



دانشگاه تربیت معلم تهران
دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی

پایان نامه برای دریافت درجه کارشناسی ارشد

"M.A"

روانشناسی بالینی

عنوان:

بررسی تاثیر القای خلق بر پاسخ های درد بیماران مبتلا به میگرن و
نقش متغیر فاجعه آمیزی درد

استاد راهنما:

دکتر علیرضا مرادی

استاد مشاور:

دکتر محمد علی اصغری مقدم

نگارش:

زهرا گلی

تابستان ۸۹

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه تربیت معلم تهران
دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی

پایان نامه برای دریافت درجه کارشناسی ارشد

"M.A"

روانشناسی بالینی

عنوان:

بررسی تاثیر القای خلق بر پاسخ های درد بیماران مبتلا به میگرن و

نقش متغیر فاجعه آمیزی درد

استاد راهنما: جناب آقای دکتر علیرضا مرادی

استاد مشاور: جناب آقای دکتر محمد علی اصغری مقدم

داور داخلی: جناب آقای دکتر حاتمی

داور خارجی: جناب آقای دکتر حسنی

مدیر گروه روانشناسی: جناب آقای دکتر حاتمی

تقدیم به:

که با هر سوختن، پله ای ساختند برای ترقی من...

و تقدیم به:

او که عشق اش ، زیباترین مصرع شعر زندگییم است....

سپاسگزاری:

سپاس گویم خدایی را که انسان را به علم توانگر ساخت و به حلم زینت بخشید، به تقوی عزیز کرد و به عافیت زیبایی داد.

و به مصداق حدیث شریفه " من علمنی حرفاً فقد سیرنی عبداً " ، بر خود فرض می‌دانم تا از زحمات، دلسوزی‌ها و راهنمایی‌های استاد گرامی جناب آقای دکتر مرادی که در تعریف و انجام این پروژه دلسوزانه یاری‌ام نمودند، کمال تشکر و قدردانی را داشته و مراتب احترام خود را ابراز دارم.

زحمات طاقت فرسای استاد ارجمند جناب آقای دکتر اصغری مقدم که در لحظه لحظه تهیه این پایان نامه اینجانب را رهنمود و ارشاد فرمودند، ارج نهاده و از حضور ایشان صمیمانه تقدیر و تشکر می‌نمایم و از کلیه عزیزانی که بی‌منت تجربیات خویش را در اختیار اینجانب قرار داده و در انجام این پروژه یار و یاور من بودند کمال تشکر و قدردانی را داشته و از خداوند منان توفیق روز افزون ایشان را خواهانم.

در پایان نیز وظیفه خود می‌دانم که از خانواده عزیزم که با حمایت دلسوزانه خود بهترین مشوق من بوده‌اند، و همچنین از همسر عزیزم که در مسیر انجام این پژوهش همواره یار و یاورم و در سختی‌ها و ناامیدی‌ها سنگ صبورم بود، تشکر و قدردانی نمایم.

فصل اول

۱	کلیات تحقیق.....
۲	۱-۱ مقدمه.....
۶	۲-۱ بیان مسئله:.....
۱۶	۳-۱ هدف پژوهش.....
۱۶	۴-۱ سئوالات پژوهش.....
۱۶	۵-۱ فرضیات.....
۱۶	۶-۱ ضرورت انجام تحقیق.....
۱۸	۷-۱ تعاریف نظری و عملیاتی متغیرها.....
۱۸	فاجعه آمیزی درد.....
۱۸	شدت درد:.....
۱۹	القای خلق.....
۱۹	القای درد.....
۱۹	افسردگی.....
۲۰	اضطراب.....
۲۰	خودکارآمدی درد.....

فصل دوم

۲۱	پیشینه تحقیق.....
۲۲	۱-۲ مقدمه.....
۲۲	۲-۲ روان و بیماری های طبی.....
۲۴	۳-۲ طب روان تنی.....
۲۴	۴-۲ اختلالات روان - تنی.....
۲۵	۵-۲ علل بروز اختلالات روان - تنی.....
۲۹	۶-۲ تعریف بیماری های روان تنی.....
۲۹	۷-۲ انواع اختلالات روان - تنی.....
۳۰	۸-۲ درد.....
۳۱	۱-۸-۲ فیزیولوژی درد.....
۳۲	۲-۸-۲ سبب شناسی درد.....
۳۳	۳-۸-۲ انواع درد.....
۳۵	۴-۸-۲ طبقه بندی بر اساس طول دوره درد.....
۳۵	۱-۴-۸-۲ درد گذرا.....
۳۶	۲-۴-۸-۲ درد حاد.....
۳۶	۳-۴-۸-۲ درد مزمن.....
۳۸	۴-۴-۸-۲ درد عود کننده.....
۳۸	۹-۲ سردرد.....

