

## The Comparison of Cognitive-attentional Syndrome and Distress Tolerance between Women with Fibromyalgia, Women with Chronic Pain and Normal Women

Bodaghi, Y., Rahimian-Boogar, \*I.

### Abstract

**Introduction:** The purpose of this research was to compare cognitive-attentional syndrome and distress tolerance between women with fibromyalgia, women with chronic pain and normal women.

**Method:** The sample of the present study included women with fibromyalgia syndrome (45 people), women with chronic pain (45 people) and normal people (45 people) in Tehran (2022-2023), who were selected by convenience sampling method. The participants completed two scales of cognitive-attentional syndrome and distress tolerance. The obtained data were analyzed using descriptive statistics, analysis of variance and post hoc tests in SPSS-29 software.

**Results:** The results of the one-way analysis of variance test show that the mean score of the pain catastrophizing is higher in the fibromyalgia group than in the chronic pain group ( $P < 0/01$ ). It is also higher in the chronic pain group than in the normal group ( $P < 0/01$ ). Also, the mean score of distress tolerance variable in women with fibromyalgia is lower than in the chronic pain group without fibromyalgia symptoms ( $P < 0/01$ ), and it is lower in the chronic pain group than normal women ( $P < 0/01$ ).

**Conclusion:** According to the findings of this research, it is necessary to pay attention to cognitive-attentional syndrome and the weakness in distress tolerance in the treatment of patients with fibromyalgia and chronic pain in the agenda of psychological specialists for these two diseases.

**Keywords:** Chronic pain, Cognitive-attention syndrome, Distress tolerance, Fibromyalgia.

## مقایسه سندرم شناختی-توجهی و تحمل پریشانی میان زنان مبتلا به فیبرومیالژیا، زنان مبتلا به درد مزمن و زنان عادی

یاسر بداعی<sup>۱</sup>، اسحق رحیمیان بوگر<sup>۲</sup>

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۱/۱۶ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۳/۱۲

### چکیده

**مقدمه:** پژوهش حاضر با هدف مقایسه سندرم شناختی-توجهی و تحمل پریشانی بین زنان مبتلا به بیماری فیبرومیالژیا، زنان مبتلا به درد مزمن و زنان عادی صورت گرفته است.

**روش:** در این پژوهش ۴۵ نفر مبتلا به فیبرومیالژیا، ۴۵ نفر مبتلا به درد مزمن و ۴۵ نفر عادی از زنان شهر تهران به صورت دسترس انتخاب شدند. شرکت کنندگان دو مقیاس سندرم شناختی-توجهی و پرسشنامه تحمل پریشانی را تکمیل نمودند. سپس برای تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده از روش‌های آمار توصیفی، تحلیل واریانس و آزمون‌های تعقیبی در نرم‌افزار SPSS-29 استفاده گردید.

**یافته‌ها:** نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه نشان داد که میانگین نمره متغیر سندرم شناختی-توجهی در زنان مبتلا به فیبرومیالژیا بیشتر از گروه درد مزمن بدون علائم فیبرومیالژیا است ( $P < 0/01$ ) و در گروه درد مزمن بیشتر از زنان عادی است ( $P < 0/01$ ). همچنین، میانگین نمره‌های متغیر تحمل پریشانی در زنان مبتلا به فیبرومیالژیا کمتر از گروه درد مزمن بدون علائم فیبرومیالژیا است ( $P < 0/01$ ) و در گروه درد مزمن کمتر از زنان عادی است ( $P < 0/01$ ).

**نتیجه‌گیری:** با توجه به یافته‌های این پژوهش، توجه به سندرم شناختی-توجهی و ضعف در تحمل پریشانی در درمان بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا و درد مزمن توسط کار متخصصین حوزه روانشناختی در قبال این دو بیماری ضرورت دارد.

**واژه‌های کلیدی:** تحمل پریشانی، درد مزمن، سندرم شناختی-توجهی، فیبرومیالژیا.

## مقدمه

فیبرومیالژیا<sup>۱</sup> یک وضعیت پزشکی است که با درد گسترده اسکلتی-عضلانی، خستگی، الگوی خواب نامناسب و حساسیت در نقاط مختلف بدن ظاهر می‌شود و می‌تواند با علائم دیگری مانند سردرد، مه مغزی و افزایش حساسیت به حس‌هایی مانند نور، صدا، دما و لمس همراه باشد (۱). با این حال نشانه اصلی این بیماری درد منتشر و مزمن و حساسیت بالا<sup>۲</sup> نسبت به درد است که عموماً در دو طرف بدن وجود دارد؛ اما، درد در مفاصل گردن و ستون فقرات شدیدتر است (۲، ۳). شیوع این بیماری حدود ۷ درصد جمعیت عمومی است (۴). نسبت زنان مبتلا به این بیماری بسیار بیشتر از مردان است و این نسبت با افزایش سن نیز بیشتر می‌شود (۱، ۵). به این مسأله نیز باید اشاره که حتی شدت درد در زنان بیشتر مردان است (۶). باید توجه داشت که این بیماری همبودی زیادی با اختلالات روان‌پزشکی از جمله اختلالات اضطرابی<sup>۳</sup>، افسردگی<sup>۴</sup>، اختلال پانیک<sup>۵</sup> و اختلال استرس پس از حادثه (PTSD)<sup>۶</sup> و اختلالات شخصیت<sup>۷</sup> دارد (۷، ۸). سبب‌شناسی این بیماری همچنان به وضوح مشخص نیست؛ اما، عوامل مختلفی از جمله عوامل ژنتیکی، سیستم ایمنی بدن و عوامل محیطی با بروز این بیماری ارتباط دارند و به این دلیل که رهایی از تمامی علائم این بیماری تقریباً ممکن نیست و نرخ بهبودی کامل بسیار پایین است، متخصصین امر تمرکز خود را بر مدیریت درد و ارتقای عملکرد فردی شخص مبتلا قرار می‌دهند (۹، ۱۰). بیان این نکته حائز اهمیت است که مبتلایان به سندرم فیبرومیالژیا علائم شدیدتری نسبت به بیماران دارای درد مزمن منتشر بدون علائم فیبرومیالژیا دارند (۱۱).

