Journal of Anesthesiology and Pain Autumn 2021, Vol 12, NO 3



Evaluation the Contribution of Cognitive Emotion Regulation Strategies and Alexithymia in Prediction of Pain Indices in Patients with Migraine

Amineh Banaeian[1], Sheida Jabalameli[2*]

1. *Master of Clinical Psychology, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran*
2. *Assistant Professor, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran*

ABSTRACT

Aims and background: Migraine is a common, painful and debilitating in severe and chronic cases. Therefore, identifying migraine-related factors is essential to reduce the problems associated with it. Therefore, the aim of this study was to predict pain indices based on cognitive emotion regulation strategies and alexithymia in women with migraine in Isfahan.

Materials and Methods: The research design was descriptive and correlational. The statistical population of the study included all women who referred to the neurology clinic of Khorshid Hospital in Isfahan in the second half of 1397 and received a diagnosis of migraine based on the opinion of a neurologist. To conduct this study, 100 people were selected through purposive sampling method and asked them to complete the Headache Indices Scale, Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) and Toronto Alexithymia Scale (FTAS-20).

Results: The results showed that there was a relationship between cognitive emotion regulation strategies and alexithymia with pain indices in women with migraine and subscales of cognitive emotion regulation strategies respectively with Beta coefficients 0.498, 0, 0.304, 0.383, 0.540, -0.581, -0.473, -0.525, -0.540 and -0.410; and alexithymia and its components, respectively, with Beta coefficients of 0.544, 0.55, 0.47, and 0.33 were significant predictors of pain symptoms in women with migraine ($P < 0.01$).

Conclusion: According to the obtained results as the prediction of pain indicators based on cognitive emotion regulation strategies and alexithymia, it is possible to reduce pain symptoms in people with migraines by providing timely and appropriate interventions and training to improve cognitive emotion regulation strategies and reduction of alexithymia.

Keywords: Migraine, Alexithymia, Cognitive Emotion Regulation Strategies, Pain Symptoms

Please cite this paper as:

Banaeian A, Jabalameli SH[Evaluation the Contribution of Cognitive Emotion Regulation Strategies and Alexithymia in Prediction of Pain Indices in Patients with Migraine(Persian)]. J Anesth Pain 2021;12(3):1-15.

Corresponding Author: Sheida Jabalameli, Assistant Professor, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran
Email: Jabalameli.Sh@gmail.com

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-12]

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۱۲، شماره ۳، پاییز ۱۴۰۰

بررسی سهم راهبردهای نظم دهی شناختی هیجان و ناگویی هیجانی در پیش‌بینی مؤلفه‌های سردرد در مبتلایان به میگرن

امینه بنائیان[۱]، شیدا جبل عاملی[۲*]

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران
۲ . استادیار، گروه روانشناسی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۲/۱۵ **تاریخ بازبینی: ۱۴۰۰/۵/۳۰** **تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۶/۲۵**

چکیده

زمینـــه و هـــدف: میگـرن یـک بیمـاری شـایع، دردنـاک و ناتوان‌کننـده اسـت. بنابرایـن شناسـایی عوامـل مرتبـط بـا میگـرن جهـت کاهـش مشـکلات مرتبـط بـا آن ضـروری اسـت. از اینـرو هـدف پژوهـش حاضـر پیش‌بینـی مولفه‌هـای سـردرد بـر اسـاس راهبردهـای نظم‌دهـی شـناختی هیجـان و ناگویـی هیجانـی در مبتلایـان بـه میگـرن بـود.

مـواد و روش‌هـا: طـرح پژوهـش توصیفـی و از نـوع همبسـتگی بـود. جامعـه آمـاری پژوهـش شـامل زنـان مبتـلا بـه میگـرن شـهر اصفهـان در سـال ۱۳۹۷ بـود کـه تعـداد ۱۰۰ نفـر از آنـان از طریـق روش نمونه‌گیـری هدفمنـد انتخـاب شـدند و بـه مقیـاس شـاخص‌های سـردرد، مقیـاس تنظیـم شـناختی هیجانـی(CERQ) و مقیـاس ناگویـی هیجانـی تورنتـو(FTAS -20) پاسـخ دادنـد. داده‌هـا بـا اسـتفاده از نرم‌افـزار SPSS-23 و روش همبسـتگی پیرسـون و رگرسـیون گام بـه گام مـورد تحلیـل قـرار گرفـت.

یافته‌هـا: نتایـج حاصـل از ضریـب همبسـتگی پیرسـون نشـان داد کـه بیـن راهبردهـای نظم‌دهـی شـناختی هیجـان و ناگویـی هیجانـی و زیرمقیاس‌هـای آن بـا مولفه‌هـای سـردرد (نمـره کلـی سـردرد و همچنیـن شـدت، پریشـان‌کنندگی، تعـداد دفعـات و متوسـط طـول مـدت سـردرد) در مبتلایـان بـه میگـرن رابطـه وجـود دارد (P<۰/۰۱). همچنیـن راهبردهـای نظم‌دهـی شـناختی هیجـان (خـود سرزنشـگری، دیگـر سرزنشـگری، تمرکـز بـر فکـر نشـخوارگری، فاجعه‌نمایـی، کم‌اهمیـت شـماری، تمرکـز مجـدد مثبـت، ارزیابـی مجـدد مثبـت، پذیـرش و تمرکـز مجـدد برنامه‌ریـزی) بـه ترتیـب بـا ضرایـب بتـای ۰/۴۹۸، ۰/۳۰۴، ۰/۳۸۳، ۰/۵۴۰، ۰/۵۸۱-، ۰/۴۷۳-، ۰/۵۲۵-، ۰/۵۴۰- و ۰/۴۱۰- و ناگویـی هیجانـی و مولفه‌هـای آن (دشـواری در شناسـایی احساسـات، دشـواری در توصیـف احساسـات و تفکـر بـرون مـدار) نیـز بـه ترتیـب بـا ضرایـب بتـای ۰/۵۴۴، ۰/۵۵، ۰/۴۷ و ۰/۳۳ پیش‌بینی‌کننده‌هـای معنـادار مولفه‌هـای سـردرد در مبتلایـان بـه میگـرن بودنـد (P<۰/۰۱).

نتیجه‌گیـری: بـا توجـه بـه نتایـج بـه دسـت آمـده، می‌تـوان بـا ارائـه آموزش‌هـای مناسـب، بـه افزایـش راهبردهـای نظم‌دهـی شـناختی هیجـان و کاهـش ناگویـی هیجانـی و بـه مـوازات آن، بـه بهبـود مولفه‌هـای سـردرد در افـراد مبتـلا بـه میگـرن کمـک نمـود.

واژه‌های کلیدی: میگرن، ناگویی هیجانی، راهبردهای نظم‌دهی شناختی هیجان، مولفه‌های سردرد

مقدمه

میگـرن یـک بیماری شـایع، دردنـاک و در مواردی شـدید، مزمن و ناتوان‌کننـده اسـت کـه با حمـلات مکـرر، یکطرفـه و ضربان‌دار بـا شـدت متوسـط تـا شـدید مشـخص شـده و در آن احسـاس

نویسنده مسئول: شیدا جبل عاملی، استادیار، گروه روانشناسی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران
پست الکترونیک: Jabalameli.Sh@gmail.com

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-12]

سرگیجه و گاهی با تهوع، حساسیت به نور و صدا همراه و در سطوح متفاوت ناتوانی مشاهده می‌شود[۱]. میگرن اختلالی شایع است و در حدود ۱۰ تا ۲۰ درصد افراد در سراسر جهان را تحت تأثیر قرار می‌دهد[۲]. براساس اعلام سازمان بهداشت جهانی (WHO)، حدود ۳۰۳ میلیون نفر در جهان تحت جهانی تأثیر میگرن قرار دارند[۳]. بیشتر حملات میگرنی در دوران بلوغ آغاز می‌شود و افراد بین ۳۵ تا ۴۵ سال را تحت تاثیر قرار می‌دهد. شیوع میگرن در زنان در مناطق مختلف جهان بین ۵ تا ۲۵درصد و بیشتر از مردان است[۴].