۴۱	۱-۹-۲ تاریخچه
۴۲	۲-۹-۲ تعریف میگرن
۴۲	۳-۹-۲ تشخیص
۴۴	۴-۹-۲ انواع
۴۹	۵-۹-۲ سبب شناسی
۴۹	۱-۵-۹-۲ عوامل ژنتیکی
۵۰	۲-۵-۹-۲ اختلالات عروقی مغز
۵۰	۳-۵-۹-۲ اختلالات زیست- شیمی
۵۲	۴-۵-۹-۲ اختلالات مربوط به سوخت و ساز بدن
۵۲	۵-۵-۹-۲ رابطه میگرن با خواب
۵۳	۶-۵-۹-۲ آلرژی ها (حساسیت)
۵۳	۷-۵-۹-۲ عوامل روانشناختی
۵۶	۶-۹-۲ نشانهها و عوارض
۵۷	۷-۹-۲ شیوع و همهگیرشناسی
۵۸	۸-۹-۲ سابقه قبلی و سابقه فامیلی
۵۹	۹-۹-۲ ویژگی های شخصیتی افراد مبتلا به سردرد میگرن
۶۲	۱۰-۹-۲ سردرد، اثرات اجتماعی- اقتصادی
۶۴	۱۱-۹-۲ میگرن در زنان
۶۵	۱۰-۲ عوامل و فرآیندهای روان شناختی مرتبط به تجربه سردرد
۶۵	۱-۱۰-۲ باورها درباره سردرد
۶۸	۲-۱۰-۲ باور به امکان کنترل سردرد
۶۹	۳-۱۰-۲ خود کارآمدی
۷۱	۴-۱۰-۲ ناتوانی های جسمی ناشی از سردرد
۷۳	۱۱-۲ مشکلات هیجانی و اختلالات روان شناختی موثر بر میگرن یا متاثر از میگرن
۷۳	۱-۱۱-۲ افسردگی
۷۶	۲-۱۱-۲ اضطراب
۷۷	۳-۱۱-۲ استرس
۷۹	۴-۱۱-۲ فاجعه آمیزی درد
۸۳	۱۲-۲ القای خلق و روش های آن
۸۵	۱-۱۲-۲ فعال سازی و فرضیه وابسته به حالت خلق
۸۶	۲-۱۲-۲ روش ولتن
۸۷	۳-۱۲-۲ تصاویر چهره ای
۸۸	۴-۱۲-۲ موسیقی
۸۹	۵-۱۲-۲ نمایش فیلم
۸۹	۱۳-۲ تحقیقات انجام شده

فصل سوم

۹۱	روش تحقیق
۹۲	۱-۳ مقدمه

۹۲.....	۲-۳ طرح پژوهش
۹۲.....	۳-۳ جامعه مورد پژوهش
۹۲.....	۴-۳ ویژگی های نمونه
۹۲.....	۱-۴-۳ معیارهای پذیرش
۹۳.....	۲-۴-۳ معیارهای عدم پذیرش
۹۳.....	۳-۴-۳ روش احراز معیارهای پذیرش و عدم پذیرش
۹۳.....	۴-۴-۳ حجم نمونه
۹۵.....	۵-۳ ابزارهای پژوهش
۹۶.....	۱-۵-۳ سیاهه افسردگی بک
۹۷.....	۲-۵-۳ سیاهه اضطراب بک
۹۸.....	۳-۵-۳ پرسشنامه خودکارآمدی درد
۹۹.....	۴-۵-۳ مقیاس فاجعه آمیزی درد
۹۹.....	۵-۵-۳ نمایش فیلم
۱۰۰.....	۱-۵-۳ تکلیف خستگی شناختی
۱۰۱.....	۶-۳ روش اجرای پژوهش
۱۰۴.....	۷-۳ روش تحلیل داده ها

