Journal of Anesthesiology and Pain Winter 2023, Vol 13, NO 4



The relationship between illness perception, pain control beliefs, alexithymia, and pain self-efficacy with headache-related disability in migraine headache sufferers

Latifeh AhlSarmadi [1], Ilnaz Sajjadian [*2], Behnaz Ansari [3]

1. *Master's degree in clinical psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Islamic Azad University, Isfahan(Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran*
2. *Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Community Health Research Center, Isfahan (Khorasgan)Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran*
3. *Assistant Professor, Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran*

ABSTRACT

Aims and background: Chronic pain is a complex psychological experience that brings a lot of emotional and psychological pressure. This research was conducted with the aim of investigating the relationship between disease perception, pain control beliefs, emotional alexithymia, and pain self-efficacy with headache-related disability in migraine patients.

Materials and methods: The research method was a correlational description. For this purpose, 220 people who met the criteria for entering the study were selected from among the migraine headache sufferers who visited the neurology clinics of Isfahan city in the fall of 1400 through available sampling. The participants in the research responded to the questionnaires of illness perception, pain control beliefs, Toronto alexithymia, pain self-efficacy and headache disability. Data were analyzed using Pearson's correlation coefficients and stepwise regression analysis.

Findings: The results of the stepwise regression analysis showed that in the presence of all predictor variables and among these variables, alexithymia has the highest ability to predict disability caused by headache in migraine headache sufferers, followed by pain self-efficacy, disability caused by It predicts migraine in headache sufferers.

Conclusion: The disability caused by migraine headache, which is highly seen among the sufferers of this type of disease, is influenced by many psychological variables, so it is suggested to pay more attention to the psychological health of patients in this regard.

Key words: disease perception, pain control beliefs, emotional alexithymia, pain self-efficacy, disability caused by headache, migraine headache

Please cite this paper as:

Ahl Sarmadi L, Sajjadian I, Ansari B[The relationship between illness perception, pain control beliefs, emotional alexithymia, and pain self-efficacy with headache-related disability in migraine headache sufferers (Persian)].J Anesth Pain 2023;13(4): 111-124.

Corresponding Author: Ilnaz Sajjadian, Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Community Health Research Center, Isfahan Branch (Khorasgan), Islamic Azad University, Isfahan, Iran
Email: i.sajjadian@khuisf.ac.ir

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-17]

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۱۳، شماره ۴، زمستان ۱۴۰۱

رابطه ادراک بیماری، باورهای کنترل درد، ناگویی هیجانی و خودکار آمدی درد با ناتوانی ناشی از سردرد در مبتلایان به سردرد میگرنی

لطیفه اهل سرمدی[۱]، ایلناز سجادیان[۲]*، بهناز انصاری[۳]

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی ، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی ، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران
۲. دانشیار گروه روانشناسی بالینی، مرکز تحقیقات سلامت جامعه، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران
۳. استادیار، گروه داخلی اعصاب، دانشکده ی پزشکی ، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۶/۲۰ **تاریخ بازبینی: ۱۴۰۱/۸/۲۴** **تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۹/۲۲**

چکیده

زمینـــه و هـــدف: درد مزمـن یـک تجربـه روانشـناختی پیچیـده اسـت کـه فشـارهای عاطفـی و روانـی زیـادی بـه همـراه دارد. ایـن پژوهـش بـا هـدف بررسـی رابطـه ادراک بیمـاری، باورهـای کنتـرل درد، ناگویـی هیجانـی و خودکارآمـدی درد بـا ناتوانـی ناشـی از سـردرد در بیمـاران مبتـلا بـه میگـرن، انجـام شـد.

مـــواد و روش‌هـــا: روش پژوهـش، توصیفـی از نـوع همبسـتگی بـود. بدیـن منظـور از میـان مبتلایـان بـه سـردرد میگرنـی کـه در پاییـز سـال ۱۴۰۰بـه کلینیک‌هـای مغـز و اعصـاب شـهر اصفهـان مراجعـه کـرده بودنـد، تعـداد ۲۲۰ نفـر کـه دارای معیارهـای ورود بـه پژوهـش بودنـد بـه شـیوه نمونه‌گیـری در دسـترس، انتخـاب شـدند. شـرکت کننـدگان در پژوهـش، بـه پرسشـنامه‌های ادراک بیمـاری، باورهـای کنتـرل درد، ناگویـی هیجانـی تورنتـو، خودکارآمـدی درد و ناتوانـی ناشـی از سـردرد، پاسـخ دادنـد. داده‌هـا بـا اسـتفاده از ضرایـب همبسـتگی پیرسـون و تحلیـل رگرسـیون گام بـه گام مـورد بررسـی قـرار گرفـت.

یافته‌هـــا: نتایـج حاصـل از تحلیـل رگرسـیون گام بـه گام نشـان داد کـه در حضـور همـه متغیرهـای پیـش بیـن و از بیـن ایـن متغیرهـا، ناگویـی هیجانـی بیشـترین تـوان پیش‌بینـی ناتوانـی ناشـی از سـردرد در مبتلایـان بـه سـردرد میگرنـی را دارد و پـس از آن خودکارآمـدی درد، ناتوانـی ناشـی از سـردرد در مبتلایـان بـه سـردرد میگرنـی را پیـش بینـی می‌کنـد.

نتیجـه گیـری: ناتوانـی ناشـی از سـردرد میگرنـی کـه در بیـن مبتلایـان بـه ایـن نـوع بیمـاری، بـه شـدت دیـده می‌شـود تحـت تاثیـر متغیرهـای روانشـناختی متعـددی قـرار دارد بنابرایـن توجـه بیشـتر بـه سـلامت روانشـناختی بیمـاران در ایـن خصـوص پیشـنهاد می‌شـود.

واژه‌هـای کلیـدی: ادراک بیمـاری باورهـای کنتـرل درد، ناگویـی هیجانـی، خودکارآمـدی درد، ناتوانـی ناشـی از سـردرد، سـردرد میگرنـی

مقدمه

سـردردهای میگرنـی کـه از شایع‌تـرین سـردردهـای اولیـه هسـتند شـامل سـردردهای ضربانـدار متوسـط تـا شـدید دوره‌ای، معمـولاً در یـک طـرف سـر و غالبـاً همـراه بـا

نویسـنده مسـئول: ایلنـاز سـجادیان، دانشـیار گروه روانشناسـی بالینـی، مرکز تحقیقات سـلامت جامعه، واحـد اصفهان (خوراسـگان)، دانشـگاه آزاد اسـلامی، اصفهـان، ایران
پست الکترونیک: i.sajjadian@gmail.com

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-17]

تهوع، نور هراسی و صدا هراسی می‌باشند که با فعالیت فیزیکی معمول تشدید می‌گردند[۱]. سردرد میگرنی نوعی سردرد ضربان دار و تکرار شونده است که در ناحیه گیجگاهی و یا پیشانی ظاهر شده و با تهوع، استفراغ و گریز از نور و صدا همراه است و معمولا ۴ تا ۷۲ ساعت طول می‌کشد[۲]. لازم به ذکر است که میگرن به دو نوع میگرن کلاسیک (همراه با اورا یا علایم هشدار دهنده) و میگرن شایع (بدون اورا یا علایم هشداردهنده)، تقسیم می‌شود[۳].

