مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
دوره ۲۴، شماره ۱۰، دی ۱۳۹۵
صفحه: ۸۵۱-۸۴۰

Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
Vol. 24, No.10, Jan 2017
Pages: 840-851

اثربخشی مداخله تنظیم هیجان بر میزان تحمل پریشانی و مشکلات تنظیم هیجان در زنان مبتلا به سردرد تنشی

آزاده هوایی[۱]، حمید کاظمی[۲]، اعظم حبیب اللهی*[۳]، زهرا ایزدیخواه[۴]

چکیده

مقدمه: اختلال سردرد تنشی‌ازاختلالات روان‌تنی رایج است که علاوه بر علائم جسمانی، روان را نیز درگیر کرده و باعث آسیب در جنبه‌های مختلف زندگی می‌شود. ازآنجاکه استرس و آشفتگی های هیجانی عوامل راه انداز مهم در انواع سردرد هستند، تنظیم هیجان می‌تواند به عنوان عاملی مهم در سازگاری و کنترل مؤثر این اختلال مطرح باشد. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر میزان تحمل پریشانی و کاهش مشکلات تنظیم هیجان در زنان مبتلا به اختلال سردرد تنشی انجام‌شد.

روش بررسی: این پژوهش نیمه تجربی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و کنترل انجام شد. جامعه آماری پژوهش زنان مبتلا به سردرد تنشی شهر اصفهان در سال۹۱ بودند.۳۰بیمار به روش تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. بیماران قبل از درمان به تکمیل پرسشنامه‌های مشکلات تنظیم هیجان (DERS) و تحمل پریشانی (DTS) مبادرت نمودندو در پایان نیز در مرحله پس‌آزمون و پیگیری این ارزیابی صورت گرفت. مدت دوره مداخله درمانی برای گروه آزمایش ۸ جلسه بصورت هفته‌ای یک جلسه بود. پیگیری ۳۰ روز بعد از پس‌آزمون انجام گرفت. داده ها با استفاده ازتحلیل کواریانس و نرم‌افزار SPSS-20 تجزیه و تحلیل شد.

نتایج: تحلیل یافته‌ها نشان داد تنظیم هیجان باعث کاهش میزان مشکلات تنظیم هیجان و بهبود تحمل پریشانی بیماران مبتلا به سردرد تنشی می‌شود ($p <۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: نتایج نشان دادآموزش تنظیم هیجان، با آگاه نمودن مبتلایان به سردرد از هیجان‌های مثبت و منفی خود و کمک به پذیرش و ابراز به موقع آن‌ها، می‌تواند منجر به کاهش مشکلات تنظیم هیجان و بهبود تحمل پریشانی در آن‌ها شود.

واژه‌های کلیدی: تنظیم هیجان، سردرد تنشی، اختلالات روان‌تنی

۱- کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان شناسی، دانشگاه اصفهان، ایران
۲ - استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران
۳- کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران
۴- استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه کوییزلند، استرالیا
*(نویسنده مسئول)؛ تلفن: ۰۹۳۷۸۰۷۹۹۹۳، پست الکترونیکی: az.h888@yahoo.com
تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۲/۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۸/۱۵

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

مقدمه

سردرد یکی از رایج‌ترین شکایت‌هاست که باعث مراجعه بیمارانبه مراکز پزشکی می‌شود (۱) بیش از ۹۰ درصد انسان‌ها در طول سال حداقل یک‌بار حمله سردرد را تجربه می‌کنند (۲). اکثر این سردردها از نوع میگرن و یا تنشی هستند.این سردردها می‌توانند خفیف و با فواصل نه چندان کم و یا شدید و دیرپا باشند (۳). سردرد تنشی شایع‌ترین نوع سردرداست که اکثر افراد در مواقعی آن را تجربه می‌کنند. این نوع سردرد علل متعددی دارد (۴). سردردهای تنشی، یک سردرد تکرارشونده هستند که برای چند دقیقه تا چند هفته طول می‌کشند، نوع درد معمولاً فشار دهنده وسفت شونده با شدت ضعیف تا متوسط و دوطرفه است و با فعالیت‌های معمول فیزیکی بدتر نمی‌شود (۵). طبق تعریف انجمن بین‌المللی، سردرد تنشی می‌تواند به دو نوع دوره‌ای و مزمن طبقه‌بندی شود (۶). سردرد دوره‌ای دارای شیوع بیشتری است و تأثیر عملکردی چشمگیری برکار،فعالیت‌های خانه وبیرون از خانه دارد. سردرد تنشی مزمن دارای شیوع کمتری است اما تأثیربیشتری روی افراد دارد ونسبت به نوع دوره‌ای جامعه کمتری از افراد را درگیر می‌کندبرخلاف اینکه سردرد تنشی، معمول‌ترین نوع سردرد است، اطلاعات در زمینه پاتوفیزیولوژی آن محدود است (۷). به طوری که یک مکانیسم ساده و واحد پاتوفیزیولوژیکی را برای سردردهای تنشی نمی‌توان انتظار داشت ومکانیسم ایجاد سردردهای تنشی چند فاکتوری است (۸،۹) سردرد تنشی بامحدود ساختن فعالیت‌های روزمره زندگی، اختلال در روابط خانوادگی، اجتماعی و ایجاد فشارهای اقتصادی، کیفیت زندگی را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۰). تحقیقات متعددی ارتباط میان عوامل روان‌شناختی وسردرد را تبیین کردند. یافته‌های گوناگون در حوزه درد نشان دادند که درد یک بیمار، می‌تواند به‌طور جدی از عوامل روان‌شناختی مانند،توجه، هیجان، انتظارات و باورهای فرد بیمار تأثیرپذیرد (۱۱). همچنین شواهد نشان می‌دهد که فشارهای روانی- اجتماعی از عوامل پیش‌بینی کننده شدت و تعداد حملات سردرد بوده و وقوع سردرد غالباً متعاقب دوره‌های پریشانی و استرس افزایش می‌یابد (۱۲). یافته‌ها (۱۳) نشان دادند که هیجانات نقش اساسی در اختلال‌های روانی ایفا می‌کند. ناهماهنگی هیجانی در تمام اختلال‌های محور I و نیمی از اختلال‌های محورII بروز می‌کند و سردرد تنشی نیز از اختلال‌هایی است که با هیجان رابطه دارد. همچنین ریسک بالایی برای مبتلایان به سردرد مزمن برای ابتلا به اختلالات هیجانی وجود دارد (۱۴). بیماران مبتلا به سردرد نشانه‌های افسردگی، اضطراب و جسمانی سازی را نسبت به افراد عادی بیشتر نشان می‌دهند. همچنین مشکل در تنظیم هیجاندر سنین پایین پیش‌بینی کننده بیماری‌های روان‌تنی مانند سردرد و مشکلات گوارشی در سنین بالاتر است (۱۵). آموزش تنظیم هیجان به معنای کاهش و کنترل هیجانات منفی ونحوه استفاده مثبت از هیجانات است(۱۶). بر طبق مدل گروس (۱۷) تنظیم هیجان شامل همه راهبردهای آگاهانه و غیرآگاهانه می‌شود که برای افزایش، حفظ وکاهش مؤلفه‌های هیجانی، رفتاری وشناختی یک پاسخ هیجانی بکار برده می‌شود. پاسخ‌های هیجانی اطلاعات مهمی درباره تجربه فرد در ارتباط با دیگران فراهم می‌کند. با این اطلاعات انسان‌ها یاد می‌گیرند، که در مواجهه با هیجانات چه واکنشی نشان دهند، چگونه تجارب هیجانی را به صورت کلامی بیان کنند، چه راهکارهایی را در پاسخ به هیجانات بکار برند و در زمینه هیجان‌های خاص چگونه با دیگران رفتار کنند (۱۸،۱۹). شواهدجدید درخصوص اختلالات روان‌شناختی نشان می‌دهد که اشکال در تنظیم هیجان،ممکن است عامل مهمی درایجاد وتداوم این‌گونه اختلالات باشد (۲۰،۲۳).

