DOI: 10.22122/rbs.v17i3.2554

مقایسه کیفیت زندگی، کژتنظیمی هیجان و تحمل پریشانی در افراد مبتلا و غیر مبتلا به میگرن

مینا خلیلی صفت[۱]، عبدالله امیدی[۲]، زهرا زنجانی[۳]، رضا دانشور کاخکی[۴]

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: میگرن جزو شایع‌ترین بیماری‌های عصبی و یکی از عوامل کاهش کیفیت کلی زندگی مبتلایان است. عوامل مختلفی مثل ویژگی‌های روان‌شناختی و مشکلات هیجانی در تعیین شدت مشکلات ناشی از این اختلال حائز اهمیت است. دو مؤلفه کژتنظیمی هیجان و تحمل پریشانی از این عوامل هستند. ازاین‌رو هدف پژوهش حاضر مقایسه کیفیت زندگی، کژتنظیمی هیجان و تحمل پریشانی در افراد مبتلا و غیر مبتلا به میگرن بود.

مواد و روش‌ها: این پژوهش از نوع علی-مقایسه ای بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه افراد مبتلا به میگرن مراجعه‌کننده به کلینیک‌های مغز و اعصاب شهر کاشان در بهار و تابستان ۱۳۹۷ و همچنین افراد غیر مبتلا که از جامعه عمومی بودند. از بین افراد این جامعه دو گروه ۴۰ نفره از افراد مبتلا و غیر مبتلا به میگرن به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHO Quality of Life-BREF یا WHOQOL-BREF)، مقیاس دشواری در تنظیم هیجان (Difficulties in Emotion Regulation Scale یا DERS) و مقیاس تحمل پریشانی (Distress Tolerance Scale یا DTS) را تکمیل کردند. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-19 و آزمون t مستقل انجام شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین نمره کیفیت زندگی (t=-۷/۵۶)، کژتنظیمی هیجان (t=۹/۱۹) و تحمل پریشانی (t=-۳/۴۲) در دو گروه مبتلا و غیر مبتلا تفاوت معنادار وجود دارد ($p<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد نظم‌بخشی هیجانی ناسازگار می‌تواند سبب آشفتگی هیجانی افراد مبتلا به میگرن شود و سپس سبب ایجاد و تشدید حملات سردرد در آن‌ها شود. از طرف دیگر افرادی که با درد مواجه‌اند ممکن است واکنش‌های ناسالمی از خود نشان دهند و اضطراب و افسردگی بیشتری را تجربه کنند. درنهایت هرچه میزان اضطراب و افسردگی در این بیماران افزایش یابد از کیفیت زندگی آن‌ها کاسته خواهد شد.

واژه‌های کلیدی: تحمل پریشانی، تنظیم هیجان، کیفیت زندگی، میگرن.

ارجاع: خلیلی صفت مینا، امیدی عبدالله، زنجانی زهرا، دانشور کاخکی رضا. **مقایسه کیفیت زندگی، کژتنظیمی هیجان و تحمل پریشانی در افراد مبتلا و غیر مبتلا به میگرن.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۸؛ ۱۷(۳): ۴۹۴-۴۸۳.

دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۰۵/۱۳ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۰۶/۲۷

۱- کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران.
۲- استاد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران.
۳- استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران.
۴- استادیار، گروه مغز و اعصاب، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران.
نویسنده مسئول: زهرا زنجانی
Email: z_zanjani2005@yahoo.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.3.11.8]
[DOI: 10.52547/rbs.17.3.483]

مقدمه

افکار و هیجان‌ها نحوه واکنش افراد به موقعیت‌های مختلف را تغییر می‌دهند. شواهد متعدد نشان داده است که مدت و حتی وقوع بیماری‌های جسمی می‌تواند تحت تأثیر حالت‌های روانی مبتلایان به آن‌ها قرار گیرد. چنین اختلال‌هایی، اختلال روان‌تنی (Psychosomatic disorder) نامیده می‌شوند که به‌صورت اختلال بدنی و تحت تأثیر ذهن قرار دارند (۱). محققان معتقدند که تشخیص اختلال روان‌تنی زمانی صورت می‌گیرد که یک اختلال با آسیب جسمانی شناخته‌شده وجود داشته باشد و همچنین رویدادهایی که ازنظر روان‌شناختی معنادار هستند قبل از اختلال واقع‌شده و به شروع یا وخیم‌تر شدن آن کمک کنند (۲). میگرن به‌عنوان یک بیماری روان‌تنی یکی از انواع شایع سردرد است که به‌صورت سردردی عودکننده، ضربان دار و اغلب یک‌طرفه در فواصل حملات بدون درد بروز نموده و به مدت ۴-۷۲ ساعت طول می‌کشد (۳).

این اختلال از طرف سازمان بهداشت جهانی (World Health Organization یا WHO) جزو ۲۰ اختلال ناتوان‌کننده معرفی شده است (۴، ۵). شیوع یک‌ساله میگرن بیش از ۱۰ درصد است (۶) و حدود ۱۵ درصد زنان و ۶ درصد مردان به آن مبتلا هستند (۷). این بیماری علاوه بر کاهش کیفیت زندگی (۸، ۹) و کاهش بهره‌وری (۱۰)، تأثیر قابل‌توجهی ازنظر اجتماعی بر بیمار دارد (۴، ۱۱) و باعث انزوای اجتماعی او می‌شود (۱۲). از دیگر عوارض میگرن می‌توان به اثر تخریبی سردرد در زندگی، ایجاد مزاحمت در رسیدگی و مراقبت از کودکان، از دست دادن زمان مفید کاری و ایجاد اختلال در فعالیت‌های روزمره اشاره کرد (۱۳). کیفیت زندگی به‌عنوان چارچوبی برای ارائه خدمات متناسب با جنبه‌های مختلف زندگی و تخصیص منابع است و برخی از پژوهشگران بهبود کیفیت زندگی را مهم‌ترین هدف مداخلات درمانی نام می‌برند (۱۴).