فصل چهارم

۱۰۶.....	یافته های تحقیق
۱۰۷.....	۱-۴ مقدمه
۱۰۷.....	۲-۴ نتایج توصیفی مربوط به بخش مقدماتی پژوهش
۱۰۸.....	۳-۴ نتایج توصیفی مربوط به ویژگی های جمعیت شناختی و متغیرهای پژوهش
۱۰۸.....	۱-۳-۴ شاخص های توصیفی مربوط به ویژگی های جمعیت شناختی آزمودنی ها
۱۱۱.....	۲-۲-۴ شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش
۱۱۶.....	۱-۲-۲-۴ مقایسه دو گروه آزمایش و گروه کنترل در متغیرهای پژوهش - پیش تست
۱۱۹.....	۴-۴ تجزیه و تحلیل استنباطی داده های حاصل از پژوهش
۱۱۹.....	۱-۴-۴ بررسی فرضیه های پژوهش
۱۱۹.....	۱-۱-۴-۴ بررسی فرضیه اول پژوهش :
۱۲۱.....	۲-۱-۴-۴ بررسی فرضیه دوم پژوهش
۱۲۱.....	۳-۱-۴-۴ بررسی فرضیه سوم پژوهش

فصل پنجم

۱۲۵.....	بحث و نتیجه گیری
۱۲۶.....	۱-۵ مقدمه
۱۲۹.....	۲-۵ خلاصه نتایج
۱۳۰.....	۳-۵ بحث
۱۳۸.....	۴-۵ نتیجه گیری
۱۴۱.....	۵-۵ محدودیت های پژوهش

۱۴۲..... ۵-۶ پیشنهادات پژوهش

۱۴۴..... فهرست منابع

۱۴۴..... منابع فارسی :

۱۴۷..... *Reference*

۱۵۳..... پیوست

جدول ۲-۱: ویژگی های بالینی سردرد تنشی مزمن و دوره ای در مقایسه با میگرن بدون اورا (اقتباس از کاپلان و سادوک ۲۰۰۳).....	۴۳
جدول ۲-۲: زیر گروه های میگرن طبق معیارهای تشخیصی انجمن بین المللی سردرد (اقتباس از سیلبرستاین، ۲۰۰۰).....	۴۶
جدول ۳-۱: پژوهش های انجام شده در فاصله سال های ۱۹۷۶-۲۰۰۹ در زمینه های مرتبط با القای خلق.....	۹۴
جدول ۱.۴: ویژگی های توصیفی مربوط به بخش مقدماتی پژوهش.....	۱۰۷
جدول ۴-۲: ویژگی های جمعیت شناختی شرکت کننده ها در ۳ گروه (شاد، غمگین و کنترل).....	۱۰۹
جدول ۴-۳: ویژگی های جمعیت شناختی شرکت کننده ها در ۳ گروه (شاد، غمگین و کنترل).....	۱۰۹
نمودار ۴-۱: ویژگی های جمعیت شناختی (سن و مدت ابتلا به میگرن) در ۳ گروه شرکت کننده های پژوهش.....	۱۱۰
جدول ۴-۴: آزمون آماری تحلیل واریانس یک راهه برای متغیرهای جمعیت شناختی پژوهش میان ۳ گروه (غمگین، شاد و کنترل).....	۱۱۱
جدول ۴-۵: ویژگی های توصیفی مربوط به درجه بندی شرکت کننده ها از میزان احساس غمگینی و شادی خود قبل و بعد از آزمایش.....	۱۱۲
جدول ۴-۶: آزمون تحلیل واریانس یک راهه برای درجه بندی شرکت کننده ها از میزان احساس غمگینی و شادی خود قبل و بعد از آزمایش.....	۱۱۳
جدول ۴-۷: ویژگی های توصیفی متغیر های پژوهش در ۳ گروه (غمگین، شاد و کنترل)-پیش تست.....	۱۱۴
نمودار ۴-۲: ویژگی های توصیفی متغیر های پژوهش در ۳ گروه (غمگین، شاد و کنترل)-پیش تست.....	۱۱۵
جدول ۴-۸: آزمون آماری تحلیل واریانس یک راهه برای متغیرهای پژوهش میان ۳ گروه (غمگین، شاد و کنترل).....	۱۱۷
جدول ۴-۹: ویژگی های توصیفی متغیر شدت درد در ۴ مرحله پژوهش در ۳ گروه (غمگین، شاد و کنترل).....	۱۱۸
نمودار ۴-۳: ویژگی های توصیفی متغیر شدت درد در ۴ مرحله پژوهش در ۳ گروه (غمگین، شاد و کنترل).....	۱۱۸
جدول ۴-۱۰: نتایج تحلیل واریانس مکرر با اندازه گیری مکرر عامل درد در ۳ گروه آزمایش ۱ و ۲ و گروه کنترل.....	۱۱۹

