http://jcp.khu.ac.ir

فصلنامه روانشناسی شناختی دوره ۶، شماره ۱، بهار ۱۳۹۷ مقاله علمی- پژوهشی

اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر تصمیم‌گیری، خودکارآمدی بر نظم‌جویی شناختی-هیجانی، کنترل فکر و میزان درد در بیماران مبتلا به درد مزمن با توجه به مدل فرا نظری

علی مصطفائی: (نویسنده مسئول)، مربی گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. mostafaie_a@yahoo.com

حسین زارع: استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

احمد علی پور: استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

ولی اله فرزاد: دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۳/۲۵ پذیرش اولیه: ۱۳۹۶/۰۸/۱۴ پذیرش نهایی: ۱۳۹۶/۰۸/۱۵

چکیده

هدف پژوهش حاضر اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر تصمیم‌گیری، خودکارآمدی بر نظم‌جویی شناختی-هیجانی و کنترل فکر و میزان درد در بیماران مبتلا به درد مزمن با توجه به مدل فرانظری بود. این مطالعه یک طرح نیمه آزمایشی با پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بود. ابتدا، آزمودنی‌ها با استفاده از ملاک‌های ورود و خروج غربال شدند، سپس، ۷۰ بیمار واجد ملاک‌های ورود با روش نمونه‌گیری در دسترس از بین بیماران زن مبتلا به درد مزمن مراجعه‌کننده به مرکز درمانی دکتر قلی‌پور بوکان انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و گواه تقسیم شدند. افراد در گروه درمان بر اساس مدل فرانظری طی ۸ جلسه تحت درمان قرار گرفتند. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده گردید. نتایج نشان داد که بین دو گروه از لحاظ نظم‌جویی شناختی- هیجانی و کنترل فکر و کاهش درد تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین، درمان شناختی مبتنی بر مدل فرانظری که یکی از درمان‌های گروه شناختی- رفتاری است به عنوان یک مداخله موثر در بیماران مبتلا به درد مزمن اساسی تلقی می‌گردد.

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی مبتنی بر مدل فرانظری، نظم‌جویی شناختی-هیجانی، کنترل فکر، درد، بیماران مبتلا به درد مزمن.

Journal of Cognitive Psychology, Vol. 6, No. 1, Spring 2018

Effectiveness of Decisional and Self-Efficacy Therapy Trans Theoretical Model (TTM) on Cognitive-Emotional Regulation, Mind Control and Pain Patients with Chronic Pain

***Mostafaie, A.** (Corresponding author) Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran. mostafaie_a@yahoo.com

Zare, H. Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

Alipour, A. Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

Farzad, V. Associate Professor, Department of Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran.

Abstract

The main purpose of this study is to determine the Effectiveness of Decisional and Self-Efficacy Therapy Trans theoretical model (TTM) on Cognitive-Emotional regulation, Mind control and pain Patients with chronic pain. This study was a semi experimental study with a pretest, post-test and follow-up. Subjects were first screened using the inclusion and exclusion criteria. Therefore 70 hypertensive patients who referred to the chronic pain Hospital in Bukan city were selected and randomly divided into experimental and control groups. The TTM group was treated in 8 sessions. Data were analyzed by multivariate analysis of variance. Results showed that there were significant differences between two groups in Cognitive-Emotional regulation, Mind control and pain. So, TTM is an effective intervention in essential chronic pain patients.

Keywords: Therapy Trans theoretical model (TTM), Cognitive-Emotional regulation, Mind control, pain Patients, chronic pain.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.23455780.1397.6.1.2.3]

مقدمه

درد تجربه‌ای حسی و روانشناختی از ناراحتی است که معمولاً با آسیب واقعی یا تهدیدکننده بافت‌ها ارتباط دارد (سارافینو[1]، ۱۳۹۲). درد توسط انجمن بین‌المللی مطالعه‌ی درد (۱۹۸۶)، به عنوان تجربه‌ای حسی یا هیجانی ناخوشایند در یک یا چند قسمت از بدن تعریف شده است. تجربه‌ی درد شامل ابعاد حسی و عاطفی است. بعد حسی درد بیانگر شدت و بعد عاطفی آن نشان‌دهنده‌ی میزان ناخشنودی فرد از تجربه‌ی درد است که معمولا تحت‌تأثیر باورها و هیجانات می‌باشد. طبق برآورد سازمان جهانی سلامت، بیماریها و دردهای مزمن اصلی‌ترین دلیل مرگ و میر و ناتوانی عمومی در سال ۲۰۲۰ خواهند بود و دو سوم تمام بیماری‌ها را به خود اختصاص خواهند داد (اپینگ-جردن و همکاران[2]، ۲۰۰۱). 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. جای تعجب نیست که تجربه درد و بیماری حاد و علاج ناپذیر می‌تواند بر بهزیستی روانشناختی تأثیر بگذارد. هدف بیشتر مداخلات درمانی درد مزمن از جمله مداخلات دارویی، جراحی و درمان شناختی رفتاری، کاهش یا حذف درد می‌باشد که متاسفانه بعضی اوقات این درمان‌ها کمکی نمی‌کنند و ممکن است بیشتر از این که مفید باشند، ضرر داشته باشند(مک کراکن[3]، ۲۰۱۱). امروزه برای تبیین و درمان بسیاری از بیماری های جسمی، مخصوصاً درد مزمن، دیگر از الگوی زیست شناختی صرف که منشاء همه بیماری‌ها را نارسایی زیست شناختی معرفی می کند، استفاده نمی‌شود. پژوهش‌های جدید، سبب شناسی اکثر اختلالات جسمی از جمله درد مزمن را در قالب نظریه‌های زیستی-روانی-اجتماعی، توضیح می‌دهند.

طی سالیان متمادی پزشکان روش‌های گسترده‌ای را برای تسکین درد مورد استفاده قرار داده‌اند. امروزه روش‌های روان‌شناختی هم به صورت جداگانه و هم توام با روش‌های پزشکی در درمان درد مزمن مورد استفاده قرار می‌گیرد و تحقیقات بیانگر کارایی بالای درمان‌های شناختی است. در فراتحلیلی که از پژوهش‌های سال‌های ۱۹۸۰ تا ۲۰۰۰ میلادی درباره درمان افسردگی در بیماران مبتلا به کمر درد مزمن 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 (پامپلونا[4] و همکاران،۲۰۰۴). بیماران مبتلا به دردهای عضلانی اغلب کاهش نامطلوبی در میزان فعالیت های روزمره خود گزارش می‌کنند که این تاثیر درد بر عملکرد و به طور کلی به عنوان ناتوانی مطرح می‌شود(وربونت، هویجینن و کوک[5] ، ۲۰۰۹). در بیشتر بیماری‌های همراه با درد مداوم، درد به عنوان آسیبی که در ناتوانی نقش دارد و به طور معنی‌داری بر عملکرد و کارایی اجتماعی و شغلی موثر است، مطرح شده است(سالیوان[6] و همکاران،۲۰۰۱).

