

Theoretical Model of Therapeutic Intervention from the Perspective of the Qur'an to Reduce the Pain of People with Migraines

ARTICLE INFO

Article Type

Analytical Review

Authors

Seyedeh Zahra Emadi,¹
Hadi Bahrami Ehesan,²
Fatemeh Fayyaz,³
Ahmadreza Okhovvat⁴

How to cite this article

Hadi Bahrami Ehesan, Phd,
Journal of Quran and
medicine, 2019:4(4): 30-42

ABSTRACT

Today, culture and religion-based therapeutic interventions are used for many psychological disorders that due to their indigenous nature are welcomed by many therapists and have acceptable therapeutic effects. The Holy Qur'an contains valuable doctrine of lifestyle and ways of peace and happiness, and it outlines the ways out of anxiety. The use of the Holy Qur'an in discovering pathways to stress and increasing relaxation can provide the researcher with important insights for developing educational and therapeutic protocols.

The purpose of this research was to investigate the concepts related to pain in the Qur'an and its contributing factors in the first step, and in the next step, to provide some strategies for pain reduction, in light of the exacerbating factors. The research method is qualitative and text analysis has been used to extract the desired concepts and themes that in the culture of the Qur'an, it is called ponderation and has its own literary and expressive methods that are based on Arabic words. According to the method of word ponderation, that specifically used in this research, the corresponding Arabic words from the Qur'an is selected for the concepts in question. In the findings of the research, different types of pain were identified from the perspective of the Qur'an, and by extracting the principles from the Qur'an, an explanatory model for pain relief was proposed. There are three important components of pain reduction, namely, dhikr, patience and well-being, that the design of intervention based on them is very important in reducing pain. According to the findings, it can be concluded that factors such as neglect, fear, stress and maladaptive behaviors can be factors in increasing painful suffering, according to the Qur'an. Thus, In designing protocols, utilizing the components against these factors can reduce migraine and other pain.

Keywords: Pain, Migraine, Text Analysis, Word Ponderation, Qur'an

* Correspondence:

Address:

Phone: 02161117429

Email: hbahrami@ut.ac.ir

Article History

Received: 2019/07/30

Accepted: 2020/03/03

ePublished: 2020/04/13

مدل نظری مداخله درمانی از منظر قرآن جهت کاهش درد افراد مبتلا به میگرن

سیده زهرا عمادی

دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی سلامت؛ گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

هادی بهرامی احسان

استاد تمام، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

فاطمه فیاض

استادیار گروه روان‌شناسی، پژوهشکده زنان، دانشگاه الزهراء (س)، تهران، ایران.

احمدرضا اخوت

کارشناس ارشد علوم گیاهی؛ عضو علمی مدرسه قرآن و اهل بیت (ع).

چکیده

امروزه، مداخلات درمانی مبتنی بر فرهنگ و دین برای بسیاری از اختلالات روانشناختی مورد استفاده قرار می‌گیرند که به دلیل بومی بودن، مورد استقبال بسیاری از درمانجویان قرار گرفته و اثرات درمانی قابل قبولی دارند. قرآن کریم، حاوی آموزه‌های ارزشمندی راجع به سبک زندگی و راه‌های آرامش و سعادت است و مسیرهای برون‌رفت از اضطراب در آن به تفصیل بیان شده است. استفاده از قرآن کریم در کشف مسیرهای استرس‌زدا و آرامش افزا می‌تواند محورهای مهمی برای تدوین پروتکل‌های آموزشی و درمانی به پژوهشگر ارائه دهد. هدف این پژوهش در گام نخست بررسی مفاهیم مرتبط با درد در قرآن و عوامل ایجاد کننده آن و در گام بعدی، ارائه راهکارهایی برای کاهش درد، با توجه به عوامل تشدیدگر درد بوده است. روش پژوهش، کیفی بوده و برای استخراج مفاهیم و مضامین مورد نظر از تحلیل متن بهره برده شده که در فرهنگ قرآن، به آن تدبیر گفته می‌شود و روش‌های ادبی و بیانی خاص خود را دارد که بر کلام عربی استوار است. بر اساس روش تدبیر کلمه‌ای - که در این پژوهش به صورت خاص مورد استفاده قرار گرفته است - برای مفاهیم مورد سوال، واژگان متناظر عربی از قرآن انتخاب می‌شود. در یافته‌های پژوهش، انواع درد از منظر قرآن شناسایی و با استخراج اصولی برگرفته از قرآن، مدلی تبیینی برای رهایی از درد پیشنهاد شد. سه مولفه مهم ذکر، صبر و حُسن عوامل مرتبط با کاهش درد هستند که طراحی مداخله بر اساس آن‌ها در ارتباط با کاهش درد اهمیت فراوانی دارد. بر اساس یافته‌ها می‌توان به این نتیجه رسید که طبق آیات نورانی قرآن، عواملی چون غفلت، خوف، استرس و رفتارهای ناسازگار، می‌توانند عواملی برای افزایش دردهای عذاب‌آور باشند. به این ترتیب، در طراحی پروتکل‌ها، بهره‌گیری از مولفه‌های مقابل این عوامل، می‌تواند سبب کاهش دردهای میگرنی و سایر دردها گردد.

واژگان کلیدی: درد، میگرن، تحلیل متن، تدبیر کلمه‌ای، قرآن

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۵/۸

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۱۲/۱۳

* نویسنده مسئول: hbahrami@ut.ac.ir

مقدمه

سردردهای میگرنی اختلال درد جدی است که ۱۲ درصد افراد سراسر جهان را تحت تأثیر قرار می‌دهد^[۱]. میگرن سردردهای ضربان‌دار دوره‌ای است که با شدت و مدت متفاوت بروز می‌کند. این سردرد اغلب با تهوع و استفراغ و نورگریزی و صداگریزی همراه است^[۲]. شروع سردرد بیشتر در سنین جوانی است و با افزایش سن، شیوع و تکرار آن کاهش می‌یابد^[۳].

بار اقتصادی سالانه میگرن معادل ۱۳ بلیون و ۱۱۳ میلیون دلار روز کاری از دست رفته است^[۴]. بنابراین میگرن بار اقتصادی بالایی بر بیماران، سیستم بهداشتی و اجتماع تحمیل می‌کند^[۵]. توانایی افراد دچار میگرن در تمام جنبه‌های زندگی روزمره مانند اشتغال، کارهای خانه و فعالیت‌های غیر جسمی کاهش می‌یابد^[۶]. همین امر سبب می‌شود تا بهبودی این بیماران با تأخیر و مشکلات بیشتری همراه باشد و در اکثر مواقع به مزمن و طولانی شدن بیماری و کاهش احتمال بهبودی منجر شود^[۷].

یکی از مهم‌ترین فعال‌سازهای میگرن، استرس است. پژوهش‌های پیشین نیز اشاره کرده‌اند مواجهه بیشتر با استرس، شانس سردرد و استفاده از داروهای مسکن را افزایش می‌دهد^[۸،۹]. درمان‌های میگرن اغلب به دو دسته دارویی [دارو درمانی] و غیر دارویی [درمان بدون دارو] طبقه‌بندی می‌شود. بعضی داروها برای متوقف کردن حمله میگرن و بعضی دیگر به صورت روزانه مصرف می‌شود تا فراوانی و مدت میگرن را به صورت پیشگیرانه کاهش دهد^[۱۰]. اثرات جانبی این داروها مانند مصرف بیش از حد دارو، سوءاستفاده و اعتیاد به دارو در روند زندگی روزانه بیمار اثرات ناخوشایندی به همراه دارد^[۱۱]. همچنین رویکرد صرفاً دارویی در گنجاندن عوامل روانی، اجتماعی و شناختی مرتبط با شروع، طول دوره و پیامدهای میگرن که در بیماران مبتلا رایج است، موفق نبوده است^[۱۲].

مطالعات پیشین رویکردهای غیردارویی برای پیشگیری یا تسکین سردردهای میگرنی توصیف کرده‌اند، برخی از بررسی‌ها نشان داده‌اند که مدیریت درد با روش‌های غیردارویی تأثیری برابر یا بهتر از دارو دارد^[۱۳]. اما تحقیقات بسیار کمی بر نقش معنویت به عنوان مداخله‌ای غیردارویی در مقایسه با مصرف داروهای سردرد میگرن صورت گرفته است.

تحقیقات متعددی به تأثیر مثبت جهانی عوامل معنوی چون مراقبه بر سلامت هیجانی و جسمانی اشاره کرده‌اند^[۱۴-۱۶]. از آنجا که استرس مهم‌ترین محرک میگرن است^[۱۷-۲۰]، تأثیر عوامل معنوی بالاخص در کاهش برانگیختگی فیزیولوژیکی و روانشناختی به استرس و درد اثبات شده است^[۱۷،۲۱]. به علاوه مطالعات آزمایشی اثربخشی مداخلات متمرکز بر مراقبه را به عنوان درمان درد سردرد^[۲۲] و دیگر انواع درد مزمن^[۲۳] به اثبات رسانیده است.

مطالعات اخیر نشان داده است که وقتی بیماران به منابع معنوی خویش دست می‌یابند، تحمل درد آرتیتریت در آن‌ها بهبود می‌یابد^[۲۴،۲۵]. واکهولتز، مالون و پارگمنت نیز شرکت کنندگان را در

چهار گروه مراقبه معنوی، مراقبه سکولار درونی، مراقبه سکولار بیرونی و تنش‌زدایی تدریجی عضلانی قرار دادند و ۲۰ دقیقه در طول روز به تکمیل خاطرات روزانه پرداختند^[۲۶]. نتایج نشان داد فراوانی میگرن، اضطراب و عاطفه منفی در گروه مراقبه معنوی به نسبت بقیه گروه‌ها کاهش یافت و میزان استفاده از دارو در گروه مراقبه معنوی به نسبت بقیه گروه‌ها کاهش یافت. مراقبه معنوی بر بالا بردن تحمل درد، خودکارآمدی مرتبط با سردرد، تجارب معنوی روزانه و سلامتی مؤثر است^[۱۷].