اهرت (Ehret) و همکاران (۲۱) در پژوهشی که در بین افراد مبتلا به افسردگی اساسی انجام دادند، به این نتیجه دست یافتند که آموزش مهارت‌های تنظیم هیجانی باعث کاهش نشانه‌های افسردگی و بهبود وضعیت روان‌شناختی این بیماران می‌شود. برنز و همکاران (۲۲). در پژوهش خود تحت عنوان تنظیم هیجانات مثبت و منفی در زندگی روزانه دریافتند که استفاده از استراتژی‌های مربوط به تنظیم هیجان منجر به افزایش هیجانات مثبت، کاهش هیجانات منفی و در نتیجه افزایش حس شادکامی افراد می‌شود.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

با توجه به این که سردرد تنشی علاوه بر عوارض جسمی (۲۳) به‌واسطه کاهش در عملکرد فرد باعث از دست دادن زمان مفید کاری (۲۴) و ایجاد اختلال در فعالیت روزمره (۲۵) می‌شود و افزایش استفاده از خدمات بهداشتی هزینه‌های زیادی را بر فرد و جامعه تحمیل می‌کند. همچنین داروهای موجودتسکین کامل یا کافی درد را برای بیماران فراهم نمی‌سازند. این امر موجب نارضایتی بیماران از درمان شده و باعث می‌شود تا بسیاری از بیماران باوجود درد و ناتوانی قابل‌توجه ناشی از آن، درمان کامل خود را پیگیری نکرده و روند درمان خود را به دلیل نارضایتی از درمان دارویی متوقف کنند (۲۶). از آنجا که مداخلات رفتاری بهبود ۳۵ تا ۵۵ درصد در میگرن و سردرد تنشی را نشان داده‌اند. قدرت این شواهد باعث شده است که بسیاری از درمانگاه‌های تخصصی در این زمینه، استفاده از درمان‌های رفتاری سردرد را در کنار درمان دارویی برای سردرد توصیه نمایند (۲۷). به نظر می‌رسدطراحی مداخله درمانی مبتنی بربهبود مشکلات تنظیم هیجان هم به مسائلو مشکلات روان‌شناختی این بیماران بپردازد و هم به واسطه نقشی که در بهبود عملکرد سیستم ایمنی دارد، به بهبود علائم بیماری کمک کند. بنابراین هدف و مسئله اصلی این پژوهش این است که آیا مداخله تنظیم هیجان بر میزان تحمل پریشانی و مشکلات تنظیم هیجان در زنان مبتلا به اختلال سردرد تنشی مؤثر است یا خیر؟

روش تحقیق

این پژوهش از نوع نیمه تجربی، همراه با گروه آزمایش کنترل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران زن مبتلا به اختلال سردرد تنشی شهر اصفهان در سال ۱۳۹۱، که از سوی متخصص مغز و اعصاب مبتلا به اختلال سردرد تنشی تشخیص داده شد بودند و جهت درمان به بیمارستان الزهرا و مراکز خصوصی درمانی در شهر اصفهان مراجعه کرده‌اند. ملاک‌های ورود پژوهش حاضر عبارت بودند از: تشخیص اختلال سردرد تنشی توسط متخصص مغز و اعصاب و بر اساس مصاحبه توسط متخصص بالینی، سطح تحصیلات سیکل به بالا، جنسیت مؤنث و ملاک‌های خروج نیز شامل دریافت تشخیص اختلال هم‌زمان در محورهای I و II، مانند وجود اختلال افسردگی اساسی هم‌زمان، وابستگی به مواد مخدر، وجود اختلال سایکوتیک هم‌زمان و وجود علائم ارگانیک توجیه‌کننده نشانه بیماری می‌شدند.

نمونه آماری این مطالعه۳۰ نفر از بیماران زن مبتلا به سردرد تنشی ساکن شهر اصفهان می باشند که به شیوه در دسترس انتخاب و سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. در ادامه گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون شرکت کردند. پس از آن گروه آزمایشی در معرض مداخله تنظیم هیجان به مدت ۸ جلسه قرار گرفت. در این مرحله گروه کنترل هیچ گونه مداخله ای دریافت نکرد. پس از گذشت ۸ جلسه مداخلات روانشناختی برای گروه آزمایشی، از هر دو گروه کنترل و آزمایش، پس آزمون به عمل آمد و پس از یک ماه از آخرین جلسه درمانی، پیگیری صورت گرفت. در این پژوهش آزمودنی ها بصورت داوطلبانه شرکت کرده بودند و به منظور رعایت اخلاق پژوهش پس از اتمام پژوهش، گروه کنترل ۳ جلسه به صورت گروهی تحت درمان مداخله تنظیم هیجان قرارگرفتند.

