

## مقایسه اثربخشی کیفیت زندگی درمانی و درمان مبتنی بر معنویت اسلامی بر تحمل پریشانی، استرس، اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به سردرد تنشی

تاریخ پذیرش: ۹۶/۰۱/۲۷

تاریخ دریافت: ۹۵/۰۹/۱۵

محمد باقر کجیاف\*، فریبا حسینی\*\*، امیر قمرانی\*\*\*، نازنین رزازیان\*\*\*\*

### چکیده

**مقدمه:** سردرد تنشی یکی از انواع اختلالات روان تنی است که شیوع زیادی دارد. استرس و خلق منفی، عامل تشدید کننده سردردهای تنشی است. هدف اصلی پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی کیفیت زندگی درمانی و درمان مبتنی بر معنویت اسلامی بر تحمل پریشانی، استرس، اضطراب و افسردگی در زنان مبتلا به سردرد تنشی بود.

**روش:** طرح پژوهش حاضر به صورت نیمه تجربی و از نوع پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش مشتمل بر کلیه بیماران زن مبتلا به اختلال سردرد تنشی در شهر کرمانشاه بود. که در سال ۱۳۹۳ با استفاده از نمونه گیری در دسترس و با استفاده از ملاک های ورود و خروج، انتخاب شدند تعداد ۳۹ نفر انتخاب شده به روش تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۳ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش کیفیت زندگی درمانی در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای تحت کیفیت زندگی درمانی و گروه آزمایش معنویت درمانی نیز در ۸ جلسه ۱۰۰ دقیقه ای تحت درمان مبتنی بر معنویت اسلامی قرار گرفتند، در حالی که گروه کنترل هیچ درمانی را دریافت ننمود. ابزارهای پژوهش شامل مقیاس تحمل پریشانی و مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس بودند که در هر سه گروه در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بر روی شرکت کنندگان اجرا شدند.

**یافته ها:** نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیره نشان داد در دو گروه کیفیت زندگی درمانی و درمان مبتنی بر معنویت اسلامی، مداخله صورت گرفته بر تحمل پریشانی، استرس، افسردگی و اضطراب در مراحل پس آزمون و پیگیری تأثیر معنی داری داشته. اما اثربخشی معنویت درمانی در کاهش اضطراب و افسردگی در پس آزمون بیشتر از کیفیت زندگی درمانی بود. در حالی که در تحمل پریشانی و افسردگی تفاوت دو گروه مداخله در پس آزمون معنی دار به دست نیامد. در مرحله پیگیری نیز در همه متغیرها تأثیر معنویت درمانی بیشتر از کیفیت زندگی درمانی بود.

**نتیجه گیری:** براساس یافته ها، هر دو درمان، کیفیت زندگی درمانی و درمان مبتنی بر معنویت اسلامی مداخلاتی مؤثر در بیماران مبتلا به سردرد تنشی است. اما تأثیر طولانی مدت درمان مبتنی بر معنویت اسلامی بیشتر است.

**واژه های کلیدی:** کیفیت زندگی درمانی، درمان مبتنی بر معنویت اسلامی، تحمل پریشانی، استرس، اضطراب، افسردگی، سردرد تنشی.

## مقدمه

فزاینده تحقیقات، مبانی لازم برای مفهوم سازی سردرد، به عنوان یک اختلال روان تنی را فراهم آورده است. همچنین عوامل زیست‌شناسی به تنهایی نمی‌توانند آسیب‌پذیری نسبت به تجربه اختلال سردرد، زمان حمله آن، سیری که طی می‌کند تسریع و تشدید حمله‌های آن یا ناتوانایی مرتبط با اختلال را تبیین نمایند [۱۰]. استرس روانشناختی و خلق منفی به عنوان عوامل تشدید کننده سردرد تنشی نامیده شده‌اند که خود نتیجه افزایش سردرد ها بوده و منجر به تشدید حملات سردرد می‌شود [۱۱]. نتایج مطالعات نشان داده است که سردرد تنشی توسط استرس ایجاد شده و تشدید می‌گردد [۱۲]. استرس اغلب با انقباض طولانی عضلات سر و گردن همراه است که طی چندین ساعت ممکن است سبب انقباض عروق خونی شود. سردردی مبهم معمولاً در پشت سر ظاهر شده و در تمام سر منتشر می‌شود و گاهی به صورت نواری سفت به دور جمجمه احساس می‌شود [۱۳]. پیامد های جسمی استرس و تاثیر آن بر سلامت به میزان وسیعی مورد مطالعه واقع شده است. پژوهش‌ها بیانگر آن است استرس باعث ناکنش وری جسمی شده و همچنین افزایش بیماری و عود آنرا به دنبال دارد [۱۴]. به دلیل ناتوانی افراد در کنترل آشفته‌گی خود در شرایط استرس‌زا، استرس به عنوان یکی از عوامل اصلی تشدید کننده ی حمله های سردرد مطرح شده است [۱۵]. اضطراب یک احساس ناخوشایند و مبهم اغلب به شکل دلواپسی است که با حس تردید نسبت به یک عامل ناشناخته تعریف می‌شود [۱۶]. این حس ناخوشایند می‌تواند با علائم فیزیولوژیک و علائم عاطفی بسیاری همراه باشد و به شکل یک احساس عاطفی شدید بروز کند [۱۷]. ارتباط معنی داری بین سردرد هایی که از زمان کودکی و بلوغ شروع می‌شوند و بروز افسردگی در سال های بعد وجود دارد. افرادی که از افسردگی رنج می‌برند، دو برابر افراد غیر افسرده احتمال سردرد دارند و وجود افسردگی اساسی هنگام بلوغ در فردی که هیچ شکایتی از سردرد نداشته، حاکی از شروع سردرد در آینده است - توان نتیجه گرفت که یک ارتباط عصبی شیمیایی بین افسردگی و سردرد وجود دارد [۱۸]. در افرادی که سردرد - های غیر ارگانیک مزمن دارند، افسردگی به عنوان یکی از

اختلالات روان تنی یا روان - فیزیولوژیک اشاره به آن دسته از حالات جسمانی دارد که در آنها حوادث پرمعنای روانشناختی به طور تنگاتنگی با نشانه های بدنی مرتبط هستند. این مشکلات و اختلالات شامل اختلالات قلبی - عروقی، تنفسی، معدی - روده‌ای، استخوانی - عضلانی، پوست و سردرد هستند. معمولاً اصطلاح روان تنی هنگامی به کار می‌رود که شخص دارای نشانه های فیزیکی و جسمی است که به نظر می‌رسد عمدتاً به دلیل عوامل روان شناختی ایجاد یا تشدید شده اند. ظهور و بروز اختلالات روان تنی نیازمند آن است که عوامل روان شناختی و نشانه های جسمی به طور همزمان در پیوند با یکدیگر باشند [۱]. سردرد یکی از رایج ترین شکایت ها در درمانگاه‌های عصب شناختی و (TTH) شایع ترین نوع سردردها است [۲] که این نوع از سردردها در زنان دو برابر مردان شایع است [۳]. این سردردها می‌توانند خفیف و با فواصل نه چندان کم و یا شدید و دیرپا باشند. تحقیقات جدید نشان داده است که فعالیت های اجتماعی در حدود ۶۰ درصد از این بیماران مختل می‌گردد [۴] و سردردهای شدید و تکرار شونده فعالیت‌های روزمره زندگی را محدود می‌سازند، کیفیت زندگی را تقلیل می‌دهند و باعث کاهش بهره وری می‌شوند [۵]. این سردردها با درد دوطرفه غیرضربان دار (فشار یا سفتی، درد کند شبیه باند پیچی یا کلاه) درد خفیف یا متوسط که بتواند مانع فعالیت‌های شخصی شود، مشخص می‌شود [۶]. بسیاری از سردردهای مزمن با مسائل روانی و رفتاری همراه هستند و افسردگی و اضطراب یکی از مسائل منجر به بستری کردن بیماران دچار سردرد مزمن در بیمارستان می‌شود افسردگی و اضطراب با تداوم سردرد بیش از شدت سردرد رابطه دارد [۷، ۸]. علائم روان تنی همیشه پیامی در خود نهفته دارند. هدف آن‌ها یکسان است: «فرار» از یک موقعیت دشوار، تنش‌زا یا درد آور. نشانه های روان تنی را می‌توان به عنوان روشی جهت ارتباط یک «خود رنج دیده» با اطراف دانست اگرچه این نشانه ها تا حدی پیچیده هستند ولی می‌توان آن را مانند گریه جهت دریافت کمک تلقی کرد [۹]. پیشرفت های نظری و رشد

قابل تحمل می‌دانند و نمی‌توانند به آسفتگی و پریشانی شان رسیدگی نمایند، این افراد وجود هیجان را نمی‌پذیرند و از وجود آن احساس شرم و آسفتگی می‌کنند زیرا توانایی مقابله‌ی خود با هیجانات را دست‌کم می‌گیرند و تلاش فراوانی جهت جلوگیری از مسایل منفی و تسکین فوری آن انجام می‌دهند [۲۳]. افسردگی و اضطراب بیشتر باتکرار و تداوم سردرد رابطه دارند تا با شدت آن. بنابراین در تشخیص، پیش‌آگهی و درمان سردرد‌های مزمن بایستی به جنبه‌های روانی همراه با آن توجه بیشتری نمود و درمان روان‌شناختی راه‌عنوان مکمل مد نظر داشت چرا که درمان موفق سردرد‌های مزمن وابسته به تشخیص حالات افسردگی و اضطرابی می‌باشند [۷]. همواره در مقایسه اثربخشی درمان‌های دارویی و غیر دارویی بیماران مبتلا به سردردهای تنشی اختلاف وجود دارد [۲۴]. اما تحقیقات در سال‌های اخیر نشان داده است درمان‌های غیردارویی و روانشناختی [۲۵] که کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهند، در این بیماران اثربخش است. فریش<sup>۶</sup> معتقد است که مطالعه بهزیستی افراد و جوامع و ارتقاء آن بزرگترین چالش علمی بشر بعد از افزایش و پیشرفت در زمینه تکنولوژی است [۲۶] به همین دلیل درمان‌های امروزی باید متمرکز بر اصلاح و تغییر کیفیت زندگی و گسترش توانمندی‌ها و ایجاد رضایت از زندگی در افراد باشد. زیرا در حقیقت شادی و افسردگی (عاطفه مثبت و منفی) دو قطب متضاد روی یک پیوستار نیستند و درمان، خلق منفی ما را به صورت اتوماتیک به سوی شادی و رضایت از زندگی سوق نمی‌دهد [۲۷]. کیفیت زندگی درمانی (QOLT)<sup>۷</sup> ترکیبی از جدیدترین پژوهش‌ها و نظریه‌های مربوط به شادکامی، روانشناسی مثبت و مدیریت عواطف منفی را به همراه بصیرت ناشی از کار بالینی و روانشناسی مثبت به شکل مؤثر انسجام بخشیده و مورد استفاده قرار می‌دهد. این رویکرد را می‌توان برای مراجعین بالینی یا غیربالینی به کار برد. این درمان یکی از معدود درمان‌های جامع [۲۸] و مبتنی بر نظریه و شواهد تجربی است [۲۹، ۳۰] که با آخرین صورت بندی درمان شناختی بک و نظریه شناختی