هرچند سازوکار دقیق میگرن ناشناخته است اما این باور وجود دارد که دلایل بروز میگرن ترکیبی از عوامل محیطی و ژنتیکی است (۱۵). ازنظر بسیاری از محققان عوامل روان‌شناختی (Psychological factors) ازجمله عوامل مؤثر بر این بیماری قلمداد می‌شود (۱۶). بررسی پیشینه پژوهش نشان می‌دهد که مطالعات روان‌شناختی پیرامون میگرن، پراکنده بوده و تصویر دقیقی از اندازه اثر متغیرهای روان‌شناختی مؤثر بر میگرن ارائه نشده است (۱۷)؛ لذا با انجام چنین تحقیقاتی و شناسایی عوامل روان‌شناختی مؤثر در ابتلا به میگرن و همچنین اقدام و مداخله به‌موقع در مورد بیماران میگرنی مبتلا به نشانه‌های روان‌شناختی می‌توان شیوع و میزان شدت حملات میگرنی را در آن‌ها کاهش داد. شناسایی دقیق‌تر تأثیر این عوامل در میگرن می‌تواند راه گشای برنامه‌های ارتقاء سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی افراد مبتلا باشد (۱۸). ازجمله این عوامل می‌توان به تنظیم هیجان (Emotion regulation) اشاره کرد (۱۹).

منظور از تنظیم هیجان فرایندها یا روش‌هایی هستند که اشخاص در هنگام مواجهه با یک موقعیت منفی برای تعدیل هیجان‌های خود به کار می‌برند. طبق نظریه Gratz و Roemer تنظیم هیجان به معنای آگاهی از هیجان‌ها و پذیرش آن‌ها، توانایی تغییر هیجان‌ها مطابق با اهداف و توانایی کنترل رفتار هنگام مواجهه با هیجان‌های منفی است (۲۰). افراد مبتلا به میگرن اغلب افرادی نگران و مضطرب هستند. همچنین گزارش شده است که اغلب شروع سردرد در این افراد به دنبال تجربه حالات هیجانی منفی مثل اضطراب، غم و خشم است (۲۱)؛ ازاین‌رو به نظر می‌رسد این افراد از راهبردهای مثبت کمتری در تنظیم هیجان‌های خود استفاده می‌کنند. بیان‌شده است که استفاده از راهبردهای ناکارآمد تنظیم هیجان (مانند سرکوبی)، در فاصله بین حملات سردرد، احتمال حمله را در ۲ هفته بعد پیش‌بینی می‌کند (۲۲). تنظیم مثبت هیجان‌ها از طریق راهبردهای کارآمدتر (مانند ارزیابی مجدد)، موجب افزایش ادراک مثبت درد و کاهش شدت آن و به دنبال آن بهبود کیفیت زندگی می‌شود. در مقابل تنظیم منفی هیجان‌ها از طریق راهبردهای منفی موجب افزایش ادراک منفی درد و شدت آن و به دنبال آن کاهش کیفیت زندگی می‌شود (۲۳). در زمینه تأثیر هیجان‌ها بر تعدیل و تنظیم درد بسیاری از پژوهش‌ها نشان می‌دهند که نوسان درد به سهولت تحت تأثیر هیجان‌ها قرار می‌گیرد، به صورتی که کژکاری در تنظیم هیجان منجر به افزایش شدت درد می‌شود (۲۴).

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.3.11.8]
[DOI: 10.52547/rbs.17.3.483]

همان‌طور که پیش‌ازاین گفته شد شواهد پژوهشی نیز نشان می‌دهند که مشکل در تنظیم هیجان‌هایی مانند خشم و اضطراب در بروز بیماری‌های جسمی نقش بسزایی دارد (۲۵، ۲۶). از طرف دیگر، وجود تجارب هیجانی و مشکلات در زندگی افراد غیرقابل‌اجتناب است و این احتمال وجود دارد که این افراد در مقایسه با سایرین تحمل پایین‌تری در تجربه این تجارب داشته باشند و واکنش‌های شدیدتری به آن‌ها نشان دهند. Simons و Gaher تحمل پریشانی (Distress tolerance) را به‌عنوان یکی از ابعاد تنظیم هیجان یعنی توانایی فرد در تجربه و تحمل حالات هیجانی منفی تعریف کرده‌اند(۲۷).

شواهد نشان می‌دهد که بیماران مبتلا به درد مزمن به علت اینکه نمی‌توانند درد خود را تسکین دهند دارای مشکلات روان‌شناختی قابل‌تأملی ازجمله عدم تحمل پریشانی هستند. دو مؤلفه روان‌شناختی تنظیم هیجان و تحمل پریشانی سازه‌هایی به نسبت جدید هستند و در مطالعات مربوط به سردرد به‌ندرت بررسی‌شده‌اند. از سوی دیگر کاهش این دو مؤلفه در افراد مبتلا به میگرن به‌صورت مستقیم بر مزمن شدن درد این افراد تأثیر گذاشته و باعث کاهش کیفیت زندگی آن‌ها می‌شود. در این راستا هدف از مطالعه حاضر مقایسه کیفیت زندگی، تنظیم هیجان و تحمل پریشانی در افراد مبتلا به میگرن و افراد عادی بود.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع علی مقایسه‌ای (پس رویدادی) بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به میگرن بود که به کلینیک‌های مغز و اعصاب شهر کاشان در بهار و تابستان سال ۱۳۹۷ مراجعه نموده و تشخیص میگرن برای آن‌ها تائید شده بود. افراد فاقد میگرن نیز از جامعه عمومی انتخاب شدند. ۴۰ نفر از افراد دارای میگرن به‌صورت هدفمند و ۴۰ نفر از افراد غیر مبتلا به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ملاک‌های ورود افراد مبتلا به میگرن شامل داشتن تشخیص اختلال میگرن، سن ۱۸ تا ۵۰ سال، عدم سابقه مصرف مواد، عدم سابقه اختلال‌های روان‌پریشی و رضایت مراجع بود. ملاک های خروج شامل عدم تمایل به شرکت در پژوهش، عدم پاسخگویی به نصف یا بیشتر از سؤال‌های پرسشنامه بود. ملاحظات اخلاقی شامل محرمانه بودن اطلاعات، رعایت اصل رازداری و اجرای درمان برای گروه کنترل پس از پایان جلسات درمانی بود. پس از انتخاب نمونه‌های موردمطالعه دو گروه به لحاظ سن و جنسیت همتاسازی شدند. سپس هدف پژوهش به آنان توضیح داده شد و پس از کسب رضایت آگاهانه کتبی شرکت‌کنندگان هر دو گروه، پرسشنامه‌های موردنظر را تکمیل نمودند. پرسشنامه‌ها برای هر فرد کدگذاری شده و داده‌ها به‌صورت کد در نرم‌افزار وارد شدند. از ابزارهای زیر برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد.

پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی: این پرسشنامه دارای پرسش‌هایی در زمینه سن، میزان تحصیلات، وضعیت شغلی، وضعیت تا هل و سابقه ابتلا به میگرن شرکت‌کنندگان است که توسط پژوهشگر و از طریق یک مصاحبه ساختاریافته تکمیل می‌گردد.

مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی WHO Quality of Life-BREF یا WHOQOL-BREF): ابزاری ۲۶ سؤالی و یکی از مشهورترین و پراستفاده‌ترین ابزارها برای سنجش کیفیت زندگی است. سازمان بهداشت جهانی به‌منظور وجود انسجام در پژوهش‌ها و سنجش کیفیت زندگی گروهی را برای ساخت پرسشنامه مأمور کرد. حاصل کار این گروه پرسشنامه کیفیت زندگی ۱۰۰ سؤالی بود. چند سال بعد برای استفاده آسان‌تر از این پرسشنامه فرم کوتاهی از آن تهیه شد. درنهایت نسخه ۲۶ سؤالی (WHOQOL-BREF) تهیه شد که کیفیت زندگی کلی و عمومی فرد را می‌سنجد. این مقیاس در سال ۱۹۹۶ توسط گروهی از کارشناسان WHO و با تعدیل گویه‌های فرم ۱۰۰ سؤالی این پرسشنامه ساخته شد. این پرسشنامه دارای چهار خرده مقیاس و یک نمره کلی است. این خرده مقیاس‌ها عبارت‌اند از: سلامت جسمی، سلامت روانی، روابط اجتماعی، سلامت محیط اطراف و یک نمره کلی (۲۸). شیوه پاسخ‌دهی این پرسشنامه به‌صورت بلی و خیر است و برای سؤالات به‌صورت مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای از ۱ تا ۵ نمره دهی می‌شود. نمره بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بیشتر است. تحقیقات انجام‌شده در مورد مشخصات روان‌سنجی فرم کوتاه این پرسشنامه نشان‌دهنده روایی افتراقی، روایی محتوایی و پایایی درونی (ضریب آلفای

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.3.11.8]
[DOI: 10.52547/rbs.17.3.483]

کرونباخ: سلامت جسمی ۰/۸۰، سلامت روان‌شناختی ۰/۷۶، روابط اجتماعی ۰/۶۶ و محیط ۰/۸۰) است (۲۹). برای بررسی روایی و اعتبار داخلی این پرسشنامه پژوهشی بر روی ۱۱۶۷ نفر از مردم تهران انجام گرفت. شرکت‌کنندگان به دو گروه دارای بیماری مزمن و غیر مزمن تقسیم شدند. اعتبار آزمون بازآزمون برای خرده مقیاس‌ها سلامت جسمی، روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۷، ۰/۷۵ و ۰/۸۴ بود. همسانی درونی نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۷۰، ۰/۵۲ و ۰/۷۲ بود (۳۰). ضریب آلفای کرونباخ در مطالعه حاضر ۰/۷۰ بود.

مقیاس دشواری در تنظیم هیجان (Difficulties in Emotion Regulation Scale یا DERS):

این مقیاس بر اساس مفهوم‌پردازی Gratz و Roemer در سال ۲۰۰۴ تدوین شده است (۳۱). این مقیاس ۳۶ گویه‌ای نقص و نارسایی در تنظیم هیجان فرد را در شش خرده مقیاس می‌سنجد. این خرده مقیاس‌ها شامل عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای نظم‌بخشی هیجانی و عدم وضوح هیجانی هستند. نمره دهی این مقیاس بر اساس یک مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای به‌صورت ۱ (خیلی به‌ندرت)، ۲(گاه‌گاهی)، ۳ (تقریباً نیمی از موارد)، ۴ (بیشتر اوقات) و ۵ (تقریباً همیشه) است. از مجموع شش خرده مقیاس این آزمون نمره کل فرد برای دشواری در تنظیم هیجان محاسبه می‌شود. نمره بیشتر در هریک از خرده مقیاس‌ها و کل مقیاس نشانه دشواری بیشتر در تنظیم هیجان است. همچنین نتایج پژوهش Gratz و Roemer حاکی از آن است که این مقیاس از همسانی درونی خوبی (۰/۹۳) برخوردار است. هر شش خرده مقیاس DERS آلفای کرونباخ بالای ۰/۸۰ دارند. همچنین DERS همبستگی زیادی با مقیاس پذیرش و عمل Hays دارد (۳۱). خان‌زاده، سعیدیان، حسین چاری و ادریسی بر اساس روش تحلیل عاملی اکتشافی ساختار شش عاملی آن را در یک نمونه ایرانی تائید کردند. آن‌ها با توجه به همبستگی معنادار خرده مقیاس‌های این پرسشنامه با سیاهه‌های افسردگی و اضطراب Beck روایی همگرای این مقیاس را تائید کردند. نتایج حاصل از بررسی اعتبار این مقیاس نشان داد که آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌ها بین ۰/۶۶ تا ۰/۸۸ و اعتبار بازآزمون آن در دامنه ۰/۷۹ تا ۰/۹۱ قرار دارد. در یک مطالعه دیگر، عزیزی، میرزایی و شمس ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹۲ برآورد کردند (۳۲). ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۷۲ به دست آمد.

مقیاس تحمل پریشانی (Distress Tolerance Scale یا DTS):

این پرسشنامه توسط Simmons و Gaher در سال ۲۰۰۵ به‌منظور ارزیابی میزان تحمل پریشانی هیجانی از ابعاد مختلف ساخته شده است (۲۷). این ابزار دارای ۱۵ ماده و چهار خرده مقیاس تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به‌وسیله هیجان‌های منفی، برآورد ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی است. هر یک از عبارات این پرسشنامه بر روی یک مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت به شکل ۱ (کاملاً موافق)، ۲ (اندکی موافق)، ۳ (نظری خنثی)، ۴ (اندکی مخالف)، ۵(کاملاً مخالف) نمره‌گذاری می‌شود. نمره بالا در این مقیاس نشان‌دهنده تحمل پریشانی بیشتر است. ضرایب آلفای کرونباخ برای این خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ گزارش شده است. طبق مطالعه علوی همسانی درونی کل مقیاس ۰/۷۱ بود. به‌منظور بررسی اعتبار همگرای این مقیاس، نتایج آن با پرسشنامه FFMQ مقایسه شد. نتایج نشان‌دهنده همبستگی مثبت بالای بین DTS و تمام خرده مقیاس‌های FFMQ بود (۳۳). ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۷۷ بود.

یافته‌ها

در جدول ۱ توزیع شرکت‌کنندگان ازنظر جنسیت و سن در دو گروه گزارش شده است.