درد گسترده مزمن<sup>۸</sup> توسط انجمن روماتولوژی آمریکا<sup>۹</sup> (۱۹۹۰) به‌عنوان دردی تعریف شده است که حداقل به مدت ۳ ماه ادامه داشته باشد و در سمت راست و همچنین سمت چپ بدن و در قسمت‌های فوقانی و تحتانی بدن وجود دارد

(۱۲). تقریباً ۱۰ تا ۱۲ درصد از جمعیت عمومی با درد گسترده مزمن دست به‌گریبان هستند (۱۲) که شیوع آن در بین زنان بیش از مردان است (۱۳). شکل و شدت درد مزمن بر اساس عوامل روانشناختی می‌تواند در هر فرد متفاوت باشد (۱۴)؛ لذا، می‌توان گفت درد همان چیزی است که فرد تجربه‌کننده درد بیان می‌دارد و خودگزارشی فرد مبتلا به درد مزمن می‌تواند تنها راه تشخیص وجود و شدت آن باشد (۱۵). عموماً درد مزمن به همراه محدودیت‌های حرکتی و کاهش فعالیت‌های روزانه، اختلالات خلقی و اختلالات خواب بروز پیدا می‌کند که در نتیجه موجب کاهش کیفیت زندگی فرد می‌شود (۱۶، ۱۷).

سندرم شناختی-توجهی<sup>۱۰</sup> (CAS) کانون اصلی درمان فراشناختی است. این سندرم سه جنبه دارد؛ (۱) افکار منفی تکراری اعم از نشخوار فکری<sup>۱۱</sup> و نگرانی<sup>۱۲</sup>، (۲) متمرکز کردن توجه به تهدید (۳) بکار بردن رفتارها و راهبردهای غیرانطباقی در قبال دو جنبه قبلی. سندرم شناختی توجهی ممکن است در برخی اصلاً وجود نداشته باشد یا میزان آن بسیار کم باشد؛ اما، برخی دیگر این سندرم را با شدت و میزان زیادی و به مدت طولانی تجربه کنند که اختلالات هیجانی و خلقی را به همراه داشته و حتی ممکن است موجب تشدید علائم برخی دیگر از اختلالات روانشناختی شود (۱۸). بر طبق مدل فراشناختی، این سندرم شناختی-توجهی است که پریشانی روانشناختی و اختلالات عاطفی را پایدار نگه می‌دارد و تفکر منفی تکراری به شکل نشخوار فکری و نگرانی شاخصه اصلی آن هستند. البته این باورهای فراشناختی فرد هستند که سندرم شناختی-توجهی را که موجب افزایش توجه تمرکز فرد بر خود و پردازش افراطی اطلاعات تهدیدآمیز شده و راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار را به همراه دارد، حفظ می‌کند (۱۹). بدای و رحیمیان‌بوگر در پژوهش خود میزان بالای باورهای فراشناختی در افراد مبتلا به سندروم فیبرومیالژیا و درد مزمن را گزارش کرده‌اند (۲۰).

ضعف در تحمل هیجانی موجب می‌شود تا افراد هیجانات شدید بالینی از جمله استرس و اضطراب را تجربه کنند (۲۱). تحمل پریشانی هیجانی عامل فراتشخیصی بسیار مهمی در

1. fibromyalgia
2. hypersensitivity
3. anxiety disorders
4. depression
5. panic disorder
6. Post-traumatic stress disorder
7. personality disorders
8. chronic widespread pain
9. American College of Rheumatology (ACR)

10. Cognitive-Attentional Syndrome
11. rumination
12. worry

۱۴۰۱- تا بهار ۱۴۰۲ به کلینیک‌های تخصصی ارتوپدی و روماتولوژی در مناطق ۲ و ۵ تهران مراجعه کرده بودند و همچنین ۴۵ نفر زن بدون بیماری مزمن (از طریق فراخوان اینترنتی) به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. در انجام این پژوهش تمام جوانب اخلاق حرفه‌ای در پژوهش اعم از توضیح هدف پژوهش، محرمانگی اطلاعات شرکت‌کنندگان، صیانت از حقوق شرکت‌کنندگان، داشتن حق انتخاب برای شرکت در پژوهش و داشتن حق خروج از پژوهش رعایت شد.

ملاک‌های ورود: معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از (۱) تشخیص قطعی سندرم فیبرومیالژیا (در گروه اول)، تشخیص قطعی درد مزمن اسکلتی-عضلانی (در گروه دوم) و همچنین رد وجود بیماری‌های آرتروز التهابی، رماتیسم مفصلی و همچنین مالتیپل اسکلروزیس<sup>۱</sup> (MS) توسط پزشک متخصص (در هر سه گروه)، (۲) داشتن حداقل سطح تحصیلات سیکل جهت پاسخ‌گویی به سؤالات و درک آن‌ها (در هر سه گروه)، (۳) قرار داشتن در گروه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال (در هر سه گروه)، (۴) حداقل مدت زمان ابتلا به بیماری ۱ سال (در گروه اول و دوم) و (۵) تمایل به شرکت در پژوهش (در هر سه گروه). ملاک‌های خروج نیز عبارت بودند از (۱) دریافت مداخلات روانشناختی هم‌زمان با انجام پژوهش طبق خودگزارشی (در هر سه گروه)، (۲) دریافت داروهای روان‌پزشکی هم‌زمان با انجام پژوهش طبق خودگزارشی (در هر سه گروه)، (۳) عدم پاسخ دادن درست و کامل به پرسشنامه‌ها (در هر سه گروه) و (۴) وخیم شدن بیماری و بستری شدن در حین اجرای پژوهش (در گروه اول و دوم).

