آزمون معناداری آن‌ها محاسبه و در جدول شماره ۵ ارائه شده است.

بر اساس جدول شماره ۴، با توجه به اینکه R^2 درصد واریانس خرده مقیاس‌های باورهای فراشناختی در پیش‌بینی شاخص‌های درد در زنان مبتلا به میگرن است، نتایج جدول فوق نشانگر این است که چهار خرده مقیاس باورهای مثبت درباره نگرانی، باورهای منفی درباره کنترل ناپذیری و خطر افکار، باورهای منفی درباره نیاز به کنترل افکار و خودآگاهی شناختی مجموعاً ۶۱ درصد واریانس علائم سردرد

جدول ۵: ضرایب رگرسیون علائم سردرد مرتبط با باورهای فراشناختی و معناداری آن‌ها

سطح معناداری	آماره t	ضرایب استاندارد	ضرایب غیراستاندارد		مدل
		Beta	خطای معیار	B	
۰/۰۰۳	۳/۱۸۷		۷/۴۳۳	۱۲/۹۴۲	ثابت
۰/۰۰۵	۲/۶۷۵	۰/۵۳۷	۰/۳۵۸	۰/۵۰۹	باورهای مثبت درباره نگرانی
۰/۰۰۰۱	۱/۲۵۹	۰/۵۶۵	۰/۱۹۰	۰/۲۴۱	باورهای منفی درباره کنترل ناپذیری و خطر افکار
۰/۰۰۲	۱/۵۴۴	۰/۶۰۲	۰/۳۱۶	۰/۲۰۱	باورهای منفی درباره نیاز به کنترل افکار
۰/۰۰۰۱	۲/۵۲۳	۰/۵۱۸	۳۴۰	۰/۱۵۹	خودآگاهی شناختی

شناختی به ترتیب با ضرایب بتا ۰/۵۳۷، ۰/۵۶۵، ۰/۶۰۲ و ۰/۵۱۸ پیش‌بینی‌کننده‌های معنادار شاخص‌های سردرد در زنان مبتلا به میگرن هستند ($P < ۰/۰۱$). به عبارت دیگر با افزایش یک انحراف استاندارد در نمره خرده

نتایج جدول شماره ۵ نشان می‌دهد که در زنان مبتلا به میگرن، خرده مقیاس‌های باورهای مثبت درباره نگرانی، باورهای منفی درباره کنترل ناپذیری و خطر افکار، باورهای منفی درباره نیاز به کنترل افکار و خودآگاهی

کننده‌های معنادار شاخص‌های سردرد در زنان مبتلا به میگرن بودند ($P < 0/01$).

نتایج حاصل از این فرضیه با یافته‌های شوتز، رییز، اسلاتر، اسمیت و سولیوان (۲۰۱۷)، پهلوان، بشارت، برجعلی و فراهانی (۱۳۹۷)، جوهری فرد، برومند، ادوارد شایت و مهرابی زاده هنرمند (۱۳۹۵)، و گلابی، عبداللهی و شاهقلیان (۱۳۹۵) همسو است^(۲۰، ۲۱، ۲۲). در این راستا، شوتز و همکاران (۲۰۱۷) عنوان نمودند که باورهای فراشناختی مثبت موجب کاهش نشخوارهای فکری و متعاقب آن کاهش دردهای مزمن، و باورهای فراشناختی منفی موجب افزایش نشخوارهای فکری و متعاقب آن افزایش دردهای مزمن می‌شوند^(۲۰). پهلوان و همکاران (۱۳۹۷) در پژوهش خود به نقش واسطه‌ای باورهای فراشناختی در پیش‌بینی شدت دردهای مزمن توسط ناگویی هیجانی اشاره نموده و عنوان نمودند که نقص در توانایی و یا بکارگیری فراشناخت‌ها منجر به بروز اختلالات هیجانی و در نهایت افزایش دردهای مزمن می‌شود^(۲۱). جوهری فرد و همکاران (۱۳۹۵) نیز در بررسی نقش عوامل شناختی و فراشناختی در بروز دردهای میگرنی به نقش متغیرهای فاجعه‌سازی درد، نادیده انگاشتن درد، فاجعه‌سازی، برون‌گرایی، گشودگی، توافق‌جویی و وجدانی بودن به‌عنوان بهترین پیش‌بین‌های بروز اختلال میگرن در زنان اشاره نمودند^(۲۱). همچنین گلابی، عبداللهی و شاهقلیان (۱۳۹۵) نیز نشان دادند بین برخی مؤلفه‌های باورهای فراشناختی منفی مانند کنترل‌ناپذیری و خطر و نیاز به کنترل افکار، با متغیر درد ارتباط مثبت و میان برخی مؤلفه‌های باور فراشناختی مثبت مانند مؤلفه خودآگاهی شناختی با متغیر درد ارتباط منفی وجود دارد^(۲۲). این در حالی بود که براساس بررسی‌های بعمل آمده پژوهش ناهمسو با یافته‌های بدست آمده، یافت نشد.

