Journal of Anesthesiology and Pain Summer 2019, Vol 10, NO 2



The Effectiveness of Therapy Based on Quality of Life Promotion Model on Pain Catastrophizing in Female Patients with Fibromyalgia

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

1. *Ph.D. in General Psychology, Islamic Azad University, Isfahan Branch (Khorasgan), Isfahan, Iran*
2. *Associate Professor khorasgan Branch, Islamic Azad University, Esfahan , Department of Psychology, khorasgan Branch, Islamic Azad University, Esfahan, Iran*
3. *Assistant Professor Isfahan University, Esfahan, Iran, Isfahan University, Esfahan, Iran*

ABSTRACT

Aims and background: Fibromyalgia is a chronic disabling syndrome and characterized by widespread multilateral musculoskeletal pain, with multiple points and unstable tender that is followed by some Psychological variables. Therefore, the aim of the present study was the effectiveness of therapy based on quality of life promotion model on pain catastrophizing in female patients with fibromyalgia.

Materials and methods: The present study was semi-experimental study with pre-test and post-test design with the control group and follow-up. The study statistical population included all women with fibromyalgia referring to private clinic of rheumatology specialists in Shiraz city whoem 30 patients with available sampling were selected and randomly were divided into two groups of experimental (15 persons) and control (15 persons). Research tool included catastrophizing scale (PCS) which participants completed in pre- test, post- test and follow-up. Descriptive statistical methods and Analysis variance with repeated measures were used.

Findings: The results showed that therapy based on quality of life promotion was effective in reducing pain catastrophizing in patients.

Conclusions: Using Psychological therapies can help patients with fibromyalgia for reducing pain catastrophizing.

Keywords: therapy based on quality of life promotion on, pain catastrophizing, fibromyalgia

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-16]

Please cite this paper as:
Haji Mohammad Kazemi SH, Manshaee G R, Gamarani A [The Effectiveness of Therapy Based on Quality of Life Promotion Model on Pain Catastrophizing in Female Patients with Fibromyalgia (Persian)]. J Anesth Pain 2019;10(2):42-54.

Corresponding Author: Gholam Reza Manshaee, Associate Professor khorasgan Branch, Islamic Azad University, Esfahan, Department of Psychology, khorasgan Branch, Islamic Azad University
Email: smanshaee@yahoo.com

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۱۰، شماره ۲، تابستان ۱۳۹۸

اثربخشی درمان مبتنی بر مدل ارتقاء کیفیت زندگی بر فاجعه‌انگاری درد زنان مبتلا به بیماری فیبرومیالژیا

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

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

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۰/۱۴ **تاریخ بازبینی: ۱۳۹۸/۲/۳۱** **تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۲/۲۲**

چکیده

زمینـه و هـدف: فیبرومیالژیا یک سندرم مزمن وناتوان کننده ای است که با درد پراکنده و چندجانبه عضلانی- استخوانی، وجود نقاط چندگانه و ناپایدار حساس به درد مشخص می‌شود که با برخی از متغیرهای روانشناختی همراه می‌شود. بنابراین، هدف پژوهش حاضر اثربخشی درمان مبتنی بر مدل ارتقاء کیفیت زندگی بر فاجعه‌انگاری درد زنان مبتلا به بیماری فیبرومیالژیا بود.

مـواد و روش‌هـا: پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون – پس آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به بیماری فیبرومیالژیا مراجعه کننده به مطب‌های خصوصی متخصصان روماتولوژی شهر شیراز بود که از میان آنها ۳۰ بیمار به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵نفر) و کنترل (۱۵ نفر) تقسیم شدند. ابزار پژوهش شامل مقیاس فاجعه‌انگاری درد بود که شرکت‌کنندگان در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تکمیل نمودند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید.

یافته‌هـا: نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر مدل ارتقاء کیفیت زندگی در کاهش فاجعه‌انگاری درد بیماران مؤثر بود..

نتیجه‌گیـری: بکارگیری درمان‌های روانشناختی می‌تواند به کاهش فاجعه‌انگاری درد بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا کمک کند.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر مدل ارتقاء کیفیت زندگی، فاجعه‌انگاری درد، فیبرومیالژیا

مقدمه

طبق بر آورد سازمان جهانی سلامت، بیماری‌های مزمن اصلی‌ترین دلیل مرگ و میر و ناتوانی عمومی در سال ۲۰۲۰ خواهد بود و دو سوم تمام بیماری‌ها را به خود اختصاص می‌دهند. افزایش روز افزون بیماری‌های مزمن در سیستم سلامت، موجب افزایش تمرکز دولتمردان

نویسنده مسئول: غلامرضا منشئی، دانشیار روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران
پست الکترونیک: smanshaee@yahoo.com

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-16]

بین‌المللی بر اهمیت خود کنترلی موثر در بیماری‌های مزمن خواهد شد[۱]. فیبرومیالژی سندرم شایع و ناتوان کننده ای است که با درد پراکنده و چندجانبه عضلانی- استخوانی، وجود نقاط چندگانه و ناپایدار حساس به درد، آشفتگی خواب، خستگی و انعطاف‌ناپذیری عضلانی مشخص می‌شود[۲]. درد منتشره بدن مشخصه بارز بیماری بوده، که این درد ممکن است با عباراتی مانند تیز و سوزشی، ضربان‌دار، تیر کشنده، مبهم و عمقی و یا سوزن سوزن شدن و بی حسی توصیف گردد[۳]. این بیماران دامنه تحمل درد پایین‌تری نسبت به افراد سالم داشته، درد ناک احساس کردن یک محرک غیر دردناک و یک محرک دردناک را بیش از اندازه احساس کردن پاسخ‌های شایعی در این بیماران است[۴]. درد شایع‌ترین شکایت در این بیماران بوده، اغلب بیماران با دردهای مبهم منتشره و دردهای غیر اختصاصی عضلانی مراجعه می‌کنند. درد اغلب دو طرفه و درگردن و تنه بدتر است. علایم همراهی مانند خستگی خشکی صبحگاهی، و سر درد نیز در آنان شایع است[۵و۶]. ریسک ابتلا در زنان و دختران بیش از مردان بوده، با افزایش سن افزایش می‌یابد؛ به طوری که در سن۷۹-۵۵ سالگی به حداکثر می‌رسد[۷و۸]. مکانیسم‌های سببی مختلفی برای فیبرومیالژی فرض شده‌اند که احساس درد غیرطبیعی را توضیح می‌دهند[۹و۱۰]. اختلالات دستگاه‌های عصبی خودمختار و محیطی، کاهش پاسخ کورتیزول به استرس، افزایش سطح میانجی عصبی ماده p در مایع مغزی - نخاعی، وجود سطوح پایین‌تری از هورمون رشد، سطوح پایین متابولیت‌های سروتونین در مایع مغزی - نخاعی، آشفتگی خواب در این بیماران مطرح شده است[۱۱و۱۲]. درد مزمن یکی از مهمترین علائم بیماری فیبرومیالژی است که روی زندگی فردی، خانوادگی و شغلی این بیماران تاثیر جدی دارد و همراه با مشکلات روان شناختی می‌باشد[۱۳]. در پژوهش‌های گرسیلی[۱۴]، هاست[۱۵]، اسکوچت و رسپ[۱۶] و گیسک[۱۷] نشان داده‌اند که بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا سطوح بالایی از فاجعه‌انگاری درد را که همراه با درد گسترده در این بیماران است را نشان می‌دهند.