جدول ۱. توزیع شرکت‌کنندگان بر اساس سن و جنسیت

متغیر		مبتلا	بهنجار	*P*
جنسیت	زن	۳۲	۳۱	۰/۸۷
	مرد	۸	۹	
سن	حداقل	۲۰	۱۸	۰/۰۶
	حداکثر	۵۰	۵۰	
	میانگین	۳۲/۸	۳۲	
	انحراف معیار	۷/۴۵	۷/۳۱	

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.3.11.8]
[DOI: 10.52547/rbs.17.3.483]

همان‌گونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود در گروه مبتلا به میگرن ۳۲ نفر زن و ۸ نفر مرد بودند. در گروه بهنجار ۳۱ نفر زن و ۹ نفر مرد حضور داشتند. سن شرکت‌کنندگان بین ۱۸ تا ۵۰ بود. میانگین سنی افراد مبتلا به میگرن ۳۲/۸ و افراد بهنجار ۳۲ بود. نتایج مقایسه دو گروه نشان داد که بین دو گروه ازنظر سن و جنس تفاوت معناداری وجود ندارد.

جدول ۲. آزمون لوین و کولموگروف- اسمیرنوف

متغیرهای پژوهش	آزمون لوین (*P*)	آزمون K-S (*P*)
تنظیم هیجان	۰/۹۹ (۰/۳۲)	۱/۱۸ (۰/۱۲)
تحمل پریشانی	۷/۳۱ (۰/۰۰۸)	۱/۰۴ (۰/۲۲)
کیفیت زندگی	۰/۹۷ (۰/۳۲)	۱/۲۸ (۰/۰۷)

در جدول ۲ نتایج آزمون لوین نشان داد دو گروه افراد دارای میگرن و افراد بهنجار در متغیرهای تنظیم هیجان و کیفیت زندگی دارای واریانس همگن هستند ($p<۰/۰۵$). همچنین نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف نشان داد که توزیع داده‌ها در تمامی متغیرهای پژوهش بهنجار است. برای بررسی تفاوت میانگین نمره دو گروه در متغیرهای پژوهش از آزمون t مستقل استفاده شد (جدول ۳).

جدول ۳. مقایسه میانگین و انحراف معیار متغیرها در دو گروه مبتلا و بهنجار

متغیرها	گروه مبتلا		گروه بهنجار		t	*P*
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
کژتنظیمی هیجانی	۱۱۶/۲	۹/۷۲	۹۲/۴۶	۱۳/۲۲	۹/۱۹*	۰/۰۰۱
تحمل پریشانی	۳۲/۷۲	۶/۶	۳۹/۱۷	۹/۸۷	-۳/۴۲*	۰/۰۰۱
کیفیت زندگی	۶۸/۲	۱۰/۰۳	۸۶/۴	۱۱/۴۲	-۷/۵۶*	۰/۰۰۱

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که بین دو گروه موردمطالعه در متغیرهای تنظیم هیجان، تحمل پریشانی و کیفیت زندگی تفاوت معنادار وجود دارد. با توجه به میانگین دو گروه می‌توان گفت افراد مبتلا به میگرن مشکلات بیشتری در تنظیم هیجان، تحمل پریشانی و کیفیت زندگی تجربه می‌کنند ($p<۰/۰۰۱$). در جدول ۴ نتایج آزمون t مستقل برای بررسی تفاوت میانگین نمره دو گروه در خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی، کژتنظیمی هیجان و تحمل پریشانی ارائه شده است.

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که بین افراد مبتلا به میگرن و افراد بهنجار در همه ابعاد کیفیت زندگی تفاوت معنادار وجود دارد. افراد مبتلا به میگرن در سه خرده مقیاس دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در مهار رفتارهای تکانشی و دستیابی محدود به راهبردهای اثربخش هیجانی دارای تفاوت معنادار با گروه غیر مبتلا هستند، اما در سه خرده مقیاس پذیرش هیجان‌های منفی، فقدان آگاهی هیجانی و فقدان وضوح هیجانی تفاوتی بین آن‌ها وجود ندارد. افراد مبتلا به میگرن سه خرده مقیاس تحمل پریشانی یعنی تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به‌وسیله هیجان‌های منفی و برآمد ذهنی هیجانی دارای تفاوت معنادار با گروه غیر مبتلا هستند، اما در خرده مقیاس تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی تفاوت معناداری با گروه غیر مبتلا ندارند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه کیفیت زندگی، کژتنظیمی هیجان و تحمل پریشانی در دو گروه از افراد مبتلا به میگرن و افراد عادی بود. یافته‌ها نشان داد که در هر سه متغیر کیفیت زندگی، کژ تنظیمی هیجان و تحمل پریشانی بین افراد مبتلا و افراد عادی تفاوت وجود دارد. این یافته‌ها با مطالعات قبلی هماهنگ است (۲۹-۲۷). بر اساس مطالعه Lipton و Bigal میگرن کیفیت زندگی افراد را به‌شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.3.11.8]
[DOI: 10.52547/rbs.17.3.483]

جدول ٤. مقایسه خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی در دو گروه مبتلا و غیر مبتلا به میگرن

