

Compare Attachment style, Alexithymia and Sexual Function in the Male Patients with Tension Headache and Healthy Subjects

مقایسه سبک دلبستگی، ناگویی هیجانی و عملکرد جنسی در بیماران مرد مبتلا به سردرد تنشی با افراد سالم

Shahnaz Khaleghipour, Ph.D .

Department of psychology, Naein Branch, Islamic Azad
University, Naein, Isfahan, Iran

Hamed Pirfarzam, M. A

Department of psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad
University, Najafabad, Iran

شهناز خالقی‌پور*

استادیار گروه روان‌شناسی واحد ناین، دانشگاه آزاد اسلامی ناین،

اصفهان، ایران

حامد پیرفرزام

گروه روان‌شناسی بالینی واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی

نجف‌آباد، ایران

Abstract

This study aimed to determine compare attachment styles, alexithymia, and sexual function in the patients with tension headache and healthy individuals. This study was a comparative research. The study population consisted of male patients with tension headache, who were referred to the Neurology Clinic of Karaj City as well as their non-patient relatives who had the inclusion criteria. Using the convenience sampling, 62 patients with tension headache and 62 controls were chosen. In order to collect information, a questionnaire of alexithymia (Toronto)(1994), attachment styles (Collins and Reid) (1990), International Index of Erectile Function (Rosen, Riley, Wagner, Osterloh, Kirkpatrick, Mishra,)(1997) was used. Data were analyzed using univariate analysis of variance. The results showed there was a significant difference between the components attachment styles (secure and avoidant).alexithymia (lack of sentimentality and externally oriented thinking) and sexual function (erectile function, orgasmic performance, libido) between the patients with tension headache and healthy subjects ($P<0.01$).

Keywords: alexithymia, attachment styles, sexual function, tension headache, male

چکیده

هدف از این پژوهش مقایسه سبک دلبستگی، ناگویی هیجانی و عملکرد جنسی در بیماران مرد مبتلا به سردرد تنشی با افراد سالم بود. روش پژوهش توصیفی از نوع مقایسه‌ای بود. جامعه آماری کل بیماران مرد مبتلا به سردرد تنشی بودند که در سال ۱۳۹۳ طی پنج ماه به کلینیک نورولوژی شهرستان کرج مراجعه کرده بودند و نیز بستگان غیر بیمار آنها بودند. با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۶۲ بیمار سردرد تنشی و ۶۲ نفر گروه کنترل مشخص شدند و به پرسشنامه‌های ناگویی هیجانی (تورنتو، ۱۹۹۴)، سبک‌های دلبستگی (کولینزورید، ۱۹۹۰) و شاخص بین‌المللی عملکرد نعوظ (روسن، ریلی، واگنر، استرلو، کرک پاتریک و میشر، ۱۹۹۷) پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس تک متغیره تحلیل شدند. یافته‌ها نشان داد که تفاوت معنی‌داری در مؤلفه‌های سبک‌های دلبستگی (ایمن و اجتنابی)، ناگویی هیجانی (ضعف در بیان احساسات و تفکر عینی) و عملکرد جنسی (عملکرد نعوظی، عملکرد ارگاسمیک، میل جنسی) بین بیماران مبتلا به سردرد تنشی و گروه سالم وجود داشت ($p\leq 0/01$).

واژه‌های کلیدی: ناگویی هیجانی، سبک دلبستگی، عملکرد جنسی، سردرد تنشی، مردان

*. نویسنده مسؤول: khaleghipour@naeiniau.ac.ir

وصول: ۹۴/۰۶/۳۱ پذیرش: ۹۶/۰۶/۲۷

مقدمه

سردرد و تفاوت این عوامل با غیر مبتلایان به منظور کاهش عوامل مخاطره‌آمیز اجتماعی - خانوادگی و کیفیت زندگی زناشویی از اهمیت برخوردار است. عوامل بیولوژیکی به‌تنهایی نمی‌توانند آسیب‌پذیری نسبت به تجربه سردرد را تبیین نمایند، بلکه عوامل روانی - اجتماعی نیز به‌عنوان یک عامل برانگیزاننده در سردرد شناخته شده‌اند (صدوقی^۱، ۲۰۰۹). گرایش‌های عصب-روان‌شناختی کوشیده‌اند تا رفتار را با کنش‌های مغزی ارتباط دهند و از این یافته‌ها برای تبیین ارتباط برانگیختگی برخی از مناطق مغزی و رفتار بهره‌گیرند (گری^{۱۰}، ۱۹۹۰). بر اساس نظریه ناگویی هیجانی هنجاری مردان^{۱۱}، مردان نقص شدیدی در ابراز هیجانات خود به‌طور آگاهانه دارند، آنها از ابراز احساساتی چون ناراحتی، ترس یا احساسات مربوط به دل‌بستگی مانند عشق و مراقبت ناتوان هستند (القحطانی^{۱۲}، ۲۰۱۶). توانایی در شناسایی و ابراز هیجان و درک هیجان دیگران تحت تأثیر سبک‌های دل‌بستگی می‌تواند نقش خود را در روابط جنسی اعمال کنند (بشارت و گنجی، ۱۳۹۱). نظریه دل‌بستگی در افراد بزرگسال، مرکز توجه روابط هیجانی بسیاری بوده و می‌تواند چارچوب سودمندی در راستای مفهوم‌سازی و شیوه‌های درمانی در مورد بزرگسالانی که روابط بین فردی معیوبی را تجربه می‌کنند، فراهم آورند (اردمن و کافری^{۱۳}، ۲۰۰۳). بالبی^{۱۴} (۱۹۸۸) مطرح کرد که نوع ارتباط مراقب - کودک، تنظیم‌گر تجربه‌های عاطفی و رفتاری بوده و به منزله معادل‌های روان‌شناختی کیفیت رابطه هست. وی نشان داد که چگونه سیستم احساسات و رفتارهای دل‌بستگی، ماهیت تصورات و تجربه‌های فرد را از پیوندهای عاطفی و روابط بین شخصی تعیین می‌کند. کنش اصلی این الگوها تسهیل توانایی فرد در رمزگردانی تعامل‌ها و پیش‌بینی صحیح رفتار دیگران، احساس، اندیشه و رفتار خود در پاسخ به آنهاست. بر پایه رویکرد دل‌بستگی، شکست در این فرایندها علت بسیاری از مشکلات رفتاری است (به نقل از مک ویلیامز و بیللی^{۱۵}، ۲۰۱۰). پژوهش‌ها نشان داده‌اند افرادی که دل‌بستگی

