فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۸، شماره ۴، تابستان ۱۳۹۷



مدل پیش‌بینی ارتقاء کیفیت زندگی بر اساس ابراز هیجان و هوش معنوی با واسطه‌گری پذیرش درد در زنان مبتلا به بیماری فیبرومیالژی

شهرزاد حاجی محمد کاظمی[۱]، غلامرضا منشئی*[۲]، امیر قمرانی[۳]

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان(خوراسگان)، اصفهان، ایران
۲. دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران
۳. دکترای روانشناسی، استاد یار دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۱۱/۲۸ **تاریخ بازبینی: ۱۳۹۷/۳/۱۷** **تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۳/۲۱**

چکیده

زمینـه و هـدف: هـدف پژوهـش حاضـر، پیش‌بینـی ارتقـاء کیفیـت زندگـی در زنـان مبتـلا بـه بیمـاری فیبرومیالژیـا بـر اسـاس ابـراز هیجـان و هـوش معنـوی بـا واسـطه‌گری پذیـرش درد بـه صـورت یـک مـدل بـود.

مـواد و روش‌هـا: پژوهـش حاضـر توصیفـی از نـوع همبسـتگی اسـت. از روش نمونه‌گیـری در دسـترس، بـرای انتخـاب ۳۰۰ بیمـار زن مبتـلا بـه فیبرومیالژیـا، از جامعـه آمـاری پژوهـش شـامل زنـان مبتـلا بـه بیمـاری فیبرومیالژیـا مراجعـه کننـده بـه مطب‌هـای خصوصی شـهر شـیراز اسـتفاده شـد. ابزارهـای پژوهـش شـامل پرسشـنامه کیفیـت زندگـی، پرسشـنامه پذیـرش AMOS درد مزمـن، پرسشـنامه ابرازگـری هیجان و مقیـاس هوش معنـوی کینـگ بودنـد. داده‌هـا بـا کمـک نـرم افـزار و بـا روش مدل‌یابـی معـادلات سـاختاری تحلیـل شـد.

یافته‌هـا: نتایـج تاثیـر متغیـر ابـراز هیجـان بـر پذیـرش درد، ابـراز هیجـان بـر ارتقـاء کیفیـت زندگـی، هـوش معنـوی بـر ارتقـاء کیفیـت زندگـی و پذیـرش درد بـر ارتقـاء کیفیـت زندگـی را مـورد تاییـد قـرار داد. امـا تاثیـر متغیـر هـوش معنـوی بـر پذیـرش مـورد تاییـد قـرار نگرفـت.

نتیجـه گیـری: ابـراز هیجـان، هـوش معنـوی و پذیـرش درد بـر ارتقـاء کیفیـت زندگـی زنـان مبتـلا بـه فیبرومیالژیـا نقـش دارد و لـزوم توجـه بـه درمان‌هایـی بـر اسـاس ایـن متغیرحائـز اهمیـت اسـت.

واژه‌های کلیدی: کیفیت زندگی، ابراز هیجان، هوش معنوی، پذیرش درد، فیبرومیالژیا

مقدمه

بسـیاری از بیمـاران مبتـلا بـه درد مزمـن در انجـام فعالیت‌هـای معمـول خـود درجـات مختلفـی از ناتوانـی را تجربـه می‌کننـد. اگـر چـه علـل احتمـال تفـاوت در شـدت ناتوانـی همـراه بـا دردمزمـن مـورد وارسـی‌های علمـی قـرار گرفتـه اسـت، هنـوز شناسـایی عوامـل تبیین‌کننـده ایـن تفاوت‌هـا نیازمنـد بررسـی‌های بیشـتری اسـت[(۱)]. فیبرومیالژیـا بـه عنـوان یـک سـندرم مزمـن، دردنـاک و غیـر التهابـی شـناخته شـده اسـت کـه روی سیسـتم عضلانـی- اسـکلتی اثـر

نویسنده مسئول: دکتر غلامرضا منشئی، دانشیار دانشگاه آزاد خوراسگان، دانشگاه آزاد خوراسگان، بخش روانشناسی
پست الکترونیک: smanshaee@yahoo.com

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-28]

می‌گذارد[۲]. فیبرومیالژیا شرایطی با درد مزمن و منتشر و همراه با چندین نشانه شامل خستگی، اختلال خواب، بد عملکردی شناختی و اختلالات خلق و خو می‌باشد[۳]. شدت درد و سختی در صبح بیشتر است و عواملی مثل آب و هوای سرد و مرطوب، خستگی فکری و فیزیکی، فعالیت زیاد، فعالیت فیزیکی خیلی کم، استرس و اضطراب سبب تشدید درد می‌شوند[۴-۵]. شیوع سندرم فیبرومیالژیا در زنان ده برابر مردان است. فیبرومیالژیا به عنوان دومین بیماری شایع روماتولوژی در نظر گرفته می‌شود[۶]. شیوع این بیماری در ایالات متحده در سال ۲۰۱۱ نیز حدوداً ۴ درصد برآورد شده است[۷]. شیوع فیبرومیالژی در شهر تهران در زنان ۵/۹۸ درصد و در مردان ۰/۷۸ درصد گزارش شده است[۸].

بیماران مبتلا به فیبرومیالژی براساس معیارهای طبقه‌بندی کالج روماتولوژی آمریکا جهت تشخیص فیبرومیالژی، درد در بیشتر اوقات شبانه روز و طی حداقل ۳ماه باید وجود داشته باشد. درد از نظر بالینی از طریق معاینهٔ نقاط حساس به لمس مشخص می‌شود. دردناک بودن ۱۱ نقطه از ۱۸ نقطهٔ خاص که با معاینه پزشک مشخص می‌شود، برای تشخیص لازم است. بیماران، درد ماهیچه‌ها و بافت‌ها را به صورت‌های مختلفی از قبیل درد مبهم، درد ضربان‌دار، دردی مانند درد زخم، گزگز، بی حسی، سوزش و سوزن سوزن شدن شرح می‌دهند[۹]. درد مزمن یکی از مهمترین علائم بیماری فیبرومیالژی است که روی زندگی فردی، خانوادگی و شغلی این بیماران تاثیر جدی دارد. وجود علائم افسردگی و دیگر مشکلات روان شناختی نیز با افزایش شدت درد و کاهش کیفیت زندگی در این بیماران همراه است[۱۰].

سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۰ مفهوم کیفیت زندگی را به این صورت تعریف کرده است؛ کیفیت زندگی، درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی‌ای که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و الویت‌هایشان است. پس موضوعی کاملاً ذهنی بوده و توسط دیگران قابل مشاهده نیست و بر درک افراد از جنبه‌های مختلف زندگی استوار است[۱۱]. زمانی که فردی در زندگی راضی و خوشحال است و ازبیمار بودن خود احساس نارضایتی ندارد، انرژی بیشتری برای مراقبت از خود داشته و زمانی که فرد، خود مراقبتی خوبی داشته باشد، روز به روز احساس بهتری خواهد داشت و سالم تر باقی خواهد ماند. از این رو، کیفیت زندگی بهتری نیز خواهد داشت واین چرخه مثبت خود تقویت‌کننده، همچنان ادامه می‌یابد[۱۲]. درد و ناتوانی فیزیکی ناشی از فیبرومیالژی باعث اختلال درفعالیت‌های شخصی و تفریحی و نیز اختلال در کارکرد شغلی افراد می‌شود و این اختلال سبب افت کیفیت زندگی این افراد می‌شود[۱۳]. در مطالعه‌ای که در ترکیه در سال ۲۰۰۷ صورت گرفت، مشاهده شد که کیفیت زندگی در بیماری فیبرومیالژی با توجه به سن پایین بیماران نسبت به بیماری‌های دیگر از قبیل استئوآرتریت و استئوپوروزیس بدتر بود در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۸ انجام شد، کیفیت زندگی در بیماران آرتریت رومانوئید و فیبرومیالژی مقایسه شد و مشاهده شد که از نظر سلامت روحی، در بیماران فیبرومیالژی اختلال بیشتری نسبت به آرتریت روماتوئید وجود دارد و در دو بیماری به یک نسبت کیفیت زندگی کاهش دارد[۱۴]. در سالهای اخیر، تلاش در جهت شناسایی مکانیزم‌های سازگارانه‌ای بوده تا افراد مبتلا به درد مزمن بتوانند از طریق آنها سلامت روانشناختی و توانایی کارکردی خود را حفظ کنند[۱۵]. یکی از این عوامل مثبت، پذیرش است. پذیرش یک مؤلفه روانشناختی انعطاف‌پذیری است که به عنوان تمایل آگاهانه در تماس مستقیم با تجربه ماندن، توصیف می‌شود[۱۶]. در همین زمینه، مطالعات متعددی از نقش پذیرش درد در کارکرد روزانه افراد مبتلا به دردهای مزمن، حمایت می‌کنند. به صورتیکه، پذیرش درد با تجربه درد، مشکلات روان شناختی و ناتوانایی‌های جسمانی کمتر و بهزیستی روان شناختی بیشتر ارتباط دارد[۱۷] در پژوهشی که توسط السون و همکاران[۱۸] با هدف بررسی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مبتلایان

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-28]

به فیبرومیالژیا انجام گرفت، نتایج پیشرفت معنی‌دار در ناتوانی به درد و بهبود کیفیت زندگی در بیماران تحت درمان را نسبت به گروه کنترل نشان داد. در پژوهشی که توسط کول و همکاران[۱۹] با هدف یک مطالعه آزمایشی برای دستیابی به جواب این سوال که، آیا بیماران فیبرومیالژیا از بازسازی شناختی و پذیرش نفع می‌برند؟، این نتایج استخراج شده است که هر دو روش بازسازی شناختی و آموزش پذیرش، آستانه تحمل درد را در این بیماران افزایش می‌دهد. بنابراین زمانی که بیماران درد نداشته باشند باعث افزایش عملکرد و نیز بهبود کیفیت زندگی آنها می‌شود.

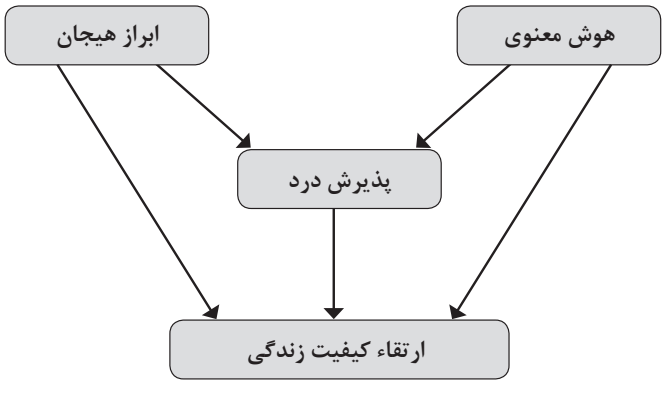
فرایندهای کنترل و ابراز هیجان نقش اساسی در سلامت روانشناختی افراد ایفا می‌کنند و یکی از عوامل زمینه ساز آسیب شناسی روانی و بیماری‌های جسمانی مطرح می‌باشند[۲۰]. به اعتقاد ادلین و همکاران (۲۰۰۰) سلامت روان شامل چند بعد است که یکی از آنها سلامت هیجانی است. سلامت هیجانی به درک هیجان‌ها و مقابله با مسایلی که از زندگی روزمره نشأت گرفته، نیاز دارد. یک فرد دارای سلامت هیجانی قادر است احساسات خود را تشخیص دهد و به سبک مناسب آنها را ابراز نماید، برای روبرو شدن با نیازهای هیجانی اش تلاش کند و مسئول رفتارش باشد. افراد توانمند از نظر هیجانی در رویارویی با هر آنچه آزار دهنده است، احساس‌های خود را تشخیص می‌دهند، مفاهیم ضمنی آن را درک می‌کنند و به گونه مؤثرتری حالت‌های هیجانی خود را برای دیگران بیان می‌کنند. این افراد در مقایسه با افرادی که مهارت و توانایی ابراز مناسب هیجان‌های خود را ندارند، در کنارآمدن با تجربه‌های منفی از موفقیت بیشتری برخوردارند و سازگاری مناسب تری را در ارتباط با محیط و دیگران نشان می‌دهند[۲۱]. برای نحوه ابراز هیجان سه سبک معرفی شده است. سبک ابرازگری هیجانی که به نمایش بیرونی هیجان بدون توجه به ارزش (مثبت یا منفی) یا روش (چهره‌ای، کلامی و حالت بدنی) گفته می‌شود. سبک کنترل هیجانی که گرایش به بازداری در ابراز پاسخ‌های هیجانی است. معمولاً برای این سبک چهار ساختار مستقل به شکل‌های بازداری هیجانی (یا تمایل به بازداری و سرکوب هیجان تجربه شده)، نشخوار (یا تکرار ذهنی رویدادهای هیجانی ناراحت‌کننده)، کنترل پرخاشگری و کنترل خوش خیم (کنترل تکانه‌های آشفته‌کننده در طی انجام کار) عنوان می‌شود[۲۲]. دوسوگرایی در ابرازگری هیجانی دارای طیف وسیعی است که از تمایل به ابراز ولی ناتوانی در ابراز، ابراز کردن بدون تمایل واقعی تا ابرازهیجان و بعد پشیمان شدن را شامل می‌شود[۲۳]. سرکوب هیجانات و عدم ابراز آنها، باعث افزایش برانگیختگی فیزیولوژیکی و ایجاد علایم جسمانی مانند درد مداوم، ضعف و علایم غیرقابل توجه پزشکی در افراد مبتلا به فیبرومیالژی می‌شود. نتایج مطالعات نشان می‌دهد هیجانات منفی در صورتی منجر به افزایش درد در افراد می‌گردند که فرد نتواند آنها را ابراز نماید. هیجانات منفی شد ید در صورت ابراز، نمی‌توانند مشکل آفرین باشند و منجر به ایجاد درد نمی‌گردند. بلکه عدم ابراز آنها منجر به بازداری تنظیم هیجان، افزایش عواطف منفی، برانگیختگی مزمن سمپاتیک و آسیب به سیستم دفاعی شده و در نتیجهٔ آن درد افزایش می‌یابد[۲۵-۲۴]. در پژوهشی که توسط میدندورپ و همکاران[۲۶] با هدف بررسی هیجانات و راهبردهای هیجانی در زنان مبتلا به فیبرومیالژیا انجام گرفت، نتایج نشان داد که راهبردهای اجتناب هیجانی در بیماران بطور زیادی با پریشانی عاطفی و بطور متوسطی با با درد و خستگی مربوط بودند در صورتی که تجربه شدید هیجانات به درد بیشتری در بیمارانی که ناتوانی کمی در توصیف هیجانات داشتند، مربوط می‌شد. بنابراین مداخله‌هایی برای کاهش اجتناب هیجانی و بالا بردن آگاهی هیجانی و بیان هیجان ارزشمند خواهد بود.

