Journal of Health System Research Volume 15, Issue 1, Spring 2019, Pages: 42-52

Original Article

doi: 10.48305/hsr.2019.15.1.104

Effect of Quality-of-Life Therapy on Perfectionism and Rumination in Patients with Migraine

Mohammad Shabani[1], Hamid Najat[2*], Mohammad Reza Saffarian[3]

[1] *PhD Student Counseling, Department of Counseling, Mashhad Branch, Islamic Azad University, Mashhad, Iran*
[2] *Assistant Professor, Department of Psychology, Quchan Branch, Islamic Azad University, Quchan, Iran*
[3] *Assistant Professor, Department of Psychology and Educational Sciences, Mashhad Branch, Islamic Azad University, Mashhad, Iran*

**** Corresponding Author:*** *Hamid Nejat, Email: Hnejat54@yahoo.com*

Received: 14/10/2018
Accepted: 01/07/2019

Keywords:
Migraine
Perfectionism
Rumination
Therapy based on quality of life

Abstract

Background: The present study aimed to evaluate the efficacy of quality-of-life therapy on perfectionism and rumination in patients with migraine.
Methods: This quasi-experimental study was conducted using a pretest-posttest design with a control group. The statistical population of the study included all patients with migraine headache referred to hospitals and medical centers of Torbat Heydarieh, Khorasan Razavi, Iran. The study sample consisted of 30 people who were randomly divided into two groups (n=15). The research instrument included Frost Multidimensional Perfectionism scale (1990), Ahwaz migraine headache questionnaire (AMQ), and the rushing responses questionnaire (RRS) of Hoeks and Muro that were completed before and after the intervention by both groups. The collected data were analyzed using SPSS software (version 22).
Findings: The results of covariance analysis showed that the effect of quality-of-life therapy on the rumination of migraine patients was significant (P<0.05). However, the effect of this treatment on perfectionism was not significant (P>0.05).
Conclusion: On the basis of the results, the quality-of-life therapy therapy was helpful in reducing rumination in patients with migraine. However, the findings indicated that this therapy did not have a sitgnificant effect on perfectionism, which needs to investigated in future studies. Therefore, the need for the attention to the quality of life treatment is necessary to treat migraine headaches.

Citation: Shabani M, Najat H, Saffarian MR. Effect of Quality-of-Life Therapy on Perfectionism and Rumination in Patients with Migraine. J Health Syst Res. 2019; 15(1): 42-52.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-30]
[DOI: 10.48305/hsr.2019.15.1.104]

Copyright 2019 Journal of Health System Research. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY) License (http://creativecommons.org/) which permits unrestricted use, distribution and reproduction in any medium, provided appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons license, and indicate if changes were made.

مقاله پژوهشی

doi: 10.48305/hsr.2019.15.1.104

بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر کمال‌گرایی و نشخوار فکری بیماران مبتلا به میگرن

محمد شعبانی[۱]، حمید نجات[۲*]، محمدرضا صفاریان[۳]

[۱] دانشجوی دکترای مشاوره، گروه مشاوره، واحد مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران
[۲] استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد قوچان، دانشگاه آزاد اسلامی، قوچان، ایران
[۳] استادیار، گروه روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران

* **نویسنده مسئول:** حمید نجات، ایمیل: Hnejat54@yahoo.com

دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۰۷/۲۲
پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۰۴/۱۰

واژه‌های کلیدی:
درمان مبتنی بر کیفیت زندگی
کمال‌گرایی
میگرن
نشخوار فکری

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر کیفیت زندگی بر کمال‌گرایی و نشخوار فکری بیماران مبتلا به میگرن انجام شد.

روش‌ها: پژوهش نیمه‌تجربی حاضر از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه بیماران مبتلا به سردردهای میگرنی مراجعه‌کننده به بیمارستان‌ها و مراکز پزشکی- درمانی شهر تربت حیدریه تشکیل دادند. افراد نمونه نیز ۳۰ نفر بودند که به روش نمونه‌گیری تصادفی از بین مراجعه‌کنندگان به مراکز مذکور انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جای گرفتند. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش، مقیاس کمال‌گرایی چندبعدی Frost (Frost Multidimensional Perfectionism) (۱۹۹۰)، پرسشنامه سردرد میگرن اهواز (AMQ: Ahwaz Migraine Headache) و پرسشنامه پاسخ‌های نشخواری Hoeks و Muro (RRS: Rushing Responses Questionnaire) بودند که قبل و بعد از مداخله توسط هر دو گروه تکمیل شدند. در نهایت، داده‌های جمع‌آوری‌شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS 22 تجزیه و تحلیل گردیدند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس نشان دادند که اثر درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر نشخوار فکری بیماران مبتلا به میگرن معنادار می‌باشد (P<۰/۰۵)؛ اما تأثیر آن بر کمال‌گرایی معنادار نیست (P>۰/۰۵).

نتیجه‌گیری: بر مبنای نتایج می‌توان گفت که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی (Quality of Life Therapy) بر کاهش نشخوار فکری بیماران مبتلا به میگرن مفید می‌باشد؛ اما بر کمال‌گرایی آن‌ها تأثیری ندارد که این امر نیازمند بررسی‌های بیشتر می‌باشد؛ بنابراین، لزوم توجه به درمان مبتنی بر کیفیت زندگی جهت درمان سردردهای میگرنی ضروری به نظر می‌رسد.

ارجاع: شعبانی محمد، نجات حمید، صفاریان محمدرضا. بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر کمال‌گرایی و نشخوار فکری بیماران مبتلا به میگرن. مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۳۹۸؛ ۱۵(۱): ۵۲-۴۲.

مقدمه

سردرد شایع‌ترین نشانه عصبی و یکی از متداول‌ترین شکایات طبی است. سردرد میگرنی یک اختلال حمله‌ای مشخص با سردردهای یک‌طرفه توأم با آشفتگی‌های بصری یا معده‌ای- روده‌ای مانند تهوع، استفراغ و نورهراسی (Photophobia) (و یا بدون این عوارض) می‌باشد. این احتمال وجود دارد که علت این سردردها، فشار داخل جمجمه‌ای جریان خون (نورهراسی) باشد (۱). در حقیقت، میگرن به‌عنوان شکلی از اختلال پردازش حسی با انشعابات گسترده در داخل سیستم عصبی مرکزی (Central Nervous System) در نظر گرفته می‌شود. در حال حاضر اتفاق نظر بر این است که به احتمال زیاد، اجزای عصبی و عروقی در میگرن مرتبط هستند و ساختارهای عصبی درگیر شامل: قشر مغز و ساقه مغز می‌باشند (۲). میگرن به دو دسته کلی تقسیم می‌شود: میگرن بدون اورا (Migraine without Aura) و میگرن همراه با اورا

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-30]
[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2022-10-19]
[DOI: 10.48305/hsr.2019.15.1.104]

(Migraine with Aura) (۳). میگرن بدون اورا شایع‌ترین سردرد عروقی میگرن است که در بیش از ۸۰ درصد از بیماران مبتلا به میگرن رخ می‌دهد. میگرن کلاسیک (با اورا) نوع غیرشایع سردرد میگرنی است که دلیل ۱۵ تا ۲۰ درصد از میگرن‌ها می‌باشد. تفاوت میگرن کلاسیک با نوع شایع آن، همراه‌بودن با اورا است؛ به‌طوری که قبل از بروز سردرد، فرد دچار برخی از اختلالات عصبی مانند مشاهده نقاط نورانی و مورمورشدن بدن می‌شود (۴). بر مبنای مطالعات صورت‌گرفته می‌توان گفت که میگرن با خستگی فیزیکی، استرس‌های عاطفی، افسردگی و سایر فاکتورهای سایکولوژیک ارتباط دارد (۵). سردرد میگرنی می‌تواند بر نحوه انجام کار و زندگی فردی و اجتماعی افراد اثرگذار باشد و در طولانی مدت تأثیری منفی بر کیفیت زندگی داشته باشد (۶). مطالعات جدید انجام‌شده نشان می‌دهند که میگرن خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی، انسدادی و فشار خون در افراد را افزایش می‌دهد. پژوهشگران گزارش کرده‌اند که بیماری میگرن، استرس و فشار زیادی را در افراد ایجاد می‌کند و این امر تأثیر مستقیمی بر ضربان قلب و فشار خون دارد (۷). لازم به ذکر است که مشکلات روان‌شناختی در بین بیماران با سردردهای مزمن بسیار شایع می‌باشد و درصد زیادی از بیماران با سردردهای میگرنی، افسردگی و اختلالات اضطرابی را تجربه می‌کنند (۸).