فاجعه‌انگاری درد شامل یک مجموعه طرح واره شناختی و هیجانی منفی و مبالغه‌آمیز از موقعیت دردناک واقعی یا مورد انتظار است که در هسته این تعریف طبق نظر الیس و بک به عنوان یک انحراف شناختی، پیش‌بینی منفی و غیر منطقی از رویدادهای آینده در نظر گرفته شده است[۱۸]. باورهای فاجعه سازی درد، افکاری هستند که سبب تمرکز دائمی بر علائم بدنی و اجتناب از فعالیت می‌شوند که این اجتناب خود درد و ناتوانی را در فرد شدت می‌بخشد[۱۹]. فاجعه‌آمیز کردن درد با افزایش درد، اضطراب، پریشانی فرآیندهای عاطفی و همچنین ناتوانی و کاهش روش‌های مؤثر مقابله با درد همراه می‌باشد[۲۰]. فاجعه سازی درد یک عامل خطرساز برای درد مزمن و ناتوانی است[۲۱]. تاثیر فاجعه آفرینی بر درد مزمن، آن است که بیماران مبتلا به درد، یک ارزیابی از دردشان به دست می‌آورند که ممکن است باعث گوش به زنگی آنها نسبت به احساسات دردناک یا تهدید آمیز و ترس از تجربه احساسات دردناک در آینده شود. از این رو گوش به زنگی، توجه زیاد تمرکز بر محرک‌های دردناک است که افراد را از حضور محرک‌های دردناک بیشتر آگاه می‌کند و این آگاهی باعث می‌شود که بیماران به خاطر ترس زیاد مربوط به درد، تهدید بیشتری را به آسیب‌زایی محرک‌های غیر دردناک نسبت خواهند داد[۲۲]. در پژوهشی که توسط گلن کمپ و همکاران[۲۳] با هدف بررسی رابطه بین فاجعه‌انگاری، اضطراب و کیفیت خواب در بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا انجام گرفت، نتایج نشان داد که بیمارانی که اضطراب و فاجعه‌انگاری بالایی داشتند کیفیت خواب پایین‌تری داشتند، بنابراین مداخله‌هایی که باعث کاهش اضطراب و فاجعه‌انگاری می‌گردد می‌تواند باعث کاهش پریشانی‌های خواب این بیماران و در نتیجه بهبود کیفیت خواب آنان گردد. در پژوهشی که توسط لامی و همکاران[۲۴] با هدف بررسی فاجعه‌انگاری، پذیرش و مقابله به عنوان میانجی بین درد و ناتوانی و پریشانی‌های هیجانی در بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا انجام گرفت،

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-16]