خلاصه جلسات مداخله تنظیم هیجان به این شرح بود: جلسه اول: معرفی جلسات تنظیم هیجان، بیان هیجان نرمال، هیجان مشکل‌آفرین و خودآگاهی هیجانی، جلسه دوم: هیجانات بیماری‌زا و ضرورت درمان، علائم اختلال هیجانی و درمان مناسب و علل اختلال هیجانی، جلسه سوم: خطاهایشناختی و شاخص‌های اختلال هیجانی، جلسه چهارم: داستان اختلالات هیجانی و تفسیرها، جلسه پنجم: تغییر و اصلاح تفاسیر، جلسه ششم: رفتارهای ناشی از هیجان و رویارویی با هیجان، جلسه هفتم: فرض‌ها و اصول و باورهای هسته‌ای، جلسه هشتم: تغییر باورهای هسته‌ای

ابزار تحقیق:

۱- پرسش‌نامه تحمل پریشانی: (DTS) پرسش‌نامه تحمل پریشانی توسط سیمونز وگاهر، ساخته شده است. این پرسش‌نامه۱۵ سؤال دارد که ۴ خرده مقیاس تحمل پریشانی، جذب شدن به‌وسیله هیجانات منفی، ارزیابی یا برآورد ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی را می‌سنجد.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

این مقیاس بر اساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. ضرایب آلفا برای این مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۷۲،۰/۸۲،۰/۷۸،۰/۷ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ به‌دست آمده است. همچنین مشخص شده است که این مقیاس دارای روایی ملاکی و همگرایی اولیه کافی است (۲۸).

در یک مطالعه مقدماتی برروی ۴۸ نفر از دانشجویان دانشگاه فردوسی و علوم پزشکی مشهد (۳۱ زن و ۱۷ مرد)، پایایی همسانی بالایی برای کل مقیاس (آلفای کرونباخ) محاسبه شد. نتایج این مطالعه، پایایی همسانی درونی بالایی را برای کل مقیاس (α = ۰/۷۱) و پایایی متوسطی را برای خرده مقیاس‌ها نشان داد (۰/۵۴برای خرده مقیاس تحمل،۰/۴۲ برای خرده مقیاس جذب، ۰/۵۶ برای خرده مقیاس ارزیابی و ۰/۵۸ برای خرده مقیاس تنظیم)

۲- مقیاس مشکلات تنظیم هیجان: (DERS) این پرسش‌نامه توسط گراتز و رومر ساخته شد

این پرسش‌نامه یک شاخص خود گزارشی است که برای ارزیابی دشواری‌های موجود در تنظیم به شکل جامع‌تری نسبت به ابزارهای موجود در این زمینه ساخته شده است و دارای ۳۶ عبارت و ۶ خرده مقیاس است که عبارتند از عدم پذیرش پاسخ، دشواری‌های دست زدن به رفتار هدفمند، دشواری‌های کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان، فقدان شفافیت هیجانی.

نتایج مربوط به بررسی پایایی نشان می‌دهد که این مقیاس دارای همسانی درونی بالا (کل مقیاس (α= ۰/۹۳)، خرده مقیاس عدم پذیرش (α=۰/۸۵)، خرده مقیاس اهداف (α=۰/۸۹)، خرده مقیاس تکانه (α=۰/۸۶)، خرده مقیاس آگاهی (α= ۰/۸) و خرده مقیاس شفافیت (α =۰/۸۴) و پایایی آزمون- بازآزمون خوب برای نمرات کلی این مقیاس (p<۰/۰۱،۰/۸۸) و هم‌چنین برای خرده مقیاس‌ها (۰/۶۹برای عدم پذیرش، ۰/۶۹برای اهداف، ۰/۵۷برای تکانه، ۰/۶۸برای آگاهی، ۰/۸۹برای راهبردها و۰/۸۰برای شفافیت (p<۰/۰۱). در رابطه با روایی نیز بررسی‌ها نشان‌گر روایی سازه و پیش‌بین کافی برای این مقیاس است (۲۹).

همچنین پایایی همسانی فرم ترجمه‌شده فارسی این مقیاس، طی یک مطالعه مقدماتی بر روی یکجمعیت۴۸ نفر دانشگاه فردوسی و علوم پزشکی مشهد (۳۱ زن و ۱۷ مرد) به‌دست آمد. نتایج این مطالعه همسانی درونی بالایی را برای کل مقیاس ۰/۸۶α، همچنین برای خرده مقیاس‌ها، (۰/۷۵ عدم پذیرش، ۰/۷۴ اهداف، ۰/۷۶ تکانه، ۰/۶۳آگاهی، ۰/۷۴ راهبردها و ۰/۸۵ شفافیت نشان داد (۳۰). در مطالعه حاضر نیز مقادیر آلفا برای خرده مقیاس عدم پذیرش α = ۰/۸۴، خرده مقیاس اهداف α = ۰/۸۱، خرده مقیاس تکانه α=۰/۸۶، خرده مقیاس آگاهی α=۰/۷۳، خرده مقیاس دسترسی α = ۰/۸۵ و خرده مقیاس شفافیت α =۰/۷۳ توسط آزمون‌گر به‌دست آمد.

در این پژوهش تجزیه تحلیل داده‌ها به روش کوواریانس و نرم‌افزار SPSS ویرایش ۲۰ انجام شد. سیمای کلی طرح پژوهش حاضر در جدول۱، ارائه شده است.

