

## مقایسه اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر مدل فرانظری و فراشناخت درمانی بر کنترل فکر و کاهش درد در بیماران مبتلا به درد مزمن

تاریخ دریافت: ۹۵/۰۹/۰۶

تاریخ پذیرش: ۹۶/۰۶/۲۶

علی مصطفائی\*، حسین زارع\*\*، احمد علی پور\*\*\*، والی الله فرزاد\*\*\*\*

### چکیده

**مقدمه:** هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر مدل فرانظری و فراشناخت درمانی بر کنترل فکر و کاهش درد در بیماران مبتلا به درد مزمن بود.

**روش:** این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش شامل همه بیماران مبتلا به درد مزمن بالای ۳۰ سال بود که در سال ۱۳۹۴ به مراکز درمانی تحت پوشش بیمارستان دکتر قلی پور بوکان مراجعه کردند. از میان مراجعه‌کنندگان به این مراکز ۱۰۵ بیمار واجد ملاک‌های ورود به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گروه کنترل قرار گرفتند. گروه‌های آزمایش هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس درد مک‌گیل و کنترل فکر ولز و دیوس استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری نشان داد بین سه گروه در نمرات پس‌آزمون کنترل فکر و کاهش درد تفاوت معنی‌داری وجود داشت. نتایج آزمون تعقیبی بیانگر اثربخشی بیشتر و پایدارتر مدل فرانظری نسبت به مدل فراشناختی هم در پس‌آزمون و هم پیگیری دو ماهه بر کنترل فکر و کاهش درد بود.

**نتیجه‌گیری:** برحسب نتایج حاصل از این پژوهش مداخله فرانظری کنترل فکر و کاهش درد بیماران مبتلا به درد مزمن را بیشتر افزایش داد. بنابراین متخصصان بهداشت روانی می‌توانند از این درمان جهت ارتقا کنترل فکر و کاهش درد بیماران استفاده کنند. **واژه‌های کلیدی:** درمان شناختی مبتنی بر مدل فرانظری، فراشناخت درمانی، کنترل فکر، درد، بیماران مبتلا به درد مزمن.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی

mostafaie\_a@yahoo.com

h\_zare@pnu.ac.ir

alipor@yahoo.com

vfarzad@yahoo.com

\* نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری روانشناسی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

\*\* استاد، گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

\*\*\* استاد، گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

\*\*\*\* دانشیار، گروه روانشناسی دانشگاه تربیت معلم، تهران، ایران

## مقدمه

درد<sup>۱</sup> تجربه‌ای حسی و روانشناختی از ناراحتی است که معمولاً با آسیب واقعی یا تهدیدکننده بافت‌ها ارتباط دارد. همه مردم، در گروه‌های سنی مختلف، درد را به نحوی احساس کرده‌اند. به طور مثال، درد زایمان، درد دندان درآوردن، درد زخمی‌شدن، یا بیماری‌های دوران کودکی یا بزرگسالی [۱]. انجمن بین‌المللی درد، درد را یک احساس ناخوشایند و تجربه عاطفی مرتبط با آسیب بافتی حاد یا بالقوه می‌داند. تجربه‌ی درد شامل ابعاد حسی و عاطفی است. بعد حسی درد بیانگر شدت و بعد عاطفی آن نشان دهنده‌ی میزان ناخشنودی فرد از تجربه‌ی درد است که معمولاً تحت تأثیر باورها و هیجانات می‌باشد [۲]. درد یکی از تجربیات درونی است که اغلب بیماران مبتلا به درد مزمن اعتقاد دارند که آسیب را نشان می‌دهد و باید از آن اجتناب کرد. به همین دلیل سعی در کاهش درد و اجتناب از فعالیت دارند و این در حالی است که یکی از علل مهم ناتوانی‌های فیزیکی (عملکردی) و اجتماعی درد مزمن است [۳]. درد مزمن، در واکنش به جراحت یا بیماری معین شروع می‌شود اما در مدت کمتر از ۶ ماه، از بین نمی‌رود [۴].

دردهایی مثل کمر درد، سردرد و درد ناشی از التهاب مفاصل و سرطان، از دردهای مزمن به شمار می‌رود. اصطلاح درد مزمن<sup>۲</sup>، وابسته به نوع بیماری، آسیب یا پیش‌آگهی نیست، بلکه در توصیف دردی به کار می‌رود که بیش از مقدار مورد انتظار ادامه یافته و نشانه‌های اندکی از رفع آن دیده شده است. افراد مبتلا به درد مزمن، ممکن است سندرم درد مزمن را تجربه کنند که وضعیتی است همراه با بدکارکردی جسمی، اجتماعی و رفتاری. واکنش‌های گوناگون هیجانی و روان‌شناختی به بیماری و درد مزمن، از درجه‌ی غیرمنتظره و تهدیدآمیز بودن نسبت به زندگی فرد مبتلا به وجود می‌آید. برخی از واکنش‌های هیجانی و همایندهای روانشناختی متداول در برابر زندگی همراه با درد مزمن، عبارتند از: افسردگی، خشم، تحریک‌پذیری، اضطراب، کاهش عزت نفس، کاهش حافظه و افکار خودکشی. بخشی از ناامیدی برای اغلب بیماران دچار درد مزمن هنگامی پیش می‌آید که درد آنها از دیدگاه پزشکی هیچ دلیل مشخصی ندارد [۵].

طی سالیان متمادی پزشکان روش‌های گسترده‌ای را برای تسکین درد مورد استفاده قرار داده‌اند. امروزه روش‌های روان‌شناختی هم به صورت جداگانه و هم توأم با روش‌های پزشکی در درمان درد مزمن مورد استفاده قرار می‌گیرد و تحقیقات بیانگر کارایی بالای درمان‌های شناختی است. در فراتحلیلی<sup>۳</sup> که از پژوهش‌های سال‌های ۱۹۸۰ تا ۲۰۰۰ میلادی درباره درمان افسردگی در بیماران مبتلا به کمر درد صورت گرفت، نشان داده شد که ترکیبی از درمان‌های پزشکی و روانشناختی، نسبت به استفاده هر یک به تنهایی نتیجه بهتری در درمان این بیماران دارد. چرا که درد مزمن با درمان و بهبود افسردگی تداخل نموده و مانع بهبود افسردگی می‌شود. درمان توأم این دو منجر به ایجاد احساس کنترل بیشتر بر درد و درمان مؤثرتر می‌شود [۶]. کرامر<sup>۴</sup> و اتکینسون<sup>۵</sup> [۷] الگوی تأثیر شناختها بر رفتار مربوط به درد را توصیف می‌کند، و بر انتظاری که بیماران درباره اعمال و باورهایی که آنان درباره کنترل رویدادهای درد دارند، تأکید می‌کند. درد ممکن است منشاء جسمی یا ذهنی، عضوی یا کارکردی و طبی یا روانی داشته باشد. درد مزمن معمولاً با افسردگی، محیط اجتماعی فقیر، محیط غیربهداشتی خانواده در ارتباط است و می‌تواند بر روی درمان‌های جسمانی مؤثر باشد. لذا پیش‌نیاز درمان‌های جسمانی درد مزمن می‌تواند درمان عاطفی و روان‌شناختی باشد.

هدف بیشتر مداخلات درمانی درد مزمن از جمله مداخلات دارویی، جراحی و درمان شناختی رفتاری کاهش یا حذف درد می‌باشد که متأسفانه بعضی اوقات این درمان‌ها کمکی نمی‌کنند و ممکن است بیشتر از این که مفید باشند، ضرر داشته باشند [۳]. در دهه‌های اخیر نسل سوم درمان‌های روانشناختی توسعه یافته‌اند که تحقیقات وسیعی مفید بودن این درمان‌ها را در شرایط جسمی مزمن تأیید کرده‌اند. نسل سوم درمان‌های روانشناختی مهارت‌ها و راه‌کارهایی تدارک می‌بیند که به بیماران اجازه می‌دهد، تجربیات درونی ناسازگار خود را بپذیرد و با زمان حال در تماس باشند

- 1- pain
- 2- chronic pain
- 3- meta-analysis
- 4- Kremer
- 5- Atkinson

مهمی در سلامت بویژه سلامت روان هستند، نیز شروع شده است. به طور مثال در مطالعه شورمز<sup>۱۰</sup> و همکاران [۱۶]، به تداعی بین ذهن آگاهی و عملکرد در نگه داشتن توجه و کنترل فکر و در مطالعه‌ای دیگر همبستگی بین ذهن آگاهی و فراوانی افکار اتوماتیک منفی و توانایی در اجازه دادن به عبور افکار منفی در پژوهش فریون و همکاران [۱۷] پی برده‌اند.

