

## مقایسه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در افراد مبتلا به سردرد میگرنی، سردرد

### تنشی و افراد بهنجار

آرزو حسینی\*، فرهاد خرمایی\*\*، فرهاد عصارزادگان\*\*\*، امید حسامی\*\*\*\*، محمدرضا تقوی\*\*\*\*\*، نوراله محمدی\*\*\*\*\*

دریافت مقاله:

91/9/17

پذیرش:

93/1/20

#### چکیده

**هدف:** سردرد هدف بزرگی برای مداخلات بهداشت عمومی به شمار می رود. از آنجا که استرس و آشفتگی های هیجانی به عنوان عوامل راه انداز مهم در انواع سردرد مطرح هستند، بنابراین موضوع تنظیم هیجان می تواند به عنوان عاملی در سازگاری و کنترل مؤثر این اختلال مطرح باشد. هدف پژوهش حاضر، بررسی و مقایسه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در زنان و مردان مبتلا به سردرد میگرنی، سردرد تنشی و افراد بهنجار بود.

**روش:** طی یک طرح علی-مقایسه ای دو گروه 30 نفری از کلیه بیماران مبتلا به سردرد میگرنی و سردرد تنشی، مراجعه کننده به کلینیک نورولوژی بیمارستان امام حسین (ع) تهران با تشخیص نورولوژیست در چهارچوب ملاک های تشخیصی انجمن بین المللی سردرد به صورت در دسترس انتخاب و با گروه بهنجار همتاسازی شدند. ابزار پژوهش پرسشنامه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بود. داده های پژوهش با استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیره و آزمون تعقیبی توکی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

**یافته ها:** نتایج نشان دادند که افراد مبتلا به سردرد میگرنی نسبت به گروه بهنجار از راهبردهای مثبت کمتری استفاده می کنند. همچنین زنان در هر دو گروه مبتلا به سردرد میگرنی و بهنجار از مردان مبتلا به میگرن و بهنجار در استفاده از راهبردهای مثبت نمرات بالاتری کسب کردند.

**نتیجه گیری:** بدین صورت آموزش تنظیم هیجان با آگاه نمودن مبتلایان به سردرد از هیجان های مثبت و منفی خود و کمک به پذیرش و ابراز به موقع آنها، می تواند سلامت روان آنان را ارتقاء بخشد، لذا آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان به این گروه پیشنهاد می شود.

**کلید واژه ها:** تنظیم شناختی هیجان، میگرن، سردرد تنشی.

\* کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه شیراز (نویسنده مسئول) hosseini.arezoo@gmail.com

\*\* استادیار گروه روانشناسی تربیتی، دانشگاه شیراز.

\*\*\* استادیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

\*\*\*\* استادیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

\*\*\*\*\* استاد گروه روانشناسی بالینی دانشگاه شیراز

\*\*\*\*\* دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه شیراز.

## مقدمه

ابتلا به بیماری‌های قلبی، انسداد و فشار خون را در افراد افزایش می‌دهند. محققان اعلام کرده‌اند که بیماری میگردن در افراد استرس و فشار زیادی ایجاد می‌کند و همین امر بر روی ضربان قلب و فشار خون تأثیر مستقیم دارد (اسکوینگر<sup>8</sup>، کیگل<sup>9</sup> و استوکندر<sup>10</sup>، 2008).

همچنین مشکلات روانشناختی در بین بیماران با سرردهای مزمن بسیار شایع است. درصد زیادی از بیماران با سرردد میگردنی و سرردد تنشی، افسردگی و اختلالات اضطرابی دارند (دی‌امیکو<sup>11</sup>، لیبرو<sup>12</sup> و پرودنزانو<sup>13</sup>، 2000).

سرردهای تنشی<sup>14</sup> و میگردنی جمعاً دو سوم انواع مختلف سرردد را تشکیل می‌دهند (میرزایی، 1381) و این عارضه نهمین علت مراجعه به پزشک می‌باشد (اوانز<sup>15</sup> و متیو<sup>16</sup>، 2000). از اواخر دهه 1970، درمان‌های روانشناختی در زمینه سرردد، مورد توجه قرار گرفته است (گاتی یر<sup>17</sup>، ایورس<sup>18</sup> و کریر<sup>19</sup>، 1996) و مطالعات زیادی بر روی اثرات بیولوژیکی، محیطی، عوامل روان شناختی و اجتماعی بر حملات سرردد انجام گرفته است. نتایج این مطالعات مؤید ارتباط بین عوامل

زندگی کردن با درد مزمن مستلزم تحمل فشار عاطفی قابل توجه‌ای است. درد، توانایی‌های عاطفی و هیجانی فرد را کاهش می‌دهد و خواست مداوم فرد برای رهایی از آن در بیشتر اوقات دست نیافتنی می‌شود؛ این امر نهایتاً باعث تضعیف روحیه بیمار، احساس ناامیدی، درماندگی و افسردگی در وی می‌گردد. گذشته از این، درد مزمن نه تنها توانمندی‌های بیمار، بلکه توانایی‌های اطرافیان حامی وی را نیز تحلیل می‌برد (گچل<sup>1</sup> و ترک<sup>2</sup>، 1381: 27).

