

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۹، شماره ۴، زمستان ۱۳۹۷

اثربخشی روان‌درمانی مثبت بر انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی و خودکارآمدی درد زنان مبتلا به درد مزمن



ندا قاسمی^۱، میترا گودرزی^۱، فضل‌الله میردریکوند^{۲*}، سیمین غلامرضایی^۳

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران
۲. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران
۳. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران
۴. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۷/۲۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۶/۰۶

چکیده

زمینه و هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی روان‌درمانی مثبت بر خودکارآمدی درد و انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی درد زنان مبتلا به درد مزمن بود.

مواد و روش‌ها: طرح پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به درد مزمن شهر اصفهان بود. حجم نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر از زنان مبتلا به درد مزمن بودند که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به شیوه تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. گروه آزمایش تحت مداخله آموزشی درمان مثبت‌نگر ۶ جلسه‌ای به شیوه جلسات هفتگی یک‌ساعته قرار گرفت و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزار گردآوری داده‌ها مقیاس‌های خودکارآمدی درد (PIPS) (نیکولاس، ۱۹۸۹) و انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی درد (PSEQ) (ویکسل و همکاران، ۲۰۱۰) بودند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که بین نمرات خودکارآمدی درد و ابعاد انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی درد گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد. افراد گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون نمرات بیشتری در میزان خودکارآمدی درد و نمرات کمتری در ابعاد انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی کسب کردند.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌ها می‌توان گفت درمان روان‌شناسی مثبت عامل تأثیرگذار مهمی بر بهبود خودکارآمدی و انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی درد در افراد مبتلا به درد مزمن است.

کلیدواژه‌ها: روان‌درمانی مثبت، انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی درد، خودکارآمدی درد، درد مزمن

مقدمه

باشد^(۱). درد مزمن اغلب در توانایی شخص برای انجام فعالیت‌های گوناگون زندگی تداخل ایجاد می‌کند. بر طبق بررسی‌های انجام‌شده توسط انجمن جهانی مطالعه درد^(۲) بین ۳۳ تا ۵۰ درصد از مبتلایان به درد مزمن، برای انجام

درد مزمن به‌عنوان رنجی فراگیر و مشکلی چالش‌انگیز برای سلامتی؛ دردی است غیرسرطانی که طی شش‌ماه گذشته، دست‌کم به مدت سه ماه، هر روز ادامه داشته

نویسنده مسئول: فضل‌الله میردریکوند، دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران: نویسنده مسئول

پست الکترونیک: mirfazlolah@yahoo.com

فعالیت‌های معمول روزانه کم‌توان یا ناتوان می‌شوند^(۳). پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهند که بیش از ۱/۵ میلیارد نفر در سراسر جهان از درد مزمن رنج می‌برند و شیوع آن رو به افزایش است. پژوهش‌های انجام شده در ایران، شیوع درد مزمن مستمر را در جمعیت عمومی بزرگسال (۱۸ تا ۶۵ سال)، از ۹ تا ۲۱ درصد^(۴،۵) گزارش کرده است. محمدزاده و هم‌کاران^(۶) شیوع درد مزمن را در شهر تهران ۲۵/۵ درصد گزارش کرده‌اند. درد که فرایند مهمی در شناسایی آسیب یا بیماری است و توجه را به قسمتی از بدن که نیاز به مراقبت فوری دارد، جلب می‌کند، زمانی که از حالت حاد به یک وضعیت مزمن پیشرفت می‌کند، مفید بودن خود را از دست می‌دهد و با پیامدهای منفی مانند افسردگی، ناتوانی در عملکرد^(۷) و مشکلات سلامتی همراه می‌شود. درمان‌های دارویی و غیر دارویی سنتی اغلب بر کاهش و حذف درد تأکید دارند و دیده شده برخلاف استفاده وسیع از مداخلات دارویی به‌ویژه ضد دردها و روان‌درمانی‌های مقابله‌ای درد مثل آرام‌سازی، کنترل و رهایی از درد به‌طور کامل موفقیت‌آمیز نیست و افراد مبتلا به درد مزمن همچنان به دنبال راهکارهای درمانی کاهش درد هستند^(۸).

نشانگان درد مزمن مشکل شایعی است که به علت ماهیت پیچیده، سبب‌شناسی مبهم و پاسخ ضعیف به درمان، چالش‌های عظیمی را برای درمانگران ایجاد می‌کند^(۹). نقش عوامل روان‌شناختی در شکل‌گیری و تداوم درد مزمن و ناتوانی ناشی از آن، بیانگر ضرورت انجام پژوهش در زمینه عوامل روان‌شناختی درد مزمن است؛ چراکه بر اساس نظر لپنتون در ناتوانی‌های ناشی از درد، متغیرهای روان‌شناختی معمولاً مؤثرتر از عوامل زیست‌پزشکی یا زیست‌شیمیایی‌اند و موجب تغییر از حالت درد حاد به مزمن می‌شوند^(۱۰).

در سال‌های اخیر رویکرد روانشناسی مثبت‌گرا در حوزه‌های مختلف روانشناسی از جمله روانشناسی سلامت اهمیت ویژه‌ای پیدا کرده است، به‌طوری‌که هرروز بر شمار پژوهش‌های مرتبط با این موضوع افزوده می‌شود. در روانشناسی مثبت‌گرا روی استعداد و توانمندی انسان

به‌جای ناهنجاری و اختلال تأکید می‌شود؛ بنابراین عواملی که نیازهای انسان را هدف قرار می‌دهند، موضوعات کلیدی در رویکرد مثبت‌گرا است^(۱۱). یکی از این موضوعات، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است که به میزان تجربه‌پذیری فرد در مقابل تجارب درونی و بیرونی گفته می‌شود. این ویژگی شخصیتی، در افراد مختلف به درجات مختلف مشاهده می‌گردد و نوع واکنش افراد را در مقابل تجارب جدید معین می‌کند. اشخاص انعطاف‌پذیر، هم درباره‌ی دنیای درونی و هم درباره‌ی دنیای بیرونی، کنجکاو هستند و زندگی آن‌ها از لحاظ تجربه غنی است، چون تجارب جدید را می‌پسندد و خواهان تجربه‌ی آن هستند. آن‌ها نه‌تنها از مواجهه با تجارب درونی و بیرونی اجتناب نمی‌کنند، بلکه حتی گاهی خود به دنبال تجارب می‌روند و سعی می‌کنند انواع مختلفی از تجربیات جدید را داشته باشند^(۱۲). اهمیت این سازه به حدی است که در مدل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بهبود عملکرد و کیفیت زندگی را با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی جستجو می‌کند. در مطالعه‌ای در یک تکلیف القای درد فیزیکی با سرد شدن، افرادی که انعطاف‌پذیری بالاتری داشتند، تحمل‌پذیری، تحمل درد و میزان بهبودی بالاتری نشان دادند^(۱۳). نقطه مقابل آن انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی است که ناتوانی در تطابق و سازگاری با تغییرات زندگی تعریف می‌شود^(۱۴). ناتوانی برای عمل کردن به‌طور مؤثر در راستای ارزش‌های زندگی در حضور افکار و احساسات منفی و علائم جسمی به مفهوم انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی اشاره دارد^(۱۵). پژوهش‌ها نقش انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی را در انواع گوناگون مشکلات روان‌شناختی^(۱۵) از جمله اضطراب و افسردگی، شرایط سلامتی و اختلال عملکرد حمایت کرده‌اند^(۱۶)؛ همچنین انعطاف‌پذیری روان‌شناختی سازه‌ای مهم درمانی در بهبود عملکرد و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به درد مزمن نیز هست^(۱۸). بعلاوه، مطالعات اخیر مشارکت ویژه انعطاف‌پذیری و نقطه مقابل آن انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی را در پیش‌بینی پیامدهای مربوط به درد

