رویش روان شناسی، سال۱۱، شماره۱۱، شماره پیاپی ۸۰، بهمن ۱۴۰۱
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),11(11), 2023

اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر تجربه درد مزمن و مدیریت درد در زنان مبتلا به فیبرومیالژیا

The effectiveness of emotion-focused therapy on chronic pain experience and pain management in women with fibromyalgia

الهام جانقربان
کارشناس ارشد روان شناسی بالینی (خانواده درمانی)، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران.

Elham Janqorban
Master of Clinical Psychology (Family Therapy), Department of Clinical Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Science and Culture, Tehran, Iran.
eli.jani1991@yahoo.com

چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر تجربه درد مزمن و مدیریت درد در زنان مبتلا به فیبرومیالژیا بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه و پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان مراجعه کنندگان به مرکز درمان درد بیمارستان سینا تهران در سال ۱۴۰۰ بود که توسط پزشک تشخیص فیبرومیالژیا را دریافت کرده بودند. از این جامعه تعداد ۳۶ به صورت نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه (هر گروه ۱۸ نفر) گمارده شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه درجه‌بندی درد مزمن (CPG) ون‌کورف و همکاران (۱۹۹۲) و سیاهه خودمدیریتی درد (PSMC) نیکولانس و همکاران (۲۰۰۰) بود. برای گروه آزمایش ۱۲ جلسه درمان متمرکز بر هیجان (هر هفته یک جلسه به مدت تقریبی ۶۰ دقیقه) اجرا گردید، ولی گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید. نتایج نشان داد که در گروه آزمایش در هر دو متغیر پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش‌آزمون کاهش معناداری وجود داشته است (P<۰/۰۱) اما برخلاف مدیریت درد، نتایج برای متغیر تجربه درد مزمن پایدار نبود (P=۰/۰۲). همچنین نتایج بیانگر عدم تفاوت معنادار در پیش‌آزمون، پس-آزمون و پیگیری در هر دو متغیر برای گروه گواه بود (P>۰/۰۵). نتیجه پژوهش بیانگر این بود که مراکز درمان بیماری فیبرومیالژیا و درمانگران روان‌شناسی که با این بیماران سروکار دارند می‌توانند از درمان متمرکز بر هیجان در جهت بهبود تجربه درد مزمن و مدیریت درد استفاده کنند.

واژه‌های کلیدی: *درمان متمرکز بر هیجان، درد مزمن، مدیریت درد، زنان، فیبرومیالژیا.*

Abstract

The aim of this study was to determine the effectiveness of emotion-focused therapy on chronic pain experience and pain management in women with fibromyalgia. The research method was quasi-experimental with a pretest-posttest design, a control group, and a two-month follow-up. The study's statistical population included all women referred to the pain treatment center of Sina Hospital in Tehran in 2021 who had received a diagnosis of fibromyalgia by a physician. From this population, 36 were selected by available sampling and assigned to two groups (18 people in each group) by lottery. The research instruments were: Van Korf et al. (1992) chronic pain grade questionnaire (CPG) and Nicolanes et al. (2000) pain self-management checklist (PSMC). For the experimental group, 12 sessions of emotion-focused therapy (one session per week for approximately 60 minutes) were performed, but the control group did not receive the intervention. Repeated measurement analysis of variance was used to analyze the data. The results showed that in the experimental group, there was a significant decrease in both post-test and follow-up variables compared to the pre-test (P<0.01), but unlike pain management, the results were not stable for the chronic pain experience variable (P=0.02). The results also showed no significant differences in pre-test, post-test, and follow-up in both variables for the control group (P<0.05). The results showed that fibromyalgia treatment centers and psychotherapists who deal with these patients could use emotion therapy to improve the experience of chronic pain and pain management.

Keywords: *Emotion-focused therapy, Chronic pain, Pain management, Women, Fibromyalgia.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت :** اردیبهشت ۱۴۰۱ | **پذیرش:** خرداد ۱۴۰۱ | **ویرایش نهایی:** بهمن ۱۴۰۱

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.11.18.5]

مقدمه

فیبرومیالژیا[1] یک نشانگان درد مزمن با آسیب‌شناسی پیچیده، چند عاملی و کاملاً ناشناخته است که عمدتاً زنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد و با درد عمومی اسکلتی عضلانی و نقاط حساس لمسی مشخص (سارزی – پوتینی[2] و همکاران، ۲۰۲۰). تشخیص این سندرم شامل درد برای حداقل ۳ ماه است (کسکینداگ و کربس[3]، ۲۰۲۰). میزان شیوع فیبرومیالژیا در سطح جهانی در جمعیت عمومی بین ۲ تا ۶/۶ درصد و در زنان بین ۲/۴ تا ۶/۸ درصد بوده که بعد از سال ۲۰۰۶ افزایش تقریبا ۱۵ درصدی را نشان می‌دهد (مارکوس[4] و همکاران، ۲۰۱۷). این سندرم با درد مزمن و گسترده اسکلتی عضلانی و خستگی مشخص می‌شود و برای بسیاری از بیماران، این علائم برای سال‌ها باقی می‌ماند و منجر به استفاده مکرر از مراقبت های بهداشتی می‌شود. برای برخی، فیبرومیالژیا و علائم آن می‌تواند ناتوان‌کننده باشد (بیر و کربس[5]، ۲۰۲۰). به دردی که پس از بهبودی ادامه می‌یابد یا در غیاب آسیب بافتی وجود دارد، درد مزمن گفته می‌شود (هایلندس – وایت[6] و همکاران، ۲۰۱۷). درد مزمن شایع‌ترین و چالش برانگیزترین علامت در فیبرومیالژیا است که ریشه آن بیش از آنکه زیستی باشد به عوامل عصبی – روان‌شناختی برمی‌گردد (اویگور – کوسوکسایمن[7] و همکاران، ۲۰۲۰). تا حدودی اختلال عملکرد سیستم‌های مهاری مسئول درد مزمن گسترده فیبرومیالژیا است که ناشی از حساسیت محیطی و تغییرات در سیستم عصبی مرکزی است (جولیان[8] و همکاران، ۲۰۰۵). اخیرا نتایج یک فراتحلیل حاکی از شیوع ۳۹٪ تا ۷۶٪ دردهای مزمن (به عنوان مثال، سردرد مزمن تنشی یا میگرنی، سندرم روده تحریک‌پذیر و اختلالات گیجگاهی فکی) در فیبرومیالژیا بوده است (کلایکامپ[9] و همکاران، ۲۰۲۱).