سردرد یکی از شایع‌ترین بیماری‌ها در جهان است به‌طوری‌که ۱۵ درصد مردم جهان از آن رنج می‌برند (مریکانز و لطیف^۱، ۲۰۱۱) یکی از انواع سردردها سردرد تنشی است، سردرد تنشی اصطلاحی برای توصیف سردردهای مزمن با علت نامشخص و بدون علائم خاص می‌گردد است که موجب فعال شدن نورون‌های بیش تحریرپذیر در سیستم آوران محیطی عضلات سر و گردن شده اختلال در پردازش مرکزی درد و بیش حساس شدن به درد را در پی دارد (لدر و ریزلت^۲، ۲۰۰۸). سردردهای تنشی دارای شدت بیشتر و قدرت ناتوان‌کنندگی بالاتری می‌باشند، عوارضی که سردرد به‌جا می‌گذارد فراوان و درعین‌حال مهم می‌باشند، از جمله می‌توان به اثر تخریبی آن در زندگی خانوادگی، ناتوانی ناشی از سردرد، از دست دادن زمان مفید کاری، ایجاد اختلال در فعالیت روزمره، هزینه‌های مستقیم ناشی از درمان، دارو و در مواردی بستری در بیمارستان و عوارض جسمانی اشاره نمود (راسموسن^۳، ۱۹۹۹، کورت و کاپلان^۴، ۲۰۰۸). در ۸۰ درصد مبتلایان که تعداد بیشتری از آنها را مردان تشکیل می‌دهند اختلال در فعالیت طبیعی، پریشانی روان‌شناختی و کاهش کیفیت زندگی را گزارش کرده‌اند (تروینت، فراری و تیشوس^۵، ۲۰۰۰، پترز، ابوسعد، ویدلینگام، دوسون، مورفی^۶، ۲۰۰۴). از این‌رو، سردرد موضوع مهمی برای مداخلات بهداشت عمومی به‌شمار می‌رود. از لحاظ آسیب‌شناسی روانی، بیمارانی که مبتلا به اختلالات جسمانی هستند و اغلب به جنبه‌های روان‌شناختی اختلال آنها توجهی نمی‌شود علاوه بر اینکه مانع از درمان‌های مناسب روانی-جسمی و دارویی می‌شود (جان، رام، ساندرمرسی، راتود و راتود^۷، ۲۰۱۶)، بلکه با کاهش کیفیت زندگی منبع اصلی تعارضات ارتباطی شده، موجب تردید در عشق، علاقه و افزایش نگرانی زوجین نسبت به پایداری ارتباط می‌شود که می‌تواند عامل طلاق و جدایی زن و شوهر گردد (رونالد و اینکروکی^۸، ۲۰۰۸)؛ بنابراین شناسایی عوامل مؤثر بر تشدید

1. Merikangas & Lateef

3. Rasmussen

5. Tewindt, Ferrari & Tijhuis

7. John, Ram, Sundarmurthy & Rathod

9. Sadoghi

11. Normative Male Aleithymia

13. Erdman & Caffery

15. McWilliams & Bailey

2. Loder & Rizzoli

4. Kurt & Kaplan

6. Peters, Abu-Saad, Vydellingum, Dowson & Murphy

8. Roland & Incrocci

10. Gray

12. Alqahtani

14. Bowlby

درصد از زوجین در هنگام سردرد تمایلی به شروع رابطه جنسی ندارند و ۳۵ درصد از آنان اظهار داشتند که فشار ناشی از سردرد، روابط زناشویی آنها را تحت تأثیر قرار داده است (استیفن و همکاران، ۲۰۱۳). افرادی که از دردهای مزمن رنج می‌برند، به علت افسردگی، تمایلات جنسی خود را سرکوب می‌کنند (یانگ، دنی، یانگ و لوکویی^{۱۱}، ۲۰۰۰). مطالعه سنی ویراتن، چانگ و بیلی مریا^{۱۲} (۲۰۱۲) نشان داد بیماران مبتلا به میگرن کانون‌های با سیگنال بالا در نواحی ماده سفید را نشان داده‌اند. پژوهش رادکلیف، انس، جاکویی و سارین^{۱۳} (۲۰۰۹) نشان داد که افراد مبتلا به سردردهای میگرنی الگویی از سرزنش و عیب‌جویی افراطی از خود و دیگران، خشم و پرخاشگری را نشان داده‌اند. مطالعه آقایوسفی و بازیاری میمند (۱۳۹۲) نشان داد افراد مبتلا به سردرد میگرنی از مکانیسم‌های دفاعی رشد نایافته و روان آزرده استفاده می‌کنند. پژوهش مارینو، فانی، لورنزی، پیروانو، فرانچینی، کلمبو، برمتی، اسمرالدی^{۱۴} (۲۰۱۰) نشان داد فشارهای روانی - اجتماعی، خلق منفی، استرس همراه با آشفتگی‌های هیجانی و ناتوانی در مقابله با حوادث زندگی یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های حملات سردرد، شدت و تعداد حملات محسوب می‌گردد. یافته‌های پژوهش ابوالقاسمی، جعفری و احمدی طهور سلطانی (۱۳۹۳) حاکی از این است که سبک مقابله اجتنابی، شناختی، پرخاشگری و کمال‌گرایی در بیماران دارای سردرد تنشی و میگرنی در مقایسه با افراد عادی بیشتر است، همچنین افراد مبتلا به سردرد تنشی میزان بالایی از خشم، اضطراب واکنشی و افسردگی را نشان می‌دهند. سردرد معمولاً در پاسخ به مشکلات روان‌شناختی ظاهر می‌شوند ولی تظاهرات آن به صورت جسمانی است، بهزیستی جسمی به‌طور قابل ملاحظه‌ای تحت تأثیر روابط بین فردی مثبت و تشخیص عواطف و هیجان‌ها، ابراز آنها و درک احساسات دیگران است (واچر و کوردوا^{۱۵}، ۲۰۰۷). سبک دلبستگی ایمن، توانمندی در ابراز احساسات و

ناایمن دارند، دارای کنترل شدید عاطفی بوده و هیجانانگیزان بیشتر از نوع منفی است که این پیش‌بینی‌کننده‌ای برای رضایت جنسی و سلامت جسمانی و روانی است (کوردوا، جیو وارن^۱، ۲۰۰۵، دیویس، شیور، ویدامن، ورنون، فولتی و بیلترز^۲، ۲۰۰۶).

