MEJDS. 2020; 10:134.

Published online 2020 Sep. **Research Article**

The Effects of Metacognitive Therapy on Pain Catastrophizing and Quality of Life in Patients With Chronic Pain

Yadavari M[1], *Naderi F[2], Makvandi B[2], Hafezi F[2]

Author Address
1. Department of Health Psychology, Khorramshahr-Persian Gulf International Branch, Islamic Azad University, Khorramshahr, Iran;
2. Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.
*** Corresponding author's email:** nmafrah@yahoo.com

Received: 2020 May 4; **Accepted:** 2020 Jun 13

Abstract

Background & Objectives: Pain leads to avoiding dangerous and unpleasant stimuli; thus, it plays a significant protective role in preserving human life. A pain with low severity that lasts for more than a month is called chronic pain. Chronic pain generates enormous and distressing issues, such as demoralization, emotional disorders, personal restrictions, social and professional activities restriction, increased drug use, repeated referrals to the healthcare centers, and the spread of disease impact to other parts of the patient's life. Most of the patients with chronic pain, despite receiving pharmacotherapy, experience pain. Besides, if they are unable to compromise with the condition, their quality of life could be significantly affected. Furthermore, pain catastrophizing consists of the exaggerated negative attitude to actual or anticipated pain experience that increases the pain intensity, distress, and disability in patients with chronic pain. Psychological therapies assist the patient to efficiently cope with pain and its associated symptoms. Moreover, the active participation of patients could enhance their sense of self–efficacy concerning the ability to prevent and control pain. Subsequently, this process reduces the pain–induced inability. The metacognitive approach, instead of including challenging with dysfunctional thoughts and beliefs about chronic pain, involves communicating with thoughts in a manner that prevents individuals from resisting pain and enables them to eliminate inconsistent thinking strategies about anxiety. The current study aimed to explore the effects of metacognitive therapy on pain relief and quality of life in patients with chronic pain.

Methods: This was an experimental study with pretest–posttest–follow–up and a control group design. The research statistical population consisted of patients aged >30 years with chronic pain who referred to medical centers in Ahvaz City, Iran, in 2019. In total, 30 patients who met the study inclusion criteria were selected through the purposive sampling method. Then, the study subjects were randomly assigned to the experimental and control groups (n=15/group). The experimental group received nine 90–minute individual treatment sessions; however, the control group received no intervention. The study inclusion criteria included the age range of 30–65 years, experiencing chronic pain, the ability to attend meetings and collaborate on performing home tasks, no severe psychiatric disorders, no history of attending other psychological therapy or training, and no alcohol or drug use. Additionally, the ethical considerations, such as describing the research purpose to the study participants, patient satisfaction, and confidentiality of research data were met in this research project. To collect data, the McGill Pain Questionnaire (MPQ) (Melsak, 1997), the Quality of Life Questionnaire (QoLQ) (Weir & Sherborne, 1992), and the Pain Catastrophizing Scale (PCS) (Sullivan et al., 1995) were implemented. At the beginning and end of the group meetings, pretest and posttest assessments were conducted. Eventually, 2 months after the posttest run, all of the study inventories were re–performed as the follow–up step. The protocol used in this study was based on the Adrian Wells approach. The obtained data were analyzed using frequent measurement methods in SPSS and R 3.5.3 software at a significance level of 0.05.

Results: The present study findings revealed that metacognitive therapy education significantly impacted the studied dependent variables in the research subjects. Moreover, there was a significant difference between the experimental and control groups in terms of pain catastrophizing and quality of life ($p<0.001$). On the other hand, the results show that the time effect factor affected ($p<0.001$). Therefore, pain catastrophizing and quality of life demonstrated a significant change over time in the experimental group, compared with the controls. As a result, metacognitive treatment significantly reduced pain catastrophizing and increased quality of life in the explored patients with chronic pain ($p<0.001$).

Conclusion: The obtained data proposed that metacognitive therapy provided a positive and considerable effect on reducing pain catastrophizing and improving the quality of life in the investigated patients with chronic pain. Consequently, it is recommended that metacognitive strategies be used as a formal treatment protocol in healthcare and counseling centers. This intervention should be presented by therapists who have received the necessary training throughout the country.

Keywords: Metacognitive therapy, Pain catastrophizing, Quality of life, Chronic pain.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-01-29]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.194.3]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۹؛ (۱۰):۱۳۴.

انتشار برخط شهریور ۱۳۹۹

مقاله پژوهشی اصیل

اثربخشی فراشناخت‌درمانی بر فاجعه‌سازی درد و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به درد مزمن

ماندانا یادآوری[۱]، *فرح نادری[۲]، بهنام مکوندی[۲]، فریبا حافظی[۲]

توضیحات نویسندگان

۱. گروه روان‌شناسی سلامت، واحد بین‌المللی خرمشهر ـ خلیج فارس، دانشگاه آزاد اسلامی، خرمشهر، ایران؛

۲. گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** nmafrah@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۵ اردیبهشت ۱۳۹۹؛ **تاریخ پذیرش:** ۲۴ خرداد ۱۳۹۹

چکیده

زمینه وهدف: درد باعث دوری از محرکات خطرناک و ناخوشایند می‌شود و از این طریق در حفظ حیات انسان نقش حفاظتی مهمی ایفا می‌کند. هدف پژوهش حاضر اثربخشی فراشناخت‌درمانی بر فاجعه‌سازی درد و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به درد مزمن شهر اهواز بود.

روش‌بررسی: روش پژوهش از نوع آزمایشی بود و از طرح پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری استفاده شد. جامعهٔ آماری را بیماران بیشتر از سی سال مبتلا به درد مزمن تشکیل دادند که در سال ۱۳۹۷ به مراکز درمانی شهر اهواز مراجعه داشتند. سی بیمار به‌صورت نمونه‌گیری هدف‌مند به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. سپس به‌طور تصادفی در گروه‌های آزمایشی و گواه (هر گروه پانزده نفر) قرار گرفتند. برای گروه آزمایش نُه جلسه درمان فردی ۹۰دقیقه‌ای برگزار شد؛ درحالی‌که گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. برای جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامهٔ فاجعه‌سازی درد (سالیوان و همکاران، ۱۹۹۵) و پرسشنامهٔ کیفیت زندگی (ویر و شربورن، ۱۹۹۵) به‌کار رفت. در گروه‌ها پیش‌آزمون و پس‌آزمون اجرا شد. در نهایت دو ماه بعد از اجرای پس‌آزمون، در مرحلهٔ پیگیری، اقدامات مذکور بار دیگر انجام پذیرفت. داده‌ها با استفاده از روش اندازه‌گیری‌های مکرر با نرم‌افزارهای SPSS نسخهٔ ۲۳ و R3.5.3 تجزیه‌وتحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، درمان فراشناخت موجب کاهش فاجعه‌سازی درد و افزایش کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به درد مزمن شده است ($p<۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: آموزش راهبردهای فراشناخت می‌تواند در کاهش فاجعه‌سازی درد و افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به درد مزمن مؤثر باشد؛ لذا استفاده از این درمان به متخصصان توصیه می‌شود.