متغیرهای سردرد مزمن مطرح شده است [۱۹]. هیث<sup>۱</sup>، سایبلا<sup>۲</sup>، مهماسنی<sup>۳</sup>، میجر<sup>۴</sup> و خوری<sup>۵</sup> نشان دادند که در افراد مبتلا به سردرد‌های اولیه، شدت سردرد با شدت افسردگی، رابطه‌ی مثبت دارد [۲۰]. همچنین یک سوم مراجعه‌کنندگان به مراکز بهداشتی آریزونای آمریکا با شکایت سردرد اولیه، دارای علائم افسردگی با شدت متوسط بودند [۱۹]. افسردگی اختلال شایعی است که شیوع مادام‌العمرش حدود ۱۵ درصد و در زنان ۲۵ درصد است. میزان بروز افسردگی اساسی در بیمارانی که به پزشکان عمومی مراجعه می‌کنند، بالاست [۱۳]. سازمان بهداشت جهانی تخمین زده است که تا سال ۲۰۲۰ افسردگی دومین بیماری پس از بیماری‌های قلبی و عروقی خواهد بود که سلامتی و حیات انسان را در جهان تهدید خواهد کرد. افسردگی در شکل‌های خفیف و متوسط، پدیده‌ای با تجربه‌ی همگانی و جهان‌شمول است و در اشکال مختلف می‌تواند به‌عنوان یک اختلال فلج‌کننده تلقی گردد. افسردگی اغلب به‌طور خالص وجود ندارد و در ۵۰ درصد موارد بیماران افسرده یک اختلال اضطرابی نیز همراه دارند [۲۱]. افسردگی، یکی از بیماری‌های شایع عاطفی است که موجب عدم لذت بردن از زندگی می‌شود. در واقع، فرد افسرده، دچار یک نوع عذاب روحی‌ای می‌شود که بر روابط اجتماعی و شخصی وی اثر منفی می‌گذارد و گاهی اوقات نیز برگشت‌ناپذیر است و خود را با علایمی نظیر خلق پایین، از دست دادن احساس، پوچی، کندی روانی و حرکتی، احساس گناه و ناتوانی در تمرکز و افکار مربوط به مرگ نشان می‌دهد [۱۳]. این اختلال اغلب با سطوح بالاتر اضطراب همراه شده و می‌تواند با حملات هراس و فوبیاهای ساده یا پیچیده همراه باشد که کیفیت زندگی فرد را به مخاطره اندازد [۲۲]. تحمل پریشانی (آسفتگی) به توانایی تجربه و تحمل موقعیت‌های روان‌شناختی منفی اطلاق می‌شود. آسفتگی ممکن است ما حاصل فرایند‌های فیزیکی و شناختی باشد. افراد با تحمل پریشانی پایین، هیجان را غیر

- 1- Heath
- 2- Sabila
- 3- Mamassani
- 4- Major
- 5- Khoury

6- Frisch

7- Quality of Life Therapy

برای ایجاد رضایت در این حوزه ها، است که بر اساس ایجاد رضایت مندی و کاهش فاصله موجود بین آنچه که شخص می خواهد و آنچه که دارد، باعث بالا بردن کیفیت زندگی می شود [۳۲]. عابدی و وستانیس<sup>۳</sup> (۲۰۱۰) به منظور ارزیابی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی برای والدین کودکان مبتلا به اختلال وسواس اجباردر ایران نشان دادند که این درمان (QOLT) باعث کاهش نشانه های OCD<sup>۴</sup> و اضطراب و افزایش رضایت کلی خانوادگی و موقعیتی کودکان مبتلا به OCD شد. هم چنین میزان کیفیت زندگی مادران هم به طور کلی افزایش معناداری یافت [۳۳]. در پژوهش دیگری رودریگو<sup>۵</sup> و همکاران (۲۰۱۰) در پژوهش با عنوان مداخله روانشناختی به منظور بهبود کیفیت زندگی و کاهش ناراحتی روانی در بزرگسالان منتظر پیوند کلیه به مقایسه اثربخشی ۳ نوع درمان پرداختند. ۶۲ بیمار به سه گروه دریافت کننده درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، درمان حمایتی، و مراقبت های معمولی تقسیم شدند. نتایج بیانگر آن بود که افراد گروه کیفیت زندگی درمانی، نمرات بیشتری در مقیاس کیفیت زندگی و صمیمیت اجتماعی، نسبت به دو گروه دیگر به دست آوردند [۳۴]. نقش معنویت در زندگی انسانها طی سالهای متمادی در حوزه های مختلف علمی توجهات زیادی را به خود جلب نموده است [۳۵]. معنویت یکی از ابعاد زندگی انسانی است و انسان ها همواره باورهای معنوی، اعمال، تجارب، ارزش ها، ارتباطات و چالشهای معنوی خود را همراه دارند [۳۶]. مطالعات در زمینه اختلالات روانی - فیزیولوژیکی بیانگر آن است که عوامل زیست شناختی به تنهایی قادر به تبیین آسیب پذیری افراد نسبت به اختلال سردرد، زمان حمله، سیربیماری، تسریع و تشدید و هله های سردرد و یا ناتوانی مرتبط با آن نبوده و عوامل روانی - اجتماعی سهم به سزایی در این زمینه دارند شواهد نشان می دهد که فشارهای روانی - اجتماعی از عوامل پیش بینی کننده شدت و تعداد حملات سردرد بوده و وقوع سردرد غالباً متعاقب دوره های پریشانی و استرس افزایش می یابد [۳۷].

افسردگی و آسیب شناسی روانی هماهنگ است. کیفیت زندگی درمانی شامل رویکردی برای افزایش رضایت از زندگی است. رضایت از زندگی به عنوان ارزیابی فرد از جنبه های مختلف زندگی خویش توصیف می شود. فریش معتقد است که این درمان مانند روان درمانی های مثبت به دنبال مطالعه و ارتقاء شادی و بهزیستی انسان ها از طریق کشف توانمندی و کیفیت زندگی برتر است [۲۶]. سانجوان و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۱۱) در پژوهشی نشان داد که رضایت از زندگی و سایر شاخص های سازگاری مثبت می تواند پیش بینی کننده قوی برای میزان سازگاری هیجانی (افسردگی و اضطراب) در مردان مبتلا به بیماری قلبی باشد [۳۱]. هدف کیفیت زندگی درمانی، افزایش خود مراقبتی حرفه ای یا غنای درونی است و به عنوان احساس آرامش عمیق، راحتی، تمرکز، محبت، هشیاری و آمادگی برای مواجهه با چالش های روزانه ی زندگی و مراقبت از خود به شیوه ای اندیشمندانه، عاشقانه، دلسوزانه و جامع تعریف می شود. این رویکرد انسجام به هم پیوسته شناخت درمانی و روانشناسی مثبت است که با آخرین صورت بندی درمان شناختی بک و نظریه ی شناختی افسردگی و آسیب شناسی روانی هماهنگ است، سه رکن مداخلات QOLT عبارت است از غنای درونی، زمان یا وقت با کیفیت و یافتن معنا [۲۶]. بر همین اساس، گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی به صورت ساختارمند و همراه با تکالیف و تمرین های شناختی - رفتاری به دنبال ایجاد تحول در ۱۶ حوزه اصلی زندگی (۱) بهداشت و سلامت جسمانی، (۲) عزت نفس، (۳) اهداف و ارزش ها، (۴) پول و مادیات، (۵) کار، (۶) بازی، (۷) یادگیری، (۸) اخلاقیات، (۹) کمک به دیگران، (۱۰) عشق، (۱۱) دوستان، (۱۲) فرزندان، (۱۳) خویشاوندان، (۱۴) خانه، (۱۵) همسایه و (۱۶) جامعه می باشد. در این مدل درمان در کیفیت زندگی با ایجاد تغییر شناختی - رفتاری در ۵ مفهوم اصلی انجام می شود این پنج مفهوم به طور خلاصه CASIO<sup>۲</sup> نامیده می شود و عبارتند از ۱- شرایط زندگی ۲- نگرش ها، ۳- استانداردهایی که ما برای خودمان تعریف کرده ایم، ۴- ارزش ها ۵- رضایت کلی از زندگی. کاسیو پنج استراتژی

3- Vostanis

4- obsessive compulsive disorder

5- Rodrigve

1- Sanjuan

2- CASIO: Circumstance Attitude Standards of fulfillment Importance Overall satisfaction

تحقیقات متعددی در مورد اثربخشی روان درمانی معنوی - مذهبی صورت گرفته است. پاکرت<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۹) با استفاده از رویکرد درمان ترکیبی شناختی رفتاری با مذهب و معنویت نشان دادند که این رویکرد درمانی باعث بهبود مهارت های مقابله ای در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب منتشر می شود [۴۵]. الیسون<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۹) با انجام پژوهشی در یک نمونه افراد عادی نشان دادند که شدت پایبندی به باورهای مذهبی و باور به مفاهیمی مانند معاد، همبستگی منفی و معنی داری با احساس اضطراب و همبستگی مثبت و معنی داری با آرامش دارد [۴۶]. کوزاسکی<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۱۰) نشان دادند که کارآمدی مداخلات مبتنی بر معنویت در درمان اختلال اضطراب فراگیر بسیار بالا بوده و باعث کاهش معنی دار در نگرانی و علایم اختلال اضطرابی در مبتلایان می شود [۴۷]. باررا<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۱۲) نشان داده اند که درمان ترکیبی شناختی رفتاری با تأکید بر مذهب و معنویت بر روی افراد سالمند دارای اختلال اضطراب باعث کاهش بارز اختلال از قبیل نگرانی در گروه آزمایش بود [۴۸]. جان بزرگی (۱۳۷۷) در پژوهشی به بررسی اثربخشی روان درمانی کوتاه مدت آموزش خودمهارگری با و بدون جهت گیری مذهبی بر مهار اضطراب و تنیدگی سنجیده شد. نتایج نشان داد که درمانگری چندبعدی با یا بدون جهت گیری مذهبی اسلامی اضطراب و تنیدگی را کاهش می دهد. علاوه بر این درمانگری با جهت گیری مذهبی اسلامی دارای تأثیر فراتری از درمانگری بدون جهت گیری مذهبی در کاهش اضطراب بود [۴۹]. یعقوبی و همکاران (۱۳۹۱) در پژوهش خود نشان دادند شیوه های درمانی مبتنی بر آموزه های اسلامی همانند روش های شناختی و رفتاری در کاهش اضطراب مؤثر است [۵۰]. یکی از مشکلاتی که مدل های روان درمانی دینی در ایران با آن مواجه است فقدان یک چارچوب نظری و تبیین پیش فرض های مشخص آن است. روان درمانی دینی نمی تواند صرفاً تلفیق برخی روش های رفتاری - شناختی و معنوی به صورت التقاطی با روان درمانی های رایج باشد گر چه این رویکرد به عنوان

از آنجایی که هدف مراقبت های پزشکی و روان شناختی چیزی فراتر از مدیریت بیماری است، لذا درمانگر درگیر توجه به تمامیت انسان و همه ی ابعاد وجودی وی از جمله معنویت است. بنابراین مطالعات علی - مقایسه ای و تعیین همبستگی بین متغیر های دینی و سلامت به تنهایی کافی نیست و زمانی ارزش عملیاتی می یابد که بر اساس این مطالعات مدل های جدیدی از روان درمانی با لحاظ کردن مؤلفه های معنوی به وجود آید [۳۸، ۳۹].

تقریباً همه صاحب نظران با این گفته موافق هستند که متغیر های فرهنگی در تشخیص و درمان مشکلات خلقی مهم تلقی می شود. در حقیقت غفلت از تفاوت های فرهنگی در پژوهش های بالینی نه تنها یک سوء مدیریت در سیاست گذاری های پژوهشی است بلکه می تواند به سوء تعبیرهای جدی از یافته های پژوهشی منجر شود [۴۰]. عقاید و ارزش ها در فرهنگ های مختلف متفاوت است و در حقیقت انسان هایی که در فرهنگ های مختلف رشد می کنند نه تنها درباره ی اشیاء و پدیده ها، متفاوت فکر می کنند بلکه به نظر می رسد نحوه اندیشیدن آنها نیز متفاوت باشد. این موضوع ارتباط مستقیمی با آسیب شناسی روانی و درمان اختلالات روان شناختی دارد [۴۱]. گام بعدی در مطالعات رو به رشد حیطه ی معنویت گرایی، دین و علوم رفتاری موضوع لزوم ادغام سازی آموزه های دینی اصیل و باورها و اعتقادات بومی مربوط به سلامتی در راهبردهای روان درمانی بود [۴۲]. بر این اساس مدل های مختلف روان درمانی و آموزه های دینی در فرهنگهای مختلف و مذاهب گوناگون به وجود آمده است. نمونه هایی از این رویکرد های ادغام سازی معنویت و دین عبارتند از: مدل درمان شناختی - رفتاری - مذهبی در درمان اختلال افسردگی [۴۳]، گروه درمانی مبتنی بر معنویت [۴۳]، برنامه ی روان درمانی دینی برای افسردگی و اضطراب [۳۹] برنامه ی مداخله ی روان درمانی معنوی تحت عنوان "زندگی خود را از نو بساز" [۴۴]. نتایج پژوهشی مربوط به اثر بخشی مدل های مذکور، برتری آن بر مدل های سکولار که به زمینه و آموزه های معنوی توجه ندارند، را نشان داده است.

