رویش روان شناسی، سال۱۳، شماره ۳، شماره پیاپی۹۶، خرداد ۱۴۰۳
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),13(3), 2024

اثربخشی درمان فراتشخیصی بر خودکارآمدی درد و نشانگان بالینی زنان مبتلا به میگرن

The effectiveness of transdiagnostic treatment on pain self-efficacy and clinical symptoms of women with migraine

سمانه سادات جمشیدی
دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی ، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.
دکتر فرزانه هومن (نویسنده مسئول)
استادیار، گروه روانشناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران.
دکتر پرویز عسگری
استاد، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

Samanehsadat Jamshidi
Ph.D. student , Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.
Dr. Farzaneh Hooman *
Assistant Professor of Psychology Department, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran.
N.psyhooman@gmail.com
Dr. Parviz Asgari
Professor of Psychology Department, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان فراتشخیصی بر خودکارآمدی درد و نشانگان بالینی در زنان مبتلا به میگرن بود. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل با پیگیری دو ماهه بود. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل کلیه‌ی زنان مبتلا به میگرن مراجعه‌کننده به کلینیک سردرد بیمارستان شهرکرد در سال ۱۴۰۱ بود که از بین آنها ۳۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت گمارش تصادفی در دو گروه (۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل) جایگذاری شدند. ابزارهای سنجش شامل پرسشنامه خودکارآمدی درد نیکولاس (PSEQ, ۱۹۹۰) و نشانگان بالینی دراگوتیس و ملیسارانوس (BSI, ۱۹۸۳) بود. گروه آزمایش طی هشت جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای یک بار تحت مداخله‌ی مبتنی بر درمان فراتشخیصی بارلو و همکاران (۲۰۱۱) قرار گرفتند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. نتایج نشان داد بین گروه‌ها در پس‌آزمون و پیگیری خودکارآمدی درد و نشانگان بالینی تفاوت معناداری وجود دارد (P<۰/۰۵)، و درمان فراتشخیصی دارای ماندگاری اثر در دوره پیگیری بود (P<۰/۰۵). در نتیجه درمان فراتشخیصی می‌تواند به‌عنوان درمانی مؤثر برای افزایش خودکارآمدی درد و کاهش نشانگان بالینی زنان مبتلا به میگرن مورد استفاده قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: *درمان فراتشخیصی، نشانگان بالینی، خودکارآمدی درد، میگرن، زنان.*

Abstract

The present study aimed to determine the effectiveness of transdiagnostic treatment on pain self-efficacy and clinical symptoms in women with migraine. The research method was semi-experimental with a pre-test-post-test design and a control group with a two-month follow-up. The statistical population of the study included all women with migraine who were referred to the headache clinic of Shahrekord Hospital in 2022, from which 30 people were selected using the purposeful sampling method and randomly assigned to two groups (15 people in the experimental group and 15 people were placed in the control group). Measurement tools included Nicholas's Pain Self-Efficacy Questionnaire (PSEQ, 1990) and Derogatis & Melisaratos's Brief Symptom Inventory (BSI, 1983). The experimental group was subjected to an intervention based on Barlow et al's met diagnostic therapy (2011) during eight 90-minute sessions and once a week. Analysis of variance with repeated measurements was used to analyze the data. The results showed that there was a significant difference between the groups in the post-test and follow-up of pain self-efficacy and clinical symptoms (P<0.05), and the extra diagnostic treatment had a lasting effect in the follow-up period (P<0.05). As a result, transdiagnostic treatment can be used as an effective treatment to increase pain self-efficacy and reduce the clinical symptoms of women with migraine.

Keywords: *Transdiagnostic Treatment, Clinical Symptoms, Pain Self-Efficacy, Migraine, Women.*

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت : دی ۱۴۰۲** **پذیرش: بهمن ۱۴۰۲** **ویرایش نهایی: خرداد ۱۴۰۳**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-07]

مقدمه

میگرن[1] با سردردهای ناتوان‌کننده تکراری متوسط تا شدید مشخص می‌شود. بر اساس بنیاد تحقیقات میگرن، سردرد میگرنی[2] سومین بیماری شایع در جهان است. باوجود چنین شیوع بالایی، درک اندکی از علائم، علل و درمان آن وجود دارد (گوتز[3] و همکاران، ۲۰۲۲) و ازجمله شایع‌ترین علت‌های مراجعه افراد به کلینیک‌های سرپایی بیماری‌های مغزی و اعصاب است. بر اثر اتساع رگ‌های محصورکننده مغز بروز کرده و به صورت ضربان‌دار در یک طرف سر، همراه با حالات تهوع و استفراغ است که امکان دارد با فعالیت‌های روزمره هم تشدید شود (پک[4] و همکاران، ۲۰۲۰). مشخص شده که سردرد در بیماران مبتلا به میگرن نقش مهمی در کیفیت و سلامت زندگی در این بیماران ایفا می‌کند. به‌طوری‌که شدت درد بیشتر منجر به کاهش عملکرد در بیشتر مؤلفه‌های مقیاس سلامت روان از جمله سلامت کلی، سرزندگی، سلامت روانی و عملکرد اجتماعی و در کل افت کیفیت زندگی در این بیماران می‌گردد (رکوبر[5]، ۲۰۲۱). ادراک بالای درد در بین بیمارن مبتلا به میگرن شیوع بسیار زیادی دارد که خود موجب ایجاد اختلال در زندگی، کاهش کیفیت زندگی و سلامت روان در این بیماران می‌گردد (پی[6] و همکاران، ۲۰۲۰).

یکی از مشکلاتی که بسیاری از افراد مبتلا به بیماری میگرن با آن مواجه هستند، احساس خودکارآمدی پایین در مدیریت درد در هنگام مقابله با استرس‌های محیطی است (خرازی نوتاش و همکاران، ۱۳۹۸). مفهوم خودکارآمدی درد[7] که ابتدا توسط نیکولاس[8] در سال ۱۹۸۹ از نظریه خودکارآمدی بندورا[9] اقتباس شد، به میزان اطمینان فرد به توانایی‌اش برای حفظ عملکرد، علی‌رغم وجود درد اشاره دارد (به نقل از صالحی و همکاران، ۲۰۲۳). خودکارآمدی درد می‌تواند عملکرد و مقابله در بیماران مبتلا به درد مزمن را به‌طور مؤثری بهبود ببخشد و در خودمراقبتی بیماران نقش دارد و افزایش خودکارآمدی می‌تواند با کاهش درد، درماندگی هیجانی و ناتوانی مرتبط باشد (شاره و همکاران، ۱۳۹۸). در سال‌های اخیر نقش خودکارآمدی در تحقیقات مرتبط با درد نشان داده شده است. برای مثال، نتایج بررسی‌های اخیر نشان داده‌اند که احساس خودکارآمدی منفی با شدت درد و فاجعه‌سازی بیشتر درد مرتبط می‌باشد (فیشر[10] و همکاران، ۲۰۲۳). درحالی‌که سطوح بالاتر خودکارآمدی درد، با آستانه تحمل بالاتر درد و قدرت تحمل بیشتر درد رابطه دارد و امکان مدیریت بهتر درد را فراهم می‌آورد (وارلا و ون آسلت[11]، ۲۰۲۲).

