Journal of Anesthesiology and Pain Winter 2021, Vol 12, NO 4



Psychological Empowerment Strategies in Chronic Pain Management: A grounded Theory Study

Violet Alipour [1], Manouchehr Shirazi [2 *], Vida Alipour [3]

1. PhD of Psychology, Dept of Psychology, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.
2. Assistant Professor, Dept of Nursing, Faculty of Nursing and midwifery, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.
3. PhD of Medical Physiology, Tarbiat Modaress University, Tehran, Iran

ABSTRACT

Aims and background: With respect to the rising trend of chronic pain and demand for paying attention to the psychological dimensions of chronic pain, identifying practical strategies for psychological empowerment in chronic pain management process is high importance. So, the current study aimed to explore the psychological empowerment strategies in chronic pain management among health care providers and patients'point of view.

Materials and Methods: The grounded theory approach was applied in this qualitative study. Semi-structured interviews and observation of participants as the main methods for data collection was used. 15 members of the health care providers had a greater relationship with the psychotic dimensions of chronic pain management and 6 patients with chronic pain participated with purposive and theoretical sampling methods. Sampling was continued until data saturation and data analysis was performed concurrently with data gathering based on Corbin and Strauss's proposed method. Data validity was confirmed via Lincoln and Gubba's approach.

Results: The theme of "facing pain" was identified as the main approach in psychological empowerment, which consisted of two subthemes of pain experience and resilience. In this regard, the subthemes of pain experience were obtained from the subcategories of coping strategies and openness to pain. The two subcategories of ambiguity tolerance and self-efficacy also created the resilience sub theme. Interactions between experiencing pain and resilience could lead to facing pain.

Conclusion: Identyfieng and using of applicable and appropriate strategies such as facing pain for psychological empowerment could improve chronic pain management and also reduce the challenges of health care providers, client and family in chronic pain management.

KeyWords: Psychological Empowerment; Chronic Pain Management; grounded Theory Study

Please cite this paper as:
Alipour V, Shirazi M, Alipour V [Psychological Empowerment Strategies in Chronic Pain Management: A grounded Theory Study (Persian)]. J Anesth Pain 2021; 12(4):72-86.

Corresponding Author: Manouchehr Shirazi, Assistant Professor, Dept of Nursing, Faculty of Nursing and midwifery, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.
Email: shirazimanouchehr57@gmail.com

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-19]

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۱۲، شماره ۴، زمستان ۱۴۰۰

راهبردهای توانمندسازی روانشناختی در مدیریت درد مزمن: یک تحقیق گراندد تئوری

ویولت علی پور [۱]، منوچهر شیرازی [۲*]، ویدا علی پور [۳]

۱. دکترای روانشناسی، گروه روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، اهواز، ایران
۲. فلو شیپ یادگیری الکترونیک، دکترای تخصصی پرستاری، استادیار گروه پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، اهواز، ایران
۳. دکترای تخصصی فیزیولوژی پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۲/۵ تاریخ بازبینی: ۱۴۰۰/۵/۱۴ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۸/۱۷

چکیده

زمینـــه و هـــدف: بـا توجـه بـه رونـد رو بـه افزایـش درد مزمـن و ضـرورت توجـه بـه ابعـاد روانـی درد مزمـن، شناسـایی راهبردهـای کاربـردی توانمندسـازی روانشـناختی در فرآینـد مدیریـت ایـن نـوع درد، از اهمیـت فراوانـی برخـوردار اسـت، بدیـن جهـت ایـن مطالعـه بـا هـدف تبییـن راهبردهـای توانمندسـازی روانشـناختی در مدیریـت درد مزمـن ازدیـدگاه اعضـای گـروه درمانـی و بیمـاران انجـام گردیـد.

مـواد و روش‌هـا: در ایـن پژوهـش کیفـی کـه از رویکـرد گرانـدد تئـوری اسـتفاده شـده اسـت، روش اصلـی گـردآوری داده‌هـا مصاحبه‌هـای نیمـه سـاختار یافتـه و مشـاهده شـرکت کننـدگان بـود. شـرکت کننـدگان شـامل ۱۵ نفـر از اعضـای گـروه درمانـی کـه ماهیـت کار آنهـا ارتبـاط بیشـتری بـا ابعـاد روانشـناختی مدیریـت درد مزمـن داشـت، و ۶ بیمـار مبتـلا بـه درد مزمـن بودنـد کـه بـا اسـتفاده از روش نمونه‌گیـری هدفمنـد و نظـری در مطالعـه شـرکت نمودنـد. نمونه‌گیـری تـا زمـان اشـباع داده‌هـا ادامـه یافـت. تحلیـل داده‌هـا همزمـان بـا جمـع‌آوری اطّلاعـات بـا اسـتفاده از روش کوربیـن و اشـتراوس انجـام گردیـد. اعتبـار داده‌هـا بـر اسـاس معیارهـای لینکلـن وگابـا تأییـد شـد.

یافته‌هـا: درونمایـه "مواجـه بـا درد" بـه عنـوان راهبـرد اصلـی در توانمنـد سـازی روانشـناختی مشـخص گردیـد کـه از دو زیـر طبقـه تجربـه‌ی درد و تـاب‌آوری تشـکیل شـده بـود. در همیـن رابطـه زیـر طبقـه تجربـه‌ی درد از زیـر طبقـات راهکارهـای مقابلـه‌ای و گشـودگی در مقابـل درد حاصـل شـده بـود. دو زیـر طبقـه تحمـل ابهـام و خودکارآمـدی نیـز، زیـر طبقـه تـاب‌آوری را ایجـاد نمودنـد. تعامـلات بیـن تجربـه‌ی درد و تـاب‌آوری می‌توانـد منجـر بـه مواجـه بـا درد گـردد.

نتیجه‌گیـری: شناسـایی و اسـتفاده از راهبردهـای مناسـب و کاربـردی ازجملـه مواجـه بـا درد جهـت توانمندسـازی روانشـناختی در بیمـاران مبتـلا بـه درد مزمـن می‌توانـد در مدیریـت ایـن نـوع درد مفیـد واقـع شـده، همچنیـن چالش‌هـای کادر درمانـی، مددجـو وخانـواده بـرای مدیریـت درد مزمـن را کاهـش دهـد.

واژه‌های کلیدی: توانمند سازی روانشناختی؛ مدیریت درد مزمن ؛ گراندد تئوری

مقدمه

امـروزه یکـی از چالش‌هـای عمـده نظـام سـلامت، درد مزمـن اسـت، زیـرا ایـن نـوع درد بسـیار پیچیـده بـوده و علائـم و عـوارض شـدیدی بـه همـراه دارد. از طـرف دیگـر، عـدم کنتـرل و مدیریـت آن معضـلات اجتماعـی و اقتصـادی قابـل توجهـی را نیـز در پـی خواهـد داشـت، بصورتـی کـه باعـث

نویسنده مسئول: منوچهر شیرازی، فلوشیپ یادگیری الکترونیک، دکترای تخصصی پرستاری، استادیار گروه پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، اهواز، ایران
پست الکترونیک: shirazimanouchehr57@gmail.com

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-19]

تحمیل مشکلات و هزینه‌های هنگفتی بر دوش بیماران، خانواده‌های آنها، سیستم‌های بهداشتی درمانی و جامعه می‌گردد. در همین رابطه هزینه درد مزمن و عوارض ناشی از آن ۵۶۰ تا ۶۳۵ میلیارد دلار در سال تخمین زده می‌شود. این نوع درد عوارض متعدد دیگری نیز همچون از دست دادن عملکرد و شغل افراد در پی دارد و می‌تواند به طورجدی کاهش کیفیت زندگی و اختلال در سلامت جسمی، روان شناختی و رفاه اقتصادی بیماران را در پی داشته باشد[۱،۲،۳].

