

Gender Comparison of the Effectiveness of Tissue Treatment Plan on Improving the Quality of Life of Migraine Patients

Alireza Gol¹, Hamidreza Aghamohamedian Shearbaf^{2*}, Imanullah Bigdeli³, Farhad Farid Hosseini⁴

1. PhD student of psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Mashhad Ferdowsi University, Mashhad, Iran
2. Full Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Mashhad Ferdowsi University, Mashhad, Iran
3. Full Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Mashhad Ferdowsi University, Mashhad, Iran
4. Associate Professor, Department of Psychiatry, Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Received: 2023/12/03

Accepted: 2024/05/29

Abstract

Introduction: Migraine headache is a chronic neurological disease that varies in frequency and intensity. This research aimed to compare the effectiveness of a tissue therapy plan in improving the quality of life for individuals with migraines, based on gender.

Materials and Methods: The research employed a semi-experimental pre-test/post-test design with a control group. The statistical population included all patients diagnosed with migraines who visited the neurology clinics of Qaim and Farabi hospitals in Mashhad in 1401 (2022). A sample of 30 patients was selected based on availability after final diagnosis by a neurologist and was randomly assigned to two groups of 15: an experimental group and a control group. The intervention comprised 16 sessions, each lasting 90 minutes, conducted over a period of 4 months for the experimental group. Additionally, participants completed a health background questionnaire (short form). Research data were analyzed using SPSS version 26 and multivariate covariance analysis.

Results: The results of the multivariate analysis of covariance indicated that tissue schema therapy significantly improved both physical and mental health in migraine patients ($P < 0.01$). Further analysis revealed that tissue schema therapy improved the physical health of women with migraines, while there was no significant difference between men and women regarding the mental health component.

Conclusion: Therefore, it can be concluded that, compared to the control group, tissue schema therapy significantly enhanced the quality of life for migraine patients and was particularly effective in improving physical health in women.

***Corresponding Author:** Hamidreza Aghamohamedian Shearbaf

Address: Department of Psychology
Faculty of Educational Sciences and
Psychology, Mashhad Ferdowsi University,
Mashhad, Iran.

Tel: 09157755828

E-mail: aghamohammadin@um.ac.ir

Keywords: quality of life,
tissue therapy scheme, patients
with migraine

How to cite this article: Gol A., Aghamohamedian Shearbaf H., Bigdeli I., Farid Hosseini F. Gender Comparison of the Effectiveness of Tissue Treatment Plan on Improving the Quality of Life of Migraine Patients, Journal of Sabzevar University of Medical Sciences, 2024; 31(3):681-692.

Introduction

Migraine headache is a chronic neurological disease that varies in frequency and intensity. The global prevalence of migraine is estimated at 11.6%. Various studies have shown the effect of migraine headaches on the quality of life. Various studies show that migraine has a negative correlation with quality of life, and people with migraine experience a lower quality of life than healthy people. Various treatment methods are used to improve migraine headaches. There is still no proven and approved treatment method for migraine treatment; Research has shown that non-drug treatment has fewer side effects and can be used simultaneously with drugs. Various psychological treatment methods have been suggested for people with migraine. But not all people with migraines respond to treatments and have limitations that require the development of new interventions. In the 1980s, Jeffrey Young (2003) was motivated to develop schema therapy (ST) to help people with pervasive and chronic mental illnesses. By identifying a person's incompatible schemas, contextual schema therapy identifies and treats his disorders and in this way increases his quality of life. Bamliz et al. (2014) concluded in a research that schema therapy is more effective compared to other treatments. In follow-up, patients had less depression and more general and social functioning. In this research, the effectiveness of tissue schema therapy on improving the quality of life of migraine patients is investigated.

Methodology

The current study was a quasi-experimental type of pre-test-post-test with a control group. The statistical population of the study included patients suffering from migraine in Mashhad city, who referred to the neurology clinics of Qaim and Farabi hospitals in the second half of 2011 and received a diagnosis of migraine. The sample consisted of 30 migraine patients who were available from Farabi and Ghaem hospitals in Mashhad, after the final diagnosis by a neurologist and the patient's consent to cooperate, and they were randomly selected into two groups of 15. The experimental and control subjects were assigned. The structure of textual schema therapy sessions was designed based on the textual schema therapy book (Roediger, Stevens and Brookman, 2018). The experimental group was conducted by the researcher during 16 sessions of 90 minutes and one session per week in the second half of 1401 at Ferdowsi University Polyclinic of

Mashhad. It should be noted that in this study, the ethical standards and regulations, taking into account the principles of confidentiality, a clear explanation of the steps and objectives of the implementation of this study, confidentiality of information, prioritizing the psychological health of the participants and respecting the request of the participants to withdraw from the intervention process, is fully complied with. This study has been reviewed and approved by the Mashhad Ferdowsi University Ethics Committee (IR.MUMS.REC.1401.013).

Results

The results of multivariate covariance analysis showed that by controlling the effect of pre-test scores, there is a significant difference between the experimental and control groups in terms of at least one component of the quality of life (physical and mental health) in people with migraine; Also, there is a significant difference between the groups of women and men in terms of at least one component of the quality of life between women and men, but the interaction effect of gender and group variables is not significant and simultaneously these two variables do not affect the dependent variable. In order to investigate the difference between men and women, the results show that only the physical health of people with migraine has a significant difference between women and men, and tissue schema therapy improves physical health according to gender in migraine patients, but in the health component There is no psychological difference between men and women.

Discussion

This research was conducted with the aim of gender comparison of the effectiveness of tissue schema therapy on improving the quality of life of people with migraine. The results for the comparison of the groups showed that there is a significant difference between the experimental and control groups in the physical and mental health components, and the tissue therapy scheme improved the physical and mental health (quality of life) in migraine patients.

