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[۲]، فضل اله میردریکوند[۳]*، سیمین غلامرضایی[۴]

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 دریافت: ۱۳۹۷/۰۶/۰۶ **تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۷/۲۱**

چکیده

زمینـــه و هـــدف: هـدف پژوهـش حاضـر بررسـی اثربخشـی روان‌درمانـی مثبـت بـر خودکارآمـدی درد و انعطاف‌ناپذیـری روان‌شـناختی درد زنـان مبتلابـه درد مزمـن بـود.

مـــواد و روش‌هـــا: طـرح پژوهـش نیمـه آزمایشـی از نـوع پیش‌آزمـون و پس‌آزمـون بـا گـروه کنتـرل بـود. جامعـه آمـاری پژوهـش شـامل کلیـه زنـان مبتلابـه درد مزمـن شـهر اصفهـان بـود. حجـم نمونـه پژوهـش شـامل ۳۰ نفـر از زنـان مبتلابـه درد مزمـن بودنـد کـه بـه روش نمونه‌گیـری هدفمنـد انتخـاب و بـه شـیوه تصادفـی بـه دو گـروه آزمایـش و کنتـرل گمـارده شـدند. گـروه آزمایـش تحـت مداخلـه آموزشـی درمـان مثبت‌نگـر ۶ جلسـه‌ای بـه شـیوه جلسـات هفتگـی یک‌سـاعته قـرار گرفـت و گـروه کنتـرل مداخلـه‌ای دریافـت نکـرد. ابـزار گـردآوری داده‌هـا مقیاس‌هـای خودکارآمـدی درد (PIPS) (نیکـولاس، ۱۹۸۹) و انعطاف‌ناپذیـری روان‌شـناختی درد (PSEQ) (ویکسـل و همـکاران، ۲۰۱۰) بودنـد.

یافته‌هـــا: نتایـج تحلیـل کوواریانـس نشـان داد کـه بیـن نمـرات خودکارآمـدی درد و ابعـاد انعطاف‌ناپذیـری روان‌شـناختی درد گـروه آزمایـش و کنتـرل در مرحلـه پس‌آزمـون تفـاوت معنـی‌داری وجـود دارد. افـراد گـروه آزمایـش در مقایسـه بـا گـروه کنتـرل در مرحلـه پس‌آزمـون نمـرات بیشـتری در میـزان خودکارآمـدی درد و نمـرات کمتـری در ابعـاد انعطاف‌ناپذیـری روان‌شـناختی کسـب کردنـد.

نتیجه‌گیـــری: بـر اسـاس یافته‌هـا می‌تـوان گفـت درمـان روان‌شناسـی مثبـت عامـل تأثیرگـذار مهمـی بـر بهبـود خودکارامـدی و انعطاف‌ناپذیـری روان‌شـناختی درد در افـراد مبتلابـه درد مزمن اسـت.

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

مقدمه

درد مزمـن به‌عنـوان رنجـی فراگیـر و مشـکلی چالش‌انگیـز بـرای سـلامتی؛ دردی اسـت غیرسـرطانی کـه طـی شـش‌ماه گذشـته، دسـت‌کم بـه مـدت سـه مـاه، هـر روز ادامـه داشـته باشـد[۱]. درد مزمـن اغلـب در توانایـی شـخص بـرای انجـام فعالیت‌هـای گوناگـون زندگـی تداخـل ایجـاد می‌کنـد. بـر طبق بررسـی‌های انجام‌شـده توسـط انجمـن جهانـی مطالعـه درد[۲] بیـن ۳۳ تـا ۵۰ درصـد از مبتلایـان بـه درد مزمـن، بـرای انجـام

نویسنده مسئول: فضل الله میردریکوند، دانشیار گروه روان شناسی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران: نویسنده مسئول
پست الکترونیک: mirfazlolah@yahoo.com

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-28]

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 هم کاران[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 مبتلابه 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 درزمینه عوامل روان‌شناختی درد مزمن است؛ چراکه بر اساس نظر لینتون در ناتوانی‌های ناشی از درد، متغیرهای روان‌شناختی معمولاً مؤثرتر از عوامل زیست پزشکی یا زیست‌شیمیایی‌اند و موجب تغییر از حالت درد حاد به مزمن می‌شوند[۱۰].