از طرفی بسیاری از نشانگان بالینی[12] ازجمله افسردگی، اضطراب و استرس در بیماری میگرن وجود دارد. احساسات اضطرابی در میان مبتلایان به سردرد میگرن شایع است و این احساسات یکی از مهم‌ترین عوامل راه‌انداز میگرن است. افسردگی و احساسات خلقی منفی نیز در میان بیماران مبتلا به میگرن نسبت به افراد بدون میگرن، بالاتر است (عنایتیان و همکاران، ۱۳۹۹).

با توجه به ماهیت ناتوان‌کننده میگرن، درمان آن و کاهش شدت علائم آن حائز اهمیت زیادی است. در همین راستا، درمان‌های دارویی و انواع مختلف روان‌درمانی مورد استفاده قرار می‌گیرند. پژوهش‌های گسترده‌ای اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی را بر کاهش علائم میگرن و سردردهای مزمن نشان می‌دهند، ازجمله: مداخله مبتنی بر پذیرش[13] (پولک و اسمیترمن[14]، ۲۰۲۳)، درمان ذهن‌آگاهی[15] (استیو[16] و همکاران، ۲۰۲۳)، درمان شناختی رفتاری[17] (میس[18] و همکاران، ۲۰۲۲)، مداخله نوروفیدبک[19] (حاج وزیری و همکاران، ۱۴۰۲)، درمان

1. Migraine
2. Migraine headache
3. Goetz
4. Peck
5. Recober
6. Pei
7. Pain self-efficacy
8. Nicholas
9. Bandura
10. Fisher
11. Varela & Van Asselt
12. Clinical syndromes
13. Acceptance-based interventions
14. Polk & Smitherman
15. Mindfulness treatment
16. Estave
17. Cognitive Behavioural treatment
18. Meise
19. Neurofeedback Intervention

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-07]

روانشناسی مثبت‌گرا (انوری و همکاران، ۱۴۰۱)، درمان فراشناختی[1] (ثناگوی محرر و همکاران، ۱۳۹۹). یکی از درمان‌هایی که اخیراً مورد توجه قرار گرفته، درمان فراتشخیصی[2] است. این درمان در جهت جبران کاستی‌های درمان‌های قبلی طراحی شده و نسبتاً موفق بوده است. درمان فراتشخیصی توسط بارلو[3] و همکاران (۲۰۱۱) تدوین شده است. درمان فراتشخیصی یک رویکرد درمانی مبتنی بر هیجان است. به این معنا که ضمن اصلاح عادت‌های تنظیم هیجانی بیماران، هدف درمان کاهش شدت و بروز تجربه هیجانی ناسازگارانه و بهبود کارکرد بیماران است. پروتکل فراتشخیصی یک درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر رویارویی می‌باشد که در درجه نخست روی تغییر دادن پاسخ‌های غیرانطباقی به تجارب هیجانی تأکید می‌کند (امیری و همکاران، ۱۴۰۲). این درمان به بیماران می‌آموزد چگونه با هیجان‌های ناخوشایند خود مواجه شده، آنها را تجربه کنند و به شیوه‌های سازگارانه‌تری به هیجان‌های خود پاسخ دهند (ارنریک و کندی[4]، ۲۰۲۱). منطق شکل‌گیری درمان‌های فراتشخیصی مبتنی بر مفاهیم نظری و نتایج تجربی در خصوص وجود عوامل مشترک بین اختلال‌های هیجانی بوده است و پروتکل‌های فراتشخیصی به‌منظور مورد هدف قرار دادن فرایندهای شناختی و رفتاری درگیر در طیف وسیعی از اختلال‌های روان‌شناختی طراحی شده‌اند (بارلو، ۲۰۲۱).

پریس-باکوئرو و اوسما[5] (۲۰۲۳) و کلری[6] و همکاران (۲۰۲۳) در پژوهش خود نشان دادند درمان فراتشخیصی باعث بهبود اختلالات هیجانی (علائم اضطرابی و افسردگی) شده است. خورشیدی نازلو و همکاران (۱۴۰۲) نشان دادند درمان فراتشخیصی در خرده‌مقیاس‌های اضطراب درد و عدم جذب، ارزیابی و تنظیم هیجان به‌طور معناداری اثربخش بوده و می‌تواند نشانه‌های هیجانی بیماران مبتلا به میگرن را کاهش داده و به بهبود سردرد کمک کند. پژوهش ستایش و همکاران (۱۴۰۱) نشان داد درمان فراتشخیصی می‌تواند به عنوان یک درمان کارآمد جهت بهبود ادراک خودکارآمدی و رفتارهای خودمراقبتی افراد مبتلا به بیماری عروق کرونری قلب مورد استفاده قرار گیرد. نتیجه پژوهش غیورکاظمی و همکاران (۱۴۰۱) حاکی از آن بود که مداخله فراتشخیصی باعث کاهش مشکلات روان‌شناختی و بهبود خودکارآمدی در زنان دارای سرطان پستان شده است. اشهاریان و همکاران (۱۳۹۷) در پژوهش خود نشان دادند که درمان فراتشخیصی باعث بهبود استرس ادراک‌شده بیماران مبتلا به میگرن می‌شود.

به‌طورکلی، درمان‌های فراتشخیصی از درمان‌های جدید و مؤثر برای مشکلات و اختلالات روان‌شناختی به شمار می‌آید. این نوع درمان نسل سوم که اثربخشی آن بر روی تنظیم هیجانی، کاهش اضطراب، افسردگی و افزایش سلامت جسمانی تأیید شده است، می‌تواند از درمان‌های سنتی شناختی-رفتاری به‌صرفه‌تر و مؤثرتر باشند، ضمن این‌که این نوع درمان می‌تواند در اختلالات روان‌شناختی هم‌زمان که در میگرن نیز شایع می‌باشند، مؤثرتر از درمان‌های معمول باشند و این امر، به‌کارگیری روش‌های غیردارویی در قالب مکمل‌های درمانی را بیش‌ازپیش آشکار می‌سازد. از سویی دیگر به‌کارگیری چنین راهبردهایی بیماران را قادر می‌سازد تا در مراقبت و درمان خود نقش فعالی داشته باشند و به کنترل مؤثرتر بیماری می‌انجامد. همچنین محدودیت در تعمیم نتایج خارج از کشور به دلیل تفاوت‌های فرهنگی و خلأ پژوهشی در خصوص تعیین اثربخشی درمان فراتشخیصی بر خودکارآمدی درد و نشانگان بالینی، اهمیت پژوهش حاضر را بیش‌ازپیش آشکار می‌کند. لذا با توجه به آنچه گفته شد، هدف از انجام پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان فراتشخیصی بر خودکارآمدی د رد و نشانگان بالینی در زنان مبتلا به میگرن بود.