در تبیین یافته‌های حاصل از این فرضیه می‌توان گفت که رویکرد فراشناختی بر این باور است که افراد به این دلیل دچار آشفتگی و دردهای مزمن می‌شوند که فراشناخت‌های آنان به الگوی خاصی از پاسخ‌دهی به

مقیاس‌های باورهای مثبت درباره نگرانی، باورهای منفی درباره کنترل‌ناپذیری و خطر افکار، باورهای منفی درباره نیاز به کنترل افکار و خودآگاهی شناختی، نمره کلی شاخص‌های درد در زنان مبتلا به میگرن به ترتیب به اندازه ۰/۵۴، ۰/۵۷، ۰/۶۰ و ۰/۵۲ انحراف استاندارد بالاتر خواهد رفت.

بحث

پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی شاخص‌های درد براساس باورهای فراشناختی در زنان مبتلا به میگرن در شهر اصفهان انجام پذیرفت. نتایج حاصل از بررسی فرضیه پژوهش مبنی بر معنادار بودن سهم باورهای فراشناختی در پیش‌بینی شاخص‌های درد نشان داد که در زنان مبتلا به میگرن، بین خرده‌مقیاس‌های باورهای مثبت درباره نگرانی، باورهای منفی درباره کنترل‌ناپذیری و خطر افکار، باورهای منفی درباره نیاز به کنترل افکار و خودآگاهی شناختی با نمره کلی شاخص‌های سردرد، در سطح خطای ۰/۰۱، رابطه مثبت و معنادار وجود داشت ($P < 0/01$). اما بین خرده‌مقیاس اطمینان شناختی با شاخص‌های درد رابطه معنی‌داری یافت نشد ($P > 0/05$). بدین معنی که افزایش باورهای مثبت درباره نگرانی، باورهای منفی درباره کنترل‌ناپذیری و خطر افکار، باورهای منفی درباره نیاز به کنترل افکار و خودآگاهی شناختی منجر به افزایش شاخص‌های درد (شدت درد، پریشان‌کنندگی، تعداد دفعات بروز سردرد در هر روز و متوسط طول مدت سردرد در هر بار) در زنان مبتلا به میگرن می‌شود.

همچنین بر اساس میزان ضریب تعیین (R^2)، باورهای فراشناختی می‌توانست مجموعاً ۶۱ درصد واریانس علائم سردرد در زنان مبتلا به میگرن را پیش‌بینی کنند و خرده‌مقیاس‌های باورهای مثبت درباره نگرانی، باورهای منفی درباره کنترل‌ناپذیری و خطر افکار، باورهای منفی درباره نیاز به کنترل افکار و خودآگاهی شناختی به ترتیب با ضرایب بتا ۰/۵۳۷، ۰/۵۶۵، ۰/۶۰۲ و ۰/۵۱۸ پیش‌بینی