#### ابزار

۱. پرسشنامه سندرم شناختی-توجهی<sup>۲</sup> (CAS-1): این پرسشنامه توسط ولز (۲۰۰۹) به صورت خود توصیفی می‌باشد که به بررسی باورهای منفی و مثبت و سندرم شناختی توجهی می‌پردازد. این پرسشنامه دارای چهار بخش و آیتم بوده که متشکل از ۱۶ ماده جهت ارزیابی میزان فعال شدن و شدت سندرم شناختی-توجهی می‌باشد و با مقیاس درجه‌ای لیکرتی ساخته شده است. بخش اول این پرسشنامه

بروز اختلالات خلقی است و به عنوان توانایی درک شده یا رفتاری برای مقاومت در برابر هیجانات منفی یا احساسات فیزیکی تعریف می‌شود (۲۲). تحمل پریشانی در همسویی با راهبردهای مقابله‌ای متمرکز بر هیجان، افراد را مستعد رفتارهای مضر و خطرناک مختلف می‌کند (۲۲، ۲۳). تحمل پریشانی پایین با حساسیت زیاد نسبت به هیجانات منفی همراه است که گاهی تحمل آن را برای فرد غیرممکن می‌سازد و موجب می‌شود تا برای اجتناب از آن‌ها دست به سرکوب یا رفتارهای هیجان محور بزند (۲۲، ۲۳). این چنین راهبردهای می‌تواند به فرد کمک کند تا برای مدت کوتاهی از این هیجانات منفی دور شود؛ اما، بروز ناراحتی عاطفی در درازمدت بسیار محتمل خواهد بود. افراد با پریشانی هیجانی بالا با روی آوردن به رفتارهای آسیب‌رسان و خطرناک مانند اعتیاد سعی بر تسکین پریشانی روانی خود دارند (۲۲، ۲۳).

همان‌طور که ذکر شد بیماران مبتلا به سندرم فیبرومیالژیا نسبت به بیماران درد مزمن اسکلتی-عضلانی عموماً دارای شدت بیشتری در علائم و درد هستند؛ اما، تنها توجه به علائم فیزیکی این دو بیماری کافی نیست. آیا سازه‌هایی همچون سندرم شناختی-توجهی که موجب می‌شود فرد توجه خود را نسبت به علائم جسمانی‌اش معطوف نماید و همچنین تحمل پریشانی هیجانی پایین که موجب می‌شود فرد هیجانات منفی خود را حساسیت بیشتری دنبال کند، در میان این دو دسته بیماران با افراد عادی جامعه متفاوت است؟ پژوهش حاضر به دنبال این بود تا ببیند سطح تحمل پریشانی هیجانی و همچنین سندرم شناختی-توجهی بیماران مبتلا به سندرم شناختی-توجهی و بیماران مبتلا به درد مزمن اسکلتی-عضلانی با یکدیگر متفاوت است یا خیر و همچنین سطح این دو سازه شناختی در این دو دسته از بیماران با افراد عادی جامعه متفاوت است یا خیر؟

#### روش

**طرح پژوهش:** پژوهش حاضر یک پژوهش علی-مقایسه ای بود.

**آزمودنی‌ها:** جامعه این پژوهش متشکل از سه گروه زنان مبتلا به سندرم فیبرومیالژیا (گروه اول)، زنان مبتلا به درد مزمن اسکلتی-عضلانی (گروه دوم) و زنان عادی شهر تهران (گروه سوم) بود که از میان آن‌ها ۴۵ نفر مبتلا به فیبرومیالژیا و ۴۵ نفر مبتلا به درد مزمن که از تابستان

1. multiple sclerosis  
2. Cognitive attentional syndrome questioner

پرسشنامه به صورت معکوس نمره گذاری می شود. نمره کلی این پرسشنامه از مجموع نمرات همه سؤالات به دست می آید که نمرات بالا در این مقیاس نشانگر تحمل پریشانی بالاست و نمرات پایین نیز نشان از ضعف در تحمل پریشانی دارد. سیمونز و گاهر ضرایب آلفا برای خرده مقیاس های تحمل، ارزیابی، جذب و تنظیم را به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸ و ۰/۷۴ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ را گزارش کرده اند. آن ها همچنین گزارش کرده اند که این پرسشنامه دارای روایی ملاکی و همگرایی اولیه خوبی است (۲۷). محمودپور و همکاران (۲۸) آلفای کرونباخ خرده مقیاس های این پرسشنامه را بین ۰/۶۴ تا ۰/۸۲ به دست آورده و ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس را ۰/۸۹ گزارش کرده اند (۲۸). در نمونه ایرانی دیگری نیز پایایی مقیاس تحمل پریشانی با استفاده از روش ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس های این پرسشنامه بین ۰/۷۵ تا ۰/۸۳ و برای مقیاس کل نیز ۰/۸۰ به دست آمده است (۲۹).

