

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

شهرزاد حاجی محمد کاظمی<sup>۱</sup>، \* غلامرضا منشئی<sup>۲</sup>، امیر قمرانی<sup>۳</sup>

۱. دکتر، گروه روانشناسی عمومی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

۲. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

۳. استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

(تاریخ دریافت مقاله: ۹۸/۰۱/۲۷ - تاریخ پذیرش: ۹۸/۱۱/۱۴)

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

Shahrzad Haji Mohammad Kazemi<sup>1</sup>, \*GholamReza Manshaee<sup>2</sup>, Amir Ghamarani<sup>3</sup>

1. Ph.D, Department of General Psychology, Faculty of Educational Science and Psychology, Islamic Azad University, Isfahan (khorasgan) Branch, Esfahan, Iran.

2. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Science and Psychology, Islamic Azad University, Isfahan (khorasgan) Branch, Esfahan, Iran.

3. Assistant Professor, Psychology, Faculty of Educational Science and Psychology, Isfahan University, Esfahan, Iran.

Original Article

(Received: Apr. 16, 2019 - Accepted: Feb. 03, 2020)

مقاله پژوهشی

### Abstract

**Objective:** the aim of the present study was the effectiveness of therapy based on quality of life promotion model on pain anxiety in female patients with fibromyalgia. **Method:** 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 who 30 patients from patients with available sampling were selected and randomly were divided into two groups of experimental (15 persons) and control (15 persons). Research tool included anxiety scale that 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 anxiety in patients. **Conclusion:** Using Psychological therapies can help patients with fibromyalgia for reducing pain anxiety.

**Keywords:** Fibromyalgia, Pain Anxiety, Therapy based on Quality of Life Promotion.

### چکیده

**مقدمه:** هدف پژوهش حاضر اثربخشی درمان مبتنی بر مدل ارتقاء کیفیت زندگی بر اضطراب درد زنان مبتلا به بیماری فیبرومیالژیا بود. **روش:** پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به بیماری فیبرومیالژیا مراجعه‌کننده به مطب‌های خصوصی متخصصان روماتولوژی شهر شیراز بود که از میان آن‌ها ۳۰ بیمار به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) تقسیم شدند. ابزار پژوهش شامل مقیاس اضطراب درد بود که شرکت‌کنندگان در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تکمیل نمودند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر مدل ارتقاء کیفیت زندگی در کاهش اضطراب درد بیماران مؤثر بود. **نتیجه‌گیری:** به‌کارگیری درمان‌های روان‌شناختی می‌تواند به کاهش اضطراب درد بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا کمک کند.

**واژگان کلیدی:** اضطراب درد، درمان مبتنی بر مدل ارتقاء کیفیت زندگی، فیبرومیالژیا.

\* نویسنده مسئول: غلامرضا منشئی

\*Corresponding Author: GholamReza Manshaee

Email: smanshaee@yahoo.com

مقدمه

فاکتورهای سایکولوژیک و عواملی دیگر از قبیل توکسین‌های محیطی و پاسخ نابجای سیستم ایمنی به باکتری‌های روده‌ای دخیل دانسته‌اند (آفلوگلو<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۰۸؛ ساهین<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۰۸). بر اساس معیارهای طبقه‌بندی کالج روماتولوژی آمریکا<sup>۱۱</sup> جهت تشخیص فیبرومیالژی، درد در بیشتر اوقات شبانه‌روز و طی حداقل ۳ ماه باید وجود داشته باشد. درد از نظر بالینی از طریق معاینه نقاط حساس به لمس ۴ مشخص می‌شود. دردناک بودن ۱۱ نقطه از ۱۸ نقطه خاص که با معاینه پزشک مشخص می‌شود، برای تشخیص لازم است. بیماران، درد ماهیچه‌ها و بافت‌ها را به‌صورت‌های مختلفی از قبیل درد مبهم، درد ضرباندار، دردی مانند درد زخم، گزگز، بی‌حسی، سوزش و سوزن سوزن شدن شرح می‌دهند (لانگو<sup>۱۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۲). درد مزمن یکی از مهمترین علائم بیماری فیبرومیالژی است که روی زندگی فردی، خانوادگی و شغلی این بیماران تأثیر جدی دارد. وجود علائم افسردگی و دیگر مشکلات روان‌شناختی نیز با افزایش شدت درد و کاهش کیفیت زندگی در این بیماران همراه است (پارا-دیگادو و لاتار-پاستیگو<sup>۱۳</sup>، ۲۰۱۳).

اضطراب مرتبط با درد<sup>۱۴</sup>، به مجموع پاسخ‌های شناختی و آشکار روانی و رفتاری که معمولاً به‌عنوان اضطراب قلمداد می‌شوند و در پاسخ به درد یا رویدادهای مرتبط با درد نشان

فیبرومیالژیا به‌عنوان یک سندرم مزمن، دردناک و غیر التهابی شناخته شده است که روی سیستم عضلانی-اسکلتی اثر می‌گذارد (دمیرباغ و ارسی<sup>۱</sup>، ۲۰۱۴). فیبرومیالژیا شرایطی با درد مزمن و منتشر و همراه با چندین نشانه شامل خستگی، اختلال خواب، بد عملکردی شناختی و اختلالات خلق‌وخو می‌باشد (ولف<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۰). درد برجسته‌ترین نشانه فیبرومیالژیا است (سگورا-جیمینز<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۵). شدت درد و سختی در صبح بیشتر است و عواملی مثل آب‌وهوای سرد و مرطوب، خستگی فکری و فیزیکی، فعالیت زیاد، فعالیت فیزیکی خیلی کم، استرس و اضطراب سبب تشدید درد می‌شوند (هازر<sup>۴</sup> و ولف، ۲۰۱۲). شیوع فیبرومیالژی ۲٪-۴٪ در جمعیت عمومی برآورد شده است (جنسن<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۷). شیوع سندرم فیبرومیالژیا در زنان ده برابر مردان است. ریسک ابتلا در زنان دختران بیش از مردان بوده، با افزایش سن افزایش می‌یابد؛ به‌طوری‌که در سن ۷۹-۵۵ سالگی به حداکثر می‌رسد (ابلس<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۷ و روکس<sup>۷</sup>، ۲۰۰۷). فیبرومیالژیا یک اختلال با چندین سبب‌شناسی است (گانزویلر<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۱۷). در مطالعات مختلف عواملی از قبیل ژنتیک، استرس، متابولسم غیرطبیعی سروتونین،

1. Demirbagh & Erci
2. Wolfe
3. Segura-Jimenez
4. Hauser & Wolfe
5. Jensen
6. Abeles
7. Rooks
8. Guntzwiller

9. Ofluoglu
10. Sahin
11. American College of Radiology (ACR)
12. Longo
13. Parra-Delgado & Latorre-postigo
14. Pain Anxiety

