Journal of Anesthesiology and Pain Summer 2023, Vol 14, No 2



The Effectiveness of Treatment Based On Emotional Efficiency on Pain Anxiety and Pain Acceptance in Women with Chronic Low Back Pain in Isfahan

Shokooh Motohamelian[1], Ilnaz Sajjadian[2*]

1. *M A. Student, Clinical Psychology, Department, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran*
2. *Associate Professor, Clinical Psychology Department, Community Health Research Center, Isfahan (Khorasgan) Branch , Islamic Azad University, Isfahan, Iran*

ABSTRACT

Aim and background: Chronic Low back pain (LBP) is one of the top 10 diseases that account for the most years of life with disability worldwide.

Material and Methods: The research method was a semi-experimental pre-test-post-test type with a control group and a 45-day follow-up period. The statistical population of this research included all women with chronic Low back pain who referred to the hospital and specialized pain clinics in Isfahan city in the summer quarter of 1401. In this research, 30 patients suffering from chronic back pain were selected by available sampling method and randomly assigned to experimental and control groups (15 patients in each group). The experimental group received 8 sessions of 90 minutes during two months of treatment based on emotional efficiency, but the control group did not receive any intervention. The questionnaires used in this research included pain anxiety, pain acceptance. The experimental group received mindfulness-based stress reduction therapy during 8 90-minute group sessions, but no intervention was performed on the control group. The data was analyzed through SPSS-23 software and with the analysis of variance test with repeated measures.

Results: Treatment based on emotional efficiency had a significant effect on reducing pain anxiety symptoms and improving pain acceptance in the post-examination and follow-up stages.

Conclusion: Treatment based on emotional efficiency is suggested as an effective treatment in health centers to improve pain acceptance and reduce pain anxiety in women with chronic low back pain.

Keywords: treatment based on emotional efficiency, pain anxiety, pain acceptance, chronic low back pain

Please cite this paper as:
Motohamelian SH, Sajjadian I [The Effectiveness of Treatment Based On Emotional Efficiency on Pain Anxiety and Pain Acceptance in Women with Chronic Low Back Pain in Isfahan (Persian)]. J Anesth Pain 2023;14(2):61-74.

Corresponding Author: Ilnaz Sajjadian, Associate Professor, Clinical Psychology Department, Community Health Research Center, Isfahan (Khorasgan) Branch , Islamic Azad University, Isfahan, Iran
Email: i.sajjadian@khuisf.ac.ir

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-26]

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۱۴، شماره ۲، تابستان ۱۴۰۲

اثربخشی درمان مبتنی برکارآمدی هیجانی بر اضطراب درد و پذیرش درد زنان دارای کمر درد مزمن

شکوه متحملیان[۱]، ایلناز سجادیان[۲]*

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.
۲. دانشیارگروه روانشناسی بالینی، مرکز تحقیقات سلامت جامعه، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۱/۲۶ **تاریخ بازبینی: ۱۴۰۲/۲/۲۵** **تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۳/۱۵**

چکیده

زمینـــه و هـــدف: کمـردرد مزمـن (Chronic Low Back pain) یکـی از ۱۰ بیمـاری برتـر اسـت کـه بیشـترین سـال هـای زندگـی بـا ناتوانـی را در سراسـر جهـان بـه خـود اختصاص داده اسـت. پژوهـش حاضـر بـا هـدف بررسـی اثربخشـی درمـان مبتنی برکارآمـدی هیجانـی بـر اضطـراب درد و پذیـرش درد زنـان دارای کمـر مزمـن انجـام گرفـت.

مواد و روش‌ها: روش پژوهـش نیمـه آزمایشـی از نـوع پیش آزمـون- پس آزمـون با گـروه کنتـرل و دوره ی پیگیـری ۴۵ روزه بـود. جامعـه آمـاری ایـن پژوهـش شـامل کلیـه‌ی زنـان دارای کمـر درد مزمـن مراجعـه کننـده بـه بیمارسـتان و کلینیـک هـای تخصصـی درد در شـهراصفهان در سـه ماهـه تابسـتان سـال ۱۴۰۱ بـود. در ایـن پژوهـش تعـداد۳۰ بیمـار مبتـلا بـه کمـر درد مزمـن بـا روش نمونـه گیـری دردسـترس انتخـاب و بـا گمـارش تصادفـی در گـروه هـای آزمایـش و گـواه گمـارده شـدند (هرگـروه ۱۵ بیمـار). گـروه آزمایـش مداخلـه درمـان مبتنـی برکارآمـدی هیجانـی را طـی دوماه ۸ جلسـه ۹۰ دقیقـه ای دریافـت کردنـد امـا گـروه کنتـرل هیـچ گونـه مداخلـه ای دریافـت نکردنـد. پرسشـنامه هـای مـورد اسـتفاده در ایـن پژوهـش شـامل اضطـراب درد و پذیرش درد بود. گـروه آزمایـش درمـان کاهـش اسـترس مبتنـی بـر ذهـن آگاهـی را طـی ۸ جلسـه ی گروهـی ۹۰دقیقـه ای دریافـت کـرد، امـا بـر گـروه کنتـرل هیـچ مداخلـه‌ای انجـام نشـد. داده هـا از طریق نرم افزار SPSS-۲۳ و بـا آزمـون تحلیـل واریانـس بـا اندازه های تکراری مـورد تجزیـه تحلیـل قـرار گرفـت.

نتایـج: درمـان مبتنـی برکارآمـدی هیجانـی برکاهش علائـم اضطراب درد و بهبود پذیرش درد در مراحـل پـس آزمـون و پیگیـری تأثیـر معنـا دار داشت.

نتیجه‌گیـری: درمـان مبتنـی برکارآمـدی هیجانی بـه عنـوان یـک درمـان اثربخـش درمراکز بهداشـتی و درمانی بـرای بهبـود پذیـرش درد و کاهـش اضطـراب درد زنـان دارای کمـر درد مزمـن پیشـنهاد میگـردد..

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی ،اضطراب درد،پذیرش درد، ،کمر درد مزمن

نویســـنده مســـئول: ایلنـاز سـجادیان، دانشـیارگروه روانشناسـی بالینـی، مرکـز تحقیقـات سـلامت جامعـه، دانشـگاه آزاد اسـلامی، واحـد اصفهـان (خوراسـگان)، اصفهـان، ایـران

پست الکترونیک: i.sajjadian@khuisf.ac.ir

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-26]

مقدمه

طبقه‌ای از بیماری ها وجود دارند که فرد مبتلا به این گروه از بیماری ها علائم و نشانه های جسمی دارد درصورتی که این علائم تحت تاثیر تنش های روانی شدت پیدا می‌کند، به این گونه بیماری ها بیماری های روان تنی گفته می‌شود[۱]. درد مزمن، یکی از اساسی ترین بیماری های روان تنی است که افراد با آن مواجه می شوند و همواره یکی از دغدغه های پژوهشگران، پرداختن به این گونه دردها و عواملی است که زمینه ساز این دردها می‌شوند[۲]. کمر درد با شیوع ۷۰ تا ۸۵ درصد بیشترین درصد دردهای مزمن را به خود اختصاص داده است[۳]. یکی از بیماری های اسکلتی – عضلانی کمر درد مزمن می باشد که توام با ناتوانی و تخریب ستون فقرات است . کمر درد مزمن با علائمی همچون : درد زیاد، کاهش توان جسمی و حرکتی، تخریب و تغییر شکل ستون فقرات کمر همراه می باشد[۴]. طبقه بندی کمر درد باتوجه به ملاک مدت زمان بدین شکل می باشدکه اگر مدت زمان درد از ۷ روز کمتر باشد به آن کمر درد حاد ، درصورتی که بین ۱ هفته تا ۱۲ هفته استمرار یابد کمر درد تحت حاد و درصورتی که بیش از ۱۲ هفته طول بکشد کمر درد مزمن تعریف می شود[۵]. نتایج پژوهش Dehghan و همکاران [۶] که در کشور ایران انجام شد بیانگر این مطلب بود که ۸۴ درصد افراد حداقل یک بار کمر درد را در زندگی خود تجربه می کنند که ۲۳ در صد این افراد کمر درد مزمن داشته و نیازمند مراقبت های درمانی هستند. درد مزمن یکی از شایع ترین بیماری های مزمن در ایالات متحده است به طوری که ۵۰ میلیون بزرگسال یا به عبارتی ۲۵٪ جمعیت بزرگسال آمریکا درد را هرروز یا بیشتر روزها گزارش کرده اند .شایع ترین محل دردکمر درد، درد لگن ، زانویا پا بوده است[۷]. بیشتر از ۸۰ درصد خدمات بهداشتی توسط افراد دارای کمر درد مزمن توام با ناتوانی بیشتر از ۳ ماه استفاده می‌شود [۱] . کمر درد مزمن، یک آسیب فراگیر زیستی، اجتماعی و اقتصادی در بین قشر شاغل کشورهای صنعتی محسوب می شود. کمر درد مزمن هزینه های چشمگیری بر مرخصی های استعلاجی، مستمری از کار افتادگی و هزینه های جایگزینی دارد، هم چنین کمر درد مزمن تاثیر چشمگیری بر کیفیت زندگی و بهره وری افراد آسیب دیده می گذارد[۹] . درحال حاضر به منظور تبیین پدیده درد الگوی زیستی روانی اجتماعی مطرح است . بر خلاف الگوی زیستی طبی که تنها به بعد جسمی در بروز درد تاکید داشته است در این الگو نقش عوامل روانشناختی و اجتماعی در تجربه درد مورد توجه قرار می گیرند. به تدریج که درد مزمن می شودعوامل روانشناختی در پایداری و شدت درد در مقایسه با ایجاد درد سهم بیشتری دارند[۱۰] . اضطراب درد یکی از متغیر های روان شناختی موثر در ادراک و سازگاری با درد مزمن می باشد[۱۱]. براساس پژوهش های انجام شده در سال های اخیر اضطراب درد از متغیر های دخیل و موثر در ایجاد و پایداری دردهای عضلانی و اسکلتی می باشد [۱۲] . اضطراب درد مجموعه ای از پاسخ‌های شناختی، روانی ورفتاری عینی قلمداد می شود که در واکنش به درد یا رویداد های مرتبط به درد بروز پیدا می‌کند[۱۳].اضطراب درد منجر به رفتار هایی چون : اجتناب از فعالیت و گوش به زنگی نسبت به محرک های درد می شود .گوش به زنگی دائمی و برانگیختگی های بدنی نقش موثری در افزایش و پایداری درد دارند . در نهایت به دنبال اضطراب و ترس، بیمارن اجتناب از فعالیت و ناتوانی بیشتری را تجربه خواهند کرد. هم چنین سبک مقابله ای با استرس بیماران تحت تاثیر عوامل واسطه ای که همان عامل شناختی است قرار می گیرد . ارزیابی منفی بیماران از شرایط استرس زا سبب کاهش سازگاری و افزایش درد خواهد شد[۱۴].