آگاهی فرد از داشتن درد، عدم درگیر شدن با تلاش‌های غیرموثر برای کنترل درد و ادامه دادن به فعالیت‌های زندگی علیرغم وجود درد اهمیت دارد [۳]. فراشناخت درمانی می‌تواند با وارد شدن به این مدل ارتباط بین فاجعه‌پنداری و عدم کنترل، شدت درد را میانجی کند و موجب کاهش درد شود [۱۸]. از زمانی که مداخلات مبتنی بر مدل فراشناخت درمانی معرفی شدند به سرعت تحقیقات در مورد تأثیر این درمان برای انواع شرایط شناختی از جمله کنترل فکر و اثرات آن بر درد رشد کرده‌اند. تحقیقات در زمینه کارایی مدل فراشناخت درمانی در زمینه نارسایی‌های شناختی انجام شده است. مکاسی<sup>۱۱</sup> و همکاران [۱۹] در پژوهشی نشان داد که بین فراشناخت و نارسایی‌های شناختی همبستگی مثبت معنادار وجود دارد. از بین مؤلفه‌های فراشناختی باورهای مثبت در مورد نگرانی، اعتماد شناختی و باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری افکار با نارسایی‌های شناختی رابطه مثبت دارند. لوبان و همکاران [۲۰] براساس پژوهشی مطرح کردند که باورهای فراشناختی در بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی به ویژه در اختلالات اضطراب، اختلال پانیک، اختلال وسواس فکری-عملی و اختلال استرس پس از ضربه مختل تر است.

[۸،۹]. از جمله این درمان‌ها، مداخلات مبتنی بر مدل فرانتز<sup>۱</sup> و فراشناخت درمانی<sup>۲</sup> است.

از روش‌های درمانی مؤثر در کنترل فکر و کاهش درد، فراشناخت درمانی است. فراشناخت مفهومی است که به دانش یا باورهای مربوط به فکر کردن و راهبردهایی که افراد از آنها برای تنظیم و کنترل فرایندهای تفکر استفاده می‌کنند، اشاره دارد. روش‌های مبتنی بر فراشناخت درمانی از نسل سوم روان درمانی هستند که به اندازه تغییر بر پذیرش تاکید می‌کنند و بیشتر مبتنی بر راهبردها و فرآیندهایی است که شناخت‌ها را ارزیابی، کنترل و نظارت می‌کنند. فراشناخت شامل اطلاعاتی در رابطه با شناخت فرد از حالات درونی خود و راهبردهای مقابله‌ای مؤثر بر آنها می‌باشد. فراشناخت‌های غلط به ویژه باورهای منفی به کنترل ناپذیری بیشترین همبستگی را با مجموعه‌ای از مقیاس‌های مرتبط با آسیب‌پذیری دارند [۱۰]. نقش فراشناخت در اختلالات روان‌شناختی از طریق الگوی پردازش اطلاعات به وسیله ولز<sup>۳</sup> و متیوز<sup>۴</sup> [۱۱] توسعه یافته است. در الگوی کارکرد اجرایی خودتنظیمی<sup>۵</sup>، آسیب‌پذیری در مقابل اختلالات روان‌شناختی، تداوم و حفظ این اختلالات با نشانگان شناختی توجهمی مرتبط است که این نشانگان<sup>۶</sup> با تمرکز زیاد بر خود، بازبینی تهدید، پردازش نشخوارگونه، فعال‌سازی باورهای مختل و راهبردهای خودتنظیمی مشخص می‌شود. این الگو نقش فراشناخت را در آسیب‌پذیری در مقابل اختلالات روان‌شناختی و تداوم آن پیش‌بینی می‌کند. همسان با این دیدگاه، بین فراشناخت و شاخص‌های هیجانی و شناختی ارتباط مثبتی به دست آمده است [۱۲]. طبق این مدل، تمرینات ذهن آگاهی به بیماران درد مزمن کمک می‌کند تا فعال‌سازی الگوهای افسردگی را به عنوان واکنش به درد و اختلال عملکرد فیزیکی قطع کنند و بیماران یاد می‌گیرند که با افکار اتوماتیک و احساسات مربوط به درد با یک نگرش پذیرش و گشودگی و شیوه‌ی غیرواکنشی و غیرقضاوتی ارتباط برقرار کنند [۱۳]. مطالعات گروسمن<sup>۷</sup> و همکاران [۱۴] و مک‌کراکن<sup>۸</sup> و تامپسون<sup>۹</sup> [۱۵]، کاهش درد را در بیماری مزمن فیبرومیالژی‌ای که تحت درمان فراشناخت درمانی گزارش کرده‌اند. علاوه بر این تحقیقات، پژوهش‌هایی هم در زمینه تداعی بین ذهن آگاهی و فرایندهای شناختی که مفاهیم

1- meta-theoretical model

2- meta-cognitive therapy

3- Wells

4- Mathews

5- self-regulatory executive function model

6- syndrome

7- Grossman

8- McCracken

9- Thompson

10- Schmertz

11- Mecacci

12- Lobban

الگوی فرانظری دارای ۴ ساختار مرکزی است که شامل مرحله تغییر رفتار<sup>۱</sup>، تعادل تصمیم‌گیری<sup>۲</sup>، خودکارآمدی<sup>۳</sup> و فرآیند تغییر<sup>۴</sup> می‌باشد. ساختار مراحل تغییر رفتار، ساختار مرکزی آن بوده و تنها ساختاری است که دارای بعد زمان می‌باشد [۲۵]. خودکارآمدی که بر نظریه شناختی-اجتماعی آلبرت بندورا مبتنی است به باور شخص در مورد این که چگونه به خوبی می‌تواند در تغییر<sup>۳</sup> موفق باشد، دلالت دارد. در نظام شناختی منظور از خودکارآمدی مفهومی است که به احساسات شایستگی و کفایت شخص در مورد انجام اعمالی که توان آن را در خود می‌بیند، اشاره دارد. از نظر بندورا شخصی که تحت درمان قرار می‌گیرد، دارای دو انتظار است: انتظار پیامد<sup>۴</sup>، برآورد شخص از این موضوع است که یک رفتار معین به پیامد مطلوبی خواهد انجامید و انتظار کارایی<sup>۵</sup>، این اعتقاد است که او می‌تواند به طرز موفقیت آمیز، رفتاری را انجام دهد که پیامد مطلوب مورد هدف را تولید کند [۲۶]. در مدل فرانظری کنترل‌پذیری بیماری به دو بخش تفکیک شده که یکی عقاید فرد را در مورد کنترل شخصی خودش بر بیماری و دیگری، عقاید او درباره تأثیر مراجع درمانی بر بیماریش می‌سنجد. سیر بیماری نیز به دو بخش حاد-مزمن و ادواری تفکیک شده است که اولی عقاید فرد را درباره این نکته که خط سیر زمانی بیماری خود را حاد می‌داند یا مزمن می‌سنجد و دومی عقاید فرد را درباره این که آیا خط سیر زمانی بیماری خود را به صورت دوره‌هایی از عود می‌بیند، می‌سنجد. یک بعد دیگر به نام درک واضح و روشن از بیماری به این مدل افزوده شده که به منزله نوعی فراشناخت عمل می‌کند و

پارا<sup>۱</sup> و همکاران [۲۱] در پژوهشی نشان دادند وجود علائم افسردگی، انزوا، مشکلات روانشناختی، نشخوار فکری (عدم کنترل افکار) با افزایش شدت درد و کاهش کیفیت زندگی در بیماران با درد مزمن همراه است.

همچنین یکی از گروه درمانی‌ها، گروه درمانی مبتنی بر مدل فرانظری می‌باشد که از بین الگوهای آموزش سلامت، الگوی مراحل تغییر یا الگوی فرانظری (ترانس تئوریکال<sup>۲</sup>) که توسط پروچاسکا<sup>۳</sup> و همکاران معرفی شد، بر پایه‌ی دو فرایند اصلی بنیان نهاده شد، اولین فرایند به تمامی فرایندهای تجربی اشاره دارد که شامل افزایش آگاهی، تسکین عاطفی، ارزیابی مجدد خود، ارزیابی مجدد محیط و آزادی اجتماعی است. همچنین فرایندهای رفتاری این مدل شامل شرطی‌زدایی، مدیریت تقویت آزادی خود و روابط یاری‌سان است و به عنوان الگویی یکپارچه و جامع در تغییر رفتار به طور وسیعی جهت ارتقای فعالیت‌ها مورد استفاده قرار گرفته است [۲۲]. براساس این الگو، تغییر رفتار یک فرآیند است نه یک رویداد و افراد دارای سطوح مختلف انگیزه و آمادگی برای تغییر هستند [۲۳] که نشان از کاربردی بودن این مدل دارد. این الگو بر این فرض استوار است که تغییر رفتار در طول زمان و با طی مراحل متوالی فکر میسر می‌شود. این مراحل عبارتند از: مراحل پیش از تفکر<sup>۴</sup>، که در آن فرد قصد تغییر رفتار را طی سه تا شش ماه آینده ندارد. مرحله تفکر<sup>۵</sup>، که در آن فرد به تغییر رفتار خود طی سه تا شش ماه آینده فکر می‌کند. آمادگی<sup>۶</sup>، که در آن شخص به برنامه‌ریزی برای تغییر در آینده نزدیک (معمولاً ۳۰ روز آینده) می‌پردازد. اقدام<sup>۷</sup>، که در آن فرد اقدامات رفتاری آشکاری را در سبک زندگی خود در زمینه رفتار مورد نظر به انجام رسانده است و مرحله نگهداری<sup>۸</sup> یا تثبیت رفتار، که در آن فرد در تلاش برای حفظ رفتار بهداشتی و پیشگیری از بازگشت به عادات غلط قبلی است. این مراحل می‌توانند همانند یک چرخه عمل کنند، به طوری که امکان برگشت یک فرد به مرحله قبل وجود دارد. سه مرحله اول نیت فرد برای تغییر است که در ذهن وی می‌گذرد و دو مرحله آخر تبدیل نیت به عمل می‌باشد که قابل مشاهده است. اما فرد باید مراقب بازگشت به مراحل قبل باشد [۲۴].