نتـاج نشـان داد کـه فاجعه‌انـگاری، پذیـرش و مقابلـه رفتـاری و هیجانـی بـا ناتوانـی و پریشـانی‌های هیجانـی رابطـه دارد. فاجعه‌انـگاری بـه عنـوان میانجـی تأثیـر معنـاداری در رابطـه بیـن درد، اضطـراب و افسـردگی داشـت، بنابرایـن اسـتفاده تکنیک‌هـای شـناختی می‌توانـد باعـث تغییراتـی در درد ایـن بیمـاران بشـود. در پژوهشـی کـه توسـط زارع و همـکاران[۱۸] بـا هـدف بررسـی تأثیـر درمـان تعدیـل شـده شـناخت درمانـی مبتنـی بـر ذهـن آگاهـی بـر فاجعـه پنـداری، پذیـرش و شـدت درد بیمـاران مبتـلا بـه فیبرومیالژیـا انجـام گرفـت، نتایـج تأثیـر درمـان تعدیـل شـده‌ی شـناخت درمانـی مبتنـی بـر ذهـن آگاهـی بـر کاهـش فاجعـه پنـداری و شـدت درد و افزایـش پذیـرش درد در بیمـاران را نشـان داد. در پژوهشـی کـه توسـط فـارغ و همـکاران[۲۵] بـا هـدف بررسـی تأثیـر درد هیجانـی و فاجعه‌انـگاری بـر روی کیفیـت زندگـی بیمـاران زن مبتـلا بـه فیبرومیالژیـا انجـام گرفـت، نتایـج نشـان داد کـه زمانـی کـه درد هیجانـی بـا فاجعه‌انـگاری همـراه می‌شـود تأثیـرات منفی‌تـری بـر روی کیفیـت زندگـی ایـن بیمـاران دارد. پیشـینه پژوهشـی آزمایش‌هـای کنتـرل شـده تصادفـی نشـان می‌دهـد کـه اگرچـه عامل‌هـای دارویـی در کنتـرل علایـم فیبرومیالـژی دارای تاثیـرات متوسـطی هسـتند، امـا ایـن مداخـلات باعـث رهایـی انـدک بیمـارا ن مبتـلا بـه فیبرومیالژیـا از علایـم ناخوشـایند طـی زمـان می‌شـوند درمان‌هـای روان شـناختی متعـددی کـه در فیبرومیالـژی بـه کار رفته‌انـد نتایـج نسـبتا مفیـدی در بهبـود درد، خـواب، افسـردگی، فاجعـه نمایـی و وضعیـت عملکـردی ایـن بیمـاران داشـته‌اند کـه در ایـن میـان درمان‌هـای شـناختی رفتـاری و مداخلاتـی کـه از فنـون ایـن درمان‌هـا اسـتفاده می‌کننـد بالاتریـن انـدازه اثـر را داشـته‌اند[۲۶]. در مـورد جنبه‌هـای جسـمی از جملـه کاهـش درد نتایـج ضـد و نقیضـی وجـود دارد. برخـی مطالعـات کاهـش درد را در بیمـاران فیبرومیالژیـا تحـت درمـان کاهـش اسـترس مبتنـی بـر ذهـن آگاهـی گـزارش کردنـد[۲۷، ۲۸ و ۲۹]، در حالـی کـه دیگـر مطالعـات تأثیـر شـناخت درمانـی مبتنـی بـر ذهـن آگاهـی و کاهـش اسـترس مبتنـی بـر ذهـن آگاهـی را در کاهش درد ایـن بیمـاران چنـدان موثـر ندانسـته‌اند[۳۰ و ۱۳]. درمان‌هـا باعـث بهبـود بعضـی علائـم ایـن بیمـاری بـه طـور نسـبتا مفیـدی شـده‌اند و بعضـی درمان‌هـا موثـر واقـع نشـده‌اند و یـا اینکـه در کوتـاه مـدت مؤثـر بـوده انـد. از آن جـا کـه افـراد مبتـلا بـه ایـن سـندرم بـه درد حساسـیت بیـش از حـد دارنـد، بنابرایـن کاهـش یـا بـر طـرف نمـودن درد در ایـن بیمـاران از اهـداف اصلـی یـک روش درمانـی می‌باشـد. بنابرایـن پژوهـش حاضـر در جهـت پرکـردن خـلاء موجـود بـه بررسـی تأثیـر مداخلـه مبتنـی بـر مـدل ارتقـاء کیفیـت زندگـی بـر متغیـر فاجعه‌انـگاری درد بیمـاران مبتـلا بـه فیبرومیالژیـا می‌پـردازد. بسـته درمانـی ارتقـاء کیفیـت زندگـی بـر اسـاس بسـته آموزش هـوش معنـوی[۳۱ و ۳۲]، بسـته آمـوزش تنظیـم هیجان[۳۳] و بسـته درمانـی[۳۴] تهیـه گردیـده اسـت. در آمـوزش هـوش معنـوی در بـاره هـوش معنـوی و تأثیـرات مثبتـی کـه می‌توانـد در بهبـود بیمـاری داشـته باشـد، توضیحاتـی داده می‌شـود. و نیـز آمـوزش خودآگاهـی بـه آنهـا داده می‌شـود تـا آنهـا بـه شـناختی از خـود و احساسـات و توانایی‌هـای خـود دسـت یابنـد زیـرا مهـارت خودآگاهـی می‌توانـد نقـش مهمـی در سـلامت و بهداشـت روان داشـته باشـد. همچنیـن آمـوزش تفکـر انتقـادی بـه بیمـاران داده می‌شـود زیـرا توانایـی اندیشـیدن بـه طـور انتقـادی بـه حقیقـت وجـود، هسـتی، عالـم وجـود، زمـان و مـرگ را نشـان می‌دهـد. فـرد بـا دریافـت حقیقـت وجـودی و دسـتیابی بـه ارزش‌هـای شـخصی و آگاهـی خویشـتن، هرچـه بیشـتر از نگرانی‌هـا و تشـویش دور می‌شـود تفکـر انتقـادی و افزایـش خودآگاهـی دلیـل عمـده کاهـش اضطـراب اسـت. آمـوزش معنا درمانـی داده می‌شـود زیـرا معنـی و هـدف در زندگـی لازم اسـت و هـر چـه معنـی قوی‌تـر باشـد فـرد شـادتر و مثبت‌تـر زندگـی خواهـد کـرد. و اینکـه معنـا در درمـان بیماری‌هـا و تحمـل رنـج آنهـا نقـش مثبتـی خواهـد داشـت. بـه بیمـاران آمـوزش آرمیدگـی و مراقبـه داده می‌شـود تـا بـا ایجـاد آرامـش باعـث کاهـش اضطـراب درد آنها شـود[۳۱ و ۳۲]. در آمـوزش تنظیم هیجـان در بـاره هیجانـات و نقشـی کـه می‌توانـد در سـلامت افـراد داشـته باشـد، توضیحاتـی داده می‌شـود. بـه بیمـاران آمـوزش آگاهـی از هیجان‌هـای مثبـت و منفـی و پذیـرش آنهـا و آمـوزش بازارزیابـی هیجان‌هـای مثبـت و منفـی بـرای

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-16]

تغییر تأثیر هیجان، داده می‌شود زیرا آگاه نمودن بیماران از هیجان‌های مثبت و منفی خود و کمک به پذیرش آنها و آموزش بازارزیابی هیجانات مثبت و منفی و ابراز به موقع آنها می‌تواند منجر به کاهش پریشانی شوند و آنها به صورت کارآمدتر با بیماری خود سازگار می‌شوند[۳۳]. در درمان مبتنی بر پذیرش درد مزمن آموزش پذیرش درد به آنها داده می‌شود، بدین معنا که پذیرش درد به معنای شکست، ناامیدی، تسلیم شدن یا دست کشیدن از زندگی ناخوشایند، همراه با کشمکش و بیچارگی نیست بلکه شامل یک زندگی ارزشمند علی رغم داشتن یک مشکل منجر به درد یا رنج باشد. با آموزش تکنیک‌های ذهن آگاهی می‌توانند افکار، احساسات و اتفاقات زندگی خود را بدون قضاوت بپذیرند که این موجب نگرش مثبت به خود و زندگی می‌شود و رضایت از زندگی برای آنهارا به همراه دارد. به آنها آموزش داده می‌شود که به جای استفاده از مشکل شان به عنوان معیاری برای حرکت در زندگی (بطور مثال، آیا درد کمتری را حس می‌کنم؟)، تمرکزشان بر رفتاری باشد که آنهارا به اهداف متناسب با ارزش‌هایشان می‌رساند، را جایگزین کنند. به آنها آموزش داده می‌شود که تعهد به عمل در راستای ارزش‌هایشان انجام دهند حتی با وجود این که موانعی مانند درد ناشی از بیماری بر سر راه شان قرار گیرد[۳۴]. بنابراین با انجام این مطالعه که آموزش ارتقاء کیفیت زندگی به این بیماران می‌باشد می‌توان باعث بهبود بعضی از عواملی که این بیماران از آن رنج می‌برند از جمله کاهش فاجعه‌انگاری درد آنها شد. از آنجا که اکثر درمان‌های صورت گرفته بر روی بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا نتایج کوتاه مدتی داشته و نتایج درمانی در درازمدت چندان مؤثر نبوده و همچنین در ایران و سایر کشورها هنوز به صورت جامع و کامل روی روش ارتقاء کیفیت زندگی این بیماران مداخله ای صورت نگرفته است و یا درمان‌های صورت گرفته در مراحل ابتدایی خود به سر می‌برند، لزوم بررسی بر روی این گروه از افراد و مداخلات روانشناختی ضروری به نظر می‌رسد. بنابراین، پژوهش حاضر به منظور اثربخشی درمان مبتنی برمدل ارتقاء کیفیت زندگی بر فاجعه‌انگاری درد زنان مبتلا به بیماری فیبرومیالژیا انجام گرفت.

