

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی - رفتاری مثبت‌نگر بر خودکارآمدی درد بیماران مبتلا به درد مزمن

سیاوش کیانی^۱، پرویز صباحی^۲، شاهرخ مکوندحسینی^۳، پروین رفیعی‌نیا^۴، محمودرضا آل‌بویه^۵

Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment-based therapy and positive cognitive-behavioral therapy on the pain self-efficacy of patients with chronic pain

Siavash Kiani¹, Parviz Sabahi², Shahrokh Makvand Hosseini³, Parvin Rafienia⁴, Mahmoudreza Alebouyeh⁵

چکیده

زمینه: تحقیقات متعددی در زمینه تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی رفتاری انجام شده است. اما پژوهشی که به مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی - رفتاری مثبت‌نگر بر خودکارآمدی درد بیماران مبتلا به درد مزمن مغفول مانده است. **هدف:** مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی - رفتاری مثبت‌نگر بر خودکارآمدی درد بیماران مبتلا به درد مزمن بود. **روش:** پژوهش از نوع نیمه‌تجربی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری به مدت ۳ ماه همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به درد مزمن مراجعه‌کننده به بیمارستان حضرت رسول اکرم شهر تهران در تابستان ۹۸ بود که تعداد ۴۵ نفر به عنوان نمونه انتخاب و بصورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه گماشته شدند. ابزار پژوهش عبارت‌اند از: پرسشنامه خودکارآمدی درد نیکولاس (۲۰۰۷) مداخله درمان پذیرش و تعهد (هیز و همکاران، ۲۰۱۳) و درمان شناختی - رفتاری مثبت‌نگر (بن‌نیک، ۲۰۱۴). داده‌ها با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی و روش اندازه‌گیری مکرر تجزیه و تحلیل شد. **یافته‌ها:** بین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی - رفتاری مثبت‌نگر با گروه گواه در خودکارآمدی درد بیماران مبتلا به درد مزمن تفاوت معناداری وجود داشت ($P < 0/001$). اما بین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی - رفتاری مثبت‌نگر در خودکارآمدی درد بیماران مبتلا به درد مزمن تفاوت معناداری وجود نداشت ($P > 0/05$). **نتیجه‌گیری:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی - رفتاری مثبت‌نگر روش‌های مؤثری برای افزایش خودکارآمدی درد در بیماران مبتلا به درد مزمن می‌باشند. **واژه کلیدی‌ها:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان شناختی - رفتاری مثبت‌نگر، خودکارآمدی درد، بیماران، درد مزمن

Background: Several studies have been conducted on the impact of acceptance-based and cognitive-behavioral therapy. But research comparing the efficacy of acceptance-based and commitment-based therapy and positive cognitive-behavioral therapy on pain self-efficacy in patients with chronic pain remains neglected. **Aims:** To compare the efficacy of acceptance and commitment based therapy and positive cognitive-behavioral therapy on pain self-efficacy in patients with chronic pain. **Method:** This study was a quasi-experimental study with a 3-month-old instructor with 3 witnesses. The statistical population consisted of all patients with chronic pain referred to Hazrat Rasool Akram Hospital in Tehran in summer of 2019. 45 patients were selected as the sample and randomly assigned to one of the two groups. Research tools are: Nicholas Pain Self-efficacy Questionnaire (2007), Acceptance and Commitment Therapy Intervention (Hayes et al., 2013) and Positive Cognitive-Behavioral Therapy (Ben Nink, 2014). Descriptive statistics and repeated measures analysis were used. **Results:** There was a significant difference between acceptance and commitment based therapy and positive cognitive-behavioral therapy with the control group in pain self-efficacy in patients with chronic pain ($P < 0/001$). But there was no significant difference between acceptance and commitment based therapy and positive cognitive-behavioral therapy in pain self-efficacy in patients with chronic pain ($P < 0/05$). **Conclusions:** Acceptance and commitment based therapy and positive cognitive-behavioral therapies are important in increasing my pain self-efficacy. **Key Words:** Acceptance and commitment-based therapy, positive cognitive-behavioral therapy, pain self-efficacy, patients, chronic pain
Corresponding Author: S.Kiani88@Semnan.ac.ir

۱. دانشجوی دکتری تخصصی، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران (نویسنده مسئول)

۱. Ph.D Student, Department of Clinical Psychology, Semnan University, Semnan, Iran (Corresponding Author)

۲. استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

۲. Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Semnan University, Semnan, Iran

۳. دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

۳. Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Semnan University, Semnan, Iran

۴. استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

۴. Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Semnan University, Semnan, Iran

۵. دانشیار، گروه بیهوشی و فلوشیپ درد، دانشگاه علوم پزشکی، ایران، ایران

۵. Associate Professor, Department of Anesthesia and Pain Fellowship, Medical Sciences University, Iran, Iran

پذیرش نهایی: ۹۹/۰۱/۰۴

دریافت: ۹۸/۱۱/۲۶

مقدمه

درد^۱ از نظر طول مدت به دو دسته درد حاد^۲ و درد مزمن^۳ تقسیم می‌شود. که معمولاً یک دوره ۳ تا ۶ ماهه را به عنوان ملاک تشخیصی در نظر می‌گیرند که اگر ادامه پیدا کند منجر به درد مزمن می‌شود (گچل و ترک، ۲۰۰۲، هازینسکی، ۲۰۱۳). درد مزمن وضعیتی تحلیل برنده است، به گونه‌ای که فرد دردمند را نه تنها با تنیدگی ناشی از درد، بلکه با بسیاری از عوامل تنیدگی‌زای دیگر که بخش‌های گوناگون زندگی وی را تحت تأثیر قرار می‌دهد روبرو می‌کند، همچنین زندگی کردن با درد مزمن مستلزم تحمل فشار عاطفی قابل توجهی است که توانایی‌های عاطفی و هیجانی فرد را کاهش می‌دهد و خواست مداوم فرد برای رهایی از آن در بیشتر اوقات دست نیافتنی می‌شود؛ این امر نهایتاً باعث تضعیف روحیه بیمار، ترس، تنیدگی، اضطراب، احساس ناامیدی، درماندگی، افسردگی و کاهش احساس خودکارآمدی^۴ در وی می‌گردد (گچل و ترک، ۲۰۰۲، رویزپاراگا و لویزمارتینز، ۲۰۱۵).

عوامل زیادی در بهبود درد در بیماران مبتلا به درد مزمن نقش دارند. یکی از این عوامل داشتن خودکارآمدی بالا می‌باشد. خودکارآمدی یک عامل درونی مهم برای مهارگری طولانی مدت بیماری‌های مبتلا به درد مزمن است و نمره بالای آن با بهبود توانایی سازش‌یافتگی در بیماران مرتبط است و می‌تواند آن را پیش‌بینی کند. سپس این سازش‌یافتگی بهبود یافته به کاهش ناهنجاری‌های روانشناختی منجر می‌شود (فری، سارین، استرر - استی و پوهان، ۲۰۰۹).