1- Paukert

2- Ellison

3- Koszycki

4- Barrera

برای دستیابی به پروتکل درمانی چهار گام طرح ریزی و اجرا شد: گام اول: الف) مشاهده، ب) روش گروهی متمرکز با بیماران مبتلا به سردرد تنشی مزمن، ج) مصاحبه با اساتید و متخصصان علوم دینی، د) مصاحبه با متخصصان روان‌شناسی گام دوم: بررسی منابع نوشتاری گام سوم: یکپارچه سازی اطلاعات گام چهارم: بررسی اعتبار و روایی پروتکل درمان مبتنی بر معنویت اسلامی، در این مرحله پروتکل درمانی مبتنی بر معنویت اسلامی به همراه یک فرم نظرسنجی که اهداف و محتوای هر جلسه با مقیاس درجه بندی (کاملاً مناسب، تاحدی مناسب، نامناسب) به چهار نفر از متخصصین روان‌شناسی و علوم اسلامی، غیر از متخصصین مراحل قبلی ارائه گردید و نظرات آنها اخذ و به شیوه ضریب همبستگی، توافق بین نظرات، ارزیابی و محاسبه شد. در این راستا شاخص توافق ۸۴٪. به دست آمد که در سطح  $P \leq 0.05$  معنا دار بود و اعتبار و روایی پروتکل را تایید می نمود. جهت ارزیابی محتوایی پروتکل درمانی پنج نفر از اساتید متخصص در حوزه روان‌شناسی از دانشگاه اصفهان برنامه را ارزیابی نموده و با توجه به هدف‌های ارائه شده در پروتکل آن را تایید نمودند، پنج متخصص در زمینه کارآیی پروتکل به تفکیک جلسات، توافق داشته و آن را در حد "کاملاً مناسب" ارزیابی نمودند. پس از انجام این مراحل پروتکل درمانی معنویت درمانی مبتنی بر رویکرد اسلامی تدوین گردید (جدول شماره ۱).

طرح تحقیق نیمه تجربی و از نوع طرح پژوهشی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل می‌باشد.

**آزمودنی‌ها:** جامعه آماری این پژوهش مشتمل بر کلیه بیماران زن مبتلا به اختلال سردرد تنشی در شهر کرمانشاه، سال ۱۳۹۳ بود. نمونه‌ی پژوهش، از مرکز بهداشت و درمان و مراجعه‌کنندگان به مطب پزشکان که سردرد تنشی مزمن آنها به تایید نورولوژیست رسیده بود و با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و خروج، انتخاب شدند. ملاک‌های ورود عبارت از، داشتن حداقل ۱۸ سال، دارا بودن حداقل سطح تحصیلات (خواندن و نوشتن)، معرفی نامه کتبی از متخصصین مغز و اعصاب در خصوص بیماری (سردرد تنشی مزمن)، عدم شرکت در سایر مداخله

یکی از روش‌های تقویت روان‌درمانگری دینی مطرح بوده است [۵۱]. رویکرد التقاطی بدون زیر بنای نظری، تنها استفاده از راهبردهای موثر را توصیه می‌نماید، بنابراین هر مدل یا نظریه روان‌درمانی نیازمند یک چارچوب نظری شامل تبیین انسان، توضیح فرایند، ساخت پدیدآیی، علائم آسیب‌شناسی روانی و در نهایت راهکارهای درمانی مبتنی بر تبیین نظری خواهد بود. بنابراین پژوهش حاضر در جهت پر کردن خلاء موجود به تدوین پروتکل درمانی مبتنی بر معنویت اسلامی<sup>۱</sup> می‌پردازد، پروتکلی که بر یک چارچوب نظری انسان‌شناسی و آسیب‌شناسی مشخص استوار باشد و در مرحله‌ی دوم، اثر بخشی مداخله‌ی مبتنی بر آن با روش کیفیت زندگی درمانی بر متغیرهای اضطراب، افسردگی، استرس و تحمل‌پذیریشانی در درمان بیماران مبتلا به سردرد تنشی مورد بررسی قرار می‌گیرد.

## روش

**طرح پژوهش:** از آنجا که پروتکل درمانی مبتنی بر معنویت اسلامی به صورت یک مدل تعریف شده و متناسب با فرهنگ و آموزه‌های مذهبی و ایرانی آماده و در دست نبود، برای دستیابی به پروتکل درمانی از روش نظریه‌زمینه‌ای یا داده‌بنیاد استفاده شد. سپس به منظور تعیین خط سیر پژوهش و شکل دهی به آن تعدادی از مقالات آثار و کتب مرتبط، مورد مطالعه قرار گرفت و هم‌چنین با چند نفر از اساتید و متخصصان حوزه روان‌شناسی و صاحب‌نظران علوم دینی نشست‌هایی برگزار شد. در نظریه‌زمینه‌ای، داده‌ها از منابع گوناگون بر حسب لزوم جمع‌آوری و طی فرآیندی خلاق و منعطف تدوین می‌شوند، به همین دلیل از این رویکرد بیشتر زمانی استفاده می‌شود که درباره یک موضوع اطلاعات منسجم یا مدل عملی برای کار وجود نداشته باشد [۵۲]. از دیگر کاربردهای مهم نظریه‌زمینه‌ای، ایجاد و تدوین راهبردهای درمان برای اختلالات مختلف در حیطه‌ی پزشکی است، زمانی که روش‌های قبلی کفایت لازم را نداشته یا نیازمند تقویت با شیوه‌های نوین و مبتنی بر فرهنگ و زمینه‌ی اجتماعی بیماران باشد، از این روش استفاده می‌شود [۵۳].

۲- مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS)؛<sup>۵</sup> این مقیاس نامی از پرسش‌نامه توسط لایویند<sup>۶</sup> و ساخته شد و دارای دوفرم است [۵۵]. فرم اصلی آن دارای ۴۲ عبارت است که هریک از سازه‌های روانی افسردگی، اضطراب و استرس را توسط ۱۴ عبارت متفاوت مورد ارزیابی قرار می‌دهد. فرم کوتاه آن شامل ۲۱ عبارت است که هریک از ۷ عبارت یک عامل یا سازه‌ی روانی را اندازه‌گیری می‌کند. آزمودنی باید شدت فراوانی علامت مطرح شده در هر ماده را که در طول هفته گذشته تجربه کرده است، علامت بزند. هریک از سوالات دارای مقیاس لیکرت بین ۰ تا ۳ هستند. لایویند نشان دادند که اعتبار بازآزمایی برای زیرمقیاس‌های فرعی به ترتیب ۰/۷۱ و ۰/۸۱ برای افسردگی، ۰/۸۱ برای استرس، ۰/۷۹ برای اضطراب، به دست آمد. برای روایی مقیاس نیز ضرایب همبستگی یا پرسشنامه‌ی اضطراب و افسردگی بک به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۴ به دست آمد [۵۶].

**روند اجرای پژوهش:** پس از انتخاب نمونه پژوهش، ابتدا در خصوص مداخلات درمانی توضیحاتی به گروه‌های آزمایش داده شده و از آن‌ها خواسته شد تا در تمامی جلسات درمان حضور فعالانه‌ای داشته باشند، سپس پرسشنامه‌های تحمل‌پریشانی، اضطراب، افسردگی و استرس در مرحله پیش‌آزمون بر روی شرکت‌کنندگان اجرا شد. در مرحله بعدی گروه آزمایش در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای کیفیت زندگی درمانی که در جدول شماره ۱ ارائه شده است، شرکت نمودند. در ساختار ۸ جلسه‌ای کیفیت زندگی درمانی از پروتکل اجرایی جلسات فریش استفاده شد [۲۶] که به صورت دو جلسه در یک هفته و طی چهار هفته متوالی انجام گرفت. گروه آزمایش معنویت درمانی در ۸ جلسه‌ی ۱۰۰ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر معنویت اسلامی به صورت گروهی و یک جلسه در هفته و طی ۸ هفته متوالی شرکت نمودند (جدول شماره ۱). سپس هر سه گروه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه با همان ابزارها مورد سنجش قرار گرفتند. گروه کنترل هیچ درمانی دریافت ننمود. بازه زمانی اجرا، در شش ماهه اول ۱۳۹۴ بوده است. در طول جلسات یک نفر به

های روانشناسی یا روانپزشکی به صورت همزمان، عدم تشخیص اختلال روانی حاد و اختلالات شخصیت، تمایل به بهبودی بدون مصرف دارو و موافقت درمانجو برای حضور در جلسات درمانی بود. ملاک‌های خروج نیز عبارت از، غیبت بیش از یک جلسه در جلسات درمانی، ابتلا به اختلالات سایکوتیک، اشتغال ذهنی یا افکار خودکشی یا ایده‌پردازی خودکشی و عدم تمایل درمانجو به ادامه درمان بود. روش نمونه‌گیری پژوهش دردسترس بود. به گونه‌ای که با مراجعه به درمانگاه‌ها و مطب‌های خصوصی شهر کرمانشاه با در نظر گرفتن شرایط ورود و خروج، انتخاب و سپس با رعایت موازین اخلاقی پژوهش و منطبق درمان در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (هر گروه ۱۳ نفر) قرار گرفتند.

### ابزار

۱- پرسش‌نامه تحمل‌پریشانی (DTS)<sup>۱</sup>: پرسش‌نامه تحمل‌پریشانی توسط سیمونز و گاهر ساخته شده است [۵۲]. این پرسشنامه تحمل‌پریشانی را به عنوان یک سازه فراهیجانی<sup>۲</sup> مورد توجه قرار می‌دهد که شامل ارزیابی و انتظارات یک فرد از تجربه حالات هیجانی منفی در مورد (۱) تحمل‌پذیری<sup>۳</sup> و انزجار<sup>۴</sup> (۲) ارزیابی و قابلیت‌پذیری (۳) گرایش به جذب توجه و از هم‌گسیختگی عملکرد (۴) تنظیم‌وبه‌ویژه نیروی حاصل از تمایلات عمل در جهت اجتناب یا تضعیف فوری تجربه است [۵۴]. این پرسش‌نامه ۱۵ سوال دارد که ۴ خرده‌مقیاس‌پریشانی، جذب‌شدن به وسیله هیجان‌ات منفی، ارزیابی یا برآورد ذهنی‌پریشانی و تنظیم‌تلاش‌ها برای تسکین‌پریشانی را می‌سنجد. این مقیاس براساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود به گونه‌ای که نمره یک به معنای توافق کامل با گزینه موردنظر و نمره پنج به معنای عدم توافق کامل با گزینه موردنظر است. ضرایب آلفا برای این مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۷۸، ۰/۷ و ۰/۸۲ برای کل مقیاس ۰/۸۲ به دست آمده است. همچنین مشخص شده است که این مقیاس دارای روایی ملاکی و همگرایی اولیه کافی است [۵۴].

- 1- The Distress Tolerance Scale
- 2- meta-emotional construct
- 3- tolerability
- 4- aversiveness

5-The Depression, Anxiety Stress Scale

6- Lavibond

شد در اجرای پرسش نامه های پژوهش از شیوه چرخش متناوب به منظور جلوگیری از اثرات ترتیب اجرای پرسشنامه ها استفاده گردید. داده ها از روش های آماری تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکوا) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. عناوین و محتوای مختصر جلسات آموزشی در جدول شماره ی ۱ ارائه شده است.

