

اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر جهت‌گیری منفی، حساسیت اضطرابی، و شفقت به خود
بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا

The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Negative Orientation, Anxiety Sensitivity, and Self-Compassion in Patients with Fibromyalgia

Dr. Farzin Bagheri Sheykhangafshe

Ph.D. in Psychology, Faculty of Humanities, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

Khazar Tajbakhsh

MSc Student, Department of Psychology, University of Milano-Bicocca, Milan, Italy

Dr. Abbas Ali Hosseinkhanzadeh

Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran

Corresponding Author: khanzadehabbas@guilan.ac.ir

دکتر فرزین باقری شیخانگفشه

دکتری روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

خزر تاجبخش

دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه میلان-بیکوکا، میلان، ایتالیا.

دکتر عباسعلی حسین‌خانزاده (نویسنده مسئول)

استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران.

Abstract

This study aimed to evaluate the effects of cognitive-behavioral therapy (CBT) on negative problem orientation, anxiety sensitivity, and self-compassion among patients with fibromyalgia. The research employed a quasi-experimental design with a pretest-posttest control group. The statistical population consisted of patients with fibromyalgia attending pain clinics in Rasht city in 2024. Using purposive sampling, 36 participants were selected and randomly assigned to either the experimental group ($n = 18$) or the control group ($n = 18$). The instruments utilized included the Negative Problem Orientation Questionnaire (NPOQ; Rubichad & Douglas, 2008), the Anxiety Sensitivity Index-3 (ASI-3; Taylor et al; 2007), and the Self-Compassion Scale (SCS; Neff, 2003). The experimental group underwent 10 sessions of 90-minute CBT. Data were analyzed using multivariate analysis of covariance. Results indicated that CBT significantly reduced negative problem orientation ($F = 71.57$), physical factor ($F = 64.17$), cognitive factor ($F = 59.44$), and social factor ($F = 82.43$), and significantly increased self-compassion ($F = 39.10$) in patients with fibromyalgia ($P < 0.001$). The results of the present study indicated that CBT significantly reduced negative problem orientation and anxiety sensitivity, while increasing self-compassion in patients with fibromyalgia. These findings highlight the effectiveness of this approach in improving psychological components associated with chronic pain.

Keywords: Negative Problem Orientation, Anxiety Sensitivity, Self-Compassion, Fibromyalgia, Cognitive-Behavioral Therapy

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین درمان شناختی-رفتاری بر جهت‌گیری منفی، حساسیت اضطرابی، و شفقت به خود بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا انجام شد. روش پژوهش شبه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا مراجعه‌کننده به کلینیک‌های درد شهر رشت در سال ۱۴۰۳ بود که بر اساس نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۳۶ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در گروه آزمایش (۱۸ نفر) و گروه کنترل (۱۸ نفر) جای‌دهی شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه جهت‌گیری منفی به مشکل (NPOQ)، روبیچاد و داگاس، (۲۰۰۸)، شاخص حساسیت اضطرابی-سه (ASI-3)، تیلور و همکاران، (۲۰۰۷)، و مقیاس شفقت به خود (SCS، نف، ۲۰۰۳) بود. گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان شناختی-رفتاری قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره تحلیل شدند. درمان شناختی-رفتاری به طور معنی‌داری باعث کاهش جهت‌گیری منفی ($F = 71.57$)، عامل جسمانی ($F = 64.17$)، عامل شناختی ($F = 59.44$)، عامل اجتماعی ($F = 82.43$)، و افزایش شفقت به خود ($F = 39.10$) بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا شد ($P < 0.001$). نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان شناختی-رفتاری به‌طور معناداری موجب کاهش جهت‌گیری منفی و حساسیت اضطرابی و افزایش شفقت به خود در بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا شد. این یافته‌ها بیانگر اثربخشی این رویکرد در بهبود مؤلفه‌های روان‌شناختی مرتبط با درد مزمن است.

واژه‌های کلیدی: جهت‌گیری منفی، حساسیت اضطرابی، شفقت به خود،

فیبرومیالژیا، درمان شناختی-رفتاری

فیبرومیالژیا یکی از اختلالات مزمن و چندوجهی سیستم عصبی مرکزی محسوب می‌شود که با مجموعه‌ای از علائم ناتوان‌کننده از جمله درد گسترده عضلانی-اسکلتی، خستگی شدید، اختلالات خواب، نارسایی‌های شناختی و اختلال در عملکرد روانی همراه است (سیرکوزا^۱ و همکاران، ۲۰۲۱). اگرچه در بررسی‌های بالینی و پاراکلینیکی این بیماری نشانه‌ای از التهاب یا آسیب‌های عضوی مشخص دیده نمی‌شود، اما اثرات روان‌شناختی و عملکردی آن بر زندگی بیماران عمیق و فراگیر است (خُرادو-پریه‌گو^۲ و همکاران، ۲۰۲۴). شواهد پژوهشی حاکی از آن است که مبتلایان به فیبرومیالژیا به‌طور معناداری در معرض سطوح بالاتری از اختلالات روان‌شناختی نظیر افسردگی، اضطراب فراگیر، نوسانات خلقی، استرس مزمن و ناتوانی در تنظیم هیجان‌ها قرار دارند (پینتو^۳ و همکاران، ۲۰۲۳). در چارچوب نظریه‌های روان‌شناسی سلامت، این اختلال نه صرفاً یک بیماری جسمی، بلکه پدیده‌ای روان‌جسمانی تلقی می‌شود که تعامل پیچیده‌ای میان عوامل زیستی، روانی و اجتماعی در بروز، تداوم و تشدید آن نقش‌آفرینی می‌کنند (آنتونلی^۴ و همکاران، ۲۰۲۵).

یکی از مؤلفه‌های روان‌شناختی اثرگذار در تجربه دردهای مزمن، به‌ویژه در بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا، جهت‌گیری منفی است (چلنگ^۵ و همکاران، ۲۰۱۹). منظور از جهت‌گیری منفی، تمایل پایدار فرد به پردازش اطلاعات محیطی، درونی و بین‌فردی به شکلی بدبینانه، تهدیدآمیز و همراه با پیش‌بینی پیامدهای منفی است (هاماما و ایتزهاکی^۶، ۲۰۲۳). این سبک شناختی منفی، با افزایش سطح اضطراب، فاجعه‌پنداری درد، و کاهش احساس کنترل بر موقعیت‌ها همراه است. در بیماران فیبرومیالژیا، که اغلب فاقد شاخص‌های عینی از آسیب جسمی‌اند، چنین سوگیری‌های شناختی می‌تواند نقش محوری در تداوم و تشدید علائم درد ایفا کند (روبیو فیدل^۷ و همکاران، ۲۰۲۲). علاوه بر این، جهت‌گیری منفی با فرآیندهای تنظیم هیجان نیز ارتباط تنگاتنگی دارد. افرادی که به‌صورت مزمن درگیر افکار منفی، انتظار پیامدهای ناخوشایند و تفسیر تهدیدآمیز از محرک‌ها هستند، معمولاً در استفاده از راهبردهای سازگارانۀ مقابله با استرس ناتوان‌ترند (ریکلمه-آگوادو^۸ و همکاران، ۲۰۲۳). در این افراد، تمایل به نشخوار ذهنی، خودسرزنی، و اجتناب شناختی بیشتر مشاهده می‌شود که این عوامل نه‌تنها به افزایش ادراک ذهنی درد، بلکه به کاهش کیفیت زندگی و احساس بهزیستی روانی منجر می‌شود (رومئو^۹ و همکاران، ۲۰۲۲).

