



بررسی سلامت عمومی، تاب آوری و مکانیسم‌های دفاعی

در افراد مبتلا به سردرد میگرنی

علیرضا آقاییوسفی^۱، مهتاب بازیاری میمند^{*۱}

^۱ گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه پیام نور تهران

(دریافت مقاله: ۹۰/۵/۲۴ - پذیرش مقاله: ۹۰/۱۰/۲۶)

چکیده

زمینه: میگرن یک بیماری مغز و اعصاب است که از نظر اتیولوژی چندین عامل در شروع و یا تشدید آن تأثیر می‌گذارد. یکی از عوامل مؤثر بر این بیماری عوامل روان‌شناختی همچون مکانیسم‌های دفاعی، تاب‌آوری و سلامت عمومی می‌باشد، در این تحقیق به بررسی رابطه بین سلامت عمومی، تاب‌آوری و مکانیسم‌های دفاعی و همچنین پیش‌بینی سلامت عمومی افراد مبتلا به میگرن که دارای تاب‌آوری بالایی بوده و از مکانیسم‌های دفاعی رشد یافته استفاده می‌نمایند، پرداخته می‌شود.

مواد و روش‌ها: در این تحقیق ۵۰ نفر از زنان مبتلا به سردرد میگرنی شهرستان بوشهر با استفاده از پرسشنامه‌ی سبک‌های دفاعی، تاب‌آوری و سلامت عمومی و از طریق آزمون آماری همبستگی پیرسون و رگرسیون در نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۷ مورد مطالعه قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج نشان می‌دهد که افراد مبتلا به سردرد میگرنی بیشتر از مکانیسم دفاعی رشد نیافته و روان آزرده استفاده می‌کنند و بین وخامت سلامت عمومی با تاب‌آوری و همچنین با مکانیسم دفاعی رشد یافته رابطه منفی معنادار ($p=0/003$) و بین این وخامت با مکانیسم‌های دفاعی رشد نیافته ($p=0/041$) و مکانیسم‌های دفاعی روان آزرده ($p=0/040$) رابطه مثبت معناداری وجود دارد. از طرف دیگر بین تاب‌آوری با مکانیسم‌های دفاعی روان آزرده ($p=0/004$) و تاب‌آوری با مکانیسم‌های رشد نیافته ($p=0/009$) رابطه منفی و بین تاب‌آوری با مکانیسم‌های دفاعی رشد یافته رابطه مثبت معناداری ($p=0/003$) وجود دارد. همچنین هر اندازه فرد بیشتر از مکانیسم‌های دفاعی رشد یافته استفاده کند از میزان وخامت سلامت عمومی او نیز کاسته خواهد شد، اما این رابطه با حضور متغیر تاب‌آوری قوی‌تر خواهد شد.

نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان داد که افراد میگرنی‌ای که از مکانیسم‌های دفاعی رشد یافته استفاده می‌کنند در شرایط تاب‌آوری بالا از سلامت عمومی مطلوب‌تری (وختام کمتر در سلامت عمومی) برخوردار خواهند شد.

واژگان کلیدی: تاب‌آوری، سردرد میگرنی، سلامت عمومی، مکانیسم‌های دفاعی

*بوشهر، خیابان فاطمیه، سازمان بهزیستی، معاونت امور اجتماعی

مقدمه

سردرد علامتی شایع با فراوانی بالا در بیشتر پژوهش‌های همه‌گیرشناسی است و یکی از ده علت شایع مراجعه بیماران به پزشکان می‌باشد (۱).

شیوع میگرن تقریباً ۱۰ درصد می‌باشد و در زنان ۲ تا ۳ برابر شایع‌تر از مردان می‌باشد که بیشترین شیوع آن بین سنین ۱۵ تا ۵۵ سالگی است (۲). سردرد میگرنی یک سردرد ضربان‌دار تکرار شونده با علائم گذرای عصبی است. حملات سردرد معمولاً به همراه تهوع، استفراغ و گریز از نور و صدا می‌باشد. معمولاً در ناحیه گیجگاهی و یا پیشانی ظاهر می‌شود (۱). این سردرد به دو نوع میگرن کلاسیک (همراه با اورا یا علایم هشدار دهنده) و میگرن شایع (بدون اورا) تقسیم می‌گردد (۲).

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. حملات سردرد میگرنی ممکن است با تغییرات تنش‌زای زندگی مانند بلوغ، تغییر موقعیت مکانی و اجتماعی و غیره آغاز گردد و به واسطه انواع خاصی از حوادث، خلق‌ها و تجارب ایجاد شود (۳). فشارهای روانی - اجتماعی (استرس) همراه با آشفتگی‌های هیجانی و ناتوانی در مقابله با حوادث زندگی یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های حملات سردرد (شدت و تعداد حملات) محسوب می‌گردد که می‌تواند بر سلامت فرد تأثیر بگذارد (۴).