داده می‌شوند، اشاره دارد و حاصل آمیزه‌ای از فرایندهای شناختی، فیزیولوژیکی و انگیزشی است. سطوح بالای اضطراب مرتبط با درد، به اجتناب از فعالیت‌هایی که گمان می‌رود درد را گسترش می‌دهند، کمک می‌کند که به نوبه خود، اغلب منجر به شرطی زدایی جسمانی، مشکلات رفتاری ثانویه و کاهش تماس اجتماعی می‌شود و سرانجام به صورت یک چرخه در می‌آید (ایران‌دوست و همکاران، ۲۰۱۵). اضطراب درد به‌عنوان حالت هیجانی فراگیر و آینده محوری توصیف شده است که با یک محرک دردآور عینی (احتمال تجربه درد از تزریق) قرین نیست (کارلتون و اسموندسون<sup>۱</sup>، ۲۰۰۹). پژوهش‌ها اضطراب مرتبط با درد را نیز به‌عنوان یکی از مهمترین متغیرهای سهمیم در ایجاد و باقی ماندن دردهای عضلانی و اسکلتی مطرح می‌کنند (کارلتون و همکاران، ۲۰۰۹). در پژوهش گلن کمپ<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۸) اثر منفی اضطراب بر کیفیت خواب گزارش شده است. انجام گرفت، نتایج نشان داد. در پژوهش‌هایی اثر مثبت پذیرش بر کاهش اضطراب درد گزارش شده است (مورگان<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۳؛ ولز و مک کراکن<sup>۴</sup>، ۲۰۰۸). در پژوهش‌هایی اثر منفی اضطراب بر ادراک درد گزارش شده است (آپاریسیو<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۳؛ سنچز<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۱). در پژوهش پاگانو<sup>۷</sup> و همکاران (۲۰۰۴) اثر منفی

اضطراب بر کیفیت زندگی گزارش شده است (نوسچ<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۱۲؛ هازر و همکاران، ۲۰۰۹). درمان‌هایی که برای این بیماران به کار می‌رود را می‌توان به دسته دارویی و غیر دارویی تقسیم نمود. درمان اولیه با داروهایی مانند: ضد افسردگی‌های سه حلقه‌ای و گاباپنتین اغلب آغاز می‌شود و همچنین داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی<sup>۹</sup> و داروهای ممانعت کننده جذب سروتونین مانند مهارکننده‌های بازجذب سروتونین<sup>۱۰</sup> برای این بیماران تجویز می‌شود (اشنایدر<sup>۱۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۹؛ هازر و همکاران، ۲۰۰۹). از میان روش‌های غیر دارویی، بررسی‌ها نشان می‌دهد که ورزش، درمان‌های روان‌شناختی، آموزش بیماران و مداخلات چندگانه (ترکیبی) ممکن است مزایایی را به‌خصوص در بهبودی درد و کیفیت زندگی در اختیار این بیماران قرار دهد (هازر و همکاران، ۲۰۰۹). در برخی پژوهش‌ها اثر درمان‌شناختی رفتاری و درمان‌های به‌هشیاری محور بر کاهش شدت علائم بیماران گزارش شده است ولفولک<sup>۱۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۲؛ اسمیت<sup>۱۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۱؛ ون سون<sup>۱۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۱؛ هافمن، ۲۰۱۰). در پژوهش خیاطان مصطفوی و همکاران (۱۳۹۷) تأثیر مثبت معنویت درمانی ایرانی\_اسلامی بر کاهش اضطراب گزارش شده است. در برخی مطالعات تأثیر درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش درد

8. Nüesch  
9. NSAIDs  
10. SSRIs  
11. Schneider  
12. Woolfolk  
13. Smith  
14. Van Son

1. Carleton & Asmundson  
2. Galenkamp  
3. Morgan  
4. Vowles & McCracken  
5. Aparicio  
6. Sanchez  
7. Pagano

همکاران، ۲۰۱۴، ۲۰۱۰؛ زارع و همکاران، ۱۳۹۳؛ رودر و<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۲، ۲۰۱۱، ۲۰۱۰؛ آرنولد<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۰۸؛ کراتز<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۰۷) ابراز هیجان (وکیلی و همکاران، ۱۳۹۴؛ اویلا<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۱۴؛ هوبر<sup>۱۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۹؛ میندورپ<sup>۱۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۸؛ دگوچت<sup>۱۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۴) و هوش معنوی (باتز و بون<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۸؛ توسانت<sup>۱۵</sup>، ۲۰۱۰؛ بیچری<sup>۱۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۶) اشاره کرد. پذیرش یک مؤلفه روان‌شناختی انعطاف‌پذیری است که به‌عنوان تمایل آگاهانه در تماس مستقیم با تجربه ماندن، توصیف می‌شود (آکربلوم<sup>۱۷</sup>، ۲۰۱۵). در واقع، پذیرش درد اولین گام در جهت سازگاری با تغییرات ایجاد شده در زندگی است، به‌صورتیکه باعث می‌شود فرد در محیط زندگی به فعالیت خود ادامه دهد و در عین حال، برای کنترل درد نیز تلاش کند (ریدسون<sup>۱۸</sup> و همکاران، ۲۰۰۳). فرایندهای کنترل و ابراز هیجان نقش اساسی در سلامت روان‌شناختی افراد ایفا می‌کنند و یکی از عوامل زمینه‌ساز آسیب‌شناسی روانی و بیماری‌های جسمانی مطرح می‌باشند (هاسکت<sup>۱۹</sup> و همکاران، ۲۰۱۲). برای نحوه سه سبک معرفی شده است که یکی از آن‌ها ابراز گری هیجانی می‌باشد. ابراز گری هیجانی به

گزارش شده است (کاپلان<sup>۱</sup> و همکاران، ۱۹۹۳؛ گراسمن<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۷؛ مک کراکن و تامپسون<sup>۳</sup>، ۲۰۰۹)، درحالی‌که دیگر مطالعات تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی را در کاهش درد چندان مؤثر ندانسته‌اند (اشمیت<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۱ و پارا-دیگادو و لاتار-پاستیگو، ۲۰۱۳) در طی سال‌های اخیر، علاقه‌مندی به ارزیابی و بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن افزایش چشم‌گیری یافته است. بین بیماری و کیفیت زندگی یک ارتباط متقابل وجود دارد. مطالعات بسیاری در طی دو دهه گذشته مکانیسم‌های تأثیرگذاری بیماری‌ها و شرایط مزمن مختلف بر کیفیت زندگی را مورد بررسی قرار داده‌اند. لذا با توجه به پژوهش‌های انجام‌گرفته در خصوص کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا، نتایج کاهش کیفیت زندگی را در این بیماران نشان داده است و کاهش کیفیت زندگی باعث افزایش درد و ناتوانی عملکردی و نیز مشکلات روان‌شناختی در این بیماران می‌شود؛ بنابراین تلاش می‌شود که عوامل قابل تعدیل مؤثر بر ارتقاء کیفیت زندگی این بیماران شناسایی شود. مرور ادبیات و پژوهش‌هایی در خصوص کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا نشان‌دهنده عواملی بوده‌اند که باعث بهبود کیفیت زندگی این بیماران شده است که از این میان می‌توان به پذیرش درد (لوسیانو<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۴؛ کول<sup>۶</sup> و

7. Rodero  
8. Arnold  
9. Kratz  
10. Avila  
11. Huber  
12. Middendorp  
13. DeGucht  
14. Baetz & Bowen  
15. Toussaint  
16. Biccheri  
17. Akerblom  
18. Ridson  
19. Hasket

1. Kaplan  
2. Grossman  
3. McCracken & Thompson  
4. Schmidt  
5. Lucioano  
6. Kohl

به این بیماران می‌باشد می‌توان باعث بهبود بعضی از عواملی که این بیماران از آن رنج می‌برند از جمله کاهش اضطراب درد آن‌ها شد. از آنجاکه 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 مداخله‌ای 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 بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر مدل ارتقاء کیفیت زندگی بر اضطراب درد زنان مبتلا به بیماری فیبرومیالژیا پرداخته است.