امروزه تبیین‌های روان‌شناختی در کنار الگوهای زیستی در تعیین اختلال جسمانی پذیرش گسترده‌ای پیدا کرده است. اکثر بیمارانی که از سردردهای مزمن و میگرنی رنج می‌برند، در زندگی زناشویی خود دچار سردمزاجی هستند (استیفن، سیلبرستین، استیلز، یانگ^۳، ۲۰۱۳). نقش هیجان‌ها در اشغال ظرفیت‌های فیزیولوژیکی - روانی و تأثیر ضد بازدارندگی ابراز هیجان تأیید شده است، به لحاظ نظری بیان احساسات با شکستن فرایند بازداری موجب کاهش استرس شده و از این طریق از سطح مشکلات جسمانی و روانی می‌کاهد (اوزوگوز، کاسر، الپسلانن، کپ، اوزل^۴، ۲۰۱۶).

میزان هم‌نوسانی برای افراد با ناگویی هیجانی در باند فرکانسی تتا در ناحیه پس‌سری (۵-۳/۷ هرتز) و در ناحیه مرکزی (۱۲-۸ هرتز) مشاهده شد (چاوز، گرف گورو، گارسیا ری نا، واگی یر، گراز فونتنز^۵، ۲۰۰۴). افراد با ناگویی هیجانی کاهش فعالیت نیمکره راست و تقارن عملکردی نابهنجار در مغز را نشان داده‌اند که همین عامل با عملکرد جنسی در مردان رابطه دارد (جسیمر و مارکهام^۶، ۱۹۹۷، برودی^۷، ۲۰۰۳). رضایت از روابط جنسی افراد را در برابر بسیاری از بیماری‌ها حفظ می‌کند و بروز مشکلات جسمانی در مردانی که رضایت جنسی را در زندگی زناشویی خود تجربه کرده‌اند کاهش محسوسی داشته است (براسرد، شاور، لوسیر^۸، ۲۰۰۷). پژوهش برسلاو، شولتز، لپتن، پترسون و ولش^۹ (۲۰۱۲) واتسوی، اونال، امری و سامر^{۱۰} (۲۰۰۵) نشان دادند بیماران مبتلا به سردرد تنشی افزایش احساس سردرد را به همراه شدت افسردگی نشان داده‌اند. آخرین مطالعه انجام شده توسط موسسه ملی سردرد نشان داده است که ۶۹

1. Cordova, Gee & Wareen
3. Stephen, Silberstein, Stiles & Young
5. Chavez, Graff-Guerrero, García-Reyna, Vaugier & Cruz-Fuentes
7. Brody
9. Breslau, Schultz, Lipton, Peterson & Welch
11. Young, Denny, Young & Luqui
13. Ratclif, Enns, Jacobi & Sareen
15. Wachs & Cordova
2. Davis, Shaver, Widaman, Vernon, Follette & Beitz
4. Ozuguz, Kacar, Alpaslan, Celep & Uzel
6. Jessimer & Markham
8. Brassard, Shaver & Lussier
10. Atasoy, Unal, Emre & Sumer
12. Seneviratne, Chong & Billimoria
14. Marino, Fanny, Lorenzi, Pirovano, Franchini, Colombo, Bramanti & Smeraldi

نمونه افراد بیمار در نظر گرفته شدند، همچنین برای هر فرد بیمار از خانواده درجه اول که تشخیص اختلال را دریافت نکردند و تمایل به همکاری داشتند به‌عنوان گروه کنترل نمونه انتخاب شد. در این پژوهش تعداد نمونه با بررسی ملاک‌های ورود ۱۲۴ نفر بود که ۶۲ بیمار دارای سردرد تنشی و ۶۲ نفر به‌عنوان گروه شاهد مشخص شدند. تعداد بیماران مبتلا به سردرد تنشی (۶۲ نفر) و افراد سالم نیز با تعداد (۶۲ نفر) فراوانی یکسان داشته‌اند. میانگین و انحراف معیار سنی گروه بیمار $39/17 \pm 2/53$ و گروه سالم $29/91 \pm 4/29$ بوده است.

ابزار سنجش

پرسشنامه ناگویی هیجانی (الکسی تیمیای) تورنتو^۱ (۱۹۹۴): این مقیاس در سال ۱۹۹۴ توسط بگبی، پارکر و تیلور^۲ تجدیدنظر گردید. در این مقیاس بیست ماده‌ای، سازه الکسی تیمیا در سه زیر مقیاس دشواری در تشخیص احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر با جهت‌گیری خارجی ارزیابی می‌شود. خرده مقیاس اول شامل ۷ ماده است (۱، ۳، ۶، ۷، ۹، ۱۳، ۱۴) که توانایی آزمودنی را در شناسایی احساساتش و تمایز میان احساسات با حس‌های بدنی را ارزیابی می‌کند. زیر مقیاس دوم ۵ ماده دارد (۲، ۴، ۱۱، ۱۲، ۱۷) که توانایی شخص در بیان احساسات و اینکه آیا قادر است احساسات خودش را در قالب لغات بیان کند یا خیر، می‌سنجد. خرده مقیاس سوم ۸ ماده دارد (۵، ۸، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۸، ۱۹، ۲۰) و میزان درون‌نگری و عمیق شدن فرد در احساسات درونی خودش و دیگران را بررسی می‌کند. دامنه پاسخ به هر ماده ۵ درجه و از "کاملاً مخالف" تا "کاملاً موافق" نمره ۵ تعلق می‌گیرد. مواد ۴، ۵، ۱۰، ۱۸ و ۱۹ به دلیل منفی بودن جهت مواد با الکسی تیمیا به شیوه معکوس نمره‌گذاری می‌شوند، یعنی به پاسخ "کاملاً مخالف" نمره ۵ و به پاسخ "کاملاً موافق" نمره ۱ تعلق می‌گیرد. بشارت و گنجی (۱۳۹۱) در پژوهش خود ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کل و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ به دست آوردند که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است. ضریب آلفای کرونباخ

رضایت جنسی از پیش‌بینی‌کننده‌های سلامتی است، اگرچه در پاره‌ای از مطالعات به ارتباط سردرد با برخی متغیرها پرداخته شده است و با توجه به تأثیر سردرد روی کیفیت زندگی، شناخت و پیگیری مؤلفه‌های مرتبط با آن برای کمک به افزایش به‌باشی و ادامه رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت مهم است؛ بنابراین با توجه به اینکه تاکنون مطالعه‌ای در این راستا انجام نشده است مؤلفه‌هایی که در ارتباط با رفتارهای افزایش سلامت بیماران مبتلا به سردرد در این پژوهش درک شده است می‌تواند عوامل روان‌شناختی مرتبط با بیماری را مجزا کرده که این عمل علاوه بر افزایش تبعیت از راهنماهای بالینی پیشگیری از تشدید بیماری از مختل شدن کیفیت زندگی زناشویی مناسب نیز محافظت کند بنابراین پژوهش حاضر با هدف مقایسه سبک دل‌بستگی، ناگویی هیجانی و عملکرد جنسی در بیماران مبتلا به سردرد تنشی با افراد سالم انجام شد.