در بیماری فیبرومیالژیا، حساسیت اضطرابی به‌عنوان یک سازه روان‌شناختی، به ترس و واکنش‌های مکرر به احساسات بدنی مرتبط با اضطراب اطلاق می‌شود؛ به‌گونه‌ای که فرد نه تنها اضطراب را تجربه می‌کند، بلکه از نشانه‌های جسمانی آن مانند تپش قلب، لرزش، تنگی نفس یا سرگیجه نیز دچار هراس می‌شود و این علائم را به عنوان نشانه‌ای از آسیب یا تهدید جسمی، روانی یا اجتماعی تفسیر می‌کند (چتینگک^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۲). بیماران فیبرومیالژیا به دلیل مواجهه مستمر با دردهای پراکنده و علائم نامشخص بدنی، سطح بالاتری از حساسیت اضطرابی را نشان می‌دهند که منجر به پایش مکرر وضعیت جسمانی و ارزیابی‌های فاجعه‌آمیز از علائم می‌شود (نیمبی^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۴). این وضعیت چرخه‌ای معیوب ایجاد می‌کند که در آن ترس از علائم جسمانی، افزایش ادراک درد و شدت نشانه‌ها، و تشدید واکنش‌های اضطرابی به‌طور متقابل یکدیگر را تقویت می‌کنند و به کاهش عملکرد روانی و جسمانی فرد منجر می‌شود (رهم^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۱). شواهد پژوهشی حاکی از آن است که افراد با حساسیت اضطرابی بالا، درد را نه صرفاً به عنوان تجربه جسمانی، بلکه به عنوان تهدیدی عمیق‌تر و فراگیرتر ارزیابی می‌کنند که موجب فعال‌سازی راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد، از جمله اجتناب شناختی و رفتاری و نشخوار ذهنی مکرر می‌شود (کوجوکارو^{۱۳} و همکاران، ۲۰۲۴). این واکنش‌ها منجر به کاهش آستانه تحمل درد، افزایش فشار روانی و فرسودگی هیجانی می‌گردد و به تبع آن، کیفیت زندگی بیماران فیبرومیالژیا به شکل قابل توجهی کاهش می‌یابد (رودریگز-آلماگرو^{۱۴} و همکاران، ۲۰۲۳).

1. Siracusa
2. Jurado-Priego
3. Pinto
4. Antonelli
5. Chang
6. Hamama & Itzhaki
7. Rubio Fidel

8. Riquelme-Aguado
9. Romeo
10. Cetingok
11. Nimbi
12. Rehm
13. Cojocar
14. Rodriguez-Almagro

در بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا، درد مزمن و علائم روان‌شناختی نظیر اضطراب و افسردگی، تأثیرات عمیقی بر کیفیت زندگی و سلامت روانی فرد دارند (بروکس^۱ و همکاران، ۲۰۲۲). در این زمینه، مفهوم شفقت به خود به عنوان یک فرآیند روان‌شناختی بنیادین مورد توجه قرار گرفته است که به فرد امکان می‌دهد با نگرشی مهربانانه و پذیرا نسبت به ضعف‌ها و محدودیت‌های خود واکنش نشان دهد، بدون آنکه دچار خودسرزنشی یا انتقاد شدید شود (مونترو-مارین^۲ و همکاران، ۲۰۲۰). شفقت به خود، برخلاف انتقاد و سرزنش، موجب تنظیم بهتر هیجان‌های منفی و تقویت منابع روانی می‌شود و به بیمار کمک می‌کند تا درد و ناتوانی‌های خود را با آرامش بیشتری تحمل کند (کاراکوش^۳ و همکاران، ۲۰۲۵). مطالعات نشان داده‌اند که پرورش و تقویت شفقت به خود می‌تواند به کاهش شدت درد، بهبود خلق و افزایش تاب‌آوری روانی در بیماران فیبرومیالژیا منجر شود. این فرآیند از طریق افزایش پذیرش تجربیات دردناک و کاهش واکنش‌های هیجانی منفی به علائم جسمی، امکان بهبود سازگاری روانی را فراهم می‌کند (لوی^۴ و همکاران، ۲۰۲۴). همچنین، شفقت به خود باعث افزایش خودمراقبتی و انگیزه برای پیگیری درمان‌های مختلف می‌شود، که این امر نقش مهمی در مدیریت بلندمدت بیماری دارد (فورتونا^۵ و همکاران، ۲۰۲۵).

فیبرومیالژیا به عنوان یک اختلال مزمن و پیچیده که با درد گسترده عضلانی-اسکلتی، خستگی، اختلالات خواب و ناتوانی‌های روانی همراه است، نیازمند رویکردهای درمانی چندجانبه و علمی است. درمان شناختی-رفتاری، بر پایه فرضیه ارتباط متقابل بین افکار، احساسات و رفتارها، به عنوان یک مداخله مؤثر در مدیریت فیبرومیالژیا شناخته می‌شود (آگیلرا^۶ و همکاران، ۲۰۲۲). این روش درمانی با هدف اصلاح باورهای نادرست و تحریف‌شده درباره درد، ناتوانی و درماندگی، تغییر الگوهای رفتاری غیرسازنده و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و تنظیم هیجان به بیماران کمک می‌کند تا بتوانند تجربه درد و مشکلات روانی مرتبط را بهتر کنترل کنند (مک‌کری^۷ و همکاران، ۲۰۲۲). به عبارت دیگر، درمان شناختی-رفتاری تلاش می‌کند چرخه‌های معیوبی را که در آن درد، اضطراب و افسردگی یکدیگر را تشدید می‌کنند، شکسته و بهبود کیفیت زندگی بیماران را فراهم آورد (نپو^۸ و همکاران، ۲۰۲۴). در روند درمان شناختی-رفتاری، ابتدا شناخت‌های منفی و تحریف‌شده مرتبط با درد و ناتوانی شناسایی می‌شوند؛ باورهایی مانند «این درد هرگز بهبود نمی‌یابد» یا «من هیچ کنترلی بر بدنم ندارم» که می‌توانند باعث افزایش استرس و کاهش انگیزه شوند (باقری شیخانگش^۹ و همکاران، ۱۴۰۳؛ لامی^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۸). سپس، با تکنیک‌هایی مانند بازسازی شناختی، بیماران یاد می‌گیرند که این افکار را به چالش بکشند و باورهای واقع‌بینانه‌تر و مثبت‌تری جایگزین کنند (کلیمنت-سانز^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۲). به موازات آن، آموزش مهارت‌های رفتاری شامل مدیریت استرس، تکنیک‌های آرام‌سازی، برنامه‌ریزی فعالیت‌ها و جلوگیری از اجتناب غیرضروری از حرکت و فعالیت‌های روزمره، بخش مهمی از درمان است که به تقویت توانمندی‌های فردی و افزایش فعالیت بدنی کمک می‌کند (لی^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۴). همچنین، آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان به بیماران این امکان را می‌دهد تا هیجان‌های منفی ناشی از درد و محدودیت‌ها را بهتر مدیریت کنند و از تشدید واکنش‌های فیزیولوژیک مرتبط جلوگیری شود (هلر^{۱۳} و همکاران، ۲۰۲۱).