The schema-based approach is based on the fundamental belief that the unique circumstances that a person experiences in childhood play an important role in creating a set of beliefs about

oneself and others. Early maladaptive schemas relate to the individual's relationship with self and others and are highly dysfunctional. In addition to the schemas they bring to the relationship, the maladaptive nature of schemas becomes apparent when patients interact with others in ways that confirm their schemas. Early maladaptive schemas always reveal themselves during a relationship and affect family interaction. Dogahe et al. (2014) showed in a research that maladaptive schemas and maladaptive coping styles used to overcome maladaptive schemas were more common in migraine patients than in other clinical groups. Schema therapy helps the patient to evaluate their schemas by reviewing the evidence that confirms and rejects them. The numerous and detailed tasks given by the therapist to the individual to perform in and out of the therapy environment are all to help him challenge the schemas by experiencing and testing them, which he can do. lead to the change of faulty schemas. Also, the results show that women had more improvement in physical health than men. In the explanation of the research findings, it can be added that the term gender refers to the biological differences between men and women, while gender refers to personal and psychological characteristics that are determined by society. In the psychological

literature, it has been shown that women are more relationally oriented than men, and the importance of intimacy and relationships with others is something that Gilligan claims women know from the beginning.

Conclusion

Therefore, by identifying the incompatible schemas of the person, the textual schema therapy follows up and treats his problems and in this way increases the quality of life. In this treatment, the patient's injuries, which he has had since childhood and has been enduring this pain for many years, are identified and improved using adaptive methods. And by changing thoughts and beliefs, it leads to an increase in mental health and, as a result, an increase in the quality of life.

Acknowledgment

The authors would like to thank those who participated in the present study.

Conflict of Interest: The authors declare that there are no conflict of interest regarding the publication of this manuscript.

مقایسه جنسیتی اثربخشی طرحواره درمانی بافتاری بر بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به میگرن

علیرضا گل^۱، حمیدرضا آقامحمدیان شهرباف^{۲*}، ایمان الله بیگدلی^۳، فرهاد فرید حسینی^۴

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران
۲. استاد تمام، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران
۳. استاد تمام، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران
۴. دانشیار گروه روان‌پزشکی، مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۳/۰۹

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۹/۱۲

چکیده

* نویسنده مسئول: حمیدرضا آقامحمدیان شهرباف

نشانی: دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

تلفن: ۰۹۱۵۷۷۵۵۸۲۸

رایانامه:

aghamohammadin@um.ac.ir

شناسه ORCID: 0009-0009-1838-6945

شناسه ORCID نویسنده اول: 0000-0002-7460-1445

کلیدواژه‌ها:

کیفیت زندگی، طرحواره درمانی بافتاری، بیماران مبتلا به میگرن

زمینه و هدف: سردرد میگرنی یک بیماری عصب‌شناختی است که سردردهای متوسط تا شدید را در یک طرف یا دو طرف سر ایجاد می‌کند. این پژوهش با هدف مقایسه جنسیتی اثربخشی طرحواره درمانی بافتاری بر بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به میگرن انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بر روی بیماران مبتلا به میگرن مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های مغز و اعصاب بیمارستان قائم و فارابی شهر مشهد انجام شد. ۳۰ بیمار به‌صورت در دسترس، بعد از تشخیص نهایی توسط متخصص مغز و اعصاب انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل قرار گرفتند. جلسات مداخله در ۱۶ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به مدت ۴ ماه برای گروه آزمایش اجرا و پرسش‌نامه زمینه‌یابی سلامت (فرم کوتاه) تکمیل شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS26 و تحلیل کواریانس چندمتغیره تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری نشان داد که طرحواره درمانی بافتاری به‌طور معناداری باعث بهبود سلامت جسمی و روانی در بیماران مبتلا به میگرن شد ($P < 0/01$). نتایج نشان داد که طرحواره درمانی بافتاری باعث بهبود بیشتر سلامت جسمی در زنان مبتلا به میگرن شد اما در مؤلفه سلامت روانی تفاوتی بین زنان و مردان وجود نداشت.

نتیجه‌گیری: بنابراین می‌توان نتیجه‌گیری کرد که طرحواره درمانی بافتاری در مقایسه با گروه کنترل، تأثیر معناداری بر بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به میگرن داشت و برای بهبود سلامت جسمی در زنان اثربخش‌تر بود.

مقدمه

شیوع جهانی میگرن ۱۱/۶ درصد برآورد شده است و رتبه سوم را در بین علل سال‌های زندگی با ناتوانی در سراسر جهان دارد (۳، ۴). نارساکنش‌وری مرتبط با میگرن بر عملکرد شغلی، تحصیلی و اجتماعی تأثیرگذار است (۵). میگرن بر توانایی کار کردن، تعاملات اجتماعی و کیفیت زندگی مؤثر است (۶).

سردرد میگرنی یک بیماری عصب‌شناختی است که سردردهای متوسط تا شدید را در یک طرف یا دو طرف سر ایجاد می‌کند (۱). میگرن می‌تواند بر زندگی شخصی، اجتماعی و کاری در طول حملات بسیار تأثیرگذار باشد (۲).

Copyright © 2024 Sabzevar University of Medical Sciences. This work is licensed under a Creative Commons Attribution- Non Commercial 4.0 International license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

Published by Sabzevar University of Medical Sciences.

مجله علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، دوره ۳۱، شماره ۵، آذر و دی ۱۴۰۳، ص ۶۹۲-۶۸۱

آدرس سایت: <http://jsums.medsab.ac.ir> رایانامه: journal@medsab.ac.ir

شاپای چاپی: ۱۶۰۶-۷۴۸۷

همکاران (۱۴۰۲) نشان دادند که طرحواره درمانی بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به ام اس نقش مؤثری داشت (۳۳). درمان‌های مختلفی برای سردرد میگرنی وجود دارد، از جمله استفاده از مداخلات دارویی که اغلب منجر به عوارض جانبی و اثربخشی محدود می‌شود. علاوه بر درمان‌های دارویی، مداخلات روان‌شناختی نیز مورد استفاده قرار می‌گیرد. از طرفی تعادل خانوادگی و کار برای مردان و زنان بسیار متفاوت است و ممکن است تفاوت‌های جنسیتی مهمی در کیفیت زندگی بین زنان و مردان وجود داشته باشد. تحقیقات کیفیت زندگی اغلب فاقد دیدگاه جنسیتی است. این پژوهش با هدف مقایسه جنسیتی زنان و مردان، اثربخشی طرحواره درمانی بافتاری بر بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به میگرن انجام گرفت.