در بیان سبب‌شناسی میگرن قابل ذکر است که بسیاری از افراد مبتلا به این بیماری تاریخچه‌ای خانوادگی از این سردردها دارند، اما معلوم نیست که این امر به وراثت یا تجارب مشترک اشاره داشته باشد[۵]. بطور کلی سردردهای میگرنی تحت تأثیر عوامل مختلفی از جمله عوامل شناختی، شخصیتی، خانوادگی و سیستمی قرار دارند[۶]. از لحاظ آسیب‌شناسی روانی، بیمارانی که مبتلا به اختلالات جسمانی مانند سردرد هستند، اغلب به جنبه‌های روان‌شناختی آن‌ها توجه نمی‌کنند، این در حالی است که عوامل بیولوژیکی به‌تنهایی نمی‌توانند آسیب‌پذیری نسبت به تجربه سردرد را تبیین نمایند، بلکه عوامل روانی- اجتماعی نیز به‌عنوان یک عامل برانگیزاننده سردرد شناخته شده‌اند[۱]. بر اساس یافته‌های پژوهشی و مشاهدات بالینی، یکسری ویژگی‌های روان‌شناختی برای افراد مبتلا به میگرن گزارش شده است که مهم‌ترین آن‌ها عبارتند از: اضطراب، افسردگی[۷]، کمال‌گرایی، جاه‌طلبی، نظم و دقت افراطی در فعالیت‌های روزمره و حساسیت افراطی به مسائل زندگی [۸]. در همین رابطه، یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهند که افراد مبتلا به میگرن الگویی از سرزنش و عیب‌جویی افراطی از خود و دیگران و خشم و پرخاشگری را نشان می‌دهند[۹]. همچنین بر اساس یافته‌های برخی پژوهشگران، بعضی از خطاهای شناختی و هیجانی نیز می‌توانند بر ادراک درد، پریشانی عاطفی و ناتوانی حاصل از سردرد اثر بگذارند[۱۰] که یکی از این خطاها، ناگویی هیجانی در افراد مبتلا به میگرن است[۱۱]. ناگویی هیجانی ساختار چندبعدی است و متشکل از دشواری در شناسایی احساسات، تمایز بین احساسات و هیجان فیزیکی مرتبط با انگیختگی عاطفی، قدرت تجسم محدود و دشواری در توصیف احساسات می‌باشد[۱۲]. این مشخصه‌ها که سازه ناگویی هیجانی را تشکیل می‌دهند بیانگر نقایصی در پردازش شناختی و تنظیم هیجانات می‌باشند[۱۳]. با توجه به نقایص شناختی و عاطفی، چنین فرض می‌شود که ناگویی هیجانی می‌تواند با شاخص‌های سلامت، به‌طورکلی و با مشکلات جسمانی و پزشکی به‌طور خاص رابطه داشته باشد. در همین راستا پژوهشگران دریافته‌اند ناگویی هیجانی با تعدادی از مشکلات جسمانی مانند مسائل مرتبط با فشارخون اولیه، ابعاد مربوط به درد و ... ارتباط دارد[۱۴].

علاوه بر این، از آنجا که عوامل هیجانی نقش مؤثری در شاخص‌های درد در بروز میگرن دارند، بنابراین به نظر می‌رسد متغیر اثرگذار دیگر بر درد در افراد مبتلا به سردرد میگرنی، راهبردهای تنظیم هیجان باشد. افراد به شیوه‌های مختلفی هیجان‌هایشان را تنظیم می‌کنند و یکی از متداول‌ترین روش‌ها، استفاده از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان است. راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، فرایندهای شناختی هستند که افراد برای مدیریت اطلاعات هیجان‌آور و برانگیزاننده به کار می‌گیرند[۱۵]. در این راستا هیجان‌ها به‌منزله فرآیندهای درونی و بیرونی هستند که مسئولیت کنترل، ارزیابی و تغییر واکنش‌های عاطفی فرد را در مسیر تحقق یافتن اهداف او بر عهده دارند و هرگونه اشکال و نقص در تنظیم هیجان‌ها می‌تواند فرد را در برابر اختلال‌های روانی چون افسردگی، اضطراب و علائم جسمانی آسیب‌پذیر سازد[۱۶]. راهبردهای متفاوت تنظیم شناختی هیجان شامل ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌پذیری، فاجعه‌سازی و ملامت دیگران هستند. شواهد نشان داده‌اند که راهبردهای شناختی مانند نشخوارگری، مقصر دانستن خود و فاجعه انگاری به‌صورت مثبت با افسردگی و سایر جنبه‌های آسیب‌شناختی هم‌بسته می‌باشد، ضمن اینکه، در راهبردهایی نظیر ارزیابی مجدد مثبت، این همبستگی

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-12]

منفی است[۱۵]. به‌طورکلی، سلامت روان افراد ناشی از تعاملی دوطرفه میان استفاده از انواع خاصی از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان‌ها و ارزیابی درست از موقعیت تنش‌زا است و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان‌ها به افراد کمک می‌کنند تا برانگیختگی‌ها و هیجان‌های منفی را تنظیم نمایند. این شیوه تنظیم با رشد، پیشرفت یا بروز اختلال‌های روان‌تنی مانند سردرد رابطه مستقیم دارد[۱۷].

در یک جمع‌بندی کلی می‌توان گفت از آنجا که سردرد یکی از دلایل رایج برای غیبت از کار یا امتناع از هر فعالیت شخصی یا اجتماعی است و می‌تواند بر روند زندگی و فعالیت‌های اجتماعی افراد تأثیر بگذارد، لذا ضروری است در مورد نقشی که عوامل روانشناختی مختلف مانند ناگویی هیجانی و راهبردهای تنظیم هیجان بر شدت علائم درد در این بیماران ایفا می‌کنند، مطالعات بیشتری صورت گیرد تا بتوان عوامل مرتبط با بروز سردرد در این افراد را پیش‌بینی و اقدامات لازم جهت پیشگیری از این عوامل و متعاقب آن کاهش علائم درد در افراد مبتلا را انجام داد. در این راستا، اگرچه در پاره‌ای از مطالعات، عوامل مرتبط با میگرن مورد بررسی قرار گرفته است، اما تاکنون رابطه ناگویی هیجانی و راهبردهای نظم دهی شناختی هیجان با علائم درد در افراد مبتلا به میگرن مورد بررسی قرار نگرفته است. از اینرو با در نظر گرفتن خلاء موجود و دستاوردهای حاصل از پژوهش در جهت شناسایی عوامل مرتبط با علائم درد در میگرن و انجام اقوامات مورد نیاز در جهت از میان برداشتن و یا کم کردن این عوامل، ضرورت پژوهش حاضر بیش‌ازپیش آشکار می‌گردد. لذا پژوهش حاضر در راستای اهمیت وضرورت خود در نظر سعی دارد به این سؤال پاسخ دهد که آیا سهم ناگویی هیجانی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در پیش‌بینی مولفه‌های سردرد در مبتلایان به میگرن معنادار است؟

مواد و روش کار

پژوهش حاضر از نظر نوع داده‌ها کمی، از لحاظ زمان مقطعی و از نظر هدف بنیادی بود. همچنین طرح پژوهش توصیفی و از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش شامل زنان مبتلا به میگرن شهر اصفهان در سال ۱۳۹۷ بود که بر اساس نظر متخصص مغز و اعصاب، تشخیص میگرن دریافت نموده بودند.

