Medical Science Journal of Islamic Azad University Vol. 35, No. 1, Spring 2025 **ORIGINAL ARTICLE**

The effectiveness of acceptance and commitment therapy on intensity pain and pain catastrophizing in women with chronic pain

***Farzaneh Shaghaghi*[1], *Hadi Smkhani Akbarinejhad*[2]**
[1] *MA in General Psychology, Islamic Azad University, Tabriz, Iran*
[2]*Department of Psychology, University College of Nabi AKram, Tabriz, Iran*

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.10235922.1404.35.1.6.2]
[DOI: 10.61186/iau.35.1.56]

Abstract

Background: The present study was conducted with the aim of determining the effectiveness of acceptance and commitment therapy on intensity pain and pain catastrophizing in women with chronic pain.
Materials and methods: This study was semi-experimental with a pretest-posttest and follow-up with a control group design. The statistical population was made up of female patients with chronic pain referred to Emma Reza hospital in Tabriz city in 2023. In total, 30 people were selected by purposive sampling method, and randomly divided into two groups (15 people each). Members of the experimental group received their treatment in eight sessions of 1.5 hours; however, the control group did not receive any treatment. Both groups answered the 20-question sleep quality Pittsburgh McGill pain intensity and 29-question Sullivan et al pain catastrophic Questionnaires, before, after and 3 months after the intervention. Data were Analyzed using ANOVA with repeated measures.
Results: The results showed that the acceptance and commitment therapy reduced the intensity pain and pain catastrophizing women with chronic pain in the post-test compared to the control group ($P<0.001$). The effect of acceptance and commitment therapy on intensity pain and pain catastrophizing was lasting in the follow-up phase ($P<0.001$).
Conclusion: It seems that acceptance and commitment therapy can reduce the intensity pain and pain catastrophizing in women with chronic pain, therefore it is likely to be a useful treatment strategy to improve the intensity and pain catastrophizing in women with chronic pain.
Keywords: *Acceptance and Commitment Therapy, Intensity Pain, Pain Catastrophizing, Chronic Pain.*

Cited as: Shaghaghi F, Smkhani Akbarinejhad H. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on intensity pain and pain catastrophizing in women with chronic pain. Medical Science Journal of Islamic Azad University, Tehran Medical Branch 2025; 35(1): **56-64.**

Correspondence to: Hadi Smkhani Akbarinejhad
Tel: *+98 9369943438*
E-mail: Hadiakbarinejhad@yahoo.com
ORCID ID: 0000-0001-5997-1790
Received: 6 Mar 2024; **Accepted:** 13 May 2024

مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی
دوره ۳۵، شماره ۱، بهار ۱۴۰۴، صفحات ۵۶ تا ۶۴

Original Article

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شدت و فاجعه‌پنداری درد زنان مبتلا به درد مزمن

فرزانه شقاقی[۱]، هادی اسمخانی اکبری‌نژاد[۲]

[۱] کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران
[۲] گروه روان‌شناسی، موسسه آموزش عالی نبی اکرم (ص)، تبریز، ایران

چکیده

سابقه و هدف: *پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شدت و فاجعه‌پنداری درد زنان مبتلا به درد مزمن انجام شد.*

روش بررسی: *روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل بیماران زن مبتلا به درد مزمن مراجعه‌کننده به بیمارستان امام رضا (ع) شهر تبریز در سال ۱۴۰۲ بود. ۳۰ نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب، و به‌صورت تصادفی در دو گروه (هر کدام ۱۵ نفر) قرار گرفتند. اعضای گروه آزمایش درمان مختص گروه خود را در ۸ جلسه ۱/۵ ساعته دریافت کرد؛ اما گروه کنترل درمانی دریافت نکرد. هر دو گروه، پیش، پس و ۳ ماه پس از مداخله به‌پرسشنامه‌های ۲۰ سوالی شدت درد مک‌گیل و ۱۳ سوالی فاجعه‌پنداری درد سالیوان و همکاران پاسخ دادند. داده‌ها توسط آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شدند.*

یافته‌ها: *نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه کنترل، شدت و فاجعه‌پنداری درد زنان مبتلا به درد مزمن را در پس‌آزمون کاهش داده است ($P<۰/۰۰۱$). تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شدت و فاجعه‌پنداری درد در مرحله پیگیری ماندگار بود ($P<۰/۰۰۱$).*

نتیجه‌گیری: *به‌نظر می‌رسد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند سبب کاهش شدت و فاجعه‌پنداری درد زنان مبتلا به درد مزمن شود؛ از این‌رو به احتمال زیاد می‌تواند راهبرد درمانی مفیدی برای بهبود شدت و فاجعه‌پنداری درد زنان مبتلا به درد مزمن باشد.*

واژگان کلیدی: *درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شدت درد، فاجعه‌پنداری درد، درد مزمن.*

مقدمه

درد (pain) از نظر طول مدت به دو دسته حاد (acute) و مزمن (Chronic) تقسیم می‌شود، که معمولاً یک دوره ۳ تا ۶ ماهه را به‌عنوان ملاک تشخیصی برای آن درنظر می‌گیرند و اگر ادامه پیدا کند منجر به درد مزمن می‌شود (۱). درد مزمن یک وضعیتی تحلیل‌بَر است، به‌طوری‌که فرد درگیر با درد را نه‌تنها با تنیدگی ناشی از درد، بلکه با بسیاری از عوامل تنیدگی‌زای دیگر که بخش‌های مختلف زندگی وی را تحت تأثیر قرار می‌دهد روبه‌رو می‌کند، به‌خصوص زمانی که شدت درد (intensity pain) بیش‌تر باشد (۲)؛ این امر در نهایت باعث درگیری بیماران مبتلا به درد مزمن با انواع مشکلات روانی- اجتماعی نظیر افسردگی، اضطراب، اختلالات مصرف مواد و سیگار، و خودکشی می‌شود (۳).