۲. مواد و روش

پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بر روی بیماران مبتلا به میگرن مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های مغز و اعصاب بیمارستان قائم و فارابی شهر مشهد در نیمه دوم سال ۱۴۰۱ انجام شد. ۳۰ بیمار به صورت در دسترس، پس از تشخیص نهایی توسط متخصص مغز و اعصاب و رضایت بیمار برای همکاری، انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل تشخیص میگرن توسط متخصص مغز و اعصاب، سن ۱۸ تا ۶۵ سال، مبتلانی بودن به مشکلات جسمی و روانی همبود و دریافت نکردن برنامه آموزشی دیگر همزمان با اجرای برنامه درمانی و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش هستند. ملاک‌های خروج شامل ابتلای همزمان به سایر بیماری‌های حاد یا مزمن و غیبت بیش از ۲ جلسه بود. این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول و دارای کد اخلاق به شماره IR.UM.REC.1401.013 از کمیته اخلاق دانشگاه فردوسی مشهد بود.

ابزار پژوهش شامل پرسش‌نامه زمینه‌یابی سلامت (فرم کوتاه) SF-36 (۵) است که ویر و شربورون (۱۹۹۲) ساخته است. هشت مقیاس SF-36 (پرسش‌نامه کیفیت زندگی) در دو بعد سلامت جسمانی و سلامت روانی خلاصه می‌گردند. در پژوهش لینز و کاروالهو (۲۰۱۶) نتایج حاصل از تحلیل عاملی نشان داد که دو بعد جسمانی و بعد روانی اندازه‌گیری

پژوهش‌های مختلف، تأثیر سردردهای میگرنی را بر کیفیت زندگی نشان داده‌اند (۷، ۸، ۹). بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت (WHO)، کیفیت زندگی عبارت است از «ادراک افراد از موقعیت خود در زندگی در چارچوب فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کنند و در ارتباط با اهداف، انتظارات، استانداردها و نگرانی‌هایشان» (۱۰). پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهند که میگرن با کیفیت زندگی، همبستگی منفی دارد (۱۱، ۱۲، ۱۳).

هنوز هیچ روش درمانی ثابت و تأییدشده‌ای برای درمان میگرن نیست؛ پژوهش‌ها نشان داده است که درمان غیردارویی عوارض جانبی کمتری دارد و می‌توان آن را همزمان با داروها استفاده کرد (۱۴، ۱۵). علاوه بر درمان‌های دارویی، گزینه‌های درمانی دیگری از جمله مداخلات روان‌شناختی وجود دارد (۱۶). مداخلات روان‌شناختی برای میگرن، مانند درمان‌های شناختی-رفتاری، آرامش و بیوفیدبک، در کاهش دفعات حملات میگرنی مؤثر هستند (۱۷، ۱۸، ۱۹). با این حال، همه افراد مبتلا به میگرن به این درمان‌ها پاسخ نمی‌دهند (۱۷) و محدودیت‌هایی دارند (۲۰، ۲۱) که نیازمند توسعه مداخلات جدید است.

در دهه ۱۹۸۰، جفری یانگ (۲۰۰۳) انگیزه یافت تا طرحواره درمانی ۳ (ST) را برای کمک به افراد مبتلا به بیماری‌های روانی فراگیر و مزمن ایجاد کند (۲۲). تحقیقات نوظهور تا حدودی از اثربخشی طرحواره درمانی در درمان اختلالات شخصیت (۲۲، ۲۳)، افسردگی (۲۴)، اختلالات خوردن (۲۵)، مصرف مواد (۲۶) و اختلال استرس پس از سانحه (۲۷، ۲۸)، حمایت می‌کند. مطالعات کیفی در مورد پذیرش طرحواره درمانی نشان می‌دهد که مراجعین مزایایی مانند افزایش بینش را گزارش می‌کنند (۲۹، ۳۰) و درمانگران این مدل را به‌عنوان ارائه چارچوبی ارزشمند برای مفهوم‌سازی و درمان توصیف می‌کنند (۳۱).

طرحواره درمانی بافتاری، مدل جدید طرحواره درمانی است که رودیگر (۲۰۰۱) ابداع کرد و یانگ، کلوکو و ویسهار (۲۰۰۳) آن را تأیید کردند. در این رویکرد با استفاده از تکنیک‌های بافتاری، طرحواره‌های ناسازگار فرد، شناسایی و بهبود می‌یابند (۳۲). باملیز ۴ و همکاران (۲۰۱۴) در پژوهشی نتیجه گرفتند که طرحواره درمانی در مقایسه با سایر درمان‌ها اثربخشی بیشتری دارد (۲۳). حیدری و

5. The 36-Item Short Form Health Survey questionnaire
6. Ware & Sherbourne
7. Lins & Carvalho

1. Quality of Life
2. Relaxation
3. Schema Therapy
4. Bamelis

می‌شود (۳۴). نسخه فارسی این پرسش‌نامه را اصغری مقدم و فقهی (۱۳۹۲) هنجاریابی کردند. نتایج نشان داد که ضرایب بازآزمایی خرده‌مقیاس‌های پرسش‌نامه بین ۰/۴۳ تا ۰/۷۹ و ضرایب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های آن بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۵ بود. برای بررسی اعتبار پرسش‌نامه دو گروه سالم و بیمار را در تمام خرده‌مقیاس‌ها با هم مقایسه کردند که نتایج حاکی از وجود تفاوت معنادار بین دو گروه بود که نشان از روایی و پایایی مناسب پرسش‌نامه است (۳۵).

ساختار جلسات طرحواره درمانی بافتاری براساس کتاب طرحواره درمانی بافتاری (رودیگر، استیونس و بروکمن، ۲۰۱۸) طراحی گردید. گروه آزمایش طی ۱۶ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای یک جلسه در شش‌ماهه دوم سال ۱۴۰۱ در پلی‌کلینیک دانشگاه فردوسی مشهد انجام پذیرفت (جدول ۱). همچنین طی این ۴ ماه گروه کنترل آموزشی دریافت نکرد.