در این پژوهش برای برآورد حجم نمونه از فرمول پیشنهادی Tabakhnick & Fidell [۱۸] استفاده شد. بر اساس این فرمول حداقل حجم نمونه لازم در مطالعات همبستگی از فرمول $N \geq 50+8M$ محاسبه می‌شود. در این فرمول N حجم نمونه و M تعداد متغیرهای پیش‌بین (مستقل) می‌باشد. از آنجایی که در این پژوهش دو متغیر پیش‌بین (راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و ناگویی هیجانی) وجود داشت، لذا حداقل حجم نمونه موردنیاز ۶۶ نفر بود. بنابراین برای جلوگیری از کاهش تعداد نمونه در اثر ریزش و حذف پرسشنامه‌های ناقص، حجم نمونه ۱۰۰ نفر در نظر گرفته شد. علاوه بر این، در پژوهش حاضر برای انتخاب گروه نمونه از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. بدین منظور پس از مراجعه به درمانگاه مغز و اعصاب بیمارستان خورشید در شهر اصفهان در نیمه دوم سال ۱۳۹۷، به‌صورت هدفمند از بین زنانی که بر اساس تشخیص پزشک متخصص مغز و اعصاب حاضر در درمانگاه، تشخیص میگرن دریافت نموده بودند و نیز بر اساس دیگر معیارهای ورود به پژوهش، ۱۰۰ نفر به‌عنوان گروه نمونه انتخاب و از آنان خواسته شد نسبت به تکمیل پرسشنامه‌های پژوهش اقدام نمایند.

معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: سن بیشتر از ۱۸سال، جنسیت زن، ساکن شهر اصفهان، داشتن توانایی خواندن و نوشتن جهت تکمیل کردن پرسشنامه‌ها، عدم ابتلا به سایر بیماری‌های مزمن، داشتن رضایت جهت شرکت در پژوهش. گردآوری اطلاعات در پژوهش حاضر به دو صورت انجام شد. بدین صورت که برای جمع‌آوری مبانی نظری و پیشینه مرتبط با پژوهش از روش مطالعه کتابخانه‌ای و برای گردآوری اطلاعات مربوط به نمونه پژوهش، از پرسشنامه استفاده شد و محقق شخصاً پرسشنامه‌ها را میان شرکت کنندگان در پژوهش توزیع و نسبت به

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-12]

جمع‌آوری اطلاعات اقدام نمود. پرسشنامه‌های مورد استفاده در پژوهش عبارت بودند از:

۱- مقیاس شاخص‌های سردرد: این مقیاس توسط مهرابی زاده و اکبری شایه در سال ۱۳۹۱ ساخته شده است[۱۹]. مقیاس شاخص‌های سردرد از جمع چهار مولفه شامل شدت درد، پریشان‌کنندگی، تعداد دفعات بروز سردرد و متوسط طول مدت سردرد تشکیل شده و برای اندازه‌گیری مولفه‌های سردرد مورد استفاده قرار می‌گیرد. در این پرسشنامه فرد شدت درد، پریشان کنندگی، دفعات بروز سردرد و متوسط طول مدت سردرد را در یک مقیاس لیکرت ۵ در جه‌ای نمره‌دهی می‌کند.

- شدت درد: (۱= خیلی کم تا ۵= خیلی زیاد)
- پریشان کنندگی: (۱= خیلی کم تا ۵= خیلی زیاد)
- تعداد دفعات بروز سردرد در روز: (یک‌بار= خیلی کم(۱)، دو بار= کم(۲)، سه بار= متوسط(۳)، ۴ بار= زیاد(۴)، ۵ بار و بیشتر= خیلی زیاد(۵)).
- متوسط طول مدت سردرد در هر بار: (زیر ۱۵ دقیقه=خیلی کم(۱)، بین ۱۵ تا ۳۰ دقیقه= کم(۲)، بین ۳۰ تا ۶۰ دقیقه= متوسط(۳)، بین ۶۰ تا ۱۲۰ دقیقه=زیاد(۴)وبیشتراز ۱۲۰دقیقه=خیلی‌زیاد(۵))

در پژوهش مهرابی‌زاده هنرمند و اکبری (۱۳۹۱) پایایی مقیاس شاخص‌های سردرد به شیوه همسانی درونی و با استفاده از آلفای کرونباخ و تصنیف به ترتیب ۰/۷۵ و ۰/۷۳ به دست آمد[۱۹]. در پژوهش حاضر نیز مقدار آلفای کرونباخ برای نمره کلی مولفه‌های سردرد ۰/۷۱ و برای خرده مقیاس‌ها بین ۰/۶۸ تا ۰/۷۵ به دست آمد که نشان دهنده پایایی مطلوب پرسشنامه می‌باشد.

۲- مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (FTAS -20): مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو یک آزمون ۲۰ سؤالی است و شامل سه عامل دشواری در شناسایی احساسات (۷ ماده)، دشواری در توصیف احساسات (۵ ماده)، و تفکر برون مدار (۸ ماده) است که سؤالات را در اندازه‌های پنج‌درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ (کاملاً مخالف) تا نمره ۵ (کاملاً موافق) می‌سنجد. در این پرسشنامه هرچه نمرات افراد در این خرده‌مقیاس‌ها بیشتر باشد، نشان‌دهنده مشکل بیشتر در زمینه بیان و تشخیص احساسات می‌باشد. از جمع نمرات سه زیرمقیاس برای ناگویی هیجانی کلی یک نمره کل نیز محاسبه می‌شود. حداقل و حداکثر نمره در زیر مقیاس دشواری در شاسایی احساسات ۷ و ۳۵؛ در زیر مقیاس دشواری در توصیف احساسات ۵ و ۲۵؛ در زیر مقیاس تفکر برون مدار ۸ و ۴۰؛ و در نمره کلی ناگویی هیجانی ۲۰ و ۱۰۰ می‌باشد[۲۰]. ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو-۲۰ در پژوهش‌های متعدد بررسی و تأیید شده است. در نسخه فارسی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو-۲۰، ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کل برابر با ۰/۸۵ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است. همچنین پایایی باز آزمایی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو-۲۰ در یک نمونه ۶۷ نفری در دو نوبت با فاصله چهار هفته از r=۰/۸۰ تا r=۰/۸۷ برای ناگویی هیجانی کل تأیید شد[۲۱]. در پژوهش حاضر نیز مقدار پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد که نشان از پایایی مطلوب پرسشنامه می‌باشد.

۳- مقیاس تنظیم شناختی هیجانی (CERQ): پرسشنامه تنظیم هیجانی یک ابزار ۱۸ گویه‌ای ساخته Garnefski & Kraaij است و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان را در پاسخ به حوادث تهدیدکننده و استرس‌زای زندگی در اندازه‌های ۵ درجه‌ای از ۱(هرگز) تا ۵ (همیشه) برحسب ۹ زیرمقیاس به شرح زیر می‌سنجد: خود سرزنشگری، دیگر سرزنشگری، تمرکز بر فکر نشخوارگری، فاجعه‌نمایی، کم‌اهمیت شماری، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، پذیرش و تمرکز مجدد برنامه‌ریزی[۲۲]. نمرات مربوط به هر خرده مقیاس از جمع بستن سوالات مربوط به آن و نمره کلی پرسشنامه یز از جمع بستن نمرات کل خرده مقیاس‌ها حاصل می‌شود. حداقل و حداکثر نمره در هر زیرمقیاس به ترتیب ۲ و ۱۰ و در نمره کلی پرسشنامه ۱۸ و ۹۰ است. نمره بالاتر نشان‌دهنده استفاده بیشتر فرد از آن راهبرد شناختی است. در بررسی مقدماتی ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه در نمونه‌ای از جمعیت عمومی،

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-12]

ضرایب آلفای کرونباخ برای نمره کلی پرسشنامه ۰/۸۳ و برای زیرمقیاس‌ها از ۰/۶۷ تا ۰/۸۹ محاسبه شد[۴۳]. این ضرایب همسانی درونی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان را تأیید می‌کنند. در پژوهش حاضر نیز مقدار پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای نمره کلی ۰/۷۳ برای خرده مقیاس‌ها بین ۰/۷۱ تا ۰/۷۹ به دست آمد که نشان از پایایی مطلوب پرسشنامه می‌باشد.