با توجه به علاقه عمومی رو به رشد در مذهب و معنویت، تقاضا و ضرورت فرهنگی قوی را برای درمان‌گران ایجاد کرده است تا نسبت به ارزش‌های معنوی آگاه و حساس باشند. تصور بر این است که تطابق رویکردهای روان‌درمانی متفاوت با عقاید معنوی و مذهبی مختلف از لحاظ فرهنگی و انجام اقداماتی در این جهت در جهان مسیر و جهت مثبتی دارد^[۲۷]. همچنین گزارش‌ها نشان

بر اساس گزارش کوئینگ [۶۳] و پیرس و کوئینگ [۶۴] درمان‌های معنوی می‌توانند اثر درمان‌های دیگر را افزایش دهند. در این مورد جوامع مسیحی [۶۵] و مسلمان [۶۶، ۶۷] پژوهش‌های چندی صورت گرفته و اثربخشی درمان‌های توأم با معنویت را نشان داده‌اند. در یک جمع‌بندی به نظر می‌رسد تلفیق و ترکیب رویکردهای درمانی معنوی و مذهبی با روش‌های مختلف روان‌درمانی می‌توان باعث ارتقای اثربخشی این روش‌ها گردد.

از آنجا که جامعه ایرانی جامعه‌ای مذهبی و اسلامی است، طراحی مداخله‌ای وابسته به فرهنگ ایرانی و مسلمان که عمده جمعیت کشور را تشکیل می‌دهد، ممکن است نتایج متفاوت از درمان‌های معنوی در جوامع غربی را در پی داشته باشد. بنابراین فهم عوامل درد و رنج از کتاب این دین یعنی قرآن کریم نقطه آغاز برای فهم ریشه‌های ایجاد و تشدید درد و سپس درمان آن است. با نظر به فقدان مطالعه‌ای در زمینه طراحی مداخله معنوی برای افراد مبتلا به میگرن مقاله حاضر در پی تبیین مدلی بر اساس آموزه‌های قرآنی برای دردهای جسمی مزمن مانند میگرن است.

مواد و روش‌ها

طرح پژوهش از نوع طرح کیفی و تحلیل محتوای آیات قرآن است تا به طراحی پروتکل کاهش درد منتج شود. این فرایند تحلیل با تأکید بر روش تدبیر کلمه‌ای از سری روش‌های تدبیر در قرآن [۶۸] انجام پذیرفته است و در نوع خود از حیث روش بسیار جامع و برگرفته از آیات قرآن است. روش‌های فرعی‌تر تحلیل داده‌ها، انواعی از روش‌های تفکر، تدبیر سوره‌ای، تدبیر قرآن به قرآن، تدبیر ادبی و تدبیر روایی را در برمی‌گیرند که برگرفته از مجموعه ده جلدی کتاب‌های مقدمات تدبیر در قرآن منتشر شده توسط انتشارات قرآن و اهل بیت نبوت (علیهم السلام) وابسته به مدرسه دانشجویی قرآن و عترت (علیهم السلام) است.

برای استخراج ساختار و مؤلفه‌های درد، مراحل زیر طی شد:

۱- همه‌ی آیات قرآن و واژگان آن بررسی شد.
۲- آیاتی که ارتباط واژه‌های درد با عوامل روانشناختی را نشان می‌دهد، برجسته شد.

۳- مؤلفه‌های تشدیدگر درد بر اساس آن آیات مشخص شد.

۴- براساس مؤلفه‌های تشدیدگر درد، واژگان مقابل آن مشخص شده و در قرآن مورد بررسی قرار گرفت و براساس آن مدلی استخراج شد.

۵- فرایند استخراج مؤلفه‌ها، صحت گزاره‌ها و واژگان مقابل، از طریق ۱۰ نفر از اساتید متخصص در زمینه علوم قرآن مورد تأیید قرار گرفت و جرح و تعدیل شد.

یافته‌ها

بر اساس روش تبیین شده، یافته‌ها در ۵ مرحله به دست آمد:

۱- ابتدا ویژگی‌های این بیماری مورد بررسی و ارتباط آن با مسایل روانی مورد توجه قرار گرفت (که در مقدمه به آن پرداخته شد)،

۲- سپس انواع درد در قرآن شناسایی شد و واژه متناسب درد به عنوان «سوء العذاب» انتخاب شد.

۳- مؤلفه‌ها یا عوامل درگیر شدن با سوء العذاب از آیات ابتدایی سوره نمل به دست آمد و در قرآن بسط داده شد. این عوامل، ظلم، سوء، عدم ایمان و امنیت و خوف بودند.

می‌دهند، افرادی که بیماری جسمانی دارند، برای آرامش و شفا یافتن و پیدا کردن معنا در زندگی به مذهب پناه می‌برند [۲۸-۳۰]. مطالعات تجربی متعددی نشان داده‌اند که بین باورها، اعمال و رفتارهای معنوی با افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی ارتباط منفی و معکوس وجود دارد [۳۱، ۳۲].

پلورساز مشهدی و همکاران نیز در پژوهش خود عنوان نمودند که آموزش راهبردهای مقابله‌ای مبتنی بر تعالیم اسلامی، اثری سودمند بر سلامتی و کاهش شدت اختلالات بالینی دارد [۳۳]. علاوه بر این، کجباف و همکاران در پژوهشی دیگر به این نتیجه دست یافتند که درمان مبتنی بر معنویت اسلامی بر کاهش تحمل پریشانی، استرس، اضطراب و افسردگی در زنان مبتلا به سردرد تنشی تأثیر معناداری دارد [۳۴]. از سوی دیگر نتایج پژوهش ریین-تروپ و همکاران، کوربت و همکاران و جیگندو و همکاران نشان دادند که درمان دینی و معنویت گرا بر کاهش درد تأثیر دارد [۳۵-۳۷].

تعدادی از مقالات نظری و تجربی نشان داده‌اند که نیاز شدید برای مذهب و تلفیق مذهب و معنویت با درمان‌های دیگر می‌تواند اثربخشی درمان‌ها را بیشتر کند [۳۸-۴۳]. درمان‌های متعدد تلفیقی توأم با معنویت برای این افراد تدوین شده‌اند. این برنامه شامل مداخله فرامذهبی [ناوابسته به مذهب خاص] گروهی شش هفته-ای برای بیماری سرطان [۴۴]؛ خود طرحواره درمانی معنوی برای درمان اعتیاد، ایدز و رفتارهای پرخطر [۴۵]؛ معنویت درمانی مبتنی بر مقابله‌های مذهبی برای افراد مبتلا به ایدز [۴۶، ۴۷]؛ سوء استفاده جنسی [۴۸] و مداخله گروهی ۱۰ هفته‌ای خداپرستانه برای افراد دارای اختلالات خوردن [۴۹] هستند به کار گرفته شده است.

افزون بر این پژوهش‌های متعددی نقش دین و معنویت را در کیفیت زندگی، افسردگی، اضطراب و استرس نشان داده‌اند [۵۰-۵۴]. همچنین معنویت با افزایش مهارت‌های سازگاری و کیفیت زندگی در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن که مشکلات روانشناختی و جسمانی استرس‌زایی تجربه می‌کنند ارتباط دارد [۵۵، ۵۶].

وارتینگتون و همکاران با انجام فراتحلیلی از ۴۶ مداخله معنویت محور به این نتیجه رسیدند که درمان‌های معنوی با افراد مذهبی و معنوی خیلی بیشتر از درمان‌های مبتنی بر روان‌درمانگری مؤثر بودند [۵۷]. زمانی که این درمان‌ها با درمان‌های غیرمعنوی مورد مقایسه قرار گرفتند، نشان دادند که درمان‌های معنوی دو برابر دیگر درمان‌ها اثربخش بودند. علاوه بر این ۷۷ تا ۸۳ درصد از بیماران بالای ۵۵ سال سن ترجیح می‌دادند که برای درمان بیماری آن‌ها از روان‌درمانی مبتنی بر معنویت استفاده شود [۵۸].

اگر چه درمان شناختی-رفتاری کارایی خود را ثابت کرده است، اما جمعیت بالایی از شرکت‌کنندگان کاهش در علائم بالینی را تجربه نکردند [۵۹]. برای مثال درمان شناختی رفتاری ده هفته‌ای آزمایشی بین تغییرات در فراوانی سردرد بین گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل تفاوتی مشاهده نکردند [۶۰]. در پژوهشی پوکرت و همکاران نشان دادند که درمان ترکیبی شناختی-رفتاری با معنویت و مذهب باعث بهبود مهارت‌های مقابله‌ای می‌شود [۶۱]. باررا و همکاران نشان دادند که درمان ترکیبی شناختی-رفتاری با تأکید بر مذهب و معنویت، در کاهش علائم اضطراب مانند نگرانی اثربخش است که نتایج این پژوهش نشان دهنده تداوم بهبودی ناشی از درمان در مدت ۶ ماه پیگیری بود [۶۲]. از دیدگاه پژوهشگران رویکرد شناختی-رفتاری مبتنی بر مذهب و معنویت، اثربخش‌تر از سایر فنون است.

جسمانی آن شود و نباید از نظر دور داشت که این درد حتی می‌تواند زمینه شکوفایی و رشد باشد.

این ۴ دسته را می‌توان در دو دسته کلی درد و آسیب جسمانی مرتبط و غیر مرتبط با مسایل روانشناختی نیز دسته‌بندی نمود. هدف از این مطالعه، کشف عوامل روانشناختی مؤثر در کنترل درد میگرن است و بنابراین بر دسته آخر تمرکز دارد.

مؤلفه‌های شناختی، رفتاری و هیجانی تأثیرگذار در تجربه درد

شناسایی مؤلفه‌های مهم تأثیرگذار در درد و ناراحتی، مقدمه تدوین پروتکل کاهش درد خواهد بود. یکی از دسته آباتی که به خوبی نشان‌دهنده ارتباط تنگاتنگ بعد شناخت و رفتار با جسم و تجربه درد است، آیات ابتدایی سوره مبارکه نمل است. در ابتدا، قرآن کریم هدایت و بشارت برای مؤمنین معرفی شده و سپس ویژگی‌های مؤمنین و در مقابل افراد فاقد ایمان توصیف شده است. این دسته‌بندی کلی در ابتدای سوره، شاقولی برای دسته‌بندی افراد و مصادیق مختلف در ادامه آیات است و از این جهت اهمیت زیادی دارد. در آیه ۳، ویژگی مؤمنین یعنی کسانی که به خدا و رسولش ایمان آورده‌اند و امنیت و آرامش در دل آن‌ها تثبیت شده است، توصیف می‌شود.