جدول ۱: سیمای کلی طرح پژوهش

مراحل / گروه	گمارش تصادفی	پیش‌آزمون	متغیر مستقل (مداخله تنظیم هیجان)	پس‌آزمون	پیگیری
آزمایش	R	T1	X	T2	T3
کنترل	R	T1	-	T2	T3

نتایج

در این پژوهش، میانگین سن آزمودنی‌ها ۳۴/۵ بود.۱۳/۳ درصد آزمودنی‌ها دارای تحصیلات سیکل، ۳۳/۳ درصد دارای دیپلم، ۳۰ درصد دارای تحصیلات لیسانس، ۲۰ درصد دارای تحصیلات فوق‌لیسانس و ۳/۳ درصد نیز دارای تحصیلات دکترا بودند. همچنین ۴۰ درصد از آزمودنی‌ها مجرد و ۶۰ درصد نیز متأهل بودند.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

میانگین و انحراف استاندارد مربوط به متغیرهای وابسته پژوهش به تفکیک دو گروه آزمایش و کنترل، در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، در جدول ۲، ارائه شده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد نمرات تحمل پریشانی، مشکلات تنظیم هیجان و زیرمقیاس‌های آن در دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	گروه آزمایش						گروه کنترل					
	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
تحمل پریشانی	۳۴/۴۶	۱۲/۲۵	۵۷/۴۰	۱۱/۲۱	۴۹/۲۰	۱۰/۲۶	۳۹/۶۶	۱۰/۳۴	۳۷/۸۶	۱۰/۱۱	۳۴/۶۰	۱۶/۲۳
مشکلات تنظیم هیجان (نمره کل)	۱۱۸/۴۰	۲۷/۸۶	۶۶/۶۶	۱۶/۹۸	۷۵/۰۶	۱۰/۹۴	۹۵/۶۰	۲۲/۷۰	۱۰۴/۴۶	۲۲/۰۹	۱۰۵/۲۶	۱۶/۰۶
عدم پذیرش	۱۹/۱۳	۷/۳۲	۱۰/۴۶	۵/۲۶	۱۲/۳۳	۲/۸۲	۱۵/۳۳	۵/۷۱	۱۷/۰۶	۶/۳۱	۱۶/۹۳	۴/۳۳
اهداف	۱۹/۷۳	۳/۰۵	۱۰/۴۶	۳/۶۴	۱۲/۲۶	۳/۷۱	۱۵/۴۶	۵/۱۵	۱۵/۰۰	۵/۳۰	۱۴/۵۳	۳/۳۹
تکانه	۲۰/۲۰	۶/۳۴	۱۰/۳۳	۲/۷۴	۱۳/۰۶	۳/۱۵	۱۵/۸۶	۵/۴۶	۱۸/۸۶	۵/۳۰	۱۸/۶۰	۷۹/۳۰
آگاهی	۱۷/۲۰	۵/۰۸	۱۳/۳۳	۳/۳۳	۱۲/۶۶	۲/۶۹	۱۵/۶۶	۴/۸۷	۱۵/۸۶	۴/۰۸	۱۷/۷۳	۲/۸۹
راهبردها	۲۷/۱۳	۸/۶۰	۱۳/۱۳	۴/۶۲	۱۴/۴۰	۳/۷۳	۲۲/۱۳	۶/۸۶	۲۴/۶۰	۶/۴۱	۲۴/۶۶	۴/۷۹
شفافیت	۱۵/۰۰	۴/۶۴	۹/۰۰	۲/۴۲	۱۰/۳۳	۲/۶۶	۱۱/۱۳	۲/۹۴	۱۳/۰۶	۳/۱۲	۱۲/۸۰	۲/۱۴

همان‌طور که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود، در متغیر تحمل پریشانی، نمرات گروه آزمایش، در مراحل پس‌آزمون و پیگیری، افزایش قابل‌ملاحظه‌ای نسبت به مرحله پیش‌آزمون داشته است، اما در گروه کنترل، نمرات آزمودنی‌ها در این متغیر حتی کاهش نیز داشته است. در متغیر مشکلات تنظیم هیجان و تمامی ابعاد آن نیز، نمرات گروه آزمایش، در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری، نسبت به مرحله پیش‌آزمون، کاهش قابل‌توجهی داشته است، اما نمرات گروه کنترل یا تغییر قابل‌ملاحظه‌ای نداشته و یا حتی افزایش نشان داده است.

جهت بررسی اثربخشی مداخله پژوهش بر متغیرهای وابسته در مرحله‌پس‌آزمون، از تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شد. نتایج آزمون باکس (M= ۰/۲۰ ؛Sig= ۶۲/۳۲) نشانگر تأیید پیش‌فرض تساوی کواریانس‌ها بود. همچنین نتایج آزمون لوین برای متغیرهای تحمل پریشانی (F= ۰/۵۵ ؛Sig= ۰/۴۶)، نمره کل مشکلات تنظیم هیجان (F= ۲/۵۴ ؛Sig= ۰/۱۲) و زیرمقیاس‌های عدم پذیرش (F= ۱/۳۹ ؛Sig= ۰/۲۴)، اهداف (F= ۰/۲۷ ؛Sig= ۰/۶۰)، تکانه (F= ۰/۹۶ ؛Sig= ۰/۳۳)، آگاهی (F= ۰/۲۲ ؛Sig= ۰/۶۳)، راهبردها (F= ۰/۰۰ ؛Sig= ۰/۹۹) و شفافیت (F= ۰/۰۸ ؛Sig= ۰/۷۷)، نشانگر تأیید پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها بود؛ بنابراین تحلیل کواریانس چندمتغیره جهت بررسی مداخله پژوهش در مرحله پس‌آزمون مورد استفاده قرار گرفت که نتایج آن در جداول ۳ و ۴، ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج آزمون لامبدای ویلکس پس‌آزمونکلیه متغیرهای وابسته با کنترل نمرات پیش‌آزمون

منبع تأثیرات	مقدار ویژه	F	درجه آزادی فرض	درجه آزادی خطا	معنی‌داری	مجذور اتا	توان آماری
عضویت گروهی	۰/۱۷	۸/۰۶	۸	۱۴	۰/۰۰	۰/۸۲	۰/۹۸

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

جدول۴: نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره به تفکیک هریک از متغیرهای وابسته، با کنترل کلیه نمرات پیش‌آزمون در مرحله پس‌آزمون

