

مقایسه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در افراد مبتلا به سردرد میگرنی، سردرد تنشی و افراد بهنجار

آرزو حسینی*، فرهاد خرمایی**، فرهاد عصار زادگان***، امید حسامی****، محمدرضا تقوی*****

نوراله محمدی*****

* کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران. (نویسنده مسئول)

** استادیار دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

*** استادیار، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

**** استادیار، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

***** استاد دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

***** دانشیار دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

چکیده

تاریخچه:

دریافت: ۱۳۹۲/۱۰/۲۹

تجدیدنظر: ۱۳۹۳/۰۳/۲۵

پذیرش: ۱۳۹۳/۱۰/۰۹

هدف: سردرد هدف بزرگی برای مداخلات بهداشت عمومی به شمار می‌رود. از آنجاکه استرس و آشفتگی‌های هیجانی به‌عنوان عوامل راه‌انداز مهم در انواع سردرد مطرح هستند، بنابراین موضوع تنظیم هیجان می‌تواند به‌عنوان 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.

کلیدواژه‌ها:

تنظیم شناختی هیجان، میگرن، سردرد تنشی

روش: طی یک طرح علی-مقایسه‌ای دو گروه ۳۰ نفری از کلیه بیماران مبتلا به سردرد میگرنی و سردرد تنشی، مراجعه‌کننده به کلینیک نورولوژی بیمارستان امام حسین (ع) تهران با تشخیص نورولوژیست در چهارچوب ملاک‌های تشخیصی انجمن بین‌المللی سردرد به‌صورت در دسترس انتخاب و با گروه بهنجار هم‌تاسازی شدند. ابزار پژوهش پرسشنامه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بود. داده‌های پژوهش با استفاده از تحلیل واریانس چند متغیره و آزمون تعقیبی توکی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج نشان دادند که افراد مبتلا به سردرد میگرنی نسبت به گروه بهنجار از راهبردهای مثبت کمتری استفاده می‌کنند. 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.

نتیجه‌گیری: بدین‌صورت آموزش تنظیم هیجان با آگاه نمودن مبتلایان به سردرد از هیجان‌های مثبت و منفی خود و کمک به پذیرش و ابراز به‌موقع آن‌ها، می‌تواند سلامت روان آنان را ارتقاء بخشد، لذا آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان به این گروه پیشنهاد می‌شود.

The Comparison of Cognitive Emotion Regulation Strategies Among Patient With Migrain Headache, Tention Headache and Normal Individuals

* A. Hosseini, ** F.Khormae, *** F.Assarzadegan, **** O. Hesami, ***** M.R. Taghavi, ***** N. Mohammadi

* M.A in clinical Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran.

** Assistant Professor, Department of Clinical Psychology. Shiraz University, Shiraz, Iran.

*** Assistant Professor, Department of Neurology. Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

**** Assistant Professor, Deparetment of Neurology. Shahid Beheshti University. Tehran, Iran.

***** Professor, Department of Clinical Psychology. Shiraz University, Shiraz, Iran.

***** Assistant Professor, Department of Clinical Psychology. Shiraz University, Shiraz, Iran.

Abstract

Objective: The goal of this study was to compare facets of cognitive emotion regulation strategies in patient with migraine headache, tension headache and normal individuals.

Method: The design of this study was causal- comparative and statistical study population included all patients with migraine and tension headache referred to neurology clinic of Tehran Imam Hossein Hospital at May-December 2012. The sample of study included 30 patients with migraine headache, 30 patients with tension headache and 30 normal individuals. The instrument was Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ). The data was analyzed by MANOVA and HOC Tukey test.

Results: The results show that there are significant differences in facets of cognitive emotion regulation strategies among migraine headache, tension headache and normal individuals.

Article Information:

History:

Receipt: 2014/03/16

Revise: 2015/08/22

Acceptance: 2015/09/06

Keywords:

Cognitive emotion regulation, Migraine, Tension headache.