#### یافته ها

تعداد کل شرکت کنندگان در این پژوهش ۱۳۵ نفر بود که تعداد ۸۸ نفر آن ها متأهل و ۴۷ نفر از آن ها مجرد بودند. سطح تحصیلات ۵۶/۳ درصد از شرکت کنندگان زیر دیپلم و دیپلم بود و ۴۳/۷ درصد لیسانس و بالاتر بودند. همچنین میانگین سنی بیماران مبتلا به سندرم فیبرومیالژیا ۴۰/۶۰ با انحراف معیار ۸/۵۲، میانگین سنی بیماران دارای درد مزمن ۴۱/۱۶ با انحراف معیار ۶/۹۹ و میانگین سنی افراد عادی شرکت کننده در این پژوهش ۳۵/۵۳ با انحراف معیار ۸/۳۸ بود.

همچنین جهت بررسی فرض نرمال بودن توزیع متغیرها از آزمون کجی<sup>۲</sup> و کشیدگی<sup>۳</sup> استفاده شد. نتایج مندرج در جدول ۱ نشان دهنده قرار داشتن قدر مطلق کجی و کشیدگی توزیع داده ها در متغیرهای سندرم شناختی-توجهی و تحمل پریشانی در بازه (+۲ و -۲) است. بنابراین، گروه های مطالعه دارای توزیع نرمال در متغیرهای سندرم شناختی-توجهی و تحمل پریشانی هستند. در نتیجه می توان از آزمون های پارامتریک برای تحلیل داده ها استفاده کرد.

سؤالی است که به میزان فراوانی و شدت نگرانی بیمار و بخش دوم نیز سؤالی است که به میزان توجه موارد تهدیدکننده و ارزیابی آن ها می پردازد. این دو سؤال به صورت یک مقیاس لیکرتی ۹ درجه ای می باشند که نمره گذاری آن ها از ۰ تا ۸ محاسبه می شوند. بخش سوم که به ارزیابی رفتارهای مقابله ای ناسازگارانه فرد می پردازد سؤالی است که دارای یک درجه بندی لیکرتی می باشد که از ۰ تا ۸ نمره گذاری می شود و البته ۶ ماده که شامل رفتارهای مقابله ای ناسازگارانه است، نیز دارد. در این بخش فرد می بایست هم نوع رفتار مقابله ای ناسازگارانه و هم شدت آن را انتخاب کند. بخش چهارم دارای هشت ماده است که از ۰ تا ۱۰۰ درجه بندی می شود. این بخش به میزان باورهای فراشناختی مثبت و منفی فرد در خصوص سندرم شناختی توجهی می پردازد. هریک از این چهار بخش دارای اهمیت بالینی است. نمره کلی این مقیاس از ۰ تا ۱۲۸ است از مجموع تمام این ۱۶ ماده (۲ ماده در بخش اول و دوم، ۶ ماده در بخش سوم و ۸ ماده در بخش چهارم) به دست می آید. هرچه فرد نمره بالاتری در این مقیاس کسب کند نشان می دهد که با سندرم شناختی-توجهی بیشتری دست به گریبان است (۲۴، ۲۵). این مقیاس دارای روایی و پایایی قابل قبولی است به طوری که کوالسکی و دراگان (۱۸) و فرگوس و همکاران (۲۶) در پژوهش های خود مقدار آلفای کرونباخ آن را به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۷۸ گزارش می کنند (۱۸، ۲۶). در نمونه ایرانی نیز مقدار آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۵ گزارش شده است (۲۵).

۲. پرسشنامه تحمل پریشانی هیجانی<sup>۱</sup> (DTS): این پرسشنامه که ۱۵ ماده دارد توسط سیمونز و گاهر (۲۷) طراحی شده است که به بررسی میزان تحمل پریشانی هیجانی افراد بزرگسال می پردازد. عبارات این پرسشنامه دارای ۴ خرده مقیاس تحمل پریشانی هیجانی، جذب یا تأثیرپذیری از هیجانات منفی، ارزیابی یا برآورد ذهنی پریشانی و تنظیم کوشش برای تسکین پریشانی است که بر روی یک مقیاس لیکرتی پنج درجه ای (کاملاً موافقم، اندکی موافقم، نه موافق و نه مخالفم، اندکی مخالفم و کاملاً مخالفم) نمره گذاری می شوند که هر یک از این گزینه ها به ترتیب از ۱ تا ۵ نمره دارند. البته عبارت شماره ۶ این

2. skewness  
3. kurtosis

1. Distress Tolerance Scale (DTS)

## جدول (۱) آزمون کجی و کشیدگی در متغیرهای سندرم شناختی-توجهی و تحمل پریشانی در گروه‌های مطالعه

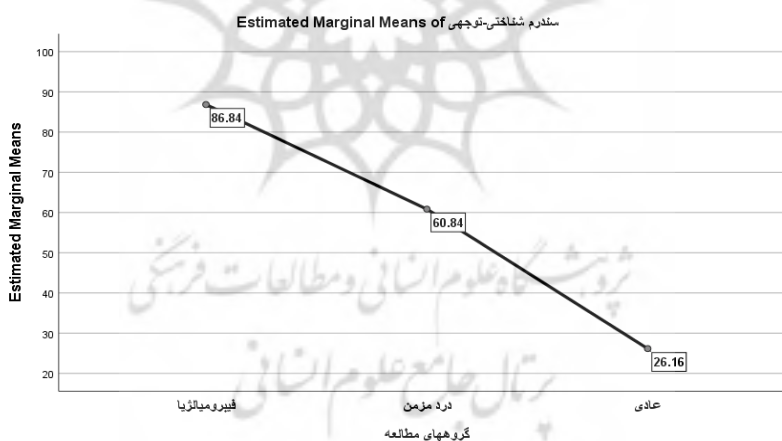
متغیرها	گروه‌های مطالعه	کجی	کشیدگی
سندرم شناختی-توجهی	فیبرومیالژیا	-۰/۵۴۸	-۰/۱۴۳
	درد مزمن	۰/۳۸۶	۰/۰۲۷
	عادی	۱/۰۵۸	۱/۲۲۷
تحمل پریشانی	فیبرومیالژیا	۰/۵۲۶	-۰/۰۶۹
	درد مزمن	۰/۶۵۵	-۰/۲۴۶
	عادی	-۱/۱۳۴	۱/۴۶۶

مطالعه تأیید شد. همچنین به منظور مقایسه سندرم شناختی-توجهی و تحمل پریشانی در گروه‌های مطالعه از آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه (ANOVA) استفاده شد و نتایج در جداول ۲ تا ۵ گزارش شده‌اند.