با توجه به هدف پژوهش، فرضیه‌ها عبارت بودند از:
فرضیه اول: سبک دل‌بستگی (ایمن، اجتنابی و دوسوگرا) بیماران مرد مبتلا به سردرد تنشی و افراد سالم متفاوت است
فرضیه دوم: سبک ناگویی هیجانی (دشواری شناسایی احساسات، ضعف بیان احساسات، تفکر عینی) بیماران مرد مبتلا به سردرد تنشی و افراد سالم متفاوت است.
فرضیه سوم: عملکرد جنسی (عملکرد نعوظی، عملکرد ارگاسمیک، میل جنسی، رضایت مقاربت، رضایت کلی) بیماران مرد مبتلا به سردرد تنشی و افراد سالم متفاوت است.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: طرح پژوهش از نوع مقایسه‌ای بود. جامعه آماری شامل کل بیماران مرد مبتلا به سردرد تنشی که به یکی از کلینیک‌های نورولوژی شهر کرج در سال ۱۳۹۳ طی پنج ماه مراجعه کردند و نیز برای افراد سالم بستگان غیر بیمار بودند. به‌منظور گردآوری داده‌های مورد نیاز به دلیل اینکه نمونه از گروه بیماران بوده است از روش در دسترس استفاده شد. طی پنج ماه از اسفندماه ۱۳۹۳ تا تیرماه ۱۳۹۴ تمام بیماران مراجعه‌کننده که تشخیص سردرد تنشی دریافت کردند و معیارهای ورود به مطالعه شامل متأهل بودن و دامنه سنی ۲۵-۵۰ سال را دارا بودند به‌عنوان

زیر مقیاس‌ها ۰/۶۳ تا ۰/۸۱ به دست آمد. کولینز و رید بر پایه توصیف‌هایی که در پرسشنامه دلبستگی بزرگسالان هازن و شیور^۳ (۱۹۸۷) در مورد سبک دلبستگی اصلی وجود داشت مواد مقیاس خود را تدوین کرده‌اند. این مقیاس از سه زیر مقیاس وابستگی، نزدیک بودن و اضطراب تشکیل گردید. به‌طور کلی زیر مقیاس اضطراب با دلبستگی اضطرابی - دوسوگرا، زیر مقیاس نزدیک بودن با دلبستگی ایمن و زیر مقیاس وابستگی با دلبستگی اجتنابی تطابق دارد. نمونه‌ای از سؤالات آن عبارت است از «وقتی کسی خیلی با من صمیمی شود عصبی می‌شوم».

پرسشنامه شاخص بین‌المللی عملکرد نعوظ^۴ (۱۹۹۷): پرسشنامه عملکرد نعوظ توسط روسن، ریلی، واگنر، استرلو، کرک پاتریک و میشر^۵ (۱۹۹۷) تدوین شده است، این پرسشنامه شامل ۱۵ سؤال بوده که وضعیت نعوظ، ارگاسم (اوج لذت جنسی)، میل جنسی و میزان رضایت از عمل مقاربت را نشان می‌دهد. این پرسشنامه بین‌المللی بوده و به‌طور گسترده‌ای در سراسر دنیا استفاده می‌شود؛ و شامل ۵ زیر مقیاس عملکرد نعوظی (۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۱۵)، عملکرد ارگاسمیک (۹ و ۱۰)، میل جنسی (۱۱ و ۱۲)، رضایت از مقاربت (۶، ۷، ۸) و رضایت کلی (۱۳، ۱۴) است. مقیاس پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت است و نمره‌گذاری برای سؤالات ۱ تا ۹، از صفر تا ۵ است و برای سؤالات ۱۰ تا ۱۵ نمره‌گذاری به‌صورت ۱ تا ۵ است. در پژوهشی که رجبی و همکاران (۱۳۹۱) انجام دادند مقدار پایایی پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرونباخ برای هر عامل بین ۰/۸۲ تا ۰/۹۱ به دست آورده‌اند. مقدار پایایی در این پژوهش برای هر عامل بین ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ به دست آمد. پرسشنامه فارسی شاخص بین‌المللی عملکرد نعوظی از اعتبار مطلوبی برخوردار است. در صورتی که این نمرات در مجموع کمتر از ۴۰ باشد، آن وقت شانس اینکه در بررسی با سونوگرافی داپلر یک علت عروقی مشخص شود بسیار زیاد خواهد بود و بنابراین بیمار توسط پزشک برای انجام سونوگرافی ارجاع می‌شود (مهربان، شعبانی‌نیا، نادری و اصفهانی، ۱۳۸۵). نمونه‌ای از سؤالات این پرسشنامه عبارت است از «در طی یک ماه گذشته در کل چه قدر از زندگی جنسی خود لذت برده‌اید».

این پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۸۱ به دست آمد. روایی همزمان این مقیاس برحسب همبستگی بین زیرمقیاس‌های این آزمون و مقیاس‌های هوش هیجانی، بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی مورد بررسی و تأیید قرار گرفت و ضریب همبستگی بین زیرمقیاس‌های ناگویی هیجانی و متغیرهای فوق نیز معنادار بودند. نتایج تحلیل عامل تأییدی نیز وجود سه عامل دشواری در شناسایی احساسات و تفکر عینی را در نسخه فارسی این مقیاس تأیید کردند. نمونه‌ای از سؤالات آن عبارت است از «اغلب برایم مبهم است چه احساسی دارم».