برطبق دیدگاه شناختی - اجتماعی بندورا (۲۰۰۳)، احساس خودکارآمدی، فرآیند شناختی سطح بالایی است که بر شیوه مقابله و نحوه حل مسئله فرد با مشکلات زندگی اثر می‌گذارد. وی مطرح کرد افراد دارای خودکارآمدی و احساس کنترل بالا هنگامی که با یک محرک دردناک مواجه می‌شوند، توانمندی درونی در آنها بالا می‌رود که این امر باعث افزایش حس مهارگری هنگام مواجهه با محرک‌های دردآور و افزایش تحمل در برابر درد و کاهش شدت آن می‌شود. باورهای مربوط به خودکارآمدی درد با پذیرش درد و آمادگی برای تغییر مرتبط است. بیمارانی که معتقدند علیرغم وجود

درد می‌توانند با آن مقابله کرده و فعالیت‌های روزمره خود را انجام دهند و اینکه به هنگام تجربه درد، بیشتر قادرند مهارت‌های مقابله‌ای انطباقی را به کارگیرند (آرچر و همکاران، ۲۰۱۷).

در بافت درد، خودکارآمدی به‌عنوان میزان اطمینان فرد به توانایی‌اش برای حفظ عملکرد، علیرغم وجود درد تعریف می‌شود (فیتزجرالد و توماس، ۲۰۱۲). این اعتقاد وجود دارد که خودکارآمدی درد^۵ می‌تواند پیامدهای سلامتی را برای افراد مبتلا به بیماری مزمن میانجی‌گری نماید (گنتزویلر، کینگ، جنسن و داویس، ۲۰۱۷). افزایش خودکارآمدی بیمار و مدیریت درد می‌تواند به بهبود مشکلات درد مزمن بینجامد (ترنر و همکاران، ۲۰۱۶). در منابع پژوهشی مربوط به درد مزمن، سازه روانشناختی خودکارآمدی درد، واسطه مهمی در فرآیند تبدیل درد حاد به درد مزمن و استمرار درد است و مورد بررسی قرار گرفته است (مارتل، لافتاین، تریالت و بالیوتی، ۲۰۱۶). بر اساس شواهد حاصل از مطالعات گسترده‌ای که با بیماران مبتلا به درد مزمن انجام شده است، احساس خودکارآمدی درد بالا از طریق افزایش سطح عملکرد اجتماعی و شغلی و افزایش سطح فعالیت‌های لذت‌بخش و مفید از احساس ناامیدی بیماران مبتلا به درد مزمن می‌کاهد (آرچر و همکاران، ۲۰۱۷).

علاوه بر تقویت خودکارآمدی درد در بیماران مبتلا به درد مزمن لازم است که از شیوه‌ها و راهبردهای مناسب با درد مزمن مورد استفاده قرار گیرد و این شیوه‌ها و راهبردها در دل روی آوردهای درمانگری وجود دارند. که با وجود اثربخشی متوسط برخی درمان‌گری‌های دارویی و روانی برای درد مزمن، اما همچنان درد مزمن برای بسیاری یک بیماری استرس‌آور و ناتوان‌کننده است و برای آن درمان کامل و موافقی وجود ندارد (هیراتزکا و همکاران، ۲۰۱۵). در مورد درمان‌های روانشناختی برای درد مزمن، می‌توان به رفتاردرمانی، روان‌کاوی، پسخوراند زیستی و آرمیدگی تدریجی و درمان شناختی - رفتاری اشاره کرد. امروزه با نسل سوم این درمان‌ها مواجه هستیم. در این درمان‌ها به جای تغییر شناخت‌ها سعی می‌شود تا ارتباط روانشناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. یکی از این درمان‌ها که اخیراً در مرکز توجه جدی پژوهش‌گران قرار گرفته

4. self efficiency

5. Pain self efficiency

1. pain

2. acute pain

3. Chronic pain

است، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۱ می‌باشد (پریویدینی، پرستی، رابیتی، میسلی و مودراتو، ۲۰۱۱).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بخشی از یک مکتب روانشناسی بالینی است که به ارائه روش‌های درمان‌گری علمی می‌پردازد. این مدل روان‌درمان‌گری جدید بخشی از آن چه امروز به موج سوم درمان نامیده می‌شود به حساب می‌آید. این درمان اجتناب از درد و تنیدگی را مشکل اصلی بیماران می‌داند که به ناتوانی و کاهش رضایت از زندگی می‌انجامد. طبق این نظریه، اجتناب زمانی اتفاق می‌افتد که افکار و هیجانات منفی اثر مفرط و نامناسب بر رفتار می‌گذارند. بنابراین شیوه اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مواجهه‌سازی بیمار با موقعیت‌هایی است که پیش‌تر از آن اجتناب شده است (هیز، لوین، پلومب، ویلاداگا، ویلات و پیستورلو، ۲۰۱۳). بسیاری از درمان‌ها به درمان‌جویان کمک می‌کنند تا احساس بهتری داشته باشند. این درمان‌ها قصد دارند تا در پایان دوره درمان، درمان‌جو علائم کمتر و از نظر هیجانی احساس بهتری را تجربه کند. ولی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد صراحتاً بر زندگی بهتر تمرکز دارد؛ صرف‌نظر از اینکه زندگی بهتر با احساس بهتر همراه باشد یا نباشد. گاهی زندگی بهتر عملاً مستلزم احساس درد است. اگر احساس درد، ارتباط و زندگی پویا را ارتقاء ببخشد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تلاش می‌کند مهارت‌های لازم برای ایجاد درد را بدون دفاع غیرضروری فراهم کند (هیز و همکاران، ۲۰۱۳).

ویکسل، السون و هیز (۲۰۱۱)، نیز در پژوهشی شش‌متغیر واسطه در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (باورهای مربوط به آسیب ناشی از درد، واکنش به درد، خودکارآمدی، ترس از حرکت، فاجعه‌پنداری و شدت درد) را مورد بررسی قرار دادند که نتایج بیانگر آن بود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث بهبود کارکرد بیماران مبتلا به درد مزمن می‌گردد.

ولز و مک‌کراکن (۲۰۱۰)، در رابطه با اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی بیماران مبتلا به درد مزمن با بررسی ۱۷۱ بیمار نشان دادند که پس از اجرای طرح درمان‌گری، بیماران در شاخص‌هایی از قبیل معلولیت و ناتوانی، میزان تجربه درد، اضطراب، افسردگی، عملکرد بدنی، وضعیت شغلی و خودکارآمدی بهبود

معناداری نسبت به قبل از اجرای درمان نشان دادند. همچنین نتایج فوق در یک دوره پیگیری سه ماهه نیز پایدار بوده است.