تحمل استرس و وجود سطحی از آسیب‌پذیری جسمانی و ژنتیک، فرد را نسبت به اختلالات روان‌تنی مستعدتر می‌سازد (استوارت<sup>3</sup> و لاریا<sup>4</sup>، 1998). یکی از اختلالات روان‌تنی که ارتباط تنگاتنگی با استرس و فشارهای روانی دارد، سرردد است. سرردد عمومی‌ترین سندرم درد می‌باشد (میرزایی، 1381).

سرردد شدید می‌تواند در نحوه انجام کار و زندگی فردی و اجتماعی افراد تأثیرگذار باشد و در طولانی مدت در کیفیت زندگی تأثیری منفی به جا بگذارد (لیپتون<sup>5</sup>، استوارت<sup>6</sup> و ون‌کورف<sup>7</sup>، 1994). تحقیقات جدید انجام شده نشان می‌دهند که میگردن و سرردد خطر

8. Schwaiger  
9. Kiechl  
10. Stockner  
11. D' Amico  
12. Libro  
13. Prudenzano  
14. Headache Tension  
15. Evans  
16. Mathew  
17. Gauthier  
18. Ivers  
19. Carrier

1. Gatchel  
2. Truk  
3. Stuart  
4. Laria  
5. Lipton  
6. Stewart  
7. Von Korff

گروس 1999؛ تامپسون 1994؛ به نقل از گارنفسکی<sup>3</sup> و کرایج<sup>4</sup>، 2006). از آنجا که هر فردی در زندگی با حوادث و رویدادهای تهدیدآمیز و استرس زا رو به رو می‌شود چگونگی تنظیم عواطف در این شرایط مهم و ضروری است. استرس همراه با آشفتگی‌های هیجانی و ناتوانی در مقابله با حوادث زندگی با شدت و تعداد حملات سردرد همراه بوده است بطوری که سردرد 62/9٪ واریانس مشترک با شیوه‌های مقابله با استرس، افسردگی و اضطراب داشته است (کلوتیلو و بروم، 2002). شواهد نشان می‌دهند که آشفتگی روانشناختی در پاسخ به رویدادهای استرس‌زای زندگی ممکن است با راهبردهای تنظیم شناختی هیجان که افراد در مواجهه با این رویدادها بکار می‌برند، مرتبط باشند. عبارتی تنش‌های مزمن عصبی و فقدان مهارت‌های کارآمد برای مقابله با استرس ممکن است زمینه‌ساز بروز اینگونه سردردها باشند (گارنفسکی، کوپمن<sup>5</sup>، کرایج و کیت<sup>6</sup>، 2009).

منظور از تنظیم هیجان، فرایندها یا روش‌هایی است که اشخاص هنگام مواجهه با یک موقعیت منفی برای تعدیل هیجان خود به کار می‌برند. مهارت‌های مناسب در تنظیم هیجان، با روابط سالم‌تر، کارآیی شغلی و تحصیلی بهتر و به طور کلی با سلامت جسمی، مرتبط است. در مقابل مهارت ناکارآمد در تنظیم

روانشناختی و شخصیتی این بیماران با سردرد است (طوبایی و فراشبندی، 1389). عمده‌ترین عاملی که به عنوان راه‌انداز سردرد، در بیماران مبتلا به میگرن و سردرد تنشی گزارش شده، استرس روانشناختی است و تحقیقات بسیاری این رابطه را تأیید کرده‌اند (کلوتیلو<sup>1</sup> و بروم<sup>2</sup>، 2002؛ طوبایی و فراشبندی، 138؛ کجویی و عاملی، 1385). در حوزه ارتباط سردرد با استرس، در ابتدا تصور می‌شد که در زندگی افراد مبتلا به سردرد وقایع استرس‌زا فراوانتر از افراد عادی است، اما تحقیقات بعدی نشان داد که این بیماران در مقایسه با گروه کنترل در وقایع استرس‌زای عمده زندگی مشابهند ولی فراوانی عوامل تنیدگی-زای روزمره در این افراد بیش از سایرین است؛ یعنی این بیماران وقایع روزمره زندگی را مصیبت بار تلقی می‌کنند، این نکته از لحاظ روانشناختی حائز اهمیت بسیاری است، زیرا توان مقابله فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. برخی از محققین به نام‌وثر بودن راهبردهای مقابله‌ای مورد استفاده در این افراد اشاره کرده‌اند (فرناندز و شفیلد، 1996؛ مولر، 2002؛ کیوکیوچی و همکاران، 2003 به نقل از سجادی نژاد، محمدی و اشجع زاده، 1388).