تجربه‌های درونی منجر می‌شوند که موجب تداوم هیجانات منفی و تقویت باورهای منفی می‌شود^(۱۳). براساس نتایج حاصل از این فرضیه، یکی از متغیرهای تاثیرگذار بر شاخص‌های درد در زنان مبتلا به میگرن، باورهای مثبت درباره نگرانی در این افراد است و این می‌تواند به دلیل ماهیت افکار در این افراد و مهم‌تر از آن ریشه در فرایندها یا راهبردهایی داشته باشند که این افراد برای ارزیابی یا کنترل فکرشان به کار می‌برند. افراد مبتلا به میگرن اکثراً افرادی نگران، مضطرب، و وسواسی هستند و این اضطراب و نگرانی منجر به درون ریزی احساسات و ایجاد اختلال و بی‌نظمی در شناخت‌ها و باورهای آنان می‌گردد. باورهایی همچون این که نگرانی به فرد جهت رویارویی بهتر با مشکلات کمک می‌کند یا نگرانی موجب سازگاری بهتر، نظم‌بخشی افکار و انجام بهتر امور می‌شود و نیز باور فرد به سودمندی این افکار به‌عنوان روشی برای اجتناب از نوسان‌های هیجانی شدیدتر، منجر به حفظ و تداوم آن‌ها می‌شود که با مزمن شدن و عدم توجه به تغییر ویژگی‌های شخصیتی فردی می‌توانند منجر به شدت یافتن درد در افراد مبتلا شوند. یکی دیگر از مؤلفه‌های باورهای فراشناختی که همبستگی مثبت معنی‌داری با شاخص‌های درد در زنان مبتلا به میگرن داشت، مولفه "کنترل ناپذیری افکار و خطر" بود. کنترل ناپذیری و خطر موجب می‌شود که فرد در کنترل رویدادهای محیطی دچار ضعف شود و کارایی و حس کنترل در او کاهش یابد و این ناتوانی در کنترل موجب افزایش اضطراب و برآورد غیرمنطقی از میزان خطرات پیشرو شده و باعث ایجاد تنش و متعاقب آن بروز و شدت یافتن دردهای روان‌تنی مانند میگرن در افراد شود. مولفه دیگر باورهای فراشناختی که دارای همبستگی مثبت و معنادار با شاخص‌های درد در افراد مبتلا به میگرن است، مولفه "باورهای منفی درباره نیاز به کنترل افکار" در این افراد است. در تبیین وجود این رابطه می‌توان عنوان نمود که اگر چه میگرن یک اختلال

شناختی نیست، اما با توجه به ماهیت آن می‌تواند سبب ایجاد اختلالاتی در افکار افراد مبتلا شود که این افراد افکار خود را به‌عنوان یک واقعیت که نیازی به تغییر و دست کاری ندارند، بپذیرند. از این‌رو تا زمانی که این افکار به‌عنوان افکار مزاحم در نظر گرفته نمی‌شوند، فرد مبتلا نیازی به تغییر و کنترل آن‌ها احساس نمی‌کند و تداوم این افکار مزاحم نیز منجر به شدت یافتن تنش و اضطراب و متعاقب آن دردهای روان‌تنی مانند سردرد می‌شود. به‌عنوان مثال، کامل و بدون عیب بودن (کمالگرایی) یکی از افکار غالب در این افراد است که در راستای آن نیز تلاش‌های بسیاری انجام می‌دهند و معیارهای سختگیرانه فراوانی برای خود وضع می‌نمایند. لذا تا زمانی که این افراد افکار خود را بدون هیچ‌چون و چرایی می‌پذیرند و نیازی به کنترل آنها احساس نمی‌کنند، همچنان به وضع معیارهای سختگیرانه برای خود ادامه می‌دهند و این موضوع می‌تواند فشار روانی زیادی به افراد وارد نموده و منجر به شدت یافتن شاخص‌های درد در افراد مبتلا به میگرن شود.

همچنین "خودآگاهی شناختی" از دیگر خرده‌مقیاس‌های فراشناختی بود که همبستگی مثبت و معنی‌داری با شاخص‌های درد در زنان مبتلا به میگرن داشت. به عبارتی کاهش افزایش خودآگاهی شناختی موجب افزایش شاخص‌های درد در افراد مبتلا به میگرن می‌شود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که خودآگاهی شناختی باورهایی مانند تفکر زیاد در مورد افکار، تحت مهار بودن دائم افکار، و وارسی دائم افکار را در بر می‌گیرد. این ویژگی در افراد مبتلا به میگرن که دارای خصوصیات کمال‌گرایی و تاحدودی وسواس هستند، بیشتر می‌باشد. غلبه کردن چنین باورهایی در افراد می‌تواند منجر به ایجاد افکار وسواسی و اضطراب و نهایتاً ایجاد و تشدید دردهای روان‌تنی مانند انواع سردرد شود. درخصوص تبیین عدم وجود ارتباط بین مولفه "اعتماد و اطمینان شناختی" با شاخص‌های سردرد در زنان

