

اثربخشی درمان گروهی وجودی بر تجربه و ادراک رنج، تنظیم هیجان و شادکامی در بیماران میگرنی

خاتون باباحسنی^۱

ناصر امینی^۲

عبدالله شفیعی آبادی^۳

عزت دیره^۴

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان گروهی وجودی بر تجربه و ادراک رنج، تنظیم هیجان و شادکامی در بیماران مبتلا به میگرن انجام شد. پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش را همه بیماران میگرنی شهرستان گناوه از شهریور سال ۱۳۹۵ تا فروردین سال ۱۳۹۷ تشکیل داد. از این بیماران تعداد ۴۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه درمان گروهی وجودی و گروه گواه گمارده شدند. درمان گروهی وجودی در گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای در هر هفته یک جلسه برگزار گردید و در این مدت گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزارهای پژوهش شامل، مقیاس تجربه و ادراک رنج اسکالز و همکاران (۲۰۱۰)، پرسشنامه تنظیم هیجان گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱) و مقیاس شادکامی آکسفورد آرجیل و لو (۱۹۹۰) بودند. برای تجزیه و تحلیل یافته‌های پژوهش از آزمون آماری آنالیز واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۵ اجرا شد. نتایج آزمون آنالیز واریانس حاکی از کاهش معنادار ادراک رنج و همچنین افزایش معنادار تنظیم هیجان و شادکامی در نسبت به گروه کنترل بود و این اثربخشی در مرحله پیگیری هم ادامه داشت ($p > 0/001$). با توجه به نتایج پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که درمان گروهی وجودی در کاهش ادراک رنج، افزایش شادکامی و بهبود تنظیم هیجانی بیماران مبتلا به میگرن مؤثر است و می‌توان در راستای بهبود کیفیت زندگی و سلامت روان این بیماران از درمان استفاده کرد.

واژه‌های کلیدی: درمان گروهی وجودی، تجربه و ادراک رنج، تنظیم هیجان، شادکامی

۱. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد بوشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بوشهر، ایران.

۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد بوشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بوشهر، ایران. (نویسنده مسئول: amini_n2010@yahoo.com)

۳. استاد، گروه مشاوره، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

۴. استادیار، گروه روانشناسی، واحد بوشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بوشهر، ایران.

مقدمه

سردرد میگرنی^۱ از جمله شایع‌ترین علت‌های مراجعه افراد به کلینیک‌های سرپایی بیماری‌های مغزی و اعصاب است. بر اثر اتساع رگ‌های محصورکننده مغز بروز کرده و به صورت ضربان‌دار در یک طرف سر، همراه با حالات تهوع و استفراغ است که امکان دارد با فعالیت‌های روزمره هم تشدید شود (پیک^۲ و همکاران، ۲۰۲۰). بررسی‌ها نشان می‌دهد که حدود ۱۵-۱۲ درصد مردم جهان به سردردهای میگرنی مبتلا هستند (آشینا^۳ و همکاران، ۲۰۱۵). حملات دوره‌ای میگرن موجب بروز اختلال در عملکرد بیمار می‌شود و توانایی این افراد در کلیه جنبه‌های روزمره زندگی مثل اشتغال، کارهای منزل و سایر فعالیت‌های جسمی و غیر جسمی کاهش پیدا می‌کند که از جمله می‌توان افزایش ادراک درد (رادات^۴ و همکاران، ۲۰۰۸)، اختلال در تنظیم هیجان (حسینی و همکاران، ۱۳۹۴) و همچنین کاهش شادکامی و بهزیستی ذهنی (ساباتینی^۵، ۲۰۱۴) را نام برد.

سردرد در بیماران مبتلا به میگرن پدیده‌ای شایع است و مشخص شده که نقش مهمی در کیفیت و سلامت زندگی در این بیماران ایفا می‌کند. به طوری که شدت درد بیشتر منجر به کاهش عملکرد در بیشتر مؤلفه‌های مقیاس سلامت روان از جمله سلامت کلی، سرزندگی، سلامت روانی و عملکرد اجتماعی و در کل افت کیفیت زندگی در این بیماران می‌گردد (داهلوف و سالامون^۶، ۱۹۹۸). براساس تعریف انجمن بین‌المللی مطالعه درد^۷ (۱۹۹۴)، درد یک تجربه حسی و هیجانی ناخوشایند است که با آسیب بافتی واقعی و بالقوه همراه می‌شود (ترک و ملزاک^۸، ۲۰۰۱). ادراک بالای درد در بین بیماران مبتلا به میگرن شیوع بسیار زیادی دارد که خود موجب ایجاد اختلال در زندگی، کاهش کیفیت زندگی و سلامت روان در این بیماران می‌گردد (پی^۹ و همکاران، ۲۰۲۰).

شواهد نشان می‌دهند که آشفتگی‌های روان‌شناختی در رابطه با اتفاقات استرس‌زای زندگی امکان دارد با راهبردهای تنظیم هیجان در ارتباط باشد. به عبارتی تنش‌های مزمن عصبی و نبود مهارت‌های کارآمد برای مقابله با استرس امکان دارد زمینه‌ساز بروز این چنین سردردها باشد (گارنفسکی^{۱۰} و همکاران، ۲۰۰۹). منظور از تنظیم هیجان، فرآیندها یا روش‌هایی است که افراد در جهت تعدیل هیجانات خود مورد استفاده قرار می‌دهند. در زمینه تأثیر هیجانات بر تعدیل و تنظیم و ادراک درد، بسیاری از پژوهش‌ها گزارش کردند که نوسانت درد به آسانی تحت تأثیر هیجانات قرار می‌گیرند، به طوری که هیجانات خوشایند عموماً موجب کاهش و التیام درد شده در حالی که هیجانات ناخوشایند شدت درد را افزایش می‌دهند (گارنفسکی و کرایج^{۱۱}، ۲۰۰۶). در همین راستا مشخص شده که افراد مبتلا به میگرن در مقایسه با افراد سالم از راهبردهای مثبت کمتری در تنظیم شناختی هیجانات

1. migraine headache
2. Torelli
3. Ashina
4. Radat
5. Sabatini
6. Dahlof & Solomon
7. Internal Association for The Study of Pain
8. Turk & Melzack
9. Pei
10. Garnefski
11. Garnefski & Kraaij

خود استفاده می‌کنند (حسینی و همکاران، ۱۳۹۴).

از طرف دیگر بین ادراک سلامتی با شادکامی و خصوصاً بین سردردهای میگرنی با شادکامی ارتباط معنی‌داری وجود دارد (ساباتینی^۱، ۲۰۱۴). بررسی‌های کمی حاکی از رابطه معنادار بین سردردهای میگرنی با پایین بودن شادکامی در افراد مبتلا به میگرن بوده است (رجبی و عباسی، ۱۳۹۳). شادکامی به عنوان میزان ارزش مثبتی که شخص برای خود قائل باشد تعریف شده است (وینهون^۲، ۲۰۱۳). در پژوهشی دیگر هم شادکامی را تجربه احساس نشاط، خشنودی و سرخوشی و همچنین احساس داشتن زندگی خوب، بامعنا و باارزش تعریف کرده‌اند (لیبومیرسکی، شلدون و شکید^۳، ۲۰۰۵). بررسی‌های کمی حاکی از رابطه بالای بین سردردهای میگرنی با پایین بودن شادکامی در افراد مبتلا به میگرن بوده است (ساباتینی، ۲۰۱۴؛ رجبی و عباسی، ۱۳۹۳).