اقامه نماز، ایتاء زکات و یقین به آخرت سه ویژگی مهم مؤمنین است (آیه ۳). ایمان یکپارچگی در احساسات، عواطف، افکار نسبت به خود و جهان هستی است که با محوریت این تفکر سازماندهی می‌شود که عالم مرجعی دارد که از او سرچشمه گرفته و به او ختم می‌شود. این احساس، اعتقاد و رویکرد در کلیت خود ایمان است. ایمان مؤلفه هیجانی تأثیرگذار بر تجربه درد است یعنی هنگامی که انسان با اتکاء به یک منبع پایدار احساس امنیت کامل می‌کند، وقوع درد یا آسیب‌های جسمی با درجات کمتری ادراک می‌گردد و قابل تحمل‌تر خواهد بود. در مقابل افرادی که فاقد ایمان پایدار به منبع قابل اتکاء الهی هستند، اعمال و رفتارشان برایشان خوب و درست جلوه داده می‌شود (زینت اعمال) و دارای سرگشتگی (عمه) توصیف می‌شوند به این معنا که درک نادرست از واقعیت دارند (آیه ۴)؛ این گونه افراد درگیر سوءالعذاب خواهند بود (آیه ۵).

سوءالعذاب در این جا درد و رنجی است که در دنیا در نتیجه اعمال و رفتار فرد ایجاد می‌شود. استرس، ادراک‌های نادرست و رفتارهای منفی، این درد را تشدید می‌کند. در این آیه سوءالعذاب، در ترجمه به معنای عذاب سخت و دردناک (در دنیا) می‌باشد. سوء در لغت در مقابل حسن و چیزی است که در ذات خود نازیباست. این نازیبایی و بدی، می‌تواند در عمل، حکم، موضوع، امر قلبی یا معنوی را شامل شود. عذاب نیز در لغت به معنای تداوم وضعیت ناخوشایند، مکروه و عقوبتی است که حال انسان خطاکار آن را اقتضا می‌کند و با حالت درونی کدر (تیره) او سازگار است. به این ترتیب نوعی از انواع درد و ناخوشی با رفتارها و شناخت‌های فاصله گرفته از حق مرتبط است. سوء عذاب را به تعبیری می‌توان اینگونه تعریف نمود: به هر نسبتی از نظام یکپارچه روبرگرداند و مرجعیت تفکر و رفتار خود را نظام حاکم بر خلقت قرار ندهد، وضعیت روانی‌اش دچار هرج و مرج خواهد شد، این هرج و مرج با پیامدهایی منفی که فرد را از تعادل خارج می‌کنند، مشخص می‌شود و این خروج از تعادل در حس‌های بدنی، هیجانات و افکار فرد قابل ردیابی خواهد بود.

۴- عوامل مقابل درد، با توجه به مؤلفه‌های به دست آمده مشخص شده و در آیات دیگر قرآن بررسی شدند. این عوامل شامل حُسن، ذکر و صبر بودند. رفتارهای محسنانه، برخلاف رفتارهای ظالمانه‌اند. ذکر خدا موجب افزایش ایمان و رفع خوف است. صبر، نیز راهکاری در مقابل خوف و بی‌تابی و استرس-پذیری است.

۵- مفاهیم درمانی ذکر، صبر و حسن با استفاده از آیات قرآن و برخی منابع موجود، بسط داده شدند. این نتایج به تفصیل در ادامه آمده است.

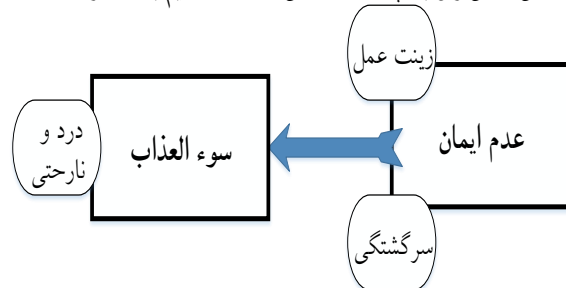
انواع درد و جایگاه میگرن به عنوان یک اختلال روان‌تنی در قرآن

۱- تجربه درد می‌تواند شامل طیف وسیعی از مشکلات روان‌تنی و درد و آسیب جسمانی ناشی از ابتلاء: این قسمت می‌تواند شامل انواع بیماری باشد؛ برای مثال خداوند حضرت ایوب را با بیماری امتحان کرد (انبیاء/۸۳). هم‌چنین خداوند انسان‌ها را با گرفتاری-هایی مانند احساس ناامنی، گرسنگی، بیماری و غیره می‌آزماید (بقره/۱۵۵).

۲- درد و آسیب جسمانی ناشی از طول زمان: این بخش نواقص، آسیب‌ها و بیماری‌هایی را شامل می‌شود که ناشی از پیری و تحلیل رفتن قوای جسمانی است (یس/۶۸). می‌توان بسیاری از مشکلات و دردهای جسمانی را حتی اگر در سنین جوانی و کودکی باشند، مدلی از پیری و ازکارافتادگی اندام‌ها توصیف کرد.

۳- درد و آسیب جسمانی تلفیقی از ابتلاء و طول زمان: ابتلائی که حضرت یعقوب در نابینا شدن دچار آن شد یکی از موارد مورد بررسی این قسمت است و بسط آن را در سوره یوسف می‌توان مشاهده نمود.

۴- درد و آسیب جسمانی ناشی از مسایل روانشناختی: این نوع درد و رنج که در آیات متعددی از قرآن می‌توان آن را ردگیری نمود، نشان‌دهنده ارتباط تنگاتنگ بین الگوهای شناخت و سبک‌های زندگی و تجربه درد است. در این دسته، درد نتیجه شناخت‌ها و تفکرات نادرست فرد است که منجر به درد و تشدید آن می‌شود. فیزیولوژیکی باشد. طبق آیات قرآن کریم، انواع مختلف درد و آسیب جسمانی را می‌توان به چهار دسته کلی متفاوت تقسیم بندی نمود:



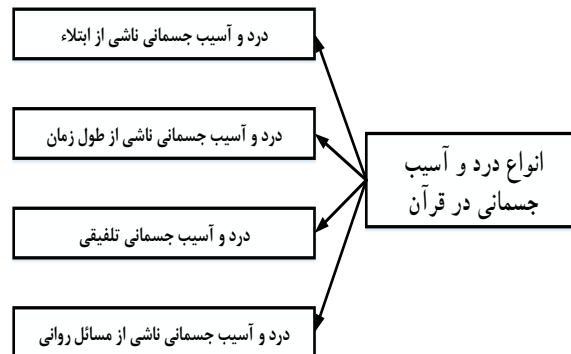
شکل (۱-۱) انواع درد در قرآن

با توجه به ملاک‌های تعریفی میگرن، باید گفت که میگرن تلفیقی از انواع تجربه درد است که در جای خود می‌تواند ناشی از آسیب و فرسودگی جسمانی بوده یا نوعی از ابتلاء باشد و زمینه رشد و قرب بیشتر فرد را فراهم سازد. هم‌چنین درد میگرن می‌تواند به واسطه مسایل روانشناختی تشدید شود. به این ترتیب توجه به مسایل روانشناختی نباید منجر به غفلت از درمان

شده‌اند. ظلم مؤلفه رفتاری درد است و به معنای ضایع کردن حق و عدم ادای چیزی است که حق است، که می‌تواند در مورد نفس خودش باشد یا حقوق خدا باشد، و یا نسبت به موجودات دارای عقل باشد یا حتی غیر آن‌ها باشد؛ در حقوق مادی باشد یا معنوی [۶۹]. علو، رفعت به طور مطلق است، بدون در نظر گرفتن اینکه پیش از آن پایین بوده یا نبوده و در مقابل سفلی (پستی) است. علو می‌تواند در امور مادی یا معنوی باشد [۶۹]. جحد و انکار قوم فرعون، که نشانه بی‌ایمانی آن‌هاست، به دلیل زیر پا گذاشتن حقوق و برتری‌جویی بوده است.

در اینجا حالتی رخ می‌نماید که در آن فرد با وجود اینکه از حقیقت آگاه و بر آن گواه است، با تبعیت از منافع شخصی و روندهای فرهنگی نادرست برخلاف حقیقتی که درمی‌یابد رفتار می‌کند، به بیان دیگر از حق رویگردان می‌شود و زندگی خود را بر باطل بنیان می‌نهد. در این حالت به تعبیر قرآن فرد یا دچار ظلم است یا دچار علو و خودبرتربینی. ظلم و علو و خودبرتربینی می‌توانند به یکدیگر بازگشت داده شوند. به این معنی که وقتی افکار، هیجانات و رفتارهای فرد در جای خویش قرار نگیرند و از مرزهای اصلی که خدا برای آن‌ها قرار داده است درگذرند، فرد دچار ظلم می‌شود. علو نیز نوعی خروج از حد و مرز است، به این معنا که جایگاهی که خداوند در منظومه هستی برای انسان تعیین کرده است، جایگاه بندگی است (ذاریات/ ۵۶). همانطور که قدر خداوند وقتی دانسته می‌شود که در جایگاه پرستش قرار گیرد (زمر/ ۶۷). علو فراتر رفتن از این جایگاه و زیر پا گذاشتن حد و مرزی است که مانند همه مخلوقات در ذات انسان نیز قرار داده شده است (آل عمران/ ۸۳). مهمترین چهره‌ای که در قرآن مبتلا به بیماری علو معرفی شده است. فرعون خود را پروردگار صاحب عذاب کرد و مایه عبرت انسان‌ها قرار داد. با توجه به معنای واژگان می‌توان چرخه زیر را در مورد تبیین ویژگی‌های قوم فاقد ایمان ترسیم نمود.

