

مقایسه میزان همسر آزاری عاطفی و ادراک حمایت اجتماعی در بیماران مبتلا به سردردهای مزمن تنشی و میگرن با افراد سالم

دکتر رضوان السادات جزایری* - مرضیه شریفی**

* استادیار گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه اصفهان

** کارشناس ارشد مشاوره خانواده - دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه اصفهان

چکیده

زمینه: با توجه به نقش عوامل روان‌شناختی مانند فشارهای روانی / اجتماعی در سبب‌شناسی سردردهای مزمن، پژوهش حاضر به بررسی رابطه بین میزان همسر آزاری عاطفی به عنوان منبع استرس و میزان ادراک حمایت اجتماعی به عنوان منبع مقابله با استرس با سردردهای تنشی و میگرن در بیماران می‌پردازد.

روش بررسی: در این پژوهش که به شیوه مورد - شاهده‌ای است ابتدا از بین بیماران مراجعه کننده به مراکز درمانی مغز و اعصاب شهر اصفهان، تعداد ۶۰ بیمار متأهل مبتلا به سردردهای مزمن تنشی و میگرن، به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب گردیدند و از طریق پرسشنامه آزار عاطفی همسران و مقیاس حمایت اجتماعی مورد ارزیابی قرار گرفتند. همچنین پرسشنامه‌ها توسط گروه کنترل (۶۰ نفر) که با استفاده از نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای و مصاحبه انتخاب گردیدند نیز تکمیل گردید. سپس میانگین نمرات هر دو گروه با استفاده از آزمون تی مستقل مورد مقایسه و بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج به دست آمده نشان داد که بیماران مبتلا به سردردهای مزمن تنشی و میگرن نسبت به گروه کنترل دارای میانگین نمرات بالاتری در همسر آزاری عاطفی و میانگین نمرات پایین‌تری در حمایت اجتماعی می‌باشند و این تفاوت معنادار می‌باشد ($P < 0/0005$). همچنین تفاوت معناداری بین میانگین نمرات ابعاد همسر آزاری (آزار کلامی / انتقاد، غفلت / کناره‌گیری، سلطه‌گری و محدودیت اجتماعی) و ابعاد حمایت اجتماعی (خانواده، دوستان و سایرین) بین دو گروه مشاهده گردید ($P < 0/0005$).

نتیجه‌گیری: یافته‌های این پژوهش شواهد تجربی در تأیید رابطه بین استرس زندگی و سردردهای مزمن فراهم می‌نماید که می‌تواند در تعیین راهبردهای درمانی تلفیقی عصب شناختی و روان‌شناختی و پیشگیری از مزمن شدن این اختلالات در بیماران نقش مؤثری داشته باشد.

واژگان کلیدی: سردردهای مزمن، همسر آزاری، حمایت اجتماعی

تأیید مقاله: ۱۳۹۰/۱۱/۸

وصول مقاله: ۱۳۹۰/۶/۲۹

نویسنده پاسخگو: دانشگاه اصفهان، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی. گروه مشاوره rs.jazayeri@yahoo.com

مقدمه

می‌کنند که میزان شیوع نوع سردرد تنشی بیشتر از ۲۰٪ و میگرن حدود ۱۸٪ در جمعیت عمومی است (۴). مطالعات در ایران نیز نشان داده‌اند که علت عمده مراجعه به درمانگاه‌های مغز و اعصاب را سردرد تشکیل می‌دهد (۵۲/۹۶٪) و شایع‌ترین نوع سردرد، سردرد تنشی بوده (۳۳٪)، پس از آن سردرد میگرنی قرار دارد (۵، ۶).

مطالعات در زمینه اختلالات روانی / فیزیولوژیکی بیانگر آن است که عوامل زیست‌شناختی به تنهایی قادر به تبیین آسیب‌پذیری افراد نسبت به اختلال سردرد، زمان حمله، سیر بیماری، تسریع و تشدید وهله‌های سردرد یا ناتوانی مرتبط با آن نبوده و عوامل روانی - اجتماعی سهم به‌سزایی در این زمینه دارند (۷). استرس زندگی یکی از عوامل روانی - اجتماعی است که عموماً به عنوان عامل اصلی در سردرد شناخته شده است (۸). استرس می‌تواند به عنوان عامل مستعدکننده‌ی شروع بیماری یا راه‌انداز اولیه سردرد، عامل میانجی در

سردرد یکی از رایج‌ترین شکایات در مراجعه‌کنندگان به مراکز درمانی است (۱) که با محدود ساختن فعالیت‌های روزمره زندگی، اختلال در روابط خانوادگی و اجتماعی و ایجاد فشارهای اقتصادی، کیفیت زندگی را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد (۲). تحقیقات نشان می‌دهند که اکثریت بیماران که با شکایت سردرد مراجعه می‌کنند، در یکی از دو دسته سردرد تنشی یا میگرن قرار می‌گیرند. میگرن یک سردرد ضربان‌دار تکرار شونده با علایم گذرای عصبی است و سردرد تنشی معمولاً برای توصیف سردردهای مزمن با علت نامشخص و بدون علایم خاص میگرن به کار می‌رود (۳). اگرچه نرخ شیوع ممکن است بر حسب سن، جنس و نژاد متفاوت باشد، برخی مطالعات گزارش

مصاحبه‌های بالینی نیز پیشنهاد می‌کنند که سوء استفاده‌های جنسی، جسمی و عاطفی می‌تواند خطر ابتلا به اختلالات روان‌تنی از جمله میگرن و سردردهای تنشی را افزایش دهد (۲۶، ۲۱-۱۹).