ویکسل، دال، مگناسون و السون (۲۰۰۸) با بکارگیری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در توان‌بخشی یک بیمار چهارده ساله مبتلا به درد مزمن در قالب یک پژوهش موردی، با تأکید بر افزایش خزانه رفتاری و ارزش‌های فردی بیمار نشان دادند که کارکردهای روزانه بیمار در سطوح تجربه درد کاهش یافته، وضعیت تحصیلی بهبود یافته و بر میزان موفقیت‌های فردی و احساس خودکارآمدی وی افزوده شده است.

علاوه بر درمان‌گری‌های روانشناختی که برای درمان درد مزمن در بالا ذکر شد. در سال‌های اخیر روی‌آوردهای درمان‌گری در حوزه روان‌شناسی بوجود آمدند که برای درمان بیماری‌های جسمی و درد مزمن کاربرد زیادی دارند. یکی از این روی‌آوردها روی‌آورد روان‌شناسی مثبت‌گرا^۲ می‌باشد که کاربرد آن در زمینه‌های مختلف روانشناسی سلامت از جمله بیماری‌های مزمن توجه پژوهشگران بسیاری را به خود جلب کرده است، به نحوی که هر روز پیشرفت‌های چشمگیری در زمینه‌های پژوهشی و درمانی این رویکرد به چشم می‌خورد. در روانشناسی مثبت‌گرا روی استعداد و توانمندی انسان به جای ناهنجاری و اختلال تأکید می‌شود. بنابراین عواملی که بیشترین تطابق با نیازها و تهدیدهای آدمی را موجب می‌شوند، موضوعات کلیدی این رویکرد می‌باشند (کمبل، کوهن و آستین، ۲۰۰۶). اکنون مفاهیم سازش‌یافتگی متعددی همچون خوش‌بینی، امید، کیفیت زندگی، خردمندی، شادی، تاب‌آوری روانشناختی همچنین خودکارآمدی در حوزه روانشناسی مثبت‌گرا مطرح شده است (اندرسون، ۲۰۰۶).

همچنین از روی‌آوردهای دیگر که در دهه‌های اخیر گسترش یافته، روی‌آوردهای مشارکتی مبتنی بر شایستگی برای کار با مراجعان در روان‌درمان‌گری می‌باشد. بویژه روی‌آوردهای روان‌درمان‌گری که برای ترویج بهزیستی روانی و انعطاف‌پذیری پایه‌گذاری شده‌اند. و آزمایش‌های مهارگری تصادفی در مورد آنها تأیید واقع شده است (فاوا و تومبا، ۲۰۰۹). یکی از این روی‌آوردها، درمان شناختی - رفتاری مثبت‌نگر^۳ است که ترکیبی از درمان شناختی - رفتاری، درمان روانشناسی مثبت‌نگر و درمان کوتاه‌مدت

³. positive cognitive-behavioral herapy(PCBT)

¹. Acceptance and commitment therapy(ACT)

². positive psychology

مناسب‌ترین هستند. در جریان جلسات اول و پیگیری، مشخص خواهد شد که آیا تشخیص پیشرفته لازم است یا خیر؟ همچنین کاربرد درمان شناختی - رفتاری مثبت‌نگر در بیماران، آیده آل است که بعد از درمان حاد و اختلال روان‌پزشکی جدی، جهت بهبود روابط بین فردی و مسائل شغلی که دارند صورت گیرد. راهبردهای درمان شناختی - رفتاری مثبت‌نگر می‌تواند علاوه بر راهبردهای درمان شناختی - رفتاری کلاسیک در همه طیف بیماران مورد استفاده قرار گیرد (بن‌نینگ، ۲۰۱۴).

همچنین درمان شناختی - رفتاری مثبت‌نگر از مشکل و حل مسئله دوری نمی‌کند. بیماران فرصت دارند تا درباره مشکلات و علائم‌شان صحبت کنند، و درمانگران مؤدبانه و محترمانه گوش می‌دهند، یافته‌ها نشان می‌دهد که مداخلات ویژه درمان شناختی - رفتاری مثبت‌نگر می‌تواند قدرت اثربخشی داشته باشد. این مداخلات خودپنداشت مثبت ۴، حس پرورش درونی مداوم و معنای زندگی، توانایی بالا بردن روابط بین فردی، انعطاف‌پذیری و پایگاه مهارگری درونی ایجاد می‌کند که تقویت احساس خودکارآمدی را به دنبال دارد (فاوا و تومبا، ۲۰۰۹).

به طور کلی مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی - رفتاری مثبت‌نگر در خودکارآمدی درد بر روی بیماران مبتلا به درد مزمن صورت گرفت. از آنجا که بر اساس نتایج تحقیقات قبلی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک درمان شایع و موفق در این بیماری درد مزمن می‌باشد و موجب بهبود خودکارآمدی درد می‌شود. از طرف دیگر درمان شناختی - رفتاری مثبت‌نگر که درمان نسبتاً جدیدی می‌باشد و هنوز میزان کارایی و موفقیت این مداخله درمانگری در بیماران مبتلا به درد مزمن مشخص نشده است و تحقیقاتی در این زمینه صورت نگرفته است و با توجه به تلفیقی بودن این رویکرد با سه رویکرد درمان شناختی - رفتاری، روان‌درمانگری مثبت‌نگر و درمان راه‌حل محور کوتاه‌مدت، همچنین با تأکید بر نقاط قوت و توانمندی‌ها، انعطاف‌پذیری بیشتر در بیماران مورد انتظار است که درمان شناختی - رفتاری مثبت‌نگر هم بعنوان یک مداخله درمانگری بتواند در بهبود خودکارآمدی درد بیماران مبتلا به درد مزمن جسمی به خوبی عمل کند. و از طرف دیگر بتواند در مقایسه با رویکرد پذیرفته شده و موفق درمان مبتنی بر پذیرش و

راه‌حل‌مدار^۱ است. به عبارتی دیگر، در سی سال گذشته، یک تغییر اساسی بوجود آمده، که منجر به رشد و بالندگی دیدگاه‌های مشارکتی شده است، که مبتنی بر تلاش و کار بیشتر بر روی بیماران می‌باشد. عبارتی تقویت سلامت‌روانی اهمیت بیشتری برای از بین بردن بیماری روانی دارد. تأکید درمان شناختی - رفتاری مثبت‌نگر در مورد آسیب‌شناسی و اختلالات روانی دلالت بر بهبود صرفاً بیماری نیست، بلکه بر سلامت روانشناختی و نقاط قوت بیمار تأکید دارد. این تمرکز بیشتر برای آنچه که بهتر است در جهت مثبت انجام گیرد و در ایجاد آنچه که بهتر است برای بیمار صورت پذیرد دلالت دارد. درمان شناختی - رفتاری مثبت‌نگر به دنبال تمرکز کردن بر نقاط قوت بیمار برای بهتر شدن تلاش می‌کند نه فقط به دنبال کاهش مشکلات بیمار تلاش می‌کند. درمان شناختی - رفتاری مثبت‌نگر می‌تواند به عنوان طرف دیگر (آن روی سکه) درمان شناختی - رفتاری درک شود و می‌تواند به راحتی با درمان شناختی - رفتاری کلاسیک ترکیب شود (سالیمی، ۲۰۰۷؛ کویکن، پادسکی و دالی، ۲۰۰۹).