تحقیقات نشان می‌دهد که اکثر افراد مبتلا به سردرد میگرنی دارای اضطراب و افسردگی می‌باشند که همین امر منجر به بستری شدن آنها در بیمارستان می‌شود (۵). البته ارتباط بین این عوامل دو جانبه است، به گونه‌ای که هر یک، خطر ایجاد دیگری را بالا می‌برد (۶). به‌طور کلی فشارهای زندگی وارده بر فرد، نحوه‌ی مقابله فرد با آن

فشار و میزان مقاومت و تحمل فشارها بر ایجاد و تشدید حملات میگرنی تأثیر زیادی دارد. بنابراین سردردها به‌ویژه سردردهای میگرنی، نه تنها یک مشکل نورولوژیک و روان‌شناختی خود فرد مبتلا است بلکه گاهی منجر به ناتوانایی‌های کلی شده، کیفیت زندگی بیمار و اعضای خانواده را مختل می‌نماید.

پژوهش‌های گوناگون نشان می‌دهد که رابطه معناداری بین سردردهای میگرنی، کیفیت زندگی و شیوه‌های مقابله با حوادث زندگی وجود دارد (۷). همچنین نتایج مطالعات انجام شده توسط لیور (Levor) و همکاران نشان می‌دهد که افراد مبتلا به سردردهای میگرنی الگویی از سرزنش و عیب‌جویی افراطی از خود و دیگران و خشم و پرخاشگری را نشان می‌دهند (۳). از آنجایی که این اختلال از نظر اتیولوژی چند عاملی است و عوامل روان‌شناختی مختلفی در بروز آن نقش دارند، بنابراین در این تحقیق سعی شده است تا با هدف مطالعه مکانیسم‌های دفاعی و ارتباط آن با ویژگی شخصیتی تاب‌آوری و سلامت عمومی افراد مبتلا به سردرد میگرنی به بررسی فرضیات، (۱) بین سلامت عمومی، تاب‌آوری و مکانیسم‌های دفاعی در افراد مبتلا به سردرد میگرنی ارتباط وجود دارد (۲) افراد مبتلا به سردرد میگرنی که فعالیت مکانیسم‌های دفاعی رشد یافته در آنها بیشتر است در شرایط تاب‌آوری بالا از سلامت عمومی بیشتری برخوردارند، پرداخته شود.

مواد و روش‌ها

- شرکت کنندگان

جامعه مورد بررسی عبارتند از کلیه مبتلایان به سردردهای میگرنی (با تشخیص پزشک متخصص) که به کلینیک‌های مغز و اعصاب شهرستان بوشهر مراجعه

شود تاب‌آوری کمتر می‌شود. به‌منظور تعیین پایایی مقیاس از روش آلفای کرونباخ استفاده گردید و ضریب پایایی حاصله برابر با ۸۹ درصد بود، همچنین پایایی این آزمون با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۷۹ درصد برآورد گردید (۹). محمدی نیز در سال ۱۳۸۴ آن را در ایران هنجاریابی کرد. سامانی، جوکار و صحراگرد نیز ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ برای پایایی این آزمون به‌دست آوردند (۱۰).

- پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ)

پرسشنامه سلامت عمومی آزمونی است که به‌منظور بررسی اختلالات غیرروان گسسته که در وضعیت‌های مختلف جامعه یافت می‌شود طراحی شده است و برای سرند کردن افراد در شرایط حاد استفاده می‌گردد. این پرسشنامه توسط گلدبرگ تنظیم گردید و دارای ۲۸ سوال با ۴ زیر مقیاس A (نشانه‌های بدنی)، B (اضطراب و بی‌خوابی)، C (نارسا کنش‌وری اجتماعی) و D (افسردگی) می‌باشد (۱۱). روایی این پرسشنامه در مطالعات متعددی رضایت‌بخش به‌دست آمد از جمله ضریب همبستگی ۰/۴۸، ۰/۵۴، ۰/۶۹، ۰/۶۰ و ۰/۵۷ به‌ترتیب با شاخص پزشکی کورنل، آزمون شخصیتی مینه سوتا، مقیاس ناامیدی بک، مقیاس موازنه عاطفی و پرسشنامه افسردگی زانگ. اعتبار آن نیز در تحقیق گلدبرگ، ویلیامز، چان و کی یسو به‌ترتیب ۰/۹۵، ۰/۹۳، ۰/۹۳، ۰/۸۸ و غیره به‌دست آمد (۸). محمدرضا تقوی ضرایب اعتبار پرسشنامه مزبور را با استفاده از سه روش دوباره سنجی، تصیفی و آلفای کرونباخ به‌ترتیب ۰/۷۰، ۰/۹۰ و ۰/۹۳ به‌دست آورد. روایی آن نیز با استفاده از پرسشنامه بیمارستان میدلسکس ۰/۵۵ به‌دست آمد (۱۲).

کردند که از بین آنها ۵۰ نفر از طریق نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای منظم به‌عنوان گروه نمونه انتخاب شدند.