امروزه، شناسایی مکانیزم‌های سازگارانه در بیماران مبتلا به درد مزمن که به موجب آن سلامت روان شناختی و توانایی عملکردی آن‌ها حفظ شود موضوع مورد علاقه پژوهشگران شده است. پژوهش‌ها حاکی از آن است که پذیرش درد موجب بهبود عملکرد بیماران دارای درد مزمن می شود[۱۵] . پذیرش درد به این معنا می باشد که فرد ضمن اعتقاد داشتن به وجود درد، محدودیت ها و ناتوانی های ناشی از آن در جهت مدیریت و کنترل درد خویش عمل می کند[۱۶]. پذیرش درد اولین قدم برای سازگاری با درد و تغییرات ناشی از آن است. همین طور به دنبال پذیرش درد، بیماران فعالیت های غیر موثر در جهت کنترل درد را رها می کنند و تکالیف ارزشمند و هدف‌های شخصی مطلوب زندگی خود را پیگیری می‌کنند[۱۷] . به دنبال پذیرش درد عملکرد جسمی و روانی بهبود پیدا میکند، هم چنین پذیرش و تحمل ناتوانی های ناشی از درد سبب می شود عوارض بیماری هموارتر گردد و مراحل درمان با نتایج بهتری حاصل شود[۱۸] .

دارو درمانی یا روش های متداول طبی اگرچه می تواند سبب کاهش شدت درد مزمن شود ولی معمولا موجب بهبودی کارکرد جسمی و روانی نمی شود[۱۹] . یکی دیگر از دلایل ناموثر بودن روش دارو درمانی در بهبودی درد

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-26]

هـای مزمـن عـوارض دارو هـای ضـد درد ، اثـرات درمانـی موقـت و وابسـتگی بـه داروهـا مـی باشـد . بـه عنـوان مثـال در بیـش از ۴۰ درصـد بیمارانـی کـه بـه منظـور تسـکین درد خـود ، مسـکن مصـرف مـی کننـد عـوارض دارویـی گـزارش شـده اسـت[۲۰] . در قـرن بیسـتم بـه دنبـال شکسـت درمـان هـای زیسـتی در خصـوص درد ، متخصصـان حـوزه سـلامت بـه عوامـل روان شـناختی روی آوردنـد[۲۱]. از طرفـی، درد پدیـده ای چنـد بعـدی اسـت کـه افـکار، هیجـان هـا و عوامـل روان شـناختی بـر تجربـه درد تاثیـر مـی گذارنـد [۲۲]بـه بیـان دیگـر عوامـل عاطفـی و هیجـان منفـی شـدت و ادراک درد را متاثـر مـی سـازد [۲۳، ۲۴] فـرض زیربنایـی درمـان هـای روان شـناختی در ایـن اسـت ، درصورتـی مانـدگاری نتایـج درمانـی حفـظ خواهـد شـد کـه عوامـل شـناختی و عاطفـی سـهیم در رفتـار مـورد توجـه قـرار گیـرد[۲۵].

از طرفـی ، از زمـان معرفـی مـدل روان درمانـی شـناختی، مطالعـات بـی شـماری کار آمـدی درمـان شـناختی رفتـاری را نشـان داده انـد. امـروزه گسـتره متنوعـی از پروتـکل هـای برخـودار از حمایـت تجربـی بـرای هـدف گیـری اختـلال هـای خـاص طراحـی شـده انـد. بـا ایـن حـال ایـن پروتـکل هـا درمـان هـر دردی نیسـتند و در بسـیاری از درمانجویـان موجـب بهبـودی کامـل علائـم نمـی شـوند و بازگشـت هـای مکـرر در برخـی اختـلال هـا پدیـده ای متـداول اسـت[۲۶].

تنظیـم هیجـان بخـش مهمـی از زندگـی هـر فـرد را بـه خـود اختصـاص مـی دهـد .باوجـود شـیوع مشـکلات مربـوط بـه تنظیـم هیجـان، اغلـب درمـان هـای موجـود تنهـا بـر درمـان علائـم تمرکـز مـی کننـد و از شناسـایی و هـدف قـراردادن برانگیزنـده هـای زیربنایـی مشـکلات ناتـوان هسـتند. از ایـن رو توجـه بـه مداخـلات روان شـناختی رفتـاری بـا محوریـت تنظیـم هیجـان در حـل مشـکلات بیمـاران مبتـلا بـه کمـر درد مزمـن مهـم مـی نمایـد کـه درمـان مبتنـی بـر کارآمـدی هیجـان از آن جملـه انـد. یکـی از سـازه هـای مؤثـر در ایـن راسـتا کارآمـدی هیجـان اسـت. کارآمـدی هیجانـی بـه میـزان توانایـی فـرد بـرای تجربـه کـردن و پاسـخگویی مؤثـر بـه تمـام هیجـان ها،متناسـب بـا بافـت و همسـو بـا ارزش هـا اطـلاق میشـود[۲۷]. بـه نظـر میرسـد سـه مکانیسـم فراتشـخیصی بیشـترین سـهم را در بـد تنظیمـی هیجانـی بـازی مـی کننـد: عـدم تحمـل پرریشـانی چشـمگیر، اجتنـاب هبجانـی بـالا و نشـخوار / نگرانـی زیـاد (تفکـر منفـی تکـرار شـونده). درمـان مبتنـی برکارآمـدی هیجانـی هـر سـه ایـن مکانیسـم هـا را هـدف قـرار داده اسـت. در ایـن درمـان، مهـارت هـای مقابلـه ای کلیـد رفتـار درمانـی دیالکتیکـی بـا مولفـه هـای پذیـرش، ذهـن آگاهـی و فرآینـد هـای شـفاف سـازی ارزش هـا در در مـان مبتنـی بـر پذیـرش و تعهـد و دربافـت مواجهـه هیجانـی ترکیـب مـی شـوند. ایـن برنامـه درمانـی از پنـج مولفه تشـکیل شـده اسـت : آمـوزش آگاهـی و پذیـرش هیجـان – یادگیـری بـرای چهـار مولفـه هیجـان، مواجهـه هیجانـی سـاختار یافتـه – یادگیـری تماشـای جـزر و مـد مـوج هیجانـی و در عیـن حـال فاصلـه گرفتـن از افـکار منفـی، شـفاف سـازی ارزش هـا همـراه بـا آمـوزش عملـی مبتنـی بـر ارزش هـا، مواجهـه تصـوری در ترکیـب بـا تمریـن شـناختی عمـل مبتنـی بـر ارزش هـا، مواجهـه تصـوری همـراه بـا شـش مهـارت مقابلـه ذهـن آگاهانـه[۲۶].