درد مزمن را نمی‌توان به معنای متعارف زیست پزشکی درمان کرد. بلکه باید به بیمارانی که از درد مزمن رنج می‌برد ابزاری داده شود که با آن بتوان درد طولانی‌مدت را تا حد قابل قبولی مدیریت کرد. اگرچه بسیاری از درمان‌ها در دسترس هستند، اما مدیریت درد در فیبرومیالژیا همچنان چالش برانگیز است (بیر و کربس، ۲۰۲۰). مدیریت درد در فیبرومیالژیا بیانگر نقش عاطفه مثبت و عوامل سازگاری مثبت در مدیریت درد است (مولیناری[10] و همکاران، ۲۰۱۸). رویکرد درمانی کلاسیک برای مدیریت درد مزمن در افراد مبتلا به فیبرومیالژیا، یک بی‌دردی مبتنی بر داروهایی با مکانیسم‌های اثر متفاوت مانند داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی همراه با مهارکننده های بازجذب سروتونین- نوراپی نفرین، ترکیبات سه حلقه ای با دوز کم یا داروهای ضد تشنج (مانند دولوکستین، آمی تریپتیلین و پره گابالین[11]) است (گالاوانی[12] و همکاران، ۲۰۱۹). اگرچه این درمان‌ها، استراتژی مدیریت درد مزمن را در فیبرومیالژیا بهبود بخشیده است، با این حال بیماران همچنان احساس عدم کفایتمندی درمان را دارند و حتی اقدام به ترک درمان می‌کنند. از آنجایی که درد مزمن یک تجربه عمیق شخصی است، بر داستان‌های زندگی تأثیر می‌گذارد، خستگی، اضطراب و خشم را ایجاد می‌کند (سالینن[13] و همکاران، ۲۰۱۲؛ میرو[14] و همکاران، ۲۰۱۱). در واقع، بیماران فیبرومیالژیا تظاهرات روان‌شناختی و روان‌پزشکی از اختلالات خلقی و عاطفی تا افسردگی و ناگویی هیجانی را نشان می‌دهند که تأثیر منفی بر مدیریت درد و کیفیت زندگی آنها دارد (دی تلا[15] و همکاران، ۲۰۱۵؛ کاستلی و تسیو[16]، ۲۰۱۶). بر همین اساس رویکردهای غیردارویی جایگزین یا مکمل در مدیریت بالینی درد مزمن در بیماران فیبرومیالژیا مورد توجه قرار گرفته است (گالاوانی و همکاران، ۲۰۱۹). به عبارتی دیگر به نظر می‌رسد علاوه بر تلاش برای تسکین جنبه‌های فیزیکی درد از طریق استفاده از مسکن‌ها، توجه به شکایات روانی که تقریباً همیشه با درد طولانی‌مدت همراه است، اهمیت دارد (هایلندس – وایت و همکاران،

1 fibromyalgia
2 Sarzi-Puttini
3 Keskindag & Karaaziz
4 Marques
5 Bair & Krebs
6 Hylands-White
7 Uygur-Kucukseymen
8 Julien
9 Kleykamp
10 Molinari
11 duloxetine, amitriptyline and pregabalin
12 Galvani
13 Sallinen
14 Miró
15 Di Tella
16 Castelli & Tesio

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.11.18.5]

۲۰۱۷). این امر از آن جهت مهم است که تجربیات شخصی، عوامل عاطفی-شناختی، رابطه ذهن و بدن و توانایی روانشناختی برای مقابله با استرس از جمله عوامل دخیل در بیماری فیبرومیالژیا است (سارزی – پوتینی و همکاران، ۲۰۲۰). بررسی یک فراتحلیل حاکی از این بود که شواهد زیادی بر اهمیت در نظر گرفتن عوامل روانشناختی مؤثر بر مدیریت درد تاکید دارند (سانکسیانی[1] و همکاران، ۲۰۱۷).

یکی از مداخله‌های پرکاربرد روان‌شناختی درمان متمرکز بر هیجان است که بر اهمیت تنظیم هیجان در تجربه درد مزمن تاکید دارد (گرینبرگ و بولگر[2]، ۲۰۰۱). همچنین شواهدی مبنی بر سطوح بالای عاطفه منفی، استرس، عصبانیت و ناگویی هیجانی در بیماران فیبرومیالژیا وجود دارد که مورد تاکید و مداخله درمان متمرکز بر هیجان است (گالوز – سانچز[3] و همکاران، ۲۰۱۹). درمان مبتنی بر هیجان[4] است که به عنوان عمل درمان با آگاهی از درک نقش هیجان در تغییر درمانی تعریف می‌شود. درمان مبتنی بر هیجان براساس تجزیه و تحلیل دقیق، معانی و مشارکت هیجان‌ها در تجربه بشر و تغییر در روان درمانی پایه‌ریزی شده است. فرآیند درمان بدین صورت است که، درمانگر و مراجع به سمت ارتقاء استراتژی‌هایی آگاهی، پذیرش، بیان و تنظیم هیجان‌ها و تجربیات هیجانی اصلاح کننده هدایت شوند. اهداف درمان قوی کردن خود، تنظیم هیجان و ایجاد معنی جدید در مراجع است (گرینبرگ[5]، ۲۰۱۱). در درمان مبتنی بر هیجان توجه ویژه‌ای به ایجاد هماهنگی همدلانه، ایمنی و همکاری رابطه‌ای می‌شود و بر پایه همین رابطه شکل گرفته مراجعه بر دنیای درونی به ویژه هیجان‌ها متمرکز می‌شود و با افزایش آگاهی و پردازش مجدد هیجان‌ها به رشد فردی و توانمندسازی خود می‌رسد (الیوت و مک‌دونالد[6]، ۲۰۲۱). بر همین اساس به نظر می‌رسد درمان متمرکز بر هیجان برای بهبود علائم درد و مدیریت درد در بیماران فیبرومیالژیا مناسب و اولویت داشته باشد، چرا که علائم این بیماری با تجربه هیجان‌های منفی مرتبط است (مالین و لیتلجون[7]، ۲۰۱۳) و یک حالت کلی پریشانی متشکل از هیجان‌های ناسازگار مانند غم، ترس، خشم (شامل خشم درونی یا سرکوب خشم، ابراز خشم یا عصبانیت و نشخوار خشم)، گناه (وان میدندورپ[8] و همکاران، ۲۰۰۸؛ ریسی[9] و همکاران، ۲۰۱۶) و فاجعه سازی درد (یک جهت گیری منفی اغراق آمیز نسبت به درد، که ترس و ناراحتی را تحریک می‌کند و درک درد را افزایش می دهد) در این بیماری قابل مشاهده است (باستروپ[10] و همکاران، ۲۰۱۶). اگرچه اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان در زنان با فیبرومیالژیا بررسی نشده است، با این حال نتایج بدست آمده از یک پژوهش در بیماران افسرده نشان داده است که فرآیند درمان متمرکز بر هیجان از طریق دستیابی به هیجان‌های اصلی شرم، ترس، و تنهایی و تغییر شکل آنها از طریق تولید شفقت به خود و خشم محافظت‌کنند منجر به کاهش دردهای هیجانی می‌شود (دیلون و همکاران[11]، ۲۰۱۸). علاوه بر این نتایج یک مطالعه در بیماران با تجربه درد مزمن همراه با مشکلات هیجانی نشان داد که درمان متمرکز بر هیجان علاوه بر بهبود علائم افسردگی بر فاجعه‌سازی درد و تداخل درد نیز اثربخشی معنادار و پایداری دارد (بورسما[12] و همکاران، ۲۰۱۹). همچنین شارع و همکاران (۲۰۲۱) در نمونه‌ای از زنان نشان دادند که درمان متمرکز بر هیجان بر بهبود خودشفقتی و ادراک درد، اثربخشی معناداری دارد. مطالعه موردی که توسط مک‌نالتی و همکاران (۲۰۱۴) اگرچه نتایج تعمیم‌بخشی را نشان نمی‌دهد، با این حال نشان دادند که درمان متمرکز بر هیجان بر بهبود درد هیجانی و احساس‌های تنهایی و شرم یک زن مبتلا به افسردگی اثربخش است. در ایران نیز اگر چه اثربخشی این درمان برای زنان دچار فیبرومیالژیا مورد بررسی قرار نگرفته است، با این حال برخی از پژوهش‌ها نشان داده است که این درمان بر بهبود شدت درد (فتحی و همکاران، ۱۳۹۹) و راهبردهای مقابله با درد (فاضلی‌ثانی و همکاران، ۲۰۲۱) در بیماران دچار دردهای مزمن اثربخشی معناداری دارد.

