

اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش، تعهد و شفقت بر فاجعه‌پنداری درد، تحمل پریشانی و رشد پس از سانحه بیماران مبتلا به سندرم فیبرومیالژیا

فلورا عزت‌پناه^۱، * زهره لطیفی^۲

۱. کارشناسی ارشد راهنمایی و مشاوره، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران.

۲. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران.

(تاریخ دریافت مقاله: ۹۷/۱۰/۲۴ - تاریخ پذیرش: ۹۸/۱۱/۳۰)

Effectiveness Training based on Acceptance, Commitment and Compassion on Pain Catastrophizing, Distress Tolerance and Post Traumatic Growth in Patients with Fibromyalgia Syndrome

Flora EzzatPanah¹, *Zohre Latifi²

1. M.A. of Guidance and Counseling, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

Original Article

(Received: Jan. 14, 2019 - Accepted: Feb. 19, 2020)

مقاله پژوهشی

Abstract

Objective: The purpose of this study was to determine the effectiveness training based on acceptance, commitment and compassion on pain catastrophizing, distress tolerance and post-traumatic growth in patients with fibromyalgia syndrome. **Method:** This study was done by semi-experimental approach with two groups and three stages (pre-test, posttest & follow up). 30 patients with fibromyalgia syndrome were selected through available sampling and randomly assigned into experimental and control groups. Intervention was administered to the experimental group for 10 sessions. The research tools were included of the Pain Catastrophizing Scale of Sullivan et al (1995), Simons & Gaher Distress Tolerance Questionnaire (2005), and Post Traumatic Growth Questionnaire of Tedeschi & Calhoun (1996). **Findings:** The results showed that training based on acceptance, commitment and compassion has significant effects on pain catastrophizing, distress tolerance and post-traumatic growth in patients with fibromyalgia syndrome ($P < 0.001$). These effects have remained in the 45 days follow-up period. **Conclusion:** According to the results, training based on acceptance, commitment and compassion have implications for improving the psychological state of patients with fibromyalgia that can be used to improve the quality of life of these patients.

Keywords: Pain Catastrophizing, Distress Tolerance, Post Traumatic Growth, Fibromyalgia Syndrome, Training based on Acceptance, Commitment and Compassion.

چکیده

مقدمه: این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش، تعهد و شفقت بر فاجعه‌پنداری درد، تحمل پریشانی و رشد پس از سانحه بیماران مبتلا به سندرم فیبرومیالژیا انجام شد. **روش:** این پژوهش یک مطالعه نیمه آزمایشی دوگروهی سه مرحله‌ای (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) بود. ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به سندرم فیبرومیالژیا به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل جایگزین شدند. مداخله برای بیماران گروه آزمایش تحت ۱۰ جلسه اجرا شد. ابزارهای پژوهش شامل مقیاس فاجعه‌پنداری درد سالیوان و همکاران (۱۹۹۵)، پرسش‌نامه تحمل پریشانی سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) و پرسش‌نامه‌ی رشد پس از سانحه تدهسچی و کالهن (۱۹۹۶) بود. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که آموزش مبتنی بر پذیرش، تعهد و شفقت بر فاجعه‌پنداری درد، تحمل پریشانی و رشد پس از سانحه بیماران مبتلا به سندرم فیبرومیالژیا اثر دارد ($P < 0.001$). این اثرات در دوره پیگیری ۴۵ روزه همچنان باقی مانده است. **نتیجه‌گیری:** بر اساس نتایج آموزش مبتنی بر پذیرش، تعهد و شفقت دارای تلویحاتی به‌منظور بهبود وضعیت روان‌شناختی بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا است که از آن می‌توان در راستای بهبود کیفیت زندگی این بیماران بهره برد.

واژگان کلیدی: فاجعه‌پنداری درد، تحمل پریشانی، رشد پس از سانحه، سندرم فیبرومیالژیا، آموزش مبتنی بر پذیرش، تعهد و شفقت.

* نویسنده مسئول: زهره لطیفی

Email: h.yalatif@gmail.com

* Corresponding Author: Zohre Latifi

مقدمه

سندرم فیبرومیالژیا^۱، بیماری پیچیده و چندوجهی بوده، که سیری غیرقابل پیش‌بینی دارد؛ درد منتشره بدن، مشخصه بارز این بیماری می‌باشد و بیماران اغلب با دردهای مبهم و غیراختصاصی عضلانی و اغلب دوطرفه مواجه هستند که در گردن و تنه، شدیدتر است (کارودرز و وادسنده، ۲۰۰۵؛ رودنبرگ، ۲۰۰۷). بر اساس پژوهش‌های شیوع شناسی، ۷-۲ درصد از جمعیت کشورهای توسعه‌یافته به بیماری فیبرومیالژیا مبتلا هستند که اکثریت آنان را زنان تشکیل می‌دهند (ابلز، پیلینگر، سلیتار و ابلز، ۲۰۰۷؛ اسمیت، هریس و کلو، ۲۰۱۱). شیوع این بیماری در ایران ۴ درصد است و نسبت شیوع زنان نسبت به مردان، نُه به یک می‌باشد (ناجی و عرب، ۱۳۸۵). پاسخ به روش‌های درمانی و سطوح تحمل علائم از بیماری تا بیمار دیگر متفاوت است و این موضوع درمان را هم برای پزشک و هم برای بیماران مشکل می‌کند (سرزی-پوتینی، بوسکیلا، کارابا، دوریا و آزنزی، ۲۰۰۸). این بیماران دامنه تحمل درد پایین‌تری نسبت به افراد سالم دارند و شدت درد بیشتری را تجربه می‌کنند. به عبارتی این بیماران تمایل به بزرگ‌نمایی در میزان تحریک درد، احساس درماندگی در مقابل درد و یک ناتوانی در مهار افکار مربوط به درد در هنگام انتظار درد یا حین درد دارند که فاجعه‌پنداری درد^۲ نامیده می‌شود (شوتز، ریس، پریس و شوتز، ۲۰۱۰). فاجعه‌پنداری درد شامل یک مجموعه طرح‌واره شناختی و هیجانی منفی و مبالغه‌آمیز از