نتایـج پژوهـش Kazemi و همـکاران[۲۸] نشـان داد درمـان فراتشـخیصی یکپارچـه نگـر در مقایسـه بـا رفتـار درمانـی دیالکتیکـی بربهزیسـتی روان شـناختی و ادراک درد بیمـاران مبتـلا بـه سـرطان موثـر تـر بـود. نتایـج مطالعـات Hossein-pour و Samier[۲۹] بیانگـر اثربخشـی درمـان مبتنـی بـر پذیـرش و تعهـد بـر پذیـرش درد بیمـاران مبتـلا بـه مالتیپـل اسـکلروزیس مـی باشـد. هـم چنیـن تاثیـر رفتـار درمانـی دیالکتیـک بـر اضطـراب درد و افسـردگی در افـراد مبتـلا بـه سـندرم روده تحریـک پذیـر[۳۰]، در بررسـی دیگـری Ebra-himi و همـکاران [۳۱] تاثیردرمـان مبتنـی برکارآمـدی هیجانـی بـر افزایـش کیفیـت خـواب و کاهـش طرحواره‌هـای هیجانـی پرسـتاران مضطـرب گـزارش شـده اسـت. البتـه هرچنـد مداخـلات گفتـه شـده ، متمرکـز بـر کارآمـدی هیجانـی بـا هـر دو مولفـه ی اجتنـاب تجربـه ای و تحمـل پریشـانی نبـوده اسـت، امـا ایـن نتایـج، بـا منطـق درمـان فراتشـخیصی کـه بـر پـردازش هیجانـات تاکیـد دارد و آن را در ایجـاد و تـداوم اختـلال هـای هیجانـی از جملـه اضطـراب درد موثـر مـی دانـد[۳۲] همسـو اسـت.

باتوجـه بـه شـیوع بـالای بیمـاری کمـر درد مزمـن ، عـدم نتیجـه گیـری کامـل از درمـان هـای زیسـتی و دارویـی و عـوارض ایـن داروهـا، بازگشـت علائـم بیمـاری در درمـان هـای شـناختی و رفتـاری، از ایـن رو بـه نظـر مـی رسـد در ایـن حـوزه نیـاز بـه مداخـلات جدیـدی احسـاس مـی شـود . درمـان مبتنـی برکارآمـدی هیجانـی در ایـران تـا بـه حـال بـر روی زنـان دارای کمـر درد مزمـن اجـرا نشـده اسـت و از ایـن حیـث بسـیار جدیـد مـی باشـد . بنابرایـن تحقیـق حاضـر بـا هـدف تعییـن میـزان اثـر بخشـی درمـان مبتنـی برکارآمـدی هیجانـی بـر اضطـراب درد و پذیـرش درد زنـان دارای کمـر درد مزمـن شـهر اصفهـان انجـام گرفـت.

مواد و روش ها

روش پژوهـش حاضـر، نیمـه تجربـی بـا طـرح پیـش آزمـون

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-26]

- پس آزمون با گروه کنترل می‌باشد. پس از پایان درمان به مدت ۴۵ روز به منظور بررسی پایداری اثر درمان پیگیری صورت گرفت. جامعه‌ی آماری شامل کلیه ی زنان دارای کمر درد مزمن مراجعه کننده به بیمارستان و کلینیک‌های تخصصی (خصوصی) درد شهر اصفهان درتابستان ۱۴۰۱ بودند. بدین منظور تعداد ۳۰ نفر از افراد مراجعه کننده به بیمارستان و کلینیک های مغز و اعصاب شهر اصفهان درتابستان ۱۴۰۱که از طریق اعلام فراخوان و تشخیص متخصص مغز و اعصاب، واجد ملاک‌های ورود به پژوهش بودند به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دوگروه آزمایشی و کنترل جایگزین شدند (هرگروه ۱۵ نفر). باتوجه به اینکه هر گروه ۱۵ نفر در تحقیقات آزمایشی کفایت می‌کند[۳۳]. درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی برای گروه آزمایش براساس بسته درمانی Matthew و West [۲۶]به صورت گروهی اجرا گردید، درحالی که گروه کنترل مداخله درمانی را دریافت نکردند. البته به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی گروه کنترل بعد از اتمام پژوهش یک دوره فشرده درمان را دریافت کردند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: تمایل آگاهانه به شرکت در جلسات درمان، جنسیت زن، سواد خواندن و نوشتن، عدم ابتلا به اختلالات حاد روانپزشکی همزمان ، عدم سو مصرف مواد ویا اعتیاد به الکل، عدم بارداری، تجربه حداقل ۳ماه کمر درد. ملاک های خروج از پژوهش شامل: غیبت بیش از دو جلسه ، شرکت در برنامه های درمانی و آموزشی روان شناختی دیگر به صورت همزمان ، عدم تمایل به شرکت و یا ادامه دادن جلسات درمان بودند.

ابزار سنجش

مقیاس اضطراب درد (PASS-20): این مقیاس توسط McCracken و Dhingra [۳۴] ساخته شده است [۳۴]. مقیاس اضطراب درد یک مقیاس خود گزارشی است که اضطراب مرتبط با درد را ارزیابی می کند. این مقیاس شامل چهار خرده مقیاس: اضطراب شناختی ، رفتارهای فرار/اجتناب، ترس از درد و علائم فیزیولوژیکی اضطراب می باشد. هر مورد در یک مقیاس ۶ درجه ای از ۰ (هرگز) تا ۵ (همیشه) رتبه بندی می شود. نمره کل از ۰ تا ۱۰۰ متغیر است، نمرات بالاتر نشان دهنده اضطراب بیشتر مربوط به درد است[۳۴]. همبستگی بین کل مقیاس با مقیاس افسردگی یک $r=۰/۶۲$ به دست آمده است. همین طور همبستگی این مقیاس با ناتوانی جسمانی و روان شناختی به ترتیب $r=۰/۴۴$ و $r=۰/۵۹$ محاسبه شده است[۳۵].

. پایایی این پرسشنامه برای نمره کل با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و برای خرده مقیاس ها بین ۰/۷۵ تا ۰/۸۵ به دست آمده است [۳۴] . روایی و پایایی این پرسشنامه برای اولین بار درایران در پژوهش Shanbe-hzadeh و همکاران[۳۶] بر یک گروه نمونه ۶۰ نفری از بیماران مبتلا به کمر درد مزمن محاسبه شد که ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل مقیاس اضطراب درد ۰/۹۱و برای زیر مقیاس های اضطراب شناختی۰/۸۷ ، فرار/ اجتناب ۰/۷۲ ، ترس از درد ۰/۷۸ و علائم فیزیولوژیکی اضطراب ۰/۷۰ به دست آمده است. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۷۶، خرده مقیاس اضطراب شناختی ۰/۷۰ ، خرده مقیاس گریز – اجتناب ۰/۷۰، خرده مقیاس ترس از درد ۰/۷۱ و خرده مقیاس اضطراب فیزیولوژیک ۰/۷۴ به دست آمده است.

پرسشنامه پذیرش دردمزمن (CPAQ): یک پرسشنامه خودتوصیفی است که پذیرش درد مزمن را ارزیابی میکند. نسخه اصلی پذیرش درد مزمن توسط McCracken و همکاران[۳۷] تنظیم شده است این پرسشنامه شامل دو خرده مقیاس : تهد به فعالیت و رضایت از درد می باشد. خرده مقیاس های پذیرش درد مزمن براساس مقیاس ۷ درجه ای لیکرت ازصفر(اصلا)تا ۶ (همیشه) نمره گذاری می شود . نمره کل از ۰ تا ۱۲۰ متغیر است . نمرات بالاتر نشان دهنده پذیرش درد بیشتر است[۳۷]. در بررسی ویژگی های روانسنجی نسخه فارسی، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و ضرایب باز آزمایی ۰/۷۱ گزارش شد. روایی و پایایی این پرسشنامه برای اولین بار درایران در پژوهش Ebrahimi و همکاران[۳۸] بر یک گروه نمونه ۲۲۸ نفری از بیماران مبتلا به درد مزمن در اصفهان ، یزد و تهران محاسبه شد که ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل مقیاس اضطراب درد۰/۷۹ و برای زیر مقیاس های تعهد به فعالیت ۰/۷۳ و رضایت از درد ۰/۷۱ محاسبه شده است . در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۸۴، خرده مقیاس تعهد به فعالیت ۰/۷۷ وخرده مقیاس رضایت از درد ۰/۸۰ محاسبه شده است.

پس از گردآوری داده ها این اطلاعات وارد نرم افزار SPSS-23 گردید و از آمار توصیفی)شامل میانگین و انحراف معیار(و آمار استنباطی)شامل تحلیل واریانس با اندازه های تکراری) استفاده گردید.