عنوان دستیار پژوهش جهت توزیع فرم های لازم در مداخله ها، بین بیماران و کمک به آنها، در کنار درمانگر حضور داشت. اجرای پرسشنامه ها با شیوه ی بی نام کردن آن ها و استفاده از یک کد صورت گرفت، اقدام مذکور جهت اطمینان بخشی به شرکت کنندگان برای محرمانه بودن نتایج به عنوان بخشی از اخلاق پژوهش و پیشگیری از خطاهای ناشی از مطلوبیت اجتماعی انجام

### جدول (۱) عناوین و محتوای مختصر جلسات آموزشی

شرح جلسات	جلسات	نوع درمان
برقراری ارتباط و معرفی اعضاء، بیان قواعد گروه، اهداف و معرفی دوره آموزشی، اخذ تعهد از شرکت کنندگان جهت حضور در جلسات، معرفی و بحث پیرامون کیفیت زندگی، رضایت از زندگی، شادی	اول	کیفیت زندگی درمانی (QOLT)
مروری بر بحث جلسه قبل، تعریف کیفیت زندگی درمانی، معرفی ابعاد کیفیت زندگی، معرفی حیطه های ۱۶ گانه زندگی که کیفیت کلی زندگی فرد را تشکیل می دهند، کشف موارد مشکل آفرین اعضاء، خلاصه بحث، ارائه بازخورد	دوم	
مروری بر بحث جلسه قبل، معرفی CASIO به عنوان پنج ریشه، شروع کردن با یکی از ابعاد، معرفی C به عنوان استراتژی اول و کاربرد آن در ابعاد ۱۶ گانه ی کیفیت زندگی	سوم	
مروری بر بحث جلسه قبل، معرفی CASIO، معرفی I به عنوان استراتژی دوم در ابعاد ۱۶ گانه کیفیت زندگی	چهارم	
مروری بر بحث جلسه قبل، بحث پیرامون CASIO، معرفی S به عنوان استراتژی سوم جهت افزایش رضایت در زندگی، آموزش اصول کیفیت زندگی	پنجم	
مروری بر بحث جلسه قبل، بحث پیرامون اصول مربوط به کیفیت زندگی، معرفی I به عنوان استراتژی چهارم و کاربرد این اصل برای افزایش رضایت	ششم	
مروری بر بحث جلسه ی قبل، ادامه بحث درباره ی اصول، معرفی O به عنوان استراتژی پنجم	هفتم	
ارائه ی خلاصه ای از مطالب عنوان شده در جلسات قبل، جمع بندی و آموزش CASIO در شرایط مختلف زندگی و کاربرد اصول در ابعاد مختلف زندگی و کاربرد CASIO در حیطه های ۱۶ گانه ی زندگی	هشتم	
آشنایی و طرح کلیات، اجرای پرسشنامه ها، تعریف معنویت درمانی با رویکرد اسلامی، ارائه تکالیف	اول	درمان مبتنی بر معنویت اسلامی (ISBT)
بررسی تکالیف، آموزش آرمیدگی عضلانی پیشرونده با اذکار و تصویر سازی الهی، ارائه تکالیف	دوم	
بررسی تکالیف، خود بازنگری معنوی، شناسایی باورهای مربوط به زندگی پیشوایان دینی، ارائه تکالیف	سوم	
بررسی تکالیف، معرفی توبه و پذیرش ضعف های خویش، اهمیت باور کمال گرایی، رابطه ی کمال گرایی و توبه، ارائه تکالیف	چهارم	
بررسی تکالیف، معرفی سرنوشت، تقدیر و تدبیر، تشویق درمانجو به تعیین اهداف و ارزشهای مهم زندگی، ارائه تکالیف	پنجم	
بررسی تکالیف، ارائه باورهای صحیح در زمینه الگو گیری عملی از زندگی بزرگان معنوی، آموزش قدردانی و تمرین بخشایش، ارائه تکالیف	ششم	
بررسی تکالیف، آموزش نوشتن نامه های معنوی، آموزش ثبت رویدادهای معنوی تمرین عملی ارائه تکالیف	هفتم	
بررسی تکالیف، ارائه راهکارهایی برای حفظ و به کارگیری روش ها در زندگی روزمره، ارائه بروشورها و دفترچه های حاوی خلاصه مواد آموزشی	هشتم	



## یافته‌ها

نتایج یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک سه مرحله پژوهش در سه گروه در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲) آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌های پژوهش

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
تحمل پریشانی	کیفیت زندگی درمانی	۲۵/۴۰	۵/۶۸	۴۲/۰۸	۶/۴۳	۳۹/۸۳
	درمان مبتنی بر معنویت اسلامی	۲۵/۷۳	۴/۸۵	۴۴/۱۳	۸/۶۳	۴۸/۲۷
	کنترل	۲۵/۴۷	۴/۹۱	۲۴/۶۷	۴/۲۷	۲۵/۳۳
اضطراب	کیفیت زندگی درمانی	۳۳/۶۰	۶/۱۵	۲۳/۱۷	۵/۲۹	۲۰/۸۳
	درمان مبتنی بر معنویت اسلامی	۳۴/۹۳	۶/۹۲	۱۷/۷۱	۴/۶۳	۱۵/۷۱
	کنترل	۳۴/۴۰	۷/۶۸	۳۳/۳۳	۶/۳۵	۳۳/۲۰
افسردگی	کیفیت زندگی درمانی	۳۱/۷۱	۸/۴۸	۲۰/۱۷	۸/۴۲	۲۲/۳۳
	درمان مبتنی بر معنویت اسلامی	۳۵/۴۷	۷/۴۶	۱۶/۴۳	۴/۰۹	۱۳
	کنترل	۳۴/۶۷	۷/۰۸	۳۴/۹۳	۶/۸۰	۳۴/۵۳
استرس	کیفیت زندگی درمانی	۲۸/۸۶	۸/۰۷	۲۲/۵۰	۸/۱۴	۲۴
	درمان مبتنی بر معنویت اسلامی	۲۹/۷۳	۳/۲۸	۱۷/۱۴	۳/۱۱	۱۵/۴۳
	کنترل	۳۱/۰۷	۷/۴۰	۳۰/۴۰	۸/۱۵	۲۹/۸۷

در این پژوهش برای تحلیل استنباطی نتایج از تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده شد، ابتدا پیش فرض‌های مورد نیاز بررسی شد. پیش فرض‌های اصلی آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیری یعنی؛ ۱- نرمال بودن توزیع نمرات، ۲- همسانی واریانس‌های نمرات، ۳- تساوی کواریانس‌های نمرات، ۴- همگنی شیب رگرسیون و ۵- آزمون کرویت بارتلت مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون شاپیروویلیک جهت بررسی نرمال بودن داده‌ها نشان داد، فرض صفر برای نرمال بودن توزیع نمره‌های سه گروه در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری رد نمی‌شود، یعنی پیش فرض نرمال بودن نمره‌ها در پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری در هر دو گروه آزمایشی و گروه کنترل تأیید شد ( $P > 0.05$ ). جهت بررسی پیش فرض برابری واریانس‌ها، از آزمون لوین استفاده شده است. نتایج نشان داده است در مرحله پس آزمون در متغیر تحمل پریشانی ( $F=0.669$ ,  $sig=0.405$ )، اضطراب ( $F=0.844$ ,  $sig=0.171$ )، افسردگی ( $sig=0.222$ )، استرس ( $F=1.56$ ) و در استرس ( $F=2.83$ ,  $sig=0.093$ ) به دست آمده است. در مرحله پیگیری در متغیر تحمل پریشانی ( $F=0.233$ ,  $sig=0.154$ )، اضطراب ( $F=1.51$ ,  $sig=0.233$ )، افسردگی ( $F=1.56$ ,  $sig=0.245$ ) و استرس ( $F=2.83$ ,  $sig=0.093$ ) حاصل شده است که مجموع نتایج نشان می‌دهد پیش فرض برابری واریانس‌ها در همه متغیرهای پژوهش در مراحل پس آزمون و پیگیری تأیید شده است. جهت بررسی برابری پیش فرض تساوی کواریانس‌ها یا روابط بین متغیرهای وابسته از آزمون باکس استفاده شد. نتایج آزمون باکس مربوط به شرط همسانی ماتریس‌های واریانس - کواریانس نمرات پس آزمون ( $M box=98/37$ ,  $F=1.32$ ,  $sig=0.083$ ) و نمرات پیگیری ( $M box=95/3$ ,  $F=1.68$ ,  $sig=0.078$ ) به دست آمد که بیانگر تأیید پیش فرض برابری کواریانس‌ها در همه تحلیل می‌باشد. به منظور بررسی پیش فرض همگنی شیب رگرسیون، تعامل بین متغیرهای وابسته و همپراش بررسی شد. که نتایج این تحلیل نشان داد که در متغیر تحمل پریشانی ( $F=1.70$ ,  $sig=0.194$ )، متغیر اضطراب ( $F=1.90$ ,  $sig=0.111$ )، متغیر افسردگی ( $sig=0.19$ ) و افسردگی ( $F=1.64$ ,  $sig P=0.188$ )، اضطراب ( $F=1.88$ ,  $sig=0.126$ )، این تعامل معنی دار نبود و دلالت بر برقراری مفروضه همگنی شیب رگرسیون داشت. نتایج آزمون بارتلت در مرحله پس آزمون ( $sig=0.009$ ) و در مرحله پیگیری ( $sig=0.002$ )، اضطراب ( $sig=0.233$ )، افسردگی ( $F=1.51$ ,  $sig=0.233$ )، استرس ( $F=2.83$ ,  $sig=0.093$ ) و در هر دو مرحله آزمون

در این پژوهش برای تحلیل استنباطی نتایج از تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده شد، ابتدا پیش فرض‌های مورد نیاز بررسی شد. پیش فرض‌های اصلی آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیری یعنی؛ ۱- نرمال بودن توزیع نمرات، ۲- همسانی واریانس‌های نمرات، ۳- تساوی کواریانس‌های نمرات، ۴- همگنی شیب رگرسیون و ۵- آزمون کرویت بارتلت مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون شاپیروویلیک جهت بررسی نرمال بودن داده‌ها نشان داد، فرض صفر برای نرمال بودن توزیع نمره‌های سه گروه در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری رد نمی‌شود، یعنی پیش فرض نرمال بودن نمره‌ها در پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری در هر دو گروه آزمایشی و گروه کنترل تأیید شد ( $P > 0.05$ ). جهت بررسی پیش فرض برابری واریانس‌ها، از آزمون لوین استفاده شده است. نتایج نشان داده است در مرحله پس آزمون در متغیر تحمل پریشانی ( $F=0.669$ ,  $sig=0.405$ )، اضطراب ( $F=0.844$ ,  $sig=0.171$ )، افسردگی ( $sig=0.222$ )، استرس ( $F=1.56$ ) و در استرس ( $F=2.83$ ,  $sig=0.093$ ) به دست آمده است. در مرحله پیگیری در متغیر تحمل پریشانی ( $F=0.233$ ,  $sig=0.154$ )، اضطراب ( $F=1.51$ ,  $sig=0.233$ )، افسردگی ( $F=1.56$ ,  $sig=0.245$ ) و استرس ( $F=2.83$ ,  $sig=0.093$ ) حاصل شده است که مجموع نتایج نشان می‌دهد پیش فرض برابری واریانس‌ها در همه متغیرهای پژوهش در مراحل پس آزمون و پیگیری تأیید شده است. جهت بررسی برابری پیش فرض تساوی کواریانس‌ها یا روابط بین متغیرهای وابسته از آزمون باکس استفاده شد. نتایج آزمون باکس مربوط به شرط همسانی ماتریس‌های واریانس - کواریانس نمرات پس آزمون ( $M box=98/37$ ,  $F=1.32$ ,  $sig=0.083$ ) و نمرات پیگیری ( $M box=95/3$ ,  $F=1.68$ ,  $sig=0.078$ ) به دست آمد که بیانگر تأیید پیش فرض برابری کواریانس‌ها در همه تحلیل می‌باشد. به منظور بررسی پیش فرض همگنی شیب رگرسیون، تعامل بین متغیرهای وابسته و همپراش بررسی شد. که نتایج این تحلیل نشان داد که در متغیر تحمل پریشانی ( $F=1.70$ ,  $sig=0.194$ )، متغیر اضطراب ( $F=1.90$ ,  $sig=0.111$ )، متغیر افسردگی ( $sig=0.19$ ) و افسردگی ( $F=1.64$ ,  $sig P=0.188$ )، اضطراب ( $F=1.88$ ,  $sig=0.126$ )، این تعامل معنی دار نبود و دلالت بر برقراری مفروضه همگنی شیب رگرسیون داشت. نتایج آزمون بارتلت در مرحله پس آزمون ( $sig=0.009$ ) و در مرحله پیگیری ( $sig=0.002$ )، اضطراب ( $sig=0.233$ )، افسردگی ( $F=1.51$ ,  $sig=0.233$ )، استرس ( $F=2.83$ ,  $sig=0.093$ ) و در هر دو مرحله آزمون