یکی از اهداف درمان شناختی - رفتاری مثبت‌نگر بهبود خودکارآمدی، بهزیستی و کیفیت زندگی افراد است. و این نقاط قوت یعنی توانایی‌ها و منابع مراجعان است که مهمترین عامل در کمک به ایجاد تغییر است. یکی دیگر از مهمترین اهداف درمان شناختی - رفتاری مثبت‌نگر انعطاف‌پذیری درازمدت است که بر نیروهای شخصی و توانایی‌های سازش‌یافتگی و احساس خودکارآمدی بالای فرد تمرکز دارد. درمان شناختی - رفتاری مثبت‌نگر با تغییر تمرکز درمان از آنچه که به غلط بعنوان تغییر در مراجعان است به آنچه که به درستی در اهدافشان در راستای ارتقاء بهزیستی با استفاده از روی آورد "فلش بالا"^۲ به جای "فلش پایین"^۳ است تلاش می‌کند. یعنی این نقاط قوت، توانایی‌ها و انعطاف‌پذیری مراجعان است که مهمترین کمک در بوجود آمدن تغییر می‌کند. درمان‌گران سعی می‌کنند تا مراجعان‌شان را در ارتقاء تاب‌آوری بلندمدت بوسیله افزایش خودکارآمدی و حرمت‌خود حمایت کنند. درمان شناختی - رفتاری مثبت‌نگر نقشه، تحقیق و برنامه کاربردی روانشناسی مثبت‌نگر و درمان راه‌حل‌مدار کوتاه‌مدت است. اغلب بیماران با مشکلات ناسازگاری و اختلال اضطراب خفیف همانند بیماران درد مزمن برای درمان شناختی - رفتاری مثبت‌نگر

³. downward arrow

⁴. Positive self-concept

¹. solution-focused brief therapy (SFBT)

². upward arrow

گذاشته شد و همچنین در مورد محرمانه بودن اطلاعات به نمونه‌های پژوهش اطمینان داده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های آماری توصیفی و استنباطی شامل: فراوانی، میانگین، انحراف معیار، تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بن‌فرونی استفاده شد. همچنین جهت تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS-25 نسخه ۲۰ استفاده شد

ابزار

پرسشنامه خودکارآمدی درد^۱: پرسشنامه خودکارآمدی درد (نیکولاس، ۲۰۰۷)، بر پایه مفهومی که بندورا از خودکارآمدی مطرح کرده است، قرار دارد. پرسشنامه خودکارآمدی درد، ارزیابی باور بیمار از توانایی‌اش در انجام فعالیت‌های گوناگون و کارآمدی و بسندگی فرد در زندگی علی‌رغم وجود درد را می‌سنجد و دارای ۱۰ عبارت است و هر عبارت، میزان ارزیابی بیمار از توانایی خود را برای انجام گروهی از فعالیت‌ها، با وجود درد بر اساس مقیاس لیکرت هفت بخشی (صفر تا شش) مورد پرسش قرار می‌دهد. بنابراین نمرات این مقیاس بین صفر تا ۶۰ متغیر است و نمرات بالاتر مبین احساس خودکارآمدی بالاتر در مواجهه با درد مزمن خواهد بود. نسخه فارسی این پرسشنامه در جمعیت ایرانی مبتلا به درد مزمن، دارای درستی آزمایی^۲ قابل قبولی است، درستی آزمایی سازه نسخه فارسی آن در نمونه‌های متشکل از ۱۶۹ بیمار مبتلا به درد مزمن مورد بررسی قرار گرفته است، و نتایج مطالعه، نشانگر درستی آزمایی مطلوب نسخه فارسی آن است. برای بررسی قابلیت اعتماد^۳ پرسشنامه، ضرایب قابلیت اعتماد با استفاده از روش‌های آلفای کرونباخ ۰/۸۱، روش تصنیف ۰/۷۸ و روش باز آزمایی ۰/۷۷، با فاصله زمانی ۹ روز به دست آمد که بیانگر قابلیت اعتماد مطلوب و رضایت‌بخش آزمون است (اصغری و نیکولاس، ۲۰۰۹). همچنین جولانی‌ها (۲۰۰۶)، در پژوهش خود آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۹۲ به دست آورد. پروتکل‌ها: خلاصه محتوای طرح درمان‌گری مبتنی بر پذیرش و تعهد (هیز و همکاران، ۲۰۱۳)؛ و خلاصه محتوای طرح درمان‌گری شناختی - رفتاری مثبت‌نگر (رفتاردرمان‌گری شناختی مثبت‌نگر، فردریک بن‌نینک (۲۰۱۲)؛ ترجمه اکرم خمسه، ۱۳۹۴)، در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای طراحی شده که در جدول ۱ آمده است.

تعهد در درد مزمن جسمی قدرت اثربخشی بالایی داشته باشد. لذا پژوهش حاضر درصدد پاسخ به این مسئله می‌باشد که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری مثبت‌نگر بر خودکارآمدی درد بیماران مبتلا به درد مزمن تأثیر دارد؟ و آیا بین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی - رفتاری مثبت‌نگر بر خودکارآمدی درد بیماران مبتلا به درد مزمن تفاوت وجود دارد؟

روش

طرح نیمه تجربی، از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری به مدت ۳ ماه با گروه گواه و گمارش تصادفی بود. جامعه آماری پژوهش کلیه بیماران مبتلا به درد مزمن عضلانی - اسکلتی مراجعه‌کننده به بیمارستان حضرت رسول اکرم شهر تهران در تابستان ۹۸ بود. که از بین ۳۲۶ نفر مراجعه‌کننده به کلینیک درد بیمارستان، حجم نمونه ۴۵ نفر انتخاب و به طور تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه جای داده شد. در این پژوهش ابتدا با مراجعه به کلینیک درد بیمارستان حضرت رسول اکرم از بین کلیه بیماران مبتلا به درد مزمن عضلانی - اسکلتی مراجعه‌کننده به بیمارستان خواسته شد که پرسشنامه خودکارآمدی درد را تکمیل نمایند. سپس ۴۵ نفر از بین ۳۲۶ بیماری را که در پرس‌نامه خودکارآمدی درد نمره پایین‌تری از میانگین نسبت به سایرین کسب کرده بودند انتخاب شدند. و با رعایت ملاک‌های ورود شامل حداقل سپری شدن زمان سه ماهه از دردهای عضلانی - اسکلتی، تداوم درد طی هفته قبل از مداخله، حداقل تحصیلات دیپلم، دامنه سنی ۴۰ تا ۶۵ سال، عدم استفاده از هرگونه مداخله روانشناختی در طی دوره مداخله و عدم اختلالات روانشناختی؛ همچنین ملاک‌های خروج شامل همبودی بیماری‌های جسمانی توجیه‌کننده شدت درد یا اختلالات روان‌پزشکی و همراهی نکردن بیش از ۳ جلسه مداخله، در سه گروه ۱۵ نفری شامل دو گروه آزمایش (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی - رفتاری مثبت‌نگر) و گروه گواه گمارده شدند. سپس آزمودنی‌های دو گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه تحت مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی - رفتاری مثبت‌نگر قرار گرفتند و در طی این مدت گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. در انتها هر سه گروه آزمایش و گواه مورد پس‌آزمون قرار گرفتند. به منظور رعایت اصول اخلاقی پژوهش برای گروه گواه بعد از پژوهش جلسات درمانگری

3. reliability

1. pain self-efficiency questionnaire (PSEQ)

2. validity

جدول ۱. خلاصه محتوای طرح درمان گری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرح درمان گری شناختی - رفتاری مثبت‌نگر

جلسات	محتوای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	محتوای درمان شناختی - رفتاری مثبت‌نگر
اول	آشنایی اولیه با اعضای گروه و اعضای گروه با یکدیگر و برقراری رابطه درمان‌گری، اجرای پیش‌آموزن، معرفی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اهداف درمان، تعیین قوانین حاکم بر جلسات درمان، ارائه اطلاعات درباره درد مزمن جسمی، مرور درمان‌های مربوطه، هزینه‌ها و فواید آنها.	معرفه با اعضای گروه، اجرای پیش‌آموزن، معرفی برنامه و قوانین گروه، ارائه چهارچوب مفهومی درد، آموزش شناخت احساسات و هیجانات مثبت و منفی مرتبط با درد، ارائه تکالیف خانگی.
دوم	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیماران، بحث در مورد تجربیات و ارزیابی آنها، ارزیابی میزان تمایل فرد برای تغییر، بررسی انتظارات بیماران از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ایجاد درماندگی خلاق، جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه و ارائه تکالیف خانگی.	عوامل ایجادکننده مرتبط با نشانه‌های درد (جسمی، فکری، هیجانی و رفتاری)، شناسایی افکار فاجعه‌آمیز کردن درد، باورهای منفی و تفسیرهای نادرست در مورد درد، آشنایی با موقعیت مثبت‌اندیشی و داشتن دید مثبت در خود با تمرین کردن، استفاده از جدول شناختی برای نوشتن جملات مثبت، ارائه تکالیف خانگی.
سوم	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیماران، تشخیص راهبردهای ناکارآمد مهارگری و پی‌بردن به بهبودی آنها، توضیح دادن مفهوم پذیرش و تفاوت آن با مفاهیم شکست، یأس، انکار، مقاومت و سپس بحث در مورد مشکلات و کشاکش‌های پذیرش بیماری، جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه و بررسی تمرین جلسه بعد، ارائه تکالیف خانگی.	آموزش خودنظاره‌گری در درک درد، شیوه‌های تغییر باورهای درونی از منفی به مثبت و به کشاکش کشیدن افکار منفی و تبدیل آنها به افکار مثبت، آموزش توانش تفکیک افکار مفید از غیرمفید درد، ارائه تکالیف خانگی.
چهارم	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیماران، تکلیف و تعهد رفتاری، معرفی و تفهیم آمیختگی به خود مفهوم‌سازی شده و گسلش شناختی، کاربرد تکنیک‌های گسلش شناختی، مداخله در عملکرد زنجیره‌های مشکل‌ساز زبان و استعاره‌ها، تضعیف اتلاف خود با افکار و عواطف، جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه و بررسی تمرین جلسه بعد، ارائه تکالیف خانگی.	مرور جلسات قبل، استفاده از خودگویی مثبت، آموزش تغییر کلمات به صورت مثبت، نقش افکار منفی و خطاهای شناختی در تجربه درد، آموزش پرهیز از دید تونلی، تمرکز بر آینده با هدف‌گذاری، بازخورد مثبت و داشتن دید بخشش، توجه بر توانمندی‌های خود، ارائه تکالیف خانگی.
پنجم	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیماران، نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار، مشاهده خود به عنوان زمینه، تضعیف خودمفهومی و بیان خود، در این تمرینات شرکت‌کنندگان می‌آموزند بر فعالیت‌های خود (نظیر تنفس، پیاده‌روی و...) تمرکز کنند و در هر لحظه از احوال خود آگاه باشند و زمانی که هیجانات، حس‌ها و شناخت‌ها پردازش می‌شوند، بدون قضاوت مورد مشاهده قرار گیرند، جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه و بررسی تمرین جلسه بعد، ارائه تکالیف خانگی.	فنون مهار کردن افکار فاجعه‌آمیز درد، آموزش تمرین تنش‌زدایی عضلات، ایجاد وقفه و تصویرسازی ذهنی، ایجاد تمرکز ذهنی، آموزش رفتار قاطعانه به جای واکنش مابوسانه، توجه بر اینجا و اکنون، ارائه تکالیف خانگی.
ششم	مرور تجارب جلسه قبلی و دریافت بازخورد از بیماران، شناسایی ارزش‌های زندگی بیماران و تصریح و تمرکز بر این ارزش‌ها و توجه به قدرت انتخاب آنها، استفاده از راهبردهای ذهن آگاهی با تأکید بر زمان حال، جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه، بررسی تمرین جلسه بعد، ارائه تکالیف خانگی.	مرور جلسات قبل، شیوه‌های مقابله با تنیدگی، ایجاد مرحله‌ای تجربه اضطراب و نظارت بر خود، آموزش تنفس دیافراگمی و آرام‌سازی خود، تمرکز بر نقاط مثبت خود، تمرین شکرگذاری، ارائه تکالیف خانگی.
هفتم	مرور تجارب جلسه قبلی و دریافت بازخورد از بیماران، بررسی ارزش‌های هر یک از افراد و تعمیق مفاهیم قبلی، توضیح تفاوت بین ارزش‌ها، اهداف و اشتباهات معمول در انتخاب ارزش‌ها، بحث در مورد موانع درونی و بیرونی احتمالی در دنبال کردن ارزش‌ها، نشان دادن خطرات تمرکز بر نتایج، بررسی تمرین جلسه بعد، ارائه تکالیف خانگی.	آموزش راهبردهای گسترش هیجان‌های مثبت، آموزش روش‌های امیددرمان‌گری، همدلی، شفقت، آموزش برنامه‌ریزی برای شروع یک روز مثبت، تمرین قرار ملاقات بر توانمندی‌ها، ارائه تکالیف خانگی.
هشتم	درک ماهیت تمایل و تعهد (آموزش تعهد به عمل)، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آنها، بیان نکات درباره مفهوم عود و آمادگی برای مقابله با آن، مرور تکالیف و جمع‌بندی جلسات به همراه مراجعان، در میان گذاشتن تجارب اعضای گروه با یکدیگر و دستاوردها و انتظاراتی که برآورده نشد، و در نهایت از بیماران برای شرکت در گروه تشکر و پس‌آموزن اجرا می‌شود.	آموزش ایجاد محیط مثبت، آموزش خوش‌بینی و داشتن نگرش مثبت، تمرکز بر آینده با هدف‌گذاری، داشتن دید بخشش، مرور و جمع‌بندی مطالب، تشکر از شرکت‌کنندگان، اجرای پس‌آموزن.

یافته‌ها

برای آزمون فرضیه‌های پژوهش از تحلیل واریانس با اندازه

گیری مکرر روی میانگین پیش‌آموزن - پس‌آموزن و پیگیری با کنترل استفاده گردید. براساس نتایج، آزمون ام‌پاکس که برای متغیر وابسته معنی‌دار نبوده است، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس به درستی رعایت شده است ($F=3/453$, $P=0/001$, $BOX=46/279$).

داده‌های مربوط به میانگین و انحراف استاندارد نمرات مربوط به خودکارآمدی به تفکیک گروه‌های آزمایش و گروه گواه در جدول ۲ ارائه شده است.

اینکه ما نیاز به بررسی بین سه وهله زمانی پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری را داریم، لذا از آزمون اندازه‌های تکرارپذیر استفاده می‌شود. به همین علت ابتدا شرط کرویت با استفاده از آزمون موشلی بررسی شد. با توجه به عدم معناداری مجذور کای در آزمون موشلی ($W=0/967$ ، $X^2=1/384$ ، $P=0/501$)، لازم است که در آزمون اندازه‌گیری مکرر از درجات آزادی تعدیل شده استفاده گردد.

همچنین در مورد پیش‌فرض تساوی واریانس‌های سه گروه در خودکارآمدی جهت بررسی طبیعی و عادی بودن توزیع متغیر وابسته، از آزمون لون^۱ استفاده شد و نتایج حاکی از برقرار بودن این پیش‌فرض بود ($F=0/244$ ، $P=0/785$).

آزمون لون تنها رابطه بین گروهی بین پیش آزمون و پس آزمون را با مهارگری تأثیرگذاری پیش آزمون ارائه نموده است. با توجه به

جدول ۲. آماره‌های توصیفی خودکارآمدی به تفکیک گروه و نوع آزمون			
منبع	متغیر	خودکارآمدی	
		تعداد	میانگین
پیش آزمون	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۱۵	۲۰/۶
	شناختی رفتاری مثبت‌نگر	۱۵	۲۱/۷۳
	گواه	۱۵	۲۴/۴
پس آزمون	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۱۵	۳۸
	شناختی رفتاری مثبت‌نگر	۱۵	۴۱/۴
	گواه	۱۵	۲۵/۸
پیگیری	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۱۵	۳۹/۴۷
	شناختی رفتاری مثبت‌نگر	۱۵	۴۲/۳۳
	گواه	۱۵	۲۴/۸

جدول ۳. نتایج تحلیل درون گروهی و بین گروهی با اندازه‌گیری مکرر برای سه بار اندازه‌گیری خودکارآمدی در سه گروه								
متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتای پاره‌ای	توان آزمون
خودکارآمدی	زمان	۵۱۱۸/۳۲۶	۱/۹۳۶	۲۶۴۴/۰۸۴	۵۷۰/۶۴۹	۰/۰۰۱	۰/۹۳۱	۱
	زمان * گروه‌ها	۲۲۶۱/۶۳۰	۳/۸۷۲	۵۸۴/۱۶۹	۱۲۶/۰۷۶	۰/۰۰۱	۰/۸۵۷	۱
	گروه	۲۵۲۵/۰۸۱	۲	۱۲۶۲/۵۴۱	۲۲/۰۶۸	۰/۰۰۱	۰/۵۱۲	۱

بر تعهد و پذیرش و درمان شناختی - رفتاری مثبت‌نگر در خودکارآمدی اثربخش است.

سرانجام نتایج آزمون بن‌فرونی برای مقایسه زوجی سه مرحله زمان، پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری و سه گروه درمان‌گری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان شناختی - رفتاری مثبت‌نگر و گواه برای خودکارآمدی در جدول ۴ آمده است.

نتایج جدول ۳، نشان می‌دهد که اثر زمان بر خودکارآمدی معنادار است. یعنی بین نمرات خودکارآمدی در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین تعامل زمان (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) با گروه‌ها (آزمایش و گواه) بر خودکارآمدی معنادار است. یعنی تفاوت میانگین نمرات خودکارآمدی در زمان‌های پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با توجه به سطوح متغیر گروه‌ها (گروه‌های آزمایش و گواه) متفاوت است. همچنین طبق نتایج، بین نمره‌های پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری خودکارآمدی در گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود دارد. و این نتایج بیانگر این است که درمان مبتنی

^۱. Levene's Test

جدول ۴. نتایج آزمون بن فرونی برای مقایسه زوجی سه مرحله اثر زمان و سه مرحله اثر گروه برای خودکارآمدی

متغیر وابسته	زمان و گروه (i)	زمان و گروه (j)	تفاوت میانگین‌ها (i-j)	خطای انحراف استاندارد	سطح معناداری
خودکارآمدی	پیش آزمون	پس آزمون	-۱۲/۸۲۲	۰/۴۷۷	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	-۱۳/۲۸۹	۰/۴۰۷	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۰/۴۶۷	۰/۴۵۲	۰/۹۲۴
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	درمان شناختی - رفتاری مثبت‌نگر	-۲/۴۶۷	۱/۵۹۵	۰/۳۸۸
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	گواه	۷/۶۸۹	۱/۵۹۵	۰/۰۰۱
	درمان شناختی - رفتاری مثبت‌نگر	گواه	۱۰/۱۵۶	۱/۵۹۵	۰/۰۰۱

مزمین ارائه می‌شود. نتایج یافته‌ها نشان داد که بیسمن گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه گواه تفاوت معناداری وجود دارد. یعنی آموزش در افراد گروه آزمایش مؤثر بوده است. به عبارتی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد خودکارآمدی درد بیماران مبتلا به درد مزمن را به طور معناداری افزایش داده است. که با نتایج پژوهش‌های فنویک و همکاران (۲۰۱۳)؛ حاجلو و عیوضی (۱۳۹۴)؛ معافیان، نوحی و عباسی زاده (۱۳۹۳) و مهر دوست، نشاط دوست و عابدی (۱۳۹۲) مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش خودکارآمدی درد در بیماران مبتلا به درد مزمن همسو است. در تبیین می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تغییر رابطه فرد با احساسات و افکار خود، پذیرش و افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی، حمایت فرد در یافتن ارزش‌ها و اهداف و تعهد به عمل در راستای آنها و کمک به فرد در ارتباط با خود و زمان حال که موجب بهبود خودکارآمدی درد در زندگی بیماران مبتلا به درد مزمن می‌شود که با نتیجه تحقیق (محسن‌زاده، یاراحمدی، زهراکار و سلیمانی، ۱۳۹۸) همسو می‌باشد. همچنین نتایج پژوهش گل محمدیان، رشیدی و پروانه (۱۳۹۷)، نشان داد که آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث بهبود باورهای خودکارآمدی دانش‌جویان دختر در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در مرحله پس‌آزمون شده است و نتایج تداوم بهبود باورهای خودکارآمدی در مرحله پیگیری ۴۵ روزه را نشان داد. در تبیین یافته فوق می‌توان چنین اظهار داشت که یکی از مراحل مهم در اکثریت آموزش‌ها، به خصوص آموزش بر اساس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، دادن مسئولیت و تکالیف بیشتر به درمان‌جویان است. خودکارآمدی به نحوی پاسخ به این سؤال است که آیا من می‌توانم از عهده انجام کار برآیم یا نه؟ مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد با دادن تکالیف مناسب و کار بر روی ارزش‌ها می‌تواند خودکارآمدی درد را در بیماران مبتلا به درد مزمن افزایش دهد.

نتایج جدول ۴، نشان می‌دهد که بین خودکارآمدی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت از مرحله پیش‌آزمون تا پس‌آزمون و پیش‌آزمون تا پیگیری میانگین گروه آزمایش تغییر معنادار داشته است ($P=0/001$). در مقایسه میانگین پس‌آزمون با پیگیری در گروه آزمایش معنادار نمی‌باشد و نشان می‌دهد که در مرحله پیگیری تغییر معناداری در گروه آزمایش ایجاد نشده است. که نشان‌دهنده ماندگاری و پایداری اثر مداخله است ($P=0/924$). بعلاوه همان‌طور که در جدول ۴، قابل مشاهده است بین سه گروه تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج حاکی از آن است که بین گروه‌های آزمایش (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی - رفتاری مثبت‌نگر) با گروه گواه اختلاف معناداری در سطح ($P=0/001$) به دست آمده است. که می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی - رفتاری مثبت‌نگر موجب افزایش خودکارآمدی درد بیماران مبتلا به درد مزمن شده است و دو درمان نسبت به گروه گواه نقش مؤثری داشتند. در نهایت طبق نتایج، دو درمان (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی - رفتاری مثبت‌نگر) در مقایسه با هم در افزایش خودکارآمدی درد بیماران مبتلا به درد مزمن تفاوتی نسبت به هم نداشتند ($P=0/388$). و هر دو درمان در افزایش خودکارآمدی درد بیماران مبتلا به مزمن به یک اندازه مؤثر بودند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی - رفتاری مثبت‌نگر در افزایش خودکارآمدی بیماران مبتلا به درد مزمن بود. ابتدا نتایج یافته‌های مربوط به اثربخشی دو روی آورد درمانگری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی - رفتاری مثبت‌نگر بر خودکارآمدی درد بیماران مبتلا به درد مزمن بیان می‌شود. سپس نتایج مربوط به مقایسه دو روی آورد در مانگری بر خودکارآمدی درد بیماران مبتلا به درد

افراد به شمار می‌رود که میزان توان فرد در برابر ضعف‌ها و مشکلات را بالا می‌برد. درمان شناختی رفتاری مثبت‌نگر با ارائه تکنیک‌های مربوطه مانند به‌کشاکش کشیدن نقش افکار منفی و خطاهای شناختی در تجربه درد با جایگزین کردن افکار کارآمد از طریق استفاده از خودگویی مثبت، نگرش مثبت، پرهیز از دید تونلی، توجه بر توانمندی‌های خود، تمرکز بر نقاط مثبت خود، راهبردهای گسترش هیجان‌های مثبت، داشتن دید بخشش، روش‌های امید درمان‌گری، تمرین قرار ملاقات بر توانمندی‌ها، همدلی، شفقت، نامه شکر‌گذاری و تکالیف خانگی موجب افزایش خودکارآمدی درد در بیماران درد مزمن شود که با نتایج تحقیق لوتانز (۲۰۱۲) همسو می‌باشد.

یافته دیگر پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با درمان شناختی - رفتاری مثبت‌نگر در افزایش خودکارآمدی درد بیماران مبتلا به درد مزمن تفاوت معناداری وجود نداشت. تحقیق مستقیمی برای همسو یا ناهمسو بودن نتیجه این تحقیق وجود ندارد. اما از دلایل عدم تفاوت معناداری می‌توان به این نکته اشاره کرد که یکی از ویژگی‌های اساسی در خودکارآمدی داشتن انعطاف‌پذیری روانشناختی می‌باشد که انعطاف‌پذیری روانی هم در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و هم در درمان شناختی - رفتاری مثبت‌نگر مورد توجه قرار می‌گیرد عبارتی نقطه مشترک بین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی - رفتاری مثبت‌نگر انعطاف‌پذیری روانی می‌باشد ولی جهت و مسیر رسیدن به انعطاف‌پذیری روانی کاملاً با هم متفاوت است. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قدرت انعطاف‌پذیری بیشتر بر پذیرش درونی درد و رنج بیمار می‌باشد (هیز و همکاران، ۲۰۱۳). اما در درمان شناختی - رفتاری مثبت‌نگر قدرت انعطاف‌پذیری بر پایه نقاط قوت، توانمندی‌ها، تاب‌آوری، حل مسئله و خودبازنگری مثبت فرد می‌باشد (بن‌نینک، ۲۰۱۴)، و همین مسئله باعث شده تا قدرت اثربخشی هر دو درمان بر خودکارآمدی درد بیماران بالا برود و تفاوتی با هم نداشته باشند. در تبیین هر درمانی که بتواند خودکارآمدی درد را در بیماران مبتلا به درد مزمن افزایش داده و باعث ارتقاء سبک زندگی آنان شود بسیار سودمند است از جمله یکی از این درمان‌های موفق و پذیرفته شده درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌باشد که نتایج تحقیقات مختلف به خوبی نشان داده‌اند. اما درمان شناختی - رفتاری مثبت‌نگر از جمله درمان‌های جدید دیگری می‌باشد که نتایج یافته‌های این تحقیق نشان داد که این درمان می‌تواند در افزایش خودکارآمدی درد

همچنین با تأکید بر انعطاف‌پذیری، شفاف‌سازی ارزش‌ها و بحث بر روی این موضوع که تغییر امکان‌پذیر است و انجام موفقیت‌آمیز تمرینات مختلف، می‌تواند به افزایش خودکارآمدی و پذیرش مسئولیت توسط بیمار مؤثر باشد (خدایاری‌فرد، حجازی و حسینی‌نژاد، ۱۳۹۴). همچنین (ماسودا، هیز، ساکت و توهیگ، ۲۰۰۴) در پژوهشی تأثیر تکنیک‌های گسلش شناختی بر افکار خود - انتسابی منفی، که یک نمونه از این افکار، افکار مربوط به خودکارآمدی است، بررسی شد و نتایج کاهش چشمگیری را در مقدار این افکار با استفاده از تکنیک‌های گسلش شناختی نشان داد.