نتایج

یافته های توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-26]

جدول ۱: شرح مختصر جلسات درمان مبتنی برکارآمدی هیجانی

جلسات	محتوای جلسات
اول	خوشامدگویی و تکمیل ابزارهای اندازه گیری پیش از درمان،معرفی رهبر و اعضای گروه ، آگاهی از هیجان ها، تمرین پذیرش ذهن آگاهانه ،تمرین تماشاکردن هیجان و معرفی تمرین مهارت ها و برگه ثبت مهارت ها
دوم	مرور تمرین مهارت های جلسه گذشته ،آموزش روانی درباره ی پذیرش ذهن آگاهانه ،تمرین پذیرش ذهن آگاهانه ،معرفی اجتناب از هیجان ، آموزش روانی درباره موج سواری برروی هیجان،آموزش روانی درباره ی مواجهه و تمرین
سوم	تمرین پذیرش ذهن آگاهانه و بازخورد، مرور تمرین مهارت ها ، آموزش روانی درباره لحظه انتخاب ، معرفی عمل کردن براساس ارزش ها ، تمرین وایت برد باارزش ها و موانع هیجانی ، تمرین عمل مبتنی بر ارزش ها بااستفاده از مواجهه تصویری و بازخورد
چهارم	تمرین پذیرش ذهن آگاهانه و بازخورد،مرور تمرین مهارت ها ، تمرین هیولاها در اتوبوس ، عمل مبتنی برارزش ها با استفاده از مواجهه تصویری و بازخورد، تعیین تکلیف مهارت های جلسه چهارم
پنجم	تمرین پذیرش ذهن آگاهانه و بازخورد، مرور تمرین مهارت ها ، آموزش روانی درباره مقابله ذهن آگاهانه ، معرفی تن آرامی همراه با مواجهه هیجانی و بازخورد ، تمرین مهارت های خود آرام سازی همراه با مواجهه هیجانی و بازخورد،تعیین تکلیف تمرین مهارت ها
ششم	تمرین پذیرش ذهن آگاهانه و بازخورد، مرور تمرین مهارت ها ، آموزش روانی در ارتباط باافکار مقابله ای ، تمرین افکار مقابله ای از طریق مواجهه با هیجان و بازخورد،آموزش روانی درباره پذیرش بنیادین ، تمرین پذیرش بنیادین از طریق مواجهه با هیجان و بازخورد ،تعیین تکلیف مهارت های جلسه ششم
هفتم	تمرین پذیرش ذهن آگاهانه و بازخورد، مرور تمرین مهارت ها ، آموزش روانی درباره توجه برگردانی و وقت استراحت ، توجه برگردانی همراه با مواجهه تصوری یا هیجانیی و بازخورد ، معرفی طرح کارآمدی هیجان فردی تعیین تکلیف تمرین مهارت ها
هشتم	تمرین پذیرش ذهن آگاهانه و دریافت بازخورد، مرور تمرین مهارت ها ،مرور برنامه کارآمدی هیجانی شخصی ،دریافت بازخورد و رفع اشکال ، مواجهه تصوری یا هیجانی بااستفاده از مهارت درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی و دریافت بازخورد،درجه بندی کارآمدی هیجانی، سخنان پایانی . قدردانی ، اجرای پرسشنامه های پس از درمان

جدول ۱: شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک دو گروه و سه مرحله پژوهش

متغیر	گروه	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
		میانگین± انحراف معیار	میانگین± انحراف معیار	میانگین± انحراف معیار
اضطراب درد	آزمایش	۱۱/۴۱±۴۹/۷۳	۵/۳۰±۳۲/۶۰۰	۴/۴۷±۳۲/۲۶
	کنترل	۹/۳۴±۴۸/۰۰	۶/۹۲±۴۷/۸۰	۴/۷۰±۴۷/۴۰
شناختی	آزمایش	۲/۹۳±۱۲/۹۳	۲/۴۳±۸/۶۶	۲/۰۲±۸/۶۶
	کنترل	۲/۹۲±۱۲/۶۰	۲/۱۶±۱۲/۵۳	۲/۴۲±۱۱/۸۰
گریز - اجتناب	آزمایش	۳/۵۱±۱۲/۸۰	۱/۳۶±۹/۰۰	۱/۶۴±۸/۵۳
	کنترل	۳/۵۹±۱۱/۷۳	۳/۲۹±۱۱/۴۰	۲/۷۷±۱۱/۶۰
ترس	آزمایش	۴/۶۸±۱۲/۴۶	۱/۹۲±۷/۸۶	۲/۰۷±۷/۸۰
	کنترل	۴/۳۲±۱۲/۴۰	۳/۴۵±۱۲/۷۳	۳/۳۹±۱۲/۷۳
اضطراب فیزیولوژیکی	آزمایش	۴/۰۱±۱۱/۵۳	۲/۲۲±۷/۰۶	۲/۷۱±۷/۲۶
	کنترل	۵/۳۹±۱۱/۲۶	۴/۵۹±۱۱/۱۳	۳/۹۵±۱۱/۲۶
پذیرش درد	آزمایش	۱۲/۲۸±۵۱/۵۳	۷/۲۶±۶۱/۶۰	۷/۱۰±۶۱/۷۳
	کنترل	۱۵/۰۸±۵۳/۴۶	۹/۶۲±۵۱/۶۶	۱۱/۱۲±۵۳/۲۰
تعهد به فعالیت	آزمایش	۶/۹۰±۳۱/۵۳	۶/۱۱±۴۱/۳۳	۶/۹۳±۴۱/۰۰
	کنترل	۹/۲۱±۳۴/۰۰	۸/۹۸±۳۳/۷۳	۸/۴۰±۳۴/۰۶
رضایت از درد	آزمایش	۶/۱۵±۳۷/۴۰	۳/۹۳±۲۹/۲۶	۵/۶۰±۲۸/۱۳
	کنترل	۷/۴۶±۳۴/۶۰	۵/۸۳±۳۵/۰۰	۷/۵۵±۳۴/۴۰

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-26]

جدول ۲: نتایج تحلیل اثرات بین آزمودنی و درون آزمودنی در متغیر های پژوهش

متغیر	اثر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	اندازه اثر	توان آماری
اضطراب درد	بین آزمودنی	گروه	۲۰۴۴/۹	۱	۲۰۴۴/۹	۱۵/۰۳	۰/۰۰۱	۰/۳۴۹	۰/۹۶۳
	درون آزمودنی	اثر زمان	۱۵۶۸/۴۷	۱/۲۴	۱۲۶۰/۰۶	۴۹/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۶۳۷	۱/۰۰۰
		اثر زمان× گروه	۱۴۲۸/۰۷	۱/۲۴	۱۱۴۷/۲۷	۴۴/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۶۱۵	۱/۰۰۰
شناختی	بین آزمودنی	گروه	۱۱۱/۱۱۱	۱	۱۱۱/۱۱۱	۶/۸۴	۰/۰۱۴	۰/۱۹۶	۰/۷۱۴
	درون آزمودنی	اثر زمان	۱۱۲/۴۷	۱/۶۲	۶۹/۳۲	۴۲/۱۵	۰/۰۰۱	۰/۶۰۱	۱/۰۰۰
		اثر زمان× گروه	۷۵/۴۸	۱/۶۲	۴۶/۵۳	۲۸/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۵۰۳	۱/۰۰۰
گریز - اجتناب	بین آزمودنی	گروه	۱۵۴/۱۷	۱	۱۵۴/۱۷	۳۹/۴	۰/۰۰۱	۰/۵۳	۱/۰۰۰
	درون آزمودنی	اثر زمان	۹۱/۲	۱/۶۶	۵۴/۸۹	۱۶/۵۷	۰/۰۰۱	۰/۳۷۲	۰/۹۹۸
		اثر زمان× گروه	۷۳/۸۶	۱/۶۶	۴۴/۴۲	۱۳/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۳۲۴	۰/۹۹۱
ترس	بین آزمودنی	گروه	۲۳۶/۸۴	۱	۲۳۶/۸۴	۸/۳۶	۰/۰۰۱	۰/۲۳	۰/۷۹۷
	درون آزمودنی	اثر زمان	۹۲/۴۷	۱/۲	۷۹/۱۲	۱۱/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۳	۰/۹۴۴
		اثر زمان× گروه	۱۲۳/۳۶	۱/۱۷	۱۰۵/۵۵	۱۵/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۳۶۳	۰/۹۸۴
اضطراب فیزیولوژیکی	بین آزمودنی	گروه	۲۶۵/۳۵	۱	۲۶۵/۳۵	۵۹/۷	۰/۰۰۱	۰/۳۵۸	۰/۹۲۳
	درون آزمودنی	اثر زمان	۹۸/۶۹	۱/۳۷	۷۱/۸	۲۳/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۴۶۱	۱/۰۰۰
		اثر زمان× گروه	۹۲/۴۷	۱/۳۷	۶۷/۲۸	۲۲/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۴۴۵	۰/۹۹۹
پذیرش درد	بین آزمودنی	گروه	۱۵۷۳/۸۳	۱	۱۵۷۳/۸۳	۳۲/۸۲	۰/۰۰۱	۰/۵۳	۱/۰۰۰
	درون آزمودنی	اثر زمان	۴۲۴/۴۷	۱/۳۵	۳۱۵/۳۹	۱۰/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۲۶۷	۰/۹۳۲
		اثر زمان× گروه	۶۳۰/۸۲	۱/۳۵	۴۶۸/۷۱	۱۵/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۳۵۱	۰/۹۸۸
تعهد به فعالیت	بین آزمودنی	گروه	۱۳۱۸/۶۲	۱	۱۳۱۸/۶۲	۳۹/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۵۹۳	۱/۰۰۰
	درون آزمودنی	اثر زمان	۴۵۴/۴۲۲	۱/۲۳	۳۶۹/۴۵	۳۴/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۵۵۵	۱/۰۰۰
		اثر زمان× گروه	۴۷۵/۳۵۶	۱/۲۳	۳۸۶/۴۷	۳۶/۴۸	۰/۰۰۱	۰/۵۶۶	۱/۰۰۰
رضایت از درد	بین آزمودنی	گروه	۸۳۸/۴۶	۱	۸۳۸/۴۶	۳۱/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۵۲۲	۱/۰۰۰
	درون آزمودنی	اثر زمان	۳۸۱/۰۷	۱/۳	۲۹۲/۱۸	۲۳/۸۵	۰/۰۰۱	۰/۴۶	۱/۰۰۰
		اثر زمان× گروه	۳۸۸/۲۷	۱/۳	۲۹۷/۷۰۴	۲۴/۳۰۳	۰/۰۰۱	۰/۴۶۵	۱/۰۰۰

همان گونه که در جدول ۱ مشاهده می شود، میانگین نمرات متغیرهای پژوهش در گروه مداخله (درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی) نسبت به گروه کنترل تغییر بیشتر در مراحل پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون دارد.