فیبرومیالژیا، به عنوان یک اختلال مزمن و چندوجهی، با علائمی چون درد گسترده عضلانی-اسکلتی، خستگی پایدار، اختلالات خواب و مشکلات روان‌شناختی پیچیده شناخته می‌شود که چالش‌های قابل توجهی را در عرصه سلامت جسمی و روانی ایجاد می‌کند (آنتونلی و همکاران، ۲۰۲۵). علی‌رغم پیشرفت‌های چشمگیر در فهم زیست‌پزشکی و روانی این بیماری، درمان قطعی و جامع همچنان غایب است و بیماران با کاهش شدید کیفیت زندگی و بروز اختلالات همزمان روانی روبرو هستند. در این میان، مداخلات روان‌شناختی به ویژه درمان شناختی-رفتاری به عنوان روشی مبتنی بر شواهد، نقش محوری در کاهش شدت علائم و ارتقاء سلامت روانی بیماران ایفا می‌کند (پرادوس^{۱۳} و همکاران، ۲۰۲۲). با این وجود، پیچیدگی بالینی و تفاوت‌های فردی در پاسخ به درمان، ضرورت انجام پژوهش‌های دقیق و

1. Brooks
2. Montero-Marin
3. Karakuş
4. Levy
5. Fortuna
6. Aguilera
7. McCrae

8. Nhu
9. Lami
10. Climent-Sanz
11. Lee
12. Heller
13. Prados

اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر جهت‌گیری منفی، حساسیت اضطرابی، و شفقت به خود بیماران مبتلاء به فیبرومیالژیا

The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Negative Orientation, Anxiety Sensitivity, and Self-Compassion in Patients with Fibromyalgia

نظام‌مند برای سنجش اثربخشی این روش‌ها در جمعیت‌های مختلف را دوچندان می‌سازد. در این زمینه، پژوهش حاضر با هدف تعیین درمان شناختی-رفتاری بر جهت‌گیری منفی، حساسیت اضطرابی، و شفقت به خود بیماران مبتلاء به فیبرومیالژیا انجام شد.

روش

طرح پژوهش حاضر، شبه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه آزمایش و کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل بیماران مبتلا به بیماری فیبرومیالژیا مراجعه‌کننده به کلینیک‌های درد شهر رشت در سال ۱۴۰۳ بود. با مراجعه به ۳ کلینیک، از میان افرادی که به تازگی وارد کلینیک شده بودند تعداد ۳۶ نفر به عنوان شرکت‌کننده در این مطالعه با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. حجم نمونه با استفاده از نسخه ۳،۱،۹،۲ نرم افزار G*Power، ۳۶ نفر برای دو گروه در نظر گرفته شد (فانول^۱ و همکاران، ۲۰۰۷). پس از نمونه‌گیری، شرکت‌کنندگان پژوهش به صورت تصادفی در گروه آزمایش (۱۸ نفر) و کنترل (۱۸ نفر) جایدهی شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل عدم وجود مشکلات جسمانی و روان‌شناختی برجسته قابل مشاهده، عدم دریافت درمان‌های جسمانی و روان‌شناختی بسیار جدی، باسواد بودن (حداقل مدرک تحصیلی سیکل)، و عدم مصرف داروهای روانپزشکی بود. همچنین مواردی همچون غیبت بیش از دو جلسه، به وجود آوردن مشکل در روند برنامه، عدم تعامل و همکاری متناسب، عدم پیگیری برنامه و تکالیف، عود بیماری به عنوان ملاک‌های خروج از پژوهش در نظر گرفته شدند. بیان این نکته ضروری است که در مطالعه حاضر کلیه ملاحظات اخلاقی همچون رضایت شخصی، حفظ اطلاعات شخصی و شرکت آگاهانه بر طبق اصول اخلاقی هیلنسکی لحاظ شدند. همچنین به منظور رعایت نکات اخلاقی، به افراد اطمینان داده شد که اطلاعات پژوهش به صورت گروهی مورد تحلیل قرار خواهد گرفت. پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره بررسی شد.

ابزار

۱- پرسشنامه جهت‌گیری منفی به مشکل^۲ (NPOQ): این پرسشنامه توسط روبیچاد و داگاس^۳ (۲۰۰۸) طراحی و اعتبارسنجی شده است و پایایی آن با ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۲ گزارش شده است. این مقیاس خودگزارشی شامل ۱۲ سوال است که نگرش منفی و ناکارآمد نسبت به مسائل اجتماعی را می‌سنجد و هر گویه در طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از ۱ (هیچ‌وقت) تا ۵ (خیلی زیاد) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات این پرسشنامه از ۱۲ تا ۶۰ بوده و نمرات بالاتر نشان‌دهنده جهت‌گیری منفی بیشتر است. نمره کل از جمع نمرات تمام سوالات به دست آمده و از نظر روان‌سنجی دارای ساختار تک‌عاملی است (روبیچاد و داگاس، ۲۰۰۸). در مطالعه رشیدی و همکاران (۱۴۰۳) ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۷۹ گزارش شد. در پژوهش پیش‌رو نیز، ضریب آلفای کرونباخ نمره کل ۰/۸۱ به‌دست آمد.

۲- شاخص حساسیت اضطرابی-سه^۴ (ASI-3): شاخص حساسیت اضطراب-سه میزان نگرانی در مورد علائم مختلف اضطراب را اندازه‌گیری می‌کند (تیلور و همکاران^۵، ۲۰۰۷). این شاخص برگرفته شده از شاخص حساسیت اضطراب-ویرایش‌شده است که از ۱۸ گویه تشکیل شده است. شاخص حساسیت اضطرابی سه سطح جسمانی (۶ گویه)، شناختی (۶ گویه) و اجتماعی (۶ گویه) مرتبط با اضطراب را ارزیابی می‌کند و پاسخدهی و نمره‌گذاری شاخص حساسیت اضطرابی به صورت لیکرت پنج‌گزینه‌ای از صفر (کمی موافقم) تا ۴ (کاملاً موافقم) است که نمره کل بین ۰ تا ۷۲ حاصل می‌شود. شاخص حساسیت اضطرابی از همسانی درونی (بین ۰/۷۶ تا ۰/۸۶ برای نگرانی‌های جسمانی، بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۱ برای نگرانی‌های شناختی و بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۶ برای نگرانی‌های اجتماعی)، روایی همگرا و روایی واگرا مناسبی برخوردار است (تیلور و همکاران، ۲۰۰۷). در داخل کشور نیز ضریب آلفا کرونباخ ابعاد بین ۰/۸۰ تا ۰/۸۹ به‌دست آمد (باقری شیخانگوشه و همکاران، ۲۰۲۳). در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ زیرمقیاس‌های جسمانی، شناختی و اجتماعی به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۹۰ و ۰/۸۶ گزارش گردید.

۳- مقیاس شفقت به خود^۶ (SCS): این مقیاس توسط نف^۷ (۲۰۰۳) ساخته شد و یک مقیاس خودگزارشی ۲۶ گویه‌ای است که شرکت‌کنندگان به سوالات این پرسشنامه در یک مقیاس لیکرت ۵ نقطه‌ای صفر (تقریباً هرگز) تا چهار (تقریباً همیشه) پاسخ می‌دهند.

