



The Effect of Group Schema Therapy on Resilience, Hopelessness, and Mental Well Being in Patients with Chronic Pain in Hamadan

Shayan Koushanfar¹, Parisa Aeini², Kamand Monadi³, Yalda Ebrahimi⁴, Nazanin Rashed^{5*}

1. Master's degree, Department of Clinical Psychology, Hamedan Branch, Islamic Azad University, Hamedan, Iran
2. Master's degree, Department of Clinical Psychology, Hamedan Branch, Islamic Azad University, Hamedan, Iran
3. Master's degree, Department of General Psychology, Hamedan Branch, Islamic Azad University, Hamedan, Iran
4. Master's degree, Department of Clinical Psychology, Hamedan Branch, Islamic Azad University, Hamedan, Iran
5. Master's degree, Department of Clinical Psychology, Arak Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran

ABSTRACT

Aim and background: Chronic pain can lead to reduced quality of life, increased stress, and impairment in daily functioning. Group-based therapeutic approaches, due to their social interaction and effectiveness in emotion regulation, can contribute to pain improvement. The present study aimed to examine the effect of group schema therapy on resilience, hopelessness, and mental well-being in patients with chronic pain in the city of Hamadan.

Material and Methods: This experimental research employed a pretest–posttest control group design with a follow-up stage. The statistical population consisted of all individuals suffering from chronic pain in Hamadan during the years 2023–2024. Sixty participants were selected through purposive sampling and randomly assigned to two groups of 30 participants each. The experimental group received 10 sessions of group schema therapy, while the control group did not receive any intervention. Three months after the intervention ended, a follow-up assessment was conducted. Data were analyzed using repeated measures ANOVA with SPSS version 26.

Results: The findings indicated that group schema therapy had a significant effect on resilience, hopelessness, and mental well-being in patients with chronic pain in Hamadan. Moreover, results from the follow-up stage showed that the positive effects of group schema therapy on resilience, hopelessness, and mental well-being were sustained over time.

Conclusion: Group schema therapy, as a cognitive–emotional intervention focusing on the restructuring and modification of negative thought patterns, enhances resilience, improves mental well-being, and reduces hopelessness in patients with chronic pain.

Keywords: Schema Therapy, Resilience, Hopelessness, Mental Well-Being, Chronic Pain

►Please cite this paper as:

Koushanfar Sh, Aeini P, Monadi K, Ebrahimi Y, Rashed N. [The Effect of Group Schema Therapy on Resilience, Hopelessness, and Mental Well-Being in Patients with Chronic Pain in Hamadan (Persian)]. J Anesth Pain 2026;17(1): 94-107.

Corresponding Author: Nazanin Rashed, Master's degree, Department of Clinical Psychology, Arak Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran

Email: n20807273@gmail.com

انجمن بیهوشی موضوعی و درد ایران

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۱۷، شماره ۱، بهار ۱۴۰۵

تأثیر طرحواره درمانی به شیوه گروهی بر تاب آوری، ناامیدی و آسایش ذهنی در بیماران مبتلا به درد مزمن در شهر همدان

شایان کوشان فر^۱، پریسا آئینی^۲، کمند منادی^۳، یلدا ابراهیمی^۴، نازنین راشد^{۵*}

۱. کارشناسی ارشد، گروه علمی روان شناسی بالینی، واحد همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان، ایران
۲. کارشناسی ارشد، گروه علمی روان شناسی بالینی، واحد همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان، ایران
۳. کارشناسی ارشد، گروه علمی روان شناسی عمومی، واحد همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان، ایران
۴. کارشناسی ارشد، گروه علمی روان شناسی بالینی، واحد همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان، ایران
۵. کارشناسی ارشد، گروه علمی روان شناسی بالینی، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۱/۲۵

تاریخ بازبینی: ...

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۱۱/۱۴

چکیده

زمینه و هدف: درد مزمن می تواند منجر به کاهش کیفیت زندگی، افزایش استرس و اختلال در کارکردهای روزمره شود. رویکردهای مبتنی بر گروه درمانی به دلیل تعامل اجتماعی و کارایی در تنظیم هیجان ها می توانند به بهبودی درد کمک کنند. هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر طرحواره درمانی به شیوه گروهی بر برتاب آوری، ناامیدی و آسایش ذهنی در بیماران مبتلا به درد مزمن در شهر همدان بود.

مواد و روش ها: پژوهش حاضر آزمایشی، با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه و همراه با مرحله پیگیری بود. جامعه آماری کلیه مبتلایان به درد مزمن در شهر همدان در سال های ۱۴۰۳-۱۴۰۲ بودند. ۶۰ نفر به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه ۳۰ نفره تقسیم شدند. برای گروه آزمایش ۱۰ جلسه طرحواره درمانی گروهی برگزار شد در صورتی که گروه کنترل هیچ مداخله ای را دریافت نکردند. ۳ ماه پس از اتمام مداخله مرحله پیگیری انجام گشت. جهت تحلیل داده ها از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر توسط نرم افزار اماری SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد.

نتایج: یافته های این پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی به شیوه گروهی بر تاب آوری و ناامیدی و آسایش ذهنی در بیماران مبتلا به درد مزمن در شهر همدان موثر است. همچنین با توجه به مرحله پیگیری تأثیر طرحواره درمانی به شیوه گروهی بر تاب آوری و ناامیدی و آسایش ذهنی در بیماران مبتلا به درد مزمن در شهر همدان ماندگار بود. **نتیجه گیری:** طرحواره درمانی به شیوه گروهی به عنوان یک مداخله شناختی هیجانی با تمرکز بر بازنگری و تغییر قالب های فکری منفی تاب آوری را تقویت کرده و آسایش ذهنی را ارتقا می دهد و باعث کاهش ناامیدی می شود.

واژه های کلیدی: طرحواره درمانی، تاب آوری، ناامیدی، آسایش ذهنی، درد مزمن

نویسنده مسئول: نازنین راشد، کارشناسی ارشد، گروه علمی روان شناسی بالینی، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران

پست الکترونیک: n20807273@gmail.com

مقدمه

درد از نظر طول مدت به دو دسته حاد و مزمن تقسیم می شود. درد مزمن به دردی اطلاق می شود که بیش از سه تا شش ماه طول می کشد یا فرایند معمول بهبود درد را تحمل می کند و معمولاً با وجود درمان های مناسب تداوم می یابد^(۱). این نوع درد می تواند بافت آسیب دیده اولیه را به همراه داشته باشد یا بدون علت واضح جسمی مشخص گردد و بر زندگی روزمره، خواب و کار تاثیر منفی بگذارد. دلایل رایج آن شامل اختلالات عصبی-عضلانی، بیماری های مزمن مانند آرتریت، دردهای نوروپاتیک و عوامل روانی-اجتماعی است. درد یک تجربه حسی یا هیجانی ناخوشایندی است که با آسیب واقعی یا بالقوه مرتبط است و شامل دو بعد حسی و عاطفی می باشد^(۲). بعد حسی درد به شدت درد اشاره دارد و بعد عاطفی آن به میزان ناخشنودی که یک فرد تجربه میکند اطلاق میشود. درد مزمن از جمله مشکلاتی است که در آن میزان درد تجربه شده توسط بیمار شدیداً آزار دهنده است^(۳). درد مزمن یکی از چالش های بهداشتی عمده است که با مواجهه مداوم با درد طولانی مدت می تواند به کاهش کیفیت زندگی، افت تاب آوری روانی و افزایش ناامیدی منجر شود. درد مزمن یکی از مسائل بهداشتی فراگیر است که تقریباً جمعیت زیادی را به طور دائم یا دوره ای تحت تأثیر قرار می دهد و می تواند منجر به کاهش کیفیت زندگی، اختلال عملکرد اجتماعی و افزایش بار روانی گردد. بروز و شیوع درد مزمن نه تنها به جنبه های بیولوژیک و فیزیولوژیک مربوط است بلکه عوامل روانی-اجتماعی مانند تاب آوری، ناامیدی و آسایش ذهنی نقش کلیدی در تجربه درد و تعامل فرد با درمان ایفا می کنند^(۴). عوامل روان شناختی مانند طرحواره های ناسازگار اولیه، مقابله ناکارآمد و هیجان های منفی می تواند به پایداری درد و اختلال سازگاری منجر شود. آسایش ذهنی به عنوان جنبه ای از رشد روان شناختی، در ادبیات علمی نظری و تجربی مورد توجه قرار

گرفته است. آسایش ذهنی شامل شادی و حس هدفمندی و تعلق است که با وجود درد و رنج روانی می تواند باقی بماند^(۵). آسایش ذهنی بسیاری از جنبه های سلامت و عملکرد اجتماعی را پی ریزی کرده و به لحاظ اقتصادی مهم است. شاخص های بهزیستی پیرامون یک حالت مثبت هستند که منعکس کننده عملکرد اجتماعی و شغلی بهینه، اعتماد به نفس، خود شکوفایی، فضیلت گرایی، روابط میان فردی رضایت بخش، شادی، خوش بینی، رضایت از زندگی یا انعطاف پذیری است^(۶). آسایش ذهنی به عنوان حالتی از سلامت روانی تعریف می شود که در آن فرد احساس آرامش عاطفی، رضایت از زندگی و توانایی سازگاری مؤثر با فشارهای روزمره را تجربه می کند^(۷). در زمینه پژوهش های مرتبط با درد مزمن، آسایش ذهنی نه تنها به کاهش استرس و اضطراب مرتبط با درد کمک می کند بلکه می تواند با بهبود کیفیت خواب، مشارکت در درمان های بازتوانی و میزان فعالیت روزانه رابطه ای مستقیم داشته باشد. با توجه به پیچیدگی رابطه بین درد مزمن و حالت های روانی، درک دقیق نقش آسایش ذهنی می تواند به طراحی مداخلات چندبعدی و بهبود نتایج بالینی منجر شود^(۸،۹). واژه تاب آوری به عوامل و فرایندهایی اطلاق می شود که خط سیر رشدی را از خطر به رفتارهای مشکل زا و آسیب روان شناختی قطع کرده و علیرغم وجود شرایط ناگوار به پیامدهای سازگارانه منتهی می گردد. مفهوم تاب آوری مبتنی بر این نظریه است که علیرغم آنکه برخی از افراد با عوامل خطر متعددی روبرو می شوند و در نتیجه احتمال بروز اختلال در آنها بیشتر است ولی دچار آن اختلال نمی شوند. برخی پژوهشگران معتقدند که به وجود آمدن تاب آوری ناشی از عواملی است که همانند یک سپر بلا افراد در معرض خطر را در برابر آثار سوء مواجهه با عوامل خطر محافظت می کنند. بعضی دیدگاه ها تاب آوری را به عنوان عنوان پاسخ به یک واقعه خاص و بعضی دیگر آن را به عنوان

مداخلهٔ گروهی طرحواره درمانی می‌تواند به کاهش ناامیدی و بهبود کلی وضعیت روانی و کیفیت زندگی بیماران کمک کند. طرحواره درمانی بر پایه نظریه طرحواره‌های کلان و کارکردهای شناختی و عاطفی فرد بنا شده است. این رویکرد با هدف تغییر طرحواره‌های منفی پایه‌ای مانند بی‌ارزشی، بی‌ثباتی، فقدان کنترل و فرایندهای اغما/اجتناب از تجربه‌های آسیب‌زا عمل می‌کند. مداخلات گروهی علاوه بر کاهش هزینه و افزایش دسترس‌پذیری می‌تواند با ایجاد هم‌ذات‌پنداری، همیاری و بازخورد اجتماعی اثرات درمانی را تقویت کنند. طرحواره درمانی به شیوه گروهی به عنوان یک رویکرد شناختی-هیجانی-تعاملی مبتنی بر مفهوم طرحواره‌های ناسازگار مادرزادی یا اکتسابی است که می‌توانند درک، تفسیر و پاسخ فرد به تجربه درد را شکل دهند^(۱۵). این رویکرد، با تمرکز بر بازنویسی طرحواره‌های منفی و ایجاد استراتژی‌های مقابله کارآمدتر، ضمن بهبود فرایندهای سازگاری، می‌تواند اثرات منفی ناامیدی و کاهش آسایش ذهنی را بهبود بخشد. مداخلات گروهی با فراهم‌سازی فضایی برای بازنمایی تجربیات درد توسط اعضای گروه، بازخوردهای هم‌گروهی و مدل‌سازی‌های جایگزین برای مقابله با طرحواره‌های ناسازگار، می‌تواند فرایندهای منجر به تاب‌آوری را تقویت و ناامیدی را کاهش داده و آسایش ذهنی را ارتقا دهند. در سال‌های اخیر مداخلات روان‌درمانی مبتنی بر طرحواره‌ها به عنوان رویکردی کارآمد در بهبود سازگاری، کاهش ناامیدی و افزایش آسایش ذهنی در جمعیت‌های مختلف بالینی مطرح شده‌اند. طرحواره درمانی گروهی، با استفاده از فرایندهای هم‌گرایی گروهی، همدلی، بازنگری طرحواره‌ها و یادگیری مهارت‌های مقابله‌ای، می‌تواند تعاملات اجتماعی و حمایت‌های گروهی را تقویت کرده و در نتیجه بهبود تاب‌آوری، کاهش احساس ناامیدی و افزایش آسایش ذهنی را تسهیل کن^(۱۶). تیم تحقیقاتی حاضر نتوانسته است مطالعاتی را پیدا کند که به بررسی تأثیر طرحواره درمانی