کلیدواژه‌ها: فراشناخت‌درمانی، فاجعه‌سازی درد، کیفیت زندگی، درد مزمن.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار ـ غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-01-29]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.194.3]

۱ مقدمه

درد[1] تجربه‌ای چندبعدی است که امکان دارد تمام یا بخش زیادی از جنبه‌های زندگی فرد را تحت‌تأثیر قرار دهد و حتی او را تبدیل به بیماری، کاملاً ناتوان کند. می‌توان درد را به دو دستهٔ کلی تقسیم کرد: حاد[2] و مزمن[3]. درد حاد نوعی علامت هشداردهنده است و درواقع نقش حفاظتی و انطباقی را بر عهده داشته و به ما می‌گوید مشکلی در بدن وجود دارد. وقتی درد بیش‌ازحد معمول طول می‌کشد، معمولاً بیش از سه ماه، اغلب به آن درد مزمن گفته می‌شود (۱). درد نقش هشداردهنده دارد و برای زندگی امری ضروری است؛ اما دردهای مزمن‌شده علاوه‌بر اینکه دیگر نقش هشداردهنده ندارند، تأثیر منفی بر جنبه‌های مختلف زندگی افراد ازجمله کیفیت زندگی[4] می‌گذارند. اصطلاح کیفیت زندگی سازه‌ای چندبعدی و پیچیده به‌معنای ادراک از زمینهٔ فرهنگی و نظام ارزشی و وضعیت زندگی افراد است که این ادراک براساس اهداف و انتظارات و علایق فرد می‌باشد (۲). بررسی چندبعدی کیفیت زندگی نشان داده است که درد مزمن تنها محدودیت فیزیکی ایجاد نمی‌کند؛ بلکه بر جنبه‌های دیگر کیفیت زندگی همانند عملکرد روان‌شناختی و اجتماعی نیز مؤثر است (۳). همچنین، پژوهشگران بر این باورند که بررسی کیفیت زندگی و تلاش در راه اعتلای آن نقش به‌سزایی در سلامت زندگی فردی و اجتماعی افراد دارد. استرس‌های گوناگون با اعمال تأثیر منفی بر منابع مقابلهٔ فردی و اجتماعی شخصی، باعث کاهش مقاومت فرد می‌شود و در درازمدت اثراتی ناخوشایند بر بهداشت جسمی و روانی افراد می‌گذارد (۴). بسیاری از بیماران مبتلا به درد مزمن از هیجان‌های منفی (افسردگی، اضطراب، تنیدگی، خشم) و ناتوانی در انجام فعالیت زندگی شکایت دارند. بیماران مبتلا به درد مزمن درمقایسه با بیماران مبتلا به درد حاد به‌احتمال بیشتر دچار افسردگی و سوءمصرف الکل و سایر مواد و نیز اختلال شخصیت هستند؛ هرچند این احتمال وجود دارد که بیماران دچار درد مزمن، در نتیجهٔ درد مزمن آسیب‌های روانی‌شان افزایش می‌یابد (۵). پارا دلگادو و لاتوره پوستیجو در پژوهشی نشان دادند، وجود علائم افسردگی، انزوا، مشکلات روان‌شناختی، نشخوار فکری (کنترل‌نشدن افکار) با افزایش شدت درد و کاهش کیفیت زندگی در بیماران با درد مزمن همراه است (۶). در دهه‌های اخیر نسل سوم درمان‌های روان‌شناختی توسعه یافته و تحقیقات وسیعی اثربخش‌بودن این درمان‌ها را در وضعیت جسمی مزمن تأیید کرده است. از روش‌های درمانی مؤثر در کنترل فکر و کاهش درد و افزایش کیفیت زندگی، مداخلات مبتنی‌بر فراشناخت‌درمانی[5] است. ولز پس از شناسایی مجموعه‌ای از فرایندها در بیماران مبتلا به اختلال‌های روان‌شناختی، درمانگری فراشناخت را ابداع کرد. فراشناخت اصطلاحی است که به طبقهٔ خاصی از تفکر و شناخت اطلاق می‌شود (۷). برای اغلب افراد ناراحتی، هیجانی زودگذر و موقتی است؛ به این دلیل که آن‌ها یاد گرفته‌اند به‌شیوه‌های انعطاف‌پذیر با انگاره‌های منفی ذهن خود (افکار و باورها) کنار بیایند. رویکرد فراشناختی بر این اصل بنا شده است که اشخاص به‌علت فراشناخت‌وارهٔ خاصی که دارند، دچار آشفتگی هیجانی می‌شوند. فراشناخت‌واره‌ها باعث می‌گردد افراد با الگوی خاصی به تجارب درونی خود واکنش نشان دهند. این واکنش‌ها سبب تداوم هیجان‌های دردسرساز و پابرجای انگاره‌های منفی می‌شود. درواقع، این الگوهای خاص واکنش به تجارب درونی را می‌توان سندرم شناختی‌ـ توجهی[6] نامید؛ مثل نگرانی، اندیشناکی، توجه انعطاف‌پذیر و راهبردها یا رفتارهای مقابله‌ای خودتنظیمی ناسازگارانه. سندرم شناختی‌ـ توجهی تحت کنترل باورهای معیوب دربارهٔ تفکر است. باورهای فراشناختی دو حوزهٔ مهم دارد که در سندرم شناختی‌ـ توجهی نقش مهمی ایفا می‌کنند: باورهای فراشناخت مثبت و باورهای فراشناخت منفی. باورهای فراشناخت مثبت به مفیدبودن نگرانی، اندیشناکی، تهدیدیابی و سایر راهبردهای مشابه اشاره دارد و باورهای فراشناخت منفی دربارهٔ کنترل‌ناپذیری افکار و اهمیت و خطر افکار است (۸). نشخوار فکری خصیصهٔ اصلی سندرم شناختی‌ـ توجهی و یکی از راهکارهای کارکرد اجرایی خودنظم‌بخش[7] است. این فرایند هنگامی‌که فرد بین اهداف درونی خود و موقعیت بیرونی احساس ناهماهنگی می‌کند، برای کاهش ناهماهنگی شناختی در پاسخ به افکار منفی و احساس غمگینی فعال می‌شود و درواقع نوعی سبک مقابله‌ای به‌شمار می‌آید (۹). مطالعهٔ پیشینهٔ پژوهش نشان می‌دهد که فراشناخت‌درمانی در بهبود مؤلفه‌های کاهش خطرناک‌بودن درد و افزایش کیفیت زندگی در جوامع آماری مختلف تأثیر مثبتی دارد؛ به‌طور مثال، زیادنی و همکاران عنوان کردند، افرادی که باورهای فراشناختی منفی (خطرناک‌بودن و کنترل‌نشدنی افکار) قوی‌تری را گزارش می‌کنند سطح بیشتری از فاجعه‌سازی درد و همچنین افسردگی و اضطراب روزانه را نشان می‌دهند (۱۰). اسپادا وهمکاران، پیوند بین باورهای فراشناختی دربارهٔ نگرانی و رفتار درد و فاجعه‌آمیزبودن درد را نشان دادند (۱۱). توونن و زمیک و کارلسون مداخلات مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی و فراشناخت را برای کاهش علائم بیماری‌های سرطان، سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر، صرع، درد مزمن و مشکلات قلبی درمقایسه با درمان شناختی‌رفتاری یا مدیریت کنارآمدن با بیماری مؤثر دانستند (۱۲). رحمانی و همکاران نیز در پژوهش خود با مقایسهٔ اثربخشی درمان فراشناخت و درمان مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر کاهش استرس و افزایش کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان اثربخشی درمان را نشان داد (۱۳). عاشوری در مطالعهٔ خود با بررسی تأثیر فراشناخت‌درمانی گروهی بر کاهش علائم اضطراب فراگیر و افزایش کیفیت زندگی پرستاران مشخص کرد که فراشناخت‌درمانی سبب کاهش معنادار علائم اضطراب فراگیر و افزایش کیفیت زندگی پرستاران می‌شود (۲). همچنین شاکری و همکاران در پژوهش خود با ارزیابی اثربخشی درمان فراشناختی بر علائم افسردگی و کیفیت زندگی به این نتیجه رسید که درمان فراشناخت به‌طور معناداری، کاهش نشانه‌های افسردگی و