از طرف دیگر نظریه‌های شناختی استرس بر این عقیده‌اند که واکنش به استرس، علاوه بر ماهیت و شدت عوامل استرس‌زا به ادراک فرد از موقعیت و میزان دسترسی او به منابع مقابله (شخصی، اجتماعی یا مادی) و نیز توانایی ادراک شده و واقعی فرد برای مقابله مؤثر با استرس، بستگی دارد (۲۷). در این زمینه حمایت اجتماعی به عنوان یکی از مهم‌ترین منابع مقابله با استرس معرفی شده است. حمایت اجتماعی به طور کلی مفهومی چند بعدی است که میزان دریافت پذیرش، احترام، یاری‌رسانی و مراقبت از سوی دیگران را می‌رساند (۲۸) و شامل منابع متعددی مانند محیط خانواده، دوستان، خویشاوندان، همسایگان، همکلاسی‌ها و به طور کلی تمام افرادی می‌شود که فرد را می‌پذیرند و در جهت رفع مشکلات او را یاری رسانده و حمایت می‌کنند (۷).

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که حمایت اجتماعی به طور مستقیم و غیرمستقیم با سلامت روانشناختی و جسمی افراد ارتباط دارد؛ افرادی که دارای سطوح بالایی از حمایت اجتماعی هستند، رویدادهای استرس‌آور را کمتر فشارزا و غیر قابل تحمل برآورد نموده، در مواجهه با این عوامل مقابله‌های کارآمدتری دارند و لذا کمتر دچار بیماری، افسردگی و پریشانی می‌شوند (۳۲-۲۹). در واقع سطوح بالای حمایت اجتماعی، با ایجاد احساس عزت نفس بالاتر، مهارت‌های مقابله‌ای کارآمدتر، توان ایستادگی بیشتر و احساس درماندگی کمتر در برابر رخداد‌های فشارزا، واکنش به استرس را تعدیل نموده و از فرد در برابر بیماری محافظت می‌نماید (۳۱).

با توجه به ضرورت در نظر گرفتن جنبه‌های روانشناختی همراه با سردرد در تشخیص، پیش‌آگهی و درمان بیماران و نقش این عوامل در پیشگیری از مزمن شدن سردرد و نیز این حقیقت که مدیریت سردرد تنها شامل عوامل داروشناختی نیست بلکه ارزیابی کامل سبک زندگی بیمار، عوامل استرس‌زای ممکن و نیز منابع مقابله‌ای در دسترس را نیز دربر می‌گیرد (۷)؛ پژوهش حاضر با هدف مقایسه میزان همسرآزاری عاطفی (به عنوان منبع استرس) و حمایت اجتماعی (به عنوان منبع مقابله با استرس) در بیماران مبتلا به سردردهای مزمن تنشی و میگرن با افراد سالم فاقد سردردهای مزمن انجام گرفته است.

روش بررسی

تحقیق حاضر از نوع مورد - شاهدهی می‌باشد و رابطه همبستگی بین متغیرها به وسیله مقایسه میانگین نمرات آن‌ها در دو گروه مورد بررسی قرار گرفته است. در این پژوهش برای انتخاب گروه مورد از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد، بدین صورت که با مراجعه به مراکز درمانی مغز و اعصاب از بین بیماران متأهل مبتلا به سردرد تنشی و میگرن، ۶۰ بیمار انتخاب شده و پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند. برای

تبدیل شدن سردرد اولیه به سردرد مزمن و نیز به عنوان برانگیزاننده و تشدیدکننده دفعات و شدت حملات سردرد مدنظر قرار گیرد (۹). شواهد نیز نشان می‌دهند که فشارهای روانی - اجتماعی از عوامل پیش‌بینی‌کننده‌ی شدت و تعداد حملات سردرد بوده و وقوع سردرد غالباً متعاقب دوره‌های پریشانی و استرس افزایش می‌یابد (۱۲-۸).

از طرف دیگر در سال‌های اخیر بررسی نقش استرس درون خانواده و عملکرد کلی خانواده در پیش‌بینی سردرد مورد توجه قرار گرفته است؛ چنانچه، نتایج پژوهش‌ها بیانگر رابطه بین کیفیت زندگی و سطح تعارضات در خانواده و نیز خشم، پرخاشگری و واکنش‌های افراطی اعضای خانواده با سردرد می‌باشد (۱۴-۱۲). همسرآزاری و خشونت خانگی به عنوان یکی از منابع مهم استرس درون خانواده تلقی می‌شود که عوارض بهداشتی آن از آسیب‌های جزئی تا ناتوانی مرضی و مشکلات روانی متغیر است. همسرآزاری به طور کلی به هرگونه بدرفتاری نسبت به همسر یا شریک جنسی اطلاق می‌شود که دربرگیرنده آزارهای عاطفی، جسمانی و جنسی می‌باشد (۱۵).