ضربان قلب و فشارخون تأثیر مستقیم دارد (اسکوینگر^۸، کیکل^۹ و استوکنز^{۱۰}، ۲۰۰۸). همچنین مشکلات روان‌شناختی در بین بیماران با سردردهای مزمن بسیار شایع است. درصد زیادی از بیماران با سردرد میگرنی و سردرد تنشی، افسردگی و اختلالات اضطرابی دارند (دی‌آمیگو^{۱۱}، لیبرو^{۱۲} و پرودنزانو^{۱۳}، ۲۰۰۰).

سردردهای تنشی^{۱۴} و میگرنی جمعاً دوسوم انواع مختلف سردرد را تشکیل می‌دهند (میرزایی، ۱۳۸۱) و این عارضه نهمین علت مراجعه به پزشک است (اوانز^{۱۵} و متیو^{۱۶}، ۲۰۰۰). از اواخر دهه ۱۹۷۰، درمان‌های روان‌شناختی در زمینه سردرد، مورد توجه قرار گرفته است (گاتی^{۱۷}، ایورس^{۱۸} و کریبر^{۱۹}، ۱۹۹۶) و مطالعات زیادی بر روی اثرات بیولوژیکی، محیطی، عوامل روان‌شناختی و اجتماعی بر حملات سردرد انجام گرفته است. نتایج این مطالعات مؤید ارتباط بین عوامل روان‌شناختی و شخصیتی این بیماران با سردرد است (طوبایی و فراشبندی، ۱۳۸۹). عمده‌ترین عاملی که به‌عنوان راه‌انداز سردرد، در بیماران مبتلا به میگرن و سردرد تنشی گزارش شده، استرس روان‌شناختی است و تحقیقات بسیاری این رابطه را تأیید کرده‌اند (کلوتیلو^{۲۰} و بروم^{۲۱}، ۲۰۰۲؛ طوبایی و فراشبندی، ۱۳۸۸؛ کچویی و عاملی، ۱۳۸۵). در حوزه ارتباط سردرد با استرس، در ابتدا تصور می‌شد که در

زندگی کردن با درد مزمن مستلزم تحمل فشار عاطفی قابل توجهی است. درد، توانایی‌های عاطفی و هیجانی فرد را کاهش می‌دهد و خواست مداوم فرد برای رهایی از آن در بیشتر اوقات دست‌نیافتنی 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^۱ و ترک^۲، ۱۳۸۱: ۲۷).

تحمل استرس و وجود سطحی از آسیب‌پذیری جسمانی و ژنتیک، فرد را نسبت به اختلالات روان‌تنی مستعدتر می‌سازد (استوارت^۳ و لاریا^۴، ۱۹۹۸). یکی از اختلالات روان‌تنی که ارتباط تنگاتنگی با استرس و فشارهای روانی دارد، سردرد است. سردرد عمومی‌ترین سندرم درد است (میرزایی، ۱۳۸۱).

سردرد شدید می‌تواند در نحوه انجام کار و زندگی فردی و اجتماعی افراد تأثیرگذار باشد و در طولانی‌مدت در کیفیت زندگی تأثیری منفی به‌جا بگذارد (لیپتون^۵، استوارت^۶ و ون‌کورف^۷، ۱۹۹۴). تحقیقات جدید انجام‌شده نشان می‌دهند که میگرن و سردرد خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی، انسداد و فشارخون را در افراد افزایش می‌دهند. محققان اعلام کرده‌اند که بیماری میگرن در افراد استرس و فشار زیادی ایجاد می‌کند و همین امر بر روی

12. Libro
13. Prudenzano
14. Headache Tension
15. Evans
16. Mathew
17. Gauthier
18. Ivers
19. Carrier
20. Kolotylo
21. Broome

1. Gatchel
2. Truk
3. Stuart
4. Laria
5. Lipton
6. Stewart
7. Von Korff
8. Schwaiger
9. Kiechl
10. Stockner
11. D' Amico

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 مشابه‌اند ولی فراوانی عوامل تنیدگی‌زای روزمره در این افراد بیش از سایرین است؛ یعنی این بیماران وقایع روزمره زندگی را مصیبت‌بار تلقی می‌کنند، این نکته از لحاظ روان‌شناختی حائز اهمیت بسیاری است، زیرا توان مقابله فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. برخی از محققین به نا مؤثر بودن راهبردهای مقابله‌ای مورداستفاده در این افراد اشاره کرده‌اند (فرناندز و شفیلد، ۱۹۹۶؛ مولر، ۲۰۰۲؛ کیوکیوچی و همکاران، ۲۰۰۳ به نقل از سجادی نژاد، محمدی و اشجع زاده، ۱۳۸۸).