جدول ۴-۱۱: آزمون تعقیبی LSD بین ۳ گروه در عامل درد..... ۱۲۰

جدول ۴-۱۲: نتایج تحلیل واریانس مکرر با اندازه گیری مکرر عامل درد در ۳ گروه آزمایش ۱ و ۲ و گروه کنترل با کنترل متغیر همگام فاجعه آمیزی درد..... ۱۲۲

جدول ۴-۱۳: آزمون تعقیبی LSD شدت درد در سه گروه القای خلق با کنترل متغیر فاجعه آمیزی درد..... ۱۲۳

چکیده تحقیق

میگرن یکی از انواع سردرد است که طبیعتی پیچیده و ناتوان کننده دارد. تحقیقات نشان داده اند که اختلالات هیجانی نظیر افسردگی و اضطراب از شایع ترین اختلالات همراه با میگرن هستند. در تحقیقات زیادی وجود روابط دو سویه بین افسردگی و میگرن نشان داده شده است ولی هنوز مدارک تجربی لازم برای اعتبار بخشیدن به چنین نظراتی وجود ندارد. از سوی دیگر فاجعه آمیزی درد به عنوان یک عامل شناختی، در شدت درد و تحمل درد بیماران میگرنی نقش مهمی دارد. پژوهش حاضر به منظور بررسی آزمایشی تأثیر القای خلق بر شدت درد بیماران مبتلا به میگرن و نقش متغیر فاجعه آمیزی درد در کلینیک بیمارستان بقیه الله انجام گرفت.

روش: این پژوهش پیرو طرح شبه آزمایشی پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه مورد مطالعه بیماران میگرنی کلینیک بیمارستان بقیه الله در نیمه دوم سال ۸۸ بوده است. به این منظور ۴۶ بیمار میگرنی که داوطلب شرکت در این پژوهش بوده، انتخاب شدند و به صورت تصادفی زنجیره ای در سه گروه جایگزین شدند. در ابتدا یک سری ویژگی های روانشناختی این بیماران از طریق یک مجموعه پرسشنامه سنجیده شد و آزمودنی ها از لحاظ متغیرهایی چون: سن، مدت ابتلا به میگرن، درجه افسردگی و اضطراب همگن شدند. کسانی که ملاک های شمول این پژوهش را دارا بودند وارد شرایط پژوهش شدند. در این پژوهش از یک تکلیف کامپیوتری (خستگی شناختی) و نمایش یک فیلم، استفاده شد و نتایج بعد از اجرای هر ابزار بلافاصله سنجیده شد.

یافته ها و نتیجه گیری: نتایج نشان داد که القای خلق غمگین به طور معناداری منجر به افزایش شدت درد و القای خلق شاد باعث کاهش شدت درد در بیماران میگرنی می شود ($F=3.315$). همچنین مشخص شد که فاجعه آمیزی درد در تعامل شدت درد و خلق، نقش یک متغیر تعدیل کننده دارد. در بیماران مبتلا به میگرن که بیش از ۶ ماه است از این سردرد رنج

می برند ، القای خلق منفی به صورت آزمایشی گزارش درد را در این بیماران افزایش می دهد در صورتی که در گروه القای خلق شاد نتایج عکسی به دست آمد.

کلمات کلیدی: میگرن، القای خلق، افسردگی، فاجعه آمیزی درد



فصل اول

کلیات تحقیق



۱-۱ مقدمه

درد^۱ عمومی‌ترین فشار روانی است که با آن مواجه می‌شویم. هیچ کدام از علایم جسمانی دیگر به فراگیری درد نیستند. در حال حاضر در آمریکا درد، عامل بیش از ۸۰ درصد مراجعات پزشکی به شمار می‌آید و بیش از ۵۰ میلیون آمریکایی به صور مختلف از این مسئله رنج می‌برند (لافاتا^۲ و همکاران، ۲۰۰۳). تا کنون تلاش‌های زیادی برای کنترل درد صورت گرفته تا آنجا که در پاپیروس‌های مصری مربوط به ۴۰۰۰ سال قبل از میلاد اشاراتی در مورد درمان درد یافت شده است. اما علی‌رغم این تاریخ طولانی و با وجود پیشرفت دانش فیزیولوژی حسی، علم تشریح، زیست‌شیمی و همچنین علیرغم وجود ساخت داروهای ضد درد قوی، ابداع روش‌های نوین پزشکی و جراحی‌های نوین، رهایی از درد همچنان برای بسیاری از بیماران امری دور از دسترس باقی مانده است. در واقع هنوز هم درد برای بیمار، خانواده، مراقبان بهداشتی و کل جامعه، مشکلی اساسی به شمار می‌آید (گچل^۳ و ترک^۴، ۱۹۷۸).