آزمون لون جهت بررسی پیش فرض تساوی واریانس‌ها در گروه‌های مطالعه مورد استفاده قرار گرفت و پیش فرض تساوی واریانس‌های متغیرهای سندرم شناختی-توجهی ( $F= ۲/۲۲۸$ ،  $df= ۲$  و  $۱۳۲$ ،  $P= ۰/۰۶۳$ ) و تحمل پریشانی ( $F= ۱/۷۷۴$ ،  $df= ۲$  و  $۱۳۲$ ،  $P= ۰/۱۷۴$ ) در گروه‌های

## جدول (۲) میانگین‌های تعدیل‌شده سندرم شناختی-توجهی در گروه‌های مطالعه

گروه‌های مطالعه	میانگین‌های تعدیل‌شده		خطای معیار	فاصله اطمینان ۹۵ درصد	
	حد پایین	حد بالا		حد پایین	حد بالا
فیبرومیالژیا	۸۶/۸۴۴	۲/۲۳۱	۸۲/۴۳۱	۹۱/۲۵۸	
درد مزمن	۶۰/۸۴۴	۲/۲۳۱	۵۶/۴۳۱	۶۵/۲۵۸	
عادی	۲۶/۱۵۶	۲/۲۳۱	۲۱/۷۴۲	۳۰/۵۶۹	



## نمودار (۱) میانگین‌های تعدیل‌شده سندرم شناختی-توجهی در گروه‌های مطالعه

استفاده شد و نتایج نشان داد که در میزان سندرم شناختی-توجهی بین تمام گروه‌ها تفاوت معنادار وجود داشت ( $P < ۰/۰۰۱$ ). به عبارت دیگر سندرم شناختی-توجهی در گروه فیبرومیالژیا بیشتر از گروه‌های درد مزمن و عادی بود. همچنین سندرم شناختی-توجهی گروه درد مزمن بیشتر از گروه عادی بود.

در جدول ۳ نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه نشان می‌دهد که بین میانگین نمره‌های متغیر سندرم شناختی-توجهی در گروه‌های مطالعه از نظر آماری تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < ۰/۰۰۱$ ). به عبارت دیگر، با مراجعه جدول ۲ مشاهده می‌شود که بین میانگین‌های سندرم شناختی-توجهی در گروه‌های مطالعه تفاوت وجود دارد. همچنین برای تعیین تفاوت بین گروه‌ها از آزمون تعقیبی<sup>۱</sup> توکی<sup>۲</sup>

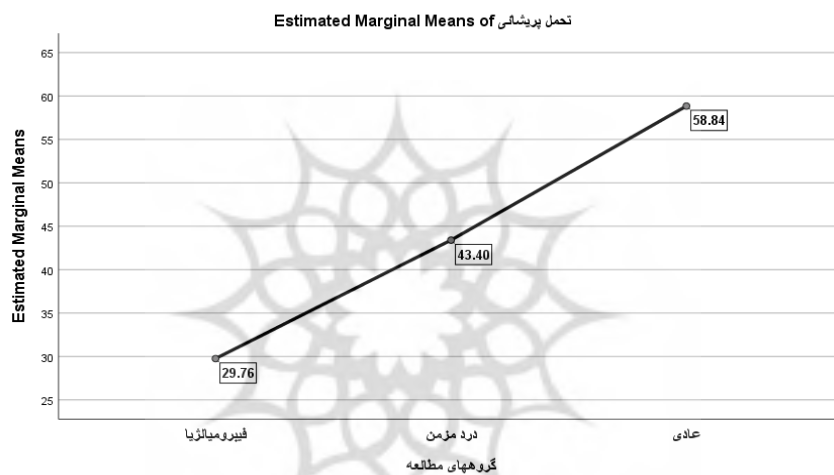
جدول ۳) نتایج تحلیل واریانس یکراهه متغیر سندرمد شناختی-توجهی در گروه‌های مطالعه

عوامل مؤثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ارزش F	معناداری P	اندازه اثر Eta.
مقدار ثابت	۴۵۳۳۲۸/۳۶۳	۱	۴۵۳۳۲۸/۳۶۳	۲۰۲۳/۵۳۲	۰/۰۰۱**	۰/۹۴
عضویت گروهی	۸۳۴۳۶/۹۰۴	۲	۴۱۷۱۸/۴۵۲	۱۸۶/۲۲۰	۰/۰۰۱**	۰/۷۴
خطا	۲۹۵۷۱/۷۳۳	۱۳۲	۲۲۴/۰۲۸	-----	----	----
مجموع	۵۶۶۳۳۷/۰۰۰	۱۳۵	-----	-----	----	----