درد می‌تواند به بهبود مشکلات درد مزمن بیانجامد^(۳۱). در منابع پژوهشی مربوط به درد مزمن، سازه روان‌شناختی خودکارآمدی درد، نقش مهمی در فرآیند تبدیل درد حاد به درد مزمن و استمرار درد دارد^(۳۲). خودکارآمدی به‌عنوان یک عامل شناختی مهم، نقش برجسته‌ای در کاهش و کنترل درد، کارکردهای روان‌شناختی انطباقی و سازگاری با درد مزمن ایفا می‌کند^(۳۳). شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که احساس خودکارآمدی درد بالا از طریق افزایش سطح عملکرد اجتماعی و شغلی و افزایش سطح فعالیت‌های لذت‌بخش و مفید از احساس ناامیدی بیماران مبتلابه درد مزمن می‌کاهد^(۳۴).

احساس خودکارآمدی به‌مثابه یک عامل شناختی مهم در کنترل درد، در عملکردهای روان‌شناختی انطباقی، ناتوانی، آسیب‌دیدگی و برآیند درمان عمل می‌کند. همچنین خودکارآمدی به‌طور معنادار در رفتارهای سلامت‌سهم است و عامل پیش‌بین معنادار در رفتار خود مدیریتی بیماری محسوب گردیده، افراد دارای خودکارآمدی بالا بهتر به خود مدیریتی بیماری مبادرت می‌ورزند^(۳۵). همچنین خودکارآمدی در افراد مبتلابه درد مزمن با راهبردهای مقابل‌های با درد همچون پشتکار و انجام وظایف، ورزش کردن و گفتگوی مثبت با خود ارتباط مستقیم و معناداری دارد^(۳۶).

از آنجاکه بیماران مبتلابه درد مزمن اغلب دچار ناراحتی‌ها و آشفتگی‌های هیجانی هستند، درمان روان‌شناختی این افراد باید شامل راهبردهایی جهت بهبود خلق و بهزیستی روان‌شناختی آنان باشد^(۳۷). یکی از مداخلات مؤثر و کارآمد که اخیراً در حوزه درمان روان‌شناختی درد مزمن مورد توجه قرار گرفته است، درمان مثبت‌نگر رشید و سلیگمن (۲۰۱۳) می‌باشد^(۳۸) که برای ارتقاء بهزیستی، رضایت از زندگی، شادکامی و سلامت روان تدوین و مورد استفاده قرار گرفته است. این محققان با استفاده از نتایج پژوهش‌های انجام‌شده در حوزه روانشناسی مثبت‌نگر و جمع‌بندی آن به‌عنوان تاریخچه برنامه مثبت‌نگر، سه مؤلفه‌ی شادکامی شامل هیجان‌های مثبت، تعهد

همچون افسردگی، اضطراب، شدت درد، ناتوانی جسمی و روانی^(۳۹)، کیفیت خواب^(۴۰)، کیفیت زندگی^(۴۱) و رضایت زندگی^(۴۲) در بیماران مبتلابه درد مزمن را نشان داده‌اند. یافته‌های پژوهش آفایوسفی و همکاران^(۸) نشان داد که انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی رابطه معکوس با تاب‌آوری بیماران مبتلابه درد مزمن دارد.

از دیگر مؤلفه‌های مرتبط با روان‌شناسی مثبت که اخیراً مورد توجه قرار گرفته است، سازه‌های خودکارآمدی است. عامل خودکارآمدی نیز می‌تواند پیش‌بینی‌کننده معناداری برای رفتار خود مدیریتی در بیماران مبتلابه درد محسوب گردد^(۴۳). از نظر بندورا خودکارآمدی یک سازه محوری نظریه شناخت اجتماعی است که در زمینه رفتارهای سامت به‌عنوان باور فرد نسبت به توانایی خود در سازمان‌دهی موفقیت‌آمیز، توانایی کنترل بر عادات سلامت، انجام و دست‌یابی به پیامدهای ارزشمند سلامت در موقعیت‌ها و زمینه‌های مختلف تعریف شده است^(۴۴). اهمیت باورهای خودکارآمدی در مطالعه درد به این جهت است که این سازه تعیین می‌کند فرد در مواجهه با مشکلات و تجربیات آزاردهنده چه مقدار تلاش خواهد کرد و تا چه وقت از خود پایداری نشان می‌دهد^(۴۵). تحقیقات نشان می‌دهد که باورهای خودکارآمدی توانسته است بسیاری از رفتارهای خاص و توجیه درد را در میان مبتلایان به درد مزمن تبیین کند^(۴۶). ولز فدرمن، آرنستین و کادیل^(۴۷) در تحقیق خود بر روی بیماران مبتلابه درد مزمن نشان دادند که افزایش خودکارآمدی با کاهش درماندگی هیجانی و ناتوانی در برابر درد رابطه دارد. بر اساس بررسی‌های دورکین و بریت بارت^(۴۸) و مطابق با نظریه شناختی اجتماعی، افرادی که دارای سطوح بالای خودکارآمدی درد می‌باشند بیشتر می‌توانند منابع مطلوب را برای کاهش درد و ناراحتی و در نتیجه کنترل دردشان به‌کار گیرند.

این اعتقاد وجود دارد که خودکارآمدی درد، می‌تواند پیامدهای سلامتی را برای افراد مبتلابه بیماری مزمن میانجی‌گری نماید^(۴۹) افزایش خودکارآمدی بیمار و مدیریت