موقعیت دردناک واقعی یا مورد انتظار است که در هسته این تعریف یک انحراف شناختی، پیش‌بینی منفی و غیرمنطقی از رویدادهای آینده وجود دارد (سالیوان، ۲۰۰۴) که منجر به پریشانی‌های روانی می‌گردد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که سندرم فیبرومیالژیا همراهی بالایی با پریشانی‌های روان‌شناختی دارد (کورا، ۲۰۱۵)؛ حسینی، یعقوبی و مبینی (۱۳۹۲) گزارش کرده‌اند فراوانی پریشانی روان‌شناختی در این بیماران ۳۴/۳۴ درصد می‌باشد. کورا (۲۰۱۵) نیز در پژوهش خود گزارش کرد علائم و نشانه‌های پریشانی در بیماران فیبرومیالژیا به‌طور قابل‌ملاحظه‌ای بالاتر از افراد غیر مبتلاست. پریشانی روان‌شناختی تنها بخشی از واکنش افراد به مشکلات سخت زندگی را توجیه می‌کند و از سوی دیگر رشد پس از سانحه^۳ نیز ممکن است رخ دهد. رشد پس از سانحه به تغییرات شخصی و روان‌شناختی مثبتی گفته می‌شود که پس از وقوع یک حادثه سخت ایجاد شده و نتیجه‌ی مبارزه‌ی فرد علیه این حادثه‌ی استرس‌زا می‌باشد که دارای اهمیت انطباقی است (تدسچی و کالهن، ۲۰۰۴). این پدیده قرن‌هاست که شناسایی شده؛ اما تنها طی چند سال اخیر موردتحقیق تجربی قرار گرفته است. تجربه حادثه‌های دشوار می‌تواند در حوزه‌های متعددی به رشد فرد منتهی گردد که این حوزه‌ها عبارت از افزایش ارزش زندگی، به وجود آمدن اولویت‌ها و امکانات جدید، ایجاد درکی از توانایی شخصی، شناسایی روش‌ها و

1. Fibromyalgia
2. Pain Catastrophizing

3. Post-Traumatic Growth (PTG)

با استفاده از مثال و تشبیه تلاش می‌شود تا فرد بدون اجتناب از افکار و احساسات ناراحت‌کننده با روش متفاوتی، وضعیت زندگی خود را بهبود دهد. درزمینه‌ی بیماری‌ها با درد مزمن، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، راهبردهای کنترل و اجتناب ناکارآمد را از راه پرورش تکنیک‌هایی که باعث انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شوند، مورد هدف قرار می‌دهد (هایز و استروثال، ۲۰۱۰) و به افراد در پذیرش درد (تمایل به تجربه درد و یا رویدادهای ناخوشایند بدون تلاش برای کنترل آن‌ها) و یا افکار مرتبط با درد و ارتقاء جنبه‌های معنادار زندگی و افزایش فعالیت‌های ارزشمند، کمک می‌کند و به‌جای تلاش بیهوده بر علیه درد، بیماران مبتلا به درد مزمن را به پذیرش درد و پیامدهای آن و انجام فعالیت‌های ارزشمند، برای بهبود کیفیت زندگی ترغیب می‌کند (ولز و مک کراکن، ۲۰۰۸). پژوهش‌های بسیاری اثربخشی این درمان را بر فاجعه‌پنداری درد (زارع، محمدی، متقی، افشار و پورکاظم، ۱۳۹۳؛ قرایی اردکانی، آزاد فلاح و تولایی، ۱۳۹۱؛ مک کراکن و ژاو-برین، ۲۰۱۰)؛ و بهبود پریشانی روان‌شناختی (سبوحی، فاتحی زاده، احمدی و اعتمادی، ۱۳۹۴؛ نصیری، قربانی و ادیبی، ۱۳۹۴؛ لاندگرن، داهل و هایز^۱، ۲۰۰۸) تأیید کرده‌اند.

در همین راستا پژوهش‌ها نشان داده‌اند یکپارچه‌سازی فرآیندهای مبتنی بر پذیرش و تعهد و مدل درخشان شفقت درمانی^۲ که از علوم اعصاب عاطفی و روان‌شناسی تکوینی مشتق شده است، می‌تواند اثربخشی بالایی داشته باشد از

جهت‌های جدید در زندگی، بهبود و افزایش روابط با دیگران و تغییرات معنوی می‌باشد (تدسچی و کالهن، ۱۹۹۶).

واکنشی که این بیماران به دردشان نشان می‌دهند، نه تنها بر تجربه شدت درد کنونی‌شان تأثیر می‌گذارد، بلکه بر طول مدت ناتوانی، از کارافتادگی‌شان و کیفیت زندگی آنان نیز تأثیرگذار است؛ از این رو، محققان تلاش کرده‌اند تا سطوح ناتوانی و پریشانی در افراد مبتلا به سندرم فیبرومیالژیا را از طرق مختلف کاهش دهند. درمان‌های روان‌شناختی مختلفی برای این بیماران استفاده شده است، از جمله خیاطان مصطفوی، آقایی و گل پرور (۱۳۹۷) آموزش مدیریت استرس با محتوای معنویت درمانی ایرانی-اسلامی را بر استرس، اضطراب و افسردگی آن‌ها بررسی کردند. نتایج نشان داد که این روش مداخله‌ای به‌طور معناداری میزان استرس، اضطراب و افسردگی را در زنان مبتلا کاهش داده است. از جمله درمان‌های روان‌شناختی دیگر که در زمینه درد مزمن به کار گرفته می‌شوند، نسل سوم درمان‌های روان‌شناختی هستند (داودی و نسیمی‌فر، ۱۳۹۱). از کاربردی‌ترین این درمان‌ها آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌باشد که کاربرد آن در پژوهش‌های بسیاری برای بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن تأیید شده است. این آموزش، شش فرایند مرکزی دارد که به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی منجر می‌شوند و عبارت‌اند از پذیرش، گسلش شناختی، ارتباط با زمان حال، خود به‌عنوان زمینه، ارزش‌ها و عمل متعهدانه. در درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد

1. Lundgren, Dahl & Hayes

2. Compassion-Focused Therapy

فیرومیالژیا در ایران انجام شده است و با عنایت به آنکه پذیرش رنج‌ها، اسکن بدن و افزایش شفقت توأمی موجب تسکین درد شده و بر اثربخشی بالای تلفیق این دو درمان تأکید بسیار گردیده است پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش، تعهد و شفقت بر فاجعه‌پنداری درد، تحمل پریشانی و رشد پس از سانحه بیماران مبتلا به سندرم فیرومیالژیا انجام شد. محتوای جلسات آموزشی مبتنی بر پذیرش، تعهد و شفقت در جدول شماره‌ی ۱ ارائه شده است.

روش

مطالعه حاضر از نظر ساختار یک پژوهش نیمه آزمایشی (طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل) می‌باشد.