(\*\*) معناداری در سطح ۰/۰۱

جدول ۴) میانگین‌های تعدیل‌شده تحمل پریشانی در گروه‌های مطالعه

گروه‌های مطالعه	میانگین‌های تعدیل‌شده	خطای معیار	فاصله اطمینان ۹۵ درصد	
			حد پایین	حد بالا
فیبرومیالژیا	۲۹/۷۵۶	۱/۵۲۷	۲۶/۷۳۵	۳۲/۷۷۶
درد مزمن	۴۳/۴۰۰	۱/۵۲۷	۴۰/۳۸۰	۴۶/۴۲۰
عادی	۵۸/۸۴۴	۱/۵۲۷	۵۵/۸۲۴	۶۱/۸۶۵



نمودار ۲) میانگین‌های تعدیل‌شده تحمل پریشانی در گروه‌های مطالعه

در گروه‌ها از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد و نتایج نشان داد که در میزان تحمل پریشانی بین تمام گروه‌ها تفاوت معنادار وجود داشت ( $P < 0/001$ ). به عبارت دیگر تحمل پریشانی در گروه فیبرومیالژیا کمتر از گروه‌های درد مزمن و عادی بود؛ همچنین، تحمل پریشانی گروه درد مزمن کمتر از گروه عادی بود.

در جدول ۵ نتایج آزمون تحلیل واریانس یکراهه نشان می‌دهد که بین میانگین نمره‌های متغیر تحمل پریشانی در گروه‌های مطالعه از نظر آماری تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < 0/001$ ). به عبارت دیگر، با مراجعه جدول ۴ مشاهده می‌شود که بین میانگین‌های تحمل پریشانی در گروه‌های مطالعه تفاوت وجود دارد. همچنین برای تعیین تفاوت بین

جدول ۵) نتایج تحلیل واریانس یکراهه متغیر تحمل پریشانی در گروه‌های مطالعه

عوامل مؤثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ارزش F	معناداری P	اندازه اثر Eta.
مقدار ثابت	۲۶۱۳۶۰/۰۰۰	۱	۲۶۱۳۶۰/۰۰۰	۲۴۹۱/۱۱۶	۰/۰۰۱**	۰/۹۵
عضویت گروهی	۱۹۰۶۲/۹۷۸	۲	۹۵۳۱/۴۸۹	۹۰/۸۴۸	۰/۰۰۱**	۰/۵۸
خطا	۱۲۸۴۹/۰۲۲	۱۳۲	۱۰۴/۹۱۷	-----	----	----
مجموع	۲۹۴۲۷۲/۰۰۰	۱۳۵	-----	-----	----	----

(\*\*) معناداری در سطح ۰/۰۱

## بحث

پژوهش حاضر به بررسی میزان سندرم شناختی-توجهی و تحمل پریشانی در بین زنان مبتلا به سندرم فیبرومیالژیا، زنان مبتلا به درد مزمن و زنان عادی پرداخت. نتایج حاکی از بالا بودن سندرم شناختی-توجهی و ضعف در تحمل پریشانی هیجانی در بیماران فیبرومیالژیا و بیماران درد مزمن بدون علائم فیبرومیالژیا که می‌توان گفت همسو با پژوهش‌های صدر و همکاران (۷)، کارتا و همکاران (۸)، دالحیمر و همکاران (۱۶) و دانگ و همکاران (۱۷) و الاطهاری و مهاویش (۱) است که نشان می‌دهند مبتلایان به این بیماری‌ها علاوه بر مشکلات و محدودیت‌های جسمانی، مشکلات روانشناختی بسیار زیادی دارند.

می‌توان ادعان نمود که بالا بودن باورهای فراشناختی در این دو گروه از بیماران (۲۰) موجب درگیر شدن این بیماران با سندرم شناختی-توجهی است. این باورهای فراشناختی هستند که به مانند یک سیکل معیوب عمل کرده و فرد را در گرداب سندرم شناختی توجهی گرفتار می‌کند (۱۸). به دلیل وجود علائمی مانند درد منتشر و مزمن و وجود مشکلات و اختلالات روانشناختی بالا در این دو بیماری دارای درد مزمن، باورهای فراشناختی نسبت به علائم این بیماری موجب می‌شود فرد سندرم شناختی توجهی زیادی داشته باشد (۲۰). سندرم شناختی توجهی موجب می‌شود فرد مدام به دنبال پایش اپیزودهای دردناک باشد و نگران این مسأله است که چه زمانی اپیزود دردناک بعدی بروز خواهد کرد و یا آیا دردهای وی شدت بیشتری می‌یابد یا خیر؟ که این مسأله، خود موجب افزایش شدت درد می‌شود و همین انتظار وجود درد، کیفیت زندگی بیمار را کاهش می‌دهد (۹). احتمالاً چون باورهای فراشناختی در زنان مبتلا به فیبرومیالژیا بیشتر از درد مزمن بدون علائم فیبرومیالژیا است (۲۰) و همچنین شدت درد و علائم بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا از بیماران مبتلا به درد مزمن بیشتر است (۱۱)، سندرم شناختی-توجهی این بیماران نیز بیشتر از زنان مبتلا به درد مزمن است.