جدول ۱. محتوای جلسات درمان

جلسه	محتوای جلسات
اول	خوش‌آمدگویی، معرفی اعضای گروه، قوانین گروه، روان‌آموزشی درباره میگردن و کیفیت زندگی
دوم	آموزش مدل طرحواره درمانی بافتاری، شناسایی ذهنیت‌های اعضای گروه
سوم	ترسیم نقشه ذهنیت اعضا گروه و ارتباط آن با کیفیت زندگی و مشکلات‌شان، نمایش ذهنیت‌ها بر روی صندلی‌ها، تکلیف تکمیل نقشه ذهنیت
چهارم	آگاهی از ذهنیت منتقد درونی و ریشه‌های تحولی، کشف و آگاهی از ذهنیت‌های مقابله‌ای، تکلیف شناسایی پیام‌های منتقد درونی
پنجم	کار روی منتقد درونی، بررسی تأثیرات پیام‌ها، گسلش از منتقد درونی (تکنیک رودخانه)، تکلیف گسلش نوشتاری
ششم	شناسایی و آگاهی از ذهنیت‌های کودکانه، آگاهی از نیازهای هیجانی و هیجانات، تکلیف آگاهی روزانه از نیازها
هفتم	بازوالدینی ذهنیت‌های کودکانه، تکنیک تصویرسازی شفقت به خود، تکلیف عادت شب بخیر
هشتم	بازسازی تصویری گروهی، کار با صندلی‌ها
نهم	تقویت ذهنیت بزرگسال سالم: تمرینات ذهن‌آگاهی، تکلیف اسکن بدنی و تنفس آگاهانه به‌صورت روزانه
دهم	تقویت ذهنیت بزرگسال سالم، تمرینات تن‌آرامی، تکلیف کار بی‌بار
یازدهم	تقویت ذهنیت بزرگسال سالم: تکنیک پذیرش هیجانات و درد، تکنیک گسلش توجه چشمی، تکلیف تمرین پذیرش هیجان و درد به‌صورت روزانه
دوازدهم	تقویت ذهنیت بزرگسال سالم: روشن‌سازی ارزش‌ها
سیزدهم	تقویت ذهنیت بزرگسال سالم: تقویت انعطاف‌پذیری، تکنیک تعویض دنده، تکلیف انجام تکنیک تعویض دنده به‌صورت روزانه
چهاردهم	تغییرات رفتارهای مشکل‌ساز، ایجاد رفتارهای مرتبط با کیفیت زندگی
پانزدهم	تغییرات رفتارهای مشکل‌ساز و ایجاد رفتارهای مرتبط با کیفیت زندگی
شانزدهم	افزایش کیفیت زندگی از طریق برآورده کردن نیازها و بودن در مسیر ارزش‌ها، خاتمه درمان.

۳. یافته‌ها

تجزیه و تحلیل داده‌ها در بخش توصیفی از شاخص‌هایی نظیر میانگین و انحراف استاندارد و در بخش استنباطی، روش تحلیل کواریانس تک‌متغیره به‌کار رفت و با استفاده از نرم‌افزار SPSS-26 تحلیل شد.

شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش با میانگین سنی ۲۹/۵۳ و انحراف معیار ۸/۴۲ و در گروه کنترل با میانگین ۳۳/۲۰ و انحراف معیار ۷/۲۵ بودند. در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار سلامت جسمی و روانی افراد مبتلا به میگردن به تفکیک جنسیتی و گروه (آزمایش و کنترل) ارائه شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار سلامت جسمی و روانی به تفکیک جنسیت و گروه

جنسیت	متغیر	زمان	آزمایش		کنترل
			میانگین	انحراف معیار	میانگین
زن	سلامت جسمی	پیش‌آزمون	۲۶/۶۰	۴/۰۲	۳۰/۸۸
		پس‌آزمون	۴۳/۴۰	۸/۱۶	۳۲/۲۲
	سلامت روانی	پیش‌آزمون	۳۱/۳۰	۶/۳۷	۳۸/۶۶
		پس‌آزمون	۴۲/۱۰	۸/۰۷	۳۸/۳۳
مرد	سلامت جسمی	پیش‌آزمون	۲۵/۴۰	۶/۵۰	۲۸/۸۳
		پس‌آزمون	۳۵/۸۰	۷/۹۸	۲۸/۱۶
	سلامت روانی	پیش‌آزمون	۳۲/۲۰	۳/۷۰	۳۶/۶۶
		پس‌آزمون	۴۰/۲۰	۳/۰۳	۳۶

براساس اطلاعات جدول ۲ تفاوت اثربخشی طرحواره درمانی بافتاری در زنان و مردان محسوس به نظر می‌رسد. در بررسی معناداری تفاوت نمرات کیفیت زندگی با توجه به جنسیت آزمودنی‌ها از آزمون تحلیل کواریانس دوعاملی استفاده شد. نتایج آزمون لوین برای بررسی فرض همگنی واریانس‌ها نشان داد که میزان آن در متغیر وابسته، معنی‌دار نشده است و فرض همگنی واریانس‌ها محقق شد و می‌توان اطمینان داشت که

پراکندگی گروه‌ها در گروه‌ها یکسان است ($p > 0.05$). بررسی نتایج آزمون ام باکس درباره تساوی ماتریس کواریانس نیز حاکی از آن بود که مفروضه همگنی ماتریس واریانس-کواریانس برقرار است ($P = 0.25$, $F = 1/26$, $\text{Box M} = 13/56$). بنابراین مفروضه‌های استفاده از تحلیل واریانس رعایت شده است. نتایج تحلیل کواریانس دوعاملی در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره برای مقایسه دو گروه آزمایش و کنترل در کیفیت زندگی با توجه به جنسیت

	مقدار لامبدای ویلکز	df فرضیه	df خطا	مقدار F	معناداری	ضریب Eta
جنسیت	۰/۷۴	۲	۲۴	۴/۱۲	۰/۰۲۹	۰/۲۶
گروه	۰/۲۰	۲	۲۴	۴۷/۳۷	۰/۰۰۱	۰/۷۹
جنسیت*گروه	۰/۹۰	۲	۲۳	۱/۲۴	۰/۳۰۸	۰/۰۹

طبق نتایج جدول ۳ نتایج آزمون لامبدای ویلکز از مجموعه آزمون‌های چندمتغیری نشان داد که با کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون بین گروه‌های آزمایش و کنترل حداقل از نظر یکی از مؤلفه‌های کیفیت زندگی (سلامت جسمی و روانی) در افراد مبتلا به میگرن تفاوت معناداری وجود دارد؛ همچنین بین

گروه‌های زنان و مردان حداقل از نظر یکی از مؤلفه‌های کیفیت زندگی، تفاوت معنی‌داری بین زنان و مردان وجود دارد ولی اثر متقابل متغیر جنسیت و گروه معنادار نیست و به‌طور همزمان این دو متغیر روی متغیر وابسته تأثیرگذار نیستند. در ادامه لازم است که مشخص شود کدام متغیرها تفاوت معناداری دارند.