میگرن، سومین اختلال پزشکی رایج در جهان است[۴] و شیوع جهانی ۱۲درصد دارد[۵]. میزان شیوع میگرن در کشورهای مختلف در زنان حدود۲۰درصد و در مردان حدود۶ درصد[۶] و در ایران نیز میزان شیوع سردردهای میگرنی برای زنان و مردان بزرگسال به ترتیب ۱۲/۵درصد و ۸/۴ درصد، گزارش شده است[۷]. به گزارش سازمان بهداشت جهانی، میگرن رتبه نوزدهم را در بین اختلالات ایجاد کننده ناتوانی، به خود اختصاص داده است، چرا که ۸۷ درصد از افراد مبتلا به میگرن، به درجه‌ای از ناتوانی دچار می‌شوند[۸]. سردرد میگرنی، مضاف بر درد ناتوان کننده، بر همه ابعاد زندگی فرد از جمله کارکرد اجتماعی، شناختی و زندگی خانوادگی، تاثیر نامطلوبی دارد و به سطوح متفاوت ناتوانی منجر می‌شود[۹]. وقوع حملات دوره‌ای میگرن، موجب اختلال در عملکرد بیمار می‌گردد که از جمله آنها می‌توان به عدم تمرکز و امتناع از هرگونه فعالیت شخصی و اجتماعی و غیبت‌های طولانی مدت از محل کار و تحصیل، تاثیر بر خلق و خو و متعاقب آن اختلال در روابط فرد با اطرافیان اشاره کرد[۱۰]. میگرن، بار اقتصادی سنگینی بر بیماران، سیستم بهداشتی و اجتماع تحمیل می‌کند تا جایی‌که بار اقتصادی سالانه میگرن معادل ۱۳ بیلیون و ۱۱۳ میلیون دلار روز کاری از دست رفته محاسبه شده است[۱۱].

"ادراک بیماری" یکی از متغیرهای روانشناختی مرتبط با درد است،که به بازنمایی شناختی سازمان یافته‌ی بیمار از بیماری خود تعبیر می‌شود[۱۲]. بر اساس مدل مطروحه لونتال هوارد (۱۹۸۰)، افراد در شرایط بیماری، تجارب خود را حول پنج عنصر شکل می‌دهند: ۱- هویت بیمار : شامل برچسب یا نامی است که فرد برای توصیف بیماری خود و علایم ناشی از آن، به کار می‌برد. ۲- علت بیماری: باورهای اختصاصی هر فرد درباره علت درک شده بیماری که به لحاظ پزشکی ممکن است بطور کامل صحیح نباشند. ۳- سیر بیماری: باورهای پیش‌بینانه در این باره که بیماری چه مدت طول خواهد کشید، پیشرونده است یا ثابت. ۴- پیامدها: باورهای فرد در مورد این که پیامدهای بیماری یا تأثیر آن بر زندگی، جسم، روابط اجتماعی و اهداف و آرزوهای او چگونه خواهد بود و ۵- درمان / کنترل پذیری بیماری: عقایدی درباره این که آیا خود فرد یا مراجع درمانی می‌توانند تأثیری بر بیماری او، دوره آن یا علایم اش داشته باشند[۱۳].

باورهای مرتبط با درد، گمانه‌هایی درباره درد و یا آمایه‌ای است که در پرتو آن، درد تعبیر و تفسیر می‌شود[۱۴]. باور به کنترل درد، شامل یک پیکره‌بندی شناختی است که یا به طور فردی شکل یافته یا از نظر فرهنگی آموخته شده است ، مبنی براینکه بر اساس اعتقاد فرد، درد قابل کنترل یا غیر قابل کنترل است[۱۵]. شواهد نشان می‌دهد باور به اینکه درد، غیر قابل کنترل است، ممکن است باعث شود تا درون داده‌های ایجاد کننده درد بعدی، شدیدتر ادراک گردند. افراد در مواجه با درد (چه به صورت درد حاد و یا درد مزمن) باورهای قبلی خود درباره درد را رها می‌کنند و با توجه به نظام شناختی، نگرشی و شخصیتی خود باورهای جدیدی را در رابطه با درد، شکل داده و برای آن معنای جدیدی می‌یابند، باورهای جدید از بیماری به بیمار دیگر بسیار متغیر است[۱۶].

"ناگویی هیجانی" به ناتوانی در پردازش شناختی و تنظیم هیجان‌ها و تمایز قائل شدن میان آنها اطلاق

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-17]

می‌شود[۱۷]. این سازه، سازه‌ای است چند بعدی و متشکل است از: دشواری در شناسایی احساسات و تمایز بین هیجان‌ها، احساسات بدنی و برانگیختگی‌های هیجانی بدنی، دشواری در توصیف احساسات برای دیگران و قدرت تجسم محدود که به صورت فقر در خیال‌پردازی یا سبک تفکر عینی (غیرتجسمی)، مشخص می‌شود[۱۸]. "خودکارآمدی درد" به میزان اطمینان فرد به توانایی‌اش برای حفظ عملکرد خود، علیرغم دردی که دارد، اشاره می‌کند[۱۹]. پژوهشگران معتقدند باورهای خودکارآمدی، نقش عمده‌ای در سازگاری افراد با دردهای مزمن ایفا می‌کند و بر جنبه‌های مختلف زندگی بیماران مبتلا به دردهای مزمن یا برخی از بیماری‌های خاص تأثیرگذار است[۲۰]. در پژوهش با بیماران دارای درد مزمن، باورهای خودکارآمدی توانسته است دامنه وسیعی از رفتارهای درد و تجربه درد را تبیین نماید[۲۰].

آخرین متغیر روانشناختی مورد بحث، "ناتوانی ناشی از سردرد" است. بررسی‌های ویتکوف و لیود[۲۱] نشان داد که باور بیمار به توانایی خود در پیش گیری از سردرد یاکنترل آن، می‌تواند میزان ناتوانی ناشی از سردرد را پیش‌بینی می‌کند. تداوم احساس ناتوانی در برابر سردرد نیز می‌تواند زمینه احساس درماندگی در برابر سردرد و استقرار حالت‌های خلقی منفی را فراهم سازد. ناتوانی ناشی از سردرد، بیانگر احساس محدودیت برای انجام فعالیتی است که فرد در حالت عادی، توانایی انجام آن را دارد. این تعریف در برگیرنده ادراک فرد از توانایی‌های خود می‌باشد[۲۲].

مواد و روش

پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی بوده است. جامعه آماری در این پژوهش شامل مردان و زنان مبتلا به سردرد میگرنی بوده است که در پاییز ۱۴۰۰ به کلینیک‌های مغز و اعصاب شهر اصفهان مراجعه کردند. جهت برآورد حجم نمونه در این پژوهش، از فرمول نافچینسکی و ماندفروم (۲۰۰۸) استفاده شد که به ازای هر متغیر پیش بین، ۱۰ تا ۳۰ نفر انتخاب می‌شوند. بنابراین حجم نمونه ۲۲۰ نفر در این پژوهش، جهت انجام تحلیل‌های آماری کفایت می‌کند. بدین منظور، از میان زنان و مردان مبتلا به سردرد میگرنی مراجعه کننده به کلینیک‌های مورد نظر، تعداد ۲۲۰ نفر بر اساس معیارهای ورود انتخاب شدند و پرسشنامه‌ها جهت پاسخگویی در اختیار آنها قرار گرفت. پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، ۲۳ پرسشنامه مخدوش تشخیص داده شد و بنابراین حجم نمونه نهایی ۱۹۷ نفر شد. همچنین نرخ بازگشت پرسشنامه‌ها در این پژوهش، معادل ۸۹/۵۴ درصد بود.