درد یک تجربه حسی یا هیجانی ناخوشایندی است که با آسیب واقعی یا بالقوه مرتبط است و شامل دو بعد حسی و عاطفی می‌باشد. بعد حسی درد به‌شدت درد اشاره دارد و بعد عاطفی آن به‌میزان ناخشنودی که یک فرد تجربه می‌کند، اطلاق می‌شود. درد مزمن از جمله مشکلاتی است که در آن میزان درد

آدرس نویسنده مسئول: تبریز، موسسه آموزش عالی نبی اکرم (ص)، گروه روان‌شناسی، هادی اسمخانی اکبری‌نژاد (**email**: Hadiakbarinejhad@yahoo.com)
ORCID ID: 0000-0001-5997-1790
تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۱۲/۱۵
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۲/۲۴

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1404.35.1.6.2]
[DOI: 10.61186/iau.35.1.56]

تجربه‌شده توسط بیمار شدیداً آزاردهنده است (۴). متغیرهای زیادی با شدت درد در بیماران مبتلا به درد مزمن در ارتباط است که یکی از مهم‌ترین آن‌ها فاجعه‌پنداری درد (pain catastrophizing) است (۵).

فاجعه‌پنداری درد به‌مجموع پاسخ‌های شناختی، روانی و رفتاری اشاره دارد که معمولاً به‌عنوان اضطراب قلمداد، و در پاسخ به درد یا رویدادهای مرتبط با درد نشان داده می‌شوند (۶). سطح بالای اضطراب مرتبط با درد و فاجعه‌پنداری آن، به اجتناب از فعالیت‌هایی که گمان می‌رود درد را گسترش می‌دهند کمک می‌کند که به‌نوبه خود اغلب اوقات به شرطی‌زدایی جسمانی، مشکلات رفتاری ثانویه و کاهش تماس اجتماعی منجر می‌شود و سرانجام به‌صورت یک چرخه درمی‌آید. همچنین گوش‌به‌زنگی نسبت به‌محرک‌های درد را به‌دنبال دارد (۷).

علی‌رغم پیشرفت‌های مهم و چشمگیر در کالبدشناسی، فیزیولوژی، زیست‌شناسی شیمیایی درد، و ساخت داروهای جدید، همچنان درد مزمن به‌عنوان مشکلی قابل‌توجه درنظر گرفته می‌شود. در همین راستا، مشاهده می‌شود که استفاده از داروها برای درمان و مدیریت مشکلات بیماران مبتلا به درد مزمن، تنها ۳۵ تا ۴۵ درصد مثمر ثمر هستند (۸). اکثر مبتلایان به درد مزمن، علی‌رغم مداخلات دارویی همچنان درد را تجربه می‌کنند، و اگر سازش با سردردشان نباشند، فاجعه‌پنداری دردشان به‌طور چشم‌گیری تحت تأثیر قرار می‌گیرد. از این‌رو، پیشرفت‌های نظری و رشد پژوهش‌ها، مبانی لازم را برای مفهوم‌سازی درد مزمن به‌عنوان یک اختلال روانی فیزیولوژیکی (اختلال جسمانی که از استرس‌های روانی و اجتماعی و محیطی تأثیر می‌گیرد) فراهم آورده و سرانجام باعث استفاده از درمان‌های رفتاری و روان‌شناختی برای درد مزمن شده است. به‌عنوان مثال یک بررسی فراتحلیلی نشان داده است که مداخلات روان‌شناختی، ۲۶ تا ۳۷ درصد سبب بهبود مشکلات روانی فیزیولوژیکی بیماران مبتلا به درد مزمن شده است (۹). با این‌حال، درمان‌های موج سوم رفتاری از قبیل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (compassion-focused therapy) که علاوه بر این‌که از مولفه‌های تغییرات شناختی برخوردار است، بر پذیرش و تعهد فعالانه متمرکز می‌باشد (۱۰) و این غنای محتوایی می‌تواند اثربخشی بیش‌تر و برجسته‌تری نسبت به درمان‌های سنتی شناختی- رفتاری رایج در درمان مشکلات بیماران مبتلا به درد مزمن داشته باشد، کم‌تر در ایران مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است، که پژوهش حاضر می‌خواهد این خلأ پژوهشی را مورد توجه قرار دهد.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک مداخله روان‌شناختی مبتنی بر شواهد است که راهبردهای پذیرش و ذهن‌آگاهی را به‌شیوه‌های مختلفی با راهبردهای تعهد و تغییر رفتار ادغام می‌کند. این امر با هدف افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی انجام می‌شود. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به این معنی است که فرد به‌طور کامل با لحظات کنونی تماس داشته باشد و براساس مقتضیات وضعیتی که در آن قرار دارد متعهد شود که رفتار خود را در راستای ارزش‌هایی که برگزیده است تغییر یا ادامه دهد (۱۰). با کمک این درمان افراد می‌توانند با پذیرش افکار و احساسات به‌جای اجتناب از آن‌ها و با آگاهی و شناخت از ارزش‌های اصلی شخصی در زندگی در بین گزینه‌های مختلف عملی را انتخاب کنند که مناسب‌تر باشد و به ارزش‌هایشان نزدیک‌تر باشد، نه این‌که عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطرات یا تمایلات آشفته به فرد تحمیل شود (۱۱). نتایج پژوهش‌ها حاکی از این است که این درمان بر فاجعه‌پنداری و ناتوان‌کنندگی درد در زنان مبتلا به درد مزمن لگن (۱۲)، پذیرش درد، اضطراب مرتبط با درد و شدت درد بیماران مرد مبتلا به درد مزمن (۱۳)، آشفتگی‌های روان‌شناختی بیماران مبتلا به درد مزمن (۱۴) و ادراک درد و خودکارآمدی درد در بیماران مبتلا به درد مزمن عضلانی- اسکلتی (۱۵) اثربخش است.