پرسشنامه سبک‌های دلبستگی^۱ (۱۹۹۰): پرسشنامه کولینز و رید^۲ (۱۹۹۰) شامل خوارزیایی از مهارت‌های ایجاد روابط و خود توصیفی شیوه شکل‌دهی روابط دلبستگی نزدیک است و مشتمل بر ۱۸ ماده است که از طریق علامت‌گذاری روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای از نوع لیکرت که از به‌هیچ‌وجه با خصوصیات من تطابق ندارد (۱) تا کاملاً با خصوصیات من تطابق دارد (۵) تشکیل می‌گردد سنجیده می‌شود. با تحلیل عوامل ۳ زیر مقیاس که هر مقیاس شامل ۶ ماده است مشخص می‌شود، ۳ زیرمقیاس عبارتند از: ۱. نزدیکی (ایمن)؛ ۲. اجتنابی (ناایمن)؛ ۳. اضطرابی (دوسوگرا). بر اساس دستورالعمل پرسشنامه ۶ ماده مربوط به هر زیرمقیاس مشخص می‌شود، به این صورت که سؤالات سبک دلبستگی ایمن شامل گویه‌های (۱، ۶، ۸، ۱۲، ۱۳، ۱۷)، سبک دلبستگی ناایمن گویه‌های (۲، ۵، ۷، ۱۴، ۱۶، ۱۸) و سرانجام سبک دلبستگی دو سوگرا گویه‌های (۳، ۴، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۵) است. با توجه به این‌که در مورد هر جمله در پاسخنامه، آزمودنی علامت خود را روی کدام دایره زده است نمره وی برای هر زیر مقیاس مشخص می‌شود. برای گزینه‌های ۱ تا ۵ به ترتیب نمرات ۰ تا ۴ در نظر گرفته می‌شود. همچنین سؤالات ۵، ۶، ۸، ۱۶، ۱۷، ۱۸ به‌صورت معکوس می‌باشند و نمره‌گذاری معکوس انجام می‌گیرد. در پژوهشی که کمیجانی (۱۳۸۸) انجام داد مقدار پایایی پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای هر کدام از زیر مقیاس‌ها بین ۰/۶۸ تا ۰/۷۹ به دست آورده‌اند. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در این پژوهش برای هر کدام از

1. Revised Adult Attachment Scale

3. Hazan & Shaver

5. Rosen, Riley, Wagner, Osterloh, Kirkpatrick, Mishra

2. Collins & Read

4. International Index of Erectile Function (IIEF)

روش اجرا و تحلیل داده‌ها

تحلیل داده‌ها به منظور بررسی مقایسه متغیرها در دو گروه بیمار و سالم از روش تحلیل واریانس تک متغیره به کمک نرم افزار SPSS18 استفاده شد.

به منظور بررسی عوامل مخدوش کننده اعضای نمونه در محیطی آرام و در فضای صمیمی پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. در ضمن اعضا به صورت شفاهی رضایت خود را در مورد شرکت در پژوهش اعلام کردند. به منظور سوگیری در پاسخ دادن و یا ناقص گذاشتن پرسشنامه‌ها به آنها اطمینان داده شد که پاسخ‌های آنها محرمانه خواهد ماند. در

یافته‌ها

در جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش آورده شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد سبک دل بستگی، ناگویی هیجانی و عملکرد جنسی در دو گروه

بیمار سردرد تنشی سالم				مؤلفه	متغیرها
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین		
۲/۱۱	۱۹/۱۲	۲/۳۱	۱۱/۳۸	ایمن	دل بستگی
۲/۲۳	۱۳/۷۳	۲/۴۸	۲۵/۷۳	اجتنابی	
۲/۶۷	۱۴/۲۰	۲/۱۴	۱۷/۹۴	دوسوگرا	
				دشواری شناسایی	ناگویی هیجانی
۲/۶۱	۱۸/۹۳	۲/۲۷	۱۹/۱۱	احساسات	
۲/۱۷	۱۷/۳۵	۲/۳۹	۲۲/۴۸	ضعف بیان احساسات	
				تفکر عینی	عملکرد جنسی
۲/۴۸	۱۱/۴۲	۲/۷۶	۱۴/۳۱	عملکرد نعوظی	
۱/۳۱	۱۹/۲۱	۱/۳۹	۱۲/۸۱	عملکرد ارگاسمیک	
۱/۳۹	۷/۲۰	۱/۲۸	۳/۴۱	میل جنسی	رضایت کلی
۱/۳۰	۶/۶۱	۱/۰۶	۲/۸۰	رضایت مقاربت	
۱/۰۹	۷/۷۱	۱/۱۴	۶/۴۱	رضایت کلی	
۱/۱۵	۴/۴۰	۱/۵۱	۳/۲۱		

تفاوت وجود داشت ($P \leq 0/01$)؛ بنابراین فرضیه دوم پژوهش تأیید شد. همچنین بین ناگویی هیجانی در مؤلفه‌های ضعف در بیان احساسات و تفکر عینی در دو گروه بیمار و سالم تفاوت وجود داشت ($P \leq 0/01$)؛ بنابراین فرضیه سوم مورد تأیید قرار گرفت. در مؤلفه‌های مربوط به عملکرد جنسی بین عملکرد نعوظی، ارگاسمیک، میل جنسی بین دو گروه بیمار و سالم تفاوت وجود داشت ($P \leq 0/01$) بنابراین فرضیه چهارم مورد تأیید قرار گرفت.

یافته‌های جدول ۱ نشان می‌دهد که بالاترین میانگین در مقیاس دل بستگی در مؤلفه دل بستگی اجتنابی و در مقیاس ناگویی هیجانی در مؤلفه ضعف در بیان احساسات و کمترین میانگین در مقیاس عملکرد جنسی در مؤلفه عملکرد نعوظی در بیماران مبتلا به سردرد تنشی بوده است.

در جدول ۲ نتایج حاصل از آزمون تحلیل واریانس تک متغیره به تفکیک مؤلفه‌های متغیر وابسته ارائه شده است. با توجه به نتایج حاصل از جدول بین سبک‌های دل بستگی ایمن و اجتنابی در دو گروه بیمار مبتلا به سردرد تنشی و سالم

جدول ۲. نتایج آزمون تحلیل واریانس تک متغیره برای مقایسه سبک دلبستگی، ناگویی هیجانی، عملکرد جنسی در بیماران مبتلا به سردرد تنشی و گروه سالم

متغیر	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری
ایمن	۱	۸۷/۱۵۷	۱۲/۹۲	۰/۰۱
اجتنابی	۱	۷۳/۸۹	۱۳/۸۳	۰/۰۱
دوسوگرا	۱	۱۰/۹۸	۲/۵۴	۰/۰۸
دشواری در شناسایی احساسات	۱	۲۱۲/۹۷	۲/۵۱	۰/۰۹
ضعف در بیان احساسات	۱	۴۳۲/۸۰	۷۳/۲۴	۰/۰۱
تفکر عینی	۱	۳۱۷/۱۲	۶۶/۳۰	۰/۰۱
عملکرد نعوظی	۱	۱۹۳/۱۸	۱۴/۵۷	۰/۰۱
عملکرد ارگاسمیک	۱	۳۰۰/۱۶	۲۸/۵۶	۰/۰۱
میل جنسی	۱	۹۸/۳۵	۱۲/۹۸	۰/۰۱
رضایت مقاربت	۱	۷/۵۱	۱/۲۶	۰/۱۷
رضایت کلی	۱	۸/۱۲	۱/۷۶	۰/۹۴

بحث و نتیجه گیری

همسر و توانایی فهم و پذیرش هیجان‌های طرف مقابل

دارد. افراد با ناگویی هیجانی که دچار عقلانی سازی هیجان‌ها و فدا کردن احساسات واقعی خود هستند و به جای تمرکز بر هیجان‌های فعلی بر موضوعات گذشته یا آینده تمرکز می‌کنند و در فهم و پذیرش احساسات دیگران مشکل دارند قادر به ایجاد لذت در رابطه نیستند (هومفریز، وود و پارکر، ۲۰۰۹).

