©2021 ASP Ins., Afarand Scholarly Publishing Institute, Iran

ISSN: 2251-6166: Journal of Quran and Medicine, 2021:6(1): 98-112

The Effectiveness of Psychological Intervention Using Islamic Attitude on Quality of Life in Women Patients with Migraine Headache

ARTICLE INFO

Article Type
Analytical Review

Authors
Zahra Nematipour [1]
Fariborz Bagheri[2*]
Ali Asghar Asgharnejad Farid[3]

How to cite this article
Nematipour Z, Bagheri F, Asgharnejad Farid A. The Effectiveness of Psychological Intervention Using Islamic Attitude on Quality of Life in Women Patients with Migraine Headache. Quran and Medicine. 2021; 6 (1) : 98-112.

1. PhD Student, Department of Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

2. Associate Professor, Department of Psychology, Science and Research Branch, Azad University, Tehran, Iran (Corresponding Author).

3. Associate Professor, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

* *Correspondence:*
Address:
Phone:
Email: f.bagheri@srbiau.ac.ir

Article History
Received: 2020/09/05
Accepted: 2021/06/19
ePublished: 2021/07/04

ABSTRACT

Purpose: This study aimed to examine the effectiveness of designed psychological intervention using Islamic approach on Quality of Life (QOL) in women patients with migraine headache.

Materials and Method: In this study a quasi-experimental design with pretest- posttest with experimental and control group was used. The data gathering instrument was Short Form Health Survey (SF-36). The population of this research included women patients who were diagnosed by a neurologist with migraine. By snowball sampling 26 women patients with migraine headache were determined and assigned randomly to experimental and control groups. Then the experimental group was received 10 weekly sessions (90 minutes) of designed intervention.

Findings: The results of covariance analysis have shown that the differences between experimental and control groups in QOL score were significant; and so the designed intervention had improved QOL in women patients with migraine headache.

Conclusion: Results have shown that designed psychological intervention using Islamic approach is an effective therapy for improving QOL in women patients with migraine headache.

Keywords: Migraine Headache, Quality of Life, Psychological Intervention using Islamic Approach.

[Downloaded from quranmed.com on 2024-04-19]

اثربخشی مداخله روان‌شناختی با بهره‌گیری از نگرش اسلامی، بر سطح کیفیت زندگی زنان مبتلا به سردردهای میگرنی شهر تهران

زهرا نعمتی‌پور [1]
دانشجوی دکترای، گروه روان‌شناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

فریبرز باقری [2*]
دانشیار، گروه روانشناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد، تهران، ایران (نویسنده مسئول).

علی‌اصغر اصغرنژاد فرید [3]
دانشیار، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

چکیده

هدف: پژوهش حاضر، با هدف بررسی اثربخشی مداخله روان شناختی با بهره‌گیری از نگرش اسلامی طراحی شده، بر سطح کیفیت زندگی زنان مبتلا به میگرن تهران، انجام شد .

مواد و روش ها: روش پژوهش، شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه آزمایش و کنترل بود. ابزار مورد استفاده، پرسش‌نامه کیفیت زندگی (SF-36) بود. جامعه آماری پژوهش، زنان مبتلا به سردردهای میگرنی بودند که توسط متخصص مغز و اعصاب به عنوان افراد مبتلا به میگرن تشخیص داده شده بودند. در این پژوهش، ۲۶ زن مبتلا به میگرن، به وسیله نمونه‌گیری شبکه‌ای (گلوله برفی) تعیین شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. سپس مداخله درمانی طراحی شده، طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، به‌صورت یک جلسه در هفته، برای گروه آزمایش به اجرا در آمد .

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس داده‌ها، نشان داد که تفاوت بین دو گروه آزمایش و کنترل، در نمره کلی کیفیت زندگی معنادار بوده است و مداخله درمانی به‌طور معناداری موجب ارتقای سطح کیفیت زندگی زنان مبتلا به میگرن شده است .

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر، نشان می‌دهد که مداخله روان شناختی با بهره‌گیری از نگرش اسلامی طراحی شده، در ارتقای سطح کیفیت زندگی زنان مبتلا به میگرن مؤثر است.

کلید واژه‌ها: سردرد میگرنی، کیفیت زندگی، مداخله روان شناختی با بهره‌گیری از نگرش اسلامی.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۶/۱۵
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۳/۲۹
*نویسنده مسئول: f.bagheri@srbiau.ac.ir

مقدمه

سردرد میگرنی[1]، شایع‌ترین نوع سردرد مزمن است که بر اساس معیارهای انجمن بین‌المللی سردرد[2]، به‌صورت سردردی عود کننده و اغلب یک‌طرفه که همراه با اختلالات گوارشی و بینایی (مثل تهوع، استفراغ و اجتناب از نور) و یا بدون این اختلالات بروز می‌کند، عنوان شده است. میگرن، معمولاً با درد ضربان‌داری همراه است که از ۴ تا ۷۲ ساعت طول می‌کشد و شیوع این بیماری در زنان بیش از مردان است (۱،۲). میگرن بیماری مزمنی است و بررسی‌ها نشان می‌دهند که اکثر افراد مبتلا به میگرن، در هنگام بروز حملات میگرنی، کاملاً ناتوان شده و از انجام کارهای روزمره خود باز می‌مانند (۳،۴). بیماری میگرن، معمولاً با استعمال مفرط داروهای مسکن و به‌دنبال آن ناتوانی در عملکرد فرد همراه است (۵). اکثر افراد مبتلا به میگرن، سال‌های طولانی با مصرف انواع مسکن‌ها و یا اقدامات غیر تخصصی دیگر، رنج فراوان این بیماری را تحمل می‌کنند. مصرف مفرط داروهای مسکن توسط این بیماران، با کاهش سطح کیفیت زندگی، افزایش ناتوانی، تبدیل میگرن دوره‌ای به میگرن مزمن و افزایش فرکانس وقوع حملات سردرد همراه است؛ علاوه بر این، مصرف طولانی-مدت این داروها، نوع جدیدی از سردرد دائمی و نه چندان شدید را به سردردهای قبلی اضافه می‌کند که درمان این سردرد ناشی از سوء مصرف داروها[3] ، از درمان خود میگرن دشوارتر است (۶،۷). شیوع بالای میگرن و تأثیرات منفی زیادی که بر عملکرد شغلی و تحصیلی بیماران مبتلا دارد، و باعث شده است که سازمان بهداشت جهانی (WHO)، این بیماری را در رده بیستم «بیماری-هایی که منجر به شرایط ناتوان‌کننده زندگی می‌شوند»، رتبه‌بندی کند (۸). همچنین، میگرن یکی از علل مهم کاهش کارایی یا غیبت از محل کار و تحصیل به‌شمار می‌رود و از آنجایی که قشر جوان و فعّال جوامع را بیشتر مبتلا می‌کند، سالانه حدود ۱۶/۵ تا ۱۷/۲ بیلیون دلار خسارت را در سراسر دنیا به‌دنبال دارد (۹).

در سال‌های اخیر، پژوهشگران به نقش فشار روانی[4] (استرس)، به‌عنوان مهمترین و متداول‌ترین عامل راه‌انداز، تشدید کننده و تسریع‌کننده حملات سردرد میگرنی، پی برده‌اند (۱۰). هانس سلیه[5]، فشار روانی (استرس) را پاسخ غیر اختصاصی بدن به هر تقاضای تحمیل شده بر آن، تعریف می‌کند. ماحصل فشار روانی غیر معمول، تحلیل قوای بدن است که ممکن است، منجر به ایجاد بیماری‌های روان‌تنی[6] شود. میگرن، یکی از انواع بیماری‌های روان‌تنی به‌شمار می‌رود. بیماری‌های روان‌تنی، بیماری‌های جسمانی هستند که عوامل روانی در شروع و تشدید آن‌ها مؤثر است (۱۱،۱۲). بررسی‌ها نشان می‌دهد که افراد مبتلا به میگرن، معمولاً نمی‌توانند به شیوه صحیحی با فشارها (استرس‌های) روانی-اجتماعی و استرس‌های زندگی روزمره خود، مقابله[7] کنند و با آن‌ها سازگار شوند و در مقابل این وقایع، دچار آشفتگی‌های

1. Migraine Headache
2. International Headache Society
3. Medication Overuse Headache (MOH)
4. Stress
5. Hans Selye
6. Psychosomatic
7. Copping

[Downloaded from quranmed.com on 2024-04-19]

هیجانی می‌شوند که این امر، یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های حملات سردرد میگرنی است و با شدت و تعدد حملات میگرنی ارتباط مستقیم دارد (۱۰).

افراد مبتلا به بیماری میگرن، دارای ویژگی‌های روان‌شناختی مشترکی هستند که باعث تشدید و تسریع حملات میگرنی در آن‌ها می‌شود. به‌طوری که پژوهش‌ها نشان می‌دهد، بسیاری از افراد مبتلا به میگرن، بیش از حد خوددار و ناتوان در ابراز خشم خود، به شیوه‌ای مناسب هستند (۲). یکی دیگر از ویژگی‌های روان‌شناختی که با میگرن مرتبط است، کمال‌گرایی[1] است. کمال‌گرایی، مجموعه‌ای از خصوصیاتی چون، برخورداری از ملاک‌های بسیار بالا برای عملکرد، عدم تحرک، بی‌علاقگی به کار و فعالیت و اهمال‌کاری، ارزیابی‌های منفی از عملکرد شخصی و سرزنش خود، دقت افراطی در فعالیت‌های روزمره و حساسیت افراطی نسبت به روند عادی در زندگی است. برخورداری از صفت کمال‌گرایی، زمینه را برای بروز اختلال‌های روان تنی مساعد می‌کند که سردرد میگرنی نیز، یکی از این اختلالات است (۱۳، ۱۴). علاوه بر این، افراد مبتلا به میگرن، دارای دیدگاه منفی نسبت به وقایع زندگی و گرایش به فاجعه‌سازی (۱۵)، تاب-آوری و انعطاف‌پذیری پایین (۱۶)، کنترل کننده، بسیار رقابتی، زودرنج هستند (۴) و از سپردن مسئولیت به دیگران ناتوان هستند (۱۱). در این افراد، حمایت اجتماعی ادراک شده، در سطح پایینی قرار دارد. منظور از حمایت اجتماعی ادراک شده، نوعی قضاوت ذهنی است که بر مبنای آن فرد تصور می‌کند که خانواده و نزدیکان وی، در هنگام رویارویی با وقایع استرس‌زا، از وی حمایت خواهند کرد. برخورداری از حمایت اجتماعی، در کنترل استرس و فشار روانی نقش بسیار با اهمیتی دارد، به گونه‌ای که پژوهش‌ها نشان می‌دهد که این امر در تکمیل برنامه‌های درمانی و بازتوانی میگرن، فراوانی حملات میگرن را در افراد مبتلا کاهش می‌دهد (۱۷). همچنین، پژوهش‌ها نشان می‌دهد که وجود هیجانی‌های منفی، مانند خشم، اضطراب و افسردگی در افراد مبتلا به میگرن، احتمال بروز حملات سردرد میگرنی را تشدید می‌کند و اختلال کارکردی مربوط به میگرن و ناتوانی ناشی از آن را افزایش می‌دهد (۱۸). میگرن در بسیاری از افراد، با افسردگی هم‌آیند[2] است و این همایندی، با پیش‌آگهی بدتر و افزایش ناتوانی در بیماران مبتلا به میگرن همراه است (۱۹).