با توجه به مطالب مطرح‌شده، در پژوهش حاضر پژوهشگران سعی دارند رویکردی را عملیاتی کنند که ضمن قابلیت اجرایی پژوهش، جنبه جدیدی را دربر داشته باشد و در عین‌حال، فرضیه اساسی آن‌ها که معتقدند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شدت و فاجعه‌پنداری درد زنان مبتلا به درد مزمن موثر می‌باشد را مورد بررسی قرار دهد. با توجه به این‌که نتایج پژوهش‌های قبلی در راستای اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مشکلات روان‌شناختی زنان مبتلا به درد مزمن کم‌تر بر متغیرهای شدت و فاجعه‌پنداری درد پرداخته‌اند، از این‌رو پرداختن به این متغیرها از جنبه‌های نوآوری پژوهش حاضر است. هدف اصلی پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شدت و فاجعه‌پنداری درد زنان مبتلا به درد مزمن بود.

مواد و روشها

روش پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی و طرح آن از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه زنان مبتلا به درد مزمن عضلانی- اسکلتی مراجعه‌کننده به بیمارستان امام رضا (ع) شهر تبریز در سال

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1404.35.1.6.2]
[DOI: 10.61186/iau.35.1.56]

۱۴۰۲ تشکیل داد. برای نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی هدفمند استفاده شد؛ به‌طوری‌که پس از کسب رضایت از مسئولین و بیماران، پرسشنامه شدت درد و فاجعه‌پنداری درد در بین بیمارانی که مایل به شرکت در پژوهش بودند توزیع شد (۲۴۱ نفر)، و از بین آن‌هایی که در این پرسشنامه‌ها یک انحراف معیار بالاتر از میانگین نمره کسب کردند (۲۰۹ نفر) (توضیح این‌که پرسشنامه‌ها توسط آزمودنی‌ها و در حضور پژوهشگران پُر شدند)، با درنظر گرفتن معیارهای ورود (حداقل سپری‌شدن زمان سه ماه از دردهای مزمن عضلانی-اسکلتی، تداوم درد طی هفته قبل از مداخله، حداقل تحصیلات دیپلم، دامنه سنی ۴۰ تا ۶۵ سال، تأهل، عدم استفاده از هرگونه مداخله روان‌شناختی در طی دوره مداخله، و عدم ابتلا به اختلالات روان‌شناختی (به‌تشخیص روانپزشک) (۱۸۱ نفر)، ۳۰ نفر به‌صورت تصادفی انتخاب و به‌صورت تصادفی (روش بلوک‌سازی تصادفی) به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند (هر کدام ۱۵ نفر). ملاک خروج از مطالعه (همبودی بیماری‌های جسمانی توجیه‌کننده شدت درد یا اختلالات روان‌پزشکی (به‌تشخیص روانپزشک) و غیبت بیش از دو جلسه در فرآیند درمان) بودند. شایان ذکر است که تمام اصول اخلاقی در این مقاله رعایت گردیده است. شرکت‌کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. اطلاعات آن‌ها محرمانه نگه داشته شد. در پایان درمان، گروه کنترل نیز تحت مداخله قرار گرفت. برای برگزاری جلسات درمانی، از افراد هیچ هزینه‌ای دریافت نشد. کد اخلاق پژوهش حاضر (IR.TABRIZU.REC.1402.089) بود. اطلاعات جمعیت‌شناختی که از نمونه‌ها جمع‌آوری شوند شامل سن، زمان سپری‌شده از شروع دردهای مزمن عضلانی- اسکلتی و سطح تحصیلات بود.

پرسشنامه درد McGill: پرسشنامه درد مک‌گیل در سال ۱۹۹۷ توسط Melzack ساخته شد (۱۶) و دارای ۲۰ مجموعه عبارت است و هدف آن سنجش درک افراد از درد از ابعاد مختلف درد (چهار بعد ادراک حسی درد، ادراک عاطفی درد، ادراک ارزیابی درد و دردهای متنوع و گوناگون) است. پرسشنامه درد McGill از برجسته‌ترین ابزارهای اندازه‌گیری درد است که برای اولین بار توسط ملزاک روی ۲۹۷ بیمار که از انواع مختلف دردها رنج می‌برند مورد استفاده قرار گرفت (۱۶). نسخه اصلاح‌شده پرسشنامه درد McGill نیز توسط Melzack و همکاران برای یک اقدام کوتاه اما مفید در زمینه درد ساخته شد که در ۲۵۰ مطالعه به‌کار گرفته شده است (۱۶). پرسشنامه درد تعدیل‌شده McGill متشکل از سه بخش است که عبارت‌اند از: بخش اول شامل ۱۵ توصیف کلامی در دو گروه اصلی (حسی ۱۱ شاخص، عاطفی ۴ شاخص) که هر توصیف دارای رتبه‌ای خاص در محدوده (بدون درد=۰، خفیف=۱، متوسط=۲ و شدید=۳) است. بخش دوم شامل مقیاس دیداری درد است که از «صفر تا ۱۰» رتبه‌بندی می‌شود و بیمار ارزیابی خود را از درد موجود روی یک خط مندرج از صفر (بدون درد) تا ۵ (شدیدترین درد) رتبه‌بندی می‌کند. مقیاس دیداری درد همان خط‌کش درد است شامل خطی افقی است که از صفر تا ۱۰ مدرج شده و صفر نشانگر بی‌دردی مطلق و ۱۰ نشانه درد غیرقابل تحمل است (۱۶). بخش سوم شامل درد در حال حاضر در محدوده (۰= بدون درد، ۱= خفیف، ۲= ناراحت‌کننده، ۳= زجرآور، ۴= وحشتناک، ۵= مشقت‌بار) است. مجموع نمرات کل درد بیمار برابر با نمره کل حاصل‌شده از کلیه مجموعه‌ها در ابعاد مختلف درد است (۱۷). حداقل نمره در این پرسشنامه صفر و حداکثر آن ۷۵ است؛ که نمره بالاتر نشان‌دهنده شدت در بیش‌تر است (۱۷). روایی و پایایی این پرسشنامه در سال ۲۰۰۹ توسط Dworkin و همکاران مورد بررسی قرار گرفته است (۱۶). پایایی این پرسشنامه در مطالعات داخلی مناسب گزارش شده است (۱۸). در پژوهش حاضر، پایایی کل این پرسشنامه توسط آزمون آلفای کرونباخ ۰/۸۳ محاسبه شده است.