جدول ۴. نتایج آزمون تأثیرات بین آزمودنی‌ها

منبع	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورت	F	سطح معناداری	ضریب اتا
گروه	سلامت جسمی	۸۱۷/۱۰	۱	۸۱۷/۱۰	۵۰/۶۶	۰/۰۰	۰/۶۷
	سلامت روانی	۵۱۰/۸۷	۱	۵۱۰/۸۷	۲۱/۱۶	۰/۰۰	۰/۴۵
جنسیت	سلامت جسمی	۱۰۵/۹۱	۱	۱۰۵/۹۱	۶/۵۶	۰/۰۱۷	۰/۲۱

۰/۰۱	۰/۵۳۴	۰/۳۹	۹/۶۰	۱	۹/۶۰	سلامت روانی
۰/۰۵	۰/۲۳۰	۱/۵۱	۲۳/۹۵	۱	۲۳/۹۵	سلامت جسمی
۰/۰۱	۰/۵۷۰	۰/۳۳	۸/۲۳	۱	۸/۲۳	سلامت روانی

سلامت جسمی و روانی (کیفیت زندگی) در بیماران مبتلا به میگرن شد و اندازه اثر ۶۷ درصد تغییرات سلامت جسمی و ۴۵ درصد تغییرات سلامت روانی در آنان ناشی از روش مداخله است. یافته‌های پژوهش همسو با یافته‌های پیترز، پاسل و کرانس ۱ (۳۶) باملیز و همکاران (۲۳) حیدری و همکاران (۳۳) فرهادی، پسندیده و وزیری (۳۷) بود. حیدری و همکاران (۳۳) نشان دادند که طرحواره درمانی بر بهبود کیفیت زندگی زنان مبتلا به بیماری ام اس نقش مؤثری داشت. باملیز و همکاران (۲۳) در پژوهشی نتیجه گرفتند که طرحواره درمانی در مقایسه با سایر درمان‌ها اثربخشی بیشتری دارد. پیترز، پاسل و کرانس (۳۶) در یک پژوهش مروری به بررسی میزان اثربخشی طرحواره درمانی بر بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی، وسواسی و استرس پس از سانحه پرداختند و نتایج نشان داد که طرحواره درمانی می‌تواند به تأثیرات مفیدی در علائم خاص و طرحواره‌های ناسازگار اولیه منجر شود. هدف مهم طرحواره درمانی، تضعیف طرحواره‌های ناسازگار اولیه و همچنین ایجاد یک طرحواره سالم می‌باشد (۳۹).

رویکرد مبتنی بر طرحواره بر این باور بنیادی بنا شده است که شرایط منحصربه‌فردی که فرد در دوران کودکی تجربه می‌کند، نقش مهمی در ایجاد مجموعه‌ای از باورها در مورد خود و دیگران دارد. علاوه بر طرحواره‌هایی که به رابطه می‌آورند، ماهیت ناسازگار طرحواره‌ها زمانی آشکار می‌شود که بیماران با دیگران، به‌گونه‌ای در تعامل باشند که طرحواره‌های آنها تأیید شود. طرحواره‌های ناسازگار اولیه همیشه خود را در طول یک رابطه آشکار می‌کنند و بر تعامل خانوادگی تأثیر می‌گذارند (۴۰).

دوگانه ۲ و همکاران (۲۰۱۴) در پژوهشی نشان دادند که طرحواره‌های ناسازگار و سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار که برای غلبه بر طرحواره‌های ناسازگار استفاده می‌شوند، در بیماران مبتلا به میگرن بیشتر از گروه‌های بالینی دیگر بود (۴۱). طبق پژوهش اوزگ ۳ و همکاران (۲۰۲۳) رویکرد طرحواره‌های ناسازگار نشان می‌دهد که الگوهای خاص تفکر، نگرش‌ها و باورها می‌توانند سردردهای تنشی را تداوم یا بدتر کنند (۴۲). مطالعات

نتایج آزمون تأثیرات بین آزمودنی‌ها برای مقایسه گروه‌ها و جنسیت در مؤلفه‌های سلامت جسمی و روانی در جدول ۴ نشان داد که نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر هر دو مؤلفه سلامت جسمی و روانی در افراد مبتلا به میگرن تفاوت معنی‌داری دارد که با توجه به اندازه اثر ۶۷ درصد تغییرات سلامت جسمی و ۴۵ درصد تغییرات سلامت روانی در آنان ناشی از روش مداخله است ($p < ۰/۰۰۱$) اما در زمینه بررسی تفاوت زنان و مردان نتایج نشان می‌دهد که فقط سلامت جسمی در افراد مبتلا به میگرن بین زنان و مردان تفاوت معناداری دارد و طرحواره درمانی بافتاری باعث بهبود سلامت جسمی با توجه جنسیت در بیماران مبتلا به میگرن می‌شود اما در مؤلفه سلامت روانی، تفاوتی بین زنان و مردان وجود ندارد. همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده شد میانگین سلامت جسمی در گروه آزمایش در زنان در پیش‌آزمون ۲۶/۶۰ بود که در پس‌آزمون به ۴۳/۴۰ افزایش یافت در حالی که در مردان در پیش‌آزمون ۲۵/۴۰ که در پس‌آزمون به ۳۵/۸۰ افزایش یافت، بنابراین بهبود سلامت جسمی در زنان بیشتر بود و میانگین سلامت روانی در گروه آزمایش در زنان در پیش‌آزمون ۳۱/۳۰ بود که در پس‌آزمون به ۴۱/۱۰ افزایش یافت در حالی که در مردان در پیش‌آزمون ۳۲/۲۰ و در پس‌آزمون به ۴۰/۲۰ افزایش یافت و تفاوت معناداری بین زنان و مردان نبود؛ بنابراین این‌گونه می‌توان نتیجه‌گیری کرد که تأثیر طرحواره درمانی بافتاری در دو گروه زنان و مردان برای بهبود سلامت جسمی تفاوت معناداری داشت اما در زمینه بهبود سلامت روانی تفاوتی بین زنان و مردان نبود و در هر دو گروه به یک اندازه تأثیرگذار بود.