با توجه به اینکه بیماری فیبرومیالژیا روند افزایشی داشته است و در مقایسه با دهه‌های قبل رشد تقریبا ۱۵ درصدی را نشان می‌دهد، بنابراین ضروری است مداخله‌های مناسب برای مدیریت این بیماری در دستور کار قرار گیرد (مارکوس و همکاران، ۲۰۱۷). در این با توجه به اینکه تجربه درد و ناتوانی در مدیریت این بیماری چالش و مشکل اساسی این بیماران است (کلایکامپ و همکاران، ۲۰۲۱)، بنابراین

1 Sancassiani
2 Greenberg & Bolger
3 Galvez-Sánchez
4 emotion-focused therapy
5 Greenberg
6 Elliott & Macdonald
7 Malin & Littlejohn
8 Van Middendorp
9 Ricci
10 Baastrup
11 Dillon
12 Boersma

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.11.18.5]

ارائه مداخله برای این متغیرها از ضرورت و اولویت بیشتری برخوردار است. با توجه به اینکه تجربه هیجانی ناخوشایند و ناتوانی در تنظیم این هیجان یکی از عوامل اساسی در تجربه بیشتر درد و ناتوانی در مدیریت درد در این بیماران است (دی تلا و همکاران، ۲۰۱۵؛ کاستلی و تسیو، ۲۰۱۶)، بنابراین ارائه مداخله‌ای مبتنی بر بهبود هیجانی برای این بیماران احتمالا بتواند کمک کننده باشد.

در مجموع به نظر می‌رسد که شیوع فیبرومیالژیا حداقل در زنان نگران کننده به نظر می‌رسد و تجربه دردهای مزمن و ناتوانی در مدیریت آن از جمله چالش‌های اساسی این بیماران است. نتایج پژوهش‌ها و بررسی‌های صورت گرفته که به آن اشاره گردید، تا حدودی حاکی از این است که درمان‌های دارویی به تنهایی نمی‌تواند برای کاهش درد و مدیریت این بیماران کفایت‌کننده باشد. در همین راستا با توجه به نقش عوامل روان‌شناختی و عصب‌شناختی در این بیماری، پیشنهاد شده استفاده از مداخله‌های مکمل برای درمان‌های دارویی شاید بتواند نتایج کارامدتری به همراه داشته باشد. با توجه به اینکه این خلاء وجود دارد که پژوهش‌های قبلی به تعیین اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی مانند درمان متمرکز بر هیجان بر بهبود تجربه درد مزمن و مدیریت درد در بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا نپرداخته‌اند، بنابراین پژوهش حاضر با تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر تجربه درد مزمن و مدیریت درد در زنان مبتلا به فیبرومیالژیا بود.

روش

روش پژوهش نیمه آزمایشی از نوع طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل و پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان مراجعه کنندگان به مرکز درمان درد بیمارستان سینا تهران در سال ۱۴۰۰ (پاییز و زمستان) بود که توسط پزشک تشخیص فیبرومیالژیا را دریافت کرده بودند. با در نظر گرفتن این مورد که حداقل حجم نمونه مورد نیاز برای مطالعات آزمایشی ۱۵ نفر است (کوئن، کوین و کئو[1]، ۲۰۰۲، ص ۱۵۷) از میان افراد واجد شرایط ورود که پس از ارائه توضیحات لازم درمانگر، اعلام رضایت کردند برای شرکت در پژوهش، تعداد ۳۶ به صورت نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی با روش قرعه‌کشی در دو گروه (هر گروه ۱۸ نفر) گمارده شدند. معیارهای ورود شامل رضایت آگاهانه از شرکت در پژوهش، دامنه سنی بین ۲۳ تا ۴۸ سال، دارا بودن حداقل تحصیلات لیسانس، عدم ابتلا به معلولیت جسمی و عدم ابتلا به هرگونه اختلال روانپزشکی بر اساس اظهارنظر شرکت کنندگان و عدم استفاده از درمانی به غیر از داروهای تجویز پزشک بود. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمانی، عدم پاسخگویی به ۵ درصد از گویه‌های هر یک از پرسشنامه‌های پژوهش، امکان خروج از پژوهش در حین اجرای پژوهش، فوت بستگان درجه یک، ابتلا به بیماری حاد و یا بیمارهای همه‌گیری نظیر کووید - ۱۹ (با توجه به شرایط اضطراری ناشی از شیوع کووید – ۱۹، گزارش هر یک از علائم آن توسط گروه مداخله باعث خروج آنها از پژوهش می‌شد) بود. علاوه بر رضایت آگاهانه و محرمانه نگه داشتن اطلاعات شرکت‌کنندگان، همچنین امکان دریافت مداخله متمرکز بر هیجان برای گروه گواه به صورت رایگان دیگر ملاحضه اخلاقی پژوهش بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از روش‌های آمار توصیفی مانند میانگین، انحراف معیار و نیز روش‌های آمار استنباطی تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. جهت استفاده از تجزیه و تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر پیش‌فرض‌های استقلال مشاهدات؛ نرمال بودن داده‌ها (آزمون کالموگروف اسمیرنف)؛ همگنی واریانس‌ها (آزمون لوین) بررسی شد. همچنین از SPSS نسخه ۲۵ برای تحلیل داده‌ها استفاده شد.