جامعه آماری پژوهش شامل همه بیماران مبتلا به سندرم فیرومیالژیای شهر اصفهان در سال ۱۳۹۶ می‌باشد. به منظور انتخاب نمونه‌ها از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. به این ترتیب که ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به سندرم فیرومیالژیای مراجعه‌کننده به مرکز اسپین دارو و مراکز فیزیوتراپی شهر اصفهان مبتنی بر ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل (۱۵ نفر در هر گروه) جایگزین شدند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل سن کمتر از ۵۰ سال، توانایی خواندن و نوشتن، عدم ابتلا به اختلالات روانی حاد یا مزمن (به تشخیص روان‌شناس مراکز درمانی)، عدم مصرف داروهای

(تیرچ، استندورف و سیلیراستین، ۱۳۹۵). سیر تاریخی شکل‌گیری این مدل درمانی در عدم بهبود هیجان‌های منفی در درمان‌های شناختی-رفتاری ریشه دارد (گیلبرت، ۲۰۰۹) و اصول پایه این درمان به این موضوع اشاره می‌کند که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین‌بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت ذهن انسان همان‌گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این درونیات نیز آرام می‌شود (گیلبرت، ۲۰۱۴). تاکنون مطالعات بالینی اثربخشی این مدل درمانی را بر کاهش علائم اضطراب، افسردگی و خود انتقادی تأیید کرده‌اند. در یک مطالعه روی افرادی با شرم، خود انتقادی و سرزنش خود بالا، این درمان مؤثر واقع شده است (گیلبرت و آیزنر، ۲۰۰۵) و در مطالعه‌ی دیگر این مدل درمانی برای افرادی با مشکلات روان‌شناختی مزمن، علائم افسردگی، اضطراب، خود انتقادی، شرم و رفتارهای سرزنش‌آمیز و تخریب‌گر آن‌ها کاهش داده است (گیلبرت، ۲۰۱۴؛ گویلی، سهرابی و فرهادی فر^۱ ۲۰۱۶؛ کریگر، برگر و گروس-هولتفورث^۲، ۲۰۱۶) لیکن تاکنون اثربخشی این درمان بر متغیرهای مورد مطالعه (فاجعه‌پنداری درد، تحمل پریشانی و رشد پس از سانحه) بررسی نشده است.

در نتیجه شیوع سندرم فیرومیالژیا در زنان و پیامدهای بیماری از یک سو و خلأ درمان مناسب برای این گروه از سوی دیگر و با توجه به مطالعات محدودی که در زمینه آموزش مبتنی بر پذیرش، تعهد و شفقت، بر بیماران مبتلا به سندرم

1. Gavili, Sohrabi & Farhadifar

2. Krieger, Berger & Grosse Holtforth

جدول ۱. محتوای جلسات آموزشی مبتنی بر پذیرش، تعهد و شفقت

جلسات	محتوای جلسات
اول	معرفی اعضا و قواعد گروه، اجرای پیش‌آزمون، برقراری ارتباط اولیه، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کلی درمان مبتنی بر پذیرش، تعهد و شفقت، بررسی مفاهیم اساسی درمان. تمایز شفقت با تأسف برای خود.
دوم	آموزش ذهن آگاهی همراه با تمرین واریسی بدنی و تنفس، آشنایی با سیستم‌های مغزی مبتنی بر شفقت، معرفی مؤلفه‌های بعد اشتیاق و بعد التیام، تصویرسازی مکان امن، روابط بین درد، خلق و عملکرد. تکالیف خانگی.
سوم	مرور تمرین‌های جلسه قبل؛ آشنایی با خصوصیات افراد مهرورز، شفقت نسبت به دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند (پرورش حس اشتراکات انسانی) در مقابل احساسات خود تخریب‌گرانه، پذیرش درد مزمن، ارزش‌ها و ارائه تکالیف خانگی.
چهارم	مرور تمرین جلسه قبل، تمرین ذهن آگاهی، بحث راجع به ارزش‌ها، موانع موجود در مسیر ارزش‌ها، اهداف و عمل، تجربه مهربانی کردن به دیگران، ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به‌عنوان مهرورز و یا غیر مهرورز با توجه به مباحث آموزشی، تصویرسازی خود مهربان.
پنجم	مرور تمرین جلسه قبل، تمرین ذهن آگاهی، طرح‌ریزی و اقدام، ذهن آگاهی و مشاهده خود، عمل متعهدانه، تکمیل فرم مصاحبه ذهن مهربان (بعد اشتیاق)، تکالیف خانگی.
ششم	مرور تمرین جلسه قبل، تمرین ذهن آگاهی، تمایل، تعهد به اعمال و ارزش‌ها با وجود موانع، مصاحبه ذهن مهربان (بعد التیام‌بخش)، تکالیف خانگی.
هفتم	مرور تمرین جلسه قبل، بررسی تأثیرات تاریخچه‌ای و گذشته زندگی مراجع، نوشتن نامه‌های مهرورزانه برای خود و دیگران، روش ثبت و یادداشت روزانه موقعیت‌های واقعی مبتنی بر مهرورزی و عملکرد فرد در آن موقعیت، تمرین ذهن آگاهی، تکالیف خانگی.
هشتم	مرور جلسه قبل، تمرین ذهن آگاهی، تکالیف خانگی.
نهم	مرور جلسه قبل، تمرین‌های ذهن آگاهی، تعهد به اعمال و ارزش‌ها، ثبت و یادداشت روزانه موقعیت‌های مبتنی بر شفقت، تکالیف خانگی.
دهم	جمع‌بندی و ارائه راهکارهایی برای حفظ راهکارهای مشفقانه، به‌کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره، جلوگیری از عود و عقب‌نشینی، خداحافظی با درمانگر، ارائه تکالیف همیشگی.

روان‌پزشکی، عدم شرکت در مداخلات روان‌شناختی همزمان و عدم ابتلا به سایر بیماری‌های مزمن بود. معیارهای خروج عبارت از عدم همکاری، عدم انجام تکالیف ارائه شده در جلسات، غیبت بیش از دو جلسه، عدم تمایل به ادامه مشارکت در مطالعه قبل از شروع مداخله، بروز مشکلات نیازمند مداخله درمانی، مسافرت و یا نقل مکان در طول مطالعه بود.

برای سنجش متغیرهای پژوهش از ابزارهای زیر استفاده به عمل آمد:

۱) مقیاس فاجعه‌پنداری درد (PCS): برای سنجش فاجعه‌پنداری درد از طریق مقیاس فاجعه‌پنداری درد (PCS) استفاده شد. این مقیاس توسط سالیوان، بیشاپ و پیویک در سال

آمده در پژوهش حاضر برای مؤلفه‌ی بزرگ‌نمایی ۰/۶۹۴، برای مؤلفه‌ی نشخوار فکری ۰/۵۹۱ و برای کل پرسش‌نامه ۰/۷۱۷ بود.