پژوهش‌های بسیاری به‌وضوح نشان داده‌اند که عواطف نقش مهمی در برخورد با حوادث تنش‌زای زندگی دارد (ایزنبرگ، فایس، گاتری و رایز، ۲۰۰۰؛ گروس، ۱۹۹۸؛ گروس، ۱۹۹۹؛ تامپسون، ۱۹۹۴؛ به نقل از گارنفسکی^۱ و کرایچ^۲، ۲۰۰۶). از آنجاکه هر فردی در زندگی با حوادث و رویدادهای تهدیدآمیز و استرس‌زا روبه‌رو 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 به‌طوری‌که سردرد ۶۲/۹٪ واریانس مشترک با شیوه‌های مقابله با استرس، افسردگی و اضطراب

داشته است (کلوتیلو و بروم، ۲۰۰۲). 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. به عبارتی تنش‌های مزمن عصبی و فقدان مهارت‌های کارآمد برای مقابله با استرس ممکن است زمینه‌ساز بروز این‌گونه سردردها باشند (گارنفسکی، کوپمن^۳، کرایچ و کیت^۴، ۲۰۰۹).

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، کارایی شغلی و تحصیلی بهتر و به‌طورکلی با سلامت جسمی، مرتبط است. در مقابل مهارت ناکارآمد در تنظیم هیجان با بیماری روانی ارتباط دارد. روش‌های تنظیم هیجان نقشی برجسته در بسیاری از رویکردهای درمانی مانند رفتاردرمانی دیالکتیک^۵، درمان شناختی- رفتاری^۶، درمان مبتنی بر حل مسئله^۷، رفتاردرمانی عقلانی- هیجانی^۸، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۹ (علوی زاده و انتظاری، ۱۳۹۰) دارند.

به باور گارنفسکی و کرایچ (۲۰۰۶) راهبردهای تنظیم شناختی هیجان کنش‌هایی هستند که نشانگر راه‌های کنار آمدن فرد با شرایط استرس‌زا و یا اتفاقات ناگوار است. به باور گارنفسکی، کرایچ و اسپانیهون^{۱۰} (۲۰۰۱) افراد در مواجهه با تجارب و

6. Cognitive-behavior therapy
7. Problem-solving therapy
8. Rational emotive behavior therapy
9. Acceptance and commitment therapy
10. Spinhoven

1. Garnefski
2. Kraaij
3. Koopman
4. Cate
5. Dialectical behavior therapy

به سهولت تحت تأثیر هیجان‌ها قرار می‌گیرند، به‌گونه‌ای که هیجان‌های خوشایند عموماً منجر به کاهش درد می‌شوند، درحالی‌که 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، چنان‌که 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 (رادی^۱، ویلیامز^۲، مک کیب^۳ و رامبو^۴، ۲۰۰۵). از سوی دیگر نظریه دروازه کنترل (ملزاک^۵ و وال^۶، ۱۹۶۵) بر تأثیر عوامل روانی - اجتماعی بر فیزیولوژیک درد تأکید می‌کند. از نظر ملزاک و همکارانش (۱۹۶۵) در نخاع شوکی دروازه‌هایی وجود دارد که دروندادهای حس درد از تمامی نقاط بدن به آن‌ها می‌رسند و از این طریق این اطلاعات به مغز می‌رسد و در نتیجه شدت درد بیشتر ادراک می‌شود. در این میان عامل استرس، تنیدگی و هیجان‌ها منفی را به‌عنوان یکی از عوامل مؤثر بر باز شدن این دروازه‌ها معرفی می‌کنند.