از سویی ضعف تحمل پریشانی در زنان مبتلا به بیماری فیبرومیالژیا بیشتر از زنان مبتلا به درد مزمن و ضعف تحمل پریشانی در هر دوی این دسته از بیماران بیشتر از زنان عادی است که می‌توان چنین تبیین کرد که به دلیل توجه آن‌ها به مشکلات فیزیکی و درد و پایش بیش از اندازه درد

که به دلیل بالا بودن باورهای فراشناختی، تحمل پریشانی این بیماران پایین است (۳۰). از سوی دیگر افراد با پریشانی بالا دست به رفتارهای اجتنابی می‌زنند که این خود می‌تواند به دلیل شدت درد در این بیماران باشد. احتمالاً به دلیل وجود اپیزودهای دردناک، این بیماران پریشانی هیجانی بالایی دارند که بعضی اوقات به رفتارهای اجتنابی از جمله استفاده از مواد مخدر ختم می‌شود (۳۰). از سوی دیگر ضعف تحمل پریشانی موجب بالا بودن استرس و اضطراب این بیماران شده و نگرانی آن‌ها را در خصوص شکست در زمینه‌های مختلف شغلی، روابط بین فردی و مسئولیت اجتماعی بیشتر می‌کند و آن‌ها را به طرف رفتارهای اجتنابی غیرانطباقی سوق می‌دهد که این مهم نیز موجب پایین بودن کیفیت زندگی ایشان می‌شود (۲۱، ۲۲، ۳۰).

درنهایت می‌توان گفت که سندرم شناختی-توجهی بالا و ضعف در تحمل پریشانی هیجانی به دلیل توجه معطوف به خود و اپیزودهای دردناک این بیماران است که به دلیل شدت بیشتر علائم بیماری فیبرومیالژیا نسبت به درد مزمن، شدت آن‌ها در میان زنان مبتلا به سندرم فیبرومیالژیا بیشتر از زنان مبتلا به درد مزمن است.

عدم بررسی میزان شدت علائم بیماری در گروه‌های مورد مطالعه و عدم بررسی سابقه دریافت یا عدم دریافت درمان‌های دارویی و یا روانشناختی از محدودیت‌های این پژوهش بود. این دو متغیر تنها در زنان مبتلا به فیبرومیالژیا و درد مزمن مورد بررسی قرار گرفته است که پیشنهاد می‌شود در پژوهش دیگری در گروه مردان و یا گروهی متشکل از زنان و مردان مورد بررسی قرار بگیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود میزان ارتباط این دو سازه با شدت درد و سایر علائم این دو دسته بیماری مورد بررسی و ارزیابی قرار گیرد. پیشنهاد می‌شود متخصصین حوزه درد و روماتولوژی از متخصصین حوزه روانشناسی در جهت بهبود کیفیت زندگی این بیماران بر اساس بهبود هرچه بیشتر این دو سازه‌ی دارای اهمیت، کمک بگیرند. همچنین پیشنهاد می‌شود که روانشناسان سلامت در مداخلات روانشناختی برای بیماران مبتلا به سندرم فیبرومیالژیا بهبود این دو سازه حائز اهمیت را در دستور کار خود قرار دهند.

تشکر و قدردانی: در نهایت بر خود لازم می‌دانیم از تمامی بیمارانی که در این پژوهش ما را در جهت شناخت و ارزیابی



according to American College of Rheumatology criteria generate similar scores in other chronic musculoskeletal pain?. BMC Musculoskeletal Disorders. 2023;24(1):467.

<https://doi.org/10.1186/s12891-023-06572-x>

12. Plesner KB, Vaegter HB. Symptoms of Fibromyalgia According to the 2016 Revised Fibromyalgia Criteria in Chronic Pain Patients Referred to Multidisciplinary Pain Rehabilitation: Influence on Clinical and Experimental Pain Sensitivity. The Journal of Pain. 2018;19(7):777–786. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2018.02.009>

13. Bruce M, Lopatina E, Hodge J, Moffat K, Khan S, Pyle P, et al. Understanding the chronic pain journey and coping strategies that patients use to manage their chronic pain: a qualitative, patient-led, Canadian study. BMJ Open. 2023;13(7):e072048. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-072048>

14. Khera T, Rangasamy V. Cognition and pain: A review. Frontiers in Psychology. 2021;12:673962. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.673962>

15. AL-Sayaghi KM, Fadlalmola HA, Aljohani WA, Alenezi AM, Aljohani DT, Aljohani TA, et al. Nurses' knowledge and attitudes regarding pain assessment and management in Saudi Arabia. Healthcare. 2020;10:528.

<https://doi.org/10.3390/healthcare10030528>

16. Dahlhamer J, Lucas J, Zelaya C, Nahin R, Mackey S, DeBar L, et al. Prevalence of chronic pain and high-impact chronic pain among adults - United States, 2016. MMWR. Morbidity and mortality Weekly Report. 2018;67(36):1001–1006. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6736a2>

17. Dong HJ, Gerdle B, Bernfort L, Levin LA, Dragioti E. Pain catastrophizing in older adults with chronic pain: The mediator effect of mood using a path analysis approach. Journal of Clinical Medicine. 2020;9(7):2073.

<https://doi.org/10.3390/jcm9072073>

18. Kowalski J, Dragan M. Cognitive-attentional syndrome - The psychometric properties of the CAS-1 and multi-measure CAS-based clinical diagnosis. Comprehensive Psychiatry. 2019;91:13–21. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2019.02.007>

19. Jacobsen HB, Glette M, Hara KW, Stiles TC. Metacognitive beliefs as predictors of return to work after intensive return-to-work rehabilitation in patients with chronic pain, chronic fatigue and common psychological disorders: results from a prospective trial. Frontiers in Psychology. 2020;11:70.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00070>

20. Bodaghi Y, Rahimian Boogar I. The comparison of metacognitive beliefs and pain-catastrophizing between women with fibromyalgia syndrome, women with chronic pain and normal women. Journal of Research in Psychological Health. 2023;20(2):76-90. (Persian).

URL: <http://rph.khu.ac.ir/article-1-4383-fa.html>

هرچه بهتر این دو بیماری یاری نمودند، تشکر و قدردانی نماییم.