۲) پرسش‌نامه تحمل پریشانی سیمونز و گاهر (DTS): برای تحمل پریشانی از پرسش‌نامه تحمل پریشانی سیمونز و گاهر (DTS) استفاده شد. این پرسش‌نامه یک شاخص خودسنجی تحمل پریشانی هیجانی است که توسط سیونز و گاهر (۲۰۰۵) ساخته شد. این مقیاس دارای ۱۵ ماده و چهار خرده مقیاس به نام‌های تحمل پریشانی هیجانی (سؤالات ۱، ۳، ۵)، جذب شدن به وسیله هیجان‌ات منفی (سؤالات ۲، ۴، ۱۵)، برآورد ذهنی پریشانی (سؤالات ۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲) و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی (سؤالات ۸، ۱۳، ۱۴) و طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (کاملاً موافق=۱، اندکی موافق=۲، نه موافق و نه مخالف=۳، اندکی مخالف=۴، کاملاً مخالف=۵) است. در پژوهش سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) ضرایب آلفا برای ابعاد تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجان‌ات منفی، برآورد ذهنی پریشانی، تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی، به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸، ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ گزارش شد. همبستگی درون طبقه‌ای پس از گذشت شش ماه، ۰/۶۱ بود. همچنین، مشخص شده که این مقیاس دارای روایی ملاکی و همگرایی اولیه خوبی است. این مقیاس با پذیرش خلق رابطه مثبت و با مقیاس‌های راهبردهای مقابله‌ای استفاده از الکل و ماری‌جوانا و همچنین استفاده از آن‌ها برای بهبود، رابطه منفی دارد. در پژوهش اندامی خشک

۱۹۹۵ ساخته شد و دارای ۱۳ سؤال بوده که بر اساس مقیاس لیکرت (به هیچ وجه=۰، تا حدودی=۱، به طور متوسط=۲، زیاد=۳، همه اوقات=۴) می‌باشد. این مقیاس برای ارزیابی ابعاد مختلف فاجعه‌سازی درباره درد و درک بهتر مکانیزم تأثیر فاجعه‌سازی بر تجربه درد، ساخته شده است. تحلیل عوامل نشان داده که شامل زیر مقیاس‌های نشخوار یا اندیشناکی، بزرگنمایی یا اغراق‌آمیز کردن و درماندگی است. این سه مؤلفه افکار منفی با درد مرتبط را ارزیابی می‌کنند. در مطالعه‌ای که رحمتی، اصغری مقدم، شعیری، پاک‌نژاد، رحمتی و همکاران (۱۳۹۶) به منظور بررسی ساختار عاملی این مقیاس انجام دادند، نتایج تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی نشان داد، این مقیاس در قالب دو عامل بزرگ‌نمایی (سؤالات ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۱۳) و نشخوار ذهنی/نامیدی (سؤالات ۱، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲) قابل مفهوم‌سازی است. نمرات پایین‌تر نشان‌دهنده فاجعه‌سازی کمتر بوده و با درد، ناتوانی و وضعیت استخدامی در بیماران مبتلا به درد مزمن عضلانی - اسکلتی مرتبط است. در تحقیق سالیوان و همکاران (۱۹۹۵) نشخوار ذهنی ۴۱ درصد واریانس کل، بزرگ‌نمایی ۱۰ درصد واریانس کل و درماندگی ۸ درصد واریانس کل را تشکیل می‌دادند. ضریب آلفا برای خرده مقیاس‌های نشخوار ذهنی، بزرگ‌نمایی و درماندگی به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۶۰ و ۰/۷۹ و برای نمره کل مقیاس فاجعه‌سازی درد برابر با ۰/۸۷ بود (محمدی، دهقانی، حیدری، صداقت و خطیبی، ۱۳۹۲). ضریب آلفای کرونباخ به دست

احساس قدرات درونی (۴، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۷، ۱۹)، تغییر در اهداف و اولویت‌ها (۱، ۲، ۳، ۵، ۷)، احساس صمیمیت و نزدیکی با دیگران (۶، ۷، ۹ و ۲۰) و تلاش برای حفظ روابط با دیگران (۱۵، ۱۶، ۱۸، ۲۱) می‌باشد. آنان گزارش کردند که ضریب همبستگی نمرات حاصل از اجرای دوباره اندازه‌گیری ۰/۹۴ به دست آمد. ضریب آلفای کرونباخ گزارش شده برای کل پرسش‌نامه ۰/۹۲ و دامنه‌ی آلفا برای عوامل ۰/۶۶ تا ۰/۹۰ قرار گزارش شد (سیدمحمودی و همکاران، ۱۳۹۲). ضریب آلفای کرونباخ به دست آمده در پژوهش حاضر برای مؤلفه احساس قدرات درونی ۰/۶۳، برای مؤلفه‌ی تغییر در اهداف و اولویت‌ها ۰/۶۵۴، برای مؤلفه‌ی احساس صمیمیت و نزدیکی با دیگران ۰/۷۳۱ و تلاش برای حفظ روابط با دیگران ۰/۶۹۷ و برای کل پرسش‌نامه ۰/۷۲۲ بود.

این مطالعه بر روی ۳۰ بیمار مبتلا به سندرم فیبرومیالژیا انجام شد. در مرحله اول ۱۰۰ بیمار مبتلا به سندرم فیبرومیالژیا مراجعه‌کننده به به مرکز اسپین دارو و مراکز فیزیوتراپی شهر اصفهان که تمایل به شرکت در پژوهش را داشتند وارد مطالعه شدند. در مرحله‌ی دوم با نظر داشتن ملاک‌های ورود به پژوهش به روش نمونه‌گیری در دسترس شرکت‌کنندگان انتخاب شدند. پس از تبیین اهداف پژوهش و توضیح در مورد روش کار، از بیماران جهت شرکت در مطالعه رضایت کتبی اخذ شد و فرم مشخصات دموگرافیک شامل سن، تحصیلات، وضعیت اشتغال و طول مدت بیماری تکمیل شد. سپس مقیاس فاجعه‌پنداری

(۱۳۹۲) آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۸۶ به دست آمد. عزیزی، میرزایی و شمس (۱۳۸۸) نیز میزان آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه را ۰/۶۷ و اعتبار بازآزمایی این پرسش‌نامه را نیز ۰/۷۹ گزارش کردند. ضریب آلفای کرونباخ به دست آمده در پژوهش حاضر برای مؤلفه تحمل پریشانی هیجانی ۰/۵۱۰، برای مؤلفه‌ی جذب شدن به وسیله هیجان‌ات منفی ۰/۶۳۱، برای مؤلفه برآورد ذهنی پریشانی ۰/۶۳۲، برای مؤلفه‌ی تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی ۰/۶۱۴ و برای کل پرسش‌نامه ۰/۷۲۱ بود.

۳) پرسش‌نامه‌ی رشد پس از سانحه (PTGI): سنجش رشد پس از سانحه از طریق پرسش‌نامه‌ی رشد پس از سانحه (PTGI) انجام شد. این پرسش‌نامه توسط تدسچی و کالهن (۱۹۹۶) ساخته شده است و یک ابزار خود سنجی شامل ۲۱ ماده است و برای اندازه‌گیری رشد پس از سانحه طراحی شده است. فرد باید جواب‌های خود را در یک مقیاس لیکرت شش درجه‌ای (۰=هیچ تغییری نکرده‌ام تا ۵=تغییر خیلی زیادی را تجربه کرده‌ام) قرار دهد. فرم اصلی این پرسش‌نامه از ۵ خرده مقیاس تشکیل شده است که عبارت‌اند از رابطه با دیگران، امکانات جدید، قدرت فردی، تغییرات روحی و ارزش زندگی می‌باشد. ضریب آلفای کلی پرسش‌نامه ۰/۹۰ و دامنه‌ی آلفای کرونباخ برای هر یک از خرده مقیاس‌ها بین ۰/۶۷-۰/۸۵ برآورد شده است. سیدمحمودی، رحیمی و جابر (۱۳۹۲) این پرسش‌نامه را در ایران هنجاریابی کردند و گزارش کردند که نسخه‌ی فارسی این پرسش‌نامه شامل ۴ مؤلفه‌ی

تاریخچه‌ای و گذشته زندگی مراجع، نوشتن نامه‌های مهرورزانه برای خود و دیگران، روش ثبت و یادداشت روزانه موقعیت‌های واقعی مبتنی بر مهرورزی و عملکرد فرد در آن موقعیت، تعهد به اعمال و ارزش‌ها، ثبت و یادداشت روزانه موقعیت‌های مبتنی بر شفقت و ارائه راهکارهایی برای حفظ راهکارهای مشفقانه، به‌کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره و جلوگیری از عود و عقب‌نشینی بود. تمام بیماران دو گروه مداخله و کنترل تا پایان مداخله در مطالعه مشارکت داشته‌اند. همچنین به دلیل عدم آشنایی قبلی بیماران در داخل گروه دو گروه مداخله و کنترل و چه بین دو گروه ارتباطی با هم نداشتند.

یافته‌ها

داده‌های دو مرحله قبل و بعد از مداخله در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ تحلیل شد. با توجه به آزمون کولموگروف اسمیرنوف فرض نرمالیتی و با توجه به آزمون لوین، فرض تساوی واریانس‌ها برقرار بود در نتیجه از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. جدول ۲ داده‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

میانگین و انحراف معیار سن گروه آزمایش $29/33 \pm 2/35$ و میانگین سنی گروه کنترل $30/87 \pm 3/04$ بود که همگی آنان زن بودند. از اعضای شرکت‌کننده در پژوهش $66/7$ درصد خانه‌دار و $33/3$ درصد شاغل بودند. بر اساس نتایج ۱۰ درصد کمتر از یک سال، $43/33$ درصد ۱ تا ۳ سال، ۴۰ درصد ۴ تا ۶ سال و $13/33$

درد (PCS)، پرسش‌نامه تحمل پریشانی سیمونز و گاهر (DTS) و پرسش‌نامه‌ی رشد پس از سانحه (PTGI) در اختیار بیماران قرار گرفت و از آنان خواسته شد تا آن‌ها را تکمیل کنند. برای بیماران گروه آزمایش آموزش مبتنی بر پذیرش، تعهد و شفقت که بر اساس کتاب درمان متمرکز بر شفقت برای درمانگران اکت (تیرچ، استندورف و سیلبراستین، ۱۳۹۵) تدوین شده بود، طی ۱۰ جلسه (به‌صورت هفته‌ای دو جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) اجرا شد. محتوای جلسات شامل آموزش ذهن‌آگاهی همراه با تمرین واریسی بدنی و تنفس، آشنایی با سیستم‌های مغزی مبتنی بر شفقت، معرفی مؤلفه‌های بعد اشتیاق و بعد التیام، تصویرسازی مکان امن، روابط بین درد، خلق و عملکرد، آشنایی با خصوصیات افراد مهرورز، شفقت نسبت به دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند (پرورش حس اشتراکات انسانی) در مقابل احساسات خود تخریب‌گرانه، پذیرش درد مزمن، ارزش‌ها، آشنایی با خصوصیات افراد مهرورز، شفقت نسبت به دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند (پرورش حس اشتراکات انسانی) در مقابل احساسات خود تخریب‌گرانه، پذیرش درد مزمن، طرح‌ریزی و اقدام، ذهن آگاهی و مشاهده خود، عمل متعهدانه، تکمیل فرم مصاحبه ذهن مهربان (بعد اشتیاق)، تمایل، تعهد به اعمال و ارزش‌ها با وجود موانع، مصاحبه ذهن مهربان (بعد التیام‌بخش)، بررسی تأثیرات

درصد ۶ تا ۸ سال به بیماری فیبرومیالژیا مبتلا بودند که ۶۲/۴ درصد از آنان دارای تحصیلات دانشگاهی بودند.

جدول ۲. توزیع فراوانی متغیرهای دموگرافیک بیماران مبتلا به سندرم فیبرومیالژیا در دو گروه مداخله و کنترل

P-value	گروه مورد بررسی				مشخصه
	کنترل		مداخله		
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۰/۸۴	٪۴۰	۶	٪۴۶/۷	۷	دیپلم
	٪۴۶/۷	۷	٪۴۶/۷	۷	لیسانس
	٪۱۳/۳۳	۲	٪۶/۷	۱	فوق لیسانس
۰/۹۳۲	٪۶۶/۷	۱۰	٪۶۶/۷	۱۰	خانه دار
	٪۳۳/۳	۵	٪۳۳/۳	۵	شاغل
	٪۱۳/۳۳	۲	٪۶/۶۶	۱	کمتر از یک سال
۰/۱۴۰	٪۴۶/۶۶	۷	٪۴۰	۶	۱ تا ۳ سال
	٪۳۳/۳۳	۵	٪۴۶/۶۶	۷	۴ تا ۶ سال
	٪۶/۶۶	۱	٪۶/۶۶	۱	۶ تا ۸ سال

جدول ۳. مقایسه میانگین میزان فاجعه پنداری درد، تحمل پریشانی و رشد

پس از سانحه بین دو گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از اعمال مداخله