مطالعات اخیر بر همسرآزاری عاطفی به عنوان شایع‌ترین نوع همسرآزاری متمرکز گردیده‌اند و نشان می‌دهند که اثرات ناشی از سوء استفاده‌ی عاطفی به مراتب مخرب‌تر از بدرفتاری جسمی می‌باشد، لیکن اغلب نادیده گرفته و یا انکار می‌شود (۱۷، ۱۶). پژوهش کوکر Coker و همکاران (۲۰۰۲) نشان می‌دهد که نزدیک به ۱۴٪ از زنان و ۱۸٪ از مردان همسرآزاری عاطفی را در طول زندگی مشترک خود تجربه می‌کنند. همچنین تقریباً نیمی از موارد همسرآزاری در بین زنان و بیشتر از ۷۸٪ موارد در بین مردان از نوع همسرآزاری عاطفی و روانشناختی گزارش شده است (۱۸). همسرآزاری عاطفی شامل رفتارهایی از قبیل کناره‌گیری خصمانه، تحقیر، سلطه‌گری، تهدیدهای خشونت‌آمیز، محدود نمودن آزادی همسر و جلوگیری از دسترسی او به منابع است که پیش از پرخاشگری فیزیکی و یا همزمان با آن صورت می‌گیرد. اثرات منفی سوء استفاده عاطفی بر سلامت جسمی و روانی قربانیان مشابه و یا حتی شدیدتر از اثرات بدرفتاری‌های فیزیکی گزارش شده است (۲۱-۱۶).

بر طبق گزارش‌های جهانی در زمینه خشونت خانگی در کشورهای مختلف، زنان دارای تجربه آزاردیدگی، غالباً از مشکلات روانی و جسمی بلند مدت رنج می‌برند که معمولاً به عنوان پیامد خشونت تعریف نمی‌شود؛ همچنین، بیماری‌های روان‌تنی مانند مشکلات گوارشی، کمردرد، سردرد و بیماری‌های مزمن دیگر در بین این افراد بسیار شایع است (۲۱). کوکر Coker و همکاران (۲۰۰۲) در پژوهشی نشان دادند که همسرآزاری عاطفی به ویژه در حیطه‌ی اعمال قدرت و کنترل نسبت به بدرفتاری فیزیکی ارتباط بیشتری با پیامدهای سلامت جسمی و روانی در مردان و زنان آزاردیده نشان داده است (۱۸).

بررسی همزمان سابقه‌ی بدرفتاری‌های جسمی و جنسی و سردرد مزمن در زنان آزاردیده نشان می‌دهد که سردرد در همه این زنان بعد از شروع خشونت همسران ایجاد شده است (۲۵-۲۲). نتایج حاصل از

اجتماعی اندازه‌گیری می‌نماید. ضرایب آلفای کرونباخ به دست آمده برای این خرده مقیاس‌ها به ترتیب عبارتند از: ۰/۹۷، ۰/۹۳، ۰/۹۰ و ۰/۸۹. پاسخ‌ها براساس لیکرت ۵ درجه‌ای نمره داده شده‌اند. همیشه =۵، اغلب اوقات = ۴، گاهی اوقات = ۳، به ندرت = ۲، و هرگز = ۱ و همه سؤالات به صورت مستقیم می‌باشند. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۹۵ به دست آمده است.

ج- مقیاس اصلاح شده حمایت اجتماعی - این مقیاس توسط واکس wax و همکاران (۱۹۹۳) ساخته شده و شامل ۲۳ سؤال در قالب سه خرده مقیاس حمایت خانواده، دوستان و سایرین می‌باشد. خرده مقیاس‌های حمایت خانواده و دوستان هر کدام ۸ ماده و خرده مقیاس حمایت سایرین ۷ ماده دارند (۳۵). این آزمون را ابراهیمی قوام ترجمه و با نمره‌گذاری صفر و ۱ در دو نمونه متشکل از ۱۰۰ دانشجوی و ۲۰۰ دانش آموز اجرا نموده است. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در دانشجویان ۰/۹۰ و ضریب پایایی بازآزمایی آن پس از ۶ هفته ۰/۸۱ گزارش شده است. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس ۰/۸۷ به دست آمد.

به منظور تحلیل استنباطی داده‌های پژوهش ابتدا با استفاده از آزمون کالموگروف-اسمیرنوف^۱ نرمال بودن توزیع نمرات حاصله به وسیله هر دو مقیاس مورد تأیید قرار گرفت. هر چند با توجه به تعداد جامعه آماری، نرمال بودن توزیع نمرات محتمل بود. سپس از آزمون^۲ مستقل^۲ برای مقایسه میانگین نمرات آزار عاطفی در دو گروه استفاده گردید.

یافته‌ها

نتایج توصیفی نشان دادند که میانگین و انحراف معیار سن اعضای گروه مورد و کنترل به ترتیب (۲۳-۳۷) $24/88 \pm 4/67$ و (۲۱-۳۶) $25/19 \pm 5/18$ می‌باشند. توزیع پاسخ‌گویان برحسب سطح تحصیلات و وضعیت درآمد به تفکیک گروه مورد و کنترل در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱- توزیع پاسخگویان بر حسب سطح تحصیلات و وضعیت درآمد به تفکیک گروه مورد و کنترل

متغیر	درصد فراوانی	
	گروه مورد	گروه کنترل
تحصیلات زیردیپلم	۱۸/۳۲	۱۸/۱۵
تحصیلات دیپلم	۵۳/۳۶	۵۴/۰۸
تحصیلات بالاتراز دیپلم	۲۸/۳۲	۲۷/۷۷
درآمد زیر حدکفاف	۵۸/۳	۵۸/۱۲
درآمد درحد کفاف	۴۱/۷	۴۲/۸۸