در طول چند سال گذشته یافته‌های پژوهش‌های گوناگون نشان داده‌اند که مداخلات روان‌درمانی موجب بهبود ۳۵ تا ۵۵ درصدی در میگرن و سردردهای تنشی شده است (وصال و نشاط‌دوست، ۱۳۹۸). درمان گروهی وجودی ماهیتی فلسفی دارد و به مجموعه‌ای از عقاید و نظرات در مورد انسان اطلاق می‌گردد (جلیلی‌نیکو و همکاران، ۱۳۹۴). رویکرد درمان گروهی وجودی در حوزه روان‌شناختی به عنوان وضعیتی مشترک برای همه افراد بدون تمرکز بر فرهنگ، مذهب، قومیت و نژاد به مسائل عمیق و محوری مثل تنهایی، بی‌معنایی، مرگ و آزادی می‌پردازد (اودو^۴ و همکاران، ۲۰۱۱). این درمان مراجعین خود را تشویق می‌کند تا با ابعاد زندگی خود که همواره از آن فرار می‌کنند، مواجه شده و شجاعانه این ابعاد زندگی خود را به رسمیت بشناسند و قبول کنند که شادکامی و نشاط در زندگی موقعی محقق می‌شود که شخص قبول کند که امنیت و نشاط پایدار و همیشگی در زندگی هیچ کس وجود ندارد (مارسا^۵ و همکاران، ۲۰۱۷). درمان گروهی وجودی دیدی تازه به موضوع‌های مختلف زندگی چون زندگی و مرگ، آزادی، مسئولیت نسبت به دیگران، معناداری زندگی و درد موجود در زندگی به مراجع می‌دهد. در این رویکرد تلاش نمی‌شود که درد انسان از بین برود، زیرا زندگی انسان از لحاظ ماهیتی دائماً با درد همراه است، بلکه تلاش می‌شود با پذیرش واقعیت درد برای دردهای زندگی معنا پیدا کنند که در این صورت است که رنج‌های زندگی لذت‌بخش خواند شد (رضایی و همکاران، ۲۰۱۵). هدف اصلی در درمان گروهی وجودی کمک به حضور واقعی در هستی است. یعنی مراجعین کمک می‌کنند تا با زندگی و پدیده‌های آن رابطه واقعی و صادقانه برقرار کنند و به جای تمرکز بر مشکلات بیرونی، بر روابط فعلی اعضا با یکدیگر تأکید می‌کند (کلاسن^۶ و همکاران، ۲۰۱۹).

با توجه به اینکه پیشینه پژوهشی در مورد اثربخشی درمان گروهی وجودی بر متغیرهای پژوهش بسیار اندک و غالباً پیشینه پژوهشی در راستای پژوهش حاضر وجود ندارد، اما در کل در پژوهشی فراتحلیلی که به بررسی اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی در درد مزمن بر کاهش درد انجام شد، مشخص گردید که درمان‌های روان‌شناختی موجب کاهش معنادار درد مزمن می‌شوند و می‌توان برای درمان بیماران با وجود درد مزمن از درمان‌های روان‌شناختی استفاده نمود (وصال و نشاط‌دوست، ۲۰۱۹). در

1. Sabatini
2. Veenhoven
3. Lyubomirsky, Sheldon & Schkade
4. Udo
5. Marsa
6. Classen

پژوهشی به بررسی اثربخشی طرحواره درمانی یکپارچه با توان‌بخشی بر تنظیم شناختی هیجان و اضطراب وجودی بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب پرداخته شد. نتایج نشان داد که طرحواره درمانی یکپارچه با توان‌بخشی موجهی بهبود تنظیم شناختی هیجان و کاهش اضطراب وجودی بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب می‌گردد (کرباسدهی^۱ و همکاران، ۲۰۱۸). در پژوهشی دیگر پژوهشگران گزارش کردند که درمان شناختی- رفتاری با روش فوردایس موجب افزایش رضایت زندگی، رضایت خاطر و شادکامی در افراد مبتلا به سردردهای میگرنی گردید (رجبی و عباسی، ۱۳۹۳). حسینی و همکاران (۱۳۹۴)، در پژوهشی به مقایسه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در افراد مبتلا به سردرد میگرنی، سردرد تنشی و افراد بهنجار پرداختند. آن‌ها نشان دادند که افراد مبتلا به سردردهای میگرنی نسبت به افراد بهنجار از راهبردهای مثبت کمتری استفاده می‌کنند. مارگیوتا^۲ (۲۰۰۶)، در مطالعات خود گزارش کرد که درمان گروهی وجودی نقش مهمی در بهبود کیفیت زندگی و ارتقاء سلامت روان بیماران دارد.

در نهایت نتایج پژوهش‌های گذشته، بیانگر شیوع بالای میگرن در جوامع امروزی است و این بیماران درگیر مشکلات روان‌شناختی از جمله عدم توانایی در تنظیم هیجان و افزایش رنج و کاهش شادمانی هستند (خرازی نوتاش و همکاران، ۱۳۹۸). از سویی این بیماری جنبه‌های مختلف فردی، خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی زندگی افراد مبتلا را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد و درمان دارویی مستلزم هزینه از طرف بیماران است و داروهای موجود همیشه موجب تسکین درد این بیماران نمی‌شوند. بنابراین با توجه به جنبه‌های گوناگون روانی- اجتماعی که بیماری میگرن بر سلامت روان‌شناختی بیماران دارد، تدوین درمان روان‌شناختی و مداخلات روان‌شناختی برای این بیماران ضروری به نظر می‌رسد. همچنین خلأ پژوهشی که در اینجا احساس می‌شود این است که تاکنون پژوهشی که به بررسی درمان گروهی وجودی بر تحمل و ادراک رنج، تنظیم هیجان و شادکامی بیماران میگرنی انجام نشده است که خود ضرورت انجام این پژوهش رو دوچندان می‌کند. از جمله کاربرد دیگری که برای انجام این پژوهش متصور می‌شود این است که درمان‌های روان‌شناختی بدون استفاده از دارو می‌توانند بهبودی بیماران را تسریع کنند که خود می‌تواند از مصرف بی‌رویه داروهای تسکین دهنده درد و عوارض جانبی بسیار زیاد این داروها در جوامع بکاهد. با توجه به توضیحات ذکر شده پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان گروهی وجودی بر تحمل و ادراک درد، تنظیم هیجان و شادکامی بیماران میگرنی انجام شد تا به این سؤال پاسخ دهد که آیا درمان گروهی وجودی بر تحمل و ادراک درد، تنظیم هیجان و شادکامی بیماران میگرنی اثرگذار است؟

روش

تحقیق حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی (پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه) و دوره پیگیری بود. جامعه آماری این پژوهش را تمامی بیمارانی که با تشخیص میگرن در سامانه سیب مراکز بهداشتی درمانی و بیمارستان و کلینیک فوق تخصصی شفا در شهرستان گناوه از شهریور سال ۱۳۹۵ تا فروردین سال ۱۳۹۷ ثبت کرده بودند، تشکیل داد. از این بیماران تعداد ۴۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه درمان گروهی وجودی (۲۰ نفر) و گروه گواه (۲۰ نفر) گمارده شدند. این تعداد آزمودنی به دلیل اینکه در روش پژوهش نیمه‌آزمایشی حداقل حجم نمونه باید ۱۵ نفر باشد، انتخاب شد (دلاور، ۱۳۹۱).