معیارهای ورود برای افراد شامل: حداقل سواد لازم جهت تکمیل نمودن پرسشنامه (دیپلم به بالا)؛ گذشتن حداقل ۱ سال از ابتلای فرد به سردردهای میگرنی؛ دریافت تشخیص اختلال سردرد میگرنی توسط متخصص مغز و اعصاب و عدم ابتلا به اختلالات حاد روانپزشکی بود. همچنین معیارهای خروج افراد از این پژوهش شامل: عدم تمایل به ادامه همکاری و عدم دقت در پاسخگویی به پرسشنامه‌ها بود. لازم به ذکر است که برای انجام این پژوهش، کد اخلاق از کمیته اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان-خوراسگان، با شناسه IR.IAU.KHUISF.REC.1400.298 کسب شد. همچنین به شرکت کنندگان در پژوهش اطمینان داده شد که کلیه پرسشنامه‌ها به صورت جمعی مورد تحلیل قرار می‌گیرد و نتایج حاصل از آن، به صورت محرمانه باقی خواهد ماند.

تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از این پژوهش با استفاده از بسته آماری برای علوم اجتماعی نسخه ۲۳ انجام شده است. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از ضرایب همبستگی و آزمون رگرسیون چند متغیره به روش گام به گام استفاده شد.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-17]

پرسشنامه ادراک بیماری برادبنت(IPQ)

پرسشنامه کوتاه ادراک بیماری یک پرسشنامه ۹سؤالی است که توسط برادبنت و همکاران، براساس فرم تجدیدنظرشده همین پرسشنامه طراحی شده است. دامنه نمرات ۸ سؤال اول، از ۱تا ۱۰ است. سؤال ۹، باز پاسخ بوده و سه علت عمده ابتلا به بیماری را به ترتیب مورد سؤال قرار می‌دهد. هر خرده مقیاس از این پرسشنامه، یک مولفه‌ی ادراک بیماری را می‌سنجد. بدین ترتیب که، پنج خرده مقیاس، واکنش شناختی به بیماری را مورد سنجش قرار می‌دهند که شامل ادراک از پیامدها (ماده‌ی ۱)، طول مدت بیماری (ماده‌ی ۲)، کنترل شخصی (ماده‌ی ۳)، کنترل از طریق درمان (ماده‌ی۴) و شناخت علایم (ماده‌ی ۵) است. دو خرده مقیاس، نگرانی در مورد بیماری (ماده‌ی۶) و عواطف و واکنش عاطفی (ماده‌ی ۸) را مورد سنجش قرار می‌دهد و نهایتا یک خرده مقیاس هم، قابلیت درک و فهم بیماری را می‌سنجد (ماده ی ۷). جهت گیری علی یک سوال باز است (ماده ی۹) که در آن از بیمار خواسته می‌شود سه مورد از مهمترین عواملی که باعث بیماری وی شده است را فهرست کند.

به گزارش برادبنت و همکاران[۲۳]، روایی همزمان مقیاس با پرسشنامه ادراک بیماری تجدیدنظر شده در نمونه‌ای از بیماران مبتلا به آسم، دیابت و بیماران کلیوی، نشان دهنده همبستگی زیرمقیاس‌ها از ۰/۳۲تا ۰/۶۳است. همچنین همبستگی نمره‌ای زیرمقیاسهای مقیاس مذکور با خودکارآمدی خاص بیماران مبتلا به دیابت، ۰/۶۰ تا ۰/۶۷ و خودکارآمدی بیماران مبتلا به آسم، ۰/۴۷ تا ۰/۵۳به دست آمده است. در پژوهش کلانتری و همکاران[۲۴] نیز، آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۸۰ و ضریب پایایی بازآزمایی به فاصله ۶ هفته برای سؤالات مختلف، از ۰/۴۲ تا ۰/۷۵گزارش شده است. بزازیان و بشارت[۲۵] در پژوهش خود پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ را ۰/۷۳گزارش کرده‌اند.

آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر، برای کل مقیاس ۰/۸۳، برای خرده مقیاس واکنش شناختی، ۰/۷۷۹ و برای خرده مقیاس واکنش عاطفی، ۰/۷۰۰ محاسبه گردیده است.

پرسشنامه باورهای کنترل درد

پرسشنامه باورهای کنترل درد که توسط مین و وادل (۱۹۹۳) تهیه شده است، دارای دو خرده مقیاس است: کنترل بر درد و مسئولیت پذیری. سوالات مربوط به کنترل درد عبارتند از سوالات ۱-۵-۹-۱۷-۱۹ و سوالات مربوط به مسئولیت‌پذیری شامل سوالات ۲-۳-۴-۶-۷-۸-۱۰-۱۱-۱۲-۱۳-۱۴-۱۵-۱۶-۱۸-۲۰ می‌شود.

مقیاس پاسخگویی پرسشنامه به صورت کاملاً درست است[۴]، تا کاملاً نادرست است[۱]، تعیین شده است. پایایی اعتبار این پرسشنامه در تحقیق کیان بخت[۲۶]، برای کنترل درد ۰/۴۹ و برای مسئولیت‌پذیری ۰/۹۶ به دست آمد. همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۷، برای کنترل درد ۰/۹۴ و برای مسئولیت‌پذیری ۰/۹۷،گزارش شده است. آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر، برای کل مقیاس ۰/۷۲۴، برای خرده مقیاس کنترل بر درد، ۰/۷۰۱ و برای خرده مقیاس مسئولیت پذیری، ۰/۷۹۴ محاسبه گردیده است.