1-Kolmogorov-smirnov test

2-Independent t-test

انتخاب گروه کنترل ابتدا به شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای از بین نواحی شش‌گانه آموزش و پرورش شهر اصفهان به طور تصادفی ۳ ناحیه و از هر ناحیه ۳ منطقه مسکونی انتخاب گردیدند. حجم نمونه در اولین مرحله بالغ بر ۲۷۰ نفر بوده (از هر منطقه مسکونی ۳۰ نفر) که پس از مصاحبه و بررسی ملاک‌های ورود و نیز هم‌تاسازی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی (از قبیل سن، جنس، تحصیلات، شرایط اقتصادی و اجتماعی) با گروه مورد، در نهایت ۶۰ نفر (۳۰ زن و ۳۰ مرد) به عنوان گروه کنترل انتخاب و پرسشنامه‌های پژوهش در اختیار ایشان قرار گرفت. به منظور رعایت اخلاق پژوهش پرسشنامه‌ها به صورت بی‌نام و به وسیله کد شناسایی تنظیم گردیدند و به هر دو گروه اطمینان داده شد که پرسشنامه‌های تکمیل شده فقط به منظور اهداف پژوهش به وسیله محقق مورد استفاده قرار خواهند گرفت و اطلاعات به دست آمده در اختیار هیچ سازمان یا فرد ثالثی قرار داده نخواهد شد.

ملاک‌های ورود به گروه آزمایش عبارت بودند از: تأهل، نداشتن مشکلات مزمن عصبی (سابقه ضربات مغزی، سکته، تومورهای مغزی و سایر اختلالات عصبی، عدم تشخیص مشکل در معاینات عصب شناختی و تصویربرداری مغزی)، دارا بودن معیارهای انجمن بین‌المللی سردرد و تشخیص قطعی توسط پزشک متخصص مغز و اعصاب، نداشتن سابقه دیگر اختلالات روان‌تنی مرتبط با استرس (مانند کم‌ردرد مزمن، سندروم روده تحریک‌پذیر و غیره).

ملاک‌های ورود به گروه گواه عبارت بودند از: تأهل، نداشتن مشکلات مزمن عصبی و روانپزشکی، نداشتن سابقه سردردهای مزمن تنشی و میگرن و دیگر اختلالات روان‌تنی مرتبط با استرس (کم‌ردرد مزمن، سندروم روده تحریک‌پذیر و غیره).

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش عبارت بودند از:

الف) مصاحبه بالینی با پزشک متخصص مغز و اعصاب و تکمیل پرسشنامه طراحی شده بر اساس معیارهای تشخیصی انجمن بین‌المللی سردرد برای تشخیص میگرن و سردرد تنشی (۳۳).

ب) پرسشنامه آزار عاطفی - به دلیل در دسترس نبودن ابزار مناسبی که بتواند ابعاد آزار عاطفی را پوشش دهد و نیز با توجه به این مطلب که تعاریف و ابزارهای اندازه‌گیری آزار عاطفی که در فرهنگ غربی ایجاد و اعتباریابی شده‌اند، ممکن است قابل استفاده در کاربرد بین فرهنگی نباشند و آنچه شامل آزار عاطفی می‌شود از فرهنگی به فرهنگ دیگر متفاوت است (۲۲). در این پژوهش از پرسشنامه محقق ساخته استفاده شده است. این پرسشنامه توسط ابراهیمی (۳۴) تهیه و پس از طی مراحل مقدماتی و تأیید متخصصان دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه اصفهان به طور مقدماتی اجرا گردیده است. ضریب آلفای کرونباخ برای ۸۰ سؤال محاسبه و ضریب اعتبار ۰/۹۷ بدست آمده است. همچنین روایی همگرا و واگرا با این پرسشنامه به صورت همبستگی با رضایت زناشویی ۰/۸۵- و با تعارض زناشویی ۰/۶۸ به دست آمده است. این پرسشنامه آزار عاطفی را در ۴ بعد شامل: آزار کلامی/انتقاد، غفلت/کناره‌گیری، سلطه‌گری و محدودیت

جدول ۲- تفاوت میانگین نمرات آزار عاطفی و ابعاد آن به تفکیک دو گروه بیمار و سالم

Sig (2-tailed)	t	درجه آزادی	انحراف معیار	میانگین	فراوانی	گروه	ابعاد
<۰/۰۰۰۵	۱۲/۷۹	۶۹/۱	۱۵/۷	۲۲۱/۴۲	۶۰	بیمار	آزار عاطفی
			۱۵/۱۸	۱۳۲/۴۳	۶۰	سالم	
<۰/۰۰۰۵	۱۱/۹۶	۶۸/۷	۲۴/۸	۹۱/۶۰	۶۰	بیمار	آزار کلامی/ انتقاد
			۷/۱۵	۵۱/۷۵	۶۰	سالم	
<۰/۰۰۰۵	۱۱/۰۴	۶۸/۷	۱۲/۸۴	۴۸/۸۳	۶۰	بیمار	غفلت و کناره گیری
			۳/۵۱	۲۹/۸۷	۶۰	سالم	
<۰/۰۰۰۵	۱۰/۸۱	۷۲/۱	۹/۸۹	۴۰/۹۳	۶۰	بیمار	سلطه گری
			۳/۳۲	۲۶/۳۷	۶۰	سالم	
<۰/۰۰۰۵	۱۲/۵۴	۷۹/۴	۸/۰۸	۳۶/۹	۶۰	بیمار	محدودیت اجتماعی
			۳/۴۲	۲۲/۷	۶۰	سالم	

عاطفی (آزار کلامی/ انتقاد، غفلت/کناره گیری، سلطه گری و محدودیت اجتماعی) میانگین نمرات بیشتری دارند. آزمون غیر پارامتریک مان ویتنی^۳ نیز همین نتایج را نشان داده است.