یافته‌های پژوهش نشان داد بین سبک دلبستگی افراد مبتلا به سردرد تنشی و گروه سالم تفاوت وجود دارد. سبک دلبستگی در بیماران مبتلا به سردرد اجتنابی است، نتایج این پژوهش با یافته‌های کوردوا و همکاران (۲۰۰۵) و دیویس و همکاران (۲۰۰۶) همخوانی دارد. در تبیین این یافته می‌توان مطرح کرد که سردرد تنشی یک بیماری جسمی است که روان پویایی خاصی دارد، عوامل روانی در شروع و تشدید آنها مؤثرند که به صورت تسریع‌کننده عمل می‌کنند. سبک دلبستگی در کودکی، الگوی تعامل را در بزرگسالی تعیین می‌کند که به صورت یک کاتالیزور بر شدت سردرد تأثیرگذار است، آنها سطوح پایین تری از عواطف مثبت را تجربه کرده و در مدیریت استرس، اضطراب، افسردگی و سایر عواطف منفی ناتوان‌اند. افراد با سبک اجتنابی تجربه عاطفی‌شان را با ترس از صمیمیت توصیف می‌کنند و نگرش‌های منفی به خود و همسرشان دارند و احساسات خود را سرکوب و

هدف از پژوهش مقایسه سبک دلبستگی، ناگویی هیجانی و عملکرد جنسی در بیماران مرد مبتلا به سردرد تنشی با افراد سالم بود. مراقبان اولیه به‌عنوان تنظیم‌کننده بیرونی هیجان‌های کودک نقش مهمی در یادگیری شیوه هیجان ایفا می‌کنند، بستر اصلی این تأثیرگذاری سبک دلبستگی فرد است که از طریق مدل‌های درون کاری درونی می‌شوند و در طول زندگی استمرار می‌یابند افراد با دلبستگی ایمن شرکت در آمیزش جنسی را برای بیان عشق به شریک جنسی می‌دانند، آنها هیجان‌های منفی کمتر و هیجان‌های مثبت بیشتری را در طول رابطه جنسی تجربه می‌کنند. در مقابل افراد اجتنابی با پرهیز از فعالیت جنسی در یک رابطه بدون هیجان از صمیمیت جنسی دوری می‌کنند. افراد با دلبستگی دوسوگرا در روابط رمانتیک به‌طور مداوم دل‌نگران هستند و روابط چسبنده مداخله‌گر و کنترل‌کننده نشان می‌دهند، فعالیت جنسی در این افراد برای کسب اطمینان از نیازهای برآورده نشده به عشق و امنیت و جلوگیری از رهاشدگی انجام می‌شود، برقراری چنین رابطه‌ای همراه با نگرانی از واکنش‌های شریک جنسی به سرکوب و انکار احساسات واقعی منجر می‌شود که بر رضایت فرد از رابطه جنسی تأثیر می‌گذارد. توانایی ایجاد و حفظ یک رابطه رضایت‌بخش نیاز به توانایی شناسایی هیجان‌ها و نیز ابراز هیجان نسبت به

اندوکرین که ویژگی کاهش‌دهنده درد دارند را تولید می‌کند، عواطف منفی تولید این اپوئیدهای درون‌زا را که توسط بدن برای تعدیل تجربه درد ترشح می‌شوند کاهش می‌دهد و باعث افزایش درد می‌شود. همچنین با افزایش فعالیت سیستم سمپاتیک و ترشح اپی‌نفرین در پایانه‌های عصبی گیرنده‌های درد را حساس می‌کند (اشبی، ایسن و ترکن، ۱۹۹۹). این فرضیه با مقایسه‌ای که در مؤلفه ناگویی هیجانی در میان افراد مبتلا به سردرد تنشی و سالم صورت گرفت، تأیید شد.

همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد که بین عملکرد جنسی بیماران مبتلا به سردرد تنشی و گروه سالم تفاوت وجود داشت و بیماران عملکرد جنسی پایین‌تری داشتند. در تبیین این یافته می‌توان به نظر تیشویس^۵ (۲۰۰۰) اشاره نمود که سردرد باعث اختلال در فعالیت طبیعی زندگی می‌شود و بر کیفیت روابط تأثیر می‌گذارد. بیماران مبتلا به سردرد در زندگی زناشویی دچار سردمزاجی هستند و در رضایت از روابط جنسی و رضایتمندی عاطفی و هیجانی با مشکل مواجه‌اند. عملکرد جنسی تابعی از وضعیت ناگویی هیجانی و سبک دل‌بستگی است (دیویس و همکاران، ۲۰۰۶). مردان نقص شدیدی را در شناسایی و ابراز هیجانات خود نشان داده و عدم رضایت جنسی در آنها بیشتر مشاهده می‌شود. همچنین دردهای مداوم سطح سروتونین در مغز را کاهش داده، باعث افسردگی و عدم تمایل به ایجاد رابطه جنسی می‌شود (بنجامین و سادوک ویرجینیا، ۲۰۰۳). آنها از ابراز احساساتی مربوط به دل‌بستگی مانند عشق و مراقبت ناتوان هستند، این افراد به دلیل دل‌بستگی نایمن و ناگویی هیجانی نمی‌توانند در تجسم ذهنی عشق رمانتیک بازنمایی داشته باشند (کارر و بووی^۷، ۲۰۱۲)؛ بنابراین بیماران مبتلا به سردرد تنشی تحت تأثیر سبک دل‌بستگی نایمن و اجتنابی بر توانایی شخص در شناسایی و ابراز هیجان و درک هیجان دیگران تأثیر خود را در زمینه‌های مختلف زندگی بزرگسالی همچون روابط جنسی اعمال می‌کنند.