1. Karbasdehi

2. Margiottan

روند اجرای پژوهش به این صورت بود که؛ پس از اخذ مجوز از دانشگاه آزاد بوشهر و ارائه آن به مراکز بهداشتی درمانی و بیمارستان و کلینیک فوق تخصصی شفا و مشاهده اسامی بیماران که با تشخیص ۴۰ بیمار مبتلا به میگرن در سامانه سیب مراکز بهداشتی درمانی و بیمارستان و کلینیک فوق تخصصی شفا در شهرستان گناوه از ابتدای شهریور سال ۱۳۹۵ تا انتهای فروردین سال ۱۳۹۷ ثبت کرده بودند، تعداد ۴۰ نفر که تمایل به شرکت در پژوهش داشتند و با تأکید به مسائلی همچون محرمانه ماندن اطلاعات بیماران و تکمیل فرم رضایت‌نامه، به صورت تصادفی در دو گروه درمان گروهی وجودی (۲۰ نفر) و گروه گواه (۲۰ نفر) گمارده شدند. مداخله گروه درمانی وجودی به صورت گروهی در ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای و هر جلسه در یک هفته و به مدت ۲ ماه برای گروه‌های مداخله برگزار گردید و در این مدت گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از اتمام جلسات، از هر سه گروه پس‌آزمون به عمل آمد و بعد از ۱ ماه، مرحله پیگیری اجرا گردید. در نهایت کل برنامه از یک پیش‌جلسه، ۸ جلسه درمانی و یک جلسه پیگیری تشکیل شد.

همچنین مسایل اخلاقی رعایت شده در پژوهش شامل؛ دریافت رضایت‌نامه اختیاری از آزمودنی‌ها، آزمودنی‌ها اجازه داشتن هر موقع که توانایی ادامه در برنامه مداخله را نداشتن از ادامه شرکت در برنامه خودداری کنند و همچنین اطلاعات مربوط به آزمودنی‌ها به صورت کاملاً محرمانه حفظ شد.

ابزارهای مورد استفاده در پژوهش حاضر شامل؛ مقیاس تجربه و ادراک رنج اسکالز و همکاران (۲۰۱۰)، پرسشنامه تنظیم هیجان گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱) و مقیاس شادکامی آکسفورد بود.

الف) مقیاس تجربه و ادراک رنج اسکالز^۱ و همکاران (۲۰۱۰): مقیاس تجربه و ادراک رنج توسط اسکالز و همکاران (۲۰۱۰)، طراحی شده است و می‌تواند برای سنجش تجربه و ادراک رنج مورد استفاده قرار گیرد. این مقیاس سه بُعد رنج که شامل رنج جسمانی، رنج روان‌شناختی و رنج وجودی-معنوی را مورد سنجش قرار می‌دهد. تعداد سؤالات در بُعد جسمانی شامل ۹ سؤال، در بُعد روان‌شناختی شامل ۱۵ سؤال و در بُعد وجودی-معنوی شامل ۹ سؤال است. نمره‌دهی به این مقیاس با استفاده از طیف لیکرت انجام می‌شود و نمره‌ی آزمودنی در نهایت برای کل رنج ادراک شده بین ۳۳ تا ۱۴۱ نمره کسب شده خواهد بود و هر چه نمره بالاتر باشد نشان‌دهنده رنج ادراک شده بیشتر است. پایایی این آزمون و ابعاد آن در سه گروه آمریکایی-آفریقایی (جسمانی ۰/۶۳، روان‌شناختی ۰/۹۰ و وجودی-معنوی ۰/۸۶)، سفیدپوستان (جسمانی ۰/۴۳، روان‌شناختی ۰/۸۷ و وجودی-معنوی ۰/۸۴) و اسپانیایی‌ها (جسمانی ۰/۶۰، روان‌شناختی ۰/۸۵ و وجودی-معنوی ۰/۸۳) مورد تأیید قرار گرفته است (اسکالز و همکاران، ۲۰۱۰). در پژوهشی که در ایران انجام شد پایایی ابزار را با استفاده از آلفای کرونباخ، ۰/۶ محاسبه کردند (پیراسته‌مطلق و نیک‌منش، ۱۳۹۱). میزان آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر برای رنج جسمی ۰/۸۵، رنج روان‌شناختی ۰/۸۳، رنج وجودی-معنوی ۰/۸۲ و برای کل پرسشنامه رنج ادراک شده ۰/۸۶ بدست آمد.

ب) پرسشنامه تنظیم هیجان گارنفسکی^۲ و همکاران (۲۰۰۱): این یک پرسشنامه چند بُعدی و دارای یک ابزار خود گزارشی است که دارای ۳۶ ماده است و دارای فرم ویژه کودکان و بزرگسالان است. دارای دو زیر مقیاس اصلی مثبت و منفی و ۷ خرده مقیاس است که عبارتند از ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، فاجعه‌انگاری و ملامت دیگران. هر سؤال

1. Schulz

2. Garnefski

از یک (هرگز) تا پنج (همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. نمرات بالا در هر خرده‌مقیاس، بیانگر استفاده بیشتر از راهبرد مذکور در مقابله یا مواجهه با وقایع استرس‌زا و منفی می‌باشد. پایایی بازآزمایی نشان داد که راهبردهای مقابله شناختی از ثبات نسبی برخوردار است و همسانی درونی غالب مقیاس‌ها با ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۸۰ تأیید شد (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۱). نسخه فارسی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان در ایران توسط بشارت و بزازیان (۱۳۹۳) اعتباریابی گردید. در پژوهش بشارت و بزازیان (۱۳۹۳)، ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس، شامل همسانی درونی، پایایی بازآزمایی، روایی محتوایی، روایی همگرا و تشخیصی (افتراقی)^۱ مطلوب گزارش شده است. آنها پایایی بازآزمایی برای خرده‌مقیاس‌های این پرسشنامه را در دو نوبت با فاصله زمانی دو تا چهار هفته، ۰/۵۷ تا ۰/۷۶ گزارش کرد و روایی محتوایی آن‌را که توسط داوری ۸ نفر از متخصصان روانشناسی بررسی شد، قابل‌قبول ذکر کردند و ضرایب توافق کندال برای خرده‌مقیاس‌ها را از ۰/۸۱ تا ۰/۹۲ گزارش کردند. میزان آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر برای کل مقیاس ۰/۹۱ بدست آمد.