معنی‌دار است نشان می‌دهد ماتریس کوواریانس نمرات  
باقی مانده در متغیرهای پژوهش همسان است. با توجه  
به تأیید شدن کلیه فرض‌ها می‌توان از روش  
مانکوا جهت بررسی فرضیه‌های پژوهش استفاده نمود.  
**جدول ۳) تحلیل کواریانس چند متغیره برای مقایسه گروه‌های آزمایشی در متغیرهای وابسته**

مرحله پژوهش	شاخص آماری آزمون	ارزش	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	میزان تأثیر	توان آماری
پس آزمون	اثر پیلایی	۱/۰۱	۷/۶۹	۸	۲۹	۰/۰۰۱	۰/۸۸	۱
	لامبدای ویلکز	۰/۱۵۱	۱۱/۴۲	۸	۲۹	۰/۰۰۱	۰/۸۸	۱
	اثر هتلینگ	۴/۵۴	۱۵/۹۰	۸	۲۹	۰/۰۰۱	۰/۸۸	۱
	بزرگترین ریشه روی	۴/۲۹	۳۲/۱۸	۸	۲۹	۰/۰۰۱	۰/۸۸	۱
پیگیری	اثر پیلایی	۱/۰۶	۸/۷۷	۸	۲۹	۰/۰۰۱	۰/۷۰	۱
	لامبدای ویلکز	۰/۰۹۳	۱۷/۱۰	۸	۲۹	۰/۰۰۱	۰/۷۰	۱
	اثر هتلینگ	۸/۱۰	۲۹/۳۵	۸	۲۹	۰/۰۰۱	۰/۷۰	۱
	بزرگترین ریشه روی	۷/۸۹	۶۱/۱۱	۸	۲۹	۰/۰۰۱	۰/۷۰	۱

عبارت دیگر، بین آزمودنی‌هایی که مداخلات درمانی را دریافت کرده‌اند (گروه آزمایش) و آزمودنی‌هایی که مداخلات را دریافت نکرده‌اند (گروه کنترل) در مرحله پیگیری، حداقل به لحاظ یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $P=0/001$ ). میزان این تفاوت ۷۰ درصد می‌باشد، یعنی ۷۰ درصد تفاوت‌های فردی در متغیرها، مربوط به تفاوت بین گروه‌ها می‌باشد. به منظور بررسی مقایسه تأثیر درمان مبتنی بر معنویت اسلامی و کیفیت زندگی درمانی بر هر یک از متغیرهای پژوهش، از تحلیل کواریانس در متن مانکوا استفاده شد. نتایج این تحلیل در جدول ۴ ارائه شده است.

بر اساس جدول ۳ مشخص می‌شود که تفاوت بین سستروئیدهای سه گروه با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنادار است. عبارت دیگر، بین آزمودنی‌هایی که مداخلات را دریافت کرده‌اند (گروه‌های آزمایش) و آزمودنی‌هایی که مداخلات را دریافت نکرده‌اند (گروه کنترل) در مرحله پس‌آزمون، حداقل به لحاظ یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $P=0/001$ ). میزان این تفاوت ۸۸ درصد می‌باشد، یعنی ۸۸ درصد تفاوت‌های فردی در متغیرها، مربوط به تفاوت بین گروه‌ها می‌باشد. هم‌چنین نتایج در جدول فوق نشان داده است، تفاوت بین سستروئیدهای سه گروه با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنادار است. به

**جدول ۴) تحلیل کواریانس چند متغیره مقایسه سه گروه در متغیرهای پژوهش**

مرحله پژوهش	متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی‌داری	میزان تأثیر	توان آماری
پس آزمون	تحمل پریشانی	۲۹۶۸/۱۷	۲	۱۴۸۴/۷۸	۴۴/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۷۳	۱
	اضطراب	۱۷۳۳/۳۳	۲	۸۶۶/۶۶	۳۷/۹۶	۰/۰۰۱	۰/۷۰	۱
	افسردگی	۲۴۶۶/۵۵	۲	۱۲۳۳/۲۸	۳۲/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۶۶	۱
پیگیری	استرس	۱۳۷۲/۹۷	۲	۶۸۶/۴۸	۴۳/۶۴	۰/۰۰۱	۰/۷۳	۱
	تحمل پریشانی	۳۵۷۸/۹۵	۲	۱۷۸۹/۴۸	۶۸/۸۹	۰/۰۰۱	۰/۸۱	۱
	اضطراب	۲۱۹۵/۱۴	۲	۱۰۹۷/۵۷	۶۲/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۷۹	۱
	افسردگی	۳۲۴۰	۲	۱۶۲۰	۴۳/۱۰	۰/۰۰۱	۰/۷۲	۱
	استرس	۱۳۷۲/۹۷	۲	۶۸۶/۴۸	۴۳/۶۴	۰/۰۰۱	۰/۷۳	۱

مبتنی بر کیفیت زندگی درمانی و گروه کنترل معنادار است ( $P \leq 0/05$ ). به عبارتی نتایج نشان می‌دهد تفاوت بین میانگین‌های تعدیل شده پس‌آزمون در نمره تحمل پریشانی، اضطراب، افسردگی و استرس به

بر اساس نتایج جدول ۴، با حذف تأثیر نمرات پیش‌آزمون، تفاوت بین میانگین نمره‌های پس‌آزمون در متغیر تحمل پریشانی، اضطراب، افسردگی و استرس در دو گروه درمان مبتنی بر معنویت اسلامی و گروه درمان

تعدیل شده پیگیری در نمره تحمل پریشانی، اضطراب، افسردگی و استرس به تفکیک گروه تفاوت معنادار بوده است ( $P \leq 0/05$ ). میزان تأثیر این درمان بر افزایش تحمل پریشانی ۸۱ درصد، بر کاهش اضطراب ۷۹ درصد، کاهش افسردگی ۷۲ درصد و بر کاهش استرس ۷۳ درصد است. همچنین توان آماری ۱ نشان می‌دهد که حجم نمونه برای این نتیجه گیری کافی بوده است. جهت بررسی اینکه کدام یک از گروه‌ها در مرحله پس از آزمون و پیگیری با هم تفاوت دارند مقایسه زوجی با استفاده از آزمون بونفرونی انجام گرفت. نتایج در جدول ۵ گزارش شد.

تفکیک گروه تفاوت معنادار بوده است ( $P \leq 0/05$ ). میزان تأثیر این درمان بر افزایش تحمل پریشانی ۷۳ درصد بر کاهش اضطراب ۷۰ درصد، کاهش افسردگی ۶۶ درصد و بر کاهش استرس ۷۳ درصد است. همچنین توان آماری ۱ نشان می‌دهد که حجم نمونه برای این نتیجه گیری کافی بوده است. براساس نتایج جدول فوق با حذف تأثیر نمرات پیش آزمون، تفاوت بین میانگین نمره‌های پیگیری در متغیر تحمل پریشانی، اضطراب، افسردگی و استرس در دو گروه درمان مبتنی بر معنویت اسلامی و گروه درمان مبتنی بر کیفیت زندگی درمانی و گروه کنترل معنادار است ( $P \leq 0/05$ ). به عبارتی نتایج نشان می‌دهد تفاوت بین میانگین‌های

جدول ۵) آزمون بونفرونی برای مقایسه سه گروه در متغیرهای پژوهش

مراحل پژوهش	متغیرها	گروه	گروه	تفاوت میانگین	سطح معناداری
پس آزمون	تحمل پریشانی	درمان مبتنی بر معنویت اسلامی	کیفیت زندگی درمانی	۳/۴۸	۰/۱۷۳
		درمان مبتنی بر معنویت اسلامی	کنترل	۱۹/۳۸	۰/۰۰۱
		کیفیت زندگی درمانی	کنترل	۱۵/۹۳	۰/۰۰۱
	اضطراب	درمان مبتنی بر معنویت اسلامی	کیفیت زندگی درمانی	-۶/۲۴	۰/۰۰۴
		درمان مبتنی بر معنویت اسلامی	کنترل	-۱۵/۶۰	۰/۰۰۱
		کیفیت زندگی درمانی	کنترل	-۹/۴۶	۰/۰۰۱
	افسردگی	درمان مبتنی بر معنویت اسلامی	کیفیت زندگی درمانی	-۵/۲۲	۰/۰۵۶
		درمان مبتنی بر معنویت اسلامی	کنترل	-۱۸/۲۱	۰/۰۰۱
		کیفیت زندگی درمانی	کنترل	-۱۲/۹۹	۰/۰۰۱
	استرس	درمان مبتنی بر معنویت اسلامی	کیفیت زندگی درمانی	-۹/۹۵	۰/۰۰۱
		درمان مبتنی بر معنویت اسلامی	کنترل	-۱۳/۷۷	۰/۰۰۱
		کیفیت زندگی درمانی	کنترل	-۳/۸۲	۰/۰۲۷
پیگیری	تحمل پریشانی	درمان مبتنی بر معنویت اسلامی	کیفیت زندگی درمانی	۱۰/۶۲	۰/۰۰۱
		درمان مبتنی بر معنویت اسلامی	کنترل	۲۲/۵۷	۰/۰۰۱
		کیفیت زندگی درمانی	کنترل	۱۱/۹۴	۰/۰۰۱
	اضطراب	درمان مبتنی بر معنویت اسلامی	کیفیت زندگی درمانی	-۷/۰۹	۰/۰۰۱
		درمان مبتنی بر معنویت اسلامی	کنترل	-۱۷/۵۶	۰/۰۰۱
		کیفیت زندگی درمانی	کنترل	-۱۰/۴۷	۰/۰۰۱
	افسردگی	درمان مبتنی بر معنویت اسلامی	کیفیت زندگی درمانی	-۱۰/۰۷	۰/۰۰۱
		درمان مبتنی بر معنویت اسلامی	کنترل	-۲۱/۴۷	۰/۰۰۱
		کیفیت زندگی درمانی	کنترل	-۱۱/۴۰	۰/۰۰۱
	استرس	درمان مبتنی بر معنویت اسلامی	کیفیت زندگی درمانی	-۹/۹۵	۰/۰۰۱
		درمان مبتنی بر معنویت اسلامی	کنترل	-۱۳/۷۷	۰/۰۰۱
		کیفیت زندگی درمانی	کنترل	-۳/۸۲	۰/۰۲۷

آزمون و پیگیری تأثیر معنی داری داشته اند. اما اثربخشی معنویت درمانی در کاهش اضطراب و افسردگی در پس آزمون بیشتر از کیفیت زندگی درمانی است در حالی که در بهبود تحمل پریشانی و افسردگی تفاوت دو گروه مداخله در پس آزمون معنی دار نیست. در مرحله پیگیری نیز در همه متغیرها تأثیر معنویت درمانی بیشتر از کیفیت زندگی درمانی است.

نتایج به دست آمده پیرامون اثربخش معنویت درمانی همسو با تحقیقات مولر و همکاران [۳۷] است. هم چنین این نتایج همسو با یافته‌های عابدی و وستانیس [۳۲] مبنی بر اثربخشی کیفیت زندگی درمانی در بهبود اختلالات اضطرابی است. همچنین نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های پاکرت و همکاران [۴۴]، الیسون و همکاران [۴۵]، کوزاسکی و همکاران [۴۶]، باررا و همکاران [۴۷]، جان بزرگی [۵۰] که در این پژوهش‌ها نشان دادند شیوه‌هایی درمانی مبتنی بر آموزه‌های معنوی مانند روش‌های شناختی و رفتاری اثربخش است.