### روش

پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به بیماری فیبرومیالژیا مراجعه‌کننده به مطب‌های خصوصی متخصصان روماتولوژی شهر شیراز طی بهمن ۱۳۹۵ تا شهریور ۱۳۹۶ بودند. حجم نمونه شامل ۳۰ نفر از زنان مبتلا به بیماری فیبرومیالژیا بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و به‌طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل (گروه آزمایش ۱۵ نفر و گروه کنترل ۱۵ نفر) گمارده شدند. این بیماران (گروه آزمایش و کنترل) بر اساس نوع بیماری

نمایش بیرونی هیجان بدون توجه به ارزش (مثبت یا منفی) یا روش (چهره‌ای، کلامی و حالت بدنی) گفته می‌شود (چان و هورنفر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶). توانایی‌های تنظیم هیجان ممکن است نقش منحصر به فردی در پیش‌بینی جنبه‌های معین سازگاری در افراد مبتلا به درد مزمن داشته باشد بدین ترتیب هر عامل یا ویژگی که موجب تنظیم هیجان گردد، به طبع آن با سلامت جسمی و کیفیت زندگی مرتبط با آن در ارتباط است (اگر ویلسون و جکسون<sup>۲</sup>، ۲۰۱۲). کینگ<sup>۳</sup> (۲۰۰۸) معتقد است که هوش معنوی ظرفیت و توانایی منحصر به فردی را در شخص ایجاد می‌کند تا معنا را در زندگی درک کند (حاتمی پور و همکاران، ۲۰۱۵). سلامت معنوی جزء مهمی از سلامت عمومی و کیفیت زندگی به‌ویژه در افراد دچار بیماری‌های مزمن است و رابطه نزدیکی با مذهب فرد دارد (دیلگادو<sup>۴</sup>، ۲۰۰۷). افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن، معنویت را به‌عنوان یک روش برای کنار آمدن و سازگاری با بیماری، برای به وجود آوردن حس معنی و هدف در زندگی و نیز کاستن احساس رنج ناشی از بیماری، به کار می‌برند (کروس<sup>۵</sup>، ۲۰۰۹). از این رو، می‌توان عنوان نمود که متغیرهای پذیرش درد، ابراز هیجان و هوش معنوی به‌عنوان مکانیزم‌های سازگاران‌های عمل می‌کنند که باعث بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا می‌شوند؛ بنابراین با انجام این مطالعه که آموزش ارتقاء کیفیت زندگی

1. Chan & Horneffer
2. Agar-Wilson & Jackson
3. King
4. Delgado
5. Krause

خودگزارشی است که برای ارزیابی اضطراب و واکنش‌های ترس مرتبط با درد در افراد مبتلا به دردهای مزمن توسط (مک کراکن و همکاران، ۱۹۹۲) ساخته شده است. شامل چهار زیر مقیاس علائم اضطراب شناختی مرتبط با درد، رفتار فرار و اجتناب مرتبط با کاهش درد، ارزیابی ترسناک از درد و علائم اضطراب فیزیولوژیکی مرتبط با درد است (استرال<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۰). آزمودنی‌ها باید در دامنه صفر (هرگز) تا پنج (همیشه) به سؤال‌های این مقیاس که دامنه نمرات فرم کوتاه آن بین ۰ تا ۱۰۰ می‌باشد، پاسخ دهند. یک نمره کلی و چهار نمره برای خرده مقیاس‌ها به دست می‌آید که نمره کلی عموماً با جنبه‌های زیادی از عملکرد بیماران مرتبط است و چهار خرده مقیاس نیز در پیش‌بینی جنبه‌های متفاوت عملکرد بیماران مفید است. زیر مقیاس‌های فرم کوتاه مقیاس علائم اضطراب درد شامل اجتناب، ارزیابی ترسناک، اضطراب شناختی و واکنش جسمی است. سؤال‌های ۱ تا ۵ مربوط به اضطراب شناختی است و سؤال‌های ۶ تا ۱۰ مربوط به رفتار فرار و اجتناب است و سؤال‌های ۱۱ تا ۱۵ مربوط به ارزیابی ترسناک از درد است و علائم فیزیولوژیک از سؤال ۱۶ تا ۲۰ می‌باشد. هرکدام به صورت جداگانه جمع می‌شود. این مقیاس از پایایی درونی ۰/۸۱ و اعتبار ۰/۷۵ برخوردار است. همسانی درونی ۲۰-PASS با استفاده از آلفای کرونباخ برای کل مقیاس  $a=0/91$  و در زیر مقیاس اجتناب  $a=0/75$ ، ارزیابی ترسناک  $a=0/82$ ، اضطراب جسمانی  $a=0/81$  و در اضطراب

خود (ابتلا به فیبرومیالژیا) که داشتند تحت نظر پزشک خود برای کنترل بیماری خود از داروهای وابسته به نوع درد خویش استفاده می‌نمودند. 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: داشتن اختلالات روانی به تشخیص روان‌پزشک، ابتلا به اختلال‌های جسمانی شدید، شرکت در جلسات درمانی و روان‌شناختی دیگر و غیبت بیش از دو جلسه. برای اجرای ملاحظات اخلاقی پژوهش این نکات رعایت شد: ۱. شرکت افراد در این طرح به صورت داوطلبانه و با گرفتن رضایت‌نامه کتبی؛ ۲. ارائه اطلاعات کافی درباره چگونگی پژوهش به تمامی شرکت‌کنندگان؛ ۳. احترام به اصل رازداری؛ ۴. اطمینان بخشی به شرکت‌کنندگان مبنی بر عدم ضرر و زیان به دلیل شرکت در این پژوهش؛ ۵. تحمیل نکردن هزینه ناشی از شرکت در برنامه آموزش؛ ۶. پیگیری مداخله‌ای در صورت لزوم حتی پس از پایان پژوهش یا خروج شرکت‌کنندگان از پژوهش؛ ۷. امکان انصراف شرکت‌کنندگان در صورت تمایل نداشتن به همکاری در هر مرحله از پژوهش؛ و ۸. اجرای جلسات آموزشی برای افراد گروه گواه پس از پایان پژوهش (در صورت تمایل آنان). ابزار گردآوری اطلاعات شامل مقیاس اضطراب درد<sup>۱</sup> بود. مقیاس اضطراب درد یک ابزار

اسکرول<sup>۴</sup>، ۲۰۰۷) تهیه گردیده است. در آموزش هوش معنوی درباره هوش معنوی و تأثیرات مثبتی که می‌تواند در بهبود بیماری داشته باشد، توضیحاتی داده می‌شود؛ و نیز آموزش خودآگاهی به آن‌ها داده می‌شود تا آن‌ها به شناختی از خود و احساسات و توانایی‌های خود دست یابند زیرا مهارت خودآگاهی می‌تواند نقش مهمی در سلامت و بهداشت روان داشته باشد. همچنین آموزش تفکر انتقادی به بیماران داده می‌شود زیرا توانایی اندیشیدن به‌طور انتقادی به حقیقت وجود، هستی، عالم وجود، زمان و مرگ را نشان می‌دهد. فرد با دریافت حقیقت وجودی و دستیابی به ارزش‌های شخصی و آگاهی خویشتن، هرچه بیشتر از نگرانی‌ها و تشویش دور می‌شود تفکر انتقادی و افزایش خودآگاهی دلیل عمده کاهش اضطراب است. آموزش معنا درمانی داده می‌شود زیرا معنی و هدف در زندگی لازم است و هر چه معنی قوی‌تر باشد فرد شادتر و مثبت‌تر زندگی خواهد کرد؛ و اینکه معنا در درمان بیماری‌ها و تحمل رنج آن‌ها نقش مثبتی خواهد داشت. به بیماران آموزش آرمیدگی و مراقبه داده می‌شود تا با ایجاد آرامش باعث کاهش اضطراب درد آن‌ها شود (کینگ، ۲۰۰۸؛ زوهر و مارشال، ۲۰۰۰). در آموزش تنظیم هیجان درباره هیجان‌ات و نقشی که می‌تواند در سلامت افراد داشته باشد، توضیحاتی داده می‌شود. به بیماران آموزش آگاهی از هیجان‌های مثبت و منفی و پذیرش آن‌ها و آموزش بازاریابی هیجان‌های مثبت و منفی برای تغییر تأثیر هیجان، داده می‌شود زیرا آگاه نمودن