یک سبک مقابله‌ای پایدار در نظر می‌گیرند. پژوهش‌های متعدد همواره در پی این بوده‌اند که عواملی را کشف کنند که بتوانند در شرایط آسیب‌زا به کمک انسان آمده و مانع آسیب-دیدگی و اضمحلال وی زیر فشار سنگین مسائل و مشکلات گردند^(۱۱). یکی از مهم‌ترین توانایی انسان که باعث سازگاری مؤثر با عوامل خطر می‌شود، تاب‌آوری است. در ضرورت تاب‌آور بودن، لازم است بدانیم تاب‌آوری فرد را برای قرار گرفتن در مسیر درست رشد، حتی در شرایط دشوار بر می‌انگیزد، به بیان دیگر فرد تاب‌آور را می‌توان فردی مقاوم و انعطاف‌پذیر دانست که برای التیام دادن سریع، بهتر شدن، غلبه بر انواع چالش‌ها، فاجعه‌ها، بحران‌ها و مشکلات فردی توانا می‌سازد. تاب‌آوری متعلق به افرادی است که در معرض عوامل خطر مشخص قرار می‌گیرند، تاب‌آوری آنها را در مقابل شکست افزایش می‌دهد و می‌تواند به آن خطرات غلبه کنند و از پیامدهای منفی نظیر بزهکاری و مشکلات رفتاری اجتناب نمایند. برخی تاب‌آوری را به عنوان فرایندی پویا در نظر می‌گیرند که باعث می‌شود زمانی که افراد با مسائل تنش‌زا و مشکلات مهم در زندگی روبرو می‌شوند رفتارهای مثبت انطباقی‌تری از خود نشان دهند و این مؤلفه می‌تواند تأثیر به‌سزایی در رضایت یا ناراضایتی داشته باشد^(۱۲). ناامیدی به‌عنوان حالتی روان‌شناختی با احساس بی‌اثر بودن، فقدان ابزارهای کارآمد برای مقابله با مشکلات و انتظار منفی نسبت به آینده تعریف می‌شود. اهمیت اندازه‌گیری ناامیدی در این پژوهش از آن جهت است که ناامیدی می‌تواند واسطه‌ای کلیدی بین درد مزمن و کاهش تاب‌آوری باشد و پاسخ به مداخلات شناختی-رفتاری را تعدیل کند^(۱۴،۱۳). بررسی‌های پیشین نشان می‌دهند که طرحواره درمانی در قالب درمان‌های فردی برای کاهش علائم افسردگی و اضطراب مؤثر بوده است. با این حال پژوهش‌های محدودی به بررسی اثرات طرحواره درمانی به شیوه گروهی روی تاب‌آوری و ناامیدی در بیماران درد مزمن اختصاص دارند.

اختلالات روان پزشکی و همچنین سابقه سایر اختلالات مغز و اعصاب بود. در پژوهش حاضر گروه آزمایش در مرکز مشاوره صدرا شهر همدان توسط کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی آموزش دیده و زیر نظر روان درمانگر تحت مداخله قرار گرفتند. انجام مرحله پیگیری ۳ ماه پس از اتمام مداخلات صورت پذیرفت.

ابزار تاب آوری

این پرسشنامه توسط کانر و دیویدسون در سال (۲۰۰۳) جهت اندازه گیری قدرت مقابله با فشار و تهدید تهیه شده است و شامل ۲۵ سؤال می باشد. برای هر سؤال طیف درجه بندی پنج گزینه ای «کاملاً نادرست» تا «همیشه درست» در نظر گرفته شده که عدد یک کاملاً نادرست و عدد پنج کاملاً درست نمره گذاری می شود. در این مقیاس اگر چه ابعاد مختلف تاب آوری را می سنجد ولی دارای یک نمره کل نیز می باشد. اسدی و جعفری روشن (۱۳۹۳) در پژوهش خود ضریب آلفای کرونباخ کل سؤالات ۰/۸۸ به دست آمد. بررسی روایی سازه ۵ عامل را نشان داد با توجه به اعتبار و روایی مناسب پرسشنامه تاب آوری کانر - دیویدسون (۲۰۰۳) در دانش آموزان ایرانی پژوهشگران می توانند از آن استفاده کنند. در پژوهش حق رنجبر، کاکاوند، برجعلی و برماس (۱۳۹۰) پایایی پرسشنامه با استفاده از آزمون ضریب آلفای کرونباخ مورد آزمون قرار گرفت که آلفای ۰/۸۴ برای این پرسشنامه به دست آمد. بنابراین این ابزار از پایایی خوبی برخوردار است (۱۷، ۱۸، ۱۹).

ناامیدی

مقیاس ناامیدی بک و همکاران (۱۹۷۴) جهت بررسی و اندازه گیری میزان انتظارات منفی فرد درباره حوادث آینده ساخته شده است. از این مقیاس برای سنجش میزان یأس و ناامیدی

بر روی مولفه های تاب آوری ناامیدی و اسایش ذهنی در افراد مبتلا به درد مزمن بردارد. بنابراین این پژوهش با هدف بررسی اثرات طرحواره درمانی به شیوه گروهی بر برتاب آوری، ناامیدی و اسایش ذهنی در بیماران مبتلا به درد مزمن در شهر همدان صورت گرفت.

روش مطالعه

روش پژوهش حاضر از نوع تجربی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه گواه و مرحله پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش کلیه مراجعه کنندگان ۲۰ تا ۴۰ سال مبتلا به درد مزمن شهر همدان که در سال های ۱۴۰۲-۱۴۰۳ به بیمارستان بعثت همدان مراجعه کرده اند و تحت درمان دارویی قرار گرفته اند، بودند. ۳۵۷ نفر دارای پرونده با سابقه درد مزمن و تحت درمان دارویی به پژوهش دعوت شدند و از بین افراد متمایل به شرکت در پژوهش ۶۰ نفر به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند. شرکت کنندگان در پژوهش به شکل تصادفی در دو گروه ۳۰ نفره (یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل) گمارده شدند. پیش آزمون در تمام گروه ها اجرا و سپس مداخله طرحواره درمانی به مدت ۱۰ جلسه در گروه آزمایش انجام شد. در این مدت گروه های گواه هیچ مداخله ای را دریافت نکردند. در پایان مداخله، از تمامی گروه ها پس آزمون گرفته شد. بعد از پایان یافتن پژوهش، بنا به رعایت اصل اخلاق در پژوهش، مداخله بر گروه کنترل اجرا شد. معیارهای ورود به پژوهش شامل قرار داشتن در محدوده سنی ۲۰ تا ۴۰ سال، سپری شدن دست کم ۶ ماه از بروز علائم و تشخیص درد مزمن، پیروی از درمان دارویی مناسب و از زمان آغاز درمان، رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش بود. معیارهای خروج از پژوهش شامل غیبت بیش از ۲ جلسه شرکت کننده از مداخله، دریافت مداخله روانشناختی دیگر در حین جلسات، عدم تمایل برای ادامه همکاری در پژوهش، وجود سایر

آسایش ذهنی

مقیاس روان‌شناختی ریف (۱۹۸۹) برای بزرگسالان تهیه شده است. ضریب همسانی درونی زیر مقیاس‌های فرم کوتاه مقیاس آسایش ذهنی و همچنین ضریب همسانی درونی کل آزمون حدود ۰/۵۰ گزارش شده است. شواهد مربوط به اعتبار همگرای آزمون آسایش ذهنی حاکی از آن است که شش عامل آسایش ذهنی با رضایت از زندگی، عزت نفس و اخلاقیات رابطه مثبت با افسردگی، شانس و منبع کنترل بیرونی رابطه منفی دارند^(۲۱).