یکی از الگوهای شایع در سردردهای میگرنی، وجود افکار مزاحم مکرر به‌صورت نشخوار فکری است (۹). نشخوار فکری بیانگر افکاری می‌باشد که تمایل به تکرار دارند، آگاهانه هستند، پیرامون یک موضوع متمرکز می‌باشند و حتی در صورت غیبت محرک‌های محیطی فوری و ضروری، این افکار باز هم پدیدار می‌شوند (۱۰). در این راستا، عبدالهی در پژوهشی بیان نمود که بین نشخوار فکری و میگرن رابطه وجود دارد (۱۱). Papageorgiou و Wells نیز در مطالعه‌ای نشان دادند که نشخوار فکری، زنجیره‌ای طولانی از افکار تکراری، چرخان و خودمتمرکز بوده و پاسخ به افکار منفی اولیه می‌باشد (۱۲). در این ارتباط، مطالعات بسیاری در مورد اثرات بیولوژیکی و محیطی عوامل روان‌شناختی و اجتماعی بر حملات سردرد صورت گرفته‌اند که نتایج آن‌ها تأییدکننده وجود ارتباط بین عوامل روان‌شناختی و شخصیتی این بیماران با سردرد می‌باشند (۱۳). کمال‌گرایی مجموعه‌ای از معیارهای بسیار بالا برای عملکرد است که با خودارزیابی‌های منفی، انتقادات و سرزنش خود همراه می‌باشد. جاه‌طلبی، نظم و دقت افراطی در فعالیت‌های روزمره و حساسیت افراطی نسبت به روند امور زندگی از ویژگی‌های روان‌شناختی افراد کمال‌گرا است که این ویژگی در بیماران مبتلا به میگرن نیز مشاهده می‌شود (۱۴). در این راستا، نتایج مطالعه ابوالقاسمی بیانگر رابطه مثبت بین کمال‌گرایی و سردرد میگرنی بود (۱۵). شیرزادی و همکاران نیز در مطالعه‌ای نشان دادند که بین کمال‌گرایی و سردردهای میگرنی رابطه مثبتی وجود دارد و کمال‌گرایی می‌تواند شرایط لازم برای اختلالات روان‌تنی از قبیل سردرد میگرنی را ایجاد کند (۱۶). علاوه‌براین، Kolotylo و Broome در پژوهشی عنوان نمودند که تجربه درد مزمن و سردرد میگرنی، ۶۹ درصد از واریانس ناتوانی زنان مبتلا به میگرن را تبیین می‌کند (۱۷). همچنین افسردگی، سردرد میگرنی و تجربه درد مزمن، ۸/۶۴ درصد از واریانس کیفیت زندگی افراد مبتلا به میگرن را تبیین می‌نماید.

شایان ذکر است که مبتلایان به میگرن، بیشتر اوقات دچار گرفتگی بینی، تاری دید، اسهال، دردهای چنگه‌ای شکمی، احساس غیرطبیعی گرما یا سرما، اضطراب، افسردگی، تحریک‌پذیری و ناتوانی در تمرکز می‌شوند. حدود ۵۳ درصد از مبتلایان گزارش نموده‌اند که سردرد باعث اختلال در فعالیت‌های آن‌ها می‌شود. از سوی دیگر، اغلب افراد مبتلا به میگرن بیان نموده‌اند که کار و روابط خانوادگی آن‌ها به دلیل حملات میگرن به‌طور منفی تحت تأثیر قرار گرفته است (۱۸). بررسی‌ها نشان می‌دهند که حدود ۱۰ درصد از کل جمعیت جهان به سردرد میگرنی مبتلا هستند و انواع میگرن در هر سنی و از اوایل کودکی به بعد می‌تواند آغاز شود. مطابق با نظر سازمان جهانی بهداشت، میگرن رتبه ۱۲ را در میان زنان و رتبه ۱۹ را در جامعه برای سردرد به خود اختصاص داده است. شیوع بالای میگرن باعث شده است که سازمان جهانی بهداشت این بیماری را در رده بیستم بیماری‌هایی که منجر به شرایط زندگی ناتوان‌کننده می‌شوند، رتبه‌بندی کند (۱۷). بررسی مقیاس‌های بالینی حاکی از آن است که افراد مبتلا به میگرن، آسیب‌پذیری بیشتری در برابر ناملایمات زندگی دارند. اغلب بیماران با سردرد میگرنی افرادی نگران، مضطرب و وسواسی هستند که این اضطراب و نگرانی منجر به درون‌ریزی احساسات و آغاز سردرد در آن‌ها می‌شود که با مزمن‌شدن و عدم توجه به تغییر ویژگی‌های شخصیتی فرد می‌تواند به سردرد میگرنی تبدیل گردد (۸). علاوه‌براین، یافته‌های پژوهشی حاکی از آن هستند که افراد مبتلا به سردرد میگرنی، میزان بالایی از خشم، اضطراب واکنشی و افسردگی را از خود نشان می‌دهند (۱۹)؛ از این رو با توجه به اینکه درصد زیادی از بیماران مبتلا به میگرن دارای مشکلات روان‌شناختی از جمله افسردگی و اختلالات اضطرابی هستند و این بیماری جنبه‌های فردی، خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی زندگی فرد بیمار را تحت تأثیر قرار می‌دهد و از سوی دیگر هزینه‌های گزافی را بر بخش بهداشت و درمان وارد می‌کند، به‌کارگیری روش‌های کم‌هزینه و مقرون به صرفه مانند درمان مبتنی بر کیفیت زندگی می‌تواند گام مؤثری در راستای خدمت به این گروه از بیماران محسوب شود (۲۰).

از اواخر دهه ۱۹۷۰ درمان‌های روان‌شناختی در زمینه سردرد مورد توجه قرار گرفتند. یافته‌های پژوهشی نیز به

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-30]
[DOI: 10.48305/hsr.2019.15.1.104]

اثربخشی شیوه‌های غیردارویی و شناختی- رفتاری در درمان سردرد اشاره نموده‌اند (۲۱،۲۲). رستمی و همکاران در پژوهشی نشان دادند که درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر کیفیت زندگی زوجین اثرگذار می‌باشد (۲۳). علاوه‌براین، رستمی و همکاران در پژوهش خود بیان نمودند که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهزیستی روان‌شناختی اثرگذار می‌باشد (۲۴). درمان مبتنی بر کیفیت زندگی رویکردی جدید در حوزه روان‌شناسی مثبت می‌باشد که شامل: انسجام به هم پیوسته شناخت‌درمانی و روان‌شناسی مثبت است و با آخرین صورت‌بندی درمان شناختی Beck و نظریه شناختی افسردگی و آسیب‌شناسی روانی هماهنگ می‌باشد (۱۹). Frisch با ترکیب رویکرد شناختی- رفتاری Beck و روان‌شناسی مثبت همراه با استعاره، تن‌آرامی و مراقبه، درمان مبتنی بر کیفیت زندگی را ارائه داد (۲۵). درمان مبتنی بر کیفیت زندگی از رویکرد رضایت از زندگی حمایت می‌کند. در این رویکرد اصول و مهارت‌های معطوف به کمک به مراجعه‌کنندگان در جهت شناسایی، دنبال‌کردن و برآوردن نیازها، اهداف و آرزوها در حوزه‌های باارزش زندگی آموزش داده می‌شوند (۲۶). هدف درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، افزایش خودمراقبتی حرفه‌ای یا غنای درونی و پیشگیری از فرسودگی است (۲۷). درمان مبتنی بر کیفیت زندگی از رویکردی تشکیل می‌شود که شادمانی را افزایش می‌دهد. این نوع درمان هم برای مراجعه‌کنندگان بالینی و هم غیربالینی به کار برده می‌شود (۲۸). درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر ابعاد مختلف زندگی، پیشگیری و ارتقای سلامت روان و رضایت زناشویی تأکید می‌کند و یکی از بهترین روش‌های درمانی برای افزایش کیفیت زندگی می‌باشد (۲۳). لازم به ذکر می‌باشد که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی براساس یک الگوی پنج‌راهه تدوین شده است که عبارت هستند از (CASIO): شرایط زندگی (Circumstance)، نگرش‌ها (Attitude)، ارزش‌ها، رضایت کلی از زندگی و استانداردهایی که برای خودمان تعریف کرده‌ایم (۲۹).