1. Faul
2. Negative Problem Orientation Questionnaire
3. Robichaud & Dugas
4. Anxiety Sensitivity Index-3

5. Taylor
6. Self-Compassion Scale
7. Neff

دامنه نمرات این مقیاس از ۰ تا ۱۰۴ بوده و نمرات بالاتر نشان‌دهنده شفقت به خود بیشتر است. پژوهش‌های مربوط به اعتبار یابی مقدماتی این پرسشنامه نشان داده‌اند همه‌ی این ۶ خرده مقیاس همبستگی درونی بالایی دارند و تحلیل‌های عاملی تاییدی نیز نشان داده‌اند که یک عامل مجزای دلسوزی به خود، این همبستگی درونی را تبیین می‌نماید. ضریب همسانی درونی این پرسشنامه ۰/۹۲ و پایایی بازآزمایی آن نیز ۰/۹۳ گزارش شده است (نف، ۲۰۰۳). در ایران نیز ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در مطالعه کیمرنی و همکاران (۱۳۹۹) برابر ۰/۸۴ گزارش شده است. در پژوهش حاضر نیز برای بررسی پایایی ابزار از آزمون آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار ۰/۸۷ برای کل مقیاس به‌دست آمد.

برنامه مداخله‌ای

درمان شناختی-رفتاری: درمان شناختی-رفتاری یک رویکرد مداخله‌ای جامع و مبتنی بر شواهد است که به‌ویژه برای کاهش درد و بهبود مشکلات عضلانی-اسکلتی در بیماران طراحی شده است (تورن^۱، ۲۰۱۷). این روش با هدف تغییر الگوهای فکری منفی و رفتارهای ناتوان‌کننده، به بیماران کمک می‌کند تا مهارت‌های مقابله‌ای مؤثرتری برای مدیریت درد و استرس‌های ناشی از بیماری‌های مزمن کسب کنند. درمان شناختی-رفتاری با تمرکز بر شناخت‌های اشتباه، افکار خودمخرب و الگوهای رفتاری نامناسب، سعی در بهبود کیفیت زندگی و کاهش شدت درد دارد و به عنوان یکی از مؤثرترین مداخلات روان‌شناختی در درمان بیماری‌هایی مانند فیبرومیالژیا شناخته می‌شود. در ادامه شرح مختصری از مداخله درمان شناختی-رفتاری در جدول ۱ ارائه شده است. گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل، ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای مداخله درمان شناختی-رفتاری دریافت کردند (جدول ۱).

جدول ۱. محتوای جلسات درمان شناختی-رفتاری برای بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا

جلسه	محتوا
۱	آشنایی کلی با علائم فیبرومیالژیا و دردهای مزمن عضلانی-اسکلتی. معرفی اهداف درمان شناختی-رفتاری. آموزش تمرینات آرامش‌بخشی و تن‌آرامی.
۲	ترسیم مدل شناختی درد و استرس در فیبرومیالژیا. آشنایی با افکار منفی و الگوهای شناختی نادرست مرتبط با درد. آموزش ثبت و پایش افکار منفی روزانه. توضیح اهمیت افکار و ارتباط آن با شدت درد و علائم جسمانی
۳	آموزش تکنیک‌های شناختی مانند پرسشگری سقراطی برای بازبینی افکار دردآور و نگرانی‌ها. ثبت مزایا و معایب افکار منفی مرتبط با درد. انجام تمرین‌های رفتاری برای کاهش اهمیت این افکار.
۴	بررسی ثبت افکار روزانه و اجرای تمرین‌های رفتاری برای مقابله با واکنش‌های نامناسب به درد. آموزش روش‌های محاسبه احتمال وقوع پیامدهای درد و اصلاح باورهای پرخطر.
۵	به‌کارگیری تکنیک‌های شناختی برای کاهش باورهای مسئولیت‌پذیری بیش از حد نسبت به درد و علائم بیماری. آموزش مقابله با کمال‌گرایی در مدیریت بیماری. طرح تمرین‌های رفتاری برای تغییر الگوهای فکری.
۶ تا ۹	آموزش و اجرای تکنیک مواجهه با درد و جلوگیری از پاسخ‌های اجتنابی، همراه با تمرین در حضور درمانگر و انجام تمرینات در منزل. مرور و بازبینی ثبت افکار و طرح آزمایش‌های رفتاری بیشتر.
۱۰	جمع‌بندی تکنیک‌های شناختی و رفتاری آموزش داده شده. مرور الگوهای شناختی مرتبط با درد. تاکید بر اهمیت تمرینات رفتاری. بحث درباره نشانه‌های برگشت درد و آموزش گام‌های حل مسئله برای مدیریت بهتر بیماری.

نحوه اجرا

به منظور انجام مطالعه پیش‌رو، تمامی مجوزهای لازم پیش از اجرای پژوهش از مراجع ذی‌ربط اخذ و ملاحظات اخلاقی شامل حفظ حریم خصوصی، رضایت آگاهانه، رازداری اطلاعات، و اختیار خروج در هر مرحله رعایت شد. پس از هماهنگی‌های لازم، در نیمه دوم سال ۱۴۰۳ از میان بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا مراجعه‌کننده به کلینیک‌های درد شهر رشت، ۳۶ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی (قرعه‌کشی) در دو گروه آزمایش و کنترل (هر کدام ۱۸ نفر) جایدهی شدند. پیش از ورود به مطالعه، توضیحات شفافی درباره اهداف پژوهش، شیوه درمان، محرمانگی اطلاعات و حقوق شرکت‌کنندگان ارائه شد و پس از بررسی ملاک‌های ورود و

اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری بر جهت گیری منفی، حساسیت اضطرابی، و شفقت به خود بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا

The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Negative Orientation, Anxiety Sensitivity, and Self-Compassion in Patients with Fibromyalgia

خروج، رضایت نامه کتبی از افراد دریافت شد. مداخلات درمانی در اتاق مشاوره کلینیک درد انجام شد و مدت اجرای طرح ۱۰ هفته (هر هفته یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) به طول انجامید. برای پیشگیری از افت شرکت کنندگان، پژوهشگر با استفاده از تماس تلفنی، یادآوری جلسات، انعطاف پذیری در زمان بندی، و ارائه مشوق های اخلاقی (مانند ارائه نسخه ای از نتایج درمان یا راهنمایی های تکمیلی) تلاش کرد تا حضور شرکت کنندگان در جلسات حفظ شود. در پایان مطالعه، تنها یک نفر از گروه آزمایش به دلیل دلایل شخصی از ادامه همکاری انصراف داد که جایگزینی صورت نگرفت و تحلیل ها با داده های باقی مانده انجام شد.

یافته ها

میانگین سن شرکت کنندگان گروه آزمایش و کنترل به ترتیب ۴۱/۸۶ و ۴۲/۳۰ بود. ۱۶ نفر از شرکت کنندگان مجرد و مابقی (۲۰ نفر) متاهل بودند. ۲۱ نفر وضعیت اقتصادی خود را ضعیف گزارش دادند و به ترتیب ۱۰ نفر و ۵ نفر وضعیت اقتصادی خود را متوسط و خوب بیان کردند. ۶۵ درصد شرکت کنندگان نیز خانم بودند. همچنین در جدول ۲ نتایج آزمون شاپیرو-ویلک برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها در دو گروه گزارش شده است. با توجه به این جدول آماره آزمون شاپیرو-ویلک برای تمامی متغیرها معنی دار نبود. لذا می توان نتیجه گرفت که توزیع متغیرها نرمال است.