ج) مقیاس شادکامی آکسفورد (۱۹۹۰)^۲: این پرسشنامه بوسیله آرچیل و لو^۳ (۱۹۹۰) ساخته شده است و به منظور ارائه یک تعریف عملیاتی از شادکامی، سه بعد مهم در آن قائل شده‌اند (فراوانی عاطفه مثبت، میانگین سطح رضایت و نداشتن احساس منفی). در ابتدا ۲۱ ماده در پرسشنامه گنجانده شد و پس از آن ۱۱ ماده بدان افزوده شد تا سایر جنبه‌های شادکامی را هم در بر گیرد. بعد از آن این سیاهه ۳۲ ماده‌ای در مورد ۸ دانشجو اجرا و از دانشجویان خواسته شد تا گزینه‌ها را مرتب و درباره روایی پرسش‌ها نیز قضاوت کنند. این امر سبب تغییر ترتیب مواد آزمون و نیز حذف ۳ ماده شد. بنابراین فرم نهایی سیاهه ۲۹ ماده دارد. معیار شادکامی آکسفورد دارای گویه‌های چهارگزینه‌ای و به ترتیب از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. جمع نمره‌های مجموع سؤالات، نمره کل را تشکیل می‌دهد. از آنجا که نمره کل آزمودنی از ۰ تا ۸۷ است لذا تفسیر آن روی یک پیوستار قرار می‌گیرد که در یک سوی آن شادکامی بسیار بالا و در سوی دیگر عدم شادکامی قرار می‌گیرد، لذا هر چه نمره آزمودنی از متوسط نمره کل ۴۴ بیشتر باشد میزان شادکامی بالاتر و هرچه کمتر باشد عدم شادکامی فرد را نشان می‌دهد. روایی این پرسشنامه در پژوهش‌های مختلف از جمله پژوهش آرچیل و لو (۱۹۹۰) تأیید شده است. همچنین برای تعیین پایایی این پرسشنامه آرچیل و لو (۱۹۹۰) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ را در ۳۴۷ آزمودنی بدست آوردند. پایایی پرسشنامه در جوامع ایرانی علی‌پور و آگاه‌هریس (۱۳۸۶)، آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه را ۰/۹۱ گزارش کردند. میزان آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر برای کل پرسشنامه ۰/۸۶ بدست آمد.

درمان گروهی وجودی: در پژوهش حاضر برای پروتکل درمان گروهی وجودی، از کتاب نظریه‌های روان‌درمانی، تألیف پروچسکا و نورکراس^۴ (۲۰۱۰) استفاده شد. پروتکل درمانی در گروه آزمایش به صورت گروهی در ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای در هر هفته یک جلسه برگزار گردید (جدول ۱). تمام جلسات مداخله درمان گروهی وجودی توسط روانشناس دارای مجوز و مسلط به این درمان انجام گردید.

1. discriminant validity
2. Oxford Happiness Scale (1990)
3. Argyle & Lu
4. Prochaska & Norcross

جدول ۱. خلاصه محتوای طرح درمان گروهی وجودی (پروچسکا و نورکراس، ۲۰۱۰)

جلسات	عنوان برنامه	فعالیت	تکنیک‌ها
جلسه اول	معرفه، آشنایی و بیان اهداف و اجرای پیش‌آزمون	پذیرش و خوش‌آمدگویی معارفه و بیان اهداف، آشنایی اعضا با هم و بیان اهداف، نحوه کار گروه و اجرای پیش‌آزمون	تبیین شکل‌گیری مشکلات بر اساس رویکرد تحلیل وجودی، تبیین گروه درمانی تحلیل وجودی، معرفی قواعد و هنجارهای گروه، معارفه اعضا، بررسی نگرانی‌ها و نظرات اعضا نسبت به مسائل مطرح شده
جلسه دوم	افزایش خودآگاهی	ایجاد ارتباط و همبستگی گروهی، افزایش خودآگاهی، حضور در زمان حال، افزایش مشارکت گروه	ترغیب اعضا به بیان احساسات و افکار، آموزش اعضا در مورد همدلی و بازخورد دادن، تمرکز بر اینجا و اکنون
جلسه سوم	آموزش جرأت‌ورزی	تعمیق بخشیدن به خودآگاهی، افزایش جرأت ابراز وجود و باز بودن، افزایش تحمل اعضا نسبت به یکدیگر	افزایش آگاهی با تمرکز بر سه نوع روش بودن، تحلیل وجودی باز بودن و ابراز وجود، تشویق اعضا به بیان احساسات و افکار شخصی، ترغیب اعضا به بیان واکنش‌ها در برابر باز بودن دیگران
جلسه چهارم	مفهوم ادراک درد	آشنایی با مفاهیم روان‌شناختی درد و ادراک آن، آگاهی از جایگاه پیامدهای بروز درد در زندگی	تحلیل وجودی مفاهیم مرتب با درد و ادراک آن، تبیین رابطه درد و رابطه آن بر زندگی، ترغیب مراجعین در مورد ابراز احساساتشان در مواقع بروز درد
جلسه پنجم	مسئولیت‌پذیری	آشنایی با مفهوم مسئولیت‌پذیری، افزایش حس مسئولیت‌پذیری نسبت به خود و دیگران، درک رابطه فرار از آزادی و انتخاب با ناتوانی در مسئولیت‌پذیری	تحلیل وجودی مسئولیت‌پذیری، تبیین نقش مسئولیت‌پذیری در رشد شخصی و رشد روابط انسانی، ترغیب اعضا به گفتگو در مورد تصمیم‌گیری جدید و پذیرش مسئولیت انتخاب
جلسه ششم	پذیرش واقعیت‌های زندگی	تجربه اصالت خود در برقراری رابطه با دیگران، درک و پذیرش واقعیت‌های زندگی مثل درد و مرگ، درک اهمیت واقعیت مرگ برای پربار شدن زندگی	ترغیب به بازخورد دادن اعضا نسبت به یکدیگر در مورد روابط عمیق با دیگران، تحلیل وجودی مرگ، به عنوان مکمل زندگی، گفتگوی اعضا در مورد نگرش آنها نسبت به ادراک درد و مرگ
جلسه هفتم	معناجویی اهداف زندگی	درک معنا و هدف وجودی زیستن و زندگی، کشف معناهای پنهان و آشکار زندگی اعضا، متعهد شدن به هدفی خاص در زندگی آینده	تحلیل وجودی هدفمندی و معناجویی در زندگی، گفتگوی اعضا در مورد اهداف گذشته و پیدا کردن معناهای پنهان
جلسه هشتم	جمع‌بندی و اختتامیه	مروری مطالب جلسات گذشته، یکپارچه سازی و تبیین هماهنگ مطالب جلسات قبل، تبیین گروه درمانی به عنوان شروع ارتباطی جدید و سالم با دیگران، اتمام فرآیند گروه درمانی و اجرای پس‌آزمون	مرور مطالب قبل، تبیین پالش‌های آینده در نتیجه تغییرات رفتاری- روان‌شناختی، بیان احساسات و نگرش‌های اعضا درباره تجربه گروه درمانی، مرتبط کردن تجربه‌های گروه با تجربیات بعدی زندگی

تجزیه و تحلیل داده‌ها: برای تجزیه و تحلیل داده‌ها ابتدا پیش‌فرض‌های آزمون آنالیز واریانس که شامل؛ بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها، بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها، وجود ارتباط خطی بین متغیر هم‌پراش (پیش‌آزمون) با متغیر وابسته و همگنی شیب خط رگرسیون اجرا گردید. برای تجزیه و تحلیل یافته‌های تحقیق از آزمون آماری آنالیز واریانس با اندازه‌گیری مکرر^۱ و آزمون تقییبی بونفرونی در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ و از نرم افزار SPSS.۲۵ استفاده شد.