بر اساس مطالعات بیگال و لیپتون[3] (۲۰۰۷)، سردردهای میگرنی، کیفیت زندگی بیماران مبتلا به میگرن را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد، به‌طوری که فعالیت‌های اجتماعی و ایفای نقش خانوادگی بیماران را بسیار محدود می‌کند و توانایی عملکرد جسمی و ذهنی آن‌ها را کاهش می‌دهد (۲۰). اکثر متخصصان و صاحب‌نظران معتقدند که به طور کلی، کیفیت زندگی دارای پنج بعد پذیرفته شده است:۱) فیزیکی، ۲) نشانه‌های روانی، ۳) اجتماعی، ۴) جسمی و ۵) احساس بهتر بودن از لحاظ روانی. بعد فیزیکی، عملکرد جسمانی، انرژی و توانایی برای انجام فعالیت‌های روزانه را در بر می‌گیرد. نشانه‌های روانی، سلامت روانی و محدودیت‌های ایجاد شده برای فرد، به خاطر مشکلات هیجانی، مانند اضطراب، استرس و افسردگی را شامل می‌شود. احساس بهتر بودن از لحاظ اجتماعی، به کیفیت رابطه فرد با خانواده، دوستان و به‌طور کلی افراد جامعه، اشاره دارد. بعد جسمی، به سلامت عمومی، علائم بیماری، دردهای بدنی و عوارض جانبی درمان اشاره دارد. بعد احساس بهتر بودن از نظر روانی، به این مفهوم اشاره دارد که زندگی فرد، تا چه اندازه دارای هدف و معناست (۲۱).

درمان میگرن، به دلیل هزینه‌های مادی و معنوی که این بیماری، در صورت درمان نشدن بر فرد، خانواده و در نهایت جامعه وارد می‌کند، اهمیت زیادی دارد. در عین حال، مطالعات متعددی نشان می‌دهد که درمان دارویی سردردهای میگرنی، به‌تنهایی قادر به حل همه‌جانبه مشکلات افراد مبتلا به میگرن و به‌خصوص ناتوانی مرتبط با آن نیست (۲۲). علاوه بر این، میگرن در واقع ناشی از باورها، عقاید غلط و سبک زندگی ناسالم افراد مبتلا به این اختلال است؛ لذا، درمان سردرد میگرنی، تنها با استفاده از دارو و یا مداخلات رفتاری صِرف، مانند فنون تن‌آرامی که بازدارنده جریان خون در سر هستَند، بدون اصلاح نحوه نگرش و سبک زندگی فرد، درمانی سطحی و ناپایدار خواهد بود (۱۱). لذا، با توجه به آنچه گفته شد و نقش بسیار با اهمیتی که عوامل روان‌شناختی در بروز حملات میگرن دارند، انجام مداخلات روان‌شناختی، با در نظرگرفتن عوامل مؤثر در بروز حملات میگرن، ضروری به‌نظر می‌رسد (۲۲).

مرور فراتحلیل پژوهش‌های مرتبط با بیماران مبتلا به میگرن، نشان داده‌اند که مداخلات روان‌شناختی که برای این بیماران به کار رفته است، ۳۵ تا ۵۵ درصد بهبود را به‌دنبال داشته است که این درصد از بهبودی، به‌صورت معناداری بیش از گروه کنترل است (۲۳). سالیوان[4] و همکاران (۲۰۱۶)، با انجام یک مرور فراتحلیل، پژوهش‌های انجام شده در زمینه مداخلات روان-شناختی بر روی بیماران مبتلا به میگرن را مورد بررسی قرار دادند. نتایج این بررسی نشان داد که مهمترین و مؤثرترین مداخلات روان‌شناختی که برای این بیماران به‌کار رفته است، عبارت بودند از: درمان شناختی- رفتاری[5] و پس‌خوراند زیستی[6] که این درمان‌ها با ۳۰ تا ۶۷ درصد بهبودی، در زمینه کاهش حملات سردرد و ناتوانی مرتبط با میگرن همراه بود و میان درمان شناختی- رفتاری و پس‌خوراند زیستی، از لحاظ اثربخشی و میزان بهبودی در درمان‌جویان، تفاوت معناداری وجود نداشت (۲۴). در این راستا، برنامه‌های مداخله روان‌شناختی با رویکرد شناختی- رفتاری که به آموزش مهارت‌های خودتنظیمی (مانند

1 . Perfectionism
2 . Comorbid
3 . Bigal & Lipton
4 . Sullivan
5 . Cognitive-Behavior Therapy
6 . Biofeedback

[Downloaded from quranmed.com on 2024-04-19]

آموزش تن آرامی[1])، مهارت‌های مقابله با استرس و مهارت‌های اساسی مدیریت سردرد میگرنی (شامل آگاهی از راه‌اندازهای سردرد و استفاده درست و مؤثر از داروها) می‌پردازد، می‌تواند هم‌زمان به درمان طبی استاندارد اضافه شود، تا جنبه‌های روان-شناختی و سبک زندگی افراد مبتلا به میگرن را اصلاح نماید (۹،۲۵). مداخله‌های شناختی- رفتاری که برای بیمارانی که دارای علائم متفاوتی از درد مزمن هستند، از جمله بیماران مبتلا به میگرن، طراحی شده است، همگی بر این منطق استوار است که چگونگی ادراک درد و تظاهرات قابل مشاهده آن، به واسطه تعامل میان حوادث محیطی و پاسخ‌های شناختی، هیجانی، فیزیولوژیک و رفتاری فرد تحت تأثیر قرار می‌گیرد. بنابراین، در درمان این اختلالات، باید ابعاد شناختی، رفتاری و هیجانی افراد مبتلا را در نظر داشت و به بیمار کمک کرد تا با فراگیری روش-های جدید ارزیابی و پاسخ به مشکلات خود، به مشارکت-کنندگان فعالی در فرآیند درمان خود، تبدیل شوند (۲۶).

پژوهش‌ها نشان می‌دهد که درمان شناختی- رفتاری مثبت‌نگر[2]، که رویکردی جدید در کاربرد رویکرد رفتار درمانی شناختی است، برای افرادی که بر اثر عوامل روان‌شناختی، دچار تغییرات بیوشیمیایی و عصب‌شناختی می‌شوند، بیماران مبتلا به بیماری‌های روان‌تنی و دردهای مزمن بسیار مفید است؛ زیرا با جهت‌بخشی مثبت و امیدوار کننده، به افراد کمک می‌کند تا تلاش خود را برای کاهش علائم خود، به‌کار گیرند. این رویکرد درمانی، با افزایش انگیزه درونی و تأکید بر جنبه‌های مثبت، نقاط قوت، و توانایی‌های فرد، به جای تأکید بر مشکلات و محدودیت‌ها، امکان درمان در مدت کوتاه‌تری را فراهم می‌کند. همچنین، رویکرد شناختی- رفتاری مثبت‌نگر، علاوه بر کاهش افکار و هیجان‌های منفی که در درمان شناختی- رفتاری کلاسیک مورد توجه است، بر ایجاد افکار و هیجان‌های مثبت نیز تأکید می‌کند. این تأکید به ایجاد هیجان‌های مثبت، در مورد بسیاری از اختلالات، بسیار مهم‌تر از کاهش هیجان‌های منفی است و این امر به افزایش بهزیستی روانی[3] در درمان‌جو کمک می‌کند. بر اساس رویکرد شناختی- رفتاری مثبت‌نگر، افراد توانمند هستند، یعنی در درون خود و نظام اجتماعی‌شان، ذخایر و امکاناتی دارند که هنگامی که با تجارب، ادراکات و فراگیری مهارت‌های نوین برانگیخته می‌شوند، گذرگاه‌هایی را برای فرد در جهت کاهش درد، حل تعارض‌ها، نگرانی‌ها و انطباق مؤثرتر با عوامل فشارزای زندگی فراهم می‌کند (۲۷، ۲۸).

تاکنون پژوهش‌های متعددی، در داخل و خارج از کشور، با هدف بررسی اثربخشی مداخلات درمانی، با مدل کلی رویکرد شناختی-رفتاری، بر روی بیماران مبتلا به میگرن صورت گرفته است که نتایج این پژوهش‌ها، همگی نشان‌دهنده اثربخش بودن این رویکرد درمانی و ایجاد تغییرات معنادار در گروه آزمایش، نسبت به گروه کنترل، در متغیرهای مورد بررسی بوده است. پژوهش دهقان قهفرخی (۱۳۸۹) که با هدف بررسی تأثیر آموزش شناختی-رفتاری استرس، بر شاخص‌های درد و خودکارآمدی بیماران مبتلا به میگرن صورت گرفت. در این پژوهش، گروه آزمایش علاوه بر دارودرمانی، تحت آموزش شناختی- رفتاری استرس نیز قرار گرفتند و گروه کنترل، تنها تحت درمان دارویی قرار داشتند. نتایج این پژوهش، نشان‌دهنده تغییر معنادار گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، در احساس خودکارآمدی و نمرات شدت و طول مدت سردرد بود، ولی تفاوت میان دفعات بروز سردرد، میان دو گروه آزمایش و کنترل معنی‌دار نبود (۲۹). پژوهش عبداللهی (۱۳۹۰) که با هدف بررسی تأثیر درمان شناختی-رفتاری در میزان نشخوار فکری بیماران مبتلا به میگرن، همراه با وسواس انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد، درمان شناختی- رفتاری در کاهش نشخوار فکری و حملات میگرن گروه تحت درمان، مؤثر بوده است (۳۰). پژوهش منصوری (۱۳۹۳) که با هدف مقایسه اثربخشی تلفیق شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT) به همراه دارودرمانی و درمان دارویی، بر بهبود بیماران مبتلا به سردرد میگرنی انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد که تلفیق شناخت‌درمانی گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی و دارودرمانی، بر کاهش میانگین تعداد دفعات، مدت زمان و شدت سردرد زنان مبتلا به میگرن مؤثر است (۳۱). پژوهش باند[4] و همکاران (۲۰۰۵) که با هدف مقایسه اثر بخشی دو روش خودیاری برای مدیریت سردرد، از طریق آموزش ویدئویی، به بیماران مبتلا به سردرد میگرنی صورت گرفت. یکی از این روش-ها شامل مدیریت استرس شناختی- رفتاری، به همراه آرمیدگی عضلانی تدریجی بود و روش دیگر، شامل مداخلاتی در جهت افزایش خودکارآمدی بیماران بود. نتایج این پژوهش نشان داد که هر دو گروه، نسبت به گروه کنترل، خودکارآمدی، آرمیدگی، اجتناب بیشتر از راه اندازهای سردرد و تعداد دفعات وقوع سردرد کمتری را نسبت به گروه کنترل نشان دادند. البته گروه خودیاری اول که تحت درمان شناختی- رفتاری قرار گرفتند، نسبت به گروه دوم، آرمیدگی بیشتر و تعداد دفعات وقوع سردرد کمتری را گزارش دادند (۳۲). پژوهش هالروید[5] و همکاران (۲۰۱۰) با هدف بررسی تأثیر ترکیب درمان دارویی و مدیریت رفتاری میگرن، بر فراوانی وقوع حملات میگرن انجام شد. نتایج این پژوهش، نشان‌دهنده تغییر معنادار گروه آزمایش، نسبت به گروه کنترل، در فراوانی وقوع حملات سردرد بود (۳۳). پژوهش دیندو[6] و همکاران (۲۰۱۲) که با هدف بررسی تأثیر درمان رفتاری یک روزه[7] به همراه آموزش روش‌های پیشگیری از حملات میگرن، بر افسردگی و سطح عملکرد کلی بیمارانی که به طور همزمان مبتلا به افسردگی و میگرن بودند، صورت گرفت. نتایج این پژوهش نشان داد که این مداخله درمانی، به صورت معناداری