پرسشنامه ناگویی هیجانی تورنتو و (TAS-20)

مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو در سال ۱۹۸۶ توسط تیلور ساخته شد و در سال ۱۹۹۴ توسط تیلور، بگبی وپارکر تجدید نظرشد[۲۷]. این مقیاس، یک آزمون ۲۰ سؤالی است و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را در مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از نمرۀ ۱ (کاملاً مخالف) تا نمرۀ ۵ (کاملاً موافق) می‌سنجد. یک نمرۀ کل نیز از جمع نمره‌های سه زیرمقیاس، برای ناگویی هیجانی کلی محاسبه می‌شود. زیرمقیاس "دشواری

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-17]

در شناسایی احساسات" که شامل ۷ ماده است (مواد ۱،۳،۶،۷،۹،۱۳،۱۴) و توانایی آزمودنی را در شناسایی احساساتش و تمایز میان احساسات با حس‌های بدنی ارزیابی می‌کند؛ زیر مقیاس "دشواری در توصیف احساسات" که ۵ ماده دارد (مواد ۲،۴،۱۱،۱۲،۱۷) و توانایی شخص در بیان احساسات و این مسئله که آیا قادر است احساسات خود را در قالب لغات بیان کند یا خیر، می‌سنجد؛ زیر مقیاس "تفکر عینی" که ۸ ماده دارد (مواد ۵،۸،۱۰،۱۵،۱۶،۱۸،۱۹،۲۰) و میزان درون نگری و عمیق شدن فرد در احساسات درونی خود و دیگران را بررسی می‌کند[۲۸]؛ ویژگی‌های روانسنجی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو- ۲۰ در پژوهش‌های متعدد بررسی و تایید شده است [۲۹و۳۰و۳۱]. در نسخهٔ فارسی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو ۲۰ [۳۲] ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کل، ۰/۸۵و برای سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات۰/۸۲، دشواری در توصیف احساسات۰/۷۵ و تفکر عینی (تفکر معطوف به بیرون) ۰/۷۲ محاسبه شد که نشانهٔ همسانی درونی خوب مقیاس است. آلفای کرونباخ این پرسشنامه در مطالعه حاضر برای ناگویی هیجانی کل ۰/۸۱۵، برای خرده مقیاس دشواری در شناسایی احساسات ۰/۷۷۵، برای خرده مقیاس دشواری در توصیف احساسات۰/۷۴۲ و برای خرده مقیاس تفکر عینی ۰/۷۸۱، محاسبه گردیده است.

پرسشنامه خودکارآمدی درد (PSEQ)

این پرسشنامه بر پایه‌ی مفهومی که بندورا (۱۹۷۷) از خودکارآمدی مطرح کرده است، قرار دارد وتوسط نیکولاس(۱۹۹۰) ساخته شده است. این پرسشنامه که کارآمدی و بسندگی فرد در زندگی با درد را ارزیابی می‌کند، دارای ۱۰ عبارت است و در آن از بیمار خواسته می‌شود تا میزان توانایی خود را برای انجام گروهی از فعالیت‌ها، علیرغم وجود درد، بر اساس یک مقیاس لیکرت ۷ بخشی (صفر تا شش) درجه‌بندی کند. بنابراین نمره‌های این مقیاس بین ۰تا۶۰ ، متغیر است و نمره‌های بالاتر، بیانگر باور قدرتمندتر در انجام فعالیت‌های روزمره، علیرغم وجود درد و به عبارت بهتر، خودکارآمدی بیشتر است[۳۳]. نیکولاس (۱۹۸۹) پایایی این پرسشنامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش کرده است. اعتبار سازه نسخه فارسی، در نمونه‌ای متشکل از ۱۶۹ بیمار مبتلا به درد مزمن، بررسی شد. نتایج این پژوهش و یافته‌های بدست آمده، نشانگر اعتبار و پایایی مطلوب نسخه فارسی این پرسشنامه است[۳۴]. همچنین، در پژوهش برومند[۳۵] اعتبار همگرایی مقیاس خودکارآمدی درد، با مقیاس خودکارآمدی شرر برابر با ۰/۵۷ بدست آمد. برای بررسی اعتبار پرسشنامه، اصغری مقدم و همکاران[۲۰]، ضرایب بازآزمایی پرسشنامه را با فاصله زمانی ۹روز گزارش کرده‌اند و ضرایب اعتبار آزمون را با استفاده از روش‌های آلفای کرونباخ، روش تنصیف و روش بازآزمایی به ترتیب۰/۸۱، ۰/۷۸ و ۰/۷۷ به دست آوردند که، بیانگر پایایی مطلوب و رضایتبخش آزمون است. آلفای کرونباخ این پرسشنامه در مطالعه حاضر، ۰/۹۳۳ محاسبه گردیده است.

۵-پرسشنامه ناتوانی ناشی از سردرد (HDI)

پرسشنامه ناتوانی ناشی از سردرد، توسط جاکوبسن و همکاران در سال ۱۹۹۴ ساخته شد[۳۶]. این پرسشنامه در ابتدا با نام فرم آلفا تهیه گردید که دارای ۴۰ عبارت بود اما پس از اصلاحاتی به فرم بتا با ۲۵ سوال تبدیل شد[۳۶]. در فرم جدید سوالات به ۲ خرده مقیاس عاطفی و کارکردی تقسیم شده، که تاثیرات سردرد را در زاویه‌های عاطفی و کارکردی مورد سنجش قرار می‌دهد. بعد عاطفی از ۱۳ ماده و بعد کارکردی از ۱۲ ماده تشکیل شده است. در بعد عاطفی، احساسات ناخوشایند ناشی ازسردرد (خشم، ناامیدی، نگرانی، اضطراب و افسردگی، ناکامی) و در بعد کارکردی، محدودیت‌هایی که سردرد در فعالیت‌ها و

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-17]

زندگی شخصی و اجتماعی بیمار ایجاد می‌کند، مورد ارزیابی قرار می‌گیرد[۳۶]. پاسخ آزمودنی به هریک از سوالات یکی از گزینه‌های "بله، خیر و گاهی اوقات" است که به پاسخ "بله" نمره ۴، به پاسخ"گاهی اوقات" نمره ۲ و به پاسخ "خیر" نمره ۰ تعلق می‌گیرد. نمره کل فرد بین صفر تا ۸۸ متغیر است. حداکثر نمره بعد عاطفی، ۴۴ و حداکثر نمره بعد کارکردی نیز، ۴۴ است. در این پرسشنامه کسب نمره بیشتر، نشانگر بالاتر بودن میزان ناتوانی تجربه شده است[۳۷]. این ابزار از اعتبار و پایایی خوبی برخوردار است. ضریب همبستگی هریک از خرده مقیاس‌های عاطفی و کارکردی با نمره کل ۰/۸۹ و ضریب پایایی بر اساس روش بازآزمایی برای کل آزمون، خرده مقیاس عاطفی و کارکردی به ترتیب۰/۸۳، ۰/۸۲ و ۰/۷۶ برآورد شده است[۳۲]. آلفای کرونباخ این پرسشنامه در مطالعه حاضر، ۰/۹۲۱ محاسبه گردیده است.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر، ۳۵ نفراز آزمودنی‌ها (۱۷/۸ درصد) مرد و ۱۶۲ نفر (۸۲/۲ درصد) زن بودند. تحصیلات بیشتر افراد نمونه یعنی ۷۰ نفر (۳۵/۵ درصد)، دیپلم و ۶۹ نفر (۳۵ درصد)، لیسانس بوده است. بیشتر افراد نمونه یعنی۱۶۵ نفر (۸۳/۸ درصد)، متأهل بوده اند. میانگین سن افراد شرکت کننده نیز، ۴۰/۴۸ سال و انحراف معیار آن، ۱۱/۱۴ سال بوده است.

