سلگی

خانواده و بهداشت

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره دوازدهم، شماره سوم، پاییز ۱۴۰۱، پیاپی (۳)۳۴ ص ۶۸-۵۱

Family and health Quarterly, vol12, Issu3, Autumn 2022, ISSN: 2322-3065

http://journals.iau-astara.ac.ir, D.O.R. 20.1001.1.23223065.1401.12.3.6.0

اثربخشی درمان فراشناختی بر حساسیت اضطرابی، پریشانی روان‌شناختی و شاخص‌های درد در دانشجویان دختر مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی

زهرا سلگی*[1]، علیرضا مرآتی[2]

چکیده

مقدمه: سندرم پیش از قاعدگی یکی از مشکلات شایع در سنین باروری است که بر سلامت زنان از لحاظ فردی، اجتماعی و تحصیلی اثرات نامطلوبی می‌گذارد. هدف پژوهش تعیین تأثیر درمان فراشناختی بر حساسیت اضطرابی، پریشانی روان‌شناختی و شاخص‌های درد در مبتلایان به سندرم پیش از قاعدگی بود.

روش پژوهش: این پژوهش، نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه کنترل با پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری شامل تمامی دانشجویان دختر دارای سندرم پیش از قاعدگی دانشگاه آزاداسلامی کرمانشاه طی سال ۱۴۰۰ بود، که ۳۰ نفر از بین آن‌ها با روش در دسترس و بر مبنای معادله Fleiss انتخاب و در دو گروه مساوری گمارش شدند. فراشناخت درمانی برای آزمودنی‌های گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه هفتگی و هر جلسه ۹۰ دقیقه اعمال شد .برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه غربالگری سندرم پیش از قاعدگی استینر و همکاران، پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی لویبوند و لویبوند، پرسشنامه حساسیت اضطرابی فلوید و همکاران، پرسشنامه درد مک‌گیل و پذیرش درد مک‌کراکن و همکاران استفاده شد. داده‌ها با روش‌های آمار توصیفی و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر و نرم‌افزار آماری SPSS-26 تحلیل شد.

یافته‌های پژوهش: نتایج نشان داد که حساسیت اضطرابی (F=۱۷/۷۵، P=۰/۰۰۵ و η=۰/۶۱)، شدت درد (F=۶/۱۸، P=۰/۰۰۹ و η=۰/۵۴)، پذیرش درد (F=۱۰/۷۰، P=۰/۰۱۴ و η=۰/۶۲) و پریشانی روان‌شناختی (F=۴۳/۴۵، P=۰/۰۰۱ و η=۰/۶۰) در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل به طور معناداری کاهش یافت و این تأثیرات مثبت در طول دورهٔ پیگیری دوماهه پایدار ماند.

نتیجه‌گیری: فراشناخت درمانی بر بهبود شاخص‌های درد و کاهش حساسیت اضطرابی و پریشانی روان‌شناختی مبتلایان به سندرم پیش از قاعدگی مؤثر می‌باشد و می‌توان این برنامه را به‌عنوان درمان سودمندی به کلینیک‌های تروما و درد توصیه نمود.

کلید واژه‌ها: پریشانی روانی، حساسیت اضطرابی، درد، فراشناخت درمانی، قاعدگی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۲/۱۷ **تاریخ پذیرش نهایی:** ۱۴۰۱/۷/۹

استناد: سلگی ز، مرآتی ع. اثربخشی درمان فراشناختی بر حساسیت اضطرابی، پریشانی روان‌شناختی و شاخص‌های درد در دانشجویان دختر مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی، خانواده و بهداشت، ۱۴۰۱؛ ۱۲(۳): ۶۸-۵۱

[1]. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

Email: z_solgi@pnu.ac.ir, **ORCID:** 0000-0001-5801-5449 (*Corresponding Author)

[2]. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

Email: Alirezamerati@pnu.ac.ir, **ORCID:** 0000-0003-0997-7240

© حقوق برای مؤلف (آن) محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد در خانواده و بهداشت تحت مجوز کریتو کامنز http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/). منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده غیر تجاری تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

مقدمه:

کالج آمریکایی متخصص زنان و زایمان، سندرم قبل از قاعدگی[۱] را به عنوان یک بیماری بالینی تعریف می‌کند که با وقوع چرخه‌ای جسمی و روانی غیرمرتبط با هر بیماری طبیعی در طی پنج روز قبل از قاعدگی ظاهر شود و در چهار روز پس از شروع قاعدگی در سه چرخه متوالی با شدت کافی به پایان برسد (۱). بیشتر زنان در سن باروری ممکن است در هفته قبل از قاعدگی احساس ناراحتی فیزیولوژیکی و یا احساس بیشتری داشته باشند. این علائم در افراد متفاوت مختلف است و می‌تواند باعث تأثیر منفی در کار، زندگی شخصی و ایجاد استرس در روابط اجتماعی شود (۲ و ۱).

شواهد مطالعاتی در کشورهای توسعه یافته حاکی از آن است که شیوع درد مرتبط با قاعدگی دامنه نسبتاً وسیعی بین ۳۵ الی ۶۵ درصد را شامل می‌شود (۳). با این‌حال در مطالعات انجام شده در ایران در مورد شیوع این درد، در میان زنان و دختران جوان ایرانی اتفاق‌نظر وجود ندارد و آمار بسیار متناقضی در دامنه ۳۸ الی ۹۱ درصد گزارش شده است (۴). مطالعاتی که بر روی شیوع درد دوران قاعدگی انجام گرفته نشان داده‌اند که عوامل مختلفی در ارتباط با این اختلال وجود دارند که شامل سنین جوانی، سیگار کشیدن، منارک زودرس، دوره‌های خون‌ریزی طولانی و عفونت لگنی، وضعیت اجتماعی- اقتصادی، میزان تحصیلات و تیپ‌های شخصیتی هستند؛ اما آنچه که عمومیت دارد شیوع بالاتر سندرم قبل از قاعدگی در دختران جوان با وضعیت روان‌شناختی متلاطم می‌باشد (۶ و ۵).

دامنه علائم عاطفی سندرم پیش از قاعدگی شامل طغیان عصبانیت، تحریک‌پذیری، گیجی یا فکر خودکشی در پنج روز قبل از قاعدگی در هر یک از سه چرخه قاعدگی قبلی و دامنه علائم جسمی سندرم پیش از قاعدگی شامل حساسیت پستان، تورم اندام‌ها، نفخ شکم، احتباس مایعات یا سردرد و مشکلات خلقی و حساسیت اضطرابی در طی پنج روز قبل از قاعدگی در هر یک از سه چرخه قاعدگی قبلی تعریف شده است (۷). در واقع یک سازه اضطرابی که توجه گسترده‌ای در پیشینه مطالعاتی مشکلات با زمینه مشترک جسمانی- روانی به خود اختصاص داده است، حساسیت اضطرابی[۲] است. به نظر می‌رسد حساسیت اضطرابی از جمله متغیرهای واسطه‌ای مهم میان استرس و بیماری باشد و فرض براین است که حساسیت اضطرابی یک متغیر گرایشی با ثبات است که نشان دهنده میل به تفسیر پیامدهای جسمانی، روانی و اجتماعی تجارب اضطرابی به‌عنوان اموری آزارنده و خطرناک است (۹ و ۸). حساسیت اضطرابی به ترس از اضطراب و نشانه‌های مرتبط با اضطراب اشاره دارد و از این عقیده ناشی می‌شود که این نشانه‌ها به پیامدهای بالقوه آسیب‌زای بدنی و روانی- اجتماعی منجر می‌شود (۱۰).

حساسیت اضطرابی منجر به سوگیری‌هایی در بازیابی و پردازش اطلاعات مربوط به محرک‌های فراخوان اضطراب می‌شود که این خود زمینه را برای ادراک بیشتر درد در مبتلایان به ناراحتی‌های روانی- زیستی فراهم می‌سازد (۱۱). حساسیت اضطرابی به‌عنوان یک عامل خطر برای گسترش مشکلات اضطرابی و خلقی درنظر گرفته شده است اما با این وجود مطالعات نشان می‌دهد که این سازه با پیامدهای متعدد روانی از جمله در بیماران دارای درد همراه است (۱۲). این در حالی است که مطالعات بیانگر ارتباط شدت علایم بدنی، عاطفی و اجتماعی در جمعیت‌های مختلف با افزایش پریشانی روانی است (۱۵-۱۳). پریشانی روان‌شناختی به‌عنوان سندرم غیراختصاصی که سازه‌هایی همچون اضطراب، افسردگی، مشکلات شناختی، تحریک‌پذیری، خشم و یا وسواس را دربر می‌گیرد، تعریف شده است (۱۶).