هوش معنوی از روابط فیزیکی و شناختی فرد با محیط پیرامون خود فراتر رفته و وارد حیطه شهودی و متعالی دیدگاه فرد به زندگی می‌گردد. همین مسئله پاسخ به

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-28]

سؤالاتی همچون «من کیستم؟»، «چرا اینجا هستم؟» «و چه چیزی مهم است؟» را برای انسان روشن می‌سازد تا فرد در نهایت بتواند با کشف منابع پنهان عشق و لذت که به گونه‌ای نهفته در زندگی آشفته و پراسترس روزمره است، به خود و دیگران کمک نماید. افرادی که هوش معنوی بالایی دارند، ابعاد زندگی را بر اساس قوانین طبیعی و معنوی بنا می‌کنند که همین باعث کیفیت زندگی مطلوب و موفقیت در زندگی می‌گردد[۲۷]. گودمن و همکاران[۲۸] هوش معنوی را توانایی تجربه شده‌ای می‌دانند که به افراد امکان دستیابی به دانش و فهم بیشتر را می‌دهد و زمینه را برای رسیدن به تکامل و ترقی در زندگی فراهم می‌سازد. بیماران مبتلا به درد مزمن در مواجهه با بیماری خود، نیازهای متفاوتی را تجربه می‌کنند که از مهمترین آنها نیازهای معنوی است؛ این بیماران بر جنبه‌های معنوی خود تکیه کرده و مقابله معنوی، نیرومندترین راهبردی است که آنها برای سازگاری با بیماری، از آن استفاده می‌کنند[۲۹].

ارتباط میان معنویت و کیفیت زندگی در بیماران مزمن نشان می‌دهد ایمان به خدا و حس هدفمندی در زندگی، با کیفیت زندگی این گروه از بیماران ارتباط دارد[۳۰]. در پژوهشی که توسط بیچری و همکاران[۳۱] با هدف تأثیر معنویت بر راهبردهای مقابله‌ای و کیفیت زندگی زنان مبتلا به فیبرومیالژیا انجام گرفت. نتایج نشان داد که سطح بالایی از معنویت باعث بوجود آمدن کاربرد راهبردهای مقابله‌ای مساله مدار و رضایت از زندگی می‌شود. در این پژوهش، نشان داده شد که سطوح بالایی از معنویت باعث کاهش تأثیرات منفی علایم بیماری بر کیفیت زندگی می‌شود. از آنجایی که کیفیت زندگی مفهوم وسیعی است که همه ابعاد زندگی را در بر می‌گیرد واز نظر اغلب دانشمندان مفهوم کیفیت زندگی دارای ابعاد فیزیکی، روانی، اجتماعی، روحی و علائم مربوط به بیماری یا تغییرات مربوط به درمان می‌باشد و با ارتقاء هر کدام از این ابعاد می‌توان باعث بهبود کیفیت زندگی این بیماران شد و با توجه به مبانی نظری و پژوهش‌های پیشین درباره روابط میان این متغیرها و لزوم کمک به ارتقاء کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا از راه تبیین صحیح این روابط و ناکافی و مبهم بودن بررسی‌های انجام شده، پژوهش حاضر درصدد تدوین و بررسی یک مدل پیشنهادی بوده که به وسیله آن بتوان با ابراز هیجان و هوش معنوی و پذیرش درد، کیفیت زندگی را پیش‌بینی کرد.



شکل۱-۱: مدل پیشنهادی نقش پذیرش درد، ابراز هیجان و هوش معنوی در ارتقاءکیفیت زندگی زنان مبتلا به فیبرومیالژیا

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-28]

روش مطالعه

پژوهش حاضر جزء طرح‌های توصیفی از نوع همبستگی است. متغیر مستقل، هوش معنوی و ابراز هیجان؛ متغیر میانجی، پذیرش درد و متغیر وابسته شامل ارتقاء کیفیت زندگی است. جامعه آماری پژوهش، در برگیرنده کلیه زنان مبتلا به بیماری فیبرومیالژیا مراجعه‌کننده به مطب‌های خصوصی متخصصان روماتولوژی شهر شیراز که واجد ملاک شمول این مطالعه بودند، می‌باشند. با توجه به عدم امکان انتخاب با روش‌های نمونه‌گیری تصادفی، از روش نمونه‌گیری در دسترس، برای انتخاب ۳۰۰ بیمار زن مبتلا به فیبرومیالژیا مراجعه‌کننده به مطب‌های خصوصی متخصصان روماتولوژی شهر شیراز پس از تشخیص پزشک متخصص روماتولوژی و پس از احراز شرایط ورود به پژوهش طی بهمن ۱۳۹۵ تا شهریور ۱۳۹۶، استفاده شد. در این پژوهش اطلاع دقیقی از جامعه آماری وجود نداشت، ولی براساس تعیین حجم نمونه در روش شناسی مدلیابی معادلات ساختاری، تعیین حجم نمونه می‌تواند بین ۵ تا ۱۵ مشاهده به ازای هر متغیر پیش بین، تعیین شود[۳۲].

$$5Q < n < 15Q$$

تعداد گویه‌ها (سوالات) پرسشنامه است. حداقل حجم نمونه در این پژوهش با وجود ۶۰ گویه (سوال)، Q حجم نمونه و n ۳۰۰ نفر در نظر گرفته شد. شیوه اجرای پژوهش به این صورت بود که که بعد از صحبت کردن با بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا در صورت رضایت آنها برای پاسخ دادن به پرسشنامه‌ها و ارائه توضیحات کلی در خصوص پژوهش و لزوم صادقانه پاسخ دادن آزمودنی‌ها و اطمینان بخشی به آزمودنی‌ها جهت محرمانه ماندن اطلاعات، پرسشنامه‌ها در اختیار آزمودنی‌ها قرار گرفت. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بودند از: تشخیص ابتلای فرد به فیبرومیالژیا توسط پزشک متخصص، داشتن حداقل سواد راهنمایی و داشتن سن بالای ۱۶ سال و زیر ۶۰ سال. معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از: ابتلاء به اختلال حاد روانپزشکی به تشخیص روانپزشک نظیر اختلال شخصیت دوقطبی، اختلال وسواسی- جبری، اسکیزوفرن به واسطه مصاحبه بالینی. هدف اصلی پژوهش این بود که مطالعه شود آیا هوش معنوی و ابراز هیجان به واسطه‌گری پذیرش درد می‌توانند ارتقاء کیفیت زندگی زنان مبتلا به فیبرومیالژیا را پیش‌بینی کنند در این راستا داده‌ها با کمک نرم افزار روش مدل یابی معادلات ساختاری تحلیل شد.