جدول ۲. شاخص های توصیفی نمرات پیش آزمون و پس آزمون در گروه آزمایش و در کنترل

متغیر	وضعیت	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	S-W	P
جهت گیری منفی	پیش آزمون	آزمایش	۴۱/۶۶	۱/۸۷	۰/۱۲۵	۰/۰۹۶
		کنترل	۴۱/۵۵	۱/۷۸	۰/۱۲۸	۰/۰۶۷
	پس آزمون	آزمایش	۳۸/۰۵	۲/۸۳	۰/۱۰۲	۰/۰۶۵
		کنترل	۴۱/۷۲	۱/۷۷	۰/۰۹۶	۰/۰۷۱
عامل جسمانی	پیش آزمون	آزمایش	۱۹/۵۵	۱/۵۴	۰/۱۱۰	۰/۰۷۴
		کنترل	۱۹/۶۶	۱/۶۷	۰/۱۰۳	۰/۰۶۰
	پس آزمون	آزمایش	۱۵/۸۸	۲/۳۳	۰/۰۹۸	۰/۰۸۰
		کنترل	۱۹/۴۵	۱/۴۵	۰/۱۰۲	۰/۰۸۱
عامل شناختی	پیش آزمون	آزمایش	۱۸/۵۰	۲/۰۸	۰/۰۸۹	۰/۰۷۳
		کنترل	۱۸/۵۶	۱/۹۴	۰/۰۹۶	۰/۰۵۲
	پس آزمون	آزمایش	۱۵/۰۵	۱/۶۳	۰/۰۸۷	۰/۰۶۰
		کنترل	۱۸/۳۹	۱/۸۱	۰/۰۹۳	۰/۰۷۸
عامل اجتماعی	پیش آزمون	آزمایش	۲۰/۲۱	۱/۴۷	۰/۰۸۲	۰/۰۶۳
		کنترل	۲۰/۱۲	۱/۶۹	۰/۱۱۵	۰/۰۷۱
	پس آزمون	آزمایش	۱۶/۱۷	۱/۵۰	۰/۱۰۲	۰/۰۸۲
		کنترل	۲۰/۲۷	۱/۶۳	۰/۰۸۸	۰/۰۵۱
شفقت به خود	پیش آزمون	آزمایش	۵۵/۴۵	۱/۴۹	۰/۰۹۶	۰/۰۵۷
		کنترل	۵۵/۳۴	۱/۵۰	۰/۰۸۷	۰/۰۷۵
	پس آزمون	آزمایش	۵۹/۵۶	۲/۳۶	۰/۰۹۲	۰/۰۵۶
		کنترل	۵۵/۵۴	۱/۴۲	۰/۱۱۲	۰/۰۸۱

برای تعیین درمان شناختی-رفتاری بر جهت گیری منفی، حساسیت اضطرابی، و شفقت به خود بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته در گروه ها نشان داد که واریانس جهت گیری منفی ($F=۳/۵۳, p=۰/۰۶۹$)، حساسیت اضطرابی ($F=۱/۳۸, p=۰/۲۴۹$) و شفقت به خود ($F=۲/۲۷, p=۰/۱۴۱$) در گروه ها برابر است. نتایج آزمون باکس برای بررسی برابری ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه آزمایش و کنترل نیز نشان داد که ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته دو گروه برابر است ($\text{Box } M=۲۴/۰۳, F=۱/۳۴, p=۰/۱۶۵>۰/۰۵$). میزان معناداری آزمون باکس از ۰/۰۵ بیشتر است در نتیجه این مفروضه برقرار است. همچنین نتایج آزمون خی دو بارتلت برای بررسی کرویت یا معنی داری

رابطه بین جهت گیری منفی، حساسیت اضطرابی، و شفقت به خود نشان داد که رابطه بین آن‌ها معنی دار است ($p < 0.01$)، $df = 14$ ، $\chi^2 = 138/990$). مفروضه مهم دیگر تحلیل کوواریانس چندمتغیری، همگونی ضرایب رگرسیون است. لازم به ذکر است که آزمون همگونی ضرایب رگرسیون از طریق تعامل متغیرهای وابسته و متغیر مستقل (روش مداخله) در مرحله پیش آزمون و پس آزمون مورد بررسی قرار گرفت. تعامل این پیش آزمون‌ها و پس آزمون‌ها با متغیر مستقل معنادار نبوده و حاکی از همگونی شیب رگرسیون است؛ بنابراین این مفروضه نیز برقرار است. با توجه به برقراری مفروضه‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری، استفاده از این آزمون مجاز خواهد بود. در ادامه به منظور پی بردن به تفاوت گروه‌ها، تحلیل کوواریانس چند متغیره انجام شد (جدول ۳).

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری بر روی میانگین نمرات پس آزمون

نام آزمون	مقدار	آماره F	سطح معنی داری	اندازه اثر	توان آماری
آزمون اثر پیلایی	۰/۷۵۱	۱۵/۱۱۷	<۰/۰۰۱	۰/۷۵	۱
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۲۴۹	۱۵/۱۱۷	<۰/۰۰۱	۰/۷۵	۱
آزمون اثر هتلینگ	۳/۰۲۳	۱۵/۱۱۷	<۰/۰۰۱	۰/۷۵	۱
آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی	۳/۰۲۳	۱۵/۱۱۷	<۰/۰۰۱	۰/۷۵	۱

با توجه به جدول ۳، نتایج حاکی از تأثیر متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته بود؛ به عبارت دیگر گروه‌های آزمایش و کنترل حداقل در یکی از متغیرهای جهت گیری منفی، حساسیت اضطرابی، و شفقت به خود تفاوت معناداری دارند که با توجه به اندازه اثر محاسبه شده، ۷۵ درصد از کل واریانس‌های گروه آزمایش و کنترل ناشی از اثر متغیر مستقل است. همچنین توان آماری آزمون برابر با ۱ است که دلالت بر کفایت حجم نمونه است. اما برای تشخیص این که در کدام حیطه‌ها تفاوت معنادار است، از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن مانکوا استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ گزارش شده است.

جدول ۴. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس تک متغیری بر روی میانگین نمره‌های پس آزمون متغیرهای وابسته در دو گروه

متغیرها	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
جهت گیری منفی	۱۳۱/۴۲	۱	۱۳۱/۴۲	۷۱/۵۷	<۰/۰۰۱	۰/۷۱	۱
عامل جسمانی	۱۱۱/۶۷	۱	۱۱۱/۶۷	۶۴/۱۷	<۰/۰۰۱	۰/۶۸	۱
عامل شناختی	۱۰۰/۳۸	۱	۱۰۰/۳۸	۵۹/۴۴	<۰/۰۰۱	۰/۶۷	۱
عامل اجتماعی	۱۶۲/۲۶	۱	۱۶۲/۲۶	۸۲/۴۳	<۰/۰۰۱	۰/۷۴	۱
شفقت به خود	۱۴۲/۸۴	۱	۱۴۲/۸۴	۳۹/۱۰	<۰/۰۰۱	۰/۵۷	۱