1. Repeated measure

یافته‌ها

آزمودنی‌های گروه آزمایش شامل ۱۴ نفر زن و ۶ نفر مرد و گروه گواه ۱۴ نفر زن و ۶ نفر مرد بود و میانگین سنی آزمودنی‌های گروه آزمایش $28/05 \pm 6/49$ و در گروه گواه $29/50 \pm 5/31$ بود. سابقه میگردن در گروه آزمایش $6/60 \pm 2/25$ سال و در گروه گواه $7/1 \pm 25/58$ سال بود (جدول ۲).

جدول ۲. آمار توصیفی آزمودنی‌ها

گروه	میانگین	انحراف معیار	
سن	گروه آزمایش	۲۸/۰۵	۶/۴۹
	گروه گواه	۲۹/۵۰	۵/۳۱
سابقه میگردن (سال)	گروه آزمایش	۶/۶۰	۲/۲۵
	گروه گواه	۷/۲۵	۱/۵۸
تعداد سردرد در ماه	گروه آزمایش	۳/۷۵	۰/۷۱
	گروه گواه	۳/۷۰	۰/۶۵
جنس	تعداد زن	تعداد مرد	
	گروه آزمایش	۱۴ نفر	۶ نفر
	گروه گواه	۱۴ نفر	۶ نفر

شاخص‌های آمار توصیفی مربوط به ویژگی‌های فردی آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش و گواه در جدول شماره ۳ ذکر شده است.

جدول شماره ۳. مشخصات توصیفی متغیرهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	مرحله	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	
	گروه	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
ادراک رنج	آزمایش	۹۲/۵۵	۱۹/۰۶	۶۲/۰۵	۹/۹۸
	گواه	۸۹/۲۵	۱۸/۳۰	۸۹/۸۵	۱۷/۲۲
تنظیم هیجان مثبت	آزمایش	۵۵/۹۵	۷/۹۵	۸۵/۷۱	۶/۲۱
	گواه	۵۱/۱۳	۶/۶۶	۵۲/۶۲	۶/۵۹
تنظیم هیجان منفی	آزمایش	۵۶/۲۵	۶/۱۲	۴۸/۶۹	۴/۶۹
	گواه	۵۹/۳۲	۷/۲۰	۵۷/۱۸	۶/۲۶
شادکامی	آزمایش	۳۰/۸۰	۸/۱۴	۵۳/۸۰	۱۱/۱۶
	گواه	۳۳/۱۰	۶/۹۴	۳۲/۸۰	۶/۵۱

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها ابتدا پیش‌فرض‌های آزمون آنالیز واریانس که شامل؛ بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها، بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها، وجود ارتباط خطی بین متغیر هم‌پراش (پیش‌آزمون) با متغیر وابسته و همگنی شیب خط رگرسیون اجرا گردید. برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد و نتایج نشان داد که داده‌های بدست آمده در هر دو گروه آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در همه متغیرها می‌باشد و امکان استفاده از آزمون

پارامتریک تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر به محقق داده شد. برای بررسی مفروضه همگنی واریانس از آزمون لوین استفاده شد. با توجه به اینکه نتایج آزمون لوین در هر متغیر در سطح $0/05$ تأیید شد، این مفروضه هم استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس را رد نکرد. وجود ارتباط خطی بین متغیرهای هم‌پراش (پیش‌آزمون) با متغیرهای وابسته در طول پژوهش یکی دیگر از مفروضه‌های آزمون آنالیز واریانس است که نتایج نشان داد در سطح خطای $0/05$ در متغیرهای پژوهش معنادار است. همچنین مفروضه همگنی شیب خط رگرسیون در متغیرهای پژوهش برقرار بود؛ به نحوی که در سطح خطای $0/05$ در پس‌آزمون و پیگیری بدست آمد.

بعد از بررسی پیش‌فرض‌های آزمون آنالیز واریانس محقق توانست از آزمون استفاده کند و نتایج آزمون آنالیز واریانس با اندازه‌گیری مکرر در جدول ۴ گزارش شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر

مقیاس	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	حجم اثر	توان آماری
تجربه و ادراک رنج	درون گروهی	۱۰۵۶/۱۰	۲	۹۸۵/۸۹	۲۵/۸۵	۰/۰۰۱	۰/۷۵	۰/۹۹
	زمان*گروه خطا	۹۸/۵۶	۵۶	۱۹/۵۲	--	--	--	--
	بین گروهی	۵۲۴۶/۵۲	۱	۸۶/۹۹	۱۷/۵۲	۰/۰۰۳	۰/۵۹	۰/۸۱
تنظیم هیجان مثبت	درون گروهی	۱۰۲۵/۹۵	۲	۹۶۵/۵۲	۱۸/۹۵	۰/۰۱۶	۰/۵۱	۰/۸۹
	زمان*گروه خطا	۵۲۱/۷۵	۵۶	۹۶/۹۹	۱۹/۶۲	۰/۰۰۹	۰/۶۹	۰/۹۲
	بین گروهی	۹۵۶۴/۸۶	۱	۸۶۱/۸۵	۲۱/۲۰	۰/۰۰۱	۰/۷۰	۰/۹۳
تنظیم هیجان منفی	درون گروهی	۱۰۱۹/۲۰	۲	۹۹۶/۵۲	۲۳/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۷۹	۰/۹۹
	زمان*گروه خطا	۲۶۱/۲۶	۵۶	۱۴۵/۴۱	--	--	--	--
	بین گروهی	۹۵۶۲/۷۸	۱	۶۲۸/۶۵	۲۱/۶۰	۰/۰۰۱	۰/۷۳	۰/۹۴
شادکامی	درون گروهی	۵۲۹۱/۹۷	۲	۴۷۱/۹۴	۲۸/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۹۳	۰/۹۹
	زمان*گروه خطا	۹۳۲/۱۹	۵۶	۲۹/۵۵	--	--	--	--
	بین گروهی	۶۲۵۴/۵۹	۱	۳۲۹/۸۹	۲۰/۵۶	۰/۰۱۹	۰/۷۶	۰/۹۳
	خطا	۸۱۲/۱۰	۲۸	۸۴/۱۰	--	--	--	--

نتایج آزمون آنالیز واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد ۸ جلسه درمان گروهی وجودی موجب کاهش نمرات ادراک رنج ($p > 0/001$)؛ افزایش نمرات تنظیم هیجان مثبت ($p = 0/009$)؛ کاهش نمرات تنظیم هیجان منفی ($p > 0/001$) و افزایش شادکامی ($p > 0/001$) بیماران مبتلا به میگرن می‌شود. همچنین نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی که بین زمان‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گرفته شد در جدول ۵ نشان داده شد.