مطالعات زیادی تفاوت‌های جنسیتی در استفاده از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان را بررسی کرده‌اند که از آن میان می‌توان به مطالعات گارنفسکی و کرایچ (۲۰۰۶)، گارنفسکی، تیردز^۷، کرایچ، لگرسته^۸ و کومر (۲۰۰۴)، یوسفی (۱۳۸۲) و یوسفی (۱۳۸۵) اشاره کرد. این مطالعات نشان دادند که زنان در راهبردهای نشخوار فکری و فاجعه

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؛ به‌طور مستقیم (از طریق تأثیر بر خلق) و به‌طور غیرمستقیم (از طریق تأثیر بر کوشش‌های مقابله‌ای) (گچل و ترک، ۱۳۸۱: ۴۴). 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 درد را فاجعه‌آمیز تلقی کنند. همچنین زمانی که این افراد در معرض محرک درد 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، ۱۹۹۶؛ به نقل از سجادی نژاد و همکاران، ۱۳۸۸).

در زمینه تأثیر هیجان‌ها بر تعدیل و تنظیم درد، بسیاری از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که نوسانات درد

5. Melzac
6. Wall
7. Teerds
8. Legerstee

1. Rhudy
2. Williams
3. McCabe
4. Rambo

نمی‌سازند (اسمیت^۴، نیکلسن^۵ و بنکس^۶، ۲۰۱۰) و این امر، به‌کارگیری روش‌های غیر دارویی در قالب مکمل‌های درمانی را بیش‌ازپیش آشکار می‌سازد و از سویی دیگر به‌کارگیری 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 تنظیم شناختی هیجان بین افراد مبتلا به میگرن و سردرد تنشی با گروه بهنجار وجود دارد؟ و آیا از نظر به‌کارگیری راهبردهای تنظیم شناختی 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 موردنظر شامل کلیه بیماران مبتلا به میگرن و سردرد تنشی مراجعه‌کننده به کلینیک نورولوژی بیمارستان امام حسین (ع) تهران در شش‌ماه نخست سال ۱۳۹۱ بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. این نمونه شامل دو گروه ۳۰ 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 ۳۳/۴۷ و انحراف استاندارد ۸/۲۰ با دامنه ۱۸-۵۰ سال، میانگین سن مردان ۳۲/۵۱ سال و انحراف استاندارد ۸/۰۳ با دامنه ۱۸-۴۸ سال و میانگین سن زنان ۳۴/۴۴ سال و انحراف استاندارد ۸/۳۴ با دامنه ۱۸-۵۰

سازی از مردان نمرات بالاتری داشتند و طبق پژوهش یوسفی (۱۳۸۵) مردان فقط در راهبرد مقصر دانستن دیگران از زنان نمرات بالاتری داشتند. در مطالعه رضایی، شمسایی و رضایی (۲۰۰۶) که با استفاده از تست MMPI انجام گرفت، نتایج نشان داد که زنان مبتلا به سردرد میگرنی در مقیاس‌های جسمانی سازی، هیستری و اختلال وسواس نمرات بالاتری داشتند، درحالی‌که در مردان میگرنی مقیاس‌های اضطراب، بی‌قراری و افسردگی نمرات بالاتر بود. همچنین نتایج تحقیق کائو^۱، زانگ^۲، وانگ^۳، وانگ و وانگ (۲۰۰۲) بر روی بیماران با سردرد تنشی و میگرنی مشخص کرد که مقیاس‌های 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 می‌یابد.

آنچه از نتایج مجموعه تحقیقات فوق استنباط می‌شود، این است که افراد مبتلا به سردردهای تنشی و میگرنی از نظر به‌کارگیری راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با افراد بهنجار متفاوت هستند، همچنین به‌واسطه ارتباط بین استرس و آشفتگی‌های هیجانی در بروز (گارفنسکی و همکاران، ۲۰۰۹) و شدت (کلوتیلو و بروم، ۲۰۰۲) سردردها، بررسی سبک‌ها و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در افراد مبتلا به میگرن و سردرد تنشی ضروری به نظر می‌رسد. از سویی مصرف داروها مستلزم هزینه از سوی بیماران است و داروهای موجود همیشه تسکین کامل یا کافی درد را برای بیماران فراهم

4. Smith
5. Nicholson
6. Banks

1. Cao
2. Zhang
3. Wang

این دو عامل مورد مطالعه قرار گرفت.