- 1- Parra
- 2- Transtheoretical model (TTM)
- 3- Prochaska
- 4- pre-contemplation
- 5- contemplation
- 6- preparation
- 7- action
- 8- maintenance
- 9- stage of behavior change
- 10- decisional balance
- 11- self-efficacy
- 12- process of change
- 13- change
- 14- outcome expectancy
- 15- efficacy

انتخاب مسیرهای زندگی یا تغییر خود، دست به انتخاب بزند [۳۱]. برخلاف شناخت درمانی سنتی به جای تاکید روی ارزیابی و تغییر اعتبار محتوای افکار و ایجاد افکار جانشین، مدل فرانظری روی تغییر انتخاب آگاهانه افراد از ارتباط بین این افکار، هیجانات و عملکرد تاکید می‌کند، به نحوی که تاکید بر فعالیت و راهبردهای که منجر به خودتنظیمی و در نهایت خودکارآمدی در مقابله با درد مزمن دارد. از زمانی که مداخلات مبتنی بر مدل فرانظری معرفی شدند به سرعت تحقیقات در مورد تأثیر این درمان برای انواع شرایط طبی مزمن رشد کرده‌اند. در چند سال گذشته تحقیقات گسترده درمان در بیماری‌های مزمن از جمله آرتريت روماتويد، مشکلات عملکردی، خودکنترلی، سندرم خستگی مزمن و سندروم وابسته به مواد بررسی کرده‌اند. پژوهش دینیز<sup>۲</sup> و همکاران [۳۲] که بر روی ۹۳۲ فرد در برزیل که از ناراحتی جسمانی و عملکردی رنج می‌بردند از طریق مداخله روش مدل فرانظری باعث افزایش در فعالیت‌های جسمانی و کاهش درد در نمونه مورد بررسی گردید. مولینا<sup>۳</sup> و همکاران [۳۳] مدل ترانس تئوریک را در ۸ جلسه روی ۱۷۳ نفر انجام دادند که باعث افزایش فعالیت‌های ارادی، خودکنترلی و عملکردی در نمونه مورد بررسی شدند. همچنین در تحقیقات موندورف<sup>۴</sup> و همکاران [۳۴]، که با مدل ترانس تئوریک روی ۲۹۵ نفر انجام گرفت باعث افزایش خودکارآمدی و کنترل در رفتار عملکردی و خودتنظیمی نمونه مورد بررسی گردید. که نتایج آن‌ها نشان دهنده تأثیر متوسط تا مطلوب مداخلات مبتنی بر مدل فرانظری در جمعیت بالینی این مطالعات است. همچنین بیماران مبتلا به درد مزمن که بعلت مشکلات و محدودیتهای فراوانی مرتبط با بیماری جسمانی خود با علایم متعدد همچون عدم کنترل ارادی بر افکار، نشخوار فکری، درآمیختگی افکار، دردی مداوم و اضطراب شدید با توجه به محدودیت‌ها و دردهای مزمن خود روبه‌رو هستند. همچنین این بیماران معمولاً تمام به پایش محیط، اطرافیان

می‌کوشد دریابد تا دیگر ابعاد بازنمایی‌های ادراکی فرد از بیماریش، تا چه حدودی درک واضح و روشنی را از بیماری برایش فراهم نموده‌اند. از آن جا که مدل یک مدل خودتنظیمی (موازی) است که معتقد است به موازات بازنمایی‌های شناختی هر فردی از بیماری، بازنمایی‌های عاطفی از بیماری نیز در او شکل می‌گیرد، متمایز از حالت خلقی عمومی بیمار است [۲۷]. در این مدل، خودکارآمدی با بررسی میزان وسوسه مراجع به انجام رفتار مشکل‌ساز و میزان اعتماد به نفس او در خودداری از انجام آن رفتار در برابر وسوسه‌ها، ارزیابی شده است [۲۸]. همچنین بندورا<sup>۱</sup> معتقد است، مهم‌ترین تغییر درمانبخش، افزایش سطح خودکارآمدی مراجع است که چنین تغییری از طریق مداخلات عملکردمدار حاصل می‌شود [۲۹]. بر این اساس، نظریه کارایی شخصی پیش‌بینی می‌کند که درمان، زمانی مؤثر خواهد بود که بتواند انتظارات معقول درمانجویان را از آن چه می‌توانند به دست آورند و تداوم بخشند، افزایش دهد [۲۹]. مدل فرانظری مؤثرترین روش عملکردگرا است چون به افراد کمک می‌کند تا ضرورت ایجاد تغییر در رفتارهایش را احساس کرده، از این طریق، انگیزه‌اش را برای درمان بالا می‌برد. استفاده از مدل مراحل تغییر برای درک مکانیسم تغییر رفتار چهار مزیت عمده دارد: الف: مراحل تغییر فرد را تعیین می‌کند تا محقق بتواند براساس مرحله و نیاز، مداخله مناسب آن را طراحی کند. ب: با اتخاذ رویکرد مراحل تغییر، محقق می‌تواند جمعیت غیرفعال را در سه دسته پیش‌تفکر، تفکر و آمادگی تقسیم‌بندی کند. ج: با تعیین آمادگی فردی برای تغییر و تعیین ارتباط بین سازه‌های مختلف می‌توان احتمال موفقیت شخص را در اتخاذ و حفظ رفتارهای هدف پیشگویی کرد. د: تمرکز واضح و آشکار بر اندازه‌گیری سازه‌ها، زیر بنایی قوی برای مدل فراهم می‌کند (در جمعیت‌های مختلف و رفتارهای مختلف، متغیرهای مختلفی برای حرکت از یک مرحله به مرحله دیگر وجود دارد [۳۰]). از آن جا که در مدل فرانظری تغییرکردن از راه انتخاب، نقطه مقابل تغییر کردن از طریق ایجاد تغییرات در محرک‌های شرطی که پاسخ‌های ما را کنترل می‌کنند، می‌باشد؛ لذا از نظر تجربی افزایش انتخاب مستلزم آن است که فرد از گزینه‌های جدیدی همچون ایجاد هوشیارانه راه‌هایی برای زندگی، آگاه شود و در زمینه

1- Bandura  
2- Diniz  
3- Molina  
4- Mundorf

**آزمودنی‌ها:** جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر شامل بیماران مراجعه‌کننده به کلینک دکتر قلی پور بوکان بودند که توسط متخصص مغز و اعصاب تشخیص درد مزمن داده شده بودند و با دامنه سنی ۶۳-۴۲ سال بودند. شرکت‌کنندگان تعداد ۱۰۵ نفر به عنوان نمونه به شیوه در دسترس انتخاب شدند و این افراد به صورت تصادفی به دو گروه آزمایشی ۳۵ نفره و یک گروه کنترل ۳۵ نفره جایگزین شدند. برای غربالگری بیماران از ملاک‌های ورود و خروج به پژوهش استفاده گردید. ملاک‌های ورود عبارتند از: زن بودن، سن بالای ۳۰ سال، درد مزمن، حداقل سواد خواندن و نوشتن جهت تکمیل پرسشنامه‌ها، گرفتن رضایت و تمایل آگاهانه برای شرکت در پژوهش، توانایی شرکت در جلسات و همکاری در انجام تکالیف برخوردار باشند. ملاک‌های خروج عبارتند از: سوء مصرف الکل یا مواد مخدر، سابقه شرکت در کلاس‌های آموزشی، اختلالات روانپزشکی شدید نظیر سایکوز، تحت درمان به علت یک بیماری جسمی یا روان شناختی دیگر و یا عدم تمایل بیمار برای ادامه درمان بودند. البته بعد از انتخاب افراد، چنانچه هر فرد در مداخله، بیش از دو جلسه غیبت داشت، از گروه خارج گردید. این افراد به صورت تصادفی به دو گروه آزمایشی ۳۵ نفره و یک گروه کنترل ۳۵ نفره جایگزین شدند. باید اینجا مطرح نماییم که در گروه آزمایش مبتنی بر مدل فرانظری چهار نفر و فرانشاخت درمانی سه نفر حاضر به ادامه همکاری با پژوهشگر نشدند و نتایج حاصل از ۳۱ و ۳۲ نفر از شرکت‌کنندگان تحلیل گردید. شرکت‌کنندگان پرسشنامه مقیاس درد مک‌گیل جهت کنترل میزان درد و مقیاس درآمیختگی افکار را در دوره پیش‌آزمون و پس‌آزمون تکمیل کردند. همچنین، به دلیل ملاحظات اخلاقی در پایان پژوهش درمان‌شناختی مبتنی برمدل فرانظری برای گروه کنترل نیز اجرا شد. شرکت‌کنندگان پرسشنامه مقیاس درد مک‌گیل و مقیاس کنترل فکر را در دوره پیش‌آزمون و پس‌آزمون تکمیل کردند.