	منبع تأثیرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی‌داری	مجذور اتا	توان آماری
عضویت گروهی	تحمل پریشانی	۳۱۲۹/۴۴	۱	۳۱۲۹/۴۴	۳۱/۵۹	۰/۰۰	۰/۶۰	۱
	مشکلات تنظیم هیجان (نمره کل)	۶۷۴۳/۲۱	۱	۶۷۴۳/۲۱	۴۲/۲۲	۰/۰۰	۰/۶۶	۱
	عدم پذیرش	۵۴۰/۱۷	۱	۵۴۰/۱۷	۲۳/۷۳	۰/۰۰	۰/۵۳	۰/۹۹
	اهداف	۲۲۸/۸۴	۱	۲۲۸/۸۴	۱۵/۷۹	۰/۰۰	۰/۴۲	۰/۹۶
	تکانه	۵۹۵/۱۴	۱	۵۹۵/۱۴	۴۷/۹۴	۰/۰۰	۰/۶۹	۱
	آگاهی	۴۱/۰۱	۱	۴۱/۰۱	۳/۶۳	۰/۰۷	۰/۱۴	۰/۴۴
	راهبردها	۱۰۱۳/۶۲	۱	۱۰۱۳/۶۲	۳۲/۷۳	۰/۰۰	۰/۶۰	۱
	شفافیت	۱۷۸/۲۶	۱	۱۷۸/۲۶	۲۵/۸۶	۰/۰۰	۰/۵۵	۰/۹۹

همانطورکه در جدول ۳، ملاحظه می‌شود، نتایج آزمون لامبدای ویلکس نشانگر آن است که مداخله پژوهش، بر مجموع متغیرهای وابسته در مرحله پس‌آزمون، اثرمعنی‌داری داشته است. نتایج جدول۴ نیز نشان می‌دهد که با در نظر گرفتن هریک از متغیرهای وابسته به طور جداگانه نیز، مداخله پژوهش بر تمامی متغیرها به جز بعد آگاهی مشکلات تنظیم هیجان، اثر معنی‌داری داشته است.

جهت بررسی اثربخشی مداخله پژوهش بر متغیرهای وابسته در مرحله پیگیری نیز از تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شد. نتایج آزمون باکس (M= ۴۹/۹۱ ؛Sig= ۰/۵۵) نشانگر تأیید پیش‌فرض تساوی کوواریانس‌ها بود. همچنین نتایج آزمون لوین برای متغیرهای تحمل پریشانی (F= ۱/۳۸ ؛Sig= ۰/۲۴)، نمره کل مشکلات تنظیم هیجان (F= ۲/۲۰ ؛Sig= ۰/۱۴) و زیرمقیاس‌های عدم پذیرش (F= ۰/۰۳ ؛Sig= ۰/۸۴)، اهداف (F=۱/۵۷ ؛Sig= ۰/۲۲)، تکانه (F= ۱/۴۱ ؛Sig= ۰/۲۴)، آگاهی (F=۰/۰۱ ؛Sig= ۰/۸۹)، راهبردها (F= ۰/۰۱ ؛Sig= ۰/۹۱) و شفافیت (F= ۱/۹۴ ؛Sig= ۰/۱۷)، نشانگر تأیید پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها بود؛ بنابراین تحلیل کواریانس چندمتغیره جهت بررسی اثربخشی مداخله پژوهش در مرحله پیگیری، مورد استفاده قرار گرفت که نتایج آن در جداول ۵ و ۶، ارائه شده است.

جدول۵: نتایج آزمون لامبدای ویلکس پیگیری کلیه متغیرهای وابسته با کنترل نمرات پیش‌آزمون

منبع تأثیرات	مقدار ویژه	F	درجه آزادی فرض	درجه آزادی خطا	معنی‌داری	مجذور اتا	توان آماری
عضویت گروهی	۰/۲۴	۵/۱۱	۸	۱۳	۰/۰۰	۰/۷۵	۰/۹۵

جدول۶: نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره به تفکیک هریک از متغیرهای وابسته، با کنترل کلیه نمرات پیش‌آزمون در مرحله پس‌آزمون

	منبع تأثیرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی‌داری	مجذور اتا	توان آماری
عضویت گروهی	تحمل پریشانی	۲۲۴۶/۲۱	۱	۲۲۴۶/۲۱	۱۵/۹۳	۰/۰۰	۰/۴۴	۰/۹۶
	مشکلات تنظیم هیجان (نمره کل)	۴۸۴۵/۳۸	۱	۴۸۴۵/۳۸	۳۷/۱۶	۰/۰۰	۰/۶۵	۱
	عدم پذیرش	۱۸۴/۱۹	۱	۱۸۴/۱۹	۱۸/۰۳	۰/۰۰	۰/۴۷	۰/۹۸
	اهداف	۴۷/۸۹	۱	۴۷/۸۹	۳/۹۰	۰/۰۶	۰/۱۶	۰/۴۶
	تکانه	۱۴۱/۲۵	۱	۱۴۱/۲۵	۳۰/۷۹	۰/۰۰	۰/۶۰	۱
	آگاهی	۱۰۳/۶۵	۱	۱۰۳/۶۵	۱۸/۸۵	۰/۰۰	۰/۴۸	۰/۹۸
	راهبردها	۵۷۲/۶۳	۱	۵۷۲/۶۳	۲۷/۸۴	۰/۰۰	۰/۵۸	۰/۹۹
	شفافیت	۱۰/۷۸	۱	۱۰/۷۸	۱/۸۱	۰/۱۹	۰/۰۸	۰/۲۵

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

همانطورکه در جدول ۵، ملاحظه می‌شود، نتایج آزمون لامبدای ویلکس نشانگر آن است که مداخله پژوهش، بر مجموع متغیرهای وابسته در مرحله پیگیری، اثربخشی معنی‌داری داشته است. نتایج جدول۶ نیز نشان می‌دهد که با در نظر گرفتن هریک از متغیرهای وابسته به طور جداگانه، مداخله پژوهش برتمامی متغیرها به جز ابعاد اهداف و شفافیت مشکلات تنظیم هیجان، اثر معنی‌داری داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی مداخله تنظیم هیجان بر میزان تحمل پریشانی و کاهش مشکلات هیجانی در بیماران زن مبتلا به اختلال سردرد تنشی شهر اصفهان بود. در نتیجه مداخله تنظیم هیجان بر میزان تحمل پریشانی در بیماران زن مبتلا به اختلال سردرد تنشیمؤثر بوده است.نتایج پژوهش حاضر با پژوهش‌های علوی و همکاران (۳۰)، میلر، راتوس و لینهان (۳۱) که از مهارت تنظیم هیجان به‌منظور افزایش تحمل پریشانی استفاده کردند، مطابقت دارد. در تبیین این همسویی می‌توان به شباهت در ارتقای مهارت افراد در اصلاح، پذیرش و تحمل هیجانات منفی اشاره نمود. به عبارت دیگر افراد مبتلا به سردرد تنشی جهت کنترل استرسورهای موجود به رفتارهای اجتنابی روی آورده و با فرار از موقعیت‌های تنش‌زا به آن واکنش نشان می‌دهند، در مداخله طی تکنیک مواجه با هیجانات، افراد ضمن پذیرش هیجانات خود به دنبال تسکین فوری هیجانات منفی و یا اجتناب از آن‌ها نیستند. به‌عبارت‌دیگر اگرچه فرد نمی‌تواند شرایط زندگی خود را تغییر دهد ولی می‌تواند شدت واکنش‌های هیجانی خود را نسبت به موقعیت‌های تنش‌زا و رویدادهای زندگی تغییر دهد طی مواجه با هیجان افراد درمی‌یابند که هیجان‌ها قابل‌تحمل هستند و آن‌ها توانایی مقابله با هیجانات منفی را دارند، این توانایی در طول مرحله پیگیری نیز پایدار بود.