شناختی  $a=0/86$  محاسبه شده است (مک کراکن و دینگرا، ۲۰۰۲). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ کل برابر با  $0/92$  و برای زیر مقیاس‌های مقیاس اجتناب  $0/81$ ، ارزیابی ترسناک  $0/85$ ، اضطراب جسمانی  $0/84$  و اضطراب شناختی  $0/90$  می‌باشد. شیوه اجرای پژوهش بدین‌صورت بود که پس از آن که بسته درمانی تهیه شد، به‌منظور 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 استفاده‌شده برای هر جلسه و غیره جهت تهیه گزارش نهایی مورد استفاده قرارگرفت و از طریق محاسبه ضریب توافقی لاوشه روایی سنجی محتوایی انجام شد. با توجه به اینکه تمام متخصصان نظر موافق به تمام سؤالات نظرسنجی بسته آموزشی تهیه‌شده در این پژوهش دادند، ضریب لاوشه برای همه سؤالات برابر با ۱ بدست آمد. میزان ضریب تعریف‌شده CVR مناسب برای توافق بین ارزیابان اگر تعداد آن‌ها برابر با ۵ نفر باشد، حداقل باید برابر با  $0/99$  باشد. ضریب بدست آمده در بسته درمانی این پژوهش برابر با ۱ است، بنابراین اعتبار محتوایی بسته درمانی پذیرفته شد. بسته درمانی ارتقاء کیفیت زندگی (جدول ۱) بر اساس بسته آموزش هوش معنوی (کینگ، ۲۰۰۸؛ زوهر و مارشال، ۲۰۰۰)، بسته آموزش تنظیم هیجان (گراتز و گاندerson<sup>۳</sup>، ۲۰۰۶) و بسته درمانی پذیرش درد مزمن (ولز و

1. Dhiingra
2. Zohar & Marshal
3. Gratz & Gunderson

4. Vowles & Sorrell

بیماران از هیجان‌های مثبت و منفی خود و کمک به پذیرش آن‌ها و آموزش بازاریابی هیجان‌های مثبت و منفی و ابراز به موقع آن‌ها می‌تواند منجر به کاهش پریشانی شوند و آن‌ها به صورت کارآمدتر با بیماری خودسازگار می‌شوند (گراتز و گاندرسون، ۲۰۰۶).

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات آموزش مبتنی بر ارتقاء کیفیت زندگی بر اساس برنامه زمان‌بندی شده

جلسه	شرح جلسه
جلسه اول	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و با رهبر گروه، با اهداف و برنامه‌ها و قوانین گروه/پیش‌آزمون شامل: مقیاس اضطراب درد، ایجاد اتحاد درمانی با بیماران، توضیحاتی درباره بیماری فیبرومیالژیا، اضطراب درد.
جلسه دوم	توضیحاتی در مورد هیجان‌ها و تأثیر آن‌ها بر افراد، توضیحاتی در مورد آموزش نقش هیجان و نقش آن در سلامت افراد، آموزش آگاهی از هیجان‌ها مثبت، آموزش آگاهی از هیجان‌ها منفی، گرفتن بازخورد از اعضای گروه در مورد آموزش‌های مطرح‌شده، ارائه تکالیف.
جلسه سوم	مرور جلسه قبل و بازخورد درمان‌جویان از جلسه قبل، بررسی و بحث تکالیف خانگی جلسه قبل در گروه، آموزش پذیرش هیجان‌ها مثبت، آموزش پذیرش هیجان‌ها منفی، گرفتن بازخورد از اعضای گروه در مورد آموزش‌های مطرح‌شده، ارائه تکالیف.
جلسه چهارم	مرور جلسه قبل و بازخورد درمان‌جویان از جلسه قبل، بررسی و بحث تکالیف خانگی جلسه قبل در گروه، آموزش بازاریابی هیجان‌ها مثبت و ابراز آن‌ها، آموزش بازاریابی هیجان‌ها منفی و ابراز آن‌ها، گرفتن بازخورد از اعضای گروه در مورد آموزش‌های مطرح‌شده.
جلسه پنجم	آموزش مفهوم هوش معنوی، آموزش مهارت خودآگاهی، آموزش آرمیدگی، گرفتن بازخورد از اعضای گروه در مورد آموزش‌های مطرح‌شده، ارائه تکالیف.
جلسه ششم	مرور جلسه قبل و بازخورد درمان‌جویان از جلسه قبل، بررسی و بحث تکالیف خانگی جلسه قبل در گروه، آموزش زمینه‌ی پرسش‌های اساسی زندگی، آموزش معنادرمانی، آموزش تفکر انتقادی آموزش مراقبه، گرفتن بازخورد از اعضای گروه در مورد آموزش‌های مطرح‌شده.
جلسه هفتم	آموزش مفهوم پذیرش درد مزمن، تمرین ذهن آگاهی (تنفس با حضور ذهن)، کشف ارزش‌های زندگی، موانع موجود در مسیر ارزش‌ها، گرفتن بازخورد از اعضای گروه در مورد آموزش‌های مطرح‌شده، ارائه تکالیف.
جلسه هشتم	مرور جلسه قبل و بازخورد درمان‌جویان از جلسه قبل، بررسی و بحث تکالیف خانگی جلسه قبل در گروه، تمرین ذهن آگاهی (تنفس همراه توجه آگاهی)، عمل متعهدانه، گرفتن بازخورد از اعضای گروه در مورد آموزش‌های مطرح‌شده.

جدول ۲. نتایج آزمون t جهت مقایسه میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون اضطراب درد در مرحله مقدماتی

متغیر	تعداد	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	T	درجه آزادی	سطح معناداری
اضطراب درد	۵	پیش‌آزمون	۸۳.۲۰۰۰	۲.۱۶۷۹۵	۸۹.۳۶۴	۴	۰/۰۰۱
		پس‌آزمون	۱۰.۶۰۰۰	۳.۴۳۵۱۱			



درد در اجرای مقدماتی تفاوت معنادار وجود دارد ( $P=0/001$ ) که نشان‌دهنده اثربخشی بسته درمانی است.

نمونه موردپژوهش شامل ۳۰ بیمار پس از مطالعه فرم رضایت‌نامه و کسب رضایت برای شرکت در پژوهش حاضر و همچنین اطمینان دادن به اینکه اطلاعات کسب‌شده کاملاً محرمانه می‌ماند به شکل تصادفی ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل گماشته شدند. پس از اجرای مقدماتی، پیش‌آزمون در هر دو گروه آزمایش و گواه اجرا گردید. سپس برای گروه آزمایش مداخله درمانی طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای ۲ بار به صورت گروهی توسط پژوهشگر انجام گرفت. پس از اتمام آموزش، از آنان پس‌آزمون به عمل آمد. پس‌آزمون 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. داده‌های حاصل از پژوهش ابتدا با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی مانند میانگین و

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 علی‌رغم 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 آن‌ها را به همراه دارد. به آن‌ها آموزش داده می‌شود که به جای استفاده از مشکلشان به عنوان معیاری برای حرکت در زندگی (به طور مثال، آیا درد کمتری را حس می‌کنم؟)، تمرکزشان بر رفتاری باشد که آن‌ها را 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 این‌که موانعی مانند درد ناشی از بیماری بر سر راهشان قرار گیرد (۳۸). پس از اعتبار یابی بسته درمانی توسط متخصصان، بسته درمانی بر روی ۵ بیمار مبتلا به فیبرومیالژیا به صورت مقدماتی اجرا شد و موارد نقص و ابهام آن از بیماران مورد سؤال قرار گرفت و بررسی شد آیا بیماران به راحتی با بسته آموزشی ارتباط برقرار می‌کنند. سپس نتایج پیش‌آزمون و پس‌آزمون پرسشنامه اضطراب درد در جدول شماره ۲ مورد مقایسه قرار گرفت.