پرسشنامه فاجعه‌پنداری درد PCS: این پرسشنامه توسط Sullivan و همکاران در سال ۱۹۹۵ ساخته شده و هدف آن ارزیابی ابعاد مختلف فاجعه‌سازی درد و مکانیزم اثر این فاجعه‌سازی است. این پرسشنامه ۱۳ سوالی دارای سه خرده‌مقیاس نشخوار، بزرگ‌نمایی و درماندگی می‌باشد و این سه خرده مقیاس افکار منفی مرتبط با درد را ارزیابی می‌کنند. پرسشنامه به‌صورت لیکرتی از صفر (هیچ وقت) تا ۴ (همیشه) می‌باشد و شرکت‌کنندگان از بین آن‌ها برای توصیف ۱۳ احساس و فکر متفاوت مرتبط با تجربه درد انتخاب می‌کنند. حداقل نمره فرد در این آزمون صفر و حداکثر ۵۲ می‌باشد. نمرات پایین‌تر نشان‌دهنده فاجعه‌سازی کم‌تر می‌باشد. روایی پرسشنامه در پژوهش Sullivan و همکاران با روش تحلیل عاملی در مجموع ۶۹/۲۱ درصد از واریانس آزمون تبیین شد که نشان‌دهنده روایی بالای پرسشنامه بود. در پژوهش Sullivan و همکاران آلفای کرونباخ خرده مقیاس نشخوار را ۰/۷۰، بزرگ‌نمایی را ۰/۵۹، درماندگی را ۰/۸۳ و نمره کل پرسشنامه را ۰/۸۷ گزارش کردند (۱۹). در ایران روایی همگرای این مقیاس با فرم کوتاه افسردگی بک محاسبه شده و همبستگی مثبت و مهنی‌داری (r=۰/۴۶) بین این دو مقیاس به‌دست آمده است (۲۰). پژوهش Mohammadi و همکاران (۲۱) آلفای

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1404.35.1.6.2]
[DOI: 10.61186/iau.35.1.56]

جدول ۱- خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد Vowles و Sorrell (۲۲)

جلسه	هدف	محتوا	تکلیف
۱	معرفی، مقدمه و مفاهیم اساسی درمان	فراهم‌کردن فرصت برای بیماران برای معرفی و شناخت همدیگر، بیان قواعد اصلی درمان شامل انجام به‌موقع تمرین‌ها، مرور کلی درمان و اهداف برنامه درمانی، بیان ارزش‌های بالقوه و انتخاب بررسی درمان‌های گذشته برای درد مزمن	استفاده از تمرین ناامیدی خلاق (افزایش انعطاف‌پذیری)
۲	گزینه‌هایی برای زندگی با درد مزمن	تغییر رفتار و ذهن آگاهی با اولویت مرور تکلیف، تمرین ذهن‌آگاهی اسکن بدن و توجه به تنفس و اعضای بدن، رابطه بین درد، خلق و عملکرد، ارائه تکلیف	تمرین ذهن‌آگاهی اسکن بدن در منزل
۳	یادگیری زندگی با درد مزمن	مرور تکلیف، شفاف‌سازی ارزش‌ها، تمثیل مراسم دفن و تمثیل سفر طولانی، کشف ارزش‌های زندگی شرکت‌کنندگان، ارائه تکلیف (تکمیل فرم رتبه‌بندی ارزش‌ها)	تمرین ذهن‌آگاهی (تمرین تنفسی پایه)
۴	ارزش‌ها و عمل به آن	مرور تکلیف، تمرین ذهن‌آگاهی (برگ‌های شناور روی آب) بررسی ارزش‌های رتبه‌بندی‌شده و موانع رسیدن به آن‌ها، بررسی اهداف برای رسیدن به ارزش‌ها (ارزش‌ها همانند علامت‌هایی هستند که ما را به ارزش‌ها نزدیک می‌کنند).	تکمیل فرم اهداف و اقداماتی که الزام است. برای رسیدن به ارزش‌ها می‌توان انجام داد.
۵	اقدام و حرکت رو به جلو	مرور تکلیف، گزارش پیشرفت: وارسی‌کردن، طرح‌ریزی و اقدام لازم برای رسیدن به ارزش‌ها (بررسی اقدامات شرکت‌کنندگان)، تمرین ذهن‌آگاهی (فرض کنید افکارتان همانند مطالب روی یک صفحه نمایش می‌آیند و می‌روند)، عمل متعهدانه برای رسیدن به ارزش‌ها، ارائه تکلیف	خودتان را متعهد به اقدام برای رسیدن به اهداف و سپس ارزش‌ها کنید.
۶	انگیزه، اهداف و احساسات	مرور تکلیف، یکنواخت‌کردن حرکت، گسستگی از تهدیدهای زبان، تمرین اعداد چه هستند و قطبیت ذهنی تمرین اتوبوس پُر از مسافر، ذهن‌آگاهی (آگاهی) عمومی، تکلیف شروع کار مربوط به عمل متعهدانه و اجازه بروز به موانع و شناسایی آن‌ها و همچنین راهنمایی ذهن‌آگاهشدن از اعمال و پیامد آن	تنفس توجه آگاهانه
۷	تعهد	مرور تکلیف، بررسی تمایل شرکت‌کنندگان برای حرکت در مسیر ارزش‌ها (استعاره اتوبوس پُر از مسافر)، بررسی موانع و اقدامی که هر شرکت‌کننده برای عبور از آن دارد تمرین پرش، ذهن‌آگاهی و تمرین خود-مشاهده‌گری.	تکلیف ثبت رفتار ساده به‌سمت تصمیم‌گیری مستقل
۸	حفظ عایدات درمانی در طول زندگی	تعهد، خداحافظی، پیامدهای منفی و پیشگیری از عود و تکلیف مادامالعمر پیشرفت به معنی چیست؟ (از شرکت‌کنندگان می‌خواهیم در این مورد صحبت کنند)، شناسایی پیشرفت‌ها، تعهد برای پیشرفت و حرکت به‌سمت ارزش‌ها، در مسیر پیشرفت همیشه خطر وجود دارد، شناسایی موقعیت‌های خطرناک در زندگی.	اجرای پس‌آزمون و جمع‌بندی