آموزش تنظیم هیجان می‌تواند با آگاه نمودن فرد از هیجان‌های مثبت و منفی، پذیرش و ابراز به موقع آن‌ها، نقش مهمی در کاهش علائم جسمانی، اضطراب،افسردگی (سطوح سلامت روانی)، داشته باشد؛ زیرا تحقیقات قبلی نشان داده است که سطح بالای هیجانات مثبت و کاهش هیجانات منفی نقش مهمی در قضاوت و ادراک مثبت از خویش دارد (۳۲).

نتایج این پژوهش، همچنین نشان داد مداخله تنظیم هیجان منجر به کاهش مشکلات تنظیم هیجان در مراحل پس‌آزمون و پیگیری شده است، همچنین این مداخله منجر به کاهش عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری‌های دست زدن به رفتارهای هدفمند، دشواری‌های کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان و فقدان شفافیت هیجانی در زنان مبتلا به سردرد تنشی در مرحله پس‌آزمون گشته است و این تأثیر در مرحله پیگیری کلیه زیر مقیاس‌هابه‌جز زیر مقیاس اهداف پایدار بوده است. این نتیجه با نتایج پژوهش علوی (۳۰) که به اثربخشی مهارت‌های تنظیم هیجان تحت درمان دیالکتیک بر روی افسردگی دانشجویان پرداخته بود، ناهم‌سو است. شاید بتوان معنی‌دار شدن نتایج در گروه کنونی را به روش، گروه هدف و تعداد جلسات متمرکز بر مهارت‌های تنظیم هیجان نسبت داد.

به‌طورکلی تنظیم هیجان سازه‌ای است که تصور می‌شود تأثیر زیادی بر سلامت روانی و جسمانی دارد و در سازگاری با رویدادهای استرس‌زای زندگی نقش مهمی دارد.موفقیت در تنظیم هیجان با افزایش پیامدهای سلامتی و برعکس، عدم توانایی در تنظیم هیجان با اختلال‌های روانی،شخصیتی و اضطرابی مرتبط است (۳۳).

در تبیین معنی‌داری مداخله تنظیم هیجانبر مشکلات تنظیم هیجان می‌توان گفت که استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان باعث می‌شود که فرد با نگاه و دیدگاه متفاوتی به ارزیابی رویدادها و وقایع منفی بپردازد، هیجان‌های منفی را با شدت کمتری تجربه کند، شدت واکنش‌های هیجانی نسبت به آن‌ها را تغییر دهد و در مورد کنترل هیجانات خود احساس کفایت نماید و درنتیجه ناراحتی و تنیدگی کمتری را تجربه کند.

در آموزش تنظیم هیجان بر تمرینات و مهارت‌هایی تأکید می‌شود که کاربرد آن‌ها منجر به پذیرش مشکلات هیجانی، پرورش سبک زندگی سالم، انجام عمل مخالف در برابر

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

هیجان‌های منفی شدهکه درنهایت به تسهیل تغییرات منجر شود (۳۴).

در تبیین معنی‌داری اثربخشی مداخله تنظیم هیجان مبتنی بر کاهش پذیرش پاسخ‌های هیجانی می‌توان به نتایج پژوهش کینوئنن و همکاران (۳۵) استناد نمود. بدین ترتیب که این مداخله با آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان به افراد کمک کرده است باورها و راهبردهای ناکارآمدی که به تفسیر، قضاوت و عمل مطابق با هیجان‌ها می‌انجامد، شناسایی کرده و باورها و راهبردهای انطباقی‌تر و منعطف‌تری را در پاسخ به هیجانات خود اتخاذ کنند. در نتیجه اعمال این تغییرات، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی آن‌ها افزایش‌یافته و پذیرش هیجانات منفی تسهیل می‌شود.

علاوه بر این و هم‌راستا با نتایج مطالعه نولن هوکسماو همکاران (۳۶)، در تبیین اثربخشی مداخله تنظیم هیجان بر دشواری‌های انجام رفتار هدفمند می‌توان مطرح ساخت که در فرایند مداخله، مواجه با هیجان‌های منفی و عدم اجتناب از آن‌ها منجر به ادامه یک رفتار حین تجربه هیجان منفی می‌شود.

نتیجه این پژوهش پیرامون تأثیر مداخله تنظیم هیجان بر دشواری‌های کنترل تکانه در مرحله پس‌آزمون با نتایج مطالعات پژوهش اسنورسان و همکاران (۳۷) همسو است. در تبیین این نتیجه می‌توان به این موضوع اشاره کرد که قسمتی از مداخله تنظیم هیجان به آگاهی از رابطه بین هیجان‌ها، رفتار و فکر می‌پردازد.هم سو با نتایج اسماعیلی و همکاران (۱۸)در تبیین تأثیر مداخله بر کاهش فقدان آگاهی هیجانی می‌توان به نقش آگاهی، شناسایی و تعریف هیجان‌ها خود اجرای تکنیک‌های موجود در این روش مداخله اشاره کرد.

اثربخشی روش مداخله تنظیم هیجان بر دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان، هم سو با نتیجه حاصل از پژوهش برکینگ و همکاران (۳۸) است و در تبیین آن می‌توان گفت که بخشی از مداخله تنظیم هیجان به آموزش مهارت‌ها و تکنیک‌هایی می‌پردازد که یک فرد به هنگام آشفتگی می‌تواند انجام دهد.