[1]. Pain
[2]. Acute pain
[3]. Chronic pain
[4]. Quality of Life
[5]. Metacognitive
[6]. Cognitive Attentional Syndrome (CAS)
[7]. Regulatory executive function model

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-01-29]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.194.3]

افزایش کیفیت زندگی را در مراحل پس‌آزمون در پی دارد (۱۴). رضوی‌زاده تبادکان و شاره در تحقیق خود دریافتند که روش گروه‌درمانی فراشناخت باعث کاهش افسردگی و نگرانی و افزایش کیفیت زندگی می‌شود (۱۵). مصطفایی در پژوهش خود نشان داد، فراشناخت‌درمانی بر کاهش درد و کاهش درآمیختگی افکار مبتلایان به درد مزمن تأثیر مثبتی دارد (۱۶). در ادبیات پژوهشی، فاجعه‌سازی درد[1] مجموعه‌ای از فرآیندهای شناختی و هیجانی (۱۷) و سازه‌ای چندبعدی و شامل مؤلفه‌های نشخوار[2]، بزرگنمایی[3] یا اغراق‌آمیزکردن و درماندگی[4] دربارهٔ درد است (۱۸). مطالعات نشان داده‌اند که شناخت‌های فاجعه‌ساز درد و اجتناب از فعالیت در بیماران مبتلا به درد مزمن با پیامدهای بعدی درد، مثل ناتوانی و اختلال عملکرد جسمانی و هیجانی مرتبط است (۱۹). تحقیقاتی در زمینهٔ کارایی درمان‌های روان‌شناختی بر فاجعه‌سازی درد انجام شده است. استرجن و همکاران (۲۰) نشان دادند، تشدید درد با شدت فاجعه‌باربودن آن همراه است. هنگامی‌که فاجعه‌باری درد افزایش یابد، افراد بیشتر افسردگی را گزارش می‌کنند. تاجیک‌زاده در پژوهش خود به این نتیجه رسید که استفاده از درمان‌های روان‌شناختی در کنار درمان‌های دارویی موجب کاهش فاجعه‌سازی درد و افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان می‌شود (۲۱). مصطفایی نیز در پژوهش خود نشان داد، فراشناخت‌درمانی بر کاهش درد و کاهش درآمیختگی افکار مبتلایان به درد مزمن تأثیر مثبت دارد (۱۶). نتایج به‌دست‌آمده مشخص کرد که این روش درمان به بیماران کمک می‌کند تا از یک‌سو نشخوار فکری و بزرگنمایی درد را کاهش داده و از سوی دیگر، کیفیت زندگی را افزایش دهند؛ درنتیجه، تفکر منفی تکراری غالب از بین می‌رود و فرد به خودباوری می‌رسد. در چنین حالتی، فرد به‌شیوهٔ مثبتی شروع به تفکر می‌نماید و توانایی‌های ازدست‌رفتهٔ خود را بازیابی می‌کند؛ بنابراین پژوهش در زمینهٔ درد مزمن موجب افزایش آگاهی از مشکلات سلامت جسمی و روانی آن‌ها می‌شود؛ همچنین باتوجه به اینکه درد مزمن واجد ابعاد روان‌شناختی است، درمان‌های دارویی به‌تنهایی کافی نبوده و طبق پژوهش‌های انجام‌شده مداخلات غیردارویی در کنار درمان‌های پزشکی مؤثر واقع می‌شود. در ایران پژوهشی گزارش نشده است که اثربخشی درمان فراشناخت را بر فاجعه‌سازی درد و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به درد مزمن بررسی کرده باشد؛ لذا تحقیق حاضر برای رفع نقایص موجود با هدف تعیین اثربخشی فراشناخت‌درمانی در کاهش فاجعه‌سازی درد و افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به درد مزمن شهر اهواز انجام شد.

۲ روش‌بررسی

این پژوهش به‌لحاظ هدف از نوع تحقیقات کاربردی و به‌لحاظ شیوهٔ اجرای تحقیق، در زمرهٔ تحقیقات آزمایشی با پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری را بیماران بیشتر از سی سال مبتلا به درد مزمن تشکیل دادند که در سال ۱۳۹۷ به مراکز درمانی شهر اهواز مراجعه داشتند و توسط متخصصان نورولوژی و روماتولوژی و دیگر متخصصان مربوط تشخیص قطعی درد مزمن را دریافت کردند؛ از بین آن‌ها تعداد سی نفر از بیماران دارای تمایل به حضور در گروه درمان با دامنهٔ سنی ۳۰تا۶۵ سال، به‌صورت نمونه‌گیری هدف‌مند به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. سپس به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه (هر گروه پانزده نفر) قرار گرفتند. در ادامه پرسشنامه‌ها برای آن‌ها اجرا شد. برای غربالگری بیماران، معیارهای ورود و خروج به پژوهش به‌کار رفت. گروه آزمایش نُه جلسه درمان فردی ۹۰دقیقه‌ای دریافت کرد؛ درحالی‌که برای گروه گواه هیچ مداخله‌ای ارائه نشد. پس از پایان پژوهش در صورت تمایل افراد گروه گواه درمان مؤثر برای آن‌ها انجام پذیرفت. در ابتدا و پایان جلسات گروه‌ها تحت پیش‌آزمون و پس‌آزمون قرار گرفتند و درنهایت دو ماه بعد از اجرای پس‌آزمون، جهت انجام مرحلهٔ پیگیری، بار دیگر همهٔ اقدامات مذکور اجرا شد.