سرخط درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، ۱۷ حوزه اصلی از زندگی است که از توسعه معنویت و خودپنداره آغاز شده و تا همسایگان، اجتماع و اینکه چگونه رضایت از زندگی و شادی را می‌توان در هریک از این حوزه‌ها افزایش داد، ادامه می‌یابد. این ۱۷ حوزه اصلی که مداخلات بر آن‌ها تمرکز دارند، عبارت هستند از: اهداف، ارزش‌ها و زندگی معنوی؛ عزت نفس؛ بهداشت و سلامت جسمی؛ پول یا استانداردهای زندگی؛ کار؛ بازی و تفریح؛ یادگیری؛ خلاقیت؛ کمک؛ عشق؛ دوستان؛ فرزندان؛ اقوام و بستگان؛ همسر؛ خانه؛ همسایگان؛ جامعه (۳۰). مطالعات بسیاری در این زمینه صورت گرفته‌اند و اثربخشی این درمان را نشان داده‌اند. در این راستا، پاداش و همکاران طی پژوهشی تأثیر آموزش درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر رضایت زناشویی زنان و مردان متأهل را تأیید نمودند (۱۹). خادمی و عابدی نیز در مطالعه خود گزارش کرده‌اند که آموزش کیفیت زندگی‌درمانی بر کیفیت زندگی افراد، شادکامی زنان و مردان متأهل و متغیر افسردگی اثرگذار می‌باشد (۳۱). همچنین، در پژوهش گل‌پرور و بهاری نشان داده شد که کیفیت زندگی‌درمانی بر مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی شامل: امیدواری، تاب‌آوری و جهت‌گیری در زندگی برای دانشجویان دختر اثربخش بوده است (۲۰). Strien و همکاران نیز در پژوهشی بیان نمودند که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی باعث افزایش تاب‌آوری و کاهش باورهای منفی دانش‌آموزان می‌گردد (۳۲)؛ از این رو با توجه به اینکه در تشخیص، پیش‌آگهی و درمان سردردهای مزمن به‌ویژه سردردهای میگرنی می‌بایست به ارزیابی جنبه‌های روانی همراه با سردرد توجه کافی مبذول نمود و غربالگری مبتلایان به سردردهای میگرنی را از منظر وجود اختلالات روانی در جامعه کنونی با هدف درمان مناسب‌تر و کارآمدتر مورد توجه قرار داد، درمان سریع و به‌موقع اختلالات روانی به‌ویژه درمان‌های غیردارویی مانند درمان مبتنی بر کیفیت زندگی می‌تواند از مزمن‌شدن سردرد جلوگیری نماید. با استفاده از این روش‌های درمانی، هزینه‌های درمان و بازتوانی نیز کاهش خواهد یافت و با درمان به‌موقع این اختلالات روانی می‌توان به کاهش بروز سردرد و در نتیجه افزایش بهداشت جسمی- روانی و شغلی افراد کمک نمود؛ بنابراین با توجه به کمبود تحقیقات خارجی و داخلی درباره موضوع پژوهش به‌ویژه نوع درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر متغیرهای پژوهش (کمال‌گرایی و نشخوار فکری) به‌ویژه در جامعه بیماران مبتلا به میگرن، پژوهش حاضر با هدف پاسخ به این سؤال انجام شد که آیا درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر کمال‌گرایی و نشخوار فکری بیماران مبتلا به میگرن اثرگذار می‌باشد؟

روش‌ها

پژوهش نیمه‌تجربی حاضر از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه بیماران مبتلا به سردردهای میگرنی مراجعه‌کننده (طی ماه‌های خرداد و تیر سال ۱۳۹۷) به بیمارستان‌ها و مراکز پزشکی- درمانی شهر تربت حیدریه تشکیل دادند. نمونه پژوهش نیز ۳۰ نفر بودند که به روش نمونه‌گیری تصادفی از بین این مراکز انتخاب شدند و به شکل تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند.

ابزار پژوهش

مقیاس کمال‌گرایی: مقیاس کمال‌گرایی Frost در سال ۱۹۹۰ توسط Frost و همکاران بر پایه مدل چندبعدی کمال‌گرایی ساخته شد. این مدل شامل شش مؤلفه می‌باشد که عبارت هستند از: نگرانی درباره اشتباهات، شک درباره اعمال،

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-30]
[DOI: 10.48305/hsr.2019.15.1.104]

انتظارات والدینی، انتقادگری والدینی، استانداردهای شخصی و سازماندهی. علاوه‌براین، این مقیاس دربرگیرنده شش زیرمقیاس است که با استفاده از ۳۵ سؤال سنجیده می‌شوند (۳۳). در نسخه ایرانی این پرسشنامه، ضریب همسانی درونی برای کل پرسشنامه برابر با ۰/۸۶ و برای زیرمقیاس‌های نگرانی درباره اشتباهات، شک درباره اعمال، انتظارات والدینی، انتقادگرایی والدینی، معیارهای شخصی و سازماندهی به‌ترتیب معادل ۰/۸۵، ۰/۷۲، ۰/۷۸، ۰/۴۷، ۰/۵۷ و ۰/۸۳ به‌دست آمده است. ضریب بازآزمایی با فاصله یک هفته نیز برای کل پرسشنامه برابر با ۰/۹۰ به‌دست آمد. ضریب بازآزمایی برای زیرمقیاس‌ها نیز به این صورت بود: نگرانی درباره اشتباهات ۰/۸۴، شک درباره اعمال ۰/۸۱، انتظارات والدینی ۰/۷۹، انتقادگری والدینی ۰/۵۳، معیارهای شخصی ۰/۸۵ و سازماندهی ۰/۸۳. باید خاطرنشان ساخت که روایی همگرای این پرسشنامه براساس رابطه با پرسشنامه کمال‌گرایی مثبت و منفی، مناسب گزارش شده است (۳۴).

پرسشنامه سردرد میگرن اهواز (AMQ): این ابزار توسط نجاریان تدوین و اعتباریابی شده است (۳۵). این آزمون دارای ۲۵ سؤال می‌باشد که برای ساخت آن ۳۸۲ دانشجو از دو دانشگاه شهید چمران و آزاد اسلامی اهواز شرکت داشته‌اند. ماده‌های این مقیاس دارای چهار گزینه "هرگز، به‌ندرت، گاهی اوقات و اغلب اوقات" می‌باشند. آزمودنی‌ها یکی از گزینه‌ها را انتخاب کرده و علامت می‌زنند. سپس، گزینه‌ها براساس مقادیر ۱، ۲، ۳ و ۴ نمره‌گذاری می‌شوند. در این پژوهش جهت شیوع‌یابی، غربال‌گری و انتخاب نمونه اولیه از پرسشنامه مذکور استفاده گردید. نجاریان پایایی این مقیاس را از طریق بازآزمایی و همسانی درونی مورد سنجش قرار داده و ضریب پایایی آن را به‌ترتیب معادل ۰/۸۰ و ۰/۹۱ گزارش کرده است. نجاریان برای بررسی روایی پرسشنامه سردرد میگرن اهواز از آزمون‌های افسردگی و اضطراب در بیمارستان (HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale)، خرده‌مقیاس‌های هیستری، هیپوکندری و اضطراب فرم کوتاه پرسشنامه چندوجهی شخصیتی مینه‌سوتا (MMPI: Minnesota Multiphasic Personality Inventory) و مقیاس پرخاشگری اهواز استفاده نمود و ضرایب همبستگی را به‌ترتیب معادل ۰/۴۹، ۰/۳۴، ۰/۳۶، ۰/۴۹ و ۰/۴۶ به‌دست آورد که تمام این ضرایب در سطح ۰/۰۵ معنادار می‌باشند.