به منظور بررسی رابطه‌ی سردرد تنشی و حمایت اجتماعی میانگین نمرات بین دو گروه سالم و بیمار بوسیله آزمون t مستقل مورد مقایسه قرار گرفت. نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که با فرض برابر نبودن واریانس‌ها اختلاف مشاهده شده بین میانگین دو گروه بیمار و سالم معنادار است ($P < 0/0005$) بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که بیماران در مقایسه با گروه کنترل از میانگین حمایت اجتماعی کمتری

نتایج مندرج در جدول ۲ نشان می‌دهند که با فرض نابرابری واریانس‌ها، اختلاف مشاهده شده بین میانگین دو گروه بیمار و سالم در آزار عاطفی معنادار است ($P < 0/0005$). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که بیماران، میانگین نمرات بیشتری در مقیاس آزار عاطفی به دست آورده‌اند. همچنین با توجه به جدول ۲، مقایسه زیر مقیاس‌های آزار عاطفی در دو گروه سالم و بیمار به وسیله آزمون t مستقل نشان می‌دهد که با فرض برابر نبودن واریانس‌ها، اختلاف مشاهده شده بین میانگین نمرات دو گروه بیمار و سالم در تمامی زیر مقیاس‌ها معنادار است ($P < 0/0005$) و گروه بیماران در تمام ابعاد آزار

جدول ۳- بررسی تفاوت نمرات حمایت اجتماعی و ابعاد آن به تفکیک گروه بیمار و سالم

Sig (2-tailed)	t	درجه آزادی	انحراف معیار	میانگین	فراوانی	گروه	ابعاد
<۰/۰۰۰۵	-۷/۹۸	۹۹/۶	۵/۲۸	۱۱/۵۵	۶۰	بیمار	حمایت اجتماعی
			۳/۳۳	۱۷/۹۸	۶۰	سالم	
<۰/۰۰۰۵	-۸/۳۷	۸۶/۷	۲/۴۶	۳/۷۲	۶۰	بیمار	حمایت خانواده
			۱/۲۳	۶/۶۸	۶۰	سالم	
<۰/۰۰۰۵	-۴/۰۱	۱۰۸/۷	۲/۵۶	۶/۶۳	۶۰	بیمار	حمایت دوستان
			۱/۹	۵/۲۸	۶۰	سالم	
<۰/۰۰۰۵	-۶/۹۹	۱۰۰/۲	۱/۶۹	۴/۲	۶۰	بیمار	حمایت سایرین
			۱/۰۸	۶/۰۲	۶۰	سالم	

3-Mann-Whitney

به گروه کنترل سطح حمایت اجتماعی پایین‌تری دریافت می‌نمایند. این یافته با نتایج پژوهش‌های دیگری که بیانگر رابطه سردردهای مزمن و سطح حمایت اجتماعی می‌باشد (۳۲، ۷) و نیز پژوهش‌هایی که ارتباط حمایت اجتماعی را به طور کلی با سلامت روانی و جسمی و کاهش ابتلا به بیماری در هنگام مواجهه با استرس تأیید نموده‌اند، همراه است (۳۱-۲۸). مطالعات در این زمینه نشان می‌دهد که ارتباط حمایت اجتماعی با پیامدهای سلامتی به واسطه یک یا هر دو مسیر زیر اتفاق می‌افتد:

۱- مسیر فرآیندهای رفتاری: حمایت اجتماعی با ترغیب افراد به انجام رفتارهای سلامتی مانند ورزش، تغذیه صحیح و سیگار نکشیدن پیامدهای سلامتی را تحت تأثیر قرار می‌دهد.
۲- مسیر فرآیندهای روانشناختی: این فرایندها با ارزیابی‌ها، هیجانات، خلق و احساس کنترل در ارتباطند و شواهد محکمی وجود دارند که حمایت اجتماعی را به این فرایندهای روانشناختی مرتبط می‌سازند (۲۸).

مطالعات نیز نشان می‌دهند که ادراک حمایت اجتماعی با واکنش‌های فیزیولوژیک فرد نسبت به استرس، مرتبط بوده و شدت واکنش در چنین شرایطی نسبت به شرایط فقدان حمایت اجتماعی کمتر خواهد بود. در واقع حمایت اجتماعی از طریق نقشی که در ارزیابی ذهنی از عامل استرس‌زا و انتخاب روش‌های سازگاری مناسب دارد، می‌تواند مانند سپر محافظت‌کننده‌ای در برابر استرس عمل نموده و اثرات زیان‌آور آن بر سلامتی را تعدیل نماید (۳۰). به عقیده تامپسون Thompson و همکاران (۲۰۰۰)، حمایت اجتماعی نقشی کلیدی در مدیریت استرس ناشی از تجربه همسرآزاری نیز دارد و در واقع یکی از بزرگترین منابع مقابله با استرس برای افرادی است که در معرض خشونت خانگی قرار دارند (۳۸). این درحالی است که زنان آزاردیده اغلب کمبود منابع حمایت اجتماعی محسوس و حمایت عاطفی در دسترس از طرف خانواده و دوستان را نیز تجربه می‌نمایند (۳۹)؛ لذا، به نظر می‌رسد طراحی مداخلاتی با هدف بهبود وضعیت حمایت اجتماعی زنان آزاردیده می‌تواند در جهت کاهش استرس روانشناختی مرتبط با خشونت خانگی مؤثر باشد (۳۸).

نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش رابطه بین استرس زندگی و سردردهای تنشی و میگرن را تأیید می‌نماید. این یافته‌ها تویحاتی را در جهت مداخلات درمانی و اقدامات پیشگیرانه در بردارند: شناسایی زودهنگام خشونت خانگی و برنامه‌ریزی در این زمینه می‌تواند در کاهش پیامدهای منفی همسرآزاری بر وضعیت سلامت جسمی و روانشناختی افراد نقش به‌سزایی داشته باشند (۱۸). همچنین غربالگری گذشته و حال نگر در مورد سابقه همسرآزاری در طول مشورت پزشکی در سبب شناسی و درمان افراد مبتلا به سردردهای مزمن دارای ارزش زیادی می‌باشند

برخوردارند. همچنین نتایج نشان می‌دهند که با فرض برابر نبودن واریانس‌ها، اختلاف مشاهده شده بین میانگین دو گروه بیمار و سالم در تمام ابعاد حمایت اجتماعی (خانواده، دوستان و سایرین) نیز معنادار بوده ($P < 0/005$) و بیماران در تمام ابعاد حمایت اجتماعی میانگین نمرات کمتری به‌دست آورده‌اند. آزمون غیر پارامتریک مان ویتنی نیز همین نتایج را نشان داده است.

بحث

هدف از این پژوهش، بررسی رابطه بین سردردهای مزمن با همسرآزاری عاطفی به عنوان منبع استرس و حمایت اجتماعی به عنوان منبع مقابله با استرس در بیماران مبتلا به سردردهای مزمن تنشی و میگرن است. برطبق نتایج به دست آمده، بین همسرآزاری عاطفی و نیز ابعاد آن شامل آزار کلامی/انتقاد، غفلت/کناره‌گیری، سلطه‌گری و محدودیت اجتماعی رابطه‌های معناداری با سردردهای مزمن وجود دارد ($P < 0/005$). این نتیجه با سایر مطالعات انجام گرفته در زمینه نقش خشونت خانگی و همسرآزاری در وقوع سردردهای مزمن (۲۶-۱۹) هم‌راستا می‌باشد. در یک مطالعه‌ی گذشته نگر بر روی ۱۶۱ بیمار مبتلا به سردردهای روزانه مزمن و میگرن، ۳۴/۸٪ از کل بیماران، ۴۰٪ از افراد مبتلا به سردردهای روزانه و ۲۷/۳٪ از مبتلایان به میگرن سابقه همسرآزاری را گزارش نمودند (۲۱). ابراهیمی (۱۳۸۷) در پژوهشی نشان داد که ۲۸٪ بیماران مبتلا به میگرن به طور نسبی تعارض زناشویی شدیدی را تجربه می‌کنند که این میزان تعارض در گروه کنترل ۱۱٪ گزارش شده است. همچنین تعارضات و کشمکش‌های خانوادگی در مبتلایان به میگرن ۲۸٪ در محدوده به نسبت شدید و شدید گزارش شده است (۱۴).

مطالعات در این زمینه نشان می‌دهند که استرس مرتبط با همسرآزاری می‌تواند به واسطه یک یا هر دو مسیر فیزیولوژیکی زیر منجر به پیامدهای زیان‌آور بر سلامتی افراد گردد:

۱- مسیر نورو اندوکرنیک: استرس مرتبط با خشونت می‌تواند منجر به افزایش در فعالیت محور آدرنالین - هیپوتالاموس گردیده و موجب اختلالات افسردگی و افزایش احتمال ابتلا به دردهای مزمن گردد (۳۶).

۲- مسیر برانگیختگی سیستم ایمنی: برانگیختگی مزمن سیستم ایمنی و بدکارکردی آندوتلیال در بین هر دو گروه مبتلایان به افسردگی و میگرن مشاهده شده است (۳۷).

به نظر می‌رسد سوء استفاده و بدرفتاری همسر می‌تواند فشار روانی مداومی ایجاد نماید که همانند دیگر عوامل فشارزای روانشناختی مزمن به مرور زمان بر سلامتی افراد تأثیر می‌گذارد. شواهد نیز نشان می‌دهند که رفتارهای زناشویی منفی به طور خاص، قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌ی هر یک از شاخص‌های سلامت جسمی می‌باشند (۲۶). همچنین در این پژوهش تأیید گردید که گروه بیماران نسبت

حائز اهمیت باشد. همچنین لازم است دیگر همبسته‌های محیطی افراد بیمار مانند منابع حمایت اجتماعی نیز تقویت گردیده و اقداماتی در این جهت صورت پذیرد تا در نهایت گام‌های مؤثری در جهت بهبود این بیماران و پیشگیری از مزمن شدن بیماریشان برداشته شود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی اثربخشی برنامه‌های زوج درمانی بر کاهش سردردهای مزمن مورد بررسی قرار بگیرد.