## منابع

1. Al-Athari Y, Mahawish M. Fibromyalgia: A review. World Family Medicine. 2024;22(3):52-56.

<https://doi.org/10.5742/mewfm.2024.95257627>

2. Banfi G, Diani M, Pigatto PD, Reali E. T cell subpopulations in the physiopathology of fibromyalgia: Evidence and perspectives. International Journal of Molecular Sciences. 2020;21(4):1186.

<https://doi.org/10.3390/ijms21041186>

3. Maffei ME. Fibromyalgia: Recent advances in diagnosis, classification, pharmacotherapy and alternative remedies. International Journal of Molecular Sciences. 2020;21(21):7877.

<https://doi.org/10.3390/ijms21217877>

4. Cameron EC, Hemingway SL. Cannabinoids for fibromyalgia pain: a critical review of recent studies (2015-2019). Journal of Cannabis Research. 2020;2(1):19. <https://doi.org/10.1186/s42238-020-00024-2>

5. Siracusa R, Paola RD, Cuzzocrea S, Impellizzeri D. Fibromyalgia: pathogenesis, mechanisms, diagnosis and treatment options update. International Journal of Molecular Sciences. 2021;22(8):3891.

<https://doi.org/10.3390/ijms22083891>

6. Wolfe F, Walitt B, Perrot S, Rasker JJ, Häuser W. Fibromyalgia diagnosis and biased assessment: Sex, prevalence and bias. PloS One. 2018;13(9):e0203755.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203755>

7. Sadr S, Mobini M, Tabarestani M, Islami Parkoobi P, Elyasi F. The frequency of psychiatric disorder co-morbidities in patients with fibromyalgia: A cross-sectional study in Iran. Nursing Open. 2023;10(7):4797–4805.

<https://doi.org/10.1002/nop2.1731>

8. Carta MG, Moro MF, Pinna FL, Testa G, Cacace E, Ruggiero V, et al. The impact of fibromyalgia syndrome and the role of comorbidity with mood and post-traumatic stress disorder in worsening the quality of life. The International Journal of Social Psychiatry. 2018;64(7):647–655.

<https://doi.org/10.1177/0020764018795211>

9. Conversano C, Laura M, Rebecca C, Mirabelli V, Angelo G. Catastrophizing and fibromyalgia: A mini- review. Journal Transl Neurosci. 2018;3(7). DOI: 10.21767/2573-5349.100020

10. Gómez-de-Regil L, Estrella-Castillo D. Psychotherapy for physical pain in patients with fibromyalgia: A systematic review. Pain Research & Management. 2020;11.

<https://doi.org/10.1155/2020/3408052>

11. Pontes-Silva A, de Sousa AP, Dibai-Filho AV, de Souza MC, DeSantana J M, Avila M. A. Do the instruments used to assess fibromyalgia symptoms



erratum. Pain. 2023;164(10):2382.  
<https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000003031>

21. Homayounfar N, Taghipour B, Serajmohammadi P, Dida L, Abdi F, Ahadi E. The effectiveness of mindful self-compassion training on worry and distress tolerance in the mothers of children with intellectual disability. *Journal of Research in Psychological Health*. 2023;18(4):16-30. (Persian). URL: <http://rph.khu.ac.ir/article-1-4298-fa.html>
22. Li Y, Ju R, Hofmann SG, Chiu W, Guan Y, Leng Y, et al. Distress tolerance as a mechanism of mindfulness for depression and anxiety: Cross-sectional and diary evidence. *International Journal of Clinical and Health Psychology (IJCHP)*. 2023;23(4):100392.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2023.100392>
23. Niezabitowska A, Rokosz M, Poprawa R. Distress tolerance is indirectly related to nicotine use through the smoking motives. *Substance Use & Misuse*. 2022;57(5):751-758.  
<https://doi.org/10.1080/10826084.2022.2034875>
24. Momeni Kh, Radmehr F. The effectiveness of meta-cognitive therapy on cognitive attention syndrome in female students with social anxiety disorder. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2020;21(2):32-42. (Persian).  
<https://doi.org/10.30486/jsrp.2019.572759.1420>
25. Salmani B, Hasani J, Karami GhR, MohammadKhani Sh. Effectiveness of meta-cognitive therapy on cognitive attention syndrome and cognitive emotion regulation strategies of patients suffering from generalized anxiety disorder (GAD). *Journal of Behavioral Sciences*. 2013;7(3):245-254. (Persian).  
<https://sid.ir/paper/208518/fa>
26. Fergus TA, Bardeen JR, Orcutt HK. Attentional control moderates the relationship between activation of the cognitive attention syndrome and symptoms of psychopathology. *Personality and Individual Differences*. 2012;53(3):213-217.  
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2012.03.017>
27. Simons JS, Gaher RM. The Distress Tolerance Scale: development and validation of a self-report measure. *Motiv Emot*. 2005;29:83-102.  
<https://doi.org/10.1007/s11031-005-7955-3>
28. Mahmoudpour A, Shariatmadar A, Borjali A, Shafiabadi A. Psychometric properties of the Distress Tolerance Scale (DTS) in the elderly. *Quarterly of Educational Measurement*. 2021; 12(46): 49-64. (Persian). doi: [10.22054/jem.2022.65915.3341](https://doi.org/10.22054/jem.2022.65915.3341)
29. Fooladvand K. Comparing the difficulty in emotion regulation and distress tolerance in students with depressed and non-depressed symptoms. *Rooyesh*. 2023;12(8):57-64. (Persian) URL: <http://frooyesh.ir/article-1-4760-fa.html>
30. Hall OT, Teater J, Entrup P, Deaner M, Bryan, C, Harte, SE, et al. Fibromyalgia predicts increased odds of pain-related addiction exacerbation among individuals with pain and opioid use disorder: