اثربخشی درمان‌های معنوی بر فاجعه‌سازی درد و شدت درد ادراک‌شده در مبتلایان به میگرن

تاریخ ارسال: ۱۴۰۵/۰۲/۰۵ تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۲/۱۳ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۵/۰۴ تاریخ چاپ اولیه: ۱۴۰۵/۰۵/۰۷ تاریخ چاپ نهایی: ۱۴۰۶/۰۱/۰۱

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان‌های معنوی همراه با دارودرمانی بر کاهش فاجعه سازی درد و شدت درد ادراک‌شده در افراد مبتلا به میگرن انجام شد. این پژوهش یک کارآزمایی بالینی تصادفی‌شده با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری یک‌ماهه بود. جامعه پژوهش را بیماران مبتلا به میگرن مراجعه‌کننده به مراکز مغز و اعصاب و مراکز مشاوره شهر بم تشکیل دادند. تعداد ۴۴ بیمار واجد معیارهای ورود به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب و به‌صورت تصادفی و مساوی در گروه مداخله و گروه کنترل، هرکدام شامل ۲۲ نفر، تخصیص یافتند. گروه مداخله علاوه بر دارودرمانی معمول، در ۱۰ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای درمان معنوی گروهی شرکت کرد؛ درحالی‌که گروه کنترل تنها دارودرمانی معمول را دریافت نمود. داده‌ها در سه مرحله با استفاده از مقیاس دیداری شدت درد و پرسشنامه فاجعه سازی درد گردآوری شدند. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های تی، کای‌اسکوئر، تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون تعقیبی LSD در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ انجام شد. در پیش‌آزمون، تفاوت معناداری میان دو گروه از نظر فاجعه‌سازی و شدت درد ادراک‌شده مشاهده نشد. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر، اثر تعاملی معنادار گروه و زمان را برای هر دو متغیر نشان داد. در گروه مداخله، نمرات فاجعه‌سازی درد در پس‌آزمون و پیگیری به‌طور معناداری در مقایسه با پیش‌آزمون و گروه کنترل کاهش یافت ($p = ۰,۰۰۱$). شدت درد ادراک‌شده نیز در پس‌آزمون و پیگیری به‌طور معناداری کاهش پیدا کرد ($p < ۰,۰۰۱$). اگرچه در مرحله پیگیری افزایش جزئی نمرات نسبت به پس‌آزمون مشاهده شد، هر دو پیامد همچنان به‌طور معناداری پایین‌تر از پیش‌آزمون باقی ماندند. در گروه کنترل تغییر معناداری مشاهده نشد. اندازه اثر مداخله برای فاجعه‌سازی درد برابر با ۰,۹۱۱ و برای شدت درد برابر با ۰,۶۵۹ بود که بیانگر اثرهای بزرگ مداخله است. درمان معنوی گروهی در کنار دارودرمانی می‌تواند در کوتاه‌مدت فاجعه‌سازی درد و شدت درد ادراک‌شده را در مبتلایان به میگرن کاهش دهد. بااین‌حال، انجام مطالعاتی با دوره‌های پیگیری طولانی‌تر برای بررسی پایداری آثار درمان ضروری است.

کلیدواژگان: *درمان معنوی، فاجعه‌سازی درد، شدت درد ادراک‌شده، مدیریت درد، میگرن.*



عزیزاله صابری[۱]، سید علی کلاهدوزان[۲]، مریم مقیمیان[۳*]، شیدا جبل عاملی[۴] ، روح الله موسوی زاده[۵]

۱. دانشجوی دکترای تخصصی روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی سلامت، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

۲. استادیار، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳. دانشیار، گروه روان پرستاری، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

۴. استادیار، گروه روانشناسی سلامت، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

۵. استادیار، گروه علوم اسلامی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

* ایمیل نویسنده مسئول:

Maryam.moghimian@iau.ac.ir

شیوه استناددهی: صابری، عزیزاله.، کلاهدوزان، سید علی.، مقیمیان، مریم.، جبل عاملی، شیدا.، و موسوی زاده، روح الله. (۱۴۰۶). اثربخشی درمان‌های معنوی بر فاجعه سازی درد و شدت درد ادراک‌شده در مبتلایان به میگرن. *روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری*، ۵(۱)، ۲۲-۱.

© ۱۴۰۶ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC 4.0) صورت گرفته است.

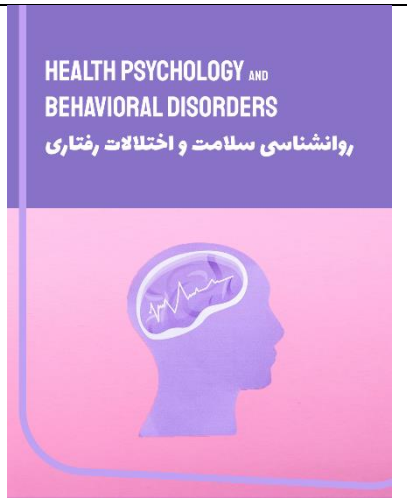
Effectiveness of Spiritual Therapy on Pain Catastrophizing and Perceived Pain Intensity in Individuals with Migraine

Submit Date:	Revise Date:	Accept Date:	Initial Publish Date:	Final Publish Date:
2026-04-25	2026-05-03	2026-07-26	2026-07-29	2027-03-21

Abstract

This study aimed to determine the effectiveness of spiritual therapy combined with pharmacotherapy in reducing pain catastrophizing and perceived pain intensity among individuals with migraine. This randomized clinical trial employed a pretest–posttest design with a one-month follow-up. The study population comprised patients with migraine attending neurology and psychological counseling centers in Bam, Iran. Forty-four eligible patients were selected through cluster sampling and randomly allocated in equal numbers to an intervention group and a control group, with 22 participants in each group. In addition to routine pharmacotherapy, the intervention group received 10 weekly 90-minute sessions of group-based spiritual therapy, whereas the control group continued routine pharmacotherapy alone. Data were collected at pretest, posttest, and one-month follow-up using the Visual Analog Scale and the Pain Catastrophizing Scale. The data were analyzed in SPSS version 20 using t-tests, chi-square tests, mixed repeated-measures analysis of variance, and the least significant difference post hoc test. No statistically significant between-group differences in pain catastrophizing or perceived pain intensity were found at pretest. Repeated-measures analysis demonstrated significant group-by-time interaction effects for both outcomes. Pain catastrophizing scores in the intervention group decreased significantly at posttest and follow-up compared with pretest and the control group ($p = 0.001$). Perceived pain intensity also decreased significantly at posttest and follow-up ($p < 0.001$). Although both outcomes showed a slight increase at follow-up compared with posttest, their scores remained significantly lower than the corresponding pretest scores. No significant changes were observed in the control group throughout the study. The intervention produced large effect sizes for pain catastrophizing (0.911) and perceived pain intensity (0.659). Group-based spiritual therapy administered alongside pharmacotherapy may effectively reduce pain catastrophizing and perceived pain intensity among individuals with migraine in the short term. Nevertheless, studies with larger samples and longer follow-up periods are required to establish the stability and durability of these therapeutic effects.

Keywords: *Spiritual therapy, pain catastrophizing, perceived pain intensity, pain management, migraine disorders.*



Azizollah Saberi[1], Seyed Ali Kolahdozan[2], Maryam Moghimian[3]*, Sheida Jabalameli[4], Rohollah Mosavizadeh[5]

1. Ph.D Student in Health Psychology. Department of Health Psychology. Na.C., Islamic Azad University, Najafabad, Iran
2. Assistant Professor, Behavioral Sciences Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
3. Associate Professor, Department of Psychiatric Nursing, Na. C., Islamic Azad University, Najafabad, Iran
4. Assistant Professor, Department of Health Psychology. Na.C., Islamic Azad University, Najafabad, Iran.
5. Assistant Professor, Department of Islamic Sciences, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

*Corresponding Author's Email: Maryam.moghimian@iau.ac.ir

How to cite: Saberi, A., Kolahdozan, S.A., Moghimian, M., Jabalameli, Sh., & Mosavizadeh, R. (2027). Effectiveness of Spiritual Therapy on Pain Catastrophizing and Perceived Pain Intensity in Individuals with Migraine. *Health Psychology and Behavioral Disorders*, 5(1), 1-22.

© 2027 the authors. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

مقدمه

میگرن یکی از شایع‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین اختلالات اولیه سردرد است که با حملات عودکننده درد، اغلب با شدت متوسط تا شدید، و نشانه‌هایی مانند تهوع، استفراغ، حساسیت به نور و صدا و محدودیت قابل‌توجه در عملکرد روزمره مشخص می‌شود. براساس ویرایش سوم طبقه‌بندی بین‌المللی اختلالات سردرد، میگرن در قالب زیرگونه‌های بالینی گوناگون، از جمله میگرن با اورا و بدون اورا، تعریف می‌شود و تشخیص آن مستلزم توجه دقیق به الگوی زمانی، ویژگی‌های درد و علائم همراه است (Headache Classification Committee of the International Headache, 2018). اهمیت میگرن تنها به فراوانی حملات یا شدت درد محدود نیست، بلکه پیامدهای جسمانی، روان‌شناختی، خانوادگی، شغلی و اجتماعی آن می‌تواند کیفیت زندگی بیماران را به‌طور گسترده مختل کند. برآوردهای جهانی نیز نشان می‌دهند که در هر روز، صدها میلیون نفر از جمعیت بزرگسال جهان درجاتی از سردرد را تجربه می‌کنند و این مسئله بیانگر بار بسیار بالای فردی و جمعیتی اختلالات سردرد است (Husøy et al., 2026). در ایران نیز نتایج مرور نظام‌مند و فراتحلیل مطالعات شیوع نشان داده است که میگرن یک مشکل سلامت عمومی قابل‌توجه است و بخش مهمی از جمعیت، به‌ویژه افراد در سنین فعال زندگی، با پیامدهای آن مواجه‌اند (Mohammadi et al., 2023).

تفاوت‌های جنسی و جنسیتی از مهم‌ترین ویژگی‌های همه‌گیرشناختی میگرن به شمار می‌روند. شواهد نشان داده‌اند که میگرن در زنان شایع‌تر است و نوسانات هورمونی، تفاوت‌های زیستی، عوامل روانی‌اجتماعی، نقش‌های جنسیتی و تفاوت در شیوه گزارش یا پیگیری درمان می‌توانند در این نابرابری نقش داشته باشند (Al-Hassany et al., 2020). این تفاوت‌ها موجب می‌شوند زنان نه‌تنها تعداد بیشتری حمله میگرنی را تجربه کنند، بلکه در معرض محدودیت‌های عملکردی، فشار روانی و اختلال بیشتر در مسئولیت‌های خانوادگی و اجتماعی نیز قرار گیرند. بااین‌حال، میگرن در هر دو جنس می‌تواند موجب غیبت از کار یا تحصیل، کاهش بهره‌وری، کناره‌گیری از فعالیت‌های اجتماعی و احساس ناتوانی در کنترل زندگی شود. ازاین‌رو، این اختلال باید فراتر از یک عارضه صرفاً عصب‌شناختی در نظر گرفته شود و در قالب الگویی چندبعدی شامل مؤلفه‌های زیستی، شناختی، هیجانی، رفتاری، اجتماعی و معنوی مورد بررسی قرار گیرد.

تجربه میگرن به‌شدت تحت تأثیر عوامل روان‌شناختی قرار دارد. اضطراب، تنیدگی، خلق منفی، حساسیت به نشانه‌های جسمانی و انتظار وقوع حمله می‌توانند بر شروع، تداوم و شدت ادراک‌شده سردرد اثر بگذارند (Yu & Tan, 2024). مرورهای پژوهشی همچنین نشان داده‌اند که تنیدگی روزمره و فشارهای شناختی با افزایش احتمال بروز سردرد و تشدید درد در مبتلایان به میگرن و سردرد تنشی ارتباط دارند (Viero et al., 2022). در این میان، هیجان‌هایی مانند خشم و توانایی فرد در شناسایی و تنظیم هیجان‌ها نیز می‌توانند در تجربه میگرن نقش داشته باشند؛ به‌گونه‌ای که خشم بیشتر و هوش هیجانی پایین‌تر با شدت یا تکرار بالاتر سردردهای میگرنی همراه دانسته شده‌اند (Shaygan et al., 2022). این یافته‌ها نشان می‌دهند که ادراک درد میگرنی صرفاً بازتاب محرک‌های فیزیولوژیک نیست، بلکه نحوه ارزیابی، تفسیر و تنظیم تجربه درد نیز در شدت و پیامدهای آن نقش تعیین‌کننده دارد.