AMOSافزار

ابزار سنجش

برای سنجش کیفیت زندگی از فرم کوتاه شده پرسشنامه کیفیت زندگی که توسط ویر و شربورن[۳۳] ساخته شد، استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۳۶ عبارت است و ۸ قلمرو عملکرد جسمی، عملکرد اجتماعی، ایفای نقش جسمی، ایفای نقش هیجانی، سلامت روانی، سر زندگی، درد بدنی و سلامت عمومی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. گذشته از این دو سنجش کلی را نیز از کارکرد فراهم می‌آورد؛ نمره کلی مؤلفه فیزیکی که آن نیز بعد فیزیکی سلامت را مورد سنجش قرار می‌دهد و نمره کلی مؤلفه روانی که این هم بعد روانی اجتماعی سلامت را ارزشیابی می‌نماید. نمره آزمودنی در هر یک از این قلمروها بین ۰ تا ۱۰۰ متغیر است و با جمع نمرات سؤالات مخصوص در هر بعد و تقسیم عدد بدست آمده بر تعداد سؤالات همان بعد، نمره آن بعد بدست می‌آید که نمره بالاتر به منزله کیفیت زندگی بهتر است.

اعتبار و پایایی این پرسشنامه در جمعیت ایرانی مورد تایید قرار گرفته است و ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه در تمامی هشت مقیاس بیشتر از مقدار توصیه شده۰/۷ به دست آوردند[۳۴].

ضرایب همسانی درونی خرده مقیاس‌های ۸گانه آن بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۵و ضرایب بازآزمایی آنها با فاصله زمانی یک هفته بین۰/۴۳ تا۰/۷۹ گزارش شده است.

همچنین این پرسشنامه می‌تواند در تمام شاخص‌ها،

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-28]

افـراد سـالم را از افـراد بیمـار تفکیـک نمایـد[۳۵]. در ایـن پرسشـنامه ابعـاد هشـت‌گانه کیفیـت زندگـی بـر اسـاس مقیـاس لیکـرت سـنجیده می‌شـود[۳۶] .

بـرای سـنجش پذیـرش درد از پرسشـنامه پذیـرش درد مزمـن اسـتفاده شـد. ایـن پرسشـنامه در سـال ۲۰۰۴ توسـط مک‌کراکـن و همـکاران[۳۷] تهیـه شـد. ایـن پرسشـنامه از ۲۰ مـورد تشـکیل شـده اسـت.

نسـخه فارسـی ایـن ابـزار هماننـد نسـخه اصلـی آن، پذیـرش درد مزمـن را در قالـب دو خـرده مقیـاس تعهـد بـه فعالیـت (۱۱عبـارت) و رضایـت از درد (۹ عبـارت) ارزیابـی کـرد. پاسـخ‌دهنده بایـد پاسـخ خـود را در مقیـاس لیکـرت هفـت درجـه‌ای روبـروی هـر عبـارت علامـت بزنـد.

نحـوه محاسـبه نمـره کل پذیـرش بدیـن صـورت اسـت کـه ابتـدا عبـارات مقیـاس تعهـد بـه فعالیـت بـر اسـاس مقیـاس لیکـرت هفـت درجـه‌ای، از صفـر (اصـلاً) تـا ۶ (همیشـه) نمره‌گـذاری شـده اسـت و سـپس نمـرات حاصـل از دو خـرده مقیـاس بـا هـم جمـع می‌شـوند.

در ایـن مقیـاس، نمـره بیـن صفـر تـا ۱۲۰ متغیـر اسـت و نمـرات بالاتـر نشـان‌دهنده پذیـرش بیشـتر درد خواهـد بـود. در بررسـی ویژگی‌هـای روان سـنجی نسـخه فارسـی، ضریـب آلفـای کرونبـاخ ۰/۸۹ و ضریـب بازآزمایـی ۰/۷۱ گـزارش شـد. اعتبـار همگـرا در بررسـی همبسـتگی بـا خودکارامـدی درد و اعتبـار واگـرا از طریـق محاسـبه همبسـتگی بـا ناتوانـی جسـمی، افسـردگی، اضطـراب، شـدت درد و فاجعـه آفرینـی مـورد تأییـد قـرار گرفـت[۳۸].

یـرای سـنجش ابـراز هیجـان از پرسشـنامه ابـراز گـری هیجانی کـه توسـط کینـگ و امونـز (۱۹۹۰) بـه منظـور بررسـی اهمیت نقـش ابـراز هیجـان در سـلامت، ایـن پرسشـنامه را طراحـی کرده‌انـد، اسـتفاده شـد. پرسشـنامه ابرازگـری هیجانـی سـه زیرمقیـاس و ۱۶ مـاده دارد.

سـه زیرمقیـاس آن عبارتنـد از: ابـراز هیجـان مثبـت (۷ مـاده)، ابـراز صمیمیـت (۵ مـاده) و ابـراز هیجـان منفـی (۴ مـاده). روش نمره‌گـذاری آن بـه شـیوه لیکـرت اسـت کـه بـه پاسـخ «کامـلا موافـق» نمـره ۵ و بـه پاسـخ «کامـلا مخالـف» نمـره ۱ تعلـق می‌گیـرد.

نمـره بالاتـر بیانگـر ابرازگـری هیجانـی بالاتـر اسـت[۳۹]. اعتبـار ایـن پرسشـنامه بـا اسـتفاده از روش همسـانی درونـی و محاسـبه ضریـب آلفـای کرونبـاخ بررسـی شـده و مقـدار آن بـرای کل مقیـاس و زیرمقیاس‌هـای ابـراز هیجـان مثبـت، ابـراز صمیمیـت و ابـراز هیجـان منفـی بـه ترتیـب ۰/۶۸، ۰/۶۵، ۰/۵۹ و ۰/۶۸ بـه دسـت آمـده اسـت.

پایایـی آن نیـز بـا اسـتفاده از روش بازآزمایـی بـه ترتیـب ۰/۷۹، ۰/۸۱، ۰/۷۸ و ۰/۸۰ محاسـبه شـده اسـت[۴۰].

بـرای سـنجش هـوش معنـوی از پرسشـنامه هـوش معنـوی کـه توسـط کینـگ در سـال ۲۰۰۸ تدویـن شـده اسـت، اسـتفاده شـد.

