رویش روان شناسی، سال۱۰ ، شماره۲، شماره پیاپی ۵۹، اردیبهشت ۱۴۰۰
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),10(2), 2021

پیش‌بینی شدت سردردهای میگرنی براساس اضطراب، مکانیسم‌های دفاعی و شفقت خود در بیماران مبتلا به سردردهای میگرنی

Prediction of the severity of migraine headaches based on anixiety, defense mechanisms and self-compassion on patients with migrane headaches

عاطفه محمدی
دانشجوی کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید باهنر، کرمان، ایران.
دکتر نوشیروان خضری‌مقدم (نویسنده مسئول)
دانشیار، دانشگاه شهید باهنر، کرمان، ایران.
دکتر آناهیتا تاشک
استادیار، دانشگاه شهید باهنر، کرمان، ایران.

Atefe mohammadi
Master student, Shahid Bahonar University, Kerman, Iran.
Dr. Noshirvan Khezri Moghaddam*
Associate Professor, Shahid Bahonar University, Kerman, Iran.
Khezri147@uk.ac.ir
Dr. Anahita Tashk
Assistant Professor, Shahid Bahonar University, Kerman, Iran.

چکیده
مبانی نظری و مطالعات انجام شده حاکی از تاثیر عوامل روان شناختی در بروز و تشدید میگرن است که شناسایی این عوامل می‌تواند در درمان و پیش آگهی این بیماری نقش بسزایی داشته باشد. لذا هدف پژوهش حاضر پیش‌بینی شدت سردردهای میگرنی بر مبنای اضطراب ،مکانیسم‌های دفاعی و شفقت خود بوده است . به این منظور ۲۰۰ بیمار مبتلا به سردرد میگرنی از بین بیماران مراجعه کننده به کلینیک های مغز و اعصاب شیراز به شیوه نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند و از آن‌ها خواسته شد به پرسشنامه‌ی اضطراب حالت–صفت اسپیلبرگر(۱۹۷۰)، پرسشنامه‌ی شدت علایم میگرن نجاریان (۱۳۷۶)،پرسشنامه‌ی سبک‌های دفاعی باند(۱۹۸۳) و مقیاس شفقت خود نف(۲۰۰۳) پاسخ دهند. نتایج آزمون همبستگی و تحلیل رگرسیون گام به گام نشان داد که بین اضطراب، سبک‌های دفاعی و شفقت خود با شدت سردردهای میگرنی رابطه وجود دارد ($P < 0/01$). همچنین نتایج نشان داد که اضطراب، سبک‌های دفاعی و شفقت خود به ترتیب ۰/۱۹، ۰/۱۴ و ۰/۱۶ از شدت سردردهای میگرنی را پیش‌بینی می کنند.

واژه‌های کلیدی: *میگرن، اضطراب، مکانیسم‌های دفاعی و شفقت خود.*

Abstract
Theoretical foundations and conducted studies are indicative of the effect of physiological factors on the incidence and exacerbation of migraine. Identification of these factors can play a major role in the treatment and prognosis of this disease. Therefore, the present study aims to predict the severity of migraine headaches based on anxiety, defense mechanism, and self-compassion. To this end, a total of 200 patients with migraine headaches visiting neurology clinics in Shiraz were selected using purposeful sampling. The patients were then asked to fill out the Spielberg State-Trait questionnaire(1970), Najjarian Migraine Symptom Severity questionnaire(1997), and Bond Defense style questionnaire (1983), and Neff Self-Compassion scale(2003). The results of correlation and step by step regression analysis showed that there was a relationship between anxiety, defense styles, and self-compassion with the severity of migraine headaches($P<0/01$). The results also showed that anxiety, defense styles, and self-compassion predicted 0/19, 0/14, and 0/16 of severe migraine headaches.

Keywords: *Migraine, Anxiety, Defense mechanisms and self-compassion.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت : آذر ۹۹** | **پذیرش: دی ۹۹** | **ویرایش نهایی : فروردین ۱۴۰۰**

مقدمه

افکار و هیجانات بر نحوه‌ی واکنش افراد در برابر موقعیت‌ها و محرک‌های مختلف تاثیر گذارند. میگرن[1] و بیماری‌های جسمانی دیگر نیز ممکن است تحت تاثیر افکار و هیجانات قرار بگیرند. پژوهش‌های متعددی نشان داده‌اند که شدت و حتی وقوع بیماری‌های جسمی از

[1] Migraine

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.2.6.8]

حالات روانی مبتلایان اثر می‌پذیرد. به چنین اختلالاتی سایکوسوماتیک[1] یا روان‌تنی می‌گویند که به صورت اختلال بدنی و تحت تاثیر ذهن ایجاد می‌شود(هرپتز،هرزاگ و تابنر[2]، ۲۰۱۶). زمانی یک اختلال روان‌تنی شناخته می‌شود که رویدادهای معنادار از لحاظ روانشناختی قبل از اختلال اتفاق افتاده و در ایجاد یا تشدید آن موثر باشند(هرزاگ و همکاران، ۲۰۱۳). میگرن یکی از شایع ترین اختلالات روان تنی است به طوری که ۱۲تا۱۵درصد مردم جهان از آن رنج می‌برند (دانای سیج، دهقانی فیروزآبادی و شریف زاده، ۱۳۹۲).

سردرد[3] میگرنی یک سردرد ضربان دار 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. این سردرد به دو نوع میگرن کلاسیک (همراه با اورا یا علایم هشدار دهنده) و میگرن شایع (بدون اورا) تقسیم می‌گردد (مارینو[4] و همکاران، ۲۰۱۰). حملات سردرد میگرنی ممکن است با تغییرات تنش‌زای زندگی آغاز گردد و یاعوامل مختلف روانی ازجمله اضطراب باعث تشدید آن گردد (مارینو و همکاران، ۲۰۱۰). پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که اضطراب و عوامل تنش‌زا می‌توانند بدن را تحت تاثیر قرار دهند و مشکلات جسمانی را شدت بخشند. پژوهشگران ریشه‌ی اکثر اختلالات روانی را در اضطراب[5] جستجو می‌کنند. مشخصه‌ی اصلی اضطراب احساس مبهم، ناخوشایند و فراگیری است که بیشتر مواقع با علائمی مثل سر درد، ناراحتی مختصر در معده، بی قراری، ناتوانی در بی حرکتی و آرام نشستن یا ایستادن نشان داده می شود (یایند[6]، ۲۰۱۰). در علت شناسی سردردهای اولیه بر نقش اضطراب هم به عنوان عامل زمینه ساز و هم تشدید کننده تاکید می-کنند(سادوک و سادوک[7]، ۲۰۱۵؛ ترجمه ی گنجی، ۱۳۹۴).