پروتکل طرحواره درمانی گروهی

گروه آزمایش تحت مداخله طرحواره درمانی از پروتکل طرحواره درمانی (فارل، شاو و ویر، ۲۰۱۸؛ به نقل از کرد میرزا، نیکوزاده و همکاران، ۱۴۰۲) قرار گرفت^(۲۲).

آزمودنی‌ها استفاده می‌شود. این آزمون دارای ۲۰ جمله است که طرز فکر و روحیه فرد را بیان می‌کند. در پژوهش گودرزی، روایی همزمان این پرسشنامه با استفاده از آزمون همبستگی مقیاس با پرسشنامه افسردگی بک مورد تأیید قرار گرفت. همچنین پایایی پرسشنامه یا قابلیت اعتماد آن با استفاده از روش اندازه‌گیری آلفای کرونباخ محاسبه شد. معمولاً دامنه ضریب اعتماد آلفای کرونباخ از صفر (۰) به معنای عدم پایداری، تا مثبت یک (۱+) به معنای پایایی کامل قرار می‌گیرد و هر چه مقدار بدست آمده به عدد مثبت یک نزدیکتر باشد قابلیت اعتماد پرسشنامه بیشتر می‌شود. آلفای کرونباخ برای پرسشنامه ناامیدی بک ۰/۷۹ بدست آمد که نشان دهنده پایایی خوب این ابزار است^(۲۰).

جدول ۱: خلاصه طرحواره درمانی گروه

جلسه	محتوا	فعالیت
اول	معرفی و بیان قوانین گروه، ایجاد حس تعلق گروهی، بیان مشکلات اصلی با مراجعان در محیط درمان، مرور فعال کننده های طرحواره ها و ذهنیت ها	اجرای پیش آزمون و کاربرگ حباب امن
دوم	مرور نیازهای اساسی پنجگانه، ارتباط طرحواره ها و نیازها در محیط درمان، ایجاد تصویر سازی ذهنی از یک مراجع	بررسی شیوه های برآورده شدن نیازها در کودکی، حال حاضر و محیط درمان
سوم	بررسی فرمول بندی موردی از مشکل حال حاضر فرد، الگوی مرتبط و تکرار شوند، نیازهای دوران کودکی من، محیط اولیه عوامل زیستی، فعال کننده ها، ظرفیت بزرگسال سالم	بررسی ذهنیت ها و عوامل فعال کننده در محیط درمانی
چهارم	بررسی موقعیت هایی که ذهنیت فعال می شوند، نشانه های اصلی، احساسات، حس های بدنی، افکار، خاطرات، طرحواره ها و نیاز	سنجش سبک های مقابله ای در محیط درمان
پنجم	شناسایی پیغام های اصلی والد، بررسی شواهد تایید و رد ذهنیت والد، معرفی ذهنیت والد پر توقع، سرزنش گر، القاننده گناه و القاگر ترس	سنجش ذهنیت والد و اثر آن بر درمانگری
ششم	بررسی ظرفیت های بزرگسال سالم، رفتار جرات مندانه (فاصله گرفتن، خود مراقبتی و مواجهه)	تقویت دسترسی به ذهنیت بزرگسال
هفتم	شناسایی طرحواره ها و نیازهای مرتبط به ذهنیت های کودک، استفاده نمایش برای ارتباط با ذهنیت کودک	تکلیف داستان نویسی و مکالمه با ذهنیت کودک
هشتم	تصویر سازی کودک تنها در خیابان و کودک آسیب پذیر، بررسی افکار، احساسات، خاطرات، حس های بدنی و نیازهای کودک آسیب پذیر، آموزش مهرورزی و شفقت به خود	اجرای مهرورزی و شفقت به خود در راستای تسکین ذهنیت کودک آسیب پذیر
نهم	جاگذاری پیغام والد خوب با صداهای والد سرزنشگر، پر توقع، القاگر گناه و ترس	کار تجربی با تغییر ذهنیت ها
دهم	بازی و تفریح، پیدا کردن پیغام های والد خوب در مجلات، گفتن پیغام های والد خوب به یکدیگر	عملکرد ذهنیت ها در زندگی فعلی

یافته ها

یافته های جمعیت شناختی نشان داد ۳۰ نفر (۵۰ درصد) در گروه آزمایش طرحواره درمانی گروهی، ۳۰ نفر (۵۰ درصد) در گروه کنترل شرکت داشته اند. از مجموع ۶۰ نفر شرکت کننده ها از لحاظ جنسیت در هر دو گروه ۲۴ نفر (۴۰ درصد) مرد و ۳۶ نفر (۶۰ درصد) زن بوده اند. در هر دو گروه، ۱۳ درصد (۸ نفر) دارای تحصیلات دیپلم و پایین تر، ۱۹ درصد (۱۱ نفر) دارای تحصیلات کارشناسی، ۴۲ درصد (۲۵ نفر) دارای تحصیلات کارشناسی ارشد و ۲۶ درصد (۱۶ نفر) دارای تحصیلات دکتری بودند. در ادامه میانگین و انحراف استاندارد متغیر های پژوهش در گروه آزمایش و گروه کنترل در مرحله پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری در جدول ۲ ارائه شده است. همانطور که در جدول ۲ مشاهده می شود، تفاوت میانگین گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بیانگر تغییرات در متغیر های تاب آوری، ناامیدی، آسایش ذهنی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل است. به منظور تحلیل داده ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد، لذا ابتدا مفروضه های زیر بنایی این آزمون مورد بررسی قرار گرفت. از آزمون کلوموگروف اسمیرونوف برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات استفاده شد. با توجه به اینکه سطح معنا داری در آزمون کلوموگروف اسمیرونوف برای تمامی متغیر ها بیش از ۰/۰۵ بود، پیش فرض نرمال بودن توزیع داده ها برقرار است. نتایج آزمون لون در متغیر تاب آوری و ناامیدی و آسایش ذهنی ($F > 0/05$) بدست آمد که مجموع نتایج نشان می دهد که سطح معناداری در تمام متغیر های پژوهش بیشتر از ۰/۰۵ است ($P > 0/05$) و خطای واریانس ها یکسان می باشند، لذا