نتیجه‌گیری

میگرن جزء بیماری‌های روان‌تنی است و بیماران دارای سردرد میگرن، دارای ویژگی‌های روانشناختی خاصی مانند باورهای فراشناختی مختل می‌باشند. نتایج حاصل از پژوهش حاضر نشان داد که باورهای فراشناختی با شاخص‌های درد در زنان مبتلا به میگرن رابطه مثبت و معنادار دارند. لذا با در نظر گرفتن باورهای فراشناختی به‌عنوان عامل ایجادکننده و یا تشدیدکننده شاخص‌های درد در افراد مبتلا به میگرن، ضروری است که نسبت به ارائه مداخله‌ها و برنامه‌های آموزشی روانشناختی مناسب برای تغییر روش زندگی و تعدیل برخی ویژگی‌های شخصیتی در راستای تقویت باورهای فراشناختی مثبت و کاهش باورهای فراشناختی منفی در افراد مبتلا به میگرن، اقدام نمود تا از شدت علائم درد در این افراد که می‌تواند همه جنبه‌های زندگی فردی و اجتماعی آنان را تحت تأثیر قرار دهد، کاسته شود.

مبتلا به میگرن شاید بتوان علت را به نوع پاسخگویی شرکت‌کنندگان نسبت داد. افراد مبتلا به میگرن دارای ویژگی‌های شک، تردید و عدم اطمینان زیادی هستند که منشاء آن اغلب ترس از اشتباه کردن و از دست دادن تایید و اعتماد دیگران (کمالگرایی) می‌باشد. این ویژگی‌ها گاهی شناخت و تفکر افراد را تحت تأثیر قرار داده و منجر به ارائه پاسخ‌های متناقض به سوالات این مولفه که نیازمند پاسخگویی قاطعانه هستند، می‌گردد. پاسخ‌های متناقض نیز می‌توانند بر نتیجه نهایی کسب شده موثر بوده و معناداری روابط موجود را تحت تأثیر قرار دهند. با همه دقت‌هایی که ضرورت هر کار علمی است، محدودیت‌های روش‌شناختی و تعمیم‌دهی نتایج نمی‌تواند دور از نظر قرار بگیرد؛ لذا هر پژوهشی با محدودیت‌هایی همراه است و این پژوهش نیز از این قاعده مستثنی نیست. ازجمله محدودیت‌های این پژوهش عبارت بودند از: از آنجا که تشخیص بیماران مبتلا به میگرن براساس نظر پزشک متخصص مغز و اعصاب صورت می‌گرفت و با توجه به محدود بودن امکانات و زمان پژوهش، امکان وضع معیارهای ورود و خروج دقیق وجود نداشت. همچنین دسترسی به اطلاعات دقیقی مانند مدت بیماری و یا لیست داروهای مصرفی توسط بیماران امکانپذیر نبود. به‌عنوان محدودیت دیگر، پژوهش حاضر در محدوده یک شهر (اصفهان) انجام شد. همچنین جامعه آماری این پژوهش تنها زنان دارای میگرن بودند و امکان واردکردن جامعه مردان در پژوهش نبود. در این راستا، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده جامعه آماری پژوهش، مردان دارای میگرن باشند تا امکان بررسی تأثیر یا عدم تأثیر جنسیت در وجود رابطه بین باورهای فراشناختی با شاخص‌های درد فراهم شود. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های دیگر، جامعه هدف از شهری غیر از اصفهان انتخاب شود تا وجود تأثیرات احتمالی فرهنگی نیز مورد بررسی قرار گیرد. علاوه بر این، در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و خروج دقیق‌تر در انتخاب بیماران می‌تواند به کسب نتایج دقیق‌تر کمک نماید.