پایایی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۷۶ تا ۰/۹۲ به دست آمده است (گارنفسکی و همکاران ۲۰۰۲). در مطالعه‌ای دیگر، پایایی "راهبردهای مثبت"، "منفی" و "کل شناختی" با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برابر ۰/۹۱، ۰/۸۷ و ۰/۹۳ به دست آمده است (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۱). سامانی و صادقی (۱۳۸۹)، نیز دامنه ضریب پایایی برای خرده مقیاس‌های این پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ از ۰/۶۲ تا ۰/۹۱ 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 ۹ مؤلفه در مجموع حدود ۷۴ درصد واریانس کل نمونه را توضیح داده است (سامانی و صادقی، ۱۳۸۹).

در این پژوهش با توجه به هدف آن یعنی مقایسه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر اساس جنسیت (متغیر تعدیل‌کننده) 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 نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

مؤلفه‌های توصیفی متغیرهای مورد بررسی در این پژوهش، به تفکیک گروه‌ها، در جدول ۱، ارائه شده است.

سال بود. همچنین سطح تحصیلات آزمودنی‌ها در این سه گروه شامل زیر دیپلم ۲۸/۸۸٪، دیپلم ۴۱/۱۱٪، فوق‌دیپلم ۱۰٪، فوق‌لیسانس ۱۱/۱۱٪ و دکترا ۳/۳۳٪ بوده است. کلیه افراد پرسشنامه حاوی متغیرهای اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان (CERQ)^۱ 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)^۲ 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 ۳۶ گویه و سنجش ۹ عامل برای ارزیابی نحوه تفکر افراد بعد از تجربه رخداد‌های تهدیدکننده یا استرس‌زای زندگی طراحی شده است (گارنفسکی، کرایچ و اسپینهوون، ۲۰۰۲). در مطالعه سامانی و صادقی (۱۳۸۹) در تحلیل عامل مرتبه دوم بر روی عوامل اولیه پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان، دو عامل کلی به نام‌های راهبردهای مثبت (توسعه چشم‌انداز، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مثبت و برنامه‌ریزی کردن) و راهبردهای منفی (سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوار فکری، تلقی فاجعه‌آمیز و پذیرش) در تنظیم هیجان حاصل گردید که در این مطالعه

2. International Headache Society

1. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire

جدول ۱. مؤلفه‌های توصیفی مربوط به راهبردهای مثبت و منفی در افراد با سردرد میگرنی، تنشی و بهنجار

متغیر	میگرنی		سردرد تنشی		بهنجار	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
راهبردهای مثبت	۴۷/۷۶	۱/۲۵	۴۹/۲۰	۱/۲۸	۵۶/۱۰	۱/۰۰
راهبردهای منفی	۵۴/۶۳	۱/۱۸	۵۲/۳۶	۹/۴۸	۵۲/۳۳	۱/۱۳

نتایج مربوط به آزمون MANOVA برای بزرگ‌ترین ریشه روی^۱ و $F = ۴/۳۹$ تفاوت راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با آزمون معناداری را بین گروه‌ها نشان داد.

جدول ۲. نتایج آزمون تحلیل واریانس تفاوت مؤلفه‌های راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بین گروه‌های

میگرنی، تنشی و بهنجار

شاخص	SS	df	MS	F	Sig
گروه‌ها	۱۱۹۱/۰۸	۲	۵۹۵/۵۴	۴/۲۱	۰/۰۱
راهِبردهای مثبت					
راهِبردهای منفی	۱۰۴/۲۸	۲	۵۲/۱۴	۰/۴۳	۰/۶۴
تعامل	۱۰۳۶/۸۲	۲	۵۱۸/۴۱	۳/۸۹	۰/۰۲
جنسیت و گروه‌ها	۷۳۳/۶۲	۲	۳۶۶/۸۱	۳/۲۱	۰/۰۴
راهِبردهای مثبت					
راهِبردهای منفی					

$P < ۰/۰۵$

نتایج آزمون تحلیل واریانس (جدول ۲) نشان می‌دهد که سه گروه در راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان تفاوت معنادار داشتند. همچنین تعامل بین جنسیت و گروه‌ها معنادار بوده است این تفاوت‌ها در آزمون توکی نمرات کمتری را در مؤلفه راهبردهای مثبت برای گروه میگرنی نسبت به بهنجار نشان داد.

