MEJDS. 2018; 8:7.
Published online 2018 Oct. **Research Article**

Efficacy of Dialectical Behavior Group Therapy on Pain and Resilience in Patients with Fibromyalgia Syndrome

Lida Leylabadi[1], *Mohammad Ebrahim Madahi[2], Afsaneh Khajehvand[3], Mir Mostafa Sadat[4]

Author Address
1. PhD student in Health Psychology, Department of Psychology, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran;
2. PhD in Psychology, Shahed University, Tehran, Iran;
3. PhD in Psychology, Department of Psychology, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran;
4. Orthopedic Specialty, Department of Orthopedic Surgery, Tehran University of Medical Sciences.
***Corresponding Author Address:** Persian Gulf Highway, Shahed University, Tehran, Iran.
Email: me.madahi@gmail.com

Received: 2018 April 16; **Accepted:** 2018 June 5

Abstract
Background & Objective: The aim of present study was to investigate the efficacy of dialectical behavioral therapy in pain resilience in patients with fibromyalgia syndrome. Evidence suggests this approach is successful in the treatment of psychosomatic abnormalities. The results have been promising. Fibromyalgia is a chronic musculoskeletal pain syndrome that is characterized by pain at a wide range, sensitive points, fatigue, and sleep disorders, and its etiology is unknown. Chronic pain and muscle tenderness and muscle connective points are characteristic. This disease is a connective tissue rheumatoid arthritis. The existence of a non-painful set of syndromes has led to the use of the term fibromyalgia syndrome. In the 10% to 12% of the population, there are skeletal muscle for which no structural or inflammatory causes can be found. Despite the chronicity and complexity of fibromyalgia syndrome (FMS), there are pharmacological and no pharmacological interventions available that have clinical benefit. Based on current evidence, a stepwise program emphasizing education, certain medications, exercise, cognitive therapy, or all 4 should be recommended. Current evidence suggests efficacy of low-dose tricyclic antidepressants, cardiovascular exercise, cognitive behavioral therapy, and patient education. A number of other commonly used FMS therapies, such as trigger point injections, have not been adequately evaluated.
Methods: The study employed a quasi-experimental method with the pre-posttest and follow-up design and with a control group. The study population was patients with fibromyalgia syndrome in Tehran. The participants were 40 patients with fibromyalgia syndrome randomly assigned to experimental and control groups in equal numbers. The research instrument was the short-form SF-MPQ-2 and Conner, & Davidson's resilience questionnaire.
Results: Repeated measure of variance analysis showed the proposed method had a significant effect on pain sensory, pain affective, total of pain, pain evaluative, pain miscellaneous and resilience.
Conclusion: The proposed method can be suggested as a viable treatment method.
Keywords: Dialectical Behavior Therapy, Pain, Resilience, Fibromyalgia Syndrome

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-07]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.83.8]

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۷؛ (۸):۷.

انتشار برخط مهرماه ۱۳۹۷ مقاله پژوهشی اصیل

اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی بر درد و تاب‌آوری در بیماران مبتلا به نشانگان فیبرومیالژیا

لیدا لیل‌آبادی[۱]، *محمد ابراهیم مداحی[۲]، افسانه خواجه‌وند[۳]، سیدمیرمصطفی سادات[۴]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت، گروه روان‌شناسی، واحدگرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، ایران؛

۲. دکترای روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران؛

۳. دکترای روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، واحدگرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، ایران؛

۴. فوق تخصص ارتوپدی، گروه جراحی اورتوپدی، دانشگاه علوم پزشکی تهران.

***آدرس نویسندهٔ مسئول:** تهران، ابتدای بزرگراه خلیج فارس ، دانشگاه شاهد.

***رایانامه:** me.madahi@gmail.com

تاریخ دریافت: ۲۷ فروردین۱۳۹۷؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۵ خرداد ۱۳۹۷

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر درد و تاب‌آوری در بیماران مبتلا به سندرم فیبرومیالژیا بود. روش این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌ـ پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود.

روش‌بررسی: جامعهٔ مطالعه‌شده، بیماران مبتلا به به سندرم فیبرومیالژیا در شهر تهران بودند. به‌طور کلی تعداد ۲۰ نفر برای گروه آزمایشی بیماران مبتلا به سندرم فیبرومیالژیا و ۲۰ نفر به‌عنوان گروه گواه انتخاب شدند. سپس گروه آزمایش، درمان مبتنی‌بر رفتاردرمانی دیالکتیکی دریافت و گواه هیچ درمانی دریافت نکرد. ابزارهای این پژوهش شامل، پرسشنامهٔ درد مک‌گیل فرم کوتاه و پرسشنامهٔ تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) بود. روش آماری، تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر (p<۰/۰۵) بود و از نرم‌افزار آماری SPSS نسخهٔ ۲۲استفاده شد.