با توجه به مندرجات جدول ۴، آماره F برای جهت گیری منفی ($F = 71/57$)، عامل جسمانی ($F = 64/17$)، عامل شناختی ($F = 59/44$)، عامل اجتماعی ($F = 82/43$)، و شفقت به خود ($F = 39/10$) در سطح ۰/۰۱ معنی دار است. این یافته‌ها نشانگر آن است که بین گروه‌ها در این متغیرها تفاوت معنی داری وجود دارد. همچنین با توجه به اندازه اثر محاسبه شده، ۷۱ درصد از جهت گیری منفی، ۶۸ درصد از عامل جسمانی، ۶۷ درصد از عامل شناختی، ۷۴ درصد از عامل اجتماعی و ۵۷ درصد از شفقت به خود ناشی از تأثیر متغیر مستقل بوده است؛ در نتیجه می‌توان بیان کرد که درمان شناختی-رفتاری به طور معنی داری باعث کاهش جهت گیری منفی، حساسیت اضطرابی و افزایش شفقت به خود بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا شده است.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین درمان شناختی-رفتاری بر جهت گیری منفی، حساسیت اضطرابی، و شفقت به خود بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا انجام شد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان شناختی-رفتاری به طور معناداری موجب کاهش جهت گیری منفی در بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا گردید. جهت گیری منفی به معنای تمایل مکرر و پایدار به ارزیابی رویدادها و تجربیات زندگی به صورت منفی است که می‌تواند منجر به بروز اختلالات روانی مانند افسردگی و اضطراب شود. با توجه به این که بیماران فیبرومیالژیا به دلیل درد مزمن و ناتوانی‌های جسمی در معرض رنج‌های روانی گسترده‌ای قرار دارند، کاهش این نگرش منفی نقش کلیدی در بهبود سلامت روان و کیفیت زندگی آن‌ها ایفا می‌کند (لی و همکاران، ۲۰۲۴). درمان شناختی-رفتاری با شناسایی و اصلاح باورهای تحریف‌شده و منفی درباره درد،

اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر جهت‌گیری منفی، حساسیت اضطرابی، و شفقت به خود بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا

The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Negative Orientation, Anxiety Sensitivity, and Self-Compassion in Patients with Fibromyalgia

ناتوانی و آینده، بیماران را قادر می‌سازد تا دید واقع‌بینانه‌تر و سازگارانه‌تری نسبت به شرایط خود پیدا کنند (باقری شیخانگفشه و همکاران، ۱۴۰۳). این فرآیند بازسازی شناختی از طریق تمرینات و تمرکز بر شواهد مخالف باورهای منفی، موجب کاهش خودسرزنی و اضطراب مرتبط با بیماری می‌شود (کلیمنت-سانز و همکاران، ۲۰۲۲). از این رو، کاهش جهت‌گیری منفی می‌تواند به عنوان یک مکانیسم مهم در کاهش شدت علائم روان‌شناختی و افزایش تاب‌آوری بیماران فیبرومیالژیا در نظر گرفته شود. از منظر بالینی، کاهش جهت‌گیری منفی در بیماران فیبرومیالژیا باعث افزایش انگیزه برای مشارکت فعال در درمان، بهبود تعاملات اجتماعی و کاهش رفتارهای اجتنابی می‌شود که همگی به بهبود کلی عملکرد روزمره و کیفیت زندگی کمک می‌کنند (هلمر و همکاران، ۲۰۲۱). این یافته تأکید می‌کند که درمان شناختی-رفتاری نه تنها بر علائم جسمانی، بلکه بر ساختارهای شناختی و روانی بنیادی که بیماری را پیچیده‌تر می‌کنند، تأثیرگذار است.

یافته‌های این پژوهش به وضوح نشان می‌دهد که درمان شناختی-رفتاری توانسته است حساسیت اضطرابی بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا را به طور معناداری کاهش دهد؛ امری که نقش مهمی در بهبود مدیریت علائم جسمانی و روانی ایفا می‌کند. حساسیت اضطرابی، که به معنای ترس مکرر و شدید از علائم فیزیولوژیکی مرتبط با اضطراب است، می‌تواند به شکل‌گیری واکنش‌های هیجانی نامتناسب و تشدید درد مزمن منجر شود (پرادوس و همکاران، ۲۰۲۲). با کاهش این حساسیت، بیماران کمتر دچار ترس و واکنش‌های شدید نسبت به نشانه‌های بدنی خود می‌شوند که به کاهش تنش روانی و بهبود کنترل بر تجربیات دردناک کمک می‌کند. درمان شناختی-رفتاری با بهره‌گیری از تکنیک‌های بازسازی شناختی و آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان، بیماران را قادر می‌سازد تا برداشت‌های غیرمنطقی و اغراق‌آمیز درباره علائم جسمانی را اصلاح کنند و پاسخ‌های اضطرابی خود را به شیوه‌ای سازنده مدیریت نمایند (باقری شیخانگفشه و همکاران، ۱۴۰۳). این فرآیند به ویژه در مواجهه با علائم مهم و مزمن فیبرومیالژیا که اغلب باعث افزایش استرس و ترس می‌شود، از اهمیت حیاتی برخوردار است (اگیلا و همکاران، ۲۰۲۲). کاهش حساسیت اضطرابی نه تنها نگرانی‌های غیرضروری را کاهش می‌دهد، بلکه توانایی بیماران را در کنترل روانی وضعیت خود افزایش داده و بدین ترتیب به کاهش شدت درد و ارتقاء عملکرد روزمره آنها کمک می‌کند (مک‌کری و همکاران، ۲۰۲۲). علاوه بر این، کاهش حساسیت اضطرابی می‌تواند به شکستن چرخه معیوب درد-اضطراب-اجتناب کمک کند، چرخه‌ای که در بسیاری از بیماران فیبرومیالژیا به تشدید علائم و وخامت کیفیت زندگی منجر می‌شود. با کم شدن حساسیت نسبت به نشانه‌های بدنی، بیماران امکان مواجهه فعالانه‌تر با چالش‌های ناشی از بیماری را یافته و به تدریج تاب‌آوری روانی و جسمانی خود را افزایش می‌دهند (نهو و همکاران، ۲۰۲۴).

یکی دیگر از نتایج برجسته پژوهش، افزایش معنادار شفقت به خود در بیماران تحت درمان شناختی-رفتاری بود. شفقت به خود به معنای پذیرش و مهربانی نسبت به خود، به ویژه در مواجهه با شکست‌ها، درد و ناتوانی‌هاست که می‌تواند نقش مهمی در تنظیم هیجانات منفی و کاهش خودسرزنی ایفا کند (پرادوس و همکاران، ۲۰۲۲). در بیماران فیبرومیالژیا که اغلب با احساس گناه، سرزنش و ناامیدی مواجه‌اند، افزایش شفقت به خود می‌تواند به عنوان یک عامل محافظتی در برابر پیامدهای روانی منفی عمل کند (لامی و همکاران، ۲۰۱۸). درمان شناختی-رفتاری با تمرکز بر مهارت‌های تنظیم هیجان و بازآموزی نحوه مواجهه با درد و محدودیت‌ها، به بیماران کمک می‌کند تا نگرش مهربانانه‌تر و پذیرا نسبت به خود ایجاد کنند. این تغییر شناختی و هیجانی باعث کاهش استرس روانی، افسردگی و اضطراب و همچنین بهبود انگیزه برای مراقبت از خود می‌شود. افزایش شفقت به خود می‌تواند به بیماران کمک کند تا با درد مزمن خود کنار بیایند و تاب‌آوری روانی خود را تقویت کنند (هلمر و همکاران، ۲۰۲۱). از دیدگاه کاربردی، ارتقاء شفقت به خود در بیماران فیبرومیالژیا می‌تواند موجب بهبود مداومت در درمان، افزایش مشارکت فعال در برنامه‌های توانبخشی و کاهش رفتارهای مخرب مانند خودسرزنی و انکار بیماری شود (کلیمنت-سانز و همکاران، ۲۰۲۲). این نتایج اهمیت گنجانیدن مداخلات هدفمند برای افزایش شفقت به خود را در برنامه‌های جامع درمانی فیبرومیالژیا برجسته می‌سازد و نشان می‌دهد که درمان شناختی-رفتاری فراتر از کاهش علائم جسمانی، به بهبود سلامت روانی و کیفیت زندگی بیماران کمک شایانی می‌کند (لی و همکاران، ۲۰۲۴).