جدول ۳. تفاوت میانگین مربوط به تعامل جنسیت و گروه‌ها

گروه	میگرن	سردرد تنشی	بهنجار
زنان	۵۸/۲۰	۵۴/۷۳	۴۹/۳۳
راهِبردهای منفی			
راهِبردهای مثبت	۵۱/۴۶	۴۵/۳۳	۵۹
مردان	۵۱/۰۶	۵۰	۵۵/۳۳
راهِبردهای منفی			
راهِبردهای مثبت	۴۴/۰۶	۵۳/۰۶	۵۳/۲۰

از (جدول ۳) 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

1. Roy's largest root

راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان در افراد مبتلا به سردرد می‌گرنی بهره جست. از میان این ویژگی‌های شخصیتی می‌توان به درون‌نگری (لوکونی^۲، بارتولینی^۳، تافی^۴، ویگینی^۵، مزانتی^۶، پرووینسیالی^۸ و سیلوسترینی^۹، ۲۰۰۷)، تلاش برای کنترل بیش‌ازحد هیجان‌ها (همیلتون^{۱۰}، زاترا^{۱۱} و رایش^{۱۲}، ۲۰۰۷)، شخصیت وسواسی و پرخاشگر (کاپلان^{۱۳} و سادوک^{۱۴}، ۱۹۹۴)، کمال‌گرایی (افشار، مسائلی، شایگان نژاد و اسد الهی، ۱۳۸۶) اشاره کرد. با توجه به وجود این ویژگی‌های شخصیتی در افراد می‌گرنی و با توجه به شدت اختلال در عملکردی که حملات سردرد در این گروه ایجاد می‌کند می‌توان نتیجه گرفت که مبتلایان به میگرن از راهبردهای مثبت کمتری در مواجهه با سردرد خود استفاده می‌کنند. لذا نظم‌بخشی هیجانی ناسازگارانه می‌تواند 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 می‌کنند. این یافته با نتایج تحقیق گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۴)، گارنفسکی و کرایچ (۲۰۰۶) و یوسفی (۱۳۸۲) ناهمخوان و با تحقیق یوسفی (۱۳۸۵) همخوان است. در این تحقیقات زنان در راهبردهای منفی از مردان نمرات بالاتر داشتند. در تحقیق یوسفی (۱۳۸۵) نشان داده

بالاتری کسب کرده‌اند و زنان گروه بهنجار در راهبردهای مثبت از مردان گروه بهنجار نمرات بالاتری به دست آورده‌اند.

نتیجه‌گیری 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 کمتری در تنظیم شناختی هیجان‌های خود استفاده می‌کنند. این یافته با نتیجه تحقیق فردریک^۱ و فریتاگ^۲ (۲۰۰۷) 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 ۲ هفته بعد پیش‌بینی می‌کند و میگرن با آشفتگی‌های هیجانی و راهبردهای مقابله‌ای که در زندگی اجتماعی و شغلی افراد اختلال ایجاد می‌کنند مرتبط است، همچنین مطالعه ویتروک و آکستاد، ۱۹۹۶ به نقل از سجادی نژاد و همکاران، ۱۳۸۸ نشان داد که افراد مبتلا به سردرد بیشتر از راهبردهای غیر انطباقی مثل کناره‌گیری، اجتناب، خود انتقادگری استفاده می‌کنند و بیشتر گرایش دارند که محرک درد را فاجعه‌آمیز تلقی کنند. از سویی دیگر یکسری مؤلفه‌های زمینه‌ساز شخصیتی برای بروز سردرد در افراد میگرنی وجود دارد که از این موضوع می‌توان در تبیین استفاده کمتر از