ابزار سنجش

پرسشنامه درجه‌بندی درد مزمن (CPG)[2]: این پرسشنامه در سال ۱۹۹۲توسط ون‌کورف[3] و همکاران برای اندازه‌گیری شدت درد مزمن ساخته شد. در این پرسشنامه شدت درد، ثبات یا مدت درد و میزان ناتوانی حاصل از درد را با هفت عبارت پرسشی روی یک مقیاس یازده نقطه‌ای از صفر تا ۱۰ درجه بندی می کند. کلاسن[4] و همکاران (۲۰۰۴) در پژوهش خود ضریب پایایی پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ گزارش داده‌اند. همچنین این نویسندگان روایی همگرایی معناداری میان این پرسشنامه با مقیاس ارزیابی ناتوانی بیمار[5] را گزارش داده‌اند (r=۰/۳۴ و P<۰/۰۱). علاوه بر این، همبستگی مثبتی بین نمرات این پرسشنامه و فراوانی مراجعه به

1 Queen
2 chronic Pain Grade (CPG)
3 Von Korff
4 Klasen
5 Pain Disability Index

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.11.18.5]

پزشک و استفاده مکرر از داروهای مسکن دیده شد. این پرسشنامه در ایران توسط سلیمانی و همکاران (۲۰۱۹) هنجاریابی شده است و برای پایایی آزمون، آلفای کرونباخ ۰/۸۹ ضریب تقسیم نیمه گاتمن ۰/۸۲ و ضریب بازآزمایی با استفاده از ضریب همبستگی اسپیرمن ۰/۸۹ را گزارش داده‌اند. همچنین اندازه‌گیری کفایت نمونه گیری کایزر-مایر-اولکین (۰/۸۳) و آزمون کرویت بارتلت (P< ۰/۰۰۱) کفایت داده ها را برای تحلیل عاملی نشان داد. برای تعیین روایی از تحلیل عاملی اکتشافی استفاده شد و تنها یک مؤلفه در نتیجه تحلیل عاملی استخراج شد و این مؤلفه ۵۹/۸ درصد از واریانس را تبیین می‌کرد. مقدار آلفای کرونباخ پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۸۵ بدست آمد.

سیاهه خودمدیریتی درد (PSMC)[1]: سیاهه خودمدیریتی درد توسط نیکولانس[2] و همکاران (۲۰۰۰) به منظور بررسی و ارزیابی استراتژی‌های شناختی و رفتاری نظیر مصرف داور، الکل برای تسکین درد و استرس و نگرانی پیرامون تجربه درد برای مدیریت درد تهیه گردید. این ابزار شامل ۱۸ عبارت است که بر اساس یک لیکرت ۵ درجه‌ای (۰= هرگز تا ۴= همیشه) راهبردهای خودمدیریتی درد را در پاسخ‌دهنده بررسی می‌کند. دامنه نمرات بین صفر تا ۷۲ است و نمرات پایین‌تر بیانگر خودمدیریتی بهتر است. سازندگان همسانی درونی این سیاهه را با استفاده از محاسبه ضریب همبستگی میان گویه‌های پرسشنامه بین ۰/۲۵ الی ۰/۴۵ و ضریب آلفای کرونباخ آن را بین ۰/۷۲ الی ۰/۹۰ را گزارش داده‌اند. ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه در ایران توسط عابدی قلیچ‌قشلاقی و همکاران (۱۳۹۰) هنجاریابی شده است. این نویسندگان پایایی این سیاهه را به روش بازآزمایی با فاصله سه هفته ۰/۶۸ (P<۰/۰۰۱) گزارش داده‌اند. همچنین این نویسندگان روایی سازه این ابزار را به وسیله محاسبه همبستگی میان این ابزار با مهم‌ترین همایندهای درد مزمن، یعنی افسردگی، اضطراب، استرس و ناتوانی جسمی بررسی کردند و مقدار همبستگی ۰/۳۲ تا ۰/۴۱ را مشاهده کردند که حداقل در سطح ۰/۰۵ معنادار بود. مقدار آلفای کرونباخ پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۸۹ بدست آمد.

برای گروه آزمایش ۱۲ جلسه تقریبا یک ساعته درمان متمرکز بر هیجان به صورت هر هفته یکبار مبتنی بر پروتکل درمان متمرکز بر هیجان که توسط فاضلی‌ثانی و همکاران (۲۰۲۱) برای افراد با تجربه درد مزمن ارائه شده است، اجرا گردید. شرح خلاصه جلسات مداخله در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان متمرکز بر هیجان

جلسه	محتوای جلسه	تکنیک‌ها
اول	آشنایی و ایجاد اتحاد درمانی و فضای امن، تشریک مساعی و توضیح اهداف درمان و نحوه رسیدن به اهداف و صحبت راجع به نگرانی‌ها و انتظارات مراجع	همدلی، انعکاس احساس و خلاصه و جمع‌بندی جلسه
دوم	گفتگو راجع به اقداماتی که تا کنون برای بهبود حالشان پس از اطلاع از بیماری انجام داده اند و شرایط روانی فعلی و اجرای مفاهیم درمان متمرکز بر هیجان شامل: اشکال پاسخ دهی هیجانی، شناسایی هیجانات و کارکرد آنها، توضیح چرخه هیجانی، طرح هیجانی و تمرکز روی بدن	درک همدلانه، کاوش همدلانه، هماهنگی همدلانه
سوم، چهارم و پنجم	هر یک از مراجعان داستان[3] اختلال درد خود را تعریف می کند. عمق بخشی به تجربه و به کلمه در آوردن هیجان و در آوردن طرح های هیجانی مراجعان، هیجانات هسته‌ای دردناک، هیجانات ناسازگار،خود بازداری، خود انتقادی‌ها و کار ناتمام.	کاووش همدلانه، تمرکز بر بدن و صورت و تجربه، همدلی، هدایت فرایند
شش، هفت و هشت	برای ترمیم خود باز داریها و خود انتقاد گری در مراجعان تکنیک دوصندلی توضیح داده شد و از تکنیک دو صندلی برای هر مراجع استفاده گردید. و خود شفقتی و خود ترمیمی و خود سازمان دهی تسهیل گردید	تکنیک دو صندلی، شفقت به خود و خودسازماندهی
نه، ده و یازده	برای "کار ناتمام"تکنیک صندلی خالی را معرفی و برای هریک از مراجعان انجام شد و خود شفقتی و خود ترمیمی تسهیل گردید.	تکنیک صندلی خالی، شفقت به خود و خود ترمیمی
دوازده	گفتگو راجع به تجربه هیجانی جلسات و مقایسه تجربه فعلی و گذشته، گفتگو در مورد خود شفقتی، خود ترمیمی و خود سازماندهی ایجاد شده در مراجعان،گفتگو در مورد معنای جدید ساخته شده از هیجانات و روایت جدید و تحکیم درمان، اجرای دوباره پرسشنامه‌ها، خداحافظی و اعلام درخواست مبنی بر حضور در جلسه ای بعد از دوماه از درمان برای پیگیری تداوم اثر درمانی.	همدلی، بازخورد، خلاصه و مرور

1 Pain Self-Management Checklist
2 Nicholas
3 narrative

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.11.18.5]