### ابزار

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش عبارت بودند از:

۱- پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت شناختی: بیماران با استفاده از یک پرسشنامه محقق ساخته اطلاعات خود را در

و وضعیت فیزیولوژیکی و جسمانی خود می‌پردازند و کیفیت، بهزیستی زندگی آنها در معرض خطر است. در این پژوهش با توجه به وجود نشخوار فکری و عدم کنترل بر افکار در افراد با درد مزمن و با توجه به شناسایی تحریف‌های شناختی با کمک درمان فرانشاختی و به تغییر باورهای فرانشاختی در این بیماران پرداخته شد. همچنین از مدل فرانظری بعنوان یک مدل جدید که به مساله تغییرکردن از راه انتخاب می‌پردازد مورد توجه قرار داد. لذا از نظر تجربی این مدل بر افزایش انتخاب تأکید دارد که مستلزم آن است که فرد از گزینه‌های جدیدی همچون ایجاد هوشیارانه راه‌هایی برای زندگی، آگاه شود و در زمینه انتخاب مسیرهای زندگی یا تغییر خود، دست به انتخاب بزند و مراحل تغییر فرد را تعیین می‌کند تا براساس مرحله و نیاز، مداخله‌ی مناسب و لازم را دریافت نمود.

به هر حال در پیشینه تحقیق، پژوهشی که مقایسه اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر مدل فرانظری و فرانشاخت درمانی بر کنترل فکر و کاهش درد در بیماران مبتلا به درد مزمن بررسی کرده باشد، وجود نداشت و از طرفی در ایران نیز در چند ساله اخیر تحقیقات روبه رشدی در مورد تاثیر مداخلات مبتنی بر فرانشاخت درمانی در بیماری‌های مزمن انجام شده است، اما پژوهشی که به مقایسه اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر مدل فرانظری و فرانشاخت درمانی بر کنترل فکر و کاهش درد در بیماران مبتلا به درد مزمن بررسی کرده باشد، گزارش نشده است. لذا تحقیق حاضر برای رفع نقایص موجود با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر مدل فرانظری و فرانشاخت درمانی بر کنترل فکر و کاهش درد در بیماران مبتلا به درد مزمن می‌باشد. آیا درمان شناختی مبتنی بر مدل فرانظری می‌تواند شدت درد بیماران مبتلا به درد مزمن را کاهش دهد؟ آیا فرانشاخت درمانی می‌تواند شدت درد بیماران مبتلا به درد مزمن را کاهش دهد؟ و به طور کلی مدل فرانظری و فرانشاختی می‌تواند باعث کنترل فکر و کاهش درد شوند؟

### روش

**طرح پژوهش:** طرح پژوهش حاضر در زمره‌ی پژوهش‌های نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود.

مورد سن، جنس، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل گزارش کردند.

۲- پرسشنامه درد مک‌گیل: پرسشنامه درد مک‌گیل کاربردی‌ترین ابزار استاندارد سنجش درد مزمن است. پرسشنامه تجدید نظر شده درد مک‌گیل در سال ۲۰۰۹ توسط دورکین و همکاران به منظور بسط و تکمیل پرسشنامه قدیمی مک‌گیل با اضافه کردن نشانه‌های هر دو نوع درد نوروپاتیک و غیرنوروپاتیک در ۲۲ ماده و با اصلاح چهارچوب پاسخ و تبدیل آن با دامنه‌ی ۰ تا ۱۰ در رابطه با شدت درد، بر روی ۸۸۲ نفر که دارای نشانه‌های متنوع درد بودند و همچنین ۲۲۶ بیمار مبتلا به دیابت با درد نوروپاتیک که در آزمایش بالینی تصادفی شرکت کرده بودند، مورد بررسی قرار گرفت. یافته‌های دورکین<sup>۱</sup> و همکاران [۳۵] نشان دهنده‌ی اعتبار و پایایی قابل قبول این پرسشنامه بود. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی حاکی از وجود چهار خرده مقیاس درد پیوسته، درد متنوع، درد نوروپاتیک و درد عاطفی بود. ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۷، ۰/۸۳ و ۰/۸۶ گزارش شده است [۳۵]. در این پژوهش هم‌چنین میزان آلفای کرونباخ کل مقیاس، ۰/۸۴ به دست آمد.

۳- پرسشنامه کنترل فکر: توسط ولز و دیویس که برای اندازه‌گیری تمایل افراد به استفاده از راهبردهای خاص فراشناختی و کنترل افکار مزاحم و ناراحت‌کننده به کار برده‌اند [۳۶]. یک پرسشنامه ۳۰ گویه‌ای است. که پنج راهبرد آسیب‌زا که فرد جهت کنترل افکار نامطلوب و مزاحم به کار می‌برد می‌سنجد. این عوامل شامل این موارد هستند: حواس‌پرتی، کنترل اجتماعی، نگرانی، تنبیه و ارزیابی مجدد. این پرسشنامه در مقیاس لیکرت بوده و هر سوال دارای چهار گزینه می‌باشد. هریک از خرده مقیاس‌های آن دارای ۶ سوال می‌باشد. و در مجموع ۳۰ سوال دارد. مطالعات تجربی با پرسشنامه کنترل فکر نشان داده است که راهبردهای کنترل فکر با طیفی از شاخص‌های منفی سلامت روان شناختی همبسته است [۳۶]. در این پژوهش هم‌چنین میزان آلفای کرونباخ کل مقیاس، ۰/۷۶ به دست آمد.

**روند اجرای پژوهش:** جهت اجرای پژوهش، ابتدا به مراکز بهداشتی و درمانی شهری شهرستان بوکان مراجعه

شد. از مسئولان این مراکز خواسته شد لیست بیماران مبتلا به درد مزمن را که در گذشته به این مراکز مراجعه کرده‌اند در اختیار پژوهشگر قرار دهند. سپس با بیمارانی زن که ۳۰ سال به بالا بودند و حداقل تحصیلات سوم راهنمایی داشتند تماس گرفته شد و از آنها خواسته شد که در صورت تمایل در این پژوهش همکاری کنند. با کسانی که حاضر به همکاری شدند و طی ۶ ماه گذشته درمان دارویی و روانشناختی دریافت نکرده بودند، که توسط متخصص مغز و اعصاب تشخیص درد مزمن داده شده بودند و براساس ملاکهای ورود انتخاب شدند. قبل از اجرای پژوهش، ماهیت و هدف پژوهش برای شرکت‌کنندگان تشریح شد و به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات به دست آمده از آنها محرمانه بوده و نتایج پژوهش بدون ذکر نام و نشان آنها منتشر خواهد شد و هر زمان که بخواهند می‌توانند از پژوهش خارج شوند. پس از اخذ رضایت‌نامه کتبی، شرکت‌کنندگان به صورت تصادفی در سه گروه ۳۵ نفره قرار گرفتند: دو گروه به عنوان گروه آزمایشی درمان شناختی مبتنی بر مدل فرانظری و فراشناخت درمانی و یک گروه به عنوان گروه کنترل. بیماران گروه تحت مدل فرانظری و گروه فراشناخت درمانی در بخش آنکولوژی بیمارستان دکتر قلی پور شهر بوکان توسط پژوهشگر که دوره‌های مدل فرانظری و فراشناخت درمانی را گذرانده و در این زمینه دارای تخصص و تجربه‌های لازم بود، هر هفته به مدت ۲ جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه شرکت‌کنندگان تحت مداخله قرار گرفتند. برنامه جلسات درمان در هر دو گروه به صورت گروهی طی ۸ جلسه انجام شد و در این بین افراد گروه کنترل هیچ مداخله روانشناختی دریافت نکردند. به منظور کنترل اثر سرایت مداخله یگ گروه به گروه دیگر تشکیل جلسات درمان در روزهای مجزا در هفته بود. بعد از اتمام جلسات درمانی دوباره برای هر سه گروه مقیاس مقیاس درد مک‌گیل و مقیاس کنترل فکر اجرا شد. خلاصه دستورالعمل اجرای جلسات مداخله مدل فرانظری و فراشناخت درمانی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول (۱) محتوای جلسات درمان مدل فراشناخت و فرانظری