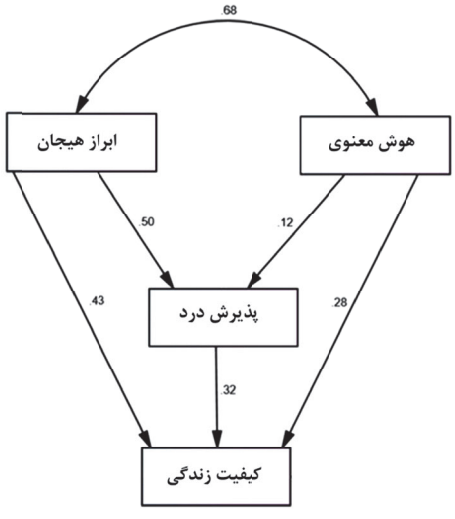
ایـن مقیـاس یـک ابـزار اندازه‌گیـری مربـوط بـه سـنجش هـوش معنـوی بـا چهـار زیـر مقیـاس (تفکـر انتقـادی وجـودی، تولیـد معنـای شـخصی، بسـط حالـت هوشـیاری و آگاهـی متعالـی) و دارای ۲۴ گویـه اسـت.

مقیـاس براسـاس طیـف ۵ گزینـه‌ای لیکـرت بـا گزینه‌هـای «درمـورد مـن بسـیار صـادق اسـت» «چنـدان در مـورد مـن صـادق نیسـت» «کامـلاً درمـورد مـن صـادق اسـت» «حدودی در مـورد مـن صـادق» تنظیـم شـده اسـت.

نمـره کلـی مقیـاس، یعنـی نمـره هـوش معنـوی می‌توانـد بیـن صفـر تـا ۹۶ باشـد. نمـره بالا نشـان دهنـده میـزان بالای هـوش معنـوی در افـراد اسـت. کینـگ بـه منظـور سـنجش پایایـی، ایـن مقیـاس را بـا پرسشـنامه‌های معتبـر دیگـری ماننـد مقیـاس خـود تفسـیری فراشـخصی، مقیـاس عرفـان، مقیـاس دینـداری درونـی و بیرونـی مـورد مقایسـه قـرار داد. ضریـب همبسـتگی آنهـا را بـه ترتیـب۰/۶۷، ۰/۶۳، ۰/۵۸ بـه دسـت آمـد[۴۱]. پایایـی ایـن مقیـاس نیـز در مطالعـات کینـگ بـا ضریـب آلفـای ۰,۹۵ تاییـد شـد. در ایـران، در مطالعـه رقیـب و همـکاران[۴۲] ضریـب آلفـای کرونبـاخ پرسـش‌نامه ۰,۸۹ همچنیـن ضریـب پایایـی پرسشـنامه هـوش معنـوی از طریـق بازآزمایـی، در یـک نمونـه ۷۰ نفـری بـه فاصلـه زمانـی متوسـط ۲ هفتـه ۰,۶۷ محاسـبه شـد.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-28]

یافته‌ها



شکل(۱-۲): مدلسازی معادلات ساختاری برای مدل پژوهش- ضرائب رگرسیون استاندارد

شاخص‌های برازندگی مدل پژوهش

ماتریس کوواریانس ورودی شامل ۴ متغیر مشاهده شده می‌باشد. پس از آزمون مدل به وسیله نرم‌افزار AMOS، شاخص برازش کای اسکور (CMIN) محاسبه شده در جدول (۱-۱) نشان داده شده است. نتایج بدست آمده نشان می‌دهند که اکثر شاخص‌های برازش مدل پژوهش از جمله NFI, RFI, IFI, TLI و CFI از برازش مناسب مدل حکایت دارند. این شاخص‌ها در جدول (۱-۲) نشان داده شده‌اند و همگی در سطح خوب و نزدیک و یا بالاتر از ۰/۹ قرار دارند، همچنین مقدار مطلوب شاخص RMSEA کمتر از ۰/۰۸ بوده که نشان از برازش مناسب مدل با داده‌های پژوهش دارد.

جدول ۱-۱: شاخص کای اسکور مدل پژوهش

NPAR	کای دو/ درجه آزادی	سطح معناداری
۴	۱/۹۵۵	۰/۰۰۰

جدول ۱ -۲: شاخص‌های برازش مدل پژوهش

شاخص	NFI	RFI	IFI	TLI	CFI	RMSEA
مقدار قابل قبول	بالاتر از ۰/۹	بالاتر از ۰/۹	بالاتر از ۰/۹	بالاتر از ۰/۹	بالاتر از ۰/۹	کمتر از ۰/۰۸
مدل پژوهش	۱	۱	۱	۰/۹۶۰	۱	۰/۰۳۸

برآورد وزن‌های رگرسیونی استاندارد مدل معادلات ساختاری

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-28]

جدول (۱-۳) برآورد ضرایب رگرسیونی استاندارد را نشان می‌دهد که همان بار عاملی‌هایی هستند که بر روی مدل با ضرائب استاندارد نیز نوشته شده‌اند. ضرائب استاندارد بیان می‌کند که به طور مثال یک واحد انحراف استاندارد تغییر در متغیر ابراز هیجان باعث ۰/۴۹۹ انحراف معیار تغییر در متغیر پذیرش می‌گردد.

جدول ۱-۳: برآورد ضرایب رگرسیونی استاندارد مدل پژوهش

تاثیر مستقیم متغیر مستقل بر متغیر وابسته			ضریب اثر	خطای انحراف استاندارد	T-Value (نسبت بحرانی)	معناداری	نتیجه
هوش معنوی	<---	پذیرش	۰،۱۲	۰،۰۴۶	۱،۹۰۲	۰/۰۵۷	غیرمعنادار
هوش معنوی	<---	ارتقاء کیفیت زندگی	۰،۲۸	۰،۰۲۰	۳،۸۲۰	***	معنادار
ابراز هیجان	<---	پذیرش	۰،۵۰	۰،۱۳۳	۷،۸۴۷	***	معنادار
ابراز هیجان	<---	ارتقاء کیفیت زندگی	۰،۴۳	۰،۰۶۴	۵/۳۳۲	***	معنادار
پذیرش	<---	ارتقاء کیفیت زندگی	۰،۳۲	۰،۰۲۵	۴،۷۲۷	***	معنادار
*** بیانگر اینست که مقدار P از ۰/۰۰۱ کمتر است							

*** بیانگر اینست که مقدار P از ۰/۰۰۱ کمتر است

ضرایب رگرسیونی آورده شده در جدول (۱ -۳) نشان‌دهنده موثر بودن یا نبودن هر مولفه است. در ستون اول مقدار ضریب، سپس خطای انحراف استاندارد، آماره T و در نهایت سطح معناداری گزارش شده است. همانطور که در جدول مشاهده می‌شود با توجه به اینکه مقدار قدر مطلق آماره t-value (یا نسبت بحرانی، C.R) تاثیر متغیر اخلاق حرفه‌ای بر مسئولیت اجتماعی بیشتر از ۱/۹۶ است، بنابراین این ضریب اثر در سطح اطمینان ۹۵٪ معنادار بوده (معناداری کمتر از ۰/۰۵) و تاثیر متغیر ابراز هیجان بر پذیرش، ابراز هیجان بر ارتقاء کیفیت زندگی، هوش معنوی بر ارتقاء کیفیت زندگی و پذیرش بر ارتقاء کیفیت زندگی مورد تایید قرار می‌گیرد. اما مقدار قدر مطلق آماره t-value (یا نسبت بحرانی، C.R) تاثیر متغیر هوش معنوی بر پذیرش کمتر از ۱/۹۶ است، بنابراین این ضریب اثر در سطح اطمینان ۹۵٪ معنادار نبوده (معناداری بزرگتر از ۰/۰۵) و تاثیر متغیر هوش معنوی بر پذیرش مورد تایید قرار نمی‌گیرد.