یکی از مهم‌ترین سازوکارهای شناختی ـ هیجانی مرتبط با درد میگرنی، فاجعه‌سازی درد است. فاجعه‌سازی به مجموعه‌ای از پاسخ‌های شناختی و هیجانی اغراق‌آمیز در برابر درد واقعی یا مورد انتظار اشاره دارد که معمولاً در سه مؤلفه نشخوار ذهنی، بزرگ‌نمایی و درماندگی آشکار می‌شود. فردی که درد را فاجعه‌آمیز تفسیر می‌کند، به‌طور مداوم بر آن تمرکز دارد، احتمال پیامدهای منفی را بیش‌برآورد می‌کند و خود را فاقد توانایی لازم برای کنترل یا تحمل درد می‌داند. اعتبارسنجی‌های گسترده نشان داده‌اند که مقیاس فاجعه‌سازی درد از ویژگی‌های روان‌سنجی قابل‌قبولی برخوردار است و نمرات آن با شدت درد، ناتوانی، آشفتگی هیجانی و پاسخ نامطلوب به درمان ارتباط دارد (Wheeler et al., 2019). نسخه فارسی این مقیاس نیز در بیماران ایرانی مبتلا به درد مزمن، از روایی و پایایی مناسب برخوردار گزارش شده و می‌تواند برای سنجش ابعاد شناختی درد در محیط‌های بالینی و پژوهشی به کار رود (Rahmati et al., 2017).

فاجعه‌سازی در میگرن تنها یک واکنش همراه با درد نیست، بلکه می‌تواند بخشی از چرخه تداوم و تشدید ناتوانی باشد. تمرکز مفرط بر درد، انتظار وقوع حمله، اجتناب از فعالیت‌ها و ترس از تشدید علائم ممکن است باعث کاهش مشارکت روزمره، افزایش حساسیت به نشانه‌های جسمانی و تقویت احساس ناتوانی شود. مطالعات جدید با استفاده از الگوی ترس ـ اجتناب نشان داده‌اند که تعامل میان ترس از درد، فاجعه‌سازی، اجتناب و آشفتگی عاطفی می‌تواند ناتوانی مرتبط با میگرن را افزایش دهد (Fox et al., 2026). همچنین، عوامل روانی‌اجتماعی مانند اضطراب، استرس و فاجعه‌سازی با افزایش شدت یا پیامدهای نامطلوب میگرن ارتباط دارند (Santos et al., 2025). بدین‌ترتیب، بیمار ممکن است وارد چرخه‌ای شود که در آن درد موجب افکار فاجعه‌آمیز، افکار فاجعه‌آمیز موجب ترس و اجتناب، و اجتناب موجب کاهش کارآمدی و تشدید ناتوانی می‌شود.

افزون بر این، میگرن می‌تواند نگرانی‌های وجودی عمیقی را در فرد ایجاد کند. ترس از بازگشت حملات، نگرانی درباره پیشرفت بیماری، ابهام نسبت به آینده و احساس از دست رفتن فرصت‌های زندگی ممکن است بیمار را با پرسش‌هایی درباره معنا، کنترل، عدالت و تداوم زندگی روبه‌رو سازد (Yadav & Menzies, 2026). این نگرانی‌ها به‌ویژه در بیمارانی که حملات مکرر و غیرقابل‌پیش‌بینی دارند، می‌توانند به کاهش امید، فرسودگی روانی و احساس گسست از زندگی عادی منجر شوند. در چنین شرایطی، تجربه درد از سطح جسمانی فراتر می‌رود و به تجربه‌ای وجودی تبدیل می‌شود که در آن فرد درباره علت رنج، معنای بیماری و رابطه خود با جهان، دیگران و خداوند تأمل می‌کند.

با وجود آنکه درمان دارویی همچنان بخش اصلی مدیریت میگرن است، پاسخ بیماران به داروها یکسان نیست و برخی افراد با اثربخشی ناکافی، عوارض جانبی، عود حملات یا دشواری در پایبندی به درمان مواجه می‌شوند. این محدودیت‌ها توجه به مداخلات روان‌شناختی و رفتاری را افزایش داده است. مرور نظام‌مند و فراتحلیل مداخلات روان‌شناختی در بزرگسالان مبتلا به میگرن نشان داده است که رویکردهایی مانند درمان شناختی ـ رفتاری، آرام‌سازی، ذهن‌آگاهی و مدیریت استرس می‌توانند در کاهش برخی شاخص‌های سردرد و بهبود سازگاری مؤثر باشند، هرچند میزان اثربخشی در مطالعات مختلف متفاوت است (Dudeney et al., 2022). بااین‌حال، مرور شکاف‌های موجود در درمان‌های روان‌شناختی و رفتاری میگرن نشان می‌دهد که این مداخلات هنوز در بسیاری از نظام‌های درمانی به‌طور کافی ادغام نشده‌اند و دسترسی بیماران به آن‌ها محدود است (Zamir et al., 2023).

یکی از حوزه‌هایی که در سال‌های اخیر در مدیریت درد مزمن مورد توجه قرار گرفته، نقش معنویت است. معنویت مفهومی چندبعدی است که می‌تواند شامل احساس معنا و هدف، ارتباط با امر متعالی، امید، باورهای دینی، نیایش، مراقبه، بخشش، شفقت، پذیرش، احساس پیوند با دیگران و تجربه انسجام درونی باشد. معنویت در مواجهه با بیماری مزمن ممکن است به فرد کمک کند تا تجربه درد را در چارچوبی گسترده‌تر تفسیر کند، منابع مقابله‌ای جدیدی بیابد و احساس کنترل یا تحمل‌پذیری بیشتری به دست آورد. پژوهش‌ها در بیماران مبتلا به درد مزمن نشان داده‌اند که معنویت می‌تواند با نحوه تجربه درد، عملکرد روزمره و راهبردهای مقابله‌ای ارتباط داشته باشد (Ferreira-Valente et al., 2020). بااین‌حال، اثر معنویت الزاماً مستقیم یا یکسان نیست و به کیفیت باورها، نوع مقابله معنوی و وجود یا نبود تعارض‌های مذهبی بستگی دارد.

در این زمینه، باید میان مقابله معنوی مثبت و کشمکش معنوی تمایز قائل شد. مقابله معنوی مثبت، مانند امید به حمایت الهی، یافتن معنا در رنج، احساس پیوند با خداوند و استفاده از نیایش برای آرام‌سازی، ممکن است تحمل درد را افزایش دهد. در مقابل، احساس خشم نسبت به خداوند، تصور طردشدگی، احساس مجازات شدن یا اعتراض به عدالت الهی می‌تواند پریشانی بیمار را تشدید کند. در بیماران مراجعه‌کننده برای درمان سردردهای مزمن، کشمکش معنوی و رفتارهای اعتراضی نسبت به خداوند گزارش شده است (Exline et al., 2016). همچنین، پریشانی معنوی ـ مذهبی با فاجعه‌سازی درد و تداخل بیشتر درد در عملکرد روزمره ارتباط داشته است (Harris et al., 2018). بنابراین، صرف برخورداری از باورهای مذهبی نمی‌تواند به‌تنهایی تضمین‌کننده سازگاری بهتر باشد؛ بلکه نحوه تفسیر بیماری در چارچوب این باورها اهمیت دارد.

شواهد مرتبط با بیماران مبتلا به درد مزمن نشان می‌دهند که بهزیستی معنوی می‌تواند از طریق کاهش فاجعه‌سازی با پیامدهای روانی مطلوب‌تری همراه شود. در یک مطالعه، رابطه میان بهزیستی معنوی و افسردگی در بیماران مبتلا به درد مزمن تا حدی با نقش میانجی فاجعه‌سازی درد تبیین شد؛ به این معنا که برخورداری از منابع معنوی بیشتر می‌تواند با کاهش افکار فاجعه‌آمیز و در نتیجه کاهش علائم افسردگی همراه باشد (Shaygan & Shayegan, 2019). در افراد مبتلا به میگرن نیز معنای زندگی، حمایت اجتماعی ادراک‌شده و بهزیستی معنوی با کیفیت زندگی ارتباط داشته‌اند و خودکارآمدی درد در این روابط نقش میانجی ایفا کرده است (Yousefi Afrashteh et al., 2023). همچنین، بررسی بهزیستی معنوی در مبتلایان به میگرن نشان داده است که ابعاد معنوی می‌توانند با کیفیت زندگی این بیماران ارتباط معناداری داشته باشند (Chaithra et al., 2025).

مطالعات انجام‌شده در سایر جمعیت‌های مبتلا به درد نیز نشان می‌دهند که معنویت می‌تواند تجربه درد را شکل دهد. در بزرگسالان مبتلا به سرطان، معنویت به‌عنوان یکی از عوامل اثرگذار بر معنادهی به درد، تحمل تجربه بیماری و نحوه مواجهه با رنج گزارش شده است (Miller et al., 2024). مرور نظام‌مند دانش و اعمال معنوی برای مقابله با درد مزمن نیز نشان داده است که نیایش، مراقبه، حمایت معنوی، معناجویی و سایر فعالیت‌های معنوی ممکن است در کاهش پریشانی و بهبود سازگاری با درد مؤثر باشند (Salgaonkar et al., 2021). بااین‌حال، ناهمگونی مداخلات، تفاوت در تعریف معنویت و تنوع ابزارهای سنجش، نتیجه‌گیری قطعی درباره میزان اثر را دشوار می‌کند.

شواهد آزمایشی درباره برخی اعمال معنوی نیز قابل‌توجه‌اند. در یک کارآزمایی تصادفی‌شده، نیایش بر شدت سردرد میگرنی اثر مطلوب نشان داد (Tajadini et al., 2017). مطالعه‌ای دیگر درباره افراد مذهبی سالم نشان داد که دعا می‌تواند بر تعدیل درون‌زاد درد و شدت ادراک‌شده آن اثر بگذارد، هرچند سازوکارهای احتمالی آن ممکن است شامل انتظار، توجه، آرام‌سازی، تنظیم هیجانی و معنادهی باشد (Najem et al., 2023). همچنین، انواع مختلف مراقبه معنوی با تغییر در مصرف داروهای میگرن مرتبط گزارش شده‌اند (Wachholtz et al., 2017). این یافته‌ها نشان می‌دهند که مداخلات معنوی، در صورت طراحی ساختارمند، ممکن است بر تجربه ذهنی درد و رفتارهای مرتبط با درمان اثرگذار باشند.

در سال‌های اخیر، تلاش‌هایی برای ادغام مؤلفه‌های معنوی در درمان چندوجهی درد صورت گرفته است. بررسی مداخلات معنوی در برنامه‌های چندوجهی درد نشان داده است که این مداخلات می‌توانند به شناسایی نیازهای وجودی، تقویت پذیرش، معناجویی و سازگاری بیماران کمک کنند، مشروط بر آنکه با ترجیحات و باورهای فرد هماهنگ باشند (Kieselbach & Frede, 2024). رویکردهای معنامحور نیز در بیماران مبتلا به درد مزمن مورد آزمون قرار گرفته‌اند. برای نمونه، روش کارت‌های منابع معنا توانسته است متغیرهایی مانند پذیرش درد، اضطراب، افسردگی و بحران معنا را پیش‌بینی یا بهبود بخشد (Böhmer et al., 2022). چنین یافته‌هایی نشان می‌دهند که توجه به معنا و ارزش‌های زندگی می‌تواند مکمل مؤثری برای مداخلات رایج درد باشد.

پژوهش‌های داخلی نیز از اثربخشی بالقوه درمان‌های معنوی حمایت کرده‌اند. درمان معنوی در بیماران مبتلا به دردهای ایدیوپاتیک موجب کاهش فاجعه‌سازی درد و بهبود خودکنترلی شده است (Shahmoradi et al., 2023). همچنین، معنویت‌درمانی اسلامی در زنان مبتلا به درد مزمن توانسته است ادراک شدت درد و فاجعه‌سازی درد را کاهش دهد (Ensafdaran et al., 2025). این نتایج با این فرض سازگارند که مداخلات معنوی می‌توانند از طریق اصلاح برداشت‌های منفی، افزایش احساس امید، تقویت پذیرش و کاهش درماندگی شناختی بر تجربه درد اثر بگذارند. بااین‌حال، تعمیم یافته‌های مربوط به سایر انواع درد به بیماران مبتلا به میگرن نیازمند احتیاط است؛ زیرا میگرن از نظر ماهیت حمله‌ای، پیش‌بینی‌ناپذیری، علائم همراه و حساسیت به محرک‌های روان‌شناختی ویژگی‌های متفاوتی دارد.

اندازه‌گیری دقیق پیامدهای درد در مطالعات مداخله‌ای نیز اهمیت اساسی دارد. مقیاس دیداری آنالوگ یکی از پرکاربردترین ابزارهای سنجش شدت درد است و نسخه دیجیتال آن با نسخه کاغذی سنتی همخوانی مناسبی نشان داده است (Delgado et al., 2018). همچنین، شواهد جدید درباره پایایی بازآزمایی و خطای اندازه‌گیری مقیاس دیداری آنالوگ و مقیاس عددی درد نشان می‌دهند که تفسیر تغییرات شدت درد

باید با توجه به ویژگی‌های اندازه‌گیری این ابزارها انجام شود (Williams et al., 2025). از سوی دیگر، استفاده از طرح‌های آزمایشی با توان آماری کافی برای شناسایی اثرهای واقعی مداخله ضروری است و نرم‌افزار G*Power ابزاری استاندارد برای تعیین حجم نمونه و تحلیل توان در پژوهش‌های بالینی محسوب می‌شود (Kang, 2021).