مدل فرانظری	مدل فراشناخت
جلسه اول: معارفه، ارزیابی و گردآوری داده‌هایی چون ماهیت نشانه‌ها و درآمختگی افکار	جلسه اول: معارفه، ارزیابی و گردآوری داده‌هایی چون ماهیت نشانه‌های درد و کنترل درآمختگی افکار، اعمال آیینی، معرفی هیجان‌ها و ابعاد آن
جلسه دوم: معرفی درد مزمن و ارتباط آن با شدت درد و درآمختگی افکار، افزایش آگاهی (Consciousness): فرآیندی تجربی است که مستلزم افزایش آگاهی در مورد علل، عوامل، پیامدها و درمان‌های یک رفتار پرخطر یا غیربهداشتی است.	جلسه دوم: معرفی بیماری، شدت درد و کنترل درآمختگی افکار به عنوان بی‌نظمی هیجانی و ترسیم نمودار فراشناختی آن، معرفی منطق درمان فراشناختی و الگوی فراشناختی و تعیین اهداف درمانی، شناسایی و فراخوانی شناخت واژه‌های منفی
جلسه سوم: آموزش تخلیه هیجان‌ها و تسکین نمایشی (Dramatic Relief) که در این فرآیند فرد به بیان احساسات و تجربیات گوناگون خود پیرامون تغییر یک رفتار خاص می‌پردازد.	جلسه سوم: آموزش تکنیک فاصله گرفتن از ذهن آگاهی (بیماران یاد بگیرند که با افکار همچون ابری در ذهن خود برخورد کنند، چنانچه نیاز به پردازش نداشته باشد).
جلسه چهارم: آموزش خودارزشیابی مجدد (Self-Reevaluation) است، این فرآیند تجربی شامل فرآیند ارزیابی شناختی و عاطفی فرد از تصویر ذهنی از خود، در صورت اتخاذ و عدم اتخاذ رفتار جدید می‌باشد.	جلسه چهارم: ارزیابی فراباوروری مثبت و منفی جهت تغییر فراباورهای راجع به آیین‌مندی‌ها و درآمختگی‌ها. آموزش تجربی رفتاری، ارایه اسناد مجدد کلامی جهت شکستن سیکل درآمختگی از طریق سؤالاتی درباره‌ی سازوکار درآمختگی افکار یعنی کاهش ناهمخوانی، بازنگری
جلسه پنجم: آموزش خودرهاسازی (Self-liberation) که به معنی باور به امکان پذیر بودن تغییر رفتار و تعهد به اقدام براساس این باور می‌باشد. همچنین در تمام مراحل آموزش روابط باری‌رسان (Helping Relationships) صورت می‌گیرد.	جلسه پنجم: آموزش جهت درگیر شدن با نشخوار فکری، نگرانی تکرار شونده و تضعیف باورهای مربوط و ایجاد سبک سازگارتر فکری و رفتاری (جریان پردازشی جدید). توضیح تفاوت شیوه‌ی پردازشی بین افراد بهنجار و بیمار.
جلسه ششم: آموزش جانشین‌سازی یا شرطی‌سازی متقابل (Counter Conditioning): شرطی‌سازی متقابل اشاره به فرآیند رفتاری دارد که مستلزم یادگیری رفتار جدید و سالم‌تر جهت جایگزینی آن با رفتار ناسالم می‌باشد.	جلسه ششم: آموزش رویکردهای رفتاری درمان است. روش‌های تحلیل سود و زیان، آزمایش به تعویق انداختن رفتارهای آیینی، روش آموزش توجه <sup>۱</sup> و تمرکز مجدد توجه موقعیتی <sup>۲</sup> جهت کاهش شدت و درآمختگی افکار
جلسه هفتم: آموزش مدیریت اقتضایی یا مدیریت تقویت Contingency (Reinforcement) Management است. اشاره به فرآیند رفتاری دارد که از تقویت‌ها و تنبیه‌ها برای گام برداشتن در یک مسیر خاص بهره می‌برد	جلسه هفتم: آموزش به بیمار جهت فاصله انداختن از غنی‌سازی ذهن از درد و کنترل افکار ناخواسته، به تعویق انداختن نگرانی و توسعه هوشیاری. برنامه‌های رفتاری اصلاح توجه، مواجهه و تجارب جلوگیری از پاسخ.
جلسه هشتم: آماده کردن شرکت‌کنندگان برای اختتام جلسه، کنترل محرک‌ها (Stimulus Control) که فرآیندی رفتاری است و به معنی از بین بردن سرنخ‌های رفتار غیربهداشتی و برانگیختن جایگزین‌های سالم‌تر می‌باشد. شناسایی موانع موجود در به کارگیری روش‌ها، علت‌یابی و رفع آن و در نهایت نتیجه‌گیری. در هر جلسه علاوه بر مرور جلسه قبل و تمرینات جلسه‌ی قبل، تکالیف خانگی نیز داده شد [۱۰]	جلسه هشتم: آماده کردن شرکت‌کنندگان برای اختتام جلسه، اصلاح نشانه‌های توقف و ملاک دانستن، طرح‌ریزی اولیه، طرح‌ریزی جایگزین، شناسایی موانع موجود در به کارگیری روش‌ها، علت‌یابی و رفع آن و در نهایت نتیجه‌گیری. در هر جلسه علاوه بر مرور جلسه قبل و تمرینات جلسه‌ی قبل، تکالیف خانگی نیز داده شد [۱۰]

- 1- attention training techniques
- 2- situational attention refocusing



## یافته‌ها

در مطالعه حاضر، گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر سن و سطح تحصیلات هم‌تا شدند. میانگین و انحراف معیار سن در گروه شناختی مبتنی بر مدل فرانظری، فراشناخت درمانی و کنترل به ترتیب برابر با  $39/76$  ( $5/87$ )،  $40/25$

( $4/87$ ) و  $39/90$  ( $5/45$ ) بود. جدول ۲، میانگین و انحراف معیار متغیرهای کنترل فکر و شدت درد در بیماران مبتلا به درد مزمن در سه گروه درمان شناختی مبتنی بر مدل فرانظری، فراشناخت درمانی و گروه کنترل به تفکیک پیش‌آزمون و پس‌آزمون را نشان می‌دهد.

جدول ۲) میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

کنترل		فراشناخت درمانی		درمان مبتنی بر مدل فرانظری			
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	سنجش	متغیر
۲/۹۳	۲۰/۳۱	۲/۷۱	۱۹/۷۷	۲/۲۹	۱۹/۳۱	پیش‌آزمون	کنترل فکر
۲/۵۷	۲۰/۰۸	۲/۶۸	۱۶/۷۷	۱/۸۸	۱۴/۲۳	پس‌آزمون	
۲/۲۹	۲۰/۳۱	۲/۷۳	۱۷/۴۶	۲/۳۳	۱۵/۳۸	پیگیری	
۱۷/۶۷	۸۸/۵۶	۱۷/۲۵	۸۹/۰۵	۱۶/۵۰	۸۷/۲۰	پیش‌آزمون	شدت درد
۱۵/۴۲	۸۶/۶۰	۱۵/۷۲	۸۱/۲۲	۱۵/۶۱	۸۰/۸۵	پس‌آزمون	
۱۶/۵۴	۸۷/۶۸	۱۶/۹۸	۸۱/۶۴	۱۵/۴۸	۸۰/۶۴	پیگیری	

جدول ۲، میانگین و انحراف معیار شاخص‌های کنترل فکر و شدت درد طی سه مرحله ارزیابی در گروه‌های آزمایش و کنترل را نشان می‌دهد. بر این اساس، میانگین شاخص‌های مذکور در گروه‌های آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با گروه کنترل تغییر یافته است. در ادامه جهت بررسی نقش درمان مبتنی بر مدل فرانظری و فراشناخت درمانی بر شاخص‌های کنترل فکر و میزان درد مبتلا به درد مزمن از آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شد. استفاده از آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره مستلزم رعایت پیش‌فرض‌های آماری مانند: (۱) نرمال بودن، (۲) همگنی واریانس‌ها، (۳) همگنی شیب‌های رگرسیون و (۴) هم خطی چندگانه می‌باشد که مورد تحلیل قرار گرفت. پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای کنترل فکر و شدت درد با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنف بررسی شد و آماره Z کولموگروف-اسمیرنف برای متغیرهای کنترل فکر و شدت درد به ترتیب برابر با  $0/583$  و  $0/65$  به دست آمد که در سطح ( $0/05$ ) معنی‌دار نیست. یعنی توزیع متغیرها در نمونه نرمال است. براساس آزمون ام باکس که برای هیچ یک از متغیرها معنی‌دار نبوده است، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس/کواریانس به درستی رعایت شده است. نتایج نشان داد که ماتریس واریانس-کواریانس‌ها همگن هستند ( $P=0/24 > 0/05$ )،  $F=1/93$ ، فرض همگنی رگرسیون پشتیبانی می‌نماید.

داری آن برای همه متغیرها، شرط برابری واریانس‌های بین گروهی رعایت شده است. نتایج آزمون لامبدای ویلکز نشان داد که اثر گروه بر کنترل فکر و شدت درد معنادار می‌باشد ( $P < 0/01$ ،  $F=23/22$ ،  $0/153 =$  لامبدای ویلکز). آزمون فوق قابلیت استفاده از تحلیل کواریانس چند متغیره (مانکوا)<sup>۱</sup> را مجاز شمرد. با توجه به نتایج آزمون همگنی رگرسیون، چون F محاسبه شده برای تعامل گروه و پیش-آزمون در سطح کمتر از  $0/05$  معنادار نمی‌باشد، لذا داده‌ها از فرض همگنی رگرسیون پشتیبانی می‌نماید.

مستلزم رعایت پیش‌فرض‌های آماری مانند: (۱) نرمال بودن، (۲) همگنی واریانس‌ها، (۳) همگنی شیب‌های رگرسیون و (۴) هم خطی چندگانه می‌باشد که مورد تحلیل قرار گرفت. پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای کنترل فکر و شدت درد با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنف بررسی شد و آماره Z کولموگروف-اسمیرنف برای متغیرهای کنترل فکر و شدت درد به ترتیب برابر با  $0/583$  و  $0/65$  به دست آمد که در سطح ( $0/05$ ) معنی‌دار نیست. یعنی توزیع متغیرها در نمونه نرمال است. براساس آزمون ام باکس که برای هیچ یک از متغیرها معنی‌دار نبوده است، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس/کواریانس به درستی رعایت شده است. نتایج نشان داد که ماتریس واریانس-کواریانس‌ها همگن هستند ( $P=0/24 > 0/05$ )،  $F=1/93$ ، فرض همگنی رگرسیون پشتیبانی می‌نماید.