تلاش‌های منسجم به منظور درمان درد با چگونگی تعریف درد و ارزیابی آن رابطه‌ای مستقیم و تنگاتنگ دارد. یکی از تعاریفی که در مورد درد ارائه شده عبارت است از: درد تجربه حسی و عاطفی ناخوشایندی است که با آسیب واقعی یا بالقوه بافت همراه است. درد، متضمن تجربه کامل محرکی آسیب‌رسان است که از زمینه کنونی درد، تجربه‌های قبلی، تاریخچه یادگیری و فرایندهای شناختی متأثر می‌شود (فویراشتاين^۵، پاپسیک^۶ و هون^۷، ۱۹۸۷). درد یک پدیده زیستی-عصبی است که از طریق بروز تغییراتی در پردازش‌های حسی مشخص می‌شود (کاستیگان^۸، ۲۰۰۰، ملزاک^۹، ۱۹۶۵) و وقتی شدیدتر می‌شود زندگی روانشناختی فرد را

۱- Pain
 ۲- Lafata
 ۳- Gatchel
 ۴- Turk
 ۵- Feuerstein
 ۶- Papciak
 ۷- Hoon
 ۸- Costigan
 ۹- Melzack

تغییر داده و دگرگونیهای قابل ملاحظه ای در عواطف ایجاد می کند و فعالیتها و کیفیت زندگی فرد را تحت تاثیر قرار می دهد (جنسن^۱، هافمن^۲ و کاردیناس^۳، ۲۰۰۵).

یکی از انواع دردها که شیوع زیادی دارد و از جمله شکایت‌های شایع امروزی است سردرد می باشد. سردرد یکی از علل مهم مراجعه به پزشک و عامل اصلی کاهش بازده کار و انجام اقدامات تشخیصی طبی می باشد (پیت فیلد^۴، ۱۹۸۶، باکال^۵؛ ۱۹۹۴).

یکی از انواع سردرد که شیوع زیادی دارد، میگرن است. میگرن یک اختلال عصبی - فیزیولوژیکی^۶ پیچیده است که به صورت دوره‌ای و متناوب رخ می دهد. به این ترتیب که حمله سردرد معمولا از ۲ تا ۳ ساعت الی ۲ تا ۳ روز طول می کشد. این اختلال به طور معمول با احساس سرگیجه (و گاهی تهوع) و حساسیت به نور و صدا همراه است. سردرد کلاسیک میگرن به عنوان سردردی یک طرفه شروع می شود و معمولا به گونه ای ادامه می یابد که تمام سر را در برمی گیرد. دفعات بروز این نوع سردرد از یک تا سه بار در ماه تا سه الی چهار بار در سال متغیر است (سپرچی^۷ و همکاران، ۱۹۹۹؛ سیلبرستین^۸ و همکاران، ۲۰۰۱، اولسن^۹، ۱۹۸۸).

طبق نظریه زیستی- روانی- اجتماعی که در مورد دردهای مزمن مطرح شده است، تعامل پیچیده متغیرهای زیست شناختی، روان شناختی و اجتماعی در ایجاد و ابقاء دردها نقش بسزایی دارد. علاوه براین، میان این عوامل که شکل دهنده تجربه‌ها و واکنش‌های بیماران هستند رابطه درونی وجود دارد (دورکین^{۱۰}، وون کورف^{۱۱} و لرش^{۱۲}، ۱۹۹۲).