	متغیرها	گروه	میانگین (انحراف معیار)	ارزش t	P
خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی	سلامت جسمی	مبتلا	۱۸/۶۵ (۲/۹۸)	-۵/۷۹	۰/۰۰۱
		غیر مبتلا	۲۳/۴ (۴/۲۳)		
	سلامت روان	مبتلا	۱۵/۷۷ (۳/۱)	-۵/۱۲	۰/۰۰۱
		غیر مبتلا	۱۹/۴۷ (۳/۳۴)		
	روابط اجتماعی	مبتلا	۷/۷۵ (۱/۸۵)	-۵/۵۱	۰/۰۰۱
		غیر مبتلا	۱۰/۳ (۲/۲۶)		
	سلامت محیط	مبتلا	۲۰/۴ (۴/۱۸)	-۵/۷۹	۰/۰۰۱
		غیر مبتلا	۲۵/۷۲ (۴/۰۳)		
	کیفیت زندگی و سلامت عمومی کلی	مبتلا	۵/۶۲ (۱/۱۴)	-۶/۰۵	۰/۰۰۱
		غیر مبتلا	۷/۵ (۱/۵۸)		
خرده مقیاس‌های کژتنظیمی هیجان	عدم پذیرش هیجان‌های منفی	مبتلا	۱۵/۵۲ (۳/۰۷)	۱/۰۹	۰/۲۷
		غیر مبتلا	۱۴/۵۷ (۴/۵۲)		
	دشواری در انجام رفتار هدفمند	مبتلا	۱۸/۹۲ (۱/۷۱)	۱۰/۱۱	۰/۰۰۱
		غیر مبتلا	۱۳/۲۲ (۳/۱۲)		
	دشواری در مهار رفتارهای تکانشی	مبتلا	۲۲/۴۷ (۲/۰۵)	۱۱/۰۴	۰/۰۰۱
		غیر مبتلا	۱۴/۹۵ (۳/۷۸)		
	فقدان آگاهی هیجانی	مبتلا	۱۶/۲ (۹/۲۶)	۰/۳۲	۰/۷۴
		غیر مبتلا	۱۵/۶۷ (۴/۴۸)		
	دستیابی محدود به راهبردهای اثربخش هیجانی	مبتلا	۳۰/۷۵ (۲/۹۱)	۹/۰۳	۰/۰۰۱
		غیر مبتلا	۲۲/۰۷ (۵/۳)		
	فقدان وضوح هیجانی	مبتلا	۱۲/۵۵ (۲/۶۷)	۰/۵۵	۰/۵۸
		غیر مبتلا	۱۲/۰۲ (۵/۳۷)		
خرده مقیاس‌های تحمل پریشانی	تحمل پریشانی هیجانی	مبتلا	۵/۴۵ (۱/۶۶)	-۳/۶۸	۰/۰۰۱
		غیر مبتلا	۵/۳۷ (۲/۸۵)		
	جذب شدن به‌وسیله هیجان‌های منفی	مبتلا	۵/۹ (۱/۶۴)	-۳/۰۵	۰/۰۰۳
		غیر مبتلا	۷/۳۵ (۲/۵)		
	برآمد ذهنی هیجانی	مبتلا	۱۴/۴۲ (۴/۴۴)	-۲/۴۲	۰/۰۱۸
		غیر مبتلا	۱۶/۷۷ (۴/۲)		
	تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی	مبتلا	۶/۹۷ (۴/۱۴)	۰/۸۸	۰/۳۸
		غیر مبتلا	۷/۶۷ (۲/۸۴)		

فعالیت‌های اجتماعی بیماران را بسیار محدود کرده، فعالیت‌های جسمی و غیر جسمی آن‌ها را کاهش می‌دهد (۳۴). همان‌گونه که می‌دانیم زندگی دارای ابعاد جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی است که کیفیت زندگی بر همه این ابعاد تأثیر می‌گذارد (۳۵). درنتیجه اثرات میگرن بر همه ابعاد زندگی بیمار نمایان است (۱۴). Donovan و همکاران نیز نشان دادند که افراد مبتلا به میگرن مشکلات بیشتری مانند پایین بودن کیفیت زندگی را نسبت به افراد غیر مبتلا تجربه می‌کنند (۳۶). کیفیت زندگی ساختاری پویا و ذهنی است که به مقایسه وضعیت ذهنی گذشته و حوادث اخیر در همه جوانب مثبت و منفی می‌پردازد.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-07]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.3.11.8]

[DOI: 10.52547/rbs.17.3.483]

لذا ارزیابی کیفیت زندگی مبتلایان به میگرن موجب می‌شود تا به چگونگی درک بیمار از سلامتی، توانایی عملکرد و درنهایت حس خوب بودن پی برد (۳۷). مطالعات نشان می‌دهد که اختلال‌ها و فشارهای روانی در افراد مبتلا به میگرن در رابطه با اضطراب، افسردگی و کمبود حمایت‌های اجتماعی شایع‌تر از افراد عادی است و همین امر موجب کیفیت زندگی پایین‌تر در این افراد می‌شود (۳۵). برخی پژوهشگران بر این باورند که شدت افسردگی و اضطراب با فراوانی میگرن رابطه دارد (۳۸). کیفیت زندگی رابطه تنگاتنگی با وضعیت جسمانی، روانی و همچنین ارتباطات اجتماعی فرد دارد. طبق این نتایج هرچه میزان اضطراب و افسردگی در بین بیماران بیشتر باشد از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردار هستند (۳۹). سردرد میگرنی تأثیر قابل‌توجهی بر کیفیت زندگی فرد گذاشته باعث ناتوانی زیاد فرد در فعالیت‌های روزمره ازجمله غیبت‌های طولانی‌مدت از محل کار، تأثیر بر خلق‌وخو و اختلال‌های خواب می‌گردد (۴۰). نتایج پژوهش Isik و همکاران درباره افراد مبتلا به میگرن نشان داد که ۹۰ درصد افراد مبتلا اختلال کارکرد و ۵۳ درصد مشکلات به خواب رفتن دارند. همچنین یک‌سوم افراد گزارش کردند حداقل یک روز سابقه غیبت از کار داشته و ۵۱ درصد گزارش کرده بودند که به خاطر میگرن بازدهی کارشان حداقل به نصف کاهش‌یافته است (۴۱). نظر به این‌که تمامی عوامل گزارش‌شده در مورد کیفیت زندگی افراد مبتلا به میگرن تائید کننده نتایج این مطالعه است، چنین نتیجه گرفته می‌شود که کیفیت زندگی یکی از اولین نقاط آسیب‌پذیر این افراد می‌باشد.