روش

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل کلیه‌ی زنان مبتلا به میگرن مراجعه‌کننده به کلینیک سردرد بیمارستان شهرکرد در سال ۱۴۰۱ بود که از بین آنها ۳۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند و داوطلب انتخاب و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج از پژوهش به صورت گمارش تصادفی در دو گروه (۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل) جایگذاری شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: ۱) رضایت حضور در پژوهش ۲) کسب نمره بالاتر از میانگین در پرسشنامه نشانگان بالینی میگرن و کسب نمره پایین‌تر از میانگین در پرسشنامه خودکارآمدی درد، ۳) حداقل

1. Metacognitive Therapy
2. Transdiagnostic treatmen
3. Barlow
4. Ehrenreich-May & Kennedy
5. Peris-Baquero & Osma
6. Celleri

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-07]

سواد دیپلم برای درک گویه‌های پرسشنامه‌ها، ۴) گروه سنی بین ۲۰ تا ۴۰ سال، ۵) گذشت حداقل ۶ ماه از تشخیص میگرن، ۶) عدم حضور هم‌زمان در درمان دارویی و روان‌شناختی دیگر، و ملاک‌های خروج شامل: ۱) عدم رضایت از ادامه همکاری در پژوهش، ۲) مصرف دارو یا شرکت در جلسات درمانی هم‌زمان، ۳) عدم پاسخگویی به تمامی سؤالات پژوهش و ۴) غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمان بود. روش اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از اخذ کد اخلاق از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز با شماره IR.IAU.AHVAZ.REC.1401.103 و هماهنگی با کلینیک‌های درد شهرکرد و پس از دستیابی به گروه نمونه و گمارش آن‌ها در ۲ گروه به صورت تصادفی، مرحله پیش‌آزمون قبل از شروع دوره‌های درمان بر روی هر دو گروه آزمایشی و کنترل اجرا شد. سپس گروه آزمایشی تحت درمان فراتشخیصی طی هشت جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای یک بار قرار گرفتند، اما گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نکرد. ازآنجایی‌که درمان انتخابی دارای ۸ جلسه می‌باشد، در پایان جلسه چهارم، مرحله میان‌آزمون بر هر دو گروه اجرا شد. سپس ادامه جلسات درمانی اجرا شده و در پایان دوره‌های درمانی، مرحله پس‌آزمون بر هر دو گروه اجرا شد. دو ماه پس از مرحله پیگیری، از هر دو گروه مجدداً آزمون گرفته شد. به جهت عدم ضایع شدن حق افراد گروه کنترل، پس از مرحله پیگیری، دوره‌های درمانی به صورت فشرده برای آنها اجرا شد. برخی از ملاحظات اخلاقی در نظر گرفته‌شده در این پژوهش عبارت بودند از: ۱) پژوهشگر تمام مراحل پژوهش را صادقانه و شفاف توضیح خواهد داد و نظر داوطلبین را برای شرکت در آزمون جلب کرد، ۲) تمامی افراد شرکت‌کننده در این پژوهش قبل از پاسخ دادن به سؤالات آزمون‌ها فرم رضایت شرکت در پژوهش را امضا خواهند کرد و می‌توانند در هر مرحله از پژوهش انصراف دهند، ۳) پژوهشگر متعهد است، تمامی اطلاعات داوطلبین به صورت محرمانه باقی بماند، ۴) داوطلبین از اینکه می‌توانند به صورت ناشناس و بدون نوشتن نام و نام خانوادگی در این پژوهش شرکت کنند، ۵) پژوهشگر به هر فرد درگیر در فرآیند پژوهش به‌طور اخلاقی احترام گذاشته و از تبعیض بین قومیت‌ها، جنسیت‌ها، وضعیت اجتماعی و اقتصادی اجتناب کرد. درنهایت برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با نرم‌افزار spss نسخه ۲۶ استفاده شد.

ابزار سنجش

پرسشنامه خودکارآمدی درد[1] (PSEQ): این پرسشنامه‌ی ۱۰ سؤالی توسط نیکولاس در سال ۱۹۹۰ به‌منظور ارزیابی باور بیمار از توانایی‌اش در انجام فعالیت‌های گوناگون علی‌رغم وجود درد ساخته شده است که کارآمدی و بسندگی فرد در زندگی با درد را ارزیابی می‌کند. پاسخگویی به این پرسشنامه تک‌عاملی در مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای از صفر (اصلاً نمی‌توانم) تا ۶ (کاملاً می‌توانم) بوده و حداقل نمره در مقیاس برابر با صفر و حداکثر نمره برابر با ۶۰ است. کسب نمره بالاتر در مقیاس، بیانگر باور قدرتمندتر در انجام فعالیت‌های روزمره علی‌رغم وجود درد است. این پرسشنامه بر پایه مفهومی که بندورا از خودکارآمدی مطرح کرده است، قرار دارد. نیکولاس (۱۹۹۰) در پژوهشی روایی محتوایی را تأیید و ضریب همسانی درونی مقیاس با روش آلفای کرونباخ را برابر با ۰/۸۶ گزارش نموده است. چالا[2] و همکاران (۲۰۲۱) روایی سازه آن را تأیید و پایایی را با استفاده از روش‌های آلفای کرونباخ، و روش بازآزمایی در یک دوره ۳ تا ۵ روزه به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۹۳ به دست آوردند که بیانگر پایایی مطلوب و رضایت‌بخش آزمون است. در پژوهش رسولزاده طباطبایی و حقیقت (۱۳۹۲) همبستگی معنادار بین این پرسشنامه و ۴ زیرمقیاس پرسشنامه چندوجهی درد نشان‌دهنده روایی همزمان مطلوب این پرسشنامه بود. در مطالعه انسان دوست و همکاران (۱۴۰۰) پایایی کل به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۷ گزارش شده است. در پژوهش حاضر پایایی کل پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد.