---

۱. premenstrual syndrome (PMS)

۲. anxiety sensitivity

خانواده و بهداشت
فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره دوازدهم، شماره سوم، پاییز ۱۴۰۱، پیاپی (۳)۳۴ ص ۶۸-۵۱
Family and health Quarterly, vol12, Issu3, Autumn 2022, ISSN: 2322-3065
http://journals.iau-astara.ac.ir, D.O.R. 20.1001.1.23223065.1401.12.3.6.0

نتایج مطالعات بیانگر این است که پریشانی روان‌شناختی[۱] به عنوان یک اختلال هیجانی ممکن است عملکرد اجتماعی و زندگی روزمره افراد را تحت تأثیر قرار دهد (۱۷). پریشانی روان‌شناختی ناراحتی خاص و حالت هیجانی است که توسط افراد به‌طور موقت یا دائم در پاسخ به استرس‌های خاص و درخواست‌های آسیب‌زا تجربه می‌شود. افزون بر این پریشانی روانی حالات ذهنی ناخوشایند افسردگی و اضطراب است که هر دو علامت هیجانی و فیزیولوژیکی را دارد (۱۸). مبتلایان به سندرم قبل از قاعدگی سطوح مختلفی از اضطراب و افسردگی را که از مؤلفه‌های بسیار مهم پریشانی روان‌شناختی به شمار می‌روند، تجربه می‌کنند. در همین زمینه برخی مطالعات نشان داده‌اند که در مبتلایان به سندرم قبل از قاعدگی، شیوع اختلالات خلقی و اضطرابی دو برابر جمعیت عادی می‌باشد (۲۰ و ۱۹).

در این بیماران مسأله پریشانی روان‌شناختی می‌تواند در نهایت باعث ناامیدی و بی‌تفاوتی فرد شود که به نوبهٔ خود مشکل تبعیت از درمان و عدم رعایت برنامه‌های مرتبط با سبک زندگی سالم و رژیم‌های غذایی را به‌دنبال خواهد داشت، که این از جمله مشکلات مهم در سیستم سلامت در بیماری‌های زنانه می‌باشد (۲۱). بنا بر گزارش بسیاری از مبتلایان به سندرم قبل از قاعدگی هنگام رویارویی با موقعیت‌های پراسترس، ادراک شدت درد[۲] افزایش می‌یابد (۲۲). مطالعات علت این پدیده را عوامل شناختی مخرب یعنی باورهای غیرمنطقی و منفی مانند جنبش هراسی و فاجعه آمیزسازی و همچنین، استفاده از منابع مقابله‌ای منفعلانه مانند دوری‌گزینی از موقعیت‌های استرس‌زا می‌دانند. این عوامل باعث راه‌اندازی چرخه معیوب هیجانات منفی نسبت به درد، احساس شکست، افزایش پریشانی روان‌شناختی و ادراک شدت درد می‌شود (۲۳ و ۲)

بر پایه نظریه کنترل دروازه درد، درد می‌تواند فرایندهای ذهنی مرتبط با احساس، شناخت، هیجان و رفتار را تحت تأثیر قرار دهد، به گونه‌ای که این دروازه نه تنها با درون‌دادهای پیرامونی تحریک می‌شود بلکه به وسیله مراکز عالی مغز که مسئول افکار، هیجانات و رفتارها هستند، نیز کنترل می‌شود (۲۴). نتایج مطالعات نیز نشان می‌دهد که همه مبتلایان به درد مزمن دچار ناتوانی نمی‌شوند. در این میان بیمارانی وجود دارد که برخلاف شدت درد همچنان به انجام وظایف و فعالیت‌های معمول خود ادامه می‌دهند (۲۶ و ۲۵). در سال‌های اخیر علاقه زیادی به شناسایی مکانیزم‌های سازگارانه‌ای که این افراد از طریق آن‌ها سلامت روان‌شناختی و توانایی کارکردی خود را حفظ می‌کنند، به وجود آمده است (۲۵). یکی از این عوامل روان‌شناختی مثبت، پذیرش درد است. پذیرش شکل دیگری از مقابله، تسلیم، نادیده گرفتن درد یا افزایش فعالیت رفتاری با هدف کنترل درد نیست، بلکه منظور از پذیرش، تغییر هدف کنترل از رویدادهای کنترل‌ناپذیر (خود درد و هیجانات منفی همراه با آن) به سمت عوامل قابل کنترل است (۲۷).

مطالعات نشان داده‌اند که پذیرش بیشتر درد با کارکرد اجتماعی، جسمی و روان‌شناختی بهتر همراه است و سطح پذیرش درد توانسته است علاوه بر پیش‌بینی میزان تداخل درد در زندگی روزانه و نیز سطح سلامت جسمی و روان‌شناختی، شدت درد را نیز پیش‌بینی نماید (۲۷ و ۲۵). نتایج برخی مطالعات نیز حاکی از آن است که پذیرش در مقایسه با تعدادی از راهبردهای مقابله با درد پیش‌بینی کننده قوی‌تری برای پریشانی روان‌شناختی و ناتوانی ناشی از شدت درد ادراک شده است (۲۸). به‌طور معمول در درمان سندرم قبل از قاعدگی از داروهایی نظیر مهارکننده‌های پروستاگلاندین‌ها استفاده می‌شود. ایندومتاسین و فنیل بوتازون، نیفیدیپین

---

۱. psychological distress
۲. Pain intensity

و قرص‌های ترکیبی پیشگیری از بارداری و انواع مسکن‌های دیگر هم جهت کاهش شدت درد مرتبط با قاعدگی مورد استفاده قرار می‌گیرند که عوارض جانبی متعددی را به همراه دارند. بنابراین ضرورت ارایه یک روش غیردارویی برای بیمارانی که به دارو درمانی پاسخ نمی‌دهند یا از اثرات جانبی دارو رنج می‌برند یا کسانی که تمایل به استفاده از دارو ندارند، کاملاً آشکار است (۲۹).

با وجود شیوع نسبتاً بالای درد همراه با قاعدگی و وجود تمهیدات مؤثر و مفید جهت تخفیف علائم آن، تعداد کمی از مبتلایان از آن‌ها بهره‌مند می‌گردند (۱). در ایران نیز به دلیل عدم اطلاع کافی از شیوع و الگوی درد مرتبط با قاعدگی در میان دختران جوان این مقوله مورد بی‌توجهی قرار گرفته است (۴). بنابراین رویکردهای معاصر مدیریت درد بجای کاربرد صرف رویکردهای درمان زیستی، روی کاربرد مداخلات چندبعدی به ویژه درمان‌های روان‌شناختی مانند درمان فراشناختی[۱] تمرکز دارند. درمان فراشناختی از طریق تغییر توجه به حذف سبک‌های تفکر ناسازگارانه به‌عنوان مانعی در جهت پردازش شناختی و هیجانی طبیعی پرداخته و انعطاف‌پذیری در کنترل شناختی را افزایش می‌دهد. همچنین، تکنیک ذهن‌آگاهی گسلیده که با آگاه ساختن از رویدادهای درونی بدون پاسخ‌دهی به آن‌ها منجر به ایجاد فراآگاهی می‌شود از جمله تکنیک‌های اصلی این درمان است (۳۰).

در واقع این رویکرد درمانی با ارایه مدل‌های ویژه برای هر اختلال و ارزشیابی تجربی آن‌ها با استقبال گسترده‌ای مواجه شده است، به گونه‌ای که به رغم زمان کوتاهی که از ظهور این رویکرد می‌گذرد کارهای پژوهشی زیادی در زمینه ارزشیابی نظریه بنیادی فراشناخت و فنون درمانی برآمده از آن انجام شده است (۳۰). از طرفی ویژگی‌های منحصر به فرد است رویکرد مانند تأکید آن بر حضور ذهن و آگاهی لحظه به لحظه از رخدادهای درونی، بدون درگیر شدن در آن‌ها که متأثر از فلسفه شرق است، در کنار تأکید بر فرایند تفکر، درباره تفکر و عناصری مانند فراآگاهی و فراباور با بسیاری از مفاهیم مورد تأکید در فرهنگ ایرانی سنخیت دارد و این موضوع می‌تواند اجرای فنون مربوط به این رویکرد را در مورد مراجعان ایرانی آسان سازد. لذا با اذعان به مطلب بیان شده و اهمیت قشر دانشجویان به ویژه دانشجویان دختر مبتلا به سندرم قبل از قاعدگی، میزان شیوع قاعدگی دردناک و آثار فراوان آن، عدم تمایل به استفاده از درمان‌های دارویی، پیشینه پژوهشی اندک در حیطه مداخلات روان‌شناختی مؤثر و خلاء پژوهشی موجود، این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی درمان فراشناختی بر حساسیت اضطرابی، پریشانی روان‌شناختی و شاخص‌های درد در مبتلایان به سندرم قبل از قاعدگی انجام شد.