معیارهای ورود عبارت بود از: سن بیشتر از سی سال؛ دارابودن درد مزمن؛ داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن جهت تکمیل پرسشنامه‌ها؛ گرفتن رضایت و تمایل آگاهانه برای شرکت در پژوهش؛ توانایی شرکت در جلسات درمان و همکاری در انجام تکالیف. معیارهای خروج نیز شامل مصرف الکل یا مواد مخدر، داشتن سابقهٔ شرکت در کلاس‌های درمانی روان‌شناختی دیگر، مبتلابودن به اختلالات روان‌پزشکی شدید نظیر سایکوز و تمایل‌نداشتن بیمار برای ادامهٔ درمان بود. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه‌های زیر بود.

ـ پرسشنامهٔ فاجعه‌سازی درد[5] : این پرسشنامه توسط سالیوان و همکاران در سال ۱۹۹۵ ساخته شد که سیزده ماده دارد. ابزاری است که ازطریق آن از شرکت‌کنندگان خواسته می‌شود تجارب دردناک گذشته را منعکس کنند و همچنین درجه‌ای که آن‌ها با هریک از سیزده افکار و احساسات در هنگام درد تجربه کرده، مشخص نمایند. نمره‌گذاری با دامنهٔ پنج‌درجه‌ای به‌هیچ‌وجه یا اصلاً=۰ تا همهٔ اوقات یا همیشه=۴ مرتب شده است و شامل نمره‌ای کلی با دامنهٔ بین ۰تا۵۲ و سه خرده‌مقیاس می‌شود. نمرهٔ بیشتر نشان‌دهندهٔ آشفتگی زیادتر در فرد است. تحلیل عوامل نشان داد که این مقیاس شامل خرده‌مقیاس‌های نشخوار ذهنی (سؤالات ۸تا۱۱) و بزرگنمایی (سؤالات ۶، ۷، ۱۳) و درماندگی (سؤالات ۱تا۵ و ۱۲) است (۱۸). در نمونهٔ پژوهش محمدی و همکاران، ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های نشخوار ذهنی، بزرگنمایی، درماندگی در این مقیاس به‌ترتیب ۰/۶۵، ۰/۳۵، ۰/۱۸ و برای نمرهٔ کل مقیاس فاجعه‌سازی درد ۰/۴۸ به‌دست آمد (۲۲). آلفای کرونباخ در این پژوهش ۰/۷۷ محاسبه شد.

ـ پرسشنامهٔ کیفیت زندگی[6]: این پرسشنامهٔ خودگزارشی عمدتاً جهت بررسی کیفیت زندگی و سلامت استفاده می‌شود و توسط وار و شربورن[7] در سال ۱۹۹۵ ساخته شد. دارای ۳۶ عبارت است و کیفیت زندگی را در دو بُعد کلی سلامت جسمانی و سلامت روانی می‌سنجد. ۳۵ سؤال در هشت خرده‌مقیاس چندماده‌ای خلاصه شده است: بعد سلامت جسمانی: ۱. عملکرد فیزیکی، ۲. ایفای نقش جسمانی. ۳.

[1]. Pain Catastrophizing
[2]. Ruminant
[3]. Exaggerate
[4]. Helplessness
[5]. Pain Catastrophizing Questionnaire
[6]. Quality of Life Questionnaire
[7].Ware & Sherbourne

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-01-29]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.194.3]

درد بدنی، ۴. سلامت عمومی؛ بعد سلامت روانی: ۵. سرزندگی، ۶. عملکرد اجتماعی، ۷. ایفای نقش هیجانی، ۸. عامل سلامت روانی. این پرسشنامه یک‌سؤال نیز دارد که در آن فرد به ارزیابی سلامت خود در یک‌ماه گذشته می‌پردازد. سؤال در دو بُعد اصلی جسمی و روانی است و هشت حوزهٔ مرتبط با سلامت را می‌سنجد. نمرهٔ آزمودنی در هریک از ابعاد بین ۰ تا ۱۰۰ نمره متغیر است. نمرهٔ بیشتر کیفیت زندگی بهتر را نشان می‌دهد. نحوهٔ نمره‌دهی به این صورت است که به سؤالات شش‌گزینه‌ای ۰، ۲۰، ۴۰، ۶۰، ۸۰ و ۱۰۰ امتیاز، به سؤالات پنج‌گزینه‌ای ۰، ۲۵، ۵۰، ۷۵ و ۱۰۰ امتیاز، به سؤالات سه‌گزینه‌ای ۰ و ۵۰ و ۱۰۰ امتیاز و به سؤالات دوگزینه‌ای ۰ و ۱۰۰ امتیاز تعلق می‌گیرد (۲۳). اعتبار و پایایی این پرسشنامه در جمعیت ایرانی تأیید شده است (۲۴). ضرایب همسانی درونی خرده‌مقیاس‌های هشت‌گانهٔ آن بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۵ و ضرایب بازآزمایی آن‌ها با فاصلهٔ زمانی یک‌هفته بین ۰/۴۳ تا ۰/۷۹ به‌دست آمد. همچنین این پرسشنامه می‌تواند در تمام شاخص‌ها، افراد سالم را از افراد بیمار تفکیک کند (۲۵). آلفای کرونباخ در این پژوهش ۰/۸۴ محاسبه شد.

داده‌ها با روش اندازه‌گیری‌های مکرر بااستفاده از نرم‌افزارهای SPSS نسخهٔ ۲۳ و R 3.5.3 در سطح معناداری ۰/۰۵ تجزیه‌وتحلیل شدند. برنامهٔ مداخلهٔ درمان توسط نویسندهٔ مسئول از برنامهٔ گام‌به‌گام درمان فراشناختی برای اضطراب و افسردگی، تهیه‌شده توسط ولز، اجرا شد (۸).