با وجود رشد شواهد درباره نقش روان‌شناسی، معنویت و معنا در تجربه درد، هنوز چند خلأ پژوهشی مهم وجود دارد. نخست، بخش عمده پژوهش‌های معنویت و درد بر دردهای مزمن عمومی، سرطان یا دردهای اسکلتی ـ عضلانی متمرکز بوده‌اند و مطالعات مداخله‌ای اختصاصی در زمینه میگرن محدودند. دوم، برخی پژوهش‌ها تنها یک عمل معنوی مانند دعا یا مراقبه را بررسی کرده‌اند، درحالی‌که درمان معنوی ساختاریافته می‌تواند مجموعه‌ای از مؤلفه‌ها، از جمله معناجویی، بازسازی باورهای ناکارآمد، پذیرش، بخشش، شفقت به خود، امید، ارتباط با خداوند، حمایت گروهی و مدیریت معنوی استرس را در بر گیرد. سوم، بسیاری از مطالعات به شدت درد توجه کرده‌اند، اما فاجعه‌سازی درد را به‌عنوان یک سازوکار شناختی کلیدی بررسی نکرده‌اند. چهارم، با توجه به پیوند میان نگرانی‌های وجودی، ترس از عود و ناتوانی میگرنی، طراحی مداخله‌ای متناسب با تجارب خاص این بیماران ضروری است.

در پاسخ به این خلأ، یک بسته درمان معنوی ویژه بیماران مبتلا به میگرن تدوین شده است که بر پایه نیازهای معنوی و روان‌شناختی آنان و با هدف اثرگذاری بر شدت درد، فاجعه‌سازی، تحمل پریشانی و تاب‌آوری طراحی شده است (Saberi, 2026). چنین بسته‌ای می‌تواند با بازسازی تفسیر بیمار از رنج، تعدیل احساس گناه یا بی‌عدالتی، تقویت ارتباط معنوی، افزایش امید و پذیرش، کاهش نشخوار ذهنی و تقویت احساس عاملیت، چرخه شناختی ـ هیجانی تشدید درد را هدف قرار دهد. به‌طور نظری، هنگامی که بیمار درد را نه به‌عنوان رخدادی مهارنشدنی و ویرانگر، بلکه به‌عنوان تجربه‌ای قابل‌مدیریت و قابل‌معنادهی درک کند، احتمال کاهش فاجعه‌سازی و شدت ادراک‌شده درد افزایش می‌یابد. براین‌اساس، هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان‌های معنوی بر فاجعه‌سازی درد و شدت درد ادراک‌شده در مبتلایان به میگرن بود.

روش‌شناسی

پژوهش حاضر یک کارآزمایی بالینی تصادفی‌سازی‌شده با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری یک‌ماهه بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی بیماران مبتلا به میگرن مراجعه‌کننده به دو مرکز دولتی درمانی مغز و اعصاب و چهار مرکز مشاوره روان‌شناختی دولتی و خصوصی در شهر بم، استان کرمان، در سال ۱۴۰۴ تشکیل دادند. از میان این جامعه، ۴۴ بیمار واجد شرایط به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند. بدین منظور، ابتدا از میان مراکز درمانی و مشاوره فعال در شهر بم، مراکزی انتخاب شدند که در فهرست پذیرش یا پرونده‌های بالینی خود بیماران مبتلا به میگرن داشتند. سپس با بررسی پرونده‌های موجود و انجام ارزیابی اولیه، بیماران دارای معیارهای ورود شناسایی شدند. پژوهشگر اول پس از هماهنگی با مسئولان مراکز منتخب، در ساعات کاری در این مراکز حضور یافت و پس از بررسی پرونده‌ها، طی تماس تلفنی از بیماران واجد شرایط برای حضور در جلسه آشنایی دعوت کرد. در جلسه آشنایی، هدف پژوهش، ماهیت درمان معنوی، مراحل اجرای مطالعه، محرمانگی اطلاعات، اختیاری بودن مشارکت و امکان انصراف در هر مرحله برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد. سپس فرم مشخصات جمعیت‌شناختی و مقیاس شدت درد تکمیل شد و افرادی که تمامی معیارهای ورود را داشتند، پس از امضای فرم رضایت‌نامه آگاهانه، پرسشنامه فاجعه‌سازی درد را در حضور پژوهشگر تکمیل کردند. برای تخصیص عادلانه و کاهش سوگیری انتخاب، شرکت‌کنندگان در هر خوشه توسط یک دستیار پژوهشگر و با استفاده از نرم‌افزار تصادفی‌سازی آنلاین، به‌صورت تصادفی و مساوی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند؛ به‌طوری‌که هر گروه شامل ۲۲ بیمار بود. اگرچه انتخاب مراکز براساس ارائه خدمات تخصصی به بیماران مبتلا به میگرن انجام شد، ماهیت غیرتصادفی انتخاب مراکز می‌توانست با برخی عوامل محیطی، مانند تفاوت در مدیریت خدمات، جو روانی مرکز یا نوع خدمات جانبی، همراه باشد؛ ازاین‌رو، همگنی دو گروه از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی، بالینی و نمرات پیش‌آزمون بررسی شد تا اثر احتمالی متغیرهای مخدوش‌کننده کاهش یابد.

معیارهای ورود به پژوهش شامل قرار داشتن در دامنه سنی ۲۰ تا ۶۰ سال، تشخیص قطعی میگرن توسط متخصص مغز و اعصاب براساس معیارهای انجمن بین‌المللی سردرد، سابقه ابتلا به سردرد دارای ویژگی‌های میگرنی برای حداقل سه ماه، بروز سردرد در ۱۵ روز یا بیشتر در ماه، برخورداری از شدت درد متوسط تا شدید با نمره بیشتر از ۴ در مقیاس دیداری آنالوگ درد، دریافت نکردن هم‌زمان روان‌درمانی یا معنویت‌درمانی در شش ماه پیش از ورود به پژوهش، نداشتن سایر بیماری‌های مزمن ناتوان‌کننده و تمایل آگاهانه به شرکت در مطالعه بود. معیارهای خروج نیز شامل غیبت در بیش از دو جلسه درمان معنوی، انجام ندادن تکالیف خانگی در سه جلسه متوالی، ابتلا به اختلال روان‌پزشکی حاد یا مصرف داروهای روان‌پزشکی براساس خوداظهاری بیمار، ایجاد هرگونه تغییر در برنامه دارودرمانی میگرن در طول اجرای مطالعه، تکمیل ناقص ابزارهای پژوهش و انصراف از ادامه همکاری بود. حجم نمونه با استفاده از نرم‌افزار G*Power نسخه ۳,۱,۱ و براساس آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر محاسبه شد (Kang, 2021). با در نظر گرفتن سطح معناداری ۰,۰۵، توان آماری ۰,۹۰، اندازه اثر ۰,۷۰ و سه مرحله اندازه‌گیری، حداقل حجم نمونه ۴۰ نفر برآورد شد. با توجه به احتمال ریزش نمونه، ۴۴ نفر وارد مطالعه شدند و به‌طور مساوی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. در طول اجرای پژوهش، هیچ‌یک از شرکت‌کنندگان از مطالعه خارج نشدند و داده‌های هر ۴۴ بیمار در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری یک‌ماهه تحلیل شد. اجرای پژوهش پس از اخذ مجوز اخلاق از دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد و هماهنگی رسمی با مراکز درمانی و مشاوره منتخب انجام شد و اصول محرمانگی، رضایت آگاهانه، آزادی خروج از مطالعه و عدم ایجاد اختلال در روند درمان پزشکی بیماران رعایت گردید.

فرم مشخصات جمعیت‌شناختی و بالینی توسط پژوهشگران برای جمع‌آوری اطلاعات پایه شرکت‌کنندگان تنظیم شد. این فرم متغیرهایی مانند سن، جنسیت، وضعیت تأهل، وضعیت شغلی، سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی، وضعیت استقلال در زندگی، داشتن فرزند، اعتقادات مذهبی، مدت ابتلا به میگرن و برخی ویژگی‌های مرتبط با سابقه بیماری را در بر می‌گرفت. اطلاعات این فرم در مرحله پیش‌آزمون و پیش از تخصیص نهایی افراد به گروه‌های مداخله و کنترل گردآوری شد. داده‌های حاصل از این ابزار برای توصیف ویژگی‌های نمونه و ارزیابی همگنی دو گروه در آغاز مطالعه مورد استفاده قرار گرفتند. اطلاعات جمعیت‌شناختی و بالینی براساس خوداظهاری شرکت‌کنندگان و، در موارد قابل دسترس، با بررسی پرونده‌های درمانی آنان ثبت شد.

مقیاس دیداری آنالوگ درد برای سنجش شدت درد ادراک‌شده بیماران به کار رفت. این مقیاس یکی از ابزارهای متداول، ساده و پرکاربرد در ارزیابی شدت ذهنی درد است و به‌صورت یک خط افقی ۱۰ سانتی‌متری ارائه می‌شود که یک انتهای آن نشان‌دهنده «بدون درد» و انتهای دیگر بیانگر «درد غیرقابل‌تحمل» است. در این پژوهش، نمره‌های ۰ تا ۱ به‌عنوان بدون درد یا درد ناچیز، نمره‌های ۲ تا ۳ به‌عنوان درد خفیف، نمره‌های ۴ تا ۵ به‌عنوان درد زیاد، نمره‌های ۶ تا ۷ به‌عنوان درد بسیار شدید، نمره‌های ۸ تا ۹ به‌عنوان حداکثر درد و نمره ۱۰ به‌عنوان درد غیرقابل‌تحمل در نظر گرفته شد. از شرکت‌کنندگان خواسته شد با توجه به شدت درد تجربه‌شده طی ۴۸ ساعت گذشته، نقطه‌ای را روی پیوستار علامت‌گذاری کنند. فاصله نقطه علامت‌گذاری‌شده از ابتدای خط اندازه‌گیری و به‌عنوان نمره شدت درد ثبت شد؛ به‌طوری‌که نمرات بالاتر نشان‌دهنده شدت بیشتر درد ادراک‌شده بودند. شواهد پژوهشی، همخوانی مناسب نسخه‌های کاغذی و دیجیتال این ابزار را تأیید کرده‌اند (Delgado et al., 2018). همچنین، مطالعات مربوط به پایایی بازآزمایی و خطای اندازه‌گیری مقیاس دیداری آنالوگ، قابلیت مناسب آن را برای سنجش تغییرات شدت درد نشان داده‌اند (Williams et al., 2025). این مقیاس در مراحل پیش‌آزمون، بلافاصله پس از پایان مداخله و پیگیری یک‌ماهه اجرا شد.

پرسشنامه فاجعه‌سازی درد برای ارزیابی افکار و واکنش‌های شناختی ـ هیجانی فاجعه‌آمیز مرتبط با تجربه درد استفاده شد. این پرسشنامه توسط سالیوان و همکاران در سال ۱۹۹۵ طراحی شده و شامل ۱۳ گویه است. گویه‌ها میزان اشتغال ذهنی فرد با درد، بزرگ‌نمایی پیامدهای آن و احساس ناتوانی یا درماندگی در برابر درد را اندازه‌گیری می‌کنند. در ساختار مورد استفاده در این پژوهش، گویه‌های ۱ تا ۷ به نشخوار فکری و گویه‌های ۸ تا ۱۳ به بزرگ‌نمایی و درماندگی اختصاص داشتند. پاسخ‌دهی به گویه‌ها براساس یک طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از ۰، به

معنای «اصلاً»، تا ۴، به معنای «همیشه»، انجام شد. دامنه نمره کل پرسشنامه از ۰ تا ۵۲ بود و نمرات بالاتر نشان‌دهنده فاجعه‌سازی شدیدتر درد، تمرکز ذهنی بیشتر بر علائم، بزرگ‌نمایی تهدید ناشی از درد و احساس درماندگی بیشتر در مقابله با آن بودند. شواهد فراتحلیلی، ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوب این مقیاس و ارتباط معنادار آن را با شدت درد، ناتوانی و آشفتگی روان‌شناختی تأیید کرده‌اند. پایایی درونی این ابزار با ضریب آلفای کرونباخ ۰,۹۲ و پایایی بازآزمایی آن ۰,۸۸ گزارش شده است (Wheeler et al., 2019). نسخه فارسی پرسشنامه نیز در بیماران ایرانی مبتلا به درد مزمن بررسی شده و از روایی محتوایی و پایایی مطلوب برخوردار بوده است؛ به‌طوری‌که ضریب آلفای کرونباخ آن ۰,۸۹ گزارش شده است (Rahmati et al., 2017). این پرسشنامه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری یک‌ماهه، تحت نظارت پژوهشگر اول تکمیل شد.