به منظور رعایت نکات اخلاقی پژوهش، در آغاز هدف از اجرای پژوهش برای کلیه مبتلایان به میگرن شرح داده شد و به شرکت‌کنندگان اطمینان خاطر داده شد که اطلاعات آنان محرمانه باقی خواهد ماند. همچنین خاطر نشان گردید که شرکت در آزمون اختیاری است و در حین اجرای آزمون نیز آزمودنی حق انصراف از آزمون و عدم تکمیل پرسشنامه را دارد. همچنین لازم به ذکر است که پژوهش حاضر دارای کد مصوبه کمیته اخلاق به شماره IR.IAU.FALA.REC.1399.011 می‌باشد.

در نهایت، داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-23 در دو بخش توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و استنباطی (روش‌های همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون گام به گام) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

براساس بررسی اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در پژوهش، میانگین سنی افراد ۸/۳۶±۴۳/۱۱ بود. همچنین میزان تحصیلات در ۷٪ از شرکت‌کنندگان در سطح زیردیپلم، ۳۱٪ در سطح دیپلم و فوق دیپلم، ۵۸٪ در سطح لیسانس و فوق لیسانس و ۴٪ در سطح دکتری بودند. همچنین، براساس اطلاعات به دست آمده، ۶۵٪ از شرکت‌کنندگان در پژوهش متاهل، ۲۴٪ مجرد، ۸٪ مطلقه و همسر ۳٪ آنها نیز فوت نموده بود. علاوه بر این، از نظر مدت زمان ابتلا به میگرن، ۸٪بین ۳ تا ۶ ماه، ۱۱٪ بین ۶ ماه تا ۱ سال، ۲۲٪ بین ۱ تا ۲ سال، و ۵۹٪ آزمودنی‌ها بیشتر از ۲ سال بود که به میگرن مبتلا بوده و همگی آنان تحت درمان دارویی میگرن قرار داشتند.

پیش از انجام تحلیل استنباطی داده‌ها (روش‌های همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه)، جهت رعایت پیش‌فرض‌های آزمون همبستگی و رگرسیون، مهم‌ترین پیش‌فرض‌ها یعنی بررسی نرمال بودن توزیع نمرات و یکسانی شیب خط رگرسیون مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آنها در جدول شماره ۱ قابل مشاهده است.

جدول ۱: نتایج آزمون کلموگراف- اسمیرنوف در مورد پیش‌فرض نرمال بودن نمرات و یکسانی شیب خط رگرسیون

متغیر	نرمال بودن داده‌ها(کلموگراف- اسمیرنوف)			یکسانی شیب خط رگرسیون	
	آماره	درجه آزادی	سطح معناداری	مقدار F	سطح معناداری
مولفه‌های سردرد	۰/۲۰۲	۱۰۰	۰/۱۲۱	۱۷/۲۵۴	۰/۲۰۷
ناگویی هیجانی	۰/۲۳۹	۱۰۰	۰/۱۶۵	۱۵/۸۳۱	۰/۱۹۱
نظم‌دهی شناختی هیجان	۰/۱۹۳	۱۰۰	۰/۱۲۰	۲۰/۴۳۴	۰/۲۱۱

براساس نتایج جدول ۱، سطح معناداری در آزمون کلموگراف- اسمیرونوف و یکسانی شیب خط رگرسیون برای هیچ‌یک از متغیرها معنی‌دار نبود($P>۰/۰۵$). بنابراین شرایط نرمال بودن توزیع نمرات و یکسانی شیب خط رگرسیون به‌درستی رعایت شده است، لذا استفاده از ضریب رگرسیون بلامانع است.

در جدول شماره ۲ میانگین و انحراف معیار نمرات مولفه‌های سردرد، ناگویی هیجانی و راهبردهای نظم‌دهی شناختی هیجان در مبتلایان به میگرن گزارش شده است.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-12]

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمرات مولفه‌های سردرد، ناگویی هیجانی و راهبردهای نظم دهی شناختی هیجان

متغیر	خرده مقیاس‌ها	تعداد	میانگین	انحراف معیار
مولفه‌های سردرد	شدت درد	۱۰۰	۳/۸۱	۰/۹۴
	پریشان کنندگی	۱۰۰	۳/۸۷	۰/۸۵
	تعداد دفعات بروز سردرد	۱۰۰	۳/۶۷	۰/۸۹
	متوسط طول‌مدت سردرد	۱۰۰	۳/۷۵	۰/۸۴
	نمره کل مولفه‌های سردرد	۱۰۰	۱۵/۱۱	۲/۷۷
ناگویی هیجانی	دشواری در شناسایی احساسات	۱۰۰	۱۹/۸۰	۳/۵۴
	دشواری در توصیف احساسات	۱۰۰	۱۸/۳۲	۲/۹۶
	تفکر برون مدار	۱۰۰	۳۰/۰۳	۳/۶۱
	نمره کل ناگویی هیجانی	۱۰۰	۶۸/۱۵	۸/۲۹
راهبردهای نظم‌دهی شناختی هیجان	خودسرزنشگری	۱۰۰	۵/۸۷	۱/۹۹
	دیگرسرزنشگری	۱۰۰	۵/۵۳	۱/۹۴
	تمرکز بر فکر نشخوارگری	۱۰۰	۶/۰۱	۲/۰۲
	فاجعه نمایی	۱۰۰	۶/۱۳	۲/۰۵
	کم اهمیت شماری	۱۰۰	۴/۵۹	۱/۹۶
	تمرکز مجدد مثبت	۱۰۰	۴/۸۶	۱/۸۳
	ارزیابی مجدد مثبت	۱۰۰	۴/۴۳	۱/۶۹
	پذیرش	۱۰۰	۴/۶۴	۲/۰۴
	تمرکز مجدد برنامه‌ریزی	۱۰۰	۴/۳۳	۱/۸۴
	نمره کل راهبردهای نظم‌دهی شناختی هیجان	۱۰۰	۴۶/۳۵	۵/۲۰

طبق نتایج جدول شماره ۲، میانگین و انحراف معیار نمرات کل مولفه‌های سردرد برای مبتلایان به میگرن به ترتیب ۱۵/۱۱ و ۲/۷۷، میانگین و انحراف معیار نمرات کل ناگویی هیجانی ۶۸/۱۵ و ۸/۲۹؛ و میانگین و انحراف

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-12]

معیـار نمـره کلـی راهبردهـای نظم‌دهـی شـناختی هیجـان بـه ترتیـب بـه ترتیـب ۴۶/۳۵ و ۵/۲۰ بـود. عـلاوه برایـن میانگیـن و انحـراف معیـار مولفه‌هـای سـردرد، ناگویـی هیجانـی و راهبردهـای نظم‌دهـی شـناختی هیجـان نیـز در جـدول فـوق قابـل مشـاهده اسـت.

جـدول ۳ ضرایـب همبسـتگی پیرسـون بیـن مولفه‌هـای سـردرد بـا ناگویـی هیجانـی و راهبردهـای نظم‌دهـی شـناختی هیجـان و مولفه‌هـای آنهـا را نشـان می‌دهـد.