معنویت درمانی به عنوان یکی از روش‌های مهم در درمان اختلال‌ها به ویژه اختلال‌های اضطرابی شناخته شده است. معنویت به باورها و اعمالی نسبت داده می‌شوند که بر این فرض استوارند که ابعاد متعالی (نه جسمانی) در زندگی انسان وجود دارد که او را در ارتباط نزدیک با خداوند قرار داده و دامنه‌ای از فضیلت‌ها را در او شکل می‌دهد. در معنویت درمانی سعی می‌شود از ظرفیت‌های وجودی، گرایش‌ها، انگیزه‌های الهی و فضیلت‌های اخلاقی در درمان بیماری استفاده شود. آنچه در معنویت درمانی حائز اهمیت است، جنبه معناگرایانه آن است که محتوای درمان را شکل می‌دهد و در قالب عبادت در هر دینی تجلی پیدا می‌کند. این تکنیک‌ها در معنویت درمانی می‌توانند جنبه رفتاری، شناختی، فراشناختی، عاطفی و اخلاقی داشته باشند و در مفاهیم و رفتارهای دینی همچون توکل، صبر، نماز، دعا، نیایش، مراقبه و غیره تجلی یابند [۵۷]. معنویت در اسلام در سابه‌ی عشق به خدا، عبادت، نیایش، عمل خداپسندانه، همدردی و همدلی با محرومان به ظهور می‌رسد [۵۸].

در تبیین اثربخشی معنویت درمانی با رویکرد اسلامی در متغیرهای پژوهش در مراحل پس آزمون و پیگیری، باید از

با توجه به نتایج آزمون یونفرونی در جدول ۵ در متغیر تحمل پریشانی و افسردگی بین درمان مبتنی بر معنویت اسلامی و کیفیت زندگی درمانی تفاوت معنادار آماری وجود ندارد ( $P > 0.05$ ). اما بین درمان مبتنی بر معنویت اسلامی و گروه کنترل همچنین گروه کیفیت زندگی درمانی و گروه کنترل تفاوت معنادار آماری وجود دارد ( $P \leq 0.05$ ). به عبارتی هر دو درمان بر افزایش تحمل پریشانی و کاهش افسردگی بیماران مبتلا به سردرد تنشی اثر داشته‌اند، اما دو درمان تفاوتی از نظر اثربخشی با هم نداشته‌اند. در متغیر اضطراب و استرس هم هر دو درمان بر کاهش اضطراب و استرس نقش داشته‌اند ( $P \leq 0.05$ ). به علاوه اثر دو درمان بر کاهش اضطراب و استرس نیز با هم متفاوت و معنادار است ( $P \leq 0.05$ ). عبارتی با توجه به تفاوت میانگین، درمان مبتنی بر معنویت اسلامی در کاهش اضطراب و استرس به نسبت کیفیت زندگی درمانی بیشتر است. با توجه به نتایج جدول فوق در تمام متغیرها بین درمان مبتنی بر معنویت اسلامی و کیفیت زندگی درمانی تفاوت معنادار آماری وجود دارد ( $P \leq 0.05$ ). به عبارتی هر دو درمان بر اثر زمان از نظر اثر بخشی با هم تفاوت معنادار آماری دارند و با توجه به تفاوت میانگین این برتری به نفع درمان مبتنی بر معنویت اسلامی است. همچنین با توجه به اینکه در مقایسه با گروه کنترل هر دو درمان اثر بخش هستند اما این اثربخشی در درمان

مبتنی بر معنویت اسلامی با گذشت زمان بیشتر شده اما در کیفیت زندگی درمانی، مقدار کمی کاهش داشته هر چند تفاوت با پیش آزمون گروه کنترل همچنان معنادار است ( $P \leq 0.05$ ). لذا فرضیه پژوهش مبنی بر تفاوت درمان مبتنی بر معنویت اسلامی و درمان مبتنی بر کیفیت زندگی درمانی با گروه کنترل تایید می‌شود و در نهایت می‌توان نتیجه گرفت که بر اساس یافته‌ها، هر دو درمان، کیفیت زندگی درمانی و درمان مبتنی بر معنویت اسلامی، مداخلاتی مؤثر در بیماران مبتلا به سردرد تنشی است. اما تأثیر طولانی مدت درمان مبتنی بر معنویت اسلامی بیشتر است.

## بحث

نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره نشان داد که هر دو درمان در بهبود تحمل پریشانی، استرس، افسردگی، اضطراب در بیماران مبتلا به سردرد تنشی در مراحل پس

در تبیین اثربخشی بیشتر درمان مبتنی بر معنویت اسلامی می‌توان گفت، پیشرفت روانشناسی و ماهیت پیچیده و پویای جوامع نوین باعث شده است نیازهای معنوی بشر در برابر نیازهای مادی قد علم کرده و اهمیت بیشتری بیابد [۶۰] و روانشناسان و روانپزشکان نیز دریافته‌اند که در تمام موارد روش‌های متعارف برای درمان اختلالات کافی نیست [۶۱] از مهم‌ترین دلایل عدم توفیق شیوه‌های تک مکتبی در درمان اختلالات روانی، ناتوانی آن‌ها در توجه هماهنگ و یکپارچه به ابعاد چندگانه زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی انسان در مواجهه با مشکلات روانی و ناهنجاری‌های رفتاری است [۶۲].

سازمان بهداشت جهانی، در تعریف ابعاد وجودی انسان، به ابعاد جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی اشاره می‌کند. بعد چهارم یعنی بعد معنوی را در رشد و تکامل انسان مهم بر می‌شمارد [۶۳] و نقش مهمی در سلامت و بهزیستی آنان دارد. از این رو باید بخش مهمی از مشاوره و روان‌درمانی باشد. امروزه مدل زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی در درمان به کار گرفته می‌شود. این مدل در پی کشف نقش عقاید معنوی و دینی در فرایند ارزیابی، ایجاد، امید، خوشبینی، خودکارآمدی و توانایی برای تحمل و پذیرش مشکلات است [۶۴]. لذا لازم است در روان‌درمانی به هر چهار بعد توجه شود. از این رو به نظر می‌رسد در کیفیت زندگی درمانی بیشتر به ابعاد جسمانی، روانی و اجتماعی انسان‌ها توجه شده است و بعد معنوی وی کمتر مورد توجه است. لذا اثربخشی آن در مقایسه با درمان‌های جامع‌تری مانند معنویت درمانی که همه ابعاد انسان در آن مورد توجه است، بیشتر و طولانی مدت‌تر می‌گردد.

یافته‌های به دست آمده در این پژوهش نشان می‌دهد که وقت آن است که روانشناسان ایرانی به جای آن که مصرف‌کننده رویکردهای درمانی غربی باشند، از آموزه‌های دین اسلام و فرهنگ غنی ایرانی استفاده نموده و به مفهوم سازی، طراحی و تدوین الگوهای درمانی براساس این ظرفیت‌ها و توانمندی‌ها بپردازند. براساس تعالیم قرآنی و دینی، خداوند به عنوان خالق انسان که از رگ گردن به او نزدیک‌تر است، بیشترین شناخت را از خلقت خود دارد و از این رو قرآن کتاب آسمانی است که آیه‌های آن از سوی خداوند نازل شده و بهترین منبع برای شناخت انسان است.

محتوای درمان‌ها ارائه شده، استفاده نمود. در رویکرد درمانی تدوین شده همان گونه که در بخش قبلی نیز اشاره شد، سعی شد بر روی باورها در بیماران کار شود زیرا باورها زیربنای تغییر نگرش‌ها و در نتیجه رفتار فرد هستند و با تغییر رفتار، درمان اثربخش‌تر باقی می‌ماند. باورهایی شامل باور به وجود خداوند، باور به معاد توجه به زندگی پس از مرگ موجب بیداری انسان شده و به او کمک می‌کند تا به اصلاح خود بپردازد، فرصت زندگی دنیا را از دست ندهد و خود را برای زندگی جاوید آماده کند.

در تبیین اثربخشی کیفیت زندگی درمانی می‌توان گفت، این درمان به ارائه یک الگوی مناسب جهت مواجهه با نارضایتی‌ها در تمام حیطه‌ها و ارائه اصول و مهارت‌ها برای کاربرد در هر یک از حیطه‌ها پرداخته است و مراجعان را قادر می‌سازد برای افزایش رضایت خویش در حیطه‌های مختلف از این مدل و اصول استفاده کنند. کیفیت زندگی درمانی با استفاده از رویکرد شناختی و رفتاری اقدام به تغییر شناخت‌ها و معیارها و با استفاده از روان‌شناسی مثبت به جایگزینی تفکر مثبت به جای تفکر قدیمی می‌پردازد. به نظر می‌رسد تغییر دیدگاه مراجعان در ابعاد افسردگی، اضطراب و استرس به همین دلیل بوده است. شادی و رضایت دو مشخصه اصلی کیفیت زندگی است. در واقع کیفیت زندگی به عنوان یک تجربه شناختی، با رضایت از ابعاد مهم زندگی از نظر خود فرد و نیاز یک تجربه احساسی که با شادی تظاهر می‌یابد، نشان داده می‌شود [۵۹]. افزایش این دو عامل به کاهش بیماری‌های روانی از جمله افسردگی و اضطراب منجر می‌شود.

برخورداری از کیفیت زندگی ضعیف، بر ارتباطات بین فردی نیز اثرگذار است و سبب می‌شود که فرد سازوکارهای مقابله و سازگاری نامؤثر را به کار گیرد و در نتیجه موجب افزایش تنش در آن‌ها می‌گردد و افزایش تنش با عوامل فیزیکی و شدت بیماری ارتباط مستقیم دارد، به خصوص در بیماران مانند سردردهای تنشی که افزایش سردردها در این حالت باعث کاهش تحمل آن‌ها می‌گردد. از این رو کیفیت زندگی درمانی با افزایش کیفیت در ابعاد مختلف زندگی از این سازوکار سبب می‌شود تا تحمل پریشانی در این بیماران افزایش یابد.

پیشه، اگر در مسیر رفع مشکلات به اهداف خویش نرسد، دچار احساس ناکارآمدی، که یکی از عوامل اضطراب است، نخواهد شد [۶۶]. ارزش خویش را بر اساس دستاوردهای خود در این دنیا، ملاک قرار میدهد. بنابراین عواملی از قبیل توکل به خداوند، صبر، قناعت، نگرش مثبت به آینده، اعتقاد به معاد و غیره که در سایه ایمان به خداوند و رابطه عمیق، نزدیک و خالصانه با او محقق میشود، می‌تواند باعث آرامش فرد شوند. در تبیینی دیگر می‌توان گفت که با آموزش ارتباط مداوم با خدا و اهمیت صبر و جایگاه آن در زندگی و اهمیت گذشت و نقش آن در زندگی، افراد یاد می‌گیرند که هنگام مواجهه با چالش‌ها و دشواری‌های زندگی صبر پیشه کنند و گاهی از برخی مسائل پیش آمده به سادگی بگذرند که این امر در نهایت باعث افزایش تحمل پریشانی‌ها در آن‌ها می‌گردد.