یافته‌ها: باتوجه به نمرات کل متغیرها، میانگین (انحراف‌معیار) نمرهٔ کل درد در پیش، پس‌آزمون و دورهٔ پیگیری در گروه آزمایش به‌ترتیب ۲۳/۸۵±۳/۹۷، ۱۲/۹۵±۵/۱۹ و ۱۳/۱۰±۵/۱۵بود، همچنین میانگین (انحراف‌معیار) پیش، پس‌آزمون و دورهٔ پیگیری نمرهٔ کل درد در گروه گواه به‌ترتیب ۱۸/۶۵±۷/۷۹، ۱۶/۷۰±۷/۱۰ و ۲۵/۱۵ ±۴/۳۱ بود. میانگین (انحراف‌معیار) تاب‌آوری در پیش، پس‌آزمون و دورهٔ پیگیری در گروه آزمایش به‌ترتیب ۳۵/۵۰±۱۰/۵۴ (۴۱/۹۵±۷/۰۰ و ۱۰/۸۸ ±۳۹/۲۰) بود، همچنین میانگین (انحراف‌معیار) پیش، پس‌آزمون و دورهٔ پیگیری تاب‌آوری در گروه گواه به‌ترتیب ۳۵/۸۵±۷/۵۶، ۳۷/۹۰±۷/۵۹و۷/۸۰± ۳۶/۳۰ بود. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر نشان داد، رفتاردرمانی دیالکتیکی می‌تواند تأثیر معناداری را بر بُعد حسی درد، بُعد عاطفی درد، نمرهٔ کل درد، بُعد ارزیابی درد، بُعد دردهای متنوع و گوناگون و تاب‌آوری بگذارد (p<۰/۰۵).

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش می‌توان گفت که رفتاردرمانی دیالکتیکی باتوجه به مهارت آموزی‌هایی که دارد باعث افزایش تاب‌آوری و کاهش حس درد در بیماران مبتلا به سندرم فیبرومیالژیا می‌شود.

کلیدواژه‌ها: رفتاردرمانی دیالکتیکی، درد، تاب‌آوری، فیبرومیالژیا.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیارـ غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-07]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.83.8]

۱ مقدمه

بیماری فیبرومیالژی[1] بیماری‌ای مزمن با دوره‌های تشـــدید و تخفیف است. خصوصیت اصلی این بیماری، درد منتشر بدن است؛ یعنی فرد مبتلا در بخش‌های مختلف بدن دچار دردهای مزمن می‌شـــود. این دردها بیشتر در عضلات احساس می‌شوند و گاهی فرد به مفاصل دردناک هم اشـــاره می‌کند (۱). نرخ شـــیوع این بیماری حدوداً ۲/۱ درصد تخمین زده شده است که این نسبت در زنان بالاتر از مردان است (۲). علت بیماری ناشناخته است، هرچند بسیاری از محققین وجود ناهنجاری‌هایی در عملکرد سیستم اعصاب مرکزی که منجر به افزایش ســـیگنال‌های طبیعی درد می‌شـــوند و واکنش غیرطبیعی به اســـترس علائم فیبرومیالژی را ایجاد می‌کنند را علت این بیماری می‌دانند. پژوهشـگران این بیماری را به‌عوامل مختلفی ربط داده‌اند. از جمله عوامل مرتبط با بروز این بیماری، علل مغزی، علت‌های فرهنگی، هورمونی و روانی ـ رفتاری گفته شده است (۳).

پژوهش‌ها نشـــان داده اســـت، افرادی که دچار بیماری فیبرومیالژی هستند از لحاظ روان شناختی دارای مشکلاتی هستند. به‌عنوان مثال، این بیماران مشـــکلاتی در زمینهٔ تنظیم هیجانات (۴)، کیفیت زندگی (۵)، راهبردهای مقابله با اســـترس (۶)، گواه درد (۷) و تاب‌آوری (۸) دارند. همچنین، پژوهش‌ها نشـــان داده‌اند این بیماران دارای اختلال افســـردگی هســـتند (۹). درواقع به نظر می‌رســـد بیماران فیبرومیالژی از مشکلات روان‌شناختی رنج می‌برند.

همانطور که اشاره شد، یکی از مشکلاتی که در بین افراد با نشانگان فیبرومیالژیا وجود دارد، درد است. در واقع، یکی از علائم بسیار مهم این بیماری درد اســـت (۱۰). درد حســـی ناخوشـــایند و تجربه‌ای احساسی همراه با آسیب بافتی واقعی یا آسیبی به نوعی دیگر از بافت است. در واقع درد حالتی هست که فرد بیمار مانند فیبرومیالژی، دچار آن شده و نیاز دارد تا درد حاکم بر بدن خود را گواه کند (۷). از طرفی دیگر، گارمزی و ماتســـن (۱۱) تاب‌آوری را توانایی یا ســـازگاری موفقیت‌آمیز علی‌رغم شـــرایط تهدیدکننده تعریف نموده‌اند. درواقع تاب‌آوری سازگاری مثبت در واکنش به شرایط ناگوار است. تاب‌آوری عاملی اســـت که باعث انعطاف‌پذیری و مقابلهٔ مؤثر با عوامل و موقعیت‌های استرس‌زا می‌شود. تاب‌آوری صرف مقاومت منفعل در برابر آســـیب‌ها یا شـــرایط تهدیدکننده نیســـت؛ بلکه فرد تاب‌آور، مشـارکت‌کنندهٔ فعال و سـازندهٔ پیرامون خود اسـت. تاب‌آوری قابلیت فرد در برقراری تعادل زیســـتی ـ روانی ـ معنوی، در مقابل شـــرایط مخـاطره‌آمیز اســـت (۱۲). افراد خود تـاب‌آور دارای رفتـارهـای خودشـکنانه نیسـتند؛ از نظر عاطفی آرام بوده و توانایی تبدیل شـرایط اسـترس‌زا را دارند (۱۳). همان‌طور که اشـاره شـد، بیماران مبتلا به سندرم فیبرومیالژی دارای تاب‌آوری کم هستند (۸).