(۲۲، ۱۸). در مورد خشونت‌های ادامه دار، که افراد نیاز به مداخلات مناسبی به منظور کاهش یا برطرف نمودن آزار یا پیامدهای آن دارند، لزوم ارجاع بیماران به مراکز مشاوره خانواده و زوج درمانی می‌بایست مدنظر قرار بگیرد و حتی چنانچه خشونت خاتمه یافته، اثبات سابقه آزار در گذشته می‌تواند برای بررسی نقش احتمالی آن در وقوع سردرد و برنامه‌ریزی جهت درمان‌های تلفیقی عصب شناختی و روانشناختی

References

- 1- Rasmussen B K. Epidemiology and Socio-economic Impact of Headache. *Cephalgia* 1999; 19: 20-30.
- 2- Terwindt GM, Ferrari MD, Tijhuis M. The Impact of Migraine on Quality of Life in the General Population: the GEM study. *Neurolog* 2000; 55: 624-629.
- 3- Loder E, Rizzoli P. Tension-type Headache. *BMJ* 2008; 336: 88-92.
- 4- Kurt S, Kaplan Y. Epidemiological and Clinical Characteristics of Headache in University Students. *Clin Neurol Neurosurg*. 2008; 110: 46-50.
- 5- Hemmati A, Saadat P, Valaie N. Epidemiology of 300 Migraine Patients Referred to Hospitals and Private Clinics in Tehran since 1375 – 1377. *Pajoothane*. 2000; 5(2): 42-50. [Persian]
- 6- Azimian M, Hatami S. The Survey of Frequency of Headache Types in 300 Patients Referred to Sina Hospital Clinic and Department of Neurology. *Scientific J of Hamadan University of medical Sciences*. 2001; 8(2): 17-28. [Persian]
- 7- Sadoughi M. Psychological Factors Associated With Chronic Tension and Effectiveness of Behavioral and Cognitive Behavioral Treatment. [dissertation]. Faculty of Education and Psychology, Isfahan University; 2009. [Persian].
- 8- Fernandes E, Sheffield J. Relative Contributions of Life Events Versus Daily Hassles to the Frequency and Intensity of Headaches. *Headache*. 1996; 36: 5-60.
- 9- Holroyd KA, Stensland M, Lipchik G. Psychosocial Correlates and Impact Chronic Tension- Type Headache. *Headache*. 2000; 40(1): 3-16.
- 10- Ficek Sk, Wittrock D A. Subjective Stress and Coping in Recurrent Tension Type Headache. *Headache* 1995; 35: 455-460.
- 11- Holm J E, Lokken C, Myers T C. Migraine and Stress: A Daily Examination of Temporal Relationships in Women Migraineurs. *Headache*. 1997; 37: 553-558.
- 12- Peters M, Abu-Saad H H, Vydelingum V, Dowson A Murphy M. Migraine and Chronic Daily Headache Management: A Qualitative Study of Patients' Perceptions. *Scand J Caring Sci*. 2004; 18(3). 249-303.
- 13- Palermo TM, Putnam J, Armstrong G, Daily S. Adolescent Autonomy and Family Functioning Are Associated with Headache-related Disability. *Clin J Pain*. 2007; 23(5): 458-65.
- 14- Ebrahimi A, Najafi M R, Mehrabi A, Sadeghi Z. The Relation of Marital Conflict and Some of Socio- Demographic Features with Migraine Headache Odds Ratio. *J of Medical School*. 2008; 89(26). [Persian]
- 15- Walker L E. Psychology and Domestic Violence Around World. *J Am Psychol*. 1999; 54(1): 21-28.
- 16- Engel B. *The Emotionally Abusive Relationship*. John Wiley & Sons Inc 2003.
- 17- Follingstad D R, Rutledge L L, Berg BJ, Hause ES, Pplek DS. The Role of Emotional Abuse in Physically Abusive Relationships. *J of Family Violence* 1990; 5(2): 107-120.
- 18- Coker AL, Davis KE, Arias I, Desai S, Sanderson M, Brandt HM et al. Physical and Mental Health Effects of Intimate Partner Violence for Men and Women. *AJPM*. 2002; 24(4): 260-268.
- 19- Coker AL, Smith PH, Bethea L, King MR, McKeown RE. Physical Health Consequences of Physical and Psychological Intimate Partner Violence. *Arch Fam Med*. 2000; 9: 451-457.
- 20- Leserman J, L D, Drossman DA, Hu YJB. Selected Symptoms Associated With Sexual