نتایج گزارش شده در این پژوهش به روشنی نشان داد که ناگویی هیجانی، سبک دل‌بستگی نایمن اجتنابی و عملکرد جنسی پایین در بیماران مبتلا به سردرد تنشی مشاهده

پنهان می‌سازند (هسیوفلوید^۱، ۲۰۱۱). این موضوع می‌تواند با سردرد دارای قرابت باشد، افراد مبتلا به سردرد تنشی واجد شرایطی می‌باشند که به دور از صفات سبک دل‌بستگی ایمن هستند؛ آنها به دلیل شخصیت روان رنجور و سبک دفاعی روان آزرده و رشدنا یافته نمی‌توانند این چنین روابطی را در سطح مطلوب به نمایش بگذارند.

نتایج دیگر پژوهش نشان داد که بین ناگویی هیجانی افراد مبتلا به سردرد تنشی و گروه سالم تفاوت وجود دارد که نتایج آن با یافته‌های مارینو و همکاران (۲۰۱۰) و رادکلیف و همکاران (۲۰۰۹) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان مطرح کرد که تجربه‌های هیجانی اوایل زندگی نقش تعیین‌کننده در کنش‌وری یا نارسا کنش‌وری‌های هیجانی بازی می‌کند. بستر اصلی تأثیرگذاری، سبک دل‌بستگی است که از طریق الگوهای درون‌کاری درونی شده و استمرار می‌یابد، سبک‌های دل‌بستگی نایمن با نارسا کنش‌وری و ناتوانی‌های هیجانی در ارتباط قرار می‌گیرد و تأثیر عمیقی بر تنظیم عاطفه و سلامت جسمانی در مراحل بعدی زندگی دارد (نوربرگ، یانگ، سالیوان، لیورز^۲، ۲۰۱۱). عامل دیگر اینکه حساسیت عضله تحت تأثیر عاطفه منفی و عدم ابراز هیجان باعث درد می‌شود (استیفن و همکاران، ۲۰۰۲). هر نوع اختلال در پردازش مرکزی و بیش حساس شدن به درد در بیماران مبتلا به سردرد تنشی می‌تواند بر وضعیت روانی و چگونگی ارتباط آنها با محیط پیرامونی تأثیرگذار باشد. تقارن عملکردی نابهنجار در مغز، با سطوح پایین‌تر آگاهی هیجانی رابطه دارد و کمترین میزان هم‌نوسانی در باند فرکانسی تتا و در ناحیه پس‌سری که بر شدت درد نیز تأثیرگذار است می‌تواند بروز ناگویی هیجانی را با سردرد تنشی توجیه کند. همچنین سطوح فعالیت در مناطق پیش‌پیشانی چپ و فعالیت این منطقه از مغز با سیستم دوپامینرژیک مزولیمبیک مرتبط است، این سیستم در فرایندهای مغزی و هیجانی نقش مهمی دارد (واتسون^۳، ۲۰۰۲). این بیماران به علت عاطفه منفی و ناگویی هیجانی فعالیت سیستم دوپامینرژیک در آنها کاهش یافته و باعث سردرد می‌شود. همچنین سیستم عصبی مرکزی دامنه‌ای از پلی‌پپتیدهای درون‌زاد همانند آندروفین و

1. Hesse & Floyd
3. watson
5. Tjihuis
7. Carrère & Bowie

2. Thorberg, Young, Sullivan & Lyvers
4. Ashby, Isen & Turken
6. Benjamin & sadock-virginia

existing headache type of episodic tension-type headache. *European Journal of Pain*, 9(3), 285-91.

Bagby, R. M., Parker, J. D. A. & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-1Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 23-32.

Benjamin, J., Sadock-virginia, A. (2003). *Sadock-synopsis of psychiatry*: New York, Publishing

Brassard, A., Shaver, P.R., Lussier, Y. (2007). Attachment, sexual experience, and sexual pressure in romantic relationships: A dyadic approach. *Personal Relationships*, 14, 475-93.

Breslau, N., Schultz, L.; Lipton, R.; Peterson, L.; Welch, K. (2012). Migraine headaches and suicide attempt, *Headache*; 52(5):723-731

Brody, S. (2003). Alexithymia is inversely associated with women's frequency of vaginal intercourse. *Archives of Sexual Behavior*. 32: 73-77.

Carrere S, Bowie B.H. (2012). Like parent, like child: parent and child emotion dysregulation. *Arch Psychiatr Nurs*. 26(3):23-30.

Chavez, R. A., Graff-Guerrero, A., García-Reyna, J.C., Vaugier, V., Cruz-Fuentes, C. (2004). Neurobiology of creativity: preliminary results of a brain activation study. *Salud Mental*. 27, 38- 46.

Collins, N. L., & Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 644-663.

Cordova, J.V., Gee, C.B., Warren, L.Z. (2005). Emotional skillfulness in marriage: Intimacy as a mediator of the relationship between emotional skillfulness and marital satisfaction. *Journal Social Clinical Psychology*. 24, 218-35.

Davis, D., Shaver, P. R., Widaman, I. K. F., Vernon, M. L., Follette, W. C., & Beitz, K. (2006). "I can't get no satisfaction": Insecure attachment, inhibited sexual communication, and sexual dissatisfaction. *Personal Relationships*. 13, 465-483.

Erdman, P., & Caffery, T. (2003). *Attachment and family system*. Brunner Routledge.

Gray, J. A. (1990). Brain Systems that Mediate Both Emotion and Cognition. *Cognition and Emotion*. 4, 269-288.

Hazan, C; Shaver, P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment. *Journal of personality and social psychology*, 52: 511-524.

Hesse, C., Floyd, K. (2011). Affection mediates the impact of alexithymia on relationships. *Personality and Individual Differences*, 50, 451-456.

Humphreys, T. P., Wood, L. M., & Parker, J. D. A. (2009). *Alexithymia and satisfaction in intimate relationships*. *Personality and Individual Differences* 46: 43-47.

Jessimer, M., Markham, R. (1997). Alexithymia: A right hemisphere dysfunction specific to recognition of certain facial expressions? *Brain Cognition*, 34, 246-258.

John D.Ram D, Sundarmurthy H, Rathod H, Rathod S. (2016). Study of Barrier to Help Seeking and its Relationships with Disability in Patients with Headache. *J Clin Diagn Res*. 10(10).