روش پژوهش:

پژوهش حاضر یک مطالعهٔ نیمه‌آزمایشی با طرح پیش-پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه پژوهش را تمامی دانشجویان دختر مبتلا به سندرم قبل از قاعدگی مشغول به تحصیل در دانشکده علوم‌تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه آزاداسلامی واحد کرمانشاه در سال ۱۴۰۰ تشکیل داد که از بین آن‌ها به شیوهٔ در دسترس تعداد ۳۰ نفر انتخاب شد. حجم نمونه با توجه به نوع تحقیق انتخاب شد. در این پژوهش جهت تعیین حجم نمونه علاوه بر معادله Fleiss از نرم‌افزار G*Power استفاده شد. این نرم‌افزار نشان داد برای دستیابی به توان آماری ۰/۹۰ با اندازه اثر ۰/۸ در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ به حداقل ۱۵ نفر آزمودنی در هر گروه نیاز است (۳۱). لذا در این مطالعه نیز حجم نمونه استاندارد در هر گروه ۱۵ نفر درنظر گرفته شد.

همچنین براساس معادله Fleiss، σ=۱/۶۱ (انحراف‌معیار حساسیت اضطرابی در پس‌آزمون گروه آزمایش)، d^2=۴/۵۰۷، Power=۰/۹۰ و α=۰/۰۵ در نظر گرفته شد. در معادله مذکور σ انحراف‌معیار است که میزان پراکندگی، و d بازه اطمینان است که میزان قابل اغماض بودن بالاتر یا پایین‌تر میانگین نمونه از میانگین جامعه را نشان می‌دهد. براساس معادله، حجم نمونه ۱۲/۰۷

---

[۱]. meta-cognitive therapy

خانواده و بهداشت

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره دوازدهم، شماره سوم، پاییز ۱۴۰۱، پیاپی (۳)۳۴ ص ۶۸-۵۱

Family and health Quarterly, vol12, Issu3, Autumn 2022, ISSN: 2322-3065

http://journals.iau-astara.ac.ir, D.O.R. 20.1001.1.23223065.1401.12.3.6.0

به‌دست آمد. بنابراین در این مطالعه برای اطمینان تعداد ۳۰ نفر آزمودنی انتخاب شد و به شیوه تصادفی‌سازی (پرتاب تاس) در دو گروه مساوی ۱۵ نفری قرار گرفتند، به این صورت که اعداد فرد برای گروه آزمایش و اعداد زوج برای گروه گواه درنظر گرفته شد.

$$n = \frac{2\sigma^2 (z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta})^2}{d^2} = \frac{2(1/61)^2(1/96 + 1/28)^2}{4/507} = 12/07$$

ملاک‌های ورود به مطالعه شامل دانشجوی مجرد بودن، رضایت‌نامه آگاهانه جهت شرکت در پژوهش، داشتن سیکل‌های قاعدگی منظم، تجربه درد در ۴ الی ۵ روز قبل از قاعدگی در سه چرخه متوالی یا بیشتر و کسب امتیاز ۲ یا ۳ (درد با شدت متوسط الی شدید) در مقیاس چندبعدی کلامی درد بود. داشتن سابقه هر نوع جراحی دستگاه تناسلی و لگنی، ابتلای به هر یک از مشکلات دارای علائم مشابه با PMS از قبیل (اختلال میگرن، فیبرومیالژیا، سندرم خستگی مزمن، آندومتریوز، اختلال افسردگی شدید و مشکلات هورمونی)، تجربه سوگ یا فقدان (مرگ عزیزان یا روابط عاطفی) طی ۶ ماه اخیر، داشتن رژیم‌های سخت غذایی و کم کالری و غیبت بیش از یک جلسه از شرکت در جلسات درمانی به عنوان ملاک‌های خروج از پژوهش درنظر گرفته شد.

پس از انتخاب شرکت‌کنندگان جهت رعایت ملاحظات اخلاقی به آزمودنی‌ها اطلاعات مختصری در مورد هدف انجام پژوهش ارائه شد، به آن‌ها اطمینان داده شد که نتایج پژهش به صورت نتیجه‌گیری کلی و نه فردی منتشر خواهد شد و همچنین، آن‌ها اختیار کامل دارند در پژوهش شرکت نکنند و یا در هر مرحله‌ای که بخواهند از ادامه شرکت در پژوهش انصراف دهند و کسب رضایت کتبی آزمودنی‌ها انجام شد. فرم اولیه پرسشنامه‌ها توسط هر دو گروه طی ۷ الی ۱۰ روز قبل از دوره پریود تکمیل شد و سپس برای گروه آزمایش درمان فراشناختی به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت جلسات هفتگی اجرا شد و ترتیبی داده شد که در طول دوره اجرای متغیر مستقل به گروه آزمایش، بر گروه کنترل هیچ درمانی صورت نگیرد. پس از پایان جلسات درمان، پس‌آزمون بلافاصله و پیگیری به فاصله ۲ ماه بعد از اجرای پس‌آزمون با پرسشنامه‌های خودگزارشی انجام گرفت. خلاصه محتوای جلسات درمانی در جدول شماره ۱ ارائه شده است. ابزارهای زیر در این مطالعه مورد استفاده قرار گرفتند:

پرسشنامه غربالگری علائم قبل از قاعدگی[۱]: این پرسشنامه خودگزارشی توسط استینر، مک دوگال و براون (۳۲) به منظور سنجش دردهای مربوط با قاعدگی تهیه و تدوین شد. این ابزار شامل ۱۹ سئوال و ۲ خرده مقیاس نشانگان پیش از قاعدگی: علائم خلقی، جسمی و رفتاری با سئوالات ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳ و ۱۴؛ تداخل با عملکرد: یا تأثیرگذاری علائم بر زندگی با سئوالات ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸ و ۱۹» است. نمره‌گذاری پرسشنامه در طیف لیکرت ۴ درجه‌ای انجام می‌شود به این صورت که به اصلاً نمره ۰، خفیف نمره ۱، متوسط نمره ۲ و شدید نمره ۳ تعلق می‌گیرد. نمرات بالاتر نشان می‌دهد که فرد مبتلا به سندرم نشانگان پیش از قاعدگی است. نقطه برش پرسشنامه نمره ۲۸ و بالاتر از آن است. در داخل ایران بررسی پایایی پرسشنامه از روش همسانی درونی استفاده شده است که آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و روایی محتوایی ۰/۷۰ تا ۰/۸۰ به دست آمده است (۳۳). در این مطالعه، پایایی پرسشنامه با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ بدست آمد.

---

۱. premenstrual symptoms screening tool (PSST)

پرسشنامه حساسیت اضطرابی[۱]: به منظور سنجش حساسیت اضطرابی از مقیاس فلوید، گارفیلد و لاسوتا (۳۴) استفاده شد. این مقیاس ۱۶ سئوال دارد و براساس طیف ۵ درجه‌ای لیکرت (خیلی کم نمره صفر الی خیلی زیاد نمره ۴) محاسبه می‌شود. هر سئوال این عقیده را منعکس می‌کند که احساسات اضطرابی به صورت ناخوشایند تجربه می‌شوند و توان منتهی شدن به پیامد آسیب‌زا را دارند. درجه تجربه ترس از نشانه‌های اضطرابی با نمرات بالاتر مشخص می‌شود. دامنه نمرات بین صفر الی ۶۴ است. ساختار این مقیاس از سه عامل ترس از نگرانی‌ها، ترس از نداشتن کنترل شناختی و ترس از مشاهده شدن اضطراب توسط دیگران تشکیل شده است. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس ثبات درونی آن را (آلفای بین ۰/۸۰ تا ۰/۹۰) نشان داده است. اعتبار بازآزمایی بعد از دو هفته ۰/۷۵ و به مدت سه سال ۰/۷۱ نشان داده شده است که حساسیت اضطرابی یک سازه شخصیتی پایدار است. اعتبار آن در نمونه ایرانی براساس سه روش همسانی درونی، بازآزمایی و تنصیف محاسبه شده است که برای کل مقیاس به ترتیب ضرایب اعتبار ۰/۹۳، ۰/۹۵ و ۰/۹۷ به‌دست آمده است و همبستگی بین زیرمقیاس‌ها نیز بین ۴۰ الی ۰/۶۸ گزارش شده است (۳۵). در این مطالعه پایایی پرسشنامه با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۵ بدست آمد.

پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس[۲]: این پرسشنامه توسط لویبوند و لویبوند (۳۶) جهت سنجش درماندگی روانی و تعیین وضعیت سه استرس، افسردگی و اضطراب ساخته شد. دارای ۲۱ سئوال است. آزمودنی باید وضعیت یک نشانه را در طول هفته گذشته مشخص کند. در این پرسشنامه سئوالات ۱، ۶، ۸، ۱۱، ۱۲، ۱۴ و ۱۸ مربوط به استرس، سئوالات ۲، ۴، ۷، ۹، ۱۵، ۱۹ و ۲۰ مربوط به اضطراب و سئوالات ۳، ۵، ۱۰، ۱۳، ۱۶، ۱۷ و ۲۱ مربوط به افسردگی می‌باشد. پاسخ دهی به سئوالات پرسشنامه بصورت طیف لیکرت چهار درجه‌ایی شامل اصلاً= صفر نمره، کم= ۱ نمره، زیاد= ۲ و خیلی= ۳ نمره تعلق می‌گیرد. نحوه طبقه‌بندی نمرات افسردگی به صورت عادی (۹-۰)، خفیف (۱۳-۱۰)، متوسط (۲۰-۱۴)، شدید (۲۷-۲۱)، و بسیار شدید (۲۸) است. نحوه طبقه‌بندی نمرات اضطراب به صورت عادی (۷-۰)، خفیف (۹-۸)، متوسط (۱۴-۱۰)، شدید (۱۹-۱۵) و بسیار شدید (۲۰) است. طبقه‌بندی نمرات استرس نیز به صورت عادی (۱۴-۰)، خفیف (۱۸-۱۵)، متوسط (۲۵-۱۹)، شدید (۳۳-۲۶) و بسیار شدید (۳۳) است. در پژوهش خارج از کشور جهت بررسی پایایی پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد و پایایی پرسشنامه ۰/۸۸ بدست آمد (۳۷). در داخل کشور مقدار آلفای کرونباخ زیرمقیاس‌های استرس، اضطراب و افسردگی به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۸۰ و ۰/۸۱ و همچنین، ضریب آلفای کرونباخ کل برابر با ۰/۹۱ به‌دست آمده است (۳۸). در این مطالعه پایایی پرسشنامه با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۵ و برای زیرمقیاس ها به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۸ و ۰/۷۸ بدست آمد.

پرسشنامه درد مک گیل[۳]: پرسشنامه شدت درد مک گیل (۳۹) یکی از بهترین ابزارهای اندازه‌گیری درد است که دارای ۲۰ مجموعه عبارت برای ارزیابی درد می باشد و هدف آن سنجش درک افراد از درد و ابعاد مختلف آن است. این پرسشنامه ۴ بعد حسی (مجموعه ۱ تا ۱۰)، بعد عاطفی (مجموعه ۵ تا ۱۵)، بعد ارزیابی درد (۱۷-۱۵) و دردهای گوناگون (مجموعه ۱۷ تا ۲۰) دارد. نمره‌گذاری پرسشنامه از الف تا چ است. هر چه نمره بالاتر باشد نشان دهنده شدت درد بیشتر می‌باشد. مک گیل (۳۹) پایایی و روایی پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ گزارش کرد. در پژوهش داخل کشور نیز پایایی پرسشنامه با روش ضریب آلفای کرونباخ ۸۴ بدست آمد (۴۰). در این مطالعه پایایی پرسشنامه با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ بدست آمد.

---

۱. Anxiety Sensitivity Inventory (ASI)
۲. Depression Anxiety and Stress Scale (DASS)
۳. McGill Pain Questionnaire (MPQ)

سلگی

خانواده و بهداشت

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره دوازدهم، شماره سوم، پاییز ۱۴۰۱، پیاپی (۳)۳۴ ص ۶۸-۵۱

Family and health Quarterly, vol12, Issu3, Autumn 2022, ISSN: 2322-3065

http://journals.iau-astara.ac.ir, D.O.R. 20.1001.1.23223065.1401.12.3.6.0

پرسشنامه پذیرش درد[۱]: این پرسشنامه به منظور سنجش پذیرش درد توسط مک‌کراکن و وولس و اکلستون (۴۱) تهیه شده است و به‌طور گسترده‌ای در مطالعات مربوط به درد مزمن به‌کار گرفته شده است. این ابزار از ۲۰ سئوال تشکیل شده است که هر یک در مقیاس ۵ درجه‌ای هرگز (۱ نمره) تا همیشه (۵ نمره) نمره‌گذاری می‌شوند. پرسشنامه پذیرش درد مزمن شامل دو زیرمقیاس است. الف- درگیری در فعالیت‌ها (یعنی پیگیری فعالیت‌های روزانه با وجود درد) و ب- پذیرش درد (یعنی عدم وجود نسبی تلاش‌ها برای اجتناب یا کنترل درد). ضریب آلفای کرونباخ دو زیرمقیاس آن به ترتیب برای درگیری و پذیریش برابر با ۰/۷۹ و ۰/۷۵ گزارش شده است. در مطالعه پایلوت پایایی درونی با ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۷۴ به‌دست آمده است (۴۲). در این مطالعه پایایی پرسشنامه با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۴ بدست آمد.

خلاصه جلسات درمان فراشناختی:

جدول شماره ۱- خلاصه محتوای جلسات مداخله فراشناخت ولز (۴۳)

Table 1 - Summary of the content of Wells metacognition intervention sessions

جلسات	محتوای برنامه مداخله
اول و دوم	معارفه، مفهوم‌سازی مشکل یا بیماری، القای سبک فراشناختی، آماده‌سازی گروه برای شروع درمان، اجرای آزمایش فرونشانی با فکر.
سوم	تدوین فرمول‌بندی برای بیماران، معرفی مدل و آماده‌سازی، اجرای آزمایش فرونشانی با فکر، شروع چالش با باور مربوط به کنترل‌ناپذیری، تمرین ذهن‌آگاهی گسلیده، معرفی به تعویق انداختن نگرانی، تکلیف خانگی.
چهارم	مرور تکلیف خانگی، ادامه آماده‌سازی در صورت نیاز، اسناد مجدد کلامی و رفتاری-کنترل‌ناپذیری، تکلیف خانگی.
پنجم	مرور تکلیف خانگی، ادامه چالش با باور کنترل‌ناپذیری ارائه شواهد مخالف)، توضیح در مورد درد مزمن، نشانه‌ها و روش‌های مواجهه با علائم درد، اجرای آزمایش از دست دادن کنترل در جلسه درمان، بررسی و متوقف کردن کنترل غیرانطباقی و رفتارهای اجتناب، تکلیف خانگی.
ششم و هفتم	مرور تکلیف خانگی، ادامه چالش با باورهای خودکار مرتبط با حساسیت اضطرابی و استرس‌زاها، شروع چالش با باورهای مربوط به درد و موانع کنترل آن، تلاش برای از دست دادن کنترل یا صدمه زدن به خود از طریق آزمایش حساسیت و نگرانی اضطراب‌زا، آموزش روش‌های مواجهه با افکار اضطراب‌زا و هیجانات مرتبط با درد قاعدگی، تکلیف خانگی.
هشتم و نهم	مرور تکلیف خانگی، ادامه چالش با افکار و باورهای اضطرابی، تأکید بر معکوس کردن هر گونه راهبردهای غیرانطباقی باقی‌مانده، شروع چالش با باورهای مثبت، شیوه‌های پذیرش و ذهن‌آگاهی در مواجهه با علائم درد، تکلیف خانگی.

---

۱. Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ)

دهم	درخواست از آزمودنی‌ها برای نوشتن برگه خلاصه درمان، کار بر روی برنامه جلوگیری از حمله علائم اضطرابی و پریشانی ناشی از آن، تقویت و آموزش برنامه جایگزین و توضیح روشن با مثال برای مواجهه با اضطراب و هیجانات منفی ناشی از تجربه درد مزمن، آماده کردن افراد برای خاتمه جلسات، اجرای پس آزمون.

روند اجرای پژوهش به این صورت بود که ابتدا طی فراخوانی از دانشجویان دختر دارای دردهای قاعدگی برای شرکت در پژوهش دعوت به عمل آمد. طی این فراخوان تعداد ۹۶ نفر به مرکز مشاوره دانشگاه آزاداسلامی واحد کرمانشاه مراجعه کردند. در میان این افراد به منظور تشخیص داشتن سندرم قبل از قاعدگی توسط متخصص روان‌شناسی مورد ارزیابی و مصاحبه قرار گرفته و از آن‌ها خواسته شد به پرسشنامه غربالگری علائم قبل از قاعدگی طی ۷ الی ۱۰ روز قبل از دوره پریود به آن پاسخ دهند. سپس از بین این افراد تعداد ۶۲ نفر که با توجه به مصاحبه بالینی و براساس نمره اکتسابی در ابزار خودگزارشی تشخیص سندرم قبل از قاعدگی را دریافت کردند. لازم به ذکر است که چون نمره ناشی از ابزار خودگزارشی می‌تواند با سوگیری همراه باشد، لذا جهت تشخیص نهایی بلافاصله بعد از محاسبه نمره ناشی از ابزار خودگزارشی به متخصص زنان که از قبل با وی هماهنگ شده بود، ارجاع شدند که در تشخیص نهایی ۴۴ نفر تشخیص قطعی سندرم قبل از قاعدگی را دریافت کردند. از میان این افراد تعداد ۳۰ نفر که مایل به همکاری بودند به روش در دسترس انتخاب و به شیوه تصادفی در دو گروه مساوی ۱۵ نفر آزمایش و ۱۵ نفر کنترل تقسیم شدند. در این پژوهش داده‌های جمع‌آوری شده داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ و با استفاده از آزمون‌های کولموگروف-اسمیرنف، ام باکس، کرویت موچلی، لوین و تحلیل واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر تحلیل شد.