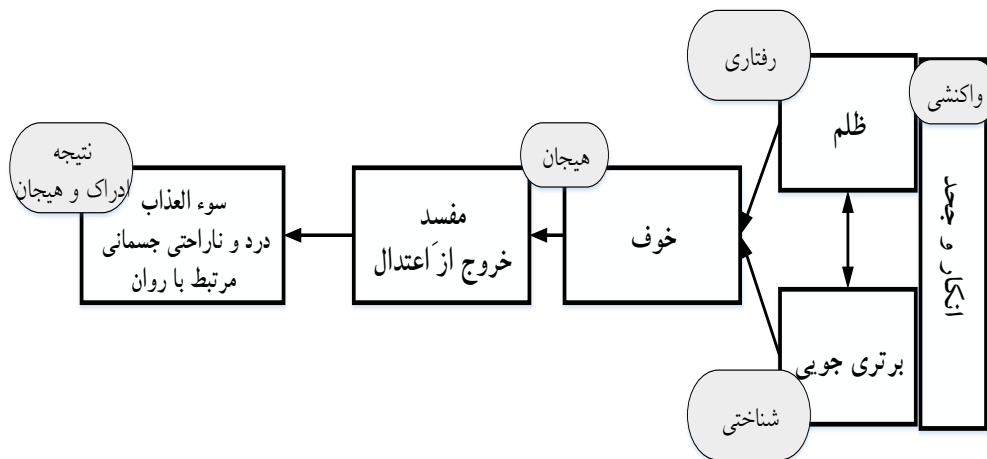
میگرن به عنوان واکنش روان‌تنی، تظاهراتی از نوعی پاسخ زیستی است که از یک ناهماهنگی درونی سرچشمه می‌گیرد و به صورت درد خود را نشان می‌دهد.



شکل (۲-۱) مکانیزم ایجاد سوءالعذاب بر اساس آیات ابتدایی سوره نمل

در ادامه آیات، مصادیق مؤمنین و افراد فاقد ایمان به خوبی بسط داده شده و معرفی می‌شود. در آیه ۱۰، خداوند به رسول خود، موسی علیه‌السلام امر می‌کند که از تبدیل عصا به اژدها شدن نترسد و اینگونه علت امر خود را بیان می‌کند که همانا رسولان در حضور من، نمی‌ترسند (آیه ۱۰). در اینجا واژه خوف به معنای عدم احساس امنیت و انتظار ضرر و احتمال وقوع آن است [۶۹]. خوف در آیات متعددی از قرآن آمده است و با اضطراب، ترس و استرس نزدیکی معنایی دارد. در آیه بعد افراد مؤمنی که بعد از ظلم توبه می‌کنند و پس از انجام عمل ناشایست، رفتار زیبا و دارای حُسن انجام می‌دهند، فاقد خوف، ترس و اضطراب معرفی می‌کند (آیه ۱۱).

در ادامه، در آیه ۱۴ دلیل جحد (به معنای عدم توافق و انکار) افراد با وجودی که به درستی آن یقین دارند، ظلم و علو دانسته و عاقبت آن را فساد می‌دانند. این قوم توصیف شده، قومی فاسق معرفی



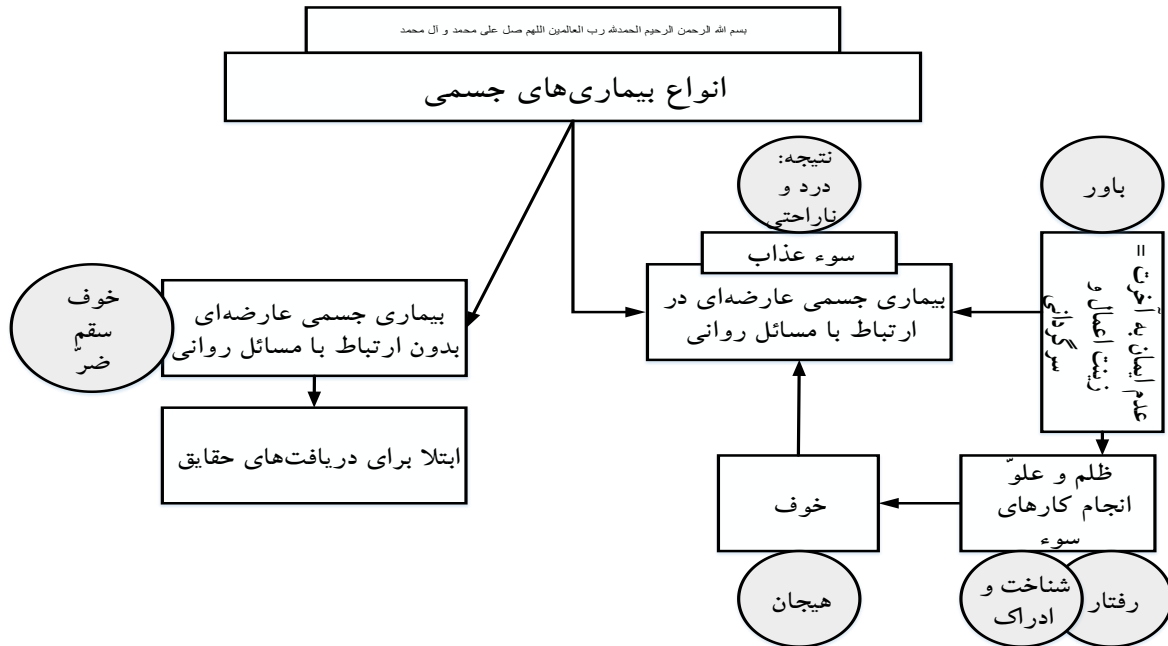
شکل (۳-۱) تبیین ویژگی‌های قوم فاقد ایمان با توجه به مؤلفه‌های روان‌شناختی

به کار رفته است و وضعیتی ثبوتی را می‌رساند. فساد از ریشه فسد، آن چیزی است که در مقابل صلاح است و فساد به واسطه پدید آمدن اختلال در نظم و اعتدال چیزی حاصل می‌شود [۶۹]. فساد

اضطراب، استرس و ترس حاصل از ظلم و علو نتیجه این نوع بی‌ایمانی است. این سبک از زندگی در این قوم، آن‌ها را تبدیل به قوم مفسد کرده است. فساد در این آیه در قالب صفت برای این قوم

شکل زیر مؤلفه‌های شناختی، باوری، رفتاری و هیجانی مرتبط با تشدید درد در بیماری‌های روان‌تنی مانند میگرن را نشان می‌دهد.

وصف عملکردی است که ساختارها و هنجارهای فرهنگی مورد قبول در جامعه را در هم می‌شکند و از آن‌ها تخطی می‌کند.



شکل (۱-۴) مؤلفه‌های تشدید درد در بیماران روان‌تنی

مؤلفه‌های شناختی، رفتاری و هیجانی کاهش درد

در قرآن کریم طبق آیات ابتدایی سوره نمل، خوف به معنای احساس ناامنی و ادراک تهدید و پیش بینی ضرر احتمالی [۶۹] با تجربه درد و ناراحتی مرتبط است. براساس آیات ابتدایی سوره نمل، خوف با ضعف ایمان، ظلم و علو ارتباط تنگاتنگی دارد. این چرخه نه فقط مربوط به تجربه هیجان بلکه شامل رفتار و باورها نیز می‌شود.

رفتارهای ناشی از خودبرتربینی و رفتارهایی که منجر به تضییع حقوق دیگران می‌شود، منجر به تجربه خوف و اضطراب شده و در فرد درد و ناراحتی ایجاد می‌کند. به میزانی که فرد به دنبال مسایل مرتبط با علو و خودبرتربینی است، با رفتارهایش حقوق خود، خدا، دیگران یا موجودات دیگر را زیر پا می‌گذارد.

ظلم و ضایع کردن حق، منجر به واکنش‌های بیرونی از جانب دیگران یا پیامدهای طبیعی منفی عمل خواهد شد. علو نیز در این جا که مربوط به امور مادی است، به دلیل پوشالی بودن آن، منبع واقعی برای ادراک ارزشمندی و برتری نیست. بنابراین فردی با چنین ویژگی‌هایی هر لحظه امکان تهدید شدن دارد و نگرانی دائمی برای فرد تولید می‌کند. این نوع از علوخواهی، هر لحظه در معرض زوال و نابودی نیز هست. انکار و انواع متفاوت آن می‌تواند در عرصه‌های مختلف زندگی فرد اتفاق افتد و فرد را دچار عدم تعادل و نگرانی نماید.

به میزانی که افراد از آنچه حق و حقیقت است فاصله می‌گیرند، از منبع رحمت، آرامش و امنیت فاصله گرفته‌اند و طبیعتاً اضطراب و خوف نتیجه طبیعی این وضعیت خواهد بود.

- ایمان موجب امنیت و آرامش است (رعد/۲۸).
- به میزانی که انسان از ایمان به خالق خود فاصله بگیرد، از آرامش، احساس امنیت فاصله گرفته است و به همان میزان دچار خوف و اضطراب خواهد شد (نمل/۵ و ۴).

- برخی رفتارها و شناخت‌ها مانند ظلم و علو که نشانه عدم ایمان است، موجب اضطراب شدید و در نهایت افزایش درد و ناراحتی جسمانی خواهند شد (نمل/۱۳ و ۱۴).
- حُسن (خوبی و نیکویی) حتی بعد از ظلم و سوء، موجب عدم اضطراب و ترس است (نمل/۱۱-۷).
- حسن جلوه‌ای از بروز ایمان است.
- رفتارها و مقابله‌های متأثر از ایمان به خدا، با ظلم و علو سازگاری ندارد و موجب افزایش آرامش و کاهش اضطراب و تنش و در نتیجه کاهش درد و ناراحتی جسمانی خواهد بود.
- در آیات قرآن کریم دو راهکار مقابله‌ای دیگر برای اهل ایمان، ذکر و صبر معرفی شده است. این دو راهکار در مواجهه انسان با ناملازمات زندگی، استرسورها و رویدادهای ناگوار و فشارزا فعال می‌شوند (بقره/۱۵۶-۱۵۳). این راهکارها به دلیل هماهنگی با ایمان و تقابل با ظلم و علو، موجب افزایش آرامش، کاهش استرس و کاهش درد و ناراحتی جسمانی خواهند شد.
- در آیه ۱۵۵ سوره بقره واژه ابتلاء و آزمودن در ریشه بلو و به معنای ایجاد تحول، دگرگونی و تغییر برای به دست آوردن نتیجه مورد نظر، آمده است [۶۹] که افراد با ایمان در مواجهه با فشارهای مربوط به ناامنی، مسایل زندگی و اقتصادی، مالی و .. که موجب تحول در آن‌ها می‌شود، باید صبر پیشه کنند. در آیه ۳۵ سوره مبارکه حج، نیز واژه اصابت با ریشه صوب به معنای جریان چیزی بر وفق طبیعت و حق (که می‌تواند مثبت یا منفی در امور مادی یا معنوی باشد)، آمده است و مؤمنین آن‌هایی معرفی شده‌اند که هنگامی که خدا یاد می‌شود، دل‌هایشان دگرگون می‌شود و در سختی‌ها و اصابت‌های زندگی صبر پیشه می‌کنند و نماز به پا می‌دارند و از آن چه دارند انفاق می‌کنند. آنچه وجه مشترک این دو آیه است یکی ویژگی‌های ایمان است که فرد را به آرامش و طمأنینه می‌رساند و دیگری مقابله و مواجهه با شرایط اضطراب،

آن‌هاست و تکالیفی که از این ارزش‌ها برمی‌خیزد بپردازد و خود را در نسبت با اوامر و نواهی الهی بازیابی کند. در این صورت با تغییر مختصات وجودی «خود»، مقدرات الهی تعیین شده برای خود را تغییر می‌دهد (إِنَّ اللَّهَ لَا يُغَيِّرُ مَا بِقَوْمٍ حَتَّى يُغَيِّرُوا مَا بِأَنْفُسِهِمْ). هر چه تلاش فرد برای این تغییر سریع‌تر و فعال‌تر باشد امکان رفع رنج و درد (عذاب) بیشتر می‌شود. لااقل تبعات پس از درد که خود تشدیدکننده درد است و به نحوه پاسخ فرد به درد باز می‌گردد، از فرد برداشته می‌شود و چرایی‌های دردناک (چرا من؟) بعد و حین درد کاهش می‌یابد.