پرسشنامه نشانگان بالینی[3] (BSI): پرسشنامه نشانگان بالینی شکل کوتاه‌شده پرسشنامه۹۰ سؤالی SCL که برای اولین‌بار توسط دراگوتیس و ملیسارانوس[4] در سال ۱۹۸۳ معرفی و طراحی شد. این پرسشنامه از ۵۳ سؤال و ۹ بعد وسواسی جبری، افسردگی، حساسیت بین‌فردی، روان‌پریشی، افکار پارانوئیدی، اضطراب فوبیک، جسمانی‌سازی، خصومت و اضطراب تشکیل شده که به صورت طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از صفر (اصلاً) تا ۴ (شدید) نمره‌گذاری می‌شود. ضریب پایایی بازآمایی این پرسشنامه در یک دوره ۷ روزه برای ۹ بعد این مقیاس بین ۰/۶۸ برای جسمانی‌سازی تا ۰/۹۱ برای اضطراب فوبیک حاصل شد و ضریب همبستگی بین مقیاس‌های نشانگان بالینی با مقیاس ۹۰ سؤالی SCL بین ۰/۹۲ تا ۰/۹۹ به دست آمد که نشان از روایی و پایایی مطلوب این پرسشنامه دارد (دراگوتیس و ملیسارانوس، ۱۹۸۳).

1. Pain Self Efficacy Questionnaire
2. Chala
3. Brief Symptom Inventory
4. Derogatis & Melisaratos

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-07]

در پژوهش فرانک[1] و همکاران (۲۰۲۱) پایایی این پرسشنامه از طریق ضریب آلفای کرونباخ از ۰/۷۳ برای خصومت تا ۰/۸۹ برای افسردگی گزارش شد. در پژوهش اخوان عبیری و شعیریان (۱۳۹۸) ضریب پایایی این پرسشنامه با فاصله دو هفته، ۰/۶۲ برای روان‌پریشی، ۰/۷۵ برای افسردگی، ۰/۶۹ برای وسواس، ۰/۷۶ برای حساسیت بین‌فردی، ۰/۸۲ برای اضطراب، ۰/۷۲ برای هراس، ۰/۸۷ برای افکار پارانوئید، ۰/۸۳ برای خصومت و ۰/۷۵ برای جسمانی‌سازی بود. ضریب آلفای کرونباخ ابعاد این نسخه بین ۰/۶۲ برای روان‌پریشی تا ۰/۸۳ برای خصومت هر دو در سطح ۰/۰۱ معنادار به دست آمد. در پژوهش حاضر پایایی کل پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آمد.

جلسات درمان فراتشخیصی: برای مداخله‌ی درمان فراتشخیصی بارلو و همکاران (۲۰۱۱) بر روی شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یک بار اجرا شد. شرح و اهداف جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. محتوای جلسات درمان فراتشخیصی (بارلو و همکاران، ۲۰۱۱)

جلسات	شرح جلسات
اول	ایجاد ارتباط درمانی، آشنایی اعضا با یکدیگر، افزایش انگیزه، مصاحبه انگیزشی برای مشارکت و درگیری بیماران در طول درمان، ارائه منطق درمان و تعیین اهداف درمان.
دوم	ارائه آموزش روانی، بازشناسی هیجان‌ها و ردیابی تجارب هیجانی و آموزش مدل سه مؤلفه‌ای تجارب هیجانی.
سوم	آموزش آگاهی هیجانی، یادگیری مشاهده تجارب هیجانی (هیجان‌ها و واکنش‌های هیجانی) به خصوص با استفاده از تکنیک ذهن آگاهی.
چهارم	ارزیابی مجدد شناختی، ایجاد آگاهی از تأثیر ارتباط متقابل بین افکار و هیجان‌ها، شناسایی ارزیابی‌های ناسازگارانه اتوماتیک و افزایش انعطاف‌پذیری در تفکر.
پنجم	شناسایی الگوهای اجتناب از هیجان، آشنایی با راهبردهای مختلف اجتناب از هیجان و تأثیر آن بر تجارب هیجانی و آگاهی یافتن از اثرات متناقض اجتناب از هیجان.
ششم	بررسی رفتارهای ناشی از هیجان، آشنایی و شناسایی رفتارهای ناشی از هیجان و درک تأثیر آنها روی تجارب هیجانی، ایجاد گرایش‌های عمل جایگزین به واسطه رویارویی با رفتارها.
هفتم	آگاهی و تحمل احساس‌های جسمانی، افزایش آگاهی از نقش احساس‌های جسمانی در تجارب هیجانی، انجام تمرین‌های مواجهه و رویارویی احشایی.
هشتم	رویارویی با هیجان مبتنی بر موقعیت، آموزش نحوه تهیه سلسله‌مراتب ترس و اجتناب و طراحی تمرین‌های مواجهه هیجانی.

یافته ها

یافته‌های حاصل از داده‌های جمعیت‌شناختی بیانگر آن بود که افراد نمونه پژوهش همگی زن بودند و دارای دامنه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال بودند که در این بین میانگین و انحراف معیار سن گروه آزمایش ۳/۲۳±۳۱/۷۷ سال و گروه کنترل ۳/۴۸±۳۰/۹۴ بود. ۱۰ نفر (۶۷ درصد) از گروه آزمایش متأهل و ۵ نفر (۲۳ درصد) مجرد بودند و ۱۱ نفر (۷۳ درصد) از گروه کنترل متأهل و ۴ نفر (۲۷) مجرد بودند. جدول شماره ۲ آمار توصیفی متغیر خودکارآمدی درد و نشانگان بالینی را نشان می‌دهد.

جدول ۲. نتایج آمار توصیفی متغیرهای وابسته در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیرها		پیش‌آزمون		Ks*	پس‌آزمون		Ks*	پیگیری		Ks*
		میانگین	انحراف معیار	P Value	میانگین	انحراف معیار	P value	میانگین	انحراف معیار	P value
خودکارآمد	آزمایش	۳۵/۵۳	۱۰/۵۴	۰/۱۱	۴۷/۱۳	۸/۴۴	۰/۱۷	۴۴/۶۶	۸/۴۷	۰/۲۳
ی درد	گواه	۳۶/۱۳	۱۲/۱۱	۰/۲۲	۳۶/۵۳	۱۱/۸۰	۰/۱۹	۳۶/۴۰	۱۲/۶۵	۰/۱۴
نشانگان	آزمایش	۴۲/۶۶	۶/۹۳	۰/۳۳	۳۳/۸۸	۶/۸۹	۰/۲۱	۳۴/۵۳	۶/۷۴	۰/۱۸
بالینی	گواه	۳۵/۸۶	۶/۲۴	۰/۲۹	۳۵/۲۶	۵/۹۳	۰/۱۲	۳۶/۶۰	۶/۳۶	۰/۲۱

1. Franke

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-07]

: آزمون کولموگروف-اسمیرنف*Ks

همان‌طور که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود، متغیرهای خودکارآمدی درد و نشانگان بالینی برای دو گروه کنترل و درمان فراتشخیصی در سه مرحله سنجش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) نشان داده شده است. همان‌طور که ملاحظه می‌گردد، در گروه کنترل میانگین متغیرهای خودکارآمدی درد و نشانگان بالینی در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون تغییر چندانی را نشان نمی‌دهد. ولی در گروه فرا تشخیصی شاهد افزایش خودکارآمدی درد و کاهش نشانگان بالینی قابل‌توجه متغیرها در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون هستیم. همچنین نمرات خودکارآمدی افزایش و نمرات نشانگان بالینی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون کاهش داشته است.