به واقع، درد مزمن بصورت یک اپیدمی پنهان در حال افزایش است، و میزان بروز آن به دلیل افزایش مشکلات همراه و بیماری‌های زمینه‌ای مانند چاقی و دیابت همچنین به موازات رشد محیط‌هایی که شرایط ضعیف سبک زندگی مانند بی تحرکی را پرورش می‌دهند در بسیاری از کشورها روند صعودی دارد[۴]. بر طبق آمارهای موجود ۳۰ تا ۵۰ درصد جمعیت جهان تحت تأثیر این نوع درد قرار دارند[۵و۲]. در ایران نیز شیوع درد مزمن در جمعیت بزرگسال (۱۸ تا ۶۵ سال) از ۹ تا ۱۴ درصد و در جمعیت سالمند(۶۰ تا ۹۰ سال) حدود ۶۷ درصد گزارش شده است[۶].

نتایج تحقیقات مختلف بیانگر این است که تسکین و یا درمان این نوع درد مزمن در بسیاری از بیماران، بخوبی انجام نمی‌شود[۸و۷]. زیرا در مدیریت این نوع درد، تمرکز بر رویکرد سنتی و محدود زیستی پزشکی منجر به غفلت در خصوص دیگر ابعاد درد ازجمله بُعد روانی درد شده است. در حالی که درد مزمن یک پدیده زیستی، روانی، اجتماعی است[۴]. و توجه به ابعاد روانی آن نیز از اهمیت زیادی برخوردار است. در همین رابطه Kamper و همکاران (۲۰۱۵) معتقدند که استفاده از مداخلات روانشناختی در کنار بازتوانی فیزیکی در بیماران مبتلا به درد مزمن نسبت به اقدامات معمول و رایج در کاهش درد و ناتوانی حاصل از آن، مؤثرتر است[۹].

یکی از شیوه‌های مؤثر در کنترل و مدیریت درد مزمن توانمندسازی بیماران است[۱۰]. توانمندسازی بیمار یک مفهوم و سازه چند عاملی است. طبق تعریف فرایندی است که از طریق آن مردم کنترل بیشتری بر تصمیمات و اقدامات مؤثر بر سلامت خود به دست می‌گیرند، که می‌تواند از طریق توسعه مهارت، دسترسی به اطلاعات و منابع و تأثیرگذاری بر آن عواملی که بر سلامت و سلامت آنها تأثیر می‌گذارد، به دست آید[۱۲و۱۱].

توانمندسازی بیماران مبتلا به درد مزمن می‌تواند منجر به بهبود نتایج مبتنی بر فرد شود به طوری که یک عنصر کلیدی برای بهبود پیامدهای بهداشتی، رضایت کاربران از مراقبت‌های بهداشتی، ارتباط بین بیماران و متخصصان بهداشتی درمانی، پایبندی بهتر بیمار به رژیم‌های درمانی، و اطمینان از استفاده کارآمد از منابع بهداشتی اولیه است[۱۳].

مرور مطالعات نشان می‌دهد که در مداخلات توانمندسازی به همه ابعاد توانمندسازی توجه نمی‌شود[۱۵و۱۴]. این در حالی است که در مداخلات توانمندسازی باید به همه ابعاد توانمندسازی از جمله تغییر نگرش بیماران، خودکارآمدی، خودهدایتی، تغییر در ابعاد روانی شامل کاهش استرس و اضطراب، بهبود کیفیت زندگی، خودمدیریتی، خودظرفیتی و بهبود عملکرد فیزیکی بیماران توجه شود[۱۶]. یکی از ابعاد مهم آن، توانمندسازی روانشناختی است که یک سازه روانشناختی بوده که به فرد اجازه می‌دهد تا ارتباطات اجتماعی مؤثری داشته باشد و باعث مسئولیت‌پذیری فرد در مورد سلامت خود خواهد شد[۱۷].

یکی از مشکلات موجود در زمینه توانمندسازی روانشناختی این بیماران فقدان یک راهبرد و استراتژی کاربردی مبتنی بر فرد می‌باشد، تا به فرد اجازه دهد ارتباطات اجتماعی مؤثری داشته باشد و باعث مسئولیت‌پذیری فرد در مورد سلامت خود گردد[۱۷].

در بررسی بعمل آمده تا زمان انتشار این مقاله به طور اختصاصی مطالعه مشابهی در رابطه با راهکارها و یا راهبردهای توانمندسازی روانشناختی در بیماران مبتلا به درد مزمن یافت نشد، با این وجود Te Boveldt و

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-19]

همکاران(۲۰۱۴) در یک پژوهش کیفی از نوع گراندد تئوری تحت عنوان "توانمندسازی بیمار در مدیریت درد سرطان: یک بررسی یکپارچه و منسجم" که در هلند انجام دادند به این نتیجه رسیدند که توانمندسازی بیمار به عنوان یک عنصر اساسی و مرکزی برای موفقیت در مدیریت درد می‌باشد و توانمندسازی با مفاهیم خودکارآمدی، مشارکت فعال بیمار، افزایش توانایی‌ها و کنترل زندگی مشخص شد. عناصر توانمندسازی که می‌تواند مورد افتراق قرار گیرد شامل نقش بیمار، نقش افراد حرفه‌ای، منابع، خودکارآمدی، مقابله فعال، و تصمیم‌گیری مشترک است[۱۸].

در یک پژوهش کیفی دیگر تحت عنوان "دیدگاه بیمار در مورد مدیریت درد مداخله‌ای: تحلیل موضوعی یک مطالعه مصاحبه کیفی" توسط Hambraeus و همکاران(۲۰۲۰) که در سوئد انجام شد گروه تحقیق درپایان به این نتیجه رسیدند که، افراد چیزی را گزارش کردند که به بهترین وجه به عنوان «توانمندسازی به دست آمده» در طول مدیریت درد مداخله‌ای، توصیف شده است[۱۹].

تحقیقات کیفی درمواردی که دانش اندکی درباره مسئله مورد مطالعه وجود داشته باشد، مفید خواهد بود[۲۰]. با توجه به این که در خصوص راهبردهای کاربردی توانمندسازی روانشناختی در حیطه درد مزمن دانش اندکی وجود دارد و با توجه به ماهیت نژادی، قومیتی و فرهنگی موضوع نمی‌توان از راهبردها و استراتژی‌های مشابه مربوط به سایر کشورها بهره گرفت. لذا، انجام پژوهشی کیفی لازم و مقتضی است. بدین جهت در این پژوهش به منظور تبیین راهبردهای توانمندسازی روانشناختی در مدیریت درد مزمن از روش پژوهش گراندد تئوری، استفاده شده است.

روش مطالعه

در این مطالعه کیفی از رویکرد گراندد تئوری جهت طراحی الگوی توانمندسازی روانشناختی در فرآیند مدیریت درد مزمن درطول سال‌های ۱۳۹۹-۱۳۹۷ در شهر اهواز استفاده شد. رویکرد گراندد تئوری شامل مجموعه‌ای از مراحل است که اجرای دقیق و منظم آن موجب ظهور یک نظریه نهفته در اطّلاعات می‌گردد[۲۱]. بدین جهت، این مطالعه به منظور طراحی الگوی توانمند سازی روانشناختی در مدیریت درد مزمن ازدیدگاه شرکت کنندگان آن انجام گردید. در این پژوهش به منظور گردآوری داده‌ها از مصاحبه‌های بدون ساختار، مشاهده شرکت کنندگان و یادآورنویسی استفاده گردید. جمع‌آوری اطّلاعات در ابتدا به صورت مبتنی بر هدف (Purposeful) شروع شد و سپس به صورت نمونه‌گیری نظری (Theoretical sampling) تا اشباع داده‌ها ادامه یافت. در نمونه‌گیری نظری انتخاب هر نمونه بستگی به داده‌های جمع‌آوری شده از نمونه یا نمونه‌های قبلی دارد[۲۲و۲۳].