اصل هفتم: وقتی وضعیت فرد در حالت اصل اول یعنی ابتلاء باشد، دو عامل صبر و ذکر تسکین‌دهنده و آرام‌بخش او خواهند بود. به بیان دیگر هنگامی که فرد از طرف خداوند در حال تجربه فقدان است و خود را در حال درد می‌یابد، پذیرش این درد به این خاطر که این درد «از جانب خداست» باعث طمأنینه و رضایت او خواهد بود. در این صورت ارتقای بینش نسبت به وضعیت دنیا و ناپایداری آن، زودگذر بودن آن و نتایج استقامت در وظایف، در حالت‌های سخت که همیشه توأم با یادآوری (ذکر) و هوشیاری است موجب بهبود درد و یا بهره‌مندی مناسب از آن و بالا رفتن حس رضایت و اطمینان در فرد می‌شود. طبیعی است کاهش استرس در این زمینه منجر به جلوگیری از اثرات استرس‌زای درد شود.

با این توصیف، اصول بنیادین درمان میگردن با بهره‌گیری و تکیه بر آیات الهی ناظر به این جمع‌بندی است که فرد اجتناب‌ناپذیر بودن برخی رویدادهای دردناک دنیایی را دریابد؛ در مواجهه با آن‌ها فرار نکند یا به تقابل با آن‌ها برنخیزد؛ عواملی که باعث عدم تعادل در افکار، احساسات و عواطف می‌شود را مدنظر قرار دهد، راهبرد صبر را در مواجهه با این رویدادها تمرین و اجرا کند؛ در صورتی که هنوز زمینه تحقق صبر وجود ندارد با درک رابطه با خدای تعالی و تمرین عبودیتی، صبر را در خود احیا کند؛ اگر هم در فرایند رابطه با خدا یا اعمال عبادی دچار مسأله است، موضوع معنای زندگی و نسبت خویش با خدای تعالی را بازتعریف کند؛ با ورود به چرخه صبر و ذکر به عنوان یک فرایند مستمر شناختی، آمادگی لازم برای مواجهه با رویدادهای ناخوشایند دردناک از جمله میگردن را کسب کند. به عبارت دیگر درمان میگردن از این منظر یک درمان شناختی-رفتاری است که چارچوب آن درک رابطه با خدا، مواجهه با رویدادهای ناخوشایند، تمرین صبر و رعایت ذکر است.

بحث

پژوهش حاضر در پی تبیین مدلی بر اساس آموزه‌های قرآنی برای کاهش دردهای جسمی مزمن مانند میگردن بر اساس روش کیفی انجام پذیرفت. هدف اصلی این پژوهش، استخراج اصول و فرایند کاهش درد از منابع دینی چون قرآن بود. در حال حاضر علاقه روزافزون به استفاده از روش‌های درمانگری براساس دین و معنویت درمانی به دلیل افزایش اثربخشی درمان است [۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۴].

باورهای معنوی و مذهبی افراد بر ادراک از درد و تحمل درد مؤثر است چرا که حالات روانشناختی تعدیل‌گر تجربه درد است. نتایج به‌دست آمده این پژوهش به طور ضمنی تا اندازه‌ای با نتایج مطالعات مشهدی، آقایی، محمدخانی و مهدوی مبنی بر تأثیر آموزش راهبردهای مقابله با استرس اسلامی بر شاخص‌های درد هماهنگ است [۳۳]. تحقیق ریدر و همکاران در مورد راهبردهای

تهدیدکننده و فشارزاست که با دو واژه ابتلاء و اصابت مصیبت آمده است. راهکار مقابله‌ای در آیات ابتدایی سوره نمل که خلاف خوف و نگرانی بود، و در آیه ۱۱ به آن اشاره شده است، انجام حُسن بود و در این دو آیه مذکور صبر و ذکر معرفی شده است. بنابراین استفاده از این سه راهکار می‌تواند نه تنها استرس بیماران میگرنی را کاهش دهد بلکه موجب کاهش درد آن‌ها نیز گردد. ارتباط مؤلفه‌های درد و کاهش درد مبتنی بر آیات قرآن را با توجه به گزاره‌های زیر بهتر می‌توان تبیین نمود:

اصل اول: در زندگی، ابتلاء و درد اجتناب‌ناپذیر است؛ خداوند نیز در آیات متعدد، بطور صریح به این مهم اشاره نموده است (بلد۴- انشقاق۶- العنکبوت/۲- الانسان/۲- ملک/۲) واقعت فقدان در بطن زندگی انسان و در تمام روابطی که با خود و دیگران برقرار می‌کند، تنیده شده است. بدین گونه، تمام آنچه که طلب می‌شود، یا ممکن است بدست آورده نشود یا تحت شرایط موقت یا دائم از دست داده شود. دست یافتن یا بقا همه آنچه که خواسته می‌شود، منافی ماهیت محدود زندگی است. سلامتی نیز یکی از مواردی است که احتمال دارد از فرد سلب شود. شیوه رویارویی با دردهای اجتناب‌ناپذیر زندگی است که میزان بهزیستی و رضایت فرد را تعیین می‌کند و نه خود آن دردها. در مواردی که درد غیر قابل درمان است، پذیرش واقعت فعلی زندگی و یافتن معنایی برای آن مسیر اصلی دست‌یابی به بهزیستی است. بدین ترتیب، پاسخ‌های فرد از معنا و ارزش‌هایی تبعیت خواهد کرد که برای زندگی خود انتخاب کرده است.

اصل دوم: اگر فرد در مواجهه با درد اجتناب‌ناپذیر زندگی خود برای فرار از آن تقلا کند یا به طور غیرمؤثری با این واقعت بستیزد فرد در وضعیتی قرار می‌گیرد که در آن درد نه تنها کاهش نمی‌یابد بلکه به صورت چرخه‌ای و خودافزا فرد را درگیر می‌کند. دلیل این امر آن است که گریز و ستیز خود باعث درد بیشتر می‌شود و این درد بیشتر گاهی در ادبیات روانشناختی رنج خوانده شده است. به بیان دیگر هر گونه اجتناب از تجربه درد، درد را مضاعف می‌سازد و به این درد مضاعف، رنج گفته می‌شود.

اصل سوم: در قرآن به این نکته اشاره شده است که افراد بعد از آنکه ایمان خود را از دست دادند، به دلیل عدم تکیه بر قدرت لایزال الهی، درک نادرستی از واقعت پیدا می‌کنند و چه بسا دچار ظلم و علو شوند به این معنا که از مرزهایی که خالق هستی برای آن‌ها تعیین کرده است خارج می‌شوند و دچار عدم تعادل در افکار، احساسات و عواطفشان می‌شوند.

اصل چهارم: در قرآن در هنگام مواجهه با رویدادهای ناگوار اجتناب‌ناپذیر زندگی توصیه به صبر شده است. صبر راهبردی است که فرد با به کارگیری آن به نحوی فعال با مشکل خود رویارو می‌شود، بخش‌هایی از آن را که می‌تواند تغییر می‌دهد و بخش‌هایی که از تغییر آن‌ها ناتوان است می‌پذیرد.

اصل پنجم: عدم امکان صبر کردن احتمالاً به این دلیل است که فرد آمادگی لازم برای اجرای صبر را پیدا نکرده است. آمادگی برای صبر با عمل به تکالیفی که بر عهده فرد است محقق می‌شود. عمل به این تکالیف همان بندگی و عبودیت خداوند است. بنابراین پس از بازگشت به انجام تکالیف، صبر کردن امکان‌پذیر خواهد شد.

اصل ششم: در حالتی که تعهد خود را به تکالیف عبادی از دست داده است، فرد لازم است منطقه آسیب درونی (گناه-وظیفه-شناسی) را بشناسد و شرایط را معکوس نماید به این معنا که به اکتشاف ارزش‌های اصیل زندگی که عبودیت معنا و مفهوم همه

بازسازی، توانبخشی و شفابخشی بالایی در بیماری‌های روانشناختی و جسمانی دارند^[۸۵].

پذیرش درد که به نوعی با مفهوم صبر ارتباط برقرار می‌کند یک مفهوم درمانی است که تاریخچه طولانی دارد و استفاده از راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه را پیش‌بینی می‌کند. پذیرش به نوعی معنادمی دوباره ای به این بیماری مزمن است. پذیرش بیماری باعث بهزیستی روانشناختی در درد مزمن است. در ادبیات روانشناختی، پذیرش درد مزمن معادل دانستن آن است که شاید درمان درد مزمن غیرممکن باشد؛ بنابراین تمرکز فرد باید بر ارزش‌های فرد و قسمت‌های دیگر زندگی به جز درد باشد و در برابر اینکه درد نشانه‌ای از ضعف شخصی فرد است، مقاوم باشد^[۸۶].