جدول ۳: ضرایب همبستگی پیرسون بین مولفه‌های سردرد با ناگویی هیجانی و راهبردهای نظم دهی شناختی هیجان

متغیرها		شدت درد	پریشان‌کنندگی	تعداد دفعات بروز سردرد در روز	متوسط طول‌مدت سردرد در هر بار	نمره کل مولفه‌های سردرد
راهبردهای نظم دهی شناختی هیجان	خودسرزنشگری	۰/۵۳۳**	۰/۵۹۲**	۰/۵۵۰**	۰/۴۵۹**	۰/۶۷۸
	دیگرسرزنشگری	۰/۵۱۲**	۰/۵۳۰**	۰/۵۰۴**	۰/۴۵۰**	۰/۶۳۵**
	تمرکز بر فکر نشخوارگری	۰/۵۲۱**	۰/۶۰۱**	۰/۵۴۸**	۰/۴۶۷**	۰/۶۷۵**
	فاجعه نمایی	۰/۵۰۳**	۰/۶۱۱**	۰/۵۲۷**	۰/۴۰۸**	۰/۶۴۰**
	کم اهمیت شماری	-۰/۴۹۷**	-۰/۴۹۹**	-۰/۵۴۱**	-۰/۳۸۵**	-۰/۶۱۲**
	تمرکز مجدد مثبت	-۰/۴۸۰**	-۰/۵۱۰**	-۰/۵۲۳**	-۰/۳۶۲**	-۰/۵۹۷**
	ارزیابی مجدد مثبت	-۰/۴۵۵**	-۰/۴۵۱**	-۰/۴۸۴**	-۰/۳۲۶**	-۰/۵۴۷**
	پذیرش	-۰/۴۹۸**	-۰/۵۰۴**	-۰/۵۵۵**	-۰/۴۵۰**	-۰/۶۰۸**
	تمرکز مجدد برنامه‌ریزی	-۰/۴۸۷**	-۰/۴۶۸**	-۰/۵۰۸**	-۰/۴۶۵**	-۰/۵۸۳**
	نمره کلی تنظیم شناختی هیجان	-۰/۵۱۱**	-۰/۵۵۶**	-۰/۵۳۱**	-۰/۴۹۹**	-۰/۶۰۶**
ناگویی هیجانی	دشواری در شناسایی احساسات	۰/۶۳۸**	۰/۶۷۲**	۰/۶۵۱**	۰/۶۶۰**	۰/۶۳۸**
	دشواری در توصیف احساسات	۰/۶۱۰**	۰/۶۸۲**	۰/۶۳۱**	۰/۶۴۷**	۰/۶۱۰**
	تفکر برون مدار	۰/۶۲۸**	۰/۵۹۹**	۰/۵۳۰**	۰/۶۵۴**	۰/۶۲۸**
	نمره کل ناگویی هیجانی	۰/۵۹۸**	۰/۶۲۸**	۰/۵۲۳**	۰/۶۲۴**	۰/۵۹۸**

بـا توجـه بـه نتایـج جـدول ۳، بیـن تمامـی راهبردهـای تنظیـم شـناختی هیجـان و ناگویـی هیجانـی بـا مولفه‌هـای سـردرد (نمـره کلـی سـردرد و همچنیـن شـدت، پریشـان‌کنندگی، تعـداد دفعـات و متوسـط طـول مـدت سـردرد) در مبتلایـان بـه میگـرن در سـطح خطـای ۰/۰۱، ارتبـاط معنـادار وجـود دارد. بیـن راهبردهـای ناسـازگارانه تنظیـم شـناختی هیجـان

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-12]

یعنی مولفه‌های خودسرزنشگری، دیگر سرزنشگری، تمرکز بر فکر نشخوارگری و فاجعه نمایی به ترتیب با مقادیر r=۰/۶۷۸، r=۰/۶۳۵، r=۰/۶۷۵ و r=۰/۶۴۰؛ و بین ناگویی هیجانی و مولفه‌های آن به ترتیب با مقادیر r=۰/۶۳۸، r=۰/۶۱۰، r=۰/۶۲۸ و r=۰/۵۹۸ در سطح خطای ۰/۰۱، با نمره کلی مولفه‌های سردرد رابطه مثبت و معنادار وجود دارد (P<۰/۰۱). راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان شامل کم‌اهمیت شماری، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، پذیرش و تمرکز مجدد برنامه‌ریزی نیز به ترتیب با مقادیر r=-۰/۶۱۲، r=-۰/۵۹۷، r=-۰/۵۴۷، r=-۰/۶۰۸ و r=-۰/۵۸۳ در سطح خطای ۰/۰۱، با نمره کلی مولفه‌های سردرد رابطه منفی و معنادار دارند (P<۰/۰۱).

همچین نمره کلی تنظیم هیجان نیز با ضریب همبستگی r=-۰/۶۰۶ با نمره کلی مولفه‌های سردرد در مبتلایان به میگرن دارای همبستگی منفی و معنادار بود (P<۰/۰۱). به‌عبارت‌دیگر، بیشتر بودن میزان استفاده از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان و بالاتر بودن ناگویی هیجانی و همچنین استفاده کمتر از راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان، با افزایش مولفه‌های سردرد در مبتلایان به میگرن همراه است.

نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه به روش Stepwise برای بررسی میزان قدرت راهبردهای نظم‌دهی شناختی هیجان و ناگویی هیجانی در پیش‌بینی مولفه‌های سردرد در مبتلایان به میگرن، در جداول ۴ و ۵ ذکر شده است.

جدول ۴: نتایج معناداری مدل رگرسیون راهبردهای نظم‌دهی شناختی هیجان و ناگویی هیجانی مرتبط با مولفه‌های سردرد

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	ضریب تعیین(R^2)	F	سطح معناداری
ناگویی هیجانی	رگرسیون	۴۶۶/۴۳۰	۹	۵۱/۸۲۶	۰/۳۵۷	۱۶/۰۰۹	۰/۰۰۰۱
	باقیمانده	۲۹۱/۳۶۰	۹۰	۳/۲۳۷			
	جمع	۷۵۷/۷۹۰	۹۹				
راهبردهای نظم دهی شناختی هیجان	رگرسیون	۱۹۰۴/۴۰۵	۹	۲۱۱/۶۰۱	۰/۳۶۷	۳/۸۸۰	۰/۰۰۰۱
	باقیمانده	۲۹۱/۳۶۰	۹۰	۳/۲۳۷			
	جمع	۷۵۷/۷۹۰	۹۹				

براساس داده‌های جدول شماره ۴، با توجه به اینکه R^2، درصد واریانس مولفه‌های نظم دهی شناختی هیجان و ناگویی هیجانی در پیش‌بینی مولفه‌های سردرد در مبتلایان به میگرن است، نتایج جدول فوق نشانگر این است که ۹ مولفه خود سرزنشگری، دیگر سرزنشگری، تمرکز بر فکر نشخوار گری، فاجعه نمایی، کم‌اهمیت شماری، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، پذیرش و تمرکز مجدد برنامه‌ریزی مجموعا ۳۶٪ واریانس مولفه‌های سردرد، و ناگویی هیجانی و مولفه‌های آن نیز مجموعا ۳۷٪ واریانس مولفه‌های سردرد را در مبتلایان به میگرن پیش‌بینی می‌کنند. با توجه به اینکه مقدار F محاسبه شده در سطح ۰/۰۱ در هر دو متغیر راهبردهای نظم دهی شناختی هیجان و ناگویی هیجانی معنادار است، بنابراین مدل رگرسیون خطی معنادار است و در نتیجه مولفه‌های تنظیم شناختی هیجان و ناگویی هیجانی با مولفه‌های سردرد در مبتلایان به میگرن رابطه معنادار دارند. بنابراین ضرایب رگرسیون و آزمون معناداری آن‌ها محاسبه و در جدول ۵ ارائه شده است.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-12]

جدول ۵: ضرایب رگرسیون مولفه‌های سردرد مرتبط با راهبردهای نظم دهی شناختی هیجان و ناگویی هیجانی