۱ -Jensen
 ۲ -Hoffman
 ۳ -Cardenas
 ۴ -Peatfield
 ۵ -Bakal
 ۶ -Neurophysiologic
 ۷ -Saper
 ۸ -Silberstein SD
 ۹ -Olesen
 ۱۰ - Dorkin
 ۱۱ - Von Korff
 ۱۲ -Le Resche

گستره ای از عوامل شناختی از جمله باورهای انسان در مورد درد و نیز باورهای او به امکان انجام فعالیت های روزانه علیرغم درد (خودکارآمدی)^۱ می توانند بر شدت درد، تحمل درد و ناتوانی حاصل از آن تاثیر گذارند. علاوه بر موارد فوق، عوامل عاطفی (خشم، افسردگی و اضطراب) می توانند بر ادراک انسان از درد و واکنش وی به درد مؤثر باشند. در همین راستا انجمن بین المللی مطالعه درد^۲، درد را به شکل زیر تعریف کرده است: "درد بدون شک احساسی در نقطه یا نقاطی از بدن است که همواره ناخوشایند است، بنابراین یک تجربه هیجانی نیز محسوب می شود" (میرسکی^۳، ۱۹۸۶).

اضطراب و افسردگی در بیماران دچار درد مزمن توجه زیادی را به خود جلب کرده اند. بررسی ها نشان می دهند که ۴۰ تا ۵۰ درصد بیماران دارای درد مزمن از افسردگی رنج می برند (بانکس^۴ و کرنز^۵، ۱۹۹۶؛ سولیوان^۶ و همکاران ۱۹۹۲) و افسردگی در میان بیماران مبتلا به درد مزمن بالاترین شیوع را دارد (دورکین و همکاران، ۱۹۹۱؛ فیش بین^۷ و همکاران، ۱۹۹۷؛ راش^۸، ۲۰۰۰). در اکثر تحقیقات، همبودی افسردگی و اضطراب با درد مزمن نشان داده شده است و مشخص گردیده که افسردگی و اضطراب در افزایش درد نقش مهمی را ایفا می کنند (اسمیت و زوتزا^۹، ۲۰۰۸؛ بون^{۱۰} و همکاران، ۲۰۰۸).

همچنین در برخی از مطالعات مشخص شده است که درد مزمن به همراه افسردگی اثرات منفی بالینی بیشتری نسبت به افسردگی تنها و یا درد مزمن تنها ایجاد می کند و این به نوبه خود ناتوانی بیشتری را به همراه خواهد داشت (آرنو^{۱۱} و همکاران، ۲۰۰۶؛ بایر^{۱۲} و همکاران،

۱ -Self-efficacy

۲ -International pain society

۳ -Merskey

۴ -Banks

۵ -Kerns

۶ -Sullivan

۷ -Fishbain

۸ -Rush

۹ -Zautra

۱۰ -Baune

۱۱ -Arnou

۱۲ -Bair

۲۰۰۳؛ کوری^۱ و وانگ^۲، ۲۰۰۴). اکثر این تحقیقات نشان داده اند که درد مزمن باعث شروع و تشدید افسردگی در بیماران می شود. تا به حال به این موضوع که آیا افسردگی می تواند در شروع و تشدید درد نقشی ایفا کند، به خوبی توجه نشده است (بووناور و همکاران، ۲۰۰۷). در برخی از تحقیقات از طریق القای خلق منفی به داوطلبان سالم فاقد درد، متوجه شدند که القای خلق منفی که باعث افزایش نشانه های افسردگی در فرد می شود، آستانه درد را کاهش می دهد و در نتیجه تجربه و ادراک درد افزایش می یابد (واگنر^۳ و همکاران، ۲۰۰۸).

خطاهای شناختی افراد در واکنش به درد، تجربه درد، سازگاری با درد مؤثر است. مطالعات گسترده ای نشان داده است که فاجعه سازی^۴ خطای شناختی قدرتمندی است که به طور گسترده ای بر شدت درد و ناتوانی ناشی از تجربه دراز مدت درد اثر می گذارد (کیف و همکاران، ۱۹۹۰، اصغری و گلک، ۱۳۸۴). بیمارانی که خطای شناختی فاجعه آفرینی بیشتری را در افکار خود نشان داده اند، میزان درد شدیدتری را گزارش کرده و یا پریشانی و ناتوانی بالایی را از خود نشان داده بودند (بووناور^۵ و همکاران، ۲۰۰۷). از این رو با توجه به اطلاعات بیان شده در بالا عوامل عاطفی به خصوص افسردگی و فاجعه آمیزی درد از جمله مهمترین عوامل تاثیر گذار بر میزان درد محسوب می شوند که خود افسردگی می تواند بر شدت واکنش های فاجعه آمیزی در قبال تجربه درد بیفزاید.