یافته‌ها:

لازم به ذکر است که هیچکدام از شرکت‌کنندگان طی اجرای مداخله از مطالعه خارج نشدند. داده‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها نشان داد که میانگین سنی در گروه آزمایش، ۶/۰۷ ± ۲۸/۰۹ سال و در گروه کنترل، ۵/۸۳ ± ۲۸/۱۴ سال بود. بین گروه‌های پژوهش از نظر سطح تحصیلات، وضعیت اجتماعی-اقتصادی و مدت زمان تجربه درد قاعدگی (۷ الی ۱۰ روز قبل از شروع علائم با توجه به پرسشنامه و نظر متخصص زنان) تفاوت آماری معناداری وجود نداشت (P>۰/۰۵).

جدول شماره ۲-داده‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه و مراحل سنجش

Table No. 2 - Descriptive data of research variables by group and assessment stages

متغیر پژوهش	تعداد	گروه	پیش‌آزمون M ± SD	پس‌آزمون M ± SD	پیگیری M ± SD
شدت درد	۱۵ نفر	آزمایش	۱۵/۰۰ ± ۰/۹۰	۱۲/۸۷ ± ۰/۸۴	۱۲/۸۰ ± ۱/۰۱
	۱۵ نفر	کنترل	۱۴/۸۵ ± ۱/۳۴	۱۴/۹۳ ± ۱/۴۱	۱۴/۹۶ ± ۱/۴۴
پذیرش درد	۱۵ نفر	آزمایش	۱۸/۱۹ ± ۳/۶۴	۱۲/۰۰ ± ۱/۷۷	۱۲/۰۴ ± ۱/۵۱
	۱۵ نفر	کنترل	۱۹/۱۳ ± ۲/۵۹	۱۹/۴۷ ± ۳/۱۱	۱۹/۴۳ ± ۳/۱۰
حساسیت اضطرابی	۱۵ نفر	آزمایش	۲۹/۰۸ ± ۵/۳۴	۲۱/۶۲ ± ۳/۳۷	۲۱/۴۰ ± ۳/۶۰
	۱۵ نفر	کنترل	۲۸/۶۰ ± ۴/۱۲	۲۸/۷۷ ± ۴/۴۴	۲۸/۷۰ ± ۴/۳۱
	۱۵ نفر	آزمایش	۱۶/۴۳ ± ۴/۵۹	۱۱/۷۶ ± ۲/۲۰	۱۱/۷۰ ± ۲/۱۸

خانواده و بهداشت

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره دوازدهم، شماره سوم، پاییز ۱۴۰۱، پیاپی (۳)۳۴ ص ۶۸-۵۱

Family and health Quarterly, vol12, Issu3, Autumn 2022, ISSN: 2322-3065

http://journals.iau-astara.ac.ir,   D.O.R. 20.1001.1.23223065.1401.12.3.6.0

افسردگی	۱۵ نفر	کنترل	۱۷/۱۰ ± ۳/۵۴	۱۷/۲۳ ± ۲/۵۶	۱۷/۲۱ ± ۲/۵۵
اضطراب	۱۵ نفر	آزمایش	۱۹/۰۰ ± ۳/۰۸	۱۴/۲۷ ± ۲/۱۲	۱۴/۲۱ ± ۲/۰۸
	۱۵ نفر	کنترل	۱۸/۳۳ ± ۳/۱۴	۱۸/۲۹ ± ۳/۱۲	۱۸/۳۱ ± ۳/۱۷
استرس	۱۵ نفر	آزمایش	۱۴/۵۸ ± ۲/۳۶	۱۰/۳۳ ± ۰/۸۹	۱۰/۲۷ ± ۰/۹۳
	۱۵ نفر	کنترل	۱۴/۴۷ ± ۲/۲۳	۱۴/۵۳ ± ۲/۳۶	۱۴/۶۲ ± ۲/۴۰
پریشانی روانی	۱۵ نفر	آزمایش	۱۵/۰۱ ± ۱۰/۰۳	۳۶/۳۶ ± ۵/۲۱	۳۶/۱۸ ± ۵/۱۹
	۱۵ نفر	کنترل	۴۹/۰۹ ± ۸/۹۱	۵۰/۰۵ ± ۸/۰۴	۵۰/۱۴ ± ۸/۱۲

در جدول ۲ میانگین و انحراف‌معیار سازه‌های روان‌شناختی (حساسیت اضطرابی و پریشانی روان‌شناختی) و شاخص‌های درد (پذیرش و شدت) در گروه‌های شرکت‌کننده در پژوهش در مراحل مختلف سنجش ارائه شده است. نتایج نشان می‌دهد که به ترتیب میانگین نمره حساسیت اضطرابی، پریشانی روان‌شناختی و هر یک از ابعاد آن در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش یافته است. همچنین، نتایج نشان دهنده بهبود میانگین نمره شاخص‌های شدت و پذیرش درد در گروه‌های آزمایش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری بوده است.

در بررسی پیش فرض‌های آزمون تحلیل واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر، آزمون کولموگروف-اسمیرنف نشان داد پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیرهای مطالعه محقق شده است، زیرا مقادیر **z** محاسبه شده در سطح p<۰/۰۵ معنادار نبود. در آزمون ام باکس، متغیرهای حساسیت اضطرابی (F=۱/۴۰۴)، افسردگی (F=۰/۶۸۹)، اضطراب (F=۱/۳۷۶)، استرس (F=۱/۹۰۳)، شدت درد (F=۲۳/۲۲۲) و پذیرش (F=۰/۸۶۵) به ترتیب در سطح ۰/۳۱۹، ۰/۲۴۱، ۰/۳۵۱، ۰/۶۰۱، ۰/۲۷۷ و ۰/۳۹۹ معنادار نبودند. بنابراین، می‌توان گفت که مفروضه همسانی ماتریس واریانس-کوواریانس برای متغیرها برقرار است. همچنین، نتایج آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس خطا در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان داد که با توجه به معنادار نبودن مقدار F متغیرها در سطح خطای ۰/۰۵، واریانس خطای متغیر پژوهش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با هم برابر بوده و از این جهت فرض همسانی واریانس‌های خطا نیز برقرار است.

مفروضه همبستگی چندگانه متغیرهای وابسته با آزمون کرویت موچلی بررسی شد. نتایج نشان داد فرض کرویت موچلی در شدت درد و افسردگی برقرار نیست. بنابراین به دلیل تخطی از این پیش فرض در این شرایط از سه گزینه پیشنهادی آزمون گرین هاوس-گیسر محافظه کارتر از دو مورد دیگر است. براین اساس و با توجه به سایر پیش شرط‌های بررسی شده در مرحله قبل، تمامی مفروضات لازم برای انجام آزمون تحلیل واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر برقرار است. لذا در ادامه برای تفسیر نتایج آزمون‌های اثرات درون آزمودنی‌ها از این آماره استفاده شده است.

جدول شماره ۳- نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر متغیرهای پژوهش در سه مرحله اجرا

Table 3 - Results of analysis of variance of repeated measurement of research variables in three stages of implementation

متغیر پژوهش	منابع تغییرات	آماره F	سطح معناداری	میزان اثر
	گروه	۵/۹۴	۰/۰۲۲	۰/۴۳
شدت درد	زمان	۱۰/۴۷	۰/۰۱۶	۰/۴۸
	گروه * زمان	۶/۱۸	۰/۰۰۹	۰/۵۴
	گروه	۹/۱۳	۰/۰۰۳	۰/۶۰
پذیرش درد	زمان	۵/۱۶	۰/۰۰۷	۰/۵۷
	گروه * زمان	۱۰/۷۰	۰/۰۱۴	۰/۶۲
	گروه	۶/۰۰	۰/۰۱۱	۰/۶۴
حساسیت اضطرابی	زمان	۲۱/۷۳	۰/۰۱۹	۰/۷۱
	گروه * زمان	۱۷/۷۵	۰/۰۰۵	۰/۶۱
	گروه	۴/۵۶۹	۰/۰۰۱	۰/۵۸۰
افسردگی	زمان	۲/۲۳۴	۰/۰۰۱	۰/۶۱۳
	گروه * زمان	۱۰/۳۳۹	۰/۰۰۱	۰/۶۷۴
	گروه	۹/۳۱۸	۰/۰۰۱	۰/۶۹۲
اضطراب	زمان	۱۲/۷۹۱	۰/۰۰۱	۰/۶۲۰
	گروه * زمان	۱۵/۲۳۸	۰/۰۰۱	۰/۶۳۳
	گروه	۳/۸۵۰	۰/۰۰۱	۰/۵۶۰
استرس	زمان	۸/۷۶۵	۰/۰۰۱	۰/۶۱۴
	گروه * زمان	۲۰/۵۹۸	۰/۰۰۱	۰/۶۱۹
	گروه	۳۱/۱۰۸	۰/۰۰۱	۰/۵۲۶
پریشانی روان‌شناختی	زمان	۹۱/۶۳۳	۰/۰۰۱	۰/۷۶۶
	گروه * زمان	۴۳/۴۵۶	۰/۰۰۱	۰/۶۰۸