مفروضه یکسانی خطای واریانس ها برای استفاده از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر رعایت شده است، همچنین بررسی شیب خط رگرسیون نشان می دهد که شیب خط رگرسیون بین متغیر های همپراش و وابسته در سطوح مختلف متغیر مستقل یعنی گروه آزمایش و گروه کنترل یکسان است. و متغیر های همپراش با متغیر های مستقل رابطه ندارند. لذا پیش فرض بعدی استفاده از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر رعایت شده است. همچنین نتایج آزمون ام-باکس (۹۲/۷۶۱) بیشتر از مقدار سنجش ۰/۰۵ است. به عبارتی می توان گفت تفاوت بین کوواریانس ها معنادار نیست و پیش فرض برابری کوواریانس متغیر های وابسته به منظور انجام تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر رعایت شده است. پیش فرض بعدی بررسی کروی بودن ماتریس واریانس- کوواریانس متغیر وابسته است که برای بررسی آن از آزمون کروی ماچلی استفاده شد که در این آزمون سطح معناداری در متغیر های وابسته بیشتر از ۰/۰۵ است که به معنای کروی بودن ماتریس واریانس- کوواریانس متغیر وابسته می باشد. شایان ذکر است برای انجام تجزیه و تحلیل داده های پژوهش از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد.

جدول ۲ میانگین نمرات افراد در متغیر ناامیدی، آسایش ذهنی، تاب آوری را به تفکیک پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری در گروه آزمایش و کنترل نشان می دهد. تفاوت میانگین گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بیانگر تغییرات در متغیر های ناامیدی، آسایش ذهنی، تاب آوری در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل است.

جدول ۲: شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و گروه کنترل

متغیر	زمان	گروه آزمایش		گروه گواه	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
نا امید	پیش آزمون	۷۳/۱۳	۴/۰۸	۷۲/۷۳	۳/۲۸
	پس آزمون	۳۵/۴۶	۶/۸۹	۶۸/۴۰	۶/۲۰
	پیگیری	۳۴/۹۳	۶/۹۷	۶۹/۸۰	۴/۱۰
آسایش ذهنی	پیش آزمون	۳۵/۱۳	۴/۶۸	۳۴	۴/۴۷
	پس آزمون	۴۶/۲۰	۵/۳۷	۳۵	۵/۱۴
	پیگیری	۴۶/۶۶	۵/۷۵	۳۵/۲۶	۴/۸۶
تاب آوری	پیش آزمون	۶۲/۴۶	۸/۸۳	۶۲/۷۳	۹/۱۴
	پس آزمون	۷۵/۰۶	۸/۵۵	۶۳/۷۳	۱۱/۸۸
	پیگیری	۷۵/۶۶	۱۰/۳۹	۶۲/۳۶	۱۱/۶۲

جدول ۳: آزمون چند متغیره برای بررسی آثار بین آزمودنی و درون آزمودنی (ناامیدی، آسایش ذهنی، تاب آوری)

اثر		مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معنی داری	مربع ایتم
بین آزمودنی	عرض از مبدا	اثر پیلایی	۰/۹۹۸	۳۷۳۷/۸۸۷	۳	۲۶	۰/۹۹
		لامبدای ویلکز	۰/۰۰۲	۳۷۳۷/۸۸۷	۳	۲۶	۰/۹۹
		اثر هوتلینگ	۴۳۱/۲۹۵	۳۷۳۷/۸۸۷	۳	۲۶	۰/۹۹
		بزرگترین ریشه روی	۴۳۱/۲۹۵	۳۷۳۷/۸۸۷	۳	۲۶	۰/۹۹
بین آزمودنی	گروه	اثر پیلایی	۰/۹۷۹	۳۹۹/۶۳۸	۳	۲۶	۰/۹۷
		لامبدای ویلکز	۰/۰۲۱	۳۹۹/۶۳۸	۳	۲۶	۰/۹۷
		اثر هوتلینگ	۴۶/۱۱۲	۳۹۹/۶۳۸	۳	۲۶	۰/۹۷
		بزرگترین ریشه روی	۴۶/۱۱۲	۳۹۹/۶۳۸	۳	۲۶	۰/۹۷
درون آزمودنی	عامل مکرر	اثر پیلایی	۰/۹۸۵	۲۴۸/۱۶۷	۶	۲۳	۰/۹۸
		لامبدای ویلکز	۰/۰۱۵	۲۴۸/۱۶۷	۶	۲۳	۰/۹۸
		اثر هوتلینگ	۶۴/۷۳۹	۲۴۸/۱۶۷	۶	۲۳	۰/۹۸
		بزرگترین ریشه روی	۶۴/۷۳۹	۲۴۸/۱۶۷	۶	۲۳	۰/۹۸
درون آزمودنی	کنش متقابل گروه و اندازه گیری مکرر	اثر پیلایی	۰/۹۸۲	۱۶۶/۴۱۵	۶	۲۳	۰/۹۷
		لامبدای ویلکز	۰/۰۱۸	۱۶۶/۴۱۵	۶	۲۳	۰/۹۷
		اثر هوتلینگ	۵۳/۰۸۴	۱۶۶/۴۱۵	۶	۲۳	۰/۹۷
		بزرگترین ریشه روی	۵۳/۰۸۴	۱۶۶/۴۱۵	۶	۲۳	۰/۹۷

آن چیزی که در تحلیل واریانس چند متغیره برای طرح اندازه گیری مکرر در تفسیر نتایج برای فرضیه پژوهش تحقیق اهمیت دارد بررسی اثر کنش متقابل گروه و اندازه گیری مکرر است. همانطور که در جدول ۳ مشخص است، اندازه همه آزمون های چند متغیره برای اثر کنش متقابل گروه و اندازه گیری مکرر از نظر آماری معنی دار است. در جدول ۳ مشاهده می شود که همه آزمون های آماری نشان دهنده معنی دار بودن کنش متقابل بین گروه و عامل مکرر برای ناامیدی، تاب اوری، اسایش ذهنی است. با توجه به میانگین نمرات این سه بعد در سه مرحله سنجش مشخص می شود که طرحواره درمانی به شیوه گروهی موجب کاهش نمرات ناامیدی و افزایش نمرات تاب اوری، اسایش ذهنی در گروه آزمایش در مراحل پس آزمون و تعقیبی نسبت به گروه کنترل می شود. این نتیجه نشان دهنده این است که بین عامل گروهی و عامل مکرر اندازه گیری ناامیدی، تاب اوری، اسایش ذهنی کنش متقابل وجود دارد. وجود کنش متقابل به این معنی است که