در دهه‌های اخیر نسل‌سوم درمان‌های روانشناختی توسعه یافته‌اند که در مشکلات مربوط به سلامت جسمانی و روانشناختی، اخیرا کاربرد زیادی یافته است و تحقیقات وسیعی مفید بودن این درمان‌ها را در شرایط جسمی مزمن تأیید کرده‌اند. از جمله این درمان‌ها، مداخلات مبتنی بر مدل فرانظری است. گروه درمانی مبتنی بر مدل ترانس تئوریک (فرانظری) بر این فرض استوار است که تغییر رفتار در طول زمان و با طی مراحل متوالی فکر میسر می‌شود. این مراحل عبارتند از: الف: مرحله پیش از تفکر ب: مرحله‌ی تفکر برای تغییر ج: مرحله‌ی آمادگی د: مرحله‌ی عمل (اقدام به ترک) ه: مرحله‌ی نگهداری که در آن مراجع برای نگهداری درازمدت تغییر به وجود آمده، تلاش می‌کند. در رویکرد تغییر مرحله‌ای فرانظری، دو ساختار توازن تصمیم‌گیری و خودکارآمدی، عوامل اصلی محسوب می‌شوند و خودکارآمدی (یعنی اعتماد مراجعان به توانایی خود در ایجاد تغییر) عامل کلیدی در تغییر موفقیت‌آمیز و نتیجه‌گیری از درمان، به شمار می‌رود (ایرای[7] و همکاران، ۲۰۰۷).

برای تغییر رفتار ممکن است موانع و مشکلات زیادی وجود داشته باشد. الگوهای تغییر رفتار، عهده‌دار تعیین و تشخیص این عوامل و انطباق آنها با ساختارهای فرهنگی و اجتماعی موجود هستند. از بین الگوهای آموزش سلامت، الگوی

1 . Sarafino
2 . Epping-Jordan and et al
3 . McCracken
4 . Pampallona
5 . Verbunt, Huijnen & Köke
6 . Sullivan
7 . Earle

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.23455780.1397.6.1.2.3]

مراحل تغییر یا الگوی(فرانظری) ترانس تئورتیکال[1] که توسط پروچاسکا، دی کلمنت و همکاران[2] معرفی شد، به عنوان الگویی یکپارچه و جامع در تغییر رفتار به طور وسیعی جهت ارتقای فعالیت‌ها مورد استفاده قرار گرفته است (پروچاسکا و ویلچر[3]،۱۹۹۷). براساس این الگو، تغییر رفتار یک فرآیند است نه یک رویداد و افراد دارای سطوح مختلف انگیزه و آمادگی برای تغییر هستند (گرین[4]،۲۰۰۰). پروچاسکا(۲۰۰۰) فرایندهای تغییر را تحت عنوان فرایندهای شناختی و رفتاری برای انتقال از مراحل تغییر پیشنهاد می‌کند. فرایندهای تغییر شامل فعالیت‌ها و راهبردها یا فرایندهایی است که فرد را به پیشروی در مراحل تغییر کمک می‌کند و شامل دو دسته اصلی فرایندهای شناختی (که با تفکر و احساس افراد در مورد رفتار غیربهداشتی سروکار دارد و در مراحل ابتدایی تغییر استفاده می‌شود) و فرایندهای رفتاری (که باعث ایجاد تغییر رفتار غیربهداشتی شده و در مراحل انتهایی تغییر استفاده می‌شوند) است. فرایندهای تغییر، تغییر هیجان را نیز شامل می‌شود. تنظیم هیجان، به معنی توانایی متعادل کردن هیجانات منفی و حذف تأثیرات مخرب آن بر سازگاری روانشناختی فرد است و شامل راهبردهای کارکردی (انطباقی یا سالم) و راهبردهای غیرکارکردی (غیرانطباقی یا ناسالم) می‌باشد (فیلیس و پاور ،۲۰۰۷؛ به نقل از کشاورزی و همکاران، ۱۳۹۶).

مهم‌ترین ساختار الگوی فرانظری، مراحل تغییر رفتار است. این ساختار بیان می‌کند که رفتار طی مراحل خاصی رخ می‌دهد و شکل می‌گیرد. مراحل تغییر شامل پیش‌تفکر، تفکر، آمادگی، عمل و نگهداشت است (فرتمن و آلنس ورث[5]،۲۰۱۰: پروچاسکا و همکاران، ۲۰۰۸). پژوهش‌هایی که در حوزه تغییر رفتار بر مبنای الگوی فرانظری صورت گرفته است، بر ساختار دیگری به‌نام خودکارآمدی متمرکزند. خودکارآمدی به اعتماد افراد به توانایی خود در انجام و اجرای یک عمل بدون کمک یا با کمترین میزان کمک از دیگران اطلاق می‌شود (سچیو، ۲۰۰۷). موازنه تصمیم‌گیری یکی دیگر از ساختارهای الگوی فرانظری است. این ساختار منعکس‌کننده تناسب و توازن بین فواید و معایب درک شده تغییر رفتار است(صفاری و همکاران،۱۳۹۱).

الگوی فرانظری دارای ۴ ساختار مرکزی است که شامل مرحله تغییر رفتار[6]، تعادل تصمیم‌گیری[7]، خودکارآمدی[8] و فرآیند تغییر[9] می‌باشد. ساختار مراحل تغییر رفتار، ساختار مرکزی آن بوده و تنها ساختاری است که دارای بعد زمان می‌باشد. این ساختار شامل پنج مرحله متوالی است (گلانز و همکاران، ۲۰۰۲). طبق الگوی مراحل تغییر، تغییر رفتار طی ۵ مرحله روی می‌دهد که شامل مراحل پیش از تفکر[10] ، که در آن فرد قصد تغییر رفتار را طی سه تا شش ماه آینده ندارد. مرحله تفکر[11]، که در آن فرد به تغییر رفتار خود طی سه تا شش ماه آینده فکر می‌کند. آمادگی[12]، که در آن شخص به برنامه‌ریزی برای تغییر در آینده نزدیک (معمولا ۳۰ روز آینده) می‌پردازد. اقدام[13] ، که در آن فرد اقدامات رفتاری آشکاری را در سبک زندگی خود در زمینه رفتار مورد نظر به انجام رسانده است و مرحله نگهداری[14] 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، به‌طوری 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. در مرحله اول شخص هنوز به طور جدی درباره تغییر رفتار فکر نکرده است. در مرحله تفکر، فرد به طور فعال به تغییر رفتار فکر می‌کند. در مرحله آمادگی، فرد مصمم به ایجاد تغییر در آینده‌ای نزدیک (معمولاً در ماه آینده) است. در مرحله اقدام، فرد به طور فعال رفتار خود را تغییر داده است و در مرحله نگهداری، رفتار جدیدی که ایجاد شده تداوم و استقرار می‌یابد؛ اما فرد باید مراقب بازگشت به مراحل قبل باشد (اوا وان[15]، ۲۰۰۸).