- ابزار پژوهش

- پرسشنامه سبک‌های دفاعی (DSQ)^۱

پرسشنامه سبک‌های دفاعی نخستین بار توسط باند (Bond) و همکاران به‌منظور بررسی مکانیسم‌های دفاعی در افراد بهنجار و بیمار در سال ۱۹۸۳ تدوین گردید. آندروز (Andrews) و همکاران نیز در سال ۱۹۹۳ نسخه جدید آن را که ۴۰ سؤال داشت تدوین کردند. این پرسشنامه ۲۰ مکانیسم دفاعی را در سه سطح رشد یافته، روان‌آزرده و رشد نیافته مورد ارزیابی قرار می‌دهد. پرسشنامه مزبور در ایران توسط حیدری‌نسب هنجاریابی گردید (۸). این پرسشنامه (بر اساس پرسشنامه ۵ عاملی نئو) دارای روایی سازه مطلوبی می‌باشد، بالاترین ضریب اعتبار آن نیز از طریق روش بازآزمایی و محاسبه آلفای کرونباخ در مردان دانشجو ۰/۸۱ و بالاترین آلفا در دختران دانش‌آموز ۰/۶۹ به‌دست آمد. بشارت و همکاران نیز ضریب آلفای کرونباخ را برای هر یک از سبک‌های رشدیافته، روان‌آزرده و رشد نیافته به‌ترتیب برابر ۰/۷۵، ۰/۷۳ و ۰/۷۴ و ضریب اعتبار بازآزمایی را با فاصله ۴ هفته ۰/۸۲ گزارش کرده‌اند (۸).

- مقیاس تاب‌آوری بزرگسالان (CD-RISC)^۲

این مقیاس که توسط کانر (Conner) و دیویدسون (Davidson) ساخته شد دارای ۲۵ سؤال می‌باشد که در مقیاس لیکرت بین صفر (کاملاً نادرست) تا چهار (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. نمره میانگین این مقیاس ۵۲ است و هر چه نمره آزمودنی بالاتر از ۵۲ باشد، تاب‌آوری بیشتر و هر چه به صفر نزدیک تر

^۱ Questionnaire Defense Styles

^۲ Conner-Davidson Resilience Scale

روند اجرا

بررسی کنونی یک تحقیق از نوع همبستگی می‌باشد که در آن متغیر تاب‌آوری و مکانیسم‌های دفاعی به‌عنوان متغیرهای مستقل در نظر گرفته شده است، البته متغیر تاب‌آوری ارزش متغیر واسطه‌ای را دارد و متغیر سلامت عمومی به‌عنوان متغیر وابسته اندازه‌گیری می‌شود. متغیر جنس در این پژوهش، کنترل شده است و تنها زنان مورد بررسی قرار گرفته‌اند. جهت اجرای تحقیق ابتدا با مراجعه به کلینیک‌های تخصصی مغز و اعصاب و هماهنگی با پزشک متخصص (جهت تشخیص سردرد میگرنی در افراد) و سایر کادر پرسنلی، افراد مبتلا به سردرد میگرنی شناسایی و ۵۰ نفر از آنها انتخاب شدند، سپس بعد از جلب رضایت

بیماران جهت همکاری، پرسشنامه‌های مورد نظر به‌طور انفرادی و محرمانه (بدون ذکر نام و نام خانوادگی) بر روی آنها اجرا گردید. بعد از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌های به‌دست آمده از طریق آزمون آماری همبستگی گشتاوری پیرسون و رگرسیون چندمتغیری با سطح معناداری ۰/۰۵ در نرم‌افزار SPSS (USA, II, Chicago, SPSS Inc) ویرایش ۱۷ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

اطلاعات مربوط به تجزیه و تحلیل آمار توصیفی بر اساس میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای مورد مطالعه در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱) شاخص‌های آمار توصیفی متغیرهای مکانیسم‌های دفاعی، سلامت عمومی و تاب‌آوری

شاخص	مکانیسم‌های دفاعی		سلامت عمومی		
	تاب‌آوری	رشد یافته	روان‌آزرده	رشدنا یافته	A (نشانه‌های بدنی) B (اختلال و اضطراب و) C (اجتماعی) D (افسردگی)
تعداد	۵۰	۵۰	۵۰	۵۰	۵۰
میانگین	۶۲/۵	۸/۱۶	۱۰/۰۸	۱۰/۳۱	۱۰/۸
انحراف استاندارد	۶/۸	۲/۵	۲/۸۴	۲/۶۴	۴/۹۸

نتایج به‌دست آمده از اطلاعات توصیفی گروه هدف نشان می‌دهد که میانگین سنی زنان مورد مطالعه ۳۲/۶ سال بوده و از لحاظ تحصیلات نیز ۴۹ درصد آنها دارای لیسانس، ۳۶ درصد دیپلم و مابقی تحصیلات زیر دیپلم دارند. نتایج توصیفی متغیرها نیز نشان می‌دهد که افراد مبتلا به سردرد میگرنی بیشتر از سبک مکانیسم‌های دفاعی رشد نیافته به‌ویژه دلیل تراشی (با میانگین ۱۳/۶) و بدنی سازی (با میانگین ۱۲/۰۸) و سپس از سبک مکانیسم‌های روان‌آزرده به‌ویژه