8. Provinciali
9. Silvestrini
10. Hamilton
11. Zutra
12. Reich
13. Kaplan
14. Sadock

1. Frederick
2. Freitag
3. Luconi
4. Bartolini
5. Taffi
6. Vignini
7. Mazzanti

شد که زنان در راهبردهای مثبت، منفی و کل شناختی از مردان نمرات بالاتری داشتند. برای تبیین این موضوع می‌توان به تفاوت‌های فیزیولوژیک مغز زنان و مردان اشاره کرد. تفاوت‌های فیزیولوژیکی مغز زنان و مردان در پژوهش مکرای^۱، اجنر^۲، ماوس^۳، گابریلی^۴ و گراس^۵ (۲۰۰۸) نشان داد که مردان از تنظیم رو به پایین در برخورد با هیجان‌های منفی استفاده می‌کنند و بدین طریق از شدت هیجان منفی خود به‌طور کمی می‌کاهند و این موضوع باعث فعالیت کمتر مغزی در قسمت آمیگدال (منطقه مربوط به باز ارزیابی) و لوب پیش پیشانی (منطقه مربوط به تنظیم شناختی هیجان‌ها) در مردان می‌گردد. هرچه مناطق پیش پیشانی فعالیت کمتری داشته باشند، بدین معنی 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 به‌صورت آسان‌تر انجام می‌دهند. درحالی‌که زنان به‌طور کیفی هیجان‌های منفی خود را از طریق افزایش هیجان‌های مثبت خشی می‌کنند، بدین‌صورت که زنان دامنه بیشتری از هیجان‌های مثبت تولید را می‌کنند تا از شدت هیجان‌های منفی خود بکاهند، به‌طور مثال زنان از شوخ‌طبعی به‌عنوان یک راهبرد برای تنظیم هیجان منفی خود استفاده می‌کنند. لذا با استناد به تفاوت مغزی در زنان و مردان می‌توان انتظار داشت که مردان به‌هنگام مواجهه با هیجان‌ها منفی کار کمتری روی آن‌ها صورت می‌دهند و با سرعت بیشتری به خودتنظیمی می‌رسند.

به‌طور خلاصه یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که خودتنظیمی به‌عنوان یکی از عواملی است که می‌تواند در بروز سردردهای افراد مبتلا مؤثر باشد. افراد مبتلا به سردرد از طریق تنظیم هیجان‌های خود به‌واسطه ارتباط بین درد و هیجان قادر خواهند بود از سوگیری در پردازش اطلاعات که منجر به تجربه هیجان‌های منفی می‌شود ممانعت کرده و به‌صورت کارآمدتر با بیماری خودسازگار شوند، همیلتون^۶، کارولی^۷ و کیتزمن^۸ (۲۰۰۴)، در این راستا اشاره کرده‌اند که ظرفیت افراد برای خودتنظیمی هیجان‌هایشان ممکن است تفاوت کلیدی آن‌ها در تحمل درد و رنج باشد که به‌واسطه 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 سبب‌شناسی و طراحی مداخلات درمانی اشاره کرد. ازجمله 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 به‌عنوان مکمل درمان دارویی در جهت کنترل هر چه بیشتر حملات سردرد و بهبود کیفیت زندگی بیماران استفاده گردد.

از آنجاکه سردرد از نظر سبب‌شناسی چندعاملی است و عوامل روان‌شناختی نظیر اختلالات افسردگی

5. Gross
6. Hamilton
7. Karoly
8. Kitzman

1. McRae
2. Ochsner
3. Mauss
4. Gabrieli

شناختی هیجان به این گروه پیشنهاد می‌شود.

تشکر و قدردانی

از جناب آقای مصلح میرزایی به خاطر نظرات و راهنمایی‌هایشان، سرکار خانم مذهب‌دار مدیریت درمانگاه تخصصی، کارکنان محترم بیمارستان امام حسین (ع) و همچنین کلیه بیمارانی که صبورانه در این پژوهش شرکت کردند تشکر و قدردانی می‌شود.

و اضطراب (کائو، زانگ، وانگ، وانگ و وانگ، ۲۰۰۲)، ویژگی‌های شخصیتی (رضایی و شمسیای و رضایی، ۲۰۰۶)، مهارت‌های مقابله با استرس (کلوتیلو و بروم، ۲۰۰۲) 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

References:

- 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, G.H. (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, S.h. & 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.