جدول ۱: یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

	متغیرها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	حداقل نمره	حداکثر نمره
پیش بین	ادراک بیماری	۱۹۷	۵۴/۸۶	۱۲/۷۴	۲۴	۸۰
پیش بین	باور به کنترل درد	۱۹۷	۵۲/۱۱	۶/۹۸	۳۶	۷۳
پیش بین	ناگویی هیجانی	۱۹۷	۶۲/۶۳	۱۲/۷۹	۳۶	۹۲
پیش بین	خودکارآمدی درد	۱۹۷	۳۰/۷۸	۱۶/۰۹	۰	۱۰۰
ملاک	ناتوانی ناشی از سردرد	۱۹۷	۴۵/۶۹	۲۱/۵۱	۴	۹۸

جدول ۲: نتایج آزمون همبستگی پیرسون

متغیرها	ناتوانی ناشی از سردرد	
	R	معنی‌داری
ادراک بیماری	۰/۱۶۵	۰/۰۲۱
باور به کنترل درد	۰/۰۵۳	۰/۴۶۳
ناگویی هیجانی	۰/۳۲۱	۰/۰۰۱
خودکارآمدی درد	-۰/۲۹۲	۰/۰۰۱

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد در حضور همه متغیرهای

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-17]

تـوان پیش‌بینـی ناتوانـی ناشـی از سـردرد در مبتلایـان بـه سـردرد میگرنـی را دارد. ضریـب همبسـتگی بیـن ناگویـی هیجانـی بـا ناتوانـی ناشـی از سـردرد، برابـر بـا ۰/۳۲۱ بدسـت آمـده اسـت و بـر ایـن اسـاس، رابطـه بیـن ناگویـی هیجانـی بـا ناتوانـی ناشـی از سـردرد، مثبـت و معنـی‌دار اسـت (p<۰/۰۵). همچنیـن یافته‌هـای جـدول فـوق حاکـی از آنسـت کـه رابطـه خودکارآمـدی درد بـا ناتوانـی ناشـی از سـردرد، منفـی و معنـی دار اسـت. ضریـب همبسـتگی بیـن خودکارآمـدی بـا ناتوانـی ناشـی از سـردرد، برابـر بـا ۰/۲۹۲- حاصـل شـده اسـت کـه ایـن ضریـب منفـی از لحـاظ آمـاری، معنـی دار اسـت (p>۰/۰۰۱)؛ بـه گونـه‌ای کـه بـا بـالا رفتـن خودکارآمـدی درد، ناتوانـی ناشـی از سـردرد کاهـش می‌یابـد. امـا متغیرهـای ادراک بیمـاری و بـاور بـه کنتـرل درد در حضـور همـه متغیرهـای پیـش بیـن، تـوان پیش‌بینـی متغیـر ناتوانـی ناشـی از سـردرد درمبتلایـان بـه سـردرد میگرنـی را نداشـته‌اند.

جدول ۳: نتایج ضرایب رگرسیون بین متغیرهای پیش بین با متغیر ملاک ناتوانی ناشی ازسردرد

متغیر / شاخص‌ها	ضرایب غیر استاندارد		ضرایب استاندارد		
	B	SE_b	β	T	معنی داری
عدد ثابت	۲۵/۴۳	۷/۸۱	-	۳/۲۵	۰/۰۰۱
ناگویی هیجانی	۰/۴۹۵	۰/۱۱	۰/۲۹۵	۴/۴۸	۰/۰۰۱
خودکارامدی درد	-۰/۳۵	۰/۰۸۸	-۰/۲۶۲	-۳/۹۸	۰/۰۰۱

براسـاس نتایـج به دسـت آمـده در جـدول ۳، از بیـن متغیرهای پیـش بیـن پژوهـش متغیرهـای ناگویـی هیجانی(بـا آمـاره t برابـر بـا ۴/۴۸) و خودکارآمـدی درد (بـا آمـاره t برابر بـا ۳/۹۸) می‌تواننـد تغییـرات مربـوط بـه ناتوانـی ناشـی از سـردرد در مبتلایـان بـه سـردرد میگرنـی را پیش‌بینـی کننـد. بـا توجـه بـه ضرایـب اسـتاندارد بتـای بـه دسـت آمـده، می‌تـوان گفـت، بـا اضافـه شـدن یـک واحـد بـه ناگویـی هیجانـی بـه میـزان ۰/۲۹۵ انحـراف اسـتاندارد بـه ناتوانـی ناشـی از سـردرد در مبتلایـان بـه سـردرد میگرنـی افـزوده می‌شـود در حالـی کـه بـا اضافـه شـدن یـک واحـد بـه خودکارآمـدی درد بـه میـزان ۰/۲۶۲ از ناتوانـی ناشـی از سـردرد در مبتلایـان بـه سـردرد میگرنـی کاسـته می‌گـردد.

بحث

ایـن پژوهـش بـا هـدف بررسـی رابطـه ادارک بیمـاری، باورهـای کنتـرل درد، ناگویـی هیجانـی و خودکارآمـدی درد بـا ناتوانـی ناشـی از سـردرد در مبتلایـان بـه سـردرد میگرنـی انجـام شـده اسـت. نتایـج حاصـل از تحلیـل رگرسـیون گام بـه گام نشـان داد کـه در حضـور همـه متغیرهـای پیـش بیـن و از بیـن ایـن متغیرهـا، ناگویـی هیجانـی بیشـترین تـوان پیـش بینـی ناتوانـی ناشـی از سـردرد در مبتلایـان بـه سـردرد میگرنـی را داشـت و پـس از آن خودکارآمـدی درد، ناتوانـی ناشـی از سـردرد در مبتلایـان بـه سـردرد میگرنـی را پیش‌بینـی می‌کنـد. در حالیکـه متغیرهـای ادراک بیمـاری و بـاور بـه کنتـرل درد در حضـور همـه متغیرهـای پیـش بیـن، تـوان پیـش بینـی متغیـر ناتوانـی ناشـی از سـردرد درمبتلایـان بـه سـردرد میگرنـی را نداشـتند.

در خصـوص رابطـه ناگویـی هیجانـی بـا ناتوانـی ناشـی از سـردرد پژوهشـی یافـت نشـد امـا در پژوهش‌هـای

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-17]

زبردست و شفیعی تبار[۳۸]، خالقی پور و پیرفرزام[۳۸]، حسینی و همکاران[۳۹]، رهنمای و همکاران[۴۰] و گلابی و همکاران[۴۱] در مورد ناگویی هیجانی و تنظیم هیجان در افراد مبتلا به سردرد صحبت شده است.

در تبیین رابطه ناگویی هیجانی با ناتوانی ناشی از سردرد می‌توان گفت، افرادی که قادر به شناخت و بیان درست احساسات و هیجانات خود هستند، در هنگام بروز سردرد می‌توانند با بیان درست نیازها، احساسات و خواسته‌های خود از پشتیبانی و حمایت عاطفی و روانی اطرافیان استفاده کنند و بدین ترتیب دارای یک منبع حمایتی محکم و قوی در دوران سخت بیماری خواهند بود، که این امر منجر می‌شود احساس ناتوانی کمتری در اثر سردرد به آنها دست دهد. در مقابل، افراد مبتلا به ناگویی هیجانی به دلیل نداشتن رابطه عاطفی و هیجانی مناسب با اطرافیان خود و عدم توانایی در بیان احساسات و نیازهای خود برای دیگران، از این منبع مهم حمایتی برخوردار نیستند. این افراد، نمی‌توانند در هنگام بروز درد، از راهبردهای انطباقی و سازشی (مانند صحبت کردن و درد دل کردن با دیگران) بهره ببرند و نمی‌توانند از منابع حمایت هیجانی در دسترس (از قبیل دوستان، اطرافیان و اعضای خانواده) برای گذراندن دوران بیماری به نحو آسانتراستفاده نمایند و بنابراین، ناتوانی بیشتری را در اثر سردرد، تجربه می‌کنند.