نتایج پژوهش نشان داد که بین کژکاری در تنظیم هیجان افراد مبتلا به میگرن و افراد غیر مبتلا تفاوت معناداری وجود دارد. با توجه به تفاوت دو گروه در سه مؤلفه دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در مهار رفتارهای تکانشی و دستیابی محدود به راهبردهای اثربخش هیجانی چنین استنباط می‌شود که افراد مبتلا به میگرن در آگاهی هیجانی، وضوح هیجانی و نیز پذیرش هیجان‌هایشان مشکلی ندارند، اما در مواجهه با هیجان‌ها و استفاده از راهبردهای کارآمد هیجانی ناتوان هستند؛ بنابراین می‌توان چنین نتیجه گرفت که افراد مبتلا به میگرن در مواجهه با موقعیت‌های هیجانی منفی قادر نیستند از راهبردهای تنظیم هیجان به‌صورت سازگارانه استفاده کنند. مطالعات نشان می‌دهند که افراد مبتلا به میگرن دچار کژکاری در تنظیم هیجان نسبت به افراد عادی هستند و قادر نیستند هیجان‌های خود را تنظیم کنند (۴۲). نظم‌بخشی هیجانی ناسازگارانه می‌تواند سبب آشفتگی هیجانی شده و متعاقب آن حملات سردرد را ایجاد کند یا منجر به‌شدت یافتن سردرد شود (۴۳) و متقابلاً درد به دلیل ایجاد استرس زیاد موجب فراخوانی هیجان‌های منفی در فرد می‌شود (۴۴). در برخی پژوهش‌ها نشان داده شده است که مشکل تنظیم هیجان منجر به مشکلات جسمانی می‌شود (۴۵). همان‌طور که پیش‌ازاین گفته شد افراد مبتلا به میگرن اضطراب و افسردگی و نشانه‌های جسمانی سازی بیشتری نسبت به افراد عادی دارند (۴۶). در همین زمینه Aldao و همکاران نشان دادند که این اختلال‌ها نسبت به دیگر اختلال‌های روانی رابطه بیشتری با راهبردهای ناکارآمد تنظیم هیجانی دارند (۴۷). با توجه به هم‌راستا بودن نتایج این پژوهش با مطالعات قبلی می‌توان چنین نتیجه گرفت که تنظیم هیجان ازجمله مشکلات روان‌شناختی مهمی است که افراد مبتلا به میگرن را تحت تأثیر قرار می‌دهد و به‌صورت مستقیم با درد رابطه دارد. در تائید این یافته می‌توان به پژوهش Kennly و همکاران اشاره کرد که با استفاده از یک طرح پژوهشی آینده‌نگر بر روی مبتلایان به اختلال درد مزمن دریافتند که نظم‌بخشی هیجانی سازگارانه یک متغیر پیش‌بین عمده برای ادراک کمتر درد است (۲۳).

سرانجام نتایج این پژوهش نشان داد بین دو گروه در تحمل پریشانی تفاوت وجود دارد. تحمل پریشانی به چگونگی پاسخ‌دهی افراد به عواطف منفی و توانایی آن‌ها در تحمل حالت های درونی ناخوشایند و نیز ظرفیت مقاومت در برابر ناراحتی‌ها اشاره دارد (۴۸). پریشانی ممکن است نتیجه فرایندهای جسمانی یا شناختی باشد، اما به‌صورت یک حالت هیجانی ظاهر می‌شود که اغلب با تمایلات عمل برای تسکین تجربه هیجانی مشخص می‌شود (۲۷). افراد در زندگی مجبورند با درد و آشفتگی جسمانی و هیجانی کنار بیایند. درد اجتناب‌ناپذیر و پیش‌بینی‌نشده است. برخی از افرادی که با این دردها مواجه‌اند واکنش‌های ناسالمی از خود نشان می‌دهند چون نمی‌توانند کار دیگری انجام دهند. به این دلیل که هنگام درد، تفکر عاقلانه از بین می‌رود؛ بنابراین راهبردهای بی‌ثمر این درد را عمیق‌تر می‌کند (۴۹). مطالعات نشان می‌دهد که هنگام پریشانی روان‌شناختی افراد در مواجهه

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.3.11.8]
[DOI: 10.52547/rbs.17.3.483]

با موقعیت‌های استرس‌زای زندگی دچار دشواری در تنظیم هیجان می‌شوند (۵۰). پریشانی روان‌شناختی همچنین با مجموعه‌ای از علائم روان‌تنی، اضطراب، افسردگی، دردهای جسمانی و نیز تنظیم هیجان رابطه دارد (۵۱). با توجه به اینکه اضطراب و افسردگی در افراد مبتلا به میگرن به‌طور چشمگیری مشاهده می‌شود، برخی پژوهشگران بر این باورند که این دو مؤلفه بخشی از سازه کلی پریشانی روان‌شناختی هستند (۵۲). همچنین هرچه میزان علائم اضطراب و افسردگی در این بیماران بالاتر باشد از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردار هستند (۳۹)؛ بنابراین رابطه بین دو مؤلفه کژکاری در تنظیم هیجان و پریشانی آشفتگی و تأثیر این دو بر کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به میگرن بسیار مشهود است.

با توجه به مطالب عنوان‌شده بیماران میگرنی باوجود داشتن محدودیت‌های فیزیکی بایستی بتوانند سلامتی را در ابعاد دیگر روانی نیز درک نمایند؛ لذا تمام ابعاد فرد میگرنی و به‌ویژه بعد روانی می‌بایست در مراقبت موردتوجه قرار بگیرد و صرفاً به بُعد جسمانی توجه نشود (۲). همان‌گونه که در تحقیقات متعدد نشان داده شده برخی از متغیرهای روان‌شناختی به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم زمینه مساعدی برای ابتلای افراد به این بیماری و کاهش کیفیت زندگی مبتلایان به آن را ایجاد می‌کنند. به‌علاوه، هرچند درمان دارویی، درمان اصلی برای بیماری‌های مزمن محسوب می‌شود، اما تحقیقات انجام‌شده در طی سال‌های اخیر نشان داده که توجه به عوامل روان‌شناختی در برنامه درمان می‌تواند کارآمدی آن را افزایش دهد (۱). با توجه به اینکه عوامل روان‌شناختی ازجمله عوامل مؤثر بر میگرن در نظر گرفته شده‌اند و در اکثر مواقع به مزمن‌تر و طولانی‌تر شدن بیماری و کاهش احتمال بهبودی منجر می‌شوند، شناسایی عوامل مذکور، در مبتلایان به میگرن تلاشی ارزنده در راستای پیشگیری و بهبود درمان این بیماری است.

درمجموع، نتایج پژوهش نشان داد که افراد مبتلا به میگرن در مقایسه با غیر مبتلا کیفیت زندگی، تنظیم هیجان و تحمل پریشانی کمتری را گزارش کردند. به نظر می‌رسد میگرن به‌عنوان یک درد مزمن باعث اختلال در فعالیت‌های روزمره و کاهش کیفیت زندگی می‌شود. همچنین اختلال در تنظیم هیجان باعث افزایش شدت درد می‌شود و این بیماران چون نمی‌توانند درد خود را تسکین دهند دچار ناتوانی در تحمل پریشانی هستند.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به محدود بودن جامعه آماری پژوهش به افراد ساکن شهر کاشان اشاره کرد. این مسئله باعث کاهش تعمیم دهی نتایج پژوهش می‌شود. علاوه بر این جمع‌آوری داده‌ها بر اساس مقیاس‌های خودگزارش دهی انجام شد که این گزارش‌ها به دلیل دفاع‌های ناخودآگاه و یا عدم دقت کافی در پاسخ‌دهی مستعد تحریف هستند. مقطعی بودن مطالعه از دیگر محدودیت‌های مطالعه حاضر بود. پیشنهاد می‌شود مطالعات بعدی نقش این متغیرها را به‌صورت طولی بررسی کنند.