جدول ۵. سطح معنی‌داری در آزمون تعقیبی بونفرونی در زمان‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	مرحله	معناداری در گروه آزمایش	معناداری در گروه گواه
	بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون	۰/۰۰۱	۱/۰۰
تجربه و ادراک رنج	بین پیش‌آزمون و پیگیری	۰/۰۰۴	۱/۰۰
	بین پس‌آزمون و پیگیری	۰/۵۱۲	۰/۶۲۰
	بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون	۰/۰۰۰	۰/۵۶۹
تنظیم هیجان مثبت	بین پیش‌آزمون و پیگیری	۰/۰۰۰	۰/۶۲۱
	بین پس‌آزمون و پیگیری	۰/۳۶۴	۱/۰۰
	بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون	۰/۰۰۰	۰/۵۹۶
تنظیم هیجان منفی	بین پیش‌آزمون و پیگیری	۰/۰۰۰	۰/۳۲۵
	بین پس‌آزمون و پیگیری	۰/۲۲۰	۰/۶۵۲
	بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون	۰/۰۰۴	۰/۵۲۶
شادکامی	بین پیش‌آزمون و پیگیری	۰/۰۰۱	۰/۴۲۳
	بین پس‌آزمون و پیگیری	۰/۴۶۷	۰/۳۲۴

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نشان داد در متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و بین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون، پیش‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد اما بین مراحل پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار مشاهده نشد. همچنین در گروه گواه بین هیچکدام از مراحل آزمون تفاوت معناداری مشاهده نگردید.

بحث و نتیجه‌گیری

در راستای تأثیر درمان گروهی وجودی بر تجربه و ادراک رنج بیماران مبتلا به میگرن نتایج حاکی از تأثیر معنادار درمان گروهی وجودی بر کاهش ادراک رنج بیماران مبتلا به میگرن بود و این اثربخشی در مرحله پیگیری هم ادامه داشت. هم راستا با پژوهش حاضر، دیندو^۱ و همکاران (۲۰۱۵)، نشان دادند که پذیرش اندک درد موجب افزایش افسردگی و ناتوانی در این بیماران می‌گردد. همچنین عمل مبتنی بر ارزش‌ها در حد متوسطی به افسردگی و ناتوانی در این بیماران ارتباط دارد. سجادی‌نژاد و همکاران (۱۳۸۷)، در پژوهشی گزارش کردند، درمان گروهی شناختی- رفتاری موجب کاهش احساس ناتوانی ناشی از سردرد بود. برای تبیین نتایج بدست آمده می‌توان گفت که، درمان گروهی وجودی بر باورهای اعتقادی فرد تأثیرگذار است. این درمان در آماج قرار دادن افکار و رفتارهای ناسازگارانه، نقشی اساسی ایفا می‌کند و بر این اساس، باورها و اعتقادات فرد در مورد بیماری‌اش و همچنین بر چگونگی مقابله و سازگاری بیمار نسبت به بیماری تأثیر می‌گذارد. درمان گروهی وجودی به نحو مؤثری در بیماری‌های روان‌تنی برای کمک به کنترل بهتر واکنش‌های افراد در قبال حوادث استرس‌زای زندگی به کار می‌رود و برخورد مؤثر با موقعیت‌های استرس‌زا می‌تواند ادراک بیماری را تحت تأثیر قرار دهد. همچنین این رویکرد درمانی بیماران را قادر می‌سازد تا با دیدی جدید به زندگی خود نگاه کنند و خود را موجوداتی منفعل که توان مقابله با بیماری و پی‌آمدهای آن را ندارند در نظر نگیرند، بلکه با انتخاب اهداف، پذیرش

شرایط غیرقابل تغییر و اجتناب‌ناپذیر و افزایش منابع خود دست به انتخاب زده و روند زندگی خود را در دست گرفته و به از این راه از دام تنش و استرس‌رهایی پیدا کنند. در نهایت در این رویکرد مراجعین یاد می‌گیرند که ابتلای آن‌ها به میگرن، رویدادی است که ناخواسته درگیر آن شده‌اند، اما این آزادی و توانایی را خواهند داشت که نحوه و نوع پاسخ خود به این بیماری سخت را بدهند. وقتی فرد احساس کند که می‌تواند برای بهبود خود، قدمی بردارد و این آزادی را دارد که در قبال شرایط بیرونی، موضع خاصی را انتخاب کند و در برابر شرایط تسلیم محض نیست. آینده‌ای روشن با در نظر گرفتن شرایط و محدودیت‌های خود می‌سازد. علاوه بر این حضور اعضای در گروه خود می‌تواند دلیلی بر کمک به آن‌ها برای حل تعارضات مختلف باشد (مک‌کراکن و گوتیرز-مارتینز، ۲۰۱۱).

در راستای تأثیر درمان گروهی وجودی بر تنظیم هیجان بیماران مبتلا به میگرن نتایج حاکی از تأثیر معنادار درمان گروهی وجودی بر بهبود تنظیم هیجان بیماران مبتلا به میگرن بود و این اثربخشی در مرحله پیگیری هم ادامه داشت. هم‌راستا با پژوهش حاضر هوایی و همکاران (۱۳۹۵)، اظهار داشتند آموزش تنظیم هیجان می‌تواند موجب بهبود تنظیم هیجان و تحمل پریشانی در بیماران مبتلا به سردردهای تنشی گردد. حسینی و همکاران (۱۳۹۴)، در پژوهشی به مقایسه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در افراد مبتلا به سردرد میگرنی، سردرد تنشی و افراد بهنجار پرداختند. آن‌ها نشان دادند که افراد مبتلا به سردردهای میگرنی نسبت به افراد بهنجار از راهبردهای مثبت کمتری استفاده می‌کنند. کرباسدهی^۲ و همکاران (۲۰۱۸)، در پژوهشی به بررسی اثربخشی طرحواره درمانی یکپارچه با توان بخشی بر تنظیم شناختی هیجان و اضطراب وجودی بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب پرداختند. نتایج نشان داد که طرحواره درمانی یکپارچه با توان بخشی موجب بهبود تنظیم شناختی هیجان و کاهش اضطراب وجودی بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب می‌گردد. فریتاگ^۳ (۲۰۰۷)، در پژوهش خود نشان دادند که استفاده از راهبردهای مقابله‌ای کمتر مؤثر در فاصله مابین حملات سردرد میگرنی، احتمال حمله را در ۲ هفته بعد پیش‌بینی می‌کند و میگرن با بروز آشفتگی‌های هیجانی و راهبردهای مقابله‌ای، موجب بروز اختلال در زندگی اجتماعی و کاری بیماران مبتلا می‌گردد. برای تبیین نتایج بدست آمده می‌توان ابراز داشت که درمان گروهی وجودی بر افزایش پذیرش واکنش‌های منفی (افکار، هیجان‌ها و حواس بدنی) به سود درگیری در فعالیت‌های معنی‌دار که تغییر مستقیم آنها امکان‌پذیر نیست را در مرکز توجه قرار داده و موجب پذیرش موقعیت به وجود آمده در بیمار می‌گردد (داهل، ویلسون و نیلسون^۴، ۲۰۰۴). بسیاری از درمان‌های روان‌شناختی سعی دارند تا در پایان دوره درمان، درمان‌جو علائم کمتری از درد و استرس و از لحاظ هیجانی احساس بهتری را تجربه کند. اما درمان گروهی وجودی صراحتاً بر زندگی بهتر تمرکز می‌کند؛ صرف‌نظر از اینکه زندگی بهتر با احساس بهتر همراه باشد یا خیر. برخی مواقع زندگی بهتر عملاً مستلزم احساس رنج است. اگر احساس رنج، ارتباط و زندگی پویا را ارتقاء دهد، درمان گروهی وجودی سعی می‌کند تا مهارت‌های لازم برای ایجاد رنج را بدون دفاع غیرضروری فراهم سازد (هایز^۵ و همکاران، ۲۰۱۳). احتمالاً عوامل ذکر شده موجب بهبود در تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به میگرن گردیده است. به‌طور کلی می‌توان اظهار