مفهوم روانشناختی صبر با تاب‌آوری مرتبط است. مندل، مولت، بروان و کلاپتر تاب‌آوری را انعطاف‌پذیری مؤثر در برابر حوادث زندگی می‌دانند و معتقدند که تاب‌آوری توانایی سازگاری مناسب در هنگام رویارویی با شرایط استرس‌زا و خطرناک یا تهدیدهای مهم است^[۸۷]. تاب‌آوری توانایی سازگاری با درد را افزایش می‌دهد^[۸۸]. تاب‌آوری بالاتر با پذیرش درد و سازگاری با آن مرتبط است^[۸۹]. البته تاب‌آوری و صبر تنها پایداری در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدیدکننده نیست و حالتی انفعالی را در پی ندارد، بلکه شرکت فعال و سازنده در محیط پیرامون خود است^[۹۰]. به بیان دیگر تاب‌آوری برقراری تعادل زیستی-روانی در شرایط تهدیدکننده است^[۹۱].

آگاهی لحظه به لحظه از تجارب، احساس زنده تر و مؤثرتری از زندگی فراهم می‌کند و همچنان که تجارب فعال‌تر و روشن‌تر می‌شوند، ادراک‌هایی صحیح‌تر و عمل مؤثرتری در جهان فراهم می‌شود که منجر به حس کنترل بیشتر در فرد می‌شود^[۹۲]. بر طبق یافته‌های این تحقیق ذکر و پیوند لحظه لحظه امور با خدا و رضایتمندی از صرف بودن در مسیر تا تنها اندیشیدن به مقصد و نتیجه می‌تواند حسن و بهبود عملکرد و کنترل شایسته در امور را به همراه داشته باشد و در نتیجه کاهش دردهای میگرنی را در پی داشته باشد.

در قرآن کریم نیز به آیه «الَّذِينَ آمَنُوا وَتَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُمْ بِذِكْرِ اللَّهِ أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ» اشاره شده است. در ذیل این آیه در تفسیر المیزان اشاره شده است که ذکر به یاد آوردن ثواب‌ها و نعمت‌های خداست که به‌شمار نمی‌آید، آدمی وقتی به یاد نعمت‌های او می‌افتد دلش آرام می‌گیرد. از ظاهر الفاظ آیه انحصار فهمیده می‌شود، چون متعلق فعل یعنی (بذکر الله) بر خود فعل یعنی (تطمئن) مقدم آمده، در نتیجه می‌فهماند که دل‌ها جز به یاد خدا به چیز دیگری اطمینان نمی‌یابد^[۹۳].

حسن یکی از مواردی است که در یافته‌های این تحقیق به آن اشاره شده است. رفتارهای ناسازگارانه مثل پرخاشگری، خصومت، تنش‌های بین‌فردی از مصداق‌های رفتار محسوسانه محسوب نمی‌شود. اما کسی که رفتار شایسته و نیکو دارد در رفتارهای بین‌فردی و اجتماعی به خوبی خود را کنترل می‌کند و با دیگران ارتباط خوبی برقرار می‌کند، در نتیجه باعث خودتنظیمی^[۹۴] می‌شود و حمایت اجتماعی خوبی از جانب دیگران دریافت می‌کند که خود باعث مقابله سازگارانه و کاهش درد می‌شود^[۹۵].

در یک جمع‌بندی کلی می‌توان نتیجه گرفت که بیماران مبتلا به درد مزمن و میگرن به دلیل وضعیت دشوار و ناکام‌کننده بیماری خود، درد و استرس مرتبط با درد را تجربه می‌کنند. به علاوه

مقابله مذهبی با نشانه‌شناسی درد نتایج مشابهی در برداشت^[۷۲]. پژوهش جگیندو و همکاران مبنی بر تأثیر انتظارات دینی و مذهبی بر کاهش شدت درد^[۳۷]، مطالعه ریپن‌تروپ و همکاران در مورد رابطه منفی بین دینداری با تجربه شدت درد^[۳۵] و مطالعه هست و ویلیامز مبنی بر تأثیر درمان‌های غیردارویی و به ویژه آموزش و درمان مذهبی و معنوی بر شدت درد با پژوهش انجام شده همسو است^[۷۳]. تحقیقات پیشین نیز نشان داده که شیوه‌های معنوی می‌تواند تجربه درد ذهنی را تعدیل کند و تحمل درد القا شده در آزمایشگاه را افزایش دهد^[۱۷، ۲۱، ۷۴].

مذهب یا معنویت در کاهش عواطف منفی، کم شدن استرس، افزایش آرامش و کاهش ناتوانی تأثیر دارد؛ در نتیجه می‌تواند در تجربه درد مؤثر باشد. این یافته با دیگر تحقیقات سازگار است^[۷۷-۷۴]. در پژوهش کیفی که بر عوامل مؤثر بر تجربه درد در زنان مبتلا به میگرن توسط عمادی، بهرامی‌احسان و رستمی انجام گرفت به این مسأله اشاره شد که صحبت با خدا و معنویت می‌تواند در بهبود درد میگرن مؤثر باشد^[۷۸]. لیونه، لات و آنتوناک نشان داده‌اند که معنویت نقش مهمی در سازگاری با شرایط استرس‌زای ناشی از بیماری‌های مزمن دارد^[۷۹].

مسیرهای بالقوه متعددی برای پیوند بین معنویت و درد پیش‌بینی شده‌اند و عبارت‌اند از: ارائه چارچوبی به بیمار برای مقابله با درد توسط ایجاد احساس کنترل یا خودکارآمدی در بیمار^[۸۰]؛ فراهم کردن شرایطی برای حواس‌پرتهی از تجربه درد^[۸۱]؛ ایجاد منبع حمایتی اجتماعی یا معنوی^[۸۲، ۸۳]. این مطالعات نشان می‌دهد اگرچه مکانیسم اثر معنویت بر تجربه درد در بیماران به طور دقیق مشخص نشده است، اما معنویت باید به عنوان یک متغیر روانشناختی-اجتماعی مهم در نظر گرفته شود که بر تجربه درد و میزان استفاده از مسکن تأثیرگذار است^[۲۶].

طبق تحقیقات افراد مبتلا به میگرن که تمرین مراقبه معنوی داشتند، در تعداد سردردها کاهش معنادار داشتند. هم‌چنین مراقبه معنوی حساسیت به درد را تغییر نمی‌دهد اما میزان تحمل درد افزایش قابل ملاحظه‌ای داشت^[۲۱، ۲۵، ۷۴]. این یافته‌ها نشان داد که مراقبه معنوی از دو منظر مفید است. اول اینکه افراد مبتلا به میگرن با سردردهای کمتر، درد کمتری در طول زندگی روزانه تجربه می‌کنند. در نتیجه با پیامدهای شخصی و اجتماعی کمتری مواجه می‌شوند^[۸۴]؛ هم‌چنین باعث کاهش اثرات جانبی درمان دارویی میگرن می‌شود. دوم، بهبود تحمل درد موجب می‌شود شرکت‌کنندگانی که دردهایی مانند میگرن را تجربه می‌کنند، بهتر قادر به ادامه انجام فعالیت‌های شخصی، کاری و خانوادگی شوند. تکنیک مراقبه معنوی مهارتی در دسترس است که نیاز به تجهیزات خاص یا تعهد مالی ندارد و مزایای قابل توجهی برای افراد با سردردهای میگرنی مکرر دارد.

روان درمانگران مداخلات معنوی، تمرینات و فنون درمانی را مورد استفاده قرار می‌دهند که قرن‌هاست معتقدان به ادیان الهی به نحوی از انحاء در رفتارهای دینی از آن‌ها استفاده می‌کنند (برای مثال توکل، تفویض و واگذاری به خدا، صبر، ذکر، نماز، دعا، مدارا و بخشش). از نظر روانشناسان علت اینکه این تمرینات در ادیان مختلف به کار گرفته شده‌اند و قرون متمادی بشر آن‌ها را به کار گرفته است دلالت بر این دارد که نیازهای عمیق انسانی را مطرح نموده و یا به آن‌ها پاسخ می‌گوید و در حل مشکلات انسان‌ها در قرون متمادی مفید واقع شده‌اند. تحقیقات نشان می‌دهند قدرت

management in women with migraine. *Nursing Research*. 2018 Sep 1;67(5):395-403.

5. McCrone P, Seed PT, Dowson AJ, Clark LV, Goldstein LH, Morgan M, Ridsdale L. Service use and costs for people with headache: a UK primary care study. *The journal of headache and pain*. 2011 Dec;12(6):617.

6. Peters GL. Migraine overview and summary of current and emerging treatment options. *The American journal of managed care*. 2019 Jan;25(2 Suppl):S23-34.

7. Yadav RK, Kalita J, Misra UK. A study of triggers of migraine in India. *Pain Medicine*. 2010 Jan 1;11(1):44-7.

8. Houle TT, Turner DP. Natural experimentation is a challenging method for identifying headache triggers. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2013 Apr;53(4):636-43.

9. Westergaard ML, Glümer C, Hansen EH, Jensen RH. Medication overuse, healthy lifestyle behaviour and stress in chronic headache: Results from a population-based representative survey. *Cephalalgia*. 2016 Jan;36(1):15-28.

10. Kennis K, Kernick D, O'Flynn N. Diagnosis and management of headaches in young people and adults: NICE guideline. *Br J Gen Pract*. 2013 Aug 1;63(613):443-5.

11. Pesaturo KA, Wooding FG. Modern management of the migraine headache. *American Journal of Lifestyle Medicine*. 2009 Mar;3(2):147-59.

12. Wacogne C, Lacoste JP, Guillibert E, Hugues FC, Le Jeune C. Stress, anxiety, depression and migraine. *Cephalalgia*. 2003 Jul;23(6):451-5.

13. Penzien DB, Rains JC, Andrasik F. Behavioral management of recurrent headache: three decades of experience and empiricism. *Applied psychophysiology and biofeedback*. 2002 Jun 1;27(2):163-81.

14. Epel E, Daubenmier J, Moskowitz JT, Folkman S, Blackburn E. Can meditation slow rate of cellular aging? Cognitive stress, mindfulness, and telomeres. *Annals of the new York Academy of Sciences*. 2009 Aug;1172:34.

15. Manikonda JP, Störk S, Tögel S, Lobmüller A, Grünberg I, Bedel S, Schardt F, Angermann CE, Jahns R, Voelker W. Contemplative meditation reduces ambulatory blood pressure and stress-induced hypertension: a randomized pilot trial. *Journal of human hypertension*. 2008 Feb; 22(2): 138.