متغیر	مدل	ضرایب غیراستاندارد		ضرایب استاندارد	آماره t	سطح معناداری
		B	خطای معیار	Beta		
راهبردهای نظم دهی شناختی هیجان	ثابت	۷/۸۳۰	۲/۳۸۴		۳/۲۸۵	۰/۰۰۱
	خودسرزنشگری	۰/۱۳۰	۰/۷۱۶	۰/۴۹۸	۰/۱۸۲	۰/۰۰۰۱
	دیگرسرزنشگری	۰/۱۴۴	۰/۶۳۱	۰/۳۰۴	۰/۲۲۹	۰/۰۰۵
	تمرکز بر فکر نشخوار گری	۰/۵۲۶	۰/۷۹۶	۰/۳۸۳	۰/۶۶۱	۰/۰۰۳
	فاجعه نمایی	۰/۴۷۳	۰/۷۶۱	۰/۵۴۰	۰/۶۲۲	۰/۰۰۰۱
	کم اهمیت شماری	-۰/۸۱۸	۱/۳۰۳	-۰/۵۸۱	-۰/۶۲۸	۰/۰۰۰۱
	تمرکز مجدد مثبت	-۰/۵۱۸	۰/۵۵۰	-۰/۴۷۳	-۰/۹۴۲	۰/۰۰۲
	ارزیابی مجدد مثبت	۰/۹۶۳	۰/۷۴۹	-۰/۵۲۵	-۰/۹۸۲	۰/۰۰۰۱
	پذیرش	-۰/۵۴۰	۰/۸۰۶	-۰/۵۴۰	-۰/۹۱۰	۰/۰۰۰۱
	تمرکز مجدد برنامه ریزی	۰/۲۱۸	۰/۵۸۰	-۰/۴۱۰	۰/۳۷۷	۰/۰۰۰۳
ناگویی هیجانی	ثابت	۵۲/۸۱۱	۹/۷۸۵		۵/۳۹۷	۰/۰۰۰۱
	دشواری در شناسایی احساسات	۱/۳۹۸	۱/۶۲۶	۰/۵۴۹	۰/۸۶۰	۰/۰۰۰۱
	دشواری در توصیف احساسات	۱/۱۳۰	۰/۹۲۳	۰/۴۷۲	۱/۲۲۹	۰/۰۰۲
	تفکر برون مدار	۰/۹۷۶	۱/۲۴۲	۰/۳۳۱	۰/۶۱۸	۰/۰۰۹
	نمره کل ناگویی هیجانی	۰/۹۹۴	۱/۵۱۱	۰/۵۴۴	۰/۷۲۵	۰/۰۰۰۱

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که تمامی راهبردهای سازگارانه و ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان یعنی مولفه‌های خود سرزنشگری، دیگر سرزنشگری، تمرکز بر فکر نشخوار گری، فاجعه‌نمایی، کم‌اهمیت شماری، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، پذیرش و تمرکز مجدد برنامه‌ریزی به ترتیب با ضرایب بتا ۰/۴۹۸، ۰/۳۰۴، ۰/۳۸۳، ۰/۵۴۰، ۰/۵۸۱-، ۰/۴۷۳-، ۰/۵۲۵-، ۰/۵۴۰- و ۰/۴۱۰-؛ و ناگویی هیجانی و مولفه‌های آن یعنی دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر برون مدار به ترتیب با ضرایب بتای ۰/۵۴۹، ۰/۴۷۲، ۰/۳۳۱ و ۰/۵۴۴ پیش‌بینی‌کننده‌های معنادار مولفه‌های سردرد در مبتلایان به میگرن بودند ($P<0/01$). به عبارت دیگر با افزایش یک انحراف استاندارد در نمره راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان شامل خودسرزنشگری، دیگرسرزنشگری، تمرکز بر فکر نشخوارگری و فاجعه‌نمایی، و یا با کاهش یک انحراف استاندارد در نمره راهبردهای

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-12]

سازگارانه تنظیم شناختی هیجان شامل کم‌اهمیت شماری، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، پذیرش و تمرکز مجدد برنامه‌ریزی، نمره کلی مولفه‌های سردرد در مبتلایان به میگرن به ترتیب به اندازه ۰/۵۰، ۰/۳۰، ۰/۳۸، ۰/۵۴، ۰/۵۸، ۰/۴۷، ۰/۵۳، ۰/۵۴ و ۰/۴۱ انحراف استاندارد بالاتر خواهد رفت. همچنین با افزایش یک انحراف استاندارد در نمره ناگویی هیجانی و ابعاد آن، نمره کلی مولفه‌های سردرد در مبتلایان به میگرن به ترتیب به اندازه ۰/۵۴، ۰/۵۵، ۰/۴۷، و ۰/۳۳ افزایش می‌یابد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی مولفه‌های سردرد براساس راهبردهای نظم‌دهی شناختی هیجان و ناگویی هیجانی در مبتلایان به میگرن انجام پذیرفت. نتایج حاصل از تجزیه‌وتحلیل داده‌ها در فرضیه پژوهش مبنی بر معنادار بودن سهم راهبردهای نظم‌دهی شناختی هیجان و ناگویی هیجانی در پیش‌بینی مولفه‌های سردرد در مبتلایان به میگرن نشان داد که بین راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان یعنی مولفه‌های خودسرزنشگری، دیگر سرزنشگری، تمرکز بر فکر نشخوار گری و فاجعه‌نمایی در سطح خطای ۰/۰۱، با نمره کلی مولفه‌های سردرد رابطه مثبت و معنادار؛ و بین راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان شامل کم‌اهمیت شماری، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، پذیرش و تمرکز مجدد برنامه‌ریزی و نیز نمره کلی تنظیم شناختی هیجان با نمره کلی مولفه‌های سردرد رابطه منفی و معنادار وجود دارد ($P<0/01$). علاوه بر این، بر اساس میزان ضریب تعیین (R^2)، مولفه‌های نظم‌دهی شناختی هیجان می‌توانستند مجموعا ۳۷٪ واریانس مولفه‌های سردرد در مبتلایان به میگرن را پیش‌بینی‌کنند. همچنین تمامی راهبردهای سازگارانه و ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان یعنی مولفه‌های خود سرزنشگری، دیگر سرزنشگری، تمرکز بر فکر نشخوارگری، فاجعه‌نمایی، کم‌اهمیت شماری، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، پذیرش و تمرکز مجدد برنامه‌ریزی به ترتیب با ضرایب ضرایب بتا ۰/۴۹۸، ۰/۳۰۴، ۰/۳۸۳، ۰/۵۴۰، ۰/۵۸۱-، ۰/۴۷۳-، ۰/۵۲۵-، ۰/۵۴۰- و ۰/۴۱۰- پیش‌بینی کننده‌های معنادار مولفه‌های سردرد در مبتلایان به میگرن بودند($P<0/01$). نتایج به دست آمده از این فرضیه با یافته‌های Scheutze و همکاران[۲۴]، گلابی و همکاران[۲۵]، جوهری فرد و همکاران[۲۶] و حسینی و همکاران[۲۷] همسو است. در این راستا Scheutze و همکاران[۲۴] نشخوارهای ذهنی را در تشدید علائم درد موثر دانستند[۲۴] و گلابی و همکاران[۲۵] اعلام کردند که تمامی مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجان با مدیریت درد ارتباط معنادار دارند. جوهری فرد و همکاران[۲۶] نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که مؤلفه‌های مثبت تنظیم شناختی هیجان شامل پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت و اتخاذ دیدگاه، ارتباط منفی معنادار و مؤلفه‌های منفی تنظیم شناختی هیجان شامل سرزنش خود، نشخوار فکری، فاجعه‌آمیز پنداری و سرزنش دیگران، ارتباط مثبت معنادار با افزایش درد داشتند[۲۶]. همچنین نتایج پژوهش حسینی و همکاران[۲۷] نیز نشان داد که افراد مبتلا به سردرد میگرنی نسبت به گروه بهنجار از راهبردهای تنظیم شناختی مثبت کمتری استفاده می‌کنند و این منجر به تشدید علائم درد در آنها می‌شود[۲۷].

به طور کلی تنظیم هیجان سازه‌ای است که تصور می‌شود تاثیر زیادی بر سلامت روانی و جسمانی دارد و در سازگاری با رویدادهای استرس زای زندگی نقش مهمی دارد. موفقیت در تنظیم هیجان و استفاده از راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان با افزایش پیامدهای سلامتی و برعکس، عدم توانایی در تنظیم هیجانات و استفاده از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان با اختلال‌های روانی، شخصیتی و اضطرابی مرتبط است[۲۸]. در این راستا در تبیین نتایج به دست آمده از این فرضیه نیز می‌توان گفت در افراد مبتلا به میگرن یک سری مولفه‌های زمینه ساز شخصیتی برای بروز و یا شدت یافتن

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-12]

مولفه‌های سردرد وجود دارد که از این موضوع می‌توان در توضیح علت استفاده بیشتر از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان و استفاده کمتر از راهبردهای سازگارانه در آنان بهره جست. از میان این ویژگی‌های شخصیتی می‌توان به درون‌نگری[۲۹]، تلاش برای کنترل بیش از حد هیجان‌ها[۲۴]، شخصیت وسواسی و پرخاشگر[۳۰]، و کمالگرایی[۲۶] و همچنین نگرانی و اضطراب[۳۱] اشاره کرد. با توجه به وجود این ویژگی‌های شخصیتی در افراد مبتلا به میگرن و با توجه به شدت اختلال در عملکردی که حملات سردرد در این گروه ایجاد می‌کنند می‌توان نتیجه گرفت که مبتلایان به میگرن از راهبردهای نظم بخشی هیجان مثبت کمتری از قبیل کم اهمیت شماری، تمرکز مثبت، برنامه‌ریزی و پذیرش در مواجهه با سردرد خود استفاده می‌کنند. لذا نظم بخشی هیجانی ناسازگارانه مانند خودسرزنشگری، دیگرسرزنشگری، فاجعه نمایی و نشخوار فکری می‌توانند سبب آشفتگی هیجانی شده و متعاقب آن حملات سردرد را ایجاد کرده و یا منجر به شدت یافتن سردرد شوند.

علاوه براین، یافته دیگر پژوهش حاضر نشان داد که بین ناگویی هیجانی و مولفه‌های آن در سطح خطای ۰/۰۱، با نمره کلی مولفه‌های سردرد رابطه مثبت و معنادار وجود دارد (P<۰/۰۱). همچنین براساس نتایج به دست آمده، ناگویی هیجانی و مولفه‌های آن مجموعا ۳۷٪ واریانس مولفه‌های سردرد را در مبتلایان به میگرن پیش‌بینی می‌کنند به نحوی که با افزایش یک انحراف استاندارد در نمره ناگویی هیجانی و ابعاد آن، نمره کلی مولفه‌های سردرد در مبتلایان به میگرن به ترتیب به اندازه ۰/۵۴۴، ۰/۵۵، ۰/۴۷ و ۰/۳۳ افزایش می‌یابد. نتایج به دست آمده از این فرضیه با یافته‌های نیلور، کراتامر، نایود، کیفه و هلزرا(۲۰۱۴) که در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که ناتوانی بیماران مبتلا به دردهای مزمن در تنظیم هیجانات و نوسانات هیجانی می‌تواند منجر به ضعف ابراز هیجانی و افزایش شدت درد در آنها می‌شود[۳۲]، همسو است. در تبیین نتایج به دست آمده از این فرضیه باید اذعان داشت که هیجانات و نحوه شناسایی و توصیف آنها، می‌توانند بهداشت جسمی و روانی افراد را تحت تاثیر قرار دهند. همانگونه که Wizinger(۲۰۰۰) بیان نمود شناسایی و توصیف هیجانات، باعث می‌گردد افراد احساسات منفی و مثبت خود را بهتر بشناسند، موقعیت را بهتر درک کنند، و یاد بگیرند چگونه هیجاناتشان را توصیف کنند و این سازماندهی ظرفیت روانی و ذهنی و بهداشت روانی افراد را ارتقا می‌دهد[۳۳]. باید بیان نمود که شناسایی و بیان هیجانات، توانایی نظارت بر احساسات خود و توانایی رویارویی موفقیت‌آمیز با خواسته‌ها، مقتضیات و فشارهای محیطی و همچنین شناسایی توانایی‌های شخصی در برخورد با مشکلات و غلبه بر آنها و شناسایی شایستگی‌های فردی در رویارویی با موقعیت‌ها را مشخص می‌نماید و افراد با تمرکز مثبت و برنامه‌ریزی منظم و ارزیابی شرایط و فرایندهای ذهنی و انگیزشی و پذیرش خود، به‌خود اجازه میدهند تا احساساتشان مناسب بیرون ریخته شود و اختلات روانی و روان‌تنی از قبیل میگرن را تجربه نکنند و لذا سطح سلامت و انسجام هیجانی، شناختی و روانی خود را حفظ نمایند.

طبق دیدگاه پردازش اطلاعات Mayer & Salavey[۳۴] شناسایی و توصیف هیجانات سبب رشد هوشمندانه در شناخت عواطف و احساسات و توانایی درگیر شدن یا گریز از یک هیجان به صورت مناسب، توانایی کنترل عاقلانه و ابراز مناسب هیجانات و متعاقب آن افزایش سلامت جسمانی و روانشناختی در افراد می‌گردد. همانگونه که Goleman, Boyatzis & Rhee[۳۵] بیان نمودند، شناسایی هیجانات باعث می‌گردد که افراد خودآگاهی و خودشناسی بیشتری از خود و احساساتشان به دست آورند و بر خود کنترل مناسب‌تری داشته و احساسات ناخوشایند کمتری داشته باشند، چرا که در مواقع مناسب با شناخت صحیح هیجانات، به ابراز هیجانات خود می‌پردازند که این کار منجر به افزایش سلامت روان و کاهش بیماری‌های روان تنی در آنها می‌شود.

در یک نتیجه‌گیری کلی می‌توان گفت، میگرن جزء

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-12]

بیماری‌های روان‌تنی است و بیماران مبتلا به سردرد میگرن، دارای ویژگی‌های روانشناختی خاصی مانند ناگویی هیجانی و ناتوانی در تنظیم سازگارانه هیجانات می‌باشند. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که راهبردهای ناسازگار نظم دهی شناختی هیجان و ناگویی هیجانی با مولفه‌های سردرد در مبتلایان به میگرن رابطه مثبت و معنادار دارند و پیش‌بینی کننده‌های معنادار مولفه‌های سردرد در این افراد هستند. این در حالی است که راهبردهای سازگار تنظیم شناختی هیجان با مولفه‌های سردرد در مبتلایان به میگرن رابطه منفی و معنادار دارند. لذا ضروری است با در نظر گرفتن عوامل فوق به‌عنوان عوامل ایجادکننده و تشدیدکننده یا کاهش دهنده شدت درد در افراد مبتلا، نسبت به ارائه مداخله‌ها و برنامه‌های آموزشی و نیز تغییر روش زندگی و تعدیل برخی ویژگی‌های شخصیتی، در این افراد اقدام نمود تا از شدت درد در این افراد که می‌تواند همه جنبه‌های زندگی فردی و اجتماعی آنان را تحت تأثیر قرار دهد، کاسته شود.