روش اجرا

پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون –پس آزمون با گروه گنترل و دوره پیگیری بود. متغیر مستقل، روش درمانی مبتنی بر مدل ارتقاء کیفیت زندگی و متغیر وابسته شامل فاجعه‌انگاری درد بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به بیماری فیبرومیالژیا مراجعه کننده به مطب‌های خصوصی متخصصان روماتولوژی شهر شیراز طی بهمن ۱۳۹۵ تا شهریور ۱۳۹۶ بودند که از میان آنها ۳۰ بیمار به روش نمونه گیری در دسترس پس از احراز شرایط ورود و خروج پژوهش انتخاب شدند. شیوه اجرای پژوهش بدین صورت بود که پس از آن که بسته درمانی تهیه شد، به منظور تعیین روایی محتوایی بسته درمانی، نظرات ۵ نفر اساتید حوزه روانشناسی که آشنا به روش‌های درمان‌های روانشناختی درد بودند پیرامون ارتباط جلسات درمانی، کفایت تعداد جلسات، زمان استفاده شده برای هر جلسه و غیره جهت تهیه گزارش نهایی مورد استفاده قرارگرفت و ازطریق محاسبه ضریب توافقی لاوشه روایی سنجی محتوایی انجام شد. با توجه به اینکه تمام متخصصان نظر موافق به تمام سوالات نظرسنجی بسته آموزشی تهیه شده در این پژوهش دادند، ضریب لاوشه برای همه سوالات برابر با ۱ بدست آمد. میزان ضریب تعریف شده (CVR) مناسب برای توافق بین ارزیابان اگر تعداد آنها برابر با ۵ نفر باشد، حداقل باید برابر با ۰/۹۹ باشد. ضریب بدست آمده در بسته درمانی این پژوهش برابر با ۱ است، بنابراین اعتبار محتوایی بسته درمانی پذیرفته شد. علاوه بر نظر متخصصان جهت اعتباریابی، بسته برروی ۵ بیمار مبتلا به فیبرومیالژیا بصورت مقدماتی اجرا شد و موارد نقص و ابهام آن از بیماران مورد سوال قرار گرفت و بررسی شد آیا بیماران به راحتی با بسته آموزشی ارتباط برقرار می‌کنند. سپس

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-16]

نتایج پیش ازمون و پس ازمون پرسشنامه فاجعه‌انگاری درد مورد مقایسه قرار گرفت. نتایج تفاوت معنادار دو مرحله پیش آزمون با پس آزمون متغیرفاجعه‌انگاری درد در اجرای مقدماتی را نشان داد (P=۰/۰۰۱) که نشان دهنده اثربخشی بسته درمانی است.

جدول شماره ۱: مقایسه‌ی میانگین پیش آزمون و پس آزمون اجرای مقدماتی درمان مبتنی بر مدل ارتقاء کیفیت زندگی بر متغیر فاجعه‌انگاری درد

متغیر	تعداد	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	T	درجه آزادی	سطح معناداری
فاجعه‌انگاری درد	۵	پیش آزمون	۴۵,۲۰۰۰	۴,۱۴۷۲۹	۱۸,۰۸۷	۴	۰۰۱/۰
		پس آزمون	۵,۰۰۰۰	۲,۰۰۰۰۰			

نمونه مورد پژوهش شامل ۳۰ بیمار پس از مطالعه فرم رضایت‌نامه و کسب رضایت برای شرکت در پژوهش حاضر و همچنین اطمینان دادن به اینکه اطلاعات کسب شده کاملا محرمانه می‌ماند به شکل تصادفی ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل گماشته شدند و پیش آزمون در هر دو گروه آزمایش و گواه اجرا گردید. بسته درمانی به کار رفته شامل ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته ای دو بار بصورت گروهی بود که توسط پژوهشگر برای گروه آزمایش آموزش داده شد. پس از اتمام آموزش، از آنان پس آزمون به عمل آمد. پس آزمون شامل تکمیل پرسشنامه قبلی بود. سه ماه پس از اتمام دوره مجدداً از بیماران درخواست شد که همان پرسشنامه را تکمیل نمایند. این کار جهت پیگیری و بررسی اثربخشی صورت گرفت. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بودند از: تشخیص ابتلای فرد به فیبرومیالژیا توسط پزشک متخصص با توجه به معیارهای ACR، تمایل به شرکت و ادامه جلسات درمانی، داشتن حداقل سواد راهنمایی و داشتن سن بالای ۲۰ و زیر ۶۰ سال. معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از: ابتلاء به اختلال حاد روانپزشکی به تشخیص روانپزشک، شرکت در جلسات درمانی و روانشناختی دیگر و غیبت بیش از دو جلسه. هدف اصلی پژوهش این بود که مطالعه شود آیا درمان مبتنی بر ارتقاء کیفیت زندگی بر کاهش فاجعه‌انگاری درد زنان مبتلا به بیماری فیبرومیالژیا تأثیر دارد در این راستا داده‌های حاصل از پژوهش ابتدا با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار توصیف شدند، سپس با کمک شاخص آمار استنباطی تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تفاوت موجود بین دو گروه آزمایش و کنترل در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بررسی شد که استفاده از این آزمون مستلزم رعایت پیش فرض‌های آزمون شاپیرو-ویلکز، آزمون لوین و آزمون ماچلی می‌باشد.

ابزارسنجش

مقیاس فاجعه‌انگاری درد (PCS)

این مقیاس توسط سالیوان و همکاران[۳۵] با هدف ارزیابی میزان افکار و رفتارهای فاجعه‌آمیز فرد ساخته شده است. این پرسشنامه خود اجرایی و دارای ۱۳ ماده بوده و به حداقل سواد برای خواندن نیازمند است. تحلیل عوامل نشان داده شامل زیر مقیاس‌های نشخوار یا اندیشناکی، بزرگنمایی یا اغراق آمیز کردن و درماندگی است. این مقیاس شامل خرده مقیا س‌های نشخوار ذهنی(سوالات ۸ تا ۱۱)، بزر گنمایی (سوالات ۶، ۷، ۱۳) و درماندگی (سوالات ۱ تا ۵ و ۱۲) است. این پرسشنامه در طیف لیکریت پنج درجه‌ای از صفر (هیچوقت) تا چهار (همیشه) برای توصیف ۱۳ احساس و فکر متفاوت مرتبط با تجربه درد درجه‌بندی شده است. نمرات پایین‌تر نشان دهنده