*نتایج براساس اصلاح گرین هاوس-گیسر ارائه شده است؛ *۰/۰۵>P

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که در مورد نمره کل حساسیت اضطرابی، شاخص‌های درد، پریشانی روان‌شناختی و هر یک از ابعاد آن (افسردگی، اضطراب و استرس)، هر سه اثر بین‌گروهی، درون‌گروهی و تعاملی بین‌گروهی-درون‌گروهی معنادار است. مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد در مراحل پس‌آزمون و پیگیری گروه‌های مداخله در متغیرهای وابسته مورد پژوهش نمرات بهتری کسب کرده‌اند و اندازه‌ی اثر آن بر نمره کل حساسیت اضطرابی ۰/۶۱، شدت درد ۰/۵۴، پذیرش درد ۰/۶۲، پریشانی روان‌شناختی ۰/۶۰ و هر یک از ابعاد آن شامل افسردگی ۰/۶۷، اضطراب ۰/۶۳ و استرس ۰/۶۱ درصد بوده است. تأثیر درمان فراشناختی بر متغیرهای

خانواده و بهداشت

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره دوازدهم، شماره سوم، پاییز ۱۴۰۱، پیاپی (۳)۳۴ ص ۶۸-۵۱

Family and health Quarterly, vol12, Issu3, Autumn 2022, ISSN: 2322-3065

http://journals.iau-astara.ac.ir, D.O.R. 20.1001.1.23223065.1401.12.3.6.0

وابسته پژوهش بعد از دو ماه پیگیری نیز پابرجا بوده است (P<۰/۰۵). نتیجه کلی گویای آن است که درمان فراشناختی بر متغیرهای مورد پژوهش اثربخش (سودمند) بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری:

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان فراشناختی بر حساسیت اضطرابی، پریشانی روان‌شناختی و شاخص‌های درد (پذیرش و شدت) در دانشجویان دختر مبتلا به سندرم قبل از قاعدگی انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که درمان فراشناختی بر بهبود وضعیت روان‌شناختی (حساسیت اضطرابی و پریشانی روان‌شناختی) مبتلایان به سندرم قبل از قاعدگی در مرحله پس‌آزمون اثربخش بوده است و این اثربخشی در دوره پیگیری دو ماهه نیز پابرجا مانده است.

نتایج مطالعه حاضر مبنی بر سودمندی درمان فراشناختی بر وضعیت روان‌شناختی مبتلایان به سندرم قبل از قاعدگی با یافته‌های رگیورو و همکاران (۳۰) در مورد بهبود میزان امید و کاهش حساسیت اضطرابی بیماران مزمن پزشکی، افشاری و هاشمی (۳۵) در مورد بهبود نمره حساسیت اضطرابی و علائم اضطراب امتحان، سترگ، کاظمی و رئیسی (۴۴) در مورد تأثیر درمان فراشناختی بر کاهش مشکلات روانشناختی سوءمصرف کنندگان موادمخدر، ولز، ریوس، کاپوبیانکو، هیال، دیویدس، هاگرتی و همکاران (۴۵) در مورد بهبود علائم افسردگی و اضطراب بیماران قلبی-عروقی، و کاینر، سولم، هانگ، هاوینن، نایستر و هجمدال (۴۶) در مورد بهبود علائم خلقی، اضطرابی و مشکلات مرتبط با شخصیت بیماران اضطرابی همخوان می‌باشد.

اضطراب و افسردگی تجارب هیجانی نامطلوبی هستند که نشانه‌ای از وجود انواع تهدید یا فقدان می‌باشند. اضطراب به ویژه به عنوان یک احساس منفیِ ناخوشایند و مبهم همراه با نشانه‌های هم‌چون نگرانی است (۴۷). وقتی افراد با تغییر الگوی توجه و تفکر به آن‌ها پاسخ می‌دهند، پایدار و مسأله‌ساز می‌شوند. با این‌حال اکثر افراد قادر به این مسأله نیستند که توجه‌شان بر خود و تفکر و احساس‌شان قفل شده است و این فرایند، احساسات و باورهای منفی را درباره خود افزایش داده و تداوم می‌بخشد. بنابراین می‌توان گفت که در درمان فراشناختی با استفاده از فن‌های ذهن‌آگاهی انفصالی، به تعویق انداختن نگرانی و به ویژه فن موقعیتی توجه که برای مقابله با تنش‌های روانی در افراد مبتلا به دردهای قاعدگی به کار می‌رود و میزان برانگیختگی را افزایش می‌دهد، ممکن است در کاهش اضطراب و افسردگی مؤثر باشد.

یکی دیگر از تبیین‌های احتمالی برای کاهش پریشانی روان‌شناختی و حساسیت اضطرابی مبتلایان به سندرم قبل از قاعدگی استفاده از تحلیل سود و زیان است. به طوری که درمانگر تلاش کرد تا آزمودنی‌ها متوجه شوند که نگرانی و اندیشناکی نتیجه کمی دارد و در گرفتار کردن او صرفاً در تکرار جنبه‌های منفی رویدادهای تنش‌زا یا فکر درباره تهدیدهای آینده نقش دارد. درمانگر با این هدف و به منظور تضعیف باورهای مثبت درباره نیاز به درگیری در این الگوهای تفکر پایدار، مراجع را به سمت تحلیل سود و زیان نگرانی و اندیشناکی پیش می‌برد. هدف تضعیف سودها و برجسته کردن زیان‌ها برای تسهیل استفاده از تعویق نگرانی و اندیشناکی است. طبق این دیدگاه افکار مزاحم به شیوه گسلیده و بدون این که مورد تحلیل یا تفسیر یا کنترل قرار بگیرند، در نظر گرفته می‌شوند. زمانی که بیمار یا آزمودنی مفهوم ذهن‌آگاهی گسلیده را متوجه شد و در جلسه درمان تمرین انجام شد، درمانگر راهبرد به تعویق انداختن نگرانی و اندیشناکی را معرفی می‌کند. درمانگر به آزمودنی‌ها آموزش داد هر گاه افکار یا علائم مزاحم و افسردگی و اضطراب را تجربه کرد باید از وقوع آن‌ها آگاه شود و با خود بگویند الان در مورد رویداد آسیب‌زا و تنش‌زا اندیشناک نباش، نگران نباش و علائم را تحلیل نکن، فقط اجازه بده علائم به وقت خودشان ناپدید شوند. احتمالاً افرادی که با حساسیت اضطرابی بالا سعی می‌کنند

حالات هیجانی، افکار و احساسات منفی خود را پنهان کنند و اظهارات هیجانی پایینی را نشان دهند. اجتناب از تجربه هیجانات به‌طور متناقضی باعث افزایش افکار، احساسات و هیجانات منفی افراد می‌شوند. با مداخلات روان‌شناختی زمینه بروز اظهارات هیجانی مناسب ایجاد می‌شود، در نتیجه افراد اضطراب کمتری تجربه می‌کنند. بنابراین کاهش حساسیت اضطرابی متعاقباً باعث کاهش میزان اضطراب و پریشانی روان‌شناختی مبتلایان به درد قاعدگی خواهد شد.

در تبیین یافته حاضر مبنی بر اثربخشی درمان فراشناختی بر پریشانی روانی و حساسیت اضطرابی می‌توان به‌طور کلی گفت که این رویکرد درمانی ابتدا از افراد می‌خواهد که از میان فرایندهای روانی و هیجانی حوزه‌های مهمی را که می‌خواهند در آن تغییر ایجاد کنند، مشخص نمایند و سپس درمان فراشناختی در طول جلسات بر روی این حوزه‌ها تمرکز می‌یابد. برای هر کدام از این حوزه‌ها تکالیف و تمریناتی براساس تکنیک‌ها و اصول درمان برای اجرا در درون جلسات و بیرون جلسات طراحی می‌شود. براین اساس مبتلایان به دردهای قاعدگی با معرفی پریشانی و حساسیت اضطرابی به عنوان حوزه‌ای که خواهان تغییر در آن هستند، راه‌ها و اصولی را می‌آموزند که منجر به کاهش پریشانی روان‌شناختی در آن‌ها می‌شود. چنان‌که یکی از اصول این رویکرد درمانی گسترش تعاملات روانی و اجتماعی است. بهبود این تعاملات موجب ادراک کنترل بالاتر و افزایش مهارت مواجهه به شیوه‌ای کارآمد و سازگار خواهد شد.