1 . Relaxation
2 . Positive Cognitive-Behavior Therapy
3 . Wellbeing
4 . Band
5 . Holroyd
6 . Dindo
7 . One-day Behavioral Treatment

[Downloaded from quranmed.com on 2024-04-19]

باعث کاهش علائم افسردگی، ارتقای سطح عملکرد کلی و کاهش ناتوانی مرتبط با میگرن، در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است (۳۴). پژوهش حامدی و همکاران (۲۰۱۳) که با هدف بررسی تأثیر مدیریت شناختی- رفتاری سردرد بر اضطراب، افسردگی، استرس و علائم بیماران مبتلا به میگرن، انجام شد. نتایج این پژوهش، نشان‌دهنده ایجاد تغییر معنادار در گروه آزمایش، نسبت به گروه کنترل، در اضطراب، افسردگی، استرس و علائم بیماران مبتلا به میگرن بود (۳۵). پژوهش کلیبر[1] و همکاران (۲۰۱۴) که با هدف بررسی تأثیر آموزش شناختی- رفتاری روی خط[2]، شامل آموزش تن‌آرامی و تنظیم شناختی- رفتاری، بر تعداد حملات میگرنی و خودکارآمدی بیماران مبتلا به میگرن انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد که این مداخله- درمانی، به صورت معناداری باعث کاهش فراوانی حملات سردرد میگرنی و افزایش خودکارآمدی، در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است (۳۶). پژوهش اونر[3] و همکاران (۲۰۱۷) که با هدف بررسی تأثیر درمان شناختی- رفتاری بر افسردگی، اضطراب، فراوانی حملات سردرد و ناتوانی بیمارانی که به‌طور همزمان مبتلا به افسردگی و میگرن بودند، صورت گرفت. نتایج این پژوهش نشان داد که این مداخله درمانی، به- صورت معناداری باعث کاهش علائم افسردگی، اضطراب، کاهش فراوانی حملات سردرد و همچنین کاهش ناتوانی مرتبط با میگرن، در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است (۳۷). پژوهش بهراد (۱۳۹۷) که با هدف مقایسه اثربخشی دو روش روان درمانی شناختی- رفتاری مثبت نگر و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر ابعاد درد و بهزیستی ذهنی بیماران مبتلا به میگرن انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد که هر دو روش درمانی، بر کاهش شدت درد، افزایش خودکارآمدی درد، پذیرش درد، افزایش عاطفه مثبت، کاهش عاطفه منفی و افزایش رضایت از زندگی، به صورت معناداری مؤثر بوده‌اند و میان دو روش مداخله تفاوت معناداری وجود نداشته است (۳۸).

در میان افرادی که در زمینه بهداشت روانی کار می‌کنند، این عقیده به‌طور رایج وجود دارد که روان‌درمانی‌های مبتنی بر فرهنگ، مؤثرتر و از نظر پذیرش درمانی برترند (۳۴). در عین حال، در متن راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM)، روان‌شناسان ترغیب شده‌اند که از فرآیندهای تغییری که با ارزش‌ها و فرهنگ درمان‌جو هماهنگ باشد، استفاده کنند. زیرا، تا زمانی که موقعیت اجتماعی و فرهنگی درمان‌جویان در نظر گرفته نشده باشد، به سختی می‌توان به ماهیت مشکل و تلاشی که آن‌ها برای برطرف کردن این مشکل می‌کنند، پی برد. در نتیجه مهمترین وظیفه درمانگر این است که مشخص کند، آیا فرض‌هایی را که درباره ماهیت و عملکرد درمان تدوین کرده است، با فرهنگ جمعیتی که بر روی آن کار می‌کند، تناسب دارد یا خیر (۴۱،۴۰)؛ فرهنگ جامعه ایران، یک فرهنگ اسلامی است و آموزه‌ها و اعتقادات دینی، به طور چشم‌گیری با زندگی مردم ایران آمیخته شده است. لذا، در سال‌های اخیر، گرایش زیادی از سوی درمانگران، به استفاده از مفاهیم دینی در حوزه درمان و تغییر رفتار ایجاد شده است (۴۲). از سوی دیگر، شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد، باورها و مداخلات معنوی و مذهبی می‌تواند، در پیش‌گیری و درمان طیف وسیعی از اختلال‌های و بیماری‌های مزمن جسمی و روانی، مؤثر باشد (۴۳). به‌طوری که پژوهش‌ها نشان می‌دهد، تقویت اعتقادات دینی در افراد مبتلا به افسردگی، به ایجاد نگرشی جدید درباره جهان، افزایش ظرفیت و توان فرد در جهت انسجام‌بخشی به شخصیت و روان او و معنا بخشی به زندگی فرد، کمک می‌کند و در نتیجه ایجاد این تغییرات، شدت علائم افسردگی، در افراد مبتلا به این اختلال، کاهش می‌یابد (۴۴). همچنین، پارگامنت[4] (۱۹۹۲)، دین را به عنوان راهبردی مؤثر برای مقابله یا کنار آمدن[5] با فشار روانی حاصل از بحران‌های زندگی و حل مشکلات شخصی معرفی می- کند (۴۵). مفهوم کنار آمدن (مقابله) و این که اشخاص چگونه سعی می‌کنند با مشکلات و بحران‌های زندگی که باعث ایجاد فشار روانی (استرس) در آن‌ها می‌شود، کنار بیایند، با تفاوت‌های فردی در ادراک موقعیت‌های بلقوه فشارزا ارتباط دارد. به صورتی که حتی، در میان افرادی که در یک موقعیت فشارزای مشترک قرار دارند، تأثیر فشار روانی این موقعیت بر افراد، بر اساس نحوه کنار آمدن افراد با آن، می‌تواند متفاوت باشد (۴۶). پارگامنت، معتقد است که تعلق به هر سنت مذهبی، می‌تواند تعداد منابع در دسترس برای مقابله با استرس‌ها و فشارهای زندگی را چند برابر کند. پارگامنت یادآوری می‌کند، دین پناهگاهی برای گریز از فشارهای زندگی فراهم می‌آورد، فشارهایی که در صورت عدم وجود باورهای دینی در فرد، ابتلا به اختلالات روانی را تسریع و اجتناب‌ناپذیر می‌سازد. (۴۵) همچنین بر طبق بررسی- های موریرا[6] (۲۰۰۶)، دینداری و وجود اعتقادات عمیق مذهبی در افراد، به‌طور جدی نحوه نگرش آنان را نسبت به سختی‌ها و فشارهای زندگی تغییر می‌دهد و باعث می‌شود وقایع دردناک را بهتر تحمل کنند و آن‌ها را قابل کنترل‌تر در نظر بگیرند. بهره‌مند بودن از آموزه‌های دینی و سامانه باورهای دینی افراد دیندار، به آن‌ها کمک می‌کند تا بتوانند به ناملایمات، فشارهای روانی و فقدان‌های زندگی، معنی دهند. در عین حال، به‌طور کلی، جزئی از جامعه مذهبی بودن، برای افراد دیندار، حمایت اجتماعی مناسبی فراهم می‌کند که به کاهش فشار روانی در برابر بحران های زندگی کمک می‌کند (۴۷). همچنین، پژوهش‌ها نشان می- دهد که تقویت ایمان و اعتقادات دینی در بیمارانی که دچار

---

1 . Kleiboer
2 . Online Cognitive-Behavior Training
3 . Onur
3. Pargament
5 .Coping
5. Moreira

[Downloaded from quranmed.com on 2024-04-19]

بیماری‌های مزمن هستند، موجب مواجهه بهتر این بیماران با آثار منفی این بیماری‌ها می‌شود و حمایت روانی لازم را برای این بیماران فراهم می‌کند و دسترسی این افراد را به منابع حل مسأله افزایش می‌دهد، همچنین، در کاهش علائم افسردگی و ناتوانی این بیماران و افزایش سازگاری و حرمت نفس در آن‌ها مؤثر است (۴۸).

پژوهش حاضر، با هدف طراحی، تدوین و اعتباریابی مداخله‌ای مبتنی بر مشکلات روان‌شناختی افراد مبتلا به میگرن انجام شده است. مداخله طراحی شده، بر اَساس مدل کلی رویکرد شناختی- رفتاری در درمان، پی‌ریزی شده است وَ در بخش مداخلات شناختی، به فراخور موضوع مورد بحث، برای تأثیرگذاری بیشتر، از دیدگاه اسلامی مرتبط با آن مبحث استفاده شده است. علاوه بر این، در جهت افزایش اثربخشی این مداخله درمانی، همچنین، ایجاد هیجان‌های مثبت و در نتیجه افزایش بهزیستی روانی در بیماران مبتلا به میگرن، مداخلاتی از رویکرد شناختی- رفتاری مثبت‌گرا که مرتبط با مشکلات روان‌شناختی این بیماران بود، در این طرح درمانی گنجانده شده است. به‌طور کلی، این مداخله، روشی ابداعی و التقاطی محسوب می‌شود که در طراحی آن کوشش شده است که با تلفیق چند روش درمانی، شامل درمان شناختی-رفتاری مدیریت استرس، درمان شناختی- رفتاری مثبت-گرا و مدیریت شناختی- رفتاری درد و درمان شناختی- رفتاری افسردگی که در پژوهش‌های گذشته، اثربخشی آن‌ها بر روی بیماران مبتلا به میگرن، مورد تأیید قرار گرفته است و همچنین در نظر گرفتن فرهنگ اسلامی جامعه ایران، مداخله‌ای با تأثیرگذاری بالا و هماهنگ با فرهنگ غالب در جامعه ارائه گردد. بر اساس مدل کلی درمان شناختی- رفتاری، در مداخله درمانی پژوهش حاضِر، سعی بر آن است که به افراد مبتلا به میگرن کمک شود، تا الگوهای تفکر تحریف شده و ناکارآمد و سبک زندگی نامناسبی را که موجب تشدید و تسریع حملات میگرنی در آن‌ها می‌شود، تغییر دهند. همان‌طور که اشاره شد، وجه تمایز طرح درمانی پژوهش حاضر، با دیگر مداخلاتی که با رویکرد شناختی- رفتاری بر روی افراد مبتلا به میگرن انجام شده است، اینست که در این مداخله، برای تأثیرگذاری بیشتر، از آموزه‌های اسلامی مرتبط با مباحث روان‌شناختی استفاده شده است. به‌طور کلی، در مداخله درمانی پژوهش حاضر، بهره‌گیری از آموزهای اسلامی و تلاش در جهت ایجاد و تقویت نگرش و جهان‌بینی اسلامی، به‌عنوان یکی از راهبردهای مؤثر در جهت مقابله با فشار روانی (استرس) و افسردگی که دو عامل مهم در تشدید و تسریع سردردهای میگرنی هستند، در نظر گرفته شده است. بر این اساس، ویژگی‌های روان‌شناختی افراد مبتلا به میگرن و تحریف‌های شناختی مرتبط با این ویژگی‌ها که باعث تشدید فشار روانی (استرس) و افسردگی و در نتیجه تشدید و افزایش وقوع حملات سردرد، در افراد مبتلا می‌شود، مد نظر قرار گرفت و با استفاده از آموزه‌های اسلامی که در زمینه مقابله با افسردگی و فشار روانی مطرح شده است، بازسازی شناختی[1] برای افراد مبتلا به میگرن، صورت گرفت. فرض زیربنایی در تکنیک بازسازی شناختی، این است که افکار ما بر هیجان‌ها و رفتار ما تأثیر می-گذارد، خصوصاً افکار آشکار و صحبت با خود که پیوسته در اذهانمان جریان دارند (۴۹).

بر اساس آن چه گفته شد، سؤال پژوهش حاضر این است که آیا مداخله روان‌شناختی طراحی شده با توجه به مشکلات روان-شناختی بیماران مبتلا به میگرن و با بهره‌گیری از نگرش اسلامی، بر علائم میگرن و سطح فشار روانی (استرس) زنان مبتلا به این اختلال مؤثر است؟

مواد و روش ها

روش پژوهش حاضر، شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس-آزمون و گروه آزمایش و کنترل بود. جامعه آماری عبارت بود از زنان مبتلا به سر دردهای میگرنی که توسط متخصص مغز و اعصاب، به‌عنوان افراد مبتلا به میگرن تشخیص داده شده بودند. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری شبکه‌ای (گلوله برفی) استفاده شد. نمونه‌گیری به این صورت انجام گرفت که از یکی از مراجعان کلینیک بیمارستان عرفان که به دلیل بیماری میگرن و حملات متعدد سردرد، به متخصص مغز و اعصاب مراجعه کرده بود، دعوت به‌عمل آمد که در طرح درمانی این پژوهش شرکت کرده و در عین حال اگر کسانی را با شرایط مشابه خود می‌شناسد، برای شرکت در طرح پژوهش معرفی کند و از آن‌ها نیز بخواهد که افرادی را معرفی کنند. پس از سه هفته، ۳۳ خانم مبتلا به میگرن، برای شرکت در دوره آموزشی، ابراز تمایل کردند. ملاک‌های ورود به نمونه شامل این موارد بودند: ۱) ابتلا به بیماری میگرن، بر اساس تشخیص متخصص مغز و اعصاب، ۲) دامنه سنی بین ۲۰ تا ۴۰ سال، ۳) تحصیلات دیپلم به بالا، ۴) عدم ابتلا به بیماری‌های شدید جسمانی، به غیر از میگرن، ۵) عدم وجود اختلالات نورولوژیک جدی یا نشانه‌های روان‌گسستگی. عدم برخورداری از هر کدام از ملاک‌های ورود به نمونه، باعث خروج افراد از طرح پژوهشی می‌شد. از میان ۳۳ داوطلب شرکت در طرح پژوهشی، ۲۸ نفر واجد ملاک‌های ورود به نمونه بودند که به‌طور تصادفی در دو گروه ۱۴ نفره آزمایش و کنترل قرار گرفتند و بر روی هر دو گروه، پیش آزمون اجرا گردید و سپس متغیر مستقل که همان مداخله روان‌شناختی با بهره‌گیری از نگرش اسلامی بود، در طی ده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر روی افراد گروه آزمایش انجام شد. بعد از برگزاری جلسه اول، یکی از اعضای گروه آزمایش، به دلایل شخصی از شرکت در طرح درمانی امتناع کرد و به همین دلیل، برای برابر شدن تعداد اعضای گروه آزمایش و کنترل، یکی از افراد گروه کنترل، به صورت تصادفی حذف گردید. در انتها، پس از اتمام برنامه درمانی، پس آزمون برای هر دو گروه آزمایش و کنترل اجرا شد.

ابزار مورد استفاده در این پژوهش، پرسشنامه کیفیت زندگی[2] است. پرسشنامه کیفیت زندگی، برای نخستین بار در سال ۱۹۹۲،

1 . Cognitive Restructure

2 Short Form Health Survey (SF-36)

[Downloaded from quranmed.com on 2024-04-19]

توسط ویر[۱] و همکاران تدوین شد. این پرسشنامه دارای ۳۶ پرسش است که ۸ بعد از کیفیت زندگی را می‌سنجد. هدف از طرح این پرسشنامه، ارزیابی سلامت فرد از دو جهت وضعیت جسمانی و روانی است که به وسیله ترکیب نمرات ابعاد هشت گانه این پرسشنامه، به‌دست می‌آید. هشت نیم‌رخ سلامت، شامل چهار نیم‌رخ است که نمرات مؤلفه‌های جسمانی[۲] را تشکیل می‌دهد و چهار نیم‌رخ دیگر نمرات جزء روانی[۳] را تشکیل می‌دهد. مؤلفه-های جسمانی شامل: عملکرد جسمانی[۴] (PF)، محدودیت‌های نقش جسمانی[۵] (RP)، دردهای بدنی[۶] (BP) و سلامت جسمانی عمومی[۷] (GH) است. مؤلفه‌های جزء روانی نیز شامل: نیروی حیاتی یا انرژی و زنده دلی[۸] (VT)، عملکرد اجتماعی[۹] (SF)، محدودیت‌های ناشی از نقش هیجانی[۱۰] (RE) و سلامت روانی[۱۱] (MH) است که تمامی این اجزا وابسته به هم هستند (۵۰). در این پرسشنامه، به استثنای یک سؤال که به طور منفرد، تغییر در وضعیت سلامتی فرد را در طی دوره‌ای یک ساله بررسی می‌نماید، بقیه سؤالات، در محاسبه امتیاز یک مقیاس مشخص به‌کار می-رود. برای نمره‌گذاری ابتدا هر یک از عبارات پرسشنامه، از صفر تا ۱۰۰ ارزش‌گذاری می‌شود، سپس امتیاز عبارات هر زیر مقیاس را با هم جمع کرده و میانگین هر زیر مقیاس را به‌دست می‌آوریم که عدد به‌دست آمده، نشان‌دهنده درصد میزان سلامتی در آن بعد است. بنابراین هر چه نمره در یک زیرمقیاس بالاتر باشد، نشان-دهنده سلامتی بیشتر در آن بعد است. برای محاسبه نمره کل که نشان‌دهنده میزان کلی سطح کیفیت زندگی است، مجموع اعداد به‌دست آمده از هر زیر مقیاس را با نمره عبارت شماره ۲ جمع کرده و تقسیم بر ۹ می‌کنیم (۵۱). این پرسشنامه برای مصارفی چون کار بالینی، ارزیابی سیاست‌های بهداشتی و مطالعات جمعیت عمومی، کارایی خود را ثابت کرده است (۵۰) و پایایی و روایی این پرسشنامه در ایران تأیید شده است ($\alpha \geq ۰/۷$) (۵۱).

روش مداخله درمانی این پژوهش، به شیوه کارگاه آموزشی گروهی بود که در طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و به صورت یک‌بار در هفته برگزار شد. ساختار جلسات به این صورت در نظر گرفته شده بود که ابتدای هر جلسه، به مدت ۱۰ دقیقه، تکالیف ارائه شده در جلسه قبل، بررسی و سپس به مدت ۷۰ دقیقه، مباحث مربوط به هر جلسه ارائه می‌شد و بحث و گفتگو پیرامون مطالب ارائه شده، با تأکید بر مشکلات و تجربیات شخصی افراد، صورت می‌گرفت و در پایان هر جلسه، تکالیف جلسه آینده توضیح داده می‌شد. محتوای کلی جلسات به شرح زیر است:

جدول ۱. خلاصه جلسات آموزشی

جلسات	محتوای جلسه	تکلیف خانگی
جلسه اول	معرفی طرح و توضیح زمان‌بندی و قوانین جلسات؛ طرح مباحث: مدل کلی درمان شناختی- رفتاری و رویکرد مثبت‌گرا؛ مدل شناختی- رفَتاری درد؛ ماهیت بیماری میگرن؛ نقش استرس و عوامل شناختی در بروز علائم میگرن؛ پیامدهای منفی استفاده از مسکن‌ها؛ عوامل راه‌انداز و تشدید کننده حملات سردرد	پر کردن برگه «ثبت چگونگی ایجاد هیجان‌ها توسط افکار»، با توجه به توضیحات مربوط به مثلث شناختی.
جلسه دوم	بررسی تکلیف؛ طرح مباحث: «استرس (فشار روانی)» به عنوان مهمترین عامل ایجاد و تشدید حملات میگرن؛ تأثیر فشارروانی بر جسم؛ لزوم مقابله با استرس؛ تکنیک های رفتاری کاهش استرس؛ تأثیرات تن آرامی پیش رونده بر فرآیندهای فیزیولوژیک بدن؛ آموزش تن آرامی پیش‌رونده و تمرین آن در جلسه.	الف) انجام هر روزه ی تمرین تن آرامی ب) اختصاص دادن حداقل ۲۰ دقیقه در روز، برای انجام پیاده روی یا ورزش.
جلسه سوم	بررسی تکلیف؛ طرح مباحث: روش های مقابله با استرس؛ «روش حل مسأله از طریق برنامه مبتنی بر توانمندی های شاخص» در رویکرد شناختی- رفتاری مثبت نگر؛ «توجه به توانمندی های مثبت» در رویکرد شناختی- رفتاری مثبت نگر؛ «بخشش» در رویکرد شناختی-رفتاری مثبت گرا؛	الف) ثبت وقایع استرس زای هفته جاری و در مقابل روش های مقابله ناکارآمد و مقابله صحیح ب) تهیه جدولی شامل فهرستی از مشکلات کنونی، توانمندی ها و نقاط قوت، راه حل مناسب بر اساس این توانمندی ها

[1] Ware
[2] Physical Component Scores (PCS)
[3] Mental Component Scores (MCS)
[4] Physical Functioning
[5] Role-Limitations-Physical
[6] Bodily Pain
[7] General Medical Health
[8] Validity
[9] Social Functioning
[10] Role-Limitations-Emotional
[11] Mental Health

[Downloaded from quranmed.com on 2024-04-19]

جلسه چهارم م	بررسی تکالیف؛ طرح مباحث: نقش افکار و نحوه تعبیر و تفسیر وقایع در تشدید استرس (فشارروانی) و توَضیح تکنیک های پردازش شناختی[1] (CP)؛ «راه های پیشگیری از اضطراب و فشارروانی» از دیدگاه اسلام؛ «واقعیت شناسی دنیا» از دیدگاه اسلام؛ «معنای سختی ها» از دیدگاه اسلام؛ «رشد پس از آسیب، یافتن فواید درگرفتاری ها» طبق رویکرد شناختی- رفتاری مثبت نگر.	تهیه جدولی جهت بررسی شکست ها و مشکلات دوران زندگی و فواید و جنبه های مثبتی که در نهایت، این وقایع در زندگی فرد ایجاد کرده اند
جلسه پنجم	بررسی تکلیف؛ طرح مباحث: «شکرگزاری» روشی برای کاهش فشار روانی و افسردگی؛ «مثبت نگری دینی» و کشف واقعیت های مثبت زندگی؛ «هنر کوچک کردن سختی ها، با در نظر گرفتن سختی های بزر گ تر» براساس دیدگاه اسلام؛ «امید» در رویکرد شناختی-رفتاری مثبت نگر و «انتظار گشایش» از دیدگاه اسلام.	تهیه فهرست ۵۰ تایی از نعمت ها و نقاط مثبت زندگی و تفکر درباره آن ها و سپس نوشتن احساس خود.
جلسه ششم	بررسی تکلیف؛ طرح مباحث: «رضایت در مقابل کمال گرایی» در رویکرد شناختی- رفتاری مثبت نگر؛ تفاوت تأکید دین اسلام به انجام هر عمل به بهترین شکل (احسن الاعمال) با کمال گرایی بیمارگون؛ «رضایت در مقابل کمال گرایی»، «تبدیل بایدها به ترجیحات» و «ایجاد انعطاف پذیری» در رویکرد شناختی- رفتاری مثبت نگر؛ «مدیریت زمان»؛	الف) تهیه جدولی به منظور هدف گذاری، اولویت بندی و زمان بندی کارهای مربوط به هفته جاری و بررسی بازده و نتیجه این روش
جلسه هفتم	بررسی تکلیف، طرح مباحث: الگوهای ابراز خشم؛ آموزش مدیریت خشم؛ سه سبک رفتار منفعلانه؛ آموزش ابراز وجود و انواع خود ابرازگری غیر کلامی، خودابرازگری کلامی و حل تعارض؛ «ضرورت بهره گیری از حمایت اجتماعی در جهت کاهش فشار روانی»؛ دیدگاه اسلام در رابطه با «روابط اجتماعی مطلوب».	الف) تهیه فهرستی از پنج تجربه ایجاد کننده خشم که فرد تاکنون با آن ها رو به رو شده و در مقابل، روش های مدیریت خشم و ابرازوجود مناسب در برابر این موقعیت ها ب) تهیه جدولی از نیازها و افرادی که می توانند در رابطه با آن ها به فرد یاری برسانند
جلسه هشتم	بررسی تکالیف؛ طرح مباحث: «انواع مقایسه اجتماعی از دیدگاه اسلام و کارکرد روانی آن ها»؛ «حداکثر خواهی و حسرت در برابر قناعت»، در رویکرد شناختی- رفتاری مثبت نگر. «برقراری روابط مثبت» و «توجه به نقاط قوت دیگران» در رویکرد شناختی-رفتاری مثبت گرا؛	تهیه جدولی از تجاربی که فرد در رابطه با قناعت، زیاده خواهی، حسرت، حسادت داشته و به چالش کشیدن این تجربیات و بررسی مزایا و معایب دیدگاه های فردی
جلسه نهم	بررسی تکلیف؛ طرح مباحث: «فن چالش با افکار خودآیند منفی ایجاد کننده هیجان های منفی»؛ چرخه معیوب عدم انجام فعالیت و شدت یافتن افسردگی؛ «ایجاد و گسترش هیجان های مثبت در زندگی» و «فرآیند التذاذ» در رویکرد شناختی- رفتاری مثبت نگر؛ «راه های پیشگیری از افسردگی از دیدگاه اسلام»	تهیه جدول برنامه روزانه و گنجاندن فعالیت های لذت بخش در آن
جلسه دهم	بررسی تکلیف؛ طرح مباحث: «ضرورت ایجاد معنا و هدف در زندگی»؛ «اشکال مختلف معنا در زندگی»؛ «دستیابی به هدف و معنا در زندگی از طریق تولید یا خدمت» در رویکرد شناختی- رفتاری مثبت نگر و دیدگاه اسلام در این رابطه.	تهیه فهرستی از اهداف کوتاه مدت و بلند مدت و تهیه جدول برنامه زمانبندی برای دستیابی به آن ها.

یافته‌ها

به منظور تحلیل آماری داده‌ها، از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد که نتایج آن در جداول ۲ و ۳ ارائه شده است.

همان‌طور که نتایج جدول۳ نشان می‌دهد، مقدار F مشاهده شده برای متغیر گروه، با تعدیل اثر پیش‌آزمون برابر با ۸۸/۸۹۸ و سطح معنی‌داری آن نیز ۰/۰۰۱ است که این نشان‌دهنده وجود تفاوت معنی‌دار، بین نمره پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل است. لذا اثر اصلی متغیر گروه معنادار است و چون اثر متغیر کمکی(نمره پیش‌آزمون) معنادار نیست می‌توان نتیجه گرفت که تفاوت بین گروه کنترل و آزمایش در نتیجه اثر مداخله است و تکرار آزمون در آن نقشی نداشته است. به این ترتیب فرضیه پژوهش مبنی بر اثربخش بودن مداخله روان‌شناختی طراحی شده، بر ارتقای سطح کیفیت زندگی زنان مبتلا به میگرن مورد تأیید قرار می‌گیرد.

[1]. Cognitive Processing (CP)

[Downloaded from quranmed.com on 2024-04-19]

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد کیفیت زندگی در گروه های آزمایش و کنترل

	گروه آزمایش		گروه کنترل		کل	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
پیش‌آزمون	۴۸/۲۷۵	۶/۴۸۱	۵۰/۸۲۳	۷/۳۶۶	۴۹/۵۴۹	۶/۹۲۰
پس‌آزمون	۷۱/۸۸۲	۸/۱۰۰	۵۰/۵۴۴	۷/۳۱۹	۶۱/۲۱۳	۱۳/۲۵۱

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل کواریانس در مورد تأثیر مداخله روانشناختی با بهره گیری از نگرش اسلامی بر کیفیت زندگی

منبع واریانس	مجموع مربعات	میانگین مربعات	مقدار F	سطح معناداری
کیفیت زندگی	۵۶۳/۴۲۶	۵۶۳/۴۲۶	۱۴/۹۴۶	۰/۰۰۱
گروه	۳۳۵۱/۱۶۸	۳۳۵۱/۱۶۸	۸۸/۸۹۸	۰/۰۰۱
خطا	۸۶۷/۰۲۷	۳۷/۶۹۷		

نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی مداخله روان شناختی با بهره گیری از نگرش اسلامی طراحی شده، بر سطح کیفیت زندگی زنان مبتلا به میگرن بود که بر روی ۱۳زن مبتلا به میگرن شهر تهران، صورت گرفت. نتایج این پژوهش نشان داد که مداخله روانشناختی طراحی شده، موجب ارتقاء سطح کیفیت زندگی زنان مبتلا به میگرن شده است. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده های این پژوهش، با نتایج پژوهش های باند و همکاران (۲۰۰۵)، هالروید و همکاران (۲۰۱۰)، دیندو و همکاران (۲۰۱۲)، حامدی و همکاران (۲۰۱۳)، کلیبر و همکاران (۲۰۱۴)، سالیوان و همکاران (۲۰۱۶)، اونر و همکاران (۲۰۱۷)، دهقان قهفرخی (۱۳۸۹)، عبداللهی (۱۳۹۰) و بهراد (۱۳۹۷) همخوانی دارد. در تبیین این نتیجه می توان گفت که با توجه به پژوهش های ذکر شده، اثربخشی درمان شناختی- رفتاری میگرن بارها مورد تأکید قرار گرفته است. لذا مدل کلی درمان طراحی شده در این طرح پژوهشی، به صورت مدلِ درمان شناختی- رفتاری درنظرگرفته شد و از تکنیک های این روش درمانی (شامل: آموزش مهارت های خودتنظیمی (مانند آموزش تن آرامی)، مهارت های مقابله با استرس، مهارت های اساسی مدیریت سردرد میگرنی (شامل آگاهی از راه اندازهای سردرد، استفاده درست و مؤثر از داروها) و روش بازسازی شناختی (۵۲،۴۹،۹،۲۵) نیز، به طور کامل در آن استفاده شد. مداخلات شناختی- رفتاری که برای بیمارانی که دارای علائم متفاوتی از درد مزمن هستند، از جمله بیماران مبتلا به میگرن، طراحی شده است، همگی، بر این منطق استوار است که چگونگی ادراک درد و تظاهرات قابل مشاهده آن، به واسطه تعامل میان حوادث محیطی و پاسخ های شناختی، هیجانی، فیزیولوژیک و رفتاری فرد تحت تأثیر قرار می گیرد. بنابراین، در درمان این اختلالات، باید ابعاد شناختی، رفتاری و هیجانی افراد مبتلا را در نظر داشت و به بیمار کمک کرد تا با فراگیری روش های جدید ارزیابی و پاسخ به مشکلات خود، به مشارکت کنندگان فعالی در فرآیند درمان خود تبدیل شوند (۲۶). علاوه بر این، جنبه هایی از رویکرد شناختی- رفتاری مثبت گرا که مرتبط با مشکلات روانشناختی بیماران مبتلا به میگرن بود، نیز در این طرح درمانی گنجانده شده بود که پژوهش های پیشین مؤید تأثیر این روش بر بهبود افراد مبتلا به سردردهای میگرنی بوده است (۲۷، ۳۸). همچنین، همان طور که بیان شد، وجه تمایز طرح درمانی پژوهش حاضر، با دیگر مداخلاتی که با رویکرد شناختی- رفتاری، بر روی افراد مبتلا به میگرن انجام شده است، اینست که در این مداخله، در جهت تأثیرگذاری بیشتر، بهره گیری از آموزهای اسلامی و کمک به ایجاد نگرش و جهان بینی اسلامی، به عنوان یکی از راهبردهای مؤثر در جهت مقابله با فشار روانی و افسردگی بیماران مبتلا به میگرن و با هدف تغییر افکار ناکارآمد تشدید کننده و تسریع کننده حملات سردرد، در این بیماران صورَت گرفته است. زیرا، فرهنگ جامعه ایران، یک فرهنگ اسلامی است و آموزه ها و اعتقادات دینی، به طور چشمگیری با زندگی مردم ایران آمیخته شده است (۴۲) و در عین حال، در میان افرادی که در زمینه بهداشت روانی کار می کنند، این عقیده به طور رایج وجود دارد که روان درمانی های مبتنی بر فرهنگ، مؤثرتر و از نظر پذیرش درمانی برترند (۳۹). همان طور که اشاره شد، به طور کلی، کیفیت زندگی دارای پنج بعد پذیرفته شده است:۱) فیزیکی، ۲) نشانه های روانی، ۳) اجتماعی، ۴)جسمی و ۵) احساس بهتر بودن از لحاظ روانی (۲۱). بنابراین، تبیین و تفسیر فرضیه پژوهش حاضر، مبنی بر مؤثر بودن مداخله طراحی شده، بر ارتقای سطح کیفیت زندگی زنان مبتلا

[Downloaded from quranmed.com on 2024-04-19]

به میگرن، در قالب بررسی تأثیر مداخله روان شناختی طراحی شده، بر هر یک از ابعاد پنجگانه کیفیت زندگی صورت می گیرد.

همان طور که اشاره شد، بعد روانی کیفیت زندگی، دربرگیرنده سلامت روانی و محدودیت های ایجاد شده برای فرد به خاطر مشکلات هیجانی مانند اضطراب، افسردگی و استرس (فشارروانی) است و بررسی ها نشان می دهد که بعد فیزیکی کیفیت زندگی که دربرگیرنده عملکرد جسمانی، انرژی و توانایی برای انجام فعالیت‌های روزانه است، کاملاً تحت تأثیر بعد روانی و به ویژه افسردگی قرار دارد (۲۱،۵۰). لذا در جهت کاهش افسردگی، اضطراب و استرس زنان مبتلا به میگرن، در این طرح پژوهشی، مداخلاتی با مدل کلی شناختی- رفتاری صورت گرفت؛ به طوری که در جهت کَاهش این هیجان های منفی، از روش بازسازی شناختی استفاده شد. فرض زیربنایی در این تکنیک، آن است که افکار ما بر احساساتمان تأثیر می گذارد، خصوصاً افکار آشکار و صحبت با خود که پیوسته در اذهانمان جریان دارند (۴۹). در کنار آن، از مداخلات و تکالیف رفتاری نیز، در جهت کاهش این هیجان های منفی استفاده شد.

بنابراین، در جهت کاهش افسردگی و در نتیجه ارتقاء بعد سلامت روانی و بعد فیزیکی کیفیت زندگی، در این طرح پژوهشی، از مداخلاتی که در رویکرد شناختی- رفتاری، برای درمان افسردگی مطرح است، استفاده شد. به این صورت که مداخلات شناختی این رویکرد، شامل: طرح مباحث «مثلث شناختی و چگونگی ایجاد هیجان ها، توسط افکار»، «ماهیت افکار خود آیند منفی ایجادکننده افسردگی»، «فن چالش با افکار خودآیند منفی ایجاد کننده هیجان های منفی (از جمله غم، اضطراب، خشم)» و «تکنیک های پردازش شناختی (CP)»، در طرح درمانی پژوهش حاضر اجرا شد. همچنین راهبردهای رفتاری در درمان شناختی- رفتاری افسردگی، یعنی «روش بازنگری فعالیت ها»، «برنامه ریزی فعالیت ها»، «گنجاندن فعالیت های لذت بخش در برنامه هفتگی» و «چرخه معیوب عدم انجام فعالیت و شدت یافتن افسردگی» در مداخله درمانی این پژوهش به کار برده شد (۵۳).

پژوهش ها نشان می دهد که درمان شناختی-رفتاری مثبت نگر، نسبت به درمان شناختی- رفتاری کلاسیک، در کاهش علائم افسردگی مؤثرتر بوده است، زیرا علاوه بر کاهش هیجان های منفی، بر ایجاد و افزایش هیجان های مثبت نیز تأکید دارد؛ زیرا در افسردگی، افراد اغلب دچار خلاء هیجان های مثبت، شور وشوق زندگی و معنا و هدف در زندگی هستند و رویکرد شناختی-رفتاری مثبت نگر، با در نظر گرفتن مداخلاتی در جهت کمک به ایجاد این عوامل، علاوه بر کاهش افسردگی، باعث افزایش بهزیستی روانی در بیماران افسرده می شود. (۵۲). بر این اساس، مباحثی که در جهت کاهش افسردگی و افزایش بهزیستی روانی، در رویکرد شناختی-رفتاری مثبت نگر مطرح شده اند، در طرح درمانی پژوهش حاضر گنجانده شد که این مباحث عبارتند از: «ایجاد و گسترش هیجان های مثبت در زندگی»، «فرآیند التذاذ»، «امید»، «ضرورت ایجاد معنا و هدف در زندگی» و «دستیابی به هدف و معنا در زندگی از طریق تولید یا خدمت».

از آن جایی که نگرش‌ها و باورهای غیرمنطقی درباره خود، خداوند، جهان و دیگران، عامل اصلی و اساسی ایجاد کننده افسردگی قلمداد می‌شود، ایجاد تغییر در این نگرش ها، از طریق بهره گیری از آموزه های اسلامی و جهان بینی توحیدی، می تواند در پیشگیری و درمان افسردگی مؤثر باشد. در این راستا، دیدگاهی واقع بینانه و بر مبنای جهان بینی اسلامی، به ماهیت واقعی این دنیا و جهان آخرت، می تواند از ایجاد بسیاری از هیجان های منفی جلوگیری کند. به طوری که امام علی (ع) در نهج البلاغه می فرمایند: هر کسی دنیا را آن گونه که هست بشناسد، از سختی های آن اندوهگین نمی شود (۵۴،۵۵). لذا در این طرح درمانی، مبحث «واقعیت شناسی دنیا» مطرح شد. همچنین، با توجه به این که انتخاب هدف و معنایی والا در زندگی، از عوامل مؤثر در پیشگیری و درمان افسردگی از دیدگاه اسلام است (۵۴)، در این طرح درمانی، بعد از طرح مبحث «ضرورت ایجاد معنا و هدف در زندگی»، از دیدگاه رویکرد شناختی-رفتاری مثبت نگر، مبحث «اشکال مختلف معنا در زندگی» مطرح شد و در نهایت «انتخاب هدف و معنایی والا در زندگی» بر اساس آموزه های اسلامی مورد بررسی قرار گرفت. مداخله دیگری که در این طرح درمانی، با توجه به آموزه های اسلامی و در جهت کاهش افسردگی و افزایش هیجان های مثبت، صورت گرفت، طرح مبحث «مثبت نگری دینی» بود که منظور از این مثبت نگری، تخیل مثبتی که پشتوانه ای از واقعیت ندارد، نیست. بلکه مثبت نگری دینی، یعنی برگرداندن توجه فرد از وقایع ناخوشایند به سمت نعمت ها و توانمندی ها و این امر مبتنی بر کشف واقعیت های خوشایند موجود در زندگی است (۵۵). یکی دیگر از مباحثی که در طرح مداخله درمانی پژوهش حاضر، در رابطه با کاهش افسردگی، مد نظر قرار گرفت، «مدیریت مقایسه های اجتماعی» بود. زیرا بر اساس آموزه های اسلامی، مقایسه شرایط زندگی خود با افرادی که وضعیت بهتری دارند، حزن و اندوه، حسرت و حسادت را افزایش می دهد (۵۶،۴۴). لذا، در این راستا مبحث «انواع مقایسه اجتماعی از دیدگاه اسلام و کارکرد روانی آن ها»، مورد بررسی قرار گرفت.

با توجه به این که پژوهش های انجام شده در حوزه روانشناسی مثبت گرا، نشان می دهد که امید و برخورداری از روحیه امیدوارانه نسبت به آینده، باعث کاهش علائم افسردگی در افراد می شود (۵۷)، مبحث «انتظار گشایش و وعده همراهی خداوند با صابران» با استفاده از متون معتبر اسلامی، در جلسات درمانی مورد بحث قرار گرفت.

در این طرح درمانی، مداخلاتی نیز در جهت کاهش اضطراب و استرس (فشارروانی)، به عنوان عوامل تأثیرگذار بر بعد روانی و فیزیکی کیفیت زندگی انجام شد؛ بدین صورت که استرس (فشارروانی)، به عنوان مهمترین عامل تشدید کننده و تسریع کننده حملات سردرد، مورد توجه قرر گرفت و مداخلاتی در جهت کاهش استرس (فشار روانی) و کاهش عوامل ایجاد کننده فشار

[Downloaded from quranmed.com on 2024-04-19]

روانی، بر روی شرکت کنندگان این طرح پژوهشی انجام شد؛ در این راستا، «تکنیک های شناختی- رفتاری مدیریت استرس»، مانند: «آموزش تن آرامی پیش رونده»، «روش های حل مسأله» و «تکنیک های پردازش شناختی (CP)»، در طرح مداخله درمانی پژوهش حاضر گنجانده شد.

همان طور که اشاره شد، یکی دیگر از ویژگی های روانشناختی که با میگرن مرتبط است، کمال گرایی است. برخورداری از صفت کمال گرایی، به دلیل افزایش فشار روانی (استرس) بر فرد، زمینه را برای بروز و تشدید علائم اختلال های روان تنی مساعد می کند که سردرد میگرنی نیز، یکی از آن اختلالات است (۱۳، ۱۴). کمال گرایی با باورهای غیرمنطقی و معیارها و استاندارد های سخت گیرانه ای همراه است که به صورت بایدهای ضروری و انعطاف ناپذیر در می آیند و در صورت عدم برآورده شدن آن ها، آشفتگی و اضطراب زیادی را در فرد ایجاد می کند (۵۸). لذا در مداخله درمانی پژوهش حاضر، در جهت ایجاد تغییر در تفکرات و باورهای غیرمنطقی مرتبط با کمال گرایی، مباحث «رضایت در مقابل کمال گرایی»، «تبدیل بایدها به ترجیحات» وَ «ایجاد انعطاف پذیری» در رویکرد شناختی- رفتاری مثبت نگر مورد بحث و بررسی قرار گرفت و تفاوت تأکید دین اسلام به انجام هر عمل به بهترین شکل (احسن الاعمال)، با کمال گرایی بیمارگون مطرح گردید.

همچنین، با توجه به این که عدم مدیریت مناسب وقت و زمان، از عوامل افزایش فشار روانی (استرس) و در نتیجه تشدید علائم بیماری های روان تنی، از جمله میگرن محسوب می شود (۱۱)، مبحث «مدیریت زمان»، در یکی از جلسات درمانی این پژوهش مورد بحث قرار گرفت.

با توجه به این که پژوهش های انجام شده در حوزه روانشناسی مثبت گرا، نشان می دهد که توجه به جنبه های مثبت تجارب آسیب زا در زندگی، باعث کاهش فشار روانی (استرس) ناشی از این حوادث و افزایش توان فرد برای مقابله می شود و در عین حال، افزایش سازگاری روانشناختی، افزایش عزت نفس و کاهش نشانه های افسردگی را به دنبال دارد (۵۷)، مبحث «رشد پس از آسیب و یافتن فواید درگرفتاری ها» در رویکرد شناختی-رفتاری مثبت نگر، در جهت کاهش فشار روانی (استرس) و کاهش علائم افسردگی در افراد مبتلا به میگرن، در مداخله درمانی پژوهش حاضر مد نظر قرار گرفت.

بررسی ها نشان می دهد، شکرگزاری و داشتن نگرشی سپاگزارانه در زندگی، باعث کاهش فشار روانی (استرس) ناشی از حوادث و رویدادهای سخت و ناگوار زندگی می شود (۱۱). در عین حال، با توجه به بررسی های انجام شده در زمینه روانشناسی مثبت گرا، ایجاد نگرش سپاسگزارانه و شکرگزاری، روشی قدرتمند برای کاهش علائم افسردگی، افزایش سطح رضایت از زندگی و حتی ایجاد هیجان های مثبت است (۵۷). لذا، مبحث «شکرگزاری» با توجه به رویکرد شناختی- رفتاری مثبت نگر، در طرح مداخله درمانی این پژوهش گنجانده شد. همچنین، با استفاده از متون اسلامی، نحوه شکرگزاری واقعی و تأثیرات آن بر زندگی دنیوی، مورد بحث و بررسی قرار گرفت. همچنین به عنوان تکلیف خانگی از شرکت کنندگان خواسته شد، تا فهرستی ۵۰ تایی از نعمت هایی که خداوند به آن ها اعطا فرموده است، تهیه کنند وحداقل قبل از شروع یکی از نمازهای پنجگانه روزانه، به مدت ۱۵ دقیقه در مورد نعمت های فهرست شده، تفکر کنند.

در متون علمی روانشناسی، دین، به عنوان راهی برای مقابله با فشار روانی مطرح شده است و این باور وجود دارد که تعلق به هر سنت مذهبی، می تواند تعداد منابع فرد برای مقابله در برابر فشار روانی را چند برابر کند (۴۵). همچنین، پژوهش ها نشان می دهد، جهان بینی الهی، دینداری و وجود اعتقادات عمیق مذهبی در افراد، به طور جدی نحوه نگرش آنان را نسبت به سختی ها و فشارهای زندگی تغییر می‌دهد و باعث می‌شود، افراد وقایع دردناک را بهتر تحمل کنند و آن ها را قابل کنترل تر در نظر بگیرند (۴۷، ۵۴). در متون اسلامی، تأکید زیادی بر تفسیر و ارزیابی صحیح و واقع بینانه از موقعیت ها شده است و از سوی دیگر، از عوامل مهم و اساسی در مقابله صحیح در برابر سختی ها و عوامل فشارزای (استرس زا) زندگی، شناخت واقع گرایانه از علت و معنای سختی ها و مشکلات است (۵۵). لذا، در مداخله درمانی پژوهش حاضر، بهره گیری از آموزه های اسلامی و کمک به ایجاد نگرش و جهان بینی اسلامی، به عنوان یکی از راهبردهای مؤثر در جهت مقابله با فشار روانی بیماران مبتلا به میگرن، در نظر گرفته شد و مباحث «واقعیت شناسی سختی ها» و «معنای سختی ها» از دیدگاه اسلام، مورد بحث و بررسی قرار گرفت. همچنین، در مداخله درمانی پژوهش حاضر، برای افزایش توان مقابله با سختی ها و وقایع استرس زای زندگی، با توجه به آموزه های دین اسلام، مبحث «هنر کوچک کردن سختی ها» مطرح شد. بدین ترتیب که در هنگام ایجاد سختی ها در زندگی، با در نظر گرفتن مصائب بزرگ تر و شدید تر، می توان فشار روانی ناشی از واقعه اتفاق افتاده را کاهش داد (۵۵).

همان طور که اشاره شد، بعد «احساس بهتر بودن از لحاظ اجتماعی کیفیت زندگی»، به کیفیت رابطه فرد با خانواده، دوستان و به طور کلی افراد جامعه، اشاره دارد (۲۱). علاوه بر این، در افراد مبتلا به میگرن، حمایت اجتماعی ادراک شده، در سطح پایینی قرار دارد. برخورداری از حمایت اجتماعی، در کنترل استرس و فشار روانی نقش بسیار با اهمیتی دارد، به گونه ای که پژوهش ها نشان می دهد که این امر در تکمیل برنامه های درمانی و بازتوانی میگرن، فراوانی حملات میگرن را در افراد مبتلا کاهش می دهد (۱۷). لذا در این طرح درمانی، در جهت تقویت بعد «احساس بهتر بودن از لحاظ اجتماعی کیفیت زندگی»، مداخلاتی مانند «آموزش مدیریت خشم»، «آموزش ابراز وجود» و «حل تعارض» انجام شد و مباحث مرتبط با این موضوع در رویکرد شناختی-رفتاری مثبت گرا، مانند «برقراری روابط مثبت» و «توجه به نقاط قوت دیگران» بیان شدند و دیدگاه اسلام در رابطه با «روابط اجتماعی مطلوب» مطرح گردید. همچنین،

[Downloaded from quranmed.com on 2024-04-19]

مبحث مربوط به «کاهش فشار روانی بر اثر بهره گیری از حمایت اجتماعی» (۱۱) مطرح شد و تکلیفی در جهت افزایش بهره گیری از حمایت اجتماعی، مبنی بر تهیه جدولی از نیازها و افرادی که می توانند در رابطه با آن ها به فرد یاری برسانند، در این طرح درمانی گنجانده شد. به علاوه، با توجه به این که در رویکرد شناختی- رفتاری مثبت نگر، سازه «بخشش»، به عنوان ابزاری برای بهبود روابط میان فردی و از بین بردن خشم، خصومت و دیگر هیجان های منفی مطرح شده است و حتی این اعتقاد وجود دارد که «بخشش» می تواند به ایجاد هیجان های مثبت در فرد نیز، منجر شود (۵۷)، مبحث مربوط به «بخشش» در رویکرد شناختی- رفتاری مثبت نگر، در مداخله درمانی پژوهش حاضر، مورد بحث و بررسی قرار گرفت.

در رابطه با بعد «جسمی کیفیت زندگی» که به سلامت عمومی، علائم بیماری، دردهای بدنی و عوارض جانبی درمان اشاره دارد (۲۱)، با توجه به این که در مدل مداخله روان شناختی با رویکرد شناختی- رفتاری، برای کاهشِ شدت و میزان وقوع حملات سردرد میگرنی، بخشی تحت عنوان «آموزش مهارت های اساسی مدیریت سردرد میگرنی»، شامل آگاهی از راه اندازهای سردرد و استفاده درست و مؤثر از داروها، در نظر گرفته شده است (۲۵، ۳۴)، در طرح درمانی پژوهش حاضر نیز، علاوه بر مداخلات روان شناختی که در جهت کاهش حملات سردرد میگرنی صورت گرفت، مباحثی در رابطه با «مدیریت سردرد» گنجانده شد و در این راستا، مباحث مربوط به «ماهیت کلی بیماری میگرن»، «پیامدهای منفی استفاده از مسکن ها» و «عوامل راه انداز و تشدید کننده حملات سردرد میگرنی»، مطرح گردید.

در طرح درمانی پژوهش حاضر، مداخلاتی نیز در جهت ارتقاء سطح بعد «احساس بهتر بودن از نظر روانی کیفیت زندگی»، صورت گرفت که این بعد به این موضوع اشاره دارد که زندگی فرد تا چه اندازه دارای هدف و معنا است (۲۱). بر این اساس، مباحث مربوط به «ضرورت ایجاد معنا و هدف در زندگی»، «اشکال مختلف معنا در زندگی»، «دستیابی به هدف و معنا در زندگی از طریق تولید یا خدمت» در رویکرد شناختی- رفتاری مثبت نگر و دیدگاه اسلام در این رابطه، مطرح شدند.

به طور کلی، در سطح نظری، با توجه به این که در واقع سردرد میگرنی، ناشی از باورها، عقاید غلط و سبک زندگی ناسالم در افراد مبتلا به این اختلال است و نقش بسیار با اهمیتی که عوامل روان شناختی در بروز حملات میگرن دارند (۱۱، ۲۲)، همچنین، تأثیرات نامطلوبی که میگرن بر کلیه ابعاد کیفیت زندگی افراد مبتلا به این اختلال می گذارد، در سطح عملی، یافته های این پژوهش نشان داد که انجام مداخلات روان شناختی، با درنظرگرفتن عوامل مؤثر در بروز حملات میگرن، ارتقاء سطح کلی کیفیت زندگی افراد مبتلا به میگرن را به دنبال دارد.

پژوهش حاضر، مانند اکثر پژوهش هایی که در علوم رفتاری صورت می گیرد، با محدودیت هایی همراه بوده است. از محدودیت های پژوهش حاضر، انجام پژوهش فقط بر روی زنان مبتلا به میگرن و در سطح محدود به شهر تهران است که ممکن است، تعمیم نتایج را دچار مشکل کند. بنابراین پیشنهاد می شود، در مطالعات بعدی به این نکته توجه شود و مطالعه در سطح گسترده تری صورت بگیرد. همچنین، استفاده صرف از پرسشنامه های خودسنجی و عدم اطمینان از دقت و صحت کافی اطلاعات و عدم استفاده از روش های دیگر گردآوری داده، مانند مصاحبه در کنار آن، از دیگر محدودیت های این پژوهش است. پیشنهاد پژوهشی اینست که با ایجاد تغییرات بسیار جزئی در این طرح درمانی، این روش را برای درمان بیماری های دیگر سایکوسوماتیک (روان تنی) نیز بکار برند. پیشنهاد کاربردی این است که باتوجه به شیوع بالای بیماری میگرن و ناتوانی ناشی از آن و تأثیرات منفی این بیماری بر تمامی ابعاد زندگی افراد مبتلا، همچنین نقش عوامل روانشناختی در بروز علائم میگرن و در مقابل تأثیر قابل توجهی که درمان های روانشناختی و غیر دارویی در کاهش علائم این بیماری دارد، پیشنهاد می شود که از این طرح درمانی در بیمارستان ها و مراکز درمانی دیگر، در کنار خدمات درمانی طبی و دارویی میگرن، استفاده شود.

References

1. Negro, A., Koverech A., Martelleti P. ″Serotonin Receptor Agonists in the Acute Treatment of Migraine: A Review on Their Therapeutic Potential″. Journal of Pain Research. 2018; 11(1): 515-526.
2. Sadock, B.J., Sadock, V.A. Kaplan & Sadock’s synopsis of psychiatry (DSM-5) (V.2). 11th ed. Tehran: Arjmand; 2015: P. 439-459. [in Persian].
3. Sauro, K.M., Becker, W.J. ″The Stress & Migraine Interaction″. Headache: The Journal of Head & Face Pain. 2009; 49(9): 2017.
4. Wilkinson, M., MacGregor, A. The British Association family doctor guide to migraine other headaches. Tehran: Asreketab; 2005: P. 13-45. [in Persian].
5. Saper, J.R. ″Chronic Daily Headache. Transformational Migraine, Chronic Migraine & Related Disorders″. Current Neurology & Neuroscience report.2008; 8(1): 100-107.
6. Raggi A., Schiavolin S. & et al. ″Chronic Migraine with Medication Overuse: Association between Disability & Quality of Life Measure & Impact of Disease on Patient Lives″. Journal of the

[Downloaded from quranmed.com on 2024-04-19]

Behavioral Medicine. 2011; 24(1): 136-141.
16. Lucas S., Haffman J., Bell K., Dikmen S.A. ″Prospective Study of Prevalence & Characterization of Headache Following Mild Traumatic Brain Injury″. Cephalagia. 2013; 2(1): 1-10.
17. Balibey, H. ″Anxiety & Depression Prevalence in Migraine Patients″. European Psychiatry. 2012; 27(1): 1-12.
18. Weatherall, M. W. ″The diagnosis and treatment of chronic migraine″. Journal of Therapy Advance Chronic Disease. 2015; 6(3): 115-123.
19. Buse, D.C. & Andrasik, F. ″Behavioral Medicine for Migraine″. Neurologic Clinic. 2009; 27(2): 445- 465.
20. Saffarinia, M. "The effect of psychosocial group therapy on improving migraine attacks and quality of life in patients with migraine". Isfahan Medical School. 2014; 32 (319): 2401-2410. [in Persian].
21. Rakhshandehro, S. and Ghaffari, M. Quality of life [Internet]. 2005. Available from: www.bmsu.ac.ir. [Persian].
22. Antonaci, F. & et al. ″Migraine & Psychiatric Comorbidity: A Review of Clinical Findings″. Journal of Headache Pain. 2011; 12(2): 115- 125.
23. Rains J.C., Penzien D.B., Mc Cory D.C., Gray R.N. ″Behavioral Headache Treatment: Review of History the Empirical Literature & Methodological Critique″. Headache.2005; 45(2): 92-109.
24. Sullivan, A., Cousins, S., Ridsdale, L. ″Psychological interventions for migraine: a systematic review″. Journal of Neurology. 2016; 263(12): 2369- 77.
25. Holroyd, K.A. Drew, J.B. ″Behavioral Approaches to the Treatment of Migraine″. Semin Neurol. 2006; 26: 199-207.

Neurological Sciences. 2015; 34(8): 60-69.
7. Salarian, B. A guide to preventing and controlling migraine headaches. First Edition. Tehran: Mirmah; 2015: P. 3-15. [in Persian].
8. Raddant, A.C., Russo, A.F. ″Calcitonin Gene-Related Peptide in Migraine: Intersection of Peripheral Inflammation and Central Modulation″. Expert Reviews in Molecular Medicine. 2011; 29(13): 36-51.
9. Dowrkin, R. & Breitbart, W. ″Psychosocial Aspects of Pain″: A Handbook for Health Care Providers. New York: Iasp press. 2004; P. 114-206.
10. Hye-Jim Moon, Jong- Geun Seo, Sung- Pa Park. ″Perceived stress in patients with migraine: a case control study″. Journal of Headache & pain.2017; 18(1): 73- 89.
11. Greenberg, J.S. Comprehensive stress management. Tehran: Roshd. 2018; P. 71- 82. [in Persian].
12. Bartleson J.D. & Cutter F.M. ″Migraine update: Diagnosis & Treatment″. Minn. Med. 2010; 93(5): 36-41.
13. Yeshua, M., Zohar, A. H., Berkovich, L. ″Silence! The body is speaking”–a correlational study of personality, perfectionism and self-compassion as risk and protective factors for psychosomatic symptoms″. Journal of Health & Medicine. 2019; 24(2): 224-240.
14. Hueser, R. A. ″Cognitive Behavioral Group Treatment for Disabling Headache″. Pain & Medicine. 2005; 5(1): 178-186.
15. Chiros, C. & O`Brein, W.H. ″Acceptance, Appraisals & Coping in Relation to Migraine Headache: an Evaluation of Interrelationships using Daily Diary Methods″. Journal of

[Downloaded from quranmed.com on 2024-04-19]

26. Gachel, R. J., Turk, D. C. Psychology of pain; Control and treatment approaches. First Edition. Tehran: Roshd. 2001: P. 125. [in Persian].
27. Bannink, F. Positive cognitive behavioral therapy. First Edition. Tehran: Arjmand. 2015: P. 3-48. [in Persian].
28. Khazanov, G. K., & Ruscio, A. M. Is low positive emotionality a specific risk factor for depression? A meta-analysis of longitudinal studies. Psychological Bulletin. 2016; 142(9): 991–1015.
29. Dehghanqah Farokhi, R. "The effectiveness of cognitive-behavioral stress training on pain indices and pain self-efficacy in patients with migraine in Shahrekord hospitals". Master Thesis in General Psychology. Faculty of Education and Psychology. Payam Noor university of Tehran. 2010. [in Persian].
30. Abdollahi, M. "The effectiveness of cognitive-behavioral therapy in reducing rumination in patients with migraine with obsession." Master Thesis in General Psychology. Faculty of Education and Psychology. Allameh Tabatabaei University. 2011. [in Persian].
31. Mansoori, Hussein. Comparison of the effectiveness of combining mindfulness-based group cognitive therapy (MBCT) with drug therapy and drug therapy on the improvement of patients with migraine headache. Master Thesis in Clinical Psychology. School of Psychology. Allameh Tabatabai University of Tehran. 2014. [in Persian].
32. Bond, D., Durrant, L. & et al. ″Impact a Self-help Intervention Performance of Headache Management Behaviors: A Self-Efficacy Approach″. The Internet Journal of Allied Health Science & Practice. 2005; 2(1):540-580.
33. Holroyd, K.A. Cottrel C.K. ″Effect of Preventive (Beta Blocker) Treatment, Behavioral Migraine Management & their Combination on Outcomes of Optimized Acute Treatment in Frequent Migraine″. Randomized Controlled Triad BMJ. 2010; 341: 48-71.
34. Dindo, L., Recober, A. & et al. ″One-day Behavioral Treatment for Patient with Comorbid Depression & Migraine: A Pilot Study″. Behavior Research & Therapy. 2012; 50(1): 537-543.
35. Hamedi, V., Asghari, A. Sheeri, M.R. ″An Investigation of the Effectiveness of a Composed Model of Cognitive Behavior Headache Management on the Treatment of Anxiety, Depression, Stress & Migraine Symptoms″. Social & Behavioral Sciences.2013; 84(9): 1850-1855.
36. Klieboer, A. & et al. ″Short-Term Effectiveness of an Online Behavioral Training in Migraine Self-Management″. Behavior Research & therapy. 2014; 61(1): 61-69.
37. Onur, D. H., Ertem, D. & et al. ″Cognitive Behavioral Therapy for Chronic Migraine″. European Psychiatry. 2017; 41: 500-515.
38. Behrad, M. "Comparison of the effectiveness of two methods of positive psychotherapy and treatment based on acceptance and commitment on the dimensions of pain and mental well-being of patients with migraine." PhD Thesis in Psychology. Faculty of Psychology and Educational Sciences. Semnan University. 2018. [in Persian].
39. Teseng, W. ″Culture and Psychotherapy: Asian Perspective″. Journal of mental health. 2004; 13(12): 151-161.
40. Harmon, H., Langley, A. ″The Role of Gender and Culture in Treating Youth with Anxiety Disorders″. Journal of Cognitive Psychotherapy. 2006; 20(3): 301-10.
41. Corey, Gerald. Theory and Practice of counseling and psychotherapy.

[Downloaded from quranmed.com on 2024-04-19]

52. Geschwind, N. Positive cognitive behavior therapy in the treatment of depression: A randomized order within-subject comparison with traditional cognitive behavior therapy. Behavior Research & Therapy. 2019; 116(1): 119-130.

53. Hawton, K. Salkovskis, P.M. & et al. Cognitive behavior therapy; A Practical Guide to the Treatment of Internal Disorders (Vol. I). Translated by Qasemzadeh, Habibullah. Tehran: Arjmand Publications. 2019. [in Persian].

54. Kalantari, M. Generalities and Concepts in Islamic Psychology. Isfahan: Kankash. 2017. [in Persian].

55. Pasandide, A. Islamic model of happiness. Qom: Dar al-Hadith Publishing Organization. 2016. [in Persian].

56. Mohammadi, J. & et al. Explaining the factors affecting the reduction of depressive symptoms from the perspective of Islam: A qualitative content analysis. Military medicine. 2018; 20 (2): 134-144. [in Persian].

57. Magyar, J. L. Positive Psychological Interventions. Translated by A. Foroughi & et al. Tehran: Arjmand. 2017. [in Persian].

58. Abdolahi, A. & et al. Cognitive behavioral therapy as an effective treatment for social anxiety, perfectionism, and rumination. Psychiatry Research. 2019. 228(3), 591–597.

Translated by Yahya Seyed Mohammadi. Tehran: Arasbaran. 2013. [in Persian].

42. Faqihi, A. N. "Application of Cognitive Behavior Therapy in the Treatment of Depression with Emphasis on Islamic Perspective". Journal of Quran and Hadith. 2003. 1(2): 39-61. [in Persian].

43. Richards, P.S., Bergin, A.E. ″Religiousness and Mental Health Reconsidered: a study of an intrinsically religious sample″. Journal of Counseling Psychology. 2005; 34 (2): 197-204.

44. Mehrabizadeh Honarmand, M. & et al. (2011). The effect of Islamic multifaceted treatment on depression and students' self-esteem. Psychology and religion. 4 (3): 31- 48. [in Persian].

45. Wolof, D. M. Psychology of religion. Translated by Dehqani M. Tehran: Roshd. 2014. [in Persian].

46. Atkinson, Rital. Full text of Hilgard Psychology. Translated by Mohammad Taghi Barahani et al. Tehran: Roshd. 2019. [in Persian].

47. Moreira, Almeida A. Religiousness and mental health; a review. rev Bras psquiatr. 2006; 28(3): 242-250.

48. Behere, P. Religion & mental health. Indian Journal of Psychiatry. 2013; 55(2):87-94.

49. Leahy, R. L. Cognitive therapy techniques; Guidance for therapists. First Edition. Tehran: Danjeh. 2020; P. 469.

50. Mallinson, S. ″Listening to Respondents: A Qualitative Assessment of the Short-Form 36 Health Status Questionnaire″. Social Science & Med. 2005; 54(1): 11–21.

51. Montazeri, Ali et al. "Translation, determination of reliability and validity of Persian version of SF-36 standard tool". Monitoring Quarterly. 2005; 56 (1). [in Persian]

[Downloaded from quranmed.com on 2024-04-19]