استفاده از آزمون‌های پارامتریک اندازه های تکراری مستلزم رعایت چند پیش فرض اولیه شامل نرمال بودن نمرات، برابری واریانس ها و برابری ماتریس کوواریانس است که در صورت نامساوی و کمتر از ۴۰ نفر بودن حجم گروه‌ها با رعایت پیش فرض‌ها و تأیید آن‌ها می‌توان از این آزمون‌ها استفاده کرد.

هدف از بررسی پیش فرض نرمال بودن آن است که نرمال بودن توزیع نمرات همسان با جامعه را مورد بررسی قرار دهد. این پیش فرض حاکی از آن است که تفاوت مشاهده شده بین توزیع نمرات گروه نمونه و توزیع نرمال در جامعه برابر با صفر است. بدین منظور از آزمون شاپیرو ویلکز استفاده گردید. نتایج حاصل از اجرای این پیش فرض در مورد نمرات متغیرهای پژوهش نشان داد، فرض صفر مبنی بر نرمال بودن توزیع نمرات در متغیر های پژوهش در هر سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-26]

و پیگیری در هر دو گروه باقی است (همه سطوح معنی داری بزرگ‌تر از ۰/۰۵ می‌باشد). پیش فرض لوین مبنی بر برابری واریانس‌ها در گروه‌ها در متغیرهای پژوهش در هر سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تأیید شده است (سطح معنی داری بیشتر از ۰/۰۵ است).
پیش فرض یکنواختی کوواریانس ها با استفاده از آزمون ماچلی در همه متغیرهای پژوهش و ابعاد این متغیرها رد شده است ($p<۰/۰۵$). لذا در بررسی فرضیه های پژوهش از آزمون محافظه کارانه ای چون گرین هاوس – گیزر(Greenhouse-geisser) استفاده می شود.
نتایج مقایسه بین آزمودنی و درون آزمودنی در متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.
براساس یافته های به دست آمده در جدول ۲، براساس آزمون گرین هاوس – گیزر اثر زمان در اضطراب درد و هر چهار بعد معنی دار است که نشان می دهد، بین میانگین نمرات اضطراب درد و چهار بعد شناختی، گریز- اجتناب، ترس و فیزیولوژیک در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و مرحله پیگیری به طور کلی تفاوت معنی داری وجود دارد ($p<۰/۰۰۱$)، به عبارت دیگر تفاوت بین نمرات اضطراب درد و شناختی، گریز- اجتناب، ترس و فیزیولوژیک در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در کل نمونه پژوهش به ترتیب برابر با ۰/۶۳۷، ۰/۶۰۱ ، ۰/۳۷۲، ۰/۳ و ۰/۴۶۱ یا۶۳/۷، ۶۰/۱، ۳۷/۲، ۳۰ و ۴۶/۱ درصد و معنی دار است همچنین اثر اصلی گروه نیز در این متغیر و ابعاد آن نیز معنی دار به دست آمده است ($p <۰/۰۰۱$). به عبارت دیگر، میانگین نمرات اضطراب درد و ابعاد شناختی، گریز- اجتناب، ترس و فیزیولوژیک در گروه آزمایش(درمان مبتنی بر کارامدی هیجان) و کنترل تفاوت معنی داری دارد ($p<۰/۰۵$). نتایج نشان داده است که۳۴/۹ درصد از تفاوت های فردی در اضطراب درد، ۱۹/۶ درصد در بعد شناختی، ۵۳ درصد در بعد گریز- اجتناب، ۲۳ دصد در بعد ترس و ۳۵/۸ درصد در بعد اضطراب فیزیولوژیک به تفاوت بین دو گروه مربوط است. براساس نتایج در جدول فوق، تعامل اثر زمان و عضویت گروهی نیز در این متغیر و ابعاد آن نیز معنی دار به دست آمده است($p <۰/۰۰۱$) که نشان می دهد، تفاوت نمرات اضطراب درد و ابعاد آن در سه مرحله از پژوهش در دو گروه معنی دار است یا به عبارت دیگر روند تغییر نمرات در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در دو گروه با هم تفاوت معنی داری دارند و میزان تفاوت گروه ها در مراحل پژوهش در اضطراب درد و ابعاد شناختی، گریز- اجتناب، ترس و فیزیولوژیک به ترتیب برابر با ۰/۶۱۵، ۰/۵۰۳، ۰/۳۲۴، ۰/۳۶۳ و ۰/۴۴۵ یا ۶۱/۵، ۵۰/۳، ۳۲/۴، ۳۶/۳ و ۴۴/۵درصد به دست امده است.
نتایج هم چنین در جدول ۳ نشان داده است که، براساس آزمون گرین هاوس – گیزر اثر زمان در متغیر پذیرش درد و هر دو بعد آن معنی دار است که نشان می دهد، بین میانگین نمرات پذیرش درد و دو بعد تعهد به فعالیت و رضایت از درد در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و مرحله پیگیری به طور کلی تفاوت معنی داری وجود دارد ($p<۰/۰۰۱$)، به عبارت دیگر تفاوت بین نمرات پذیرش درد، تعهد به فعالیت و رضایت از درد در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در کل نمونه پژوهش به ترتیب برابر با ۰/۲۶۷، ۰/۵۵۵ و ۰/۴۶یا ۲۶/۷، ۵/۵ و ۴۶ درصد و معنی دار است همچنین اثر اصلی گروه نیز در پذیرش درد و ابعاد آن نیز معنی دار به دست آمده است ($p <۰/۰۰۱$). به عبارت دیگر، میانگین نمرات پذیرش درد، تعهد به فعالیت و رضایت از درد در گروه آزمایش(درمان مبتنی بر کارامدی هیجان) و کنترل تفاوت معنی داری دارد ($p<۰/۰۰۱$). نتایج نشان داده است که ۵۳ درصد از تفاوت های فردی در پذیرش درد، ۵۹/۳ درصد در بعد تعهد به فعالیت و ۵۲/۲ درصد در بعد از درد به تفاوت بین دو گروه مربوط است. براساس نتایج در جدول فوق، تعامل اثر زمان و عضویت گروهی در این متغیر و ابعاد آن نیز معنی دار به دست آمده است ($p <۰/۰۰۱$) که نشان می دهد، تفاوت نمرات پذیرش درد و ابعاد آن در سه مرحله از پژوهش در دو گروه معنی دار است یا به عبارت دیگر روند تغییر نمرات در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در دو گروه با هم تفاوت معنی داری دارند و میزان تفاوت گروه ها در مراحل پژوهش در پذیرش درد و ابعاد تعهد به فعالیت و رضایت از درد به ترتیب برابر با ۰/۳۵۱، ۰/۵۶۶ و ۰/۴۶۵ یا ۳۵/۱، ۵۶/۶ و ۴۶/۵ درصد به دست آمده است.
نتایج آزمون تعقیبی جهت مقایسه گروه آزمایش و کنترل در مراحل پژوهش در متغیر های پژوهش در جدول ۳ ارائه شده است.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-26]

جدول ۳: نتایج آزمون تعقیبی جهت مقایسه دو گروه به تفکیک متغیرهای پژوهش در سه مرحله

متغیر	مرحله	تفاوت میانگین	معنی داری	حجم اثر	متغیر	مرحله	تفاوت میانگین	معنی داری	حجم اثر
اضطراب درد	پیش آزمون	۱/۷۳	۰/۶۵۳	۰/۰۰۷	اضطراب فیزیولوژیکی	پیش آزمون	۰/۲۶۷	۰/۸۷۹	۰/۰۰۱
	پس آزمون	-۱۵/۲	۰/۰۰۱	۰/۶۲		پس آزمون	-۴/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۲۵۴
	پیگیری	-۱۵/۱۳	۰/۰۰۱	۰/۷۴۴		پیگیری	-۴	۰/۰۰۱	۰/۲۷۵
شناختی	پیش آزمون	۰/۳۳	۰/۷۵۸	۰/۰۰۳	پذیرش درد	پیش آزمون	-۱/۹۳	۰/۶۵۸	۰/۰۰۷
	پس آزمون	-۳/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۴۲۹		پس آزمون	۹/۹۳	۰/۰۰۲	۰/۳۰۵
	پیگیری	-۳/۱۳	۰/۰۰۱	۰/۳۴۵		پیگیری	۸/۸۵۳	۰/۰۱۲	۰/۲۰۷
گریز - اجتناب	پیش آزمون	۱/۰۷	۰/۴۱۸	۰/۰۲۴	تعهد به فعالیت	پیش آزمون	-۲/۴۶	۰/۳۴۸	۰/۰۳۲
	پس آزمون	-۲/۴	۰/۰۱۴	۰/۱۹۶		پس آزمون	۷/۶	۰/۰۱	۰/۲۰۸
	پیگیری	-۳/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۳۲۷		پیگیری	۶/۹۳	۰/۰۱۲	۰/۱۷۸
ترس	پیش آزمون	۰/۰۶۷	۰/۹۶۸	۰/۰۰۱	رضایت از درد	پیش آزمون	۲/۸	۰/۲۷۲	۰/۰۴۳
	پس آزمون	-۴/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۴۴۸		پس آزمون	-۵/۷۳	۰/۰۰۴	۰/۲۶۲
	پیگیری	-۴/۹۳	۰/۰۰۱	۰/۴۵۲		پیگیری	-۶/۲۷	۰/۰۰۷	۰/۲۳۱

همان گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، در اضطراب درد و ابعاد آن تفاوت دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش آزمون معنی دار به دست نیامده است ($p>0/05$). اما تفاوت میانگین نمرات این ابعاد در دو گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون و پیگیری معنی دار به دست امده است ($p<0/001$). براساس نتایج به دست آمده میزان تأثیر درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی بر اضطراب دردو ابعاد شناختی، گریز- اجتناب، ترس و فیزیولوژیک در مراحله پس آزمون به ترتیب برابر با۶۲، ۴۲/۹، ۱۹/۶، ۴۴/۸ و ۲۵/۴ درصد و در مرحله پیگیری نیز به ترتیب برابر با۷۴/۴، ۳۴/۵، ۳۲/۷، ۴۵/۲ و ۲۷/۵ درصد حاصل شده است. براساس نتایج به دست آمده در متغیر پذیرش درد و ابعاد تعهد به فعالیت و رضایت از درد تفاوت دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش آزمون معنی دار به دست نیامده است ($p>0/05$). اما تفاوت میانگین نمرات این متغیر و ابعاد آن در دو گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون و پیگیری معنی دار به دست امده است ($p<0/001$). براساس نتایج به دست آمده میزان تأثیر درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی بر پذیرش درد و ابعاد تعهد به فعالیت و رضایت از درد در مراحله پس آزمون به ترتیب برابر با۳۰/۵، ۲۰/۸ و ۲۶/۲ درصد و در مرحله پیگیری نیز به ترتیب برابر با۲۰/۷، ۱۷/۸ و ۲۳/۱ درصد حاصل شده است. در یک نتیجه گیری کلی می‌توان گفت، درمان کارآمدی هیجانی بر متغیرهای، اضطراب درد و پذیرش درد و ابعاد این متغیرها در زنان دارای کمر درد مزمن تأثیر معنی داری داشته و اثرات آموزش در مرحله پیگیری نیز باقی مانده است.

بحث

هدف از اجرای پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی برکارآمدی هیجانی بر اضطراب درد و پذیرش درد زنان دارای کمر درد مزمن بود.یافته های حاصل از پژوهش نشان داد که درمان مبتنی برکار آمدی هیجانی باعث کاهش اضطراب درد و بهبود پذیرش درد در زنان دارای کمر درد مزمن شد. در راستای تاثیر درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی بر بهبود اضطراب درد زنان دارای کمر درد مزمن پژوهشی در دسترس قرار نگرفت. لیکن نتایج این پژوهش با نتایج مطالعات yazdanfar و همکاران[۳۹] مبنی بر تاثیر درمان مبتنی بر مدل راهبردهای تنظیم هیجانی بر کاهش اضطراب درد بیماران مبتلا به بیماری آرتریت روماتوئید و یا در بررسی دیگری Esfah-ani و همکاران [۴۰] تاثیردرمان گروهی پذیرش و تعهد بر اضطراب درد و تنظیم شناختی هیجان دربیماران سرطان سینه و یا در پژوهش Roshan Chesli و همکاران[۳۰] تاثیر رفتار درمانی دیالکتیک اضطراب درد در افراد مبتلا به سندرم روده تحریک پذیرهمسوبوده است.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-26]

در تبیین یافته به دست آمده از پژوهش حاضر می توان گفت در درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی فرض می شود که رنج، حاصل اختلال و درد ناشی از آن نیست بلکه در عوض ، ناشی از آسیب پذیری ها و پاسخ های رفتاری ناسازگارانه است . بنابر این درد غیر قابل اجتناب بوده درحالی که رنج بردن اختیاری است . یکی از الگوهای اصلی پاسخ های رفتاری ناسازگارانه که منجر می شود درد افراد به رنج آنها تبدیل شود اجتناب از تجربه کردن حس های بدنی ، هیجان ها و شناخت واره های ناخوشایند است که توسط نشانه های درونی و یا بیرونی برانگیخته می شوند[۴۶]. به عبارتی زمانی که بیمار علائم فیزیولوژیکی در ارتباط با تجربه درد خودرا احساس می کند به منظور کاهش درد خود از این موقعیت ها اجتناب می کند ویا زمانی که نگرانی های ذهنی خود مثل ادامه فعالیت وی منجر به ناتوانی می شود را برابربا واقعیت در نظر میگیرد در یک چرخه معیوب قرار می گیرد چرا که اجتناب از هیجان این باور را تقویت می کند که ناراحتی ، پریشانی و اضطراب بد یا خطرناک است و این موجب کاهش توانایی فرد برای مواجهه و تحمل میزان درد می شود [۴۶]. در درمان مبتنی بر کار آمدی هیجانی با استفاده از تکنیک های آگاهی از هیجان، پذیرش ذهن آگاهانه و مقابله ذهن آگاهانه اضطراب درد بیماران کاهش پیدا کرد . اثربخشی درمان کارآمدی هیجانی بر کاهش اضطراب درد در بعد گریز-اجتناب ابتدا، به واسطه ی آموزش روانی انوع اجتناب های هیجانی (موقعیتی،شناختی، جسمانی و حفاظتی) و انواع نشخوار های ذهنی (افکار قضاوتی، افکار پیش بینی کننده و افکارتوضیح دهنده) برای درمانجویان و بعد تمرین تکنیک موج سواری هیجانات توام با مواجه در جلسات درمانی می باشد. موج سواری بر روی هیجانات سبب می شود تا درمانجویان مجهز به الگو های رفتاری سازگارانه درمقابل اجتناب و گریز از هیجانات منفی بشوند. اثربخشی درمان کارآمدی هیجانی بر کاهش اضطراب درد در بعد ارزیابی ترسناک از درد به واسطه ی تکنیک مقابله ذهن آگاهانه (افکار مقابله ای) مبتنی بر مواجه می باشد. در ابتدا به واسطه ی آموزش روانی مینی بر اینکه افکار خودآیند منفی اغلب حاصل افکار قضاوت آمیز یا احساس خطر درباره ی خود و یا خود در ارتباط با جهان است واین افکار موجب تقویت ارزیابی ترسناک از درد می شود و در ادامه با آموزش و به کارگیری افکار مقابله ای و جایگزین کردن افکار خود آیند مفی با افکار مقابله ای ارزیابی ترسناک از درد کاهش پیدا می کند.

اثربخشی درمان کارآمدی هیجانی بر کاهش اضطراب درد در بعد شناختی این طور تبیین می‌شود که به واسطه‌ی نشخوارهای فکری و افکارخودآیند منفی که در مواجهه با درد به صورت ناخود آگاه صورت می گیرد درمانجویان درد خود را بیشتر از آنچه واقعا وجود دارد برآورد می‌کنند و با پیش بینی های منفی درباره‌ی آینده سطح اضطراب خود را افزایش می‌دهند و همین موضوع سبب می‌شود تا هیجانات منفی مبنی بر ناتوانی، خشم و ترس از حرکت را بیش تر از قبل تجربه کنند و در نهایت درد بیشتری را ادراک کنند[۴۱] .در این درمان درمانجویان به واسطه ی تکنیک افکار مقابله ای مثل: (این موقعیت تا ابد ادامه نخواهد داشت، من قبلا با این موقعیت مقابله کرده‌ام، می‌توانم دوباره این کار را انجام دهم) که جایگزین افکارخودآیند منفی می‌شود اضطراب خود را کاهش می‌دهند.

دلیل اثربخشی این درمان برکاهش اضطراب درد در بعد اضطراب فیزیولوژیکی به واسطه‌ی تکنیک‌های آگاهی از هیجان ، پذیرش ذهن آگاهانه و مقابله ذهن آگاهانه (تن آرامی بدون تنش و تنفس شکمی) است که موجب می شود اضطراب درد بیماران کاهش پیدا کند.

نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر کار آمدی هیجانی بر پذیرش درد زنان دارای کمر درد مزمن شهر اصفهان موثر است و تاثیر این درمان در مرحله پیگیری پایدار بوده است .