در سال‌های اخیر رویکرد روانشناسی مثبت‌گرا در حوزه‌های مختلف روانشناسی ازجمله روانشناسی سلامت اهمیت ویژه‌ای پیداکرده است، به‌طوری‌که هرروز برشمار 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 تجربه پذیری 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 وزندگی آن‌ها ازلحاظ 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] ازجمله اضطراب و افسردگی، شرایط سلامتی و اختلال عملکرد حمایت کرده‌اند[۱۶ و ۱۷]. همچنین انعطاف‌پذیری روان‌شناختی سازه‌ای مهم درمانی در بهبود عملکرد و کیفیت زندگی بیماران مبتلابه درد مزمن نیز هست[۱۸]. بعلاوه، مطالعات اخیر مشارکت ویژه انعطاف‌پذیری و نقطه مقابل آن انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی را در پیش‌بینی پیامدهای مربوط به درد

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-28]

همچون افسردگی، اضطراب، شدت درد، ناتوانی جسمی و روانی[۱۹ و ۲۰]، کیفیت خواب[۲۱]، کیفیت زندگی[۲۲] و رضایت زندگی[۲۳] در بیماران مبتلابه درد مزمن را نشان داده‌اند. یافته‌های پژوهش آقایوسفی 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 موردتوجه قرارگرفته است، سازه‌های خودکارآمدی است. عامل خودکارآمدی نیز می‌تواند پیش‌بینی کننده معناداری برای رفتارخود مدیریتی در بیماران مبتلابه درد محسوب گردد[۲۴]. 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 تعریف‌شده است[۲۵]. 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[۲۶]. تحقیقات نشان می‌دهد که باورهای خودکارآمدی توانسته است بسیاری از رفتارهای خاص و توجیه درد را در میان مبتلایان به درد مزمن تبیین کند[۲۷]. ولز فدرمن، آرنستین و کادیل[۲۸] 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[۲۹] 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 درنتیجه کنترل دردشان به‌کارگیرند.

این اعتقاد وجود دارد که خودکارآمدی درد، می‌تواند پیامدهای سلامتی را برای افراد مبتلابه بیماری مزمن میانجیگری نماید[۳۰] افزایش خودکارآمدی بیمار و مدیریت 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[۲۷]. 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[۳۳].

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 سلامت سهیم است و عامل پیش‌بین معنادار در رفتار خود مدیریتی بیماری محسوب گردیده، افراد دارای خودکارآمدی بالا بهتر به خود مدیریتی بیماری مبادرت می‌ورزند[۲۶]. 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[۳۴].

ازآنجاکه 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[۳۵]. یکی از مداخلات مؤثر و کارآمد که اخیراً در حوزه درمان روان‌شناختی درد مزمن موردتوجه قرارگرفته است، درمان مثبت نگر رشید و سلیگمن (۲۰۱۳) می‌باشد[۳۵] که برای ارتقاء بهزیستی، رضایت از زندگی، شادکامی و سلامت روان تدوین و مورد استفاده قرارگرفته است. این محققان با استفاده از نتایج پژوهش‌های انجام‌شده در حوزه روانشناسی مثبت نگر و جمع‌بندی آن به‌عنوان تاریخچه برنامه مثبت نگر، سه مؤلفه‌ی شادکامی شامل هیجان‌های مثبت، تعهد

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-28]

و معنـا، را به‌عنـوان اسـاس برنامـه‌ای درمانی-آموزشـی قـرار داده‌انـد. رشـید و سـلیگمن (۲۰۱۳) معتقدنـد دنبـال کـردن لـذت، تعهـد و معنـا در زندگـی بـه ایجـاد و تقویـت شـادکامی می‌انجامـد. اخیـراً نقـش مؤلفه‌هـای مثبـت از قبیـل عاطفـه مثبـت، تـاب‌آوری و ... در درد مزمـن موردتوجـه پژوهشـگران قرارگرفتـه اسـت[۳۶، ۳۷].

روانشناسـی مثبـت نگـر بیشـتر بـه موضـوع ایجـاد و افزایـش شـادکامی و خوشـنودی از زندگـی، افزایـش توانمندی‌هـا، اسـتعدادها و ایجـاد یـک زندگـی بهتـر بـرای افـراد می‌پـردازد[۳۸].