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-16]

فاجعـه پنـداری کمتـر بـوده، بـا درد وناتوانی در بیمـاران مبتلا به درد مزمـن عضلانـی و اسـکلتی مرتبـط اسـت. میـزان پایایـی بـا اسـتفاده از آلفـای کرونبـاخ زیـر مقیاس‌هـا بـرای نشـخوار ۰/۸۱، بزرگنمایـی ۰/۶۷، درماندگـی ۰/۸۹، بـرای کل مقیـاس آلفـای کرونباخ ۰/۹۲ بدسـت آمدهاسـت. ضریب اعتبار پرسشنامه ۰/۴۶ گـزارش شـده اسـت.[۳۶] در پژوهـش حاضرآلفـای کرونبـاخ کل برابـر بـا ۰/۸۶ و برای زیـر مقیاس‌های نشـخوار ۰/۸۰، بزرگنمایی ۰/۷۷ و درماندگـی ۰/۷۳ می‌باشـد.

یافته‌ها

در پژوهـش حاضـر پیـش از انجـام تحلیـل کوواریانـس بـا اندازه‌گیـری مکـرر بـرای بررسـی نرمـال بـودن نمـرات فاجعه‌انـگاری درد از آزمـون شـاپیرو-ویلکز اسـتفاده شـد کـه نتایـج حاکـی از نرمـال بـودن نمـرات بودنـد، بـرای بررسـی تسـاوی واریانـس نمـرات از آزمـون لویـن اسـتفاده شـد کـه نتایـج نشـان‌دهنده تسـاوی واریانس‌هـا بـود و نیـز بـرای بررسـی تناسـب کوواریانس‌هـا از آزمـون ماچلـی اسـتفاده شـد کـه نتایـج نشـان داد کـه کوواریانس‌هـا یـا روابـط بیـن نمـرات فاجعه‌انـگاری درد بـا ماتریـس واحـد متناسـب اسـت. نتایـج جـدول ۲ نشـان می‌دهـد کـه میانگیـن نمـرات فاجعه‌انـگاری درد در مرحلـه پـس آزمـون و پیگیـری نسـبت بـه مرحلـه پیش آزمـون در گـروه آزمایـش کاهـش یافتـه اسـت.

جدول شماره ۲: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات متغیر فاجعه‌انگاری درد به تفکیک دو گروه (آزمایش و کنترل) درسه مرحله پژوهش

شاخص‌های آماری / مقیاس	نوع آزمون	آزمایش		کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
فاجعه انگاری درد	پیش آزمون	۴۴/۶۰	۳/۰۴	۴۴/۱۳	۲/۸۷
	پس آزمون	۴/۶۰	۱/۵۹	۴۶/۸۶	۱/۹۲
	پیگیری	۳/۳۳	۱/۳۹	۴۷/۳۳	۲/۵۲

جدول شماره ۳ به مقایسه سه آزمون در دو گروه می‌پردازد.

جدول شماره ۳: مقایسه زوجی نمرات فاجعه‌انگاری درد زنان مبتلا به بیماری فیبرومیالژیا دو گروه در سه بار آزمون

آزمون	آزمون	تفاوت میانگین	معناداری
پیش آزمون	پس آزمون	۱۸/۶۳۳*	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱۹/۰۳۳*	۰/۰۰۱
پس آزمون	پیگیری	۱۲/۱۳۰*	۰/۰۰۱

طبـق یافته‌هـای جـدول شـماره۳، در گـروه آزمایـش در سـه بـار آزمـون تفـاوت بیـن پـس آزمـون بـا پیگیـری معنـی‌دار بـوده اسـت. تفـاوت بیـن پیـش آزمـون بـا پـس آزمـون و هـم چنیـن پیـش آزمـون بـا پیگیـری معنـی‌دار اسـت. یعنـی درمـان مبتنـی بـر مـدل ارتقـاء کیفیـت زندگی توانسـته اسـت نمـرات اضطـراب درد زنـان مبتـلا بـه بیمـاری فیبرومیالژیـا در مرحلـه پـس آزمـون و پیگیـری را کاهـش دهـد و در مرحلـه پیگیـری نیـز تـداوم داشـته باشـد.

در جـدول شـماره ۴ نتایج آزمون تحلیل واریانـس با اندازه‌گیری مکرر برای تأثیر متغیر مسـتقل بر متغیر وابسـته ارائه شده است.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-16]

جدول شماره ۴: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر فاجعه‌انگاری درد زنان مبتلا به بیماری فیبرومیالژیا در سه زمان

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجذور میانگین	F	سطح معنی داری	مقدار اتا	توان آماری
گروه	۱۸۴۰۴/۱۰۰	۱	۱۸۴۰۴/۱۰۰	۱۷۹۱/۲۲۲	۰/۰۰۱	۰/۹۸۵	۱/۰۰۰