قبل از اجرای آزمون، آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر، از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات خودکارآمدی درد و نشانگان بالینی، در مراحل سه‌گانه اندازه‌گیری (p>۰/۰۵) نتیجه بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس به این شرح بود در ابتدا جهت بررسی وجود داده پرت از باکس پلات استفاده شد که داده پرتی مشاهده نگردید.همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن معنادار نبود که این یافته نشان می‌داد پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها رعایت شده است (p>۰/۰۵). از طرفی نتایج آزمون t نشان داد که تفاوت میانگین نمرات پیش‌آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیرهای وابسته (خودکارآمدی درد و نشانگان بالینی) معنادار نبوده است (p>۰/۰۵). همچنین نتایج آزمون موچلی بیانگر آن بود که پیش‌فرض کرویت داده‌ها در متغیرهای خودکارآمدی درد و نشانگان بالینی رعایت شده است (P>۰/۰۵). برای بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی بر خودکارآمدی درد و نشانگان بالینی زنان مبتلا به میگرن از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شده است. در این تحقیق یک عامل درون آزمودنی وجود داشت که زمان اندازه‌گیری متغیر پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود و یک عامل بین آزمودنی وجود داشت که آن عضویت گروهی بود.

جدول ۳. تحلیل واریانس با واریانس با اندازه‌گیری مکرر جهت بررسی تفاوت گروه‌ها در متغیر پژوهش

		مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار P	اندازه اثر	توان آزمون
خودکارآمدی درد	مراحل	۴۵۷/۸۰	۲	۲۲۸/۹۰	۵۵/۶۲	۰/۰۰۰۱	۰/۶۶	۱
	گروه‌بندی	۲۹۸/۸۴	۱	۲۹۸/۸۴	۸/۴۵	۰/۰۲	۰/۲۳	۰/۷۵
	تعامل مراحل و گروه‌بندی	۵۱۸/۰۹	۲	۲۵۸/۵۴	۶۲/۸۳	۰/۰۰۰۱	۰/۶۹	۱
	خطا	۲۳۰/۴۴	۵۶	۴/۱۱				
نشانگان بالینی	مراحل	۵۱۸/۶۰	۲	۲۵۹/۳۰	۱۳۶/۴۱	۰/۰۰۰۱	۰/۸۳	۱
	گروه‌بندی	۴۴۸/۹۰	۱	۴۸۸/۹۰	۷/۳۹	۰/۰۳	۰/۲۰	۰/۶۹
	تعامل مراحل و گروه‌بندی	۴۶۸/۲۹	۲	۲۳۴/۱۴	۱۲۳/۱۸	۰/۰۰۰۱	۰/۸۱	۱
	خطا	۱۰۶/۴۴	۵۶	۱/۹۰				

همان‌گونه که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که میزان F اثر تعامل مراحل و گروه برای متغیرهای خودکارآمدی درد (۱۷۱/۷۴) و نشانگان بالینی (۸۷/۶۹) است که در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است. این یافته نشان می‌دهد که گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ متغیرهای پژوهش (خودکارآمدی درد و نشانگان بالینی) در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با یکدیگر تفاوت معنی‌داری دارند. حال جهت بررسی این نکته که این تأثیر در کدام‌یک از مراحل آزمون بوده است، به بررسی نتایج آزمون تعقیبی بونفرنی پرداخته می‌شود.

جدول ۴. بررسی تفاوت‌های دوبه‌دو در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

مؤلفه	مراحل آزمون		تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف معیار	مقدار معناداری
خودکارآمدی درد	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۴	۰/۶۱	۰/۰۰۰۱
		پیگیری	۵/۳۰	۰/۶۳	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	-۴	۰/۶۱	۰/۰۰۰۱

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-07]

نشانگان بالینی	پیش‌آزمون	پیگیری	۱/۳۰	۰/۲۱	۰/۱۱
		پس‌آزمون	-۴/۱۰	۰/۳۶	۰/۰۰۰۱
		پیگیری	۵/۷۰	۰/۴۱	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	-۴/۱۰	۰/۳۶	۰/۰۰۰۱
		پیگیری	۱/۶۰	۰/۲۸	۰/۰۹

همان‌گونه نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد میانگین نمرات خودکارآمدی درد و نشانگان بالینی زنان مبتلا به میگرن که در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون دچار تغییر معنادار شده بود، در مرحله پیگیری نیز این تغییر ثبات خود را از دست نداده بود. بنابراین درمان فراتشخیصی درحالی‌که بر میانگین نمرات خودکارآمدی درد و نشانگان بالینی زنان مبتلا به میگرن در مرحله پس‌آزمون تأثیر معنادار داشته، توانسته تأثیر خود را در طول زمان نیز حفظ نماید.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان فراتشخیصی بر خودکارآمدی درد و نشانگان بالینی در زنان مبتلا به میگرن انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد درمان فراتشخیصی بر افزایش خودکارآمدی درد زنان مبتلا به میگرن مؤثر است. این یافته به صورت ضمنی با نتایج پژوهش ستایش و همکاران (۱۴۰۱) و غیورکاظمی و همکاران (۱۴۰۱) همسو بود.