کرونباخ خرده مقیاس نشخوار ۰/۶۵، بزرگنمایی ۰/۵۳، درماندگی ۰/۸۱ و نمره کل پرسشنامه ۰/۸۴ گزارش شده است. در این پژوهش، آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۸۰ محاسبه گردید.

پس از اجرای پیش‌آزمون، اعضای گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (یک و نیم ماه؛ هفته‌ای یک جلسه) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را به‌صورت گروهی طبق برنامه درمانی Vowles و Sorrell (۲۲) دریافت کردند (جدول ۱)؛ اما اعضای گروه کنترل هیچ درمانی را دریافت نکردند. برای جلوگیری از تبادل اطلاعات بین افراد گروه آزمایش و کنترل، از آن‌ها خواسته شد تا سه ماه پس از اتمام درمان، درباره محتوای جلسات با یکدیگر گفتگویی نداشته باشند. جلسات درمانی توسط یک مشاور با درجه دکتری تخصصی مشاوره و یک روان‌شناس با درجه کارشناسی ارشد در یک مرکز مشاوره خصوصی در شهر تبریز برگزار شد. بعد از اتمام جلسات (پس‌آزمون) و سه ماه پس از اتمام درمان (پیگیری)، اعضای هر دو گروه با استفاده از ابزارهای اندازه‌گیری ارزیابی شدند. جهت جلوگیری از ریزش اعضای گروه‌ها، حین مصاحبه اولیه با تک‌تک آن‌ها از اعضا خواسته شد تعهد خود را نسبت به‌شرکت در کل جلسات حفظ کنند. این امر در طول جلسات نیز رصد می‌شد و همبستگی گروهی که بین اعضا ایجاد شده بود، مانع ریزش افراد گروه گردید.

فرضیه پژوهش: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شدت و فاجعه‌پنداری درد زنان مبتلا به درد مزمن اثربخش است.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1404.35.1.6.2]
[DOI: 10.61186/iau.35.1.56]

متغیرهای مستقل: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

متغیرهای وابسته: شدت و فاجعه‌پنداری درد

برای تحلیل آماری از نرم‌افزار SPSS ورژن 24 استفاده شد. در این پژوهش از آزمون تی مستقل، مجذور کای و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده گردید. سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این پژوهش هیچ ریزشی در نمونه‌ها اتفاق نیفتاد و ۱۵ عضو گروه آزمایش به‌طور کامل مداخله را دریافت کردند. در جدول ۲، یافته‌های توصیفی متغیرهای سن، زمان سپری‌شده از شروع دردهای مزمن عضلانی- اسکلتی و سطح تحصیلات آزمودنی‌ها آورده شده است. در جدول ۲، سطوح معنی‌داری به‌دست آمده نشان می‌دهند که بین اعضای دو گروه از نظر سن، زمان سپری‌شده از شروع دردهای مزمن عضلانی- اسکلتی و سطح تحصیلات تفاوت معنی‌داری وجود ندارد (p>۰/۰۵).

در پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، آزمون Shapiro-Wilk نشان دادند که پیش‌فرض نرمال‌بودن توزیع متغیرهای مورد مطالعه در نمونه مورد بررسی محقق شده است؛ زیرا مقادیر z محاسبه‌شده در سطح (p>۰/۰۵) معنی‌دار نیستند. در آزمون ام باکس، از آن‌جایی که F متغیرهای شدت درد (F=۲/۴۳۴) و فاجعه‌پنداری درد (F=۲/۰۰۳) به‌ترتیب در سطح ۰/۲۶۱ و ۰/۲۳۶ معنی‌دار نبودند، می‌توان گفت که مفروضه همسانی ماتریس واریانس-کوواریانس برای متغیرها برقرار شده است. از سوی دیگر، آزمون کرویت موخلی نشان دادند با توجه به این‌که مقدار کرویت موخلی (۰/۶۰۰) متغیر شدت درد در سطح خطای داده‌شده (۰/۴۱۱) و مقدار کرویت موخلی (۰/۵۵۰) متغیر فاجعه‌پنداری درد در سطح خطای

جدول ۲- یافته‌های توصیفی زنان مبتلا به درد مزمن شهر تبریز در سال ۱۴۰۲ (تعداد در هر گروه ۱۵ نفر)

متغیر	گروه آزمایش	گروه کنترل	p-value
سن (سال)	۵۱/۴۷±۷/۱*	۵۲/۰۷±۶/۷۸	۰/۸۱۵
زمان سپری‌شده از شروع دردهای مزمن عضلانی- اسکلتی (ماه)	۵/۴۷±۱/۶۴	۶/۴۰±۱/۱۸	۰/۰۸۵
سطح تحصیلات			۰/۲۷۳
دیپلم و فوق‌دیپلم	۳** (۲۰)	۳ (۲۰)	
لیسانس	۶ (۴۰)	۷ (۴۶/۷)	
فوق‌لیسانس و بالاتر	۶ (۴۰)	۵ (۳۳/۳)	