طبق یافته‌های جدول شماره ۴، بین گروه‌ها در سطح P<۰/۰۰۱ تفاوت معنی‌دار وجود دارد یعنی در حالی که نمرات فاجعه‌انگاری درد زنان مبتلا به بیماری فیبرومیالژیا به طور کلی فقط یک متغیر یا یک نمره به حساب بیایند بین گروه کنترل و آزمایش تفاوت وجود دارد. میزان تفاوت‌های نمرات فاجعه‌انگاری درد زنان مبتلا به بیماری فیبرومیالژیا طی آموزش ۹۸/۵ درصد می‌باشد یعنی ۹۸/۵ درصد واریانس نمرات فاجعه‌انگاری درد زنان مبتلا به بیماری فیبرومیالژیا مربوط به نوع درمان مبتنی بر مدل ارتقاء کیفیت زندگی در گروه‌ها می‌باشد . بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که روش درمان مبتنی برمدل ارتقاء کیفیت زندگی باعث کاهش معنادار در متغیر فاجعه انگاری در بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا در مرحله پس آزمون و پیگیری شده است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر مدل ارتقاء کیفیت زندگی بر فاجعه‌انگاری درد زنان مبتلا به بیماری فیبرومیالژیا انجام گردید. به استناد یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنادار وجود دارد. به عبارتی درمان مبتنی بر مدل ارتقاء زندگی در افراد گروه آزمایش مؤثر بوده است. با توجه به این که پژوهشی که کاملا با پژوهش حاضر همخوانی دارد یافت نشد، این یافته تا حدی با پژوهش‌های ولز و مکراکن[۳۷]، زارع و همکاران[۱۸]، رضائیان و همکاران[۳۸]، انوری و همکاران[۳۹]، گلن کمپ و همکاران[۲۳] و لامی و همکاران[۲۴] همسو است. درطی دوره مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانایی بیماران در جهت کاهش فاجعه‌انگاری درد بالا برده شد. پذیرش با تعدیل اثرات فاجعه پنداری بر افسردگی، اضطراب و اجتناب، به طور غیرمستقیم کارکرد جسمانی و روانشناختی بیماران را بهبود می‌بخشد[۴۰]. بایلی[۴۱] پس از انجام یک پژوهش مروری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و مواجهه تدریجی را بهترین روش‌های درمان باورهای ترس و اجتناب در بیماران مبتلا به درد مزمن عضلانی- اسکلتی معرفی کردند. اگر افراد مبتلا به درد مزمن بدون تلاش برای کنترل تجارب منفی شان آنها را بپذیرند کارکرد بهتر و رنج کمتری خواهند داشت و پذیرش کلی فراتر از فرآیندهای مشابهی مثل پذیرش درد یا ذهن آگاهی، نقش یگانه ای در کاهش ناتوانی و رنج بیماران مبتلا به درد مزمن دارد[۴۲]. افراد مبتلا به دردهای مزمن، فعالیت‌هایی را که درد مزمن در آن‌ها ایجاد می‌کند، به عنوان یک محرک نفرت انگیز تفسیر و از این فعالیت‌ها خودداری می‌کنند. به طورکلی، ارزیابی منفی از یک فعالیت به عنوان یک محرک منفی باعث می‌شود که فرد بیمار با در نظر گرفتن پیامدهای فعالیت و انتظاراتی که در رابطه با ایجاد و یا افزایش درد با انجام حرکت دارد، از آن امتناع بورزد. بنابراین، رابطه مثبت و قوی بین درد و باورهای منفی، تبیین کننده استفاده نکردن از عضو درگیر توسط بیمار و به دنبال آن عدم فعالیت خواهد بود. در واقع، ارزش‌ها به عنوان انگیزه ای برای رفتار عمل می‌کنند و باعث تسهیل پذیرش تجارب و احساسات دردناک می‌شوند. زندگی بر بنیان ارزش‌های فردی باعث تحمل درد، عملکرد خوب و احساس خوب بودن در افراد می‌شود. وقتی افراد دچار احساس ناتوا نی در درد هستند، سعی می‌کنند خود را ناتوان

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-16]

نشـان دهنـد و در راسـتای ارزش‌هایشـان حرکـت نمی‌کننـد، بنابرایـن، بـه جـای آزاد گذاشـتن افـکار، اجتنـاب از آن اتفـاق می‌افتـد[۴۳]. بیمـاران بـا انجـام ایـن مداخلـه عـلاوه بـر اینکـه درد ناشـی بیمـاری خویـش را قبـول کـرده و می‌پذیرنـد، بلکـه فاجعه‌انـگاری درد کمتـری را تجربـه می‌کننـد. در طـی مداخلـه آمـوزش هـوش معنـوی، توانایـی بیمـاران در جهـت کاهـش فاجعه‌انـگاری درد بـالا بـرده شـد. بیمارانـی کـه اعتقـادات مذهبـی دارنـد، سـلامت جسـمی بهتـری دارنـد و بـه راحتـی قـادر بـه انجـام امـور روزانـه هسـتند و در مقابـل، بیمارانـی کـه ارتباطـات معنـوی خـود را قطـع می‌کننـد، از نظـر روانـی پریشـان می‌شـوند. محققـان بـر ایـن باورنـد کـه تـوکل بـه خداونـد بـزرگ، بـه زندگـی ایـن بیمـاران معنـا می‌دهـد و بـا اتصـال بـه ایـن منبـع بیکـران، مراحـل درمـان را بـا هـدف بیشـتری دنبـال می‌کننـد. بهزیسـتی معنـوی، ارتبـاط هماهنـگ و یکپارچـه را بیـن افـراد فراهـم می‌کنـد و بـا ویژگی‌هـای ثبـات در زندگـی، صلـح، تناسـب و هماهنگـی، احسـاس ارتبـاط نزدیـک بـا خویشـتن، خـدا، جامعـه و محیـط مشـخص می‌شـود. بواسـطه تجـارب معنـوی و کسـب معنـا و مفهـوم و ارزش‌هـای زندگـی و ارتبـاط بـا عالـم هسـتی و شـناختن حیاتـی بالاتـر از ایـن حیـات دنیـوی و اعتقـاد بـه خـدا بیمـاران در مواجهـه بـا درد و ناتوانـی ناشـی از بیمـاری خـود، توانایـی بیشـتری بدسـت خواهنـد آورد[۴۴]. بنابرایـن بیمـاران بـا انجـام ایـن مداخلـه عـلاوه بـر اینکـه هـدف و معنـای زندگـی را درک می‌کننـد، بلکـه فاجعه‌انـگاری درد کمتـری را تجربـه می‌کننـد.