از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به استفاده از نمونه‌گیری هدفمند اشاره کرد که ممکن است بر تعمیم‌پذیری یافته‌ها تأثیر منفی داشته باشد. همچنین، عدم پیگیری بلندمدت اثرات درمان، ارزیابی پایداری تغییرات را محدود کرده است. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از نمونه‌گیری تصادفی و طراحی‌های پیگیری طولانی‌مدت برای بررسی اثربخشی پایدار درمان بهره گرفته شود. پژوهش حاضر با تأکید بر اثرات درمان شناختی-رفتاری، نشان داد که این رویکرد درمانی فراتر از کاهش صرف علائم جسمانی، توانمندسازی بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا را در بازتعریف و تنظیم فرآیندهای شناختی و هیجانی پیچیده فراهم می‌کند؛ کاهش جهت‌گیری منفی و

حساسیت اضطرابی همراه با افزایش شفقت به خود، به عنوان تغییراتی بنیادین، بار روانی بیماری را کاهش داده و به ایجاد یک چرخه توانبخشی روانی-اجتماعی مؤثر منجر می شود. این یافته ها نشان می دهد که درمان شناختی-رفتاری با تقویت مهارت های مقابله ای و بهبود تنظیم هیجان، نه تنها به تسکین درد مزمن کمک می کند بلکه کیفیت زندگی بیماران را به شکلی پایدار ارتقاء می بخشد، و بدین ترتیب به عنوان یک مداخله کلیدی و حیاتی در مدیریت همه جانبه فیبرومیالژیا مطرح می شود.

ملاحظات اخلاقی

کد اخلاق

این مطالعه با رعایت کامل اصول اخلاق پژوهش و دستورالعمل های مربوط به حمایت از حقوق شرکت کنندگان انجام شده است. کلیه افراد شرکت کننده با اطلاع کامل و رضایت آگاهانه در مطالعه حضور یافته اند و محرمانگی اطلاعات آنان تضمین گردیده است. پروتکل پژوهش توسط گروه روانشناسی دانشگاه گیلان مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است. تمامی مراحل پژوهش در راستای حفظ حقوق و کرامت انسانی شرکت کنندگان و بدون هیچ گونه آسیب جسمی یا روانی انجام شده است.

حمایت مالی

این مطالعه هیچ گونه حمایت مالی دریافت نکرده است.

مشارکت نویسندگان

فرزین باقری شیخانگفشه: طراحی پژوهش، جمع آوری داده ها، تحلیل آماری و نگارش بخش های اولیه مقاله.
خزر تاج بخش: مشارکت در تحلیل داده ها، نگارش بخش مرور ادبیات و بازبینی نهایی مقاله.
عباسعلی حسین خانزاده: نظارت علمی بر پژوهش، هدایت فرآیند تحلیل و ویرایش نهایی مقاله.

تعارض منافع

نویسندگان در این مطالعه تعارض منافی گزارش نکردند.

قدردانی

بدین وسیله از تمامی افراد و بیمارانی که در انجام این پژوهش ما را یاری کردند، به ویژه شرکت کنندگان محترم که وقت و همکاری خود را در اختیار ما گذاشتند، صمیمانه سپاسگزاری می نمایم.

منابع و مأخذ

- Aguilera, M; Paz, C; Salla, M; Compañ, V; Medina, J. C; Medeiros-Ferreira, L; & Feixas, G. (2022). Cognitive-behavioral and personal construct therapies for depression in women with fibromyalgia: a randomized controlled trial. *International journal of clinical and health psychology*, 22(2), 100296. [\[Link\]](#)
- Antonelli, A; Bianchi, M; Fear, E. J; Giorgi, L; & Rossi, L. (2025). Management of Fibromyalgia: Novel Nutraceutical Therapies Beyond Traditional Pharmaceuticals. *Nutrients*, 17(3), 530. [\[Link\]](#)
- Bagheri Sheykhangafshe, F; Fathi-Ashtiani, A; Savabi Niri, V; Otadi, S; & Rezaei Golezani, H. (2023). The Efficacy of Cognitive-Behavioral Therapy on Coping Strategies and Anxiety Sensitivity of Patients With COVID-19 Obsession. *Journal of Research and Health*, 13(1), 41-50. [\[Link\]](#)
- Bagheri Sheykhangafshe, F; Farahani, H; Dehghani, M; & Fathi-Ashtiani, A. (2024). The effectiveness of psychological interventions in the treatment of children and adolescents with chronic Pain: A systematic review. *Quarterly Journal of Child Mental Health*, 11(1), 62-80. [\[Link\]](#)
- Brooks, B. D; Kaniuka, A. R; Rabon, J. K; Sirois, F. M; & Hirsch, J. K. (2022). Social support and subjective health in fibromyalgia: self-compassion as a mediator. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 29(2), 375-383. [\[Link\]](#)
- Cetingok, S; Seker, O; & Cetingok, H. (2022). The relationship between fibromyalgia and depression, anxiety, anxiety sensitivity, fear avoidance beliefs, and quality of life in female patients. *Medicine*, 101(39), e30868. [\[Link\]](#)
- Chang, E. C; Lucas, A. G; Chang, O. D; Angoff, H. D; Li, M; Duong, A. H; ... & Hirsch, J. K. (2019). Relationship between future orientation and pain severity in fibromyalgia patients: Self-compassion as a coping mechanism. *Social Work*, 64(3), 253-258. [\[Link\]](#)