می‌شود؛ بنابراین با توجه به اینکه سردرد تنشی در افراد با سبک دلبستگی ایمن کمتر بروز می‌نماید ایجاد این مهم می‌تواند از طریق شیوه صحیح تربیتی توسط والدین محقق گردد؛ بنابراین با در نظر گرفتن اهمیت سردرد تنشی و تأثیر آن بر کیفیت زندگی پیشنهاد می‌گردد مداخلات مبتنی بر سبک دلبستگی و هوش هیجانی برای این گروه از بیماران انجام شود. از محدودیت‌های این پژوهش این است که بر روی مردان انجام گرفته است، ضرورت دارد تحقیقات آتی به پژوهش‌های مربوط به سردرد در زنان اختصاص یابد. همچنین آزمودنی‌ها در پاسخگویی به سؤالات عملکرد جنسی به سختی همکاری کردند.

منابع

آقایوسفی، ع.، و بازیاری میمندی، م. (۱۳۹۲). بررسی سلامت عمومی، تاب‌آوری و مکانیسم دفاعی در افراد مبتلا به سردرد میگرنی. *فصلنامه طب جنوب، پژوهشکده زیست - پزشکی خلیج فارس، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر*، ۱۶(۲)، ۱۱۸-۱۲۷.

ابوالقاسمی، ع.، جعفری، ع.؛ و احمدی طهورسلطانی، م. (۱۳۹۳). مقایسه کمال‌گرایی، پرخاشگری و سبک‌های مقابله‌ای بیماران مبتلا به سردرد تنشی، میگرنی و افراد عادی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان*، ۲۱(۲)، ۱۶۲-۱۷۳.

بشارت، م.، و گنجی، پ. (۱۳۹۱). نقش تعدیل‌کننده سبک‌های دلبستگی در رابطه بین ناگویی هیجانی و رضایت زناشویی. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۳۵، ۳۳۵-۳۲۴.

مهربان، د، شعبانی‌نیا، ش، غلامحسین، ن و اصفهانی، ف. (۱۳۸۵). پرسشنامه فارسی شاخص بین‌المللی عملکرد جنسی مردان و مقایسه آن با سونوگرافی داپلر در بررسی مبتلایان به ناتوانی جنسی، *نشریه جراحی ایران*، ۱۴(۱).

کمیجانی، م. (۱۳۸۸). مقایسه سبک دلبستگی در نوجوانان عادی و کم‌توانی ذهنی آموزش پذیر. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۴۱(۲)، ۹۱-۶۹.

Alqahtani, M.J. (2016). Alexithymia, the Emotional Blindness among Stroke Survivors: Preliminary Study. *International Neuropsychiatric Disease Journal*, 6(1), 1-11.

Ashby, F. G., Isen, A. M., Turken, A. U. (1999) A neuropsychological theory of positive affect and its influence on cognition. *Psychological Review*, 106, 529-550.

Atasoy, H.T., Atasoy, N., Unal, A.E., Emre, U., Sumer, M. (2005). Psychiatric co morbidity in medication overuse headache patients with pre-

- Terwindt, G.M., Ferrari, M.D., Tijhuis, M. (2000). The Impact of Migraine on Quality of Life in the General Population: the GEM study. *Neurolog*, 55: 624-629.
- Tijhuis, M. (2000). The Impact of Migraine on Quality of Life in the General Population: the GEM study. *Neurolog*; 55, 624-629.
- Thorberg, F. A., Young, R. M., Sullivan, K. A., & Lyvers, M. (2011). Parental bonding and alexithymia: A meta-analysis. *European Psychiatry*, 26(3): 187-193.
- Young M, Denny G, Young T, Luqui R. (2000). Sexual satisfaction among married women. *American Journal Health Studies*; 16: 73-84.
- Wachs, K., Cordova, J.V. (2007). Mindful relating: Exploring mindfulness and emotion repertoires in intimate relationships. *Journal of Marriage and Family Therapy*; 33, 464-81.
- Watson, D. (2002). *Positive affectivity: the disposition to experience pleasurable emotional states*. In C. R. Snyder, & S. J. Lopez (Eds), *Handbook of positive psychology*, 106- 120. Oxford University Press. 4
- Kurt S, Kaplan Y. (2008). Epidemiological and Clinical Characteristics of Headache in University Students. *Clin Neurol Neurosurg*; 110: 46-50.
- Loder, E., Rizzoli, P. (2008). Tension-type Headache. *Biological Medical Journal*, 336: 88-92.
- Marino E, Fanny B, Lorenzi C, Pirovano A, Franchini L, Colombo C, Bramanti P, Smeraldi E. (2010). Genetic bases of co morbidity between mood disorder and migraine: Possible role of serotonin transporter gene. *Neuro Science*, 31, 387-91.
- McWilliams L.A, Bailey S.J. (2010). Associations Between Adult Attachment Ratings and Health Conditions: Evidence From the National Co morbidity Survey Replication. *Health Psychology, American Psychological Association* 2010, Vol. 29, No. 4, 446-45.
- Merikangas KR, Lateef T. (2011). *Epidemiology and quality of life of migraine. Multidisciplinary management of migraine: pharmacological, manual and other therapies*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning
- Ozuguz, P., Kacar, S.D., Alpaslan, A.H., Celep, B., Uzel, H. (2016). Evaluation of Alexithymia in Patients Admitted to the Dermatology. *Clinic International Neuropsychiatric Disease Journal* 5(3), 1-8.
- Peters, M., Abu-Saad, H.H., Vydellingum, V., Dowson, A., Murphy, M. (2004). Migraine and Chronic Daily Headache Management: A Qualitative Study of Patients' Perceptions. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 18(3). 249-303.
- Rasmussen, B.K. (1999). *Epidemiology and Socioeconomic Impact of Headache. Cephalgia*; 19: 20-30.
- Ratcliffe, G.E., Enns, M.W., Jacobi, F., Sareen G. (2009). The relationship between migraine and mental disorder in population-based sample. *Gen Hosp Psychiatry*, 31, 9-14.
- Roland D, Incrocci L. (2008). *Handbook of sexual and gender identity disorders*. New Jersey: John Wiley and sons; 199-202.
- Rosen RC, Riley A, Wagner G, et al: The international index of erectile function (IIEF): A multi dimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology* 1997; 49: 822-830.
- Sadoughi, M. (2009). *Psychological Factors Associated With Chronic Tension and Effectiveness of Behavioral and Cognitive Behavioral Treatment. [dissertation]*. Faculty of Education and Psychology, Isfahan University.
- Seneviratne, U., Chong, W., Billimoria, P.H. (2012). *Brain white matter hyper intensities in migraine: Clinical and radiological correlates. Clinical Neurol Neurosurg*, 19.
- Stephen, D., Silberstein, A., Stiles, W., Young, B. (2013). *Atlas of Migraine and Other Headaches*, 1st Edition, Publisher: CRC Press; 4 edition