درطـی مداخلـه آمـوزش تنظیـم هیجـان، توانایـی بیمـاران در جهـت کاهـش فاجعه‌انـگاری درد بـالا بـرده شـد. فاجعـه پنـداری درد، یکـی از راهبردهـای مقابلـه اسـت کـه گرایـش مبالغـه آمیـز و منفـی نسـبت بـه تجربـه درد واقعـی یـا پیـش بینـی شـده اسـت کـه اگـر بـا پاسـخ‌های هیجانـی و رفتـاری همـراه شـود می‌توانـد افسـردگی، ناتوانـی عملکـرد و درد آتـی را پیـش بینـی کنـد[۴۵]. افـرادی کـه بیشـتر درد خـود را فاجعه‌آمیزمـی کننـد، بـه میـزان بیشـتری درد، آشـفتگی هیجانـی، عواطـف منفـی و افسـردگی را تجربـه می‌کننـد[۴۶]. مطالعـات نشـان داده اسـت کـه بزرگنمایـی و نشـخوار ذهنـی، ارزیابـی از تحریـک درد را بـی نهایـت تهدیـد کننـده می‌کنـد (ارزیابـی اولیـه) و احسـاس درماندگـی نیـز باعـث ارزیابـی ناتوانـی بـرای مقابلـه در برابـر درد می‌شـود (ارزیابـی ثانویـه). بنابرایـن از ایـن طریـق فاجعـه پنـداری، تجربـه درد را افزایـش می‌دهـد[۴۷]. نظـم جویـی هیجانـی و مدیریـت آنهـا، مجموعـه ای از فرایندهایـی اسـت کـه واکنش‌هـای هیجانـی فـرد را کنتـرل و ارزیابـی می‌کننـد و یـا حتـی درصـورت لـزوم تغییـر می‌دهنـد تـا فـرد در راسـتای دسـتیابی بـه اهدافـش عملکـرد مناسـبی داشـته باشـد. مـدل فراینـدی گـراس و جـان بـر ویژگی‌هـای زمانـی تنظیـم هیجانـی تأکیـد می‌کنـد کـه بیـن راهبردهـای متمرکـز بـر پیشـایند (پیـش از رخـداد حادثـه) کـه منجـر بـه تجربـه‌ی هیجـان واقعـی می‌شـود و راهبردهـای متمرکـز بـر پاسـخ کـه در پاسـخ بـه تجربـه‌ی هیجـان بـه کار بـرده می‌شـود، تمیـز قائـل می‌شـوند. ارزیابـی مجـدد یـک راهبـرد پیـش از رخـداد حادثـه اسـت کـه باعـث تعبیـر و تفسـیر موقعیـت بـه نحـوی می‌شـود کـه پاسـخ‌های هیجانـی را کاهـش می‌دهنـد. ارزیابـی مجـدد می‌توانـد تجـارب هیجانـی منفـی را تعدیـل کنـد و باعـث عملکـرد بیـن فـردی موفـق شـود. بـا آمـوزش تنظیـم هیجـان بیمـاران می‌تواننـد بـر درد خویـش تسـلط پیـدا کننـد یـا آن را بـه ناخـودآگاه خویـش بسـپارند. ایـن افـراد احساسـات بدنـی خودشـان را درک می‌کننـد، اشـتغال ذهنـی زیـادی بـه درد ندارنـد و عملکـرد شـناختی و جسـمی خـود را مختـل نمی‌کننـد[۴۸]. بنابرایـن بیمـاران بـا انجـام ایـن مداخلـه نـه تنهـا توانایـی کنتـرل و ابـراز بـر هیجان‌هـای خـود را خواهنـد داشـت، بلکـه فاجعه‌انـگاری درد کمتـری را تجربـه خواهنـد کـرد.

نتیجه گیری

بـا توجـه بـه نتایـج پژوهش‌هـای پیشـین و نیـز نتایـج حاصـل از پژوهـش حاضـر، توجـه بـه جنبه‌هـای روانـی بیمـاری خصوصـاً در بیماری‌هـای مزمـن نظیـر بیمـاری فیبرومیالژیـا می‌توانـد، در تسـهیل دوران درمـان و بهبـود عملکردهـای روانشـناختی بیمـاران نقـش بسـزایی داشـته باشـد. بنابرایـن،

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-16]

شناسایی مشکلات روانشناختی در این بیماران و به کارگیری مداخلات روان شناختی برای آ نها به موازات انجام درمان‌های پزشکی، در راستای کاهش این مشکلات حائز اهمیت تلقی می‌گردد. بنابراین درمان مبتنی بر مدل ارتقاء کیفیت زندگی می‌تواند به عنوان به یک راهکار مفید در جهت پیشگیری از بروز مشکلات روان شناختی و سازگاری با درد بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا در نظر گرفته شود.

محدودیت‌ها و پیشنهادهای پژوهش

این پژوهش به دلیل شرایط خاص جسمی و روانی بیماران فیبرومیالژیا درچندین حوزه دارای محدودیت‌هایی هم چون دشواری تعمیم دهی نتایج آن به سایر اقشار به دلیل خاص بودن شرایط افراد نمونه، عدم پیگیری شش ماهه و یک ساله می‌باشد. در همین راستا در پژوهش‌های آتی، پیشنهاد می‌شود که جامعه آماری پژوهش از مناطق مختلف کشور تشکیل شود و نیز پیشنهاد می‌شود که در تحقیقات آتی، پیگیری شش ماهه و یک ساله برای این بیماران صورت گیرد.

تقدیر و تشکّر

این مقاله برگرفته از پایا ن نامه دوره دکتری شهرزاد حاجی محمد کاظمی می‌باشد. در پایان لازم است از بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا که علی رغم وجود درد با صبر و حوصله ما را در انجام این پژوهش یاری دادند قدردانی نموده و برای همگی آنان آرزوی صحّت و سلامتی کرد.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-16]

References

1. Abedi M, Khalilzade Poshtgol M, Asgharimoghadam MA. [Pain self- control and social support in different levels of studying in patients with chronic pain (Persian)].Contemporary Psychology 2010; 5: 505-506.
2. Woolfolk A L Allen L A & Apter J T. Affective-cognitive behavioral therapy for fibromyalgia: A randomized controlled trial. Pain Research and Treatment, 2012; 6 pages.
3. Jain A, & Bhadauria D. ”Evaluation of efficacy of fluoxetine in the management of major depressionand arthritis in patients of rheumatoid arthritis”. Indian J Rheumatol 2003; 8 (6): 165- 169.
4. Mease P. Fibromyalgia syndrome: review of clinical presentation, pathogenesis, outcome measures, and treatment. J Rheumatol Suppl 2005; 75: 6-21.
5. Carruthers BM, van de Sande MI. Fibromyalgia Syndrome: A Clinical Case Definition and Guidelines for Medical Practitioners: An Overview of the Canadian Consensus Document 2005.
6. Rothenberg R.Fibromyalgia documentation & treatment: A guide for primary care professionals. Fibromyalgia Frontiers 2007; 15 (1): 11-6.
7. Abeles AM, Pillinger MH, Solitar BM & Abeles M. Narrative review: the pathophysiology of fibromyalgia. Ann Hntern Med 2007; 146 (10):726-34.
8. Rooks DS. Fibromyalgia treatment update. Curr Opin Rheumatol; 19 (2): 111-7.
9. Häuser W, Eich W, Herrmann M, Nutzinger DO, Schiltenwolf M, Henningsen P. Fibromyalgia syndrome: classification, diagnosis, and treatment. Dtsch Arztebl Int 2009; 106 (23):383-91.
10. Sommer C, Häuser W, Gerhold K, Joraschky P, Petzke F, Tölle T, et al.2008. Etiology and pathophysiology of fibromyalgia syndrome and chronic widespread pain. Schmerz 2008; 22 (3):267-82.
11. Häuser W, Bernardy K, Uçeyler N, Sommer C. Treatment of fibromyalgia syndrome with antidepressants: a meta-analysis. JAMA 2009;301 (2):198-209.
12. Stisi S, Cazzola M, Buskila D, Spath M, Giamberardino MA, Sarzi-Puttini P, et al. Italian Fibromyalgia Network. Etiopathogenetic mechanisms of fibromyalgia syndrome. Reumatismo 2008;1:25-35.
13. 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.
14. Gracely RH, Geisser ME, Giesecke T, Grant MAB, Petzke F, et al. Pain catastrophizing and neural responses to pain among persons with fibromyalgia. Brain 2004;127: 835-843.
15. Hassett AL, Cone JD, Patella SJ, Sigal LH.The role of catastrophizing in the pain and depression of women with fibromyalgia syndrome. Arthritis Rheumatol 2000; 43: 2493-2500.
16. Gracely RH, Geisser ME, Giesecke T, Grant MAB, Petzke F, et al. Pain catastrophizing and neural responses to pain among persons with fibromyalgia. Brain,127: 835-843.
17. Giesecke T, Williams DA, Harris RE, Cupps TR, Tian X, et al. Subgrouping of fibromyalgia patients on the basis of pressure-pain thresholds and psychological factors. Arthritis Rheumatol 2003;48: 2916-2922.
18. Zare H, Mohammadi N, Motaghi P, Afshar H, Pour Kazem L. [Effectiveness of adjusted Mindfulness-Based Cognitive Therapy on catastrophizing, acceptance and pain Intensity in patients with fibromyalgia(Persian)]. Health Psychology 2014; 3(4).
19. Evers A.W. M, Kraaimaat F.W, Geenen R, Jacobs J.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-16]