(M BOX's = 18/61). براساس آزمون لوین و عدم معنی-

1- multivariate analysis of covariance (mancova)

## جدول ۳) آماره چندگانه تحلیل کوواریانس

آزمون	ارزش	نسبت F	درجه آزادی	سطح معناداری
اثر پیلای	۱/۳۷	۱۸/۵۹	۱۰۲	۰/۰۱
لامبدای ویکلز	۰/۲۸	۳۴/۰۷	۱۰۲	۰/۰۱
اثر هتلینگ	۱۱/۲۳	۶۱/۳۹	۱۰۲	۰/۰۱
بزرگترین ریشه روی	۱۲/۵۷	۱۲۵/۳۸	۱۰۲	۰/۰۱

منظور بررسی نقش درمان مبتنی بر مدل فرانظری و فراشناخت درمانی بر کنترل فکر و شدت درد از آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره (مانکوا) استفاده گردید که نتایج مربوط به آن در جدول ۴ آمده است.

یافته‌های ارائه شده در جدول ۳، نشان می‌دهد که پس از حذف اثر پیش‌آزمون، در تمامی شاخص‌های فوق بین سه گروه تفاوت معناداری وجود دارد. باید گفت که با توجه به ضرایب همبستگی متوسط بین متغیرهای این فرضیه، تمامی متغیرها در این فرضیه مورد تحلیل قرار گرفتند. در ادامه به

## جدول ۴) آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری برای مقایسه میانگین متغیرهای پژوهش در سه گروه

متغیر وابسته	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	ضریب اتا
کنترل فکر	پیش آزمون	۲۳۵/۳۶	۱	۲۳۵/۳۶	۲۱۵/۸۱	۰/۳۴	
	گروه	۱۷۰۳/۱۳	۲	۷۱۶/۱۷	۵۲۰/۸۲	۰/۰۰۱	۰/۸۳
شدت درد	پیش آزمون	۳۵۲/۲۳	۱	۳۵۲/۲۳	۴۸/۱۴	۰/۳۸	
	گروه	۱۶۲۸/۲۰	۲	۶۳۸/۵۶	۱۹۲/۱۵	۰/۰۰۱	۰/۸۷

دارد و گروه‌های آزمایش نسبت به گروه کنترل اثرگذار هستند. اما برای این که به طور مشخص تفاوت بین گروهها و مقایسه دو به دوی میانگین‌ها مورد بررسی قرار گیرد از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

همان طور که در جدول ۴ مشاهده می‌گردد با فرض کنترل اثرات پیش‌آزمون، مداخلات مبتنی بر مدل فرانظری و فراشناخت درمانی باعث بهبودی، کنترل فکر و کاهش شدت درد بیماران مبتلا به درد مزمن می‌شود ( $P \leq 0/001$ ). نتایج نشان داد که بین سه گروه آزمایش و کنترل در زمینه شاخص‌ها (کنترل فکر و شدت درد) تفاوت معناداری وجود

## جدول ۵) آزمون کم‌ترین تفاوت معنادار بین سه پژوهش در متغیرهای کنترل فکر و شدت درد

گروه	در مقایسه با گروه	متغیر	اختلاف میانگین	سطح معناداری
درمان فرا نظری	درمان فراشناختی	کنترل فکر	۴/۸۸	۰/۰۰۱
		شدت درد	۳/۳۷	۰/۰۰۱
	کنترل	کنترل فکر	۶/۷۱	۰/۰۰۰
		شدت درد	۵/۷۵	۰/۰۰۱
درمان فراشناختی	کنترل	کنترل فکر	۳/۸۳	۰/۰۰۰
		شدت درد	-۵/۳۸	۰/۰۰۱

و فراشناخت درمانی) با گروه کنترل اختلاف معناداری به دست آمده است. لذا با توجه به یافته‌های یاد شده می‌توان گفت که درمان مبتنی بر فرانظری و فراشناخت درمانی موجب ارتقاء شاخص‌ها (کنترل فکر و شدت درد) در افراد

همان طور که در جدول ۵ مشاهده می‌گردد که بین سه گروه در متغیرهای کنترل فکر و شدت درد تفاوت معنی‌دار در سطح  $P \leq 0/001$  وجود دارد. نتایج بیانگر این است که بین شاخص‌ها گروه‌های آزمایش (درمان مبتنی بر مدل فرانظری

روانشناختی برای بسیاری از بیماران مبتلا به درد مزمن سودمند است، بویژه هنگامی که این مداخلات باعث افزایش سطوح فعالیت جسمانی شود. پیامدهای روانشناختی و پزشکی تحت تأثیر باورهای بیماران در مورد علائم، علت، اثرات و پیامدها، طول مدت، کنترل یا درمان بیماری‌هایشان می‌باشد.

همچنین این نتیجه را بدین‌گونه می‌توان تبیین کرد که یادگیری رفتار جدید و مناسب برای مقابله با درد، احساس تسلط و توانمندی را در افراد به وجود می‌آورد. همچنین به نظر می‌رسد مکانیزم مسئول برای موفقیت درمان فرانظری، مکانیسم فرضی برای تغییر درمانی، هماهنگ‌ساختن نظام اعتقادی فرد به صورت نزدیکتری با واقعیت زندگی اوست تا مسئولیت زندگی و تغییرات مورد نظر را در آن بپذیرد. بنابراین نقش خود مراجعه‌کننده در قبول کردن امکان تغییر توسط خود او هدف درمان فرانظری است. کاربرد درمانی این مدل تبیینی این است که به اصلاح نظام اعتقادی و انگیزشی فرد اهمیت بیشتری داده شود، نه این که از او خواسته شود تا در مقابله با موقعیت‌های پرخطر از آنها اجتناب نماید؛ چون بسیاری از موقعیت‌ها اجتناب ناپذیرند. پس با ایجاد تغییرات انگیزشی، شناختی و رفتاری براساس مدل فرانظری که مدل مناسبی به نظر می‌رسد، می‌توان نتایج بهتری در درمان کسب کرد.

همچنین مک‌کراکن و ولمن [۴۰] و مورنو، لینچ، گریکو، تیندل و وینر [۴۱] در پژوهش خود نشان دادند که انعطاف-پذیری شناختی و حضور ذهن بالاتر با رنج و ناتوانی کمتر در بیماران مبتلا به نشانگان درد همراه است. در تبیین این یافته باید به دلایل اصلی افزایش ادراک درد و کاهش عملکرد (شناختی و رفتاری) در این دسته از بیماران پرداخت. مدل‌های روانشناختی درد مزمن از جمله مدل ترس اجتناب نشان می‌دهند که شیوه‌ای که مردم احساس دردشان را تفسیر می‌کنند و یا به آن پاسخ می‌دهند فاکتور مهمی در تجربه درد است. فاجعه‌آمیز کردن درد، گرایشی مبالغه‌آمیز و منفی نسبت به تجربه‌ی درد واقعی یا پیش‌بینی شده است که باعث افزایش شدت درد، آشفتگی و ناتوانی در بیماران مبتلا به دردهای مزمن عضلانی اسکلتی می‌شود [۴۲].

در بررسی سؤال پژوهش، که در مورد مقایسه اثربخشی دو مدل فرانظری و فراشناخت درمانی بر کنترل فکر، میزان درد

مبتلا به درد مزمن اساسی گردیده است و درمان مبتنی بر مدل فرانظری نسبت به فراشناخت درمانی نقش مؤثرتری داشته است.

## بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی مقایسه اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر مدل فرانظری و فراشناخت درمانی بر کنترل فکر و کاهش درد در بیماران مبتلا به درد مزمن انجام شد. تجزیه و تحلیل یافته‌ها نشان می‌دهد که هر دو مدخله فرانظری و فراشناخت برای بهبود کنترل فکر و کاهش درد مبتلایان به درد مزمن مفید و مؤثر هستند. گروه‌های آزمایشی که هر یک به نوعی مداخله درمانی را دریافت کرده بودند، در مقایسه با گروه کنترل که در لیست انتظار بود و به غیر از دارو درمانی، مداخله روان شناختی دریافت نکرده بود، در متغیر وابسته که شامل کنترل فکر و کاهش درد بود، بهبودی معنی‌دار و پایدارتری را نشان دادند. همچنین تفاوت‌های معنی‌داری در اثربخشی دو شیوه درمانی بر متغیر مورد مطالعه در سه مرحله ارزیابی، دیده شد که براساس آن‌ها می‌توان گفت: مداخلات فراشناخت درمانی اثربخشی سریع‌تر ولی ناپایدارتری نسبت به مداخلات مبتنی بر مدل فرانظری بر (کنترل فکر و میزان درد) بیماران مبتلا به درد مزمن دارد.