افراد دچار میگرن ازلحاظ شخصیتی افرادی مضطرب و نگران هستند که این اضطراب و نگرانی باعث می‌شود احساسات خود را درونی کنند که خود باعث ایجاد سردرد، تشدید وحتی مزمن شدن آن می‌شود(نریمانی و وحیدی،۲۰۱۳). اضطراب از مفاهیم اصلی در نظریه‌ی فروید است که طبق ادعای وی دلیل اصلی استفاده از مکانیسم‌های دفاعی[8]، کنار آمدن با اضطراب است. زمانی که با شیوه‌های مستقیم و منطقی اضطراب قابل کنترل نباشد، افراد شیوه‌های غیر مستقیم یعنی مکانیسم‌های دفاعی را برای کنترل و مدیریت اضطرابشان به کارمی‌برند(کوری، ۲۰۰۵؛ به نقل از ابوالقاسمی، ابراهیمی، نریمانی و اسدی، ۱۳۹۳). مکانیسم‌های دفاعی فرایندهای خودکارتنظیم خود هستند، که با هدف کاهش تناقضات شناختی و تغییرات ناگهانی در واقعیات بیرونی و درونی، به وسیله ی تحریف ادراک‌های فرد از رویدادهای تهدید کننده عمل می‌کنند(وایلنت[9]، ۱۹۹۴). مکانیسم‌های دفاعی که مسئول حفاظت از من در برابر اضطراب هستند، می‌توانند با توجه به چگونگی استفاده در محیط کارآمد یا ناکارآمد باشند.اندروز، سینگ و باند[10](۱۹۹۳) سه سبک اصلی دفاع را با توجه به کارهای وایلنت مشخص کردند.این سه سبک دفاعی با نام‌های «رشدیافته»،«نوروتیک» و «رشدنایافته» نامگذاری شدند.روش رشد یافته سبک مقابله‌ی کارآمد و سازش یافته با اضطراب را نشان می‌دهد که با سلامت جسمانی و روانی رابطه دارد(وایلنت، ۱۹۹۴) سبک‌های مقابله‌ای رشدنایافته و نوروتیک در برابر اضطراب سبک‌هایی سازش‌نایافته و ناکارآمد در نظر گرفته می‌شوند که با شاخص‌های منفی سلامت در ارتباط می‌باشند(هیفانتیس و دهر[11]، ۲۰۱۳).

در نظام روان پویشی هر اختلال روانی سبک‌های دفاعی ناسازگارانه‌ی مربوط به خود رادارد و براساس این نظام دفاع‌ها نقش مهمی در سلامت روانی و جسمانی افراد دارد(باند و پری[12]، ۲۰۰۴). بر همین اساس جسمانی‌سازی فرایندی ناهشیار است که منجر به استفاده‌ی ناسازگارانه از سبک‌های دفاعی می‌شود. در واقع این افراد از تظاهرات بدنی برای نشان دادن ناراحتی هیجانیشان استفاده می‌کنند. براساس این تعریف تمامی شکایات رایج جسمانی که جنبه‌ی پزشکی و درمانی پیدا نمی‌کنند (مانند تمامی دردهای جسمی ازجمله میگرن،

---

[1] Psychosomatic
[2] Herpertz, Herzog & Taubner
[3] Headache
[4] Marino
[5] Anxiety
[6] Yiend, J.
[7] Sadock & Sadock
[6] Defense mechanisms
[7] Vaillant
[8] Andrevs, Singh & Bond
[9] Hyphantis & Daher
[10] Bond & Perry

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.2.6.8]

گرفتگی‌های عضلانی، بی اشتهایی و پرخوریهای غذایی، مشکلات جنسی، مشکلات خواب و ...)و اختلالات ساختاری و کارکردی در بیماری‌های جسمانی متاثر از فرایندهای روانی ازجمله سبک‌های دفاعی افراد هستند(قربانی، نوربالا و لواسانی، ۱۳۹۷). پژوهش‌ها نشان می‌دهد افراد مبتلا به سردرد میگرنی بیشتر از سبک‌های دفاعی رشدنایافته و نوروتیک استفاده می‌کنند که همین امر باعث می‌شود این افراد الگویی از سرزنش،عیب جویی افراطی و خشم از خود و دیگران را به نمایش بگذارند(لیور،کوهن، نایلبوف، مک آرتور و هوسر[1]، ۱۹۸۶). از دیگر ویژگی‌های افراد مبتلا به میگرن می‌توان به جاه طلبی، کمال‌گرایی، نظم و دقت افراطی در کارها، و حساسیت بیش از حد به امور روزمره اشاره کرد(مک آنالتی، راپورت، واگنر و برانتلی[2]، ۱۹۸۴). با توجه به پژوهش‌های ذکر شده می توان بیان کرد که بیماران با مشکلات روانی از جمله سردرد میگرنی در رابطه‌ی با خود، با مسائل و مشکلات جدی رو به رو هستند؛ بنابراین روانشناسان به معرفی مفهوم سازی‌هایی برای ارتباط سالم با خود پرداختند(سعیدی، قربانی، سرافراز و شریفیان، ۱۳۹۲).

یکی از این مفاهیم مهم در ارتباط فرد باخود مفهوم شفقت خود است.شفقت خود به معنای مهربانی با خود، درک خود به جای قضاوت کردن و نوعی پذیرش نسبت به کاستی‌ها و بی کفایتی‌های خود است. اعتراف به اینکه همه‌ی انسان‌ها نقص‌هایی دارند، اشتباه می‌کنند و درگیر رفتارهای ناسالم می‌شوند ، مشخصه‌ی اشتراکات انسانی است. شفقت به خود باعث آگاهی از تجارب زمان حال می شود به طوری که جنبه های دردناک یک تجربه، نه نادیده گرفته شود و نه به طور مکرر ذهن را اشغال کند (نف، ۲۰۰۹).

بالا بودن شفقت میتواند شجاعت و انعطاف‌پذیری روانشناختی لازم برای رو به روشدن با چالش‌های زندگی را فراهم کند (روحی، سلطانی، زین الدینی و نعمت الهی، ۱۳۹۷). برای داشتن شفقت خود لازم است افراد نسبت به احساسات دردناک خود پذیرا باشند و آن‌ها را سرکوب و فرونشانی نکنند(کاشانکی، قربانی و حاتمی، ۱۳۹۵). افراد با شفقت خود پایین نسبت به افرادی که شفقت خود بالایی دارند سلامت روانشناختی کمتری دارند(بلت، کوینرن، چورن، مک دونالد و زورف[3]، ۱۹۸۲). این افراد شرم بیشتر، ترس از شکست بیشتر، خودارزیابی منفی بیشتر(موسویچ، کوالسکی، سابیستون، سج ویک و تریسی[4]، ۲۰۱۱)، افسردگی و اضطراب بیشتر، کمال گرایی نوروتیک بیشتر، رضایت از زندگی کمتری دارند(ریس[5]، ۲۰۱۱).