نتایج جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که بین دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیر اضطراب

سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بررسی شد که استفاده از این آزمون مستلزم رعایت پیش‌فرض‌های آزمون شاپیرو-ویلکز، آزمون لوین و آزمون ماچلی می‌باشد.

انحراف معیار توصیف شدند، سپس با کمک شاخص آمار استنباطی تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تفاوت موجود بین دو گروه آزمایش و کنترل در

#### یافته‌ها

واریانس نمرات از آزمون لوین استفاده شد که نتایج نشان‌دهنده تساوی واریانس‌ها بود و نیز برای بررسی در بررسی تناسب کوواریانس‌ها از آزمون ماچلی استفاده شد که نتایج نشان داد که کوواریانس‌ها یا روابط بین نمرات اضطراب درد با ماتریس واحد متناسب است.

در پژوهش حاضر پیش از انجام تحلیل کوواریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی نرمال بودن نمرات اضطراب درد از آزمون شاپیرو-ویلکز استفاده شد که نتایج حاکی از نرمال بودن نمرات بودند، برای بررسی تساوی

جدول ۳. مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات متغیر اضطراب درد به تفکیک دو گروه (آزمایش و کنترل) در سه مرحله پژوهش

مقیاس	نوع آزمون	آزمایش		کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
اضطراب درد	پیش‌آزمون	۸۷/۴۰	۳/۴۵	۸۵/۲۰	۵/۸۰
	پس‌آزمون	۹/۱۳	۲/۹۲	۸۸/۸۶	۵/۳۵
	پیگیری	۷/۸۰	۲/۵۶	۹۰/۴۶	۳/۸۶

جدول ۴. مقایسه زوجی نمرات اضطراب درد زنان مبتلا به بیماری فیبرومیالژیا گروه آزمایش در سه بار آزمون

معناداری	تفاوت میانگین	آزمون	آزمون
۰/۰۰۱	۳۷/۳۰۰*	پس‌آزمون	پیش‌آزمون
۰/۰۰۱	۴۷/۳۶۷*	پیگیری	پس‌آزمون
۰/۰۰۱	۱۰/۰۶۷*	پیگیری	پس‌آزمون

طبق یافته‌های جدول شماره ۵، بین گروه‌ها در سطح  $P < 0/001$  تفاوت معنی‌دار وجود دارد یعنی درحالی‌که نمرات اضطراب درد زنان مبتلا به بیماری فیبرومیالژیا به‌طورکلی فقط یک متغیر یا یک نمره به‌حساب بیایند بین گروه کنترل و آزمایش تفاوت وجود دارد. میزان تفاوت‌های نمرات اضطراب درد زنان مبتلا به بیماری فیبرومیالژیا طی آموزش ۹۷/۵ درصد می‌باشد یعنی ۹۷/۵ درصد واریانس نمرات اضطراب 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 بر مدل ارتقاء کیفیت زندگی باعث کاهش معنادار در متغیر اضطراب درد در بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا در مرحله پس‌آزمون و پیگیری شده است.

نتایج جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که میانگین نمرات اضطراب درد در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون در گروه آزمایش کاهش یافته است. طبق یافته‌های جدول شماره ۴، در گروه آزمایش در سه بار آزمون تفاوت بین پس‌آزمون با پیگیری معنی‌دار بوده است. تفاوت بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون و همچنین پیش‌آزمون با پیگیری معنی‌دار است؛ یعنی درمان مبتنی بر مدل ارتقاء کیفیت زندگی توانسته است نمرات اضطراب درد زنان مبتلا به بیماری فیبرومیالژیا در مرحله پس‌آزمون و پیگیری را کاهش دهد و در مرحله پیگیری نیز تداوم داشته باشد.

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر اضطراب درد زنان مبتلا به بیماری فیبرومیالژیا در سه زمان

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجذور میانگین	F	سطح معناداری	مقدار انا	توان آماری
گروه	۴۷۷۴۸.۱۰۰	۱	۴۷۷۴۸.۱۰۰	۱۰۹۳.۷۴۶	۰/۰۰۱	۰/۹۷۵	۱/۰۰۰

### نتیجه‌گیری و بحث

افراد گروه آزمایش مؤثر بوده است. با توجه به این‌که پژوهشی که کاملاً با پژوهش حاضر همخوانی دارد یافت نشد، این یافته تا حدی با پژوهش‌های (گلن کمپ و همکاران، ۲۰۱۸، مورگان و همکاران، ۲۰۱۳؛ آپاریسیو و همکاران، ۲۰۱۳؛ سنچز و همکاران، ۲۰۱۱؛ ولز و مک

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر مدل ارتقاء کیفیت زندگی بر اضطراب 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

و تعهد، توانایی بیماران در جهت کاهش اضطراب درد بالا برده شد. پذیرش شرایط بدون تلاش برای کنترل و غلبه بر آن، فرد را آماده مواجهه با شرایط مذکور می‌نماید و ضمن کاهش راهبردهای اجتنابی سطح فعالیت را افزایش می‌دهد (مک کراکن و کوق<sup>۴</sup>، ۲۰۰۹). درمان‌های مبتنی بر پذیرش باعث افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و ارتقاء سلامت روانی می‌شود که در این خصوص پژوهشی توسط برقی ایرانی و همکاران (۱۳۹۴) با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سرمایه روان‌شناختی در بیماران مبتلا به سرطان مری انجام گرفت، نتایج افزایش سرمایه روان‌شناختی در این بیماران را نشان داد. پذیرش بیشتر درد نه تنها با تداخل کمتر درد در زندگی روزانه و سلامت جسمی و روان‌شناختی بهتری همراه است بلکه می‌تواند شدت درد را نیز پیش‌بینی نماید. به‌طور کلی در حمایت از اثربخشی راهکارهای مبتنی بر پذیرش در بهبود کارکرد بیماران درد مزمن حمایت‌های تجربی خوبی وجود دارد. درحالی‌که اجتناب مفرط از درد مزمن، به‌طور واضح با رنج و ناتوانی بیشتری همراه است، رویکردهای درمانی مبتنی بر پذیرش نشان داده‌اند که افزایش پذیرش درد ناشی از مداخلات درمانی با بهبود کارکرد اجتماعی، فیزیکی و روان‌شناختی، کاهش شدت درد، مقدار استراحت روزانه، افسردگی و اضطراب مرتبط با درد و افزایش فعالیت‌های روزانه همراه است (مک کراکن و همکاران، ۲۰۰۷). بیماران با انجام این مداخله علاوه بر اینکه درد ناشی از بیماری