از آنجایی که تا کنون رابطه درونی این متغیرها (افسردگی، شدت درد، فاجعه آفرینی درد) در ارتباط با سردرد های میگرنی مورد بررسی جامعی قرار نگرفته است (ریچاردسون، ۲۰۰۹، راس و همکاران، ۲۰۰۵)، لذا انجام بررسی های بیشتر در این زمینه ضروری به نظر می رسد.

۱ - Currie
۲ - Wang
۳ - Wagner
۴ - Catastrophising
۵ - Buenaver

۱-۲ بیان مسئله:

درد تجربه حسی و عاطفی ناخوشایندی است که با آسیب واقعی یا بالقوه بافتی همراه است. درد، متضمن تجربه کامل محرکی آسیب رسان است که از زمینه کنونی درد، تجربه های قبلی، تاریخچه یادگیری و فرایندهای شناختی متأثر می شود (فویراشتاین، پاپسیک و هون، ۱۹۸۷)

درد به عنوان تجربه ای روان شناختی تعریف شده است که شامل موارد زیر است:

۱- احساس آسیب به صورت فردی و شخصی

۲- محرک آزارنده ای که نشان دهنده آسیب کنونی بافت یا آسیب آن در آینده نزدیک است.

۳- مجموعه ای از واکنش هایی که جهت محافظت و دفاع از ارگانیزم در برابر آسیب به کار می افتد (اشترنباخ^۱، ۱۹۶۸).

از بعضی جهات، درد یک احساس است و از جنبه های دیگر، پدیده ای هیجانی- انگیزشی است که منجر به بروز رفتارهای اجتنابی و گریز می شود (وایزنبورگ، ۱۹۷۷). به طور کلی درد را به دو بخش تقسیم می کنند:

درد حاد^۲ و درد مزمن^۳

درد حاد به آنگونه ناراحتی افراد از دردهای موقت اشاره دارد که کمتر از ۶ ماه ادامه می یابد (ویسکوسی^۴ و همکاران، ۲۰۰۲، چپمن، ۱۹۹۱؛ ترک، مایکن بام و جینیست^۵، ۱۹۸۳).

۱- Sterenbach
۲- Acute pain
۳- chronic pain
۴- Viscusi ER
۵- Genest

بیمارانی که دردهای حاد دارند معمولاً در زمان درد، دچار نگرانی بیشتری هستند و این نگرانی و اضطراب با بهتر شدن وضع و کاهش درد به مرور از بین می رود (فورداس و استیگر^۱، ۱۹۷۹). وقتی دردی بیش از ۶ ماه طول بکشد، درد مزمن تلقی می شود که در این حالت بیمار به دلیل مؤثر نبودن درمان ها دچار اضطراب، یأس و درماندگی می شود. درد، زندگی بیمار را احاطه می کند و در این وقت درد به صورت مزمن درمی آید. درد مزمن ممکن است متناوب یا ثابت و خفیف یا شدید باشد. هر بیماری ای که پیش‌بینی می شود فقط درد حادی پدید می آورد اما اگر بیش از ۶ ماه بدون بهبود یافتن ادامه پیدا کند، منجر به درد مزمن می شود. درد مزمن ممکن است بسته به نوع بیماری بسیار متفاوت باشد. بر این اساس درد مزمن را به سه نوع تقسیم می کنند (ترک، مایکن باوم و جنیست، ۱۹۸۳).

۱- درد مزمن راجعه^۲: این دردها به صورت پیوسته نیستند و مشخصه آنها، داشتن دوره های مکرر و شدید است که میان آنها، فواصل زمانی بدون درد وجود دارد. سردردهای میگرنی و سردردهای ناشی از انقباض ماهیچه‌ای، دو نمونه از این دردها هستند.

۲- درد مزمن / سخت / خوش خیم (درد بی خطر مهار نشدنی مزمن)^۳: این دردها به دردهایی اطلاق می شود که همیشگی اند، شدت آنها متفاوت است، نظیر دردهای قسمت پایین کمر.

۳- دردهای مزمن / پیشرونده^۴: مشخصه این نوع دردها ناراحتی ممتد است، وضعیت بیمار هر اندازه نامساعدتر شود، درد شدتی فزاینده می یابد. دو نمونه مشخص از بیماری‌هایی که باعث این دردها می شوند عبارتند از: آرتريت روماتوئید و سرطان.

۱ - Steger

۲ - Chronic recurrent pain

۳ - Chronic intractable benign pain

۴ - Chronic progressive pain