با توجه به پژوهش‌های ذکرشده و با توجه به هزینه‌هایی که این بیماری بر جامعه تحمیل می‌کند و این که عوامل روانی در ایجاد، تشدید و تعداد حملات سردرد میگرنی مؤثر است و در موارد مزمن دارو درمانی نتوانسته به تنهایی در کنترل درد مؤثر باشد؛ آشکار ساختن عواملی که در ایجاد و تشدید علائم میگرن نقش دارند، لازم و ضروری به نظر می‌رسد. لذا محقق به دنبال بررسی پیش بینی شدت سردردهای میگرنی در افراد مبتلا، بر اساس اضطراب، مکانیسم های دفاعی و شفقت خود است.

روش

پژوهش حاضر از حیث هدف کاربردی و از نظر روش گردآوری داده‌ها توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به میگرن که در ۶ ماه نخست سال ۱۳۹۸ برای درمان به متخصصین مغز و اعصاب شهر شیراز مراجعه کرده بودند. برای انتخاب نمونه در این پژوهش از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده گردید. به این ترتیب که از بین کلینیک‌ها و بیمارستان‌های سطح شهر، ۴ کلینیک انتخاب شد و پس از مراجعه به این مراکز ۲۰۰ بیمارمبتلا به میگرن انتخاب شدند. نمونه مورد بررسی شامل ۲۰۰ بیمار مبتلا به سردرد میگرنی (۱۲۰نفرزن و ۸۰ زن) بود که در دامنه سنی ۲۰تا۵۰ سال قرار داشتند. ۶۰درصد شرکت کنندگان زن بودند و ۴۰ درصد مرد بودند. پاسخگویان در بازه سنی ۲۰-۵۰ سال قرار داشته‌اند و میانگین سنی افراد حاضر در این تحقیق برابر با ۳۴/۲۰ سال و انحراف معیار سنی آن‌ها ۷/۵۴ بوده است. ملاک‌های ورود به این پژوهش به این صورت بود که از بین مراجعه کنندگان با شکایت سردرد پس از اخذ شرح حال و معاینه بالینی و تأیید میگرن توسط پزشک متخصص، (جهت اطمینان بیشتر در تشخیص صحیح) بیماران

[1]Levor, Cohen, Nailboff, McArthur & Heuser
[2] Mcanulty, Rapport, Waggpner & Brantely
[3] Blatt, Quinlan, Chevron, McDonald, & Zuroff
[4] Mosewich, Kowalski, Sabiston, Sedgwick & Tracy
[5] Raes

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.2.6.8]

به پرسشنامه‌ی میگرن اهواز پاسخ داده و با رضایت و آگاهی کامل به پژوهش وارد شده و به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. برای تحلیل داده ها از روش‌های آمار توصیفی، همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیری استفاده شد .

ابزار سنجش

پرسشنامه سردرد میگرن اهواز[1] (AMQ) : این ابزار توسط نجاریان (۱۳۷۶) ساخته و اعتباریابی شده است. این آزمون از ۲۵ سوال تشکیل یافته و برای ساخت آن ۳۸۲ دانشجو از دو دانشگاه شهید چمران و آزاد اسلامی اهواز شرکت داشته‌اند. ماده‌های این مقیاس دارای چهار گزینه هرگز، به ندرت، گاهی اوقات و اغلب اوقات می‌باشد. آزمودنی‌ها یکی از گزینه‌ها را انتخاب کرده و علامت می‌زنند، سپس گزینه‌ها بر اساس مقادیر ۱، ۲، ۳ و۴ نمره گذاری می‌شوند. . نجاریان (۱۳۷۶) پایایی این مقیاس را از طریق بازآزمایی و همسانی درونی مورد سنجش قرار داده و ضریب پایایی آن را به ترتیب۰/۸۰ و ۰/۹۱ گزارش کرده است.

مقیاس شفقت خود[2](SCS) : پرسشنامه شفقت خود توسط نف (۲۰۰۳) ساخته شده است. این مقیاس دارای ۲۶ سوال است و آزمودنی‌ها به این سوال‌ها در یک مقیاس ۵ درجه‌ای پاسخ می‌دهند . این گزینه‌ها به ترتیب ۱،۲،۳،۴،۵ نمره گذاری می‌شوند .دامنه کل نمرات بین ۲۶ تا ۱۳۰ خواهد بود . هر چه امتیاز حاصل شده از این پرسشنامه بیشتر باشد نشان‌دهنده میزان شفقت خود خواهد بود و بالعکس. این ازمون شامل ۳ خرده مقیاس مهربانی با خود (۵، ۱۲،۱۹،۲۳،۲۶)دربرابر قضاوت و داوری نسبت خود (۱، ۸، ۱۱، ۱۶، ۲۱) انسانیت (۳، ۷،۱۰، ۱۵) در برابر انزوا (۴، ۱۳، ۱۸،۲۵) و بهشیاری (۹،۱۴ ، ۱۷،۲۲)در برابر همانند سازی افراطی (۲، ۶،۲۰، ۲۴) می‌باشد (نف، ۲۰۰۳). سوالات مربوط به زیرمقیاس‌های قضاوت خود ،انزوا و همانند سازی افراطی به صورت معکوس نمره گذاری می‌شوند. این پرسشنامه در سال ۱۳۹۲ توسط خسروی ،صادقی و یابنده در ایران اعتباریابی شده است با استفاده از روش تحلیل عاملی اکتشافی ،ساختار شش عاملی پرسشنامه تایید شده وشش عامل به دست آمد. پایایی مقیاس کل نیز با روش آلفای کرنباخ (۰/۸۶) به دست آمد.

پرسشنامه اضطراب حالت –صفت اسپیلبرگر[3](STAI): پرسشنامه اضطراب حالت - صفت اسپیلبرگر[4] توسط اسپیلبرگر (۱۹۷۰) ساخته شد این پرسشنامه حاوی ۴۰ سوال است که از سوالات ۱ تا ۲۰ اختصاص به اضطراب حالت و از سوالات ۲۱ تا ۴۰ اختصاص به اضطراب صفت دارد. سوالات مربوط به اضطراب حالت در طیف لیکرت چهار گزینه‌ای نمره گذاری می‌شوند که عبارتند از: به هیچ‌وجه، گاهی، عموماً، خیلی زیاد. و سوالات مربوط به اضطراب صفت نیز به همان صورت ۴ گزینه‌ای نمره گذاری می‌شوند که عباتند از: تقریباً هرگز، گاهی اوقات، بیشتر اوقات و تقریباً همیشه(اسپیلبرگر، ۱۹۸۳). اسپیلبرگر ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس اضطراب حالت را(۰/۹۲) و برای زیرمقیاس اضطراب صفت را (۰/۹۰)گزارش کردند. شاخص روان سنجی ضریب اعتبار این سیاهه از روش بازازمایی توسط عبدلی(۰/۸۶).گزارش شده است (شریفی، ۱۳۷۶).