پس از تخصیص تصادفی شرکت‌کنندگان، اعضای گروه مداخله در یک جلسه آگاه‌سازی اولیه شرکت کردند که در آن ساختار برنامه، اهداف درمان، قوانین حضور در جلسات، اهمیت محرمانگی مطالب مطرح‌شده در گروه، ضرورت انجام تکالیف خانگی و شیوه دریافت و ارائه بازخورد توضیح داده شد. گروه مداخله علاوه بر ادامه دارودرمانی معمول میگرن، در ۱۰ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای معنویت‌درمانی گروهی شرکت کرد. این گروه برای تسهیل تعامل و مشارکت اعضا به دو زیرگروه ۱۱ نفره تقسیم شد و جلسات در روزهای پنجشنبه، در دو نوبت از ساعت ۹ تا ۱۰,۳۰ و از ساعت ۱۰,۳۰ تا ۱۲، در مرکز مشاوره رابین برگزار شدند. جلسات توسط پژوهشگر اول و تحت نظارت پژوهشگر دوم اجرا شدند. محتوای مداخله براساس بسته بومی معنویت‌درمانی ویژه بیماران مبتلا به میگرن تدوین شده بود. این بسته با استفاده از مصاحبه با ۲۵ بیمار مبتلا به میگرن، دریافت دیدگاه متخصصان روان‌شناسی و معنویت‌درمانی، مرور متون و سپس اعتبارسنجی در دو پانل تخصصی طراحی شده بود (Saberi, 2026). ساختار عمومی جلسات شامل آغاز با آرام‌سازی، تمرین تنفسی یا مراقبه، مرور تکالیف جلسه قبل، ارائه محتوای آموزشی به‌صورت سخنرانی تعاملی، بیان تجربه‌های شخصی، بحث گروهی، اجرای تمرین‌های شناختی ـ معنوی، پرسش و پاسخ، جمع‌بندی و تعیین تکلیف خانگی بود. در جلسه نخست، برقراری رابطه درمانی، ایجاد فضای امن و پذیرنده، آشنایی اعضا، بررسی برداشت آنان از معنویت و شناسایی ارزش‌ها و منابع آرامش‌بخش زندگی مورد توجه قرار گرفت. جلسه دوم به شناسایی و بازسازی باورهای مرتبط با احساس گناه، اصلاح برداشت‌های ناکارآمد درباره رابطه با خداوند، تقویت همدلی، بخشش خود و پذیرش مشیت و عدالت الهی اختصاص یافت. در جلسه سوم، الگوهای برون‌فکنی بیماری و پیامدهای آن در روابط اجتماعی و معنوی بررسی شد و با استفاده از بازنویسی روایت، گفت‌وگوی درونی، دعا، مراقبه و بخشش، مسئولیت‌پذیری و اصلاح نگرش نسبت به بیماری تقویت شد. جلسه چهارم بر بازسازی عزت‌نفس آسیب‌دیده، کاهش ترس از آینده، اصلاح نارضایتی از خود، آموزش روابط همدلانه، شفقت به خود و معنابخشی به رنج متمرکز بود. در جلسه پنجم، خودآگاهی مخرب، کمال‌گرایی آسیب‌زا، خودانتقادی و ناامیدی شناسایی و با استفاده از تمرین‌های شناختی ـ معنوی، آرام‌سازی، پذیرش معنوی، ایجاد اهداف روزانه و تقویت معنا و امید بازسازی شدند. جلسه ششم به کاهش احساس گسست از جهان، انزوا، نگاه منفی به زندگی و افکار مرتبط با مرگ اختصاص داشت و تمرین‌هایی مانند شکرگزاری، ارتباط با طبیعت، بازسازی روایت درد و آشتی دوباره با زندگی ارائه شد. در جلسه هفتم، پذیرش قضای الهی، توکل، رضایت، دعا، ذکر و بهره‌گیری از عبادت برای کاهش رنج و افزایش آرامش روانی آموزش داده شد. جلسه هشتم بر معنویت جمعی، روابط همدلانه، انتقال تجربه‌های مثبت، حفظ مرزهای روانی سالم، تقویت حس تعلق و ایجاد پیوند حمایتگرانه میان اعضای گروه تمرکز داشت. در جلسه نهم، خودآگاهی معنوی، مدیریت استرس، خودکنترلی، اصلاح نگرش‌های ناکارآمد، تعیین مرزهای ارتباطی، خودمحاسبه‌گری و نشخوارزدایی معنوی تمرین شد. جلسه دهم به مرور محتوای جلسات، ارزیابی تغییرات معنوی و رفتاری، بیان دستاوردها و چالش‌ها، نوشتن نامه به خود، طراحی نقشه رشد معنوی و تدوین برنامه هفتگی برای تداوم تمرین‌ها اختصاص یافت. پس از پایان مداخله، شرکت‌کنندگان گروه مداخله بلافاصله مقیاس دیداری آنالوگ درد و پرسشنامه فاجعه‌سازی درد را تکمیل کردند و یک ماه بعد، از طریق تماس تلفنی برای حضور در جلسه پیگیری دعوت شدند. در جلسه پیگیری، پس از گفت‌وگو درباره وضعیت سلامت و حملات سردرد، ابزارهای پژوهش مجدداً تحت نظارت پژوهشگر تکمیل شدند. گروه کنترل در طول این مدت هیچ‌گونه مداخله معنوی یا روان‌شناختی دریافت نکرد و فقط

دارودرمانی معمول خود را ادامه داد. اعضای این گروه نیز در زمان‌های متناظر با پس‌آزمون و پیگیری یک‌ماهه ابزارهای پژوهش را تکمیل کردند و پس از پایان گردآوری داده‌ها، به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، خلاصه محتوای آموزشی گروه مداخله را در دو جلسه دریافت کردند و به پرسش‌های آنان پاسخ داده شد.

داده‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ تحلیل شدند. پیش از انجام تحلیل‌های اصلی، داده‌ها از نظر کامل بودن، خطاهای ورود اطلاعات، مقادیر خارج از دامنه و الگوی داده‌های مفقود بررسی شدند. با توجه به اینکه همه شرکت‌کنندگان مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را تکمیل کردند، ریزش نمونه یا داده مفقود در تحلیل نهایی وجود نداشت. برای توصیف ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و بالینی شرکت‌کنندگان، از فراوانی و درصد برای متغیرهای طبقه‌ای و از میانگین و انحراف معیار برای متغیرهای کمی استفاده شد. به‌منظور مقایسه دو گروه در مرحله پیش‌آزمون و ارزیابی همگنی اولیه، آزمون تی مستقل برای متغیرهای کمی دارای توزیع نرمال، آزمون کای‌اسکوئر برای متغیرهای طبقه‌ای و آزمون من‌ویتنی برای متغیرهای رتبه‌ای یا داده‌هایی که شرایط آزمون‌های پارامتریک را نداشتند، به کار رفت. آزمون تی زوجی نیز برای برخی مقایسه‌های درون‌گروهی بین مراحل اندازه‌گیری استفاده شد. برای بررسی هم‌زمان تغییرات درون‌گروهی طی سه زمان پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت‌های بین دو گروه و اثر تعاملی گروه × زمان، از تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد؛ در این تحلیل، زمان به‌عنوان عامل درون‌آزمودنی و گروه به‌عنوان عامل بین‌آزمودنی در نظر گرفته شد. در صورت مشاهده اثر معنادار زمان یا تعامل گروه × زمان، آزمون تعقیبی حداقل تفاوت معنادار یا LSD برای تعیین محل دقیق تفاوت‌ها میان مراحل اندازه‌گیری اجرا شد. پیش از اجرای تحلیل واریانس، مفروضه‌های آماری بررسی شدند. نرمال بودن توزیع نمرات با آزمون شاپیرو ـ ویلک ارزیابی شد، همگنی واریانس‌های دو گروه با آزمون لوین بررسی گردید، برابری ماتریس‌های کوواریانس با آزمون ام‌باکس سنجیده شد و فرض کرویت با آزمون ماچلی مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج این آزمون‌ها نشان دادند که مفروضه‌های لازم برای اجرای تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر برقرار بودند. برای ارزیابی شدت اثر مداخله، اندازه اثر گزارش شد و سطح معناداری آماری در تمامی تحلیل‌ها برابر با ۰,۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

داده‌های مربوط به ۴۴ بیمار مبتلا به میگرن مورد تحلیل قرار گرفت. تمامی شرکت کنندگان پرسشنامه‌های مربوطه را در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری یک‌ماهه تکمیل کردند و ریزش نمونه در طول مطالعه وجود نداشت. دامنه سنی شرکت‌کنندگان در گروه مداخله بین ۵۶-۲۲ سال و در گروه کنترل بین ۶۳-۲۲ سال بود. نتایج آزمون تی مستقل نشان داد که میان دو گروه از نظر سن و میانگین شدت درد ادراک شده تفاوت معنادار وجود ندارد. یافته‌های تحلیل کای‌اسکوئر نشان داد که توزیع جنسیت، تأهل، اعتقادات مذهبی، وضعیت شغلی، سطح استقلال فردی و داشتن فرزند بین دو گروه تفاوت معناداری نداشت. نتایج آزمون من ویتنی حاکی از آن بود که وضعیت اقتصادی و سطح تحصیلات نیز بین گروه مداخله و کنترل تفاوت معناداری ندارد (جدول شماره ۲).

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و بالینی شرکت‌کنندگان در دو گروه

متغیر	سطوح متغیر	گروه مداخله	گروه کنترل	آماره	Efect size	P
سن		۳۴/۸۶ ± ۱۰/۶۳	۳۴/۵۹ ± ۱۰/۳۲	t مستقل	d = ۰/۲۷	۰/۹۳
شدت درد		۰۷/۵۵ ± ۰۱/۳۳	۰۷/۴۱ ± ۰۱/۱۰	t مستقل	d = ۰/۱۱۴	۰/۷۱
جنسیت	خانم	(۵۰/۰٪) ۱۱	(۵۴/۵٪) ۱۲	کای اسکوئر	V = ۰/۴۵	۰/۷۶
	آقا	(۵۰/۰٪) ۱۱	(۴۵/۵٪) ۱۰			
وضعیت تاهل	متاهل	(۶۸/۲٪) ۱۵	(۶۳/۶٪) ۱۴	کای اسکوئر	V = ۰/۱۳۹	۰/۴۳
	مجرد	(۲۷/۳٪) ۶	(۳۶/۴٪) ۸			
	مطلقه	(۴/۵٪) ۱	(۰۰/۰٪) ۰			
وضعیت شغلی	آزاد	(۲۲/۷٪) ۵	(۱۸/۲٪) ۴	کای اسکوئر	V = ۰/۰۵۵	۰/۹۴
	خانه‌دار	(۱۳/۶٪) ۳	(۱۸/۲٪) ۴			

	بیکار	۸ (۳۶/۴٪)	۷ (۳۱/۸٪)			
	کارمند	۶ (۲۷/۳٪)	۷ (۳۱/۸٪)			
وضعیت استقلال	زندگی در منزل دیگران	۵ (۲۲/۷٪)	۵ (۲۲/۷٪)	کای اسکوئر	V = ۰/۰۹۵	۱/۰۰
	زندگی مستقل	۱۷ (۷۷/۳٪)	۱۷ (۷۷/۳٪)			
وضعیت اقتصادی	نامناسب	۴ (۱۸/۲٪)	۴ (۱۸/۲٪)	من-ویتنی	r = ۰/۰۳۶	۰/۸۱
	متوسط	۱۲ (۵۴/۵٪)	۱۳ (۵۹/۱٪)			
	خوب	۶ (۲۷/۳٪)	۵ (۲۲/۷٪)			
سطح تحصیلات	دیپلم و پایین تر	۷ (۳۱/۸٪)	۸ (۳۶/۴٪)	من-ویتنی	r = ۰/۰۲۲	۰/۸۸
	فوق دیپلم	۵ (۲۲/۷٪)	۴ (۱۸/۲٪)			
	لیسانس و بالاتر	۱۰ (۴۵/۵٪)	۱۰ (۴۵/۵٪)			
داشتن فرزند	دارد	۱۵ (۶۸/۲٪)	۱۳ (۵۹/۱٪)	کای اسکوئر	V = ۰/۰۹۵	۰/۵۳
اعتقادات مذهبی	دارد	۲۲ (۱۰۰٪)	۲۲ (۱۰۰٪)	کای اسکوئر	V = ۰/۰۹۵	۱

میانگین، انحراف معیار و تغییرات نمرات شدت درد ادراک شده در طول زمان در دو گروه در جدول ۲ ارائه شده است. اثرات مداخله بر شدت درد ادراک شده با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با طرح مختلط، با گروه (مداخله در مقابل کنترل) به عنوان عامل بین آزمودنی ها و زمان (پیش آزمون، پس آزمون، پیگیری) به عنوان عامل درون آزمودنی ها، تجزیه و تحلیل شد. این تحلیل، تعامل معنادار گروه × زمان را برای شدت درد نشان داد (F (۲، ۲۰) = ۸۵/۵۹ ، $p < ۰/۰۰۱$، ηp^2 =۰/۸۹۵)، که نشان می‌دهد گروه مداخله در طول زمان کاهش قابل توجهی در شدت درد ادراک شده نسبت به گروه کنترل نشان داده است.

آزمون تعقیبی LSD نشان داد که دو گروه در پیش آزمون از نظر آماری تفاوت معناداری نداشتند ($p = ۰/۷۱$). گروه مداخله در هر دو مرحله پس آزمون و پیگیری، نمرات پایین‌تری در شدت درد ادراک شده نسبت به پیش‌آزمون داشت ($p < ۰/۰۰۱$) و تفاوت نمرات بین پس آزمون و پیگیری معنادار است ($p < ۰/۰۰۱$)، که نشان‌دهنده عود جزئی درد در مرحله پیگیری نسبت به پس آزمون است، هرچند نمره شدت درد ادراک شده در دوره پیگیری به طور معناداری از نمره آن در پیش آزمون پایین‌تر باقی ماند. گروه کنترل هیچ نوسان معناداری در نمره شدت درد ادراک شده در طول مطالعه نشان نداد ($p > ۰/۰۵$) . یافته‌ها نشان می دهد که درمان‌های معنوی تأثیر مثبتی بر کاهش شدت درد ادراک شده بیماران مبتلا به میگرن داشته است.