تقدیر و تشکر

از همکاری دانشگاه علوم پزشکی کاشان و نیز شرکت‌کنندگان در این پژوهش بابت همکاری و تکمیل ابزارهای پژوهش نهایت تشکر و قدردانی را داریم. پژوهش حاضر با شماره IR.KAUMS.MEDNT.REC.1397.007 در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کاشان به ثبت رسیده است.

References

1. Herpertz SC, Herzog W, Taubner S. Prevention of mental and psychosomatic disorders in occupational and training settings. Mental Health & Prevention. 2016; 1(4):1-2.
2. Herzog A, Voigt K, Meyer B, Wollburg E, Weinmann N, Langs G, et al. Psychological and interactional characteristics of patients with somatoform disorders: Validation of the Somatic Symptoms Experiences Questionnaire (SSEQ) in a clinical psychosomatic population. Journal of Psychosomatic Research. 2015; 78(6):553-62.
3. Baldacci F, Lucchesi C, Cafalli M, Poletti M, Ulivi M, Vedovello M, et al. Migraine features in migraineurs with and without anxiety–depression symptoms: A hospital-based study. Clinical Neurology and Neurosurgery. 2015; 132:74-8.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.3.11.8]
[DOI: 10.52547/rbs.17.3.483]

4. Sullivan A, Cousins S, Ridsdale L. Psychological interventions for migraine: A systematic review. Journal of Neurology. 2016; 263(12):2369-77.
5. Smitherman TA, Kolivas ED, Bailey JR. Panic disorder and migraine: Comorbidity, mechanisms, and clinical implications. Headache: The Journal of Head and Face Pain. 2013; 53(1):23-45.
6. Peng K-P, Wang S-J. Migraine diagnosis: screening items, instruments, and scales. Acta Anaesthesiologica Taiwanica. 2012; 50(2):69-73.
7. Lipton RB, Bigal ME, Diamond M, Freitag F, Reed M, Stewart WF. Migraine prevalence, disease burden, and the need for preventive therapy. Neurology. 2007; 68(5):343-9.
8. Seo J-G, Park S-P. Validation of the Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) and GAD-2 in patients with migraine. The Journal of Headache and Pain. 2015; 16(1):97.
9. Fuller-Thomson E, Jayanthikumar J, Agbeyaka SK. Untangling the association between migraine, pain, and anxiety: Examining migraine and generalized anxiety disorders in a Canadian population based study. Headache: The Journal of Head and Face Pain. 2017; 57(3):375-90.
10. Frediani F, Villani V. Migraine and depression. Neurological Sciences. 2007; 28:S161-S5.
11. Minen MT, De Dhaem OB, Van Diest AK, Powers S, Schwedt TJ, Lipton R, et al. Migraine and its psychiatric comorbidities. Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry. 2016; 87(7):741-9.
12. Doulberis M, Saleh C, Beyenburg S. Is there an Association between migraine and gastrointestinal disorders? Journal of Clinical Neurology. 2017; 13(3):215-26.
13. Chasman DI, Anttila V, Buring JE, Ridker PM, Schürks M, Kurth T, et al. Correction: selectivity in genetic association with sub-classified migraine in women. PLoS Genetics. 2015; 11(6):e1005330.
14. Dahlof C, Solomon GD. Impact of the headache on the individual and family. The Headaches. 2006; 3:27-34.
15. Andress-Rothrock D, King W, Rothrock J. An analysis of migraine triggers in a clinic-based population. Headache: The Journal of Head and Face Pain. 2010; 50(8):1366-70.
16. Yadav RK, Kalita J, Misra UK. A study of triggers of migraine in India. Pain Medicine. 2010; 11(1):44-7.
17. Azizi1 M, Aghamohammadian Sharbaf HR, Ali Mashhadi A, Asgari Ebrahimabad MJ. A meta-analysis of psychological factors of migraines in Iran. Health Psychology. 2017; 6(22): 88-100. [In Persian]
18. Radat F. Stress et migraine. Revue neurologique. 2013; 169(5):406-12.
19. Ilbeigy Ghale Nei R, Rostami M. Role of honesty-humility, emotionality, extraversion, agreeableness, conscientiousness and openness to experience personality dimensions, emotion regulation and stress coping strategies in predicting the quality of life in migraine peoples. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2014; 24(112):67-76.
20. Victor SE, Klonsky ED. Validation of a Brief Version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS-18) in five samples. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment. 2016; 38(4):582-9.
21. Toobaie Sh, Farashbandi H. Assessment of personality characteristics of migraine patients. Urmia Medical Journal. 2009; 21(2):280-5. [In Persian].
22. Freitag FG. The cycle of migraine: patients' quality of life during and between migraine attacks. Clinical Therapeutics. 2007; 29(5):939-49.
23. Arabi E, Bagheri M. The mediating role of emotion regulation strategies on the relationship between pain intensity and quality of life in patients with chronic pain disorder. Health Psychology. 2017; 6(22):72-87. [In Persian].
24. Rhudy JL, Williams AE, McCabe KM, Nguyên n MATV, Rambo P. Affective modulation of nociception at spinal and supraspinal levels. Psychophysiology. 2005; 42(5):579-87.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.3.11.8]
[DOI: 10.52547/rbs.17.3.483]