بحث

پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی ارتقاء کیفیت زندگی بر اساس ابراز هیجان و هوش معنوی با واسطه‌گری پذیرش درد در زنان مبتلا به بیماری فیبرومیالژیا به صورت یک مدل انجام گردید.

تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش، مدل تایید شده، نشانگر تاثیر مستقیم هوش معنوی، ابراز هیجان و پذیرش درد بر کیفیت زندگی و تاثیر ابراز هیجان به واسطه پذیرش درد بر کیفیت زندگی است اما تاثیر متغیر هوش معنوی بر پذیرش مورد تایید قرار نمی‌گیرد. نتایج این پژوهش تأثیر هوش معنوی بر کیفیت زندگی را نشان داد.

در پژوهشی که توسط بیچری و همکاران[۳۱] با هدف

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-28]

تأثیر معنویت بر راهبردهای مقابله‌ای و کیفیت زندگی زنان مبتلا به فیبرومیالژیا انجام گرفت. نتایج نشان داد که سطح بالایی از معنویت باعث بوجود آمدن کاربرد راهبردهای مقابله‌ای مساله مدار و رضایت از زندگی می‌شود. باورها و اعمال مذهبی تأثیر مثبتی در پیش‌گیری و بهبود بیماری‌های جسمی و روانی و افزایش کیفیت و رضامندی از زندگی دارد.

از سوی دیگر، داشتن امید، سلامت جسمی و روانی را پیش‌بینی می‌کند. افراد امیدوار سالم‌تر و شادترند، دستگاه‌های ایمنی آنها بهتر کار می‌کنند و با راهبردهای کنارآمدن با فشارهای روانی بهتر کنار می‌آیند و در نهایت، از رضایت‌مندی بیشتری از زندگی برخوردارند. در این پژوهش نیز تاثیر هوش معنوی بر ارتقاء کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا نشان داده شد. نتایج دیگر پژوهش نشان دهنده تاثیر ابراز هیجان بر کیفیت زندگی است.

در پژوهشی که توسط تلا و همکاران[۴۳] با هدف بررسی تجربه درد در سندرم فیبرومیالژیا: نقشی از الکسی تایمی و پریشانی شناختی انجام گرفت، نتایج حضور سطوح بالایی از درد و پریشانی روانشناختی در بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا الکسی تایمیک نسبت به بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا بدون الکسی تایمی را نشان داد. در پژوهشی که توسط میدندورپ و همکاران[۲۶] با هدف بررسی هیجانات و راهبردهای هیجانی در زنان مبتلا به فیبرومیالژیا انجام گرفت، نتایج نشان داد که راهبردهای اجتناب هیجانی در بیماران بطور زیادی با پریشانی عاطفی و بطور متوسطی با درد و خستگی مربوط بودند در صورتی که تجربه شدید هیجانات به درد بیشتری در بیمارانی که ناتوانی کمی در توصیف هیجانات داشتند، مربوط می‌شد. هیجانات منفی در صورتی منجر به افزایش درد در افراد می‌گردند که فرد نتواند آنها را ابراز نماید. بنابراین عدم ابرازگری هیجانات می‌تواند به کاهش سلامت روانی و جسمی منجر شود و باعث ناتوانی عملکردی شخص می‌گردد و این امر سبب کاهش کیفیت زندگی می‌شود. در این پژوهش نیز تاثیر ابراز هیجان بر ارتقاء کیفیت زندگی بیماران مبیلا به فیبرومیالژیا نشان داده شد. نتایج دیگر پژوهش نیز نشان‌دهنده تاثیر پذیرش درد بر کیفیت زندگی است. در پژوهشی که توسط السون و همکاران[۱۸] با هدف بررسی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مبتلایان به فیبرومیالژیا انجام گرفت، نتایج پیشرفت معنی‌دار در توانایی به درد در بیماران تحت درمان را نسبت به گروه کنترل نشان داد. همچنین پیشرفت معنادار سلامت ذهنی کیفیت زندگی آنها نیز نشان داده شد. در پژوهشی که توسط ولز و مک کراکن[۴۴] با هدف اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر درد مزمن، فاجعه‌سازی درد، اضطراب مرتبط با درد، ناتوانی درد، تعداد مراجعات پزشکی، وضعیت کلی سلامتی و عملکرد جسمانی پرداختند. نتایج نشان داد که پذیرش درد و ارزشهای فرد به صورت قابل ملاحظه‌ای با کاهش درد، ناراحتی مرتبط با درد، اضطراب مرتبط با درد و اجتناب، افسردگی، افسردگی مربوط به تداخل با عملکرد و معلولیت جسمی و روانی همراه بود. در واقع، پذیرش درد اولین گام در جهت سازگاری با تغییرات ایجاد شده در زندگی است، به صورتیکه باعث می‌شود فرد در محیط زندگی به فعالیت خود ادامه دهد و در عین حال، برای کنترل درد نیز تلاش کند. به دنبال پذیرش درد، فرد اقدامات غیر مؤثر برای کاهش درد را متوقف نموده و به جای آن بر مشارکت در فعالیت‌های ارزشمند و پیگیری اهداف مناسب شخصی خود تمرکز می‌کند و در نتیجه، عملکرد روانی و جسمی مناسب‌تری خواهدداشت. در این پژوهش نیز تاثیر پذیرش درد بر ارتقاء کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا نشان داده شد.