ویژگی دیگر افراد مبتلا به ناگویی هیجانی، این است که تهییج‌های بدنی بهنجار را بزرگ می‌کنند، نشانه‌های بدنی برانگیختگی هیجانی را بد تفسیر می‌کنند، درماندگی هیجانی را از طریق شکایت‌های بدنی نشان می‌دهند و در اقدامات درمانی، تنها به دنبال درمان نشانه‌های جسمانی هستند. که بدیهی است تمامی این خصوصیات باعث می‌شود فرد ناتوانی بیشتری را در نتیجه بیماری خود تجربه کند. در مقابل افرادی که توانایی بالا در شناسایی و بیان عواطف و احساسات خود دارند، با تمایز قایل شدن بین دیگر احساسات خود با حس‌های بدنی، به درستی می‌توانند بین احساس‌های ناخوشایند ناشی از سردرد با احساسات دیگر خود، تمایز و تفکیک قائل شوند و بنابراین اجازه نمی‌دهند درد و رنج ناشی از سردرد، آنقدر بر آنها غلبه کند که باعث ایجاد احساس ناتوانی، ناکامی و درماندگی در آنها شود. این دسته از بیماران به دلیل کنترل و مدیریت هیجانی خوبی که دارند، به جای اینکه احساسات و هیجانات منفی و ناخوشایندی را که به علت سردرد در آنها ایجاد شده، به کل زندگی خود تعمیم دهند، آنها را احساساتی موقت و گذرا می‌دانند که در اثر درد زیاد، بر آنها غالب شده و در نتیجه با برطرف شدن سردرد، از بین خواهند رفت و بنابراین اجازه نمی‌دهند این احساسات، بر کیفیت کلی زندگی و بهره‌وری آنها، تاثیر مخرب گذارد.

در مورد رابطه خودکارآمدی درد با ناتوانی ناشی از سردرد پژوهشی یافت نشد اما پژوهش‌های اسدپور و همکاران[۴۲]، اصغری مقدم و همکاران[۴۳]، بشارت و همکاران[۴۴]، فراری و وانتی[۴۵]، کاستا و ماهر[۴۶] در مورد خودکارآمدی درد در بیماری‌های مزمن بحث کرده‌اند. تبیین رابطه خودکارآمدی درد با ناتوانی ناشی از سردرد، باید به این نکته اشاره کرد که راهبردهای مقابله با درد، به دو گروه بزرگ راهبردهای مقابله فعال و نافعال تقسیم می‌شود که شواهد بالینی و تجربی متعددی نشان داده است استفاده از راهبردهای مقابله نافعال (مانند استراحت، اتکا به دیگران برای مقابله با درد، دوری از قبول مسئولیت و...)، با درد و ناتوانی بیشتری همراه است؛ در مقابل، استفاده از راهبردهای مقابله فعال (مانند درگیری در فعالیت‌ها علیرغم وجود درد، نادیده انگاشتن درد...)، عملکرد بهتر و ناتوانی جسمی کمتری بدنبال دارد[۳۴].

اگرچه در مرحله حاد بیماری، کاهش سطح فعالیت توسط بیمار، باعث کمک به بهبودی وی گردد، اما با گذشت زمان و تبدیل شدن درد حاد به مزمن،

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-17]

ایـــن مســـیله صـــدق نمی‌کنـــد؛ بلکـــه در مقابـــل، بـــا ایجـاد اضطـراب انتظـاری از حرکـت، کـه خـود منجـر بـه رفتارهـای اجتنابـی می‌شـود، وضعیـت بیمـار روز بـه روز بدتـر می‌شـود.

چراکـه بـه مـرور زمـان، "رفتارهـای دوری گزینـی" فـرد بیمـار افزایـش می‌یابـد و مواجهـه فـرد بـا شـرایطی کـه منجـر بـه بـروز یـا تشـدید درد می‌گـردد (فعالیت‌هـای فیزیکـی، فعالیت‌هـای جنسـی و...)، "تـرس انتظـاری" را در او بـر می‌انگیـزد و در نتیجـه، فـرد از همـان ابتـدا از انجـام ایـن فعالیت‌هـا اجتنـاب می‌کنـد[۴۷].

کـم کـم بیمـار می‌آمـوزد تـا بـه طـور کامـل از موقعیت‌هـا و انجـام فعالیت‌هایـی کـه انتظـار دارد در آن دردی احسـاس نمایـد، اجتنـاب کنـد. نکتـه اینکـه رفتارهـای دوری گزینـی، بـه علـت کاهشـی کـه در تـرس بیمـار بـه وجـود می‌آورنـد، مرتـب تقویـت می‌شـوند؛ بـه طوری‌کـه بـا گذشـت زمـان، رفتارهـای دوری گزینـی معینـی، بـه بسـیاری از محرک‌هایـی تعمیـم داده می‌شـود کـه بـه طـور بالقـوه می‌توانـد درد را فـرا بخوانـد و در نتیجـه بـه تدریـج، خزانـه رفتـاری فـرد از قبـل، کاهـش می‌یابـد[۴۷].

بنابرایـن بایـد گفـت، تقویـت رفتارهـای انفعالـی و اتخـاد یـک شـیوه زندگـی غیرفعـال توسـط بیمـار، نـه تنهـا بـه وی کمکـی نمی‌کنـد، بلکـه باعـث اختـلال در زندگـی روزمـره وی و در نهایـت، باعـث ایجـاد ناتوانـی بیشـتر می‌گـردد. بنابرایـن بایـد گفـت، بیمارانـی کـه خودکارآمـدی درد بالاتـری دارنـد و بـر ایـن باورنـد کـه علیرغـم وجـود سـردرد، بـاز هـم می‌تواننـد بـه فعالیت‌هـای روزمـره شـغلی، خانوادگـی، تحصیلـی و... خـود بپردازنـد، ناتوانـی ناشـی از سـردرد کمتـری را تجربـه می‌کننـد. در مقابـل، بیمارانـی کـه دارای خودکارآمـدی درد پایین‌تـری هسـتند و می‌کوشـند تـا بـا رهـا کـردن مسـئولیت و کناره‌گیـری از انجـام فعالیـت، بـا درد خـود مقابلـه کننـد، دچـار ناتوانـی بیشـتری می‌گردنـد.

در خصـوص محدودیت‌هـای موجـود در ایـن پژوهـش می‌تـوان گفـت، چـون ایـن پژوهـش، مقطعـی بـوده و در یـک بـازه زمانـی خـاص صـورت گرفتـه اسـت، بنابرایـن در تعمیـم نتایـج آن بـه سـایر بازه‌هـای زمانـی، بایـد جانـب احتیـاط رعایـت گـردد.