W. G & Bijlsma J. w. J. Pain coping and social support aspredictors of long-term functional disability and pain in early rheumatoid arthritis.Behavior Research and Therapy 2003; 41, 1295-1310.

20. Ghooshchianchoobmasjedi S, dehghani M, Khorsandi M, Farzad v. [The Role of Fear of Pain and Related Psychological Variables in Prediction of Cesarean Labor(Persian)]. Arak University of Medical Sciences Journal 2011; 14 (3): 45-54.
21. Drahozal D N, Stewart S H, Sullivan M J. Tendency to Catastrophizing Somatic Sensation: Pain Catastrophizing and Anxiety Sensitivity in Predicting Headache, Cognitive Behavior Therapy 2006;35(4) 226-235.
22. Rollman GB. Perspectives on hypervigilance. Pain 2009;141:183 4.
23. Galenkamp L, Lazaridou A, Napadow O, Edwards R.The relationship between catastrophizing, anxiety, and sleep quality in fibromyalgia. The journal of pain 2018; 19 (3): 33 pages.
24. Lami J M, Martínez P M, Sánchez I A, Guzmán A M. Catastrophizing, Acceptance, and Coping as Mediators Between Pain and Emotional Distress and Disability in Fibromyalgia. Journal of Clinical Psychology in Medical Settings 2018; 25 (1): 80–92.
25. Faregh N, Ste-Marie A P & Fitzcharles A M. Emotional Pain and Catastrophizing Influence Quality of Life in Fibromyalgia. American college of rheumatology2012.
26. Glombiewski J A, Sawyer A T, Gutermann J, Koenig K, Rief W, Hofmann S G. Psychological treatments for fibromyalgia: A meta-analysis. Pain 2010; 151: 280-295.
27. Kaplan K H, Goldenberg D L, Galvin-Nadeau M. The impact of a meditation-based stress reduction program on fibromyalgia. General Hospital Psychiatry 1993; 15: 284–289.
28. Grossman P, Tiefenthaler-Gilmer U, Raysz A, Kesper U. Mindfulness training as an intervention for fibromyalgia: evidence of post intervention and 3-year follow up benefits in well- being. Psychotherapy and Psychosomatics 2007; 76 (4): 226-233.
29. McCracken L.M, Thompson M. Components of Mindfulness in patients with chronic pain. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment 2009; 31:75–82.
30. Schmidt S, Grossman P, Schwarzer B, Jena S, Naumann J, Walach H. Treating fibromyalgia with mindfulness-based stress reduction: results from a 3-armed randomized controlled trial.Pain 2011; 152 (2), 361-369.
31. King D B. Rethinking clams of spiritual intelligence: A definition, model, and measure. M.Sc. Dissertation. Canada: Trent University, College of arts and sciences 2008; 32-48.
32. Zohar D, Marshall I. Spiritual Intelligence, the Ultimate Intelligence. London:Bloomsburg 2000.
33. Gratz K L, Gunderson J G. Preliminary Data on an Acceptance-Based Emotion Regulation Group Intervention for Deliberate Self-Harm Among Women With Borderline Personality Disorder. Behavior Therapy 2006; 37: 25–35.
34. Vowles E K, Sorrell T J. Life with Chronic Pain: An Acceptance-based Approach 2007.
35. Sullivan M, Bishop S, Pivik J. The pain Catastrophizing Scale: development and validation. Psychol Assess 1995;7 (4):524-532.
36. Davoudi I Zargar Y Mozaffaripour E Nargesi F, Molah k. [The Relationship Between Pain Catastrophizing. Social Support, Pain- Related Anxiety, Copying Strategies and Neuroticism, with Functional Disability in Rheumatic Patients (Persian)]. Health Psychology 2012; 1 (1): 68-80.
37. Vowles E K, 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 2026-11-16]

38. Rezaian M, Ebrahimi A, Zargham M. [Acceptance and Commitment Therapy on Catastrophizing and unable to pain in women with pelvic chronic pain(Persian)]. Researches of Cognitive and Behavioral Science 2014; 4(2).
39. Anvari M, Ebrahimi A, Neshatdoost H T, Afshari 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(Persian)]. Journal of Isfahan Medical School 2014; 259.
40. Vowles E K, 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.
41. Bailey K M, Carleton R N, Vlaeyen J. "Treatments addressing painrelated fear and anxiety in patients with chronic musculoskeletal pain: a preliminary review." Cognitive behaviour therapy 2010; 39 (1): 46-63.
42. 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.
43. Twohig M P. Acceptance and Commitment Therapy: Introduction.Cognitive and Behavioral Practice 2012; 19 (4): 499-507.
44. Taylor c. Fundamentalof nursing:The art and science of nursing care.5th.ed 2005.
45. Schütze R, Rees C, Preece M, Schütze M. Low Mindfulness Predicts Pain Catastrophizing in a Fear-Avoidance, Model of Chronic Pain. Pain 2010; 148: 120-27.
46. Sturgeon JA, Zautra AJ. State and trait pain catastrophizing and emotional health in rheumatoid arthritis. J Behav Med 2013; 45 (1): 69-77.
47. Severeijins Z, Vlaylen J, Van den hout. Do we need a communal coping model of pain catastrophizing? An alternative explanation. Pain 2004;111: 226-229.
48. Marroquín,B."Interpersonal emotion regulation as a mechanism of social support in depression". ClinicalPsychology Review 2011; 31 (8): 1276-1290.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-16]