

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

راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بود. داده‌های پژوهش با استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیره و آزمون تعقیبی توکی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. 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. بدین صورت آموزش تنظیم هیجان با آگاه نمودن مبتلایان به سردرد از هیجان‌های مثبت و منفی خود و کمک به پذیرش و ابراز به موقع آنها، می‌تواند سلامت روان آنان را ارتقاء بخشد، لذا آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان به این گروه پیشنهاد می‌شود.

کلید واژگان: تنظیم شناختی هیجان، میگرن، سردرد تنشی

سردرد هدف بزرگی برای مداخلات بهداشت عمومی به شمار می‌رود. از آنجا که استرس و آشفتگی‌های هیجانی به عنوان عوامل راه انداز مهم در انواع سردرد مطرح هستند، بنابراین موضوع تنظیم هیجان می‌تواند به عنوان عاملی در سازگاری و کنترل مؤثر این اختلال مطرح باشد. هدف پژوهش حاضر، بررسی و مقایسه راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان در زنان و مردان مبتلا به سردرد میگرنی، سردرد تنشی و افراد بهنجار بود. طی یک طرح علی-مقایسه‌ای 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 ملاک‌های تشخیصی انجمن بین‌المللی سردرد به صورت در دسترس انتخاب و با گروه بهنجار هم‌تاسازی شدند. ابزار پژوهش پرسشنامه

The Comparison of Cognitive Emotion Regulation Strategies Among Patient With Migraine Headache, Tension Headache and Normal Individuals

The goal of this study was to compare facets of cognitive emotion regulation strategies in patient with migraine headache, tension headache and normal individuals. 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. The results show that there are significant differences in facets of cognitive emotion regulation strategies among migraine headache, tension headache and normal individuals.

Key Words: Cognitive emotion regulation, Migraine, Tension headache.

است. درصد زیادی از بیماران با سردرد میگرنی و سردرد تنشی، افسردگی و اختلالات اضطرابی دارند (دی‌امیکو^{۱۱}، لیبرو^{۱۲} و پرودنزانو^{۱۳}، 2000).

سردردهای تنشی^{۱۴} و میگرنی جمعاً دو سوم انواع مختلف سردرد را تشکیل می‌دهند (میرزایی، 1381) و این عارضه نهمین علت مراجعه به پزشک میباشد (اوانز^{۱۵} و متیو^{۱۶}، 2000). از اواخر دهه 1970، درمان‌های روانشناختی در زمینه سردرد، مورد توجه قرار گرفته است (گاتی^{۱۷}، ایورس^{۱۸} و کریپر^{۱۹}، 1996) و مطالعات زیادی بر روی اثرات بیولوژیکی، محیطی، عوامل روان شناختی 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، 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^{۲۰} و بروم^{۲۱}، 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 استرس زا فراوانتر از افراد عادی است، اما تحقیقات بعدی نشان داد که این بیماران در مقایسه با گروه کنترل در وقایع استرس زای عمده زندگی مشابهند ولی فراوانی عوامل تنیدگی‌زای 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

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 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^۱ و ترک^۲، 1381: 27).

تحمل استرس و وجود سطحی از آسیب پذیری جسمانی و ژنتیک، فرد را نسبت به اختلالات روانتنی مستعدتر میسازد (استوارت^۳ و لاریا^۴، 1998). یکی از اختلالات روانتنی که ارتباط تنگاتنگی با استرس و فشارهای روانی دارد، سردرد است. سردرد عمومی‌ترین سندرم درد میباشد (میرزایی، 1381).