1. McCracken & Gutiérrez-Martínez
2. Karbasdehi
3. Freitag
4. Dahl, Wilson & Nilsson
5. Hayes

کرد که درمان گروهی وجودی موجب می‌شود تا افراد دارای سردرهای میگرنی احساسات، هیجان‌ها و افکار خود را علی‌رغم ناخوش‌آیند بودن، پذیرفته و در نتیجه رضایت‌مندی، کیفیت زندگی و هیجان‌های مثبت را در خود افزایش دهند (پراقچی و همکاران، ۱۳۹۸).

در راستای تأثیر درمان گروهی وجودی بر شادکامی بیماران مبتلا به میگرن نتایج حاکی از تأثیر معنادار درمان گروهی وجودی بر افزایش شادکامی بیماران مبتلا به میگرن بود و این اثربخشی در مرحله پیگیری هم ادامه داشت. در همین راستا رجبی و عباسی (۱۳۹۳)، گزارش کردند که درمان شناختی-رفتاری با روش فوردایس موجب افزایش رضایت زندگی، رضایت خاطر و شادکامی در افراد مبتلا به سردردهای میگرنی گردید. مارگیوتا^۱ (۲۰۰۶)، در مطالعات خود گزارش کرد که درمان گروهی وجودی نقش مهمی در بهبود کیفیت زندگی و ارتقاء سلامت روان بیماران دارد. برای تبیین نتایج فوق می‌توان بیان کرد که، در درمان وجودی به فناپذیری و گذرا بودن انسان تأکید شده و آن‌را نه تنها از ویژگی‌های زندگی انسان، بلکه عاملی کلیدی در معناداری زندگی بیان کرده‌اند. درمان وجودی به مراجعین در پیدا کردن اهداف زندگی کمک می‌کند. داشتن هدف در زندگی به وسیله احیای ارزش‌های خلاق، در سایه کار، خدمت به دیگران با احیای ارزش‌های تجربی و احیای ارزش‌های گرایشی در بیمار، زندگی را با معنا می‌کند. در این حالت، مراجع برای رسیدن به اهداف مشخص شده و با هدف و منظوری که برگزیده است مدام در تلاش است. این تلاش و پیگیری به زندگی بیمار نشاط و شادی می‌بخشد و احساس یأس و بیهودگی را در وی از بین می‌برد. همچنین احساس شایستگی در فرد به وجود می‌آورد و هستی وی را با معنا می‌سازد. در این مسیر درمان‌گر توجه بیمار را نسبت به وظایفی که در قبال زندگی دارد جلب می‌کند و احساس مسئولیت او را در به انجام رساندن اهداف مشخص شده بیدار می‌کند. به طور کلی می‌توان اظهار داشت که درمان گروهی وجودی می‌تواند با بهبود تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به سردردهای میگرنی و شدت ادراک درد را کاهش داده و موجب بهبود شادکامی و افزایش رضایت از زندگی این بیماران می‌گردد. در همین راستا مشخص گردید که تأثیر این درمان در مرحله پیگیری یک ماهه تداوم دارد و اثرات آن ماندگار است. با توجه به این نتایج می‌توان از این روش درمانی می‌توان در راستای کاهش ادراک درد بیماران میگرنی استفاده کرد که خود می‌تواند مرهمی بر دردهای این قشر بیمار جامعه باشد. این نتایج می‌تواند در کلینیک‌های روان‌شناختی و روان‌درمانی، مراکز سلامت و تندرستی، اداره بهزیستی، مراکز بهداشتی درمانی و بیمارستان‌ها مورد استفاده قرار گیرد.

هر پژوهش کاستی‌ها و محدودیت‌هایی دارد و پژوهش حاضر هم عاری از این نیست. از جمله محدودیت‌های موجود در پژوهش حاضر به شرح زیر می‌باشد؛ با توجه به این که این پژوهش در شهر بوشهر انجام گرفت از تعمیم نتایج به سایر شهرهای ایران باید با رعایت احتیاط انجام شود، حجم نسبی آزمودنی‌ها بدلیل افزایش دقت در درمان کوچک بوده است. همچنین برای پژوهش‌های آینده می‌توان پیشنهاد کرد از سایر بیماری‌هایی که فرد بیمار را دچار درد مزمن می‌کند مثل بیماری MS، سردردهای تنشی و بیماران مبتلا به سرطان را به عنوان آزمودنی انتخاب شوند تا تأثیر درمان گروهی وجودی بر این بیماران هم مشخص گردد.

منابع

- بشارت، محمدعلی؛ بزازیان، سعیده. (۱۳۹۳). بررسی ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه تنظیم هیجان در نمونه‌ای از جامعه ایرانی. نشریه دانشکده پرستاری و مامایی، ۲۴(۸۴)، ۶۱-۷۰.
- پیراسته مطلق، علی‌اکبر؛ نیک‌منش زهرا. (۱۳۹۱). تعیین ارتباط معنویت با احساس رنج و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز. ارمغان دانش، ۱۷(۴)، ۳۳۷-۳۴۸.
- حسینی، آرزو؛ خرمایی، فرهاد؛ عصارزادگان، فرهاد؛ حسامی، امید؛ تقوی، محمدرضا؛ محمدی، نوراله. (۱۳۹۴). مقایسه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در افراد مبتلا به سردرد میگرنی، سردرد تنشی و افراد بهنجار. روان‌شناسی سلامت، ۴(۳)، ۳۷-۴۸.
- خرازی نوتاش، هانیه؛ خادمی، علی؛ باباپور خیرالدین، جلیل؛ علی‌وندی‌وفا، مرضیه. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر خودکارآمدی درد و ترس از پیشرفت بیماری میگرن در پرستاران زن شهر تبریز در سال ۱۳۹۸. سلامت جامعه، ۱۳(۲)، ۲۴-۳۲.
- دلاور، علی. (۱۳۹۱). روش تحقیق در روان‌شناسی و علوم تربیتی، تهران، چاپ ۳۶، نشر ویرایش، ۱-۳۱۲.
- رجبی، سوران؛ عباسی، زهره. (۱۳۹۳). همه‌گیری‌شناسی سردردهای میگرنی و اثربخشی آموزش شناختی- رفتاری فوردایس بر کاهش علایم میگرن و افزایش شادکامی. روانشناسی معاصر، ۹(۲)، ۸۹-۱۰۰.
- جلیلی نیکو، سعید؛ رضایی، زینب؛ نجائی‌نژاد، نرگس؛ قاسمی پوپینه، رضا؛ نوران، خیرالله. (۱۳۹۴). اثربخشی روان‌درمانی وجودی بر افزایش تاب‌آوری زنان ناباور. ارمغان دانش، ۲۰(۵)، ۴۵۳-۴۵۹.
- سجادی‌نژاد، مرضیه‌سادات؛ محمدی، نوراله؛ تقوی، سید محمدرضا؛ اشجع‌زاده، ناهید. (۱۳۸۷). تأثیر گروه‌درمانی شناختی- رفتاری بر افسردگی و احساس ناتوانی ناشی از سردرد در بیماران مبتلا به میگرن و سردرد تنشی. روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۴(۴)، ۴۱۱-۴۱۸.
- علی‌پور، احمد؛ آگاه هریس، مژگان. (۱۳۸۶). اعتبار و روایی فهرست شادکامی آکسفورد در ایرانی‌ها. فصلنامه روانشناسان ایرانی، ۳(۱۲)، ۲۸۷-۲۹۸.
- وصال، مینا؛ نشاط‌دوست، حمیدطاهر. (۱۳۹۸). فراتحلیل بررسی اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی درد مزمن بر کاهش درد (مقالات سال‌های ۸۵ تا ۹۷). بیهوشی و درد، ۱۰(۳)، ۲۱-۳۸.
- هوایی، آزاده؛ کاظمی، حمید؛ حبیب‌اللهی، اعظم؛ ایزدیکخواه، زهرا. (۱۳۹۵). اثربخشی مداخله تنظیم هیجان بر میزان تحمل پریشانی و مشکلات تنظیم هیجان در زنان مبتلا به سردرد تنشی. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد. ۲۴(۱۰)، ۸۴۰-۸۵۱.
- پراقچی، آزاده؛ جمهری، فرهاد؛ صیرفی، محمدرضا؛ کراسکیان موحمباری، آدیس؛ محمدی فارسانی، غلامرضا. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش وزن و تنظیم شناختی هیجان در افراد مبتلا به چاقی. آموزش بهداشت و ارتقای سلامت ایران، ۷(۲)، ۱۹۲-۲۰۱.