در تبیین این یافته می‌توان گفت باورهای خودکارآمدی آثار مختلفی را در طی چهار فرآیند عمده ایجاد می‌کنند، این فرایندها شامل فرآیندهای شناختی، انگیزشی، عاطفی و انتخابی می‌باشند. باورهای خودکارآمدی بر الگوهای فکری که ممکن است خود کمک‌کننده یا خود تخریب‌کننده باشند، اثر می‌گذارد. یکی از راه‌های این تأثیرات شناختی تنظیم رفتار به‌وسیله اهداف از پیش انتخاب‌شده و آگاهانه است و تعیین این هدف شخص، تحت نفوذ خودارزیابی‌ها و ظرفیت‌های فردی است. خودکارآمدی بالا به افزایش سطح اهدافی که مردم برای خود برمی‌گزینند و تحکیم تعهدشان به آن اهداف منجر می‌شود (لینگبای و مولر[1]، ۲۰۲۳). باورهای خودکارآمدی موجب استفاده مناسب از راهبردهای شناختی توسط افراد کارآمد می‌شود. همچنین خودکارآمدی بر فرآیندهای انتخابی مؤثر است. باورهای خودکارآمدی بر انتخاب‌های افراد و رشته‌هایی از عمل که دنبال می‌کنند، تأثیر دارد. افراد خود کارآمد موفقیت را تجسم می‌کنند و این تجسم حمایت مثبتی را برای عملکرد آنها فراهم می‌کند (قنسولی و غنی‌زاده، ۲۰۱۱). از طرف دیگر خودکارآمدی با اثر بر فرآیندهای عاطفی در نظم بخشیدن به موقعیت‌های هیجانی نیز مؤثر است. باورهای خودکارآمدی بر نوع و شدت تجارب هیجانی از سه طریق اثر می‌گذارند؛ این باورها از یک طرف با ایجاد تغییر در مسیر توجه بر چگونگی ساخت تجارب هیجانی و همچنین بازنمایی آنها اثر می‌گذارند و از طرف دیگر با مهار الگوهای فکری مزاحم و حمایت از رفتارهای سازگارانه‌ای که باعث تغییر محیط می‌شوند، موجب تعدیل توان بالقوه هیجانی بیمار در برخورد با موقعیت زندگی خویش می‌گردند. بنابراین استنباط پژوهشگران پژوهش حاضر بر این خواهد بود که باورهای خودکارآمدی افراد در مورد شایستگی‌هایشان بر میزان تنیدگی، افسردگی و اضطراب در موقعیت‌های تهدیدآمیز تأثیر می‌گذارد. هنگامی‌که افراد باور دارند می‌توانند تهدیدها یا فشار محیطی را مهار کنند، الگوهای فکری مزاحم و نگران‌کننده را به ذهن خود راه نمی‌دهند و درنتیجه مضطرب نمی‌شوند. در مقابل آن‌هایی که به شایستگی خود برای کنترل تهدیدها باور ندارند، در کنار آمدن با شرایط مشکل پیدا خواهند کرد. آنها محیط را خطرناک می‌بینند و این طرز تفکر به عملکرد آنها آسیب می‌زند و درنتیجه فرایندهای انگیزشی نیز تحت تأثیر خواهند بود. خودکارآمدی به‌عنوان یک متغیر شناختی تأثیر بسزایی در فرایند انگیزشی افراد به جا می‌گذارد. در ادامه می‌توان گفت درمان فراتشخیص دارای تکنیک‌های زیادی است که هیجانات افراد را تعدیل می‌کنند؛ به‌عنوان نمونه می‌توان به بازشناسی هیجان‌ها، آموزش آگاهی هیجانی، یادگیری مشاهده هیجانی، آشنایی با راهبردهای مختل اجتناب از هیجان، آگاهی یافتن از اثرات منفی اجتناب از هیجان، آشنایی و شناسایی رفتارهای ناشی از هیجان و رویارویی با هیجان مبتنی بر موقعیت اشاره کرد (بارلو و همکاران، ۲۰۱۷). بنابراین می‌توان گفت آموزش فراتشخیص با تکیه بر تکنیک‌های تنظیم هیجان موجب می‌شود که زنان مبتلا به میگرن به ارزیابی مجدد هیجانات و مخصوصاً هیجانات

1. Lyngbye & Møller

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-07]

منفی خود بپردازند و این هیجانات را در درون خویش بپذیرند که این امر موجب افزایش راهبرد تنظیم هیجانی مثبت و درنتیجه افزایش خودکارآمدی درد در آنان خواهد شد.

همچنین نتایج پژوهش نشان داد درمان فراتشخیصی بر کاهش نشانگان بالینی زنان مبتلا به میگرن مؤثر است. این یافته با نتایج پژوهش پریس-باکوئرو و اوسما (۲۰۲۳)، کلری و همکاران (۲۰۲۳)، خورشیدی نازلو و همکاران (۱۴۰۲) و اشهاریان و همکاران (۱۳۹۷) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت رویکرد فراتشخیصی با تأکید بر فرآیندهای شناختی و رفتاری بیماران میگرن سعی می‌کند که کنترل اضطرابی بیمار و پاسخ به اضطراب درد را از لحاظ شناختی و هیجانی تحلیل مجدد نموده و به رفع خطاهای شناختی و رفتاری بیمار کمک کند (بارلو، ۲۰۲۱). پروتکل درمان فراتشخیصی با استفاده از راهبردهایی مثل ارزیابی شناختی، خودکنترلی افکار، مواجهه هیجانی ذهنی و واقعی، آگاهی و کنترل احساسات بدنی، پیشگیری و مدیریت پاسخ‌های هیجانی نامطلوب در کاهش نشانگان بالینی نقش قابل‌توجهی دارد زیرا با شناسایی هیجانات تأثیرگذار در اختلال، رفتارهایی که مولد اضطراب و همراه با این هیجانات بودند را تسهیل می‌کند. این آگاهی از هیجانات و ماهیت آنها به بیمار امنیت لازم برای رویارویی با موقعیت‌های استرس‌آور و کنترل احساسات و تنش‌های جسمانی منفی را می‌دهد (پولادی و همکاران، ۱۴۰۱). در این راستا اجتناب، فرونشانی هیجان‌ها و عدم پذیرش آنها از معیارهای مهم اختلال‌های اضطرابی محسوب می‌شوند. اجتناب هم به لحاظ ملاک‌های تشخیصی و هم به‌عنوان یک عامل تداوم‌بخش در شرایط آسیب‌شناختی نقش بسیار مهمی را در اختلالات هیجانی ایفا می‌کند (بارلو، ۲۰۲۱). درمان فراتشخیصی به‌منظور آماج قرار دادن عوامل مشترک بین پریشانی‌های هیجانی طراحی شده است و تأکید عمده آن بر کنترل و پاسخ‌های هیجانی است افراد مبتلا به پریشانی‌های هیجانی ازجمله بیماران، میگرنی، از راهبردهای تنظیم هیجانی ناسازگارانه مانند اجتناب و سرکوبی، پنهان کردن یا نادیده گرفتن هیجانات استفاده می‌کنند. تلاش برای کنترل و سرکوب هیجان موجب افزایش و تداوم احساساتی می‌شود که فرد تلاش می‌کند کاهش دهد. درمان فراتشخیصی به بیماران می‌آموزد که چگونه با هیجانات ناخوشایند خود مواجه شده و به شیوه سازگارانه‌تری به هیجان‌های خود پاسخ دهند؛ یعنی یاد می‌دهد که چگونه بیمار، میگرنی، موقعیت‌های هیجانی را ارزیابی منطقی نموده و از این طریق به تنظیم مؤثر هیجانی خود کمک کنند. این، کار جذب شدن در هیجانات منفی را کاهش و هیجانات مثبت را توسعه می‌دهد (بارلو و همکاران، ۲۰۱۷) و درنتیجه سبب کاهش نشانگان بالینی می‌شود.