- and Physical Abuse among Female Patients with Gastrointestinal Disorders: The Impact on Subsequent Health Care Visits. *Psychol Med.* 1998; 28: 417-25.
- 21- Peterlin L, Ward T, Lidicker J, Levin M. A Retrospective, Comparative Study on the Frequency of Abuse in Migraine and Chronic Daily Headache. *Headache.* 2007; 47(3): 397-401.
- 22- Cripe S M, Sanchez S E, Gelaye B, Sanchez E, Williams M. Association between Intimate Partner Violence, Migraine and Probable Migraine. *Headache.* 2011; 51(2): 208-219.
- 23- Domino JV, Haber JD. Prior Physical and Sexual Abuse in Women with Chronic Headache: Clinical Correlates. *Headache.* 1987; 27: 310-314.
- 24- Tietjen GE, Brandes JL, Digre KB, et al. The Influence of Abuse on Headache, Mood, and Somatic Symptoms in Women. *Headache.* 2005; 45: 772.
- 25- Shuper A, Zeharia Z, Mimouni M. Migraine Headaches Induced by Sexual Abuse. *Headache.* 1994; 34: 237.
- 26- Tollestrup K, Sklar D, Frost FJ. Health Indicators and Intimate Partner Violence among Women Who Are Members of a Managed Care Organization. *Prev Med.* 1999; 29: 431-40.
- 27- Lazarus R S, Kanner A D, Folkman S. Emotion: A Cognitive-phenomenological Analyse. In R Plutchik & H. Kellerman (Eds) *Emotion: Theory, Research and Experience.* New York: Academic; 1980: 182-217.
- 28- Uchino B N. Social Support and Health: A Review of Physiological Processes Potentially Underlying Links to Disease Outcomes. *IJBM.* 2006; 29, (4): 377-387.
- 29- Khoosfi H, Monirpoor N, Birashk B, Peighambari M. A Comparative Study of Personality Factors, Stressful Life Events, and Social Support In Coronary Heart Patients and Non-patients. *Contemporary Psychology.* 2007; 1(2): 41-48. [Persian]
- 30- De Ridder D, Schreurs K. Coping, Social Support and Chronic Disease: A Research Agenda. *Psychology of Health and Medicine.* 1996; 1: 71-82.
- 31- Wang H H, Wu S Z, Lia y y. Association between Social Support and Health Outcomes: A Metaanalysis. *AJMS.* 2003; 19: 51-345.
- 32- Holroyd KA, Stensland M, Lipehik G. Psychosocial Correlates and Impact Chronic Tension-Type Headache. *Headache.* 2000; 40 (1): 3-16.
- 33- Headache Classification Committee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders. *Cephalalgia.* 2004; 24(1): 9-160.
- 34- Barahimi N. The Effect of Choice/Control Training on Emotional Abuse of Couple in Isfahan. [dissertation]. Faculty of Education and Psychology, Isfahan University; 2008. [Persian]
- 35- Ebrahimi ghavam S. Measuring the Validity and Reliability of Three Concepts: Source of Control, Self-esteem and Social Support of Students in Tehran University. [Dissertation]. Faculty of Education and Psychology. Allame Tabatabayi University; 1992. [Persian]
- 36- Raison CL, Miller AH. When Not Enough Is Too Much: The Role of Insufficient Glucocorticoid Signaling in The Pathophysiology of Stress-related Disorders. *Am J Psychiatry.* 2003; 160: 1554-1565.
- 37- Welch KM, Brandes AW, Salerno L, Brandes JL. C-reactive Protein May Be Increased in Migraine Patients Who Present with Complex Clinical Features. *Headache.* 2006; 46: 197-199.
- 38- Thompson M P, Kaslow N J, Kingree J B, Rashid A, Puett R, Jacobs D, et al. Partner Violence, Social Support, and Distress Among Inner-city African American Women. *Am J Community Psychol.* 2000; 28: 127-143.
- 39- Sullivan C, Tan C, Basta J, Rumptz M, Davidson W. An Advocacy Intervention Program for Women with Abusive Partners: Initial Evaluation. *Am J Community Psychol.* 1992; 20: 309-332.

Comparison of Emotional Abuse of Spouses and Perceived Social Support in patients with Chronic Tension Headaches and Migraines With the Healthies

Rezvan-al-sadat Jazayer*† - Marziyeh Sharif**

* Assistant Professor, Department of Counselling .Faculty of Education and Psychology ,University of Isfahan.

** M.A.In family counselling .Faculty of Education and Psychology ,University of Isfahan.

Abstract

Background: Considering the role of psychological factors like psychological / social stress on etiology of chronic headaches, this study examined the relationship between «emotional spouse abuse, as a source of stress and perceived social support, as a source of dealing with stress», and «tension headaches and migraine» in patients.

Methods: This is a case - control study that implemented by purposive sampling among patients referred to medical centers of neurology department in Isfahan who were affected by tension headache and migraine. 60 patients were selected and assessed through an emotional spouses abuse questionnaire and a social support scale. Questionnaires also completed by 60 healthy men and women who were selected by multi-stage cluster sampling and interview. Then means of scores between two groups were compared in running independent t-test.

Findings: The results showed that patients with chronic tension headaches and migraine, had the higher scores in emotional abuse by their spouse and lower scores in perceived social support ($P < 0.0005$), as well as a significant difference on dimensions of emotional abuse and social support with the control group ($P < 0.0005$).

Conclusion: The findings of this research, provide empirical evidence to support the relationship between life stress and migraine and chronic tension headaches. It may have a significant role to determine integral therapeutic strategies either neurologic or psychologic. Also, it may be helpful for prevention of chronic psychosomatic disorders.

Key words: Chronic Headaches, Spouse Abuse, Emotional Abuse, Social Support

Received: 20 Sep 2011

Accepted: 28 Jan 2012

† Correspondence: Counseling Department, School of Education & Psychology, Isfahan University, Isfahan, Iran
rs.jazayeri@yahoo.com