نتیجه گیری

در مجموع می‌توان عنوان نمود که پذیرش درد شیوه مناسبی در جدا کردن جنبه‌های دردناک زندگی از جنبه‌های غیر دردناک آن است و می‌تواند به فرد در سازگاری بهتر با درد مزمن و بهبود کیفیت زندگی او

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-28]

کمک کند. در ارتباط با ابراز هیجان لازم به ذکر است که یکی از ابعاد مهم سلامت انسان سلامت هیجانی او است و فرد دارای سلامت هیجانی قادر است احساس‌های خود را تشخیص دهد و بطور مناسبی آنها را ابراز کند، و توانایی موفق در نحوه ابراز هیجانات از مؤلفه‌های کنش سازگارانه افراد به حساب می‌آید و سبب افزایش توانایی فرد در برابر بیماری می‌شود و این نیز خود باعث بهبود کیفیت زندگی فرد می‌گردد. در ارتباط با هوش معنوی لازم به ذکر است که بیماری کیفیت زندگی بیماران را تحت تأثیر قرار می‌دهد و از طرف دیگر معنویت می‌تواند در کنترل بیماری، کاهش احساس درد و رنج و همچنین بهبود کیفیت زندگی بیماران نقش مهمی داشته باشد زیرا افرادی که هوش معنوی بالایی داشته باشند، ابعاد زندگی را بر اساس قوانین طبیعی و معنوی بنا می‌کنند که همین باعث کیفیت زندگی مطلوب در زندگی می‌گردد. از این رو، می‌توان عنوان نمود که متغیرهای پذیرش درد، ابراز هیجان و هوش معنوی به عنوان مکانیزم‌های سازگارنه‌ای عمل می‌کنند که باعث بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا می‌شوند. امروزه توافق عمومی و فزاینده‌ای وجود دارد که بهبود کیفیت زندگی باید یکی از اهداف اصلی درمان در بیماریهای مزمن باشد. نه تنها باید به کاهش مرگ ومیر و افزایش طول عمر بیماران توجه شود، بلکه باید برای ایجاد کیفیت زندگی قابل پذیرش برای آنها و شناخت عوامل تأثیرگذار روی آن نیز تلاش گردد و براساس نتایج حاصل از این پژوهش چنین نتیجه گیری می‌شود که می‌توان با بهره‌گیری از درمان‌های روا نشناختی در کنار درمان‌های دارویی و پزشکی، سلامت روانی و جسمی و بهبود کیفیت زندگی این بیماران را تأمین نمود.

محدودیت‌ها و پیشنهادهای پژوهش

این پژوهش به دلیل شرایط خاص جسمی و روانی بیماران فیبرومیالژیا درچندین حوزه دارای محدودیت‌هایی هم چون دشواری تعمیم‌دهی نتایج آن به سایر اقشار به دلیل خاص بودن شرایط افراد نمونه، استفاده از نمونه‌گیری در دسترس و جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه و به صورت خود گزارشی می‌باشد. در همین راستا پیشنهاد می‌شود که در تحقیقات آتی، از روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود.

تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دوره دکتری شهرزاد حاجی محمد کاظمی می‌باشد. در پایان لازم است از تمام عزیزانی که ما را در انجام این پژوهش یاری دادند، به ویژه بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا که علی‌رغم وجود درد با صبر و حوصله به سؤالات تحقیق پاسخ گفتند، قدردانی نموده و برای همگی آنان آرزوی صحت و سلامتی کرد.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-28]

References

1. Costa LD, Maher C, Mc Auley JH, Hancock MJ & Smeets RJEM.Self-efficacy is more important than fear of movement in mediating the relationship between pain and disability in chronic low back pain. European Journal of pain 2011 ; 15:215-219.
2. Demirbagh BC, Erci B.The effects of sleep and touch therapy accompanied by music and aromatherapy on the impact level of fibromyalgia patients. TAF Prev Med Bull 2014 ; 13:57-64.
3. Wolfe F, Clauw D. H, Fitzcharles M, Goldenberg D, Katz R. S, Mease P, et al. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. Arthritis Care & Research 2010 ; 62: 600-610.
4. Buschbacher, R M., Chan, L, Kowalske, K J. Physical Medicine and Rehabilitation 3rd Edition. Elsevier Science Health Science 2007 ; 989-1015.
5. Hauser W,Wolf F. Dignosis and diagnostic tests for fibromyalgia (syndrome). Reumatismo 2012; 64(4): 194-205.
6. Cardoso FS., Curtols M., Natuor J. Assessment of quality of life, muscle strength and functional capacity in woman with fibromyalgia. Rev Bras Rehumatol 2011; 5:338-350.
7. Smith H. S, Harris, R, & Clauw, D. Fibromyalgia: an afferent Processing disorder leading to a complex pain generalized syndrome. Pain Physician 2011; 14: 217-245.
8. Naji A, Arab P.[Prevalence of fibromyalgia syndrome in patients referring to Shariati hospital in Terhan (Persian)]. JTehran Univ Med. 2007; 64(10): 60-66.
9. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J.Harrison's principles of internal medicine. 18th ed. The McGraw Hill Professional 2012.
10. Parra-Delgado M., Latorre-postigo, J.M. Effectiveness of Mindfulness - Based Cognitive Therapy in the treatment of Fibromyalgia: A Randomized Trial. Cognitive therapy and research 2013;37: 1015-1026.
11. Bonomi A, patric D, Bushnell D .Validation of the united states' version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument. Journal of Clinical Epidemiology 2000; 53:1-12.
12. Lee GK, Chronister J, Bishop M. The effects of psychosocial factors on quality of life among individuals with chronic pain. Rehabil Couns Bull 2008; 51(3):177-89.
13. Tander B, Cengiz K, Alayli G, Ilhanli I, Canbaz S, Canturk F.A comparative evaluation of health related quality of life and depression in patients with fibromyalgia syndrome and rheumatoid arthritis. Rheumatol Int 2008; 28(9): 859-65.
14. Ofluoglu D, Berker N, Guven Z, Canbulat N, Yilmaz It, Kayhan O. Quality of life in patients with fibromyalgia syndrome and rheumatoid arthritis. Clin Rheumatol 2008; 27(3): 327-32.
15. Richardson EJ, Ness TJ, Doleys DM, Banos JH, Cianfrini L, Richards JS. Depressive symptoms and pain evaluations among persons with chronic pain: Catastrophizing, but not pain acceptance, shows significant effects. Pain 2009;147(1-3):147-52.
16. Akerblom S, Perrin S, Fischer MR, McCracken L.The mediating role ofacceptance in multidisciplinary cognitive-behavioral therapy for chronic pain.J Pain 2015; 16(7):606–615.
17. McCracken LM, Zhao-O'Brien J. General psychological acceptance and chronic pain: There is more to accept than the pain itself. Euro J Pain 2010; (14): 170-175.
18. Olsson L. G, Kemani M, Jensen K, Kosek E, Kadetoff D, Sorjonen K, Ingvar M, Wicksell R. Acceptance and commitment therapy for fibromyalgia: A

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-28]

randomized controlled trial. Scandinavian J Pain 2012; 3(3): 183.