دیگردوستی (با میانگین ۱۲/۸) و ابطال (با میانگین ۱۰/۱) استفاده می‌کنند. البته با اینکه نمره کلی مکانیسم‌های دفاعی رشد یافته کمتر از نمره ۱۰ (نقطه برش به‌منظور تعیین اینکه فرد از کدام مکانیسم استفاده کرده است) می‌باشد، ولی نمره مکانیسم دفاعی رشد یافته پیشاپیش‌نگری (با میانگین ۱۲/۶) نشان می‌دهد که این مکانیسم مزبور نیز در گروه هدف مزبور به‌کار گرفته می‌شود. در متغیر سلامت عمومی با توجه به اینکه نمرات بین

اجتماعی) و D (افسردگی وخیم) در شرایط نامطلوبی قرار دارند. جدول ۱ همچنین نشان می‌دهد که میانگین نمره تاب‌آوری افراد ۶۲/۵ می‌باشد. اطلاعات مربوط به آزمون فرضیه اول پژوهشی (وجود ارتباط بین سلامت عمومی، تاب‌آوری و مکانیسم‌های دفاعی در افراد مبتلا به سردرد میگرنی) در جدول ۲ آمده است.

۱۴ تا ۲۱ در هر زیر مقیاس بیانگر وخامت وضع فرد می‌باشد، بنابراین داده‌های موجود در جدول ۱ نشان می‌دهد افراد مبتلا به سردرد میگرنی در زیر مقیاس A (که وضعیت سلامت بدنی و احساس خستگی را نشان می‌دهد) در وضعیت وخیمی (با میانگین ۱۴/۲) به سر می‌برند. البته در زیر مقیاس B (که اضطراب و بی‌خوابی را نشان می‌دهد) در وضعیت مطلوبی (میانگین ۱۳/۰۸) قرار ندارند، ولی در زیر مقیاس‌های C (نارسا کنش‌وری

جدول ۲) ماتریس همبستگی بین نمرات کلی متغیرهای اصلی پژوهش

متغیرها	تاب‌آوری	مکانیسم دفاعی رشدنا یافته	مکانیسم دفاعی رشدیافته	مکانیسم دفاعی روان آزوده	سلامت عمومی
سلامت عمومی	۰/۵۲۹**	۰/۳۵۶*	-۰/۵۷۱**	۰/۳۴۴*	۱
مکانیسم دفاعی روان آزوده	-۰/۳۵۷*	۰/۵۳۹**	-۰/۶۸۴*	۱	-
مکانیسم دفاعی رشد یافته	۰/۵۴۳**	-۰/۵۴۹**	۱	-	-
مکانیسم دفاعی رشد نایافته	-۰/۴۷۰**	۱	-	-	-
تاب‌آوری	۱	-	-	-	-

* معناداری در سطح ۰/۰۵ . ** معناداری در سطح ۰/۰۱

سلامت عمومی مورد توجه قرار می‌دهد از تحلیل رگرسیون گام به گام استفاده شده است که در آن متغیر سلامت عمومی به‌عنوان متغیر ملاک و متغیرهای تاب‌آوری و مکانیسم‌های دفاعی به‌عنوان متغیرهای پیش‌بین وارد معادله شده‌اند. نتایج این تحلیل در جدول ۳ منعکس شده است.

جدول ۳ نشان می‌دهد که متغیر مکانیسم‌های دفاعی رشد یافته، تنها متغیر تاب‌آوری جهت تبیین واریانس متغیر سلامت عمومی وارد معادله رگرسیون شده است. بر مبنای ضرایب تعیین در گام اول تحلیل، متغیر مکانیسم دفاعی رشد یافته به تنهایی ۲۹/۵ درصد از تغییرات متغیر ملاک (وخامت سلامت عمومی) را تبیین می‌کند ($p < ۰/۰۱$)، اما در گام دوم تحلیل افزوده شدن متغیر تاب‌آوری قدرت پیش‌بینی را به ۴۸/۹ درصد افزایش می‌دهد که این میزان افزایش نیز معنادار ($p < ۰/۰۱$) بود. بنابراین هر اندازه

همان‌گونه که در ماتریس همبستگی متغیرها در جدول ۲ مشخص شده است بین وخامت سلامت عمومی با تاب‌آوری و همچنین با مکانیسم دفاعی رشد یافته رابطه منفی معنادار کمتر از ۰/۰۱ ($p = ۰/۰۰۳$) و بین وخامت سلامت عمومی با مکانیسم‌های دفاعی رشد نایافته ($p = ۰/۰۴۱$) و همچنین با مکانیسم‌های دفاعی روان آزوده ($p = ۰/۰۴۰$) رابطه مثبت معنادار کمتر از ۰/۰۵ وجود دارد.

از سوی دیگر بین تاب‌آوری با مکانیسم‌های دفاعی روان آزوده رابطه منفی معنادار کمتر از ۰/۰۵ ($p = ۰/۰۰۴$) و بین تاب‌آوری و مکانیسم‌های دفاعی رشد یافته رابطه مثبت معنادار کمتر از ۰/۰۱ ($p = ۰/۰۰۳$) و بین تاب‌آوری و مکانیسم‌های دفاعی رشد نایافته رابطه منفی معنادار کمتر از ۰/۰۱ ($p = ۰/۰۰۹$) وجود دارد.