ترکیب خطی نمرات ناامیدی، تاب اوری، اسایش ذهنی در سه بار اندازه گیری (عامل مکرر) تحت تاثیر قرار گرفتن آن ها در گروه (آزمایش و کنترل) قرار دارد. به عبارت دیگر، نمرات ترکیب خطی ناامیدی، تاب اوری، اسایش ذهنی در گروه آزمایش در سه مرحله اندازه گیری تاثیر بیشتری نسبت به گروه کنترل می گیرد و این تاثیر از نظر آماری معنی دار است. با توجه به جدول ۴ مشخص است که بین گروه و وهله اندازه گیری در نمرات ناامیدی، تاب اوری، اسایش ذهنی عامل معنی داری وجود دارد. با توجه به نتایج آمار توصیفی مشخص است که بین دو گروه در نمرات پیش آزمون ناامیدی، تاب اوری، اسایش ذهنی تفاوت معنی داری وجود ندارد. ولی در مرحله پس آزمون بین دو گروه در ناامیدی، تاب اوری، اسایش ذهنی تفاوت معنی داری وجود دارد. در مرحله پیگیری نیز بین دو گروه در نمرات ناامیدی، تاب اوری، اسایش ذهنی تفاوت معنی داری وجود دارد. این امر حاکی از تاثیر گذاری طرحواره درمانی به شیوه گروهی بر متغیر های پژوهش می باشد.

جدول ۴: آزمون های مقایسه ای

منبع	مقیاس	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	سطح معنی داری	مربع ای
کنش متقابل بین گروه و عامل مکرر	ناامیدی	۸۶۴۱/۷۵۶	۲	۴۳۲۰/۸۷۸	۶۲۳/۹۸۹	۰/۰۰۱	۰/۹۵
		با فرض مفروضه کرویت					
		گرین هاوس- گیزر	۱/۶۳۵	۵۲۸۶/۷۴۳	۶۲۳/۹۸۹	۰/۰۰۱	۰/۹۵
		هیون-فلت	۱/۷۸۴	۴۸۴۳/۷۵۶	۶۲۳/۹۸۹	۰/۰۰۱	۰/۹۵
تاب اوری	تاب اوری	۸۶۴۱/۷۵۶	۱	۸۶۴۱/۷۵۶	۶۲۳/۹۸۹	۰/۰۰۱	۰/۹۵
		پایین ترین باند					
		با فرض مفروضه کرویت	۲	۳۸۷/۴۷۸	۳۰۳/۸۱۰	۰/۰۰۱	۰/۹۱
		گرین هاوس- گیزر	۱/۷۶۶	۴۳۸/۸۰۴	۳۰۳/۸۱۰	۰/۰۰۱	۰/۹۱
اسایش ذهنی	اسایش ذهنی	۷۷۴/۹۵۶	۱/۹۴۳	۳۹۸/۷۷۱	۳۰۳/۸۱۰	۰/۰۰۱	۰/۹۱
		هیون-فلت					
		پایین ترین باند	۱	۷۷۴/۹۵۶	۳۰۳/۸۱۰	۰/۰۰۱	۰/۹۱
		با فرض مفروضه کرویت	۲	۴۶۹/۳۰۰	۴/۳۱۶	۰/۰۱۸	۰/۱۳
اسایش ذهنی	اسایش ذهنی	۹۳۸/۶۰۰	۱/۷۷۴	۵۲۹/۲۲۶	۴/۳۱۶	۰/۰۲۲	۰/۱۳
		گرین هاوس- گیزر					
		هیون-فلت	۱/۹۵۲	۴۸۰/۷۲۸	۴/۳۱۶	۰/۰۱۹	۰/۱۳
		پایین ترین باند	۱	۹۳۸/۶۰۰	۴/۳۱۶	۰/۰۴۷	۰/۱۳

جدول ۵: آزمون تی مستقل برای مقایسه نمرات متغیرها در وهله های سنجشی بین گروه کنترل و آزمایش

متغیرها	T	درجه آزادی	سطح معنی داری
پیش آزمون آسایش ذهنی	۰/۲۹۶	۲۸	۰/۷۷
پیش آزمون تاب آوری	۰/۶۷۷	۲۸	۰/۵۰
پیش آزمون ناامیدی	۰/۰۸۱	۲۸	۰/۹۳
پس آزمون آسایش ذهنی	۱۳/۷۴	۲۸	۰/۰۰۱
پس آزمون تاب آوری	۵/۸۳۲	۲۸	۰/۰۰۱
پس آزمون ناامیدی	-۵/۸۶	۲۸	۰/۰۰۱
پیگیری آزمون آسایش ذهنی	۱۶/۶۸	۲۸	۰/۰۰۱
پیگیری آزمون تاب آوری	۲/۹۹	۲۸	۰/۰۰۱
پیگیری آزمون ناامیدی	-۳/۵۷	۲۸	۰/۰۰۱

با توجه به جدول ۵ مشخص است که نمرات ناامیدی کاهش محسوس در مرحله پس آزمون و پیگیری نسبت به گروه کنترل پیدا می کند و نیز مشخص است که نمرات تاب آوری روند افزایشی در مرحله پس آزمون و پیگیری نسبت به گروه کنترل پیدا می کند. همچنین مشخص است که نمرات آسایش ذهنی روند افزایشی در مرحله پس آزمون و پیگیری نسبت به گروه کنترل پیدا می کند.

بحث

هدف مطالعه حاضر بررسی تأثیر طرحواره درمانی به شیوه گروهی بر برتاب آوری، ناامیدی و آسایش ذهنی در بیماران مبتلا به درد مزمن در شهر همدان بود. نتایج بیانگر تأثیر مثبت و معنادار طرحواره درمانی به شیوه گروهی بر برتاب آوری، ناامیدی و آسایش ذهنی در بیماران مبتلا به درد مزمن می باشد. با توجه به مدت زمان مرحله پیگیری نیز می توان گفت طرحواره درمانی به شیوه گروهی بر متغیرها دارای ماندگاری اثر می باشد. یافته های پژوهش حاضر از حیث اثربخشی طرحواره درمانی به شیوه گروهی با یافته های کمال، شهبابی زاده و آهی^(۲۳)، مقتدر و حلاج^(۲۴)، و لاهی و لیم^(۲۵) و لی^(۲۶) همسو است. در تبیین نتایج بدست آمده می توان گفت