۴. بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف مقایسه جنسیتی اثربخشی طرحواره درمانی بافتاری بر بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به میگرن انجام شد. نتایج برای مقایسه گروه‌ها نشان داد که در مؤلفه‌های سلامت جسمی و روانی، تفاوت معناداری بین گروه‌های آزمایش و کنترل وجود دارد و طرحواره درمانی بافتاری باعث بهبود

استفاده از راهبردهای سازگاران به بهبود ظرفیت روانی افراد، تنظیم هیجانات و قدرت حل مسئله افراد منجر می‌گردد و ادراک و پذیرش بیماری میگردن را سبب می‌شود که منجر به بالارفتن سلامت روان می‌شود که با کیفیت زندگی بهتر بیماران مرتبط است.

یکی از محدودیت‌های پژوهش نبود دوره پیگیری بود. پیشنهاد می‌شود برای بررسی بهتر در زمینه پایداری تأثیرات درمان، تحقیقات بعدی پیگیری ۳ ماهه، ۶ و ۱۲ ماهه در مورد تأثیرات درازمدت مداخلات طرحواره درمانی بافتاری بر بیماران با دردهای مزمن مدنظر قرار گیرد. با توجه به نتایج پژوهش که نشان داد طرحواره درمانی بافتاری می‌تواند کیفیت زندگی بیماران مبتلا به میگرن را بهبود دهد، پیشنهاد می‌شود درمانگران با اجرای صحیح درمان آشنا شوند و از آن برای افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن و کاهش پیامدهای ناشی از بیماری میگرن استفاده کنند.

تشکر و قدردانی

محققان از کلیه مشارکت‌کنندگان در تحقیق حاضر سپاسگزارند.

ملاحظات اخلاقی

این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول و دارای کد اخلاق به شماره IR.UM.REC.1401.013 از کمیته اخلاق دانشگاه فردوسی مشهد می‌باشد. به‌منظور رعایت مسائل اخلاقی پژوهش، در این پژوهش روند تحقیق و نقش آزمودنی‌ها به‌طور شفاف توضیح داده شد. همچنین در خصوص حفظ داده‌های جمع‌آوری‌شده اطمینان خاطر داده شد.

سهم نویسندگان

نویسنده اول کار نگارش و اجرای پژوهش را بر عهده داشت، نویسنده دوم کار طراحی و ایده موضوع پژوهش و نویسنده سوم و چهارم داده‌ها را ارزیابی و مقاله را بررسی کردند.

حمایت مالی

این مطالعه حامی مالی نداشته است.

تضاد منافع

هیچ‌گونه تضاد منافی برای نویسندگان این مقاله وجود ندارد.

مختلف ارتباط بین اختلال عملکرد طرحواره شناختی و ایجاد و تداوم سردردهای میگرنی را شناسایی کرده است (۱، ۴۲). مطالعات قبلی طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ویژگی‌های بالینی میگرن را بررسی کرده‌اند. زنان مبتلا به میگرن نمرات بالایی برای طرحواره‌های مربوط به محرومیت عاطفی، رهاشدن، نقص، آسیب‌پذیری در برابر بیماری، شکست نشان دادند و مردان مبتلا به میگرن در طرحواره‌های کنترل خود/خودتنظیمی ناکافی نمرات بالایی داشتند. در نتیجه طرحواره درمانی به‌عنوان گزینه درمانی برای افراد مبتلا به میگرن و کسانی که دارای اختلالات سردرد مزمن هستند، پیشنهاد شده است (۱۰، ۴۳).

نتایج برای بررسی تفاوت زنان و مردان نشان داد که فقط سلامت جسمی در افراد مبتلا به میگرن بین زنان و مردان، تفاوت معناداری دارد و نتایج نشان که زنان بهبودی بیشتری در سلامت جسمی نسبت به مردان داشتند. در تبیین یافته پژوهش می‌توان افزود که اصطلاح جنسیت بر تفاوت‌های بیولوژیک میان زن و مرد دلالت دارد حال آن که جنسیت ناظر بر ویژگی‌های شخصی و روانی است که جامعه آنها را تعیین می‌کند. زنان با شرکت در جلسات درمانی از راه‌حل‌های مختلف برای حل تعارضات خود استفاده می‌کنند. همان‌طور که فروید بیان می‌کند عشق و کار، سنگ بنای انسانیت ما هستند و اگر تعادل خانواده و کار برای مردان و زنان بسیار متفاوت باشد، پس ممکن است تفاوت‌های جنسیتی مهمی در کیفیت زندگی وجود داشته باشد. پلاگنول و ایسترلین (۲۰۰۸) نشان می‌دهند آرزوها و دستاوردها نقش مهمی در شکل‌دهی بهزیستی دارند. در اوایل زندگی، زنان بیشتر از مردان به آرزوهای خود در مورد زندگی خانوادگی و کالاهای مادی جامعه عمل می‌پوشانند و نسبت به مردان رضایت بیشتری در این زمینه‌ها ابراز می‌کنند. در سنین بالاتر این تفاوت‌های جنسیتی معکوس می‌شود و مردان در برآوردن خواسته‌های خانوادگی و مادی خود بیشتر از زنان به یکدیگر نزدیک می‌شوند و شادتر هستند (۴۴).