همچنیـن چـون صرفـاً بـر روی بیمـاران مبتـلا بـه میگـرن مراجعـه کننـده بـه کلینیک‌هـای خصوصـی مغـز و اعصـاب واقـع در شـهر اصفهـان صـورت گرفتـه اسـت، بنابرایـن بهتـر اسـت در تعمیـم نتایـج حاصـل از آن، بـر روی جوامـع آمـاری بزرگتـر، احتیـاط شـود.

از آنجـا کـه بیمـاران شـرکت کننـده در ایـن پژوهـش از کلینیک‌هـای خصوصـی بـه صـورت در دسـترس انتخـاب شـدند، در تعمیـم نتایـج حاصـل از ایـن مطالعـه بـه همـه افـراد مبتـلا بـه میگـرن بایـد احتیـاط شـود. بـا توجـه بـه اینکـه پژوهـش حاضـر، از نـوع رابطـه‌ای اسـت، بنابرایـن نمی‌تـوان نتایـج اثربخشـی و علـی را از آن اسـتنتاج کـرد و امـا از آنجـا کـه ایـن پژوهـش، صرفـاً بـر روی مبتلایـان بـه سـردرد میگرنـی انجـام شـد، بنابرایـن نتایـج حاصـل قابـل تعمیـم بـه بیمـاران مبتـلا بـه سـایر انـواع سـردردهای مزمـن نمی‌باشـد.

بـا توجـه بـه محدودیت‌هـای مطـرح شـده پیشـنهاد می‌شـود بـرای اینکـه امـکان تعمیـم نتایـج حاصـل بـه بازه‌هـای زمانـی دیگـر و بـه جوامـع آمـاری بزرگتـر وجـود داشـته باشـد، ایـن پژوهـش بـه صـورت گسـترده‌تر و بـر روی نمونه‌هـای بزرگتـر نیـز انجـام شـود. همچنیـن بـرای افزایـش تعمیم‌پذیـری نتایـج حاصـل از نمونـه پژوهـش بـه جامعـه، پیشـنهاد می‌شـود کـه از شـیوه نمونه‌گیـری تصادفـی، جهـت انتخـاب نمونه‌هـا اسـتفاده شـود و در پایـان توصیـه می‌گـردد در پژوهش‌هـای آینـده از تحقیقاتـی بـا ماهیـت اثربخشـی و از طرح‌هـای تجربـی یـا طولـی کـه امـکان اسـتنتاج روابـط علـی و معلولـی را بیـن عوامـل روانشـناختی و ناتوانـی ناشـی از سـردرد می‌دهنـد، اسـتفاده شـود.

در پایـان و بـا توجـه بـه تاییـد رابطـه ناگویـی هیجانـی بـا ناتوانـی ناشـی از سـردرد، پیشـنهاد می‌شـود مهارت‌هـای

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-17]

لازم در زمینه شناخت، توصیف، ابراز و کنترل عواطف، هیجانات و احساسات به مبتلایان آموزش داده شود. همچنین با توجه به تایید رابطه خودکارآمدی درد با ناتوانی ناشی از سردرد در مبتلایان به سردرد میگرنی، پیشنهاد می‌شود با استفاده از روش‌هایی چون الگودهی، کسب تجربیات موفقیت‌آمیز و تقویت اجتماعی که از روش‌های رایجی است که در درمان‌های شناختی- رفتاری به کار گرفته می‌شود، باورهای خودکارآمدی بیماران تقویت شود.

همچنین برگزاری دوره‌های درمانی فردی و گروهی و برقراری ارتباط مابین افراد مبتلا به میگرن، می‌تواند به بهزیستی روانشناختی و بهبود روانی این افراد کمک کند و مهارت‌های لازم جهت بالابردن حس خودکارآمدی را به مبتلایان، آموزش دهد.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-17]

References

1. Spierings ELH, Cady R. et al. Correction to: Safety and tolerability of eptinezumab in patients with migraine: a pooled analysis of 5 clinical trials. J Headache Pain 22, 46. 2021.
2. Lambert GA, Zagami AS. Does Somatostatin Have a Role to Play in Migrain Headache?. Neuropeptides, 2018; 69: 1-8.
3. Wu MF, Yang YW, Chen YY. The Effect of Anxiety and Depression on the Risk of Irritable Bowel Syndrome in Migraine Patients. J of Clinical Neuroscience, 2017; 44: 342-345.
4. Delucci A, Moradi F, Madras Mousavi M, Karimzadeh F. A review of structural and metabolic biomarkers in migraine. Sealing healing. 2017; 7th period(1): 63-76.
5. Emadi, Zahra Bahrami Ehsan, Hadi. Rostami, Reza Factors affecting pain experience in female patients with migraine: a qualitative study. Journal of Psychological Sciences. 2018; 18th period(73):1-15.
6. Kim BK, Chu MK, Yu SJ. et al. Burden of migraine and unmet needs from the patients' perspective: a survey across 11 specialized headache clinics in Korea. J Headache Pain 22, 45 (2021).
7. Eizidi Khah A, Ansari Shahidi M, Rezaei Jamaloui H, Haqat A. Comparison of the effect of mindfulness and relaxation therapy on pain intensity in patients with migraine headaches. Anesthesia and pain. 2019. 11(3):28-42.
8. Moriarty-Sheehan M, Jamieson DG, Russell DD. Managing migraine: strategies for successful patient outcomes. Nurse Pract. 2001; 26(4 suppl): 1-11.
9. Antonaci F, Nappi G, Galli F, Manzoni GC, Calabresi P, Costa AJTjoh, et al. Migraine and psychiatric comorbidity: a review of clinical findings. The journal of headache and pain. 2011;12(2):115
10. Tomé-Pires C, Solé E, Racine M, Galán S, Castarlenas E, Jensen MP, Miró J. The Relative Importance of Anxiety and Depression in Pain Impact in Individuals with Migraine Headaches. Scandinavian J of Pain, 2016; 13: 109-113.
1. 11-Befus, D. R., Lich, K. H., Kneipp, S. M., Bettger, J. P., Coeytaux, R. R., & Humphreys, J. C. A Qualitative, Systems Thinking Approach to Study Self-Management in Women With Migraine. Nursing Research, 2018; 67(5), 395-403.
11. Taheri Khorameh Z, Hezaveh MM. Ramadani T. Vahidi A. Good luck, Maryam. Sharifi Fard, Fatima. Investigating the relationship between disease perception and adherence to treatment regimen in patients with hypertension. Journal of Education and Community Health. 2015; Third period(2):9-15.
12. Moss-M0rris R, Weinman J, Petrie K, Horn R, Cameron L, Buick D. The revised illness perception questionnaire(IPQ-R). psychology & health. 2002; (17):1-16.
13. Modesto-Lowe V, Girard L, Chaplin M. Cancer pain in the opioid-addicted patient: can we treat it right? J Opioid Manag. 2013; 8(3):167-175.
2. 15. Caneiroa JP. Samantha B . Beliefs about the body and pain: the critical role in musculoskeletal pain management 2021. Brazilian Journal of Physical Therapy Brazilian Journal of Physical Therapy.
3. 16. Williams DA., robinsonME., Geisser ME.(1994). Pain belifes: assessment and utility.pain:59:71- 78.
4. 17. Mattila AK, Kronholm E, Jula A, Salminen JK, Koivisto A-M, Mielonen R-L, et al. Alexithymia and somatization in general population. Psychosom Med. 2008;70(6):716–22.
5. 18. Taylor, G. J., & Bagby, M. An overview of the alexithymia construct. In R. Bar-On & J. D. A. Parker (Eds.), The handbook of emotional intelligence (pp. 263-276). San Francisco: Jossey-Bass. 2000.
6. 19. Shareh H, Robati Z. Effect of Cognitive-Behavioral Group Therapy on Pain Self-efficacy, Fatigue, Life Expectancy and Depression in Patients With Multiple Sclerosis: A Randomized Controlled

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-17]

Clinical Trial. IJPCP. 2021; 26 (4) :418-43.