بنابراین به‌طورکلی می‌توان گفت درمان فراتشخیصی با افزایش راهبرد تنظیم هیجانی مثبت و بالا بردن خودآگاهی هیجانی - شناختی و شناخت روابط بین هیجان، شناخت و رفتار موجب افزایش خودکارآمدی درد و کاهش نشانگان بالینی در افراد مبتلا به میگرن خواهد شد. لذا توجه به این روش درمانی برای بیماران مبتلا به میگرن از اهمیت خاصی برخوردار است و نتایج این پژوهش می‌تواند زمینه‌ساز مداخلاتی برای کمک به این بیماران شود.

ازجمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به این موارد اشاره کرد: استفاده از نمونه‌گیری هدفمند؛ کوتاه بودن دوره پیگیری و استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارشی؛ انتخاب نمونه از میان بیماران مبتلا به میگرن در یک بیمارستان خاص در شهرکرد؛ و عدم توانایی کنترل بر متغیرهای مداخله‌گری از جمله متغیرهای جمعیت‌شناختی مانند سن، جنس، وضعیت اقتصادی، سطح رفاه اجتماعی و ... که از اعتبار بیرونی پژوهش می‌کاهد و موجب سوگیری ناخواسته در نتایج به‌دست‌آمده می‌شود. پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آینده جهت تعمیم‌پذیری نتایج به انجام پژوهش در بیماران مبتلا به میگرن سایر شهرها و دیگر بیماران مزمن پرداخته شود. پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آینده به مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی با دیگر رویکردهای درمانی پرداخته شود. همچنین پیشنهاد می‌شود در بیمارستان‌ها جلسات درمان فراتشخیصی برای بیماران مبتلا به میگرن برگزار شود و این برنامه و تکنیک‌های مرتبط با آن برای کمک به وضعیت روانی بیماران، به پرستارها و کادر درمان در قالب کارگاه‌های دانش‌افزایی، آموزش داده شود.

منابع

اخوان عبیری، ف.، و شعیری، م. (۱۳۹۸). رواسازی و اعتباریابی سیاهه نشانه‌های بیماری (SCL-90-R) و پرسشنامه کوتاه نشانه‌های بیماری (BSI-53). *روانشناسی بالینی و شخصیت، ۱۷*(۲)، ۱۹۵-۱۶۹. https://cpap.shahed.ac.ir/article_2916.html

اشهاریان، م.، یارمحمدیان، ا.، شریفی، ط.، و غضنفری، ا. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت با درمان فراتشخیصی بر استرس ادراک‌شده بیماران مبتلا به میگرن. *فصلنامه روان‌شناسی تحلیلی شناختی*، ۹(۳۴)، ۳۸-۲۷. https://psy.garmsar.iau.ir/article_664601.html

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-07]

انسان دوست، ط.، ثمری، ع.، بیاضی، م.، و رجایی، ع. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر ادراک درد و خودکارآمدی درد در بیماران مبتلا به درد مزمن عضلانی– اسکلتی. *نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری*، ۸(۱)، ۳۴-۲۵. http://ijrn.ir/article-1-662-fa.html

انوری، ن.، سعیدی، س.، دهقانی دولت آبادی، س.، و مقتدری اصفهانی، ش. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان روانشناسی مثبت‌گرا بر افسردگی و سردردهای میگرنی در افراد مبتلا به میگرن. *فصلنامه تعالی مشاوره و روان‌درمانی*، ۱۱(۴۴)، ۵۵-۴۶. https://journal-counselling.islamshahr.iau.ir/article_699030.html

پولادی، ش.، حسن شاهی، م.، ربیعی، م.، و باقری، ن. (۱۴۰۱). تأثیر درمان یکپارچهٔ فراتشخیصی بر بهبود مشکلات رفتاری درونی‌سازی‌شده، تنظیم هیجان و همدلی کودکان دچار اختلالات اضطرابی. *پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری*، ۱۲(۱)، ۱۶۴-۱۴۱. https://cbs.ui.ac.ir/article_26929.html?lang=fa

ثناگوی محرر، غ.، عرفانی، م.، و اکبری زاده، ا. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان فراشناختی برناگویی هیجانی وکاهش میزان استرس در بیماران مبتلا به میگرن. *مجله دانشکده پزشکی*، ۶۳(۶)، ۲۱۵۲-۲۱۴۴. https://mjms.mums.ac.ir/article_17966.html?lang=fa

حاج وزیری، ا.، سهرابی، ف.، و احدی، ح. (۱۴۰۲). تعیین اثربخشی مداخلهٔ نوروفیدبک بر نشانه‌های استرس و اضطراب بیماران مبتلا به میگرن. *پژوهش‌های کاربردی روانشناختی*، ۱۴(۱)، ۲۵۷-۲۴۳. https://japr.ut.ac.ir/article_92605.html

خرازی نوتاش، ه.، خادمی، ع.، باباپور خیرالدین، ج.، و علیوندی وفا، م. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر خودکارآمدی درد و ترس از پیشرفت بیماری میگرن در پرستاران زن شهر تبریز در سال ۱۳۹۸. *سلامت جامعه*، ۱۳(۲)، ۳۲-۲۳. https://chj.rums.ac.ir/article_95473.html

خورشیدی نازلو، ل.، اعتمادی نیا، م.، چلبیانلو، غ.، خادمی، ع.، و خلیل زاده، ر. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی الگوریتم مراحل تغییر درد و درمان فراتشخیصی بر نشانه‌های همراه بیماری در بیماران سایکوسوماتیک مبتلا به میگرن. *پژوهش‌های نوین روانشناختی*، ۱۸(۶۹)، ۱۴۴۱۳۵. https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_14763.html

رسولزاده طباطبایی، س.، و حقیقت. ف. (۱۳۹۲). ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه خودکارآمدی مربوط به درد در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس. *ماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه*، ۱۷(۱۱، ۷۱۷-۷۰۹. https://brieflands.com/articles/jkums-74309

ستایش، م.، حاتمی، م.، و احدی، ح. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر ادراک خودکارآمدی و رفتارهای خودمراقبتی افراد مبتلا به بیماری عروق کرونری قلب. *مجله دانشکده پزشکی*، ۶۵(۴)، ۱۷۶۶-۱۷۶۱. https://mjms.mums.ac.ir/article_21375.html