زمینه‌هـای روانشناسـی مثبـت نگـر مطابـق بـا نظریـه سـلیگمن بـر سـه موضـوع متمرکـز اسـت: ۱- سـطح ذهنـی؛ مربـوط بـه تجـارب ذهنـی مثبـت. از قبیـل بهزیسـتی و رضایت (گذشـته)؛ غرقگـی، لذت‌هـای جسـمانی و شـادی (حـال) و خوش‌بینـی، امیـد (آینـده) اسـت. ۲- در سـطح فـردی؛ مربـوط بـه صفـات مثبـت شـخصی از قبیـل ظرفیـت عشـق و کار، شـجاعت، مهارت‌هـای بیـن فـردی، درک زیبایـی و پشـتکار اسـت. ۳- در سـطح گروهـی؛ مربـوط بـه فضیلت‌هـای مدنـی و سـازمان‌هایی اسـت کـه افـراد را به‌سـوی شـهروندی بهتـر سـوق می‌دهـد. ماننـد مسـئولیت، نوع‌دوسـتی، اعتـدال، صبـر و اخـلاق گروهـی. در برنامـه روان‌درمانـی مثبـت نگـر یکـی از مهم‌تریـن اهـداف، کمـک بـه ارتقـاء و افزایـش میـزان رضایـت از زندگـی، شـادکامی و بهزیسـتی افـراد اسـت. بـر اسـاس ایـن رویکـرد، افزایـش توانمندی‌هـا، هیجان‌هـای مثبـت، تعهـد و معنـا هـم زندگـی را شـادتر و غنی‌تـر می‌سـازد و هـم باعـث کاسـته شـدن از مشـکلات هیجانـی می‌شـود. درواقـع رسـیدن بـه بهزیسـتی، رضایـت از زندگـی و شـادکامی از اهـداف غایـی روانشناسـی مثبـت نگـر می‌باشـد[۳۸].

پژوهش‌هـای انجام‌شـده پیرامـون برنامـه روان‌درمانـی مثبـت نگـر، اثربخشـی ایـن برنامـه را در تقویـت میـزان شـادکامی، رضایـت از زندگـی و کاهـش علائـم افسـردگی؛ ارتقـاء بهزیسـتی روان‌شـناختی، خوش‌بینـی، شـادکامی و رضایـت از زندگـی[۳۹-۴۲] نشـان داده‌انـد. لیوبومرسـکی و لائـوس[۴۳] معتقدنـد کـه مداخله‌هـای مثبت‌گـرا از طریـق افزایـش هیجـان مثبـت، افـکار مثبـت، رفتارهـای مثبـت و ارضـاء نیازهـای اساسـی افـراد مثـل خودمختـاری، عشـق و تعلق‌خاطر و ارتبـاط باعـث کاهـش افسـردگی، افزایـش شـادکامی و احسـاس بهزیسـتی روان‌شـناختی در افـراد می‌شـوند. نتایـج حاصـل از مطالعـه فلینـک و همـکاران[۴۵] نشـان می‌دهـد کـه مداخـلات روان‌شـناختی مثبـت ممکـن اسـت بـرای برخـی از بیمـاران درد مزمـن مفیـد باشـد. اگرچـه انتظـار نمـی‌رود کـه مداخـلات روان‌شـناختی محـدود مثبـت به‌تنهایـی بـرای درمـان اختـلالات مرتبـط بـا درد در بیمـاران مزمـن کافـی باشـد، یافته‌هـای آن‌هـا نشـان می‌دهـد کـه بـرای بعضـی از ایـن بیمـاران ممکـن اسـت یـک مکمـل سـودمند بـرای افزایـش اثـرات سـایر مداخـلات باشـد. پیتـرز و همـکاران[۴۴] در مطالعـه‌ای اثربخشـی روان‌درمانـی مثبـت را سـودمندی بالینـی و مدیریـت درد مزمـن و همچنیـن در افزایـش شـادکامی و کاهـش افسـردگی مبتلایـان بـه درد مزمـن نشـان دادنـد.

بـا توجـه بـه آنچـه ذکـر آن رفـت و بـا توجه بـه نتایـج مطالعات خـارج از کشـور در زمینـه اثربخشـی آموزه‌هـای روان‌درمانـی مثبـت نگـر در افزایـش میـزان مؤلفه‌هـای روان‌شناسـی مثبـت و همچنیـن مدیریـت درد در بیمـاران مبتلابـه درد مزمـن و بـا توجـه بـه اینکـه تاکنـون کمتـر پژوهشـی به بررسـی اثربخشـی روان‌درمانـی مثبـت در بیمـاران درد مزمـن پرداختـه اسـت، همچنیـن بـا توجـه بـه نقـش مؤثـر مؤلفه‌هـای خودکارآمـدی و انعطاف‌پذیـری روان‌شـناختی در فراینـد مقابلـه و مدیریـت درد و نیـز اهمیـت و ضـرورت اجـرای برنامه‌هـای مداخلـه‌ای و آموزشـی به‌منظـور تأمیـن و ارتقـای بهداشـت روانـی ایـن بیمـاران و تجهیـز آنـان بـه منابـع روان‌شـناختی مؤثـر در مواجهـه بـا فشـارهای روانـی و جسـمانی حاصـل از درد، ایـن پژوهـش باهـدف بررسـی اثربخشـی روان‌درمانـی مثبـت بـر خودکارآمـدی درد و انعطاف‌ناپذیـری روان‌شـناختی درد در زنـان مبتـلا بـه درد مزمـن انجـام شـد.