References

1. Brown H, Newman C, Noad R, Weatherby S. Behavioural management of migraine. *Annual Indian Academic Neurology* 2012; 15: 78-82.
2. Tepper S, Ashina M, Reuter U, Brandes J L, Dolezil D, Silberstein S, Winner P, Leonardi D, Mikol D, Lenz R. Safety and efficacy of erenumab for preventive treatment of chronic migraine: a randomised, double-blind, placebo-controlled phase 2 trial. *Lancet Neurol* 2017; 16: 425-434.
3. Tan HJ, Suganthi C, Dhachayani S, Rizal AM, Raymond AA. The coexistence of anxiety and depressive personality traits in migraine. *Singapore Med J* 2016; 48(4): 307-10.
4. Roger K, Cady MD. Sinus headaches, allergies, asthma and migraine: More than a causal relationship, American Headache Society. 2012; Accessed <http://www.achenet.org>.
5. Tso A R, Goadsby P J. New targets for migraine therapy. *Curr Treat Options Neurol* 2014; 16(11): 318.
6. Abdi A, Parnow A, Azizi M. Effect of Eight Weeks High Intensity Aerobic Training on Migraine Headache Indicators. *Horizon Med Sci* 2014; 20 (3) :133-138.
7. Hosini A, Khormae F, Asar Zadegan F, Hesami A, Taghavi M R, Mohammadi N. *Health Psychology* 2014; 3(11): 101-89.
8. Khalehipour Sh, Pirfarzam H. Compare Attachment style, Alexithymia and Sexual Function in the Male Patients with Tension Headache and Healthy Subjects. *Knowledge & Research in Applied Psychology* 2017; 18(3): 46-55.
9. Atlas L Y, Wager T D. How expectations shape pain. *Neurosci Lett* 2012; 520 (2): 140-8.
10. Arslantas D, Tozun M, Unsal A, Ozbek Z. Headache and its effects on health-related quality of life among adults. *Turk Neurosurg* 2013; 23(4): 498-504.
11. Johari fard R, Boromand A R, Shaite H K, Mehrabizadeh M. Comparison of the meaning of life, suicidal thoughts, and cognitive distortions between female patient affected by post-traumatic stress disorder and non-patient. *Thought & Behavior in Clinical Psychology* 2016; 11(42): 67-79.
12. Blumenfeld AM, Stark RJ, Freeman MC, Orejudos A, Manack Adams A. Long-term study of the efficacy and safety of onabotulinumtoxinA for the prevention of chronic migraine: COMPEL study. *J Headache Pain* 2018; 19: 13- 18.
13. Wells A. 2009. *Practical Guide to Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. Translation by Mohammad Khani, Sh 2015, Second edition, Tehran: publishing beyond knowledge.
14. Ashoori A, Vakili Y, Ben-Saeed S, Noei Z. Metacognitive beliefs and general health among college students. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 2009; 11(1): 15-20.
15. Salarifar MH, Pouretamad HR. The relationship between metacognitive beliefs and anxiety and depression disorder. *yafte* 2012; 13 (4) :29-38.
16. Tabakhnick BG, Fidell LS. *Using multivariate statistics* (5th Ed). Boston: Allyn & Bocon 2007.
17. Mehrabizadeh Honarmanand M, Akbari Shaydeh, Y. The effect of biochemical relaxation with headache and quality of life of students with migraine headaches in Shahid Chamran University. Master's thesis of clinical psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz 2012.
18. Wells A, Caertwright-Hatton S. A short form of meta-cognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behavior and Research and Therapy* 2004; 32(4): 867- 870.
19. Shirinzadeh Dastgiri S, Goodarzi S, Rahimi Ch, Nashiri Gh. Investigating the Factor Structure, Validity and Validity of the Meta-Cognitive Questionnaire-30. *Journal of Psychology* 2008; 12 (48): 445-461.
20. Scheutze R, Rees C, Slater H, Smith A, Sullivan P

- O. I call it stinkin' thinkin'": A qualitative analysis of metacognition in people with chronic low back pain and elevated catastrophizing. *British Journal of Health Psychology* 2017; 22: 463.
21. Pahlevan M, Besharat M A, Borjali A, Farahani H. The mediating role of meta-cognitive beliefs between alexithymia and chronic pain intensity. *JAP* 2018; 9 (3) :1-13.
22. Golabi N, Abdollahi MH, Shahkholian M. The Relationship between Metacognitive Thrill and Meta-Cognitive Beliefs with Pain Management in People with Chronic Headache. *Journal of Clinical Psychology and Personality* 2016; 14 (1): 61-70.