سردرد 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^۵، استوارت^۶ و ون - کورف^۷، 1994). تحقیقات جدید انجام شده نشان می‌دهند که میگرن و سردرد خطر ابتلا به بیماریهای قلبی، انسداد و فشار خون را در افراد افزایش می‌دهند. محققان اعلام کرده‌اند که بیماری میگرن در افراد استرس و فشار زیادی ایجاد میکند و همین امر بر روی ضربان قلب و فشار خون تأثیر مستقیم دارد (اسکوگر^۸، کیکل^۹ و استوکنر^{۱۰}، 2008). همچنین مشکلات روانشناختی در بین بیماران با سردردهای مزمن بسیار شایع

11. D' Amico
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

محققین به نام‌آور 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 (ایزنبرگ، فایس، گاتری و رایرز، 2000؛ گروس، 1998؛ گروس، 1999؛ تامپسون، 1994؛ به نقل از گارنفسکی¹ و کرایج²، 2006). از آنجا که هر فردی در زندگی با حوادث و رویدادهای تهدیدآمیز و استرس‌زا 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، کوپمن³، کرایج و کیت⁴، 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، کارایی شغلی و تحصیلی بهتر و به طور کلی 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 دیالکتیک⁵، درمان شناختی-رفتاری⁶، درمان مبتنی بر حل مسئله⁷، رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی⁸، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد⁹ (علوی زاده زاده و انتظاری، 1390) دارند.

به باور گارنفسکی و کرایج (2006) راهبردهای تنظیم شناختی هیجان کنشهایی هستند که نشانگر راههای کنارآمدن فرد با شرایط استرس‌زا و یا اتفاقات ناگوار است. به باور گارنفسکی، کرایج و اسپانیهون¹⁰ (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 کنارگیری، 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

5. Dialectical behavior therapy
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

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 حالیکه 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 (رادی^۱، ویلیامز^۲، مک کیب^۳ و رامبو^۴، 2005). از سوی دیگر نظریه دروازه کنترل (ملزاک^۵ و وال^۶، 1965) بر تأثیر عوامل روانی- اجتماعی بر فیزیولوژیک درد تأکید میکند. از نظر ملزاک و همکارانش (1965) در نخاع شوکی دروازه - هایی وجود دارد که درون‌داده‌های 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، تنبذگی و هیجان‌ها منفی را به عنوان 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 (2006)، گارنفسکی، تیردز^۷، کرایچ، لگرسته^۸ 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 (2006) که با استفاده از تست MMPI انجام گرفت، نتایج نشان داده شد که زنان مبتلا به سردرد میگرنی در مقیاس‌های جسمانی سازی، هیستریا و اختلال وسواس نمرات بالاتری داشتند، در حالی که در مردان میگرنی مقیاس‌های اضطراب، بی‌قراری و افسردگی نمرات بالاتر بود. همچنین نتایج تحقیق کائو^۹، زانگ^{۱۰}، وانگ^{۱۱}، وانگ و وانگ (2002) 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 به کارگیری راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با افراد بهنجار متفاوت هستند، همچنین به واسطه ارتباط بین استرس و آشفتگی‌های هیجانی در بروز (گارنفسکی و همکاران، 2009) و شدت (کلوتیلو و بروم، 2002) 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 نمی‌سازند (اسمیت^{۱۲}، نیکلسن^{۱۳} و بنکس^{۱۴}، 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

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

9. Cao
10. Zhang
11. Wang
12. Smith
13. Nicholson
14. Banks

مراقبت و درمان خود نقش فعالی داشته باشند و به کنترل مؤثرتر بیماری می انجامد. لذا لزوم پاسخ به این پرسش ها احساس می شود 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 به کارگیری راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بین زنان و مردان مبتلا تفاوتی وجود دارد؟

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش: این پژوهش از نوع پژوهش های علی - مقایسه ای است. جامعه مورد نظر شامل کلیه بیماران مبتلا به میگرن و سردرد تنشی مراجعه کننده به کلینیک نورولوژی بیمارستان امام حسین (ع) تهران در شش ماهه نخست سال 1391 بودند که به روش نمونه گیری 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 همسازی شدند. میانگین سنی کل آزمودنی ها 33/47 و 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)¹ 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 ملاک های تشخیصی انجمن بین المللی سردرد (IHS)²

(IHS)² به محقق در اتاقی مجزا ارجاع داده می شد. از شرکت کننده مجدداً رضایت نامه کتبی برای شرکت در پژوهش اخذ می شد و از وی خواسته می شد 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 بعد از تجربه رخدادها، تهدید کننده یا استرسزای زندگی طراحی شده است (گارنفسکی، 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 نام های 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 (گارنفسکی و همکاران (2002). در مطالعه های 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 (گارنفسکی و همکاران، 2001). سامانی و صادقی (1389)، نیز دامنه ضریب پایایی برای خرده مقیاسهای این پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ از 0/62 تا 0/91 گزارش کرده اند. روایی سازه این آزمون نیز با استفاده از تحلیل عاملی به روش مؤلفه های اصلی همراه با چرخش واریانس به دست آمده است و 9 مؤلفه در مجموع حدود 74 درصد واریانس کل نمونه را توضیح داده است (سامانی و صادقی، 1389).

1. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire

2. International Headache Society

بهنجار)، از روش آماری تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) و آزمون تعقیبی توکی استفاده شد. داده ها در نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

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

یافته‌ها

مؤلفه های توصیفی متغیرهای مورد بررسی در این پژوهش، به تفکیک گروه ها، در جدول 1، ارائه شده است.

نتایج مربوط به آزمون MANOVA برای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با آزمون بزرگترین ریشه روی $F = 4/39$ و تفاوت معناداری را بین گروه ها 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 این تفاوت ها در آزمون توکی نمرات کمتری را در مؤلفه راهبردهای مثبت برای گروه میگرنی نسبت به بهنجار نشان داد.

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.

شخصیت و سواسی و پرخاشگر (کاپلان^{۱۳} و سادوک^{۱۴}، 1994)، کمالگرایی (افشار، مسانلی، شایگان نژاد و اسدالهی، 1386) 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 میکنند میتوان نتیجه گرفت که مبتلایان به میگرنی از راهبردهای مثبت کمتری در مواجهه با سردرد خود استفاده میکنند. لذا نظم بخشی 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 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 میتوان به تفاوتهای فیزیولوژیک مغز زنان و مردان اشاره کرد. تفاوتهای فیزیولوژیکی مغز زنان و مردان در پژوهش مکرای^{۱۵}، اچنر^{۱۶}، ماوس^{۱۷}، گابریلی^{۱۸} و گراس^{۱۹} (2008) نشان داد که مردان از تنظیم رو به پایین در برخورد با هیجانهای منفی استفاده میکنند و بدین طریق از شدت

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 میگرنی 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 (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 میگرنی با آشفتگی های هیجانی و راهبردهای مقابلهای که در زندگی اجتماعی و شغلی افراد اختلال ایجاد میکنند مرتبط است، همچنین مطالعه ویتروک و آکستاد، 1996 به نقل از سجادی نژاد و همکاران، 1388 نشان داد که افراد مبتلا به سردرد بیشتر از راهبردهای غیر انطباقی مثل کنارگیری، اجتناب، خود انتقادگری استفاده میکنند و بیشتر گرایش دارند که محرک دردزا را فاجعه آمیز تلقی کنند. از سویی دیگر یکسری مؤلفههای 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 ویژگیهای شخصیتی میتوان به درون نگری (لوکونی^۳، بارتولینی^۴، تافی^۵، ویگینی^۶، مزانتی^۷، پرووینسیالی^۸ و سیلوسترینی^۹، 2007)، تلاش برای کنترل بیش بیش از حد هیجانها (همیلتون^{۱۰}، زاترا^{۱۱} و رایش^{۱۲}، 2007)،

1. Frederick
2. Freitag
3. Luconi
4. Bartolini
5. Taffi
6. Vignini
7. Mazzanti
8. Provinciali
9. Silvestrini
10. Hamilton
11. Zautra

12. Reich
13. Kaplan
14. Sadock
15. McRae
16. Ochsner
17. Mauss
18. Gabrieli
19. Gross

هیجان منفی خود بطور کمی می‌کاهند و این موضوع باعث فعالیت کمتر مغزی در قسمت آمیگدال (منطقه مربوط به بازاریابی) 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 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 سردرد های 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، همیلتون¹، کارولی² و کیتزمن³ (2004)، در این راستا اشاره کرده‌اند که ظرفیت افراد برای خود تنظیمی هیجان‌هایشان ممکن است تفاوت 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

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.

1. Hamilton
2. Karoly
3. Kitzman

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, 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.