پژوهش‌های بسیاری به وضوح نشان داده‌اند که عواطف نقش مهمی در برخورد با حوادث تنش‌زای زندگی دارد (ایزنبگ، فابیس، گاتری و رایرز، 2000؛ گروس، 1998؛

3. Garnefski  
4. Kraaij  
5. Koopman  
6. Cate

1. Kolotylo  
2. Broome

هیجان با بیماری روانی ارتباط دارد. روش‌های تنظیم هیجان نقشی برجسته در بسیاری از رویکردهای درمانی مانند رفتاردرمانی دیالکتیک<sup>1</sup>، درمان شناختی-رفتاری<sup>2</sup>، درمان مبتنی بر حل مسئله<sup>3</sup>، رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی<sup>4</sup>، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>5</sup> (علوی زاده و انتظاری، 1390) دارند.

به باور گارنفسکی و کرایچ (2006) راهبردهای تنظیم شناختی هیجان کنش‌هایی هستند که نشانگر راههای کنارآمدن فرد با شرایط استرس‌زا و یا اتفاقات ناگوار است. به باور گارنفسکی، کرایچ و اسپانیهون<sup>6</sup> (2001) افراد در مواجهه با تجارب و موقعیت‌های استرس‌زا برای حفظ سلامت روانی و هیجانی خود از راهکارهای شناختی متنوعی استفاده می‌کنند. از این رو وقتی اطلاعات هیجانی نتوانند در فرایند پردازش شناختی، ادراک و ارزشیابی شوند، فرد از نظر عاطفی و شناختی دچار آشفتگی و درماندگی می‌شود. این ناتوانی، سازمان عواطف و شناخت‌های فرد را مختل می‌سازد. فرض بر این است که شناخت‌های فرد (باورها، ارزیابی‌ها و انتظارات) درباره نتایج یک حادثه و نیز توانایی وی برای مقابله با آن، از دو طریق می‌تواند عملکرد فرد را تحت تأثیر قرار دهد؛ به طور مستقیم (از طریق تأثیر بر

خلق) و به طور غیر مستقیم (از طریق تأثیر بر کوشش‌های مقابله‌ای) (گچل و ترک، 1381: 44). مطالعاتی که به بررسی شیوه‌های مقابله افراد، با وقایع استرس‌زای روزمره پرداخته‌اند، نشان می‌دهد که افراد مبتلا به سردرد بیشتر از راهبردهای غیر انطباقی مثل کناره‌گیری، اجتناب، خود انتقادگری استفاده می‌کنند و بیشتر گرایش دارند که محرک دردزا را فاجعه‌آمیز تلقی کنند. همچنین زمانی که این افراد در معرض محرک دردزا قرار می‌گیرند، سطح برانگیختگی سمپاتیک آن‌ها افزایش پیدا می‌کند و سطح مواد نوروشیمیایی (مثل بتا، آندورفین‌ها و ماده P) در پلاکت‌ها تغییر می‌کند و به دنبال آن درد وخیم‌تر حس می‌شود (ویتروک و آکستاد، 1996؛ به نقل از سجادی نژاد و همکاران، 1388).

در زمینه تأثیر هیجان‌ها بر تعدیل و تنظیم درد، بسیاری از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که نوسانات درد به سهولت تحت تأثیر هیجان‌ها قرار می‌گیرند، به گونه‌ای که هیجان‌های خوشایند عموماً منجر به کاهش درد می‌شوند، در حالی که هیجان‌های ناخوشایند شدت درد را افزایش می‌دهند. این تأثیرات تا حدی از طریق مسیرهای نزولی تنظیم درد صورت می‌گیرد. برای مثال، هیجان‌ها دامنه‌ی گیرنده‌های رفلکسی نخاعی را تنظیم می‌کنند، چنان که هیجان‌ها خوشایند منجر به بازداری این گیرنده‌ها و افزایش شدت درد می‌شود و هیجان‌های ناخوشایند منجر به افزایش فعالیت این گیرنده‌ها و افزایش شدت درد می‌شوند

1. Dialectical behavior therapy
2. Cognitive-behavior therapy
3. Problem-solving therapy
4. Rational emotive behavior therapy
5. Acceptance and commitment therapy
6. Spinhoven

(2006) که با استفاده از تست MMPI انجام گرفت، نتایج نشان داده شد که زنان مبتلا به سردرد میگرنی در مقیاس های جسمانی سازی، هیستریا و اختلال وسواس نمرات بالاتری داشتند، در حالی که در مردان میگرنی مقیاس های اضطراب، بی قراری و افسردگی نمرات بالاتر بود. همچنین نتایج تحقیق کائو<sup>9</sup>، کائو<sup>9</sup>، زانگ<sup>10</sup>، وانگ<sup>11</sup>، وانگ و وانگ (2002) (2002) بر روی بیماران با سردرد تنشی و میگرنی مشخص کرد که مقیاس های خشونت، پرخاشگری، اضطراب و افسردگی در گروه بیماران با سردردهای تنشی و میگرنی بیش از گروه کنترل بوده است و سردرد آنها با اضطراب و افسردگی شدت می یابد.