طرحواره‌ها سفت و سخت و پایدار هستند. طرحواره درمانی بافتاری با شناسایی طرحواره‌های ناسازگار فرد، مشکلات او را پیگیری و درمان می‌کند و از این راه موجب افزایش کیفیت زندگی می‌شود. در این درمان، آسیب‌های بیمار که از دوران کودکی با خود داشته و سال‌های طولانی است که این درد را تحمل می‌کند، شناسایی و با استفاده از روش‌های سازگارانهای مانند گسلس، پذیرش، ذهن آگاهی و بررسی ارزش‌های فردی، به تنظیم هیجانی و بهبود عملکرد بین فردی پرداخته می‌شود و به این ترتیب فرد با سلامت روانی بیشتری مواجه می‌شود.

References

- [1]. Powers SW, Kashikar-Zuck SM, Allen JR, LeCates SL, Slater SK, Zafar M, et al. Cognitive behavioral therapy plus amitriptyline for chronic migraine in children and adolescents: a randomized clinical trial. *Jama*. 2013; 310(24): 2622-2630. doi:10.1001/jama.2013.282533.
- [2]. Grazzi L, Bernstein C, Raggi A, Sansone E, Grignani E, Searl M, et al. ACT for migraine: Effect of acceptance and commitment therapy (ACT) for high-frequency episodic migraine without aura: Preliminary data of a phase-II, multicentric, randomized, open-label study. *Neurol. Sci.* 2019; 40 (1): 191-192. doi: 10.1007/s10072-019-03802-w
- [3]. 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. *J Neurol Sci.* 2017; 372: 307-15. doi: 10.1016/j.jns.2016.11.071
- [4]. Burch R, Rizzoli P, Loder E. The prevalence and impact of migraine and severe headache in the united states: figures and trends from Government Health Studies. *Headache.* 2018; 58: 496-505. doi: 10.1111/head.13281
- [5]. AlHarbi FG, & AlAteeq MA. Quality of life of migraine patients followed in neurology clinics in Riyadh, Saudi Arabia. *Journal of family & community medicine.* 2020; 27(1): 37. DOI: 10.4103/jfcm.JFCM_185_19
- [6]. Linde M, & Dahlöf C. Attitudes and burden of disease among self-considered migraineurs—a nation-wide population-based survey in Sweden. *Cephalalgia.* 2004; 24(6): 455-465. DOI: 10.1111/j.1468-2982.2004.00703.x
- [7]. Freitag FG. The cycle of migraine: patients' quality of life during and between migraine attacks. *Clinical therapeutics.* 2007; 29(5): 939-949. DOI: 10.1016/j.clinthera.2007.05.008
- [8]. Goadsby PJ, Barbanti P, Lambru G, Ettrup A, Christoffersen CL, Josiassen MK, et al. Eptinezumab improved patient-reported outcomes and quality of life in patients with migraine and prior preventive treatment failures. *European Journal of Neurology.* 2023; 30(4): 1089-1098. DOI: 10.1111/ene.15670
- [9]. Almosaiteer SA, Rabbani U, Alharbi BA, & Aldukhayel A. Quality of life and its predictors among patients with migraine in Qassim region, Saudi Arabia: a cross-sectional study. *The Egyptian Journal of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery.* 2022; 58(1): 69. DOI:10.1186/s41983-022-00507-4
- [10]. Moseley GL. Graded motor imagery for pathologic pain: a randomized controlled trial. *Neurology.* 2006; 67(12): 2129-2134. doi: 10.1212/01.wnl.0000249112.56935.32. Epub 2006 Nov 2.
- [11]. Prinsie JC, Sajobi TT, Wang M, Patten SB, Fiest KM, Bulloch AG, et al. Effects of depression and anxiety on quality of life in five common neurological disorders. *Gen Hosp Psychiatry.* 2018; 52: 58-63. DOI:10.1016/j.genhosppsych. 2018. 03. 009.
- [12]. Orr SL, Christie SN, Akiki S, & McMillan HJ. Disability, quality of life, and pain coping in pediatric migraine: an observational study. *J Child Neurol.* 2017; 32 (8): 717-24. DOI:10.1177/ 0883073817702025
- [13]. Hajvaziri A, Sohrabi F, Ahadi H. The effect of neurofeedback intervention on quality of life, anxiety and stress symptoms of migraine patients. *Two Quarterly Journals of Contemporary Psychology.* 2018; 14(2): 38-52. Doi: 10.29252/bjcp.14.2.38
- [14]. Wells RE, Burch R, Paulsen RH, Wayne PM, Houle T, Loder E. Meditation for migraines: A pilot randomized controlled trial. *Headache.* 2014; 54: 1484-1495. DOI:10.1111/head.12420
- [15]. Jacobs GD. Clinical applications of the relaxation response and mind-body interventions. *J. Altern. Complement. Med.* 2001; 7 (1): 93-101. DOI: 10.1089/107555301753393850
- [16]. Nicholson RA, Buse DC, Andrasik F, & Lipton RB. Nonpharmacologic treatments for migraine and tension-type headache: how to choose and when to use. *Current treatment options in neurology.* 2011; 13: 28-40. doi: 10.1007/s11940-010-0102-9.
- [17]. Penzien DB, Irby MB, Smitherman TA, Rains JC, & Houle TT. Well-established and empirically supported behavioral treatments for migraine. *Current pain and headache reports.* 2015; 19: 1-7. DOI: 10.1007/s11916-015-0500-5
- [18]. Sullivan A, Cousins S, & Ridsdale L. Psychological interventions for migraine: a systematic review. *Journal of neurology.* 2016; 263: 2369-2377. DOI: 10.1007/s00415-016-8126-z
- [19]. Holroyd KA, Cottrell CK, O'Donnell FJ, Cordingley GE, Drew JB, Carlson BW, et al. Effect of preventive (β blocker) treatment, behavioural migraine management, or their combination on outcomes of optimised acute treatment in frequent migraine: randomised controlled trial. *Bmj.* 2010; 341. doi: 10.1136/bmj.c4871.
- [20]. Hayes SC, Strosahl KD, & Wilson KG. Acceptance and commitment therapy. *American Psychological Association Washington.* 2009. DOI: 10.1016/j.brat.2017.05.016
- [21]. Hughes LS, Clark J, Colclough JA, Dale E, & McMillan D. Acceptance and commitment therapy (ACT) for chronic pain. *The Clinical journal of pain,* 2017; 33(6): 552-568. doi: 10.1097/AJP.0000000000000425.
- [22]. Arntz A, Rijkeboer M, Chan E, Fassbinder E, Karaosmanoglu A, Lee CW, et al. Towards a reformulated theory underlying schema therapy: Position paper of an international workgroup. *Cognitive Therapy and Research.* 2021. <https://doi.org/10.1007/s10608-021-10209-5>.
- [23]. Bamelis LL, Evers SM, Spinhoven P, & Arntz A. Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *American Journal of Psychiatry.* 2014; 171(3): 305-322. DOI: 10.1176/appi.ajp.2013.12040518
- [24]. Carter JD, McIntosh VV, Jordan J, Porter RJ, Frampton CM, & Joyce PR. Psychotherapy for depression: A randomized clinical trial comparing schema therapy and cognitive behavior therapy. *Journal of Affective Disorders.* 2013; 151(2): 500-505. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.06.034>
- [25]. Pugh M. A narrative review of schemas and schema therapy out- comes in the eating disorders. *Clinical Psychology Review.* 2015; 39: 30-41. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.04.003>
- [26]. Ball SA, Maccarelli LM, LaPaglia DM, & Ostrowski MJ. Ran- domized trial of dual-focused versus single-focused individual therapy for personality disorders and substance dependence. *Journal of Nervous and Mental Disease.* 2011; 199(5): 319-328. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182174e6f>
- [27]. Bourdon DE, El-Baalbaki G, Girard D, Lapointe-Blackburn E, & Guay S. Schemas and coping strategies in cognitive-behavioral therapy for PTSD: A systematic review. *European Journal of Trauma & Dissociation.* 2019; 3(1): 33-47. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2018.09.005>
- [28]. Cockram DM, Drummond PD, & Lee CW. Role and treatment of early maladaptive schemas in Vietnam veterans with PTSD. *Clinical Psychology & Psychotherapy.* 2010; 17(3): 165- 182.
- [29]. de Klerk N, Abma TA, Bamelis LL, & Arntz A. Schema therapy for personality disorders: A qualitative study of patients' and therapists' perspectives. *Behavioural and cognitive psychotherapy.* 2017;45(1): 31-45. DOI: 10.1002/cpp.690
- [30]. Tan YM, Lee CW, Averbek LE, Brand-de Wilde O, Farrell J, Fassbinder E, et al. Schema therapy for borderline personality disorder: A qualitative study of patients'