سبک‌های دفاعی [5](DSQ-40): آزمون مکانیسم‌های دفاعی ۴۰ سوالی نخستین بار توسط باند[6] و همکاران در سال (۱۹۸۳) تهیه و در سال (۱۹۹۳) توسط اندروز[7] و همکاران، نسخه جدید آن تدوین گردید که این نسخه هم شامل ۴۰ سوال است؛۲۰ مکانیسم دفاعی را در سه سطح رشد یافته ، روان آزرده و رشد نیافته مورد ارزیابی قرار می‌دهد.بشارت و همکاران(۱۳۸۰) ضریب الفای کرنباخ سبک های رشدیافته،رشدنیافته و نوروتیک را به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۳، ۰/۷۴گزارش کرده اند .

یافته‌ها

در جدول ۱ توصیف متغیرهای اصلی پژوهش شامل شدت سردردهای میگرنی، متغیر مکانیسم‌های دفاعی در سه بُعد نوروتیک، رشد یافته و رشد نایافته، متغیر اضطراب در دو بعد اضطراب حالت و اضطراب صفت و همچنین شفقت خود ارائه شده است.

[1] Ahvaz migraine Questionnaire
[2] Self-compassion scale
[3] State-trait anxiety inventory Questionnaire
[4] Spielberger
[5] Defense Styles Questionnaire
[6] Bond
[7] Andrews

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.2.6.8]

جدول۱. توصیف متغیرهای اصلی پژوهش

متغیرها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	کشیدگی	چولگی
شدت سردرد میگرنی	۲۰۰	۶۲/۲۶	۱۳/۲۳	۰/۵۲۹	۰/۱۸۷
اضطراب حالت	۲۰۰	۴۸/۲۸	۱۳/۲۲	-۰/۴۲۹	۰/۷۴۰
اضطراب صفت	۲۰۰	۵۵/۴۳	۱۲/۲۳	-۰/۶۰۲	۰/۰۵۰
اضطراب کل	۲۰۰	۱۰۳/۷۱	۲۱/۶۹	۰/۰۸۹	۰/۵۴۹
نوروتیک	۲۰۰	۵۳/۵۳	۱۲/۸۱	-۰/۰۱۸	-۰/۲۱۳
رشد یافته	۲۰۰	۳۵/۲۶	۱۳/۲۴	-۰/۰۳۵	-۰/۰۰۲
رشد نیافته	۲۰۰	۹۶/۶۲	۴۰/۴۸	-۰/۲۱۰	-۰/۰۱۴
شفقت خود	۲۰۰	۵۹/۳۲	۱۵/۰۴	۱/۰۳	۰/۴۱۹

نداشتن داده‌های پرت و نرمال بودن داده‌ها یکی از مهمترین پیش‌فرض‌های انجام آزمون‌های آماری است که بر این اساس در جدول ۱ چولگی و کشیدگی متغیرها مورد بررسی قرار گرفته است. در حالت کلی چنانچه چولگی و کشیدگی در بازه (۲ و ۲-) باشند داده‌ها از توزیع نرمال برخوردار برخوردارند که بر این اساس همه متغیرهای تحقیق دارای توزیع نرمال هستند. علاوه بر مفروضه ی نرمال بودن، یکی دیگر از مفروضات رگرسیون عدم وجود اثر هم خطی بین متغیرهای مستقل می‌باشد. شاخص‌های تحمل و تورم واریانس این فرضیات را بررسی می‌کنند. اندازه‌ی شاخص تلورانس بین صفر و یک می‌باشد. به ازای هر متغیر مستقل یک مقدار برای این شاخص وجود دارد، اگر مقدار این شاخص به یک نزدیک باشد نشان از این است که این متغیر با سایر متغیرهای مستقل اثر هم خطی ندارد و اگر به صفر نزدیک باشد عکس این حالت را نشان می‌دهد. همچنین شاخص VIF نیز در صورتی نشان از تأیید عدم وجود اثر هم خطی بین متغیرهای مستقل را نشان می‌دهد که مقداری کمتر از ۲ داشته باشد.

جدول۲. شاخص تحمل واریانس و عامل تورم واریانس

متغیرها	VIF	TOLERANCE
اضطراب حالت	۱/۴۴	۰/۶۹۱
اضطراب صفت	۱/۲۸	۰/۷۷۹
نوروتیک	۱/۰۳	۰/۹۶۳
رشد یافته	۱/۲۲	۰/۸۸۲
رشد نیافته	۱/۳۴	۰/۸۳۸
شفقت خود	۱/۱۴	۰/۸۷۴

بر این اساس چنانکه در جدول ۲ مشاهده می‌شود پیش‌فرض عدم هم‌خطی چندگانه نیز رعایت شده است.

از دیگر مفروضات رگرسیون عدم همپوشی چندگانه داده‌ها بود، به این معنی که همبستگی بین متغیرهای اصلی تحقیق باید پایین‌تر از ۹۵ درصد باشد که برای بررسی این مفروضه از ماتریس همبستگی استفاده شده است و همبستگی بین همه متغیرهای پیش بین کمتر از ۹۵ درصد بوده است. در واقع بالاترین میزان همبستگی مربوط به ابعاد متغیرهای اضطراب (بین اضطراب حالت و اضطراب صفت به میزان ۰/۸۰) بوده است. همچنین قبل از بررسی فرضیات تحقیق به بررسی همبستگی متغیرهای مستقل تحقیق و شدت سردردهای میگرنی به عنوان متغیر وابسته پرداخته‌ایم که نتایج در جدول ۳ بیان گردیده است.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.2.6.8]

جدول ۳ . نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل همبستگی پیرسون

متغیرها	شدت سردردهای میگرنی	
	R	Sig
اضطراب حالت	۰/۳۶۸	۰/۰۰۰
اضطراب صفت	۰/۳۹۹	۰/۰۰۰
اضطراب کل	۰/۴۳۸	۰/۰۰۰
نوروتیک	۰/۲۶۷	۰/۰۰۰
رشد یافته	-۰/۲۴۱	۰/۰۰۰
رشد نیافته	۰/۲۶۰	۰/۰۰۰
شفقت خود	-۰/۴۰۸	۰/۰۰۰

با توجه به نتایج جدول ۳ محرز است که سطح معنا داری به دست آمده کمتر از سطح بحرانی ۰/۰۵ است. بر این اساس تمام متغیرهای پیش‌بین دارای ارتباط معنادار با شدت سردردهای میگرنی بوده‌اند.