درد مزمن یکی از معضلات بهداشت عمومی است که نه تنها به خاطر شدت درد بلکه به دلیل اثرات دوگانه بر سلامت روانی، کیفیت زندگی و سازگاری فرد با محیط اطراف، بار روانی بالایی ایجاد می کند. ناامیدی، کاهش تاب آوری و احساس آسایش ذهنی پایین از پیامدهای رایج درد مزمن هستند که می توانند چرخه ای از افزایش درد، اختلال خواب، اضطراب و افسردگی را تقویت کند. درمان های روان درمانی مانند طرحواره درمانی، به ویژه به صورت گروهی، امکان ترکیب مداخلات شناختی- رفتاری با بازنمایی های عمیق تر طرحواره های ناکارآمد فردی را فراهم می کند و از طریق بازپروری الگوهای ناسازگار، تنظیم هیجان، و تقویت حمایت اجتماعی در گروه، می تواند به بهبود تاب آوری و آسایش ذهنی کمک کند. طرحواره درمانی با هدف تغییر طرحواره های بنیادین ناسازگار مانند بی ارزشی، نالایمن بودن، قطعیت ناپذیری است که در طول زندگی فرد شکل می گیرد و با درد مزمن تشدید می شود^(۲۷). در چارچوب گروهی، فرصت های هم تایی و همیاری بین شرکت کنندگان، حس حمایتی اجتماعی را تقویت می کند که به طور مستقیم به افزایش تاب آوری و کاهش ناامیدی منجر می شود. شرکت کنندگان با بازنمایی های عاطفی و فکری شان در فضای امن گروهی، بازنمایی های ناسازگار را به چالش می کشند و

استراتژی‌های مقابله مؤثرتری می‌آموزند، از جمله پذیرش درد، تنظیم هیجان و بازتعریف معنی زندگی بدون نقض ارزش‌های فردی. هدف طرحواره‌درمانی گروهی، بازتعریف این طرحواره‌ها با استفاده از تجربه‌های موفق گروهی، بازخورد هم‌گروهی و تمرین‌های رفتاری-احساسی است^(۲۸). در قالب گروه، شرکت کنندگان می‌آموزند که خطاهای شناختی را تشخیص دهند، با هم‌افزایی، به جای انزوای فردی، حمایت اجتماعی دریافت کنند. تجربه پذیرش بدون نقض ارزش‌های فردی را کسب کنند. عضویت در گروه منجر به احساس تعلق، همدلی و تقویت هویت اجتماعی می‌شود که می‌تواند منبع حمایتی برای مدیریت درد باشد. این حمایت به کاهش پاسخ‌های استرسی محور درد و افزایش تاب‌آوری منجر می‌شود. مشاهده نحوه مقابله‌آموزی از هم‌گروهی‌ها، به ویژه کسانی که بهبود قابل توجهی نشان داده‌اند، باعث تقویت باورهای کارآمدی می‌شود. بازخورد سازنده از اعضای گروه، به ویژه در مواجهه با موقعیت‌های دردناک، به تثبیت رفتارهای کارآمد و کاهش الگوهای ناکارآمد کمک می‌کند. طرحواره‌درمانی گروهی با ارائه مهارت‌های تنظیم هیجان مثلاً پذیرش، تنفس آرام‌بخش، بازتعریف درد به افراد امکان می‌دهد تا واکنش‌های فیزیولوژیک-احساسی به درد را به سمت پاسخ‌های کمتر تهاجمی هدایت کنند. گروه با تمرین‌های معناگرا و هدفمندسازی مجدد فعالیت‌ها به افراد کمک می‌کند تا درد را در چارچوب هدف‌های فردی جای دهند، که این امر تاب‌آوری را افزایش می‌دهد. تجربه حضور مداوم در گروه، به تقویت منابع داخلی مانند اعتماد به نفس و کنترل روانی همراه با ایجاد شبکه تماس و حمایت بیرونی منجر می‌شود. با افزایش خودکارآمدی و توانایی مدیریت بازخوردهای درد، افراد احساس کنترل بیشتری بر زندگی روزمره پیدا می‌کنند که به آسایش ذهنی می‌انجام^(۲۹).

افزایش ظرفیت مقابله و سازگاری با درد منجر به کاهش کشش روانی و افزایش آسایش ذهنی می‌شود.

بهبود مهارت‌های مقابله و پذیرش باعث کاهش احساس بی‌گامی و ناامیدی در مواجهه با درد می‌شود. بهبود تاب‌آوری در نتیجه تشکیل شبکه حمایت اجتماعی، کاهش دغدغه‌های دست‌نیافتنی و دسترسی به راهبردهای مقابله است. همچنین، آسایش ذهنی با کاهش شک و تردید نسبت به توانایی‌های فرد برای کنترل درد و زندگی روزمره همراه است. ناامیدی ناشی از احساس بی‌کارآمدی در مقابله با درد مزمن تقلیل می‌یابد هنگامی که افراد به تجربه‌های موفق گروهی یا تمرین‌های طرحواره‌درمانی دست می‌یابند، به ویژه وقتی بازنمایی‌های بنیادین مثلاً بی‌ارزشی یا نایمن بودن، به چالش کشیده و بازنمایی‌های سازگارتر جایگزین می‌شوند^(۳۰).

بازتعریف هدف‌های کوتاه‌مدت و دست‌یافتنی در چارچوب گروهی، و ارائه بازخوردهای حمایتی از سوی اعضای گروه، به کاهش فاصله بین انتظار و واقعیت کمک می‌کند و ناامیدی را کم می‌کند. تغییرات در طرحواره‌ها می‌تواند بهبود پیوستگی با درد، کاهش نگرانی‌های مربوط به درد و بهبود کیفیت خواب را همسو کند. این تغییرات به‌طور غیرمستقیم با افزایش تاب‌آوری و آسایش ذهنی و کاهش ناامیدی همراه است. در نتیجه، مداخله گروهی می‌تواند تأثیر چندبعدی و پایدارتری نسبت به مداخلات فردی داشته باشد. عواملی مانند جنسیت، مدت درد، سطح تحصیل، و حمایت اجتماعی خارج از گروه می‌تواند بر میزان اثر مداخله تأثیر بگذارد. همچنین طراحی گروهی باید اندازه گروه مناسب، مدت جلسات کافی و فازهای پایدارسازی برای تثبیت یادگیری‌ها را در بر بگیرد تا اثرات به‌طور پایدار ظاهر شوند. هر پژوهشی در بستر خود دارای محدودیت‌هایی می‌باشد که پژوهش حاضر نیز از این امر مستثنی نمی‌باشد. از آنجایی که این پژوهش فقط در مورد بیماران مبتلا به دردمزمن در رده سنی ۲۰ تا ۴۰ سال شهر همدان، انجام گرفته بنابراین باید با احتیاط به سایر گروه‌ها با دامنه‌های سنی متفاوت و مناطق دیگر تعمیم داده شود. بنابراین پیشنهاد

به عنوان یک گزینه کارآمد و قابل اجرا در درمان‌های ترکیبی درد مزمن در نظر گرفته شود.