کراکن، ۲۰۰۸ و پاگانو و همکاران، ۲۰۰۴) همسو است. سطوح بالای اضطراب مرتبط با درد، به اجتناب از فعالیت‌هایی که گمان می‌رود درد را گسترش می‌دهند، کمک می‌کند که به‌نوبه خود، اغلب اوقات منجر به شرطی زدایی جسمانی، مشکلات رفتاری ثانویه و کاهش تماس اجتماعی می‌شود و سرانجام به‌صورت یک چرخه در می‌آید. همچنین گوش به زنگی نسبت به محرک‌های درد را بدنال دارد. گوش به زنگی دائمی و زیر نظر گرفتن محرک‌های مخرب و این قبیل ترس‌ها، در افزایش تنش ماهیچه‌ها و برانگیختگی فیزیولوژیک نقش عمده‌ای داشته و موجب تشدید و تداوم درد و در نتیجه ناتوانی بیشتر می‌شود (بوئرسما و لیتون<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶). چنانچه اضطراب ناشی از درد درمان نشود، به شکل ترس، محرومیت از خواب، افسردگی و ناتوانی آشکار می‌گردد و مقابله غیر مؤثر روانی و عدم همکاری بیمار با درمان‌ها را به دنبال خواهد داشت. اضطراب بر اساس شواهد بالینی، منجر به توجه انتخابی نسبت به محرک‌های تهدیدکننده می‌شود. سوگیری توجه نسبت به محرک‌های تهدیدکننده، باعث شناسایی سریع این محرک‌ها و در نتیجه، شکل‌گیری و تداوم اضطراب می‌گردد (ریچاردز<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۴). اضطراب مرتبط با درد یکی از مهمترین متغیرهای سهمیم در ایجاد و باقی ماندن دردهای عضلانی و اسکلتی است (هاست<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۰).

در طی دوره مداخله درمان مبتنی بر پذیرش

1. Boersma & Linton
2. Richards
3. Hassett,

4. Keogh

درد صورت می‌گیرد. برای مثال، هیجان‌ها دامنه‌ی گیرنده‌های رفلکسی نخاعی را تنظیم می‌کنند، چنان‌که هیجان‌ها خوشایند منجر به بازداری این گیرنده‌ها و کاهش شدت درد می‌شود و هیجان‌های ناخوشایند منجر به افزایش فعالیت این گیرنده‌ها و افزایش شدت درد می‌شوند؛ بنابراین زمانی که فرد درد کمتری را تجربه کند اضطراب درد کمتری خواهد داشت (رادی<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۳). بیماران با انجام مداخله آموزش تنظیم هیجان نه‌تنها توانایی کنترل و ابراز بر هیجان‌های خود را خواهد داشت، بلکه اضطراب درد کمتری را تجربه خواهد کرد.

با توجه به نتایج پژوهش‌های پیشین و نیز نتایج حاصل از پژوهش حاضر، توجه به جنبه‌های روانی بیماری خصوصاً در بیماری‌های مزمن نظیر بیماری فیرومیالژیا می‌تواند، در تسهیل دوران درمان و بهبود عملکردهای روان‌شناختی بیماران نقش بسزایی داشته باشد؛ بنابراین، شناسایی مشکلات روان‌شناختی در این بیماران و به‌کارگیری مداخلات روان‌شناختی برای آن‌ها به‌موازات انجام درمان‌های پزشکی، در راستای کاهش این مشکلات حائز اهمیت تلقی می‌گردد؛ بنابراین درمان مبتنی بر مدل ارتقاء کیفیت زندگی می‌تواند به‌عنوان به یک راهکار مفید در جهت پیشگیری از بروز مشکلات روان‌شناختی و سازگاری با درد بیماران مبتلا به فیرومیالژیا در نظر گرفته شود.

خویش را قبول کرده و می‌پذیرند، بلکه اضطراب درد کمتری را تجربه می‌کنند. در طی مداخله آموزش هوش معنوی، توانایی بیماران در جهت کاهش اضطراب درد بالا برده شد. هوش معنوی به دلیل ارتباطش با معنا، ارزش و پرورش تخیل می‌تواند به فرد توان تغییر و تحول بدهد. فردی با هوش معنوی بالا دارای انعطاف، خودآگاهی، ظرفیتی برای روبه‌رو شدن با دشواری‌ها و سختی‌ها و فراتر از آن، ظرفیتی برای الهام و شهود، نگرش کل‌نگر به هستی، جستجوی پاسخی به پرسش‌های بنیادی زندگی و نقد سنت و آداب رسوم است (آمرام<sup>۱</sup>، ۲۰۰۸)، بنابراین از این طریق می‌تواند بهزیستی و امید به زندگی و بهبود بیماران را ارتقاء دهد. افراد واجد گرایش معنوی قادر به یافتن معنا و هدف در زندگی هستند و در سازگاری با رنج ناشی از بیماری موفق‌تر عمل می‌کنند. داشتن معنا و هدف در زندگی، مبارزه با بیماری را آسان‌تر می‌کند و بهبود بیماری را تسهیل می‌کند (بارتون-برک<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۸). بیماران با انجام این مداخله علاوه بر اینکه هدف و معنای زندگی را درک می‌کنند، بلکه اضطراب درد کمتری را تجربه می‌کنند. در طی مداخله آموزش تنظیم هیجان، توانایی بیماران در جهت کاهش اضطراب درد بالا برده شد. نوسانات درد به سهولت تحت تأثیر هیجان‌ها قرار می‌گیرند، به‌گونه‌ای که هیجان‌های خوشایند عموماً منجر به کاهش درد می‌شوند، درحالی‌که هیجان‌های ناخوشایند شدت درد را افزایش می‌دهند. این تأثیرات تا حدی از طریق مسیرهای نزولی تنظیم

### سپاسگزاری

انجام این پژوهش یاری دادند قدردانی نموده و برای همگی آنان آرزوی صحت و سلامتی کرد.

در پایان لازم است از بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا که علی‌رغم وجود درد با صبر و حوصله ما را در

### منابع

اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به فیبرومیالژیا. فصلنامه علمی- پژوهشی روانشناسی سلامت، ۷، ۳(۲۷)، ۸۰-۶۲.

ایران‌دوست، ف؛ صفری، س؛ نشاط دوست، ح ط و نادى، م.ع. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرتبط با درد و افسردگی زنان مبتلا به کم‌درد مزمن. مجله علوم رفتاری، ۱، ۸-۱.

زارع، ح؛ محمدی، ن؛ متقی، پ؛ افشار، ح و پورکاظم، ل. (۱۳۹۳). تأثیر درمان تعدیل‌شده شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر فاجعه‌پنداری، پذیرش و شدت درد بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا. فصلنامه علمی- پژوهشی روانشناسی سلامت، ۳(۴)، ۱۱۳-۹۳.

برقی ایرانی، زیبا؛ زارع، حسین و عابدین، مریم. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سرمایه روان‌شناختی در بیماران مبتلا به سرطان مری. فصلنامه علمی- پژوهشی روانشناسی سلامت، ۱۹، ۱۴-۵.

وکیلی، ن؛ عسگری، ک؛ کلانتری، م؛ مولوی، ح و عاشقان، م. (۱۳۹۴). تأثیر الکسی تایمی، اضطراب و افسردگی بر شدت درد در بیماران زن با فیبرومیالژیا در تهران. شفای خاتم، ۳(۴)، ۵۶-۴۹.

خیاطان مصطفوی، صدیقه؛ آقایی، اصغر و گل‌پرور، محسن. (۱۳۹۷). بررسی اثربخشی آموزش مبتنی بر مدیریت استرس با محتوای معنویت درمانی ایرانی \_ اسلامی بر استرس،

Abeles, A.M., Pillinger, MH., Solitar, BM. & Abeles, M. (2007). Narrative review: the pathophysiology of fibromyalgia. *Ann Intern Med*, 146 (10), 726-34.