تحمل درد در بیماران مزمن جسمانی اثر شدیدی بر روی جنبه های جسمانی و روانشناختی آنها دارد. حال با توجه به علاقه روزافزون به معنویت در سلامت روانشناختی و جسمانی [۹۶]، اهمیت معنویت و رشد معنوی انسان در چند دهه گذشته به صورت روزافزونی، توجه روانشناسان و پژوهشگران بهداشت روانی را به خود جلب کرده است [۹۷-۱۰۰].

به این ترتیب، ایمان، که موجب آرامش و امنیت است با تجربه استرس، اضطراب و رفتارهای تکانشی رابطه معکوس دارد. ایمان اعتماد به منبعی محکم و قدرتمند است که در شرایط سخت زندگی موجب واکنش‌های پخته و سازگارانه بوده و تعادل روانی فرد را تنظیم می‌کند. توان بالا در صبر و تاب آوری، توجه لحظه به لحظه (ذکر) و رفتارهای سازگارانه (محسنانه) از نتایج ایمان قوی به پروردگار متعال است. تدوین راهکار و طراحی پروتکل برای افزایش ایمان و مؤلفه‌های آن در زندگی، به صورت قابل توجهی، استرس کلی فرد را کاهش داده و کاهش استرس نیز به صورت مستقیم با کاهش فراوانی، مدت و شدت درد مانند میگرن تأثیر بسزایی دارد. امید است در گام‌های بعد بتوان این پروتکل را به صورت دقیق طراحی و آن را در بین بیماران میگرنی اجرا نمود. یافته‌های مطالعه می‌تواند مبنایی برای بررسی‌های بیشتر و انجام مداخلات پیشگیرانه و درمانی برای افراد مبتلا به میگرن قرار گیرد. با عنایت به نتایج حاصل، شایسته است عوامل قرآنی شناسایی شده در مطالعه حاضر به افراد میگرنی معرفی گردد. در عین حال یک مطالعه مقدماتی برای طراحی مداخله معنوی میگرن از قرآن جهت بهبود باورها و رفتارهای سلامت افراد مبتلا به میگرن است که با مطالعات کمی و تفصیلی دیگر باید به کمال خود برسد. از نقاط قوت این مطالعه، کیفی بودن و بنیادی بودن آن است که می‌تواند به عنوان نقطه عطفی در نظریه‌پردازی بر اساس معارف و حیانی در زمینه روان‌شناختی و روان‌تنی و گسترش آن با داده‌های کمی باشد.

منابع

1. Woldeamanuel YW, Cowan RP. Migraine affects 1 in 10 people worldwide featuring recent rise: a systematic review and meta-analysis of community-based studies involving 6 million participants. *Journal of the Neurological Sciences*. 2017 Jan 15;372:307-15.
2. de Tommaso M, Federici A, Loiacono A, Delussi M, Todarello O. Personality profiles and coping styles in migraine patients with fibromyalgia comorbidity. *Comprehensive Psychiatry*. 2014 Jan 1;55(1):80-6.
3. González-Quintanilla V, Toriello-Suárez M, Gutiérrez-González S, Rojo-López A, González-Suárez A, Viadero-Cervera R, Palacio-Portilla EJ, Oterino-Durán A. Estrés laboral en pacientes migrañosos: diferencias según la frecuencia de las crisis. *Neurología*. 2015 Mar 1;30(2):83-9.
4. Befus DR, Lich KH, Kneipp SM, Bettger JP, Coeytaux RR, Humphreys JC. A qualitative, systems thinking approach to study self-

26. Wachholtz AB, Malone CD, Pargament KI. Effect of different meditation types on migraine headache medication use. *Behavioral Medicine*. 2017 Jan 2;43(1):1-8.
27. Richards PS, Bergin AE. A spiritual strategy for counseling and psychotherapy.
28. Koenig HG, Shelp F, Goli V, Cohen HJ, Blazer DG. Survival and health care utilization in elderly medical inpatients with major depression. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1989 Jul;37(7):599-606.
29. Pargament KI. The psychology of religion and spirituality? Yes and no. *The international journal for the psychology of religion*. 1999 Jan 1;9(1):3-16.
30. Naghavi A. Qualitative study of spirituality and resilience from the perspective of Iranian immigrant women in Melbourne (Australia). *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2016 Feb 15;21(4):281-96.
31. Koenig H, Koenig HG, King D, Carson VB. *Handbook of religion and health*. Oup Usa; 2012 Feb 29.
32. Richards PS, Bergin AE. *A spiritual strategy for counseling and psychotherapy*.
33. Mashhadi HB, Aghaei M, Mohammadkhani M, Mahdavi A. Examining the Effect of Teaching Islamic-based Coping Strategies on Indicators of Chronic Pain and Quality of Life among Women with Fibromyalgia. *Journal of Research on Religion & Health*. 2017 May 6;3(4):48-65.
34. Kajbaf MB, Hoseini F, Ghamarani A, Razatian N. Comparison of effectiveness of quality of life therapy and treatment based on Islamic spirituality on distress tolerance, stress, anxiety, and depression in women with tension headaches. *Journal Clinical of Psychology*. 2017 May 9(1):21-38. (Persian)
35. Rippentrop AE, Altmaier EM, Chen JJ, Found EM, Keffala VJ. The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population. *Pain*. 2005 Aug 1;116(3):311-21.
36. Corbett M, Lovell M, Siddall PJ. The role of spiritual factors in people living with chronic pain: a qualitative investigation. *Journal for the Study of Spirituality*. 2017 Jul 3;7(2):142-53.
37. Jegind EM, Vase L, Skewes JC, Terkelsen AJ, Hansen J, Geertz AW, Roepstorff A, Jensen TS. Expectations contribute to reduced pain levels during prayer in highly religious participants. *Journal of behavioral medicine*. 2013 Aug 1;36(4):413-26.
16. Oman D, Shapiro SL, Thoresen CE, Plante TG, Flinders T. Meditation lowers stress and supports forgiveness among college students: A randomized controlled trial. *Journal of American college health*. 2008 Mar 1;56(5):569-78.
17. Wachholtz AB, Pargament KI. Migraines and meditation: does spirituality matter?. *Journal of Behavioral Medicine*. 2008 Aug 1;31(4):351-66.
18. Sauer SE, Burris JL, Carlson CR. New directions in the management of chronic pain: self-regulation theory as a model for integrative clinical psychology practice. *Clinical psychology review*. 2010 Aug 1;30(6):805-14.
19. Houle TT, Turner DP. Natural experimentation is a challenging method for identifying headache triggers. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2013 Apr;53(4):636-43.
20. Westergaard ML, Glümer C, Hansen EH, Jensen RH. Medication overuse, healthy lifestyle behavior and stress in chronic headache: Results from a population-based representative survey. *Cephalgia*. 2016 Jan;36(1):15-28.
21. Wachholtz AB, Pargament KI. Is spirituality a critical ingredient of meditation? Comparing the effects of spiritual meditation, secular meditation, and relaxation on spiritual, psychological, cardiac, and pain outcomes. *Journal of behavioral medicine*. 2005 Aug 1;28(4):369-84.
22. Day MA, Thorn BE, Ward LC, Rubin N, Hickman SD, Scogin F, Kilgo GR. Mindfulness-based cognitive therapy for the treatment of headache pain: a pilot study. *The Clinical journal of pain*. 2014 Feb 1;30(2):152-61.
23. Rosenzweig S, Greeson JM, Reibel DK, Green JS, Jasser SA, Beasley D. Mindfulness-based stress reduction for chronic pain conditions: variation in treatment outcomes and role of home meditation practice. *Journal of psychosomatic research*. 2010 Jan 1;68(1):29-36.
24. Nazemi Ardekani F, Bahrami Ehsan H, Alipour A, Bayat N. Effectiveness of religious - spiritual intervention based on Islamic approach on psychological and immune indices in patients with Rheumatoid Arthritis. *Applied Psychological Research Quarterly*. 2016 winter 6(4),113- 131.
25. Keefe FJ, Affleck G, Lefebvre J, Underwood L, Caldwell DS, Drew J, Egert J, Gibson J, Pargament K. Living with rheumatoid arthritis: The role of daily spirituality and daily religious and spiritual coping. *The Journal of Pain*. 2001 Apr 1;2(2):101-10.