یافته‌ها

در گروه آزمایش فراوانی (درصد فراوانی) سطح تحصیلات کارشناسی و کارشناسی ارشد به ترتیب ۱۳ (۷۲/۲) و ۵ (۲۷/۸) و در گروه گواه به ترتیب ۱۴ (۷۷/۸) و ۴ (۲۲/۲) بود که نتایج آزمون دقیق فیشر نشان داد تفاوت معناداری میان دو گروه وجود ندارد (P=۰/۵۰). همچنین در گروه آزمایش فراوانی (درصد فراوانی) زنان خانه‌دار و شاغل به ترتیب ۱۱ (۶۱/۱) و ۷ (۳۸/۹) و در گروه گروه گواه برای هر کدام ۹ (۵۰ درصد) نفر بود که نتایج آزمون کای اسکور نشان داد تفاوت معناداری میان دو گروه وجود ندارد (P=۰/۵۰). علاوه بر این میانگین و انحراف معیار سن شرکت کنندگان در گروه آزمایش به ترتیب ۳۴/۷۸ و ۴/۷۷ و برای گروه گواه به ترتیب ۳۵/۶۱ و ۴/۱۳ بود و نتایج آزمون تی مستقل نشان داد که تفاوت معناداری میان دو گروه از لحاظ سنی وجود ندارد (t=-۰/۵۶ و P=۰/۵۸). در ادامه و در جدول ۲ شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

جدول ۲. شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	مرحله آزمون	گروه آزمایش		گروه گواه	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
تجربه درد مزمن	پیش آزمون	۴۱/۶۷	۳/۷۲	۱/۴۴	۴/۳۳
	پس آزمون	۳۶/۹۴	۴/۰۲	۴۲/۵۰	۴/۷۱
	پیگیری	۳۷/۱۷	۳/۸۵	۴۰	۴/۶۱
مدیریت درد	پیش آزمون	۳۹/۱۷	۴/۹۷	۳۹/۲۸	۵/۰۵
	پس آزمون	۳۱/۸۳	۳/۲۸	۳۷/۶۱	۴/۶۰
	پیگیری	۳۳/۳۳	۳/۸۰	۳۸/۵۶	۳/۸۷

در جدول۲ شاخص های توصیفی میانگین و انحراف معیار برای دو متغیر وابسته پژوهش در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به تفکیک گروه آزمایش و گواه ارائه شده است. قبل از تحلیل داده‌ها نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون شاپیرو ویلک و همگنی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین بررسی شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

قبل از تحلیل داده‌ها نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون شاپیرو ویلک بررسی شد که با درجه آزادی ۱۸ مقدار آماره آزمون بین ۰/۹۱ تا ۰/۹۸ و سطح معناداری بین ۰/۱۰ تا ۰/۹۹ بود که حاکی از نرمال بودن داده‌ها در سه مرحله آزمون در دو گروه پژوهش بود. همگنی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین بررسی شد که برای پیش‌آزمون (F=۰/۰۵ و P=۰/۸۳)، پس‌آزمون (F=۱/۶۵ و P=۰/۲۱) و پیگیری (F=۰/۰۰۲ و P=۰/۹۶) تجربه درد مزمن و برای پیش‌آزمون (F=۰/۰۳ و P=۰/۸۶)، پس‌آزمون (F=۰/۳۹ و P=۰/۵۴) و پیگیری (F=۱/۱۴ و P=۰/۲۹) مدیریت درد تفاوت معناداری مشاهده نشد. همچنین برای متغیر مدیریت درد دو پیش‌فرض ام باکس (P=۰/۶۰، F =۰/۷۷ و Box's M =۵/۰۹) و کرویت موچلی (P=۰/۷۳، x^2=۰/۶۳ و Mauchly's=۰/۹۸) رعایت شده بود، ولی برای متغیر تجربه درد مزمن پیش فرض ام باکس (P=۰/۱۹، F =۱/۴۴ و Box's M =۹/۵۹) رعایت شده بود ولی پیش‌فرض کرویت موجلی (P=۰/۰۳، x^2=۷/۲۶ و Mauchly's=۰/۸۰) رعایت نشده بود، بنابراین از تصحیح «گرین‌هاوس- گیسر[1]» در ارائه نتایج استفاده شد. این اصلاح برای تغییر درجه آزادی ایجاد شده تا نسبت F با کاهش میزان خطای نوع اول، تعدیل شود. در جدول ۳ نتایج تحلیل واریانس چند متغیره جهت بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر تجربه درد مزمن و مدیریت درد در زنان مبتلا به فیبرومیالژیا ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیر جهت بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر تجربه درد مزمن و مدیریت درد در زنان مبتلا به فیبرومیالژیا

آزمون	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	P	اندازه اثر	توان آزمون
اثر پیلایی	۰/۶۸	۳۲/۲۹	۲	۳۱	۰/۰۰۱	۰/۶۸	۱
لمبدای ویلکز	۰/۳۲	۳۲/۲۹	۲	۳۱	۰/۰۰۱	۰/۶۸	۱

1 Greenhouse–Geisser correction

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.11.18.5]

اثر هتلینگ	۲/۰۸	۳۲/۲۹	۲	۳۱	۰/۰۰۱	۰/۶۸	۱
بزرگترین ریشه‌ی روی	۲/۰۸	۳۲/۲۹	۲	۳۱	۰/۰۰۱	۰/۶۸	۱

نتایج بدست آمده در جدول ۳ نشان می‌دهد که حداقل در یکی از دو متغیر تجربه درد مزمن و مدیریت درد در زنان مبتلا به فیبرومیالژیا تفاوت معناداری میان دو گروه آزمایش و کنترل وجود دارد (F=۳۲/۲۹ و P=۰/۰۰۱). در جدول ۴ نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر جهت بررسی اثرات عامل و تعاملی به تفکیک هر متغیر ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر جهت بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر تجربه درد مزمن و مدیریت درد در زنان مبتلا به فیبرومیالژیا

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار P	اندازه اثر	توان آزمون
تجربه درد	زمان	۳۸۹/۸۵	۱/۶۷	۲۳۳/۴۵	۳۶/۳۰	۰/۰۰۱	۰/۵۲	۱
مزمن	عضویت گروهی	۳۷۰/۳۷	۱	۳۷۰/۳۷	۸/۲۲	۰/۰۰۷	۰/۲۰	۰/۷۵
	تعامل زمان و گروه	۱۷۵/۶۳	۱/۶۷	۱۰۵/۱۷	۱۶/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۳۲	۱
مدیریت	زمان	۱۶۱/۹۱	۲	۸۰/۹۵	۴/۶۲	۰/۰۱	۰/۱۲	۰/۷۵
درد	عضویت گروهی	۲۰۰/۰۸	۱	۲۰۰/۰۸	۱۱/۵۹	۰/۰۰۲	۰/۲۵	۰/۹۱
	تعامل زمان و گروه	۱۵۰/۳۹	۲	۷۵/۱۹	۴/۱۴	۰/۰۲	۰/۱۱	۰/۷۱