* میانگین و انحراف معیار، ** تعداد (درصد)

برای داده های کمی از آزمون تی مستقل و برای داده های کیفی از آزمون خی‌دو استفاده شد؛ p<۰/۰۵ اختلاف معنی‌دار

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار متغیرهای شدت و فاجعه‌پنداری درد در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	تغییرات داخل گروهی	تغییرات بین گروهی
شدت درد					P<۰/۰۰۱
آزمایش	۴۶/۴۷±۴/۴۳	۴۱/۴۰±۵/۱۸	۴۱/۳۳±۵/۲۴	P<۰/۰۰۱	
کنترل	۴۶/۰۷±۳/۷۷	۴۶/۰۰±۳/۷۶	۴۵/۷۳±۴/۴۳	P>۰/۸	
سطح معنی‌داری بین گروه‌ها	p>۰/۷۹۲	p<۰/۰۱۰	p<۰/۰۱۹	-	-
فاجعه‌پنداری درد					P<۰/۰۰۱
آزمایش	۳۷/۲۰±۴/۸۷	۳۲/۹۳±۵/۱۶	۳۳/۱۳±۵/۱۸	P<۰/۰۰۱	
کنترل	۳۸/۶۰±۵/۱۹	۳۸/۶۰±۴/۸۹	۳۸/۷۳±۵/۰۶	P>۰/۹	
سطح معنی‌داری بین گروه‌ها	p>۰/۴۵۳	p<۰/۰۰۵	p<۰/۰۰۶	-	-

نوع آزمون: تحلیل واریانس آمیخته * p<۰/۰۵ اختلاف معنی‌دار

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1404.35.1.6.2]
[DOI: 10.61186/iau.35.1.56]

جدول ۴- نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در نمرات متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و کنترل

متغیر	تأثیر	آزمون	مقدار	F	فرضیه درجه آزادی	خطای درجه آزادی	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
شدت درد	زمان	اثر پیلایی	۰/۵۴	۳۹/۵۳	۲/۰	۲۷/۰	۰/۰۰۱	۰/۵۴
	زمان*مداخله	اثر پیلایی	۰/۵۲	۳۸/۸۲	۲/۰	۲۷/۰	۰/۰۰۱	۰/۵۲
فاجعه‌پنداری درد	زمان	اثر پیلایی	۰/۶۰	۵۵/۵۰	۲/۰	۲۷/۰	۰/۰۰۱	۰/۶۰
	زمان*مداخله	اثر پیلایی	۰/۶۲	۶۲/۵۰	۲/۰	۲۷/۰	۰/۰۰۱	۰/۶۲

نوع آزمون: تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر؛ اختلاف معنی‌دار $p<۰/۰۵$

داده‌شده (۰/۳۵۴) معنی‌دار نیست، می‌توان کرویت ماتریس واریانس- کواریانس متغیرهای وابسته را پذیرفت؛ بنابراین، این پیش‌فرض نیز برقرار است. در آخر، نتایج آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس خطا در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان داد که با توجه به عدم‌معنی‌داری مقدار F متغیرها در سطح خطای کوچک‌تر از (۰/۰۵) می‌توان گفت که واریانس خطای متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با هم برابر بوده و از این جهت فرض همسانی واریانس‌های خطا نیز برقرار است.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهند که بین نمرات متغیر شدت و فاجعه‌پنداری درد در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P<۰/۰۰۱$). همچنین نتایج حاکی از آن هستند که شدت و فاجعه‌پنداری درد در گروه آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری دارد ($P<۰/۰۰۱$). علاوه بر این، تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شدت و فاجعه‌پنداری درد زنان مبتلا به درد مزمن پس از سه ماه پیگیری ماندگار بوده است ($P<۰/۰۰۱$). نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان می‌دهند که اختلاف میانگین نمره شدت و فاجعه‌پنداری درد در گروه آزمایش با گروه کنترل معنی‌دار است ($P<۰/۰۰۱$).

چون آزمون اثر پیلای در موقعیت‌های عملی قدرت بیش تری نسبت به‌سایر آزمون‌ها دارد، نتایج آن گزارش شده است (جدول ۴). اطلاعات مربوط به متغیر شدت درد بیان می‌کند که بین نمرات این متغیر در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین بخش دوم اطلاعات مربوط به متغیر شدت درد نشان می‌دهد که بین نمرات این متغیر در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. به‌عبارتی بین زمان و مداخله تعامل وجود دارد. اندازه اثر به‌دست‌آمده برای متغیر شدت درد (۰/۵۲) نشان می‌دهد که ۵۲٪ از تغییرات این متغیر مربوط به اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بوده است. علاوه بر این، اطلاعات مربوط به متغیر فاجعه‌پنداری درد بیان می‌کند که بین نمرات این متغیر در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین بخش دوم اطلاعات مربوط به متغیر فاجعه‌پنداری درد نشان می‌دهد که بین نمرات این متغیر در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به‌عبارتی بین زمان و مداخله تعامل وجود دارد. اندازه اثر به‌دست‌آمده برای متغیر فاجعه‌پنداری درد (۰/۶۲) نشان می‌دهد که ۶۲٪ از تغییرات این متغیر مربوط به اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بوده است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین میزان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شدت و فاجعه‌پنداری درد زنان مبتلا به درد مزمن انجام شد. با توجه به‌نتایج حاصل از تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر، یافته اول نشان داد که پس از مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، میانگین نمرات شدت و فاجعه‌پنداری درد در گروه مداخله به‌طور معناداری کاهش داشتند و این تغییرات در مرحله پیگیری نیز ماندگار بود درحالی‌که تغییرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گروه کنترل معنادار نبود؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد سبب کاهش شدت و فاجعه‌پنداری درد زنان مبتلا به درد مزمن شده است.