Akerblom, S., Perrin, S., Fischer, M.R., & McCracken, L. (2015). The mediating role of acceptance in multidisciplinary cognitive-behavioral therapy for chronic pain. *J Pain*, 16 (7), 606-615.

Agar-Wilson, M., & Jackson, T. (2012). Are emotion regulation skills related to adjustment among people with chronic pain, independent of pain coping? *Eur J Pain*, 16 (1), 105-14.

Amram, J. (2007). *The psychology of happiness* (2nd edition). London: Routledge Press, Taylor & Francis group.

- Aparicio, A.V., Ortega, B. F., Carbonell-Baeza, A., Cuevas, M.A., Delgado-Fernández, M., & Jonatan, R. (2013). Anxiety, depression and fibromyalgia pain and severity. *Behavioral Psychology*, 21 (2), 381-392.
- Arnold, L.M., Crofford, L.J., Mease, P.J., Burgess, S.M., Palmer, S.C., Abetz, L., & et al. (2008). Patient perspectives on the impact of fibromyalgia. *Patient Education and Counseling*, 73.
- Avila, A.L., Araujo Filho, M.G., Guimarães, F. U. E., Gonçalves, C. S. L., Paschoalin, N. P., & Aleixo, B. F. (2014). Characterization of the pain, sleep and alexithymia patterns of patients with fibromyalgia treated in a Brazilian tertiary center. *Rev Bras Reumatol*, 54 (5), 409-413.
- Baetz, Z.M., & Bowen, R. (2008). Chronic pain and fatigue: associations with religion and spirituality. *Pain Res Manag*, 13, 383-8.
- Barton-Burke, M., Barreto, J.R., Raimundo, C., & Archibald, L.I.S. (2008). Suffering as a Multicultural Cancer Experience. *Seminars in Oncology Nursing*, 24 (4), 229-36.
- Biccheri, E., Roussiau, N., & Mambet-Doue C. (2016). Fibromyalgia, Spirituality, Coping and Quality of Life. *J Relig Health*, 55, 1189-1197.
- Boersma, K., Linton, S.J. (2006). Psychological processes underlying the development of a chronic pain problem: A prospective study of the relationship between profiles of psychological variable in fear avoidance model in disability. *Clin J Pain*, 22, 160-66.
- Carleton, R. N., Abrams, M. P., Asmundson, G.J. G., Antony, M. M. & McCabe, R. (2009). pain-related anxiety and sensitivity across anxiety and depressive disorders. *Journal of anxiety disorders*, 23, 791-798.
- Carleton, R. N., Asmundson, G.J. (2009). The multidimensionality of fear of pain: construct independence for the fear of pain Questionnaire-Short Form and the Pain Anxiety Symptoms Scale-20. *J Pain*, 10 (1), 29-37.
- Chan, K. M., & Horneffer, W. K. (2006). Emotional expression and psychological symptoms: A comparison of writing and drawing. *The Arts in Psychotherapy*, 33, 26-36.
- DeGucht, V., Fischler, B., & Heiser, W. (2004). Neuroticism, alexithymia, negative affect, and positive affect as determinants of medically unexplained symptoms. *Pers. Individ. Differ*, 36 (7), 1655-67.
- Delgado, C. (2007). Sense of coherence, spirituality, stress and quality of life in chronic illness. *J Nurs Scholarsh*, 39 (3), Delgado C. 2007. Sense of coherence,

- spirituality, stress and quality of life in chronic illness. *J Nurs Scholarsh*, 39 (3):229-34.229-34.
- Demirbagh, B.C., Erci, B. (2014). The effects of sleep and touch therapy accompanied by music and aromatherapy on the impact level of fibromylgia patients. *TAF Prev Med Bull*, 13, 57-64.
- Galenkamp, L., Lazaridou, A., Napadow, O., & Edwards, F. (2018). The relationship between catastrophizing, anxiety, and sleep quality in fibromyalgia. *The journal of pain*, 19 (3), 33.
- Gratz, K. L., & Gunderson, J.G. (2006). Preliminary Data on an Acceptance-Based Emotion Regulation Group Intervention for Deliberate Self-Harm Among Women With Borderline Personality Disorder. *Behavior Therapy*, 37, 25-35.
- Grossman, P., Tiefenthaler-Gilmer, U., Raysz, A., & Kesper, U. (2007). Mindfulness training as an intervention for fibromyalgia: evidence of post intervention and 3-year follow up benefits in well-being. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76 (4), 226-233.
- Guntzviller, L.M., King, A.J., Jensen, J.D., & Davis, L.A. (2017). Selfefficacy, health literacy, and nutrition and exercise behaviors in a low-income, Hispanic population. *Journal of immigrant and minority health*, 19 (2), 489-93.
- Haskett, M.E., Stelter, R., Proffit, K., & Nice, R. (2012). Parent emotional expressiveness and children's self-regulation: Associations with abused children's school functioning. *Child Abuse & Neglect*, 36 (4), 296-307.
- Hassett, A.L., Cone, J.D., Patella, S.J., & Sigal, L.H. (2000). The role of catastrophizing in the pain and depression of women with fibromyalgia syndrome. *Arthritis Rheumatol*, 43, 2493-2500.
- Hatamipour KH, Rassouli M, Yaghmaie F, Zendedel K, Alavi Maj H. 2015. Spiritual needs of cancer patients: A qualitative study. *Indian Journal of Palliative Care*, 21 (1): 61-7.
- Häuser, W., Eich, W., Herrmann, M., Nutzinger, D.O., Schiltenwol M., & Henningsen, P. (2009). Fibromyalgia syndrome: classification, diagnosis, and treatment. *Dtsch Arztebl Int*, 106 (23), 383-91.
- Hauser, W., & Wolf, F. (2012). Dignosis and diagnostic tests for fibromyalgia (syndrome). *Reumatismo*, 64 (4), 194-205.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 169-183.



- Huber, A., Suman, L. A., Biasi, G., & Carli G. (2009). Alexithymia in fibromyalgia syndrome: Associations with ongoing pain, experimental pain sensitivity and illness behavior. *Journal of Psychosomatic Research*, 66, 425–433.
- Jensen, M.P., Turner, J.A., & Romano, J.M. (2007). Changes after multidisciplinary pain treatment in patient pain beliefs and coping are associated with concurrent changes in patient functioning. *Pain*, 131(1), 38-47.
- Kaplan, K. H., Goldenberg, D. L., & Galvin-Nadeau, M. (1993). The impact of a meditation-based stress reduction program on fibromyalgia. *General Hospital Psychiatry*, 15, 284–289.
- King, D.B. (2008). *Rethinking claims of spiritual intelligence: A definition, model, and measure*. M.Sc. Dissertation. Canada: Trent University, College of Arts and Sciences, 32-48.
- Kohl, A., Rief, W., & Glombiewski, A. (2014). Do fibromyalgia patients benefit from cognitive restructuring and acceptance? An experimental study. *Journal of Behaviour*, 474.
- Kratz, A.L., Davis, M.C., & Zautra, A.J. (2007). Pain acceptance moderates the relation between pain and negative affect in female osteoarthritis and fibromyalgia patient. *Ann Behav Med*, 33, 291-301.
- Longo, D.L., Fauci, A.S., Kasper, D.L., Hauser, S.L, Jameson, J.L, & Loscalzo, J. (2012). *Harrison's principles of internal medicine*. 18th ed, The McGraw Hill Professional.
- Lucioano, V. J., Guallar, A. J., Aguado, J., Lopez- del- Hoyo, Y., Oliván, B., Magallon, R., Ajda, M., Serrano-Blanco, A., Gilli, M., & Garcia- Campayo, J. (2014). Effectiveness of group acceptance and commitment therapy for fibromyalgia: A 6-month randomized controlled trial. *Pain*, 155 (4), 693-702.
- McCracken, L.M., & Dhiingra, L. (2002). A short version of the Pain Anxiety Symptom Scale (PASS-20): Preliminary development and validity. *Pain res manage*, 7, 45-50.
- McCracken, L.M., Gauntlett-Gilbert, J., & Vowles, K.E. (2007). The role of mindfulness in a contextual cognitive-behavioral analysis of chronic pain-related suffering and disability. *Pain*, 131, 63–9.
- McCracken, L.M., & Keogh, E. (2009). Acceptance ‘mindfulness’ and values-based action may counteract fear and avoidance of emotions in chronic pain: An analysis of anxiety sensitivity. *Pain*, 10 (4), 408-15.
- McCracken, L.M., & Thompson, M. (2009). Components of Mindfulness in patients with chronic pain. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31, 75–82.