جهت آزمون فرضیه دوم پژوهشی که نقش واسطه‌ای متغیر تاب‌آوری را در رابطه بین مکانیسم‌های دفاعی و

میگرنی که از مکانیسم‌های دفاعی رشد یافته استفاده می‌کند در شرایط تاب‌آوری بالا از سلامت عمومی مطلوب‌تری (وخامت کمتر در سلامت عمومی) برخوردار خواهند بود.

فرد بیشتر از مکانیسم‌های دفاعی رشد یافته استفاده کند از میزان وخامت سلامت عمومی او نیز کاسته خواهد شد. اما این رابطه با حضور متغیر تاب‌آوری قوی‌تر خواهد شد. بنابراین افراد مبتلا به سردرد

جدول ۳) نتایج رگرسیون متغیر سلامت عمومی بر متغیر مکانیسم دفاعی رشد یافته و تاب‌آوری

گام	نوع متغیر	تفسیر	سطح معناداری	F^2	β	Beta	T	سطح معناداری
اول: مکانیسم دفاعی رشد یافته (a)	رگرسیون	۱۹۱/۵	۱	۰/۰۰۵	۰/۲۹۵	a/۰۷	a -۳/۱	۰/۰۰۵
	باقیمانده	۴۵۷/۹	۴۹					
	کل	۶۴۹/۴	۵۰					
دوم: مکانیسم دفاعی رشد یافته (a) + تاب‌آوری (b)	رگرسیون	۳۱۷/۸	۲	۰/۰۰۱	۰/۴۸۹	a ۰/۹۱۷	a -۳	۰/۰۰۷
	باقیمانده	۳۳۱/۶	۴۸					
	کل	۶۴۹/۴	۵۰					

بحث

میگرن یک مشکل جسمی است که عوامل گوناگونی در بروز آن از جمله استرس، بد خوابی، رژیم غذایی و غیره نقش دارند. افراد مبتلا به سردرد میگرنی دارای سیستم عصبی ارثی‌ای هستند که در برابر تغییرات محیطی، حساسیت و برانگیختگی بالایی دارند. حال اگر این سیستم در مسیرهای مثبت (موفقیت تحصیلی، هنری، ادراک عالی و غیره) قرار گیرد، فرد موفقیت‌های بالایی به دست می‌آورد ولی اگر این سیستم از محیط بیرونی و درونی احساس تهدید کرده و استرس زیادی بر فرد ایجاد شود این امر می‌تواند حملات میگرنی را ایجاد کند (۱۳)، البته واکنش به استرس به عوامل زیادی از جمله ماهیت و شدت عوامل استرس‌زا، بافت اجتماعی، توانایی تاب‌آوری و غیره در برابر آن (به‌عنوان یک میانجی) بستگی دارد (۱۴).

به‌عنوان یک متغیر میانجی حفاظت کننده از فرد در برابر شرایط سخت می‌باشد (۱۵)، بنابراین تاب‌آوری بالا می‌تواند تأثیرات منفی عوامل استرس‌زا را بر سلامت فرد کاهش دهد.

در این تحقیق نیز همان‌گونه که ملاحظه شد همبستگی بین تاب‌آوری و سلامت عمومی مثبت به دست آمد، به عبارتی افراد میگرنی که از تاب‌آوری بیشتری برخوردار بودند، سلامت عمومی آنها نیز بیشتر بوده است و بالعکس. در راستای تأیید این یافته نیز پژوهش‌ها نشان می‌دهند هنگامی که با استفاده از نوروفیدبک، تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری فرد تقویت و بهبود می‌یابد فراوانی و شدت حملات میگرنی و وخامت سلامت عمومی کاهش می‌یابد (۱۶). همچنین تحقیق فاربر (Farber) و همکاران بر روی ۲۰۰ نفر از افراد مبتلا به ایدز نشان داد که تاب‌آوری پایین در گروه هدف به‌طور معناداری با سلامت جسمی و روانی پایین ارتباط مثبت دارد (۱۷).

تحقیقات انجام شده بر روی افرادی که از تاب‌آوری بالایی برخوردارند نیز نشان می‌دهد، تاب‌آوری

همکاران بر روی افراد مبتلا به سردرد میگرنی بیانگر این است که اکثر افراد مبتلا به سردرد میگرنی، دچار افسردگی (۱۸)، اختلالات اضطرابی، پانیک، فوبیا و غیره (۱۹) هستند و افرادی که از این اختلالات روان آزرده رنج می‌برند بیشتر از مکانیسم‌های رشد نیافته و روان آزرده استفاده می‌کنند تا مکانیسم‌های رشد یافته (۲۰). تحقیق پاسچیر (Passchier) نیز نشان داد که افراد مبتلا به سردرد میگرنی از مکانیسم‌های دفاعی رشد نیافته استفاده می‌کنند که این نیز باعث بروز افزایش تعداد حملات سردرد میگرنی آنها می‌شود (۲۱).