نتایج بدست آمده در جدول ۴ نشان می دهد که منبع تغییرات زمان (F=۳۶/۳۰ و P=۰/۰۰۱) ، عضویت گروهی (F=۸/۲۲ و P=۰/۰۰۷) و تعامل مراحل و گروه (F=۱۶/۳۵ و P=۰/۰۰۱) در متغیر تجربه درد مزمن و همین‌طور در هر سه مورد زمان (F=۴/۶۲ و P=۰/۰۱) ، عضویت گروهی (F=۱۱/۵۹ و P=۰/۰۰۲) و تعامل زمان و گروه (F=۴/۱۴ و P=۰/۰۲) در متغیر مدیریت درد معناداراست. این نتایج حاکی از اثربخشی درمان در زمان (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری)، عضویت گروهی (گروه آزمایش و گواه) و تعامل زمان و گروه است. در جدول ۵ نتایج مقایسه زوجی بن‌فرونی جهت بررسی تغییرات در اثر زمان (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در دو گروه پژوهش به تفکیک ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج آزمون بن‌فرونی جهت مقایسه نتایج پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	زمان		تفاوت میانگین	p	حد پایین	حد بالا
تجربه	گروه آزمایش	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۷/۳۳	۰/۰۰۱	۴/۷۹	۹/۸۷
درد مزمن			پیگیری	۵/۸۳	۰/۰۰۱	۳/۷۱	۷/۹۶
		پس‌آزمون	پیگیری	-۱/۵۰	۰/۰۲	-۲/۷۷	۰/۲۳
	گروه گواه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱/۶۷	۰/۰۹	-۰/۲۲	۳/۵۵
			پیگیری	۰/۷۲	۱	-۱/۷۳	۳/۱۸
		پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۹۴	۰/۵۱	-۲/۶۹	۰/۸۱
مدیریت	گروه آزمایش	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۴/۷۲	۰/۰۰۴	۱/۴۲	۸/۰۲
درد			پیگیری	۴/۵۰	۰/۰۲	۰/۷۳	۸/۲۷
		پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۲۲	۱	-۲/۹۲	۲/۴۷
	گروه گواه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۱/۰۶	۱	-۵/۳۴	۳/۲۳
			پیگیری	۱/۴۴	۱	-۲/۶۹	۵/۵۷
		پس‌آزمون	پیگیری	۲/۵۰	۰/۳۹	-۱/۶۷	۶/۶۷

نتایج بدست آمده از جدول ۵ نشان داد که در متغیر تجربه درد مزمن برای گروه آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش‌آزمون کاهش معناداری وجود داشته است (P=۰/۰۰۱) و بین پس‌آزمون با پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد (P=۰/۰۲) که بیانگر

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.11.18.5]

عدم پایداری نتایج بود. این درحالی بود که برای گروه گواه تفاوت معناداری برای متغیر تجربه درد مزمن در هر سه مقایسه قابل مشاهده نبود (P>۰/۰۵). برای متغیر مدیریت درد نیز اگرچه در گروه گواه هیچ تفاوت معناداری مشاهده نشد، ولی برای گروه آزمایش نتایج بیانگر کاهش معنادار نتایج پس‌آزمون (P=۰/۰۰۴) و پیگیری (P=۰/۰۲) در مقایسه با پیش‌آزمون بود و بین پس‌آزمون با پیگیری (P>۰/۰۵) تفاوت معناداری مشاهده نشد که حاکی از پایداری نتایج بود.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر تجربه درد مزمن و مدیریت درد در زنان مبتلا به فیبرومیالژیا بود. نتایج پژوهش نشان داد که درمان متمرکز بر هیجان بر تجربه درد مزمن در زنان با فیبرومیالژیا اثربخشی معنادار دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های شارع و همکاران (۲۰۲۱)، مک‌نالتی و همکاران (۲۰۱۴)، دیلون و همکاران (۲۰۱۸) و فتحی و همکاران (۱۳۹۹) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که افزایش پردازش و آگاهی هیجانی در درمان متمرکز بر هیجان احتمالا توانسته باشد منجر به بهبود تجربه درد مزمن در گروه آزمایش شده باشد، چرا که تلاش گردید در مداخله ارائه شده، گروه آزمایش هیجانات هسته‌ای دردناک، خود بازداری و خود انتقادی‌های درونی خود را که منجر به افزایش تجربه درد مزمن می‌گردد، شناسایی کنند و با به تجربه درآوردن هیجان‌ها مبتنی بر رفع نیازها، تجربه هیجانی سازگاری را نشان دهند. تجربه خشم محافظت کننده و خود شفقتی از جمله هیجان‌هایی بود که به جای خود انتقادی و بازداری در گروه آزمایش تجربه گردید. این امر از آن جهت مهم است که تجارب هیجانی مانند خود انتقادی و بازداری خشم و احساس گناه تشدید کننده دردهای مزمن در بیمارانی نظیر فیبرومیالژیا است (وان میدندورپ و همکاران، ۲۰۰۸؛ ریسی و همکاران، ۲۰۱۶؛ باستروپ و همکاران، ۲۰۱۶). در همین رابطه در مداخله ارائه شده تلاش شد تا در ابتدا آگاهی و ادراک زنان مبتلا به فیبرومیالژیا از این چنین هیجان‌هایی و اثر آنها بر تجربه درد آنها افزایش یابد و در ادامه با تکنیک‌های مانند مانند گفتگوهای صندلی و صندلی خالی به طرح‌های هیجانی آنها دسترسی پیدا شود و پاسخگویی هیجانی سازگار و کارآمد نظیر خودشفقتی و خشم محافظت کننده جایگزین پاسخگویی هیجانی ناسازگار و ناکارآمد گردد. با توجه به اینکه تبدیل هیجان‌های ناسازگار و ثانویه به هیجان‌های سازگار و اولیه، مبتنی بر نیازهای فرد منجر به عملکرد سازگار و مثبت می‌شود، بنابراین احتمالا منجر به کاهش و یا جلوگیری از اقدامات افزایش دهنده درد مزمن می‌شود. البته نتایج بدست آمده نشان داد که نتایج در مرحله پیگیری کاهش معناداری را نشان داده است. عدم پایداری نتایج بدست آمده تا حدودی می‌تواند ناشی از این باشد که فیبرومیالژیا رند پیش‌رونده‌ای دارد و معمولا افراد مبتلا اقدام به ترک داورهای مصرفی خود و یا مداخله ارائه شده می‌کنند (سالینن و همکاران، ۲۰۱۲؛ میرو و همکاران، ۲۰۱۱). بنابراین این احتمال وجود دارد که مداخله ارائه شده توسط گروه آزمایش پیگیری نشده باشد و یا به مرور بر شدت بیماری گروه آزمایش افزوده باشد. البته درمان متمرکز بر هیجان حداقل جلسات آن ۱۲ جلسه است که در پژوه حاضر اجرا گردید و جلسات پیگیری برای تحکیم نتایج مورد نیاز است. با این حال محدودیت‌های ناشی از اجرای گروهی منابع از برگزاری جلسات پیگیری گردید. بنابراین این احتمال وجود دارد که افزایش جلسات مداخله منجر به پایداری نتایج نیز گردد.