منابع مالی

پژوهش حاضر فاقد حمایت مالی می‌باشد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان صمیمانه از کلیه شرکت‌کنندگان در پژوهش تشکر و قدردانی می‌کنند. ملاحظات اخلاقی پژوهش شامل دریافت رضایت‌نامه آگاهانه، اطمینان به محرمانه بودن اطلاعات، بیان اصل رازداری و آزاد بودن آزمودنی‌ها جهت شرکت در پژوهش بود و در پایان نیز شرکت‌کنندگان از نتیجه پژوهش مطلع شدند. لازم به ذکر است این پژوهش دارای کد اخلاق به شماره IR.IAU.HRMZN.REC.1404.063 از دانشگاه آزاد

اسلامی می‌باشد.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام کردند که این مقاله هیچگونه تعارض منافع ندارد.

References

1. 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(9): 1927-1930.
2. Hooten WM. Chronic Pain and Mental Health Disorders: Shared Neural Mechanisms, Epidemiology, and Treatment. *Mayo Clin Proc* 2016; 91(7): 955-970.
3. Sommer C, Rittner H. Pain research in 2023: towards understanding chronic pain. *Lancet Neurol* 2024; 23(1): 27-28.
4. Pandelani FF, Nnanile Nyalunga SL, Pandelani T. Chronic pain: The prevalence of chronic pain in patients attending Soshanguve Community Health Centre. *Canadian Journal of Pain* 2023; 1-22.
5. Farsham A and Shamsian M. (2022). The effectiveness of emotional schema therapy on anxiety levels, cognitive emotion regulation, and coping strategies in cancer patients, single participant study, 27(1), 10-50. [In Persian]
6. Bayani A A, Goodarzi H, Kouchaki A. (2008). The relationship between dimensions of mental well-being and general health in students of Islamic Azad University, Azad Shahr Branch, Knowledge and Research in Psychology, Islamic Azad University, Khorasgan Branch (Isfahan), 35-36- 153-164. [In Persian]

7. Bayani A. (2008) . Validity and reliability of the Riff Mental Well-being Scale Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology, Year 14, Issue 2. [In Persian]
8. Taheri M ,Yariari F, Sarami G and Adib Manesh M .(2017). The relationship between identity styles, happiness and mental well-being in students of Science and Research in Applied Psychology, 14(51), 72-82. [In Persian]
9. Zarean Z, Nazari F, Hezir Z and Alvandi P. (2018). Comparing the level of resilience in parents of normal children and parents of children with autism and examining the effectiveness of parenting education in improving resilience National Conference and Festival of Children with Special Needs. [In Persian]
10. Tanna V. Cunningham SJ, Simon P, Spunt SL, Schapira L, Simons LE, & Heathcote LC. (2021). Pain and intolerance of uncertainty among adolescent and young adult cancer survivors. The Journal of Pain, 22(5)- 611.
11. Tucker RP, Hagan CR, Hill RM, Sligh ML, Bagge CL, Joiner Jr TE, et al. (2018). Empirical extension of the interpersonal theory of suicide: Investigating the role of interpersonal hopelessness. Psychiatry Res; 259: 427-32.
12. Ungar M, Theron L. (2020). Resilience and mental health: how multisystemic processes contribute to positive outcomes. The Lancet Psychiatry. 7(5):441-8.
13. Goodarzi M A. (2002). Investigating the validity and reliability of the Despair Scale One in a group of Shiraz University students Journal of Social and Human Sciences, Shiraz University, 18(2), 26-39. [In Persian]
14. Van Solinge, H, & Henkens, K. (2018). Subjective life expectancy and actual mortality: results of a 10-year panel study among older workers. European Journal of Ageing, 15,155-164.
15. Rizzo, Lawrence P. Nobet, Peter Lee, Dorstein, Don, Jay Young, Jeffrey (2012) Cognitive Schemas and Core Beliefs in Psychological Problems: A Practical Guide for Professionals and Therapists Translated by Reza Moludi, Sima Ahmadi, Ladan Fati, Tehran, Arjmand Publishing Year of Publication of the Work in the Original Language (2012).
16. Seif Hosseini A, Asadi Javanshir Sanagoo A and Khajovand Khoshli A. (2019). Comparison of the effectiveness of schema therapy based on group therapy and mindfulness-based stress reduction program on the resilience of mothers of children with cancer Journal of the Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences. 62 (4).411-420. [In Persian]
17. Connor KM, Davidson JR. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*; 18 (2): 76-82.
18. Asadi S and Jafari Roshan M. (2014). Validity and reliability of the Kather-Davidson scale in Iranian students International Conference on Behavioral Sciences and Social Studies. [In Persian]
19. Haq Ranjbar F, Kakavand A, Borjali A and Barman H. (2011) .Resilience and quality of life of mothers with mentally retarded children, 1(1), 180-189. [In Persian]
20. Beck, A. T. Weissman, A. Lester, D. & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *Journal of consulting and clinical psychology*, 42(6). 861.
21. Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Exploration on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
22. Kord Mirza Nikozadeh E, Pir Hayati N, Agah H, Mojgan Najimi A. (1402). The effect of group schema therapy on early maladaptive schemas and occupational burnout of schema

- therapists. Quarterly Scientific Journal of Occupational Psychology, (112). [In Persian]
23. Kamal A, Al-Sadat Shahabizadeh F and Ahi G. (1401). The combined effectiveness of dialectical behavior therapy and schema therapy on emotion regulation and anxiety reduction. Faiz Journal of Medical Sciences 26 (5), 548-559.
 24. Moqtaddar L, Hallaj L. (2018). Comparison of early maladaptive schemas of emotional alexithymia and happiness in women with and without marital conflicts Clinical Journal of Nursing and Midwifery, 7(2), 145-138. [In Persian]
 25. Lim, D., & Lee, Y. (2020). The effect of schema therapy on self-care, depression, and anxiety in patients with chronic pain. Pain Management Nursing, 21(3), 203-211.
 26. Leahy, R. L (2019). Introduction: Emotional schemas and emotional schema therapy. International Journal of Cognitive Therapy, 12(1), 1-4.
 27. Leahy, R. L. (2022). Emotional schemas. Cognitive and Behavioral Practice, 29(3), 575-580.
 28. Totsika, V., Liew, A., Absoud, M., Adnams, C., & Emerson, E. (2022). Mental health problems in children with intellectual disability. The Lancet Child & Adolescent Health. 6(6), 432-444.
 29. Catabay CJ, Stockman JK, Campbell JC, Tsuyuki K. (2019). Perceived stress and mental health: The mediating roles of social support and resilience among black women exposed to sexual violence. J Affect Disord. 259:143-9.
 30. Leustek, J., & Theiss, J. (2017): Family communication patterns that predict perceptions of upheaval and psychological well-being for emerging adult children following late-life divorce, Journal of Family Studies, 52 (23): 1-20.