جهت کاهش حس درد و افزایش تاب‌آوری در بیماری‌های جســـمانی درمان‌های روان‌شـناختی مختلفی به کار بسـته شـده اسـت. از جمله درمان‌های به‌کاررفته در افزایش تاب‌آوری و کاهش حس درد و گواه آن، درمان شـــناختی ـ رفتاری، درمان‌های مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی، درمان مبتنی‌بر تعهد و پذیرش و همچنین رفتاردرمانی دیالکتیکی بوده اســـت (۱۴). در این پژوهش تمرکز به روی رفتـاردرمـانی دیـالکتیکی بود. رفتاردرمانی دیالکتیکی[2] نوعی درمان شـــناختی رفتاری اســـت. درمان شـــناختی رفتاری تلاش می‌کند تا الگوهای فکری منفی را شـــناســـایی کرده و آن‌ها را به سمت رفتارهای مثبت سوق دهد. این درمان ممکن است برای درمان رفتارهای خودتخریبی مثل خودکشی استفاده شود. این روش به بیمار مهارت‌های لازم برای مقابله با رفتارهای ناســـالم و تغییر آن‌ها را می‌آموزد. رفتاردرمانی دیالکتیکی چهار دســـته مهارت بنیادین به بیمار یاد می‌دهد که با استفاده از آن‌ها هم می‌توانید شدت هیجان‌های خود را کاهش دهید و هم این که می‌توانید در مواقع بحرانی تعادل هیجانی خود را حفظ کنید. مهارت‌های دیالکتیکی شـامل، تحمل در مقابل آشـفتگی، ذهن‌آگاهی، نظم‌بخشـی هیجان و مهارت‌های ارتباطی است. در واقع این درمان به بیماران کمک می‌کند تا در مقابل آشـــفتگی‌های روانی و محیطی آگاه باشـــند و همچنین بتوانند بهترین راه حل را در مقابل آن‌ها انتخاب و عملی کنند (۱۵).

در چارچوب رفتـاردرمـانی دیـالکتیکی تنظیم هیجـان بـه شـــرح زیر مفهوم‌سازی شده است: مجموعه ای از مهارت‌های انطباقی و ازجمله شناسایی هیجان‌ها، درک هیجان‌ها، گواه رفتارهای تکانه‌ای و استفاده از راهبردهای انطباقی در موقعیت‌های مربوطه جهت تنظیم پاسخ‌های هیجانی به‌منظور یاری بیماران در جهت غلبه بر ترس خود و اجتناب از هیجان‌ها و افزایش قدرت پذیرش تجارب هیجانی. همچنین، رفتاردرمانی دیالکتیکی نوعی درمان رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی اســـت که توازنی را بین اســـتفاده از فنون تغییر و پذیرش برقرار می‌ســـازد. پذیرش اساسی یعنی به آنچه در هرلحظه تجربه می‌کنید، توجه کنید و بدون قضاوت آن را بپذیرید (۱۶).

درزمینهٔ به‌کارگیری رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تاب‌آوری و گواه درد پژوهش‌هایی صورت گرفته است. معتمدی (۱۷) پژوهشی را جهت بررســـی اثربخشـــی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تاب‌آوری در معتادان انجام داد. نتایج نشـــان داد این درمان تأثیر معناداری در افزایش تاب‌آوری دارد. همچنین، لینتن (۱۸) در پژوهشـی به بررسـی تأثیر و کارآمدی رفتاردرمانی دیالکتیکی به کاهش درد در بیماران درد مزمن پرداخت. یافته‌های وی نشـــان داد این درمان باتوجه به مکانیزم‌های تنظیم هیجـان می‌توانـد درد را در بیمـاران درد مزمن کـاهش دهـد. به‌طورکلی پژوهش‌های اختصـــاصـــی که به بررســـی مســـتقیم تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تاب‌آوری و درد در بیماران مزمن جســـمانی پرداخته باشـد، وجود ندارد. بر همین اساس پژوهش حاضر به دنبال بررســـی تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر درد و تاب‌آوری در بیماران مبتلا به سندرم فیبرومیالژیا بود.

۲ روش بررسی

این پژوهش از نوع پژوهش های کاربردی بود. روش این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشـــی با طرح پیش ـ پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعهٔ مطالعه، بیماران مبتلا به به ســـندرم فیبرومیالژیا در شـــهر تهران بودند.

[1] Fibromyalgia

[2] Dialectical Behavior Therapy

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-07]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.83.8]

باتوجه به ماهیت پژوهش‌های نیمه‌آزمایشی و آزمایشی، نمونه برای هر گروه ۲۰ نفر انتخاب شد (۲۴). با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای از بین بیمارستان‌های دولتی شهر تهران که دارای بخش ارتوپدی هستند یک بیمارستان انتخاب شد. سپس برای تمامی بیمارانی که به این بیمارستان مراجعه کرده و تشخیص سندرم فیبرومیالژیا گرفته‌اند، دعوت‌نامه‌ای ارسال شد و جهت دریافت کمک‌های تخصصی رایگان از آنان دعوت به عمل آمد. پس از معاینهٔ مجدد توسط متخصص ارتوپدی و فوق‌تخصص ستون فقرات و تأیید تشخیص اولیه، برای این افراد فرایند کار، محتوی کلی و مدت زمانی که باید صرف شرکت در جلسات نمایند، توضیح داده شد و از کسانی که مایل به همکاری بودند رضایت‌نامهٔ کتبی گرفته شد. به‌طورکلی تعداد ۲۰ نفر برای گروه آزمایشی بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا و ۲۰ نفر از آن‌ها برای گروه گواه انتخاب شدند.