برای آزمون فرض پیش بینی شدت سردردهای میگرنی به وسیله متغیرهای اضطراب، مکانیزم‌های دفاعی و شفقت خود از رگرسیون چندمتغیری با روش گام به گام استفاده شده است، در مدل رگرسیون گام به گام، در ابتدا متغیری که بیشترین همبستگی را با متغیر سردرهای میگرنی دارد، وارد مدل می‌شود که معناداری آن نیز زیر ۰/۰۵ می‌باشد در اینجا این متغیر اضطراب است که میزان بتای آن ۰/۴۳۸ بوده و میزان T آن معنادار است. در گام بعدی متغیر شفقت خود به عنوان دومین متغیر مهم وارد مدل شده است، که میزان بتای آن برابر با ۰/۳۲۰- بوده است. در نهایت و در گام سوم نوروتیک وارد مدل شده است که میزان بتای آن برابر با ۰/۲۵۵ بوده است. بنابراین مکانیسم های دفاعیِ رشد یافته و نیافته از مدل بیرون رفته و در نهایت این سه متغیر در مدل باقی مانده‌اند و نتایج حاکی از آن است که متغیرهای اضطراب، مکانیزم دفاعیِ نوروتیک و شفقت به خود درکل توانسته‌اند، ۳۵ درصد از متغیر شدت سردردهای میگرنی را پیش‌بینی کنند و با توجه به میزان معناداری F این نتیجه در مدل رگرسیونی مورد تایید قرار می‌گیرد.

جدول ۴. رگرسیون پیش بینی سردردهای میگرنی به وسیله‌ی متغیرهای اصلی تحقیق

مدل	متغیر	ضریب رگرسیونی		آزمون T		خلاصه مدل				
		B	Beta	T	Sig	R	R^2	Adjusted R Square	F	Sig
مرحله اول	مقدار ثابت	۳۶/۳۳۵	-	۹/۳۷۲	۰/۰۰۰	۰/۴۳۸	۰/۱۹۲	۰/۱۸۸	۴۶/۹۵۰	۰/۰۰۰
	اضطراب	۰/۲۴۸	۰/۴۳۸	۶/۸۵۲	۰/۰۰۰					
مرحله دوم	مقدار ثابت	۵۶/۵۵۲	-	۱۰/۵۷۲	۰/۰۰۰	۰/۵۳۷	۰/۲۸۸	۰/۲۸۱	۳۹/۸۵۵	۰/۰۰۰
	اضطراب	۰/۲۰۳	۰/۳۶۰	۵/۸۰۴	۰/۰۰۰					
	شفقت به خود	-۰/۲۵۴	-۰/۳۲۰	-۵/۱۶۴	۰/۰۰۰					
مرحله سوم	مقدار ثابت	۴۷/۱۳۱	-	۸/۵۱۰	۰/۰۰۰	۰/۵۹۴	۰/۳۵۲	۰/۳۴۲	۳۵/۵۴۳	۰/۰۰۰
	اضطراب	۰/۱۹۱	۰/۳۳۷	۵/۶۷۳	۰/۰۰۰					
	شفقت به خود	-۰/۲۶۶	-۰/۳۳۵	-۵/۶۴۷	۰/۰۰۰					
	نورتیک	۰/۲۶۳	۰/۲۵۵	۴/۴۱۱	۰/۰۰۰					

با توجه به معنادار بودن کل مدل اکنون باید بررسی کرد کدام متغیر یا متغیرها و به چه میزان در پیش‌بینی شدت سردردهای میگرنی اثر دارندکه نتایج آن در جدول ۵ ارائه می‌گردد.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.2.6.8]

جدول۵. نتایج تحلیل رگرسیون برای پیش‌بینی شدت سردردهای میگرنی به وسیله‌ی اضطراب، مکانیسم‌های دفاعی و شفقت به خود

متغیر	ضریب رگرسیونی		آزمون T	
	B	**Beta**	**T**	**Sig**
مقدار ثابت	۳۵/۷۷۶	-	۸/۹۹۹	۰/۰۰۰
اضطراب حالت	۰/۲۰۷	۰/۲۱۸	۲/۸۸۲	۰/۰۰۴
اضطراب صفت	۰/۲۹۳	۰/۲۸۴	۳/۷۵۸	۰/۰۰۰
خلاصه مدل	R	R مجذور	مجذور R تعدیل شده	
	۰/۴۴۰	۰/۱۹۳	۰/۱۸۵	
مقدار ثابت	۵۲/۱۲۳	-	۱۱/۰۰۲	۰/۰۰۰
نوروتیک	۰/۲۲۴	۰/۲۱۶	۳/۲۲۶	۰/۰۰۱
رشد یافته	-۰/۱۵۶	-۰/۱۶۰	-۲/۳۳۶	۰/۰۲۱
رشد نیافته	۰/۰۵۹	۰/۱۹۲	۲/۸۰۰	۰/۰۰۶
خلاصه مدل	R	R مجذور	مجذور R تعدیل شده	
	۰/۳۸۳	۰/۱۴۶	۰/۱۳۳	
مقدار ثابت	۸۲/۰۹۳	-	۲۵/۱۱۵	۰/۰۰۰
شفقت به خود	-۰/۳۲۳	-۰/۴۰۸	-۶/۲۸۵	۰/۰۰۰
خلاصه مدل	R	R مجذور	مجذور R تعدیل شده	
	۰/۴۰۸	۰/۱۶۶	۰/۱۶۲	

برای بررسی پیش بینی پذیری شدت سردردهای میگرنی به وسیله اضطراب، سبک‌های دفاعی و شفقت خود در بیماران مبتلا به میگرن از رگرسیون خطی همزمان استفاده شده است. نتایج خروجی در جدول ۵ بیانگر آن است ابعاد متغیر اضطراب قادر به پیش بینی ۱۹ درصد از شدت سردردهای میگرنی بوده‌اند، و هر دو بعد متغیرِ اضطراب دارای تاثیری مثبت و معنادار بر شدت سردردهای میگرنی بوده‌اند. اما میزان بتا حاکی از آن است که اضطراب صفت تاثیر بیشتری بر شدت سردرهای میگرنی داشته است. در متغیر سبک‌های دفاعی، هر سه بُعدِ سبک های دفاعی یعنی نوروتیک و رشد نیافته و رشد یافته تاثیری معنادار بر شدت سردردهای میگرنی داشته‌اند و در مجموع قادرند ۱۴ درصد از متغیر سردردهای میگرنی را تبیین کنند در این بین بعدِ نوروتیک دارای تاثیر گذاری بیشتری است و میزان بتای آن برابر با ۰/۲۱۶ می‌باشد. همچنین این نکته شایان ذکر است که تاثیر بعدِ رشد یافته به صورت منفی و معنادار بوده در واقع با افزایش این بعد شدت سردرهای میگرنی کاهش می‌یابد.در متغیر شفقت به خود نیز که ارتباط معناداری با شدت سردرهای میگرنی دارد، با افزایش شفقت به خود، از شدت سردردهای میگرنی به طور معناداری کاسته می‌شود و بنابراین تاثیر این متغیر منفی و معنادار است، میزان بتا نیز در این متغیر برابر ۰/۴۰۸- می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی این پژوهش بررسی قدرت پیش‌بینی کنندگی اضطراب و مکانیسم‌های دفاعی و شفقت خود در پیش‌بینی شدت علائم سردردهای میگرنی بود. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که هر سه متغیر این پژوهش یعنی اضطراب، سبک‌های دفاعی و شفقت خود قادر به پیش بینی شدت سردردهای میگرنی هستند. که در این بین اضطراب قدرت پیش بینی کنندگی بیشتری نسبت به دو متغیر دیگر

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.2.6.8]

داشت. این نتیجه با یافته‌های بدست آمده از پژوهش‌های شالا و درشاج[1](۲۰۱۸)؛ پیرس[2] و همکاران(۲۰۱۶)؛ ازوارت[3] و همکاران(۲۰۰۳)؛ همسو بود.