با همه دقت‌هایی که ضرورت هر کار علمی است، محدودیت‌های روش‌شناختی و تعمیم‌دهی نتایج نمی‌تواند دور از نظر قرار بگیرد. لذا هر پژوهشی با محدودیت‌هایی همراه است و این پژوهش نیز از این قاعده مستثنی نیست. ازجمله محدودیت‌های این پژوهش عبارت بودند از: از آنجا که تشخیص بیماران مبتلا به میگرن براساس نظر پزشک متخصص مغز و اعصای صورت گرفت، لذا نمونه‌گیری براساس نظر پزشک بود و به همین دلیل امکان وضع معیارهای ورود و خروج دقیق برای بیماران نبود. به عنوان محدودیت دیگر، به دلیل مشکلات در دستیابی به بیماران مبتلا به میگرن، پژوهش حاضر به‌ناچار در محدوده یک شهر (اصفهان) انجام شد. علاوه براین، محدودیت زمان و امکانات باعث شد امکان واردکردن جامعه مردان در پژوهش مقدور نباشد و پژوهش تنها بر روی زنان صورت پذیرد. در این راستا، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده جامعه آماری پژوهش، مردان مبتلا به سردرد میگرن باشند تا امکان بررسی تأثیر یا عدم تأثیر جنسیت در وجود رابطه بین راهبردهای نظم‌دهی شناختی هیجان و ناگویی هیجانی با مولفه‌های سردرد فراهم شود. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های دیگر، جامعه هدف از شهری غیر از اصفهان و با حجم نمونه آماری بیشتر انتخاب شود تا وجود تأثیرات احتمالی فرهنگ نیز مورد بررسی قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از تمامی شرکت کنندگان در پژوهش که در تکمیل پرسشنامه‌ها با پژوهشگران همکاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌نماییم.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-12]

References

1. Tan H J, Suganthi C, Dhachayani S, Rizal AM, Raymond AA. The coexistence of anxiety and depressive personality traits in migraine. Singapore Med J, 2016; 48(4), 307-10.
2. Lebedeva E R, Ushenin A V, Gurary N M, Denis V. Gilev D V, Olesen J. Sentinel headache as a warning symptom of ischemic stroke. The Journal of Headache and Pain. 2020; 21: 70-81.
3. Burch RC, Buse DC, Lipton RB. Migraine: Epidemiology, burden, and comorbidity. Neurol Clin. 2019; 37: 631- 649.
4. Nematgorgani S, Gholi Z, Razeghi Jahromi S, Togha M, Karimzadeh F. The Effect of Vitamins B on Improving the Symptoms of Migraine: An Overview. Shefaye Khatam. 2020; 8 (2): 119-129. [Persian].
5. Tepper S, Ashina M, Reuter U, Brandes JL, Dolezil D, Silberstein S, Winner P, Leonardi D, Mikol D, Lenz R. Safety and efficacy of erenumab for preventive treatment of chronic migraine: a randomised, double-blind, placebo-controlled phase 2 trial, Lancet Neurol, 2017; 16, 425–434.
6. Khaleghipour Sh, Pirfarzam H. Compare Attachment style, Alexithymia and Sexual Function in the Male Patients with Tension Headache and Healthy Subjects. Knowledge & Research in Applied Psychology. 2018; 18(3): 46-55. [Persian]
7. Peres M F, Mercante J P, Tobo P R, Kamei H, Bigal M E. Anxiety and depression symptoms and migraine: a symptom-based approach research. The Journal of Headache and Pain. 2017; 18: 37- 45.
8. Atlas L Y, Wager T D. How expectations shape pain. Neurosci Lett. 2012; 520 (2): 140-8.
9. Arslantas D, Tozun M, Unsal A, Ozbek Z. Headache and its effects on health-related quality of life among adults. Turk Neurosurg. 2013; 23(4): 498-504.
10. Johari Fard A R, Boroumand A R, Shaite E, Mehrabizadeh Honarmand M. The role of cognitive and personality factors in predicting migraine headache. Journal of Thought and Behavior. 2016; 11 (42): 67- 79. [Persian]
11. Cerutti R, Valastro C, Tarantino S, Valeriani M, Faedda N, Spensieri V, & Guidetti V. Alexithymia and psychopathological symptoms in adolescent outpatients and mothers suffering from migraines: a case control study. The Journal of Headache and Pain. 2016; 17: 39-48.
12. Nekouei Z K, Yousefi AR, Manshei J. Cognitive-behavioral therapy and quality of life: experiences of heart patients. Journal of Educational Health Promotion. 2012; 1: 9-2. [Persian]
13. Koven NS. Abnormal valence differentiation in alexithymia. Personality and Individual Differences. 2014; 68: 102–6.
14. Dubey A, Pandey R, Mishra K. Role of emotion regulation difficulties and positive/negative affectivity in explaining Alexithymia –health relationship: An overview. Indian J Soc Sci Res. 2010; 7(1): 20-31.
15. Garnefski N, Teerds J, Kraaij V, Legerstee J, Kommer T. Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: Differences between males and females. Pers Individ Dif. 2010; 25: 603-11.
16. Evans G W, Kim P. Childhood poverty, chronic stress, self□regulation, and coping. Child Development Perspectives. 2013; 7(1): 43–48.
17. Myruski S, Denefrio S, Tracy A. Stress and Emotion Regulation: The Dynamic Fit Model, The Oxford Handbook of Stress and Mental Health, Online Publication. 2018.
18. Tabakhnick B G, Fidell L S. Using multivariate statistics (5th Ed), Boston, Allyn & Bocon.2007.
19. Mehrabizadeh Honarmand M, Akbari Shayei, Y. The effect of muscle relaxation with biological feedback on headache symptoms and quality of life of students with migraine headache Shahid Chamran University,

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-12]

Master Thesis in Clinical Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz. 2012.

20. Bagby R M, Taylor G J, Parker J D A. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale: II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. Journal of Psychosomatic Research. 1994; 38: 33-40.
21. Besharat M A. Validity and Reliability of the Persian Version of the Toronto Emotional Dysfunction Scale in Iranian Students. Journal of Psychological Reports. 2007; 101: 220-209. [Persian]
22. Garnefski N, Kraaij V. Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. Pers Individ Dif. 2006; 9(40): 1659-1669.
23. Besharat M A. Preliminary study of psychometric properties of Cognitive Emotion Regulation Questionnaire, Report-Research, University of Tehran. 2009. [Persian]
24. Scheutze R, Rees C, Slater H, Smith A, Sullivan P O. I call it stinkin' thinkin'': A qualitative analysis of metacognition in people with chronic low back pain and elevated catastrophizing, British Journal of Health Psychology, 2017; 22, 463–48.
25. Golabi N, Abdollahi MH, and Shahgholian M. The relationship between emotion regulation and metacognitive beliefs with pain management in people with chronic headache, Journal of Clinical Psychology and Personality, 2016; 14 (1), 61-70.
26. Johari Fard R, Boroumand A, Edward Shait K, & Mehrabizadeh Honarmand M. The role of cognitive and personality factors in predicting migraine headache, Journal of Thought and Behavior, 2016; 11 (42), 67 -79.
27. Hosseini A., Khormaei F., Asarzadegan F., Hesami A., Taghavi MR, & Mohammadi N. Comparison of cognitive emotion regulation strategies in people with migraine headache, tension headache and normal individuals, Journal of Psychology Health, 2014; 3 (3), 1-13.
28. Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. Emotion-regulation strategies across psychotherapy: A meta-analytic review. Clinical Psychology Review, 2010; 30, 217-237.
29. Leehay R. Stress in migraine headache triggers, Curr Pain Headache Rep, 2013; 14 (3), 221–7.
30. Kowal A, Pritchard D. Psychological characteristics of children who suffers from headache: A research note, Journal of Child Psychology and Psychiatry, 2015; 31(4), 637–649.
31. Jabalameli S, Banaeian A. Prediction of Pain Symptoms based on Meta-Cognitive Beliefs in Women with Migraine in Isfahan City. JAP. 2020; 11 (3) :14-27.
32. Naylor M R, Krauthamer G M, Naud S, Keefe F J, & Helzera J E. Predictive relationships between chronic pain and negative emotions: 4-month daily process study using Therapeutic Interactive Voice Response (TIVR), Comprehensive Psychiatry, 2014; 52, 731-736.
33. Sties W, Berwn G. Resilience and congitive emotion intentions: pair rewards fair treatment, journal of social psychology, 2014; 142, 3-11.
34. Mayer J D, Salavey P. Emotional intelligence, imaginarvion, J cognition, and ersonality, 2003; 185-217.
35. Goleman D, Boyatzis R, Rhee k. Clustering competence in emotional intelligence in ghsfrom, the emotional competence inventory (ECI), Availablefrome: http://www.eiconsortium.org. 2003.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-12]