ملاک‌های ورودی پژوهش: ۱ـ ابتلا به فیبرومیالژیا، ۲ـ تحت درمان دیگری نبودن، ۳ـ نداشتن سابقهٔ بیماری روانی و ملاک‌های خروج شامل: ۱ـ عدم شرکت در بیش از یک جلسه، ۲ـ عدم تعهد به تکالیف درمانی، ۳ـ اتفاقات مهم در زندگی همچون ازدواج که روند روانی فرد را تغییر دهد، بود.

روش گردآوری اطلاعات به‌صورت میدانی بوده که در این پژوهش از دو آزمون زیر استفاده شده است:

۱ـ پرسشنامهٔ درد مک‌گیل فرم کوتاه (SF-MPQ-2): این پرسشنامه توسط دورکین و همکاران ساخته شد. این پرسشنامه، فرم کوتاه پرسشنامهٔ درد مک‌گیل است که به‌منظور بررسی کیفیت و شدت درد توسط ملزاک انتشار یافت. فرم کوتاه پرسشنامهٔ درد مک‌گیل به‌منظور سهولت در پاسخگویی طراحی شده است و شامل ۱۵ گویه است که به بررسی بُعد حسی (۱۱ گویه) و بُعد عاطفی (۴ گویه) درد می‌پردازد. این پرسشنامه در طیف ۴ گزینه‌ای از اصلاً (صفر) تا خیلی زیاد (سه) نمره‌گذاری می‌شود. علاوه بر نمرهٔ درد حسی و درد عاطفی، نمرهٔ کلی درد از جمع این دو زیر مقیاس به دست آمد. نمرات بالاتر بیانگر شدت درد بیشتر بودند. همچنین یک مقیاس دیداری با درجه‌بندی شدت درد از (۰ تا ۱۰) شدت درد را از بدون درد تا درد شکنجه‌آور بررسی کرد (۲۵). خسروی و همکاران به بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه پرداختند. نمرهٔ کل SF-MPQ-2 و ۴ نمرات مقیاس آن (درد مداوم، درد متناوب، درد عمدتا نوروپاتیک و توصیف عاطفی) به طور کلی ویژگی‌های روان‌سنجی خوبی را نشان داد: ۱) داخلی سازگار بودند، ۲) اعتبار همگرا خوب نمایش داده شده، ۳) مناسب پیش‌بینی ساختار عاملی و ۴) به درمان ضد درد بسیار پاسخگو بودند. شواهد قبلی حاکی از اعتبار SF-MPQ-2 را در سنجش درد بیماران مبتلا به درد مزمن و درد حاد و درد رادیکولار گسترش می‌دهد. همراه با نتایج سایر مطالعات اخیر نشان می‌دهد که SF-MPQ-2 می‌تواند روش ارزیابی معتبر، پاسخگو و کارآمد از هر دونوع درد نوروپاتیک و غیراز آن باشد. روایی این پرسشنامه مطلوب گزارش شده است. ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۸۵ و ضریب پایایی حیطه‌های حسی ـ عاطفی بالای ۰/۸ گزارش شد (۱۹).

۲ـ پرسشنامهٔ تاب‌آوری کانر و دیویدسون: این پرسشنامه را کانر و دیویدسون (۱۲) تهیه کردند، پرسشنامهٔ تاب‌آوری کونور و دیویدسون ۲۵ گویه دارد که در مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) و پنج (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. جوکار در پژوهشی به بررسی روایی و پایایی این مقیاس در فرهنگ ایرانی پرداخته و با استفاده از روش تحلیل عاملی، روایی آن را تأیید کرده است. همچنین، ضریب پایایی پرسشنامهٔ مذکور، با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۶ گزارش شد (۲۰).

روند اجرای پژوهش

پس از انتخاب نمونه‌ها و ورود آن‌ها به هر گروه (۲۰ نفرگروه آزمایش فیبرومیالژیا و ۲۰ نفر به گروه گواه) پرسشنامهٔ درد مک‌گیل (فرم کوتاه شده) و مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون به اعضای دو گروه آزمایش و گواه داده شد. در مرحلهٔ بعد گروه آزمایش به‌مدت دوماه‌ونیم (هفته‌ای یک جلسه) تحت آموزش براساس تکنیک‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی قرار گرفتند. پس از پایان مداخله پرسشنامهٔ درد مک‌گیل و پرسشنامهٔ تاب‌آوری به اعضای گروه‌های آزمایش و گواه داده شد و سپس پس از ۲ ماه مجدد به‌عنوان دورهٔ پیگیری پرسشنامه‌های پژوهش از دو گروه آزمایش و گواه گرفته شد و معناداری مداخلهٔ درمانی تحلیل آماری شد. جهت رعایت اصول اخلاقی پس از اتمام پژوهش، گروه گواه نیز رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی دریافت کرد. محتوای درمان در جدول شماره ۱ آمده است.