19. Kohl A, Rief W, Glombiewski A. Do fibromyalgia patients benefit from cognitive restructuring and acceptance? An experimental study. Journal of Behaviour 2014; 474.
20. Haskett, M.E., Stelter, R., Proffit, K., & Nice, R. Parent emotional expressiveness and children's self-regulation: Associations with abused children's school functioning. Child Abuse & Neglect 2012; 36 (4): 296-307.
21. Veld, D.M.J., Walraven, J.M., & Weerth, C.D.The relation between emotion regulation strategies and physiological stress responses in middle childhood. Psychoneuroendocrinology 2012; 37 (8):1309-1319.
22. Chan, K. M., & Horneffer, W. K. Emotional expression and psychological symptoms: A comparison of writing and drawing. The Arts in Psychotherapy 2006; 33, 26–36.
23. Bruno S, Lutwaka N, Agina MA. Conceptualizations of guilt and the corresponding relationships to emotional ambivalence self-disclosure, loneliness and alienation. Pers Indiv Differ 2009; 47: 487-91.
24. Berenbaum H, Raghavan C, Le H-N, Vernon LL, Gomez JJ. A taxonomy of emotional disturbances. Clin Psychol Sci Pr 2003; 10(2): 206-26.
25. Stanton AL, Kirk SB, Cameron CL, Danoff-Burg S. Coping through emotional approach: scale construction and validation. J Pers Soc Psychol 2003; 78(6): 1150-69.
26. Middendorp V. H, Lumley M. A,. Jacobs W.G J, van Doornen J. P.L, Bijlsmac W.J. J, Geenen R. Emotions and emotional approach and avoidance strategies in fibromyalgia. Journal of Psychosomatic Research 2008; 64 (2008): 159–167.
27. Bagheri G, Zarea H and Esmaili M. The Spiritual Intelligence (SI) components from the perspective of Islam and West.International Research Journal of Applied and Basic Sciences 2013; 4 (11): 3544-50.
28. Goodman M.,Voigt Hansen M, Rosenberg J, Gögenur I. Pharmacological treatment of depression in women with breast cancer: a systematicreviewBreast Cancer Research and Treatment 2013; 141(3): 325-330.
29. Hatamipour KH, Rassouli M, Yaghmaie F, Zendedel K, Alavi Maj H. Spiritual needs of cancer patients: A qualitative study.Indian Journalof Palliative Care 2015; 21(1) 61-7.
30. Baljani E, Kazemi M, Amanpour E, Tizfahmi T. A survey on relationship between religion, spiritual wellbeing, hope and quality of life in patient with cancer. Evidence Based Care Journal 2012;1 (1): 51-62.
31. Biccheri E, Roussiau N, Mambet - Doue C. Fibromyalgia, Spirituality, Coping and Quality of Life. J Relig Health 2016; 55: 1189- 1197.
32. Hooman, HA. [Structural equation modeling with LISREL application (Persian)]. Tehran: SAMT Publication 2009.
33. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). Conceptual framework and item selection. Med Care 1992; 30:473-83.
34. Montazeri, A., Goshtasebi, A., Vahdaninia, M., & Gandek, B.[The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version(Persian)]. Qual Life Res 2005; 14: 875-882.
35. Asghari A, Faghehi S. [Validation of the SF-36 health survey questionnaire in Iranian samples (Persian)].J Daneshvar Raftar 2003; 1:1-11.
36. Najafi M, Montazeri A, Sheikhfathollahi M. [Reliability of world health organizations quality of life - Bref versus short form 36 health survey questionnailes for assessmeant of quality of life in patients with coronary ortery disease (Persian)]. Journal cardiothorasic medical (hugerstown) 2009;10: 316-21.
37. McCracken LM, Vowles KE, Eccleston C. Acceptance of chronic pain: component analysis and a revised assessment method. J Pain 2004; 107 (1-2):

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-28]

66-159.

38. Mesgarian F, AsghariMoghadam MA, Shaeiri MR.[The relation between acceptance of pain and reduced pain intensity and disability among chronic pain patient (Persian)]. Behav Sci 2012; 10(3):194-203.
39. Yousefy A, Nekouei ZK.[Basis of Cognitive-Behavioral Trainings and its Applications in Recovery of Chronic Diseases (Persian)]. Iran J Med Education 2011 ; 10(5): 792-800.
40. Nekouei Z, Neshat Doost HT,Yousefy A, Manshaee GH, Sadeghei M.[Therelationship of Alexithymia with anxietydepression-stress, quality of life, and social support in Coronary Heart Disease: A psychological model (Persian)]. J Edu Health Promot 2014 3: 68.
41. King D. B. "Rethinking claims of spiritual intelligence: A definition, model andxmeasure". Canada: Master's Thesis, Trent University 2008.
42. Raghib M, Siyadat S A, Hakiminia B, Ahmadi S J.King.[Validation of Spiritual Intelligence in Isfahan University Student (Persian)]. Psychol Achievements 2010 ;4(1):141-164.
43. Tella D. M, Ghiggia A, Tesio V, Romeo A, Colonna F, Fusaro E, Torta R, Castelli L. Pain experience in Fibromyalgia Syndrome: The role of alexithymia and psychological distress. Journal of Affective Disorders 2016.
44. Vowles KE, McCracken LM. Acceptance and Values-Based Action in Chronic Pain: A Study of Treatment Effectiveness and Process: J Consult & Clin Psychol 2008; (76): 397-407.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-28]

Journal of Anesthesiology and Pain Summer 2018, Vol 8, NO 4

Prediction Model of Quality of Life Promotion on the Basis of Emotion Expression, Spiritual Intelligence and Pain acceptance in Female Patients with Fibromyalgia

Shahrzad Haji Mohammad Kazemi[1], GholamReza Manshaee[2*],Amir Ghamarani[3]

1. *Ph.D. Student of general Psychology, Islamic Azad University, Esfahan*
2. *Associate Professor of Psychology,khorasgan Branch, Islamic Azad University, Esfahan*
3. *Assistant Professor of Psychology, Esfahan University, Esfahan*

ABSTRACT

Aims and background: The aim of the present study was prediction of quality of life promotion in female patients with fibromyalgia on the basis of emotion expression, and spiritual intelligence with mediating of pain acceptance as a model.

Materials and methods: This research is descriptive and correlational. We used available sampling for selecting 300 female patients with fibromyalgia as the study population including female patients with fibromyalgia referred to Shiraz private clinics. Research Tools included Quality of Life questionnaire, Pain acceptance questionnaire, Emotion expression questionnaire and King spiritual intelligence scale.The data was analyzed by AMOS and with help of structural equation modeling.

Findings: The results indicated the influence of emotion expression on pain acceptance, spiritual intelligence on quality of life, and pain acceptance on quality of life ; however it did not indicate any influence of spiritual intelligence on pain acceptance.

Conclusion: Emotion expression, Spiritual intelligence and Pain acceptance are involved in quality of life in female patients with fibromyalgia and it is important to pay attention to use therapy on the basis of these variables.

Keywords: quality of life, emotion expression, spiritual intelligence, pain acceptance, fibromyalgia

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-28]

▶ Please cite this paper as:
Haji Mohammad Kazemi SH, Manshaee GH, Ghamarani A[Prediction Model of Quality of Life Promotion on the Basis of Emotion Expression, Spiritual Intelligence and Pain acceptance in Female Patients with Fibromyalgia(Persian)]. J Anesth Pain 2018;8(4):60-73.

Corresponding Author: GholamReza Manshaee, Associate Professor khorasgan Branch, Islamic Azad University, Esfahan
Email: smanshaee@yahoo.com