دیگر یافته پژوهش همسو با نتایج مطالعات پیشین نشان داد درمان فراشناختی بر بهبود شاخص‌های درد (شدت و پذیرش درد) در مراحل پس‌آزمون و پیگیری اثربخش بوده است. همسو با این یافته وصال و نشاط‌دوست (۴۸) نشان دادند که فراشناخت درمانی بر کاهش شدت درد مبتلایان به درد مزمن تأثیر مثبت دارد. مصطفایی، زارع، علی‌پور و فرزاد (۴۹) نیز در همین راستا به این نتیجه دست یافتند که هر دو رویکرد فراشناخت درمانی و درمان شناختی مبتنی بر مدل فرانظری در بیماران مبتلا به درد مزمن بر ادراک کنترل فکر و بهبود علائم درد اثربخشی داشته‌اند. یادآوری، نادری، مکوندی و حافظی (۵۰) نیز نشان دادند که فراشناخت درمانی بر بهبود کیفیت زندگی و کاهش میانگین نمره فاجعه‌سازی درد بیماران دارای درد مزمن اثربخشی داشته است.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان اذعان کرد که مداخلات روان‌شناختی برای بسیاری از آزمودنی‌های مبتلا به سندرم قبل از قاعدگیسودمند است، ویژه هنگامی که این مداخلات باعث افزایش سطوح فعالیت جسمانی شود. پیامدهای روان‌شناختی و پزشکی تحت تأثیر باورهای افراد در مورد علائم، علت، اثرات و پیامدها، طول‌مدت، 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 فراشناختی مکانیزم فرضی برای تغییر درمانی، هماهنگ ساختن نظام اعتقادی فرد به صورت نزدیک‌تری با واقعیت زندگی او است تا مسئولیت زندگی و تغییرات موردنظر را در آن بپذیرد. بنابراین نقش خود مراجعه کننده در قبئل کردن امکان تغییر توسط خود او هدف درمان فراشناختی است. کاربرد درمانی این مدل تبیینی این است که به اصلاح نظام باورها و انگیزش فرد اهمیت بیشتری داده شود، نه این‌که از او خواسته شود تا در مقابله با موقعیت‌های تنش‌زای زندگی فردی و اجتماعی اجتناب نماید، چون بسیاری از موقعیت‌ها اجتناب‌ناپذیرند.

در تبیین این یافته همچنین، می‌توان گفت اصلاح افکار و تفسیرها باعث ایجاد آرامش می‌شوند و از سوی دیگر تمرینات برگرفته از این رویکرد مانند ذهن‌آگاهی و گسلش شناختی باعث می‌شود که از تنش و فعالیت سیستم سمپاتیک یا پاسخ اضطرابی در برابر استرس کاسته شود در نتیجه علائم جسمانی مرتبط با سیستم سمپاتیک تخفیف می‌یابد و درد کمتری نیز ادراک و گزارش می‌شود. در واقع از طریق تکنیک‌های این روش مداخلاتی به افراد آموزش داده شد که از طریق شناسایی عوامل برانگیزاننده، علائم مربوط به

خانواده و بهداشت

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره دوازدهم، شماره سوم، پاییز ۱۴۰۱، پیاپی (۳)۳۴ ص ۶۸-۵۱

Family and health Quarterly, vol12, Issu3, Autumn 2022, ISSN: 2322-3065

http://journals.iau-astara.ac.ir, D.O.R. 20.1001.1.23223065.1401.12.3.6.0

درد را نیز کنترل کنند. بنابراین با افزایش حس کنترل بر علائم و کاهش بروز نشانه‌ها و حملات، شدت درد ادراک شده آن‌ها نیز بهبود پیدا کرده است.

محدودیت‌های پژوهش

روی روایی درونی پژوهش داشته باشد. بنابراین در تعمیم و تکیه بر نتایج پژوهش باید این محدودیت را به نحوی مدنظر قرار داد. بدیهی است که با انجام پژوهش‌های مکرر و تأیید یافته‌ها، این محدودیت در عمل از بین خواهد رفت. از محدودیت‌های دیگر این است که جامعه آماری پژوهش را دختران دانشجوی شهر کرمانشاه تشکیل دادند و بنابراین تعمیم نتایج این پژوهش به جوامع دیگر باید با احتیاط صورت گیرد. پیشنهاد می‌شود مقایسه اثربخشی این روش مداخلاتی با سایر رویکردها به ویژه در شهرهای مختلف ایران انجام شود و تأثیر این رویکرد درمانی در مورد سایر متغیرهای این جمعیت دارای درد قاعدگی ارزیابی گردد. اطلاعات حاصل از این مطالعه برای درمانگران در جهت بهبود وضعیت روانی و کاهش مشکلات مرتبط با درد زنان و دختران جوان مفید خواهد بود. از نتایج این مطالعه نیز می‌توان در مراکز مشاوره خانواده، مراکز خدمات بهداشت روانی و مراکز ارائه خدمات به زنان استفاده کرد.

تضاد منافع

هیچ گونه تضاد منافعی با حقوق نویسندگان بیان نشده است.

ملاحظات اخلاقی

از جمله اصول رعایت شده اخلاقی بر اساس انجمن روان‌شناسی آمریکا عدم تضیع حقوق افراد شرکت‌کننده در پژوهش و رعایت حقوق انسانی آن‌ها می‌باشد. توضیح به شرکت‌کنندگان در پژوهش که مشارکت در تحقیق برای آن‌ها خطری ندارد. توضیح کامل و مفید به افراد شرکت کننده جهت نحوه‌ی پاسخدهی به ابزارهای پژوهش، کسب رضایت آگاهانه از آن‌ها، اختیاری بودن پژوهش و همچنین محرمانه ماندن اطلاعات داده شد. همچنین در هنگام اجرا به شرکت‌کنندگان اعلام گردید که به عنوان سپاسگزاری از همکاری‌شان در پژوهش، کسانی که مایل باشند از نتایج آزمون‌شان مطلع گردند، می‌توانند از نتایج این مطالعه مطلع گردند.

کاربرد پژوهش

با توجه به میزان شیوع قاعدگی دردناک و آثار فراوان آن و همچنین با توجه به اثربخشی درمان فراشناختی و نقش مؤثری که در کاهش آسیب‌های روانی-اجتماعی دارد، نتایج حاصل از این مطالعه می‌تواند مورد توجه روان‌شناسان، مشاوران، برنامه‌ریزان حوزه سلامت روان، نهادها و سازمان‌هایی که با زنان و مسائل آنان سرکار دارند قرار گیرد و استفاده‌های کاربردی و تلویحات آموزشی-درمانی در پی داشته باشد.

References

1. Kwon YJ, Sung DI, Lee JW. Association among Premenstrual Syndrome, Dietary Patterns, and Adherence to Mediterranean Diet. Nutrients. 2022;14(12):2-11.
2. Mu J, Wang Q, Dun W, Yang J, Wang K, Zhang M. The effects of long-term menstrual pain on pain empathy in women with primary dysmenorrhea. Journal of Pain. 2021;162(7):2051-2059.

3. Kim SS, Kim HS. Dysmenorrhea in High School Girls and Its influencing Factors. Journal of the Korea Convergence Society. 2021;12(3):409-420.
4. Farshbaf Manei Sefat F, Abolghasemi A, Barahmand U, Hajloo N. A Survey of Menstruation Pattern and Prevalence of Dysmenorrhea in Ardabil Second High School Students. irje. 2017; 13(3):235-243.
5. Ferries-Rowe E, Corey E, Archer JS. Primary dysmenorrhea: diagnosis and therapy. Obstetrics & Gynecology. 2020;136(5):1047-1058.
6. Shabani M, Khalatbari J. The effectiveness of mindfulness-based stress reduction training on emotion regulation difficulties and psychological well-being in premenstrual syndrome. Health Psychology, 2019;8(1):134-152.
7. Azagew AW, Kassie DG, Walle TA. Prevalence of primary dysmenorrhea, its intensity, impact and associated factors among female students at Gondar town preparatory school, Northwest Ethiopia. BMC women's health. 2020;20(1):1-7.
8. Paulus DJ, Capron DW, Zvolensky MJ. Understanding hazardous drinking and suicidal ideation and suicide risk among college students: anxiety sensitivity as an explanatory factor. Cognitive behaviour therapy. 2021;50(5):378-394.
9. Baradaran M. The Mediating Role of Cognitive Emotion Regulation Strategies and Defense Mechanisms in the Relationship between Perfectionism and Anxiety Sensitivity in Cosmetic Surgery Applicants Students. quarterly journal of health psychology. 2020;9(34):57-74.
10. Warren AM, Zolfaghari K, Fresnedo M, Bennett M, Pogue J, Waddimba A. Anxiety sensitivity, COVID-19 fear, and mental health: results from a United States population sample. Cognitive Behaviour Therapy. 2021;50(3):204-216.
11. Angehrn A, Krakauer RL, Carleton RN. The impact of intolerance of uncertainty and anxiety sensitivity on mental health among public safety personnel: When the uncertain is unavoidable. Cognitive Therapy and Research. 2020;44(5):919-930.
12. Çaltekin İ, Hamamcı M, Demir Çaltekin M, Onat T. Evaluation of sleep disorders, anxiety and depression in women with dysmenorrhea. Sleep and Biological Rhythms. 2021;19(1):13-21.
13. Fereydoni F, Sabet M. The Effect of Solution-Focused Brief Psychotherapy on Distress Tolerance, Decision-Making Styles and Social Adjustment in MS Patients of Sari City. Journal of Consulting Excellence and Psychotherapy: Issue. 2021; 10:36-47.
14. Shahbahrami M, Mohammad khani S, Akbari M. The Diagnostic Role of Distress Tolerance, Metacognition, Sensation Seeking, and Perceived Social Disorganization in Methamphetamine, Opium, and Alcohol users. etiadpajohi. 2021;15 (60):325-350.
15. Ali Akbari Dehkordi M, Bitaneh M. The Effectiveness of Psychological Capital Elements Training on Psychological Flexibility and Psychological Distress on the Women with Breast Cancer. Quarterly J Health Psychology. 2021;10(38): 7-22.
16. Setayeshi M, Mirzahosseini H, Mohebbi M. The Relationship of Perceived Support with Addiction Potential and Psychological Distress with the Mediating Role of Loneliness in School Students. etiadpajohi. 2018;12(46):157-172.