با توجه به دیدگاه روان‌پویشی در مورد اختلالات روان تنی، در تبیین این یافته باید در درجه‌ی نخست به نقش اضطراب در سازمان روانی افراد اشاره کرد. این رویکرد بیان می‌کند که اضطراب بخش جدایی ناپذیری از احساسات ماست؛ به این معنی که هر احساسی در وجود ما برانگیخته می‌شود برای مدیریت آن به اضطراب نیازمندیم. به بیان دیگر به دنبال بیدارشدن هر احساسی، اضطراب به عنوان یک زنگ خطر به صدا در می‌آید تا در مدیریت احساس ایجاد شده به ما کمک کند. اختلال وقتی به وجود می‌آید که فرد برخی احساسات را خطرناک پنداشته و توانایی دیدن و روبه‌رو شدن با آن‌ها را نداشته باشد. در این شرایط اضطراب با شدت زیادی به فرد هشدار می‌دهد اما فرد ظرفیت روانی رویارویی با این حجم از اضطراب را ندارد و شدّت این اضطراب برای فرد قابل تحمل نیست، لذا در آگاهی تجربه نمی‌شود و به درون بدن واپس رانده شده و در عضلات صاف تخلیه می‌گردد. از آنجا که عضلات صاف عضلاتی غیرارادی بوده و شخص روی آن‌ها کنترلی ندارد، کانالیزه شدن زیاد اضطراب به سمت این عضلات باعث ایجاد نشانه‌های متعدّد جسمانی می‌گردد. نشانه‌های جسمانی در این بیماران مانند یک سد در برابر آگاهی از احساس و لمس اضطراب عمل می‌کند.در این بیماران وقتی اضطراب ازحد تحمل فرد فراتر می رود مغز به امیگدال پیام می فرستد و امیگدال سیستم عصبی جسمی و خودمختار را تحریک میکند. شاخه پاراسمپاتیک دستگاه عصبی خودمختار ضربان ،فشار خون و سرعت تنفس را پایین می‌آورد و باعث افت جریان خون مغز می‌شود واین باعث نشانه‌های تاری دید ،گیجی ، اسهال و میگرن می‌شود.(گلدشتاین[4]،۲۰۰۶؛ همیل و شاپیرو[5] ۲۰۰۴).

همچنین یافته‌ها نشان دادند که بین شدت سردردهای میگرنی و سبک‌های دفاعی رشدنایافته و نوروتیک رابطه مثبت و معناداری وجود دارد و همچنین بین سبک رشدیافته با شدت میگرن رابطه منفی معناداری وجود دارد. که این نتایج با پژوهش‌های اقا یوسفی و بازیاری میمند(۱۳۹۰)؛ افضلی، فتحی‌آشتیانی و آزاد فلاح (۱۳۸۷)؛پسیچر، گودسوارد، ارلبک و ورهاج[6](۱۹۸۸)؛ گاستافسون و کالمن[7](۱۹۹۰)، همسو بود.

ناتوانی من در استفاده از مکانیسم‌های دفاعی کارآمد، باعث می‌شود که ادراک فرد از احساسات، افکار و رفتار خود و دیگران به صورت پاتولوژیک و نامنطبق با واقعیت عینی موجود تحت تاثیر قرار بگیرد. بر این اساس محتمل است که سبک دفاعی غالب فرد در چنین شرایطی می‌تواند شکل و نوع اختلال روانی فرد را تا حدودی تعیین کند. به عنوان مثال وقتی سبک غالب دفاعی فرد مستلزم استفاده از تغییر جهت تکانه از خود به موضوع(فرافکنی)، یا از موضوع به خود(پرخاشگری به خود یا خودکشی) باشد، فرد مستعد ابتلا به افسردگی است. بنابراین این نارسایی و ناتوانی در مدیریت و تنظیم عواطف زمینه‌های ابتلاء به انواع اختلالات را ایجاد می‌کند(تجریشی و بشارت، ۱۳۹۴). اختلالات روان‌تنی نیز از این قاعده مستثنی نیست. یعنی فرد به جای استفاده از مکانیسم‌های دفاعی رشدیافته (مانند فرونشانی و والایش) که مواجهه با تغییرات روانشناختی و محرک‌های استرس‌زای محیطی را تسهیل می‌کند از مکانیسم‌های رشد نایافته(مانند سرکوبی و واپس‌رانی) که سلامت، عملکرد مثبت و سازگاری و سازگاری اجتماعی را تهدید می‌کنند استفاده می‌کند. این مکانیسم‌ها ادراک ما را از واقعیت تحریف می‌کنند. تحریف واقعیت باعث می‌شود که ما احساسات و افکار متعارض خود را با شیوه‌های مختلف خارج از آگاهی نگه داریم(آقایوسفی و بازیاری میمند، ۱۳۹۲)؛ یکی از روش‌های شایع برای این کار جسمانی کردن تعارضات است که در اختلالات روان‌تنی از جمله میگرن مشاهده می‌گردد. بنابر این استفاده از مکانیسم‌های دفاعی رشد نایافته و نوروتیک نه تنها مشکلات را حل نکرده بلکه زمینه راجهت ابتلا یا تشدید بیماری‌های روان تنی از جمله میگرن فراهم می‌آورد .

[1] Shala & Dreshaj
[2] Pires
[3] Zwart
[4] Goldstein
[5] Hamill & Shapiro
[6] Passchier, Goudswaard, Orlebeke & Verhage
[7] Gustafson & Kallmen

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.2.6.8]

همچنین یافته‌های حاصل در ارتباط با تاثیر شفقت بر شدت سردردهای میگرنی نشان داد که بین شفقت با شدت میگرن رابطه منفی و معناداری وجود دارد. شفقت خود می‌تواند(۰/۱۶) شدت سردرهای میگرنی را تببین کند. نتایج این پژوهش با پژوهش‌های یسهوا، زهار و برکوویچ[1] (۲۰۱۸)؛ یو و همکاران[2](۲۰۱۹)؛ هال، رو، وونچ و گادلی [3](۲۰۱۳) و ویلیام، شفلید و نایب[4](۲۰۱۶) همسو بود.

در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که در بسیاری از افرادی که با اختلال‌های روان‌شناختی درگیرند، سیستم تهدید و محافظت از خود دچار نوعی پرکاری شدید است، که نتیجتاً این افراد سطوح بالای استرس و نگرانی را تجربه می‌کنند. از طرف دیگر سیستم رضایت و تسکین یا همان خودشفقتی در این افراد، سطح رشد یافتگی پایین‌تری دارد(نوربالا،برجعلیو نوربالا؛ ۱۳۹۲). در نتیجه این اشخاص در تجربه‌ی وقایع ناخوشایند احساسات منفی را با شدت بیشتری تجربه کرده و افکار بدبینانه و نشخوارهای فکری بیشتری دارند(سعیدی، قربانی، سرافراز و شفیعیان؛ ۱۳۹۲). که در همین راستا، در پژوهش‌های مختلف ارتباط شفقت خود با سلامتی به تایید پژوهشگران رسیده است(اختیاری ، ایمانی و میرزامحمدی؛ ۱۳۹۶). به عبارت دیگر شفقت خود نقش یک سیستم محافظت کننده را در برابر رنج و شکست شخصی بازی می‌کند. افرادی که از این سپر محافظ در برابر شکست‌ها و فشارهای روزمره بهره نمی‌برند اضطراب را در شکل‌های ناسالم و افراطی آن (ازجمله جسمانی شدن) تجربه می‌کنند. لذا می‌توان انتظار داشت، به میزانی که فرد با خود نامهربان‌تر است ، با افزایش فشارها و به تبع آن افزایش اضطراب بیماران میگرنی سردردها و سایر علائم بیماری را با شدت بیشتری تجربه کنند.

در مجموع می‌توان بیان کرد سردردهای بیماران میگرنی با اضطراب و مکانیسم‌های دفاعی نوروتیک و رشدنیافته رابطه‌ای مستقیم دارد، یعنی با افزایش اضطراب و استفاده از مکانیسم‌های دفاعی نوروتیک و رشدنیافته سردردهای میگرنی شدت می‌گیرد. همچنین مکانیسم های رشدیافته و شفقت خود رابطه ای معکوس با شدت سردردهای میگرنی دارد؛ به این معنی که با افزایش میزان آن‌ها شدت سردرهای میگرنی کاهش می‌یابد. بنابراین با توجه به خطرات و پیامدهای میگرن که می تواند منجر به از هم پاشیدگی خانواده و اختلال در عملکرد روزمره(مسائل شغلی و ارتباط با اطرافیان) گردد، یافتن عوامل روانشناختی موثر در به وجودآمدن و تشدید علائم میگرن می‌تواند در کاهش بروز و همچنین کم کردن شدت این سردردها اثربخش باشد. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به استفاده از پرسشنامه اشاره کرد که طولانی بودن آن باعث ناتمام رها کردن پژوهش توسط برخی شرکت کننده‌ها می‌گردید و از طرفی این ابزار خطر سوگیری را به همراه دارد که می‌توان در پژوهش‌های آتی با استفاده از روش‌های کیفی در پژوهش، ضمن رفع این مشکل، درک عمیق‌تری از وضعیت روان‌شناختی این بیماران به دست آورد. در پایان با توجه به نتایج این پژوهش، پیشنهاد می‌شود اثربخشی درمان‌های روانشناختی مختلف از جمله درمان متمرکز بر شفقت(cft) بر اختلال میگرن مورد بررسی قرار گیرد.

منابع

ابوالقاسمی، ع.، ابراهیمی اردی، ی.، نریمانی، م.، اسدی، ف. (۱۳۹۳). نقش سبک های دفاعی و تاب آوری در پیش بینی اسیب پذیری روانی مبتلایان به آسم. *فصلنامه علمی پژوهشی*، (۴)۳، ۱۴۱-۱۵۲

اختیاری ، م.، ایمانی، م.، میرزا محمدی، م. (۱۳۹۶). پیش‌بینی احساس تنهائی در مردان سالمند بر اساس شفقت به خود، معنویت و سبک زندگی اسلامی. *نشریه‌ی دین و سلامت*، ۴(۲)،۶۹-۸۰.

آقایوسفی، ع.، باریزی میمند، م. (۱۳۹۲). بررسی سلامت عمومی، تاب‌آوری و مکانیسم های دفاعی در افراد مبتلا به سردرد میگرنی، *مجله طب جنوب*، ۱۶(۲)، ۱۱۸-۱۲۷.

بشارت ، م.، شریفی، م.، ایروانی، م. (۱۳۸۰). بررسی رابطه سبک های دلبستگی با مکانیسم های دفاعی. *فصلنامه روان شناسی رشد و تحول* ، ۱۹، ۲۸۹-۲۷۷.

خسروی، ص.، صادقی، ک.، یابنده، م. (۱۳۹۲). کفایت روانسنجی مقیاس شفقت خود. *فصلنامه روشها و مدلهای روان شناختی*،(۴)۱۳، ۴۷-۵۹

[1] Yeshua, Zohar & Berkovich
[2] Xiaonan
[3] Hall, Row, Wuensch & Godley
[4] Williams, Sheffield & Knibb

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.2.6.8]

دهقانی فیروزآبادی، م.، منشئی، غ.، دانای سیج، ز.، شریف زاده، غ. (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر علائم افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به صرع و میگرن. *مجله دانشگاه علوم پزشکی بیرجند*،۹ (۲۱)، ۴۰۷-۴۱۵.

روحی، ر.، سلطانی، ا.، زین الدینی میمند، ز.، رضوی، و. (۱۳۹۸). تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش شفقت به خود، تحمل پریشانی، و تنظیم هیجان در دانش آموزان با اختلال اضطراب اجتماعی. *فصلنامه سلامت روان کودک*،۳(۶)، ۱۷۳-۱۸۷.

سادوک، بنیامین جیمز و سادوک، ویرجینیا آلکوت. (۲۰۱۵)، *خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری، روانپزشکی بالینی*، جلد دوم (ویرایش یازهم، ترجمه مهدی گنجی). تهران: ساوالان (۱۳۹۴).

سعیدی، ض.، قربانی، ن.، سرافراز، م.، شریفیان. (۱۳۹۲). اثر القای شفقت خود و حرمت خود بر میزان تجربه شرم و گناه. *روانشناسی معاصر*، ۸(۱)، ۹۱-۱۰۲.

شریفی ،ح. (۱۳۷۶). نظریه و کاربرد ازمون های هوش و شخصیت . *تهران: سخن*

کاشانکی، ح.، قربانی، ن.، حاتمی،ج. (۱۳۹۵). بررسی ارتباط فرونشانی احساسات و علائم جسمانی و روانی با توجه به نقش خودشناسی انسجامی، بهوشیاری و شفقت خود، جامعه پسندی و خود مهارگری. *پژوهش های کاربردی روانشناختی*. ۷(۳) ۵۵-۷۰.

نجاریان،ب. (۱۳۷۶). ساخت و اعتبار یابی پرسشنامه ای برای سنجش علائم سردرد میگرن در دانشجویان. *مجله علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز*. ۴(۳)، ۲۴۸-۲۳۱.

نوربالا، ا.، نوربالا، ف.، برجعلی، ا. (۱۳۹۲). اثرتعاملی شفقت به خود و نشخوار فکری بیماران افسرده در "درمان مبتنی بر شفقت". *دو ماهنامه دانشور پزشکی*، ۲۰(۱۰۴)، ۷۷-۸۴.

Andrews, G., Singh, M., & Bond, M. (1993). The Defense Style Questionnaire. *Journal of Nervous and Mental Disease, 181*(4), 246–256.

Blatt, S. J., Quinlan, D. M., Chevron, E. S., McDonald, C., & Zuroff, D. (1982). Dependency and self-criticism: Psychological dimensions of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50*(1), 113–124.

Bond, M., & Perry, J. C. (2004). Long-Term Changes in Defense Styles With PsychodynamicPsychotherapy for Depressive, Anxiety, and Personality Disorders. *The American Journal of Psychiatry,* 161, 1665–167.

Daher, E. F., &Hyphantis, T. N. (2013). The Psychological Defensive Profile of Hemodialysis Patients and Its Relationship to Health-Related Quality of Life. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(7), 621-628.

Dunne, S., Sheffield, D., & Chilcot, J. (2018). Brief report: Self-compassion, physical health and the mediating role of health-promoting behaviours. *Journal of health psychology*, 23(7), 993-999.

Goldstein, D. S. (2006). *Adrenaline and the inner world: An introduction to scientific integrative medicine*. JHU Press.

Gustafson, R., & Källmén, H. (1990). Psychological defense mechanisms and manifest anxiety as indicators of secondary psychosomatic body pain. *Psychological reports*, 66(3_suppl), 1283-1292.

Hall, C. W., Row, K. A., Wuensch, K. L., & Godley, K. R. (2013). The role of self-compassion in physical and psychological well-being. *The Journal of psychology*, 147(4), 311-323.

Hamill, R. W., & Shapiro, R. E. (2004). Peripheral autonomic nervous system. *In Primer on the autonomic nervous system* (pp. 20-28). Academic Press.

Herzog, W., Herpertz, C., Taubner, S. (2016). Prevention of mental and psychosomatic disorders in occupational and training settings. *Mental Health & Prevention*, 4, (1):1-2.

Herzog, W., Konnopka, A., Kaufmann, C., Konig, H., Heider, D., Wild, B., Szecsenyi, J., & Schaefert, R. (2013). Association of costs with somatic symptom severity in patients with medically unexplained symptoms. *Journal of psychosomatic research*, *75*(4), 370-375.

Levor, R. M., Cohen, M.J., Nailboff, V.D., McArthur, D.O., & Heuser, G.(1986). Psychological precursors and correlates of migraine headache. *Journal of Consuling and Clinical Psychlology*, 54(3), 347-354.

Mcanulty,D.P., Rapport, N, B., Waggpner, C, D, & Brantely, P, T.(1984). Psychological correlates of head pain. *Paper presented at the annual meeting of the association for the advancement of behavior therapy.u.s.a.*

Marino, E., Fanny, B., Lorenzi, C., Pirovano, A., Franchini, L., Colombo, C., & Smeraldi, E. (2010). Genetic bases of comorbidity between mood disorders and migraine: possible role of serotonin transporter gene. *Neurological Sciences*, *31*(3), 387-391.

Morillo, L.E., Alarcon, F., Aranaga, N., Aulet, S., Chapman, E., & Conterno, L.(2005). Prevalevalence of Migraine in Latin merican, *Journal of Headache,* 45(2):106-117.

Mosewich, A., Kowalski, K., Sabiston, C., Sedgwick, W., & Tracy, J. (2011). Selfcompassion: A potential resource for young women athletes. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 33, 103-123.

Narimani, M., & Vahidi, Z. (2013). A comparative study of personality traits in patients with migraine and normal subjects by clinical questionnaire Millon. *Fourth International Congress on Psychosomatic Islamic Azad University Khourasgan.*

Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and identity*, 2(3), 223-250

Neff, K. D. (2009). The role of self-compassion in development: A healthier way to relate to oneself. *Human Development*, 52, 211-214.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.2.6.8]

Passchier, J., Goudswaard, P., Orlebeke, J. F., & Verhage, F. (1988). Migraine and defense mechanisms: psychophysiological relationships in young females. *Social Science & Medicine*, 26(3), 343-350.

Raes, F. (2011). The effect of self-compassion on the development of depression symptoms in a non-clinical sample. *Mindfulness*, 2, 33-36.

Shala, N., & Dreshaj, S. (2018). Association of depression, anxiety and post-traumatic stress disorder with migraine: Data from Kosovo. *Neurologia i neurochirurgia polska*, 52(4), 490-494.

Shala, N., & Dreshaj, S. (2018). Association of depression, anxiety and post-traumatic stress disorder with migraine: Data from Kosovo. *Neurologia i Neurochirurgia Polska*, *52*(4), 490-494.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, CA: *Consulting Psychologists Press*.

Tomé-Pires, C., Sole, E., Racine, M., Galán, S., Castarlenas, E., Jensen, M. P., & Miro, J. (2016). The relative importance of anxiety and depression in pain impact in individuals with migraine headaches. *Scandinavian journal of pain*, 13(1), 109-113.

Yu, N. X., Chan, J. S., Ji, X., Wan, A. H., Ng, S. M., Yuen, L. P., & Chan, C. H. (2019). Stress and psychosomatic symptoms in Chinese adults with sleep complaints: mediation effect of self-compassion. *Psychology, health & medicine*, *24*(2), 241-252.

Vaillant, G. E. (1994). Ego mechanisms of defence and personality psychopathology. *Journal of abnormal psychology*, 103,44- 50.

Williams, S., Sheffield, D., & Knibb, R. C. (2016). A snapshot of the lives of women with polycystic ovary syndrome: A photovoice investigation. *Journal of Health Psychology*, *21*(6), 1170-1182.

Yeshua, M., Zohar, A. H., & Berkovich, L. (2019). "Silence! The body is speaking"–a correlational study of personality, perfectionism, and self-compassion as risk and protective factors for psychosomatic symptoms distress. *Psychology, health & medicine*, *24*(2), 229-240.

Yiend, J. (2010). The effects of emotion on attention: A review of attentional processing of emotional information. *Cognition and emotion*, *24*(1), 3-47.

Yeshua, M., Zohar, A. H., & Berkovich, L. (2019). "Silence! The body is speaking"–a correlational study of personality, perfectionism, and self-compassion as risk and protective factors for psychosomatic symptoms distress. *Psychology, health & medicine*, 24(2), 229-240.

Zwart, J. A., Dyb, G., Hagen, K., odegård, K. J., Dahl, A. A., Bovim, G., & Stovner, L. J. (2003). Depression and anxiety disorders associated with headache frequency. The Nord-Trøndelag Health Study. *European Journal of Neurology*, 10(2), 147-152.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.2.6.8]