جدول ۱. خلاصهٔ محتوای جلسات آموزشی

جلسات	محتوا
اول	معرفی درمانگر، آشنایی با مراجع، برقراری رابطهٔ درمانی، تعیین قوانین حاکم بر جلسات درمان، بحث رازداری و ایجاد اعتماد، بیان اهداف برنامه، اجرای پرسشنامهٔ جمعیت‌شناختی و مصاحبهٔ درد.
دوم	اجرای پیش‌آزمون، ارائهٔ اطلاعاتی دربارهٔ درد مزمن، انواع و پیامدهای آن، تحلیل درمان‌های قبلی درد (هزینه‌ها و فواید آن‌ها)، معرفی درمان فراشناخت، اهداف و محورهای اصلی آن، شناسایی دوره‌های نشخوار فکری، آموزش تکنیک افزایش توجه و کامل‌کردن فرم (آموزش توجه)، فرمول‌بندی‌شدن مشکلات مراجع در قالب مدل فراشناخت‌درمانی.
سوم	بحث راجع به باورهای فراشناختی مثبت و باورهای فراشناخت منفی و تمرین آن، معرفی و تمرین (توجه‌آگاهی)، تمرین تکنیک افزایش توجه، اجرای تکنیک اسنادسازی مجدد کلامی ـ رفتاری دربارهٔ باورهای کنترل‌ناپذیری.
چهارم	ارزیابی باورهای فراشناختی مثبت و منفی، شناسایی زمان‌های نشخوار ذهنی، ایجاد مهارت توجه‌آگاهی انفصالی با استفاده از استعارهٔ ابرهای در حال گذر، آموزش فن به‌تعویق‌انداختن نگرانی.
پنجم	مهارت تغییر توجه و حذف راهبردهای مقابله‌ای غیرانطباقی تفهیم آمیختگی و گسلش و انجام تمرین‌هایی برای گسلش.
ششم	چالش‌ورزی با باورهای منفی مرتبط با خطرناک‌بودن نگرانی و به‌چالش‌کشیدن باورهای فراشناختی منفی در ارتباط با کنترل‌ناپذیری نگرانی با استفاده از آزمایش فقدان کنترل (آزمایش تأثیر نگرانی روی بدن).
هفتم	به‌چالش‌کشیدن و تغییر باورهای فراشناختی مثبت با آزمایش (تحلیل مزایا و معایب)، آزمایش‌های تعدیل نگرانی، اجرای پرسشنامهٔ جمعیت‌شناختی و مصاحبهٔ درد.
هشتم	آموزش به بیمار جهت فاصله‌انداختن ذهن از درد و کنترل افکار ناخواسته، به‌تعویق‌انداختن نگرانی و توسعهٔ هوشیاری، برنامه‌های رفتاری اصلاح توجه، مواجهه و تجارب جلوگیری از پاسخ، اجرای راهبرد ناهماهنگی نگرانی.
نهم	انجام برنامهٔ پیشگیری از عود (تکمیل طرح کلی درمان)، اجرای پس‌آزمون.

۳ یافته‌ها

براساس نتایج، در دو گروه آزمایش و گواه ۴۶/۷۰ درصد افراد مرد و ۵۳/۳۰ درصد زن بودند؛ همچنین در گروه آزمایش ۴۶/۷۰ درصد افراد مجرد و ۵۳/۳۰ درصد متأهل و در گروه گواه ۴۰/۰۰ درصد مجرد و ۶۰/۰۰ درصد متأهل بودند. برای متغیر سن در گروه‌های آزمایش و گواه به‌ترتیب میانگین‌ها ۴۶/۸۶ و ۴۷/۵۳ سال و انحراف معیار ۱۲/۱۴ و ۱۱/۰۴ به‌دست آمد. از بین پاسخ‌دهندگان در گروه آزمایش ۲۰/۰۰ درصد کمتر از دیپلم، ۳۳/۳۳ درصد دیپلم، ۶/۶۷ درصد فوق‌دیپلم، ۳۳/۳۳ درصد لیسانس و ۶/۶۷ درصد فوق‌لیسانس بودند. در گروه گواه ۲۰/۰۰ درصد کمتر از دیپلم، ۴۰/۰۰ درصد دیپلم، ۶/۶۷ درصد فوق‌دیپلم و ۳۳/۳۳ درصد لیسانس داشتند.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری متغیر فاجعه‌سازی و کیفیت زندگی به‌تفکیک گروه‌های آزمایش و گواه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
فاجعه‌سازی درد	درمان فراشناخت	۳/۰۲	۰/۵۳	۰/۸۱	۰/۳۵	۰/۸۳	۰/۳۷
	گواه	۲/۶۵	۰/۶۵	۳/۰۳	۰/۵۹	۳/۰۰	۰/۶۲
کیفیت زندگی	درمان فراشناخت	۵۰/۸۵	۷/۱۷	۶۲/۲۷	۲/۹۹	۶۰/۲۰	۷/۵۱
	گواه	۵۰/۷۵	۵/۲۹	۵۰/۷۸	۵/۴۴	۵۴/۰۱	۷/۹۱

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-01-29]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.194.3]

در جدول ۲، میانگین و انحراف معیار متغیرهای فاجعه‌سازی درد و کیفیت زندگی به‌تفکیک پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری ارائه شده است.

همان‌طورکه در جدول ۲ ملاحظه می‌شود، میانگین فاجعه‌سازی درد برای پیش‌آزمون «درمان فراشناخت» بیش از پس‌آزمون و پیگیری است؛ بنابراین به‌نظر می‌رسد که درمان تأثیر مثبتی بر این متغیر دارد. همچنین کیفیت زندگی در «درمان فراشناخت» پس از درمان افزایش چشمگیری داشته است. در این راستا، به‌منظور بررسی معناداری ادعای تأثیر درمان بر متغیرهای فاجعه‌سازی درد و کیفیت زندگی از تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد. بدین‌منظور مفروضه‌های این روش بررسی گردید. آزمون ام‌باکس برای هیچ‌یک از متغیرها معنادار نبود؛ بنابراین شرط همگنی ماتریس واریانس‌ـ کوواریانس پذیرفته شد. همچنین آزمون لوین برای هیچ‌یک از متغیرها معنادار نبود؛ ازاین‌رو همگنی واریانس بین‌گروهی برقرار بود. آزمون کرویت‌موچلی نیز معنادار نبود. نرمال‌بودن خطاها به‌وسیلهٔ آزمون شاپیروـ ویلک پذیرفته شد و اثر تعادلی بین گروه و مرحلهٔ آزمایش وجود نداشت.