پرسشنامه پاسخ‌های نشخواری (RRS): این پرسشنامه را Hoeks و Muro تدوین نمودند و در آن واکنش‌های خلقی منفی را ارزیابی کردند. این پرسشنامه از دو خرده‌مقیاس پاسخ‌های نشخواری و پاسخ‌های منحرف‌کننده حواس تشکیل شده است که هرکدام ۱۱ عبارت را شامل می‌شوند. این پرسشنامه در مجموع دارای ۲۲ عبارت است که مطابق با طیف لیکرت از "۱ (هرگز) تا ۴ (اغلب اوقات)" نمره‌گذاری می‌شوند. باقری‌نژاد و همکاران ضریب پایایی پرسشنامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ معادل ۰/۹۰ و برای ابعاد دیگر آن برابر با ۰/۹۲ و ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند (۳۶). روایی پرسشنامه نیز از طریق هم‌بسته‌کردن با باورهای فراشناختی معادل ۰/۶۵ در سطح ۰/۰۰۱ مطرح شد که نشان‌دهنده آن می‌باشد که از روایی ملاکی مناسبی برخوردار است. در پژوهش طبیب‌زاده و سپهریان آذر نیز ضریب پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ معادل ۰/۸۰ به‌دست آمد (۳۷).

معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: ابتلا به سردردهای میگرنی از نوع میگرن با اورا و یا میگرن کلاسیک با توجه به نظر نورولوژیست و روان‌پزشک و سابقه و معاینه وضعیت روانی آن‌ها، قرارداشتن شرکت‌کنندگان در محدوده سنی ۲۲ تا ۴۲ سال، استفاده شرکت‌کنندگان از داروی میگرن کات جهت درمان خود، تمایل به شرکت در پژوهش و شرکت به‌صورت مرتب و منظم در جلسات درمانی.

موارد زیر نیز به‌عنوان معیارهای خروج از پژوهش در نظر گرفته شدند: عدم ابتلای شرکت‌کنندگان به میگرن با اورا و یا میگرن کلاسیک، عدم بیشتر یا کمتربودن محدوده سنی شرکت‌کنندگان از ۲۲ تا ۴۲ سال، استفاده از داروی دیگری به‌جز میگرن کات، غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمانی و عدم تمایل نسبت به حضور در جلسات.

روش اجرا

روش اجرای پژوهش بدین‌صورت بود که پس از کسب اجازه از بیمارستان‌ها و مراکز پزشکی- درمانی شهر تربت حیدریه و انجام معاینات پزشکی لازم، از بین افرادی که براساس نظر پزشک، روان‌شناس مراکز و پرسشنامه سردرد میگرن اهواز (۱۹۹۹) مبتلا به میگرن تشخیص داده شدند، ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب گردیدند و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. سپس، شرکت‌کنندگان هر دو گروه در مرحله پیش‌آزمون به پرسشنامه‌های پژوهش (نشخواری و کمال‌گرایی) پاسخ دادند. پس از اجرای پیش‌آزمون و همتاسازی دو گروه، گروه آزمایش توسط کارشناس ارشد روان‌شناس بالینی در کلینیک فرهنگیان آموزش و پرورش شهر تربت حیدریه طی هشت جلسه ۲ تا ۲/۵ ساعته (دو جلسه در هر هفته) درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر مبنای مدل Segal و همکاران (۲۰۰۲) قرار گرفتند (۳۱). طی این مدت، گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفت و به آن‌ها اطمینان داده شد که پس از اجرای پژوهش، تحت مداخله درمانی قرار خواهند گرفت. پس از اجرای مداخله درمانی، شرکت‌کنندگان مجدداً در مرحله پس‌آزمون به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند و داده‌های جمع‌آوری‌شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS 22 تجزیه و تحلیل گردیدند.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-30]
[DOI: 10.48305/hsr.2019.15.1.104]

مداخله درمانی

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان مبتنی بر کیفیت زندگی براساس مدل Segal و همکاران (۲۰۰۲)

جلسه اول	جلسه معارفه و آشنایی، بیان اهداف و معرفی دوره آموزشی، بحث درباره کیفیت زندگی و رضایت از آن، شادی، اجرای پیش‌آزمون و بازخورد
جلسه دوم	مروری بر جلسه قبل، تعریف کیفیت زندگی، معرفی ابعاد آن، گفتگو درباره درخت زندگی، کشف مواردی از مشکلات افراد، خلاصه مطالب و بازخورد
جلسه سوم	مرور مطالب قبل، معرفی CASIO، شروع از بعد C به‌عنوان استراتژی اول و کاربرد آن در کیفیت زندگی افراد
جلسه چهارم	مرور جلسه قبل، بحث درباره CASIO، معرفی A به‌عنوان استراتژی دوم و کاربرد آن در ابعاد کیفیت زندگی
جلسه پنجم	مرور مطالب جلسه قبل، ادامه بحث درباره CASIO، معرفی SIO به‌عنوان استراتژی‌های سوم، چهارم و پنجم، برای افزایش در زندگی، آموزش اصول کیفیت زندگی
جلسه ششم	مرور جلسه قبل، بحث درباره اصول مربوط به کیفیت زندگی، ارائه اصول و توضیح کار برای این اصول برای افزایش رضایت از زندگی
جلسه هفتم	مرور مطالب قبل، ادامه بحث درباره اصول کیفیت زندگی، بحث درباره حیطه روابط و کاربرد اصول مهم در آن حیطه
جلسه هشتم	بیان خلاصه‌ای از مطالب عنوان‌شده طی جلسات قبل، جمع‌بندی مطالب، آموزش تعمیم CASIO در شرایط مختلف زندگی، کاربرد اصول کیفیت زندگی در ابعاد گوناگون آن و اجرای پس‌آزمون

یافته‌ها

براساس نتایج آمار توصیفی، هشت نفر (۳۵/۶ درصد) از شرکت‌کنندگان مرد و ۲۲ نفر (۶۴/۴ درصد) زن بودند. همچنین ۱۲ نفر (۴۴/۴ درصد) از شرکت‌کنندگان ۲۲ تا ۲۹ ساله، ۱۲ نفر (۴۴/۴ درصد) ۳۰ تا ۳۹ ساله و شش نفر (۱۱/۱ درصد) ۴۰ تا ۴۲ ساله بودند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان نیز ۳۱/۲۲ سال بود.

در ادامه شاخص‌های توصیفی، کمال‌گرایی و نشخوار فکری در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل ارائه شده است.

در جدول ۲ مشاهده می‌شود که میانگین کمال‌گرایی گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون به اندازه ۲/۶۷ نمره کاهش یافته است (از ۹۰/۴۷ به ۸۷/۸)؛ در مقابل میانگین گروه کنترل، کمتر شده و به اندازه ۱/۳۴ نمره کاهش پیدا کرده است (از ۹۰/۲۷ به ۸۸/۹۳). در مورد مؤلفه‌های کمال‌گرایی نیز یافته‌های پژوهش نشان‌دهنده آن هستند که بین میانگین‌های دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت‌هایی وجود دارد.