- Middendorp, V. H., Lumley, M. A., Jacobs, W.G.J., van Doornen, J. P.L., Bijlsmac, W.J. J, & Geenen, R. (2008). Emotions and emotional approach and avoidance strategies in fibromyalgia. *Journal of Psychosomatic Research*, 64, 159–167.
- Morgan, N., Morgan, L., Lori, L., Price, L. L., Wang, ch. (2013). Mindfulness Is Associated With Psychological Symptoms, Self-Efficacy and Quality Of Life Among Patients With Fibromyalgia. American college of rheumatology.
- Nüesch, E., Häuser, W., Bernardy, K., Barth, J., & Jüni, P. (2012). Comparative efficacy of pharmacological and non-pharmacological interventions in fibromyalgia syndrome: network meta-analysis. *Ann Rheum Dis*.
- Ofluoglu, D., Berker, N., Guven, Z., Canbulat, N., Yilmaz, It., & Kayhan, O. (2008). Quality of life in patients with fibromyalgia syndrome and rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol*, 27(3), 327-32.
- Pagano, T., Matsutani, A. L., Gonçalves Ferreira, A. E., Marques, P. A., & Carlos Alberto Pereira, B. (2004). Assessment of anxiety and quality of life in fibromyalgia patients. *Sao Paulo Med*, 122, 6.
- Parra-Delgado, M., & Latorre-postigo, J. M. (2013). Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in the treatment of Fibromyalgia: A Randomized Trial. *Cognitive therapy and research*, 37, 1015-1026.
- Rhudy, L. J., DelVentura, L. J., Ellen, L., Terry, L. E., Emily, J., Bartley, E. L, & et al. (2013). Emotional modulation of pain and spinal nociception in fibromyalgia. *Pain*, 154 (7), 1045–1056.
- Richards, H.J., Benson, V., Donnelly, N., & Hadwin, J.A. (2014). Exploring the function of selective attention and hypervigilance for threat in anxiety. *Clin Psychol Rev*, 34 (1), 1-13.
- Ridson, A., Eccleston, C., Crombez, G., & McCracken, L. (2003). How can we learn to live with pain? A Q-methodological analysis of the diverse understandings of acceptance of chronic pain. *Soc Sci Med*, 56 (2), 375–86.
- Rodero, B., Casanueva, B., García-Campayo, J., Roca, M., Magallon, R., & Del-Hoyo, Y. (2010). Stages of chronicity in fibromyalgia and pain catastrophizing: a cross-sectional study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 11, 251.
- Rodero, B., García-Campayo, J., Casanueva, B., Del-Hoyo, Y., Serrano-Blanco, A., & Luciano, J.V. (2010). Validation of the Spanish version of the Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ) for the assessment of acceptance in

- fibromyalgia. Health and Quality of Life Outcomes, 8:37.
- Rodero, B., Casanueva, B., Luciano, J.V., Gili, M., Serrano-Blanco, A., & Garcia Campayo, J. (2011). Relationship between behavioral coping strategies and acceptance in patients with Fibromyalgia Syndrome: elucidating targets of interventions. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 12, 143.
- Rodero, B., Luciano, V. J., Montero-Marín J., Casanueva, B., Palacin, J., Gili, M., López del Hoyo, Y., Serrano-Blanco, A., & Garcia-Campayo, J. (2012). Perceived injustice in fibromyalgia: Psychometric characteristics of the Injustice Experience Questionnaire and relationship with pain catastrophising and pain acceptance. *Journal of Psychosomatic Research*, 73, 86–91.
- Rooks, D.S. (2007). Fibromyalgia treatment update. *Curr Opin Rheumatol*, 19 (2), 111-7.
- Sahin, N., Karatas, O., Ozkaya, M., Cakmak, A., & Berker, E. (2008). Demographics features, clinical findings and functional status in a group of subjects with cervical myofascial pain syndrome, 20 (3), 9-14.
- Schmidt, S., Grossman, P., Schwarzer, B., Jena, S., Naumann, J., & Walach, H. (2011). Treating fibromyalgia with mindfulness-based stress reduction: results from a 3-armed randomized controlled trial. *Pain*, 152(2), 361-369.
- Schneider, M., Vernon, H., Ko, G., Lawson, G., & Perera, J. (2009). Chiropractic management of fibromyalgia syndrome: a systematic review of the literature. *J Manipulative Physiol Ther*, 32 (1), 25-40.
- Segura-Jimenez, V., Alvarez-Gallardo, I.C., Carbonell-Baeza, A., Aparicio, V. A., Ortega, F. B., Casimiro, A. J., & et al. (2015). Fibromyalgia has a larger impact on physical health than on psychological health, yet both are markedly affected: The al-Andalus project. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 44, 563–570.
- Smith, H. S., Harris, R., & Clauw, D. (2011). Fibromyalgia: an afferent processing disorder leading to a complex pain generalized syndrome. *Pain Physician*, 14, 17-245.
- Sanchez, I.A., Miro, E., Martinez, P. M., & Medina, A. (2011). Predictors of the pain perception and self-efficacy for pain control in patients with fibromyalgia. *The Spanish journal of psychology*, 14(1), 366-73.
- Stral, c., Kleinknecht, R.A, & Dinnel, D.I. (2000). The Role of pain anxiety coping and pain self efficacy in rheumatoid arthritis patient functioning. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 863-

873.

- Toussaint, L., Overvold-Ronningen, M., Vincent, A. & et al. (2010). "Implications of forgiveness enhancement in patients with fibromyalgia and chronic fatigue syndrome," *Journal of Health Care Chaplaincy*, 16 (3), 123-139.
- Van Son, J., Nyklíček, I., Pop, V. J. , & Pouwer, F. (2011) Testing the effectiveness of a mindfulness-based intervention to reduce emotional distress in outpatients with diabetes (DiaMind): design of a randomized controlled trial. *BMC public health* [electronic resource], 11, 131.
- Vowles, E. K., & Sorrell, T. J. (2007). *Life with Chronic Pain: An Acceptance-based Approach*.
- Vowles, E. K., & McCracken, L.M. (2008). *Acceptance and Values-Based Action in Chronic Pain: A Study of Treatment Effectiveness and Process: J Consult & Clin Psychol*, 76, 397-407.
- Wolfe, F., Clauw, D. H., Fitzcharles, M., Goldenberg, D., Katz, R. S, Mease, P., & et al. (2010). The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care & Research*, 62, 600-610.
- Woolfolk, A. L., Allen, L. A., & Apter, J T. (2012). Affective-cognitive behavioral therapy for fibromyalgia: A randomized controlled trial. *Pain Research and Treatment*, 6.
- Zohar, D., & Marshall, I. (2000). *Spiritual Intelligence, the Ultimate Intelligence*. London: Bloomsburg.