جدول ۲: تغییرات نمرات شدت درد ادراک شده در طول زمان در دو گروه

زمان	گروه مداخله میانگین± انحراف معیار	گروه کنترل میانگین± انحراف معیار	F	P	ηp^2	٪۹۵CI
قبل از مداخله	۷/±۵۵/۱/۳۳	۷/±۴۱/۱/۱۰	۵۸/۶۹	۰/۷۱	۰/۸۹۵	مداخله: (۶/۹۶-۸/۱۴) کنترل: (۶/۹۲-۷/۹۰)
بعد از مداخله	۵/±۲۷/۱/۳۹	۷/±۰۰/۱/۳۱	۸۵/۵۹	<۰/۰۰۱	۰/۸۹۵	مداخله: (۴/۶۵-۵/۸۹) کنترل: (۶/۴۲-۷/۵۸)
زمان پیگیری	۶/±۲۷/۱/۲۸	۷/±۲۳/۱/۲۳	۸۵/۵۹	<۰/۰۰۱	۰/۸۹۵	مداخله: (۵/۷۰-۶/۸۴) کنترل: (۶/۶۸-۷/۷۸)

میانگین و انحراف معیار و تغییرات نمرات فاجعه‌سازی درد در طول زمان در دو گروه در جدول ۳ ارائه شده‌است. اثرات مداخله بر فاجعه‌سازی درد با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با طرح مختلط، در دو گروه به عنوان عامل بین آزمودنی‌ها و زمان (پیش آزمون، پس آزمون، پیگیری) به عنوان عامل درون آزمودنی‌ها، تجزیه و تحلیل شد. این تحلیل، تعامل معنادار گروه × زمان را برای نمره ی کل فاجعه سازی

درد نشان داد (۱۴۱۹/۸= F (۲، ۴۲) ، p < ۰/۰۰۱ ، ηp^2 =۰/۹۱۱)، که نشان می‌دهد فاجعه سازی درد در گروه مداخله در طول زمان کاهش قابل توجهی نسبت به گروه کنترل نشان داده است.

آزمون تعقیبی LSD نشان داد که دو گروه در پیش آزمون از نظر آماری تفاوت معناداری نداشتند (p = ۰/۲۰). گروه مداخله در هر دو مرحله پس آزمون و پیگیری، نمرات پایین‌تری در فاجعه سازی درد نسبت به پیش آزمون کسب کرد (p < ۰/۰۰۱). تفاوت بین پس آزمون و پیگیری در گروه مداخله معنادار است (p < ۰/۰۰۱)، که نشان دهنده عود جزئی فاجعه سازی درد در مرحله پیگیری نسبت به پس آزمون است اما فاجعه‌سازی درد در دوره پیگیری همچنان به طور معناداری از پیش آزمون پایین‌تر است. گروه کنترل تفاوت معناداری در طول مطالعه وجود نداشت (p > ۰/۰۵). یافته‌ها نشان می دهد که درمان‌های معنوی تأثیر مثبتی بر کاهش فاجعه‌سازی درد در بیماران مبتلا به میگرن داشته است.

جدول ۳: تغییرات نمرات حیطه‌های مختلف فاجعه سازی درد در طول زمان در دو گروه

حیطه	زمان	گروه مداخله میانگین± انحراف معیار	گروه کنترل میانگین± انحراف معیار	F	*P*	ηp^2	CI ٪۹۵
بزرگنمایی	پیش‌آزمون	۲۴/±۰۵/۶/۴۲	۲۳/±۳۲/۴/۷۰	۲۶۹/۹۹	۰/۶۷	۰/۸۶۸	مداخله: (۲۱/۲۰-۲۶/۹۰) کنترل: (۲۱/۲۴-۲۵/۴۰)
	پس‌آزمون	۱۷/±۹۵/۶/۰۶	۲۲/±۹۵/۴/۶۴	۲۶۹/۹۹	<۰/۰۰۱	۰/۸۶۸	مداخله: (۱۵/۲۷-۲۰/۶۳) کنترل: (۲۰/۸۹-۲۵/۰۱)
	پیگیری	۱۹/±۴۵/۵/۸۹	۲۳/±۷۳/۴/۹۷	۲۶۹/۹۹	<۰/۰۰۱	۰/۸۶۸	مداخله: (۱۶/۸۳-۲۲/۰۷) کنترل: (۲۱/۵۳-۲۵/۹۳)
نشخوار ذهنی/ناامیدی	پیش‌آزمون	۲۳/±۳۲/۳/۴۳	۲۱/±۵۰/۴/۰۸	۲۰۱/۰۱	۰/۱۲	۰/۸۳۱	مداخله: (۲۱/۸۰-۲۴/۸۴) کنترل: (۱۹/۶۹-۲۳/۳۱)
	پس‌آزمون	۱۸/±۵۹/۳/۵۳	۲۱/±۳۶/۴/۳۱	۲۰۱/۰۱	<۰/۰۰۱	۰/۸۳۱	مداخله: (۱۷/۰۳-۲۰/۱۵) کنترل: (۱۹/۴۵-۲۳/۲۷)
	پیگیری	۲۰/±۱۸/۳/۷۱	۲۲/±۴۵/۴/۴۴	۲۰۱/۰۱	<۰/۰۰۱	۰/۸۳۱	مداخله: (۱۸/۵۴-۲۱/۸۲) کنترل: (۲۰/۴۷-۲۴/۴۳)
نمره کل	پیش‌آزمون	۴۷/±۳۶/۵/۷۴	۴۴/±۸۲/۷/۱۹	۱۴۱۹/۸۰	۰/۲۰	۰/۹۱۱	مداخله: (۴۴/۸۲-۴۹/۹۰) کنترل: (۴۱/۶۴-۴۸/۰۰)
	پس‌آزمون	۳۶/±۵۵/۵/۴۸	۴۴/±۳۲/۷/۲۷	۱۴۱۹/۸۰	<۰/۰۰۱	۰/۹۱۱	مداخله: (۳۴/۱۲-۳۸/۹۸) کنترل: (۴۱/۱۰-۴۷/۵۴)
	پیگیری	۳۹/±۶۴/۶/۵۹	۴۶/±۱۸/۷/۵۹	۱۴۱۹/۸۰	<۰/۰۰۱	۰/۹۱۱	مداخله: (۳۶/۷۳-۴۲/۵۵) کنترل: (۴۲/۸۱-۴۹/۵۵)

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان‌های معنوی بر فاجعه‌سازی درد و شدت درد ادراک‌شده در مبتلایان به میگرن انجام شد. یافته‌ها نشان داد که پیش از اجرای مداخله، دو گروه مداخله و کنترل از نظر متغیرهای اصلی پژوهش تفاوت معناداری نداشتند؛ اما پس از شرکت گروه مداخله در ۱۰ جلسه درمان معنوی همراه با ادامه دارودرمانی، شدت درد ادراک‌شده و فاجعه‌سازی درد در این گروه در مقایسه با پیش‌آزمون و گروه کنترل به‌طور معناداری کاهش یافت. اثر تعاملی گروه و زمان برای هر دو متغیر معنادار بود و اندازه اثر مداخله برای شدت درد ادراک‌شده و فاجعه‌سازی درد در سطح بزرگ قرار داشت. اگرچه در مرحله پیگیری یک‌ماهه افزایش جزئی نمرات در مقایسه با پس‌آزمون مشاهده شد، نمرات هر دو پیامد همچنان به‌طور معناداری کمتر از پیش‌آزمون باقی ماند؛ درحالی‌که گروه کنترل در طول مراحل پژوهش تغییر

معناداری نشان نداد. این نتایج بیانگر آن است که افزودن درمان معنوی گروهی به دارودرمانی معمول می‌تواند در کوتاه‌مدت به تعدیل تجربه ذهنی درد و کاهش ارزیابی‌های فاجعه‌آمیز بیماران مبتلا به میگرن کمک کند.

نخستین یافته پژوهش نشان داد که درمان معنوی موجب کاهش معنادار شدت درد ادراک‌شده در مبتلایان به میگرن شد. این یافته با نتایج پژوهش تجویدینی و همکاران همسو است که در یک کارآزمایی بالینی تصادفی‌شده نشان دادند نیایش می‌تواند شدت سردرد میگرنی را کاهش دهد (Tajadini et al., 2017). همچنین، یافته حاضر با نتایج پژوهش نجم و همکاران مطابقت دارد که نشان دادند دعا در افراد مذهبی می‌تواند با بهبود تعدیل درون‌زاد درد و کاهش شدت ادراک‌شده آن همراه باشد (Najem et al., 2023). افزون بر این، واخهولتز و همکاران گزارش کردند که برخی انواع مراقبه، به‌ویژه مراقبه‌های برخوردار از محتوای معنوی، می‌توانند با کاهش نیاز به مصرف داروهای میگرن همراه باشند (Wachholtz et al., 2017). مجموع این یافته‌ها از این دیدگاه حمایت می‌کنند که فعالیت‌های معنوی ساختاریافته، در کنار درمان‌های پزشکی، می‌توانند بر نحوه پردازش، ارزیابی و تحمل درد اثر بگذارند.

یافته مربوط به کاهش شدت درد با نتایج انسفداران و همکاران نیز همخوان است. آنان نشان دادند که معنویت‌درمانی اسلامی موجب کاهش ادراک شدت درد در زنان مبتلا به درد مزمن می‌شود (Ensafdaran et al., 2025). به همین ترتیب، مرور نظام‌مند سالگائونکار و همکاران نشان داد که دانش و اعمال معنوی، از جمله نیایش، مراقبه، امیدواری، معناجویی و توکل، می‌توانند به بیماران در مقابله مؤثرتر با درد مزمن کمک کنند (Salgaonkar et al., 2021). فرایرا-والنته و همکاران نیز دریافتند که معنویت با ابعاد مختلف تجربه درد، عملکرد و راهبردهای مقابله‌ای بیماران مبتلا به درد مزمن مرتبط است (Ferreira-Valente et al., 2020). بنابراین، کاهش شدت درد در مطالعه حاضر را می‌توان بخشی از تأثیر گسترده‌تر معنویت بر تنظیم شناختی، هیجانی و رفتاری تجربه درد دانست.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که شدت درد ادراک‌شده الزاماً معادل شدت فرایند فیزیولوژیک زیربنایی نیست، بلکه تحت تأثیر عواملی مانند توجه، انتظار، اضطراب، معنا، هیجان و احساس کنترل قرار دارد. در میگرن، عوامل روان‌شناختی می‌توانند بر شروع حمله، شدت علائم و ناتوانی ناشی از آن اثر بگذارند (Yu & Tan, 2024). همچنین، تنیدگی شناختی و فشارهای روزمره با تشدید سردرد در مبتلایان به میگرن ارتباط دارند (Viero et al., 2022). درمان معنوی مورد استفاده در پژوهش حاضر با بهره‌گیری از مراقبه، آرام‌سازی، دعا، بازسازی نگرش، پذیرش، امید، خودشفقتی و ارتباط با یک منبع متعالی، احتمالاً سطح برانگیختگی روانی و تمرکز افراطی بر نشانه‌های جسمانی را کاهش داده است. کاهش تنیدگی و انتقال توجه از درد به منابع معنا و آرامش می‌تواند موجب شود که بیماران شدت یکسانی از تحریک جسمانی را کمتر تهدیدکننده و قابل‌تحمل‌تر ادراک کنند.

از منظر تنظیم هیجان نیز می‌توان نتیجه حاضر را تبیین کرد. میگرن با هیجان‌های منفی، به‌ویژه اضطراب، استرس و خشم، ارتباط دارد و ضعف در تنظیم هیجان می‌تواند تجربه سردرد را تشدید کند (Santos et al., 2025; Shaygan et al., 2022). درمان معنوی فضای امنی برای بیان هیجان‌ها، شناسایی نگرش‌های منفی، پذیرش تجربه بیماری و تمرین واکنش‌های آرام‌تر فراهم می‌کند. آموزش بخشش، شفقت به خود، توکل، صبر و معنایابی نیز می‌تواند از شدت خشم، ناامیدی و درماندگی بکاهد. در نتیجه، کاهش واکنش‌پذیری هیجانی ممکن است از طریق کاهش تنش عضلانی، برانگیختگی خودمختار و حساسیت نسبت به محرک‌های دردناک، به تعدیل شدت درد ادراک‌شده منجر شده باشد.

بخش دیگری از اثربخشی مداخله را می‌توان با افزایش احساس کنترل و خودکارآمدی درد توضیح داد. بیماران مبتلا به میگرن ممکن است به دلیل حملات غیرقابل‌پیش‌بینی، تجربه شکست‌های درمانی و اختلال در فعالیت‌های روزمره، احساس کنند که کنترلی بر بیماری خود ندارند. این ادراک کنترل‌ناپذیری، توجه به درد و احساس درماندگی را افزایش می‌دهد. در مقابل، درمان معنوی با ارائه تمرین‌های روزانه، تعیین اهداف معنادار، اصلاح گفت‌وگوی درونی و ایجاد برنامه شخصی برای مقابله با حملات، بیمار را از دریافت‌کننده منفعل درمان به مشارکت‌کننده فعال تبدیل می‌کند. یوسفی‌افراشته و همکاران نیز نشان دادند که خودکارآمدی درد در ارتباط میان معنای زندگی، بهزیستی معنوی و کیفیت زندگی

بیماران مبتلا به میگرن نقش مهمی دارد (Yousefi Afrashteh et al., 2023). بنابراین، احتمال دارد افزایش خودکارآمدی یکی از سازوکارهای واسطه‌ای کاهش شدت درد در پژوهش حاضر بوده باشد.