شاره، ح.، دلال مقدم، ف.، و حقی، ا. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر معنای زندگی، تحمل پریشانی هیجانی و خودکارآمدی درد در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. *مجله روانشناسی بالینی*، ۱۱(۳)، ۵۰-۳۹. https://jcp.semnan.ac.ir/article_4212.html

عنایتیان، ا.، امیری، م.، و ضرابی مقدم، ز. (۱۳۹۹). بررسی نقش واسطه‌ای نگرش‌های ناکارآمد در رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نشانگان بالینی در بیماران مبتلا به میگرن. *مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت*، ۷(۱)، ۱۴۰-۱۲۶. https://shenakht.muk.ac.ir/article-1-852-fa.html

غیورکاظمی، ف.، شهابی زاده، ف.، صف آرا، م.، و شهید ثالث، س. (۱۴۰۱). اثربخشی طرحواره‌درمانی مبتنی بر توجه‌آگاهی و مداخله فراتشخیصی بر خودکارآمدی و تاب‌آوری سرطان در زنان با سرطان پستان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی*، ۱۴(۳)، ۳۳-۲۴. https://journal.nkums.ac.ir/article-1-2653-fa.html

Barlow, D. H. (2021). *Clinical handbook of psychological disorders*. New York: Guilford Press.

Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B., & Ehrenreich-May, J. (2011). *The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. New York: Oxford University.

Celleri, M., Cremades, C., Etchevers, M., & Garay, C. J. (2023). Effectiveness of the Unified Protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders in online and group format in Argentina: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, *24*, 678. https://doi.org/10.1186/s13063-023-07428-4

Chala, M. B., Donnelly, C., Wondie, Y., Ghahari, S., & Miller, J. (2021). Cross-cultural translation, adaptation, and validation of the Amharic version pain self-efficacy questionnaire in people with low back pain in Ethiopia. *BMC musculoskeletal disorders*, *22*(1), 111. https://doi.org/10.1186/s12891-021-03985-4

Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The brief symptom inventory: an introductory report. *Psychological medicine*, *13*(3), 595-605. https://doi.org/10.1017/S0033291700048017

Ehrenreich-May, J., & Kennedy, S. M. (2021). *Applications of the Unified Protocols for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Children and Adolescents*. New York: Oxford Academic.

Estave, P. M., Margol, C., Beeghly, S., Anderson, R., Shakir, M., Coffield, A., Byrnes, J., O'Connell, N., Seng, E., Gardiner, P., & Wells, R. E. (2023). Mechanisms of mindfulness in patients with migraine: Results of a qualitative study. *Headache*, *63*(3), 390-409. https://doi.org/10.1111/head.14481

Fisher, H. M., Stalls, J., Winger, J. G., Miller, S. N., Plumb Vilardaga, J. C., Majestic, C., Kelleher, S. A., & Somers, T. J. (2023). Role of self-efficacy for pain management and pain catastrophizing in the relationship between pain severity and depressive symptoms in women with breast cancer and pain. *Journal of psychosocial oncology*, *41*(1), 87–103. https://doi.org/10.1080/07347332.2022.2046676

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-07]

Franke, G. H., Jagla-Franke, M., Küch, D., & Petrowski, K. (2021). A New Routine for Analyzing Brief Symptom Inventory Profiles in Chronic Pain Patients to Evaluate Psychological Comorbidity. *Frontiers in psychology*, *12*, 692545. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.692545

Ghonsooly, B., & Ghanizadeh, A. (2011). Self-efficacy and selfregulation and their relationship: a study of Iranian EFL teachers. *The Language Learning Journal*, *41*(1), 68-84. http://dx.doi.org/10.1080/09571736.2011.625096

Goetz, A., McCormick, S., Phillips, R., & Friedman, D. (2022). CE: Diagnosing and Managing Migraine. *The American journal of nursing*, *122*(1), 32-43. https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000805640.82646.ac

Lyngbye, M. C., & Møller, A. K. (2023). Motivational Factors for Empowering People with Diabetes and the Influence of Perceived Self-Efficacy. *Designs for learning*, *15*(1), 1-12. https://doi.org/10.16993/dfl.201

Meise, R., Schwarz, A., & Luedtke, K. (2022). Effectiveness of Patient Education and Cognitive Behavioural Treatment as a Non-Pharmacological Intervention for Migraine in Adults – a Systematic Review. *SN Comprehensive Clinical Medicine*, *4*, 197. https://doi.org/10.1007/s42399-022-01279-x

Nicholas, L. J. (1990). The response of South African professional psychology associations to apartheid. Journal of the History of the Behavioral Sciences, *26*(1), 58-63. https://doi.org/10.1002/1520-6696(199001)26:1<58::aid-jhbs2300260106>3.0.co;2-n

Peck, J., Urits, I., Zeien, J., Hoebee, S., Mousa, M., Alattar, H., Kaye, A. D., & Viswanath, O. (2020). A Comprehensive Review of Over-the-counter Treatment for Chronic Migraine Headaches. *Current pain and headache reports*, *24*(5), 19. https://doi.org/10.1007/s11916-020-00852-0

Pei, J. H., Wang, X. L., Yu, Y., Zhang, Y. B., Gou, L., Nan, R. L., ... & Han, Z. J. (2020). Prevalence of suicidal ideation and suicide attempt in patients with migraine: a system- atic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, *277*, 253-259. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.019

Peris-Baquero, O., & Osma, J. (2023). Unified Protocol for the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Group Format in Spain: Results of a Noninferiority Randomized Controlled Trial at 15 Months after Treatment Onset. *Depression and Anxiety*, *2023*, 1-16. https://doi.org/10.1155/2023/1981377

Polk, A. N., & Smitherman, T. A. (2023). A meta-analytic review of acceptance-based interventions for migraine. *Headache*, *63*(9), 1271-1284. https://doi.org/10.1111/head.14614

Recober, A. (2021). Pathophysiology of Migraine. *Continuum (Minneapolis, Minn.)*, *27*(3), 586–596. https://doi.org/10.1212/CON.0000000000000983

Salehi, N., Afrashteh, M.Y., Majzoobi, M. R., Arash Ziapour, Janjani, P., & Karami, S. (2023). Does coping with pain help the elderly with cardiovascular disease? The association of sense of coherence, spiritual well-being and self-compassion with quality of life through the mediating role of pain self-efficacy. *BMC Geriatr*, *23*, 393. https://doi.org/10.1186/s12877-023-04083-x

Varela, A. J., & Van Asselt, K. W. (2022). The relationship between psychosocial factors and reported disability: the role of pain self-efficacy. *BMC musculoskeletal disorders*, *23*(1), 21. https://doi.org/10.1186/s12891-021-04955-6

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-07]