متغیرها	مرحله	آزمایش		کنترل	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
فاجعه پنداری درد	پیش آزمون	۳۳/۴۶	۶/۲۶	۳۳/۶۶	۴/۸۰
	پس آزمون	۲۱/۲۶	۳/۴۱	۳۴/۵۳	۳/۹۶
تحمل پریشانی	پیش آزمون	۳۱/۶۰	۷/۷۲	۳۲/۷۳	۶/۰۷
	پس آزمون	۵۱/۴۰	۳/۵۲	۳۱/۹۳	۵/۲۴
رشد پس از سانحه	پیش آزمون	۴۷/۷۳	۷/۲۷	۴۳/۶۶	۱۸/۱۶
	پس آزمون	۷۱/۲۶	۷/۲۰	۴۵/۷۳	۱۴/۳۷
	پیگیری	۷۲/۰۶	۸/۰۵	۴۳/۷۳	۱۱/۳۵

جدول ۴. تحلیل واریانس درون آزمودنی‌ها با سه اندازه‌گیری پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برای فاجعه‌پنداری درد، تحمل پریشانی و رشد پس از سانحه

توان آماري	اتا	سطح معناداري	F	ميانگين مجذورات	درجه آزادي	مجموع مجذورات	منبع	مقياس
۰/۹۹۲	۰/۳۵۶	۰/۰۰۰۱	۱۵/۴۷۰	۲۷۵/۱۷۰	۱/۴۱۴	۳۸۹/۰۸۹	عامل	فاجعه‌پنداري درون‌گروهي
۱/۰۰	۰/۶۶۲	۰/۰۰۰۱	۵۴/۷۴	۲۲۱۰/۱۷۸	۱	۲۲۱۰/۱۷۸	گروه	درد بين‌گروهي
۱/۰۰	۰/۶۲۸	۰/۰۰۰۱	۴۷/۳۰۶	۱۳۱۴/۰۶۳	۱/۲۹۷	۱۷۰۳/۷۵۶	عامل	تحمل درون‌گروهي
۱/۰۰	۰/۷۱۸	۰/۰۰۰۱	۷۱/۴۱۱	۳۷۶۳/۶۰۰	۱	۳۷۶۳/۶۰۰	گروه	پریشانی بين‌گروهي
۰/۹۶۴	۰/۲۴۰	۰/۰۰۰۱	۸/۸۲۰	۲۸۷۵/۱۸۹	۱/۰۸۹	۳۱۳۰/۴۰۰	عامل	رشد پس از درون‌گروهي
۱/۰۰	۰/۶۱۸	۰/۰۰۰۱	۴۵/۲۳۱	۸۳۹۰/۶۷۸	۱	۸۳۹۰/۶۷۸	گروه	سانحه بين‌گروهي

جدول ۵. آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه‌ی فاجعه‌پنداری درد، تحمل پریشانی و رشد پس از سانحه به صورت زوجی در سری زمانی

سطح معناداري	خطای استاندارد	اختلاف میانگين (A-B)	مرحله B	مرحله A	مقياس
۰/۹۱۷	۰/۵۸۳	-۰/۵۶۷	پیگیری	پس‌آزمون	فاجعه‌پنداري درد
۰/۹۲۴	۰/۵۸۷	۰/۵۶۷	پیگیری	پس‌آزمون	تحمل پریشانی
۰/۹۴۵	۱/۰۰۴	۰/۶۰۰	پیگیری	پس‌آزمون	رشد پس از سانحه

گروه‌ها می‌توان گفت تفاوت معناداری بین گروه آزمایش با کنترل برای متغیرهای فاجعه‌پنداری درد، تحمل پریشانی و رشد پس از سانحه در سطح $P < 0/001$ وجود دارد؛ به این معنا که آموزش مبتنی بر پذیرش، تعهد و شفقت بر فاجعه‌پنداری درد، تحمل پریشانی و رشد پس از سانحه بیماران مبتلا به سندرم فیرومیالژیا اثربخش بوده است.

با توجه به جدول ۵ و معنادار بودن تفاوت بین پس‌آزمون و پیگیری، آموزش مبتنی بر پذیرش، تعهد و شفقت بر فاجعه‌پنداری درد، تحمل پریشانی و رشد پس از سانحه بیماران مبتلا به

بر اساس نتایج برآمده از جدول ۳، میانگین نمرات فاجعه‌پنداری درد بعد از مداخله کاهش و نمرات تحمل پریشانی و رشد پس از سانحه پس از اعمال مداخله افزایش یافته است.

همان‌گونه که نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، در خصوص مقایسه فاجعه‌پنداری درد، تحمل پریشانی و رشد پس از سانحه در بیماران دو گروه آزمایش و کنترل نشان داد بین سه بار اندازه‌گیری پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برای متغیرهای فاجعه‌پنداری درد، تحمل پریشانی و رشد پس از سانحه در سطح $P < 0/001$ تأیید گردید. همچنین با معنادار بودن منبع گروه در بین

توما، گیانفرانت، هانلین، چن و همکاران (۲۰۱۴) در پژوهش خود گزارش کردند آموزش‌ها و تمرین‌هایی که به هدف افزایش پژوهش انوری (۱۳۹۰) بر روی بیماران مرد مبتلا به درد مزمن نشان داد آموزش تکنیک‌های پذیرش و تعهد منجر به کاهش فاجعه‌پنداری درد، استرس، اضطراب و افسردگی می‌گردد. زارع و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهشی گزارش نمودند آموزش تکنیک‌های ذهن آگاهی می‌تواند منجر به کاهش فاجعه‌پنداری درد و شدت درد در بیماران فیبرومیالژیا شود. این نتایج در پژوهش خیاطان مصطفوی (۱۳۹۴) نیز تأیید گردید. مهارت‌های شفقت ورزی صورت می‌گیرد، می‌تواند در بهبود اشکال مختلفی از آشفتگی‌ها مؤثر باشد.

به نظر می‌رسد از طریق آموزش مبتنی بر پذیرش، تعهد و شفقت، شفقت به خود در بیماران مبتلا به سندرم فیبرومیالژیا افزایش یافت. نیل به این هدف با استفاده از مراقبه‌های درمانی، آموزش عشق ورزیدن و تنفس با احساس انجام شد. شفقت به خود به‌عنوان یک موضع مثبت نسبت به خود زمانی که همه‌چیز بد پیش می‌رود و به‌عنوان یک صفت و یک عامل محافظ مؤثر برای پرورش انعطاف‌پذیری عاطفی محسوب می‌شود. در واقع زمانی که زنان مبتلا به فیبرومیالژیا، به شفقت نسبت به خود دست یافتند، به پذیرش این نکته نائل شدند که رنج، شکست و نابسندگی‌ها بخشی از شرایط انسانی است و همه‌ی انسان‌ها و از جمله خود فرد مستحق مهربانی و شفقت است. در طول جلسات درمانی بیماران مطلع می‌شوند که شرایط زندگی هر انسانی کامل نیست و فرد در رنج‌ها، کاستی‌ها و نواقص خود تنها نبوده و فقط او نیست که دچار چنین

سندرم فیبرومیالژیا اثربخشی معناداری در سطح $P \leq 0/05$ داشته است.