باتوجه به برقراربودن پیش‌فرض‌های مذکور و جهت تحلیل تفاوت‌ها از روش آنالیز واریانس برای اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳. نتایج آنالیز واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر برای مقایسهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای فاجعه‌سازی درد و کیفیت زندگی در گروه‌های آزمایش و گواه

متغیر	منبع اثر	میانگین مجذور مربعات	درجهٔ آزادی	آمارهٔ F	مقدار احتمال	ضریب اتا
فاجعه‌سازی درد	اثر گروه	۴۱/۹۱	۱	۱۱۸/۳۲	<۰/۰۰۱	۰/۸۹۴
	اثرزمان	۷/۷۶	۲	۲۵/۲۲	<۰/۰۰۱	۰/۶۴۳
کیفیت زندگی	اثر گروه	۳۶۴/۲۳	۱	۱۷/۵۷	<۰/۰۰۱	۰/۵۵۷
	اثرزمان	۷۸۹/۶۱	۲	۸/۶۲	<۰/۰۰۱	۰/۳۸۱

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد اثر گروه معنادار است. این مطلب حاکی‌از آن است که در دو متغیر فاجعه‌سازی درد و کیفیت زندگی تفاوت معناداری بین گروه‌های آزمایش و گواه وجود دارد (p<۰/۰۰۱). ازطرفی نتایج نشان می‌دهد که عامل اثر زمان تأثیر داشته است (p<۰/۰۰۱)؛ بنابراین برای هر دو متغیر فاجعه‌سازی درد و کیفیت زندگی در طول زمان و در گروه آزمایش درمقایسه با گروه گواه تغییر معناداری بین میانگین‌ها مشاهده می‌شود. برای بررسی بیشتر از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسهٔ مراحل در متغیرهای فاجعه‌سازی درد و کیفیت زندگی

متغیر	مرحله	تفاوت میانگین	مقدار احتمال
فاجعه‌سازی درد	پیش‌آزمون‌ـ پس‌آزمون	ـ۵/۷۳	۰/۰۱۱
	پیش‌آزمون‌ـ پیگیری	ـ۶/۳۱	۰/۰۲۸
	پس‌آزمون‌ـ پیگیری	ـ۰/۵۷۹	۰/۹۹۴
کیفیت زندگی	پیش‌آزمون‌ـ پس‌آزمون	ـ۰/۲۳	۰/۰۱۳
	پیش‌آزمون‌ـ پیگیری	ـ۰/۲۶	۰/۰۲۰
	پس‌آزمون‌ـ پیگیری	ـ۰/۰۳	۰/۹۹۱

نتایج جدول ۴ حاکی‌از آن است که در هریک از دو متغیر فاجعه‌سازی درد و کیفیت زندگی تفاوت معناداری بین گروه‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون و همچنین گروه‌های پیش‌آزمون و پیگیری وجود دارد (p<۰/۰۵). همچنین بین گروه‌های پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری مشاهده نمی‌شود.

۴ بحث

درد مزمن باعث ایجاد اضطراب، افسردگی، کاهش فعالیت روزانه، ناتوانی در انجام کارها، افکار منفی و کاهش سطح کیفیت زندگی فرد می‌شود؛ بنابراین، آموزش‌های ارائه‌شده به این بیماران باعث می‌گردد تا منشأ درد برای بیمار مشخص شده و نیز از مراجعه‌های مکرر به پزشکان و اتلاف هزینه و وقت جلوگیری شود. در همین زمینه، پژوهش حاضر با هدف اثربخشی فراشناخت‌درمانی بر فاجعه‌سازی درد و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به درد مزمن شهر اهواز انجام شد.

نتایج مشخص کرد، بعد از انجام مداخلهٔ فراشناخت، تفاوت معناداری بین گروه‌های آزمایشی و گواه وجود دارد. این یافته نشان می‌دهد، مداخلهٔ فراشناخت برای کاهش فاجعه‌سازی درد در بیماران با درد مزمن مؤثر است. این یافته با نتایج مطالعات زیادنی و همکاران (۱۰) و اسپادا و همکاران (۱۱) همخوانی دارد. همچنین نتایج پژوهش با نتایج مطالعات رضوی‌زاده تبادکان و شاره (۱۵)، مصطفایی (۱۶)، استرجن و همکاران (۲۰) و تاجیک‌زاده (۲۱) هماهنگ است.

در تبیین یافتهٔ اول این پژوهش می‌توان گفت، براساس رویکرد فراشناخت هنگامی‌که برانگیزاننده‌ای ایجاد نگرانی می‌کند، درحقیقت آنچه موجب تداوم نگرانی می‌شود وجود باورهای فراشناختی است. زمانی‌که باورهای فراشناختی مثبت فعال شود، فرد به ارزیابی مثبت نگرانی می‌پردازد؛ به‌طور مثال: نگرانی به من کمک می‌کند که شرایط

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-01-29]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.194.3]

زندگی را کنترل کنم. هنگامی‌که باورهای فراشناختی منفی فعال شود، فرد به ارزیابی منفی نگرانی می‌پردازد؛ به‌طور مثال: نگرانی به بدنم آسیب می‌رساند؛ همین امر منجربه گسترش اضطراب در فرد می‌شود. هدف درمان فراشناختی کاهش فراشناخت‌های منفی و مثبت است که با استفاده از تکنیک‌های خاص، فرد متوجه می‌شود نگرانی دربارهٔ دردش آسیب‌زا نیست و کنترل‌شدنی است؛ درنتیجه اضطراب وی که موجب بزرگنمایی درد بوده، کاهش می‌یابد (۸).

در تبیینی دیگر می‌توان گفت، در این رویکرد به‌جای اینکه درمان شامل چالش با افکار مزاحم و باورهای ناکارآمد باشد، شامل ارتباط با افکار به طریقی است که مانع ایجاد مقاومت یا تحلیل ادراکی پیچیده شود و بتواند راهبردهای تفکر ناسازگار دربارهٔ نگرانی و همچنین نظارت انعطاف‌ناپذیر بر تهدید را از بین ببرد (۲۶).

آخرین تبیین در درمان فراشناختی، بهره‌گیری از راهکارهای متفاوت جهت بهبود باور مثبت ومنفی است. تکنیک آموزش توجه به کسب آگاهی و کنترل انعطاف‌پذیر بر تفکر نشخواری کمک می‌کند. در جریان کنترل انعطاف‌پذیر، به بیمار آموزش داده می‌شود تا با افکار یا احساسات مزاحم درونی (برانگیزاننده‌ها) خود، به‌عنوان سروصداهایی برخورد کند. از روش آموزش توجه نه برای توجه‌برگردانی از برانگیزاننده‌ها، بلکه به‌عنوان روشی برای حفظ آگاهی از آن‌ها بدون محدودکردن توجه به پاسخ‌های نشخوار فکری استفاده می‌شود؛ همچنین با استفاده از تکنیک ذهن‌آگاهی گسلیده، بیمار یاد می‌گیرد بدون انجام‌دادن تحلیل مفهومی مداوم دربارهٔ نشخوارهای فکری و معنای آن‌ها، آن را به تعویق بیندازد؛ البته بیمار باید متوجه شود که این تعویق‌انداختن فرایند نشخوار فکری با سرکوب فکر تفاوت دارد و دچار اشتباه نشود؛ زیرا هدف، بیرون‌راندن فکر یا احساس منفی اولیه از ذهن نیست؛ بلکه هدف، درگیرنشدن در آن ازطریق نشخوار فکری مداوم است (۸).