هم‌راستا با نتایج پژوهش چن و همکاران (۳۹)در تبیین معنی‌داری اثربخشی این الگوی درمانی بر کاهش فقدان شفافیت هیجانی می‌توان به این موضوع اشاره کرد که بخشی از مداخله تنظیم هیجان به آموزش شناسایی و نام‌گذاری هیجان‌ها اختصاص داشته و همین امرمنجر به کاهش فقدان شفافیت هیجانی شده و افراد را قادر ساخته است تا بتوانند به تفکیک بین هیجانات متفاوت خود بپردازند.این تحقیق با یافتهمنین (۴۰) مبنی بر این که شفافیت هیجانی یک عامل سازگارانه نظم‌بخشی هیجان است که بازنگری، ارزیابی تجارب هیجانی و تغییر و تعدیل آن‌ها را دربر می‌گیرد و توجه آگاهانه این امکان را در اختیار فرد قرار می‌دهد تا برای تسهیل عملکرد خویش از اطلاعات مرتبط با هیجاناتش استفاده کند، هم راستا است.

این پژوهش دارای محدودیت‌هایی بود ازجمله اینکه شرکت‌کنندگان پژوهش فقط شامل زنان می‌شد بنابراین نمی‌توان نتایج آن را به گروه مردان تعمیم داد. همچنین با توجه به نوع پژوهش، امکان انتخاب تصادفی آزمودنی‌ها وجود نداشت. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی این مداخله در جمعیت مردان نیز مورد بررسی قرار گیرد.

سپاسگزاری

پژوهشگران این مقاله بر خود لازم می‌دانند که از تمامی عزیزانی که در اجرای این پژوهش همکاری کردند کمال تشکر را داشته باشند.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

References:

1- Steiner TG, Stovner LJ, Birbeck GL. ***Migraine: the seventh disabler.*** J Headache Pain 2013; 14(1): 1.

2- Hamedi V, Asghari A, Sheeri MR. ***An Investigation of The Effectiveness of a Composed Model of Cognitive-behavior Headache Management on the Treatment of Anxiety, Depression, Stress and Migraine Symptoms.*** Procedia - Social and Behavioral Sci 2013; 84(0): 1850-5. [Persian]

3- Kutr S, Kaplan Y. ***Epidemiological and clinical characteristics of headache in university students.*** Clinic Neurology and Neurosurgery 2008; 110: 46-50.

4- Bendtsen L**. *Sensitization: Its role in primary headache.*** Current opinion in investigationaldrugs 2002; 3(3): 449.

5- Chowdhury D. ***"Tension type headache."***Ann Indian Academy of Neurology 15, no. Suppl 1(2012): S83.

6- Society HCCotIH. ***Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facialpain.*** Cephalalgia 1988; 8(7): 1-96.

7- Schwartz BS, Stewart WF, Simon D, Richard B, Lipton RB. ***"Epidemiology of tension-type headache."*** Jama 1998; 279(5): 381-83.

8- Rigmor J, Bendtsen L, Olesen J. ***"Muscular factors are of importance in tension-typeheadache."*** Headache: Head and Face Pain 1998; 38(1): 10-17.

9- Bendtsen L, Fernández-de-la-Peñas C. ***"The role of muscles in tension-type headache."*** Current pain and headache reports 2011; 15(6): 451-58.

10- Mirzaei M, Khairi S, Khosravi S, Jivad N. ***[Comparsion of sedation effect of intravenous dexamethason withand without compression of superfical arteires in scalt in acute migrainian heache attack (Persian)].*** J Sharekord Univ Med Sci 2011; 13(3): 18-24.

11- Atlas LY, Wager TD. ***How expectations shape pain.*** Neurosci Lett 2012; 520(2): 140-8.

12-Peters M, Abu-Saad HH, Vydelingum V, Dowson A, Murphy M. ***Migraine and Chronic Daily Headache Management: A Qualitative Study of Patients' Perceptions.*** Scand J Caring Sci 2004; 18(3): 249-303.

13- Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. ***Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review.*** Clinic Psychology Rev 2010; 30(2): 217-37.

14- Pakalnis A. ***Emotional Problems and Prevalence of Medication Overuse in Pediatric Chronic Daily Headache.*** J CHILD NEUROL 2007; 22(12): 1356-59.

15--Hagekull B, Bohlin G. ***Predictors of middle childhood psychosomatic problems: An emotion regulation approach.*** INFANT CHILD DEV 2004; 13(5): 389-405.

16- Narimani M, Abolghasemi A, Ahadi B, Ariapooran S. ***[Compare the effectiveness of mindfulness and emotional regulation training On mental health chemical warfare].*** J Clin Psychol. 2010;2(4):61-72.[Persian].

17- Sattarpour F, Ahmadi E, H BG**. *[Effectiveness emotion regulation training on reduction of symptoms depression students].*** Shenakht J Psychol Psychiatr 2014; 1(1): 31-8. [Persian].

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

18-Ismaili L, Agaie A, Abedi MR, Esmaeili M. ***[Efficacy Emotion regulation training on the mental health ofgirls with epilepsy.*** J Thought Behav 2011; 5(20): 31-42. [Persian].

19- Jazaieri H, McGonigal K, Jinpa T, Doty JR, Gross JJ, Goldin PR. ***A randomized controlled trial of compassion cultivation training: Effects on mindfulness, affect, and emotion regulation.*** Motivation and Emotion 2014; 38(1): 23-35. [Persian].

20-Ghasempour A, Akbari E, Azimi Z, Ilbeygi R, Hassanzadeh S. ***Predicting obsessivecompulsive disorder on the basis of emotion regulation and anxiety sensitivity.*** Zahedan J Res Med Sci 2013; 15(2): 94. [Persian].

21- Ehret AM, Kowalsky J, Rief W, Hiller W, Berking M. ***Reducing symptoms of major depressive disorder through a systematic training of general emotion regulation skills: protocol of a randomized controlled trial.*** BMC psychiatry 2014; 14(1): 2-9.

22- Brans K, Koval P, Verduyn P, Lim YL, Kuppens P. ***The Regulation of Negative and Positive Affect in Daily Life.*** American Psychological Assoc 2013; 13(3).

23- Solomon GD, Dahlof GH. ***Impact of headache on the individual sufferer. In: J. Olesen, P. Tfelt- Hansen, & K. M. A. Welch (Eds.).*** The headaches. Philadelphia: Lippicott Wilkins; 2000.

24-Morillo LE, Alarcon F, Aranaga N, Aulet S, Chapman E, Conterno L. ***Prevalevalence.of Migraine in Latin merican .*** Journal of Headache 2005; 45(2): 106-17.

25-Rabins JC, Penzien DB, McCrory DC, Gray RN. ***Behavioral headache treatment: history, review of the empirical literature, and methodological critique.*** J Headache 2005; 45: 92-109.

26- Smith TR, Nicholson RA, Banks JW. ***Migaraine education improves quality of life in a primary care setting.*** Headache 2010; 50(4): 600-12.

27-Rains JC, Penzien DB, McCrory Gray N. ***Behavioral headache treatment: History view of the empirical literure, and metadaological critique.*** Headache 2005; 45: 92-109.

28- Simons JS, Gaher RM. ***The Distress Tolerance Scale: Development and Validation of a Self-Report Measure.*** Motivation and Emotion 2005; 29: 83-102.

29-Gratz KL, Roemer L. ***Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale.*** J Psychopathology 2004; 26(1): 41-54.

30- Alavi Kh, Amin-Yazdi A, Modarres Gharavi M, Salehi Fadardi J, ***Effectiveness of group dialectical behavior therapy (based on core mindfulness, distress tolerance and emotion regulation components) on depressive symptoms in university students.*** Fundamentals of Mental Health 2011; 13(2): 124-35. [Persian].

31- Miller AM, Rathus JH, Linehan MM. ***Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents.*** New York: Guilford 2007.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

32- Narimani M, Ariapour S, Abolqasemi A, Ahadi B. ***Effectiveness of mindfulness and emotionregulation training on physical and psychological well-being chemically injured.*** Address Kermanshah Univ Med Sci 2012; XV(5): 357-347. [Persian]

33- Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. ***Emotion- Regulation Strategies across Psychopathology: A Meta-analytic Teview.*** Clinic Psychology Rev 2010; 30: 217-37.

34- Linehan M. ***Cognitive-behavioral Treatment of Borderline Personality Dosorder***, New York:Guilford Press 2000.

35- Kinnunen M, Kokkonen M, Kapiro J, Pullkein L. ***The associations of emotion regulation and dysregulation with the metabolic syndrome factor.*** Journal of Psychosomatic Research 2005; 58(6): 513-21.

36- Nolen-Hoeksema S, Wisco BE, Lyubomirsky S. ***Rethinking rumination.*** Perspectives on Psychological Sci 2008; 3: 400-24.

37- Snorrason I, Smari J, Olafson R. ***Emotion regulation in pathological skin picking: Findings from a non-treatment seeking sample.*** J Behavior Therapy and Expert Mental Psychiatry 2010; 40(4): 219-29.

38- Berking M, Wupperman P, Reichardt A, Pejic T, Dippel A, Znoj H. ***Emotion regulation skills as a treatment target in psychotherapy.*** Behavior Research and Therapy 2008; 46: 1230-237.

39- Chen J, Xu T, Jing J, Chan R. ***Alexithymia and emotional regulation: A cluster analytical approach .*** BMC Psychiatry 2011; 13(2): 11-33.

40- Mennin DS. ***Emotion Regulation Therapy: An Integrative Approach to Treatment-Resistant Anxiety Disorders.*** J Contemporary Psychotherapy 2006; 36(2): 95-105.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

The Effect of Emotion Regulation on the Amount of Tension Tolerance and Emotion Regulation Difficulties in Women with Tension-type Headaches

Azadeh Havaiy (MSc)[1], Hamid Kazemi (PhD)[2], Azam Habibollahi (MSc)[*3], Zahra Izadikhah (PhD)[4]

[1] *Clinical Psychology, Department of psychology, Esfahan University, Isfahan, Iran.*
[2] *Department of psychology, Payam Noor University(PNU), Iran.*
[3] *Department of psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.*
[4] *Department of psychology.Queensland University, Australia.*

Received: 20 Apr 2016 ***Accepted:*** 5 Nov 2016

Abstract

Introduction: Tension-type headache is a common psychosomatic disease with physical and psychological symptoms causes impairment in different lives. As stress and emotional distress are the start-up factors in different headaches, emotion regulation can be considered as an important factor in effective control and adaptation of this disorder. The present research is trying to investigate the effect of the training of emotion regulation on the level of distress tolerance and reduction of emotion regulation difficulties on female patients with tension headache disorders.

Methods: This is a semi experimental study with pretest-posttest design with a control and experimental groups. The statistical random sampling in this research were taken in Isfahan in the year 91 including female patients effected with tension-type headaches in two groups. 30 patients were selected and randomly assign to experimental and control groups. Before treatment, the patients received questionaires regarding the difficulties of emotion regulations (DERS) and tention tolerance (DTS). Finally, post-test and follow-up activities along with evaluation and measurment of the results were implemented. The duration of the treatment for the research group was 8 sessions (one session each week) and follow-up activities were effected 30 days after post-test. The data was analyzed by spss-20 software with covariance method.

Results: Findings after analysis showed that emotion regulations led to the decrease of the level of the strict difficulties of emotion regulation and also enhancement of distress tolerance of the patients bearing headache tensions. ($P<0.001$)

Conclusion: Based on these findings, it can be claimed that giving the trainings regarding emotion regulations, while helping patients through giving awareness about their positive and negative emotions, especially by helping them to have access to and put forward their difficulties in due course, can reduce drastically the difficulties of emotion regulation and can enhance tension tolerance level in female patients.

Keywords: Emotion Regulation; Tension Headache; Psychosomatic Disorder

This paper should be cited as:
Azadeh Havaiy, Hamid Kazemi, Azam Habibollahi, Zahra Izadikhah. ***The effect of emotion regulation on the amount of tension tolerance and emotion regulation difficulties in women with tension-type headaches.*** J Shahid Sadoughi Univ Med Sci 2016; 24(10): 840-51.

Corresponding author: Tel: 09378079993, email: az.h888@yahoo.com

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]