با توجه به نتایج حاصل شده، به تشریح فرضیه‌های پژوهش حاضر به شرح زیر پرداخته می‌شود:

فرض بر این بود که مداخلات مبتنی بر مدل‌های فرانظری و فراشناختی باعث کنترل فکر و کاهش درد بیشتر در بیماران مبتلا به درد مزمن می‌شود. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس نشان داد که بعد از انجام مداخله و پیگیری دو ماهه، تفاوت معنی‌داری بین گروه‌های آزمایشی و کنترل (که در مرحله پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری با هم نداشتند)، در متغیرها به وجود آمده بود. این یافته بدین معنی است که مداخلات فرانظری و فراشناختی برای بهبود کنترل فکر و کاهش درد بیماران درد مزمن مؤثر هستند. این یافته همسو با نتایج مطالعات پارا-دیلگادو و لاتورو-پستیکو [۲۱]، دادستان [۳۸] و سچلرو و همکاران [۳۹] است. که به این نتیجه رسیدند که بین ابعاد هیجانی-شناختی و رفتار بیماری در مبتلایان به آرتریت روماتوئید (درد مزمن) رابطه وجود دارد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان اذعان کرد که مداخلات

مداخلات فرانظری برای کاهش درد و کنترل فکر، در طول دو ماه پیگیری نیز ادامه یافته و بیشتر شده بود. علاوه بر این در تحلیل دیگری که با هدف مقایسه اثربخشی نوع مداخلات بر کاهش درد انجام گرفت، یافته‌ها نشان داد که هم در کوتاه مدت و هم در دراز مدت، مدل فرانظری برای کاهش درد مؤثرتر از مدل فراشناختی بود. این نتیجه شاید به چگونگی تبیین مدل فرانظری از فرایند تغییر و نقش خود مراجعین و احساس خودکارآمدی مولفه مدل فرانظری مربوط است که اعتقاد دارد، تغییرات رفتاری در طول زمان و در طی مراحل متوالی حاصل می‌شود.

به طور کلی نتایج پژوهش حاضر نشان داد که مداخلات صورت گرفته یا رویکردهای فرانظری و فراشناختی بر کنترل فکر و کاهش درد بیماران مبتلا به درد مزمن، اثر بخش هستند. همچنین یافته مهم این پژوهش شامل روشن شدن بعد زمانی پایداری نتایج مداخلات و چگونگی تغییر بود؛ بدین شرح که مطالعه پیگیری که به منظور ارزیابی فاصله زمانی تأثیرات و تغییرات به وجود آمده از مداخلات، انجام شده بود نشان داد که به طور کلی نتایج به دست آمده از مداخلات فرانظری برای کنترل فکر در طول دو ماه پیگیری نیز ادامه یافته است. از آن جا که در مدل فرانظری تغییر کردن از راه انتخاب، نقطه مقابل تغییر کردن از طریق ایجاد تغییرات در محرک‌های شرطی که پاسخ‌های ما را کنترل می‌کنند، می‌باشد؛ لذا از نظر تجربی افزایش انتخاب مستلزم آن است که فرد از گزینه‌های جدیدی همچون انتخاب هوشیارانه راه‌هایی برای زندگی، آگاه شود و در زمینه انتخاب مسیرهای زندگی یا تغییر خود، دست به انتخاب بزند [۳۱].

در تبیین اثربخشی الگوی فراشناختی ذکر این نکات لازم است که در این رویکرد به جای این که درمان شامل چالش با افکار مزاحم و باورهای ناکارآمد باشد، شامل ارتباط با افکار به طریقی است که مانع ایجاد مقاومت و یا تحلیل ادراکی پیچیده شود و بتواند راهبردهای تفکر ناسازگار در مورد نگرانی و همچنین نظارت غیرقابل انعطاف بر تهدید را از بین ببرد. در درمان فراشناختی، روش‌های اسنادسازی مجدد کلامی و تجارب رفتاری، درآمیختگی افکار را به چالش می‌- طلبند. با توجه به این نتایج می‌توان گفت که افراد دارای فراشناخت مختل برای تنظیم عواطف، شناخت و پردازش اطلاعات هیجانی از راهبردهای کاملاً متفاوتی (راهبردهایی

بود، نتایج بیانگر اثربخشی متفاوت مدل‌های مذکور طی مداخلات و پیگیری می‌باشد. بدین شرح که ارزیابی بلافاصله پس از مداخله، نشان داد که گروه دریافت‌کننده فراشناختی بهبودی بیشتری را در کاهش متغیرهای مبتلایان به درد مزمن داشتند، اما مطالعه پیگیری دو ماهه نشان داد که گروه دریافت‌کننده فرانظری در طول مدت بعد از مداخله، بهبودی حاصل شده را به طور پایداری حفظ کرده، نسبت به گروه فراشناخت درمانی نمرات بالاتری را در آزمون کنترل فکر و میزان درد کسب کردند. این نتیجه را می‌توان چنین تبیین کرد که چون مدل فرانظری اعتقاد به تغییر مرحله‌ای در طول زمان داشته، از نظریه‌ها، رویکردها و تکنیک‌های مختلف برای ایجاد فرایندهای ده گانه تغییر استفاده می‌کند، تأثیرگذاری آن بر ساختار روانی افراد، از گستردگی و عمق بیشتری برخوردار می‌باشد و بنابراین انتظار است که کاهش درد در فرد دریافت‌کننده درمان فرانظری، بهبودی بیشتری را نشان دهد.

همچنین در تبیین این نتیجه می‌توان اظهار نظر لیت و همکاران [۴۳] استناد کرد که می‌گوید احتمال می‌رود مؤثرترین درمان آنهایی هستند که خودکارآمدی را افزایش می‌دهند. از آن جا که رویکرد فرانظری به زمان بر و فرایندی بودن تغییر اعتقاد داشته، بر حل تردیدها توسط خود مراجعه‌کننده و مسئولیت یا نقش او در فرایند تغییر و افزایش باور به خودکارآمدی تأکید دارد لذا می‌تواند با بهبود تصمیم‌گیری و خودکارآمدی از طریق فرایندهای ده گانه در طول مراحل، تغییرات پایداری را به بار آورد.

در نتیجه می‌توان گفت که از هر دو روش مداخله‌ای فرانظری و فراشناخت درمانی جهت کاهش درد، که متغیر پیش‌بینی‌کننده مهمی برای موفقیت درمانی برای مبتلایان به درد مزمن محسوب می‌شود، استفاده کرد.

به طور کلی نتایج پژوهش حاضر نشان داد که مداخلات صورت گرفته با رویکردهای فرانظری و فراشناخت درمانی بر کنترل فکر و شدت درد بیماران درد مزمن، اثر بخش هستند. همچنین یافته مهم این پژوهش شامل روشن شدن بعد زمانی پایداری نتایج مداخلات و چگونگی تغییر بود؛ بدین شرح که مطالعه پیگیری که به منظور ارزیابی فاصله زمانی تأثیرات و تغییرات به وجود آمده از مداخلات، انجام شده بود نشان داد که به طور کلی نتایج به دست آمده از

- 5- Falvo, D. Medical and psychosocial aspects of chronic illness and disability. Jones and Batlett publishers. 2005.
- 6- Pampallona S, Bollini P, Tibaldi G, Kupelinck B, Munizza C. Combined pharmacotherapy and psychological treatment for depression: A systematic review. Arch Gen Psychiatry. 2004; 61(7): 714-9
- 7- Kremer E, Atkinson JH. Pain measurement: construct validity of the affective dimension of the McGill Pain Questionnaire with chronic benign pain patients. Pain 1981;11: 93-100
- 8- Hayes, A.M., & Feldman, G. Clarifying the construct of mindfulness in the context of emotion regulation and the process of change in therapy. Clinical Psychology: Science and Practice. 2004; 11: 255° 62.
- 9- Luciano J. V., Guallar J. A., Aguado J., López-del-Hoyo Y., Oliván B., Magallón R., et al. Effectiveness of group acceptance and commitment therapy for fibromyalgia: a 6-month randomized controlled trial (EFFIGACT study). Pain. 2014; 155(4): 693° 702.
- 10- Wells A. Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy. 6th ed .UK: Wiley & Sons. 2000.
- 11- Wells, A., & Mathews, G. Modeling cognitive in emotional . Behav iour Research and Therapy. 1996; 34: 811-88.
- 12- Wells A, Papageorgiou C. Brief cognitive therapy for social phobia: A case series. Behaviour Research and Therapy. 2001; 39(2): 713° 20
- 13- Parra-Delgado, M., & Latorre-Postigo, J.M. Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in the Treatment of Fibromyalgia: A Randomized Trial. Cognitive therapy and research. 2013; 37: 1015° 26.
- 14- Grossman, P., Tiefenthaler-Gilmer, U., Raysz, A., & Kesper, U. Mindfulness training as an intervention for fibromyalgia: evidence of post intervention and 3-year follow up benefits in well-being. Psychotherapy and Psychosomatics. 2007; 76(4): 226° 33.
- 15- McCracken, L.M., & Thompson, M. Components of Mindfulness in patients with chronic pain. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment. 2009; 31: 75° 82
- 16- Schertz, S.K., Anderson, P.L., & Robins, D.L. The relation between self-report mindfulness and performance on tasks of sustained attention. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment. 2009; 31: 60° 6.
- 17- Frewen, P.A., Evans, E.M., Maraj, N., Dozois, D.J.A., & Partridge, K. Letting go: Mindfulness and negative automatic thinking. Cognitive Therapy and Research. 2012; 32: 758° 74.
- 18- Schütze, R., Rees, C., Preece, M., & Schütze, M. Low Mindfulness Predicts Pain Catastrophizing in a Fear-Avoidance, Model of Chronic Pain. 2010; 148: 120-27.