جهت تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. شاخص های توصیفی شامل، میانگین و انحراف‌معیار بود و شاخص‌های استنباطی شامل، آزمون کولموگروف ـ اسمیرنف، آزمون لون، ام باکس و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بود ($p<0/05$). نرم‌افزار جهت تجزیه‌وتحلیل داده‌ها، SPSS22 بود.

جدول ۱. محتوای رفتاردرمانی دیالکتیکی

جلسات	روش مداخله
جلسهٔ اول	معارفه، برقراری ارتباط اولیه، معارفه، تشریح اهداف پژوهش، مفهوم‌سازی مشکل، شرح قوانین گروه، اخذ رضایت کتبی از افراد متمایل به شرکت در طرح پژوهش ،اجرای پیش‌آزمون
جلسهٔ دوم	آشناسازی شرکت‌کنندگان با منطق رفتاردرمانی دیالکتیکی و مجموعهٔ مهارت‌های پیش‌بینی‌شده در بستهٔ آموزشی تدوین‌شده پژوهشگر بر اساس DBT وبه زبان ساده
جلسهٔ سوم	تمرین‌های ذهن‌آگاهی
جلسهٔ چهارم	تمرین‌های ذهن‌آگاهی

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-07]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.83.8]

جلسهٔ پنجم	تمرین‌های رفتاردرمانی دیالکتیک
جلسهٔ ششم	آشناسازی شرکت‌کنندگان با رابطهٔ بین افکار و هیجان‌ها و درد ،ارائهٔ فهرستی از باورهای ناکارآمد از جمله افکار منفی و خطاهای شناختی همراه با درد، ارائهٔ شیوه‌های کاهش استرس
جلسه هفتم	آموزش تکنیک‌های توجه برگردانی به هنگام درد
جلسه هشتم	آموزش مهارت‌های خود ارامش‌بخشی با استفاده از از حواس پنجگانه به هنگام درد
جلسه نهم	آموزش مهارت‌های آرامش وابسته به نشانه
جلسه دهم	آموزش تصویرسازی به هنگام درد
جلسه یازدهم	توضیح مفهوم ارزش‌های فردی وعمل متعهدانه و مهارت استفاده از آن‌ها به هنگام درد
جلسه دوازدهم	تمرین مهارت‌های تحمل پریشانی
جلسه سیزدهم	آموزش تکنیک خودگویی به هنگام درد، جهت افزایش تاب‌آوری
جلسه چهارده	جمع‌بندی از جلسات قبل، پس‌آزمون

۳ یافته‌ها

میانگین سنی (انحراف‌معیار) شرکت‌کنندگان در گروه گواه۴/۴۴±۴۸/۴۵ و گروه آزمایش ۴/۲۶±۴۷/۷۰ بود (P=۰/۶۴۳).

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی پیش‌آزمون حس درد و تاب‌آوری در دو گروه گواه و آزمایش

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف‌معیار	میانگین	انحراف‌معیار	میانگین	انحراف‌معیار
بُعد حسی درد	گواه	۱۴/۵۵	۷/۳۰	۱۲/۷۰	۶/۸۵	۲۱/۱۵	۳/۲۶
	آزمایش	۱۹/۹۵	۴/۹۴	۹/۰۵	۴/۷۴	۹/۷۰	۴/۵۳
بُعد عاطفی درد	گواه	۴/۱۰	۱/۵۵	۴/۰۰	۶/۶۵	۴/۰۰	۱/۶۵
	آزمایش	۴/۱۰	۱/۵۵	۲/۳۰	۱/۵۲	۳/۲۵	۱/۴۴
نمرهٔ کل درد	گواه	۱۸/۶۵	۷/۷۹	۱۶/۷۰	۷/۱۰	۲۵/۱۵	۴/۳۱
	آزمایش	۲۳/۸۵	۳/۹۷	۱۲/۹۵	۵/۱۹	۱۳/۱۰	۵/۱۵
بُعد ارزیابی درد	گواه	۲/۹۵	۰/۸۹	۳/۰۰	۰/۹۷	۳/۰۰	۰/۹۷
	آزمایش	۳/۰۵	۰/۹۹	۲/۰۰	۰/۷۹	۲/۷۵	۰/۹۱
بُعد دردهای متنوع و گوناگون	گواه	۵/۳۵	۱/۸۷	۴/۵۵	۲/۱۱	۵/۳۵	۱/۸۱
	آزمایش	۵/۳۰	۱/۴۱	۳/۰۰	۱/۱۲	۳/۲۰	۱/۵۱
تاب‌آوری	گواه	۳۵/۸۵	۷/۵۶	۳۷/۹۰	۷/۵۹	۳۶/۳۰	۷/۸۰
	آزمایش	۳۵/۵۰	۱۰/۵۴	۴۱/۹۵	۷/۰۰	۳۹/۲۰	۱۰/۸۸

باتوجه نتایج آزمون کولموگروف ـ اسمیرنوف، متغیرهای پژوهش نرمال بودند. نتایج آزمون لون نشان داد، متغیرهای پژوهش دارای همگنی واریانس‌ها بودند؛ بنابراین باتوجه به تأیید مفروضهٔ نرمال‌بودن و همگنی واریانس‌ها، آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر قابل استفاده بود.