نتایج نشان داد که بعد از انجام مداخلهٔ فراشناخت، تفاوت معناداری بین گروه‌های آزمایشی و گواه وجود دارد. این یافته بدین‌معنا بوده که مداخلهٔ فراشناخت برای افزایش کیفیت زندگی بیماران درد مزمن مؤثر است. این نتیجه همسو با نتایج مطالعات رحمانی و همکاران (۱۳)، رضوی‌زاده تبادکان و شاره (۱۵)، شاکری و همکاران (۱۴) و عاشوری (۲) است که ضمن پژوهش‌های مجزایی دریافتند، فراشناخت‌درمانی به‌شیوهٔ گروهی باعث افزایش کیفیت زندگی می‌شود.

این یافته را می‌توان چنین تبیین کرد که درمان فراشناختی به‌گونهٔ غیرمستقیم موجب کاهش راهبردهای ناکارآمد می‌شود؛ ازاین‌رو می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی در تمام جوانب کمک کند. درواقع فراشناخت‌درمانگران، با قطع مکانیزم‌های تداوم‌بخش راهبردهای ناکارآمد، توجه بیمار را از درگیرشدن مکرر با رویدادهای ناخوشایند گذشته خلاص می‌کنند. آن‌ها به فرد این توانایی را می‌دهند که توجه و تمرکز خود را از دام حلقه‌های معیوب شناختی و هیجانی و رفتاری نجات دهد تا بتواند بر سایر جوانب زندگی معطوف شود (۴).

تبیین دیگر اینکه هدف درمان فراشناخت، مشارکت فعال فرد در درمان مشکل است. برای این منظور فرد باید خود را از مشکل جدا دانسته و با فاصله‌گرفتن از افکار و اندیشه‌های منفی، بهتر بتواند آن‌ها را ارزیابی کند. این امر در کیفیت روزانهٔ زندگی فرد مؤثر است. ولز معتقد است این شیوهٔ درمانی ازطریق رفع نگرانی و نشخوار فکری و ایجاد شیوهٔ فراشناختی انعطاف‌پذیر، مسیر پردازش طبیعی را که در اکثر اختلالات روانی مخدوش شده، هموار می‌سازد (۲۷).

نتایج پیگیری دو ماه بعد نیز یافته‌های مذکور را تأیید کرد و نشان داد که برنامهٔ مداخلهٔ فراشناخت پس از گذشت دو ماه همچنان در کاهش افکار منفی و نگران‌کننده و بهبود کیفیت زندگی مؤثر بوده است؛ این مطلب مشخص می‌کند مداخلات فراشناخت فقط در زمان اجرا مؤثر نبوده و در درازمدت نیز می‌تواند اثرگذار باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت اثرات این برنامه بلندمدت است و به بیماران کمک می‌کند تا از یک‌سو نشخوار فکری و بزرگنمایی درد را کاهش داده و از سوی دیگر، کیفیت زندگی را افزایش دهند؛ درنتیجه، تفکر منفی تکراری غالب از بین می‌رود و شخص به خودباوری می‌رسد. در چنین حالتی، فرد به‌شیوهٔ مثبتی شروع به تفکر می‌نماید و توانایی‌های ازدست‌رفتهٔ خود را بازیابی می‌کند.

هر پژوهش با محدودیت‌هایی روبه‌رو است و مطالعهٔ کنونی نیز از این امر مستثنی نیست. پژوهش حاضر بر بیماران مبتلا به درد مزمن شهر اهواز انجام شد. با محدودشدن نمونهٔ پژوهش باید در تعمیم نتایج حاضر به سایر گروه‌ها و جوامع آماری احتیاط کرد. همتاسازی‌نشدن آزمودنی‌ها در گروه‌های آزمایش و گواه از نظر سن، شغل، تحصیلات و نوع درد مزمن از دیگر محدودیت‌های این پژوهش بود. نقطهٔ قوت این تحقیق درمقایسه با سایر پژوهش‌ها انجام مداخله‌درمانی فردی بود؛ زیرا در درمان فراشناخت، برای هر فرد فرمول‌بندی خاص مشکل رسم شده و براساس آن جلسات درمانی طراحی می‌شود. باتوجه به اثربخشی درمان فراشناخت بر کاهش فاجعه‌سازی درد و افزایش کیفیت زندگی پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی مشابه در ارتباط با اثربخشی مداخلات فراشناختی برای درمان انواع اختلالات و سایر ویژگی‌های روان‌شناختی انجام شود. همچنین مقایسهٔ فراشناخت‌درمانی با سایر روش‌های درمانی می‌تواند نتایج مفیدی در پی داشته باشد.

درنهایت پیشنهاد می‌شود این برنامهٔ درمانی به‌صورت پروتکلی درمانی رسمی در مراکز درمانی و مراکز مشاوره توسط درمانگرانی که آموزش‌های لازم را دیده‌اند، در تمام کشور به‌کار رود.

۵ نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد که آموزش راهبردهای فراشناختی می‌تواند در کاهش فاجعه‌سازی درد و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به درد مزمن مؤثر باشد؛ لذا می‌توان در راستای کنترل افکار و کاهش درآمیختگی افکار و بهبود کیفیت زندگی، از درمان فراشناختی استفاده کرد. استفاده از این درمان به‌عنوان درمان سودمند به روان‌شناسان و مشاوران توصیه می‌شود.

۶ تشکر و قدردانی

لازم است از همکاری صمیمانهٔ آزمودنی‌های شرکت‌کننده در گروه‌های آزمایش و گواه، تشکر و سپاسگزاری گردد. همچنین از کادر محترم مرکز مشاوره که هماهنگی تمامی جلسات را بر عهده داشتند، تقدیر و تشکر می‌شود.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-01-29]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.194.3]

۷ بیانیه

در این پژوهش ماندانا یاداوری به عنوان مجری و فرح نادری به عنوان استاد راهنما و بهنام مکوندی و فریبا حافظی به‌عنوان اساتید مشاور همکاری کردند. همچنین تمامی نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچگونه تضاد منافعی در این پژوهش وجود ندارد. این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکترای روان‌شناسی سلامت است. همچنین مجوز اجرای آن با کد ۱۷۵۸۱۵ از دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بین‌المللی خرمشهر–خلیج فارس صادر شده است.