آنچه از نتایج مجموعه تحقیقات فوق استنباط می شود، این است که افراد مبتلا به سردردهای تنشی و میگرنی از نظر به کارگیری راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با افراد بهنجار متفاوت هستند، همچنین به واسطه ارتباط بین استرس و آشفتگی های هیجانی در بروز (گارانفسکی و همکاران، 2009) و شدت (کلوتیلو و بروم، 2002) سردردها، بررسی سبک ها و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در افراد مبتلا به میگرن و سردرد تنشی ضروری به نظر می رسد. از سویی مصرف داروها مستلزم هزینه از سوی بیماران است و داروهای موجود همیشه تسکین کامل یا کافی درد را برای بیماران

(رادی<sup>1</sup>، ویلیامز<sup>2</sup>، مک کیب<sup>3</sup> و رامبو<sup>4</sup>، 2005). از سوی دیگر نظریه دروازه کنترل (ملزاک<sup>5</sup> و وال<sup>6</sup>، 1965) بر تأثیر عوامل روانی- اجتماعی بر فیزیولوژیک درد تأکید می کند. از نظر ملزاک و همکارانش (1965) در نخاع شوکی دروازه هایی وجود دارد که دروندادهای حس درد از تمامی نقاط بدن به آنها می رسند و از این طریق این اطلاعات به مغز می رسد و در نتیجه شدت درد بیشتر ادراک می شود. در این میان عامل استرس، تنیدگی و هیجان ها منفی را به عنوان یکی از عوامل مؤثر بر باز شدن این دروازه ها معرفی می کنند.

مطالعات زیادی تفاوت های جنسیتی در استفاده از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان را بررسی کرده اند که از آن میان می توان به مطالعات گارانفسکی و کرایچ (2006)، گارانفسکی، تیردز<sup>7</sup>، کرایچ، لگرسته<sup>8</sup> و کومر (2004)، یوسفی (1382) و یوسفی (1385) اشاره کرد. این مطالعات نشان دادند که زنان در راهبردهای نشخوار فکری و فاجعه سازی از مردان نمرات بالاتری داشتند و طبق پژوهش یوسفی (1385) مردان فقط در راهبرد مقصر دانستن دیگران از زنان نمرات بالاتری داشتند. در مطالعه رضایی، شمسایی و رضایی

- 
7. Rhudy
  2. Williams
  3. McCabe
  4. Rambo
  5. Melzac
  6. Wall
  7. Teerds
  8. Legerstee

- 
9. Cao
  10. Zhang
  11. Wang

انحراف استاندارد 8/20 با دامنه 18-50 سال، میانگین سن مردان 32/51 سال و انحراف استاندارد 8/03 با دامنه 18-48 سال و میانگین سن زنان 34/44 سال و انحراف استاندارد 8/34 با دامنه 18-50 سال بود. همچنین سطح تحصیلات آزمودنی‌ها در این سه گروه شامل زیر دیپلم 28/88٪، دیپلم 41/11٪، فوق دیپلم 10٪، فوق لیسانس 11/11٪ و دکترا 3/33٪ بوده است. کلیه افراد پرسشنامه حاوی متغیرهای اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان (CERQ)<sup>4</sup> را تکمیل کردند. روند تکمیل پرسشنامه به این صورت بود که ابتدا بیماران واجد شرایط مطالعه توسط نورولوژیست و با تشخیص بالینی وی بر اساس ملاک‌های تشخیصی انجمن بین‌المللی سردرد (IHS)<sup>5</sup> به محقق در اتاقی مجزا ارجاع داده می‌شد. از شرکت‌کننده مجدداً رضایت‌نامه کتبی برای شرکت در پژوهش اخذ می‌شد و از وی خواسته می‌شد تا پرسشنامه را تکمیل کند. در طی پاسخگویی آزمودنی، آزمونگر در دسترس بود تا پرسشنامه با دقت تکمیل شود.

#### ابزار

پرسشنامه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان (CERQ): این پرسشنامه با 36 گویه و سنجش 9 عامل برای ارزیابی نحوه تفکر افراد

فراهم نمی‌سازند (اسمیت<sup>1</sup>، نیکلسن<sup>2</sup> و بنکس<sup>3</sup>، 2010) و این امر، به کارگیری روش‌های غیر دارویی در قالب مکمل‌های درمانی را بیش از پیش آشکار می‌سازد و از سویی دیگر به کارگیری چنین راهبردهایی بیماران را قادر می‌سازد تا در مراقبت و درمان خود نقش فعالی داشته باشند و به کنترل مؤثرتر بیماری می‌انجامد. لذا لزوم پاسخ به این پرسش‌ها احساس می‌شود که آیا تفاوت معناداری در راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان بین افراد مبتلا به میگرن و سردرد تنشی با گروه بهنجار وجود دارد؟ و آیا از نظر به کارگیری راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان بین زنان و مردان مبتلا تفاوتی وجود دارد؟

#### روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش: این پژوهش از نوع پژوهش‌های علی-مقایسه‌ای است. جامعه مورد نظر شامل کلیه بیماران مبتلا به میگرن و سردرد تنشی مراجعه‌کننده به کلینیک نورولوژی بیمارستان امام حسین (ع) تهران در شش ماهه نخست سال 1391 بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. این نمونه شامل دو گروه 30 نفری از بیماران مبتلا به میگرن، سردرد تنشی بودند که از جهت متغیرهای سن، جنسیت و عدم ابتلا به بیماری‌های روانی با گروه بهنجار هم‌تاسازی شدند. میانگین سنی کل آزمودنی‌ها 33/47 و

4. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire  
5. International Headache Society

1. Smith  
2. Nicholson  
3. Banks

پایایی برای خرده مقیاس‌های این پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ از 0/62 تا 0/91 گزارش کرده‌اند. روایی سازه این آزمون نیز با استفاده از تحلیل عاملی به روش مؤلفه‌های اصلی همراه با چرخش واریماکس به دست آمده است و 9 مؤلفه در مجموع حدود 74 درصد واریانس کل نمونه را توضیح داده است (سامانی و صادقی، 1389).

در این پژوهش با توجه به هدف آن یعنی مقایسه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر اساس جنسیت (متغیر تعدیل کننده) در سه گروه (مبتلایان به سردرد میگرنی، سردرد تنشی و گروه بهنجار)، از روش آماری تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) و آزمون تعقیبی توکی استفاده شد. داده‌ها در نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

#### یافته‌ها

مؤلفه‌های توصیفی متغیرهای مورد بررسی در این پژوهش، به تفکیک گروه‌ها در جدول 1، ارائه شده است.

بعد از تجربه رخدادهای تهدید کننده یا استرس‌زای زندگی طراحی شده است (گارفنسکی، کرایچ و اسپینهوون، 2002). در مطالعه سامانی و صادقی (1389) در تحلیل عامل مرتبه دوم بر روی عوامل اولیه پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان، دو عامل کلی به نام‌های راهبردهای مثبت (توسعه چشم انداز، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مثبت و برنامه ریزی کردن) و راهبردهای منفی (سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوار فکری، تلقی فاجعه آمیز و پذیرش) در تنظیم هیجان حاصل گردید که در این مطالعه این دو عامل مورد مطالعه قرار گرفت.

پایایی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در دامنه 0/76 تا 0/92 به دست آمده است (گارفنسکی و همکاران، 2002). در مطالعه‌های دیگر، پایایی "راهبردهای مثبت"، "منفی" و "کل شناختی" با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برابر 0/91، 0/87 و 0/93 به دست آمده است (گارفنسکی و همکاران، 2001). سامانی و صادقی (1389)، نیز دامنه ضریب

جدول 1. مؤلفه‌های توصیفی مربوط به راهبردهای مثبت و منفی در افراد با سردرد میگرنی، تنشی و بهنجار

بهنجار		سردرد تنشی		میگرنی		متغیر
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	
1/00	56/10	1/28	49/20	1/25	47/76	راهبردهای مثبت
1/13	52/33	9/48	52/36	1/18	54/63	راهبردهای منفی

بزرگترین ریشه روی<sup>1</sup> و  $F=4/39$  تفاوت معناداری را بین گروه‌ها نشان داد.

نتایج مربوط به آزمون MANOVA برای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با آزمون

1. Roy's largest root

جدول 2. نتایج آزمون تحلیل واریانس تفاوت مؤلفه‌های راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بین گروه های میگرنی، تنشی و بهنجار

Sig	F	MS	df	SS	شاخص	
0/01	4/21	595/54	2	1191/08	راهبردهای مثبت	گروه‌ها
0/64	0/43	52/14	2	104/28	راهبردهای منفی	
0/02	3/89	518/41	2	1036/82	راهبردهای مثبت	تعامل جنسیت و گروه‌ها
0/04	3/21	366/81	2	733/62	راهبردهای منفی	

P < 0/05

این تفاوت ها در آزمون توکی نمرات کمتری را در مؤلفه راهبردهای مثبت برای گروه میگرنی نسبت به بهنجار نشان داد.

نتایج آزمون تحلیل واریانس (جدول 2) نشان می دهد که سه گروه در راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان تفاوت معنادار داشتند. همچنین تعامل بین جنسیت و گروه ها معنادار بوده است

جدول 3. تفاوت میانگین مربوط به تعامل جنسیت و گروه‌ها

بهنجار	سررد تنشی	میگرن	راهبردهای منفی	زنان
49/33	54/73	58/20	راهبردهای مثبت	مردان
59	45/33	51/46	راهبردهای مثبت	
55/33	50	51/06	راهبردهای منفی	مردان
53/20	53/06	44/06	راهبردهای مثبت	

کمتری در تنظیم شناختی هیجان‌های خود استفاده می‌کنند. این یافته با نتیجه تحقیق فردریک<sup>1</sup> و فریتاگ<sup>2</sup> (2007) هماهنگ است. این محققان در پژوهش خود نشان دادند که استفاده از راهبردهای مقابله‌ای کمتر مؤثر در فاصله بین حملات سردرد، احتمال حمله را در 2 هفته بعد پیش بینی می‌کند و میگرن با آشفتگی‌های هیجانی و راهبردهای مقابله‌ای که در زندگی اجتماعی و شغلی افراد اختلال ایجاد می‌کند مرتبط است، همچنین مطالعه ویتروک و آکستاد، 1996 به نقل از سجادی نژاد و همکاران، 1388 نشان داد که افراد مبتلا به

از (جدول 3) چنین استنباط می‌شود که زنان و مردان مبتلا به میگرن راهبردهای مثبت کمتری نسبت به گروه بهنجار دارند. زنان مبتلا به میگرن در راهبردهای مثبت از مردان مبتلا به میگرن نمرات بالاتری کسب کرده‌اند و زنان گروه بهنجار در راهبردهای مثبت از مردان گروه بهنجار نمرات بالاتری به دست آورده‌اند.

### نتیجه‌گیری و بحث

این مطالعه با هدف مقایسه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در زنان و مردان مبتلا به سردردهای تنشی، میگرنی و افراد بهنجار انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که افراد مبتلا به میگرن نسبت به افراد بهنجار از راهبردهای مثبت

1. Frederick
2. Freitag



تواند سبب آشفتگی هیجانی شده و متعاقب آن حملات سردرد را ایجاد کند و یا منجر به شدت یافتن سردرد شوند.

نتایج پژوهش نشان داد، تفاوت معناداری بین زنان و مردان در استفاده از راهبردهای مثبت در هر دو گروه وجود دارد و زنان از راهبردهای مثبت بیشتری استفاده می کنند. این یافته با نتایج تحقیق گارنفسکی و همکاران (2004)، گارنفسکی و کرایچ (2006) و یوسفی (1382) ناهمخوان و با تحقیق یوسفی (1385) همخوان است. در این تحقیقات زنان در راهبردهای منفی از مردان نمرات بالاتر داشتند. در تحقیق یوسفی (1385) نشان داده شد که زنان در راهبردهای مثبت، منفی و کل شناختی از مردان نمرات بالاتری داشتند. برای تبیین این موضوع می توان به تفاوت های فیزیولوژیک مغز زنان و مردان اشاره کرد. تفاوت های فیزیولوژیکی مغز زنان و مردان در پژوهش مکرای<sup>13</sup>، اچنر<sup>14</sup>، ماوس<sup>15</sup>، گابریلی<sup>16</sup> و گراس<sup>17</sup> (2008) نشان داد که مردان از تنظیم رو به پایین در برخورد با هیجان های منفی استفاده می کنند و بدین طریق از شدت هیجان منفی خود بطور کمی می کاهند و این موضوع باعث فعالیت کمتر مغزی در قسمت آمیگدال (منطقه مربوط به بازاریابی) و لوب پیش پیشانی (منطقه مربوط به تنظیم شناختی هیجان ها) در مردان می گردد. هرچه مناطق پیش پیشانی فعالیت کمتری داشته باشند، بدین معنی

سردرد بیشتر از راهبردهای غیر انطباقی مثل کناره گیری، اجتناب، خود انتقادگری استفاده می کنند و بیشتر گرایش دارند که محرک دردزا را فاجعه آمیز تلقی کنند. از سویی دیگر یکسری مؤلفه های زمینه ساز شخصیتی برای بروز سردرد در افراد میگرنی وجود دارد که از این موضوع میتوان در تبیین استفاده کمتر از راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان در افراد مبتلا به سردرد میگرنی بهره جست. از میان این ویژگی های شخصیتی می توان به درون نگری (لوکونی<sup>1</sup>، بارتولینی<sup>2</sup>، تافی<sup>3</sup>، ویگنینی<sup>4</sup>، مزانتی<sup>5</sup>، پرووینسیالی<sup>6</sup> و سیلوسترینی<sup>7</sup>، 2007)، تلاش برای کنترل بیش از حد هیجان ها (همیلتون<sup>8</sup>، زاترا<sup>9</sup> و رایش<sup>10</sup>، 2007)، شخصیت وسواسی و پرخاشگر (کاپلان<sup>11</sup> و سادوک<sup>12</sup>، 1994)، کمالگرایی (افشار، مسائلی، شایگان نژاد و اسدالهی، 1386) اشاره کرد. با توجه به وجود این ویژگی های شخصیتی در افراد میگرنی و با توجه به شدت اختلال در عملکردی که حملات سردرد در این گروه ایجاد می کنند می توان نتیجه گرفت که مبتلایان به میگرن از راهبردهای مثبت کمتری در مواجهه با سردرد خود استفاده می کنند. لذا نظم بخشی هیجانی ناسازگارانه می -

1. Luconi
2. Bartolini
3. Taffi
4. Vignini
5. Mazzanti
6. Provinciali
7. Silvestrini
8. Hamilton
9. Zautra
6. Reich
11. Kaplan
12. Sadock

13. McRae
14. Ochsner
15. Mauss
16. Gabrieli
17. Gross

کلیدی آنها در تحمل درد و رنج باشد که به واسطه آن افراد می‌توانند تجربه درد را از واکنش‌های هیجانی درد جدا کنند.

از کاربردهای بالینی این پژوهش می‌توان به چگونگی استفاده افراد مبتلا به سردرد از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان‌ها در سبب شناسی و طراحی مداخلات درمانی اشاره کرد. از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به محدودیت‌های نمونه‌گیری و عدم دسترسی به نمونه با حجم بالا اشاره کرد.

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی تا حد امکان از نمونه‌های بالینی بزرگتر استفاده شود و از آموزش راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان به عنوان مکمل درمان دارویی در جهت کنترل هر چه بیشتر حملات سردرد و بهبود کیفیت زندگی بیماران استفاده گردد.

از آنجا که سردرد از نظر سبب‌شناسی چندعاملی است و عوامل روانشناختی نظیر اختلالات افسردگی و اضطراب (کائو، زانگ، وانگ، وانگ و وانگ، 2002)، ویژگی‌های شخصیتی (رضایی و شمسایی و رضایی، 2006)، مهارت‌های مقابله با استرس (کلوتیلو و بروم، 2002) در آن نقش دارند و آموزش تنظیم هیجان می‌تواند با آگاه نمودن مبتلایان به سردرد از هیجان‌های مثبت و منفی خود و پذیرش و ابراز به موقع آنها، سلامت روان آنان را ارتقاء بخشد، لذا آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان به این گروه پیشنهاد می‌شود.

#### تشکر و قدردانی

است که فرد برای کنترل آگاهانه هیجان‌های خود تلاش کمتری به خرج می‌دهد و در این خصوص مردان نسبت به زنان تنظیم شناختی هیجان را با تلاش کمتر و بصورت آسانتر انجام می‌دهند. در حالیکه زنان بطور کیفی هیجان‌های منفی خود را از طریق افزایش هیجان‌های مثبت خنثی می‌کنند، بدین صورت که زنان دامنه بیشتری از هیجان‌های مثبت تولید را می‌کنند تا از شدت هیجان‌های منفی خود بکاهند، بطور مثال زنان از شوخ طبعی به عنوان یک راهبرد برای تنظیم هیجان منفی خود استفاده می‌کنند. لذا با استناد به تفاوت مغزی در زنان و مردان می‌توان انتظار داشت که مردان به هنگام مواجهه با هیجان‌ها منفی کار کمتری روی آنها صورت می‌دهند و با سرعت بیشتری به خودتنظیمی می‌رسند.

به طور خلاصه یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که خود تنظیمی به عنوان یکی از عواملی است که می‌تواند در بروز سردرد‌های افراد مبتلا مؤثر باشد. افراد مبتلا به سردرد از طریق تنظیم هیجان‌های خود به واسطه ارتباط بین درد و هیجان قادر خواهند بود از سوگیری در پردازش اطلاعات که منجر به تجربه هیجان‌های منفی می‌شود ممانعت کرده و به صورت کارآمدتر با بیماری خود سازگار شوند، همیلتون<sup>1</sup>، کارولی<sup>2</sup> و کیتزمن<sup>3</sup> (2004)، در این راستا اشاره کرده‌اند که ظرفیت افراد برای خود تنظیمی هیجان‌هایشان ممکن است تفاوت

1. Hamilton
2. Karoly
3. Kitzman

مقایسه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در افراد...

بیمارستان امام حسین (ع) و همچنین کلیه بیماران که صبورانه در این پژوهش شرکت کردند تشکر و قدردانی می‌شود.

از جناب آقای مصلح میرزایی به خاطر نظرات و راهنمایی‌هایشان، سرکار خانم مذهب‌دار مدیریت درمانگاه تخصصی، کارکنان محترم

منابع

- Afshar, H., Masaeli, N., Shayegan Nejad, V., & Asadolahi, GH. (2007). Positive and negative perfectionism in migrainus patients compaired with control group. *Armaghane Danesh Journal*, 12(4), 10-16.
- Alavizadeh, M.R., & Entezari, S. (2011). Brief reports of clinical researches. *Journal of psychological researches*, 14(1), 147-150.
- Cao, M., Zhang, S., Wang, K., Wang, Y., & Wang, W. (2002). Personality traits in migraine and tension-type headaches: A five-factor model study. *Psychopathology*, 35(4), 254-258.
- D'Amico, D., Libro, G., & Prudenzano, M. P. (2000). Stress and chronic headache. *The journal of headache and pain*, 1(1), S49-S52.
- Evans, R.W., & Mathew, N. T. (2000). *Hand book of headache*. lipincotte Williams & Wilkins. Philadelphia, 339-350.
- Frederick, G., & Freitag, D. (2007). The Cycle of Migrain: Patients' Quality of Life During and Between Migraine Attacks. *Clinical Therapeutics*, 29 (5), 939-949.
- Gatchel, R., & Truk, D. (1996). Psychological approaches to pain management: A practitioners handbook. Asghari Moghaddam, M. A., Najarian, B., Mohammadi, M. D., & Dehghani, M. Rooshd Publication.
- Gauthier, J. G., Ivers, H., & Carrier, S. (1996). Nonpharmacological approaches in the management of recurrent headache disorders and their comparison and combination with pharmacotherapy. *Clinical Psychology Review*, 16(6), 543-571.
- Garnefski, N., Koopman, H., Kraaij, V., & ten Cate, R. (2009). Brief report: Cognitive emotion regulation strategies and psychological adjustment in adolescents with a chronic disease. *Journal of adolescence*, 32(2), 449-454.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual differences*, 40(8), 1659-1669.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and*

- Individual differences, 30(8), 1311-1327.
- Garnefski, N., Teerds, J., Kraaij, V., Legerstee, J., & van den Kommer, T. (2004). Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: Differences between males and females. *Personality and Individual Differences*, 36(2), 267-276.
  - Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, Ph. (2002). Manual for the use of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: A Questionnaire Measuring Cognitive Coping Strategies. *Personality and Individual Differences*, 41 (6), 1045-1053.
  - Hamilton, N. A., Karoly, P., & Kitzman, H. (2004). Self-regulation and chronic pain: The role of emotion. *Cognitive therapy and research*, 28(5), 559-576.
  - Hamilton, N. A., Zautra, A. J., & Reich, J. (2007). Individual differences in emotional processing and reactivity to pain among older women with rheumatoid arthritis. *The Clinical journal of pain*, 23(2), 165-172.
  - Kachooyee, H., & Ameli, J. (2006). Contributing factors in migraine attacks: studying 300 patients. *Kowsar Medical Journal*, 11(3), 279-284.
  - Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1994). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry*. (7th . Ed.). Baltimore: Williams & Wilkins, 516-712.
  - Kolotylo, C. J., & Broome, M. E. (2000). Predicting disability and quality of life in a community-based sample of women with migraine headache. *Pain Management Nursing*, 1(4), 139-151.
  - Lipton, R. B., Stewart, W. F., & Von Korff, M. (1994). The burden of Migraine. A review of cost to society. *Pharmacoeconomics*, 6 (3), 215-220.
  - Luconi, R., Bartolini, M., Taffi, R., Vignini, A., Mazzanti, L., Provinciali, L., & Silvestrini, M. (2007). Prognostic significance of personality profiles in patients with chronic migraine. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 47(8), 1118-1124.
  - McRae, K., Ochsner, K. N., Mauss, I. B., Gabrieli, J. J., & Gross, J. J. (2008). Gender differences in emotion regulation: An fMRI study of cognitive reappraisal. *Group Processes & Intergroup Relations*, 11(2), 143-162.
  - Melzac, R. & Wall, P. D. (1965). *Pain mechanisms: A new theory*. Science, 50, 971-979.
  - Mirzaei, gh. (2002). A review of cammon migrain in girls high school and related fall in education in shahrekord region. *The Journal of Shahrekord University of Medical Sciences*, 5(4), 55-62.
  - Rezaei, A. A., Shamsaei, F., & Rezaei, N. (2006). Personality characteristics in patients with

migraine headaches. Pakistan Journal of Medical Sciences, 22(4), 480.

- Rhudy, J. L., Williams, A. E., McCabe, K. M., & Rambo, P. (2005). Affective modulation of nociception at spinal and supraspinal levels. *Psychophysiology*, 42(5), 579-587.

- Samani, S., & Sadeghi, L. (2010). Adequacy of psychometric indices of cognitive regulation of emotion inventory. *Journal of psychological methods and models*, 1(1), 51-62.

- Sajadinezhad, M., Mohamadi, N., & Ashjazadeh, N. (2009). Effect of cognitive-behavioral group therapy on perception of stressors in recurrent headache patients. *The Journal of Shahrekord University of Medical Sciences*, 11(2), 8-15.

- Stuart, G. W., & Laria, M. T. (1998). *Sturat and sundeen's pocket guide to psychiatric nursing* (4th. Ed.). Philadelphia, 2-20.

- Smith, T. R., Nicholson, R. A., & Banks, J. W. (2010). Migraine education improves quality of life in a primary care setting. *Headache*, 50(4), 12-600.

- Schwaiger, J., Kiechl, S., Stockner, H., Knoflach, M., Werner, P., Rungger, G., & Willeit, J. (2008). Burden of atherosclerosis and risk of venous thromboembolism in patients with migraine. *Neurology*, 71(12), 937-943.

- Toobayee, Sh., & Farashbandi, H. (2010). Investigating personality characteristics of patients with migraine. *Oroomieh Medical Journal*, 21(2), 280-285.

- Yousefi, F. (2003). Casual pattern of emotional intelligence, cognitive development, cognitive regulation and general health. Ph.D. dissertation in Shiraz University, faculty of Educational Sciences and Psychology.

- Yousefi, F. (2006). Studying the relationship between cognitive regulation strategies of emotion with depression and anxiety in student of talented schools. *Research on exceptional children*, 6(4), 871-892.