هیجان مثبت، افکار مثبت، رفتارهای مثبت و ارضاء نیازهای اساسی افراد مثل خودمختاری، عشق و تعلق خاطر و ارتباط باعث کاهش افسردگی، افزایش شادکامی و احساس بهزیستی روان‌شناختی در افراد می‌شوند. نتایج حاصل از مطالعه فلینک و همکاران^(۳۵) نشان می‌دهد که مداخلات روان‌شناختی مثبت ممکن است برای برخی از بیماران درد مزمن مفید باشد. اگرچه انتظار نمی‌رود که مداخلات روان‌شناختی محدود مثبت به‌تنهایی برای درمان اختلالات مرتبط با درد در بیماران مزمن کافی باشد، یافته‌های آن‌ها نشان می‌دهد که برای بعضی از این بیماران ممکن است یک مکمل سودمند برای افزایش اثرات سایر مداخلات باشد. پیترز و همکاران^(۴۴) در مطالعه‌ای اثربخشی روان‌درمانی مثبت را سودمندی بالینی و مدیریت درد مزمن و همچنین در افزایش شادکامی و کاهش افسردگی مبتلایان به درد مزمن نشان دادند. با توجه به آنچه ذکر آن رفت و با توجه به نتایج مطالعات خارج از کشور در زمینه اثربخشی آموزه‌های روان‌درمانی مثبت نگر در افزایش میزان مؤلفه‌های روان‌شناسی مثبت و همچنین مدیریت درد در بیماران مبتلابه درد مزمن و با توجه به اینکه تاکنون کمتر پژوهشی به بررسی اثربخشی روان‌درمانی مثبت در بیماران درد مزمن پرداخته است، همچنین با توجه به نقش مؤثر مؤلفه‌های خودکارآمدی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در فرایند مقابله و مدیریت درد و نیز اهمیت و ضرورت اجرای برنامه‌های مداخله‌ای و آموزشی به‌منظور تأمین و ارتقای بهداشت روانی این بیماران و تجهیز آنان به منابع روان‌شناختی مؤثر در مواجهه با فشارهای روانی و جسمانی حاصل از درد، این پژوهش باهدف بررسی اثربخشی روان‌درمانی مثبت بر خودکارآمدی درد و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی درد در زنان مبتلا به درد مزمن انجام شد.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش نیمه تجربی همراه با گمارش تصادفی و گروه کنترل و نیز پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. جامعه

و معنا، را به‌عنوان اساس برنامه‌ای درمانی-آموزشی قرار داده‌اند. رشید و سلیگمن (۲۰۱۳) معتقدند دنبال کردن لذت، تعهد و معنا در زندگی به ایجاد و تقویت شادکامی می‌انجامد. اخیراً نقش مؤلفه‌های مثبت از قبیل عاطفه مثبت، تاب‌آوری و ... در درد مزمن موردتوجه پژوهشگران قرار گرفته است^(۳۶، ۳۷).

روانشناسی مثبت نگر بیشتر به موضوع ایجاد و افزایش شادکامی و خوشنودی از زندگی، افزایش توانمندی‌ها، استعدادها و ایجاد یک زندگی بهتر برای افراد می‌پردازد^(۳۸).

زمینه‌های روانشناسی مثبت نگر مطابق با نظریه سلیگمن بر سه موضوع متمرکز است: ۱- سطح ذهنی؛ مربوط به تجارب ذهنی مثبت. از قبیل بهزیستی و رضایت (گذشته)؛ غرگی، لذت‌های جسمانی و شادی (حال) و خوش‌بینی، امید (آینده) است. ۲- در سطح فردی؛ مربوط به صفات مثبت شخصی از قبیل ظرفیت عشق و کار، شجاعت، مهارت‌های بین فردی، درک زیبایی و پشتکار است. ۳- در سطح گروهی؛ مربوط به فضیلت‌های مدنی و سازمان‌هایی است که افراد را به‌سوی شهروندی بهتر سوق می‌دهد. مانند مسئولیت، نوع‌دوستی، اعتدال، صبر و اخلاق گروهی. در برنامه روان‌درمانی مثبت نگر یکی از مهم‌ترین اهداف، کمک به ارتقاء و افزایش میزان رضایت از زندگی، شادکامی و بهزیستی افراد است. بر اساس این رویکرد، افزایش توانمندی‌ها، هیجان‌های مثبت، تعهد و معنا هم زندگی را شادتر و غنی‌تر می‌سازد و هم باعث کاسته شدن از مشکلات هیجانی می‌شود. درواقع رسیدن به بهزیستی، رضایت از زندگی و شادکامی از اهداف غایی روانشناسی مثبت نگر می‌باشد^(۳۸).

پژوهش‌های انجام‌شده پیرامون برنامه روان‌درمانی مثبت نگر، اثربخشی این برنامه را در تقویت میزان شادکامی، رضایت از زندگی و کاهش علائم افسردگی؛ ارتقاء بهزیستی روان‌شناختی، خوش‌بینی، شادکامی و رضایت از زندگی^(۳۹-۴۲) نشان داده‌اند. لیوبومرسکی و لائوس^(۴۳) معتقدند که مداخله‌های مثبت‌گرا از طریق افزایش

و قبل از اجرای جلسات درمان آزمودنی‌های هر دو گروه از طریق پرسشنامه‌های خودکارآمدی درد (نیکولاس، ۱۹۸۹) و انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی درد (ویکسل و همکاران، ۲۰۱۰) مورد ارزیابی قرار گرفتند. سپس گروه آزمایش تحت آموزش ۶ جلسه‌ای روان‌درمانی مثبت بر اساس جلسات هفتگی ۱ ساعته قرار گرفت و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از پایان جلسات درمان آزمودنی‌های هر دو گروه مجدداً با ابزارهای پژوهش مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌های حاصل از پژوهش با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS ویراست ۲۲ و روش آماری تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. خلاصه اهداف و محتوای جلسات روان‌درمانی مثبت در زیر آمده است.

آماری شامل کلیه زنان مبتلابه درد مزمن شهر اصفهان بودند. حجم نمونه شامل ۳۰ نفر از زنان مبتلابه درد مزمن بودند که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده و به‌طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به گروه‌ها عبارت بودند از: جنسیت زن، ابتلا به اختلال درد مزمن، عدم ابتلا به اختلال‌های جسمانی و روانی شدید و عدم دریافت هرگونه مداخله روان‌شناختی دیگر حین انجام پژوهش. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز عبارت بودند از: نقض هرکدام از ملاک‌های ورود به پژوهش، شرکت نکردن در دو یا بیشتر از دو جلسه از جلسات درمان و نقض در تکمیل پرسش‌نامه‌ها. پس از انتخاب و گمارش آزمودنی‌ها

جدول ۱. شرح جلسات درمانی روان‌درمانی مثبت رشید و سلیگمن (۲۰۱۳) (اقتباس از خانجانی، ۱۳۹۶)

هدف از این جلسه معرفی افراد به یکدیگر، بیان کلی قواعد کارگروهی، محرمانگی جلسات، تأکید بر انجام تکالیف منزل بود. علاوه بر این توضیح کلی در مورد برنامه داده شد. همچنین مسائل مطروحه در ارتباط با فقدان و یا کمبود منابع مثبت از قبیل هیجانات مثبت، تعهد، ارتباطات مثبت، معنا و توانمندی‌های منشی در بروز هیجانات منفی و تأثیر آن بر فرایند درد مورد بحث قرار گرفت. آشنایی مقدماتی با مفاهیم و سازه‌های پژوهش. تکلیف منزل: نوشتن یک داستان مثبت در مورد خود	جلسه اول	معارفه و تشریح برنامه مثبت نگر
هدف: افراد به تعیین توانمندی‌های منشی با استفاده از پرسشنامه VIA خود و از جمله توانمندی‌های مطرح شده در معرفی مثبت‌نگر خود پرداختند. توانمندی منشی به منظور ایجاد و تقویت تعهد و غرقه گی مورد بحث قرار گرفت. نحوی به کارگیری نقاط قوت شاخص به بحث گذاشته شد. تکلیف منزل: تهیه یک دفترچه و نوشتن سه رویداد مثبت زندگی.	جلسه دوم	تقویت نقاط قوت و شناسایی احساسات و عواطف مثبت
هدف: آشنایی افراد با ماهیت عفو و گذشت. به آزمودنی‌ها آموزش داده شد تا در حد یک الی دو صفحه به بیان این پردازند که دوست دارند دیگران آن‌ها را به خاطر کدام ویژگی مثبت‌شان به خاطر بسپارند. در قالب یک پیام نکوداشت یا بزرگداشت در پایان عمر تکلیف منزل: نگارش یک نامه اعلام گذشت و بخشش	جلسه سوم	گذشت و بخشش و میراث شخصی
هدف: تأکید بر خاطرات خوب و قدرشناسی به عنوان شکلی پایدار از سپاسگزاری مورد بحث قرار گرفت. نقش خاطرات خوب و بد، با تمرکز و تأکید بر قدرشناسی مورد بحث قرار گرفت. افراد پس از تأمل، نخستین پیشنهاد یک نامه قدرشناسی را خطاب به کسی که هرگز آن گونه که باید و شاید از وی قدردانی نکرده‌اند نوشتند. تکلیف منزل: نگارش یک نامه قدرشناسی و سپاسگزاری و تقدیم آن به شخص مورد نظر	جلسه چهارم	سپاسگزاری و قدرشناسی
هدف: شتاب در بهره‌گیری از لذات به عنوان تهدیدی احتمالی برای لذت تدریجی مطرح می‌شود و راه مقابله با آن نیز آموزش داده شد. افراد در تمرین‌هایی در ارتباط با التذاذ شرکت کردند که در آن‌ها از شیوه‌ها و راهبردهای متنوعی استفاده می‌شد. تکلیف منزل: انجام فعالیت‌های لذت بخش مطابق با اصل التذاذ و کار با طمأنینه	جلسه پنجم	التذاذ / لذت تدریجی و بیوسسته
هدف: به افراد پیرامون نحوه واکنش فعال‌سازنده در قبال اخبار خوشی که از دیگران دریافت می‌کنند آموزش‌های لازم داده شد. افراد به تمرین واکنش‌سازنده و فعال به عنوان راهبردی برای تقویت ارتباطات مثبت پرداختند. در انتهای این جلسه، ضمن جمع‌بندی نهایی و گرفتن بازخورد، پس از آزمون اول اجرا شد.	جلسه ششم	ارتباطات مثبت در تأمین بهزیستی و بازخورد فعال - سازنده

مطرح کرده است، قرار دارد. پرسشنامه خودکارآمدی درد یک ابزار خودگزارشی و دارای ۱۰ عبارت است و هر عبارت، میزان ارزیابی بیمار از توانایی وی را برای انجام گروهی از فعالیتها، با وجود درد بر اساس یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای مورد پرسش قرار می‌دهد. نمره‌ی بیمار در این مقیاس بین صفر تا ۶۰ تغییر می‌کند و نمره‌ی بالاتر مبین احساس خودکارآمدی بالاتر در مواجهه با درد مزمن است. همچنین اعتبار سازه‌ی نسخه‌ی فارسی PSEQ در نمونه‌ی ای متشکل از ۱۶۹ بیمار مبتلا به درد مزمن مورد بررسی قرار گرفته و یافته‌های به دست آمده نشانگر اعتبار و پایایی مطلوب نسخه‌ی فارسی آن است. به علاوه نتایج تحلیل عامل تاییدی حاکی از این است که پرسشنامه‌ی خودکارآمدی درد از یک عامل، اشباع است^(۴۵).

یافته‌ها

دامنه سنی شرکت‌کنندگان از ۲۷ تا ۶۰ سال و میانگین سنی گروه آزمایش ۴۰/۵۲ و میانگین سنی گروه کنترل ۴۲/۰۹ بود. جدول ۲ یافته‌های توصیفی ابعاد انعطاف ناپذیری روان شناختی درد و خودکارآمدی درد را برحسب عضویت گروهی و مراحل ارزیابی نشان می‌دهند.

مقیاس انعطاف‌ناپذیری روانشناختی درد (PIPS): یک پرسشنامه ۱۶ سؤالی است که توسط ویکسل و همکاران^(۳۳) طراحی شده است. شامل دو خرده مقیاس اجتناب از درد (۱۰ سؤال) و آمیختگی شناختی (۶ سؤال) است و کل مقیاس، انعطاف‌ناپذیری روانشناختی نسبت به درد را می‌سنجد. نمره بندی سؤالات آن بر اساس مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت بین نمره ۱ (اصلاً درست نیست) تا ۷ (کاملاً درست است) است که نمره کل می‌تواند بین ۱۶ تا ۱۱۲ باشد. پایایی درونی فرم اصلی آن بر اساس آلفای کرونباخ برای کل مقیاس انعطاف‌ناپذیری روانشناختی ۰/۸۷ و برای خرده مقیاس اجتناب از درد ۰/۸۹ و برای آمیختگی شناختی ۰/۶۹ گزارش شده است^(۳۳). پایایی این پرسش نامه بر اساس آلفای کرونباخ در پژوهش آقابوسفی و همکاران^(۸) برای کل انعطاف‌ناپذیری روانشناختی ۰/۹۰ و برای خرده آزمون اجتناب از درد و آمیختگی شناختی به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۰ به دست آمد.

پرسشنامه خودکارآمدی درد (PSEQ): پرسشنامه خودکارآمدی درد در سال ۱۹۸۹ به منظور ارزیابی خودکارآمدی درد بیماران مبتلا به دردهای مزمن توسط نیکولاس ساخته شد. این پرسشنامه بر پایه مفهومی که بندورا از خودکارآمدی

جدول ۲. یافته‌های توصیفی آزمودنی‌های پژوهش در ابعاد انعطاف ناپذیری روان شناختی درد و خودکارآمدی درد بر حسب عضویت گروهی و مراحل ارزیابی

کنترل (n=۱۵)		آزمایش (n=۱۵)		مرحله	متغیر
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین		
۶/۲۳	۴۵/۰۹	۵/۲۱	۴۲/۶۳	پیش آزمون	اجتناب درد
۵/۸۶	۴۴/۸۱	۴/۱۲	۳۸/۱۵	پس آزمون	
۵/۴۵	۲۰/۸۱	۳/۷۸	۲۳/۴۲	پیش آزمون	آمیختگی شناختی
۵/۱۱	۲۰/۱۸	۳/۰۵	۲۰/۲۶	پس آزمون	
۸/۶۴	۶۵/۹۰	۶/۸۳	۶۶/۰۵	پیش آزمون	انعطاف ناپذیری روان شناختی درد
۷/۹۶	۶۵	۵/۵۵	۵۸/۴۲	پس آزمون	
۴/۱۹	۳۶	۳/۶۱	۳۳/۷۳	پیش آزمون	خودکارآمدی درد
۳/۷۲	۳۵/۶۳	۳/۲۶	۳۶/۸۹	پس آزمون	

دو گروه آزمایش و کنترل در این پژوهش مساوی با ۱۵ نفر بوده است که حجمی مساوی را نشان می‌دهد. گمارش تصادفی معمولاً با نرمال بودن توزیع همراه است و نیازی به ارزیابی مستقل ندارد (مولوی، ۱۳۸۶). اما جهت حصول اطمینان از توضیح نرمال داده‌ها از آزمون شاپیرو-ویلکز جهت بررسی نرمال بودن توضیح داده‌ها و آزمون لویین جهت تساوی واریانس نمرات استفاده شد و پیش فرض‌های استفاده از تحلیل کوواریانس تأیید گردید. جدول ۳ نتایج تحلیل کوواریانس چند متغییری را در رابطه با اثربخشی روان‌درمانی مثبت بر انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی درد آزمودنی‌ها نشان می‌دهد.

براساس نتایج جدول ۲ در ابعاد انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی و خودکارآمدی درد در میانگین نمرات گروه آزمایش و کنترل تفاوت‌هایی دارد. جهت تجزیه و تحلیل نتایج از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره و تک متغیره استفاده شد. استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس مستلزم رعایت مجموعه‌ای از پیش فرض‌ها می‌باشد. همان‌گونه که اشاره گردید گمارش آزمودنی‌ها به گروه‌های پژوهش به صورت تصادفی انجام شده است. همچنین با توجه به استفاده از ابزارهای استاندارد جهت ارزیابی متغیرهای وابسته، پیش فرض فاصله‌ای بودن مقیاس اندازه‌گیری متغیرهای وابسته رعایت شده است. از سوی دیگر حجم

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس اثربخشی روان‌درمانی مثبت بر انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی درد مبتلایان به درد مزمن

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	Df	F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
اجتناب از درد	۱۴۳/۹۴۷	۱	۲۳/۲۲۶	۰/۰۰۰	۰/۴۸۲	۰/۹۹۶
آمیختگی شناختی	۲۴/۳۵۹	۱	۶/۰۰۴	۰/۰۲۲	۰/۱۹۴	۰/۶۵۴
انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی درد	۲۷۳/۹۷۲	۱	۱۸/۷۶۳	۰/۰۰۰	۰/۴۲۹	۰/۹۸۶

بر اساس نتایج جدول ۳ تفاوت معنی‌داری بین نمرات پس آزمون گروه آزمایش و کنترل در ابعاد اجتناب از درد، آمیختگی شناختی و نمرات کل انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی درد وجود دارد. بر اساس یافته‌های توصیفی نیز گروه آزمایش در پس آزمون در ابعاد مذکور نمرات کمتری نسبت به گروه کنترل کسب کرده‌اند. میزان اندازه اثر نشان می‌دهد که به ترتیب ۴۸، ۱۹ و ۴۲ درصد از تغییرات نمرات اجتناب از درد و آمیختگی شناختی و نمرات کل انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی در نتیجه عضویت گروهی می‌باشد. به عبارتی مداخله روان‌درمانی مثبت باعث تغییرات ۴۸ درصدی اجتناب از درد، ۱۹ درصدی آمیختگی شناختی، ۴۲ درصدی انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی درد آزمودنی‌های گروه آزمایش شده است ($P < 0/05$).

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغییری جهت مقایسه گروه‌های پژوهش در نمرات پس آزمون خودکارآمدی درد

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	DF	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
پیش آزمون	۲۴۲/۶۵۵	۱	۲۴۲/۶۵۵	۸۹/۲۷۸	۰/۰۰۰	۰/۷۷۴	۱
عضویت گروهی	۵۶/۱۹۴	۱	۵۶/۱۹۴	۲۰/۶۷۵	۰/۰۰۰	۰/۴۴۳	۰/۹۹۲
خطا	۷۰/۶۶۷	۲۶	۲/۷۱۸				
کل	۴۰۱۶۳	۳۰					

در افزایش شادکامی و کاهش افسردگی مبتلایان به درد مزمن نشان داده‌اند.

در تبیین نتایج حاضر می‌توان گفت که روان درمانی مثبت از طریق ایجاد عواطف مثبت، افزایش اعتماد به نفس، شناخت و ارتقای توانمندی‌ها، پذیرای تجربه جدید بودن، احساس خوب و داشتن اهداف کوتاه مدت و بلند مدت در زندگی به افزایش خودکارآمدی و انعطاف پذیری روان شناختی افراد کمک می‌کند. همچنین می‌توان به تاثیرات درمان گروهی اشاره کرد. یکی از ویژگی‌های عمده درمان‌های گروهی «همبستگی گروهی» است؛ بدین صورت که در یک گروه، که اعضای آن خود را متعهد می‌دانند که بهبودی و سعادت یکدیگر را ارتقا بخشند به ارائه بازخوردهای سازنده به همدیگر مبادرت ورزند. از اینرو دور از انتظار نیست که بعد از شکل‌گیری همبستگی گروهی در آزمودنی‌های این پژوهش به منظور رسیدن به این هدف، که بهبودی را در همگروهی خود تقویت کنند، هیجان‌های منفی خود را پنهان کنند و صرفاً به ارائه بازخوردهای مثبتی همت گمارند که از جلسات درمان عایدشان شده بود و همچنین استفاده از تجربیات سایر افراد و بازخوردهای آنان؛ لذا این یافته، که روان درمانی مثبت به افزایش خودکارآمدی درد و انعطاف پذیری روان شناختی منجر شده است، شاید به دلیل ماهیت گروهی بودن درمان نیز بوده است.

همچنین تأکید بر رفتارهای وابسته به رضایت از زندگی مانند غلبه بر چالش‌های زندگی، تجربه هیجان‌ات مثبت، خودارزشمندی و انتخاب فعالیت‌ها که از اقدامات و تکنیک‌های روان شناسی مثبت می‌بانشد، می‌تواند در افزایش توان مبتلایان با درد در نحوه کنار آمدن و خودکارآمدی آنان تاثیرگذار باشد. افراد درای هیجان‌ات مثبت و خشنود در مقایسه با افراد ناراضی به احتمال بیشتری خوشبین، امیدوار، دارای نگرش مثبت و علاقه مند هستند در حالی که افرادی با رضایت کم از زندگی، خود، گذشته و آینده‌شان، دیگران و نیز رویدادها و موقعیت‌های زندگی خود را نامطلوب ارزیابی، و هیجان‌های منفی مانند

بر اساس یافته‌های جدول ۴، تفاوت معنی‌داری بین گروه آزمایش و کنترل در نمرات پس آزمون خودکارآمدی درد مشاهده می‌شود و افراد گروه آزمایش به نسبت نمرات پیش آزمون، میانگین نمرات بیشتری در پس آزمون خودکارآمدی درد در مقایسه با گروه کنترل کسب کرده‌اند ($P < 0.05$). اندازه اثر ۴۴٪ نشان می‌دهد که ۰/۴۴ از تفاوت‌ها در متغیر وابسته خودکارآمدی درد در مرحله پس آزمون ناشی از عضویت گروهی می‌باشد، به عبارتی مداخله روان درمانی مثبت باعث افزایش ۴۴ درصدی خودکارآمدی درد در افراد مبتلا به درد مزمن شده است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی روان درمانی مثبت بر انعطاف ناپذیری روان شناختی درد و خودکارآمدی درد زنان مبتلا به درد مزمن در شهر اصفهان انجام شد. نتایج نشان داد که مداخله روان درمانی مثبت باعث بهبود انعطاف ناپذیری روان شناختی و خودکارآمدی درد آزمودنی‌ها شده است. این نتایج به طور غیرمستقیم با نتایج مطالعات فلینک و همکاران^(۳۵) و پیترز و همکاران^(۴۵) که اثربخشی روان درمانی مثبت را به صورت مقدماتی بر مؤلفه‌های روان شناختی مبتلایان به درد مزمن نشان داده‌اند، همخوان می‌باشد.

همسو با مبانی نظری و پژوهشی رو به افزایش روان‌شناسی مثبت، مداخلات روان‌شناختی مثبت ممکن است برای برخی از بیماران درد مزمن نیز در راستای توانمندسازی آن‌ها در فرایند مقابله با درد مفید باشد. اگرچه انتظار نمی‌رود که مداخلات روان‌شناختی محدود مثبت به تنهایی برای درمان اختلالات مرتبط با درد در بیماران مزمن کافی باشد، اما می‌توان انتظار داشت که برای بعضی از این بیماران ممکن است یک مکمل سودمند برای افزایش اثرات سایر مداخلات باشد. همانگونه که پیترز و همکاران^(۴۵) در مطالعه‌ای اثربخشی روان درمانی مثبت را سودمندی بالینی و مدیریت درد مزمن و همچنین

شیوه‌ی زندگی با خودمدیریتی بیماری‌ها می‌باشد^(۳۴). برای تبیین این یافته‌ها همچنین می‌توان به تأثیر و کارکرد هیجان‌های مثبت اشاره نمود. بنا به اعتقاد فردریکسون^(۳۸) ایجاد هیجان‌های مثبت در افراد که از تمرین‌ها و مفروضه‌های اصلی روانشناسی مثبت‌نگر است؛ منجر به خنثی نمودن اثر هیجان‌های منفی، ایجاد و افزایش منابع شخصی، ارتقاء تاب‌آوری روانشناختی، افزایش سلامت جسمی و روانشناختی و همچنین ایجاد بستر لازم برای بالندگی انسان، می‌شود در نتیجه این افزایش تاب‌آوری و افزایش منابع شخصی میزان خوشبینی افراد یعنی انتظار مثبت آنان در مورد واقع آینده افزایش می‌یابد. فردریکسون^(۳۸) بر پایه نظریه گسترش و ساخت هیجان‌های مثبت معتقد است وجود عواطف مثبت با سطوح بالای خلاقیت و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی رابطه معنادار دارد. به باور وی کسانی که عواطف مثبت بالایی دارند قادر به تجربه لذت هستند. دامنه تفکر وسیع‌تر و خلاقانه‌تری دارند و از تفکرات خوشبینانه‌تری برخوردار هستند. همچنین دارا بودن عواطف مثبت نقش مهمی در رضایت از زندگی، خوشبینی، سلامت هیجانی-اجتماعی، شناخت، سلامت جسمانی و عملکرد افراد ایفا می‌کند. همچنین فردریکسون^(۳۸) بر پایه نظریه گسترش و ساخت پیرامون کارکردهای هیجان‌های مثبت معتقد است وجود هیجان‌ها و عواطف مثبت، اثر هیجان‌ها و عواطف منفی را خنثی می‌نماید. وی با طرح نظریه ابطال‌سازی، معتقد است هیجان‌های مثبت به عنوان پادزهرهای کارآمدی در برابر تأثیرات پایدار هیجان‌های منفی عمل می‌کنند. به عبارت دیگر، هیجان‌های مثبت می‌توانند تأثیرات ناشی از هیجان‌های منفی را تصحیح و یا خنثی (ابطال) نمایند. در تمرین‌های مثبت‌نگر نیز به افراد آموزش داده می‌شود تا سه رویداد مثبت در زندگی روزانه خود را ثبت نمایند. از آنجا که افراد این رویدادها را به توانمندی‌های خود نسبت می‌دهند در آنان هیجان و عواطف مثبت ایجاد می‌شود.

پژوهش حاضر نیز مانند سایر پژوهش‌های حوزه علوم

اضطراب و افسردگی بیشتری را تجربه می‌کنند. بر این اساس، می‌توان گفت که روان‌درمانی مثبت با تأثیری که بر غلبه هیجان‌ات مثبت بر هیجان‌ات منفی و روابط مثبت با دیگران دارد، موجب می‌شود که خودکارآمدی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی افراد مبتلا به درد مزمن تعدیل یافته و به سمت ابعاد مثبت گرایش پیدا کند. یافته‌های به دست آمده از مطالعات نشان داده‌اند که روان‌درمانی مثبت گرا به عنوان یک درمان مثبت‌گرا باعث افزایش هیجان‌های مثبت مثل شادکامی، بهزیستی روان‌شناختی و رضایت از زندگی می‌شود. لیبومیرسکی و لائوس^(۴۳) معتقدند که مداخله‌های روان‌درمانی مثبت نگر از طریق افزایش هیجان مثبت، افکار و رفتارهای مثبت و ارضای نیازهای اساسی افراد مثل خودمختاری، عشق و تعلق خاطر و ارتباط، باعث کاهش افسردگی، افزایش شادکامی و احساس بهزیستی روان‌شناختی می‌شود. در همین راستا می‌توان گفت که روان‌درمانی مثبت‌گرا می‌تواند با ایجاد هیجان مثبت باعث افزایش احساس لذت، تقویت توانمندی‌ها و افزایش معنا، کاهش میزان بدبینی نسبت به آینده و جهان شده و خوش بینی جای آن را می‌گیرد و زمینه را برای بهزیستی هیجانی افراد فراهم می‌کند. به نظر می‌رسد که روان‌درمانی مثبت بدون تأکید بر علایم منفی و فقط از طریق افزایش احساس لذت، تقویت توانمندی‌ها و ویژگی‌های مثبت فردی و افزایش احساس معنا و هدفمندی در زندگی می‌تواند باعث افزایش خوش‌بینی و بهزیستی هیجانی و به تبع آن باعث افزایش خودکارآمدی فرد شود. خودکارآمدی معمولاً با روش مقابله‌ای فعال و سازگارانه و یا به عبارتی با خودمدیریتی درد همراه است که باعث می‌شود که فرد به جای اجتناب از موقعیت‌ها به آنها گرایش پیدا کند و پشتکار و تلاش بیشتری از خود نشان دهد (ترنر). بنابراین خودکارآمدی نه تنها یک سازه خدشه‌ناپذیر دارای قدرت پیش‌بینی مسجّل شده در جنبه‌های گوناگون عملکردهای رفتاری بوده^(۴۴) بلکه عامل مهم معناداری در انواع مختلف رفتارهای مربوط به

رفتاری دارای محدودیت‌هایی بود از جمله اینکه: نمونه پژوهش حاضر صرفاً زنان مبتلا به درد مزمن شهر اصفهان بوده و در تعمیم نتایج به سایر جمعیت‌های سنی و مردان و سایر نقاط باید جوانب احتیاط را رعایت نمود. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش نبود دوره پیگیری بود که بواسطه محدودیت‌های زمانی امکان پیگیری بلندمدت وجود نداشت. استفاده از ابزار خودگزارشی نیز که همواره با مقداری سوگیری از جانب آزمودنی‌ها روبه روست، از دیگر محدودیت‌های پژوهش می‌باشد. در راستای نتایج پژوهش حاضر و با توجه به کوتاه مدت بودن و در نتیجه مقرون به صرفه بودن و همچنین تمرینات آن نسبت به سایر رویکردهای درمانی که ساده‌تر و قابل فهم‌تر است، پیشنهاد می‌شود که متخصصان، روان‌شناسان، روان‌پزشکان و مشاوران در کار با مبتلایان به درد مزمن، روان‌درمانی مثبت را به عنوان شیوه‌ای نوین و مؤثر و متفاوت جهت توانمند کردن این افراد در مدیریت درد و فرایند کنارآمدن با درد و افزایش مؤلفه‌های مثبت هیجانی، رفتاری و شناختی این افراد مدنظر داشته باشند.

References

1. Crombie IK, Oakley Davies HT. Requirements for epidemiological studies. In: Crombie IK, Croft PR, Linton SJ, LeResche L, Von Korff M, Editors. *Epidemiology of Pain*. Seattle: IASP Press; 1999. p. 17-24.
2. International Association for the Study for Pain. Unrelieved pain is a major global healthcare problem [Online]. 2003; Available from: URL: http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Press_Release&Template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentID=2908/
3. Fatemeh Mesgarian, Mohammad Ali Asghari Moghadam, Mohammadreza Shaeiri, Akram Broumand, Nader Maroufi, Esmail Ebrahimi Takamjani, Hosein Nayeb Aghae. The relation between acceptance of pain and reduced pain intensity and disability among chronic pain patients *journal of behavioural science* Volume 10; Issue 3: (2012)
4. Asghari Moghadam MA, Karami B, Rezaei S. The prevalence rates of lifetime pain and chronic pain in two small cities in Iran. *Journal of Psychology* 2002; 6(1): 30-51. [In Persian].
5. Ghaffari M, Alipour A, Jensen I, Farshad AA, Vingard E. Low back pain among Iranian industrial workers. *Occup Med* 2006; 56(7): 455-60. [In Persian].
6. Mohammadzadeh F, Faghihzadeh S, Baghestani A, Asadi Lari M, Vaez Mahdavi M, Arab Kheradmand J, et al. Epidemiology of chronic pain in Tehran small area estimation of its prevalence in Tehran neighborhoods by Bayesian approach (Urban HEART-2 study). *Iran J Epidemiol*. 2013; 9(1): 19-31.
7. Sturgeon. J.A. & Zautra, A.J. (2010). "Resilience: a new paradigm for adaptation to chronic pain". *Current Pain and Headache Reports*, 14(2), 105-12.
8. Aghayousefi, A, Torkhan, M, Mohammadi, N, Afshar, H. The Role of Psychosocial inflexibility and Accepting Pain in Anticipating Resilience in Patients with Chronic Pain. *Quarterly Journal of Health Psychology*, 2016; 5 (17): 23-38.
9. Anvari MH, Ebrahimi A, Neshatdoost HT, Afshar H, Abedi A. The effectiveness of group-based acceptance and commitment therapy on pain-related anxiety, acceptance of pain and pain intensity in patients with chronic pain. *J Isfahan Med School* 2014; 32(295): 1156-65.
10. Abdolghadery M, Kafee M, Saberi A, Aryapouran S. The effectiveness of mindfulnessbased cognitive therapy (MBCT) and cognitive behavior therapy (CBT) on decreasing pain, depression and anxiety of patients with chronic low back pain. *J Shaeed Sdoughi Univ Med Sci Yazd*. 2014; 21(6): 795-807.
11. Campbell- sills, L., Cohen, S.L. & Stein, M.B. (2006). "Relationship or resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults". *Behaviour Research and Therapy*, 44, 585-599.
12. Kashdan, J., Roitenberg, J. (2010). "Psychological flexibility as a fundamental aspect of health". *Clinical Psychology Review*. 30 (7). 865-878.
13. Feldner, M.T., Hekmat, H., Zvolensky, M.J., Vowles, K.E., Sechrist, Z. & Leen-Feldner, E.W. (2006). "The role of experiential avoidance in acute pain tolerance: A laboratory test". *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37, 146-158.
14. Schmelzer, F. "Positive well-being of people with a chronic pain disorder." (2017).
15. Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J., (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*. 44: 1-25.
16. Ruiz, F.J., Langer, A.I., Luciano, C., Cangas, A.J. & Beltr, I. (2013). "Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The Spanish translation of the Acceptance and Action Questionnaire". *Psicothema*, 25, 123-129.

17. Masuda, A. & Tully, E.C. (2012). "The role of mindfulness and psychological flexibility in somatization, depression, anxiety, and general psychological distress in a nonclinical college sample". *Journal of Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 17, 66–71.
18. McCracken, L.M. & Vowles, K.E. (2007). "Psychological flexibility and traditional pain management strategies in relation to patient functioning with chronic pain: an examination of a revised instrument". *Pain*, 8, 700-707.
19. McCracken, L.M. & Gutiérrez-Martínez, O. (2011). "Processes of change in psychological flexibility in an interdisciplinary group-based treatment for chronic pain based on Acceptance and Commitment Therapy". *Behaviour Research and Therapy*, 49, 267-274.
20. Wicksell, R.K., Lekander, M., Sorjonen, K. & Olsson, G.L. (2010). "The psychological inflexibility in pain scale (PIPS) - statistical properties and model fit of an instrument to assess change processes in pain related disability". *European Journal of Pain*, 14, 771.
21. McCracken, L.M., Williams, J.L. & Tang, N.K. (2011). "Psychological flexibility may reduce insomnia in persons with chronic pain: a preliminary retrospective study". *Pain Medicine*, 12(6), 904-912.
22. Feinstein, A.B., Forman, E.M., Masuda, A., Cohen, L.L., Herbert, J.D., Moorthy, L.N. & Goldsmith, D.P. (2011). "Pain Intensity, Psychological Inflexibility, and Acceptance of Pain as Predictors of Functioning in Adolescents with Juvenile Idiopathic Arthritis: A Preliminary Investigation". *Journal of clinical psychology in medical settings*, 18, 291– 298.
23. Wicksell, R.K., Olsson, G.L. & Hayes, S.C. (2010). "Psychological flexibility as a mediator of improvement in Acceptance and Commitment Therapy for patients with chronic pain following whiplash". *European Journal of Pain*, 14, 1059.
24. Siebolds M, Gaedeke O, Schwedes U. Selfmonitoring of blood glucose: psychological aspects relevant to changes in HbA(1c. in type 2 diabetic patients treated with diet or diet plus oral antidiabetic medication. *Patient Educ Couns*. 2006; 62:104-110.
25. Mark R, Allegrante J, Lorig K. (2005). A review and synthesis of research evidence for self efficacy enhancing interventions for reducing chronic disability: implications for health education practice. *Health Prom Pract*. 2005;6:37-43.
26. Rezai S, Afshar nejad T, Moosavi V, Yousofzadeh S, Soltani R. [Validation of the persian pain selfefficacy scale: Psychometric experience in patients with chronic low back pain (Persian)]. *JMent Health Fund*. 2011; 13 (4): 328-345
27. Nicholas MK. The pain self-efficacy questionnaire: taking pain into account. *Eur J Pain*. 2007; 11:153-163.
28. Wells-Federman W, Arnstein P, Caudill M. Nurse-led pain management program: effect on self-efficacy, pain intensity, pain-related disability, and depressive symptoms in chronic pain patients. *J Pain Manag Nursing*. 2002; 4:131-140.
29. Dworkin RH, Breitbart WS. Psychological aspects of pain: A Handbook for Health Care Providers. WA Seattle; LASP Press; 2004: 3-28.
30. Guntzviller LM, KingAJ, Jensen JD, Davis LA. Selfefficacy, health literacy, and nutrition and exercise behaviors in a low-income, Hispanic population. *Journal of immigrant and minority health*. 2017; 19(2):489-93.
31. Turner JA, Anderson ML, Balderson BH, Cook AJ, Sherman KJ, Cherkin DC. Mindfulnessbased stress reduction and cognitive behavioral therapy for chronic low back pain: similar effects on mindfulness, catastrophizing, self-efficacy, and acceptance in a randomized controlled trial. *Pain*. 2016;157(11):2434-44.
32. Martel ME, Lafontaine MF, Thériault A, Balbinotti

- M. Chronic pain self efficacy as a mediator of the link between romantic attachment insecurity, individual functioning and couple satisfaction: a preliminary study. *Revista Prâksis*. 2016; 2:119-36
33. Archer K, Coronado RA, Ehde D, Vanston S, Koyama T, Phillips S, McGirt MJ, Spengler D, Aaronson OS, Cheng JS, Devin CJ. Fear of Movement and Pain Self-efficacy Mediate Outcomes Following a Targeted Rehabilitation Intervention After Spine Surgery: opl4. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical*. 2017;47(1):A3-4.
 34. Turner JA, Ersek, M., Kemp, C. Self-Efficacy for Managing pain Is Associated with Disability, Depression, and pain coping Among Retirement Community Residents with Chronic pain. *Pain*. 2005; 6: 471-479.
 35. Flink IK, Smeets E, Bergbom S, Peters ML. Happy despite pain: Pilot study of a positive psychology intervention for patients with chronic pain. *Scandinavian Journal of Pain*. 2015 Apr 1;7:71-9.
 36. Finan PH, Garland EL. The role of positive affect in pain and its treatment. *The Clinical journal of pain*. 2015 Feb;31(2):177.
 37. Karoly P, Ruhlman LS. Psychological resilience and its correlates in chronic pain: findings from a national community sample. *Pain*. 2006; 123:90-7. [PubMed: 16563626]
 38. Khanjani, M. The Effectiveness of Positive Psychotherapy on Satisfaction with Life, Optimism and Positive Affections in Students, *Quarterly Journal of Clinical Psychology*, 2017; 7 (27): 159-137.
 39. Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G., Riper, H., Smit, F., & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: A meta-analysis of randomized controlled studies. *Public Health*, 13, 119.
 40. Senf, K., & Liaw, A. (2013). The effects of positive interventions on happiness and depressive symptoms, with an examination of personality as a moderator. *Journal of Happiness Study*, 14, 591-612.
 41. Sergeant, S., & Mongrain, M. (2014). An online optimism intervention reduces depression in pessimistic individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 13, 157-165.
 42. Layous, K., Lee, H., Choi, I., Lyubomirsky, S. (2014). Culture matters when designing a successful happiness-increasing activity: A comparison of the United States and South Korea. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 44(8), 1294-1303.
 43. Lyubomirsky, S., & Layous, K. (2013). How do simple positive activities increase well-being? *Current Directions in Psychological Science*, 22(1), 57-62.
 44. PETERS, Madelon L., et al. Happy despite pain: A randomized controlled trial of an 8-week internet-delivered positive psychology intervention for enhancing well-being in patients with chronic pain. *The Clinical journal of pain*, 2017, 33.11: 962.
 45. Asghari A Nichilas MK. An investigation of pain self-efficacy beliefs in Iranian chronic pain patients: A preliminary validation of a translated English-language scale. *Pain Med* 2009; 10: 619-32.
 46. Rose VK. Socio structural determinants of diabetes self-management: test of a self-efficacy model. Doctoral Dissertation, School of Public Health and Community Medicine, Faculty of Medicine, University of New South Wales; 2007; 37.

The Effectiveness of Positive Psychotherapy on Psychosocial inflexibility and Self-Efficacy of Pain in Women with Chronic Pain

Neda Ghasemi¹, Mitra Goudarzi², Fazlolah Mirderikvand^{3*}, Simin Gholamrezaei⁴

1. Ph.D. student, Psychology Department, Lorestan University, Khoram Abad, Iran

2. Ph.D. student, Psychology Department, Lorestan University, Khoram Abad, Iran

3. Associate Professor, Psychology Department, Lorestan University, Khoram Abad, Iran

4. Assistant professor, Psychology Department, Lorestan University, Khoram Abad, Iran

ABSTRACT

Aims and background: The purpose of this study was to investigate the effectiveness of positive psychotherapy on pain self-efficacy and psychosocial inflexibility in women with chronic pain.

Materials and methods: Semi-experimental research design was a pre-test and post-test type with control group. The statistical population included all women with chronic pain in Isfahan. The sample size of the study consisted of 30 women with chronic pain. They were selected by purposeful sampling and randomly assigned to two groups of experimental and control groups. The experimental group underwent a positive therapeutic educational intervention of 6 sessions weekly sessions while the control group received no training at all. The data collection tools were PES (Nicholas, 1989) and pain psychological inflexibility (PSEQ) (Wicksell et al., 2010).

Findings: The results of covariance analysis indicated that there were significant differences between the scores of self-efficacy of pain and the dimensions of the psychological inflexibility of the pain in the experimental and control groups in the post-test stage. At the post-test stage, the experimental group in comparison with the control group, obtained more scores in the degree of self-efficacy and less scores in psychosocial disorder.

Conclusion: Based on the findings, it could say that the treatment of positive psychology is an important factor in improving the self-efficacy and pain relief in patients with chronic pain.

Keywords: Positive Psychotherapy, Psychosocial inflexibility, Self-Efficacy of Pain, Chronic Pain

► Please cite this paper as:

Ghasemi N, Goudarzi M, Mirderikvand F, Gholamrezaei S [The Effectiveness of Positive Psychotherapy on Psychosocial inflexibility and Self-Efficacy of Pain in Women with Chronic Pain (Persian)]. J Anesth Pain 2019; 9(4):1-14.

Corresponding Author: Fazlolah Mirderikvand, Associate Professor, Psychology Department, Lorestan University, Khoram Abad, Iran

Email: mirfazlolah@yahoo.com