نتایج پژوهش نشان داد که درمان متمرکز بر هیجان بر مدیریت درد در زنان با فیبرومیالژیا اثربخشی معنادار و پایداری دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های دیلون و همکاران (۲۰۱۸)، مک‌نالتی و همکاران (۲۰۱۴)، بورسما و همکاران (۲۰۱۹)، شارع و همکاران (۲۰۲۱) و فاضلی‌ثانی و همکاران (۲۰۲۱) همسو بود. با توجه به اینکه ادراک درد و ناتوانی در مدیریت آن در فیبرومیالژیا تا حدودی ناشی از حساسیت محیطی و تغییرات در سیستم عصبی مرکزی است (جولیان و همکاران، ۲۰۰۵)، بنابراین می‌توان احتمال داد که تغییرات عصبی به ویژه در قبال محرک‌های محیطی که توسط درمان متمرکز بر هیجان ایجاد شده، توانسته تا حدودی تبیین کننده اثربخشی این درمان بر مدیریت درد در زنان مبتلا به فیبرومیالژیا باشد. در همین رابطه درمان متمرکز بر هیجان تلاش دارد که پاسخگویی خودکار به محرک‌های درونی و بیرونی برانگیزاننده هیجان را که به وسیله بخش آمیگدآل مغز صورت می‌گیرد، متوقف سازد و این پاسخگویی را در بخش نئوکورتکس مغز فعال سازد (گرنبرگف ۲۰۱۱). به عبارتی در بخش نئوکورتکس پردازش هیجانی و معنادهی هیجانی صورت می‌گیرد و فرد متاثر از معناسازی و پردازش هیجانی محرک‌ها را ادراک و در قبال آنها پاسخ ارائه می‌کند. بنابراین می‌توان استدلال کرد که تلاش در جهت افزایش آگاهی از هیجان‌ها و عواطف مرتبط با تجربه درد بیماران فیبرومیالژیا در مداخله متمرکز بر هیجان، تا حدودی توانسته باشد که از پاسخگویی خودکار و غیرارادی این بیماران که از طریق بخش آمیگدال صورت می‌گیرد، کاسته باشد و به جای آن با پردازش و

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.11.18.5]

معنادهی هیجان‌ها که عموما در بخش نئوکورتکس مغز صورت می‌گیرد، به صورت غیرخودکار و مدیریت شده به تجارب مرتبط با درد خود پاسخ دهند. به ویژه اینکه باید توجه کرد که بخشی از ناتوانی در مدیریت درد ناشی از متاثر شدن از حالت‌های هیجانی آنی است که می‌تواند به رفتار آسیب‌زننده‌ای مانند مصرف بیش از حد قرص‌های مسکن و یا خوددرمانی‌هایی گردد که اثر نامطلوبی دارد (نیکولاس و همکاران، ۲۰۰۰). در مقابل در مداخله متمرکز بر هیجان ارائه شده برای زنان مبتلا به فیبرومیالژیا تلاش شد تا رفتارهایی مانند خودشفقتی جایگزین این پاسخگویی هیجانی ناسازگار گردد که می‌تواند خودمدیریتی بهتری باشد.

در مجموع نتایج بدست آمده نشان داد که درمان متمرکز بر هیجان بر بهبود تجربه درد مزمن و خودمدیریتی درد در زنان مبتلا به فیبرومیالژیا اثربخش است. نتایج بدست آمده این امیدواری را می‌دهد که استفاده از مداخله‌های روان‌شناختی نظیر درمان متمرکز بر هیجان در آینده به عنوان مکمل درمان‌های دارویی در زنان مبتلا به فیبرومیالژیا که علاوه بر تجربه دردهای شدید، همچنین در مدیریت درد نیز تا حدودی ناتوانی از خود نشان می‌دهند و حتی در حالت‌های شدید و متاثر از آشفتگی‌های هیجانی درمان را ترک می‌کنند، می‌تواند اثربخش باشد.

با این حال نباید از محدودیت‌های پژوهش غافل شد. روش نمونه‌گیری پژوهش حاضر به صورت دردسترس بود، بنابراین محدودیت عمده پژوهش حاضر عدم نمونه‌گیری تصادفی و در نتیجه کاهش تعمیم‌پذیری نتایج بود. علاوه بر این باید توجه کرد که شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر فقط محدود به زنان بود. بر همین اساس پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های آتی مشابه با مشارکت مردان نیز صورت بگیرد. علاوه بر این یک پیشنهاد اساسی برای پژوهش‌های آتی می‌تواند انجام پژوهشی پیرامون مقایسه اثربخشی درمان دارویی و تلفیق آن با درمان متمرکز بر هیجان بر بهبود دردهای مزمن و مدیریت درد در بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا باشد تا اطمینان بیشتری مبنی بر اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بدست آید.

منابع

عابدی قلیچ‌قشلاقی، م؛ اصغری‌مقدم، م. ع. و خلیل‌زاده پشتگل، م. (۱۳۹۱). ویژگی‌های روان‌سنجی سیاهه خودمدیریتی درد (PSMC) در بیماران مبتلا به درد مزمن. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، *۱۸* (۲)، ۱۵۶-۱۵۰. https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=177964

فتحی, س؛ پویامنش، ج؛ قمری، م. و فتحی‌اقدم، قر. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شدت تجربه درد و تاب‌آوری زنان مبتلا به سردرد مزمن. سلامت جامعه, ۱۴(۴), ۸۷-۷۵.10.22123/chj.2021.219287.1441

Baastrup, S., Schultz, R., Brødsgaard, I., Moore, R., Jensen, T. S., Vase Toft, L., ... & Gormsen, L. (2016). A comparison of coping strategies in patients with fibromyalgia, chronic neuropathic pain, and pain-free controls. *Scandinavian journal of psychology*, *57*(6), 516-522. https://doi.org/10.1111/sjop.12325

Bair, M. J., & Krebs, E. E. (2020). Fibromyalgia. *Annals of internal medicine*, *172*(5), 33-48. https://doi.org/10.7326/AITC202003030

Boersma, K., Södermark, M., Hesser, H., Flink, I. K., Gerdle, B., & Linton, S. J. (2019). Efficacy of a transdiagnostic emotion–focused exposure treatment for chronic pain patients with comorbid anxiety and depression: a randomized controlled trial. *Pain*, *160*(8), 1708. 10.1097/j.pain.0000000000001575

Castelli, L., & Tesio, V. (2016). Commentary: Mindfulness training for reducing anger, anxiety, and depression in fibromyalgia patients. *Frontiers in Psychology*, *7*, 740. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00740

Di Tella, M., Castelli, L., Colonna, F., Fusaro, E., Torta, R., Ardito, R. B., & Adenzato, M. (2015). Theory of mind and emotional functioning in fibromyalgia syndrome: an investigation of the relationship between social cognition and executive function. *PloS one*, *10*(1), e0116542. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0116542

Dillon, A., Timulak, L., & Greenberg, L. S. (2018). Transforming core emotional pain in a course of emotion-focused therapy for depression: A case study. *Psychotherapy Research*, *28*(3), 406-422. https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1233364

Elliott, R., & Macdonald, J. (2021). Relational dialogue in emotion-focused therapy. *Journal of Clinical Psychology*, *77*(2), 414-428. https://doi.org/10.1002/jclp.23069

fazeli Sani, F., Salehi, M., Rafiepoor, A., & Khalatbari, J. (2021). Comparison of the Effectiveness of Emotion-Focused Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy on Coping Strategies and Pain Catastrophizing in Patients with Pain Disorder. *Iranian Journal of Health Psychology; Vol*, *4*(1), 29-46. 10.30473/ijohp.2021.54241.1107