Argyle, M., & Lu, L. (1990). The happiness of extraverts. *Personality and individual differences*, 11(10), 1011-1017.

Ashina, S., Bendtsen, L., Lyngberg, A. C., Lipton, R. B., Hajiyeva, N., & Jensen, R. (2015). Prevalence of neck pain in migraine and tension-type headache: a population study. *Cephalalgia*, 35(3), 211-219.

Besharat, M. A., & Bazzazian, S. (2014). Psychometric properties of the Cognitive Emo-

- tion Regulation Questionnaire in a sample of Iranian population. *Journal of Shahid Beheshti School of Nursing & Midwifery*, 24(84), 61-70.
- Classen, C. C., Krug, O. T., Dezelic, M. S., Ansell, L., Haigh, R., Hamilton, S., ... & Welsh, H. (2019). Existential Group Therapy: Therapy Illustrations. *The Wiley World Handbook of Existential Therapy*, 459-478.
- Dahl, J., Wilson, K. G., & Nilsson, A. (2004). Acceptance and commitment therapy and the treatment of persons at risk for long-term disability resulting from stress and pain symptoms: A preliminary randomized trial. *Behavior therapy*, 35(4), 785-801.
- Dahlof, C. G., & Solomon, G. D. (1998). The burden of migraine to the individual sufferer: a review. *European Journal of Neurology*, 5(6), 525-533.
- Dindo, L., Recober, A., Marchman, J., O'Hara, M., & Turvey, C. (2015). Depression and disability in migraine: The role of pain acceptance and values-based action. *International journal of behavioral medicine*, 22(1), 109-117.
- Freitag, F. G. (2007). The cycle of migraine: patients' quality of life during and between migraine attacks. *Clinical therapeutics*, 29(5), 939-949.
- Garnefski, N., Koopman, H., Kraaij, V., & ten Cate, R. (2009). Brief report: Cognitive emotion regulation strategies and psychological adjustment in adolescents with a chronic disease. *Journal of adolescence*, 32(2), 449-454.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences*, 40(8), 1659-1669.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30(8), 1311-1327.
- Gasiorowska, A., Zaleskiewicz, T., & Kesebir, P. (2018). Money as an existential anxiety buffer: Exposure to money prevents mortality reminders from leading to increased death thoughts. *Journal of Experimental Social Psychology*, 79, 394-409.
- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior therapy*, 44(2), 180-198.
- Karbasdehi, E. R., Abolghasemi, A., & Karbasdehi, F. R. (2018). The effectiveness of schema therapy integrated with rehabilitation on cognitive emotion regulation and existential anxiety in patients with congestive heart failure. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 48(4), 233-239.
- Lyubomirsky, S., Sheldon, K. M., & Schkade, D. (2005). Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Review of general psychology*, 9(2), 111-131.
- Margiotta, D. T. (2006). Existential themes in late life depression. *The University of the Rockies*. McCracken, L. M., & Eccleston, C. (2006). A comparison of the relative utility of coping and acceptance-based measures in a sample of chronic pain sufferers. *European Journal of Pain*, 10(1), 23-23.

- Marsa, R., Bahmani, B., Naghiyae, M., & Barekati, S. (2017). The effectiveness of cognitive-existential group therapy on reducing demoralization in the elderly. *World Family Medicine Journal: Incorporating the Middle East Journal of Family Medicine*, 99(5588), 1-8.
- McCracken, L. M., & Gutiérrez-Martínez, O. (2011). Processes of change in psychological flexibility in an interdisciplinary group-based treatment for chronic pain based on Acceptance and Commitment Therapy. *Behaviour research and therapy*, 49(4), 267-274.
- Peck, J., Urits, I., Zeien, J., Hoebee, S., Mousa, M., Alattar, H., ... & Viswanath, O. (2020). A Comprehensive Review of Over-the-counter Treatment for Chronic Migraine Headaches. *Current Pain and Headache Reports*, 24(5), 1-9.
- Pei, J. H., Wang, X. L., Yu, Y., Zhang, Y. B., Gou, L., Nan, R. L., ... & Han, Z. J. (2020). Prevalence of suicidal ideation and suicide attempt in patients with migraine: a systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 277, 253-259.
- Radat, F., Mekies, C., Géraud, G., Valade, D., Vivès, E., Lucas, C., ... & Lantéri-Minet, M. (2008). Anxiety, stress and coping behaviours in primary care migraine patients: results of the SMILE study. *Cephalalgia*, 28(11), 1115-1125.
- Sabatini, F. (2014). The relationship between happiness and health: evidence from Italy. *Social Science & Medicine*, 114, 178-187.
- Schulz, R., Monin, J. K., Czaja, S. J., Lingler, J. H., Beach, S. R., Martire, L. M., ... & Cook, T. B. (2010). Measuring the experience and perception of suffering. *The Gerontologist*, 50(6), 774-784.
- Turk, D. C., & Melzack, R. (2001). The measurement of pain and the assessment of people experiencing pain, 3-16.
- Udo, C., Melin-Johansson, C., & Danielson, E. (2011). Existential issues among health care staff in surgical cancer care—discussions in supervision sessions. *European Journal of Oncology Nursing*, 15(5), 447-453.
- Veenhoven, R. (2013). *Conditions of happiness*. Springer Science & Business Media.