7. 20. Asghari Moqaddam MA, Rahmati N, Sho'eyri MR. The Mediational Role of Pain Self- Efficacy and Fear of Movement in Explaining the Relationship between Chronic Pain and Disability.Clinical Psychology Studies. 2012; 2(6): 141-68
8. 21. Wittkopf PG, Lloyd DM, Coe O, Yacoobali S, Billington J. The effect of interactive virtual reality on pain perception: a systematic review of clinical studies. Disabil Rehabil. 2019;8:1–12.
9. 22. Mortazavi Nasiri FS, Pakdaman S, Dehghani M. The relationship between catastrophizing and pain-related anxiety with headache-related disability in people with migraine. Journal of Behavioral Sciences Research. 2014; 13(4): 616.
10. 23. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. W. The brief illness perception questionnaire. Journal of psychosomatic research. 2006;60(6):631-7
11. 24. Kalantari H, Bagherian Sararoodi R, Afshar H KN, Forouzandeh N, Daghagh Zadeh H, Marashi MR, et al. Relationship between Illness Perceptions and Quality of Life in Patients with Irritable BowelSyndrome. J Mazand Univ Med Sci. 2012; 22(86): 33-41
12. 25. Bazzazian S, Besharat MA. Attachment styles, illness perception and quality of life in patients with type I diabetes. Contemporary Psychology. 2010;5(1):3-11
13. 26. Kian Bakht M. Seyed Musa G. Poladi Rohimhari A. Perceived social support and severity of chronic pain disorder in firemen of Tehran city. National Congress of Social Psychology of Iran. 2012; Second period: 318-314.
14. 27. Bagby RM, Parker JDA, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. Journal of Psycho somatic Research. 1994a; 38:23–32
15. 28. Khaleghipour S. Pir Farzam H. Comparison of attachment style, emotional dyslexia and sexual performance in male patients with tension headache with healthy individuals. Knowledge and research in applied psychology. 2016; Year 18(2):55-46.
16. 29. Taylor GJ, Bagby RM, Luminet O. Assessment of alexithymia: self-report and observer-rated measures. Handbook of emotional intelligence. Sanfrancisco. Jossey Bass. 2000.
17. 30. Parker JDA, Taylor GJ, & Bagby RM. The relationship between emotional intelligence and alexithymia. Personality and Individual Differences. 2001; 30: 107-115
18. 31. Palmer BR, Gignac G, Manocha R, & Syough C. A psychometric evaluation of the Mayer- Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test Version 2.0. Intelligence. 2004; 33: 285-305
19. 32. Besharat MA. Reliability and factorial validity of Farsi version of the Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students. Psychological Reports. 2007; 101: 209-220.
20. 33. Nicholas MK. Self-efficacy and chronic pain. Proceedings of the Annual Conference of the British Psychological Society; 1989 April 4; St Andrews, Scotland. 1989: 110-18 Smith, T.R.,
21. 34. Asghari A, Nicholas M. An Investigation of Pain Self-Efficacy Beliefs in Iranian Chronic Pain Patients: A Preliminary Validation of a Translated English-Language Scale. 2009; 10:619-632
22. 35. Boroumand A. Chronic pain, pain self-efficacy and suicidal ideation: The moderating role of pain self-efficacy on relation between depression and suicidal ideation in chronic pain patients. Journal of Fundamentals of Mental Health.2012;14(54):63-152.
23. 36. Sajadinejad M, Mohammadi N, Tagvi SMR, Ashjazadeh N. The effect of cognitive-behavioral therapy group on depression and feelings of helplessness caused by headache in patients with migraine and tension headache. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2008; Year 14(4):418-411.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-17]

24. 37. Ravanbakhsh M. Saleh, Z. Arab B, Asad F, Moghadam Ahmadi A, Sadr Mohammadi R, Bidaki R Investigation of the prevalence of headache and measurement of disability caused by it in the employees of Rafsanjan University of Medical Sciences in 2013. Journal of Jiroft University of Medical Sciences. 2013; The first year(2):131-138.
25. 38. Zebardast O, Shafi'i tabar M. Positive and negative affect, cognitive emotion regulation strategies and emotional dyslexia in girls with migraine headaches. Child's mental health. 2018; Volume 6 (2): 87-99.
26. 39. Hosseini A, Khormai F. Asarzadegan F, Hesami O. Tagvi MR, Mohammadi N. Comparison of cognitive emotion regulation strategies in people with migraine headache, tension headache and normal people. health Psychology. 2013; The third year(3):101-89.
27. 40. Rahnamaei, Maryam. Kafi, Seyed Musa. Brothers, Majid. Sorry, Babak. Comparison of irrational beliefs, personality type D and quality of life of people with migraine headaches and healthy people. Scientific research quarterly of health psychology. 2014; Year 4, No. 3 (consecutive 15): 89-
28. 41. Golabi N, Abdullahi MH. Shahqalian M. The relationship between emotion regulation and metacognitive beliefs with pain management in people with chronic headaches. Clinical and Personality Psychology Quarterly. 2015; 14th period(1):70-61.
29. 42. Asadpour A. Rahmati M, Tarkhan M. Investigating the relationship between pain self-efficacy and pain intensity in patients with chronic headaches. The third national conference on strategies for the development and promotion of educational sciences, psychology, counseling and education in Iran. 2015.
30. 43. Asghari Moghadam MA. Rahmati N, Shayiri MR. The mediating role of pain self-efficacy and fear of movement in explaining the relationship between chronic pain and disability. Clinical Psychology Quarterly. 2013; 2(6):1-29.
31. 44. Basharat MA, Kochi F, Dehghani M, Farahani Hojjat E, Momenzadeh C. Examining the moderating role of self-efficacy on the relationship between emotional dyslexia, pain intensity and disability caused by headache in patients with chronic pain. New Psychological Research Quarterly. 2011; The sixth year(21):230-213.
32. 45. Ferrari S, Vanti C, Pellizzer M. et al. Is there a relationship between self-efficacy, disability, pain and sociodemographic characteristics in chronic low back pain? A multicenter retrospective analysis. Arch Physiother 9, 9. 2019.
33. 46. Costa Lda C, Maher CG, McAuley JH, Hancock MJ, Smeets RJ. Self-efficacy is more important than fear of movement in mediating the relationship between pain and disability in chronic low back pain. Eur J Pain. 2011 Feb;15(2):213-9.
34. 47. Asghari M, Mohammad A. Pain and its measurement: review of new approaches to the psychology of pain. 2011. Tehran. Rosh Publications.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-17]