Galvani, C., Caramaschi, P., Mura, P., Paladini, A., Piroli, A., Arnaudo, E., ... & Biasi, D. (2019). Postural counseling represents a novel option in pain management of fibromyalgia patients. *Journal of Pain Research*, *12*, 327. 10.2147/JPR.S164714

Galvez-Sánchez, C. M., Duschek, S., & Del Paso, G. A. R. (2019). Psychological impact of fibromyalgia: current perspectives. *Psychology research and behavior management*, *12*, 117-127. 10.2147/PRBM.S178240

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.11.18.5]

Greenberg, L. S. (2011). *Emotion-focused therapy*. American Psychological Association.
Greenberg, L. S., & Bolger, E. (2001). An emotion-focused approach to the overregulation of emotion and emotional pain. *Journal of Clinical Psychology*, *57*(2), 197-211. 10.1002/1097-4679(200102)57:2<197::AID-JCLP6>3.0.CO;2-O
Hylands-White, N., Duarte, R. V., & Raphael, J. H. (2017). An overview of treatment approaches for chronic pain management. *Rheumatology international*, *37*(1), 29-42. https://doi.org/10.1007/s00296-016-3481-8
Julien, N., Goffaux, P., Arsenault, P., & Marchand, S. (2005). Widespread pain in fibromyalgia is related to a deficit of endogenous pain inhibition. *Pain*, *114*(1-2), 295-302. https://doi.org/10.1016/j.pain.2004.12.032
Keskindag, B., & Karaaziz, M. (2017). The association between pain and sleep in fibromyalgia. *Saudi Medical Journal*, *38*(5), 465. 10.15537/smj.2017.5.17864
Klasen, B. W., Hallner, D., Schaub, C., Willburger, R., & Hasenbring, M. (2004). Validation and reliability of the German version of the Chronic Pain Grade questionnaire in primary care back pain patients. *Psycho-social medicine*, *1*, Doc07. 19742049; PMCID: PMC2736479
Kleykamp, B. A., Ferguson, M. C., McNicol, E., Bixho, I., Arnold, L. M., Edwards, R. R., ... & Dworkin, R. H. (2021, February). The prevalence of psychiatric and chronic pain comorbidities in fibromyalgia: an ACTTION systematic review. In *Seminars in Arthritis and Rheumatism* (Vol. 51, No. 1, pp. 166-174). WB Saunders.
Malin, K., & Littlejohn, G. O. (2013). Stress modulates key psychological processes and characteristic symptoms in females with fibromyalgia. *Clin Exp Rheumatol*, *31*(6 Suppl 79), 64-71. PMID: 24143887
Marques, A. P., Santo, A. D. S. D. E., Berssaneti, A. A., Matsutani, L. A., & Yuan, S. L. K. (2017). Prevalence of fibromyalgia: literature review update. *Revista brasileira de reumatologia*, *57*, 356-363. https://doi.org/10.1016/j.rbre.2017.01.005
McNally, S., Timulak, L., & Greenberg, L. S. (2014). Transforming emotion schemes in emotion focused therapy: A case study investigation. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, *13*(2), 128-149. https://doi.org/10.1080/14779757.2013.871573
Miró, E., Martínez, M. P., Sánchez, A. I., Prados, G., & Medina, A. (2011). When is pain related to emotional distress and daily functioning in fibromyalgia syndrome? The mediating roles of self-efficacy and sleep quality. *British journal of health psychology*, *16*(4), 799-814. https://doi.org/10.1111/j.2044-8287.2011.02016.x
Molinari, G., Garcia-Palacios, A., Enrique, Á., Roca, P., Fernandez-Llanio Comella, N., & Botella, C. (2018). The power of visualization: back to the future for pain management in fibromyalgia syndrome. *Pain Medicine*, *19*(7), 1451-1468. https://doi.org/10.1093/pm/pnx298
Nicholas, M. K., Molloy, A., Tonkin, L., & Beeston, L. (2000). *Manage your pain: practical and positive ways of adapting to chronic pain*. Sydney: ABC Books
Queen, J. P., Quinn, G. P., & Keough, M. J. (2002). *Experimental design and data analysis for biologists*. Cambridge university press.
Ricci, A., Bonini, S., Continanza, M., Turano, M. T., Puliti, E. M., Finocchietti, A., & Bertolucci, D. (2016). Worry and anger rumination in fibromyalgia syndrome. *Reumatismo*, *68*(4), 195-198. https://doi.org/10.4081/reumatismo.2016.896
Sallinen, M., Kukkurainen, M. L., Peltokallio, L., Mikkelsson, M., & Anderberg, U. M. (2012). Fatigue, worry, and fear—Life events in the narratives of women with fibromyalgia. *Health Care for Women International*, *33*(5), 473-494. https://doi.org/10.1080/07399332.2011.645967
Sancassiani, F., Machado, S., Ruggiero, V., Cacace, E., Carmassi, C., Gesi, C., ... & Carta, M. G. (2017). The management of fibromyalgia from a psychosomatic perspective: an overview. *International Review of Psychiatry*, *29*(5), 473-488. https://doi.org/10.1080/09540261.2017.1320982
Sarzi-Puttini, P., Giorgi, V., Marotto, D., & Atzeni, F. (2020). Fibromyalgia: an update on clinical characteristics, aetiopathogenesis and treatment. *Nature Reviews Rheumatology*, *16*(11), 645-660. https://doi.org/10.1038/s41584-020-00506-w
Shareh, H., Ghodsi, M., & Keramati, S. (2021). Emotion-focused group therapy among women with premenstrual dysphoric disorder: A randomized clinical trial. *Psychotherapy Research*, 32(4),1-16. https://doi.org/10.1080/10503307.2021.1980239
Soleymani, A., Arani, A. M., Raeissadat, S. A., & Davazdahemamy, M. H. (2019). Validity and reliability of the Persian version of the Chronic Pain Grade questionnaire in patients with musculoskeletal pain. *Adv Nurs Midwifery*, *28*(3), 35-39. 10.29252/anm-280306
Uygur-Kucukseymen, E., Castelo-Branco, L., Pacheco-Barrios, K., Luna-Cuadros, M. A., Cardenas-Rojas, A., Giannoni-Luza, S., ... & Fregni, F. (2020). Decreased neural inhibitory state in fibromyalgia pain: A cross-sectional study. *Neurophysiologie Clinique*, *50*(4), 279-288. https://doi.org/10.1016/j.neucli.2020.06.002
Van Middendorp, H., Lumley, M. A., Jacobs, J. W., van Doornen, L. J., Bijlsma, J. W., & Geenen, R. (2008). Emotions and emotional approach and avoidance strategies in fibromyalgia. *Journal of psychosomatic research*, *64*(2), 159-167. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.08.009
Von Korff, M., Ormel, J., Keefe, F. J., & Dworkin, S. F. (1992). Grading the severity of chronic pain. *Pain*, *50*(2), 133-149. https://doi.org/10.1016/0304-3959(92)90154-4

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.11.18.5]