خودکارآمدی که بر نظریه شناختی-اجتماعی آلبرت بندورا مبتنی است به باور شخص در مورد این که چگونه به خوبی می‌تواند در تغییر[16] موفق باشد، دلالت دارد. در نظام شناختی منظور از خودکارآمدی مفهومی است که به احساسات

1 . Transtheoretical model (TTM)
2 . Prochaska, DiClemente et al.
3 . Prochaska & Velicer
4 . Green
5 . Fertman and Allensworth

6 . Stage of behavior Change
7 . Decisional Balance
8 .Self-Efficacy
9 .Process of Change
10 .Pre-contemplation
11 .Contemplation
12 . Preparation
13 .Action
14 . Maintenance
15 . Eva van
16 .change

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.23455780.1397.6.1.2.3]

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[1]، برآورد شخص از این موضوع است که یک رفتار معین به پیامد مطلوبی خواهد انجامید و انتظار کارایی[2]، این اعتقاد است که او می‌تواند به طرز موفقیت‌آمیز، رفتاری را انجام دهد که پیامد مطلوب مورد هدف را تولید کند (بندورا[3]، ۱۹۹۳).

سازه موازنه و تعادل در تصمیم‌گیری سازه دیگری است که بر پایه الگوی تعارض در تصمیم‌گیری شکل گرفته و تمرکز آن بر اهمیت ادراکات مثبت (مزایا) و منفی (معایب) فرد در مورد نتایج رفتار یا تغییر رفتارش است. در این سازه، فرض بر آن است که یک فرد رفتارش را تغییر نخواهد داد مگر آن که به این ادراک برسد که مزایای تغییر رفتار بر معایب آن برتری دارد. سازه آخر، سازه خودکارآمدی است که معرف اطمینانی است که افراد نسبت به توانایی خود در مقابله با یک موقعیت خطرزا (بدون بازگشت به عادت خطرزا یا غیربهداشتی قبلی خود) دارند (فرمانبر و همکاران ، ۱۳۸۸).

استفاده از مدل مراحل تغییر برای درک مکانیسم تغییر رفتار چهار مزیت عمده دارد: ۱) مراحل تغییر فرد را تعیین می‌کند تا محقق بتواند براساس مرحله و نیاز، مداخله مناسب آن را طراحی کند؛ ۲) با اتخاذ رویکرد مراحل تغییر، محقق می‌تواند جمعیت غیرفعال را در سه دسته پیش‌تفکر، تفکر و آمادگی تقسیم‌بندی کند؛ ۳) 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؛ ۴) تمرکز واضح و آشکار بر اندازه‌گیری سازه‌ها، زیربنایی قوی برای مدل فراهم می‌کند (در جمعیت‌های مختلف و رفتارهای مختلف، متغییرهای مختلفی برای حرکت از یک مرحله به مرحله دیگر وجود دارد (پروچسکا، ردینگ و اورس[4]،۲۰۰۲).

از آن جا که در مدل فرانظری تغییرکردن از راه انتخاب، نقطه مقابل تغییرکردن 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 انتخاب مسیرهای زندگی یا تغییر خود، دست به انتخاب بزند (پروچاسکا، ۱۳۹۰).

از دیدگاه شناختی–رفتاری، انتظارات کارایی بر آغاز رفتارهای مقابله با مشکلات، تعمیم‌دهی و نگهداری آنها تأثیر می‌گذارد. سطح انتظارات کارایی تعیین می‌کند که رفتارهای کنارآمدن در شرایط فشار تا چه مدت تداوم خواهند داشت (جعفری و همکاران، ۱۳۸۸). 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 (دولان و مارتین و روهسنو[5]، ۲۰۰۸). 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 (جعفری و همکاران، ۱۳۸۸). همچنین بندورا معتقد است، مهم‌ترین تغییر درمانبخش، افزایش سطح خودکارآمدی مراجعه است که چنین تغییری از طریق مداخلات عملکرد مدار حاصل می‌شود (دولان و همکاران، ۲۰۰۸). مؤثرترین روش عملکردگرا است چون به افراد کمک می‌کند تا ضرورت ایجاد تغییر در رفتارهایش را احساس کرده، از این طریق، انگیزه‌اش برای درمان را بالا می‌برد. تحقیقات دنیز [6] و همکاران (۲۰۱۵) که بر روی ۹۳۲ فرد در برزیل که از ناراحتی جسمانی و عملکردی رنج می‌بردند نشان داد که از طریق مداخله روش ترانس تئوریک باعث افزایش در فعالیت‌های جسمانی و کاهش درد در نمونه مورد بررسی گردید. همچنین مولینا–گارسیا[7] و همکاران (۲۰۱۳) 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[8] و همکاران (۲۰۱۳)، که با مدل ترانس تئوریک روی ۲۹۵ نفر انجام گرفت باعث افزایش خودکارآمدی و کنترل در رفتار عملکردی و خودتنظیمی نمونه مورد بررسی گردید.

درد مزمن یکی از بیماری‌های ناتوان‌کننده است که می‌تواند منجر به خسارت جبران ناپذیر جسمی و مالی از نظر درمان‌های دارویی برای بیماران مبتلا شود. زیرا درمان‌های دارویی، بیشتر جنبه‌های جسمانی و زودگذر بیماری را تحت تأثیر قرار می‌دهد. از این جهت انجام تحقیق در زمینه درمان‌های روانشناختی از جمله مدل فرانظری می‌تواند در کاهش این خسارت‌ها موثر واقع شود و در کنار درمان‌های

1 . Outcome expectancy
2 .Efficacy
3 . Bandura
4 . Prochaska, Redding & Evers
5 . Dolan , Martin & Rohsenow
6 . Diniz
7 . Molina-García, Castillo,Queralt & Sallis
8 . Mundorf, Redding, Paiva, Brick & Prochaska

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.23455780.1397.6.1.2.3]

دارویی نقش موثری در کاهش درد مزمن بیماران مبتلا به درد مزمن و علایم روانشناختی آن شود. بیماران مبتلا به درد مزمن که بعلت مشکلات و محدودیتهای فراوانی مرتبط با بیماری جسمانی خود با علایم متعدد هم‌چون عدم‌کنترل ارادی بر افکار و هیجانات، نشخوار فکری، دردی مداوم و اضطراب شدید با توجه به محدودیتها و دردهای مزمن خود روبه‌رو هستند. همچنین این بیماران معمولا تمام به پایش محیط، اطرافیان 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 عدم‌کنترل بر افکار در افراد با درد مزمن و با توجه و با توجه به شناسایی تحریف‌های شناختی و عدم نظم جویی-شناختی با کمک درمان شناختی مبتنی بر مدل فرانظری در این بیماران پرداخته شد. همچنین جنبه نوآورانه‌ی که در مدل فرانظری وجود دارد بعنوان یک مدل جدید که به مساله تغییرکردن از راه انتخاب می‌پردازد مورد توجه قرار داد. همچنین 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. همچنین مدل فرانظری تاکید روی تعیین آمادگی فردی برای تغییر و تعیین ارتباط بین سازه‌های مختلف می‌کند که احتمال موفقیت شخص را در اتخاذ و حفظ رفتارهای هدف پیشگویی می‌کند. همچنین انجام این پژوهش نقش مهمی در توجه درمانگران و پژوهشگران روانشناختی به کاهش علایم درد مزمن و مشکلات روانشناختی همراه آن با توجه به مدل فرانظری دارد.