در جدول ۳ نشان داده شده است که میانگین نشخوار فکری گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون به اندازه ۹/۲۶ نمره کاهش داشته است (از ۵۴/۳۳ به ۴۵/۰۷)؛ اما میانگین گروه کنترل به اندازه ۴/۳۳ نمره افزایش یافته است (از ۵۳/۰۷ به ۵۷/۴). در

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون کمال‌گرایی و مؤلفه‌های آن

متغیر	نوع آزمون	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
نمره کلی کمال‌گرایی	پیش‌آزمون	۹۰/۴۷	۱۷/۳۹	۹۰/۲۷	۱۶/۳۱
	پس‌آزمون	۸۷/۸	۱۶/۲۵	۸۸/۹۳	۱۵/۲۳
نگرانی افراطی در مورد اشتباهات	پیش‌آزمون	۲۵/۳۳	۷/۲۳	۲۶/۲۷	۷/۴۳
	پس‌آزمون	۲۳/۴	۶/۲	۲۶	۷/۲۵
تمایل به شک و تردید	پیش‌آزمون	۱۳/۱۳	۲/۹	۱۲/۲۷	۳/۶۹
	پس‌آزمون	۱۳/۴	۳/۶۲	۱۲	۳/۴۲
درک شخصی از انتظارات والدین	پیش‌آزمون	۱۵/۹۳	۳/۸۳	۱۵/۱۳	۳/۷۶
	پس‌آزمون	۱۵/۴۷	۴/۶۳	۱۵/۲۷	۴/۷۶
درک شخصی از انتقادات والدین	پیش‌آزمون	۱۲/۵۳	۳/۸۱	۱۲/۵۳	۳/۷۶
	پس‌آزمون	۱۲/۱۳	۴/۱۲	۱۲/۶	۳/۹۴
گرایش به نظم و سازمان	پیش‌آزمون	۲۱/۲۷	۴/۶۵	۲۲/۶۷	۴/۸۵
	پس‌آزمون	۲۰/۷۳	۴/۷۱	۲۲/۸۷	۴/۹۶
معیارهای عملکرد شخصی	پیش‌آزمون	۲۳/۵۳	۴/۹۸	۲۴/۰۷	۳/۸۱
	پس‌آزمون	۲۳/۴	۵/۲۲	۲۳/۰۷	۵/۴۴

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-30]
[DOI: 10.48305/hsr.2019.15.1.104]

جدول ۳: شاخص‌های توصیفی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشخوار فکری و مؤلفه‌های آن

متغیر	نوع آزمون	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
نمره کلی نشخوار فکری	پیش‌آزمون	۵۴/۳۳	۱۰/۰۵	۵۳/۰۷	۱۳/۱۷
	پس‌آزمون	۴۵/۰۷	۱۴/۲۴	۵۷/۴	۱۷
حواس‌پرتی	پیش‌آزمون	۲۸/۶	۶/۲۸	۲۸/۱۳	۸/۷۶
	پس‌آزمون	۲۴/۴	۸/۶۹	۲۹/۹۳	۱۰/۶
تعمق	پیش‌آزمون	۱۳/۰۷	۳/۵۶	۱۲/۳۳	۲/۶۹
	پس‌آزمون	۱۰/۲	۴/۸۴	۱۳/۸	۴/۳۵
در فکر فرورفتن	پیش‌آزمون	۱۲/۶۷	۲/۳۵	۱۲/۶	۳/۸۱
	پس‌آزمون	۱۰/۴۷	۳/۸۱	۱۳/۶۷	۳/۶۶

جدول ۴: تحلیل کوواریانس چندمتغیری مربوط به تأثیر درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر کمال‌گرایی و نشخوار فکری

نوع آزمون	منبع تغییرات	ارزش (مقدار)	F	درجه آزادی مفروض	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	اندازه اثر
لامبدای ویلکس	گروه	۰/۷۶۳	۳/۸۷۸	۲	۲۵	۰/۰۳۴	۰/۲۳۷

جدول ۵: خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر کمال‌گرایی و نشخوار فکری

متغیر		مجموع مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
کمال‌گرایی	پیش‌آزمون	۳۹۹۹/۷۷۸	۴۶/۶۷۷	۰/۰۰۱	۰/۰۰۵
	گروه	۱۱/۹۰۹	۰/۱۳۹	۰/۷۱۲	
نشخوار فکری	پیش‌آزمون	۲۰۰۵/۶۸۷	۱۱/۴۶۱	۰/۰۰۲	۰/۲۲۶
	گروه	۱۳۲۸/۲۳۳	۷/۵۹۰	۰/۰۱۱	

* درجات آزادی این تحلیل برابر با ۱ است. بر این اساس، مجموع و میانگین مجذورات برابر می‌باشند.

مورد مؤلفه‌های نشخوار فکری نیز یافته‌های پژوهش نشان‌دهنده آن بودند که بین میانگین‌های دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت‌هایی وجود دارد.

برای آزمون فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر کمال‌گرایی و نشخوار فکری مبتلایان به میگرن تأثیر دارد، از تجزیه و تحلیل کوواریانس استفاده شد. ابتدا و قبل از اجرای آزمون، پیش‌شرط‌های آن بررسی گردید. نتایج آزمون Shapiro-Wilk نشان دادند که سطوح معناداری به‌دست‌آمده در هر دو متغیر به تفکیک گروه آزمایش و کنترل بیشتر از ۰/۰۵ می‌باشد ($P<۰/۰۵$). از سوی دیگر، مقدار کجی و کشیدگی در تمامی متغیرها بین ۲ و ۲- به‌دست آمد که نشان از نرمال‌بودن داده‌ها داشت؛ از این رو پیش‌فرض برقرار است و اجرای آزمون‌های پارامتریک بلامانع می‌باشد. همچنین، نتایج آزمون لوین (Levene) (همگنی واریانس‌ها) گویای آن بودند که سطح معناداری به‌دست‌آمده در مورد هر دو متغیر بیشتر از ۰/۰۵ می‌باشد؛ بنابراین، پیش‌شرط همگنی واریانس‌ها برقرار است ($P<۰/۰۵$). علاوه‌براین، نتایج آزمون ام باکس نشان‌دهنده سطح معناداری بیشتر از ۰/۰۵ بودند؛ از این رو ماتریس کوواریانس‌ها همگن می‌باشند؛ بنابراین از آزمون لامبدای ویلکس استفاده می‌شود.

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهند که سطح معناداری برای مقدار F، کمتر از ۰/۰۵ است ($P>۰/۰۵$، $f_{(۲ ,۲۵)}=۳/۸۸$) و میزان تأثیر آن معادل ۰/۲۴ می‌باشد ($\eta^2=۰/۲۴$)؛ از این رو درمان مبتنی بر کیفیت زندگی تأثیر معناداری بر متغیر وابسته مرکب (پس‌آزمون کمال‌گرایی و نشخوار فکری) داشته است.

نتایج تجزیه و تحلیل کوواریانس در جدول ۵ گویای آن است که در بعد کمال‌گرایی پس از حذف اثر پیش‌آزمون، اثر درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر نمرات پس‌آزمون معنادار نمی‌باشد ($P<۰/۰۵$، $f_{(۱ ,۲۹)}=۰/۱۴$)؛ اما در مقابل در مورد نشخوار فکری، اثر درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر نمرات پس‌آزمون معنادار است ($P<۰/۰۵$، $f_{(۱ ,۲۹)}=۷/۵۹$). میزان تأثیر آن نیز معادل ۰/۲۳ می‌باشد ($\eta^2=۰/۲۳$).

در ادامه، میانگین تعدیل‌شده نمرات پس‌آزمون کمال‌گرایی و نشخوار فکری گروه‌ها ارائه شده است.

با توجه به نتیجه آزمون تحلیل کوواریانس در جدول میانگین‌های تعدیل‌شده (جدول ۶) چنین استنباط می‌شود که در مرحله پس‌آزمون، میانگین نمره کمال‌گرایی تغییر معناداری نداشته است؛ اما نشخوار فکری گروه آزمایش، کاهش معناداری را نسبت به گروه کنترل نشان می‌دهد که ناشی از تأثیر درمان مبتنی بر کیفیت زندگی می‌باشد.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-30]
[DOI: 10.48305/hsr.2019.15.1.104]

جدول ۶: میانگین تعدیل‌شده نمرات نشخوار فکری و کمال‌گرایی در مرحله پس‌آزمون

گروه		میانگین	انحراف استاندارد
کمال‌گرایی	آزمایش	۸۸/۹۹۸	۲/۳۹۲
	کنترل	۸۷/۷۳۶	۲/۳۹۲
نشخوار فکری	آزمایش	۵۷/۸۹۹	۳/۴۱۹
	کنترل	۴۴/۵۶۸	۳/۴۱۹

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر کمال‌گرایی و نشخوار فکری در بیماران مبتلا به میگرن انجام شد. نتایج تجزیه و تحلیل کوواریانس در ارتباط با متغیر نشخوار فکری نشان دادند که اثر درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر نمرات پس‌آزمون معنادار می‌باشد و نشخوار فکری گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش معناداری داشته است که ناشی از تأثیر درمان مبتنی بر کیفیت زندگی می‌باشد. Vostanis و عابدی در پژوهشی گزارش نمودند که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی باعث کاهش نشانه‌های افسردگی مانند نشخوار فکری، گریز عاطفی، اضطراب و افزایش رضایت کلی خانوادگی و موقعیتی افراد مبتلا به افسردگی می‌شود (۳۸). Strien و همکاران نیز بیان نمودند که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر کاهش نشانگان افسردگی، افزایش تاب‌آوری و کاهش باورهای منفی اثرگذار است (۳۲). در این راستا، پاداش و همکاران در پژوهش خود نشان دادند که درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر شادکامی زنان و مردان متأهل اثرگذار می‌باشد (۳۹). این پژوهشگران در پژوهش دیگری گزارش نمودند که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر رضایت زناشویی تأثیر دارد که این یافته با نتایج فرضیه مورد نظر مطابق و همخوان می‌باشد (۱۹).

در ارتباط با متغیر کمال‌گرایی نیز نتایج نشان دادند که پس از حذف اثر پیش‌آزمون، اثر درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر نمرات پس‌آزمون معنادار نمی‌باشد. بدین‌معنا که در مرحله پس‌آزمون، میانگین نمره کمال‌گرایی تغییر معناداری نداشته است که این نتایج با یافته‌های مطالعات Joormann (۴۰)، رستمی و همکارن (۲۴)، Norte و همکاران (۱۸) و طیب‌زاده و سپهریان آذر (۳۷) ناهمخوان است. علاوه‌براین، روشنفر و همکاران در پژوهشی نشان دادند که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر کمال‌گرایی مراجعه‌کنندگان به مراکز مشاوره شهر اصفهان اثرگذار می‌باشد (۴۱) که این امر با نتایج فرضیه مورد نظر همسویی ندارد.

یکی از اختلالات روان‌تنی که ارتباط تنگاتنگی با استرس و فشارهای روانی دارد، سردرد است. سردرد عمومی‌ترین سندرم درد می‌باشد (۴۲). سردرد شدید می‌تواند بر نحوه انجام کار و زندگی فردی و اجتماعی افراد تأثیرگذار باشد و در طولانی مدت تأثیر منفی بر کیفیت زندگی داشته باشد. مطالعات جدید نشان می‌دهند که میگرن و سردرد خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی، انسداد و فشار خون را در افراد افزایش می‌دهند (۴۳). پژوهشگران اعلام کرده‌اند که بیماری میگرن، استرس و فشار زیادی را در افراد ایجاد می‌کند و همین امر تأثیر مستقیمی بر ضربان قلب و فشار خون دارد (۴۴). علاوه‌براین، مشکلات روان‌شناختی در بین بیماران با سردردهای مزمن بسیار شایع می‌باشد. درصد زیادی از بیماران با سردرد میگرنی و سردرد تنشی، افسردگی و اختلالات اضطرابی دارند (۳۶). از عوامل تأثیرگذار و تشدیدکننده میگرن، کمال‌گرایی و نشخوار فکری است که مشکلات این بیماران را دوچندان می‌سازد (۳۵).

نتایج پژوهش حاضر نشان دادند که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر نشخوار فکری مبتلایان به میگرن اثرگذار است. در این راستا، عابدی و Vostanis در مطالعات خود بیان نمودند که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی باعث کاهش نشانه‌های افسردگی مانند نشخوار فکری می‌گردد که این امر با نتایج پژوهش حاضر مطابقت دارد (۳۸). در حقیقت، بیماران مبتلا به میگرن گرفتار افکار منفی خودآیند در ارتباط با بیماری خود هستند که به‌صورت نشخوار ذهنی تداوم می‌یابند. این نشخوار منجر به شدت‌یافتن علائم بیماری می‌شود و ممکن است فاصله حملات را کوتاه‌تر کند (۳۷). روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی، شیوه درمانی جدیدی است که توسط Frisch ارائه گردیده است (۲۵). در این دیدگاه، پردازش‌های شناختی زیربنایی نقش مهمی را در شکل‌گیری رضایت‌مندی از زندگی و شادکامی ایفا می‌کنند. رویکرد درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی، مجموعه کاملی از تکنیک‌های بازسازی شناختی شامل: تغییر طرح واژه‌ها و کنترل هیجانی، تنفس ذهن‌آگاهانه، تکنیک له و علیه، تکنیک تحریف/سوگیری، نوشتن نامه، قدردانی، غنای درونی، کمک‌رسانی در احترام به خویشتن، پیشگیری از عود و حفظ سلامت را به کار می‌گیرد. علاوه‌براین کیفیت زندگی درمانی، اصول و مهارت‌هایی را به شرکت‌کنندگان می‌آموزد که از طریق آن‌ها می‌توانند نیازها، اهداف و آرزوهای خود را در مراحل مهم زندگی تشخیص دهند، با آن‌ها مواجه شوند و آن‌ها را دنبال کنند (۴۵). Frisch معتقد است که در درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، ضمن تمرین، تفکرات و شناخت‌های بیمار متوجه فرایندی می‌شود که در شکل‌گیری اضطراب، خشم و یا برانگیختگی نقش دارد (۲۵). پس از کشف نشخوار فکری مخرب توسط مراجع، راه‌کارهای مثبت از طریق ارائه مجموعه‌ای از اصول شادمانی به کمک درمانگر جستجو و کشف می‌شود. این اصول سلامت را افزایش می‌دهند، سبک‌های سازنده را فعال می‌سازند و به ایجاد فلسفه زندگی انعطاف‌پذیر کمک می‌کنند. تکنیک تنفس ذهن‌آگاهانه به بیمار کمک می‌کند تا از افکار مزاحمی که ناخوشایند و خودتخریب‌کننده هستند آگاه شود، به کشف و بازسازی شناختی آن بپردازد و از این طریق به آرامش برسد. در این راستا، Segal و همکاران معتقد هستند که تنفس ذهن‌آگاهانه در کنترل عواطف و هیجانات منفی به هنگام رسیدن به اهداف زندگی مفید

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-30]
[DOI: 10.48305/hsr.2019.15.1.104]

می‌باشد (۴۶). علاوه‌براین، تنفس ذهن‌آگاهانه مهارتی لازم برای ایجاد شادکامی پایدار و ثابت است (۳۱). Frisch بر این باور است که تکنیک له و علیه برای کنترل عادت‌های منفی، انگیزه ایجاد می‌کند (۲۵). این تمرین برای خلق عادت‌های مثبت نیز ایجاد انگیزه می‌نماید. از سوی دیگر تکنیک دلایل له و علیه، انگیزه لازم را برای دنبال‌کردن و تداوم‌بخشیدن به اهداف زندگی و دست‌یابی به آن‌ها فراهم می‌سازد. در تکنیک تحریف/سوگیری نیز به بیمار کمک می‌شود تا خطاهای همراه با تفکر و یا باورهای منفی را تشخیص دهد. این تکنیک به ایجاد قالب‌های فکری مثبت و جدید و یا شیوه‌های تفکر سازگارتر و طرحواره‌های انطباقی‌تر کمک می‌کند (۲۴). در این زمینه، Frisch بر این باور است که تکنیک نوشتن نامه به فرد کمک می‌کند تا به چالش بپردازد و سرمایه‌گذاری مجددی را در مورد زندگی خود به‌گونه‌ای اعمال نماید که فرد از آن انتظار دارد (۲۵). علاوه‌براین، درمانگر هنگام کار با مراجعه‌کننده به وی کمک می‌کند تا برای حل مسائل ارتباطی خود با افراد، اصول شادمانی شامل: بخشودگی، نادیده‌گرفتن، کنارگذاشتن و پذیرش؛ خدمت به دیگران؛ تشکر و قدردانی و غیره را تمرین کند (۳۵)؛ بنابراین در تبین این فرضیه می‌توان اذعان داشت که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی با تأثیر بر شرایط زندگی، ارزش‌ها، انتظارات بیماران مبتلا به میگرن و تغییر آن‌ها در جهت صحیح به این بیماران کمک می‌کند تا به درجه‌ای برسند که افکار منفی و غیرمنطقی را رها سازند و افکار مناسب‌تری در زندگی و روابط خود با دیگران استفاده نمایند.

علاوه‌براین، نتایج نشان دادند که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر کمال‌گرایی اثرگذار نمی‌باشد. در این راستا، در پژوهش روشنفر و همکاران گزارش گردید که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر کمال‌گرایی اثرگذار است که این مهم با نتایج فرضیه مورد نظر ناهمخوان می‌باشد (۴۱). درمان مبتنی بر کیفیت زندگی تلفیقی از رویکرد شناختی و روان‌شناسی مثبت است. این درمان در دو مورد از استراتژی‌های درمانی خود یعنی تغییر نگرش (A) و تغییر اهداف و استانداردها (S) با استفاده از تکنیک‌های شناختی به تغییر در شناخت‌ها و استانداردهای افراد کمال‌گرا می‌پردازد. در این روش به‌جای تعدیل و یا کاستن از اهداف و معیارهای دشوار، از معیارها و اهداف فرایندمدار به‌جای اهداف و معیارهای نتیجه‌مدار استفاده می‌شود و راهبرد اصلی آن فراهم‌ساختن اهداف واقع‌گرایانه و چالش‌آمیز در حیطه‌های مهم زندگی می‌باشد. با اجرای تکنیک "خوب اما نه بسیار عالی"، اعضای گروه تشویق می‌شوند تا با افزایش یا کاهش معیارهای موفقیت و رضایتمندی در حیطه‌های ارزشمند زندگی به اهداف و معیارهای واقع‌گرایانه و در عین حال مناسب و راحت دست یابند. با استفاده از تکنیک شناختی، مزایا و معایب این سبک زندگی مورد بررسی قرار می‌گیرد تا جایی که افراد بتوانند جنبه‌های سالم کمال‌گرایی را در خود پرورش دهند. این دو استراتژی تنها گوشه‌ای از درمان هستند که تا حدودی کمال‌گرایی و در نهایت رضایت از زندگی را افزایش می‌دهند. برای کاهش کمال‌گرایی لازم است به تمام حیطه‌های زندگی (۱۶ حیطه) توجه شود (۴۱)؛ بنابراین می‌توان گفت که در این پژوهش درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر کمال‌گرایی اثرگذار نبوده است؛ زیرا درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر ارزش‌ها، شادمانی و بهبود کیفیت زندگی تأکید دارد که این امر بعد کمال‌گرایی را تقویت می‌کند و مانع کاهش این مؤلفه می‌گردد. شایان ذکر است که این عدم تأثیر می‌تواند ناشی از ویژگی‌های شخصیتی افراد و یا کمبود جلسات درمانی باشد.

نتیجه‌گیری

به‌طور کلی، یافته‌های پژوهش حاضر نشان دادند که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی با تکنیک‌های شناختی و کاهش استانداردهای غیرواقع‌بینانه و پرداختن به سایر حوزه‌ها و شاخه‌های زندگی افراد قادر است نشخوار فکری بیماران مبتلا به میگرن را کاهش دهد و منجر به افزایش رضایت از زندگی در آن‌ها گردد. همچنین، درمان مبتنی بر کیفیت زندگی با استفاده از اصول خود از جمله پذیرش و علاقه به جسم خویش، کنترل خلق و خوی هیجانی خود، سهمیه ناکامی، فرارفتن از طرحواره‌ها و رفتارهای ناخواسته از خانواده اصلی، عادت‌های شادکامی، شوخ‌طبعی، نشخوار فکری، خردورزی فردی، توجه به نقاط مثبت خود و تفریحات سالم که در هرکدام به ارائه راه‌کارهایی می‌پردازد، به افراد کمک می‌کند تا با استفاده از تغییر در نگرش، عاطفه و شادی خود به کاهش معیارهای خویش و افزایش رضایت از زندگی بپردازند که این امر باعث بهبود سردردهای میگرنی و کاهش نشخوار فکری آن‌ها می‌شود. شایان ذکر است که عدم تأثیر این درمان بر مؤلفه کمال‌گرایی در پژوهش حاضر به دلیل ویژگی‌های شخصیتی متفاوت افراد شرکت‌کننده در این پژوهش و ویژگی‌های خوددرمان بود که با وجود افزایش نگرش‌ها و ارزش‌های مثبت افراد نسبت به خود نتوانست در بعد کمال‌گرایی چندان مؤثر واقع شود؛ زیرا به نظر می‌رسد که این درمان، کمال‌گرایی را نیز تقویت می‌کند.

عدم برگزاری دوره پیگیری، محدودبودن نمونه آماری به تعداد ۳۰ نفر از افراد مبتلا به سردردهای میگرنی مراجعه‌کننده به بیمارستان‌ها و مراکز پزشکی- درمانی شهر تربت حیدریه و خودگزارشی‌بودن ابزارهای پژوهش از محدودیت‌های این مطالعه بودند؛ از این رو پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی، پژوهش در ارتباط با نمونه بزرگ‌تری صورت گیرد و از دیگر ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات مانند مشاهده، مصاحبه و غیره استفاده شود. علاوه‌براین، توصیه می‌گردد که این پژوهش با دوره پیگری نیز انجام شود.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه دکترای دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد می‌باشد. بدین‌وسیله نویسندگان از همکاری

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.48305/hsr.2019.15.1.104]

و مساعدت تمامی عزیزانی که آن‌ها را در انجام این پژوهش یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌نمایند.

تضاد منافع

این پژوهش هیچ گونه تعارض منافع را برای نویسندگان به دنبال نداشته است.

ملاحظات اخلاقی

پژوهش حاضر با کد IR.IAU.MSHD.REC.1397.029 در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی مشهد به تصویب رسیده است.

به کلیه شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که تمامی اطلاعات پرسشنامه به‌صورت کاملاً محرمانه نزد پژوهشگر باقی می‌ماند و از این اطلاعات صرفاً جهت ارزیابی پژوهشی استفاده می‌شود.

حمایت مالی

این پژوهش از طرف هیچ سازمانی حمایت مالی نشده است و تمامی مخارج بر عهده نویسنده بوده است.

References

1. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. P. 467-77.
2. Coppola G, Pierelli F, Schoenen J. Habituation and migraine. Neurobiol Learn Memory 2009; 92(2): 249-59.
3. Rockett FC, De Oliveira VR, Castro K, Chaves ML, Perla AD, Perry ID. Dietary aspects of migraine trigger factors. Nutr Rev 2012; 70(6): 337-56.
4. Fallahzade H, Alihaydari A, Hoseini H. Prevalence of migraine and tension headache in students of guidance schools in Yazd city, 2008. Razi J Med Sci 2010; 17(76): 52-61. [In Persian].
5. Ebrahimi F, Varzaneh FN, Mohammadi Y, Jahromi SR, Varzaneh FN, Togha M. Migraine and tension type headaches among the medical staffs in Sina Hospital, Tehran, Iran. Neurosc J Shefaye Khatam 2007; 6(2): 25-30. [In Persian].
6. Lipton RB, Stewart WF, Von Korff M. The burden of migraine. Pharmacoeconomics 1994; 6(3): 215-21.
7. Schwaiger J, Kiechl S, Stockner H, Knoflach M, Werner P, Rungger G, et al. Burden of atherosclerosis and risk of venous thromboembolism in patients with migraine. Neurology 2008; 71(12): 937-43.
8. D'amico D, Libro G, Prudenzano MP, Peccarisi C, Guazzelli M, Relja G, et al. Stress and chronic headache. J Headache Pain 2000; 1(1): S49.
9. Abdollahi M, Arab Nejad M, Farzaneh S. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on reducing stomach congestion in migraine patients with obsessive compulsive disorder. 9th International Congress for Psychotherapy Asian Chapter, Tehran, Iran; 7 May 2016.
10. Abdullahi M. The effectiveness of cognitive-behavioral education on reducing rhombeism in patients with migraine with obsessive compulsive disorder. [Master Thesis]. Tehran, Iran: General Psychology, Allameh Tabatabaei University; 2011. [In Persian].
11. Martin LL, Tesser A. Toward a motivational and structural theory of ruminative thought. New York: Guilford Press; 1989. P. 306-26.
12. Papageorgiou C, Wells A. Depressive rumination: Nature, theory and treatment. New Jersey: John Wiley & Sons; 2004.
13. Azargoon H, Kajbaf MB, Molavi H, Abedi MR. The effectiveness of mindfulness training on mental rumination and depression of the students of Isfahan university. Daneshvar Raftar 2009; 16(34): 13-5. [In Persian].
14. Abolghasemi A, Jafari E, Ahmadi-Tahoursoltani M. Comparison of perfectionism, aggression and coping styles in patients with migraine and tension-type headaches and healthy individuals. J Kerman Univ Med Sci 2014; 21(2): 162-73. [In Persian].
15. McAnulty DP. Psychological correlates of head pain. [Doctoral Dissertation]. Baton Rouge: Louisiana State University; 1984.
16. Shirzadi Bestoni A, Mehrabizadeh Honarmand M, Haghighi J. A study of simple and multiple relationships between perfectionism, trait state anxiety and depression with migraine headeage in students of Islamic Azad University of Ahvaz. J Educ Psychol 2002; 9(3-4): 109-26.
17. Kolotylo CJ, Broome ME. Predicting disability and quality of life in a community-based sample of women with migraine headache. Pain Manag Nurs 2000; 1(4): 139-51.
18. Norte CE, Souza GG, Pedrozo AL, Mendonça-de-Souza AC, Figueira I, Volchan E, et al. Impact of cognitive-behavior therapy on resilience-related neurobiological factors. Arch Clin Psychiatry 2011; 38(1): 43-5.
19. Padash Z, Fatehizadeh M, Abedi M, Izadikhah Z. The effect of quality of life therapy on marital satisfaction. J Res Behav Sci 2012; 10(5): 363-72. [In Persian].
20. Golparvar M. Effect of quality of life education on the components of psychological capital of female students. J Women Fam Stud 2014; 2(1):73-91. [In Persian].
21. Brown H, Newman C, Noad R, Weatherby S. Behavioural management of migraine. Ann Indian Acad Neurol 2012; 15(Suppl 1): S78.
22. Boogar IR, Besharat MA. The effect of group mindfulness-based stress reduction program on the severity of fibromyalgia. Contemp Psychol 2012; 7(2): 15-28. [In Persian].
23. Rostami M, Abolghasemi A, Narimani M. The effectiveness of quality of life therapy on quality of life in maladjustment couples. Pajouhan Sci J 2016; 15(1): 19-27. [In Persian].
24. Aghaei S, Yousefi Z. The effectiveness of quality of life therapy on psychological capitals and its dimensions among mothers of children with intellectual disability. J Fam Couns Psychother 2012; 3(1): 105-23. [In Persian].
25. Frisch MB. Quality of life therapy: applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy. New Jersey: John Wiley & Sons; 2005.
26. Mota CP, Matos PM. Does sibling relationship matter to self-concept and resilience in adolescents under residential care? 27- Children Youth Serv Rev 2015; 56: 97-106.
27. Gazalle FK, Hallal PC, Andreazza AC, Frey BN, Kauer-Sant'Anna M, Weyne F, et al. Manic symptoms and quality of life in bipolar disorder. Psychiatry Res 2007; 153(1): 33-8.
28. Frisch MB. Psychotherapy based on improving quality of life. Trans: Khamseh A. 1st ed. Tehran: Arjmand Publishing; 2012. [In Persian].
29. Kabat-Zinn J. Coming to our senses: healing ourselves and the world through mindfulness. New York: Hyperion; 2003.
30. Ghadampour E, Yousefvand M, Farokhzadian A, Hassanvand B, Yousefvand M. The Effectiveness of Quality of Life Therapy (QOLT) on the academic resilience and self-differentiation in depressed girls high school students. J Psychol Psychiatry 2017; 4(3): 77-90.
31. Khademi MJ, Abedi MR. The effectiveness of quality of life psychotherapy on blind girls' mental health in Isfahan. Knowl Res Appl Psychol 2016; 16(4): 32-44. [In Persian].
32. van Strien T, Winkens L, Toft MB, Pedersen S, Brouwer I, Visser M, et al. The mediation effect of emotional eating between depression and body mass index in the two European countries Denmark and Spain. Appetite 2016; 105: 500-8.
33. Stöber J. The frost multidimensional perfectionism scale revisited: more perfect with four (instead of six) dimensions. Personal Individ Differ 1998; 24(4): 481-91.
34. Bitaraf S, Shaeeri MR, Hakim JM. Social phobia, parenting styles, and perfectionism. Dev Psychol 2010; 7(25): 75-83. [In Persian].
35. Najjarian B, Attari Y, Zargar Y. Compilation and scale validation for perfectionism. J Educ Psychol 1999; 3(5): 43-

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.48305/hsr.2019.15.1.104]

58. [In Persian].
36. Bagherinezhad M, Salehi FJ, Tabatabaee SM. Relationship between rumination and depression in a sample ofiranian students. Stud Educ Psychol 2010; 11(1): 21-38. [In Persian].
37. Khosravi M, Ebrahimi S, Ghasemian D. The effectiveness of cognitive-behavioural therapy on resilience of homeless women with drug abuse experience in recovery. Int J Psychol Psychiatry 2014; 2(1): 19-24.
38. Abedi MR, Vostanis P. Evaluation of quality of life therapy for parents of children with obsessive–compulsive disorders in Iran. Eur Child Adolesc Psychiatry 2010; 19(7): 605-13.
39. Padash Z, Fatehizadeh M, Abedi MR. The effectiveness of psychotherapy education based on improving quality of life on spouses happiness. Quart J Fam Couns Psychother 2011; 1(1): 115-30. [In Persian].
40. Joormann J. Differential effects of rumination and dysphoria on the inhibition of irrelevant emotional material: Evidence from a negative priming task. Cogn Ther Res 2006; 30(2): 149-60.
41. Roshanfar AR, Mokhtari S, Padash Z. Effectiveness of Educational based on Quality of Life Therapy on perfectionism. J Health Syst Res 2013; 9(8): 886-95. [In Persian].
42. Mirzaei GH. A review of cammon migrain in girls high school and related fall in education in shahrekord region. J Shahrekord Univ Med Sci 2002; 5(4): 55-62.
43. Hosseini A, Khormayi F, Assarzadegan F, Hessami O, Taghavi M, Mohammadi N. The comparison of cognitive emotion regulation strategies among patient with migraine headache, tension headache and normal individuals. Health Psychol 2014; 3(3): 90-9. [In Persian].
44. Schwaiger J, Kiechl S, Stockner H, Knoflach M, Werner P, Rungger G, et al. Burden of atherosclerosis and risk of venous thromboembolism in patients with migraine. Neurology 2008; 71(12): 937-43.
45. Aghayousefi A, Seifi MY. Group quality of life therapy in patients with multiple sclerosis. J Pract Clin Psychol 2013; 1(2): 77-81. [In Persian].
46. Segal ZV, Teasdale J. Mindfulness-based cognitive therapy for depression. New York: Guilford Publications; 2018.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.48305/hsr.2019.15.1.104]