بنابراین چون مکانیسم‌های دفاعی با پیامدهای جسمانی و روانی در ارتباط هستند (۲۲)، بنابراین زمانی که افراد از مکانیسم‌های دفاعی رشد یافته در برابر اتفاقات بد استفاده می‌کنند اضطراب آنها بسیار کمتر از افرادی می‌شود که مکانیسم‌های دفاعی رشد نیافته را به کار می‌گیرند (۲۳) و از سطح سلامت عمومی بیشتری نیز برخوردارند (۲۴).

تحقیقات انجام شده بر روی سایر بیماران از جمله تحقیق اولندن بر روی زنان مبتلا به سرطان سینه (۲۵) و افراد مبتلا به سندرم خستگی مزمن نیز نشان داد که این بیماران بیشتر از مکانیسم‌های دفاعی رشد نیافته در مقایسه با افراد سالم استفاده می‌کنند (۲۶).

نتیجه حاصله از پژوهش حاضر در خصوص فرضیه دوم نیز نشان داد که زمانی که متغیر مکانیسم دفاعی رشد نیافته به تنهایی وارد معادله رگرسیون (جهت پیش‌بینی سلامت عمومی افراد مبتلا به سردرد میگرنی) شد، فقط توانست ۲۹/۵ درصد سلامت عمومی را تبیین کند ولی این رابطه با حضور متغیر تاب‌آوری ۱۹ درصد دیگر قوی‌تر گردید تا جایی که قدرت پیش‌بینی را به ۴۸/۹ درصد افزایش داد، بنابراین افراد مبتلا به سردرد میگرنی که از مکانیسم‌های دفاعی رشد یافته استفاده

علاوه بر این، نتیجه به دست آمده در پژوهش کنونی نشان داد که افراد مبتلا به سردرد میگرنی از بین سه مکانیسم دفاعی بیشتر از سبک‌های دفاعی روان آزرده (دیگر دوستی کاذب و ابطال) و سبک‌های دفاعی رشد نیافته (دلیل تراشی و بدنی‌سازی) استفاده می‌کنند که استفاده از این سبک‌ها می‌تواند منجر به وخامت سلامت عمومی بدنی و سردرد میگرنی آنها شود، به عبارتی بین مکانیسم‌های دفاعی روان آزرده بالاخص دیگر دوستی کاذب و مکانیسم‌های رشد نیافته بالاخص دلیل تراشی با زیرمقیاس B (اضطراب و بی‌خوابی) و D (افسردگی) رابطه مثبت معناداری به دست آمد، به عبارتی هرچه فرد بیشتر از مکانیسم‌های دفاعی روان آزرده و رشد نیافته استفاده کند سلامت عمومی او نیز بالاخص در زیر مقیاس اضطراب، بی‌خوابی و افسردگی در وضعیت وخیمی قرار می‌گیرد. البته اگر چه اطلاعات توصیفی نشان می‌دهد که به طور کلی افراد مبتلا به سردرد میگرنی کمتر از مکانیسم‌های دفاعی رشد یافته استفاده می‌کنند ولی رابطه منفی معناداری بین این مکانیسم (بالاخص مکانیسم‌های الایش و پیشاپیش‌نگری) با زیر مقیاس B و D سلامت عمومی ($p < 0.05$) در همان تعداد افرادی که از مکانیسم‌های دفاعی رشد یافته استفاده می‌کردند به دست آمد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت استفاده از مکانیسم دفاعی رشد نیافته و روان آزرده باعث افزایش اضطراب، بی‌خوابی و افسردگی (وخیم شدن سلامت عمومی) و بالعکس، استفاده از مکانیسم دفاعی رشد یافته باعث کاهش اضطراب، بی‌خوابی و افسردگی و در نتیجه بهبود سلامت عمومی افراد مبتلا به سردرد میگرنی می‌شود.

شواهد پژوهشی زیادی نیز نتیجه مزبور را تأیید می‌کند از جمله اینکه نتیجه تحقیق مارینو (Marino) و

می‌کنند و دارای تاب‌آوری بالایی نیز هستند از سلامت عمومی بیشتری برخوردارند و می‌توانند بدین‌وسیله تعداد و شدت حملات میگرنی را کاهش دهند.

تحقیقات نیز نشان می‌دهد افراد دارای تاب‌آوری بالا از مکانیسم‌های دفاعی رشد یافته و شیوه‌های کنار آمدن مستقیم و فعال در برخورد با مشکلات و استرس‌های زندگی استفاده می‌کنند که در این صورت جنبه مخرب و آسیب‌زای عوامل استرس‌زای زندگی کمتر می‌شود چون استفاده از این مکانیسم‌ها باعث افزایش سلامت عمومی بدن، سلامت روانی، شادکامی و غیره می‌شود و بالعکس (۲۷).