یافته دوم پژوهش نشان داد که درمان معنوی موجب کاهش معنادار فاجعه‌سازی درد شد و این کاهش تا مرحله پیگیری یک‌ماهه نیز حفظ گردید. این نتیجه با یافته‌های شاهمرادی و همکاران هماهنگ است که نشان دادند معنویت‌درمانی می‌تواند فاجعه‌سازی درد و مؤلفه‌های آن، یعنی نشخوار ذهنی، بزرگ‌نمایی و درماندگی، را در بیماران مبتلا به دردهای ایدیوپاتیک کاهش دهد (Shahmoradi et al., 2023). همچنین، انسفداران و همکاران گزارش کردند که معنویت‌درمانی اسلامی بر کاهش تفکر فاجعه‌آمیز درباره درد در بیماران مبتلا به درد مزمن مؤثر است (Ensafdaran et al., 2025). یافته حاضر با نتایج شایگان و شایگان نیز همسو است؛ آنان نشان دادند که فاجعه‌سازی درد در رابطه میان بهزیستی معنوی و افسردگی بیماران مبتلا به درد مزمن نقش واسطه‌ای دارد و بهزیستی معنوی بیشتر با فاجعه‌سازی کمتر همراه است (Shaygan & Shayegan, 2019).

فاجعه‌سازی درد یک الگوی شناختی ـ هیجانی است که در آن بیمار به‌طور مداوم درباره درد نشخوار می‌کند، پیامدهای آن را بزرگ‌نمایی می‌نماید و خود را در برابر آن ناتوان می‌بیند. این سازه با شدت درد، پریشانی روانی، ناتوانی و پاسخ نامطلوب‌تر به درمان ارتباط دارد (Wheeler et al., 2019). در بیماران مبتلا به میگرن، ترس از وقوع حمله بعدی، پیش‌بینی پیامدهای شدید و اجتناب از فعالیت ممکن است چرخه‌ای از ترس، بی‌تحرکی، افزایش توجه به نشانه‌های بدنی و ناتوانی ایجاد کند. یافته‌های فاکس و همکاران نیز نشان می‌دهد که فاجعه‌سازی، ترس و رفتارهای اجتنابی در چارچوب الگوی ترس ـ اجتناب با ناتوانی ناشی از میگرن تعامل دارند (Fox et al., 2026). درمان معنوی احتمالاً با تغییر تفسیر درد از یک رخداد کاملاً ویرانگر و کنترل‌ناپذیر به تجربه‌ای دشوار اما قابل‌تحمل و قابل‌معنادهی، این چرخه را تضعیف کرده است. درمان معنوی همچنین می‌تواند نشخوار ذهنی را از طریق تغییر کانون توجه کاهش دهد. بیمار فاجعه‌ساز دائماً بر احتمال تکرار درد، شدت حمله و ناتوانی احتمالی تمرکز می‌کند. تمرین‌های مراقبه، حضور در لحظه، ذکر، نیایش و توجه به ارزش‌های زندگی می‌توانند توجه بیمار را از پیش‌بینی مداوم تهدید به تجربه زمان حال منتقل کنند. در این فرایند، هدف حذف کامل افکار دردناک نیست، بلکه ایجاد فاصله شناختی از آن‌ها و کاهش همانندسازی با افکار فاجعه‌آمیز است. همچنین، گفت‌وگوی گروهی و شنیدن تجربه‌های سایر بیماران ممکن است باور «فقط من قادر به تحمل این وضعیت نیستم» را اصلاح کرده و حس مشترک بودن تجربه درد را افزایش داده باشد.

یکی دیگر از سازوکارهای احتمالی کاهش فاجعه‌سازی، تقویت معنا و هدف در زندگی است. میگرن‌های مکرر می‌توانند بیمار را با نگرانی‌های وجودی، ترس از عود، احساس از دست رفتن فرصت‌ها و ابهام درباره آینده مواجه کنند (Yadav & Menzies, 2026). هنگامی که درد فاقد معنا و صرفاً نشانه‌ای از نابودی زندگی ادراک شود، احتمال بزرگ‌نمایی و درماندگی افزایش می‌یابد. در مقابل، مداخله معنامحور می‌تواند به بیمار کمک کند تا منابع ارزش، امید و هدف را حتی در حضور بیماری بازیابی کند. بومر و همکاران نشان دادند که مداخله مبتنی بر منابع معنا با پذیرش درد، کاهش بحران معنا و بهبود پیامدهای روان‌شناختی بیماران مبتلا به درد مزمن ارتباط دارد (Böhmer et al., 2022). بسته درمانی پژوهش حاضر نیز با تمرکز بر بازنویسی روایت زندگی، کشف معنا در رنج و تدوین اهداف شخصی، احتمالاً احساس پوچی و درماندگی را کاهش داده و زمینه کاهش فاجعه‌سازی را فراهم کرده است.

کاهش فاجعه‌سازی همچنین ممکن است نتیجه اصلاح کشمکش‌های معنوی بیماران باشد. برخی بیماران مبتلا به سردرد مزمن، بیماری خود را نشانه مجازات، بی‌عدالتی یا طردشدگی از سوی خداوند تفسیر می‌کنند و نسبت به خداوند احساس خشم یا اعتراض دارند (Exline et al., 2016). این نوع پریشانی معنوی می‌تواند با فاجعه‌سازی و تداخل بیشتر درد در زندگی روزمره همراه باشد (Harris et al., 2018). در مداخله حاضر، موضوعاتی مانند احساس گناه، عدالت الهی، پذیرش، توکل، بخشش و اصلاح برداشت‌های ناکارآمد از رابطه با خداوند مورد توجه قرار گرفت. بنابراین، ممکن است درمان با کاهش احساس مجازات‌شدگی و بازسازی تصویری حمایتگرانه‌تر از رابطه معنوی، تهدید ادراک‌شده ناشی از درد را کاهش داده باشد.

یافته‌های مطالعه حاضر با پژوهش‌هایی که بر ارتباط بهزیستی معنوی و کیفیت زندگی بیماران میگرنی تأکید دارند نیز سازگار است. چایترا و همکاران نشان دادند که بهزیستی معنوی با کیفیت زندگی در مبتلایان به میگرن ارتباط دارد (Chaithra et al., 2025). یوسفی‌افراشته و همکاران نیز گزارش کردند که معنای زندگی، حمایت اجتماعی ادراک‌شده و بهزیستی معنوی، از طریق افزایش خودکارآمدی درد، می‌توانند کیفیت زندگی این بیماران را بهبود بخشند (Yousefi Afrashteh et al., 2023). اگرچه پژوهش حاضر کیفیت زندگی را مستقیماً اندازه‌گیری نکرد، کاهش فاجعه‌سازی و شدت درد می‌تواند زمینه بهبود عملکرد و کیفیت زندگی را فراهم کند؛ زیرا با کاهش تمرکز افراطی بر درد، بیماران احتمالاً آمادگی بیشتری برای مشارکت در فعالیت‌های شخصی، خانوادگی و اجتماعی خواهند داشت.

تداوم نسبی اثر مداخله در پیگیری یک‌ماهه نشان می‌دهد که بیماران احتمالاً بخشی از مهارت‌ها و نگرش‌های آموخته‌شده را پس از پایان جلسات نیز به کار گرفته‌اند. تمرین‌های خانگی، مراقبه، دعا، خودمحاسبه‌گری، شکرگزاری، بازسازی شناختی و برنامه‌ریزی برای ادامه مسیر معنوی می‌توانند به حفظ دستاوردهای درمان کمک کرده باشند. بااین‌حال، افزایش جزئی نمرات درد و فاجعه‌سازی در مرحله پیگیری در مقایسه با پس‌آزمون نشان می‌دهد که اثر مداخله ممکن است بدون جلسات تقویتی یا حمایت مستمر به‌تدریج کاهش یابد. این نتیجه با ماهیت مزمن و عودکننده میگرن سازگار است؛ زیرا مواجهه مجدد با حملات، استرس‌های روزمره یا کاهش نظم در اجرای تمرین‌ها می‌تواند برخی الگوهای قبلی را فعال کند. ازاین‌رو، درمان معنوی را نباید مداخله‌ای یک‌باره تلقی کرد، بلکه بهتر است به‌صورت بخشی از یک برنامه مراقبتی مستمر و چندوجهی اجرا شود.

در مجموع، یافته‌های پژوهش حاضر از رویکرد زیستی ـ روانی ـ اجتماعی ـ معنوی به مدیریت میگرن حمایت می‌کنند. درمان معنوی جایگزین درمان دارویی نیست، بلکه می‌تواند به‌عنوان یک درمان مکمل، ابعادی از تجربه بیماری را هدف قرار دهد که معمولاً در مداخلات پزشکی کمتر مورد توجه قرار می‌گیرند. مرورهای موجود نیز نشان داده‌اند که مداخلات روان‌شناختی برای بزرگسالان مبتلا به میگرن می‌توانند مؤثر باشند، اما همچنان شکاف‌هایی در دسترسی، اجرا و ادغام آن‌ها در خدمات بالینی وجود دارد (Dudeney et al., 2022; Zamir et al., 2023). ادغام مؤلفه‌های معنوی در درمان چندوجهی درد، در صورت رعایت ترجیحات، باورها و زمینه فرهنگی بیمار، می‌تواند به پذیرش درد، معناجویی و تنظیم هیجانی کمک کند (Kieselbach & Frede, 2024). بسته اختصاصی معنویت‌درمانی میگرن نیز با هدف پاسخ‌گویی به همین نیازهای شناختی، هیجانی و وجودی تدوین شده است (Saberi, 2026).

بر این اساس، می‌توان نتیجه گرفت که درمان معنوی گروهی همراه با دارودرمانی معمول، از طریق کاهش نشخوار ذهنی، بزرگ‌نمایی و درماندگی، اصلاح تفسیرهای تهدیدآمیز از درد، تقویت پذیرش و امید، افزایش احساس کنترل و ایجاد معنا در تجربه بیماری، شدت درد ادراک‌شده و فاجعه‌سازی درد را در مبتلایان به میگرن کاهش می‌دهد. بااین‌حال، ماهیت ذهنی تجربه معنوی و تفاوت‌های فردی در باورهای دینی و معنوی ایجاب می‌کند که این مداخله با انعطاف، حساسیت فرهنگی و توجه به ترجیحات هر بیمار اجرا شود. همچنین، با توجه به عود جزئی مشاهده‌شده در مرحله پیگیری، تداوم تمرین‌ها و طراحی جلسات تقویتی می‌تواند برای حفظ اثربخشی درمان ضروری باشد.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همراه بود. نمونه پژوهش تنها از بیماران مراجعه‌کننده به مراکز درمانی و مشاوره شهر بم انتخاب شد؛ بنابراین، تعمیم نتایج به بیماران سایر مناطق، فرهنگ‌ها و نظام‌های درمانی باید با احتیاط انجام شود. حجم نمونه نسبتاً محدود و دوره پیگیری یک‌ماهه امکان ارزیابی پایداری بلندمدت اثر مداخله را کاهش داد. همچنین، شدت درد و فاجعه‌سازی با ابزارهای خودگزارشی اندازه‌گیری شدند و ممکن است پاسخ‌ها تحت تأثیر حافظه، تمایل به ارائه پاسخ مطلوب یا وضعیت هیجانی روز ارزیابی قرار گرفته باشند. امکان کورسازی شرکت‌کنندگان و درمانگر نسبت به نوع مداخله وجود نداشت و در نتیجه، اثر انتظار درمان یا توجه دریافت‌شده در جلسات گروهی کاملاً قابل حذف نبود. علاوه بر این، میزان پایبندی بیماران به تمرین‌های معنوی خارج از جلسات و وقوع یا تعداد حملات میگرن در فاصله ارزیابی‌ها به‌طور عینی ثبت نشد.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های بعدی با حجم نمونه بزرگ‌تر، نمونه‌گیری از چند شهر و دوره‌های پیگیری سه‌ماهه، شش‌ماهه و یک‌ساله انجام شوند تا قابلیت تعمیم و پایداری اثرهای درمان مشخص شود. مقایسه درمان معنوی با مداخلات فعال دیگری مانند درمان شناختی ـ رفتاری، ذهن‌آگاهی، آموزش آرام‌سازی یا درمان مبتنی بر پذیرش می‌تواند سهم اختصاصی مؤلفه‌های معنوی را روشن سازد. استفاده از شاخص‌های عینی‌تر، مانند تعداد و مدت حملات، میزان مصرف دارو، روزهای ناتوانی، مراجعه به خدمات درمانی و ثبت روزانه سردرد نیز توصیه می‌شود. بررسی نقش واسطه‌ای متغیرهایی مانند خودکارآمدی درد، پذیرش، تنظیم هیجان، امید، معنا در زندگی و پریشانی معنوی می‌تواند سازوکار اثر مداخله را دقیق‌تر تبیین کند. همچنین، تحلیل نتایج براساس جنسیت، شدت بیماری، میزان دینداری و نوع مقابله معنوی می‌تواند مشخص کند که کدام بیماران بیشترین سود را از این درمان می‌برند.