References

1. Dehghani M, Khajeh Rssouly M. Chronic Pain. Tehran: Roshd Publication; 2017. [Persian]
2. Ashori J. The effect of group meta-cognitive therapy on decrease symptoms of generalized anxiety and increase quality of life in nurses. Quarterly Journal of Health Breeze. 2015;4(2):13–24. [Persian] http://jfh.iausari.ac.ir/article_652029_8f8a6aa5845bae914b2f86e579026caf.pdf
3. Monjamed Z, Razavian F. The impact of signs and symptoms on the quality of life in patients with rheumatoid arthritis referred to the hospitals of Tehran university of medical sciences in year 2005. Qom Uni Med Sci J. 2007;1(1):27–35. [Persian] http://journal.muq.ac.ir/article-1-279-en.pdf
4. Safikhani Gholizadeh S, Mahmoudi A, Maredpour A. The Effect of Wales Metacognitive Therapy on Quality of Life in Female Students with Social Anxiety Disorder in Gachsaran Universities. Journal of Psychological Models and Methods. 2018;8(30):89–104. [Persian] http://jpmm.miau.ac.ir/article_2718_3817b4e7af781c667030612d62cb7191.pdf
5. Azad H. Health Psychology. Tehran: Besat Publication; 2010. [Persian]
6. Parra-Delgado M, Latorre-Postigo JM. Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in the Treatment of Fibromyalgia: A Randomised Trial. Cogn Ther Res. 2013;37(5):1015–26. doi: 10.1007/s10608-013-9538-z
7. Fisher P, Wells A. Metacognitive Therapy. Agah Haris M Jan Bozorgi M. (Persian translator). Tehran: Arjmand Publication; 2015.
8. Wells A. Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression. Akbari M, Andooz Z, Majidi A. (Persian translator). Tehran: Arjmand; 2015.
9. Barnhofer T, Crane C, Hargus E, Amarasinghe M, Winder R, Williams JMG. Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study. Behav Res Ther. 2009;47(5):366–73. doi: 10.1016/j.brat.2009.01.019
10. Ziadni MS, Sturgeon JA, Darnall BD. The relationship between negative metacognitive thoughts, pain catastrophizing and adjustment to chronic pain. Eur J Pain. 2018;22(4):756–62. doi: 10.1002/ejp.1160
11. Spada MM, Gay H, Nikčevic AV, Fernie BA, Caselli G. Meta-cognitive beliefs about worry and pain catastrophising as mediators between neuroticism and pain behaviour. Clinical Psychologist. 2016;20(3):138–46. doi: 10.1111/cp.12081
12. Toivonen KI, Zernicke K, Carlson LE. Web-Based Mindfulness Interventions for People With Physical Health Conditions: Systematic Review. J Med Internet Res. 2017 31;19(8):e303. doi: 10.2196/jmir.7487
13. Rahmani S, Talepasand S, Ghanbary-Motlagh Al. Comparison of effectiveness of the metacognition treatment and the mindfulness-based stress reduction treatment on global and specific life quality of women with breast cancer. Iran J Cancer Prev. 2014;7(4):184–96.
14. Shakeri M, Parhoon H, Mohammadkhani SH, Hasani J, Parhoon K. Effectiveness of meta-cognitive therapy on depressive symptoms and quality of life of patients with major depression disorder. J North Khorasan Uni Med Sci. 2015;7(2):253–65. [Persian] doi: 10.29252/jnkums.7.2.253
15. Razavizadeh Tabadkan Z, Shareh H. To Compare the effectiveness of the metacognitive group therapy and the group training of the life skills on improving the depression, quality of life, the style of ruminative response and metacognitions in the divorced women. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2015;21(2):108–20. [Persian] http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-2420-en.pdf
16. Mostafaie A, Zare H, Alipour A, Farzad V. 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. Journal of Clinical Psychology. 2017;9(2):83–96. [Persian] doi: 10.22075/jcp.2017.10308.
17. Edwards RR, Bingham CO, Bathon J, Haythornthwaite JA. Catastrophizing and pain in arthritis, fibromyalgia, and other rheumatic diseases. Arthritis Rheum. 2006;55(2):325–32. doi: 10.1002/art.21865
18. Sullivan MJL, Bishop SR, Pivik J. The pain catastrophizing scale: development and validation. Psychological Assessment. 1995;7(4):524–32. doi: 10.1037/1040-3590.7.4.524
19. Oron Y, Reichenberg A. Personality traits predict self-referral of young male adults with musculoskeletal complaints to a general practitioner. Journal of Psychosomatic Research. 2003;54(5):453–6. doi: 10.1016/S0022-3999(02)00451-8

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-01-29]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.194.3]

20. Sturgeon JA, Zautra AJ. State and trait pain catastrophizing and emotional health in rheumatoid arthritis. Ann Behav Med. 2013;45(1):69–77. doi: 10.1007/s12160-012-9408-z
21. Tajikzade F, Sadeghi R, Raees Karimian F. The comparison of resilience, coping style and pain catastrophizing in cancer patients and normal people. Anesthesiology and Pain. 2016;7(3):38–48. [Persain] http://jap.iums.ac.ir/article-1-5278-en.pdf
22. Mohamadi S, Dehghani M, Heidari M, Sedaghat M, Khatibi A. The evaluation of pain-related psychological similarities among patients with musculoskeletal chronic pain and their spouses. International Journal of Behavioral Sciences. 2013;7(1):57–66. [Persian] http://www.behavsci.ir/article_67812_19c668e64eed07cf4f03acbd954acd7e.pdf
23. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) I. Conceptual framework and item selection. Med Care. 1992; 30: 473–83.
24. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. Qual Life Res. 2005;14(3):875–82. doi: 10.1007/s11136-004-1014-5
25. Asghari Moghaddam M, Faghehi S. Validity of the SF-36 Health Survey Questionnaire in Two Iranian Samples. Scientific Journal of Clinical Psychology & Personality. 2003;1(1):1–10. [Persian] http://cpap.shahed.ac.ir/article-1-1212-en.pdf
26. Wells A. Emotional Disorders and Metacognition: innovative cognitive therapy. Chichester ; New York: John Wiley & Sons; 2002.
27. Wells A, Fisher P, Myers S, Wheatley J, Patel T, Brewin CR. Metacognitive therapy in recurrent and persistent depression: A multiple-baseline study of a new treatment. Cogn Ther Res. 2009;33(3):291–300. doi: 10.1007/s10608-007-9178-2

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-01-29]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.194.3]