

اثربخشی مداخله روان‌شناختی با بهره‌گیری از نگرش اسلامی بر علائم میگرن و استرس زنان مبتلا به سردردهای میگرنی

زهرا نعمتی پور^۱، فریبرز باقری^۲، علی اصغر اصغر نژاد فرید^۳

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی مداخله روان‌شناختی با بهره‌گیری از نگرش اسلامی طراحی شده، بر علائم میگرن و استرس زنان مبتلا به میگرن شهر تهران، انجام شد. روش پژوهش، شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه آزمایش و کنترل بود. ابزار مورد استفاده پرسش‌نامه سردرد میگرن اهواز و پرسش‌نامه استرس ادراک شده بود. جامعه آماری پژوهش زنان مبتلا به سردردهای میگرنی بودند که توسط متخصص مغز و اعصاب به منزله افراد مبتلا به میگرن تشخیص داده شده بودند. در این پژوهش ۲۶ زن مبتلا به میگرن، به وسیله نمونه‌گیری شبکه‌ای (گلوله‌برفی) تعیین شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. سپس مداخله درمانی طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، به صورت یک جلسه در هفته، برای گروه آزمایش به اجرا درآمد. نتایج تحلیل کوواریانس داده‌ها نشان داد که تفاوت بین دو گروه آزمایش و کنترل در نمرات کلی استرس ادراک شده و علائم میگرن معنادار بوده است و مداخله درمانی به‌طور معناداری موجب کاهش استرس و بهبود علائم میگرن زنان مبتلا به این اختلال شده است. نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که مداخله روان‌شناختی با بهره‌گیری از نگرش اسلامی طراحی شده در بهبود علائم میگرن و کاهش استرس زنان مبتلا به میگرن مؤثر است.

واژه‌های کلیدی: مداخله روان‌شناختی با بهره‌گیری از نگرش اسلامی، سردرد میگرنی، علائم میگرن و استرس.

۱. دانشجوی دکترای روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران (z_nematipour@yahoo.com) نویسنده مسئول.

۲. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۳. دانشیار، گروه روان‌شناسی بالینی و کاربردی، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

The Effectiveness of Psychological Intervention Using Islamic Attitude on Symptoms of Migraine and Stress in Women Suffering From Migraine headaches

Zahra Nematipour¹

Fariborz Bagheri²

Aliasghar Asgharnejad Farid³

Abstract

This study aimed to examine the effectiveness of psychological intervention using Islamic attitude on symptoms of migraine and stress in women suffering from migraine headache in Tehran. In this study a quasi-experimental design with pretest-posttest and experimental and control group was used. The data gathering instrument was Ahvaz Migraine headache Questionnaire (AMQ) and (PSS-14) Questionnaire. The population of this research included women suffering from migraine headaches who were diagnosed by a neurologist as having migraine. By snowball sampling 26 women suffering from migraine headache were selected and assigned randomly to experimental and control groups. Then the experimental group was received 10 weekly sessions (90 minutes) of therapeutic intervention. The results of covariance analysis have shown that the differences between experimental and control groups in stress scores and symptoms of migraine were significant, and so the therapeutic intervention had decreased the level of migraine's symptoms and stress in women patients with migraine headache. Results have shown that designed psychological intervention using Islamic attitude is effective on decreasing the stress in women with migraine headache and improvement of migraine symptoms.

Keywords: psychological intervention using Islamic attitude, migraine headache, symptoms of migraine and stress.

-
1. PhD Student in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Science & Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran (corresponding author: z_nematipour@yahoo.com).
 2. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Science & Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
 3. Associate Professor, Department of Clinical and Applied Psychology, Faculty of Behavioral Sciences and Mental Health, Iran University of Medical Science, Tehran, Iran.

مقدمه

سر درد یکی از شایع‌ترین شکایات جسمانی در سراسر دنیاست. سالانه حدود ۲۴۰ میلیون نفر از حملات سردرد رنج می‌برند. دو نوع اصلی سردرد معمولاً بیش از همه، در میان مراجعان طب سرپایی مشاهده می‌شود که عبارت‌اند از: سردرد تنشی و سردرد میگرنی.^۱ سردرد تنشی شایع‌ترین نوع سردرد است و سردرد میگرنی پس از آن، شایع‌ترین علت سردرد محسوب می‌شود. سردرد میگرنی علی‌رغم شیوع کم‌تر، نسبت به سردرد تنشی شدیدتر است و اختلال بیشتری در عملکرد مبتلایان ایجاد می‌کند (دلسن^۲ و همکاران، ۲۰۰۰ به نقل از آیت‌الهی و چراغیان، ۱۳۸۴).

میگرن سردردی با ویژگی‌های خاص است و وجه مشخصه آن، سردردهای راجعه یک‌طرفه‌ای است که همراه با اختلالات گوارشی و بینایی (مثل تهوع، استفراغ و اجتناب از نور) یا بدون این اختلالات بروز می‌کند و معمولاً با درد ضربان‌داری همراه است که از ۴ تا ۷۲ ساعت طول می‌کشد (سادوک و سادوک، ۲۰۱۵، ترجمه رضاعی، ۱۳۹۹؛ گرینبرگ، ۲۰۱۷، ترجمه دهقانی و همکاران، ۱۳۹۷). میگرن بیماری مزمنی است و بررسی‌ها نشان می‌دهند که اکثر افراد مبتلا به این اختلال، در هنگام بروز حملات میگرنی، کاملاً ناتوان شده و از انجام کارهای روزمره خود بازمی‌مانند (سارو و بکر^۳، ۲۰۰۹؛ ویلکینسون و مک گرگور، ۲۰۰۴، ترجمه همت‌خواه، ۱۳۸۰). بیماری میگرن معمولاً با استعمال مفرط داروهای مسکن و به دنبال آن ناتوانی در عملکرد فرد همراه است (سپر^۴، ۲۰۰۸). اکثر افراد مبتلا به میگرن سال‌های طولانی با مصرف انواع مسکن‌ها یا اقدامات غیرتخصصی دیگر، رنج فراوان این بیماری را تحمل می‌کنند. مصرف مفرط داروهای مسکن توسط این بیماران، با افزایش ناتوانی و تبدیل میگرن دوره‌ای به میگرن مزمن و افزایش فرکانس وقوع حملات سردرد همراه است. علاوه بر این، مصرف طولانی‌مدت این داروها، نوع جدیدی از سردرد دائمی و نه‌چندان شدید را به سردردهای قبلی اضافه می‌کند که درمان این سردرد ناشی از سوءمصرف داروها^۵، از درمان خود میگرن دشوارتر است (راگی^۶ و همکاران، ۲۰۱۵؛ سالاریان، ۱۳۹۴). شیوع بالای میگرن و تأثیرات منفی زیادی که بر عملکرد شغلی و

1. Migraine Headache
2. Delsen
3. Sauro & Becker
4. Saper
5. Medication Overuse Headache (MOH)
6. Raggi

تحصیلی بیماران مبتلا دارد، باعث شده است که سازمان بهداشت جهانی (WHO) این بیماری را در ردهٔ بیستم «بیماری‌هایی که منجر به شرایط ناتوان‌کنندهٔ زندگی می‌شوند»، رتبه بندی کند (رادنت و روسو^۱، ۲۰۱۱). همچنین، میگرن یکی از علل مهم کاهش کارایی یا غیبت از محل کار و تحصیل است و از آن جایی که قشر جوان و فعال جوامع را بیشتر مبتلا می‌کند، سالانه حدود ۱۶/۵ تا ۱۷/۲ میلیارد دلار خسارت را در سراسر دنیا به دنبال دارد (دورکین و بریتبارت^۲، ۲۰۰۴).

پژوهش هدبورگ^۳ و همکاران (۲۰۱۱) نشان می‌دهد که عوامل اجتماعی از جمله وضعیت اجتماعی - اقتصادی نامناسب و استرس‌های روانی - اجتماعی^۴ از عوامل مهم تشدیدکننده و تسریع‌کنندهٔ حملات سردرد میگرنی هستند و نقش مهمی در ایجاد ناتوانی مربوط به میگرن، در افراد مبتلا به این اختلال دارند (رحیمیان بوگر و رستمی، ۱۳۹۱).

در سال‌های اخیر، پژوهشگران به نقش استرس، به‌عنوان مهم‌ترین و متداول‌ترین عامل راه‌انداز، تشدیدکننده و تسریع‌کنندهٔ حملات سردرد میگرنی، پی برده‌اند (های جیم مون^۵ و همکاران، ۲۰۱۷). هانس سلیه^۶، استرس را پاسخ غیراختصاصی بدن به هر تقاضای تحمیل‌شده بر آن، تعریف می‌کند. ماحصل استرس غیرمعمول تحلیل قوای بدن است که ممکن است به ایجاد بیماری‌های روان‌تنی^۷ منجر شود. میگرن یکی از انواع بیماری‌های روان‌تنی به‌شمار می‌رود. بیماری‌های روان‌تنی بیماری‌های جسمانی هستند که عوامل روانی در شروع و تشدید آن‌ها مؤثر است (گرینبرگ، ۲۰۱۷، ترجمهٔ دهقانی و همکاران، ۱۳۹۷؛ بارتلسون و کاترر^۸، ۲۰۱۰). بررسی‌ها نشان می‌دهد که افراد مبتلا به میگرن، معمولاً نمی‌توانند به شیوهٔ صحیحی با استرس‌های روانی - اجتماعی و استرس‌های زندگی روزمرهٔ خود، مقابله^۹ کنند و با آن‌ها سازگار شوند و در مقابل این وقایع، دچار آشفتگی‌های هیجانی می‌شوند که این امر یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های حملات سردرد میگرنی است و با شدت و تعدد حملات میگرنی ارتباط مستقیم دارد (های جیم مون و همکاران، ۲۰۱۷).

افراد مبتلا به بیماری میگرن دارای ویژگی‌های روان‌شناختی مشترکی هستند که

1. Raddant & Russo
2. Dwrkin & Breitbart
3. Hedborg
4. Psychosocial stress
5. Hye-Jim Moon
6. Hans Selye
7. psychosomatic
8. Bartleson & Cutter
9. coping

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 (سادوک و سادوک، ۲۰۱۵، ترجمه رضاعی، ۱۳۹۹). یکی دیگر از ویژگی‌های روان‌شناختی که با میگرن مرتبط است، کمال‌گرایی^۱ است. کمال‌گرایی مجموعه‌ای از خصوصیات 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 روان‌تنی مساعد می‌کند که سردرد میگرنی نیز، یکی از این اختلالات است (یشووا^۲ و همکاران، ۲۰۱۹؛ هوزر^۳، ۲۰۰۵). علاوه بر این، افراد مبتلا به میگرن دارای دیدگاه منفی نسبت به وقایع زندگی و گرایش به فاجعه‌سازی (چیرس و ابرین^۴، ۲۰۱۱)، تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری پایین (لوکاس^۵ و همکاران، ۲۰۱۳)، کنترل‌کننده، بسیار رقابتی، زودرنج هستند (ویلکینسون و مک‌گرگور، ۲۰۰۴، ترجمه همت‌خواه، ۱۳۸۰) و از سپردن مسئولیت به دیگران ناتوان هستند (گرینبرگ^۶، ۲۰۱۷، ترجمه دهقانی و همکاران، ۱۳۹۷). در این افراد، حمایت اجتماعی ادراک‌شده در سطح پایینی قرار دارد. منظور از حمایت اجتماعی ادراک‌شده 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 نقش بسیار بااهمیتی 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 (بالیبی^۷ و همکاران، ۲۰۱۲). 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 (ویترال^۷، ۲۰۱۵).

1. perfectionism
2. Yeshua
3. Hueser
4. Chiros & O'Brein
5. Lucas
6. Balibey
7. Weatherall

میگرن در بسیاری از افراد، با افسردگی هم‌آیند^۱ است و این هم‌آیندی، با پیش‌آگهی بدتر و افزایش ناتوانی در بیماران مبتلا به میگرن همراه است (باس و اندراسیک^۲، ۲۰۰۹).

درمان میگرن به دلیل هزینه‌های مادی و معنوی این بیماری، که 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 به تنهایی قادر به حل همه جانبه مشکلات افراد مبتلا به میگرن و به خصوص ناتوانی مرتبط با آن نیست (آنتوناسی^۳ و همکاران، ۲۰۱۱). 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 یا مداخلات رفتاری صرف، مانند فنون تن آرامی که بازدارنده جریان خون در سر هستند، بدون اصلاح نحوه نگرش و سبک زندگی فرد، درمانی سطحی و ناپایدار خواهد بود (گرینبرگ، ۲۰۱۷، ترجمه دهقانی و همکاران، ۱۳۹۷). لذا، با توجه به آنچه گفته شد و نقش بسیار بااهمیتی که عوامل روان‌شناختی در بروز حملات میگرن دارند، انجام مداخلات روان‌شناختی با در نظر گرفتن عوامل مؤثر در بروز حملات میگرن، ضروری به نظر می‌رسد (آنتوناسی و همکاران، ۲۰۱۱).

مرور فراتحلیل پژوهش‌های مرتبط با بیماران مبتلا به میگرن، نشان داده که مداخلات روان‌شناختی که برای این بیماران به کار رفته است، ۳۵ تا ۵۵ درصد بهبود را به دنبال داشته است که این درصد از بهبود به صورت معناداری بیش از گروه کنترل است (رینس و پنزین، ۲۰۰۵). سالیوان^۴ و همکاران (۲۰۱۶) با انجام یک مرور فراتحلیل، پژوهش‌های انجام شده در زمینه مداخلات روان‌شناختی 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 به کار رفته است، عبارت بودند از: درمان شناختی-رفتاری^۵ و پس‌خوراند زیستی^۶ که این درمان‌ها با ۳۰ تا ۶۷ درصد بهبود، 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 بهبود در درمان جویان، تفاوت معناداری وجود نداشت. در این راستا، برنامه‌های مداخله

1. Comorbid
2. Buse & Andrasik
3. Antonaci
4. Sullivan
5. cognitive-behavior therapy
6. biofeedback

روان‌شناختی با رویکرد شناختی-رفتاری که به آموزش مهارت‌های خودتنظیمی (مانند آموزش تن آرامی^۱)، 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 روان‌شناختی و سبک زندگی افراد مبتلا به میگرن را اصلاح کند (دورکین و بریتبارت، ۲۰۰۴؛ هالروید، ۲۰۰۶). 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 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 روش‌های جدید ارزیابی و پاسخ به مشکلات خود، به مشارکت کنندگان فعالی در فرایند درمان خود، بدل شوند (گچل و ترک، ۲۰۰۰، ترجمه اصغری مقدم و همکاران، ۱۳۸۱).

پژوهش‌ها نشان می‌دهد که درمان شناختی-رفتاری مثبت‌نگر^۲، 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 امیدوارکننده به افراد کمک می‌کند تا تلاش خود را برای کاهش علائم خود، به کار 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^۳ در درمان‌جو کمک می‌کند. براساس 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

1. relaxation
2. positive cognitive-behavior therapy
3. Wellbeing

فراگیری مهارت‌های نوین برانگیخته می‌شوند، گذرگاه‌هایی را برای فرد در جهت کاهش درد، حل تعارض‌ها، نگرانی‌ها و انطباق مؤثرتر با عوامل استرس‌زای زندگی فراهم می‌کند (بن‌نینک، ۲۰۱۵، ترجمهٔ خمسه، ۱۳۹۴؛ خازنو و روشیو^۱، ۲۰۱۶).

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 نشان‌دهندهٔ اثربخش بودن این رویکرد درمانی و ایجاد تغییرات معنادار در گروه آزمایش، نسبت به گروه کنترل، در متغیرهای موردبررسی بوده است. پژوهش دهقان قهفرخی (۱۳۸۹)، 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 نشان‌دهندهٔ 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. پژوهش عبداللهی (۱۳۹۰)، 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. پژوهش منصوری (۱۳۹۳)، با هدف مقایسهٔ اثربخشی تلفیق شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) به همراه دارودرمانی و درمان دارویی، بر بهبود بیماران مبتلا به سردرد میگرنی انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد که تلفیق شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی و دارودرمانی بر کاهش میانگین تعداد دفعات، مدت زمان و شدت سردرد زنان مبتلا به میگرن مؤثر است. پژوهش باند و همکاران (۲۰۰۵)، با هدف مقایسهٔ اثربخشی دو روش خودیاری برای مدیریت سردرد، از طریق آموزش ویدئویی به بیماران مبتلا به سردرد میگرنی صورت گرفت. یکی از این روش‌ها، 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 راه‌اندازهای 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. پژوهش هالروید 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. پژوهش دیندو و همکاران (۲۰۱۲) که با هدف بررسی تأثیر درمان رفتاری یک‌روزه^۱ به همراه آموزش روش‌های پیشگیری از حملات میگرن، بر افسردگی و سطح عملکرد کلی بیماران که به‌طور هم‌زمان مبتلا به افسردگی و میگرن بودند، صورت گرفت، نشان داد که این مداخله درمانی، به‌صورت معناداری باعث کاهش علائم افسردگی، ارتقای سطح عملکرد کلی و کاهش ناتوانی مرتبط با میگرن، در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است. پژوهش حامدی و همکاران (۲۰۱۳) 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. پژوهش کلیبر و همکاران (۲۰۱۴) با هدف بررسی تأثیر آموزش شناختی - رفتاری روی خط^۲، 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، به‌صورت معناداری باعث کاهش فراوانی حملات سردرد میگرنی و افزایش خودکارآمدی، در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است. پژوهش اونر و همکاران (۲۰۱۷) با هدف بررسی تأثیر درمان شناختی - رفتاری بر افسردگی، اضطراب، فراوانی حملات سردرد و ناتوانی بیماران که به‌طور هم‌زمان مبتلا به افسردگی و میگرن بودند، صورت گرفت. نتایج این پژوهش نشان داد که این مداخله درمانی به‌صورت 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. پژوهش بهراد (۱۳۹۷) که با هدف مقایسه اثربخشی دو روش روان‌درمانی شناختی - رفتاری مثبت‌نگر 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

1. one-day behavioral treatment
2. online cognitive-behavior training

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.

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 (تسنگ، ۲۰۰۴). در عین حال، در متن راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM)، روان‌شناسان ترغیب شده‌اند که از فرایندهای 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، به‌سختی 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 (هارمون و همکاران، ۲۰۰۶؛ کری، ۲۰۱۳، ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۹۸). فرهنگ جامعه ایران فرهنگی اسلامی است و آموزه‌ها و اعتقادات دینی، به‌طور 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 (فقیهی، ۱۳۸۲). از سوی دیگر، شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد باورها و مداخلات معنوی و مذهبی می‌تواند در پیشگیری و درمان طیف وسیعی از اختلالات و بیماری‌های مزمن جسمی و روانی، مؤثر باشد (ریچاردز و برگین، ۲۰۰۵). 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 و معنابخشی به زندگی وی، کمک می‌کند و در نتیجه ایجاد این تغییرات، شدت علائم افسردگی، در افراد مبتلا به این اختلال، کاهش می‌یابد (محرابی‌زاده هنرمند و همکاران، ۱۳۹۰). همچنین، پارگامنت^۱ (۱۹۹۲) دین را به‌منزله راهبردی مؤثر برای مقابله یا کنار آمدن^۲ با استرس حاصل از بحران‌های زندگی و حل مشکلات شخصی معرفی می‌کند (وولف^۳، ۲۰۱۴، ترجمه دهقانی، ۱۳۹۳). مفهوم کنار آمدن (مقابله) و اینکه اشخاص چگونه سعی می‌کنند با مشکلات و بحران‌های زندگی که باعث

1. parchment
2. coping
3. Wolof

ایجاد استرس در آن‌ها می‌شود، کنار بیابند، با تفاوت‌های فردی در ادراک موقعیت‌های بلقوه استرس‌زا ارتباط دارد. به صورتی که، حتی در میان افرادی که در یک موقعیت استرس‌زای مشترک قرار دارند، تأثیر استرس این موقعیت بر افراد، براساس نحوه کنار آمدن افراد با آن موقعیت، می‌تواند متفاوت باشد (اتکینسون، ۲۰۱۹، ترجمه براهنی و همکاران، ۱۳۹۸). 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 (وولف، ۲۰۱۴، ترجمه دهقانی، ۱۳۹۳). همچنین، طبق بررسی‌های موریرا^۱ (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، استرس 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 استرس در برابر بحران‌های زندگی کمک می‌کند. همچنین، پژوهش‌ها نشان می‌دهد که تقویت ایمان و اعتقادات دینی، در بیمارانی که دچار بیماری‌های مزمن هستند، موجب مواجهه بهتر این بیماران با آثار منفی این بیماری‌ها می‌شود، حمایت روانی لازم را برای آن‌ها فراهم می‌کند و دسترسی این افراد را به منابع حل مسئله افزایش می‌دهد. همچنین، در کاهش علائم افسردگی و ناتوانی این بیماران و افزایش سازگاری و حرمت نفس در آن‌ها مؤثر است (بهر^۲ و همکاران، ۲۰۱۳).

پژوهش حاضر با هدف طراحی، تدوین و اعتباریابی مداخله‌ای مبتنی بر مشکلات روان‌شناختی افراد مبتلا به میگرن انجام شده است. مداخله طراحی شده براساس مدل کلی رویکرد شناختی-رفتاری در درمان، پی‌ریزی شده است و در بخش مداخلات شناختی، به فراخور موضوع موردبحث، 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 مثبت گرا که مرتبط با مشکلات

1. Moreira
2. Behere

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 با تلفیق چند روش درمانی، شامل درمان شناختی - رفتاری مدیریت استرس، درمان شناختی - رفتاری مثبت‌گرا 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 شود. براساس مدل کلی درمان شناختی - رفتاری در مداخله درمانی پژوهش حاضر، سعی بر آن است که به افراد مبتلا به میگرن کمک شود تا الگوهای تفکر تحریف‌شده 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، این است که در این مداخله درمانی، برای تأثیرگذاری بیشتر، از آموزه‌های اسلامی مرتبط با مباحث روان‌شناختی استفاده شده است. به‌طور کلی، در مداخله درمانی پژوهش حاضر، بهره‌گیری از آموزه‌های اسلامی و تلاش در جهت ایجاد و تقویت نگرش و جهان بینی اسلامی، به‌منزله یکی از راهبردهای مؤثر در جهت مقابله با 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 استرس و افسردگی و در نتیجه تشدید و افزایش وقوع حملات سردرد، در افراد مبتلا می‌شود، مدنظر قرار گرفت و با استفاده از آموزه‌های اسلامی که در زمینه مقابله با افسردگی و استرس مطرح شده است، بازسازی شناختی^۱ برای افراد مبتلا به میگرن، صورت گرفت. فرض زیربنایی در تکنیک بازسازی شناختی، این است که افکار ما بر هیجان‌ها و رفتار ما تأثیر می‌گذارد، خصوصاً افکار آشکار و صحبت با خود که پیوسته در اذهانمان جریان دارند (لیهی^۲، ۲۰۲۰، ترجمه فتی و همکاران، ۱۳۹۹).

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

1. cognitive restructure
2. Leahy

روش

روش پژوهش حاضر، شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه آزمایش و کنترل بود. جامعه آماری عبارت بود از زنان مبتلا به سردردهای میگرنی که توسط متخصص مغز و اعصاب، به‌منزله 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 به‌دلیل بیماری میگرن و حملات متعدد سردرد، به متخصص مغز و اعصاب مراجعه کرده بود، دعوت به عمل آمد که در طرح درمانی این پژوهش شرکت کند 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، براساس 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. بر این اساس، 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، پیش‌آزمون اجرا شد 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، به‌صورت تصادفی حذف شد. در انتها، پس از اتمام برنامه درمانی، پس‌آزمون برای هر دو گروه آزمایش و کنترل اجرا شد.

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش، پرسش‌نامه سردرد میگرن اهواز^۱ (AMQ) و پرسش‌نامه استرس ادراک‌شده^۲ (PSS-14) بودند. پرسش‌نامه سردرد میگرن اهواز

1. Ahvaz Migraine Questionnaire
2. Perceived Stress Scale (PSS-14)

(AMQ)، توسط بهمن نجاریان (۱۳۷۶)، ساخته و اعتباریابی شده است. این آزمون از ۲۵ سؤال تشکیل شده است. ماده‌های این مقیاس، دارای چهار گزینه هرگز، به ندرت، گاهی اوقات و اغلب اوقات است. گزینه‌ها براساس مقادیر ۱، ۲، ۳ و ۴ نمره‌گذاری می‌شوند و به این صورت شدت علائم می‌گرن، با توجه به نمره کلی آزمون به دست می‌آید. نجاریان (۱۳۷۶) پایایی این مقیاس را از طریق بازآزمایی و همسانی درونی موردسنجش قرار داده و ضریب پایایی آن را به ترتیب ۰/۸۰ و ۰/۹۱ گزارش کرده است. شیرزادی بیستونی (۱۳۸۱) پایایی این پرسش‌نامه را با استفاده از روش هم‌سانی درونی، گزارش کرده است. نجاریان (۱۳۷۶) برای بررسی روایی پرسش‌نامه سردرد می‌گرن اهواز، از آزمون‌های افسردگی و اضطراب در بیمارستان^۱ (HADS)، خرده‌مقیاس‌های هیستری، هیپوکندری و اضطراب، فرم کوتاه پرسش‌نامه چندوجهی شخصیتی مینه‌سوتا^۲ (MMPI) و مقیاس پرخاشگری اهواز استفاده کرده است و ضرایب هم‌بستگی را به ترتیب ۰/۴۹، ۰/۳۴، ۰/۴۶، ۰/۴۹، ۰/۳۴ به دست آورده است که تمام این ضرایب در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار بوده‌اند. شیرزادی بیستونی (۱۳۸۱)، ضریب هم‌بستگی پرسش‌نامه سردرد می‌گرن اهواز را با استفاده از مقیاس کمال‌گرایی اهواز^۳، $r = 0/50$ گزارش کرده است که در سطح $p < 0/001$ معنی‌دار بوده است.

پرسش‌نامه استرس ادراک‌شده (PSS-14)، در سال ۱۹۸۳ توسط کوهن^۴ و همکاران تهیه شده است و دارای سه نسخه ۴، ۱۰ و ۱۴ ماده‌ای است که برای سنجش استرس عمومی درک‌شده در یک ماه گذشته به کار می‌رود. این پرسش‌نامه افکار و حوادث استرس‌زا، کنترل، غلبه بر استرس و استرس‌های تجربه‌شده را موردسنجش قرار می‌دهد. همچنین این مقیاس، عوامل خطرزا در اختلالات رفتاری را بررسی می‌کند و فرایند روابط تنش‌زا را نشان می‌دهد. آلفای کرونباخ برای این مقیاس، در سه مطالعه ۰/۸۴، ۰/۸۵ و ۰/۸۶ به دست آمده است. در پرسش‌نامه استرس ادراک‌شده ۱۴ ماده‌ای، هر کدام از ۱۴ ماده این پرسش‌نامه، براساس طیف ۵ درجه‌ای، درجه‌بندی می‌شود. در این پرسش‌نامه، کم‌ترین امتیاز کسب‌شده صفر و بیشترین نمره ۵۶ است. هرچه نمره کسب‌شده بالاتر باشد،

1. Hospital Anxiety Depression Scale
2. Minnesota Multiphasic Personality Inventory
3. Ahvaz Perfectionism Scale
4. Cohen

نشان‌دهنده استرس ادراک‌شده بیشتر است (کوهن و همکاران، ۱۹۹۵، به نقل از کرسل و همکاران، ۲۰۰۸).

روش مداخله درمانی این پژوهش به شیوه کارگاه آموزشی گروهی بود که در طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و به صورت یک بار 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 گفت‌وگو 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 - رفتاری 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» به منزله مهم‌ترین عامل ایجاد و تشدید حملات میگرن؛ تأثیر استرس بر جسم؛ لزوم مقابله با استرس؛ تکنیک‌های رفتاری کاهش استرس؛ تأثیرات تن آرامی پیش‌رونده بر فرایندهای فیزیولوژیک بدن؛ آموزش تن آرامی پیش‌رونده و تمرین آن در جلسه.	الف) انجام هر روزه تمرین تن آرامی ب) اختصاص دادن حداقل ۲۰ دقیقه در روز، برای انجام پیاده‌روی یا ورزش.
جلسه سوم	بررسی تکلیف؛ طرح مباحث: روش‌های مقابله با استرس؛ «روش حل مسئله از طریق برنامه مبتنی بر توانمندی‌های شاخص» در رویکرد شناختی - رفتاری مثبت‌نگر؛ «توجه به توانمندی‌های مثبت» در رویکرد شناختی - رفتاری مثبت‌نگر؛ «بخشش» در رویکرد شناختی - رفتاری مثبت‌گرا؛	الف) ثبت وقایع استرس‌زای هفته جاری و در مقابل روش‌های مقابله ناکارآمد و مقابله صحیح ب) تهیه جدولی شامل فهرستی از مشکلات کنونی، توانمندی‌ها و نقاط قوت، راه‌حل مناسب براساس این توانمندی‌ها

ادامه جدول ۱

جلسات	محتوای جلسه	تکلیف خانگی
جلسه چهارم	بررسی تکالیف؛ طرح مباحث: نقش افکار و نحوه تعبیر و تفسیر وقایع در تشدید استرس و توضیح تکنیک‌های پردازش شناختی ^۱ (CP)؛ «راه‌های پیشگیری از اضطراب و استرس» از دیدگاه اسلام؛ «واقعیت‌شناسی دنیا» از دیدگاه اسلام؛ «معنای سختی‌ها» از دیدگاه اسلام؛ «رشد پس از آسیب، یافتن فواید در گرفتاری‌ها» طبق رویکرد شناختی-رفتاری مثبت‌نگر.	تهیه جدولی جهت بررسی شکست‌ها و مشکلات دوران زندگی و فواید و جنبه‌های مثبتی که در نهایت، این وقایع در زندگی فرد ایجاد کرده‌اند
جلسه پنجم	بررسی تکالیف؛ طرح مباحث: «شکرگزاری» روشی برای کاهش استرس و افسردگی؛ «مثبت‌نگری دینی» و کشف واقعیت‌های مثبت زندگی؛ «هنر کوچک کردن سختی‌ها، با در نظر گرفتن سختی‌های بزرگ‌تر» براساس دیدگاه اسلام؛ «امید» در رویکرد شناختی-رفتاری مثبت‌نگر و «انتظار گشایش» از دیدگاه اسلام.	تهیه فهرست ۵۰ تایی از نعمت‌ها و نقاط مثبت زندگی و تفکر درباره آن‌ها و سپس نوشتن احساس خود.
جلسه ششم	بررسی تکالیف؛ طرح مباحث: «رضایت در مقابل کمال‌گرایی» در رویکرد شناختی-رفتاری مثبت‌نگر؛ تفاوت تأکید دین اسلام به انجام هر عمل به بهترین شکل (احسن‌الاعمال) با کمال‌گرایی بیمارگون؛ «رضایت در مقابل کمال‌گرایی»، «تبدیل بایدها به ترجیحات» و «ایجاد انعطاف‌پذیری» در رویکرد شناختی-رفتاری مثبت‌نگر؛ «مدیریت زمان»؛	الف) تهیه جدولی به منظور هدف‌گذاری، اولویت‌بندی و زمان‌بندی کارهای مربوط به هفته جاری و بررسی بازده و نتیجه این روش
جلسه هفتم	بررسی تکالیف؛ طرح مباحث: الگوهای ابراز خشم؛ آموزش مدیریت خشم؛ سه سبک رفتار منفعلانه؛ آموزش ابراز وجود و انواع خود ابراز‌گری غیر کلامی، خود ابراز‌گری کلامی و حل تعارض؛ «ضرورت بهره‌گیری از حمایت اجتماعی در جهت کاهش استرس»؛ دیدگاه اسلام در رابطه با «روابط اجتماعی مطلوب».	الف) تهیه فهرستی از پنج تجربه ایجادکننده خشم که فرد تاکنون با آن‌ها روبه‌رو شده و در مقابل، روش‌های مدیریت خشم و ابراز وجود مناسب در برابر این موقعیت‌ها ب) تهیه جدولی از نیازها و افرادی که می‌توانند در رابطه با آن‌ها به فرد یاری برسانند

ادامه جدول ۱

جلسات	محتوای جلسه	تکلیف خانگی
جلسه هشتم	بررسی تکالیف؛ طرح مباحث: «انواع مقایسه اجتماعی از دیدگاه اسلام و کارکرد روانی آن‌ها»؛ «حداکثرخواهی و حسرت در برابر قناعت»، در رویکرد شناختی - رفتاری مثبت‌نگر. «برقراری روابط مثبت» و «توجه به نقاط قوت دیگران» در رویکرد شناختی - رفتاری مثبت‌گرا؛	تهیه جدولی از تجربی که فرد در رابطه با قناعت، زیاده‌خواهی، حسرت، حسادت داشته و به چالش کشیدن این تجربیات و بررسی مزایا و معایب دیدگاه‌هایش
جلسه نهم	بررسی تکالیف؛ طرح مباحث: «فن چالش با افکار خودآیند منفی ایجادکننده هیجان‌های منفی»؛ «چرخه معیوب عدم انجام فعالیت و شدت یافتن افسردگی»؛ «ایجاد و گسترش هیجان‌های مثبت در زندگی» و «فرایند التذاذ» در رویکرد شناختی - رفتاری مثبت‌نگر؛ «راه‌های پیشگیری از افسردگی از دیدگاه اسلام»	تهیه جدول برنامه روزانه و گنجانیدن فعالیت‌های لذتبخش در آن
جلسه دهم	بررسی تکالیف؛ 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 مثبت‌نگر و دیدگاه اسلام در این رابطه.	تهیه فهرستی از اهداف کوتاه‌مدت و بلندمدت و تهیه جدول برنامه زمانبندی برای دستیابی به آن‌ها.

یافته‌های پژوهش

به منظور تحلیل آماری داده‌های پژوهش، با توجه به وجود دو متغیر وابسته (علائم میگرن و استرس ادراک شده)، یک متغیر مستقل (مداخله روان‌شناختی طراحی شده با بهره‌گیری از نگرش اسلامی) و یک متغیر هم‌پراش (پیش‌آزمون)، از آزمون تحلیل کواریانس استفاده شد که نتایج آن در جداول ۲، ۳، ۴ و ۵ ارائه شده است.

جدول ۲ شاخص‌های توصیفی علائم میگرن در گروه‌های آزمایش و کنترل

کل	گروه کنترل		گروه آزمایش		میانگین	انحراف معیار
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
پیش‌آزمون	۵۶/۰۰	۱۳/۷۵	۵۱/۴۶	۱۳/۱۵	۶۰/۵۳	۱۳/۷۵
پس‌آزمون	۴۱/۲۳	۱۲/۷۰	۴۹/۴۶	۴/۲۲	۳۳/۰۰	۱۲/۷۰

با توجه به جدول ۲، می‌توان مشاهده کرد که میانگین نمرات مربوط به علائم میگردن گروه آزمایش، در مقایسه با گروه کنترل، در پس‌آزمون، نسبت به پیش‌آزمون کاهش یافته است. در ادامه، نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای بررسی معنادار بودن این تفاوت ارائه شده است.

جدول ۳ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس علائم میگردن در گروه آزمایش و کنترل

منبع واریانس	مجموع مربعات	میانگین مربعات	مقدار F	سطح معناداری
علائم میگردن	۱۳۹۱/۸۷	۱۳۹۱/۸۷	۳۶/۴۰	۰/۰۱
گروه	۲۷۱۱/۸۱	۲۷۱۱/۸۱	۷۰/۹۲	۰/۰۱
خطا	۸۷۹/۳۵	۳۸/۲۳		

همان‌طور که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد، مقدار F مشاهده شده برای متغیر گروه، با تعدیل اثر پیش‌آزمون، برابر با ۷۰/۹۲۹ و سطح معنی‌داری آن نیز ۰/۰۰۱ است که 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 با بهره‌گیری از نگرش اسلامی طراحی شده، بر کاهش علائم میگردن زنان مبتلا به این اختلال تأیید می‌شود.

جدول ۴ شاخص‌های توصیفی استرس ادراک شده در گروه‌های آزمایش و کنترل

	گروه آزمایش		گروه کنترل		کل
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
پیش‌آزمون	۳۶/۳۸	۶/۵۸	۳۴/۰۷	۶/۲۵	۶/۴۰
پس‌آزمون	۲۱/۶۱	۵/۷۰	۳۴/۳۰	۶/۲۵	۸/۷۳

با توجه به جدول ۴، می‌توان مشاهده کرد که میانگین نمرات مربوط به استرس ادراک شده گروه آزمایش، در مقایسه با گروه کنترل، در پس‌آزمون، نسبت به پیش‌آزمون کاهش یافته است. در ادامه، نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای بررسی معنادار بودن این تفاوت ارائه شده است.

جدول ۵ نتایج آزمون تحلیل کواریانس استرس ادراک‌شده در گروه آزمایش و کنترل

منبع واریانس	مجموع مربعات	میانگین مربعات	مقدار F	سطح معناداری
استرس ادراک‌شده	۵۸۱/۳۱	۵۸۱/۳۱	۴۸/۰۰	۰/۰۱
گروه	۱۳۱۳/۲۹	۱۳۱۳/۲۹	۱۰۸/۴۴	۰/۰۱
خطا	۲۷۸/۵۳	۱۲/۱۱		

همان‌طور که نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد، مقدار F مشاهده‌شده برای متغیر گروه، با تعدیل اثر پیش‌آزمون برابر با ۱۰۸/۴۴۵ و سطح معنی‌داری آن نیز ۰/۰۰۱ است که 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 با بهره‌گیری از نگرش اسلامی طراحی‌شده، بر کاهش استرس ادراک‌شده زنان مبتلا به میگرن تأیید می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی مداخله روان‌شناختی با بهره‌گیری از نگرش اسلامی طراحی‌شده، بر علائم میگرن و سطح استرس زنان مبتلا به این اختلال بود که بر روی ۱۳ زن مبتلا به میگرن شهر تهران، صورت گرفت. نتایج پژوهش نشان داد که مداخله روان‌شناختی طراحی‌شده، باعث کاهش علائم میگرن و کاهش سطح استرس ادراک‌شده زنان مبتلا به میگرن شده است. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌های این پژوهش، با نتایج پژوهش‌های 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، می‌توان گفت که با توجه به پژوهش‌های ذکرشده، اثربخشی درمان شناختی - رفتاری میگرن، بارها مورد تأیید قرار گرفته است. لذا مدل کلی درمان طراحی‌شده در این طرح پژوهشی، به صورت مدل درمان شناختی - رفتاری در نظر گرفته شد و از تکنیک‌های این روش درمانی، شامل: آموزش مهارت‌های

خودتنظیمی (مانند آموزش تن آرامی)، مهارت‌های مقابله با استرس، مهارت‌های اساسی مدیریت سردرد میگرنی و روش بازسازی شناختی (لیهی، ۲۰۲۰؛ سالیوان و همکاران، ۲۰۱۶؛ دورکین و بریتبارت، ۲۰۰۴؛ هالروید، ۲۰۰۶) در آن استفاده شد. علاوه بر این، جنبه‌هایی از مداخلات رویکرد شناختی - رفتاری مثبت‌گرا که مرتبط با مشکلات روان‌شناختی بیماران مبتلا به میگرن است، در این طرح درمانی گنجانده شد که پژوهش‌های پیشین مؤید اثربخشی این روش بر بهبود افراد مبتلا به سردردهای میگرنی بوده است (گسویند و همکاران، ۲۰۱۹؛ بن نینک، ۱۳۹۴؛ بهراد، ۱۳۹۷). همچنین، همان‌طور 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، این است که در این مداخله، در جهت تأثیرگذاری بیشتر، بهره‌گیری از آموزه‌های اسلامی و کمک به ایجاد نگرش و جهان‌بینی اسلامی، به‌منزله یکی از راهبردهای مؤثر در جهت مقابله با استرس و افسردگی بیماران مبتلا به میگرن و با هدف تغییر افکار ناکارآمد تشدیدکننده و تسریع‌کننده حملات سردرد، در این بیماران صورت گرفته است، زیرا فرهنگ جامعه ایران فرهنگی اسلامی است و آموزه‌ها و اعتقادات دینی به‌طور چشمگیری با زندگی مردم ایران آمیخته شده است (فقیهی، ۱۳۸۲). در عین حال، 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 (تسنگ، ۲۰۰۴).

در تبیین فرضیه اول پژوهش، مبنی بر اثربخش بودن مداخله روان‌شناختی با بهره‌گیری از نگرش اسلامی طراحی شده، در کاهش علائم میگرن زنان مبتلا به این اختلال، باید گفت که با توجه به اینکه در واقع سردرد میگرنی، ناشی از باورها، عقاید غلط و سبک زندگی ناسالم در افراد مبتلا به این اختلال است و در عین حال، نقش بسیار بااهمیتی که عوامل روان‌شناختی در بروز حملات میگرن دارند (گرینبرگ، ۲۰۱۷، ترجمه دهقانی و همکاران ۱۳۹۷؛ آنتوناسی و همکاران، ۲۰۱۱)، در این طرح درمانی، مشکلات روان‌شناختی مشترکی که در افراد مبتلا به این اختلال وجود دارد و باعث تشدید و تسریع حملات میگرنی در آن‌ها می‌شود، مدنظر قرار گرفت؛ مشکلاتی همچون: بیش از حد خوددار بودن، ناتوانی در ابراز خشم به شیوه مناسب (ویترال، ۲۰۱۵؛ سادوک و سادوک، ۲۰۱۵، ترجمه رضاعی، ۱۳۹۹)، کمال‌گرایی و انعطاف‌پذیری پایین (یشووا، ۲۰۱۹؛ هوزر، ۲۰۰۵؛ لوکاس و همکاران، ۲۰۱۳)، داشتن دیدگاه منفی نسبت به وقایع زندگی و گرایش

به فاجعه‌سازی (چیرس و ابرین، ۲۰۱۱)، کنترل‌کننده، بسیار رقابتی و زودرنج بودن (ویلکینسون و مک گرگور، ۲۰۰۴، ترجمه همت خواه ۱۳۸۰) و افسردگی (ویترال، ۲۰۱۵؛ باس و اندراسیک، ۲۰۰۹). لذا، مداخلاتی در جهت بهبود این عوامل، در نظر گرفته شد و در جهت تأثیرگذاری بیشتر، مباحث مرتبط با آن‌ها، از دیدگاه اسلام مطرح شد. به‌طوری که در جهت کاهش «افسردگی» و تغییر «دیدگاه منفی نسبت به وقایع زندگی» و همچنین «گرایش به فاجعه‌سازی» در زنان مبتلا به میگرن، 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 هیجان‌ها، توسط افکار»، «ماهیت افکار خودآیند منفی ایجادکننده افسردگی»، «فن چالش با افکار خودآیند منفی ایجادکننده هیجان‌های منفی (از جمله غم، اضطراب، خشم)» و «تکنیک‌های پردازش شناختی (CP)»، در طرح درمانی پژوهش حاضر اجرا شد. همچنین راهبردهای رفتاری در درمان شناختی-رفتاری افسردگی، یعنی «روش بازنگری فعالیت‌ها»، «برنامه‌ریزی فعالیت‌ها»، «گنجاندن فعالیت‌های لذت‌بخش در برنامه هفتگی» و «چرخه معیوب عدم انجام فعالیت و شدت یافتن افسردگی» در مداخله درمانی این پژوهش به کار برده شد (هاوتون، ۲۰۱۹، ترجمه قاسم‌زاده، ۱۳۹۸).

پژوهش‌ها نشان می‌دهد که درمان شناختی-رفتاری مثبت‌نگر، نسبت به درمان شناختی-رفتاری کلاسیک، در کاهش علائم افسردگی مؤثرتر بوده است، زیرا علاوه بر کاهش هیجان‌های منفی، بر ایجاد و افزایش هیجان‌های مثبت نیز تأکید دارد؛ زیرا در افسردگی، افراد اغلب دچار خلأ هیجان‌های مثبت، شور و شوق زندگی و معنا و هدف در زندگی هستند و رویکرد شناختی-رفتاری مثبت‌نگر، با در نظر گرفتن مداخلاتی در جهت کمک به ایجاد این عوامل، علاوه بر کاهش افسردگی، باعث افزایش بهزیستی روانی در بیماران افسرده می‌شود (گسویند و همکاران، ۲۰۱۹). بر این اساس، مباحثی که در جهت کاهش افسردگی و افزایش بهزیستی روانی، در رویکرد شناختی-رفتاری مثبت‌نگر مطرح شده‌اند، در طرح درمانی پژوهش حاضر گنجانده شد که این مباحث عبارت‌اند از: «ایجاد و گسترش هیجان‌های مثبت در زندگی»، «فرایند التذاذ»، «امید»، «ضرورت ایجاد معنا و هدف در زندگی» و «دستیابی به هدف و معنا در زندگی از طریق تولید یا خدمت».

از آنجایی که نگرش‌ها و باورهای غیرمنطقی درباره خود، خداوند، جهان و دیگران، عامل اصلی و اساسی ایجادکننده افسردگی قلمداد می‌شود، ایجاد تغییر در این نگرش‌ها، از طریق بهره‌گیری از آموزه‌های اسلامی و جهان‌بینی توحیدی، می‌تواند در پیشگیری و درمان افسردگی مؤثر باشد. در این راستا، دیدگاهی واقع‌بینانه و بر مبنای جهان‌بینی اسلامی، به ماهیت واقعی این دنیا و جهان آخرت، می‌تواند از ایجاد بسیاری از هیجان‌های منفی جلوگیری کند. به طوری که امام علی^(ع) در نهج‌البلاغه می‌فرماید: هر کسی دنیا را آن‌گونه که هست بشناسد، از سختی‌های آن اندوهگین نمی‌شود (کلانتری، ۱۳۹۶؛ پسندیده، ۱۳۹۵). لذا در این طرح درمانی، مبحث «واقعیت‌شناسی دنیا» مطرح شد. همچنین، با توجه به اینکه انتخاب هدف و معنایی والا در زندگی، از عوامل مؤثر در پیشگیری و درمان افسردگی از دیدگاه اسلام است (کلانتری، ۱۳۹۶)، در این طرح درمانی، بعد از طرح مبحث «ضرورت ایجاد معنا و هدف در زندگی»، از دیدگاه رویکرد شناختی-رفتاری مثبت‌نگر، مبحث «اشکال مختلف معنا در زندگی» مطرح شد و در نهایت «انتخاب هدف و معنایی والا در زندگی» بر اساس آموزه‌های اسلامی مورد بررسی قرار گرفت. مداخله دیگری که در این طرح درمانی، با توجه به آموزه‌های اسلامی و در جهت کاهش افسردگی و افزایش هیجان‌های مثبت، صورت گرفت، طرح مبحث «مثبت‌نگری دینی» بود که منظور از این مثبت‌نگری، تخیل مثبتی که پشتوانه‌ای از واقعیت ندارد، نیست. بلکه مثبت‌نگری دینی، یعنی برگرداندن توجه فرد از وقایع ناخوشایند به سمت نعمت‌ها و توانمندی‌ها و این امر مبتنی بر کشف واقعیت‌های خوشایند موجود در زندگی است (پسندیده، ۱۳۹۵). یکی دیگر از مباحثی که در طرح مداخله درمانی پژوهش حاضر، در رابطه با کاهش افسردگی، مدنظر قرار گرفت، «مدیریت مقایسه‌های اجتماعی» بود، زیرا بر اساس آموزه‌های اسلامی، مقایسه شرایط زندگی خود با افرادی که وضعیت بهتری دارند، حزن و اندوه، حسرت و حسادت را افزایش می‌دهد (محمدی و همکاران، ۱۳۹۷؛ مهربانی‌زاده هنرمند و همکاران، ۱۳۹۵). لذا، در این راستا مبحث «انواع مقایسه اجتماعی از دیدگاه اسلام و کارکرد روانی آن‌ها» مورد بررسی قرار گرفت.

با توجه به اینکه پژوهش‌های انجام‌شده در حوزه روان‌شناسی مثبت‌گرا، نشان می‌دهد که امید و برخورداری از روحیه امیدوارانه نسبت به آینده، باعث کاهش علائم افسردگی در افراد می‌شود (مگیار، ۲۰۱۷، ترجمه فروغی و همکاران، ۱۳۹۶)، مبحث

«انتظار گشایش و وعده همراهی خداوند با صابران» با استفاده از متون معتبر اسلامی، در جلسات درمانی مورد بحث قرار گرفت.

همان‌طور که اشاره شد، یکی دیگر از ویژگی‌های روان‌شناختی که با میگردن مرتبط است، کمال‌گرایی است. برخورداری از صفت کمال‌گرایی، به دلیل افزایش استرس بر فرد، زمینه را برای بروز و تشدید علائم اختلال‌های روان‌تنی مساعد می‌کند که سردرد میگرنی نیز، یکی از آن اختلالات است (یشووا، ۲۰۱۹؛ هوزر، ۲۰۰۵). کمال‌گرایی با باورهای غیرمنطقی و معیارها و استانداردهای سختگیرانه‌ای همراه است که به صورت بایدهای ضروری و انعطاف‌ناپذیر درمی‌آیند و در صورت عدم برآورده شدن آن‌ها، آشفستگی و اضطراب زیادی را در فرد ایجاد می‌کند (عبداللهی و همکاران، ۲۰۱۹). لذا در مداخله درمانی پژوهش حاضر، در جهت ایجاد تغییر در تفکرات و باورهای غیرمنطقی مرتبط با کمال‌گرایی، مباحث «رضایت در مقابل کمال‌گرایی»، «تبدیل بایدها به ترجیحات» و «ایجاد انعطاف‌پذیری» در رویکرد شناختی - رفتاری مثبت‌نگر مورد بحث و بررسی قرار گرفت و تفاوت تأکید دین اسلام، به انجام هر عمل به بهترین شکل (احسن‌الاعمال)، با کمال‌گرایی بیمارگون مطرح شد.

همان‌طور که اشاره شد، یکی دیگر از ویژگی‌های روان‌شناختی افراد مبتلا به میگرن که باعث تشدید و تسریع حملات سردرد میگرنی در آن‌ها می‌شود، «بیش از حد خوددار بودن» و «ناتوانی در ابراز خشم به شیوه مناسب» است، این درحالی است که ممکن است یک حمله میگرنی اتفاق نیفتد، اگر فرد بتواند خشم و خصومت زیربنایی خود را حل کند (گرینبرگ، ۲۰۱۷، ترجمه دهقانی و همکاران ۱۳۹۷). لذا در طراحی مداخله درمانی پژوهش حاضر، مباحث مربوط به آموزش «ابراز وجود» و «مدیریت خشم» گنجانده شد. همچنین، با توجه به اینکه در رویکرد شناختی - رفتاری مثبت‌نگر، سازه «بخشش»، به منزله ابزاری برای از بین بردن خشم، خصومت و دیگر هیجان‌های منفی مطرح شده است و حتی این اعتقاد وجود دارد که «بخشش» حتی می‌تواند به ایجاد هیجان‌های مثبت در فرد، منجر شود (مگیار، ۲۰۱۷، ترجمه فروغی و همکاران، ۱۳۹۶)، مبحث مربوط به «بخشش» در رویکرد شناختی - رفتاری مثبت‌نگر، در مداخله درمانی پژوهش حاضر، مورد بحث و بررسی قرار گرفت.

با توجه به اینکه در مدل مداخله روان‌شناختی با رویکرد شناختی - رفتاری، برای کاهش شدت و میزان وقوع حملات سردرد میگرنی، بخشی با عنوان «آموزش مهارت‌های

اساسی مدیریت سردرد میگرنی» (شامل آگاهی از راه‌اندازهای سردرد و استفاده درست و مؤثر از داروها) در نظر گرفته شده است (هالروید، ۲۰۰۶؛ دیندو و همکاران، ۲۰۱۲)، در طرح درمانی پژوهش حاضر نیز، مباحثی در مورد «مدیریت سردرد» گنجانده شد و در این راستا، مباحث مربوط به «ماهیت کلی بیماری میگرن»، «پیامدهای منفی استفاده از مسکن‌ها» و «عوامل راه‌انداز و تشدیدکننده حملات سردرد میگرنی»، مطرح شد.

در تبیین فرضیه دوم پژوهش، مبنی بر اثربخش بودن مداخله روان‌شناختی با بهره‌گیری از نگرش اسلامی طراحی شده، در کاهش سطح استرس زنان مبتلا به میگرن، باید به این نکته اشاره کرد که در این طرح درمانی، استرس، به منزله مهم‌ترین عامل تشدیدکننده و تسریع‌کننده حملات سردرد، مورد توجه قرار گرفت و مداخلاتی در جهت کاهش استرس و کاهش عوامل ایجادکننده استرس، بر روی شرکت‌کنندگان این طرح پژوهشی انجام شد؛ در این راستا، «تکنیک‌های شناختی - رفتاری مدیریت استرس»، مانند: «آموزش تن آرامی پیش‌رونده»، «روش‌های حل مسئله» و «تکنیک‌های پردازش شناختی (CP)»، در طرح مداخله درمانی پژوهش حاضر گنجانده شد. همچنین، با توجه به اینکه عدم مدیریت مناسب وقت و زمان، از عوامل افزایش استرس و در نتیجه تشدید علائم بیماری‌های روان‌تنی، از جمله میگرن محسوب می‌شود (گرینبرگ، ۲۰۱۷، ترجمه دهقانی و همکاران، ۱۳۹۷)، مبحث «مدیریت زمان»، در یکی از جلسات درمانی این پژوهش مورد بحث قرار گرفت.

با توجه به اینکه پژوهش‌های انجام‌شده در حوزه روان‌شناسی مثبت‌گرا، نشان می‌دهد که توجه به جنبه‌های مثبت تجارب آسیب‌زا در زندگی، باعث کاهش استرس ناشی از این حوادث و افزایش توان فرد برای مقابله می‌شود و در عین حال، افزایش سازگاری روان‌شناختی، افزایش عزت نفس و کاهش نشانه‌های افسردگی را به دنبال دارد (مگیار، ۲۰۱۷، ترجمه فروغی و همکاران، ۱۳۹۶)، مبحث «رشد پس از آسیب و یافتن فواید در گرفتاری‌ها»، در رویکرد شناختی - رفتاری مثبت‌نگر، در جهت کاهش استرس و کاهش علائم افسردگی در افراد مبتلا به میگرن، در مداخله درمانی پژوهش حاضر مدنظر قرار گرفت.

با توجه به اینکه افراد مبتلا به میگرن، معمولاً از سپردن مسئولیت به دیگران، ناتوان هستند (گرینبرگ، ۲۰۱۷، ترجمه دهقانی و همکاران، ۱۳۹۷) و در این افراد بهره‌گیری از حمایت اجتماعی در سطح پایینی قرار دارد (بالیبی و همکاران، ۲۰۱۲) و این در حالی

است که برخورداری از حمایت اجتماعی، در کنترل استرس نقش بسیار بااهمیتی دارد و به ویژه در مورد افراد مبتلا به میگرن، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که توجه به این امر، در تکمیل برنامه‌های درمانی و بازتوانی میگرن، فراوانی حملات میگرن را در افراد مبتلا کاهش می‌دهد (گرینبرگ، ۲۰۱۷، ترجمه دهقانی و همکاران، ۱۳۹۷؛ بالی و همکاران، ۲۰۱۲). لذا، در این طرح درمانی، جهت تقویت و بهبود روابط اجتماعی، مداخلاتی مانند «آموزش مدیریت خشم» و «حل تعارض» انجام شد و مباحث «چگونگی برقراری روابط مثبت» و «توجه به نقاط قوت دیگران»، با توجه به رویکرد شناختی - رفتاری مثبت‌گرا در جلسات درمانی مطرح شدند و «دیدگاه اسلام در مورد روابط اجتماعی مطلوب» نیز، مورد بحث و بررسی قرار گرفت. همچنین، مبحث مربوط به «کاهش استرس بر اثر بهره‌گیری از حمایت اجتماعی» (گرینبرگ، ۲۰۱۷، ترجمه دهقانی و همکاران، ۱۳۹۷) مطرح شد و تکلیفی در جهت افزایش بهره‌گیری از حمایت اجتماعی، مبنی بر تهیه جدولی از نیازها و افرادی که می‌توانند در رابطه با آن‌ها به فرد یاری برسانند، در این طرح درمانی گنجانده شد.

بررسی‌ها نشان می‌دهد شکر‌گزاری و داشتن نگرشی سپاس‌گزارانه، باعث کاهش استرس ناشی از حوادث و رویدادهای سخت و ناگوار زندگی می‌شود (گرینبرگ، ۲۰۱۷، ترجمه دهقانی و همکاران، ۱۳۹۷). در عین حال، با توجه به بررسی‌های انجام‌شده در زمینه روان‌شناسی مثبت‌گرا، ایجاد نگرش سپاس‌گزارانه و شکر‌گزاری، روشی قدرتمند برای کاهش علائم افسردگی، افزایش سطح رضایت از زندگی و حتی ایجاد هیجان‌های مثبت است (مگیار، ۲۰۱۷، ترجمه فروغی و همکاران، ۱۳۹۶). لذا، مبحث «شکر‌گزاری» با توجه به رویکرد شناختی - رفتاری مثبت‌نگر، 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 به‌منزله تکلیف خانگی از شرکت‌کنندگان خواسته شد تا فهرستی ۵۰ تایی از نعمت‌هایی که خداوند به آن‌ها اعطا فرموده است، تهیه کنند و حداقل قبل از شروع یکی از نمازهای پنج‌گانه روزانه، به مدت ۱۵ دقیقه در مورد نعمت‌های فهرست‌شده، تفکر کنند.

در متون علمی روان‌شناسی، دین به‌منزله راهی برای مقابله با استرس مطرح شده است و این باور وجود دارد که تعلق به هر سنت مذهبی، می‌تواند تعداد منابع فرد برای مقابله در برابر استرس را چندبرابر کند (وولف، ۲۰۱۴، ترجمه دهقانی، ۱۳۹۳). همچنین،

پژوهش‌ها نشان می‌دهد، جهان‌بینی الهی، 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، افراد وقایع دردناک را بهتر تحمل کنند و آن‌ها را قابل کنترل‌تر در نظر بگیرند (موریرا، ۲۰۰۶؛ کلانتری، ۱۳۹۶). در متون اسلامی، تأکید زیادی بر تفسیر و ارزیابی صحیح و واقع‌بینانه از موقعیت‌ها شده است و از سوی دیگر، از عوامل مهم و اساسی در مقابله صحیح در برابر سختی‌ها و عوامل استرس‌زای زندگی، شناخت واقع‌گرایانه از علت و معنای سختی‌ها و مشکلات است (پسندیده، ۱۳۹۵). لذا، در مداخله درمانی پژوهش حاضر، بهره‌گیری از آموزه‌های اسلامی و کمک به ایجاد نگرش و جهان‌بینی اسلامی، به‌منزله یکی از راهبردهای مؤثر در جهت مقابله با استرس بیماران مبتلا به میگرن، در نظر گرفته شد و مباحث «واقعیت‌شناسی سختی‌ها» و «معنای سختی‌ها» از دیدگاه اسلام مورد بحث و بررسی قرار گرفت. همچنین، در مداخله درمانی پژوهش حاضر، برای افزایش توان مقابله با سختی‌ها و وقایع استرس‌زای زندگی، با توجه به آموزه‌های دین اسلام، مبحث «هنر کوچک کردن سختی‌ها» مطرح شد. بدین ترتیب که در هنگام ایجاد سختی‌ها در زندگی، با در نظر گرفتن مصائب بزرگ‌تر و شدیدتر، می‌توان استرس ناشی از واقعه اتفاق افتاده را کاهش داد (پسندیده، ۱۳۹۵).

پژوهش حاضر مانند اکثر پژوهش‌هایی که در علوم رفتاری صورت می‌گیرد، با محدودیت‌هایی همراه بوده است. از محدودیت‌های 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 می‌شود در مطالعات بعدی به این نکته توجه شود و مطالعه در سطح گسترده‌تری صورت گیرد. همچنین، استفاده صرف از پرسش‌نامه‌های خودسنجی و عدم اطمینان از دقت و صحت کافی اطلاعات و عدم استفاده از روش‌های دیگر گردآوری داده، مانند مصاحبه در کنار آن، از دیگر محدودیت‌های این پژوهش است. به‌منزله پیشنهاد پژوهشی، می‌توان به این مسئله اشاره کرد که با توجه به اینکه میگرن یک بیماری روان‌تنی است، با ایجاد تغییرات بسیار جزئی در این طرح درمانی، این روش را می‌توان برای درمان بیماری‌های دیگر سایکوسوماتیک (روان‌تنی) نیز به کار برد. در مورد پیشنهاد کاربردی نیز، با در نظر گرفتن شیوع بالای بیماری میگرن و ناتوانی ناشی از آن، همچنین نقش عوامل روان‌شناختی در بروز علائم میگرن و در مقابل تأثیر قابل توجهی که درمان‌های روان‌شناختی و غیردارویی در کاهش علائم این بیماری دارد، پیشنهاد

می‌شود که از این طرح درمانی در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی دیگر، در کنار خدمات درمانی طبی و دارویی می‌گرن، استفاده شود.

منابع

- آیت‌اللهی، س. م. ت.، و چراغیان، ب. (۱۳۸۴). الگوی اپیدمیولوژیکی عوامل خطر ساز سردردهای تنشی و میگرن در آموزگاران مدارس ابتدایی شهر شیراز. *دانشگاه علوم پزشکی کرمان*، ۱۲ (۲)، ۸۵-۹۲.
- اتکینسون، آر. ال.، اتکینسون، آر. سی.، اسمیت، ای.، بم، ج.، دی، نولن هوکسما، اس. (۲۰۰۹). *متن کامل زمینه روان‌شناسی هیلگارد*. ترجمه م. ت. براهنی، بیرشک، ب.، بیک، م.، زمانی، ر.، شاملو، س. (۱۳۹۸). تهران: رشد.
- بن نینک، ف. (۲۰۱۵). *رفتار درمانی شناختی مثبت‌نگر*. ترجمه ا. خسته (۱۳۹۴). تهران: ارجمند.
- بهراد، م. (۱۳۹۷). *مقایسه اثربخشی دو روش روان‌درمانی مثبت‌نگر و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ابعاد درد و بهزیستی ذهنی بیماران مبتلا به میگرن*. پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی. دانشگاه سمنان.
- پسندیده، ع. (۱۳۹۵). *الگوی اسلامی شادکامی*. قم: سازمان چاپ و نشر دارالحدیث.
- دهقان قهفرخی، ر. (۱۳۸۹). *اثربخشی آموزش شناختی - رفتاری استرس بر شاخص‌های درد و خودکارآمدی درد در بیماران مبتلا به میگرن در بیمارستان‌های شهر کرد*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه پیام نور تهران.
- دادفر، م. (۱۳۸۷). *بررسی نقش دین در بهداشت روانی و فرآیندهای روان‌درمانی*. نقد و نظر، ۳۵ و ۳۶، ۸۴-۱۲۱.
- رحیمیان بوگر، ا.، و رستمی، ر. (۱۳۹۱). نقش پیش‌بین عوامل روان‌شناختی، اجتماعی - اقتصادی و سبک زندگی در سردرد میگرنی. *دانشگاه علوم پزشکی کرمان*، ۲۰ (۱)، ۷۳-۸۶.
- سادوک، ب. ج.، و سادوک، و. آ. (۲۰۱۵). *کاپلان و سادوک، خلاصه روان‌پزشکی*. جلد سوم. ترجمه ف. رضاعی (۱۳۹۹). تهران: ارجمند.
- سالاریان، ب. (۱۳۹۴). *راهنمای پیشگیری و کنترل سردردهای میگرنی*. تهران: میرماه.
- عبداللهی، م. (۱۳۹۰). *اثربخشی درمان شناختی - رفتاری در کاهش نشخوار فکری بیماران مبتلا به میگرن همراه با وسواس*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبائی.
- فقیهی، ع. ن. (۱۳۸۲). کاربرد شناخت رفتار درمان‌گری در درمان افسردگی با تأکید بر دیدگاه اسلامی. *پژوهش‌نامه قرآن و حدیث*، ۱ (۲)، ۳۹-۶۱.
- کری، جرالد. (۲۰۱۳). *نظریه و کاربریت مشاوره و روان‌درمانی*. ترجمه ی. سیدمحمدی (۱۳۹۸). تهران: ارسباران.
- کلانتری، م. (۱۳۹۶). *کلیات و مفاهیم در روان‌شناسی اسلامی*. اصفهان: کنکاش.
- کرینگ، آ. م. (۲۰۰۷). *آسیب‌شناسی روانی*. ترجمه ح. شمسی‌پور (۱۳۸۸). تهران: ارجمند.
- گچل، ر. ج.، و ترک، د. س. (۲۰۰۰). *روان‌شناسی درد؛ رویکردهای کنترل و درمان*. ترجمه م. ع. اصغری مقدم و همکاران (۱۳۸۱). تهران: رشد.

- گرینبرگ، ج. س. (۲۰۱۷). کنترل فشار روانی. ترجمه دهقانی، م.، نجاریان، ب.، شیرافکن، ع.، خداریچی، س. (۱۳۹۷). تهران: رشد.
- لیهی، ر. ل. (۲۰۲۰). فنون شناخت درمانی. ترجمه ل. فتی، طهماسبی، ش.، ناصری، ح.، و ضیایی، ک. (۱۳۹۹). تهران: دانژه.
- مهرابی زاده هنرمند، م. و همکاران (۱۳۹۰). بررسی تأثیر درمان چندوجهی اسلامی بر افسردگی و عزت نفس دانشجویان. *روان‌شناسی و دین*، ۴ (۳)، ۳۱-۴۸.
- محمدی، ج. و همکاران (۱۳۹۷). تبیین عوامل مؤثر بر کاهش علائم افسردگی از منظر دین اسلام: یک تحلیل محتوای کیفی. *طب نظامی*، ۲۰ (۲)، ۱۳۴-۱۴۴.
- مگیار، ج. ال. (۲۰۱۷). *مداخلات روان‌شناسی مثبت‌نگر*. ترجمه فروغی، ع.، اصلانی، ج. و رفیعی، س. (۱۳۹۶). تهران: ارجمند.
- نجاریان، ب. (۱۳۷۶). ساخت و اعتباریابی پرسش‌نامه‌ای برای سنجش علائم سردرد میگرن در دانشجویان. *علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز*، ۴ (۳)، ۲۳۱-۲۴۸.
- وولوف، د. م. (۲۰۱۰). *روان‌شناسی دین*. ترجمه م. دهقانی (۱۳۹۳). تهران: رشد.
- ویلیکینسون، م.، و مک گرگور، ل. (۲۰۰۴). میگرن و انواع سردرد. ترجمه ف. همت‌خواه (۱۳۸۰). تهران: عصر کتاب.
- هاتون، ک.، و سالکودس کیس، ک. (۲۰۱۹). رفتار درمانی شناختی؛ راهنمای کاربردی در درمان اختلال‌های درونی (جلد اول). ترجمه ح. قاسم‌زاده (۱۳۹۸). تهران: ارجمند.

- Abdolahi, A., Hosseinian, S., Panahipour, H., & Allen, K. A. (2019). Cognitive behavioral therapy as an effective treatment for social anxiety, perfectionism, and rumination. *Psychiatry Research*, 228(3), 591-597.
- Antonaci, F., Nappy, G., Gally, F., & Manzoni, G. C (2011). Migraine & Psychiatric Comorbidity: A Review of Clinical Findings. *Journal of Headache Pain*, 12(2), 115- 125.
- Balibey, H., Yasar, H., Bayar, N., & Tekeli, H. (2012). Anxiety & Depression Prevalence in Migraine Patients. *European Psychiatry*, 27(1), 1-12.
- Bartleson, J.D., & Cutter, F.M. (2010). Migraine update: Diagnosis & Treatment. *Minn. Med*. 93(5), 36-41.
- Behere, P., Das, A., Yadav, R., & Behere, A. (2013). Religion & mental health. *Indian Journal of Psychiatry*, 55(2), 87-94.
- Bond, D., Digre, K., Baggaley, S., & Rubingh, c. (2005). Impact a Self-help Intervention Performance of Headache Management Behaviors: A Self-Efficacy Approach. *The Internet Journal of Allied Health Science & Practice*. 2(1), 540-580.
- Buse, D.C., & Andrasik, F. (2009). Behavioral Medicine for Migraine. *Neurologic Clinic*, 27(2), 445- 465.
- Cercle, A., Gadea, C., Hartman, A., & Lourel, M. (2008). Typological and factor analysis of the perceived stress measure by using the PSS-14 scale. *European Review of Applied Psychology*, 58(4), 227-239.
- Chiros, C., & O'Brein, W.H. (2011). Acceptance, Appraisals & Coping in Relation to Migraine Headache: An Evaluation of Interrelationships using Daily Diary Methods. *Journal of Behavioral Medicine*, 24(1), 136-141.
- Dindo, L., Recober A., Marchman J. N., & Turvey, C. (2012). One-day Behavioral Treatment for Patient with Comorbid Depression & Migraine: A Pilot Study. *Behavior Research & Therapy*, 50(1), 537-543.

- Dowrkin, R., & Breitbart, W. (2004). *Psychosocial aspects of pain: A Handbook for Health Care Providers*. New York: Iasp press.
- Geschwind, N., Arntz, A., Bannink, F., & Peeters, F. (2019). Positive cognitive behavior therapy in the treatment of depression: A randomized order within-subject comparison with traditional cognitive behavior therapy. *Behavior Research & Therapy, 116*(1), 119-130.
- Goslin, R., Gray, R. N., McCrory, D., C., Penzien, D., & Rains, J. (1999). Behavioral & Psychological Treatments for Migraine Headache. *Prepare for the agency for health care policy & research under contract, 290*, 94-202.
- Hamed, V., Asghari, A. & Sheeri, M.R. (2013). 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, 84*(9), 1850-1855.
- Harmon, H., Langley, A., & Ginsburg, G. (2006). The Role of Gender and Culture in Treating Youth with Anxiety Disorders". *Journal of Cognitive Psychotherapy, 20*(3), 301-310.
- Holroyd, K.A., Cottrel, C.K., Donnell, F.J., & Cordingley, G.E. (2010). Effect of Preventive (Beta Blocker) Treatment, Behavioral Migraine Management & their Combination on Outcomes of Optimized Acute Treatment in Frequent Migraine. *Randomized Controlled Triad, BMJ*.341, 48-71.
- Holroyd, K.A., & Drew, J.B. (2006). Behavioral Approaches to the Treatment of Migraine. *Semin Neurol, 26*, 199-207.
- Hueser, R. A. (2005). Cognitive Behavioral Group Treatment for Disabling Headache. *Pain & Medicine, 5*(1), 178-186.
- Hye-Jim Moon, Jong-Geun Seo & Sung- Pa Park (2017). Perceived stress in patients with migraine: a case control study. *Journal of Headache & pain, 18*(1), 73- 89.
- Khazanov, G. K., & Ruscio, A. M. (2016). Is low positive emotionality a specific risk factor for depression? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin, 142*(9), 991-1015.
- Klieboer, A., Sorbi, M. J., Van Silfhout, H.G., & Vink, G. (2014). Short-Term Effectiveness of an Online Behavioral Training in Migraine Self-Management". *Behavior Research & therapy, 61*(1), 61-69.
- Lucas, S., Haffman, J., Bell, K., & Dikmen, S.A. (2013). Prospective Study of Prevalence & Characterization of Headache Following Mild Traumatic Brain Injury. *Cephalgia, 2*(1), 1-10.
- Moreira, Almeida A. (2006). Religiousness and mental health; a review. *rev Bras psiquiatr, 28*(3), 242-250.
- Onur, D. H., Ertem, D., Uluduz, C., & Karsıdag. A. (2017). Cognitive Behavioral Therapy for Chronic Migraine. *European Psychiatry, 41*, 500-515.
- Raddant, A.C., & Russo, A.F. (2011). Calcitonin Gene-Related Peptide in Migraine: Intersection of Peripheral Inflammation and Central Modulation. *Expert Reviews in Molecular Medicine, 29*(13), 36-51.
- Raggi, A., Schiavolin, S., Leonardi, M., Giovannetti, A.M. & Bussone, G. (2015). Chronic Migraine with Medication Overuse: Association between Disability & Quality of Life Measure & Impact of Disease on Patient Lives. *Journal of the Neurological Sciences, 348*, 60-69.
- Rains, J.C., Penzien, D.B., Mc Cory, D.C., & Gray, R.N. (2005). Behavioral Headache Treatment: Review of History the Empirical Literature & Methodological Critique. *Headache, 45*(2), 92-109.
- Richards, P.S., & Bergin, A.E. (2005). Religiousness and Mental Health Reconsidered: a study of an intrinsically religious sample. *Journal of Counseling Psychology, 34* (2), 197-204.
- Saper, J.R. (2008). Chronic daily headache. Transformational migraine, chronic migraine &

- related disorders. *Current Neurology & Neuroscience report*, 8, 100-107.
- Sauro, K.M., & Becker, W.J. (2009). The Stress & Migraine Interaction. Headache: The *Journal of Head & Face Pain*, 49(9), 1378-1386.
- Sullivan, A., Cousins, S., & Ridsdale, L. (2016). Psychological interventions for migraine: a systematic review. *Journal of Neurology*, 263(12), 2369- 2377.
- Teseng, W. (2004). Culture and Psychotherapy: Asian Perspective. *Journal of mental health*, 13(12), 151-161.
- Weatherall, M. W. (2015). The diagnosis and treatment of chronic migraine. *Journal of Therapy Advance Chronic Disease*, 6(3), 115-123.
- Yeshua, M., Zohar, A.D., & Berkovich, L. (2019). 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*, 24(2), 224-240.