پیشنهاد می‌شود درمان معنوی به‌عنوان یک مداخله مکمل و نه جایگزین درمان‌های پزشکی، در کلینیک‌های سردرد، مراکز مشاوره و برنامه‌های مدیریت درد مورد استفاده قرار گیرد. پیش از ورود بیمار به این مداخله، نیازها، ترجیحات و باورهای معنوی او باید ارزیابی شود و مشارکت در درمان کاملاً داوطلبانه باشد. درمانگران لازم است برای اجرای مداخله‌های معنوی، مهارت حرفه‌ای و حساسیت فرهنگی کافی داشته باشند و از تحمیل باور یا تفسیر خاص به بیمار خودداری کنند. ارائه جلسات تقویتی پس از پایان دوره، آموزش تمرین‌های کوتاه و قابل‌اجرا در منزل، استفاده از دفترچه ثبت تمرین و هماهنگی میان روان‌شناس، متخصص مغز و اعصاب و سایر اعضای تیم درمان می‌تواند به حفظ دستاوردها و افزایش اثربخشی برنامه کمک کند.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

موازین اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازین و اصول اخلاقی رعایت گردیده است. این مطالعه پس از اخذ مجوز از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد با کد IR.IAU.NAJAFABAD.REC.1402.191 و نیز ثبت در سامانه کارآزمایی بالینی ایران به شماره IRCT20251021067705N2 اجرا شد. در تمامی مراحل پژوهش، ملاحظات اخلاقی از جمله اخذ رضایت آگاهانه کتبی و شفاهی از شرکت‌کنندگان، تضمین محرمانگی اطلاعات و فراهم بودن امکان انصراف از مطالعه در هر مرحله در چارچوب اصول مندرج در بیانیه هلسینکی رعایت شد.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافعی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از تمامی شرکت‌کنندگان که در اجرای پژوهش حاضر کمک نمودند نهایت قدردانی و سپاس را دارند.

شفافیت داده‌ها

داده‌ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی رایت ارسال خواهد شد.

حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

چکیده گسترده

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

Migraine is a recurrent primary headache disorder characterized by attacks of moderate-to-severe pain that may be accompanied by nausea, vomiting, photophobia, phonophobia, and substantial impairment in occupational, educational, familial, and social functioning. According to the third edition of the International Classification of Headache Disorders, migraine comprises several clinical subtypes, including migraine with aura and migraine without aura, and is diagnosed according to the temporal pattern, pain characteristics, associated symptoms, and exclusion of secondary causes (Headache Classification Committee of the International Headache, 2018). The public-health significance of migraine is reinforced by the high global prevalence of headache disorders, with recent evidence indicating that hundreds of millions of adults experience headache on any given day (Husøy et al., 2026). In Iran, migraine also represents a common neurological condition and an important source of disability among individuals of working age (Mohammadi et al., 2023).

Migraine is more prevalent among women, and sex- and gender-related differences may influence its onset, clinical course, symptom burden, treatment-seeking behavior, and response to therapy. Hormonal fluctuations, biological susceptibility, psychosocial stressors, gender roles, and differences in symptom reporting may partly account for the greater migraine burden observed among women (Al-Hassany et al., 2020). Nevertheless, migraine affects both women and men and may lead to absenteeism, reduced productivity, restrictions in daily activities, deterioration of interpersonal relationships, and diminished quality of life. These consequences indicate that migraine should not be conceptualized exclusively as a neurological or vascular disorder. Rather, it is best understood within a multidimensional framework that incorporates biological, psychological, behavioral, social, existential, and spiritual factors.

Psychological processes have a substantial role in the perception, persistence, and functional consequences of migraine. Anxiety, daily stress, negative affect, heightened attention to bodily sensations, and fear of future attacks may increase the perceived severity of headache and interfere with effective coping (Yu & Tan, 2024). Evidence also suggests that cognitive stress and daily life stressors are associated with headache induction and exacerbation in patients with migraine and tension-type headache (Viero et al., 2022). Emotional variables, including anger and limited emotional intelligence, may further contribute to the course and subjective burden of migraine (Shaygan et al., 2022). Accordingly, the pain experienced during a migraine attack is not merely a direct reflection of nociceptive or neurological activity; it is also shaped by attention, emotional regulation, expectations, interpretation, and perceived controllability.

Pain catastrophizing is among the most important cognitive-affective mechanisms associated with chronic and recurrent pain. It refers to an exaggerated negative orientation toward actual or anticipated pain and commonly involves rumination, magnification, and helplessness. Patients who catastrophize tend to focus continuously on pain, overestimate its harmful consequences, and perceive themselves as unable to tolerate or control it. The Pain Catastrophizing Scale has demonstrated acceptable psychometric properties and meaningful associations with pain severity, emotional distress, disability, and unfavorable treatment outcomes (Wheeler

et al., 2019). Its Persian version has also shown appropriate validity and reliability among Iranian patients with persistent chronic pain (Rahmati et al., 2017).

In migraine, catastrophizing may reinforce a self-perpetuating cycle involving fear of pain, avoidance of activity, hypervigilance to symptoms, emotional distress, and increased disability. Findings based on the fear-avoidance model indicate that interactions among catastrophizing, pain-related fear, affective responses, and avoidance behavior contribute to migraine-related disability (Fox et al., 2026). Catastrophizing, anxiety, and stress have also been identified as important psychosocial correlates of migraine severity and burden (Santos et al., 2025). Moreover, patients with recurrent migraine may experience existential concerns, fear of recurrence or progression, uncertainty regarding the future, and a sense that important parts of life have been lost because of illness (Yadav & Menzies, 2026). These experiences may intensify helplessness and encourage patients to interpret their pain as uncontrollable, threatening, and life-disrupting.

Although pharmacotherapy remains central to migraine management, medication alone does not adequately address all dimensions of the disorder. Some patients obtain incomplete relief, experience adverse effects, discontinue treatment, or remain vulnerable to recurrent attacks and psychological distress. Psychological interventions, including cognitive-behavioral therapy, relaxation, stress management, acceptance-based approaches, and mindfulness, have demonstrated beneficial effects for some adults with migraine (Dudeney et al., 2022). However, psychological and behavioral interventions remain underused in routine headache care, and significant gaps persist in their accessibility, integration, and adaptation to patients' individual needs (Zamir et al., 2023). One area receiving increasing attention is the integration of spirituality into multimodal pain management.

Spirituality may include meaning and purpose, hope, connection with God or a transcendent reality, prayer, meditation, forgiveness, compassion, acceptance, religious practices, and a sense of connectedness with other people. In chronic pain, spirituality may influence pain appraisal, coping, daily functioning, and emotional adaptation (Ferreira-Valente et al., 2020). Nevertheless, spirituality is not uniformly protective. Positive spiritual coping, such as trust, hope, acceptance, and meaning-making, may facilitate adaptation, whereas spiritual struggle, anger toward God, perceived punishment, and feelings of abandonment may intensify distress. Spiritual struggle has been reported among patients seeking treatment for chronic headache (Exline et al., 2016), and spiritual or religious distress has been associated with pain catastrophizing and pain interference (Harris et al., 2018).

Previous studies suggest that spiritual well-being may contribute to better pain-related outcomes by reducing catastrophizing and strengthening self-efficacy. Pain catastrophizing has been found to mediate the association between spiritual well-being and depression in patients with chronic pain (Shaygan & Shayegan, 2019). Among patients with migraine, meaning in life, perceived social support, spiritual well-being, and pain self-efficacy have been associated with quality of life (Yousefi Afrashteh et al., 2023). Spiritual well-being has similarly been linked to the quality of life of individuals with migraine (Chaithra et al., 2025). Experimental evidence also indicates that prayer may reduce migraine intensity (Tajadini et al., 2017), influence endogenous pain modulation (Najem et al., 2023), and that spiritually oriented meditation may affect migraine medication use (Wachholtz et al., 2017).

Broader pain literature provides additional support for structured spiritual interventions. Spiritual knowledge and practices may promote coping with chronic pain (Salgaonkar et al., 2021), and spiritual interventions can be incorporated into multimodal pain treatment when they are compatible with patients' beliefs and preferences (Kieselbach & Frede, 2024). Meaning-oriented interventions have also been associated with pain acceptance and reductions in anxiety, depression, and crisis of meaning among individuals with chronic pain (Böhmer et al., 2022). In Iranian studies, spiritual therapy has reduced pain catastrophizing in patients with idiopathic pain (Shahmoradi et al., 2023), while Islamic spiritual therapy has decreased perceived pain intensity and

catastrophic pain among women with chronic pain (Ensafdaran et al., 2025). A migraine-specific spiritual therapy package has therefore been developed to address pain intensity, catastrophizing, distress tolerance, and resilience through culturally relevant spiritual and psychological components (Saberi, 2026). Accordingly, the present study aimed to determine the effectiveness of spiritual therapy in reducing pain catastrophizing and perceived pain intensity among individuals with migraine.

Methods and Materials

This study was a randomized clinical trial employing a pretest, posttest, and one-month follow-up design with an intervention group and a control group. The study population consisted of patients with migraine attending two governmental neurology centers and four public or private psychological counseling centers in Bam, Kerman Province, Iran, in 2025. A total of 44 eligible patients were selected through cluster sampling and randomly allocated in equal numbers to the intervention and control groups by an online randomization program. Each group included 22 participants, and no participant withdrew during the study.

Eligibility criteria included an age range of 20–60 years, a confirmed diagnosis of migraine by a neurologist, a history of migraine-related headache for at least three months, headache occurrence on 15 or more days per month, moderate-to-severe pain intensity, no concurrent psychotherapy or spiritual therapy during the previous six months, absence of another disabling chronic disease, and willingness to participate. Exclusion criteria included absence from more than two intervention sessions, failure to complete homework assignments for three consecutive sessions, development of an acute psychiatric disorder, changes in the pharmacological treatment regimen, incomplete questionnaires, and voluntary withdrawal.

The intervention group continued routine pharmacotherapy and received 10 weekly 90-minute group sessions of spiritual therapy. The intervention was delivered in two groups of 11 participants and included therapeutic rapport, exploration of spirituality and personal values, identification and reconstruction of guilt-related beliefs, correction of maladaptive interpretations of illness, management of social and spiritual consequences of migraine, enhancement of self-worth, hope and meaning, reduction of isolation and death-related thoughts, acceptance of divine providence, prayer and meditation, strengthening of supportive relationships, spiritual self-awareness, stress management, and development of a personal plan for maintaining spiritual practices. The control group received routine pharmacotherapy alone during the study and subsequently received a brief summary of the intervention content.

Data were collected at pretest, immediately after the intervention, and one month later using a demographic questionnaire, the Visual Analog Scale for pain intensity, and the Pain Catastrophizing Scale. Data analysis was performed in SPSS version 20 using frequency, percentage, mean, standard deviation, independent-samples t tests, paired-samples t tests, chi-square tests, Mann–Whitney U tests, mixed repeated-measures analysis of variance, and least significant difference post hoc comparisons. Statistical significance was set at 0.05. The assumptions of normality, homogeneity of variances, equality of covariance matrices, and sphericity were assessed before the main analysis.

Findings

All 44 participants completed the pretest, posttest, and one-month follow-up assessments. The intervention and control groups did not differ significantly in age, sex, marital status, occupational status, economic status, education, independent living status, parenthood, religious beliefs, or baseline pain intensity. No statistically significant between-group differences were found in either perceived pain intensity or pain catastrophizing before the intervention.

Mixed repeated-measures analysis of variance showed a statistically significant group-by-time interaction for perceived pain intensity. The interaction indicated that the pattern of change across pretest, posttest, and follow-up differed significantly between the intervention and control groups. The intervention group demonstrated a substantial reduction in perceived pain intensity from pretest to posttest, whereas the control

group showed no meaningful change. Pain intensity in the intervention group remained significantly below the pretest level at the one-month follow-up. However, the significant difference between posttest and follow-up indicated a partial return of pain during the follow-up period. Despite this slight increase, perceived pain intensity remained significantly lower than its baseline level. The reported partial eta-squared value for the group-by-time interaction was 0.895, indicating a large intervention effect.

A significant group-by-time interaction was also found for total pain catastrophizing. Participants receiving spiritual therapy showed a marked reduction in pain catastrophizing at posttest relative to both their baseline scores and the control group. This improvement remained statistically significant at the one-month follow-up. As with pain intensity, catastrophizing scores increased slightly between posttest and follow-up, indicating partial recurrence; nevertheless, the follow-up scores remained significantly lower than the corresponding pretest scores. The control group did not exhibit significant changes in pain catastrophizing across the three assessment points. The intervention effect for pain catastrophizing was large, with a reported effect size of 0.911. Analyses of the catastrophizing domains also demonstrated reductions in magnification and in the combined dimensions of rumination and helplessness in the intervention group.