خانواده و بهداشت

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره دوازدهم، شماره سوم، پاییز ۱۴۰۱، پیاپی (۳)۳۴ ص ۶۸-۵۱

Family and health Quarterly, vol12, Issu3, Autumn 2022, ISSN: 2322-3065

http://journals.iau-astara.ac.ir, D.O.R. 20.1001.1.23223065.1401.12.3.6.0

17. Vaziri S, Shaydani Aghdam S, Noobakht L, Khalili M, Vaziri Y,. Comparison of physical symptoms in people with low and high psychological distress Patients Disease. J Thought & Behavior in Clinical Psychology. 2018;13(49):57-66.
18. Satici B, Gocet-Tekin E, Deniz M, Satici SA. Adaptation of the Fear of COVID-19 Scale: Its association with psychological distress and life satisfaction in Turkey. International journal of mental health and addiction. 2021;19(6):1980-1988.
19. Hu Z, Tang L, Chen L, Kaminga AC, Xu H. Prevalence and risk factors associated with primary dysmenorrhea among Chinese female university students: a cross-sectional study. J pediatric and adolescent gynecology. 2020;33(1):15-22.
20. Kim HS. Factors Affecting Perceived Stress, Depression and Sleep Disturbance on the Dysmenorrhea among Female University Students. J the Korean Applied Science and Technology. 2021;38(2):399-410.
21. Kabukçu C, Başay BK, Başay Ö. Primary dysmenorrhea in adolescents: association with attention deficit hyperactivity disorder and psychological symptoms. Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology. 2021;60(2):311-317.
22. Quan S, Yang J, Dun W, Wang K, Liu H, Liu J. Prediction of pain intensity with uterine morphological features and brain microstructural and functional properties in women with primary dysmenorrhea. Brain Imaging and Behavior. 2021;15(3):1580-1588.
23. Pan YY, Jin SH, Luo S, Li RR, Tu YY, Jin D,. Dysmenorrhea is associated with a higher incidence of pain after diagnostic hysteroscopy or treatment. Signa Vitae. 2021;17(2):63-66.
24. Vlachos D, Lagattuta C. Is osteopathic manipulative treatment effective in reducing primary dysmenorrhea? Evidence-Based Practice. 2021;24(8):43-44.
25. Rickardsson J, Gentili C, Holmström L, Zetterqvist V, Andersson E, Persson J, & et al. Internet-delivered acceptance and commitment therapy as microlearning for chronic pain: A randomized controlled trial with 1-year follow-up. European J Pain. 2021;25(5):1012-1030.
26. Farhangi A. Effectiveness of Mindfulness Based Cognitive Therapy Chronic Pain Management on Psycho-Social Function in Women with Breast Cancer. J Excellence in Counseling and Psychotherapy. 2019;8(2):11-28.
27. Mannes ZL, Ferguson EG, Ennis N, Hasin DS, Cottler LB. Pain Acceptance Among Retired National Football League Athletes: Implications for Clinical Intervention. J Clinical Sport Psychology. 2021;1(1):1-4.
28. Ysidron DW, Slepian PM, Ankawi B, Himawan LK, France CR. Pain Acceptance Partially Mediates the Relationship Between Perceived Injustice and Pain Outcomes Over 3 Months. The Clinical J Pain. 2020;36(11):868-873.
29. Gardner BR, Rourke NL. Multimodal analgesia in a Southern White Rhinoceros (Ceratotherium simum) with pentosan polysulfate, gabapentin, amantadine and phenylbutazone to manage chronic pain. Australian veterinary journal. 2021;99(3):86-88.

30. Requero B, Briñol P, Petty RE. The impact of hope and hopelessness on evaluation: A meta-cognitive approach. European Journal of Social Psychology. 2021;51(2):222-238.
31. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G*Power 3.1: tests for correlation and regression analyses. Behav Res Methods 2009;41(4):1149-1160.
32. Steiner M, Macdougall M, Brown E. The premenstrual symptoms screening tool (PSST) for clinicians. Archives of Women's Mental Health. 2003;6(3):203-209.
33. Saghebi Saeeidi K, Abolghasemi A, Akbari B. The role of sense of coherence, alexithymia and self-compassion in predicting psychological well-being in girl with primary dysmenorrhea. Razi J Med Sci.2018;25(8):33-42.
34. Floyd M, Garfield A, LaSota MT. Anxiety sensitivity and worry. Personality and Individual Differences. 2005;38(5):1223-1229.
35. Afshari A, Hashemi Z. The relationship between anxiety sensitivity and metacognitive beliefs and test anxiety among students. J school psychology. 2019;8(1):7-25.
36. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. Behaviour research and therapy. 1995;33(3):335-343.
37. Park SH, Song YJ, Demetriou EA, Pepper KL, Thomas EE, Hickie IB, & et al. Validation of the 21-item Depression, Anxiety, and Stress Scales (DASS-21) in individuals with autism spectrum disorder. Psychiatry Research. 2020; 291:113300.
38. Tehrani S S, ghalandarzadeh Z, Farahani H, Saberi S M, Pashaeii Bahram M. The Mediating Role of the self-regulation and psychological Distress in the relationship between domestic violence and cognitive functions in women victim of spouse abuse. Journal of Cognitive Psychology. 2018;6(3): 51-60.
39. McGill, S. Low Back Disorders: Evidence based Prevention and Rehabilitation. 2008.
40. Jafari A, Shiralizadeh S. The Predicting of Pain based on Emotional Expression in Women with Breast cancer in Pandemic COVID-19: mediating role of life Style. IJCA. 2021; 2(2):13-23
41. McCracken LM, Vowles KE, Eccleston C. Acceptance of chronic pain: component analysis and a revised assessment method. Pain. 2004;107(1-2):159-166.
42. Anvari MH, Ebrahimi A, Neshatdoost HT, Afshar H, Abedi A. The Effectiveness of Group-Based Acceptance and Commitment Therapy on Pain-Related Anxiety, Acceptance of Pain and Pain Intensity in Patients with Chronic Pain. J Isfahan Med Sch; 32(295): 1156-65.
43. Wells A. Cognition about cognition: Metacognitive therapy and change in generalized anxiety disorder and social phobia. Cognitive and Behavioral Practice. 2007;14(1):18-25.
44. Setorg S, Kazemi H, Raisi Z. Effectiveness of meta-cognitive therapy on craving beliefs and substance-related beliefs in substance abuse disorder patients. etiadpajohi. 2014; 7(28):147-162.
45. Wells A, Reeves D, Capobianco L, Heal C, Davies L, Heagerty A, & et al. Improving the Effectiveness of Psychological Interventions for Depression and Anxiety in Cardiac

خانواده و بهداشت

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره دوازدهم، شماره سوم، پاییز ۱۴۰۱، پیاپی (۳)۳۴ ص ۶۸-۵۱

Family and health Quarterly, vol12, Issu3, Autumn 2022, ISSN: 2322-3065

http://journals.iau-astara.ac.ir, D.O.R. 20.1001.1.23223065.1401.12.3.6.0

Rehabilitation: PATHWAY—A Single-Blind, Parallel, Randomized, Controlled Trial of Group Metacognitive Therapy. Circulation. 2021;144(1):23-33.

46. Kennair LE, Solem S, Hagen R, Havnen A, Nysæter TE, Hjemdal O. Change in personality traits and facets (revised NEO personality inventory) following metacognitive therapy or cognitive behaviour therapy for generalized anxiety disorder: results from a randomized controlled trial. Clinical Psychology & Psychotherapy. 2021;28(4):872-881.
47. ShomaliAhmadabadi M, Poorjanebollahi M, Behjat A, BarkhordariAhmadabadi A. The Role of Experiential Avoidance and Professional Assistance Orientation in Predicting Covid Anxiety-19. J Consulting Excellence and Psychotherapy: Issue. 2021;9(36):67-78.
48. Vesal M, Taher Neshatdoost H. Meta-analysis of psychological intervention`s effectiveness on reduction of pain intensity among patients with chronic pain. JAP. 2019;10(3):21-38.
49. 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. J Clinical Psychology. 2017;2(34): 1-8.
50. Yadavari M, Naderi F, Makvandi B, Hafezi F. The Effects of Metacognitive Therapy on Pain Catastrophizing and Quality of Life in Patients with Chronic Pain. MEJDS. 2020;10 :134-135