تفسیر زنان مبتلا به درد مزمن از احساس درد و پاسخ‌های آن‌ها نسبت به دردشان تعیین‌کننده تجربه درد در آن‌هاست. افکار فاجعه‌ساز درد پیش‌بینی‌کننده افسردگی و ناتوانی عملکرد در آینده است (۱۹). در جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با استفاده از فنون ذهن‌آگاهی و ضمیر

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1404.35.1.6.2]
[DOI: 10.61186/iau.35.1.56]

مشاهده‌کننده، توجه افراد به افکار و حالات ذهن و همچنین، بودن در زمان حال جلب می‌شود که در نمره‌های شدت و فاجعه‌پنداری درد پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش این تأثیر دیده می‌شود (۱۰). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌جای تغییردادن افکار و احساسات فرد به‌دنبال تغییر رابطه بیمار با این افکار و احساسات است و به این‌منظور با استفاده از تکنیک‌های پذیرش افکار و احساسات به‌جای اجتناب از آن‌ها و تکنیک‌های ذهن‌آگاهی به‌منظور افزایش توجه و آگاهی فرد نسبت به افکار، هیجانات و تمایلات، باعث افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، هماهنگ‌شدن رفتارهای سازگارانه فرد و افزایش توانایی فرد در جهت فعالیت‌های انفرادی و اجتماعی می‌شود (۲۰) که در این پژوهش، شدت و فاجعه‌پنداری درد زنان مبتلا به درد مزمن را بهبود بخشیده است که این یافته به‌نوعی با نتایج پژوهش‌هایRezaeian و همکاران (۱۲)، Anvari و همکاران (۱۳)، Kiani و همکاران (۱۴) و Ensandoost و همکاران (۱۵) که به‌ترتیب نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فاجعه‌پنداری و ناتوان‌کنندگی درد در زنان مبتلا به درد مزمن لگن (۱۲)، پذیرش درد، اضطراب مرتبط با درد و شدت درد بیماران مرد مبتلا به درد مزمن (۱۳)، آشفتگی‌های روان‌شناختی بیماران مبتلا به درد مزمن (۱۴) و ادراک درد و خودکارآمدی درد در بیماران مبتلا به درد مزمن عضلانی- اسکلتی (۱۵) اثربخش است، همسو و همراستا می‌باشد. در تبیین چنین همسویی در این متغیرها باید اشاره نمودکه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌دنبال پذیرش فعالانه توسط افراد است و این چیزی است که این رویکرد با ساختار تبیین‌شده خویش آن را هدف‌گذاری و جستجو می‌کند، اهداف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مسیر تغییر به‌گونه‌ای است که تغییر در نگرش نسبت به مشکل و عمل متعهدانه را می‌طلبد؛ که این عوامل در پژوهش حاضر نیز سبب تأثیرگذاری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شده است.

لازم به ذکر است که پژوهش حاضر از چندین محدودیت برخوردار است که از مهم‌ترین آن‌ها کوچک‌بودن حجم نمونه بود. همچنین، در این پژوهش جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه استفاده شد که به‌دلیل خودگزارشی‌بودن ابزارها، امکان سوگیری در پاسخدهی محتمل به‌نظر می‌رسد. با توجه به محدودیت جامعه آماری این پژوهش، پیشنهاد می‌شود جهت دستیابی به نتایج دقیق‌تر به‌منظور به‌کارگیری یافته‌ها، مطالعات آتی با تعداد نمونه‌های بزرگ‌تر تکرار شود. همچنین پژوهشگران بعدی در مداخلات درمانی، نسبت به همتاسازی دقیق‌تر افراد نمونه اقدام نمایند تا بتوان مقایسه‌های دقیق‌تری از نتایج به‌دست آورد. همچنین، پیشنهاد می‌شود علاوه بر بررسی پرسشنامه‌ای، از سایر روش‌های گردآوری اطلاعات نظیر مشاهده و مصاحبه نیز استفاده شود. با توجه به نقش مهم زنان در سلامت فرزندان، خانواده و جامعه، و از طرفی لزوم توجه به سلامت جسمانی و روان‌شناختی آن‌ها پیشنهاد می‌شود که در کلینیک‌های روان‌شناسی دولتی و خصوصی، از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در زمینه کاهش شدت و فاجعه‌پنداری درد زنان مبتلا به درد مزمن استفاده شود.

از نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش حاضر نتیجه‌گیری می‌شود که پس از ارائه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به زنان مبتلا به درد مزمن، شدت و فاجعه‌پنداری درد آن‌ها به میزان قابل توجهی نسبت به گروه کنترل کاهش یافت. لذا این نتایج می‌تواند چارچوبی به درمانگران و متخصصین حوزه سلامت که در ارتباط با این زنان هستند جهت برنامه‌ریزی مداخلات آموزشی به‌منظور بهبود شدت و فاجعه‌پنداری درد آن‌ها ارائه بدهد.

تشکر و قدردانی

بنابر اظهار نویسندگان، در این مقاله تعارض منافعی وجود ندارد. امور مربوط به گردآوری داده‌ها، نگارش و تجزیه و تحلیل داده‌ها، اصلاحات مقاله، شناسایی نمونه متشکل از زنان مبتلا به درد مزمن و اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بر عهده هر دو نویسنده مقاله حاضر بوده است. در انتها صمیمانه از زنان شرکت‌کننده در پژوهش تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

REFERENCES

1. Sommer C, Rittner H. Pain research in 2023: towards understanding chronic pain. Lancet Neurol 2024; 23: 27-28.
2. Langford DJ, Baron R, Edwards RR, Gewandter JS, Gilron I, Griffin PR, et al. What should be the entry pain intensity criteria for chronic pain clinical trials? An IMMPACT update. Pain 2023; 164: 1927-30.
3. Hooten WM. Chronic Pain and Mental Health Disorders: Shared Neural Mechanisms, Epidemiology, and Treatment. Mayo Clin Proc 2016; 91: 955-970.
4. Pandelani FF, Nnanile Nyalunga SL, Pandelani T. Chronic pain: The prevalence of chronic pain in patients attending Soshanguve Community Health Centre. Canadian J Pain 2023; 1-22.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1404.35.1.6.2]
[DOI: 10.61186/iau.35.1.56]

5. Hirata J, Tomiyama M, Koike Y, Yoshimura M, Inoue K. Relationship between pain intensity, pain catastrophizing, and self-efficacy in patients with frozen shoulder: a cross-sectional study. J Orthop Surg Res 2021; 16: 524.

6. Whitney CA, Dorfman CS, Shelby RA, Keefe FA, Gandhi V. Reminders of Cancer Risk and Pain Catastrophizing: Relationships with Cancer Worry and Perceived Risk in Women with a First-Degree Relative with Breast Cancer. Fam Cancer 2019; 18: 9-18.

7. Schreier AM, Johnson LA, Vohra NA, Muzaffar M. Post-Treatment Symptoms of Pain, Anxiety, Sleep Disturbance, and Fatigue in Breast Cancer Survivors. Pain Manag Nurs 2019; 20: 146-151.

8. Ennis ZN, Dideriksen D, Vaegter HB, Handberg G, Pottegård A. Acetaminophen for Chronic Pain: A Systematic Review on Efficacy. Basic Clin Pharmacol Toxicol 2016;118:184-9

9. Niknejad B, Bolier R, Henderson Jr CR, Delgado D, Kozlov E, Löckenhoff CE, et al. Association Between Psychological Interventions and Chronic Pain Outcomes in Older Adults. JAMA Intern Med 2018; 178: 830-39.

10. Hayes SC, Lillis J, Eds. Acceptance and Commitment Therapy. 2en ed. Washington, DC: American Psychological Association; 2016. P.134-135.

11. Liu H, Liu N, Chong ST, Yau EKB, Badayai ARA. Effects of acceptance and commitment therapy on cognitive function: A systematic review. Heliyon 2023; 9: e14057.

12. Rezaeian M, Ebrahimi A, Zargham M. The Effect of Acceptance and Commitment Therapy on Catastrophic and Disabling Pain in Chronic Pelvic Pain in Females. Research in Cognitive and Behavioral Sciences 2015; 4: 17-30. [In Persian]

13. Anvari MH, Ebrahimi A, Taher Neshatdoost H, Afshar H, Abedi A. The Effectiveness of Group-Based Acceptance and Commitment Therapy on Pain-Related Anxiety, Acceptance of Pain and Pain Intensity in Patients with Chronic Pain. Journal of Isfahan Medical School 2014; 1156-1165. [In Persian]

14. Kiani S, Sabahi P, Makvand Hosseini S, Rafieinia P, Alebouyeh M. The effectiveness of acceptance and commitment therapy(ACT) and positive cognitive-behavioral therapy(PCBT) on the psychological disquietude's of patients with chronic pain. Health Psychology 2021; 9: 133-150. [In Persian]

15. Ensandoost T, Samari AA, Bayazi M H, Rajaei A. The Effectiveness of Acceptance and Commitment based Therapy on Pain Perception and Pain Self-Efficacy in Patients with Chronic Musculoskeletal Pain. Journal of Rehabilitation Research in Nursing 2021; 8: 25-34. [In Persian]

16. Dworkin RH, Turk DC, Revicki DA, Harding G, Coyne KS, Peirce-Sandner S, et al. Development and initial validation of an expanded and revised version of the Short-form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ2). Pain 2009; 144: 35-42.

17. Alemi S, Abolmaali Alhosseini Kh, Malihialzackerini S, Khabiri M. [Effect of Mindfulness Therapy and Aroma-therapy Massage on Pain Perception, Quality of Life and Sleep Quality in Older Women WithChronic Pain. Iranian Journal of Ageing 2021; 16: 218-233. [In Persian]

18. Adelmanesh F, Arvantaj A, Rashki H, Ketabchi S, Montazeri A, Raissi G. Results from the translation and adaptation of the Iranian Short-Form McGill Pain Questionnaire (I-SF-MPQ): preliminary evidence of its reliability, construct validity and sensitivity in an Iranian pain population. Sports Medicine, Arthroscopy, Rehabilitation, Therapy and Technology 2011; 3: 27. [In Persian]

19. Sullivan M J L, Bishop S, Pivik J. The Pain Catastrophizing Scale: development and validation. Psychol Assess 1995; 7: 524-532.

20. Davoudi I, Zargar Y, Mozaffaripour E, Nargesi F, Molah K. The Relationship Between Pain Catastrophizing. Social Support, Pain-Related Anxiety, Copying Strategies and Neuroticism, with Functional Disability in Rheumatic Patients. Health Psychology 2012;1: 54-67. [In Persian]

21. Mohammadi S, Dehghani M, Heidari M, Sedaghat M, Khatibi A. The evaluation of pain-related psychological similarities among patients with musculoskeletal chronic pain and their spouses. J Behavior Sciences 2013; 7: 57-66. [In Persian]

22. Vowles KE, Sorrell JT. Life with chronic pain: An acceptance-based approach; therapist guide and patient workbook. [Revision Date: July 2007] Available from: https://contextualscience.org/sites/default/files/CP_Acceptance_Manual_09.2008.pdf.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1404.35.1.6.2]
[DOI: 10.61186/iau.35.1.56]