شرکت‌کنندگان در این پژوهش شامل ۱۵ نفر از اعضای گروه درمانی که ماهیت کار آنها ارتباط بیشتری با ابعاد روانشاختی مدیریت درد مزمن داشت و ۶ بیمار مبتلا به درد مزمن بودند. اعضای گروه درمانی شامل هفت نفر روانشناس، سه نفر روانپرستار و پنج نفر روانپزشک در شهر اهواز بودند. معیارهای انتخاب اعضای تیم درمانی شامل درمانی شامل داشتن تجربه و اطّلاعات مناسب در رابطه با موضوع پژوهش همچنین، تمایل به بازگویی این اطّلاعات در تمامی شرکت‌کنندگان بود. معیارهای بیماران شرکت‌کننده در مطالعه نیز شامل داشتن سن ۱۸ سال یا بالاتر، داشتن تجربه درد مزمن غیرسرطانی، برخورداری ازهوشیاری کامل، داشتن تمایل به بیان احساسات درونی خود نسبت به مفهوم مورد تحقیق، توانایی گفتگو به زبان فارسی، دارا بودن ثبات روانی لازم برای انتقال تجارب خود و عدم ابتلاء به بیماری تأیید شده روانی، نابینایی و ناشنوایی براساس تشخیص پزشک معالج بود. به علاوه، شرکت‌کنندگان با حداکثر تنوّع از لحاظ سن، جنس، وضعیت تأهل، وضعیت اجتماعی-اقتصادی انتخاب شدند. معیارهای انتخاب اعضای گروه

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-19]

در جمع‌آوری داده‌ها، شیوه مثلث‌سازی یا تلفیقی (Triangulation) زمانی، مکانی در انتخاب شرکت‌کنندگان مورد استفاده قرار گرفت.

پیش از آغاز هر مصاحبه، هدف مطالعه بیان گردیده و در رابطه با محرمانه ماندن اطّلاعات و ضبط مصاحبه‌ها برای شرکت‌کنندگان توضیح داده می‌شد. سپس، در صورت تمایل به شرکت در مطالعه، رضایت‌نامه کتبی به طور آگاهانه تکمیل می‌گردید. مصاحبه‌ها به شیوه چهره به چهره بود و محل آن نیز در مراکز تشخیصی درمانی، محل کار و پارک‌های سطح شهر اهواز و بر اساس تمایل آنها در محلی که آنها احساس راحتی می‌نمودند، انجام گرفت. از سؤالات راهنما در مصاحبه‌ها استفاده شد که براساس اهداف پژوهش تنظیم شده بودند.

مصاحبه‌هایی که با شرکت‌کننده‌های بیمار انجام می‌شد با سؤال باز "درباره مسائل روحی روانی مؤثر در دردتون چی می‌تونید بگید؟"، و در اعضای گروه درمانی با سؤال باز" در رابطه با راهکارهای توانمندسازی روانشناختی در فرآیند مدیریت درد مزمن بیماران چی می‌تونید بگید؟" آغاز می‌گردید. درادامه، سؤالات پی‌گیری کننده بر اساس اطّلاعاتی که شرکت کنندگان ارائه می‌نمودند جهت روشن شدن مفهوم مورد بررسی مطرح می‌گردید. سؤالات مصاحبه‌های بعدی بر اساس طبقات استخراج شده مطرح شد.

مدت زمان مصاحبه‌ها باید کمتر از یک ساعت باشد، اما با وجود آن تجربه نشان می‌دهد که مدت مصاحبه به مصاحبه شونده بستگی دارد[۲۴]. در این پژوهش نیز مدت زمان مصاحبه‌ها با هر شرکت کننده بسته به تحمل و میزان علاقه وی در یک جلسه صورت گرفت، که حداقل ۳۰ دقیقه و حداکثر ۵۰ دقیقه بود که با استفاده از تلفن همراه، ضبط گردید.

در فرآیند تحلیل محتوای مصاحبه‌ها، به منظور کسب اطمینان از رعایت امانت در انتقال گفتار مشارکت‌کنندگان، جملات عیناً با زبان محاوره‌ای مشارکت‌کنندگان و به صورت کلمه به کلمه از صدای پخش شده از تلفن همراه دست نویس گردیده و بر روی فایل نوشتاری دیجیتالی رایانه‌ای نوشته شد. در ادامه متن آنها چندین بارخوانده شد تا درک کلّی از آنها به دست آید و بلافاصله با استفاده از نرم‌افزار تحلیل کیفی MAXQDA 10، سازماندهی و تحلیل شد. در مشاهدات انجام شده، عکس‌العمل‌های غیرکلامی و برخوردها و ارتباطات مشارکت‌کنندگان در هنگام مصاحبه مورد بررسی قرار گرفته و بلافاصله پس از پایان مصاحبه ثبت شده و با استفاده از نرم‌افزار فوق مورد تحلیل قرار گرفت. همه مصاحبه‌ها و مشاهدات توسط یک پژوهشگر انجام شد.

به منظور تجزیه وتحلیل داده‌ها از روش تحلیل محتوای Corbin و Strauss و مقایسه مداوم داده‌ها استفاده شد[۲۳]. داده‌های حاصل از مصاحبه، مشاهده و یادآورنویسی هم زمان با استفاده از شیوه‌های مقایسه‌ای مداوم، تحلیل گردیدند. تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده از مصاحبه‌های ابتدایی با افراد شرکت کننده و پدیدار شدن طبقات اولیه، باعث هدایت پژوهشگر جهت انجام مصاحبه‌های بعدی با تعدادی از اعضای گروه درمانی گردید تا افراد انتخاب شده بتوانند به روشن شدن بیشتر نظریه در حال پدیدار شدن کمک نمود. نمونه‌گیری و مشاهده آنقدر ادامه یافت تا داده‌ها به اشباع رسیدند.

برای تحلیل داده‌ها ازسه روش کدگذاری باز، محوری و انتخابی استفاده گردید. در روش کدگذاری باز، مفاهیم مرتبط با مطالعه مشخص گردید وکدهایی به آنها اختصاص داده شد. در همین رابطه، از دو شیوه کدگذاری استفاده گردید به صورتی که کدهای حاصله یا گفته‌های فرد در حین مصاحبه یا مشاهدهٔ حالات و یا موارد تلویحی استنباط شده توسط پژوهشگر بودند. در کدگذاری محوری، داده‌های کدگذاری شده با یکدیگر مقایسه، کدهای اولیه به طبقاتی کاهش و طبقات توسعه یافتند، به صورتی که طبقات مشابه با یکدیگر ترکیب شدند و هر طبقه با سایر طبقات مورد مقایسه قرار گرفت تا اطمینان حاصل شود که طبقات از یکدیگر

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-19]

متمایز هستند و طبقات انتزاعی‌تری نمایان گردید. در کدگذاری محوری، طبقات اصلی با زیر طبقات خود بر اساس مدل پارادایمی "شرایط به وجود آورنده"، "زمینه"، "راهبردهایی که برای کنترل پدیده به کار می‌رود"مداخله‌گرها" و "پیامدها" ارتباط داده شدند. در کدگذاری انتخابی، پژوهشگر به تعیین متغیرها و مفاهیم اصلی پرداخت و عناوینی را برای این مفاهیم برگزید[۲۳و۲۱]. جهت اطمینان از استحکام داده‌ها (Rigour)، از چهار معیار موثّق بودن Lincoln و Gubba که شامل: اعتبار (Credibility)، تأییدپذیری (Confirmability)، قابلیت اعتماد (Dependability) و انتقال‌پذیری (Transferability) است، استفاده گردید[۲۵]. بدین منظور، در ابتدا پژوهشگر به منظور کسب اطمینان از اعتبار یافته‌ها با محل‌های تحقیق ارتباط طولانی مدت داشته که به جلب اعتماد شرکت‌کنندگان و همچنین، به درک محیط مورد مطالعه کمک نمود. به علاوه، راهبرد نمونه‌گیری مورد استفاده که شامل شیوه تلفیقی زمانی، مکانی و تنوّع نمونه‌ها در انتخاب شرکت‌کنندگان و روش گردآوری داده‌ها بود، شرکت‌کنندگان را در طیف وسیعی از تنوّع نمونه‌ها و شاخص‌های دموگرافیک قرار داد تا اعتبار داده‌ها بیش از پیش حاصل شود. به علاوه، از روش‌های مختلفی مانند بررسی و مشاهدهٔ مداوم، تخصیص زمان کافی برای جمع‌آوری داده‌ها، حسن ارتباط با مشارکت‌کنندگان و انجام مصاحبه در مکان‌های مناسب با انتخاب توسط مشارکت کنندگان (همانند منزل شرکت‌کنندگان، بیمارستان‌ها یا پارک‌های سطح شهر اهواز) جهت افزایش مقبولیت و قابلیت اعتماد داده‌ها استفاده شد.