مواد و روش‌ها

روش پژوهـش نیمـه تجربـی همـراه بـا گمـارش تصادفـی و گـروه کنتـرل و نیـز پیش‌آزمـون و پس‌آزمـون بـود. جامعـه

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-28]

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 انتخاب‌شده 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 نقص در تکمیل پرسش‌نامه‌ها. پس از انتخاب و گمارش آزمودنی‌ها 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 تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت. خلاصه اهداف و محتوای جلسات روان‌درمانی مثبت در زیر آمده است.

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

جلسه اول	معارفه و تشریح برنامه مثبت نگر	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 تاثیر 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 دوم	تقویت نقاط قوت و شناسایی احساسات و عواطف مثبت	هدف: افراد به تعیین توانمندی‌های منشی با استفاد 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. نحوه‌ی به کارگیری نقاط قوت شاخص به بحث گذاشته شد. تکلیف منزل: تهیه یک دفترچه و نوشتن سه رویداد مثبت زندگی.
جلسه سوم	گذشت و بخشش و میراث شخصی	هدف: آشنایی افراد با ماهیت عفو و گذشت. به آزمودنی‌ها آموزش داده شد تا در حد یک الی دو صفحه به بیان این بپردازند 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 چهارم	سپاسگزاری و قدرشناسی	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 پیشنویس یک نامه‌ی 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 پنجم	التذاذ/ لذت تدریجی و پیوسته	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 ششم	ارتباطات مثبت در تأمین بهزیستی و بازخورد فعال- سازنده	هدف: به افراد پیرامون نحوه‌ی واکنش فعال‌سازنده در قبال اخبار خوشی که از دیگران دریافت می‌کنند آموزش‌های لازم داده شد. افراد به تمرین واکنش سازنده و فعال به عنوان راهبردی برای تقویت ارتباطات مثبت پرداختند. در انتهای این جلسه، ضمن جمع بندی نهایی و گرفتن بازخورد، پس آزمون اول اجرا شد.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-28]

مقیـاس انعطاف‌ناپذیـری روانشـناختی درد (PIPS): یـک پرسشـنامه ۱۶ سـؤالی اسـت که توسـط ویکسـل و همـکاران[۲۳] طراحی شـده اسـت. شـامل دو خرده مقیاس اجتناب از درد (۱۰ سـؤال) و آمیختگـی شـناختی (۶ سـؤال) اسـت و کل مقیـاس، انعطافناپذیـری روانشـناختی نسـبت بـه درد را می‌سـنجد. نمـره بنـدی سـؤالات آن بـر اسـاس مقیـاس ۷ درجـه‌ای لیکـرت بیـن نمـره ۱ (اصـلاً درسـت نیسـت) تا ۷ (کاملاً درسـت اسـت) اسـت کـه نمـره کل می‌توانـد بیـن ۱۶ تـا ۱۱۲ باشـد. پایایـی درونـی فـرم اصلـی آن بـر اسـاس آلفـای کرونبـاخ بـرای کل مقیـاس انعطافناپذیـری روانشـناختی ۰/۸۷ و برای خـرده مقیاس اجتناب از درد ۰/۸۹ و بـرای آمیختگـی شـناختی ۰/۶۹ گـزارش شـده اسـت[۲۳]. پایایـی ایـن پرسـش نامـه بـر اسـاس آلفـای کرونبـاخ در پژوهـش آقایوسـفی و همـکاران[۸] بـرای کل انعطاف‌ناپذیـری روانشـناختی ۰/۹۰ و بـرای خـرده آزمـون اجتنـاب از درد و آمیختگـی شـناختی بـه ترتیـب ۰/۹۱ و ۰/۸۰ بـه دسـت آمـد.

پرسشـنامه خودکارآمـدی درد (PSEQ): پرسشـنامه خودکارآمدی درد در سـال ۱۹۸۹ به منظور ارزیابی خودکارآمدی درد بیمـارن مبتـلا بـه دردهـای مزمن توسـط نیکولاس سـاخته شـد. ایـن پرسشـنامه بر پایه مفهومـی که بنـدورا از خودکارآمدی مطـرح کرده اسـت، قرار دارد. پرسشـنامه خودکارآمـدی درد یک ابـزار خودگزارشـی و دارای ۱۰ عبـارت اسـت و هر عبـارت، میزان ارزیابـی بیمـار از توانایـی وی را بـرای انجام گروهـی از فعالیت‌ها، بـا وجـود درد بـر اسـاس یـک مقیـاس لیکـرت ۷ درجـه‌ای مورد پرسـش قـرار می‌دهد. نمـره‌ی بیمـار در این مقیاس بیـن صفر تا ۶۰ تغییـر می‌کنـد و نمـره‌ی بالاتـر مبین احسـاس خودکارآمدی بالاتـر در مواجهـه بـا درد مزمـن اسـت. همچنیـن اعتبار سـازه‌ی نسـخه‌ی فارسـی PSEQ در نمونـه ای متشـکل از ۱۶۹ بیمـار مبتـلا بـه درد مزمـن مـورد بررسـی قـرار گرفتـه ویافته‌هـای بـه دسـت آمـده نشـانگراعتبار و پایایی مطلوب نسـخه‌ی فارسـی آن اسـت. بـه عـلاوه نتایج تحلیـل عامل تاییـدی حاکی از این اسـت که پرسشـنامه‌ی خودکارآمدی درد از یک عامل، اشـباع اسـت[۴۵].

یافته‌ها

دامنـه سـنی شـرکت‌کنندگان از ۲۷ تـا ۶۰ سـال و میانگیـن سـنی گـروه آزمایـش ۴۰/۵۲ و میانگیـن سـنی گـروه کنتـرل ۴۲/۰۹ بـود. جـدول ۲ یافته‌هـای توصیفـی ابعـاد انعطـاف ناپذیـری روان شـناختی درد و خودکارآمـدی درد را برحسـب عضویـت گروهـی و مراحـل ارزیابـی نشـان می‌دهنـد.

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

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

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-28]

براساس نتایج جدول۲ 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. همان گونه 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 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 توضیع نرمال داده‌ها از آزمون شاپیرو-ویلکز جهت بررسی نرمال بودن توضیع داده‌ها و آزمون لوین جهت تساوی واریانس نمرات استفاده شد و پیش فرض‌های استفاده از تحلیل کوواریانس تأیید گردید. جدول ۳ نتایج تحلیل کواریانس چند متغییری را در رابطه با اثربخشی روان درمانی مثبت بر انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی درد آزمودنی‌ها نشان می‌دهد.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس اثربخشی روان درمانی 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
انعطاف ناپذیری روان شناختی 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 انعطاف ناپذیری روان شناختی 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 ابعاد اجتناب از درد و آمیختگی شناختی و نمرات کل انعطاف ناپذیری روان شناختی در نتیجه عضویت گروهی می‌باشد. به عبارتی مداخله روان درمانی مثبت باعث تغییرات ۴۸ درصدی اجتناب از درد، ۱۹درصدی آمیختگی شناختی، ۴۲ درصدی انعطاف ناپذیری روان شناختی درد آزمودنی‌های گروه آزمایش شده است($P<۰/۰۵$).

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

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	DF	میانیگین 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					

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-28]

بـر اسـاس یافته‌هـای جـدول ۴، تفـاوت معنـی‌داری بیـن گـروه آزمایـش و کنتـرل در نمـرات پـس آزمـون خودکارآمـدی درد مشـاهده می‌شـود و افـراد گـروه آزمایـش بـه نسـبت نمـرات پیـش آزمـون، میانگیـن نمـرات بیشـتری در پـس آزمـون خودکارآمـدی درد در مقایسـه بـا گـروه کنتـرل کسـب کرده‌انـد(P<۰/۰۵). انـدازه اثـر ۴۴٪ نشـان می‌دهـد کـه ۰/۴۴ از تفاوت‌هـا در متغیـر وابسـته خودکارآمـدی درد در مرحلـه پـس آزمـون ناشـی از عضویـت گروهـی می‌باشـد، بـه عبارتـی مداخلـه روان درمانـی مثبـت باعـث افزایـش ۴۴ درصـدی خودکارآمـدی درد در افـراد مبتـلا بـه درد مزمـن شـده اسـت.

بحث

پژوهـش حاضـر بـا هـدف بررسـی اثربخشـی روان درمانـی مثبـت بـر انعطـاف ناپذیـری روان شـناختی درد و خودکارآمدی درد زنـان مبتـلا بـه درد مزمـن در شـهر اصفهـان انجـام شـد. نتایـج نشـان داد کـه مداخلـه روان درمانـی مثبـت باعـث بهبـود انعطـاف ناپذیـری روان شـناختی و خودکارآمـدی درد آزمودنی‌هـا شـده اسـت. ایـن نتایـج بـه طـور غیرمسـتقیم بـا نتایـج مطالعـات فلینـک و همـکاران[۳۵] و پیتـرز و همـکاران[۴۵] کـه اثربخشـی روان درمانـی مثبـت را بـه صـورت مقدماتـی بـر مؤلفه‌هـای روان شـناختی مبتلایـان بـه درد مزمـن نشـان داده‌انـد، همخـوان می‌باشـد.

همسـو بـا مبانی نظـری و پژوهشـی رو بـه افزایش روان‌شناسـی مثبـت، مداخـلات روانشـناختی مثبـت ممکـن اسـت بـرای برخـی از بیمـاران درد مزمـن نیـز در راسـتای توانمندسـازی آن‌هـا در فراینـد مقابلـه بـا درد مفیـد باشـد. اگرچـه انتظـار نمـی‌رود کـه مداخـلات روانشـناختی محـدود مثبـت بـه تنهایـی بـرای درمـان اختـلالات مرتبـط بـا درد در بیمـاران مزمـن کافـی باشـد، امـا می‌تـوان انتظـار داشـت کـه بـرای بعضـی از ایـن بیمـاران ممکـن اسـت یـک مکمـل سـودمند بـرای افزایـش اثـرات سـایر مداخـلات باشـد. همانگونـه کـه پیتـرز و همـکاران[۴۵] در مطالعـه‌ای اثربخشـی روان درمانـی مثبـت را سـودمندی بالینـی و مدیریـت درد مزمـن و همچنیـن در افزایـش شـادکامی و کاهـش افسـردگی مبتلایـان بـه درد مزمـن نشـان داده‌انـد.

در تبییـن نتایـج حاضـر می‌تـوان گفـت کـه روان درمانـی مثبـت از طریـق ایجـاد عواطـف مثبـت، افزایـش اعتمـاد بـه نفـس، شـناخت و ارتقـای توانمندی‌هـا، پذیـرای تجربـه جدیـد بـودن، احسـاس خـوب و داشـتن اهـداف کوتـاه مـدت و بلنـد مـدت در زندگـی بـه افزایـش خودکارآمـدی و انعطـاف پذیـری روان شـناختی افـراد کمـک می‌کنـد. همچنیـن می‌تـوان بـه تاثیـرات درمـان گروهـی اشـاره کـرد. یکـی از ویژگی‌هـای عمـده درمان‌هـای گروهـی «همبسـتگی گروهـی» اسـت؛ بدیـن صـورت کـه در یـک گـروه، کـه اعضـای آن خـود را متعهـد می‌داننـد کـه بهبـودی و سـعادت یکدیگـر را ارتقـا بخشـند بـه ارائـه بازخوردهـای سـازنده بـه همدیگـر مبـادرت ورزنـد. از اینـرو دور از انتظـار نیسـت کـه بعـد از شـکل گیـری همبسـتگی گروهـی در آزمودنی‌هـای ایـن پژوهـش بـه منظـور رسـیدن بـه ایـن هـدف، کـه بهبـودی را در همگروهـی خـود تقویـت کننـد، هیجان‌هـای منفـی خـود را پنهـان کننـد و صرفـاً بـه ارائـه بازخوردهـای مثبتـی همـت گمارنـد کـه از جلسـات درمـان عایدشـان شـده بـود و همچنیـن اسـتفاده از تجربیـات سـایر افـراد و بازخوردهـای آنـان؛ لـذا ایـن یافتـه، که روان درمانـی مثبـت بـه افزایـش خودکارآمـدی درد و انعطـاف پذیـری روان شـناختی منجـر شـده اسـت، شـاید بـه دلیـل ماهیـت گروهـی بـودن درمـان نیـز بـوده اسـت.

همچنیـن تأکیـد بـر رفتارهـای وابسـته بـه رضایـت از زندگـی ماننـد غلبـه بـر چالش‌هـای زندگـی، تجربـه هیجانـات مثبـت، خودارزشـمندی و انتخـاب فعالیت‌هـا کـه از اقدامـات و تکنیک‌هـای روان شناسـی مثبـت می‌باشـد، می‌توانـد در افزایـش تـوان مبتلایـان بـا درد در نحـوه کنارآمـدن و خودکارآمـدی آنـان تاثیرگـذار باشـد. افـراد درای هیجانـات مثبـت و خشـنود در مقایسـه بـا افـراد ناراضـی بـه احتمـال بیشـتری خوشـبین، امیـدوار، دارای نگـرش مثبـت و علاقـه مند هسـتند در حالـی کـه افـرادی بـا رضایـت کـم از زندگـی، خود، گذشـته و آینده‌شـان، دیگـران و نیـز رویدادهـا و موقعیت‌هـای زندگـی خـود را نامطلـوب ارزیابـی، و هیجان‌هـای منفـی ماننـد

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-28]

اضطـراب و افسـردگی بیشـتری را تجربـه می‌کننـد. بـر ایـن اسـاس، می‌تـوان گفـت کـه روان درمانـی مثبـت بـا تأثیـری کـه بـر غلبـه هیجانـات مثبـت بـر هیجانـات منفـی و روابـط مثبـت بـا دیگـران دارد، موجـب می‌شـود کـه خودکارآمـدی و انعطـاف پذیـری روان شـناختی افـراد مبتـلا بـه درد مزمـن تعدیـل یافتـه و بـه سـمت ابعـاد مثبـت گرایـش پیـدا کنـد. یافته‌هـای بـه دسـت آمـده از مطالعـات نشـان داده‌انـد کـه روان درمانـی مثبـت گـرا بـه عنـوان یـک درمـان مثبـت گـرا باعـث افزایـش هیجان‌هـای مثبـت مثـل شـادکامی، بهزیسـتی روان شـناختی و رضایـت از زندگـی می‌شـود. لیبومیرسـکی و لائـوس[۴۳] معتقدنـد کـه مداخله‌هـای روان درمانـی مثبـت نگـر از طریـق افزایـش هیجـان مثبـت، افـکار و رفتارهـای مثبـت و ارضـای نیازهـای اساسـی افـراد مثـل خودمختـاری، عشـق و تعلـق خاطـر و ارتبـاط، باعـث کاهـش افسـردگی، افزایـش شـادکامی و احسـاس بهزیسـتی روان‌شـناختی می‌شـود. در همیـن راسـتا می‌تـوان گفـت کـه روان درمانـی مثبـت گـرا می‌توانـد بـا ایجـاد هیجـان مثبـت باعـث افزایـش احسـاس لـذت، تقویـت توانمندی‌هـا و افزایـش معنـا، کاهـش میـزان بدبینـی نسـبت بـه آینـده و جهـان شـده و خـوش بینـی جـای آن را می‌گیـرد و زمینـه را بـرای بهزیسـتی هیجانـی افـراد فراهـم می‌کنـد. بـه نظـر می‌رسـد کـه روان درمانـی مثبـت بـدون تاکیـد بـر علایـم منفـی و فقـط از طریـق افزایـش احسـاس لـذت، تقویـت توانمندی‌هـا و ویژگی‌هـای مثبـت فـردی و افزایـش احسـاس معنـا و هدفمنـدی در زندگـی می‌توانـد باعـث افزایـش خوش‌بینـی و بهزیسـتی هیجانـی و بـه تبـع آن باعـث افزایـش خودکارآمـدی فـرد شـود. خودکارآمـدی معمـولاً بـا روش مقابلـه ای فعـال و سـازگارانه و یـا بـه عبارتـی بـا خودمدیریتـی درد همـراه اسـت کـه باعـث می‌شـود کـه فـرد بـه جـای اجتنـاب از موقعیت‌هـا بـه آ نهـا گرایـش پیـدا کنـد و پشـتکار و تـلاش بیشـتری از خـود نشـان دهـد (ترنـر). بنابرایـن خودکارآمـدی نـه تنهـا یک سـازه خدشـه ناپذیـر دارای قـدرت پیـش بینـی مسـجّل شـده در جنبه‌هـای گوناگـون عملکردهـای رفتـاری بـوده[۴۶] بلکـه عامـل مهـم معنـاداری در انـواع مختلـف رفتارهـای مربـوط بـه شـیوه‌ی زندگـی بـا خودمدیریتـی بیماری‌هـا می‌باشـد[۴۴].

بـرای تبییـن ایـن یافته‌هـا همچنیـن می‌تـوان بـه تأثیـر و کارکـرد هیجان‌هـای مثبـت اشـاره نمـود. بنـا بـه اعتقـاد فردریکسـون[۳۸] ایجـاد هیجان‌هـای مثبـت در افـراد کـه از تمرین‌هـا و مفروضه‌هـای اصلـی روانشناسـی مثبتنگـر اسـت؛ منجـر بـه خنثـی نمـودن اثـر هیجان‌هـای منفـی، ایجـاد و افزایـش منابـع شـخصی، ارتقـاء تـاب‌آوری روانشـناختی، افزایـش سـلامت جسـمی و روانشـناختی و همچنیـن ایجـاد بسـتر لازم بـرای بالندگـی انسـان، می‌شـود در نتیجـه ایـن افزایـش تـاب آوری و افزایـش منابـع شـخصی میزان خوشـبینی افـراد یعنـی انتظـار مثبـت آنـان در مـورد واقـع آینـده افزایـش می‌یابـد. فردریکسـون[۳۸] بـر پایـه نظریـه گسـترش و سـاخت هیجان‌هـای مثبـت معتقـد اسـت وجـود عواطـف مثبـت بـا سـطوح بـالای خلاقیـت و انعطاف‌پذیـری روان‌شـناختی رابطـه معنـادار دارد. بـه بـاور وی کسـانی کـه عواطـف مثبـت بالایـی دارنـد قـادر بـه تجربـه لـذت هسـتند. دامنـه تفکـر وسـیع‌تر و خلاقانـه تـری دارنـد و از تفکـرات خوشـبینانه تـری برخـوردار هسـتند. همچنیـن دارا بـودن عواطـف مثبـت نقـش مهمـی در رضایـت از زندگـی، خوشـبینی، سـلامت هیجانی-اجتماعـی، شـناخت، سـلامت جسـمانی و عملکـرد افـراد ایفـا می‌کنـد. همچنیـن فردریکسـون[۳۸] بـر پایـه نظریـه گسـترش و سـاخت پیرامـون کارکردهـای هیجان‌هـای مثبـت معتقـد اسـت وجـود هیجان‌هـا و عواطـف مثبـت، اثـر هیجان‌هـا و عواطـف منفـی را خنثـی می‌نمایـد. وی بـا طـرح نظریـه ابطالسـازی، معتقـد اسـت هیجان‌هـای مثبـت بـه عنـوان پادزهرهـای کارآمـدی در برابـر تأثیـرات پایـدار هیجان‌هـای منفـی عمـل می‌کننـد. بـه عبـارت دیگـر، هیجان‌هـای مثبـت می‌تواننـد تأثیـرات ناشـی از هیجان‌هـای منفـی را تصحیـح و یـا خنثـی) ابطـال (نماینـد. در تمرین‌هـای مثبـت نگـر نیـز بـه افـراد آمـوزش داده می‌شـود تـا سـه رویـداد مثبـت در زندگـی روزانـه خـود را ثبـت نماینـد. از آنجـا کـه افـراد ایـن رویدادهـا رابـه توانمندی‌هـای خـود نسـبت می‌دهنـد در آنـان هیجـان و عواطـف مثبـت ایجـاد می‌شـود.

پژوهـش حاضـر نیـز ماننـد سـایر پژوهش‌هـای حـوزه علـوم

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-28]

رفتـاری دارای محدودیت‌هایـی بـود از جملـه اینکـه: نمونـه پژوهـش حاضـر صرفـاً زنـان مبتـلا بـه درد مزمن شـهر اصفهان بـوده و در تعمیـم نتایـج بـه سـایر جمعیت‌هـای سـنی و مـردان و سـایر نقـاط بایـد جوانـب احتیـاط را رعایـت نمـود. از دیگـر محدودیت‌هـای ایـن پژوهـش نبـود دوره پیگیـری بـود کـه بواسـطه محدودیت‌هـای زمانـی امـکان پیگیـری بلندمـدت وجـود نداشـت. اسـتفاده از ابـزار خودگزارشـی نیـز کـه همـواره بـا مقـداری سـوگیری از جانـب آزمودنی‌هـا روبـه روسـت، از دیگـر محدودیت‌هـای پژوهـش می‌باشـد. در راسـتای نتایـج پژوهـش حاضـر و بـا توجـه بـه کوتـاه مـدت بـودن و در نتیجـه مقـرون بـه صرفـه بـودن و همچنیـن تمرینـات آن نسـبت بـه سـایر رویکردهـای درمانـی کـه سـاده‌تر و قابـل فهم‌تـر اسـت، پیشـنهاد می‌شـود که متخصصـان، روان‌شناسـان، روان‌پزشـکان و مشـاوران در کار بـا مبتلایـان بـه درد مزمـن، روان درمانـی مثبـت را بـه عنـوان شـیوه‌ای نویـن و مؤثـر و متفـاوت جهـت توانمنـد کـردن ایـن افـراد در مدیریـت درد و فراینـد کنارآمـدن بـا درد و افزایـش مؤلفه‌هـای مثبـت هیجانـی، رفتـاری و شـناختی ایـن افـراد مدنظـر داشـته باشـند.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-28]

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, Esmaiel Ebrahimi Takamjani, Hosein Nayeb Aghaee. The relation between acceptance of pain and reduced pain intensity and disability among chronic pain patients journal of behavioual sciennce و 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.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-28]

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

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-28]

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,CoronadoRA, 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, Ruehlman 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., & Liau, 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.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-28]

Journal of Anesthesiology and Pain Winter 2019, Vol 9, NO 4

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

Neda Ghasemi[1], Mitra Goudarzi [2], Fazlolah Mirderikvand[3*], Simin GholamreZaei[4]

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

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-28]

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