جدول ۳ نشان‌دهندهٔ آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر است. ابتدا مقدار اپسیلون گرینهوس گیزر بررسی شد. همانطور که مشاهده می‌شود، مقدار اپسیلون گرینهوس‌ـ گیزر برای بُعد عاطفی درد و تاب‌آوری کمتر از ۰/۷۵ است؛ بنابراین مقدار F جهت بررسی زمان و گروه، از آزمون Huynh-Feldt استفاده شد و مابقی باتوجه به نتایج گرینهوس‌ـ گیزر تحلیل شدند.

همان‌طور که مشاهده می‌شود، منابع مرتبط با زمان و گروه‌ـ زمان در تمامی متغیرها معنادار است. باتوجه به درنظرگرفتن طرح گروه کنترل و پیش‌ـ پس‌آزمون و دورهٔ پیگیری، نتایج نشان داد، رفتاردرمانی دیالکتیکی توانست تأثیر معناداری را بر بُعد حس درد، بُعد عاطفی درد، نمرهٔ کل درد، بُعد ارزیابی درد، بُعد دردهای متنوع و گوناگون و تاب‌آوری بگذارد. تأثیر این درمان بر بُعد حس درد ۵۵ درصد (p<۰/۰۰۱)، بُعد عاطفی درد ۱۹ درصد (p=۰/۰۰۲)، نمرهٔ کل درد ۵۳ درصد (p<۰/۰۰۱)، بُعد ارزیابی درد ۱۲ درصد (p=۰/۰۰۷)، بُعد دردهای گوناگون و متنوع ۲۳ درصد (p< ۰/۰۰۱)، و تاب‌آوری

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-07]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.83.8]

۹ درصد (p=۰/۰۳۹)، بوده است؛ بنابراین رفتاردرمانی دیالکتیکی درمان مؤثری بر درد و تاب‌آوری بود. با لحاظ اندازه اثر (تأثیر اتا) بیشتر تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر بُعد حسی درد و نمره کل درد بود. اندازه اثرهای متغیرهای یادشده به‌ترتیب، ۵۵ درصد و ۵۳ درصد بود.

جدول ۳. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر جهت بررسی اثر درمان باتوجه به پیش‌آزمون، پس‌آزمون و دوره پیگیری

متغیر شاخص	بُعد حسی درد	بُعد عاطفی درد	نمرهٔ کل درد	بُعد ارزیابی درد	بُعد دردهای متنوع و گوناگون	تاب‌آوری
موخلی W	۰/۹۳	۰/۴۷	۰/۹۱	۰/۹۱	۰/۷۹	۰/۶۳
p	۰/۲۸۶	<۰/۰۰۱	۰/۱۹۳	۰/۲۰۶	۰/۰۱۵	<۰/۰۰۱
گرینهوس- گیزر	۰/۹۳	۰/۶۵	۰/۹۲	۰/۹۲	۰/۸۳	۰/۷۳
p	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	۰/۰۰۷	<۰/۰۰۱	۰/۰۳۹
ارزش اثرپیلایی	۰/۶۶	۰/۳۶)	۰/۶۴	۰/۲۶	۰/۴۱)	۰۰/۳۰
p	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	۰/۰۰۳	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
اندازه F (اثر زمان)	۲۸/۸۵	۱۱/۲۸	۲۴/۷۳	۴/۷۲	۲۲/۲۴	۸/۶۰
اندازه F (اثر زمان و گروه)	۴۷/۵۹	۹/۲۰	۴۲/۹۴	۵/۵۰	۱۱/۳۲	۳/۷۸
p (اثر زمان)	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	۰/۰۱۲	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
p (اثر زمان و گروه)	<۰/۰۰۱	۰/۰۰۲	<۰/۰۰۱	۰/۰۰۷	<۰/۰۰۱	۰/۰۳۹
اندازه اثر (اثر زمان)	۰/۴۳	۰/۲۲	۰/۳۹	۰/۱۱	۰/۳۸	۰/۱۸
اندازه اثر (اثر زمان و گروه)	۰/۵۵	۰/۱۹	۰/۵۳	۰/۱۲	۰/۲۳	۰/۰۹

۴ بحث

هدف این پژوهش بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی بر درد و تاب‌آوری در بیماران مبتلا به سندرم فیبرومیالژیا بود. یافته‌ها باتوجه به تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر نشان داد، رفتاردرمانی دیالکتیکی می‌تواند تأثیر معناداری را بر بُعد حسی درد، بُعد عاطفی درد، نمرهٔ کل درد، بُعد ارزیابی درد، بُعد دردهای متنوع و گوناگون و تاب‌آوری بگذارد. یافته‌های این پژوهش نشان داد باتوجه به پیش‌آزمون و پس‌آزمون و همچنین با درنظرگرفتن دورهٔ پیگیری دو ماهه، رفتاردرمانی دیالکتیکی تأثیر معناداری را بر متغیرهای پژوهش گذاشت.

باتوجه به یافته‌های پژوهش حاضر و یافته‌های پژوهش‌های پیشین، یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش‌های، قادری بگه‌جان (۲۱)، معتمدی (۱۷)، لینتن (۱۸) و مک‌من، کورمن و دیمف (۲۲) همسوست. به‌عنوان مثال، مک‌من، کورمن و دیمف (۲۲) نشان دادند رفتاردرمانی دیالکتیکی تأثیر معناداری را بر تنظیم هیجانات و در نتیجه تحمل و تاب‌آوری دارد. درواقع یافته‌های آن‌ها نشان‌دهندهٔ تأثیر پردازش‌های قوی درمان مانند تمارین تنظیم هیجان بود. همچنین، لینتن (۱۸) در پژوهشی به بررسی تأثیر و کارآمدی رفتاردرمانی دیالکتیکی به کاهش درد در بیماران درد مزمن پرداخت. یافته‌های آن‌ها نشان داد این درمان باتوجه به مکانیزم‌های تنظیم هیجان می‌تواند درد را در بیماران با درد مزمن کاهش دهد. قادری بگه‌جان (۲۱) پژوهشی را با هدف بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی بر افزایش تاب‌آوری معلولین جسمی‌حرکتی انجام دادند. نتایج نشان داد که بین دو گروه در افزایش تاب‌آوری در مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد، درواقع درمان دیالکتیکی توانست بر تاب‌آوری تأثیر معناداری بگذارد. با این‌حال تفاوت اصلی بین پژوهش حاضر و پژوهش‌های قبلی در جامعهٔ مورد مطالعه است. این پژوهش اولین پژوهشی بود که بررسی کارآمدی رفتاردرمانی دیالکتیکی در بیماران سندرم فیبرومیالژیا پرداخته است.

در تبیین داده‌های این تحقیق می‌توان گفت آموزش ذهن‌آگاهی و تنظیم هیجانی به بهبود روابط میان فردی، تحمل آشفتگی می‌پردازد، در مجموع باعث گواه حالات ذهنی، هیجانی و جسمانی که حاصل اتخاذ موضعی غیرقضاوتی و پذیرش هر آنچه اتفاق می‌افتد، پذیرش بیماری و محدودیت‌های آن و کنارآمدن با تعارضات میان فردی است. مجموعهٔ این تغییرات می‌تواند زمینهٔ کاهش استرس را در بیماران فیبرومیالژیا فراهم آورد. در این زمینه، زیدان، گرنت، براون، مک‌هافی و کاقیل (۲۳) اعتقاد دارند باتوجه به ذهن‌آگاهی می‌توان درد را کاهش داد و همچنین می‌توان هیجانات را در مقابل درد گواه کرد. درواقع در تمارین ذهن‌آگاهی شرکت‌کنندگان ترغیب می‌شوند تا ذهن‌آگاهی را در فعالیت‌های معمولی‌شان نظیر ظرف‌شستن، دوش‌گرفتن، تمیزکردن خانه، رانندگی و خریدکردن به کار ببرند. اعتقاد بر این است که ایجاد هشیاری در هر لحظهٔ زندگی، باعث افزایش خودآگاهی و توانایی برای تصمیم‌گیری‌های سازگارانه دربارهٔ مدیریت مشکلات و موقعیت‌های مسئله ساز همان‌گونه که به وجود می‌آیند و همچنین افزایش لذت از لحظه‌های خوشایند می‌گردد. در نتیجه می‌تواند این مهارت باعث کاهش حس درد و گواه آن گردد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی جهت آشکارساختن بهتر

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-07]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.83.8]

رفتاردرمانی دیالکتیکی، به‌صورت مقایسه‌ای و ترکیبی با دارودرمانی انجام شود.

۵ نتیجه‌گیری

رفتاردرمانی دیالکتیکی با به کارگیری راهبردهای تنظیم هیجان و با مهارت آموزی‌هایی مانند ذهن‌آگاهی، تحمل پریشانی، نظم‌بخشی هیجانی و ارتباط مؤثر می‌تواند به کاهش استرس و مشکلات هیجانی آشفته‌ساز بیماران دیابتی یاری رساند. نتایج این تحقیق ضرورت مداخلات روان‌شناختی در کنار مداخلات دارویی و پزشکی را تأکید می‌کند و می‌تواند تلویحاتی برای کادر درمانی پزشکی، بیماران، پژوهشگران آینده و کاربالینی برای بهبود رفتارهای خودمدیریتی و ارتقای سلامتی و گواه بیماری فیبرومیالژیا و سایر بیماری‌های مزمن به همراه داشته باشد. همچنین می‌توان از یافته‌های این پژوهش در کلینیک‌های روان‌شناختی و درمانگاه‌های مربوط به فیبرومیالژیا استفاده کرد. توصیه می‌شود از برنامه‌های این درمان، همچون مهارت‌های بین فردی، ذهن‌آگاهی، تنظیم هیجانات و تحمل آشفتگی جهت توانمندسازی و افزایش سازگاری در بیماری‌های مختلف جسمانی و روانی استفاده گردد.

References

1. Mesquita C, Lopes S, Araújo F, Vitorino A, Neves I, Silva D, et al. Cultural adaptation and validation of instruments the London fibromyalgia epidemiology study screening questionnaire and fibromyalgia new clinical diagnostic criteria for the portuguese population with fibromyalgia. Annals of the Rheumatic Diseases. 2014;73(Suppl 1):74–74. [Link]
2. Wolfe F, Brähler E, Hinz A, Häuser W. Fibromyalgia prevalence, somatic symptom reporting, and the dimensionality of polysymptomatic distress: results from a survey of the general population. Arthritis care & research. 2013 May;65(5):777-85. [Link]
3. Moukaddem A, Chaaya M, Slim ZF, Jaffa M, Sibai AM, Uthman I. Fibromyalgia: epidemiology and risk factors, a population-based case-control study in Lebanon. International journal of rheumatic diseases. 2017 Feb;20(2):169-76. [Link]
4. Feliu-Soler A, Reche-Camba E, Borràs X, Pérez-Aranda A, Andrés-Rodríguez L, Peñarrubia-María MT, Navarro-Gil M, García-Campayo J, Bellón JA, Luciano JV. Psychometric Properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) in Patients with Fibromyalgia Syndrome. Frontiers in psychology. 2017 Dec 13;8:2075. [Link]
5. Zamunér AR, Porta A, Andrade CP, Forti M, Marchi A, Furlan R, Barbic F, Catai AM, Silva E. The degree of cardiac baroreflex involvement during active standing is associated with the quality of life in fibromyalgia patients. PloS one. 2017 Jun 14;12(6):e0179500. [Link]
6. McInnis OA, Matheson K, Anisman H. Living with the unexplained: coping, distress, and depression among women with chronic fatigue syndrome and/or fibromyalgia compared to an autoimmune disorder. Anxiety, Stress, & Coping. 2014 Nov 2;27(6):601-18.. [Link]
7. Friesen LN, Hadjistavropoulos HD, Schneider LH, Alberts NM, Titov N, Dear BF. Examination of an internet-delivered cognitive behavioural pain management course for adults with fibromyalgia: a randomized controlled trial. Pain. 2017 Apr 1;158(4):593-604.. [Link]
8. McAllister SJ, Vincent A, Hassett AL, Whipple MO, Oh TH, Benzo RP, Toussaint LL. Psychological Resilience, Affective Mechanisms and Symptom Burden in a Tertiary-care Sample of Patients with Fibromyalgia. Stress and Health. 2015 Oct;31(4):299-305. [Link]
9. Gracely RH, Ceko M, Bushnell MC. Fibromyalgia and depression. Pain research and treatment. 2012. [Link]
10. Pollard L, Choy EH, Scott DL. The consequences of rheumatoid arthritis: quality of life measures in the individual patient. Clinical and experimental rheumatology. 2005 Sep 1;23(5):S43. [Link]
11. Garmezy N, Masten A. The protective role of competence indicators in children at risk. In: Life-span developmental psychology: Perspectives on stress and coping. NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates, Inc; 1991, p. 151–74. [Link]
12. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). Depression and anxiety. 2003 Sep;18(2):76-82. [Link]
13. Narimani M, Abbasi M. Investigating the relationship between psychological hardiness and self-esteem with burnout. Journal beyond Management. 2009; 2(8) , 75-92. [Persian][Link]
14. Padesky CA, Mooney KA. Strengths-based cognitive-behavioural therapy: A four-step model to build resilience. Clinical Psychology & Psychotherapy. 2012 Jul;19(4):283-90. [Link]

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-07]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.83.8]

15. McKay M, Wood J, Brentley J. Dialectical Behavioral Therapy Techniques. Hamidpour H, Jamepour H, Endouz Z.(Persian Translators). Tehran: Arjmand Publication. 2014. [Persian][Link]
16. Dimeff LA, Koerner KE. Dialectical behavior therapy in clinical practice: Applications across disorders and settings. Guilford Press; 2007. [Link]
17. Motamedi H. The Effectiveness of Group Dialectical Therapeutic Behavioral Therapy on Resilience and Prevention of Return in Substance Abuse. [Master's Thesis]. [Tehran]: Allameh Tabataba'i University; 2013. [Link]
18. Linton SJ. Applying dialectical behavior therapy to chronic pain: a case study. Scandinavian Journal of pain. 2010 Jan 1;1(1):50-4. [Link]
19. Amini-Fasakhoudi M, Alilou MM, Tahmassian K, Bakhshipour-Roudsari A. Efficacy of dialectical behavior therapy techniques in reducing problems of patients with preoccupied attachment style having chronic musculoskeletal pain: a single case study. Fiyz. 2017 Jan 1;20(6):539-50. [Persian][Link]
20. Samani S, Jokar B, Sahragard N. Effects of resilience on mental health and life satisfaction. Iranian Journal of psychiatry and clinical psychology. 2007 Nov 15;13(3):290-5. [Link]
21. Ghaderi, K. The Effectiveness of Group Dialectical Behavioral Therapy on Increasing the Resilience of Physically-Disabled Persons. [Master's Thesis in psychology]. [Tehran]: Allameh Tabataba'i University; 2016. [Link]
22. Sturgeon JA, Zautra AJ. Resilience: a new paradigm for adaptation to chronic pain. Current pain and headache reports. 2010 Apr 1;14(2):105-12. [Link]
23. Zeidan F, Grant JA, Brown CA, McHaffie JG, Coghill RC. Mindfulness meditation-related pain relief: evidence for unique brain mechanisms in the regulation of pain. Neuroscience letters. 2012 Jun 29;520(2):165-73. [Link]
24. Cohen J. A power primer. Psychological bulletin. 1992 Jul;112(1):155. [Link]
25. Dworkin RH, Turk DC, Revicki DA, Harding G, Coyne KS, Peirce-Sandner S, Bhagwat D, Everton D, Burke LB, Cowan P, Farrar JT. Development and initial validation of an expanded and revised version of the Short-form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ-2). PAIN®. 2009 Jul 1;144(1-2):35-42. [Link]

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-07]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.83.8]