- perceptions. PLoS ONE. 2018; 13(11): <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206039>.
- [31]. Klerk N, Abma TA, Bamelis LL, & Arntz A. Schema therapy for personality disorders: A qualitative study of patients' and therapists' perspectives. Behavioural and cognitive psychotherapy. 2017;45(1): 31-45. doi: 10.1017/S1352465816000357
- [32]. Roediger E, Stevens BA, & Brockman R. Contextual schema therapy: An integrative approach to personality disorders, emotional dysregulation, and interpersonal functioning. California: New Harbinger Publications. 2018. (book)
- [33]. Heydari M, Mami SH, Ahmadi V, Khamosian K. The effectiveness of schema therapy and cognitive behavioral therapy on self-efficacy and quality of life in women with MS. Applied Family Therapy. 2023; 4(1): 570-554. DOI:10.61838/kman.aftj.4.1.27
- [34]. Lins L, Carvalho FM. SF-36 total score as a single measure of health-related quality of life: Scoping review. SAGE open medicine. 2016; 4: 17-25. <https://doi.org/10.1177/2050312116671725>
- [35]. Asghari Moghadam MA, Faqihi S. Validity and reliability of health background questionnaire (short form of 36 questions) in two Iranian samples. Daneshwar Behavat, 2002; 10(1): 1-10. DOI:10.32598/irjns.5.2.79
- [36]. Peeters N, van Passel B, & Krans J. The effectiveness of schema therapy for patients with anxiety disorders, OCD, or PTSD: A systematic review and research agenda. British Journal of Clinical Psychology. 2022; 61(3): 579-597. DOI: 10.1111/bjc.12324
- [37]. Farhadi M, Pasandideh MM, and Waziri S. The effectiveness of schema therapy on reducing stress, anxiety, depression and increasing self-efficacy in patients with multiple sclerosis. Biannual scientific journal of clinical psychology and personality. 2021; 19(2): 57-69. DOI: <https://doi.org/10.5812/mejrh-132571>
- [38]. Cormier A, Jourda B, Laros C, Walburg V, Collahans S. Influence between early maladaptive schemas and depression. Encephale. 2010; 37(4): 293-8. DOI:10.1016/j.encep.2011.01.001
- [39]. Yang E, Klosko S, Weishaar E. Schema therapy, a practitioner's guide. Translation by Hamidpour H, Andouz Z. Tehran: Arjmand. 2011. (book)
- [40]. Dogaheh ER, Yoosefi A, Kami M. Comparison of maladaptive coping styles in patients with migraine and tension headaches with normal group. Pract Clin Psychol. 2014; 2: 211-9. http://jpcp.uswr.ac.ir/browse.php?a_code=A-10-1-24&slc_lang=en&
- [41]. Özge A, Valeriani M, Uluduz D, Guidetti V. Cognitive schemas in primary headache disorders. Frontiers in Neurology. 2023; 14: 1240559. DOI: 10.3389/fneur.2023.1240559
- [42]. Onur OS, Ertem DH, Karsidag C, Uluduz D, Ozge A, Siva A, et al. An open/pilot trial of cognitive behavioral therapy in Turkish patients with refractory chronic migraine. Cognitive neurodynamics. 2019; 13: 183-189. doi: 10.1007/s11571-019-09519-y
- [43]. Paschali M, Lazaridou A, Vilsmark ES, Lee J, Berry M, Grahl A, et al. The "self" in pain: high levels of schema-meshment worsen fibromyalgia impact. BMC Musculoskeletal Disorders. 2021; 22(1): 1-9. DOI: 10.1186/s12891-021-04740-5
- [44]. Kolotkin R. L, Crosby R. D, Gress R. E., Hunt S. C, Engel S. G, Adams, T. D. Health and health-related quality of life: differences between men and women who seek gastric bypass surgery. Surgery for Obesity and Related Diseases. 2008; 4(5), 651-658. doi: 10.1016/j.soard.2008.04.012