25. Begley TM. Expressed and suppressed anger as predictors of health complaints. Journal of Organizational Behavior. 1994; 15(6):503-16.
26. Gross JJ. Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. Current Directions in Psychological Sscience. 2001; 10(6):214-9.
27. Simons JS, Gaher RM. The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. Motivation and Emotion. 2005; 29(2):83-102.
28. Shah R, Kulhara P, Grover S, Kumar S, Malhotra R, Tyagi S. Contribution of spirituality to quality of life in patients with residual schizophrenia. Psychiatry Research. 2011; 190(2):200-5.
29. Skevington SM, Lotfy M, O'Connell K. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. Quality of life Research. 2004; 13(2):299-310.
30. Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh S. The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. SJSPH. 2006; 4(4):1-12. [In Persian].
31. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment. 2004; 26(1):41-54.
32. Azizi A, Mirzaei A, Shams J. Correlation between distress tolerance and emotional regulation with students smoking dependence. Hakim Research Journal. 2010; 13(1):11-18. [In Persian].
33. Hsu SH, Collins SE, Marlatt GA. Examining psychometric properties of distress tolerance and its moderation of mindfulness-based relapse prevention effects on alcohol and other drug use outcomes. Addictive Behaviors. 2013; 38(3):1852-8.
34. Bigal ME, Lipton RB. The differential diagnosis of chronic daily headaches: an algorithm-based approach. The Journal of Headache and Pain. 2007;8(5):263-72.
35. Rahnmai M, Kafi Masoule SM, Baradaran M, Bakhshayesh B. Comparison of irrational beliefs, D personality type and quality of life in migraine headaches and healthy people. Health Psychology. 2015; 4(15):7-20. [In Persian].
36. Donovan E, Mehringer S, Zeltzer LK. A qualitative analysis of adolescent, caregiver, and clinician perceptions of the impact of migraines on adolescents' social functioning. Pain Management Nursing. 2013; 4(14):e135-e41.
37. Sayin A, Mutluay R, Sindel S. Quality of life in hemodialysis, peritoneal dialysis, and transplantation patients. Transplantation Proceedings. 2007; 39(10):3047-53...
38. Chu HT, Liang CS, Lee JT, Yeh TC, Lee MS, Sung YF, et al. Associations between depression/anxiety and headache frequency in migraineurs: a cross-sectional study. Headache: The Journal of Head and Face Pain. 2018; 58(3):407-15.
39. Tagay S, Kribben A, Hohenstein A, Mewes R, Senf W. Posttraumatic stress disorder in hemodialysis patients. American Journal of Kidney Diseases. 2007; 50(4):594-601.
40. Kelman L, Rains JC. Headache and sleep: Examination of sleep patterns and complaints in a large clinical sample of migraineurs. Headache: The Journal of Head and Face Pain. 2005; 45(7):904-10.
41. Isik U, Ersu RH, Ay P, Save D, Arman AR, Karakoc F, et al. Prevalence of headache and its association with sleep disorders in children. Pediatric Neurology. 2007; 36(3):146-51.
42. Johnson M. The vulnerability status of neuroticism: over-reporting or genuine complaints? Personality and individual differences. 2003; 35(4):877-87.
43. Hosseini A, Khormayi F, Assarzadegan F, Hessami O, Taghavi M, Mohammadi N. The comparison of cognitive emotion regulation strategies among patient with migraine headache, tension headache and normal individuals. Quarterly Journal of Health Psychology. 2015; 4(3):37-49. [In Persian].

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.3.11.8]
[DOI: 10.52547/rbs.17.3.483]

44. Woo K. Chronic wound-associated pain, psychological stress, and wound healing. Surgical Technology International. 2012; 22:57-65.
45. Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. Journal of Personality and Social Psychology. 2003; 85(2):348-62.
46. Hagekull B, Bohlin G. Predictors of middle childhood psychosomatic problems: An emotion regulation approach. Infant and Child Development: An International Journal of Research and Practice. 2004; 13(5):389-405.
47. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. Clinical Psychology Review. 2010; 30(2):217-37.
48. Morton J, Snowdon S, Gopold M, Guymer E. Acceptance and commitment therapy group treatment for symptoms of borderline personality disorder: A public sector pilot study. Cognitive and Behavioral Practice. 2012; 19(4):527-44.
49. Mckay M, Wood J, Brantley J. The dialectical behavior therapy skills workbook united states of America: Practical DBT exercises for learning mindfulness, interpersonal effectiveness, emotion regulation & distress tolerance. Oakland: New Harbinger publications, Inc; 2007.
50. Garnefski N, Baan N, Kraaij V. Psychological distress and cognitive emotion regulation strategies among farmers who fell victim to the foot-and-mouth crisis. Personality and Individual Differences. 2005; 38(6):1317-27.
51. Mohammadi H, Sepehri Z, Asghari MJ. The effectiveness of group emotional schema therapy on reduction of psychological disorder and difficulty of adjustment of divorced women. 2019; 14(51):27-36. [In Persian].
52. Hawthorne G. K10: Assessing Mental Health Distress in South Australia: The Assessment of the Determinants and Epidemiology of Psychological Distress (ADEPD) Study. Australia: University of Adelaide-Department of Health; 2009.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.3.11.8]
[DOI: 10.52547/rbs.17.3.483]

The Comparison of Quality of Life, Emotion Regulation and Distress Tolerance of People with and without Migraine

Mina Khalili Sefat[۱], **Abdollah Omidi**[۲], **Zahra Zanjani**[۳], **Reza Daneshvar Kakhaki**[۴]

Original Article

Abstract

Aim and Background: Migraine is one of the most common neurological diseases and one of the factors that reduce the overall quality of life of patients. On the other hand, various factors such as psychological characteristics and emotional problems are important in determining the severity of problems caused by this disorder. Two important factors are the emotion regulation and distress tolerance. The aim of this study was to compare the quality of life, emotion regulation and distress tolerance in migraine and non-migraine individuals.

Methods and Materials: The study was a causal-comparative study. The statistical population consisted of all individuals with migraine referring to neurosurgical clinics in Kashan in spring and summer of 2018 as well as non-migraine individuals from the general population. Two groups of 40 individuals, one group of migraine sufferers and the other group of non-disabled individuals, were selected from the statistical population. Participants completed these instruments: World Health Organization Quality of Life Scale (WHOQOL-BREF), Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) and Distress Tolerance Scale (DTS). Data analyzed using SPSS-19 software and independent t-test.

Findings: There was a significant difference between the two groups in the quality of life (t=-7.56), emotion dysregulation (t= 9.19) and distress tolerance (t=-3.42).

Conclusions: People with migraine reported lower quality of life and distress tolerance compared to non-migraine patients. They also had more difficulty adjusting their emotions. These patients are unable to tolerate distress because they cannot relieve their pain. As a result, migraine, as a chronic pain, disrupts daily activities and decreases quality of life.

Keywords: Emotion regulation, Distress tolerance, Migraine, Quality of life.

Citation: Khalili Sefat M, Omidi A, Zanjani Z, Daneshvar Kakhaki R. **The Comparison of Quality of Life, Emotion Regulation and Distress Tolerance of People with and without Migraine.** J Res Behav Sci 2019; 17(3): 483-494.

Received: 2019.08.04 Accepted: 2019.09.18

1- MSc, Department of Clinical Psychology, School of Medicine, Kashan University of Medical Science, Kashan, Iran.
2- Professor, Department of Psychology, Faculty of Medicine, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran.
3- Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Medicine, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran.
4- Assistant Professor, Department of Neurology, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran.
Corresponding author: Zahra Zanjani Email: zanjani-z@kaums.ac.ir, z_zanjani2005@yahoo.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-07]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.3.11.8]
[DOI: 10.52547/rbs.17.3.483]