با توجه به مطالب فوق، هدف از این پژوهش اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر مدل فرانظری بر نظم‌جویی شناختی-هیجانی و کنترل فکر و کاهش درد در بیماران مبتلا به درد مزمن می‌باشد. آیا درمان شناختی مبتنی بر مدل فرانظری و مولفه‌های آن می‌توانند نظم‌جویی شناختی-هیجانی بیماران مبتلا به درد مزمن افزایش دهد؟ آیا درمان شناختی مبتنی بر مدل فرانظری می‌تواند کنترل فکر در بیماران مبتلا به درد مزمن را افزایش دهد؟ آیا درمان شناختی مبتنی بر مدل فرانظری می‌تواند باعث کاهش درد در بیماران مبتلا به درد مزمن شود؟

روش

طرح پژوهش

پژوهش حاضر، یک مطالعه شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. این طرح از دو گروه آزمودنی تشکیل شده است که شامل یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل می باشد. هر دو گروه در طول اجرای برنامه درمانی ۳ بار به صورت پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری یک ماهه مورد ارزیابی قرار گرفتند.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری این پژوهش، شامل تمامی افراد مبتلا به درد مزمن که توسط متخصص مغز و اعصاب طی ماه‌های مذکور و همچنین از طریق پرسشنامه مک‌گیل تشخیص درد مزمن داده شده بودند که از آبان تا آذر ماه سال ۱۳۹۴، به بیمارستان دکتر قلی پور شهرستان بوکان مراجعه نمودند، تشکیل می‌دهند. با هماهنگی معاونت پژوهشی بیمارستان، غربالگری از مبتلایانی که طی آبان لغایت آذر ماه ۱۳۹۴ مراجعه نمودند، آغاز گردید. برای غربالگیری بیماران از ملاک‌های ورود و عدم ورود 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: سابقه شرکت درکلاس‌های آموزشی، دارا بودن یکی از تشخیص-های اختلالات محور یک، سوء مصرف الکل یا مواد مخدر، اختلالات روانپزشکی شدید نظیر سایکوز، تحت درمان به علت یک بیماری جسمی یا روان‌شناختی دیگر و یا عدم‌تمایل 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. جامعه آماری بیماران مبتلا را به پژوهشگر ارجاع داده و براساس ملاک‌های ورود و اعلام رضایت از جانب بیماران در مطالعه شرکت نمودند. آزمودنی‌ها به صورت تصادفی در دسترس انتخاب شدند و به دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل ۳۵ نفره جایگزین شدند. با توجه به آزمایشی‌بودن سه نفر حاضر به ادامه همکاری با پژوهشگر نشدند. یک هفته قبل از شروع آموزش‌ها، متغییر وابسته (نظم جویی شناختی- هیجانی، کنترل فکر و شدت درد) در هر دو گروه به وسیله پیش آزمون اندازه گیری شدند. به گروه آزمایش، آموزش‌های مورد نظر داده شد؛ اما به گروه کنترل

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.23455780.1397.6.1.2.3]

آموزش داده نشد و جریان عادی را طی کردند. هم‌چنین، به دلیل ملاحظات اخلاقی در پایان پژوهش درمان‌شناختی مبتنی برمدل فرانظری برای گروه کنترل نیز اجرا شد. مداخله درمانی در این مطالعه، درمان شناختی مبتنی بر مدل فرانظری بود که متشکل از ۸ جلسه به مدت ۹۰ دقیقه به طول انجامید. یک هفته پس از پایان آموزش‌ها، پس آزمون در هر دو گروه مورد اندازه‌گیری قرار گرفت.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه نظم‌جویی شناختی –هیجانی: توسط گارنفسکی، کرایج و اسپینهاون(۲۰۰۳) تدوین شده است. پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان یک پرسشنامه چند بعدی است که جهت شناسایی راهبردهای مقابله‌ای شناختی پس از تجربه کردن وقایع یا موقعیت‌های منفی مورد استفاده قرار می‌گیرد. این پرسشنامه افکار فرد را پس از مواجهه با یک تجربه منفی یا وقایع آسیب‌زا ارزیابی می‌کند. پرسشنامه دارای ۳۶ ماده می‌باشد (زارع و عبدالله زاده، ۱۳۹۱). نمرات بالا در مقیاس بیانگر میزان استفاده بیشتر راهبرد مذکور در مقابله و مواجهه با وقایع استرس‌زا و منفی می‌باشد (گارانفسکی، کرایج و اسپینهاون، ۲۰۰۱، به نقل از حسنی، ۱۳۸۹). ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه در ایران در پژوهش ربیعی و همکاران(۲۰۱۲)؛ به نقل از علی زاده و همکاران (۱۳۹۳) بررسی شد و مقادیر پایایی آلفای کرونباخ و ضریب بازآزمایی به‌ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۸۱ به دست آمد. همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس نظم‌جویی شناختی- هیجانی در این پژوهش ۰/۷۸ بدست آمد.

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 (زارع و حسن زاده، ۱۳۹۱). یک پرسشنامه ۳۰ گویه-ای 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 (موریسون و ویلز[1]، ۲۰۰۳). نتایج حاکی از این بود که این پرسشنامه از روایی و پایایی مطلوبی برخوردار می‌باشد، به نحوی که ضریب آلفای کرونباخ در این پژوهش برای مقیاس کنترل فکر ۰/۸۱ بدست آمد. در این پژوهش هم‌چنین میزان آلفای کرونباخ کل مقیاس،۰/۷۶ به دست آمد.

پرسشنامه درد مک‌گیل: پرسش‌نامه درد مک‌گیل کاربردی‌ترین ابزار استاندارد سنجش درد مزمن است. پرسشنامه تجدید نظرشده درد توسط دورکین و همکاران (۲۰۰۹) به منظور بسط و تکمیل پرسشنامه قدیمی مک گیل با اضافه کردن نشانه‌های هر دو نوع درد نوروپاتیک و غیرنوروپاتیک در ۲۲ ماده و با اصلاح چهارچوب پاسخ و تبدیل آن با دامنه ی 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[2] و همکاران (۲۰۰۹) نشان‌دهنده‌ی اعتبار و پایایی قابل قبول این پرسشنامه بود. به طوری که ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس درد ۰/۷۹ بدست آمد. در این پژوهش هم‌چنین میزان آلفای کرونباخ کل مقیاس،۰/۸۴ به دست آمد.

شیوه اجرای پژوهش

بسته آموزشی مدل فرانظری: بسته آموزشی مدل فرانظری براساس نظریه پروچسکا (۲۰۰۰) و توسط پارثولومئو و همکاران (۲۰۱۰) اعتباریابی و طراحی شده است. قبل از اجرای پژوهش، برای بررسی روایی محتوایی، بسته آموزشی حاضر، توسط سه تن از اساتید روانشناسی مورد تأیید قرار گرفت. علاوه بر آن، یک آزمون مقدماتی نیز انجام گردید. نتایج نشان داد که گروه آزمایشی از گروه کنترل عملکرد بهتری داشته و بسته آموزشی مدل فرانظری از روایی مناسبی برخوردار است. مدل فرانظری شامل پیش تعمق، تعمق، آمادگی و اقدام می‌باشد و بر این اساس، در بسته آموزشی حاضر، ابتدا ورود به مرحله تعمق بررسی گردید و سپس مراحل ورود به مرحبه تعمق، آمادگی و اقدام و مهارت‌های آن آموزش داده شد. دستورالعمل جلسات آموزش مدل فرانظری به شرح جدول۱ می باشد.