نتیجه‌گیری و بحث

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که آموزش مبتنی بر پذیرش، تعهد و شفقت بر فاجعه‌پنداری درد، تحمل پریشانی و رشد پس از سانحه بیماران مبتلا به سندرم فیبرومیالژیا تأثیر دارد و منجر به بهبود فاجعه‌پنداری درد، تحمل پریشانی و رشد پس از سانحه بیماران مبتلا به سندرم فیبرومیالژیا شده است. این اثر در طول دوره پیگیری نیز ثابت بوده است. در این راستا نتایج همچنین پژوهش‌ها نشان داده‌اند که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد قادر به کاهش پریشانی بیماران ام‌اس می‌شود. نصیری و نه‌ری (۱۳۹۳) نیز نشان دادند مداخله گروهی پذیرش و تعهد بهبودی معناداری در متغیرهای شدت درد، فاجعه‌پنداری درد و اضطراب مرتبط با درد ایجاد می‌کند. پژوهش مقتدایی (۱۳۹۵) نشان داد آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به کاهش تحمل پریشانی در همسران جانبازان می‌گردد. ویکسل، کمانی، جنسن، کاسک، کدتوف و همکاران (۲۰۱۳) تفاوت معنی‌داری در حمایت از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در عملکرد مربوط به درد، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت روانی، خود کارآمدی، افسردگی، اضطراب و عدم انعطاف‌پذیری روانی در بیماران فیبرومیالژیا دیده شد. لوسیانو، گالار، آگوادو، لویز-دل-هویو، اولیوان و همکاران (۲۰۱۴) نیز نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به تغییراتی در پذیرش درد و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت روان خواهد شد. برینز،

محدودیت توجه داشت. اولاً برای ارزیابی متغیر وابسته تنها از یک ابزار اندازه‌گیری خود سنجی استفاده شد

استفاده از روش‌های اندازه‌گیری متنوع می‌تواند به مفهوم‌سازی بهتر متغیرها کمک کند. دوماً پژوهش حاضر بر روی بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا انجام گرفت، بنابراین قابلیت تعمیم‌پذیری یافته‌ها را تا حدودی کاهش می‌دهد. بهتر است پژوهش‌های مشابه در حوزه‌های گسترده‌تر و با نمونه‌های دیگر نیز انجام پذیرد تا نتایج قابلیت تعمیم بیشتری داشته باشند. با توجه به نتایج پژوهش حاضر به‌منظور بهبود کاهش فاجعه‌پنداری درد، تحمل پریشانی و رشد پس از سانحه در بیماران فیبرومیالژیا می‌توان از آموزش مبتنی بر پذیرش، تعهد و شفقت استفاده نمود. متخصصان امر می‌توانند با استفاده از این مداخله، گامی مؤثر در راستای بهبود وضعیت روان‌شناختی نوجوانان بردارند.

مشکلاتی است و در نتیجه یک رویکرد ارتباطی در خود پرورش می‌دهد که شامل دیگران هم هست. می‌توان چنین گفت که ایجاد رویکرد ارتباطی از نشخوار فکری زنان مبتلا به فیبرومیالژیا، در راستای درد و هیجانات منفی می‌کاهد، به عبارتی افزایش شفقت به خود که نتیجه‌ی درمان مبتنی بر پذیرش، تعهد و شفقت بود، تمرکز زیاد بیماران مبتلا به سندرم فیبرومیالژیا بر روی احساسات و افکار منفی‌شان که منجر به محدود شدن نگرش آنان به زندگی شده بود را از بین برده و با افزایش آرامش درونی و اجتناب از نادیده گرفتن درد، فرد را از غرق شدن در هیجانات منفی و نشخوار فکری پیرامون درد رهایی بخشیده که پیامد آن، کاهش فاجعه‌پنداری درد، تحمل پریشانی و رشد پس از سانحه بوده است.

در نهایت در پژوهش حاضر باید به چند.

منابع

تیرچ، د؛ ساندورف، ب و سیلبراستین، ل. (۱۹۶۸). درمان متمرکز بر شفقت برای درمانگران اکت. ترجمه دانشمند، س؛ ایزدی، ر و عابدی، م. ر. (۱۳۹۵). اصفهان: انتشارات جنگل.

حسینی، ح؛ یعقوبی، ه و مبینی، م. (۱۳۹۳). بررسی اختلالات روانپزشکی محور یک در بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۴، ۱۲۳، ۳۵۳-۳۴۸.

اندامی خشک، ع. ر. (۱۳۹۲). نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در رابطه بین تنظیم شناختی هیجان و تحمل پریشانی با رضایت از زندگی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علامه طباطبایی.

انوری، م. (۱۳۹۰). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد گروهی بر شاخص‌های درد، استرس، اضطراب، افسردگی، فاجعه‌پنداری و رضایت‌مندی از زندگی در بیماران مرد مبتلا به درد مزمن. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روانشناسی دانشگاه اصفهان.

- خیاطان مصطفوی، ص. (۱۳۹۴). آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی بر طلاق عاطفی و فاجعه‌پنداری درد روی زنان مبتلا به فیبرومیالژیا. *اولین کنگره سراسری موج سوم درمان‌های رفتاری دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کاشان*.
- خیاطان مصطفوی، ص؛ آقایی، الف و گل پرور، م. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش مدیریت استرس با محتوای معنویت درمانی ایرانی-اسلامی بر استرس، اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به فیبرومیالژیا. *فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۷(۳)، ۶۲-۱۰.
- داوودی، ا و نسیمی‌فر، ن. (۱۳۹۱). اثربخشی روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود درد و راهبرد مقابله فاجعه‌آفرینی در زنان مبتلا به دردهای مزمن عضلانی اسکلتی. *یافته‌های نو در روان‌شناسی*، ۷(۲۲)، ۶۲-۴۵.
- رحمتی، ن؛ اصغری مقدم، م؛ شمیری، م. ر؛ پاک‌نژاد، م؛ رحمتی، ز؛ قسامی، م و همکاران. (۱۳۹۶). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس فاجعه‌آمیزی درد در بیماران ایرانی مبتلا به درد مزمن. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۵، ۸۰-۶۴.
- زارع، ح. محمدی، ن. متقی، پ. افشار، ح و پور کاظم، ل. (۱۳۹۳). تأثیر درمان تعدیل‌شده شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر فاجعه‌پنداری درد، پذیرش و شدت درد بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا، *فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۳(۴)، ۱۱۴-۹۳.
- سبوحی، ر؛ فاتحی زاده، م؛ احمدی، ا و اعتمادی، ع. (۱۳۹۴). تأثیر مشاوره مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان مراجعه‌کننده به فرهنگسراهای شهر اصفهان، *مجله روان‌شناسی و روان‌پزشکی شناخت*، ۲(۱)، ۵۲-۴۲.
- سید محمودی، ج؛ رحیمی، چ و محمدی جابر، ن. (۱۳۹۲). ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه رشد پس از سانحه (PTGI). *روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۳(۱۲)، ۱۰۸-۹۳.
- عزیزی، ع. ر؛ میرزایی، الف و شمس، ج. (۱۳۸۸). بررسی رابطه تحمل آشفتگی و تنظیم هیجانی با میزان وابستگی دانشجویان به سیگار. *مجله پژوهشی حکیم*، ۱۱(۱)، ۱۸-۱۳.
- قرایی اردکانی، ش؛ آزاد فلاح، پ و تولایی، ع. (۱۳۹۱). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش شدت درد در زنان مبتلا به اختلال سردرد مزمن، *مجله روانشناسی بالینی*، ۱۴، ۱۲-۱.
- محمدی، م؛ دهقانی، م؛ حیدری، م؛ صداقت، ع و

ناجی، ع. ه و عرب، پ. (۱۳۸۵). بررسی شیوع سندرم فیبرومیالژی در بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه داخلی بیمارستان دکتر شریعتی. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران*، ۱، ۶۶-۶۰.

نصیری، ص؛ قربانی، م و ادیبی، پ. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نشانگان کارکردی گوارش، *مجله روانشناسی بالینی*، ۷(۴)، ۹۳-۱۱۵.

خطیبی، س. (۱۳۹۲). بررسی شباهت‌های روان‌شناختی مرتبط با درد در بیماران مبتلا به دردهای عضلانی-اسکلتی و همسران آنها، *مجله علوم رفتاری*، ۱، ۵۷-۶۶.

مقتدایی، م. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی در همسران جانبازان. اولین کنگره ملی توانمندسازی جامعه در حوزه جامعه‌شناسی، علوم تربیتی و مطالعات اجتماعی و فرهنگی، تهران، مرکز توانمندسازی مهارت‌های فرهنگی و اجتماعی جامعه.

Abeles, A.M, Pillinger, M.H, Solitar, B.M & Abeles, M. (2007). Narrative review: the pathophysiology of fibromyalgia. *Annals Internal Medicine*; 146(10): 726-34.

Breines, J.G. Thoma, M.V. Gianferante, D. Hanlin, L. Chen, X & Rohleder, N. (2014). Self-compassion as a predictor of interleukin-6 response to acute psychosocial stress. *Brain, Behavior and Immunity*; (37):109-114.

Corrêa, M.S. (2015). Psychophysiological correlates of cognitive deficits in family caregivers of patients with Alzheimer Disease'. *Neuroscience*, 12,371-82.

Carruthers, B.M & van de Sande MI. (2005). Fibromyalgia Syndrome: A

Clinical Case Definition and Guidelines for Medical Practitioners: An Overview of the Canadian Consensus Document. *Journal of Chronic Fatigue Syndrome* 11(1):7-115.

Gavili, h, Sohrabi,A & Farhadifar, A. (2016). The effectiveness of compassion-focused therapy on the infertile women depression. *International Journal of Humanities and Cultural Studies*, 8(2), 2336-2349.

Gilbert P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*; 15(3): 199-208.

Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1): 6-41.

- Gilbert P, & Irons C. (2005). Focused therapies and com-passionate mind training for shame and self-attacking. In: Gilbert P, ed. *Compassion: Conceptualization's, research and use in psychotherapy*. London: Routledge Publication.
- Hayes, S.C, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behavior Research and Therapy*; 44(1):1-25.
- Krieger T, Altenstein D, Baettig I, Doerig N & Grosse Holtforth M. (2013). Self-Compassion in Depression: Associations with Depressive Symptoms, Rumination, and Avoidance in Depressed Outpatients. *Behavior Therapy*; 44: 501–513.
- Lundgren T, Dahl J, Yardi N, Melin J. (2008). Acceptance and Commitment Therapy and Yoga for drug refractory epilepsy: A randomized controlled trial. *Epilepsy and Behavior*; (13): 102-8.
- Luciano JV, Guallar JA, Aguado J, López-Del-Hoyo Y, Oliván B, Magallón R, Alda M, Serrano-Blanco A, Gili M, Garcia-Campayo, F. (2014). Effectiveness of group acceptance and commitment therapy for fibromyalgia: a 6-month randomized controlled trial. *Pain*;155(4):693-702.
- McCracken LM, Zhao-O'Brien J. (2010). General psychological acceptance and chronic pain: There is more to accept than the pain itself. *European Journal of Pain*;14: 170-5.
- Rothenberg R. (2007). Fibromyalgia documentation & treatment: A guide for primary care professionals. *Fibromyalgia Frontiers*; 15(1): 11-6.
- Sarzi-Puttini P, Buskila D, Carrabba M, Doria A, Atzeni F. (2008). Treatment strategy in fibromyalgia syndrome: where are we now? *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 37 (6), 353-365.
- Schütze, R., Rees, C., Preece, M., & Schütze, M. (2010). Low Mindfulness Predicts Pain Catastrophizing in a FearAvoidance, Model of Chronic Pain. *Pain*; 148: 120-27.
- Simons, J. S., Gaher, R. M. (2005). The distress tolerance scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*; 20 (9): 83-102.
- Smith HS, Harris R, Clauw D. (2011). Fibromyalgia: an afferent processing disorder leading to a complex pain generalized syndrome. *Pain Physician*; 14(2): 217-45.
- Stafford-Brown, J.,& Pakenham,K,I. (2012). The effectiveness of an ACT informed intervention for managing stress and improving therapist qualities in clinical psychology trainees. *Journal of*

- Clinical Psychology*; 68: 592-613.
- Sullivan MJL, Bishop S, Pivik J. (1995). The Pain catastrophizing scale: development and validation. *Psychological Assessment*; 7: 524-32.
- Sullivan, M.J. (2004). The Pain Catastrophizing Scale: User Manual. Montreal: University of Montreal.
- Tedeschi, R. G. & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*; 15: 1-18.
- Tedeschi, R. & Calhoun, L. (1996). The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*; 9: 455-471.
- Vowles KE, McCracken LM. (2008). Acceptance and Values-Based Action in Chronic Pain: A Study of Treatment Effectiveness and Process: *Journal of Consulting & Clinical Psychology*; (76): 397-407.
- Wicksell RK, Kemani M, Jensen K, Kosek E, Kadetoff D, Sorjonen K, Ingvar M, Olsson GL. (2013). Acceptance and commitment therapy for fibromyalgia: a randomized controlled trial. *European Journal of Pain*; 17(4):599-611.