استفاده از مکانیسم‌های دفاعی رشد نیافته و روان آزرده (مانند واپس روی یا انکار) نه تنها مشکلات را حل نکرده بلکه باعث افزایش مشکلات هیجانی و اثرات منفی بر وضعیت سلامتی فرد می‌گردد (۲۷). بنابراین تاب‌آوری کم و استفاده از مکانیسم‌های دفاعی رشد نیافته و روان آزرده باعث اضطراب، نگرانی و غیره بیشتر و در نتیجه عود بیماری شده، زمینه را جهت ابتلا یا تشدید بیماری‌های روان تنی از جمله سردرد میگرنی فراهم می‌نماید، به عبارت دیگر تاب‌آوری و رشد یافتگی مکانیسم‌های دفاعی بر سازگاری کلی روانی و اجتماعی و متعاقباً سلامت بدنی - پزشکی فرد تأثیر چشمگیری دارد (۲۸).

بنابراین با توجه به تأیید فرضیه اول و دوم و مطابق با عقیده کرولنیک (Cyrułnik) می‌توان به این نتیجه دست یافت که استفاده از مکانیسم درونی مثبت (مکانیسم دفاعی رشد یافته) و افزایش تاب‌آوری (به‌عنوان مکانیسم بیرونی مثبت) که شامل حمایت‌ها، ارتباطات اجتماعی - عاطفی مثبت، فرهنگ و

ارزش‌های فردی و اجتماعی (که می‌تواند بر نحوه رویارویی صحیح افراد با مشکلات و نحوه تفکر آنها تأثیر بگذارد) می‌شود (۲۹)، همگی می‌توانند بر ارتقاء سلامت روانی و جسمانی فرد و کاهش نشانه‌ها و عوارض بیماری سردرد میگرنی از جمله اختلالات خلقی و بالاخص افسردگی (۳۰) تأثیرات فراوانی بگذارند. از این رو می‌توان با فراهم نمودن تمهیدات لازم (با استفاده از درمان‌های روان‌شناختی، ارائه آموزش‌های مختلف در زمینه افزایش تاب‌آوری و مقابله صحیح با چالش‌های زندگی و ارتقاء مهارت‌های رفتاری و غیره) در پیشگیری و یا کاهش علائم و پیامدهای این بیماری و یا نهایتاً سازگاری با این بیماری اقدامات مؤثری انجام داد.

با توجه به اینکه بیماری سردرد میگرنی (همان‌طور که اشاره شد) یک بیماری چند عاملی است، بی‌شک عوامل ارثی، روان‌شناختی و اجتماعی زیادی در بروز و تشدید آن نقش دارند و شاید یکی از کاستی‌های این بررسی، بررسی صرف عوامل روان‌شناختی تاب‌آوری، مکانیسم‌های دفاعی و سلامت عمومی (روانی) باشد. علاوه بر این، مطالعه فقط گروه زنان آن هم در یک شهرستان با تعداد ۵۰ نفر (به دلیل درد ناشی از این بیماری و نامساعد بودن وضعیت کلی جسمانی فرد و در نتیجه عدم تمایل به همکاری با محقق) نیز جزء دیگر محدودیت‌های این تحقیق محسوب می‌گردد، بنابراین برای رسیدن به نتایج جامع‌تر می‌توان در پژوهش‌های آتی به بررسی ابعاد مختلف مؤثر بر این بیماری در حجم بالاتر و در هر دو گروه جنسیتی زنان و مردان پرداخت.

References:

2. Simon RP, Aminoff MJ, Greenberg DA, editors. *Clinical Neurology*. Tehran: Teymoorian: 1998.
3. Shirzadi Bestoni A, Mehrabizadeh Honarmand M, Haghghi J. A study of Simple and multiple relationship between perfectionism, trait-state anxiety and depression with migraine headaches in students of Islamic Azad University of Ahvaz. *J Educ Psychol* 2002-2003; 9: 109-26.
4. Ryan CN. Evaluation of patient with chronic headache. *Am Fam for Physician* 1996; 54: 105-6.
5. Villarreal SS. A comparative study of selected patient or variables as risk factors in hospitalization for chronic headache. *Headache* 1995; 35: 349-59.
6. Merle L, Glen D. The practicing headache. In: Glen D, editor. *Physical approach to headache*. 6th ed. WA: Sounder's; 1997: p. 171-97.
7. Frare M, Axia G, Battistella PA. Quality of life, coping strategies, and family routines in children with headache. *Headache* 2002; 42: 953-62.
8. Fathi-Ashtiani A, editor. *Psychological tests personality and mental health*. Tehran: Besat: 2009.
9. Janie Pinterits E. Assessing resilience in youth exposed to trauma. Development of the life assets and values assessment. (Accessed in May 10, 2012, at <http://www.olc.edu>).
10. Samani S, Jokar B, Sahragard N. Effects of resilience on mental health and life satisfaction. *Iran J Psychiatry Clin Psychol (JPCP)* 2007; 13: 290-5.
11. Astura F. Questionnaire Defense Styles. In: Dadsetan P, editor. *Stress, New disease civilization*. 1st ed. Tehran: Roshd; 1997: p. 179-80.
12. Taghavi SMR. Validity and reliability of public health (G.H.Q). *J Psychol* 2001; 5: 381-98.
13. Roger K, Cady MD. Sinus headaches, allergies, asthma and migraine: More than a casual relationship. *American Headache Society*. (Accessed in May 10, 2012, at <http://www.achenet.org>).
14. Gunel MK, Akkaya FY. Are migraineur women really more vulnerable to stress and less able to cope? *BMC Health Serv Res* 2008; 8: 211
15. Sojo V, Guarino L. Mediated moderation or moderated mediation: relationship between length of unemployment, resilience, coping and health. *Span J Psychol* 2011; 14: 272-81.
16. Frequently asked questions about neurofeedback. *Brain And Health*. (Accessed in May 10, 2012, at <http://www.brainandhealth.com/FAQs.html>).
17. Farber EW, Schwartz JA, Schaper PE, et al. Resilience factors associated with adaptation to HIV disease. *Psychosomatics* 2000; 41: 140-6.
18. Marino E, Fanny B, Lorenzi C, et al. Genetic bases of comorbidity between mood disorder and migraine: Possible role of serotonin transporter gene. *Neuro Sci* 2010; 31: 387-91.
19. Ratcliffe GE, Enns MW, Jacobi F, et al. The relationship between migraine and mental disorder in population-based sample. *Gen Hosp Psychiatry* 2009; 31: 9-14.
20. Afzali MH, FathiAshtiani A, Azadfallah P. The Study of defense styles & mechanisms in patients with Obsessive-compulsive disorder, generalized anxiety disorder & social phobia disorder. *J Clin Psychol* 2009; 1: 79-93.
21. Passchier J, Goudswaard P, Orlebeke JF, et al. Migraine and defense mechanisms: psychophysiological relationships in young females. *Soc Sci Med* 2002; 26: 343-50.
22. Vaillant GE. Adaptive mental mechanisms. Their role in a positive psychology. *Am Psychol* 2000; 55: 89-98.
23. Thompson TL. Defense and coping mechanisms that may be factors of resiliency for Black Americans [dissertation]. *School Psych.*, 2007.
24. Mohammadpour Yazdi AR, Birashk B, Fata L, et al. Case-control study of defense styles and state-trait anxiety among college students with general anxiety disorder. *J Ment Health* 2009; 11: 7-14.
25. Relationship between psychiatric disorders and defensive mechanisms in university student. (Accessed in 10 may, 2011, at <http://www.noandishaan.com/>).
26. Nemat V. Relationship between defense mechanisms and coping styles with psychology health of students 18 to 29 years [dissertation]. Allameh Tabatabaie Univ., 2008.
27. Stress. Wikipedia. (Accessed in May 10, 2012, at <http://fa.wikipedia.org>).
28. Beygi A. Relationship between defense mechanisms and personality disorder. (Accessed in May 10, 2012, at <http://ravanshenasi2011.blogfa.com>).
29. Grimard C, Dubuisson C. Deafness and resilience. Reach Canada. (Accessed in May 10, 2012, at http://www.reach.ca/_uploads/_media/conferences/shared_future_eng.pdf).
30. Aboutalebi S, Zendehtoodi S. Comparison of fluoxetine and imipramine for migraine headache. *ISMJ* 2002; 4: 11-5.

Original Article

Study of General health, resiliency, and defense mechanisms in patients with migraine headache

AR. Aghayusefi¹, M. Bazyari Meymand^{1*}

¹Department of Psychology, School of Human Sciences, Payame Noor University of Tehran, Tehran, IRAN

(Received 15 Aug, 2011 Accepted 16 Jan, 2012)

Abstract

Background: Migraine is a neurological disease that the etiology, several factors affect its onset or its exacerbation. One of the factors affecting disease is psychological factors such as defense mechanisms, resiliency, and general health. This study assessed the relationship between general health, resiliency, and general defense mechanisms, and also predicts the general health of people with migraine headaches that have a high resiliency and use mature defense mechanisms.

Material and Methods: 50 women with migraine headache in the city of Bushehr using defense mechanisms, resiliency, and general health questionnaires were studied. For statistical analysis, Pearson correlation and multiple regression tests were used by SPSS 17 software.

Results: The results showed that most of the defense mechanisms of migraine sufferers are Immature and Neuroticism. There is significant negative correlation between the deterioration of general health and resiliency as well as the mature defense mechanism ($p=0/003$), and also there is a significant positive correlation between this deterioration with neuroticism ($p=0/040$) and immature defense mechanisms ($p=0/041$). On the other hand there is significant negative correlation between resiliencies with immature ($p=0/009$) and neuroticism defense mechanisms ($p=0/04$), and also with mature defense mechanism has a significant positive correlation ($p=0/003$). Also, as more people use the mature defense mechanism, their deterioration of general health will be reduced, but this relationship will be stronger with the presence of resiliency. So migraine people use the mature defense mechanisms with high resiliency will have more favorable general health (less deterioration of general health).

Conclusion: This study showed that migraine patients use the mature defense mechanisms with high resiliency will have more favorable general health (less deterioration of general health).

Keywords: resiliency, migraine headaches, general health, defense mechanisms