[1] . Morrison and Wells
[2] . Dworkin

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.23455780.1397.6.1.2.3]

جدول ۱- طراحی مداخله بر مبنای مدل فرانظری

مرحله رفتاری	هدف	مداخله صورت گرفته	علت
۱) مرحله پیش تعمق	تسهیل ورود به مرحله تعمق(جلسه ۱ و ۲)	برگزاری جلسه اول آموزش پخش مطالب مفید بصورت بروشور و کتابچه	۱)پرسش و پاسخ در رابطه با تجربیات درد ۲) ذکر اهمیت و ارزش تغییر بویژه در بیماری با درد مزمن ۳) ذکر فواید تغییر برای بدن و عملکرد روزانه و پیامدهای ناشی از عدم تغییر. ۴) درخواست از بیماران با درد مزمن و ارائه کتابچه و بروشور آموزشی به آنان ۵)مدیریت استرس به آزمودنی‌ها آموزش داده می‌شود.	۱) استفاده از فرایند تغییر تخلیه هیجانات (Dramatic Relief) به عنوان فرآیند شناختی پیشنهاد شده در مرحله پیش تعمق. ۲) استفاده از فرآیند تغییر افزایش خودآگاهی (Consciousness Raising) به عنوان فرآیند شناختی پیشنهاد شده در مرحله پیش تعمق تبیین تعادل تصمیم گیری(Decision Balance): از طریق اشاره به مزایای دریافت تصمیمی درست(Pros) و معایب تصمیم غلط (Cons). ۱) استفاده از فرایند تغییر روابط یاری‌رسان (Helping Relationships).
۲)مرحله تعمق	تسهیل ورود به مرحله آمادگی (جلسه ۳ و ۴)	پخش دوم. لوح فشرده و پخش دوم کتابچه آموزشی	تأکید بر توانایی بیماران جهت تغییر در رفتارهایشان، به این منظور با مضمون سهولت پیشگیری یا بهبودی آنها و توانایی آنان در تغییر و بهبود رفتار ارائه شد. تاکید برقراری رابطه‌ی عاطفی با دیگران	-ایجاد و تقویت اعتماد به نفس(Self-efficacy): از طریق اشاره به توانایی بیماران جهت برخورد با مسائل و مشکلات بیماری و سهولت درمان آن. - استفاده از فرایند تغییر خود رهاسازی (Self-Liberation) به عنوان فرآیند شناختی پیشنهاد شده در مرحله آمادگی
۳) مرحله آمادگی	تسهیل ورود به مرحله اقدام (جلسه ۵ و۶)	بخش سوم: لوح فشرده و کتابچه و بروشور	۱) ارائه تصویر افراد با دریافت کافی و ناکافی از تغییر و تبیین سلامت و عملکرد آنها در سنین بالاتر. ۲) ارائه راهکارها و استراتژی هایی برای تغییر از طریق جایگزین سازی و ایفای نقش ۳) ارائه توصیه هایی برای تقویت تغییر رفتار صورت گرفته از طریق خود و افراد گروه	۱) استفاده از فرآیند خود ارزشیابی مجدد (Self- Re Evaluation) ۲) استفاده از فرایند باز ارزشیابی محیط (Environmental Reevaluation). ۳) استفاده از فرآیند جانشین سازی یا شرطی سازی متقابل (Counter Conditioning). ۴) استفاده از فرآیند مدیریت اقتضایی (Contingency Reinforcement Management).
۴) مرحله اقدام	کمک به حفظ تغییر رفتار ایجاد شده (جلسه ۷ و ۸)	ارائه توصیه هایی برای تقویت تغییر رفتار صورت گرفته از طریق خود بیماران و خانواده هایشان	استفاده از فرآیند مدیریت اقتضایی (Contingency Reinforcement Management).

اطلاعات جمع آوری شده، با استفاده از روش‌های تجزیه و تحلیل آمار توصیفی و استنباطی مورد بررسی قرار گرفت. جهت تعریف اطلاعات جمعیت شناختی از شاخص‌هایی چون میانگین، انحراف استاندارد و غیره استفاده شد. برای تحلیل داده‌های پژوهش و میزان اثربخشی مداخله از روش تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شده است. دلیل استفاده از این روش مطالعه اثر متغیر مستقل بر وابسته در دو گروه آزمایش و کنترل بوده که با توجه به وجود پیش آزمون و چند متغیره بودن متغیرهای وابسته، این روش مناسب ترین روش آماری می‌باشد.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر، گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر جنسیت، سن و تحصیلات همتا شدند. نتایج به دست آمده در رابطه با نمره‌های آزمودنیها در دو بخش یافته‌های توصیفی و یافته‌های مربوط به فرضیه‌های پژوهش می‌آید. در بخش یافته‌های توصیفی به گزارش میانگین و انحراف استاندارد جامعه پژوهشی براساس متغیرهای مورد بررسی در پژوهش اقدام می‌گردد و در بخش دوم به ارائه نتایج آزمونهای آماری در رابطه با فرضیه‌های پژوهشی اقدام خواهد شد.

جدول شماره ۲، میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش را در گروه‌های آزمایش و کنترل طی پیش‌آزمون،

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.23455780.1397.6.1.2.3]

جدول ۲- میانگین و انحراف استاندارد نمرهای تنظیم شناختی هیجان و کنترل فکر گروه‌های آزمایش و کنترل در سه مرحله ارزیابی

متغیر	زمان آزمون	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
نظم جویی شناختی	پیش آزمون	۹۰/۶۰	۵/۸۲	۹۰/۷۴	۱۱/۸۳
	پس آزمون	۱۰۷/۳۱	۱۵/۸۹	۹۲/۱۱	۱۲/۰۶
	پیگیری	۱۰۶/۵۸	۱۳/۶۵	۹۰/۶۷	۱۰/۶۸
کنترل فکر	پیش آزمون	۱۹/۳۱	۲/۲۹	۲۰/۳۱	۲/۹۳
	پس آزمون	۱۴/۲۳	۱/۸۸	۲۰/۰۸	۲/۵۷
	پیگیری	۱۵/۳۸	۲/۳۳	۲۰/۳۱	۲/۲۹
درد	پیش آزمون	۷۴/۴۵	۲۸/۲۰	۷۲/۳۸	۲۵/۴۵
	پس آزمون	۴۸/۲۴	۲۲/۵۶	۶۸/۸۹	۲۴/۳۳
	پیگیری	۵۰/۸۷	۲۶/۷۲	۷۰/۹۲	۲۸/۱۹

جدول ۳- نتایج تحلیل بین و درون آزمودنی‌ها با اندازه‌گیری‌های مکرر بر سه بار اندازه‌گیری نظم‌جویی شناختی-هیجان در دو گروه

منبع		مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	معناداری	ضریب اتا
بین آزمودنی‌ها	گروه	۳۴/۲۵	۱	۳۴/۲۵	۷۳/۸۱	۰/۰۰۱	۰/۸۵
	خطا	۳۶/۱۲	۶۵	۳۶/۱۲			
درون آزمودنی‌ها	زمان	۱۱۲/۱۶	۱	۱۱۲/۱۶	۴۳/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۷۸
	زمان * گروه	۲۲۵/۳۴	۱	۲۲۵/۳۴	۸۸/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۸۲
	خطا	۶۱/۸۷	۶۵	۲/۵۲			

پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد. بر این اساس میانگین نمره نظم‌جویی شناختی- هیجانی و کنترل فکر در پس‌آزمون و پیگیری افزایش و مقیاس درد کاهش یافته است.

نخست، جهت بررسی همسانی ماتریس‌های واریانس- کوواریانس از آزمون باکس استفاده گردید با توجه به این که معناداری آزمون باکس در همه مقیاس‌ها بالاتر از ۰/۰۵ می‌باشد، لذا می‌توان گفت ماتریس‌های واریانس-کوواریانس همگن می‌باشد. همچنین جهت بررسی همسانی واریانس‌های دو گروه پس‌آزمون و پیگیری از آزمون لوین استفاده گردید و نتایج نشان از عدم‌معناداری مولفه‌ها داشت، بنابراین مفروضه همگونی واریانس‌ها نیز مورد تایید قرار گرفت. در راستای فرض یکسان بودن واریانس، نتایج آزمون کرویت موخلی نشان داد که در همه متغییرها در سطح ۰/۰۵ معنادار نمی‌باشد، لذا شرایط برای استفاده از مدل آماری اندازه‌گیری مکرر فراهم گردید، در این راستا، در جداول ۳ تا ۶ نتایج تحلیل واریانس بین و درون آزمودنی‌ها با اندازه‌گیری مکرر برای متغیرهای این مطالعه ارائه گردیده است.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که بین نمره‌های آزمودنی‌ها در گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین بین نمره‌های عامل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در متغیر نظم‌جویی شناختی-هیجان، تفاوت معناداری به دست آمد. همچنین بین نمره‌های عامل و گروه‌ها در متغیر مذکور تعامل معناداری مشاهده گردید. این نتایج بیانگر این است که درمان مبتنی بر مدل فرانظری در مولفه‌نظم جویی شناختی-هیجان اثربخش است. سرانجام نتایج حاصل از مقایسه زوجی نشان داد که بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد، اما بین پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری حاصل نگردید.

یافته‌های جدول ۴ نشان می‌دهد که بین نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیر کنترل فکر در گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. این نتایج بیانگر این است که درمان مبتنی بر مدل فرانظری در مؤلفه کنترل فکر اثربخش است. سرانجام نتایج حاصل از مقایسه زوجی نشان داد که بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد، اما بین پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود نداشت.

یافته‌های جدول ۵ نشان می‌دهد که بین نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیر مقیاس درد در گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. این نتایج بیانگر این است که درمان مبتنی بر مدل فرانظری در مؤلفه درد اثربخش است. سرانجام نتایج حاصل از مقایسه زوجی نشان داد که بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون تفاوت

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.23455780.1397.6.1.2.3]

جدول ۴- نتایج تحلیل بین و درون آزمودنی‌ها با اندازه‌گیری‌های مکرر بر سه بار اندازه‌گیری کنترل فکر در دو گروه

منبع		مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	معناداری	ضریب اتا
بین آزمودنی‌ها	گروه	۱۰۶/۴۵	۱	۱۰۶/۴۵	۱۷/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۷۹
	خطا	۱۴۲/۶۲	۶۵	۶/۷۶			
درون آزمودنی‌ها	زمان	۵۵/۴۵	۱	۵۵/۴۵	۴۵/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۷۴
	زمان * گروه	۴۸/۲۳	۱	۴۸/۲۳	۴۰/۲۸	۰/۰۰۱	۰/۶۸
	خطا	۲۹/۳۴	۶۵	۱/۲۷			

جدول ۵- نتایج تحلیل بین و درون آزمودنی‌ها با اندازه‌گیری‌های مکرر بر سه بار اندازه‌گیری مقیاس درد در دو گروه

منبع		مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	معناداری	ضریب اتا
بین آزمودنی‌ها	گروه	۸۸۳/۲۰	۱	۸۸۳/۲۰	۲۳/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۷۵
	خطا	۷۸۶/۰۹	۶۵	۴۵/۲۶			
درون آزمودنی‌ها	زمان	۲۲۷/۳۴	۱	۲۲۷/۳۴	۶۵/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۷۸
	زمان * گروه	۲۳۴/۶۵	۱	۲۳۴/۶۵	۷۰/۶۴	۰/۰۰۱	۰/۷۲
	خطا	۶۴/۳۷	۶۵	۳/۵۶			

معناداری وجود دارد، اما بین پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود نداشت.

بحث و نتیجه‌گیری

با در نظر گرفتن درد مزمن به عنوان مفهومی متأثر از مجموعه پیچیده‌ای از عوامل زیستی، روانشناختی و اجتماعی، باید اذعان نمود که در این معنا، عوامل مؤثر بر درد مزمن تنها دغدغه دست‌اندرکاران علوم پزشکی نیست، بلکه تمامی دانشمندان علوم اجتماعی و روانشناسان به بررسی آن علاقه‌مند هستند. گسترش روزافزون درد مزمن و پیامدهای نگران‌کننده ناشی از آن، امروز متخصصان بالینی را بر آن داشته تا به نقش اساسی مراقبت بیماران مبتلا در نتایج درمان تأکید بیشتری نمایند. البته باید گفت که افزایش رفتارهای خودمراقبی به این سادگی‌ها نیست و این مجموعه از رفتارهای پیچیده، نیازمند تغییرات اساسی در سبک و شیوه زندگی بیمار است و تحت تأثیر عوامل مختلفی است، لذا شناخت عوامل روانی-اجتماعی مرتبط با درمان درد مزمن می‌تواند پیامدهایی برای برنامه‌ریزی‌های درمانی و نیز تضمین‌کننده موفقیت این برنامه‌ها باشد.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر مدل فرانظری موجب افزایش نظم‌جویی شناختی هیجان، کنترل فکر و کاهش درد زنان مبتلا به درد مزمن گردید. که در دوره پیگیری نیز پایدار بوده است. همچنین این درمان نظم‌جویی شناختی هیجان، کنترل فکر و کاهش درد بیماران مبتلا به درد مزمن را در نمونه‌ی بالینی پژوهش در مقایسه با گروه کنترل افزایش داده است. یافته‌های پژوهش حاضر در خصوص تأثیر درمان‌شناختی مبتنی بر مدل فرانظری بر روی راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان و کاهش درد با نتایج تحقیقات ترینداد[1] و همکاران (۲۰۰۴) و دنیز[2] و همکاران (۲۰۱۵) همسو است، با توجه به تحقیقات انجام شده می‌توان به این موضوع اشاره کرد که واکنش‌پذیری پایین‌تر و راهبردهای نظم‌جویی هیجان مثبت، باعث بالابردن فرد در عملکرد کارهای روزانه و عدم تمرکز بر روی درد مزمن در بیماران می‌شود. به علاوه دشواری در بازشناسی هیجان‌ها و نارسایی در برقراری رابطه‌ی عاطفی با دیگران منجر به عود درد در افراد مبتلا به درد مزمن می‌شود. مدیریت مؤثر هیجان‌ها باعث می‌شود که فرد در موقعیت‌هایی که درد عود می‌کند، از راهبردهای مقابله‌ای مناسب استفاده کند. افرادی که تنظیم هیجانی بالایی دارند، در مدیریت و کنترل درد توانایی بیشتری دارند، آن‌ها فشارهای ناخواسته را درک و هیجان‌های خود را بهتر مهار می‌کنند و در نتیجه در برابر درد مقاومت بیشتری نشان می‌دهند. همچنین افرادی که تنظیم هیجانی پایین‌تری دارند، برای مقابله با هیجان‌های منفی خود، اغلب به سوی پزشک و داروهای مسکن می‌روند. در درمان مبتنی بر مدل فرانظری از گام‌هایی استفاده می‌شود که میزان استفاده افراد را از راهبردهای تنظیم هیجان مثبت

[1] . Trinidad
[2] . Diniz

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.23455780.1397.6.1.2.3]

را افزایش می‌دهد، از جمله این گام‌ها افزایش آگاهی و مدیریت استرس بوده است. گام افزایش آگاهی منجر به افزایش آگاهی افراد از هیجانات خود می‌شود و آن‌ها را نسبت به هیجانات خود واقف می‌سازد. از طرف دیگر در گام مدیریت استرس به آزمودنی‌ها آموزش داده می‌شود که چگونه منابع استرس خود را مدیریت کنند و با آن‌ها مقابله نمایند، استرس‌های محیطی و هیجانی منجر به حالات هیجانی منفی شده و در نتیجه احتمال کشش بیماران مبتلا به درد مزمن را به سوی دارو درمانی و افزایش مراجعات به پزشک می‌شود. بیماران مبتلا به درد مزمن با یادگیری اصول کنترل استرس می‌توانند با شیوه‌های مقابله‌ای کارآمدتر به مدیریت استرس خود و در نتیجه مدیریت هیجانات خود بپردازند. فرایند درمان فرانظری به فرد کمک می‌نماید تا با آزادی انتخابی که دارد مسئولیت تغییرات رفتاری را بپذیرد و هر زمان که لازم بود، تغییر نماید و در واقع این درمان به دنبال هماهنگ کردن نظام شناختی فرد به صورت نزدیک‌تری با واقعیت است و بر تغییر متمرکز است.

همچنین درمان مبتنی بر مدل فرانظری، کنترل فکر در بیماران مبتلا به درد مزمن را در مقایسه با گروه کنترل افزایش و باعث کاهش درد در آنان می‌شود. که با تحقیقات کیم (۲۰۰۷) و پراپاویسوز و همکاران (۲۰۰۴) همسو است. در توجیه این یافته می‌توان گفت چون درمان شناختی مبتنی بر مدل فرانظری، هماهنگ‌ساختن نظام اعتقادی فردی به صورت نزدیک‌تر با واقعیت است که به واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده‌های فیزیکی، همانطور که اتفاق می‌افتند، کمک می‌کند. بنابراین آموزش آن به بیماران مبتلا به درد مزمن، باعث می‌شود که آنان احساسات و نشانه‌های فیزیکی خود از جمله درد را بپذیرند و قبول و پذیرش این احساسات باعث کاهش توجه و حساسیت بیش از حد نسبت به گزارش این نشانه‌های بدنی و درد در آنان می‌شود. به عبارت دیگر می‌توان گفت که شناخت درمانی مبتنی بر مراحل تغییر موجب می‌شود که افراد مبتلا به درد مزمن با انجام تمرین‌های مانند وارسی بدن و باز ارزیابی مثبت افکار شناخت و آگاهی خود را نسبت به درد کاهش دهند و از این طریق به کاهش شدت درد خویش کمک نمایند.

براساس مبانی پایه فرانظری، شرکت در مداخلات آموزشی و اتخاذ عملی رفتار باعث بهبود وضعیت عمومی و نهادینه‌شدن رفتار مناسب در افراد می‌شود. بدین صورت افرادی که تاکنون فعال نبوده‌اند و تجربه درک اثرات مثبت فعال بودن در زندگی نداشته‌اند به موزات حرکت از مراحل پیش‌عملیاتی (بی‌تحرکی) به مراحل عملی (فعال بودن) و درک و شناخت این تأثیرات مثبت، میزان نظم‌جویی شناختی-هیجان و کنترل فکر و تعادل در تصمیم‌گیری و به کارگیری فرایندهای شناختی و رفتاری جهت تغییر وضعیت خود بصورت عدم‌نظم و آشفتگی افکار در آنان از غیرفعال بودن به فعال بودن در آنان افزایش می‌یابد و در نهایت میزان خودکارآمدی آنان جهت شرکت در انجام فعالیت‌ها، حفظ و نگهداری این رفتارها افزایش می‌یابد و فرد تا مرحله‌ای پیش می‌رود که انجام رفتار جدید به یک عادت در او تبدیل می‌شود.

به طور کلی نتایج پژوهش حاضر نشان داد که مداخلات صورت گرفته یا رویکرد فرانظری بر بهبود نظم جویی شناختی هیجان، کنترل فکر و کاهش درد بیماران مبتلا به درد مزمن، اثربخش هستند. همچنین یافته مهم این پژوهش شامل روشن‌شدن بعد زمانی پایداری نتایج مداخلات و چگونگی تغییر بود؛ بدین شرح که مطالعه پیگیری که به منظور ارزیابی فاصله زمانی تأثیرات و تغییرات به‌وجود آمده از مداخلات، انجام شده بود نشان داد که به طور کلی نتایج به دست آمده از مداخلات فرانظری برای نظم جویی شناختی و 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 ایجاد هوشیارانه راه‌هایی برای زندگی، آگاه شود و در زمینه انتخاب مسیرهای زندگی یا تغییر خود، دست به انتخاب بزند. از این رو، کنترل فکر، کاهش درد و افزایش نظم جویی در درمان مبتنی بر مدل فرانظری می تواند اهمیت و کاربرد بالینی زیادی داشته باشد.

در رویکرد فرانظری، مکانیسم فرضی برای تغییر درمانی، هماهنگ ساختن 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. به طور یقین، توجه به ابعاد

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.23455780.1397.6.1.2.3]

و مشخصه‌های روانشناختی در مبتلایان به دردمزمن، که به عنوان عوارض بیماری ظاهر می‌گردند، میتوانند شناخت بهتری از این بیماری را برای همگان به ارمغان آورد. در یک نتیجه گیری نهایی، باید گفت که نتایج مطالعه حاضر دانش ما را در زمینه نقش تغییر رفتار در افراد مبتلا به بیمارهای مزمن افزایش می‌دهد و بار دیگر ما را به این واقعیت می‌رساند که مداخله های روان شناختی نقش بسیار مهمی در پیشگیری و درمان بیماری‌های جسمانی و مزمن ایفا می‌نماید. 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. از جمله محدویت‌های مطالعه، اولاً پایین بودن نمونه است و تنها در بیمارستان شهرستان بوکان انجام گرفته بود. دوم این که، این مطالعه تنها روی زنان انجام گرفته است و در مطالعات آتی مطلوب‌تر است که در هردو جنس انجام پذیرد.

منابع

Alizadeh, A. Hasanzadeh, L. Mahmoud Alilou, M. Poursharifi, H. (2014). Prediction of Worry Based on Behavioral Activation and Inhibition Systems (BAS/BIS), Cognitive Emotion Regulation Strategies and Intolerance of Uncertainty in Students. Journal of Cognitive Psychology, Vol. 2, No. 3, [Persian]

America Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Translator "Nikkhooi, M; Vadys, Hamayak and Naqshbandi, Siamak. Tehran: sament [Persian]

Bartholomew, L.K.K.; Parcel, G.S.S.; Kok, G.; Gottlieb, N.H.H. (2010). Planning Health Promotion Programs; Wiley: San Franscisco, CA, USA

Bandura, A. (1993). Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. Education pyschology 1993; 28(2): 117-48.

Diniz, I.; Duarte, M.; Peres, K.; de Oliveira, E.; Berndt, A. (2015). Active commuting by bicycle: Results of an educational intervention study. J. Phys. Act. Health, 12, 801–807.

Dworkin RH, Turk DC, Revicki DA, Harding G, Coyne KS, Peirce-Sandner S, (2009). Development and initial validation of an expanded and revised version of the Short-form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ-2). *Pain*; 144:35-42.

Dolan SL, Martin RA, Rohsenow DJ. (2008). Self-efficacy for cocaine abstinence: pretreatment correlates and relationship to outcomes. Addict Behav; 33(5): 675-88.

Eva van Leer, Edie R. Hapner, Nadine P. Connor. (2008).Transtheoretical model of health behavior change applied to voice therapy. J Voice. Nov; 22(6): 688-98.

Earle S, Lioyd CE, Sidell M, Spurr S. (2007). Theory and research in promoting public health. London: Sage Publications.

Epping-Jordan J, Bengoa R, Kawar R, Sabate´ E (2001). The challenge of chronic conditions: *WHO responds, BMJ; 323:947*–8.

Frmanbryan, Rbyalh ,Nyknamy, Shamseddin; Heidarnia, Ali and hagiezadeh,a(2009), Sports predict the behavior of students based on stages of change model and the theory of determination are using path analysis, Journal of Guilan University of Medical Sciences, Volume XVIII / No. 71 / Autumn p. 48-35[Persian]

Fertman CI, Allensworth DD. (2010) Health Promotion Programs: From Theory to Practice. New York, NY: John Wiley & Sons. p. 63

Jaafari, Mostafa and Shahidi ,shahriar , Abedin Ali (2009), Comparing the effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Trans-theoretical Model on improving abstinence self-efficacy in substance dependent adolescents, Research in Behavioral Sciences / Volume 7. Number 1 Ss11-1[Persian]

Garnefski N, Kraaij V. (2003) Relationships between cognitive strategies of adolescents and depressive symptomatology across different types of life events. J Youth Adolesc. 2003; 10(32):401-8.

Glanz K, Rimer KB, Lewis MF. (2002). Health behavior & health education; theory, research and practice. 3rd edition. San Francisco: Jossey-Bass. P. 93-154.

Green J. (2000) the role of theory in evidence-based health promotion practice. Health education research. 15(2):125-9.

Hosni, J (2010), the psychometric properties of the questionnaire Cognitive-emotional regulation, Journal of Clinical Psychology, Issue 3. Pages 73-83. [Persian]

Keshavarzi, S. MirNasab, M. Fathi Azar, E. Badri Gargari, R. (2017). Effects of a Metacognitive Awareness Program on High School Students'Decision-making Styles and Emotion Regulation. Journal of Cognitive Psychology, Vol. 5, No. 1, spring. [Persian]

Kim YH. (2007), Application of the transtheoretical model to identify psychological constructs influencing exercise behavior: a questionnaire survey. Int J Nurs Stud; 44(6): 936-44.

Prapavessis H, Maddison R, Brading F. (2004) Understanding exercise behavior among New Zealand adolescents: a test of the transtheoretical. J Adolesc Health; 35(4): 346-27

Prochaska JO, Redding CA, Evers KE. (2008) Transtheoretical Model and Stages of change. In:

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.23455780.1397.6.1.2.3]

Zare, H and Abdullah Zadeh, H. (2012), a scale of measurement in cognitive psychology, Tehran: Yyzh [Persian]

Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, Editors. Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice. 4th Ed. New York, NY: John Wiley & Sons; p. 98

Prochaska JO, Velicer WF. (1997). the transtheoretical model of health behavior change. American Journal of Health Promotion. 1997; 12(1):38-48. ABSTRACT/FREE Full Text

prochaska JO, Redding CA, Evers KE,(2002).The Transtheoretical Model and Stage of Change.In:Glanz K , RimerBk , Lewis FM,(Eds).Health Behavior and Health Education. Theory, Research, and Practice. San Francisco;Jossey-Bass Publishers : 99-120

Prochaska and James, Norcross and John (2011), Theories of Psychotherapy. Translation: Seyed Mohammad. Tehran: Growth [Persian]

Prochaska, J. A (2000) transtheoretical model for assessing organizational change: A study of family service agencies' movement to time-limited therapy. *Fam. Soc. J. Contemp. Soc*. Serv. 81, 76–84.

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

McCracken, L.M. (2011). A prospective study of acceptance of pain and patient functioning with chronic pain.*Pain*, 118, 164–169.

Molina-García, J.; Castillo, I.; Queralt, A.; Sallis, J.F. (2013).Bicycling to university: Evaluation of a bicycle-sharing program in spain. *Health Promot*e. Inter. 30, 350–358.

Morrison AP, Wells A. (2003) A comparison of met cognitions in patients with hallucinations, delusions, panic disorder, and non-patient controls. Behav Res Ther; 41(2): 251-256**.**

Mundorf, N.; Redding, C.A.; Fu, T.; Paiva, A.; Brick, L.; Prochaska, J.O. (2013). Promoting sustainable transportation across campus communities using the transtheoretical model of change. *Commun. Commons*, 427–438.

Sullivan, M. J.; Thorn, B.; Haythornthwaite, J. A.; Keefe, F.; Martin, M.; Bradley, L. A. & Lefebvre, J. C. (2001), *Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain*, Clin J Pain, 17,52-64.

Sarafynv, Edward (2013) Health Psychology. Translation Abhar and colleagues. Tehran: Growth [Persian]

Saffarinia et al (2012) theories, models and methods of health education and health promotion, Publishing Subhan [Persian]

Schiavo R. (2007) Health Communication: From Theory to Practice. New York: John Wiley & Sons, p. 38**.**

Verbunt, J. A.; Huijnen, I. P.J. & Koke, A.(2009), *Assessment of physical activity in daily life in patients with musculoskeletal pain*, European Journal of Pain, 13, 231-242.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.23455780.1397.6.1.2.3]