باتوجه به اینکه پژوهشی که کاملا با پژوهش حاضر همخوانی داشته باشد یافت نشد در زیر به پژوهش‌هایی اشاره می شود که تا حدی با این تحقیق همسو هستند. همسو با یافته های پژوهش نتایج مطالعات Behrad و همکاران[۴۲] حاکی از تاثیر درمان پذیرش و تعهد بر ابعاد درد (شدت درد، پذیرش درد و خودکارآمدی درد) بود. در بررسی دیگری Edalatian hoseini و همکاران [۴۳] تاثیر روان درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر درماندگی روانشناختی ،پذیرش درد، شدت درد در افراد با علائم کمردرد. همسو با یافته های پژوهش حاضر Luciano و همکاران[۴۴] اثربخشی درمان مبتنی برپذیرش و تعهد در بهبود علائم فیبرومالژیا بررسی کردند آن‌ها نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به تغییراتی در پذیرش درد و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت روان می شود.

در تبیین یافته به دست آمده می توان گفت، اثربخشی این درمان بر افزایش پذیرش درد در بعد تعهد به فعالیت به واسطه ی تکنیک های پذیرش ذهن آگاهانه و عمل

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-26]

مبتنـی بـر ارزش هاسـت.پذیرش ذهـن آگاهانـه مشـاهده و پذیـرش بـدون قضـاوت اجـزای هیجان هـا می باشـد . همچنین ، ایـن مهـارت بـر دیـدگاه گیـری نسـبت بـه تجربـه هیجانـی تاکیـد مـی کنـد کـه بـه درمانجویـان کمـک مـی کنـد بیـن خـود و تجربـه هیجانـی تمایـز و فاصلـه ایجـاد کننـد و بـا فضـا دادن و انعطـاف پذیـری نسـبت بـه درد ، بـه شـکلی سـازگارانه بـا بافـت و همسـو بـا ارزش هـای خـود بـه آن پاسـخ دهنـد. هـم چنیـن درمانجویـان از طریـق تمریـن مهـارت پذیـرش ذهـن آگاهانـه، یـاد مـی گیرنـد کـه آنهـا بـا هیجـان هـای خـود یکـی نیسـتند . آن هـا یـاد مـی گیرنـد بـدون درگیـر شـدن بـا هیجـان هـا ،تجربـه هیجانـی خـود را مشـاهده کننـد و بـه آنهـا اجـازه دهنـد بیاینـد و برونـد . در نتیجـه باعـث ایجاد فضایـی مـی شـود کـه بـه درمانجویـان اجـازه مـی دهـد هنگام برانگیختگـی هیجانـی در لحظـه انتخـاب قـرار بگیرنـد و بتوانند نحـوه پاسـخ بـه هیجـان هـارا انتخـاب کننـد[۲۶]. بعـد از اینکـه درمانجویـان بـه واسـطه ی پذیـرش ذهـن آگاهانـه در لحظـه انتخـاب قـرار گرفتنـد اکنـون قـادر خواهنـد بـود بـه جـای اجتنـاب از هیجـان هـا و رفتـار مبتنـی بـر هیجـان در لحظـه انتخـاب ،براسـاس ارزش هـای خـود عمـل کننـد (تکنیـک عمـل مبتنـی بـر ارزش هـا) . درمانجویـان بـا شناسـایی ارزش هـای خـود در موقعیـت هـای برانگیزاننـده، گزینـه هـای پاسـخ جدیدتـر، سـالم تـر و سـازگارانه ای را در اختیـار مـی گیرنـد . درنهایـت آمـوزش و تمریـن ایـن مهـارت هـا در جلسـات درمـان تـوام بـا مواجهـه درمانـی سـبب شـده اسـت تـا درمانجویـان علـی رغـم حضـور در زندگـی خـود بـه انجـام فعالیـت هـای مرتبـط بـا ارزش هـای خـود در زندگـی بپـردازد و از هرگونـه تلاشـی بـرای انـکار، اجتنـاب و مدیریـت درد دوری کنـد. دلیـل اثربخشـی ایـن درمـان بـر پذیـرش درد در بعـد رضایـت از درد (عـدم تـلاش بـرای اجتنـاب یـا کنتـرل درد) بـه واسـطه ی تکنیـک پذیـرش بنیادیـن مـی باشـد. پذیـرش بنیادیـن مولفـه ی اصلـی رفتـار درمانـی دیالکتیکـی اسـت ایـن تکنیـک شـامل پذیـرش واقعیـت چیزهـا دقیقـا همـان گونـه کـه هسـتند بـدون مقاومـت یـا تـلاش بـرای تغییـر دادن آن هاسـت[۲۶]. در واقـع درمانجویـان بـا تمریـن پذیـرش بنیادیـن ، پذیـرش واقعیـت هـای غیـر قابـل تغییـر را در خـود افزایـش داده و مقاومـت خـود را در برابـر جنبـه هـای غیرقابـل تغییـر زندگـی کاهـش میدهنـد بنابرایـن بـا کاهـش کنتـرل درد و یـا تـلاش بـرای اجتنـاب از درد رضایـت از درد افزایـش مـی یابـد.

مطالعـه حاضـر بـا محدودیـت هایـی روبـرو بـود کـه تعمیـم پذیـری یافتـه هـا را بـا احتیـاط روبـرو مـی کنـد. محدودیـت اول نمونـه پژوهـش حاضـر را زنـان دارای کمـر درد مزمـن تشـکیل مـی دادنـد لـذا تعمیـم نتایـج پژوهـش بـه گـروه مـردان دارای کمـر درد مزمـن بـا محدودیـت مواجـه اسـت چـرا کـه پیـش بینـی مـی شـود مکانیـزم هـای روانشـناختی و نحـوه ی پاسـخ گویـی بـه درد در زنـان و مـردان متفـاوت اسـت. محدودیـت دوم غیـر تصادفـی بـودن شـیوه ی نمونـه گیـری در پژوهـش اسـت. باتوجـه بـه مـوارد اشـاره شـده پیشـنهاد مـی شـود، اثـر بخشـی درمـان مبتنـی برکارآمـدی هیجانـی درمـردان دارای کمـردرد مزمـن انجـام شـود و روش نمونـه گیـری بـه شـیوه ی تصادفـی باشـد.

نتیجه گیری

بـا توجـه بـه نتایـج بـه دسـت آمـده، به نظـر مـی رسـد، درمان مبتنـی بـر کار آمـدی هیجانـی علیرغـم محدویـت هـای بیـان شـده بتوانـد گام مفیـد و موثـری جهـت کاهـش اضطـراب درد و افزایـش پذیـرش درد در زنـان مبتـلا بـه کمـر درد مزمـن باشـد . بـا توجـه بـه اثـر بخشـی ایـن درمـان پیشـنهاد مـی شـود کـه در کلینیـک هـای مغـز و اعصـاب و بیمارسـتان هـا دوره هـای درمـان و آمـوزش مبتنـی بـر کارآمـدی هیجانـی از طریـق درمانگـران مجـرب بـرای زنـان دارای کمـر درد مزمـن انجـام گـردد تـا از ایـن طریـق اضطـراب درد خـود را کاهـش داده و بـا پذیـرش درد کفیـت زندگـی خـود را ارتقـا دهنـد.

ملاحظات اخلاقی

پروتـکل پژوهـش حاضـر در کمیتـه اخـلاق دانشـگاه آزاد اسـلامی واحـد خوراسـگان، بـا کـد IR.IAU.KHUISF.REC.1401.275 در کمیتـه پژوهـش تحقیقـات علمـی دانشـگاه مـورد بررسـی و تاییـد قرارگرفـت. همچنیـن کلیـه شـرکت کننـدگان بـا آگاهـی کامـل از رونـد پژوهـش و رضایـت نامـه کتبـی را امضـا نمودنـد.

تشکر و قدردانی

بدیـن وسـیله از تمامـی زنـان دارای کمـر درد مزمـن کـه بـا همـکاری خـود زمینـه و امـکان اجـرای ایـن پژوهـش را فراهـم کردنـد ، صمیمانـه تشـکر و قدردانـی مـی نمائیـم.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-26]

Reference

1. Toumi ML, Merzoug S, Boulassel MR. Does sickle cell disease have a psychosomatic component? A particular focus on anxiety and depression. Life Sciences, 2018; 210: 96-105.
2. Fuchs T. Are mental illnesses diseases of the brain? Critical neuroscience: A handbook of the social and cultural contexts of neuroscience. 2012:331-44.
3. Rubinstein SM, De Zoete A, Van Middelkoop M,Assendelft WJ, De Boer MR, Van Tulder MW.Benefits and harms of spinal manipulative therapyfor the treatment of chronic low back pain: systematicreview and meta-analysis of randomised controlled trials. bmj. 2019; 364:l689.
4. Chou, R., Deyo, R., Friedly, J., Skelly, A., Hashimoto, R., Weimer, M., Brodt, E. D. (2017). No pharmacologic Therapies for Low Back Pain: A Systematic Review for an American College of Physicians Clinical Practice Guideline. Annals of Internal Medicine, 166(7), 493_505.
5. Morris P, Ali K, Merritt M, Pelletier J,Macedo LG. A systematic review of the role of inflammatory biomarkers in acute,subacute and chronic nonspecific low backpain. BMC Musculoskeletal Disorders 2020; 21(1): 1-12.
6. Dehghan M, Ahmadi A, Jalili S. A study of pain and anxiety/ depression severity on patients with nonspecific chronic low back pain. J Shahrekord Univ Med Sci. 2018; 20 (3):9-19.
7. Yong RJ, Mullins PM, Bhattacharyya N. Prevalence of chronic pain among adults in the United States. Pain. 2022 Feb 1; 163(2):e328-32.
8. Peck J, Urits I, Peoples S, Foster L, Malla A, Berger AA, Cornett EM, Kassem H, Herman J, Kaye AD, Viswanath O. A comprehensive review of over the counter treatment for chronic low back pain. Pain and Therapy. 2021 Jun; 10:69-80.
9. Penn T, Overstreet D, Sims A, Aroke E, Rumble D, Long DL, Quinn T, Goodin B. Perceived injustice mediates the relationship between socioeconomic status and physical function among individuals with chronic low back pain. The Journal of Pain. 2021 May 1; 22(5):596.
10. Nicholas MK. Obstacles to recovery after an episode of low back pain; the 'usual suspects' are not always guilty. Pain. 2010 Mar 1; 148(3):363-4.
11. Egloff N, Wegman B, Juon B, Stauber S, Von Kanel R, Wogelin E. The impact of anxiety and depressive symptoms on chronic pain in conservatively and operatively treated hand surgery patients. Pain 2017; 10(28): 529-263.
12. Iranian, S., Mashhadi, A., Tabibi, Z., & Modares Gharavi,. M. Effectiveness of attachment-based grouptraining on psychological well-being in nonclinical sample of college students with preoccupied attachment style. (Persian) MA. Dissertation. Mashhad: Ferdowsi University, Faculty of Education and Psychology, 2014.
13. Asmundson G, Vlaeyen J, Crombez G, editors. Understanding and treating fear of pain. Oxford University Press; 2004 Jul 29.
14. Goli Z, Asghari A, Moradi A.Effects of mood induction on the pain responses in patients with migraine and the role of pain catastrophizing. Clinical Psychology and Psychotherapy 2014; 23(1): 66-67.
15. Richardson EJ, Ness TJ, Doleys DM, Baños 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 Dec 15; 147(1-3):147-52.
16. Rodero B, Luciano JV, Montero-Marín J, Casanueva B, Palacin JC, Gili M, del Hoyo YL, Serrano-Blanco A, Garcia-Campayo J. Perceived injustice in fibromyalgia: psychometric characteristics of the Injustice Experience Questionnaire and relationship with pain catastrophising and pain acceptance. Journal of psychosomatic research. 2012 Aug 1; 73(2):86-91.
17. Veehof MM, Oskam MJ, Schreurs KM, Bohlmeijer ET. Acceptance-based interventions for thetreatment of chronic pain: a systematic review and metaanalysis. PAIN®. 2011; 152(3):533-42.
18. Nicholas MK, Asghari A. Investigating acceptance in adjustment to chronic pain: Is acceptance broader than we thought? Pain. 2006; 124 (3):269-79.
19. Shallcross R, Dickson JM, Nunns D, Mackenzie C, Kiemle G. Women's subjective experiences of living with vulvodynia: a systematic review and metaethnography. Archives of sexual behavior. 2018; 47(3):577-95.
20. Cano A, Corley AM, Clark SM, Martinez SC. A couple-based psychological treatment for chronic pain and relationship distress. Cognitive and behavioral practice. 2018; 25(1):119-34.
21. Turk DC, Okifuji A. Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution. Journal of consulting and clinical psychology. 2002 Jun; 70(3):678.
22. Keefe FJ, Lumley M, Anderson T, Lynch T, Carson KL. Pain and emotion: new research directions.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-26]

Journal of clinical psychology. 2001 Apr; 57(4):587-607.
23. Fernandez E, Turk DC. The scope and significance of anger in the experience of chronic pain. Pain. 1995 May 1; 61(2):165-75.
24. Talaei-Khoei M, Mohamadi A, Mellema JJ, Tourjee SM, Ring D, Vranceanu AM. The direct and indirect effects of the negative affectivity trait on self-reported physical function among patients with upper extremity conditions. Psychiatry Research. 2016 Dec 30; 246:568-72.
25. Kolivand PH, Nazari Mahin A, Jafari R. The effectiveness of cognitive behavioral therapy on decrease of the distress in patients with chronic pain. J Shefa Khatam. 2015; 3 (3): 63-9.
26. Matthew M, West A. Emotion Efficacy Therapy (Sh. Mohammad Khani, E Akbari, M Khaleghi, Trans.). Ebn-Sina Publications. 2016. [Persian].
27. West A. A transdiagnostic treatment for emotion regulation: A new group therapy protocol combining exposure therapy, acceptance and commitment therapy, and dialectical behavioral therapy [Ph.D. dissertion]. [California,United States]: The Wright Institute; 2016.
28. Kazemi E, Ghazanfari A, Mashhadizadeh S, Ahmadi R. Comparison of the effectiveness of integrative transdiagnostic treatment and dialectical behavior therapy on hope and pain perception among cancer patients in Isfahan. medical science 2022; 32 (3):311-319.
29. Hosseinpour M, Samiei L. The Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Therapy on Acceptance of Pain in Female Patients with Multiple Sclerosis. JAP 2020; 11 (4) :30-40 Roshan Chesli, R., Ashori, A., Mahdikhanloo, M., Parsi Nejad, Z. The Effectiveness of Dialectic Behavior Therapy on Bearing Distress and Pain Anxiety in the People with Irritable Bowel Syndrome. Medical journal of mashhad university of medical sciences, 2020; 63(2): 2436-2445.
30. Ebrahimi M, Shahabizadeh F, Esmaeili A A, Ahi Q. The Effect of Trans diagnostic based Emotion Efficiency Therapy on Emotional Schemas and Sleep Quality of Anxious Nurses. IJPN 2022; 9 (6):38-48.
31. Martinsen KD, Rasmussen LM, Wentzel-Larsen T, Holen S, Sund AM, Løvaas ME, Patras J, Kendall PC, Waaktaar T, Neumer SP. Prevention of anxiety and depression in school children: Effectiveness of the transdiagnostic EMOTION program. Journal of consulting and clinical psychology. 2019 Feb; 87(2):212.
32. Smith PL, Little DR. Small is beautiful: In defense of the small-N design. Psychon Bull Rev 2018; 25: 2083-2101.
33. McCracken LM, Dhingra L. A short version of the Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20): preliminary development and validity. Pain research and management. 2002 Oct;7(1):45-50.
34. Strahl C, Kleinknecht RA, Dinnel D L. The role of pain anxiety, coping, and pain self-efficacy in rheumatoid arthritis patient functioning. Behaviour Research and Therapy 2000; 38: 863-873.
35. Shanbehzadeh S, Salavati M, Tavahomi M, Khatibi A, Talebian S, Khademi-Kalantari K. Reliability and validity of the pain anxiety symptom scale in Persian speaking chronic low back pain patients. Spine. 2017 Nov 1; 42(21):E1238-44.
36. McCracken LM, Vowles KE, Eccleston C. Acceptance of chronic pain: component analysis and a revised assessment method. Pain. 2004 Jan 1; 107(1-2):159-66.
37. Ebrahimi A, Afshar-Zanjani H, Goli F, Rohafza HR, Nasiri Dehsorkh H. Psychometric properties of the persian version of the chronic pain acceptance questionnaire in patients with chronic pain in Isfahan, Tehran, and Yazd, Iran. Int J Body Mind Cult. 2022; 8(1):65-74.
38. yazdanfar M, Manshaee G, ghamarani A. The effectiveness of treatment based on the model of emotional regulation strategies on pain anxiety in patients with arthritic rheumatoid disease. JAP 2020; 11 (3):43-56.
39. Esfahani A, Zeinali S, Kiani R. Effect of Acceptance and Commitment Therapy On Pain-Related Anxiety and Cognitive Emotion Regulation in Breast Cancer Patients: A Clinical Trail. J Arak Uni Med Sci 2020; 23 (2) :138-149
40. NeziriAY, Scaramozzino P, Andersen OK, Dickenson AH, Arendt- Nielsen L, Curatola M. Refernce vulues of mechanical and thermal pain tests in a pain free population. Eur J Pain, 2011; 15(4): 376-383.
41. Behrad, M., Makvand Hosseini, S., Najafi, M., Rezaei, A. M., Rahimian boogar, I. Comparison of Effectiveness of Positive Psychotherapy and Acceptance and Commitment Therapy on Aspects of Paine in Patients with Migraine. Journal of Psychological Studies, 2018; 14(1): 7-22.
42. Edalatian hoseini, S. F., teimory, S., yazdanpanah, F. The Effect of Mindfulness-Based Psychotherapy on Psychological Helplessness, Acceptance and Pain

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-26]

co A, Gili M, Garcia-Campayo J. Effectiveness of group acceptance and commitment therapy for fibromyalgia: a 6-month randomized controlled trial (EFFIGACT study). PAIN®. 2014 Apr 1; 155(4):693-702.

Intensity in People with Low Back Pain Symptoms. QUARTERLY JOURNAL OF HEALTH PSYCHOLOGY, 2021; 10(38): 23-40.

43. Luciano JV, Guallar JA, Aguado J, López-del-Hoyo Y, Olivan B, Magallón R, Alda M, Serrano-Blan-

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-26]