که بر هیجان‌ها و شناخت‌های منفی تأکید دارند) استفاده می‌کنند و این راهبردهای ناکارآمد فرد را مستعد نارسایی‌های شناختی بیشتری می‌کند. اما افراد دارای فراشناخت مناسب، برای تنظیم عواطف و شناخت خود، آن دسته از راهبردها را به کار می‌گیرند که تنش و استرس را کمتر می‌کند، و هیجان‌های مثبت و سلامت روانی به وجود می‌آورد و در نتیجه باعث می‌شود فرد نارسایی‌های شناختی کمتری را تجربه کند. از این رو فراشناخت درمانی و مدل فرآنظری می‌تواند در پیشگیری از بروز اختلالات شناختی بیماران با درد مزمن حایز اهمیت باشد. درمان مبتنی بر الگوی فرآنظری و فراشناخت درمانی تأثیر مثبت و قابل تأملی بر کنترل فکر و کاهش درد بر بیماران درد مزمن داشته است، بنابراین پیشنهاد می‌شود که این برنامه‌ی درمانی به صورت یک پروتکل درمانی رسمی در مراکز فیزیوتراپی و بیمارستانی توسط درمانگرانی که آموزش‌های لازم را دیده‌اند، در تمام کشور به کار برده شود. با توجه به این که پژوهش حاضر فقط در زنان انجام شده است، می‌توان در جنسیت دیگر هم تحقیق انجام داد. اما از آنجا که در ارزیابی‌های نتیجه مداخلات درمانی، ابزارهای استاندارد اندازه‌گیری و معیارهای سنجش موفقیت، متفاوت هستند. بنابراین پیشنهاد می‌شود که در مطالعات بعدی از متغیرها یا معیارهای دیگری که هدف آنها سنجش اثربخشی یا موفقیت درمان می‌باشد، استفاده شود تا میزان دقیق تأثیرات مداخلاتی ارزیابی شده، بتوان موفقیت درمان را اندازه‌گیری نمود. اجرای پژوهش‌های مشابه همچون مقایسه با درمان شناختی رفتاری با مدل فرآنظری در زمینه درمان و کار با بیماران دارای درد مزمن پیشنهاد می‌شود.

## منابع

- 1- Sarafynv E. health Psychology Translation Abhari and colleagues. Tehran: Publications roshd. 2013. [Persian].
- 2- Hazinski MF. Analgesia, sedation, and neuromuscular blockade. 3rd ed. Chapter 5: Nursing care of the critically ill child. Elsevier Mosby. 2013; 78.
- 3- McCracken, L.M. Learning to live with the pain: acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. 1998; 74: 21° 27.
- 4- Sanderson, C. A. Health psychology. New York: Willy. 2003.

- 33- Molina-García, J.; Castillo, I.; Queralt, A.; Sallis, J.F. Bicycling to university: Evaluation of a bicycle-sharing program in Spain. *Health Promote. Inter.* 2013; 30: 350-8.
- 34- Mundorf, N.; Redding, C.A.; Fu, T.; Paiva, A.; Brick, L.; Prochaska, J.O. Promoting sustainable transportation across campus communities using the transtheoretical model of change. *Commun. Commons.* 2013; 427: 38.
- 35- Dworkin RH, Turk DC, Revicki DA, Harding G, Coyne KS, Peire-sandner S. Development and initial validation of an expanded and revised version of the short-form McGill pain Questionnaire (sf-mpq-2). *Pain.* 2009; 144(1-2): 35-42.
- 36- Zare H, AbdollaZadeh H. Measurement scales in cognitive psychology, Tehran: Publications ayiizh. 2012. [Persian].
- 37- Bartholomew, L.K.K.; Parcel, G.S.S.; Kok, G.; Gottlieb, N.H.H. *Planning Health Promotion Programs*; Wiley: San Francisco, CA, USA. 2010.
- 38- Dadsetan A JS. Investigate the role of cognitive emotion in behavior of patients with rheumatoid. *Fifth Congress of Psychosomatic.* 2013.
- 39- Scharloo M, Kaptein A, Weinman J, Bergman W, Vermeer B, Rooijmans H. Patients illness perceptions and coping as predictors of functional status in psoriasis: a 1-year follow-up. *British Journal of Dermatology.* 2000; 142: 899-907.
- 40- McCracken LM, Velleman SC. Psychological flexibility in adults with chronic pain: a study of acceptance, mindfulness, and values-based action in primary care. *Pain.* 2010; 148: 141-7.
- 41- Morone NE, Lynch CS, Greco CM, Tindle HA, Weiner DK. I felt like a new person. The effects of mindfulness meditation on older adults with chronic pain: qualitative narrative analysis of diary entries. *The Journal of Pain.* 2008; 9: 841-8
- 42- Sullivan MJL, Thorn B, Haythornthwaite J, Keefe F, Martin M, Bradley L, et al. Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *Clinical J Pain.* 2001; 17: 52-64.
- 43- Litt MD, Kadden RM, Kabela-Cormier E, Petty NM. Coping skills training and contingency management treatments for marijuana dependence: Exploring mechanisms of behavior change. *Addict.* 2008; 103(4): 638-48.
- 19- Mecacci, L., Righi, S., & Rocchetti, G. Cognitive failures and circadian typology. *Personality and Individual Differences.* 2006; 37: 107-13.
- 20- Lobban, F. Haddock, E. Enderman, P. & Wells, A. The role metacognitive beliefs in auditory hallucination. *Personality and Individual Differences.* 2002; 32(6): 1351-63.
- 21- Parra-Delgado, M., & Latorre- Postigo, J.M. Effectiveness of Mindfulness- Based Cognitive Therapy in the Treatment of Fibromyalgia: A Randomized Trial. *Cognitive therapy and research.* 2013; 37: 1015-26.
- 22- Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion.* 1997; 12(1): 38-48. BSTRACT/FREE Full Text
- 23- Green J. The role of theory in evidence-based health promotion practice. *Health education research.* 2000; 15(2): 125-9.
- 24- Eva van Leer, Edie R. Hapner, Nadine P. Connor. Transtheoretical model of health behavior change applied to voice therapy. *J Voice.* 2008; 22(6): 688-98.
- 25- Glanz K, Rimer KB, Lewis MF. *Health behavior & health education; theory, research and practice.* 3rd edition. San Francisco: Jossey-Bass. 2002; 93-154.
- 26- Bandura, A. Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Education psychology.* 1993; 28(2): 117-48.
- 27- Weinman J, Petrie KJ, Moss-Morris R, Horne R. The illness perception questionnaire: a new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology and health.* 1996; 11: 431-45.
- 28- Jafari M, Shahidi Sh. Abedin A. Comparing the effectiveness of treatments transtheoretical And cognitive-behavioral On improving Automatically Avoid with substance dependency in adolescent boys. *Behavioral Sciences Research.* 2009; 7(1): 1-11. [Persian].
- 29- Dolan SL, Martin RA, Rohsenow DJ. Self-efficacy for cocaine abstinence: pretreatment correlates and relationship to outcomes. *Addict Behav.* 2008; 33(5): 675-88.
- 30- prochaska JO, Redding CA, Evers KE. The Transtheoretical Model and Stage of Change. In: Glanz K, Rimer Bk, Lewis FM, (Eds). *Health Behavior and Health Education. Theory, Research, and Practice.* San Francisco; Jossey-Bass Publishers. 2002; 99-120.
- 31- Prvchaska J, Norcross j. *Theories of Psychotherapy.* Translation Yahya Syed Mohammad Tehran: Publications roshd. 2011. [Persian].
- 32- Diniz, I.; Duarte, M.; Peres, K.; de Oliveira, E.; Berndt, A. Active commuting by bicycle: Results of an educational intervention study. *J. Phys. Act. Health.* 2015; 12: 801-7.

## Appraisal of Effectiveness and Comparison of Cognitive Therapy Based on Meta-Theoretical Models and Meta-Cognitive Therapy on Thought Control and Reducing the Pain in Patients Suffering from Chronic Pain

Mostafaie, A\*, Zare, H., Alipour, A., Farzad, V.

### Abstract

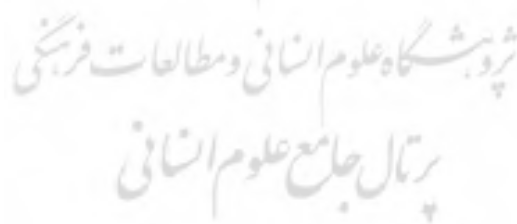
**Introduction:** The aim of this study was to examine and compare the effectiveness of cognitive therapy based on meta-theoretical models and meta-cognitive therapy on thought control and reducing the pain in patients suffering from chronic pain.

**Method:** This study was quasi-experimental with pretest-posttest and control group. The statistical population included all chronic pain patients aged over 30 years old who referred to Shahid Gholipur Hospital in Shiraz for treatment in 2015. 105 patients with chronic pain were selected among those who referred to these centers and assigned into the experimental and control groups randomly. The experimental groups received eight sessions of 90-minutes. The McGill Pain Questionnaire and Wells Score were used to collect data.

**Results:** The Results of multiple analysis of covariance indicated that there was a significant difference between three groups in posttest scores of thought control and reducing the pain. The results of post hoc test indicated more effective and more reliable effectiveness of meta-transrational therapy rather than meta-cognitive model in post-test and follow-up of two months on thought control and reducing the pain.

**Conclusion:** According to the results of this study, meta-transrational therapy more increased in thought control and reducing the pain. Thus, mental health expert can use this treatment method for chronic pain patients.

**Keywords:** Cognitive Therapy Based on Transrational model, Metacognition Therapy, Thought Control, Pain, Patients Suffering from Chronic Pain.



\*Correspondence E-mail:  
mostafaie\_a@yahoo.com