برای حصول اطمینان از تأییدپذیری یافته‌ها و تأیید صحت داده‌ها و کدها، از بازنگری شرکت‌کنندگان استفاده شد، یعنی بعد از کدگذاری، متن مصاحبه به شرکت‌کننده بازگردانده شد تا از صحت کدها و تفاسیر اطمینان حاصل شود. کدهایی که از نظر شرکت‌کنندگان بیانگر دیدگاه آنان نبود، اصلاح گردید. به منظور تعیین قابلیت اعتماد داده‌ها، متن برخی از مصاحبه‌ها مورد بازنگری ناظرین قرارگرفت، یعنی کدها و طبقات استخراج شده علاوه بر پژوهشگر توسط ۳ نفر از اعضای هیأت علمی مورد بررسی قرارگرفت که ۹۰-۸۵ درصد توافق در میان نتایج استخراج گردیده وجود داشت. برای محاسبهٔ توافق از روش پیشنهاد شده توسط پولیت و بک استفاده شد[۲۵]. به صورتی که به عنوان مثال، تعداد کدهای استخراج شده از یکی از مصاحبه‌ها توسط پژوهشگر۹۲ کد بود، فرد کدگذاردوم در۸۱ مورد از این کدها با پژوهشگر توافق داشت که میزان توافق ۸۸/۰۴ درصد محاسبه شد. جهت تأیید انتقال‌پذیری نیز یافته‌ها با نمونه‌هایی که در مطالعه شرکت نداشتند، در میان گذارده شد و نظرات آنها پیرامون تناسب یافته‌ها بررسی گردید که تناسب یافته‌ها را مورد تأیید قرار دادند.

یافته‌ها

این پژوهش بر روی دو گروه کادر درمانی و بیماران انجام شد. اعضای گروه درمانی شامل ۱۵ نفر بودند که ماهیت کار آنها ارتباط بیشتری با ابعاد روانشاختی مدیریت درد مزمن داشت و تخصّص‌های آنها در زمینه روانشناسی و روانپزشکی بود، از میان آنها ۷ نفر روانشناس،۳ نفر روانپرستار و ۵ نفر دیگر، روانپزشک بودند. (جدول ۱)، گروه بیماران، شام ۶ بیمار مبتلا به درد مزمن بودند، سن بیماران شرکت‌کننده بین ۲۰ تا ۶۰ سال با میانگین ۴۹ سال بود، ۳ نفر آنها زن و۳ نفر دیگر مرد بودند (جدول ۲).

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-19]

جدول ۱: اطلاعات جمعیت شناختی کادر درمانی مشارکت‌کننده (n=۱۵)

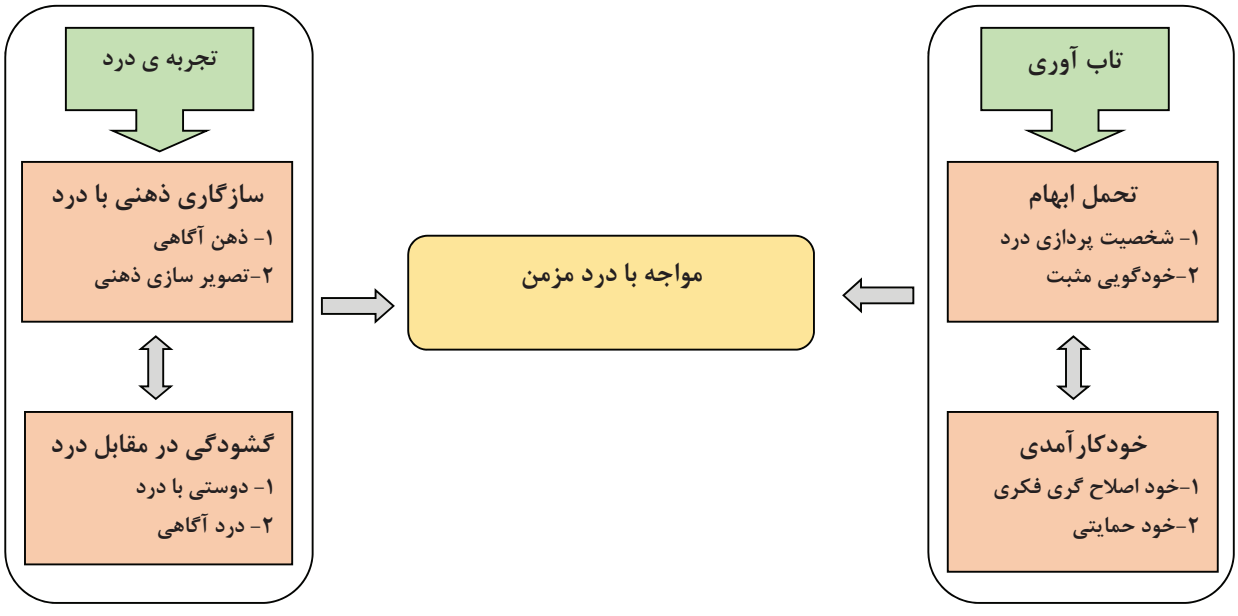
نوع تخصص	تعداد	جنسیت		سن	تأهل		تحصیلات		
		زن	مرد	میانگین± انحراف معیار	متأهل	مجرد	کارشناسی	کارشناسی ارشد	دکترا
روانشناس	۷	۴	۳	۳۲ ± ۵	۴	۳	۱	۴	۲
روانپرستار	۳	۱	۲	۳۵ ± ۳	۲	۱	۱	۲	-
روانپزشک	۵	۳	۲	۳۸ ± ۶	۴	۱	-	-	۵

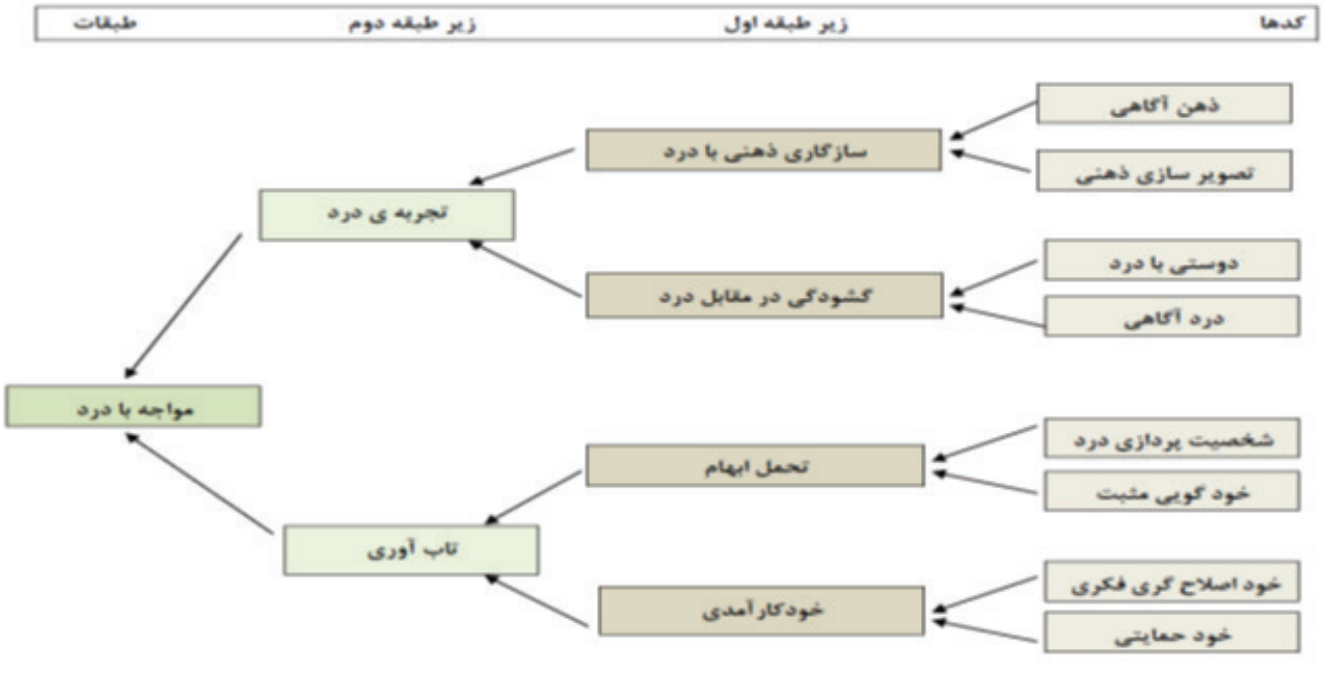
جدول ۲: اطلاعات جمعیت شناختی بیماران مشارکت کننده (n=۶)

نوع متغییر	دامنه متغییر	فراوانی (تعداد/ درصد)
جنس	زن	۳(٪۵۰)
	مرد	۳(٪۵۰)
وضعیت تأهل	متأهل	۳(٪۵۰)
	مجرد	۳(٪۵۰)
سن(سال)	۲۰-۳۰	۱(٪۱۷)
	۳۱-۴۰	۲(٪ ۳۳)
	۴۱-۵۰	۲(٪ ۳۳)
	۵۱-۶۰	۱(٪۱۷)
تحصیلات	دیپلم و کمتر	۳(٪۵۰)
	دانشگاهی	۳(٪۵۰)

با توجه به نظر مشارکت‌کنندگان در این پژوهش و بر اساس تحلیل محتوای داده‌ها، از تعداد ۴۰۵ کد اولیه، شش درونمایه "چرایی درد"؛ "آسیب‌پذیری"؛ "تعاملات درد"؛ "دردمندی"؛ "مواجه با درد" و "خودتوانمندی" به عنوان سازه‌های اصلی تشکیل دهنده الگوی توانمندسازی روانشناختی در مدیریت درد مزمن مشخص گردیدند که در میان آنها خودتوانمندی درونمایه اصلی و مرکزی بود. (جدول شمارهٔ ۳).

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-19]





شکل ۱: راهبردهای توانمندسازی روانشناختی در مدیریت درد مزمن

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-19]

هنگامی از شرکت‌کنندگان در این پژوهش در رابطه با اهمیت و راهبردهای مختلف توانمندسازی روانشناختی در مدیریت درد مزمن پرسش شد، اغلب آنها معتقد بودند که در توانمندسازی روانشناختی بیماران از شیوه‌های مختلفی استفاده می‌شود که هر کدام دارای اثربخشی‌های متفاوتی هستند، بدین جهت انتخاب شیوه اختصاصی که متناسب با وضعیت بیمار باشد، برای کنترل و مدیریت درد ضروری است. در همین رابطه یکی از شرکت کنندگان کادر درمانی می‌گفت:

" ... روش‌های مختلفی برای توانمندسازی روانشناختی بیمار مبتلا به درد مزمن وجود داره و هر درمانگر ممکنه دریک یا درچند تکنیک مسلط باشه مثل اکت و سی‌بی‌تی و برای کنترل درد بیمار یا مراجعش استفاده کنه، ولی انتخاب تکنیک هم مهمه، بدون تکنیک کار کردن مثل رفتن به جنگ بدون تفنگ هستش ...." (شرکت کننده شماره ۲). (روانپزشک، ۴۵ ساله، مرد)

درونمایه "مواجه با درد" به عنوان راهبرد اصلی در توانمند سازی روانشناختی مشخص گردید که از دو زیر طبقه تجربه‌ی درد و تاب‌آوری تشکیل شده بود.

- مواجه با درد

راهبرد اصلی و کاربردی در توانمندسازی روانشناختی برای مقابله با درد مزمن، مواجه با درد بود. در همین زمینه یکی از اعضای تیم درمانی بیان نمود:

" ... بعضی از بیمار چون از درد می‌ترسن از هر کاری که فکر کنن ممکنه دردشون رو بیشتر کنه، اجتناب می‌کنن، گاهی انجام دادن کارها حتی می‌تونه باعث کاهش دردشون بشه، و در نهایت میزان اضطراب اون‌ها رو هم کم کنه، اما مواجه نشدن اونها میزان دردشون را بیشتر می‌کنه ..." (شرکت‌کننده شماره۱). (روانشناس، ۳۵ ساله، زن)

دو زیر طبقه تجربه‌ی درد و تاب‌آوری، طبقه مواجه با درد را تشکیل دادند.

۱- تجربه‌ی درد

بسیاری از بیماران که در زمینه کنترل درد خود موفق بودند، تجارب مختلفی داشتند. آنها از راهکارهای مقابله‌ای مختلف مانند ترکیبی از دارودرمانی، روان‌درمانی، فیزیوتراپی و درمان‌های مکمل استفاده می‌کردند. نقطه آغازین این اقدامات ورمز موفقیت آنها گشودگی در مقابل درد بود که مشخص شد. در همین زمینه یکی از بیماران شرکت کننده بیان نمود:

"... پارسال که دکتر گفت دردت مزمن شده و باید باهاش بسازی، اوایل باورم نمی‌شد، مشکلات زیادی برام درست کرده بود، دیدم تنها راهی که برام مونده دوست شدن با درد و نجنگیدن با اونه، اینجوری انرژیمو صرف درمانم می‌کنم، برا همین اول از قرص مسکن، شروع کردم وقتی دیدم خوب نمی‌شم از داواهای گیاهی، فیزیوتراپی استفاده کردم، پیش روانشناس هم رفتم که خدایش جواب گرفتم و خیلی بهتر شدم، دوست دارم این تجربه را به دیگران بدم..." (شرکت کننده شماره۳). (بیمار، ۴۵ ساله، مرد)

یکی دیگر از شرکت کنندگان می‌گفت:

".... من می‌گم درد مثل دشمن می‌مونه، به قول پدر خدا بیامرزم دشمنوتو نزدیک خودت نگه‌دار تا ناغافل بهت حمله نکنه و بتونی کنترلش کنی.... "(شرکت کننده شماره ۱۵) (بیمار، ۶۶ ساله، زن)

دو زیر طبقه سازگاری ذهنی با درد و گشودگی در مقابل درد، طبقه‌ی تجربه‌ی درد را تشکیل داده بودند.

- سازگاری ذهنی با درد

یافته‌های این مطالعه نشان داد با توجه به این که تجربه‌ی درد در مواردی در ذهن مراجع صورت می‌گیرد، اگر او بتواند با پیامدهای ناشی از مواجه شدن با درد ذهنی سازگاری یابد، می‌تواند درد خود را کاهش دهد. در همین رابطه یکی از شرکت‌کننده بیان داشت:

".... فکرهای مربوط به درد در ذهن بیماران می‌تونن دردسرساز باشن، و اون زمانیه که مراجع اقدام خاصی برای درمان انجام نمی‌ده، فکرها تو ذهنش می‌تونن داستانی غیر واقعی از درد بسازن

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-19]

.... "(شرکت کننده شماره ۷). (روانشناس، ۳۶ ساله، مرد)

- گشودگی در مقابل درد

یافته‌های مطالعه حاضر بیانگر این بود که نادیده گرفتن قسمتی از واقعیت‌ها در مواجه با درد شاید در کوتاه مدت باعث بهبود درد شود ولی در بسیاری از موارد ممکن است به تجربه درد بیشتری منتهی گردد، اگر فرد در مقابله با درد گشودگی و پذیرش داشته باشد و همه‌ی واقعیت را بدون قضاوت همانند یک فرآیند پویا نظاره‌گر باشد در مواجه با درد توانمندتر می‌شود.

در همین رابطه یکی از شرکت کننده اظهار داشت:

".... وقتی بیمار از این که درد داره احساس ناتوانی می‌کنه اون را انکار می‌کنه، این قسمت تحریف شده می‌تونه انرژی بیمار رو هدر بده و باعث بشه که تجربه‌ی درد ناخوشایندی در اونها شکل بگیره.، منم همیشه به مراجعینم می‌گم حتی در مقابل درد آغوشتون باز باشه تا انرژی خودتون رو برای درمانتون صرف کنین .... "(شرکت‌کننده شماره) شرکت کننده شماره ۹). (روانپزشک، ۳۸ ساله، زن)

۲- تاب‌آوری

یکی از شیوه‌ها و راهکارهای مؤثر درمواجه با درد و توانمندسازی روانشناختی آنان، تقویت تاب‌آوری در بیماران بود. در همین زمینه مشخص شد از جمله عواملی که می‌تواند در افزایش تاب‌آوری نقش مهمی داشته باشد تقویت توانمندی‌های خود، انعطاف در مقابل مشکلات بود. از طرف دیگر تحمل ابهام توانسته بود در ایجاد حس خودکارآمدی در مقابل اضطراب آنان نقش سازنده‌ای داشته باشد. در همین رابطه یکی از اعضای تیم درمانی گفت"... توانمندی مثل یک ساختمونه که از چندین ستون تشکیل شده، یکی از ستون‌هاش تقویت حرمت نفس، حل تعارضات روانشناختیه، حالا اگه این ستون‌ها دوام نداشته باشن با کوچکترین زلزله‌ای فرو می‌ریزن، پس باید تقویت بشن، یکی از این روش‌ها برطرف کردن ابهامات. و تقویت تاب‌آوری در اونهاس، تا به خودکارآمدی خودشون ایمان بیارن ..." (شرکت‌کننده شماره ۲). (روانشناس، ۴۵ ساله، مرد)

در همین رابطه یکی دیگر از کادر درمانی شرکت کننده در پژوهش گفت:

"... طی سالها کار کردن با مراجعین مبتلا به درد مزمن متوجه شدم افراد در مقابل درد متفاوت عمل می‌کنن چون میزان ظرفیت روانی اونها با هم فرق می‌کنن، بعضیا تحمل بیشتری دارن، خودگویی مثبت دارن، توانمندترن و در نهایت دردشون را بهتر کنترل می‌کنن ... " (شرکت کننده شماره ۱). (روانشناس، ۳۵ ساله، زن)

دو زیر طبقه تحمل ابهام و خودکارآمدی، طبقه‌ی تاب‌آوری را تشکیل داده بودند.

تحمل ابهام

یافته‌ها نشان داد یکی از راههای مدیریت اضطراب که در راستای توانمندسازی روانشناختی فرد است تحمل ابهام می‌باشد. چنانچه فرد مبتلا به درد مزمن موقعیت‌هایی که منجر به ابهام در خصوص درد می‌شود را تاب نیاورد و با استفاده از راهکار ناکارآمد بخواهد در کوتاهترین زمان بدنبال یافتن پاسخی برای حل آن موقعیت‌ها باشد، اضطراب ناشی از درد را تجربه می‌کند، و در نتیجه درد وی بیشتر می‌گردد. در حالی که کاربرد مهارتهایی همانند تاب‌آوری، حل مسئله، تصمیم‌گیری منجر به پذیرش ابهام ودر نهایت افزایش تاب‌آوری در فرد می‌شود.

در همین رابطه یکی از بیماران شرکت کننده در پژوهش گفت:

"... چیزی که در مورد منو می‌ترسونه اینه که نمی‌دونم قراره چی بشه، و درد قراره چه بلایی سرم بیاره، این منو بیشتر اذیت می‌کنه و مضطربم می‌کنه... " (شرکت کننده شماره ۱). (بیمار، ۲۵ ساله، زن)

خودکارآمدی

یافته‌ها بیانگر این بود که چنانچه فرد در مواجه با درد مزمن به توانمندی‌هایش اعتماد داشته باشد و مهارت

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-19]

خودآگاهی داشته باشد، می‌تواند در مسیر بهبودی از نقاط ضعف و توانمندی‌های خودش آگاهی بیشتری داشته و از آنها استفاده نموده که منجر به خودکارآمدی در مواجه با درد مزمن گردد.

در همین رابطه یکی از بیماران شرکت کننده در پژوهش اظهار داشت:

"... درد باعث شده خودم رو بیشتر بشناسم و ببینم چقدر قوی هستم، من همیشه می‌گم درسته جسمم در مقابل درد اونقدر توانمند نیست ولی روح و روانم خیلی توانمندتر شده ... " (شرکت کننده شماره ۱۱ (بیمار،۲۷ ساله، مرد)

بحث

مشکل اجتماعی اساسی مطرح شده از طرف شرکت‌کنندگان در این پژوهش کمبود توجه به ابعاد روانی درد مزمن بوده است که اغلب مورد غفلت قرار گرفته و بدین جهت منجر به عدم موفقیت در مدیریت درد مزمن شده است. نتیجهٔ این پژوهش شناسایی و تبیین راهبردهای توانمندسازی روانشناختی در مدیریت درد مزمن بود. در همین رابطه سازه مواجه با درد به عنوان راهبرد لازم جهت اجرای توانمندسازی روانشناختی شناخته شد. استفاده از تجربه درد از طریق سازگاری ذهنی با درد و گشودگی در مقابل درد می‌تواند فرآیند مواجه با درد را تسهیل نموده و در واقع به عنوان یک استراتژی راهبردی مناسب در بیماران فوق باشد. تجربه درد مزمن مفهوم پیچیده‌ای است که به توانمندی‌های شناختی، عاطفی، رفتاری و فیزیولوژیکی خود تنظیمی بیماران بستگی دارد و ممکن است به دلیل دیسترس‌های روانی، افزایش تعداد و بیماری‌های مزمن، شکست‌ها و بی‌تحرکی جسمی، منجر به خستگی فرد شود[۲۶،۲۷،۲۸]. در مقابل Campos و همکاران (۲۰۲۰) در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که تجربه درد می‌تواند به عنوان یک مفهوم گذرا، دردرساز و به ویژه مربوط به فعالیت‌های تحمل وزن باشد. علاوه بر این، تجربه درد دارای جنبه‌های شناختی- ارزیابی است که به منظور مدیریت آن تجربه درد درمان شناختی رفتاری می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد تا بهبود عملکردی حاصل شود. از طرف دیگر کاربرد فعال کننده‌های رفتاری، مانند لحاظ نمودن فعالیت در برنامه‌های روزانه و برجسته کردن پیشرفت‌ها، ممکن است به بیماران کمک کند تا بر تجربه‌های درد دردرساز غلبه نمایند[۲۹].

نتایج این مطالعه نشان داد استراتژی راهبردی دیگری که می‌تواند در بیماران مبتلا به درد مزمن مورد استفاده قرار گیرد و منجر به توانمندسازی روانشناختی آنان گردد پرورش و تقویت سازه و مفهوم تاب‌آوری از طریق تحمل ابهامات وخودکارآمدی است. همسو با این نتایج، Gentili و همکاران (۲۰۱۹) در مطالعه خود در سوئد به این نتیجه رسیدند که تاب‌آوری در افراد مبتلا به درد مزمن از اهمیت خاصی برخوردار است و دارای یک نقش کلیدی در رابطه با علائم و عملکرد این بیماران می‌باشد. بصورتی که بیمارانی که تاب‌آوری کمتری داشتند، درد بیشتری را بیان نمودند و عملکرد آنها بیشتر مختل شده بود[۳۰].

Goubert و Trompetter (۲۰۱۷) تاب‌آوری در رابطه با درد مزمن را توانایی بازگرداندن و تداوم زندگی و اشتغال به کارهای روزمره، در حضور درد می‌دانند. مکانیسم بالقوه مهم تاب‌آوری، ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است که تاثیری مثبت بر روی مقابله با درد داشته و منجر به رضایت از پاسخگویی به نیازهای روانی اساسی در رابطه با پایداری در برابر درد و بهبودی از درد، می‌شود. در واقع تاب‌آوری در رابطه با درد مزمن را می‌توان به عنوان توانایی بازگرداندن و تداوم زندگی و اشتغال به کارهای روزمره، در حضور درد تعریف کرد. تاب‌آوری در زمینه درد مزمن می‌تواند تأثیر مهمی در پیشگیری و درمان مشکلات درد مزمن داشته باشد، زیرا از طریق ایجاد انگیزه در بیمارمبتلا به درد مزمن برای شرکت در فعالیت‌های معنی‌دار، و عدم توجه به پیامدهای منفی درد، به توانمندسازی این بیماران کمک کند[۳۱].

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-19]

در تئوری‌های مدرن و جدید سازگاری، توجه بیشتر بر تفاوت‌های فردی در الگوهای رفتاری جهت‌دار ضروری است، در رابطه با درد مزمن نیز می‌تواند منجر به عملکرد معنی‌دار بیمار با وجود درد، همچنین بهبودی موثر از اثرات منفی درد گردد. در مطالعات تجربی اخیر به روشنی تاثیر مثبت شناسایی و تقویت منابع تاب‌آوری بر سازگاری با درد مزمن مشخص گردیده است. بصورتی که تاب‌آوری به عنوان یک منبع شخصی ظرفیت بیماران را برای مدیریت موثر درد افزایش می‌دهد. به این ترتیب، با وجود داشتن درد مزمن، فرد مقاوم قادر خواهد بود احساسات مثبت را تجربه کند و سطح بالاتری از عملکرد را حفظ کند. بیمارانی که این ویژگی‌های مثبت را دارند ممکن است از استراتژی‌های مقابله‌ای موثرتری استفاده کنند، تنظیم هدف بهتری داشته باشند، سطوح بیشتری از انعطاف‌پذیری و پذیرش را در سراسر موقعیت‌ها نشان دهند و سطح عملکرد مناسبی را حفظ کنند[۳۲].

خودکارآمدی از عوامل دیگری بود که به عنوان یک استراتژی مناسب جهت توانمندسازی روانشناختی در مدیریت درد مزمن مشخص شد. در همین زمینه Pfeijffer (۲۰۲۰) نیز خودکارآمدی در مبتلا به درد مزمن را توانایی وی برای انجام اقدامات مقابله‌ای با درد مزمن و انجام اقدامات لازم جهت دست‌یابی به اهداف خود و زندگی در چهارچوب ارزش‌های خود را به شیوه‌ای خوب، می‌داند که از سازه بیش از حد فعال‌سازی، مهارت- توسعه و تسلط تشکیل شده است. خودکارآمدی می‌تواند منجر به توانمندسازی وی شده و او را قادر می‌سازد تا از عهده وظایف خود برآید[۳۳]. Silva و همکاران (۲۰۱۶) در مطالعه خود در برزیل به این نتیجه رسیدند که افراد مبتلا به درد مزمن که از سطوح بالای خودکارآمدی برخوردارند شدت درد کمتر و کیفیت بهتر زندگی را تجربه می‌کنند و در مقابل سطوح پایین خودکارآمدی، کیفیت زندگی را کاهش می‌دهد. در ارزیابی فرد مبتلا به درد مزمن بررسی عواملی مانند خودکارآمدی و کیفیت زندگی به منظور هدایت برنامه‌ریزی کمک‌ها پیشنهاد می‌شود، بعلاوه دانستن پتانسیل‌ها و نقاط ضعف فرد اجازه می‌دهد تا در مورد انتخاب استراتژی‌های مناسب برای توسعه و تقویت خودکارآمدی کمک‌کننده باشد[۳۴].

Farley (۲۰۲۰) در مقاله خود سه مانع خودکارآمدی در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن از جمله درد را شناسایی نمود که شامل سواد بهداشتی، دسترسی و حمایت بودند. همچنین چهار استراتژی برجسته برای گسترش و تسهیل اثربخشی شامل برنامه‌های خود مدیریتی، سلامت از راه دور، کاربردی تلفن همراه، بازی و رسانه‌های اجتماعی را مشخص نمود خودکارآمدی در این بیماران می‌تواند با مداخلات جدید بهبود یابد در همین رابطه افزایش آموزش سنتی و افزایش خودکارآمدی می‌تواند پایبندی درمان را افزایش داده و منجربه و کاهش هزینه شود[۳۵].

نتیجه‌گیری

شناسایی و استفاده از راهبردهای مناسب و کاربردی از جمله مواجه با درد جهت توانمندسازی روانشناختی در بیماران مبتلا به درد مزمن می‌تواند در مدیریت این نوع درد مفید واقع شده، همچنین چالش‌های کادر درمانی، مددجو وخانواده برای مدیریت درد مزمن را کاهش دهد. در همین رابطه و بطور اختصاصی استفاده از تجربه درد از طریق سازگاری ذهنی با درد و گشودگی در مقابل درد از یک طرف همچنین پرورش و تقویت تاب‌آوری از طریق تحمل ابهامات وخودکارآمدی می‌تواند به عنوان استراتژی مناسب در بیماران فوق باشد.

نکات اخلاقی

در طی تحقیق، رازداری و آزادی مشارکت‌کنندگان برای شرکت در تحقیق یا خروج از آن رعایت شد و مشارکت‌کنندگان حق داشتند تا در هر مرحله که بخواهند از مطالعه خارج گردند. همچنین، مسئولین دانشگاه آزاد اسلامی اهواز و دانشگاه علوم پزشکی اهواز

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-19]

پژوهش را مورد تأیید قرار داده بودند و قبل از جمع‌آوری داده‌ها، اجازه کتبی از مسئولین محیط‌های پژوهش و مشارکت‌کنندگان اخذ گردید.کد اخلاق این مطالعه IR.IAU.AHVAZ.REC.1399.071 بوده است.

محدودیت‌ها

تعمیم‌پذیری نتایج این پژوهش محدود می‌باشد، زیرا شرکت‌کنندگان فقط مربوط به یک ناحیه جغرافیایی بودند. هرچند، به منظور کنترل آن راهبردهای مناسب و مختلف نمونه‌گیری که شامل شیوهٔ تلفیقی زمانی، مکانی و تنوّع در انتخاب شرکت‌کنندگان و روش گردآوری داده‌ها بود، استفاده گردید. به منظور شناخت بهتر فرآیند توانمندسازی روانشناختی در مدیریت درد مزمن عوامل مرتبط با آن تحقیقات بیشتری مورد نیاز می‌باشد.

تعارض منافع

بنابر اظهار نظر نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

سهم نویسندگان

انجام مصاحبه‌ها و تجزیه و تحلیل داده‌ها و نتیجه‌گیری توسط ویولت علی‌پور انجام شد. امور مربوط به نگارش مقاله و اصلاحات مقاله بر عهده منوچهر شیرازی بود، بحث و بازبینی و تأیید نهایی نیز توسط ویدا علی پور انجام شد.

تقدیر و تشکر

از تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش به خاطر همکاری با گروه تحقیق که اجرای پژوهش حاضر را امکان‌پذیر نمودند، نهایت قدردانی و سپاس به عمل می‌آید.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-19]

References

1. Dorner Th D. Pain and chronic pain epidemiology. Implications for clinical and public health fields. Wien Klin Wochenschr 2018; 130(1-2):1–3.
2. De Souza J B, Navas Perissinotti DM, Renato. P et al. Prevalence of Chronic Pain, Treatments, Perception, and Interference on Life Activities: Brazilian Population-Based Survey. Pain Research and Management.2017; Article ID 4643830, 9 pages https://doi.org/10.1155/2017/4643830
3. Smith TJ, Hillner BE. The Cost of Pain The cost of pain was more than that of heart disease and cancer treatments. JAMA Network Open 2019; 2(4):e191532. doi:10.1001/ jamanetworkopen.2019.1532
4. Rajappa H, Hayes C. People, medicine, and society: An overview of chronic pain management. Arch Med Health Sci 2020; 8:68-74.
5. Tompkinsa DA, Hobelmanna J G, Comptonb P. Providing chronic pain management in the "Fifth Vital Sign" Era: Historical and treatment perspectives on a modern-day medical dilemma.Drug Alcohol Depend 2017; 173(Suppl 1): S11–S21. doi:10.1016/j.drugalcdep.
6. Taghipour Dm, Hosseini S, Kia K, et al. Prevalence of musculoskeletal pain and it's correlation to functional disability in elderly. Knowledge and Health 2013; 8(2): 76-82. [In Persian].
7. Park R, Ho AMH, Pickering G, et al .Magnesium for the Management of Chronic Noncancer Pain in Adults: Protocol for a Systematic Review JMIR Res Protoc 2019; 8(1):e11654.
8. Zheng Y a, Zhang T, Yang X et al. A survey of chronic pain in. China, Libyan Journal of Medicine 2020; 15(1): 1730550. DOI: 10.1080/19932820.2020.1730550.
9. Vanhaudenhuyse A, Gillet A, Malaise N. Psychological interventions influence patients' attitudes and beliefs about their chronic pain. Journal of Traditional and Complementary Medicine 2018; 8 (2018) 296-302.
10. Devan, H., Hale, L, Hempel, D et al. What works and does not work in a self-management intervention for people with chronic pain? Qualitative systematic review and meta-analysis. Physical Therapy 2018; 98(5), 381–397.
11. Bailo L, Guiddi P b, Vergani L et al. The patient perspective: investigating patient empowerment enablers and barriers within the oncological care process. E cancer 2019, www.ecancer.org; DOI: https://doi.org/10.3332/ecancer.2019.912
12. World Health Organization (2013) Health 2020: a European policy framework and strategy for the 21st century World Heal Organ 182 .2013.[http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf] Date accessed 11/05/2018
13. Cerezo PG, Juvé-Udina ME, Delgado-Hito P. Concepts and measures of patient empowerment: a comprehensive review. Rev Esc Enferm USP 2016; 50(4):664- 671. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000500018
14. Mirbagheri N, Memarian R, Mohamadi E. Effects of regular walking programme on quality of life of elderly patients with moderate COPD . Ofogh Danesh-Gonabad medical science university 2009; 14(4): 19-26. [In Persian].
15. Murphy K, Casey D, Devane D et al. A cluster randomized controlled trial evaluating the effectiveness of a structured pulmonary rehabilitation education programme for improving the health status of people with chronic obstructive pulmonary disease (COPD): The PRINCE study protocol. BMC pulmonary Medicine 2011; 11(1): 114-21.
16. Bucknall C, Miller G, Lioyd SM, Cleland J et al. Glasgow supported self-management trial (GSuST) for patients with moderate to severe COPD: randomized controlled trial. British Medical Journal 2012: 344-1060.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-19]

17. Small N, Bower P, Chew-Graham CA et al. Patient empowerment in long-term conditions: development and preliminary testing of a new measure. BMC Health Services Research. 2013; 13:263.
18. Te Boveldt N, Vernooij-Dassen M, Leppink I, et al. Patient empowerment in cancer pain management: an integrative literature review. Psychooncology 2014; 23(11):1203-11. doi: 10.1002/pon.3573.
19. Hambraeus, J., Hambraeus, K.S. & Sahlen, K. Patient perspectives on interventional pain management: thematic analysis of a qualitative interview study. BMC Health Serv Res 20, 604 (2020). https://doi.org/10.1186/s12913-020-05452-7.
20. Holloway I, Wheeler S. Qualitative research in nursing. 3rd Edition.Oxford. Wiley-Blackwell.2009
21. Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Perspective. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Co 2003 25, 107-112.
22. Adib haj bagheri M. Grounded theory methodology. Way of theorizing in humanities and health sciences .Tehran. Boshra Publications. 2006:67. [In Persian].
23. Corbin J.M, Strauss A.L Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory: Sage Publications, Inc.2008
24. Sanei A, Nikbakhat nasrabady A. Qualitative Research methodology in Medical Sciences. Tehran. Baraye Farda Publications. 2004. [In Persian].
25. Polit DF, Beck CT. Nursing Research. 10th ed. New Delhi, India: Wolter Kluwer; 2017.
26. Trost Z, Agtarap S, Scott W, Driver S, Guck A, Roden-Foreman K, et al. .Perceived injustice after traumatic injury: Associations with pain, psychological distress, and quality of life outcomes 12 months after injury. Rehabilitation psychology. 2015; 60(3):213.
27. Ford-Gilboe M, Wathen CN, Varcoe C, Herbert C, Jackson BE, Lavoie JG, et al. How equity-oriented health care affects health: key mechanisms and implications for primary health care practice and policy. Milbank Q. 2018; 96(4):635–71.
28. Browne AJ, Varcoe C, Ford-Gilboe M, Wathen CN, Smye V, Jackson BE, et al.Disruption as opportunity: Impacts of an organizational health equity intervention in primary care clinics. Inter J Equity Health. 2018; 17(1):1–16.
29. Campos H LM, Liebano R E, Lima A, Perracini MR. Multidimensional investigation of chronic pain experience and physical functioning following hip fracture surgery: clinical implications. British Journal of Pain.2020, 14(1):5–13.
30. Gentili C, Rickardsson J, Zetterqvist V, et al. Psychological Flexibility as a Resilience Factor in Individuals With Chronic Pain. Front. Psychol. 2019; 10:2016. doi: 10.3389/fpsyg.2019.02016
31. Goubert L, Trompetter H. Towards a science and practice of resilience in the face of pain. Eur J Pain 21 (2017) 1301-1315. doi:10.1002/ejp.1062
32. Ramírez-Maestre C, de la Vega R, Sturgeon JA and Peters M . Editorial: Resilience Resources in Chronic Pain Patients: The Path to Adaptation. Front. Psychol. 2019 (10): 2848. doi: 10.3389/fpsyg.2019.02848.
33. Pfeijffer M. Development of a questionnaire to determine the factors of an eHealth application that supports patient empowerment for people with chronic pain.2020. Roessingh Research and Development, Enschede, The Netherlands
34. Silva MS, Hortense P, Napoleao A A,et al. Self-efficacy, pain intensity, and quality of life in individuals with chronic pain. Rev. Eletr. Enf. 2016:1-9; 18:e1145. Available from:
http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.29308.
35. Farley H. Promoting self-efficacy in patients with chronic disease beyond traditional education: A literature review. Nursing Open. 2020; 7:30–41.
https ://doi.org/10.1002/nop2.382

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-19]