ایمان به خداوند و توکل به او، باعث ایجاد احساس ایمنی در فرد مضطربی می‌شود که برداشت منفی از تهدید و ارزیابی خطر، به خصوص در موقعیتهایی که غیرقابل کنترل یا غیرقابل پیش بینی هستند، دارد؛ زیرا فرد حوادث جهان را در تصرف مدبری فعال و حکیم می‌داند. در نظر وی، وقوع حوادث جهان بر اساس حکمت است، جهان هستی واجد نظم بوده و تمام امور با اراده و تدبیر الهی اتفاق می‌افتند. بنابراین این دیدگاه که حوادث جهان تصادفی نیست، و تحت تدبیر و قدرت خداوندی است که مشفق و خیر خواه است، میتواند احساس تهدید در فرد اضطرابی را کاهش دهد. از طرف دیگر، فرد حوادث احتمالی آینده را پیش بینی می‌کند ولی از آن جا که قابلیت و توانایی مقابله با آن را در خود نمی‌بیند لذا دچار تنش شده و واکنش‌های جسمانی - روان شناختی در وی برانگیخته می‌شود. ولی فرد متوکل اعتقاد دارد به اینکه، خالق هستی بزرگترین حافظ و تکیه گاه اوست و احساس می‌کند پشتیبانی دارد که در همه مسائل او را کفایت می‌کند. امید به کمک و یقین به یاری خداوندی که قدرتش فوق قدرت‌هاست، باعث میشود که فرد به این اطمینان برسد که با یاری مدبر هستی، توانایی مقابله با مشکلات را دارد. اعتقاد به قضا و قدر الهی نیز به نوبه خود می‌تواند احساس تنش را کاهش دهد. فرد مضطرب نتیجه امور را ماحصل توانایی و دستاوردهای خویش قلمداد می‌کند. بنابراین ترس

این شناخت نه تنها شامل بعد جسمانی اوست بلکه ابعاد روانی و معنوی را نیز شامل می‌شود. از این رو راهکارهای بهبود و رهایی از مشکلات روانی و عاطفی نیز با استنباط و استخراج از این تعالیم الهی منجر به اثربخشی بیشتر می‌گردد. هر چند استفاده از رویکردهای غربی می‌تواند در کوتاه مدت اثربخش باشد اما بهره‌گیری از مفاهیم اسلامی به دلیل همخوانی بیشتر با ذات انسان‌ها، در دراز مدت اثراتی پایدار خواهد داشت. به عبارت دیگر می‌توان گفت هر رویکرد چه اسلامی و چه غربی با نگاه خود به انسان راهکارهایی را برای بهبودی او ارائه می‌دهد و لذا رویکردهای غربی با نگاه محدود خود به انسان‌ها، روش‌های درمانی را ابداع نموده‌اند اما در اسلام، نگاه به انسان عظیم و عمیق بوده و زندگی والایی درخور و شایسته او ترسیم می‌شود. آن جا که امام علی(ع) در حدیثی می‌فرماید، انزعِم اَنْک جرمٌ صغیرٌ و فیک انطوی العالم الاکبر" یعنی آیا گمان می‌کنی جرم کوچک و ناچیزی هستی و حال آن که دنیای بزرگی در وجود توست، این حدیث، تفاوت دیدگاه انسان‌ها به انسان و دیدگاه اسلام به انسان را نشان می‌دهد. سلامت روان دو بعد دارد، یک بعد آن عدم وجود بیماری‌های روانی است و بعد دیگر وجود شخصیتی هماهنگ که به طور مؤثر در زندگی اجتماعی عمل می‌نماید. توانایی در مسئولیت‌پذیری نسبت به اعمال خود، انعطاف‌پذیری، تحمل پریشانی، تغییر در آن چه می‌تواند تغییر دهد، پذیرش کمبودها، کنترل خود و هم‌چنین روابط هماهنگ با دیگران از جمله خداوند از ویژگی‌های اساسی معنویت و سلامت روانی است [۶۵]. مذهب و معنویت شیوه‌های برای ساختن معنا هستند که به توانایی فرد برای سازگاری، تحمل و پذیرش کمک می‌کند [۶۴].

اعتقاد به معاد و اینکه انسان برای آخرت آفریده شده است، تحمل شدائد و مصائب را آسان می‌نماید، زیرا گذشته از اینکه اتفاقات دنیوی نتیجه قضا و قدر الهی است، صبر و شکیبایی در مقابل مصائب نیز دارای اجر عظیمی است و البته آنچه مهم است سعی و تلاش است و به نتیجه رسیدن در درجه دوم اهمیت قرار دارد. زیرا سعی و تلاش در راه هدف، به خودی خود دارای فواید بسیاری است. بنابراین افراد می‌آموزند که خطرها و بحرانها را بیش از حد، خطرناک یا وخیم ارزیابی نکنند و از طرفی، انسان صبر

دیگر نیایش و راز و نیاز حقیقی با خداوند میتواند به مثابه شیوهایی از برون ریزی هیجان مطرح باشد. دعا و نیایش به درگاه باری تعالی، طلب یاری از او، و اطمینان از حلم، علم، کرامت، قدرت و مصلحت بینی خالق هستی، می‌تواند در کاهش افسردگی و ناراحتی فرد مؤثر باشد. روانشناسان معتقدند یادآوری و بازگویی مشکلات، موجب کاهش شدت افسردگی و تخفیف ناراحتیها و مشکلات می‌شود. معنویت در اسلام دارای مضمون حکمت گرایی مبتنی بر دخالت یک نیروی فرا انسانی (خداوند متعال) در امور انسانها نیز هست تکیه بر ارزشهای معنوی نظیر اعتماد، ارزشمندی و کرامت انسان، باور به اهداف مثبت و مطلوب در زندگی انسان شکلی از اعتماد و به دنبال آن تأثیرگذاری معنوی را فراهم می‌نماید [۶۸].

به نظر می‌رسد طرح این مسائل نزد خداوند کریم و علیم، اثراتی به مراتب بیشتر داشته باشد. فرد با اعمالی از قبیل ذکر، دعا و نیایش (نماز)، سعی می‌کند در آن لحظه همه افکار و خاطره‌ها، از جمله فشارها و سختی‌ها را از ذهن خود دور کند و تنها متوجه خداوند شود. احتمالاً مکانیزم این رفتار شبیه روشهای توجه برگردانی و آرامسازی است که مورد استفاده برخی از روان‌درمانگران برای درمان بیماریهای روانی بوده است. اغلب روان‌درمان‌گران بر این نکته اذعان دارند که وقتی فرد در قلب یک بحران عاطفی دارد، عواملی آن را به وجود آورده است که باید به بررسی آن پرداخت. اگر با فرد شدیداً مضطرب روبرو شویم، به نظر می‌رسد اثربخشی این فنون کم باشد، در حالی که در چنین شرایطی هنوز مذهب می‌تواند کارآمدی خود را حفظ کند [۶۹]. همچنین برخی از مراجعان مسائل خود را مذهبی تلقی می‌کنند و در راه جستجوی راه حل‌های مبتنی بر مذهب هستند. این دسته از مراجعان درمان‌های روان شناختی را کافی نمی‌دانند و علاقه دارند درمان‌هایی مبتنی بر منابع مذهبی به آنها ارائه شود [۷۰]. از دیدگاه اسلام، یگانه چیزی که می‌تواند نیاز به آرامش را در انسان برآورده کند یاد خداست. قرآن کریم با تاکید تمام اعلام می‌دارد که آرامش روان فقط در سایه توجه به خداوند امکان پذیر است (الا بذكر الله تطمئن القلوب) علامه طباطبایی (۱۳۷۶) آیه را این گونه تبیین می‌کند که تلاش انسان، برای دستیابی به سعادت و ایمنی از بدبختی است. انسان در این

از دست دادن نتیجه و شکستهای احتمالی، موجبات اضطراب را فراهم می‌کند. در صورتی که فرد متوکل و معتقد به قضا و قدر الهی، از یک سو می‌داند که اگر چه انسان مختار است ولی اختیار او مطلق نیست و از تلاشهای خویش تنها در محدوده مقدرات بهره می‌گیرد و از سوی دیگر بر این باور است آنچه خداوند متعال تقدیر کرده و حکم میکند بر خیر مبتنی است و اساساً از حکیم، عمل غیر حکیمانه سر نمی‌زند. بنابراین نتیجه را چه خوشایند و چه ناخوشایند، خیر تلقی کرده و به نظر می‌رسد که این نوع نگاه می‌تواند ترس ناشی از پیش بینی شکست را کاهش دهد و در نتیجه، موجبات آرامش فرد را فراهم کند.

محققین تاکنون در باب تأثیر ایمان به خدا، مذهب و محیط‌های مذهبی و آداب و رسوم مذهبی در سلامت روانی افراد، بهداشت روانی جامعه، بهبود بخشی بیماران روانی و مقاوم کردن افراد در برابر حوادث و وقایع دردناک و ایجاد آرامش به نتایج مثبت و قابل ملاحظه‌ای دست یافته‌اند. به رغم اختلاف روشها، محیطها و موضوعات مورد بررسی، تقریباً تمامی این تحقیقات بر این موضوع اتفاق نظر دارند که در محیطهای مذهبی و جوامعی که ایمان مذهبی، یک ارزش مثبت تلقی می‌شود، میزان اختلال‌های روانی، به خصوص اضطراب و افسردگی به طور محسوسی کمتر از میزان آنها در محیطها و جوامع غیر مذهبی است و افراد مذهبی به طور کلی از سلامت روانی بیشتری نسبت به دیگران برخوردارند [۶۷]. در دین اسلام معنویت در پیوندی جدایی ناپذیر با نیت و پایبندی رفتاری به باورهای مذهبی با تاکید بر دلبستگی، توکل و امید به لطف و مدد خداوند متعال مورد بحث قرار می‌گیرد [۶۸].

معنویت اسلامی در مواقع مختلف باید از طریق وجود فرصت خلوت با خدا و راز و نیاز با وی، تقویت شود [۵۸]. نیایش و دعا رابطه‌ای است معنوی و فطری، که بین انسان و خالق خود، به عنوان منبع فیض و کرامت و رحمت، برقرار می‌گردد. فرد از طریق دعا و نیایش خاشعانه و خاضعانه، خود را به مبدأ آفرینش نزدیک کرده و رابطه عاطفی عمیقی که در این حالت بین او و خداوند برقرار می‌شود، روح و روان او را تقویت کرده و می‌تواند علائم روحی و فیزیولوژیکی ناشی از افسردگی را کاهش دهد. از سوی

- 3- Foundation, N.H., Tension-Type Headache Accessed. 2016.
- 4- Esp López GV, et al., Lucas Monzani. (2016). Efficacy of manual therapy on anxiety and depression in patients with tension-type headache. A randomized controlled clinical trial. *Inter J Oste Med*. 2016; 22: 11-20.
- 5- Kurt S and K. Y., Epidemiological and Clinical Characteristics of Headache in University Students. *Clin Neurol Neurosurg*. 2008; 110: 46-50.
- 6- Holroyd KA, et al., Management of chronic tension-type headache with tricyclic antidepressant medication, stress management therapy, and their combination: A randomized controlled trial. *JAMA*. 2001; 285(17): 2208-15.
- 7- Holroyd KA, Stensland M, and L. G. Psychosocial correlates and impact chronic tension-type headache. *Headache*. 2000; 40(1): 3-16.
- 8- Kowacs F, et al., Symptoms of depression and anxiety, and screening for mental disorders in migrainous patients. *Cephalalgia*. 2003; 23: 79-89.
- 9- R, K., Psychosomatic disorders: The canalization of mind into matter. *J Anal Psy*. 2011; 56(1): 37-55.
- 10- Rains JC, P.D., McCrory GN. 2005; 45:92-109., Behavioral headache treatment: History view of the empirical literature, and meta dialogical critique. *Headache*. 2005; 45: 92-109.
- 11- Kikuchi H, et al., Influence of psychological factors on acute exacerbation of tension-type headache: Investigation by ecological momentary assessment. *J Psy Res*. 2015; 79: 239-42.
- 12- Cathcart S, Petkov J, and W. AH, Central mechanisms of stress-induced headache. *Cephalalgia*. 2010; 30: 285-95.
- 13- Sadock BJ and S. VA, Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences /clinical psychiatry. 10th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins. 2007.
- 14- J, O., Health Psychology: A Textbook, McGraw-Hill Education. 2007.
- 15- Galego JC, et al., Chronic daily headache: stress and impact on the quality of life. *Arq Neur*. 2007; 65(4B): 1126-9.
- 16- Black JM and H. JH, Medical-surgical Nursing: Clinical Management for Positive Outcome. Elsevier Saunders. 2005.
- 17- S., S. and B. B, Brunner and Suddarth text book of medical-surgical nursing. North America: Lippincott Williams & Wilkins. 2010.
- 18- Breslav NY, Schulte LR, and S. WF; Headache and major depression. *Neurology*. 2003; 54(2): 308-13.
- 19- Marlow RA, Kegowicz CL, and K.N. Starkey. Prevalence of depression symptoms in outpatients with a complaint of headache. *J Am Board Fam Med*. 2009; 22(6): 633-7.
- 20- Heath, et al. 2008.
- 21- Fennell, Bent-levy, and &watsbrok. 2004.

راه به هر وسیله ای چنگ می‌زند، ولی همه این وسایل و اسباب اگر از یک جهت توانمند باشند، از جهت دیگر ناتوان هستند، جز خداوند متعال که توانای مطلق می‌باشد و ناتوانی در او راه ندارد [۷۰].

در تبیین اثربخشی معنویت درمانی در بهبود میزان استرس و باقی ماندن تأثیر آن در طول زمان مهم‌ترین تکنیک ایجاد آرامش روانی در بیماران بود، به طوری که احساس می‌کردند خداوند در زندگی پشتیبان آنهاست، و با احساس نزدیکی بین خود و خالق، احساس آرامش بیشتر، امید به آینده و کاهش استرس، شکل می‌گرفت.

در جلسات درمانی با تمرین و تکرار ذکر الهی و مواجهه‌ی با واقعیت‌های زندگی و هم‌چنین اجتناب از کمال‌گرایی افراطی، بیماران موفق می‌شدند از سلامت بیشتری برخوردار بوده و سردردهای آنان کاهش می‌یافت به عبارت دیگر، هماهنگی انتظارات با واقعیت‌ها و توجه به دارایی‌های خود شرط اساسی شاد زیستن و دوری از استرس است.

براساس نتایج به دست آمده در پژوهش، هر دو درمان، کیفیت زندگی درمانی و درمان مبتنی بر معنویت اسلامی مداخلاتی مؤثر در بیماران مبتلا به سردرد تنشی است. اما تأثیر طولانی مدت درمان مبتنی بر معنویت اسلامی بیشتر است. لذا این درمان می‌تواند الگوی مناسب و مؤثری برای بهبود مشکلات در بیماران روان - تنی باشد. از این رو به مشاوران و روانشناسان بالینی پیشنهاد می‌شود که به عنوان یک مدل درمانی، در بهبود این دسته از بیماران مورد استفاده قرار دهند.

از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر، جامعه آماری آن بود که شامل زنان مبتلا به سردرد تنشی بوده است و در تعمیم نتایج به نمونه‌های دیگر باید احتیاط لازم صورت گیرد. هم‌چنین مطالعه مشابهی در ایران صورت نگرفته بود تا بتوان نتایج پژوهش حاضر را با آن مقایسه نمود. لذا در مطالعات آتی پیشنهاد می‌گردد تا اثربخشی درمان‌ها بر روی هر دو جنس بررسی شده و نتایج مورد مقایسه قرار گیرد.

## منابع

- 1- Aruna P, Puviarasan N, and P. B., An investigation of neuron-fuzzy systems in psychosomatic disorders. *Expert Syst Appl*, 2005; 28(4): 673-9.
- 2- M., V.-G.m., The impact of migraine and other primary headaches on the health system and in social and economic terms. *Rev Neurol*. 2006; 43: 228-35.



- practice Mayo Clinical Preceding. 2001; 76: 1225-35.
- 38- D., B., Does Religious psychotherapy improve anxiety and depression in religious adults? . *Inte J of Psy Nur Res.* 2002; 8(1):. 875-90.
- 39- Hoffman BM, et al., Meta-Analysis of Psychological Interventions for Chronic Low Back Pain. *Original Res Article Health Psy.* 2007; 26(1): 1-9.
- 40- RE., N. and S. Y, Culture ,change , and perception psychological science, 2001. 12: p. 450-456.
- 41- D'Souza RF and R. A, Spiritually augmented cognitive behavioral therapy. *Australian Psychiatry.* 2004; 12(2): 148-152.
- 42- Props, L., et al., Comparitive Efficacy of Religious and Nonreligious Cognitive-Behavioral Therapy for the Treatment of Clinical Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 1992; 60: 94-103.
- 43- Cole B and p.K.p. 495-407., Re-creating your life: a spritual psychotherapeutic intervention for people diagnosed with concer psychology. 1999; 5(5): 407-95.
- 44- Paukert AL, et al., Integration of religion into cognitive-behavioral therapy for geriatric anxiety and depression. *J Psychiatr Pract.* 2009; 15(2): 103-12.
- 45- Ellison CG , Burdette AM, and H. TD, Blessed assurance: religion, anxiety, and tranquility among US adults. *Soc Sci Res.* 2009; 38(3): 656-67.
- 46- Koszycki D, et al., A multifaiith spiritually based intervention for generalized anxiety disorder: a pilot randomized trial. *J Clin Psychol.* 2010; 66(4): 430-41.
- 47- Barrera TL, et al., Integrating religion and spirituality into treatment for late-life anxiety: three case studies. *Cognitive and Behavioral Practice.* 19(2): 346-58.
- 48- M., J., The study of effectiveness of psychotherapy with and without religious orientations on reducing of anxiety and stress. [Thesis].Tehran: Tarbiat Modares University. [Persian]. 1999.
- 49- H., Y., Sohrabi F, and M. A, The comparison of cognitive behavior therapy and Islamic based spiritual religion psychotherapy on reducing of student's overt anxiety. *Beh Sci Res.* 2013; 10(2): 99-107.
- 50- M., J., Gray determine the effectiveness of the treatment of anxiety and stress with and without Islamic Orientation. *Psy J.* 2000; 4. [Persian].
- 51- Strauss A and J. C, Principles of qualitative research techniques and manufacturing processes underlying theory, translation: Ebrahim Afshar, publishing: Straw. [Persian]. 2014.
- 22- CE., C., The effect of dialectical behavioral therapy on moderately depressed adults: A multiple baseline design. Ph.D. Dissertation. USA.: University of Denver College of psychology. 2006.
- 23- Simons J and G. R., The Distress Tolerance Scale: development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion.* 2005; 29: 83-102.
- 24- Bendtsen L, et al., EFNS guideline on the treatment of tension-type headache-report of an EFNS task force. *Eur J Neurol.* 2010; 17: 1318.
- 25- Lozano López C, et al., Efficacy of manual therapy in the treatment of tension-type headache. A systematic review from 2000 to 2013. *Neurología.* 2016; 31(6): 357-69.
- 26- Frisch, M.B., Quality of life Therapy. New jersey: John Wiley & Sons Press. 2006.
- 27- S., J. and L. AP, Positive therapy (A meta-theory for Psychological practice). USA: Rutledge Press. 2006.
- 28- JL, M.-M., herapist s guide to positive psychological interventions. New York: Academic Press. 2009.
- 29- Sanjuan P, Ruiz A, and P. A., Life satisfaction and positive adjustment as predicators of emotional distress in men with coronary heart diseases. *J Happy Study.* 2011; 32: 314-26.
30. R, B.-D., Practicing positive psychology coaching. Hoboken, NJ: Wiley. 2010.
- 31- MB, F., Evidence-Based Well-Being/ Positive Psychology Assessment and Intervention with Quality of Life Therapy and Coaching and the Quality of Life Inventory (QOLI). *Soc Indic Res.* 2013. 114: 193-227.
- 32- Abedi MR and v. 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.
- 33- Rodrigve JR, Madel brot DA, and p. M.A, psychological intervation to improve quality of life and reduce psychological distress in adults awaiting kidney trans plantation. *Nephrol Dial Transplant.* 2010; 26(2): 709-15.
- 34- P., K.W., Spiritual history assessment and occupational therapy: students using the FICA. Washington , University of Puget Sound, Unpublished Master Thesis in Occupational Therapy. 2012.
- 35- Pargament KI, et al., Religion and problem-solving process: Three styles of coping. *J for the Sci Study of Rel.* 2007; 27: 90-104.
- 36- Peters M, et al., Migraine and Chronic Daily Headache Management: A Qualitative Study of Patients Perceptions. *Second J OF Car Sci.* 2005; 18(3): 249-303.
- 37- Muller PS and D. Plevak, Religious involvement ,spiritual and medicine: Implication for clinical

- 52- N, H., Principles and methods of qualitative research. Thehran: Islamic Azad University. [Persian]. 2007.
- 53- Simons JS and G. RM, The Distress Tolerance Scale: Development and Validation of a Self-report Measure. . Motivation and Emotion. 2005; 29: 83-102.
- 54- Lavibond PF and L. SH, The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. Behavior Research Therapy, 1995; 33(3): 335-43.
- 55- H, M., A Practical Guide SPSS 10-13-14, Esfahan: the dynamics of thought. 2008. [Persian].
- 56- MP, S., Authentic happiness. New York: Free Press. 2002.
- 57- MA, S., Key concepts in Islamic spirituality: Love, thankfulness and humbleness Z. . Message of Thaqalayn. 2010; 11.
- 58- CR, K. and H. PS., Quality of Life from Nursing and Patient Perspective. Jones and Bartlett publishers. Massachusettes. 2003.
- 59- B., F., How religion helps us to health and well-being ?. Journal of Psychology and Reli. 2009; 3: 127-40. [Persian].
- 60- A, H., Relationship between religious orientation with mental disorders and academic achievement. Psychology and Religion. 2009; 3: 107-79. [Persian].
- 61- MH, S., Psychotherapy integration patterns. Qom: Institute of Science. 2014. [Persian].
- 62- V., W., Psychotherapy and spirituality. Translation Shahidi, Shirafkan Tehran: Roshd Publication. 2009. [Persian]. .
- 63- Lysne CJ and W. AB, Pain, spirituality, and meaning making, what can we learn from the literature? J Religions. 2011; 2(1): 1-16.
- 64- A, V., Spirituality and mental health. Indian J Psychiatry. 2008; 50(4): 233-7.
- 65- F, S., Effectiveness wait on anxiety and happiness. . Islamic Studies and Psychology. 2: 79-94. [Persian].
- 66- AS, P., The role of prayer in peace. . Psychology Dealing Reli. 2009; 1(1): 21-53. [Persian].
- 67- MB, Y., Effects of spiritual Capital on Muslim econmy: The case of Malaysia. Research on Humanities and Social Science. 2011; 1.
- 68- LR., P., Psychotherapy in a religious frame work. Man Sciences Pries. 2008.
- 69- B, T., Person-centered counseling and Christian spirituality: the secular and the holy. London: Whirr. 2008.
- 70- MH, T., Al-Mizan (Volume XI), Qom: . Islamic Publication. 1998. [Persian].

## Comparison of Effectiveness of Quality of Life Therapy and Treatment Based on Islamic Spirituality on Distress Tolerance, Stress, Anxiety, and Depression in Women with Tension Headaches

Kajbaf, M.B. \*Ph.D., Hoseini, F. Ph.D student., Ghamarani, A. Ph.D., Razazian, N. Ph.D.

### Abstract

**Introduction:** Tension headache is one of the psychosomatic disorders and it is very common in throughout the world. Stress and bad moods are among the aggravating factors of tension headaches. The purpose of the study is to compare effectiveness of quality of life therapy and treatment based on Islamic spirituality on distress tolerance, stress, anxiety, and depression in women with tension headaches.

**Method:** This is an experimental study with pre-test, post-test, follow-up and control group. The study population included all the female patients with tension headaches in Kermanshah city in 2014. 39 subjects were selected by random sampling method and inclusion-exclusion criteria, and randomly were divided into two experimental groups and one control group (n=13). The experimental group of quality of life therapy was under treatment within 8 sessions of 90-minute and the experimental group of spiritual therapy was also treated within 8 sessions of 100-minute while the control group received no treatment. The research tools included Distress Tolerance Scale, and Depression Anxiety Stress Scales which were conducted in pre-test, post-test, and follow-up.

**Results:** Data analysis by using multivariate covariance method and post hoc tests showed that both treatments; the quality of life therapy and treatment based on Islamic spirituality had significant effects on improving distress, stress, anxiety, and depression tolerance in post-test and follow-up. But the efficiency of spiritual treatment in reducing anxiety and depression in post-test was more significant compared to quality of life therapy. Hence, there was no significant difference between the two groups in the post-test regarding improvement of distress and depression tolerance. In the follow-up stage, the effect of spiritual therapy was more than quality of life therapy in all variables.

**Conclusion:** According to the findings both treatments, the quality of life therapy and treatment based on Islamic spirituality are effective interventions for patients with tension headaches. But the long-term impacts of treatment based on Islamic spirituality are more significant.

**Keywords:** Quality of life therapy, treatment based on Islamic spirituality, distress tolerance, stress, anxiety, depression, tension headache.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی

---

\*Correspondence E-mail:  
m.b.kaj @ edu.ui.ac.ir