- eating disorder inpatients. *Eating Disorders*. 2006 Dec 1;14(5):401-15.
50. Fabricatore AN, Handal PJ, Fenzel LM. Personal spirituality as a moderator of the relationship between stressors and subjective well-being. *Journal of psychology and Theology*. 2000 Sep;28(3):221-8.
51. Pargament KI, Ensing DS, Falgout K, Olsen H, Reilly B, Van Haitsma K, Warren R. God help me:(I): Religious coping efforts as predictors of the outcomes to significant negative life events. *American journal of community psychology*. 1990 Dec;18(6):793-824.
52. McCauley J, Tarpley MJ, Haaz S, Bartlett SJ. Daily spiritual experiences of older adults with and without arthritis and the relationship to health outcomes. *Arthritis Care & Research: Official Journal of the American College of Rheumatology*. 2008 Jan;59(1):122-8.
53. Wang CW, Chan CL, Ng SM, Ho AH. The impact of spirituality on health-related quality of life among Chinese older adults with vision impairment. *Aging and Mental Health*. 2008 Mar 1;12(2):267-75.
54. Zullig KJ, Ward RM, Horn T. The association between perceived spirituality, religiosity, and life satisfaction: The mediating role of self-rated health. *Social Indicators Research*. 2006 Nov 1;79(2):255.
55. Makros J, McCabe M. The relationship between religion, spirituality, psychological adjustment, and quality of life among people with multiple sclerosis. *Journal of Religion and Health*. 2003 Jun 1;42(2):143-59.
56. Richard J, Santen MD, Sellin MD. Breast cancer prevention. *Journal of clinical Endocrinology and metabolism*. 2007 February 1;92(1,2) 33-39.
57. Worthington Jr EL, Hook JN, Davis DE, McDaniel MA. Religion and spirituality. *Journal of Clinical Psychology*. 2011 Feb;67(2):204-14.
58. Stanley MA, Bush AL, Camp ME, Jameson JP, Phillips LL, Barber CR, Zeno D, Lomax JW, Cully JA. Older adults' preferences for religion/spirituality in treatment for anxiety and depression. *Aging & mental health*. 2011 Apr 1;15(3):334-43.
59. Andrasik F. What does the evidence show? Efficacy of behavioural treatments for recurrent headaches in adults. *Neurological Sciences*. 2007 May 1;28(2):S70-7.
60. Thorn BE, Pence LB, Ward LC, Kilgo G, Clements KL, Cross TH, Davis AM, Tsui PW. A
38. Hodge DR. Spiritually modified cognitive therapy: A review of the literature. *Social Work*. 2006 Apr 1;51(2):157-66.
39. Hook JN, Worthington Jr EL, Davis DE, Jennings DJ, Gartner AL, Hook JP. Empirically supported religious and spiritual therapies. *Journal of clinical psychology*. 2010 Jan;66(1):46-72.
40. Pargament KI. *Spiritually integrated psychotherapy: Understanding and addressing the sacred*. Guilford Press; 2011 Jul 1.
41. Rose EM, Westefeld JS, Ansely TN. Spiritual issues in counseling: Clients' beliefs and preferences. *Journal of Counseling Psychology*. 2001 Jan;48(1):61.
42. Smith TB, Bartz J, Richards PS. Outcomes of religious and spiritual adaptations to psychotherapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy research*. 2007 Nov 1.
43. Worthington Jr EL, Hook JN, Davis DE, McDaniel MA. Religion and spirituality. *Journal of Clinical Psychology*. 2011 Feb;67(2):204-14.
44. Cole B, Pargament K. Re-creating your life: a spiritual/psychotherapeutic intervention for people diagnosed with cancer. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*. 1999 Sep;8(5):395-407.
45. Avants SK, Margolin A. Development of Spiritual Self-Schema (3-S) Therapy for the Treatment of Addictive and HIV Risk Behavior: A Convergence of Cognitive and Buddhist Psychology. *Journal of Psychotherapy Integration*. 2004 Sep;14(3):253.
46. Tarakeshwar N, Pearce MJ, Sikkema KJ. Development and implementation of a spiritual coping group intervention for adults living with HIV/AIDS: A pilot study. *Mental health, religion & culture*. 2005 Sep 1;8(3):179-90.
47. Pargament KI, McCarthy S, Shah P, Ano G, Tarakeshwar N, Wachholtz A, Sirkine N, Vasconcelles E, Murray-Swank N, Locher A, Duggan J. Religion and HIV: A review of the literature and clinical implications. *Southern Medical Journal*. 2004 Dec 1;97(12):1201-9.
48. Murray-Swank NA, Pargament KI. God, where are you?: Evaluating a spiritually-integrated intervention for sexual abuse. *Mental Health, Religion & Culture*. 2005 Sep 1;8(3):191-203.
49. Scott Richards P, Berrett ME, Hardman RK, Eggett DL. Comparative efficacy of spirituality, cognitive, and emotional support groups for treating

73. Hassett AL, Williams DA. Non-pharmacological treatment of chronic widespread musculoskeletal pain. *Best practice & research Clinical rheumatology*. 2011 Apr 1;25(2):299-309.
74. Wachholtz AB, Pearce MJ, Koenig H. Exploring the relationship between spirituality, coping, and pain. *Journal of behavioral medicine*. 2007 Aug 1;30(4):311-8.
75. Baetz M, Bowen R. Chronic pain and fatigue: Associations with religion and spirituality. *Pain research and management*. 2008;13(5):383-8.
76. Bonelli R, Dew RE, Koenig HG, Rosmarin DH, Vasegh S. Religious and spiritual factors in depression: review and integration of the research. *Depression research and treatment*. 2012;2012.
77. Haley KC, Koenig HG, Bruchett BM. Relationship between private religious activity and physical functioning in older adults. *Journal of Religion and Health*. 2001 Jun 1;40(2):305-12.
78. Emadi SZ, Bahrami Ehsan H, Rostami R. (in press). The Effective Factors on Pain Experience in Female Patients with Migraine: A Qualitative Study. *Journal of Psychological science*.
79. Livneh H, Lott S, Antonak R. Patterns of psychosocial adaptation to chronic illness and disability: a cluster analytic approach. *Psychology, health & medicine*. 2004 Nov 1;9(4):411-30.
80. Carver CS, Harris SD, Lehman JM, Durel LA, Antoni MH, Spencer SM, Pozo-Kaderman C. How important is the perception of personal control? Studies of early stage breast cancer patients. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2000 Feb;26(2):139-49.
81. Alexander CN, Rainforth MV, Gelderloos P. Transcendental meditation, self-actualization, and psychological health: A Conceptual overview and statistical meta-analysis. *Journal of Social Behavior and Personality*. 1991 Mar 1;6(5):189.
82. Krause N. Church-based social support and mortality. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 2006 May 1;61(3):S140-6.
83. Powell LH, Shahabi L, Thoresen CE. Religion and spirituality: Linkages to physical health. *American psychologist*. 2003 Jan;58(1):36.
84. Bigal ME, Lipton RB. The epidemiology, burden, and comorbidities of migraine. *Neurologic clinics*. 2009 May 1;27(2):321-34.
85. Borysenko J, Borysenko M. *The power of mind to heal: Renewing body, mind, and spirit*. Carson, CA: Hay House. 1994 october.
- randomized clinical trial of targeted cognitive behavioral treatment to reduce catastrophizing in chronic headache sufferers. *The Journal of Pain*. 2007 Dec 1;8(12):938-49.
61. Paukert AL, Phillips L, Cully JA, Loboprabhu SM, Lomax JW, Stanley MA. Integration of religion into cognitive-behavioral therapy for geriatric anxiety and depression. *Journal of Psychiatric Practice®*. 2009 Mar 1;15(2):103-12.
62. Barrera TL, Zeno D, Bush AL, Barber CR, Stanley MA. Integrating religion and spirituality into treatment for late-life anxiety: Three case studies. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2012 May 1;19(2):346-58.
63. Koenig HG. Religious versus conventional psychotherapy for major depression in patients with chronic medical illness: rationale, methods, and preliminary results. *Depression research and treatment*. 2012;2012.
64. Pearce M, Koenig HG. Cognitive behavioural therapy for the treatment of depression in Christian patients with medical illness. *Mental Health, Religion & Culture*. 2013 Sep 1;16(7):730-40.
65. Tarakeshwar N, Pearce MJ, Sikkema KJ. Development and implementation of a spiritual coping group intervention for adults living with HIV/AIDS: A pilot study. *Mental health, religion & culture*. 2005 Sep 1;8(3):179-90.
66. Azhar MZ, Varma SL. Religious psychotherapy as management of bereavement. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1995 Apr;91(4):233-5.
67. Razali SM, Hasanah CI, Aminah K, Subramaniam M. Religious—sociocultural psychotherapy in patients with anxiety and depression. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 1998 Jan 1;32(6):867-72.
68. Okhovat AR. *Teaching methods of contemplation in Quran*. Tehran: Quran and Ahlolbait publication. 2013.
69. Mostafavi H, Altahghigh. Tehran: *The ministry of culture and Islamic guidance publication*. 1989.
70. Okhovat, A. R. (2014). *The Beauty Process*. Tehran: Quran and Ahlolbait publication
71. Pargament, K. I. (2007). *Spiritually integrated psychotherapy: Understanding and addressing the Sacred*. New York, NY: Guilford Press.
72. Rider KA, Terrell DJ, Sisemore TA, Hecht JE. Religious coping style as a predictor of the severity of anorectic symptomology. *Eating disorders*. 2014 Mar 15;22(2):163-79.

93. Tabatabaee MH, Almizan. Qom: The Society of Teachers of Qom Seminary. 1995
94. Sauer SE, Burris JL, Carlson CR. New directions in the management of chronic pain: self-regulation theory as a model for integrative clinical psychology practice. *Clinical psychology review*. 2010 Aug 1;30(6):805-14.
95. Holtzman S, Newth S, Delongis A. The role of social support in coping with daily pain among patients with rheumatoid arthritis. *Journal of Health Psychology*. 2004 Sep;9(5):677-95.
96. Çoruh B, Ayele H, Pugh M, Mulligan T. Does religious activity improve health outcomes? A critical review of the recent literature. *Explore: The Journal of Science and Healing*. 2005 May 1;1(3):186-91.
97. Spilka B, Hood Jr RW. Jr; Hunsberger, B.; Gorsuch, R. *The Psychology of Religion: An Empirical Approach*.
98. Aten JD, Schenck JE. Reflections on religion and health research: An interview with Dr. Harold G. Koenig. *Journal of Religion and Health*. 2007 Jun 1;46(2):183-90.
99. Aten JD, Worthington Jr EL. Next steps for clinicians in religious and spiritual therapy: An endpiece. *Journal of Clinical Psychology*. 2009 Feb;65(2):224-9.
100. Kézdy A, Martos T, Boland V, Horváth-Szabó K. Religious doubts and mental health in adolescence and young adulthood: The association with religious attitudes. *Journal of Adolescence*. 2011 Feb 1;34(1):39-47.
86. Risdon A, Eccleston C, Crombez G, McCracken L. How can we learn to live with pain? A Q-methodological analysis of the diverse understandings of acceptance of chronic pain. *Social science & medicine*. 2003 Jan 1;56(2):375-86.
87. Mandel J, Mullett E, Brown J, Cloitre M. Cultivating Resiliency: A Guide for Parents and School Personnel. Diunduh dari: http://teacher.scholastic.com/products/tradebooks/discguide/owen_mzee_dg.pdf. 2006.
88. Smith BW, Tooley EM, Montague EQ, Robinson AE, Cosper CJ, Mullins PG. The role of resilience and purpose in life in habituation to heat and cold pain. *The Journal of Pain*. 2009 May 1;10(5):493-500.
89. Ramírez-Maestre C, Esteve R, López AE. *The path to capacity: resilience and spinal chronic pain*. *Spine*. 2012 Feb 15;37(4):E251-8.
90. Inzlicht M, Aronson J, Good C, McKay L. A particular resiliency to threatening environments. *Journal of Experimental Social Psychology*. 2006 May 1;42(3):323-36.
91. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*. 2003 Sep;18(2):76-82.
92. Grossman P, Niemann L, Schmidt S, Walach H. Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*. 2004 Jul 1;57(1):35-43.