- The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Negative Orientation, Anxiety Sensitivity, and Self-Compassion in Patients with Fibromyalgia
- Climent-Sanz, C; Valenzuela-Pascual, F; Martinez-Navarro, O; Blanco-Blanco, J; Rubi-Carnacea, F; Garcia-Martinez, E; ... & Gea-Sanchez, M. (2022). Cognitive behavioral therapy for insomnia (CBT-i) in patients with fibromyalgia: a systematic review and meta-analysis. *Disability and Rehabilitation*, 44(20), 5770-5783. [\[Link\]](#)
- Cojocaru, C. M; Popa, C. O; Schenk, A; Suci, B. A; & Szasz, S. (2024). Cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for anxiety and depression in patients with fibromyalgia: A systematic review and meta-analysis. *Medicine and Pharmacy Reports*, 97(1), 26. [\[Link\]](#)
- Faul, F; Erdfelder, E; Lang, A. G; & Buchner, A. (2007). G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior research methods*, 39(2), 175-191. [\[Link\]](#)
- Fortuna, J; Pinto, A. M; da Silva, J. A; Geenen, R; & Castilho, P. (2025). Exploring the role of shame and self-compassion on the link between fibromyalgia symptoms and depression: Insights from mediation and moderation analyses. *Journal of Health Psychology*, 13591053251331286. [\[Link\]](#)
- Hamama, L; & Itzhaki, M. (2023). Coping with fibromyalgia-a focus group study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 18(1), 2204622. [\[Link\]](#)
- Heller, H. L; Borges, A. R; Franco, L. O. A; Aucelio, J. P. D. O; Vargas, M. I. A; Lorga, R. N; ... & Reis, A. P. M. G. (2021). Role of cognitive behavioral therapy in fibromyalgia: A systematic review. *Open Journal of Rheumatology and Autoimmune Diseases*, 11(4), 169-187. [\[Link\]](#)
- Jurado-Priego, L. N; Cueto-Ureña, C; Ramírez-Expósito, M. J; & Martínez-Martos, J. M. (2024). Fibromyalgia: a review of the pathophysiological mechanisms and multidisciplinary treatment strategies. *Biomedicines*, 12(7), 1543. [\[Link\]](#)
- Karakuş, İ. H; Akça, E; Duruöz, M. T; & Sayar, K. (2025). Self-compassion, emotion regulation, and resilience as predictors of psychological well-being in fibromyalgia patients: a cross-sectional study. *Rheumatology International*, 45(7), 153. [\[Link\]](#)
- Kiamarsi, A; Bagheri Sheykhgafshe, F; Yousefi Siahkoucheh, A; & Hosseinzadeh Kolesari, B. (2020). Comparison of Coping Strategies with Stress and Self-Compassion in Women with and without Rheumatoid Arthritis. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*, 9(6), 11-18. [\[Link\]](#)
- Lami, M. J; Martínez, M. P; Miro, E; Sanchez, A. I; Prados, G; Caliz, R; & Vlaeyen, J. W. (2018). Efficacy of combined cognitive-behavioral therapy for insomnia and pain in patients with fibromyalgia: a randomized controlled trial. *Cognitive Therapy and Research*, 42(1), 63-79. [\[Link\]](#)
- Lee, J; Lazaridou, A; Paschali, M; Loggia, M. L; Berry, M. P; Ellingsen, D. M; ... & Edwards, R. R. (2024). A randomized controlled neuroimaging trial of cognitive behavioral therapy for fibromyalgia pain. *Arthritis & Rheumatology*, 76(1), 130-140. [\[Link\]](#)
- Levy, S; Ohayon, S; Avitsur, R; & Geller, S. (2024). Psychological distress in women with fibromyalgia: The roles of body appreciation, self-compassion, and self-criticism. *International Journal of Behavioral Medicine*, 1-9. [\[Link\]](#)
- McCrae, C. S; Craggs, J. G; Curtis, A. F; Nair, N; Kay, D; Staud, R; ... & Robinson, M. E. (2022). Neural activation changes in response to pain following cognitive behavioral therapy for patients with comorbid fibromyalgia and insomnia: a pilot study. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 18(1), 203-215. [\[Link\]](#)
- Montero-Marín, J; Van Gordon, W; Shonin, E; Navarro-Gil, M; Gasió, V; López-del-Hoyo, Y; ... & Garcia-Campayo, J. (2020). Attachment-based compassion therapy for ameliorating fibromyalgia: mediating role of mindfulness and self-compassion. *Mindfulness*, 11(3), 816-828. [\[Link\]](#)
- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223-250. [\[Link\]](#)
- Nhu, N. T; Wong, C. Z; Chen, I. Y; Jan, Y. W; & Kang, J. H. (2024). Telehealth-delivered cognitive behavioral therapy-a potential solution to improve sleep quality and normalize the salience network in fibromyalgia: a pilot randomized trial. *Brain Imaging and Behavior*, 18(6), 1376-1384. [\[Link\]](#)
- Nimbi, F. M; Renzi, A; Limoncin, E; Bongiovanni, S. F; Sarzi-Putini, P; & Galli, F. (2024). Central sensitivity in fibromyalgia: testing a model to explain the role of psychological factors on functioning and quality of life. *Clin Exp Rheumatol*, 42(6), 1187-1197. [\[Link\]](#)
- Pinto, A. M; Geenen, R; Wager, T. D; Lumley, M. A; Häuser, W; Kosek, E; ... & da Silva, J. A. (2023). Emotion regulation and the salience network: a hypothetical integrative model of fibromyalgia. *Nature Reviews Rheumatology*, 19(1), 44-60. [\[Link\]](#)

- Prados, G; Miró, E; Martínez, M. P; Sánchez, A. I; Pichot, V; Medina-Casado, M; & Chouchou, F. (2022). Effect of cognitive-behavioral therapy on nocturnal autonomic activity in patients with fibromyalgia: A preliminary study. *Brain sciences*, 12(7), 947. [\[Link\]](#)
- Rehm, S; Sachau, J; Hellriegel, J; Forstenpointner, J; Jacobsen, H. B; Harten, P; ... & Baron, R. (2021). Pain matters for central sensitization: sensory and psychological parameters in patients with fibromyalgia syndrome. *Pain reports*, 6(1), e901. [\[Link\]](#)
- Rashidi, B; Abedi, A; & Faramarzi, S. (2024). The Effectiveness of Dweck's Mind Set Intervention on Students' Negative Orientation Towards Problem and Hopelessness during COVID-19. *Journal of Applied Psychological Research*, 15(1), 1-18. [\[Link\]](#)
- Riquelme-Aguado, V; Gil-Crujera, A; Fernández-Carnero, J; Cuenca-Martínez, F; Klett, G. B; & Esquer, F. G. (2023). The influence of emotional and cognitive factors on limb laterality discrimination in women with fibromyalgia syndrome: A cross-sectional study secondary analysis. *Applied Sciences*, 13(3), 1894. [\[Link\]](#)
- Robichaud, M; & Dugas, M. J. (2005). Negative problem orientation (Part II): Construct validity and specificity to worry. *Behaviour Research and Therapy*, 43(3), 403-412. [\[Link\]](#)
- Rodriguez-Almagro, D; Del Moral-Garcia, M; Lopez-Ruiz, M. D. C; Cortes-Perez, I; Obrero-Gaitan, E; & Lomas-Vega, R. (2023). Optimal dose and type of exercise to reduce pain, anxiety and increase quality of life in patients with fibromyalgia. A systematic review with meta-analysis. *Frontiers in Physiology*, 14, 1170621. [\[Link\]](#)
- Romeo, A; Benfante, A; Geminiani, G. C; & Castelli, L. (2022). Personality, defense mechanisms and psychological distress in women with fibromyalgia. *Behavioral Sciences*, 12(1), 10. [\[Link\]](#)
- Rubio Fidel, L; García-Palacios, A; Herrero, R; Molinari, G; & Suso-Ribera, C. (2022). Coping and beliefs as predictors of functioning and psychological adjustment in fibromyalgia subgroups. *Pain Research and Management*, 2022(1), 1066192. [\[Link\]](#)
- Siracusa, R; Paola, R. D; Cuzzocrea, S; & Impellizzeri, D. (2021). Fibromyalgia: pathogenesis, mechanisms, diagnosis and treatment options update. *International journal of molecular sciences*, 22(8), 3891. [\[Link\]](#)
- Sheykhangafshe, F. B; Farahani, H; & Azadfallah, P. (2022). Psychological Consequences of Coronavirus 2019 Pandemic in Fibromyalgia Patients: A Systematic Review Study. *Jundishapur Journal of Chronic Disease Care*, 11(1). [\[Link\]](#)
- Taylor, S; Zvolensky, M. J; Cox, B. J; Deacon, B; Heimberg, R. G; Ledley, D. R; ... & Cardenas, S. J. (2007). Robust dimensions of anxiety sensitivity: development and initial validation of the Anxiety Sensitivity Index-3. *Psychological assessment*, 19(2), 176. [\[Link\]](#)
- Thorn, B. E. (2017). Cognitive therapy for chronic pain: a step-by-step guide. Guilford Publications. [\[Link\]](#)