Discussion and Conclusion

The findings demonstrated that spiritual therapy combined with routine pharmacotherapy was effective in reducing both perceived pain intensity and pain catastrophizing among individuals with migraine. The absence of significant baseline differences between the groups and the stability of the control group strengthen the interpretation that the observed improvements were associated with participation in the spiritual intervention rather than with spontaneous change, demographic differences, or routine medication alone.

The reduction in perceived pain intensity may be explained by the capacity of spiritual therapy to alter the cognitive and emotional context within which pain is experienced. Migraine pain is influenced not only by neurological processes but also by attention, arousal, expectation, stress, and perceived threat. Prayer, meditation, relaxation, self-compassion, acceptance, and trust may have reduced emotional arousal and diverted excessive attention away from bodily symptoms. These processes may have made the pain feel less threatening and more manageable, even when the underlying biological susceptibility to migraine remained present.

Spiritual therapy may also have increased patients' perceived control over their responses to pain. Recurrent migraine can create helplessness because attacks are unpredictable and frequently interfere with plans and responsibilities. Through daily exercises, reflective assignments, stress-management skills, and personal spiritual plans, patients were encouraged to adopt an active rather than passive role in managing their condition. This increased sense of agency may have contributed to lower perceived pain and reduced dependence on catastrophic interpretations.

The marked reduction in pain catastrophizing is particularly important because catastrophizing can intensify migraine-related fear, avoidance, disability, and emotional distress. The intervention directly addressed rumination, magnification, guilt, hopelessness, negative beliefs about illness, fear of the future, and perceptions of divine injustice. By helping participants reinterpret suffering, identify sources of meaning, cultivate hope, and develop a more supportive spiritual framework, the intervention may have weakened the belief that migraine pain is uncontrollable, intolerable, and destructive.

Group processes may also have contributed to the observed effects. Sharing experiences with other patients could normalize migraine-related difficulties, reduce isolation, and challenge the belief that one is uniquely incapable of coping. Empathic discussion, collective reflection, and supportive feedback may have strengthened belonging and encouraged participants to adopt more adaptive interpretations of pain. The combination of cognitive restructuring, emotional expression, spiritual practices, and interpersonal support may therefore have produced a broader therapeutic effect than a single spiritual activity alone.

The partial increase in pain intensity and catastrophizing at follow-up deserves attention. Although treatment gains remained statistically significant, the slight recurrence suggests that the intervention effects may weaken when structured sessions and therapist support are discontinued. Migraine is a recurrent disorder, and exposure to new attacks, stressors, or reduced adherence to home practices may reactivate previous patterns of worry and helplessness. Booster sessions, ongoing practice, digital reminders, or periodic follow-up support may therefore be necessary to maintain and consolidate treatment gains.

Overall, the study supports a biopsychosocial-spiritual approach to migraine management. Spiritual therapy should not be regarded as a replacement for pharmacotherapy or neurological care. Instead, it may serve as a complementary intervention for patients whose pain experience is accompanied by catastrophizing, hopelessness, existential concerns, spiritual struggle, or difficulty accepting the recurrent nature of migraine. The intervention appears particularly relevant in cultural settings where spiritual beliefs are central to meaning-making and coping. It can be concluded that structured group-based spiritual therapy, when administered alongside routine medication, can produce clinically meaningful short-term reductions in perceived pain intensity and pain catastrophizing among individuals with migraine, although longer follow-up periods are needed to establish the durability of these effects.

فهرست منابع

References

Al-Hassany, L., Haas, J., Piccininni, M., Kurth, T., Maassen Van Den Brink, A., & Rohmann, J. L. (2020). Giving Researchers a Headache - Sex and Gender Differences in Migraine. *Frontiers in Neurology*, *11*, 549038. https://doi.org/10.3389/fneur.2020.549038

Böhmer, M. C., La Cour, P., & Schnell, T. (2022). A Randomized Controlled Trial of the Sources of Meaning Card Method: A New Meaning-Oriented Approach Predicts Depression, Anxiety, Pain Acceptance, and Crisis of Meaning in Patients with Chronic Pain. *Pain Medicine*, *23*(2), 314-325.

Chaithra, S. P., Jason, J. S., & Yadiyal, A. (2025). Exploring Spiritual Well-Being and Quality of Life in Migraine: A Cross-Sectional Study from a Tertiary Care Centre. *Telangana Journal of Psychiatry*, *11*(2), 130-135. https://doi.org/10.4103/tjp.tjp_59_25

Delgado, D. A., Lambert, B. S., Boutris, N., McCulloch, P. C., Robbins, A. B., Moreno, M. R., & Harris, J. D. (2018). Validation of Digital Visual Analog Scale Pain Scoring With a Traditional Paper-Based Visual Analog Scale in Adults. *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons Global Research & Reviews*, *2*(3), e088. https://doi.org/10.5435/JAAOSGlobal-D-17-00088

Dudeney, J., Sharpe, L., McDonald, S., Menzies, R. E., & McGuire, B. (2022). Are Psychological Interventions Efficacious for Adults with Migraine? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, *62*(4), 405-419.

Ensafdaran, F., Jalali, M., Nejabat, M., & Mahmoudi, A. (2025). The Effectiveness of Islamic Spiritual Therapy on the Perception of Pain Intensity and Catastrophic Pain in Female Patients with Chronic Pain. *Journal of Disability & Religion*, *29*(1), 20-32.

Exline, J. J., Krause, S. J., & Broer, K. A. (2016). Spiritual Struggle Among Patients Seeking Treatment for Chronic Headaches: Anger and Protest Behaviors Toward God. *Journal of religion and health*, *55*(5), 1729-1747. https://doi.org/10.1007/s10943-016-0255-2

Ferreira-Valente, A., Damião, C., Pais-Ribeiro, J., & Jensen, M. P. (2020). The Role of Spirituality in Pain, Function, and Coping in Individuals with Chronic Pain. *Pain Medicine*, *21*(3), 448-457.

Fox, J., Gaul, C., Kuhlencord, M., Peperkorn, N., Ohse, J., Krutzki, J., & Shiban, Y. (2026). Identifying Cognitive-Affective Mechanisms Underlying Disability in Episodic Migraine: Using the Fear Avoidance Model to Examine Interactions. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, *66*(4), 909-923.

Harris, J. I., Usset, T., Krause, L., Schill, D., Reuer, B., Donahue, R., & Park, C. L. (2018). Spiritual/Religious Distress Is Associated with Pain Catastrophizing and Interference in Veterans with Chronic Pain. *Pain Medicine*, *19*(4), 757-763.

Headache Classification Committee of the International Headache, S. (2018). The International Classification of Headache Disorders, 3rd Edition. *Cephalalgia*, *38*(1), 1-211. https://doi.org/10.1177/0333102417738202

Husøy, A. K., Yu, S., Liu, R., Herekar, A. A., Ahmed, B., Herekar, A. D., Kuate Tegueu, C., Dzudie Tamdja, A., Magnerou, A. M., & Kissani, N. (2026). Over 600 Million People Aged 18–65 Will Have Headache Tomorrow: Global 1-Day Prevalence and Recall Bias from a Meta-Analysis of Individual Participant Data (N = 38,512) from the General Populations of 15 Countries. *The Journal of Headache and Pain*.

Kang, H. (2021). Sample Size Determination and Power Analysis Using the G*Power Software. *Journal of Educational Evaluation for Health Professions*, *18*(0), 17. https://doi.org/10.3352/jeehp.2021.18.17

Kieselbach, K., & Frede, U. (2024). Spirituelle Interventionen in der multimodalen Schmerztherapie. *Der Schmerz*, *38*(5), 304-316. https://doi.org/10.1007/s00482-024-00788-z

Miller, M., Speicher, S., Hardie, K., Brown, R., & Rosa, W. E. (2024). The Role of Spirituality in Pain Experiences Among Adults with Cancer: An Explanatory Sequential Mixed Methods Study. *Supportive Care in Cancer*, *32*(3), 592-597. https://doi.org/10.1007/s00520-024-08378-6

Mohammadi, P., Khodamorovati, M., Vafaee, K., Hemmati, M., Darvishi, N., & Ghasemi, H. (2023). Prevalence of Migraine in Iran: A Systematic Review and Meta-Analysis. *BMC Neurology*, *23*(1), 172. https://doi.org/10.1186/s12883-023-03215-5

Najem, C., Meeus, M., Cagnie, B., Ayoubi, F., Al Achek, M., Van Wilgen, P., Van Oosterwijck, J., & De Meulemeester, K. (2023). The Effect of Praying on Endogenous Pain Modulation and Pain Intensity in Healthy Religious Individuals in Lebanon: A Randomized Controlled Trial. *Journal of religion and health*, *62*(3), 1756-1779.

Rahmati, N., Asghari, M. M., Shairi, M., Paknejad, M., Rahmati, Z., Ghassami, M., Marufi, N., & Naeb, A. H. (2017). A Study of the Psychometric Properties of the Pain Catastrophizing Scale Among Iranian Patients with Chronic Persistent Pain. *25*(1), 63-79.

Saberi, A. (2026). *Developing a Spiritual Therapy Package for Migraine Patients and Evaluating Its Effectiveness on Pain Intensity, Pain Catastrophizing Rate, Distress Tolerance, and Resilience of Sufferers* [Doctoral dissertation, Najafabad Branch, Islamic Azad University].

Salgaonkar, S. V., Shetty, Y., & Singh, V. (2021). Spiritual Knowledge and Practices to Conquer Chronic Pain: A Systematic Review. *Indian Journal of Pain*, *35*(2), 123-134.

Santos, E. R. R. d., Laurentino, I. M. d. S., Leite, A. F. B., Andrade, J. R. d., & Valença, M. M. (2025). Migraine Associated with Psychosocial Factors Such as Catastrophizing, Anxiety and Stress. *Headache Medicine*, *16*(2), 103-107. https://doi.org/10.48208/HeadacheMed.2025.15

Shahmoradi, F. S., Shokrgozar, A. R., Ali, M. M., & Narimani, Z. A. M. (2023). The Effectiveness of Spiritual Therapy in Pain Catastrophizing and Self-Control in Patients with Idiopathic Pain. *Journal of Pizhuhish dar din va salamat*, *9*(3), 117-131. https://doi.org/10.22037/jrrh.v9i3.41626

Shaygan, M., Saranjam, E., Faraghi, A., & Mohebbi, Z. (2022). Migraine Headaches: The Predictive Role of Anger and Emotional Intelligence. *International journal of community based nursing and midwifery*, *10*(1), 74.

Shaygan, M., & Shayegan, L. (2019). Understanding the Relationship Between Spiritual Well-Being and Depression in Chronic Pain Patients: The Mediating Role of Pain Catastrophizing. *Pain Management Nursing*, *20*(4), 358-364.

Tajadini, H., Zangiabadi, N., Divsalar, K., Safizadeh, H., Esmaili, Z., & Rafiei, H. (2017). Effect of Prayer on Intensity of Migraine Headache: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*, *22*(1), 37-40. https://doi.org/10.1177/2156587215627551

Viero, F. T., Rodrigues, P., & Trevisan, G. (2022). Cognitive or Daily Stress Association with Headache and Pain Induction in Migraine and Tension-Type Headache Patients: A Systematic Review. *Expert Review of Neurotherapeutics*, *22*(3), 257-268. https://doi.org/10.1080/14737175.2022.2041414

Wachholtz, A. B., Malone, C. D., & Pargament, K. I. (2017). Effect of Different Meditation Types on Migraine Headache Medication Use. *Behavioral Medicine*, *43*(1), 1-8. https://doi.org/10.1080/08964289.2015.1024601

Wheeler, C. H. B., Williams, A. C. C., & Morley, S. J. (2019). Meta-Analysis of the Psychometric Properties of the Pain Catastrophizing Scale and Associations with Participant Characteristics. *Pain*, *160*(9), 1946-1953. https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001494

Williams, S. A., Sharma, S., Cashin, A. G., Jones, M. D., Chiarotto, A., Hansford, H. J., Venter, M., Wewege, M. A., Ferraro, M. C., Devonshire, J. J., Gustin, S. M., Ostelo, R. W. J. G., & McAuley, J. H. (2025). Test-Retest Reliability and Measurement Error of the Numerical Rating Scale and Visual Analogue Scale in People with Low Back Pain. *The Journal of Pain*, *35*, 105528. https://doi.org/10.1016/j.jpain.2025.105528

Yadav, V., & Menzies, R. E. (2026). Existential Concerns and Fear of Recurrence or Progression in People with Migraine. *Journal of Health Psychology*, 13591053261435786. https://doi.org/10.1177/13591053261435786

Yousefi Afrashteh, M., Abbasi, M., & Abbasi, M. (2023). The Relationship Between Meaning of Life, Perceived Social Support, Spiritual Well-Being and Pain Catastrophizing with Quality of Life in Migraine Patients: The Mediating Role of Pain Self-Efficacy. *BMC psychology*, *11*(1), 17.

Yu, X., & Tan, G. (2024). Role of Psychological Factors in Migraine. *Cureus*, *16*(12), e75858. https://doi.org/10.7759/cureus.75858

Zamir, O., Yarns, B. C., Lagman-Bartolome, A. M., Jobanputra, L., Lawler, V., & Lay, C. (2023). Understanding the Gaps in Headache and Migraine Treatment with Psychological and Behavioral Interventions: A Narrative Review. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, *63*(8), 1031-1039.