به طور کلی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد شرکت‌کننده در این پژوهش کمک کرد که درک درستی از هیجان‌ها داشته باشند و آنها را با زبان آمیخته نکنند و این هیجان‌ها را به صورت کامل تجربه کنند. در واقع تجربه کامل هیجان‌ها به وسیله فرآیندهای پذیرش، گسلش و خود به عنوان زمینه، صورت‌گرفت تا بتواند ابراز هیجان‌ها را تعدیل کرده و ارتباط افراد شرکت‌کننده را با افکار، باورها و هیجان‌شان تغییر دهند که سبب بهبود حالات روحی، مزاجی، تقویت خودکارآمدی درد و تعاملات بین فردی آنها شد که همسو با نتایج تحقیق فنویک و همکاران (۲۰۱۳) می‌باشد.

همچنین نتایج یافته‌ها نشان داد که بین گروه درمان شناختی - رفتاری مثبت‌نگر و گروه گواه تفاوت معناداری وجود دارد. یعنی آموزش در افراد گروه آزمایش مؤثر بوده است. به عبارتی، درمان شناختی - رفتاری مثبت‌نگر خودکارآمدی درد بیماران مبتلا به درد مزمن را به طور معناداری افزایش داده است. هرچند تحقیقاتی در این زمینه وجود ندارد اما در تبیین می‌توان گفت که رویکرد شناختی - رفتاری مثبت‌نگر می‌تواند با تمرکز بر حل مسئله و افزایش خودکارآمدی افراد تأثیرگذار باشد به همین خاطر تشخیص به موقع موقعیت‌های مسئله‌مدار به همراه خودکارآمدی درد در بیماران مبتلا به درد مزمن از جمله معیارهایی هستند که به واسطه آنها می‌توان سطح تندرستی افراد را برآورد کرد (لوتانز ۲۰۱۲). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که خودکارآمدی بالا با راهبردهای مقابله‌ای فعالانه، جستجوی شیوه‌های حل مسئله ارتباط دارد (بندورا، ۱۹۹۹). خودکارآمدی یکی از سازه‌های اصلی در حوزه روانشناسی مثبت‌نگر می‌باشد که نه تنها پایه و اساس حس توانمندی فرد در برابر ناملایمات و دردها می‌باشد که باعث افزایش حس توانمندی، تاب‌آوری، امید و نشاط هم می‌شود. خودکارآمدی یک ویژگی مثبت توانمندی در

جهت همراهی نیاز به زمان بیشتری داشتند ولی زمان جلسات محدودیت داشت و اینکه روی آورد درمانگری شناختی - رفتاری مثبت‌نگر نوپا بوده و از اینرو منابع علمی و عملی زیادی وجود نداشت. پیشنهاد می‌شود اجرای همزمان روان‌درمانگری فردی و گروهی با روی آوردهای متفاوت بر بیماران مبتلا به درد مزمن جهت مقایسه اثربخشی روی آوردهای جدید مثل درمان شناختی - رفتاری مثبت‌نگرانجام پذیرد، همچنین انجام پژوهشی مشابه برای مراجعین با سایر اختلالات روانشناختی و بیماری‌های جسمی و اجرای پژوهش‌های دیگر با نمونه‌های دیگری جهت تعمیم‌پذیری نتایج انجام گیرد.

منابع

- بن‌نینک، فردریک (۲۰۱۲). رفتار درمان‌گری شناختی مثبت‌نگر از کاستن درد و رنج تا افزایش موفقیت. ترجمه، اکرم خمسه (۱۳۹۴). تهران: نشر ارجمند.
- حاجلو، نادر و عیوضی، خدیجه (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش هوش هیجانی بر مدیریت زمان و خودکارآمدی دانش‌آموزان. مجله مطالعات روانشناختی، ۱۱(۳)، ۹۸-۸۰.
- خدایاری‌فرد، محمد؛ حجازی، الهه و حسینی‌نژاد، ناهید (۱۳۹۴). اثربخشی مشاوره شناختی رفتاری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی و رضایت زناشویی زنان وابسته به سوء مصرف مواد دارای همسر و فرزند. پژوهش‌های کاربردی روانشناختی، ۶(۲)، ۷۵-۶۱.
- خلیلی شورینی، سهراب (۱۳۷۲). تئوری‌های رهبری سازمانی و کاربرد آنها در نظام مدیریت ایران. تهران: انتشارات قائم.
- گل‌محمدیان، محسن؛ رشیدی، اسماعیل و پروانه، آذر (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی - هیجان و باورهای خودکارآمدی در دانشجویان دختر. فصل‌نامه روانشناسی تربیتی، ۱۱(۴۷)، ۲۳-۱.
- محسن‌زاده، فرشاد؛ یاراحمدی، حسین؛ زهراکار، کیانوش و سلیمانی، علیرضا (۱۳۹۸). تأثیر گروه‌درمان‌گری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی مبتلایان به اچ‌آی‌وی. مجله علوم روانشناختی، ۱۱(۱۰)، ۹۳۲-۹۲۳.
- معافیان، فاطمه؛ نوحی، عصمت و عباس‌زاده، عباس (۱۳۹۳). تأثیر آموزش الکترونیکی تلفیقی بر یادگیری و خودکارآمدی دانشجویان پرستاری در درس مراقبت‌های ویژه قلبی عروقی. مجله آموزش پرستاری، ۳(۳)، ۴۹-۴۲.
- مهردوست، زینب؛ نشاط‌دوست، حمیدطاهر و عابدی، احمد (۱۳۹۲). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش توجه

در بیماران مبتلا به درد مزمن مؤثر واقع شود. این درمان با توجه به تلفیقی بودن آن از چند درمان دیگر می‌تواند زمینه‌های پژوهشی فراوانی را بوجود آورد. چرا که بیماران درد مزمن قبل از آنکه بخواهند به شیوه‌های مختلف درمان‌گری مانند دارو درمان‌گری و درمان‌های روانشناختی مختلف دیگر روی بیاورند می‌توانند از طریق آمادگی ذهنی و روانی به شیوه‌های مثبت‌اندیشی، خود را برای ورود به یک پروتکل درمان‌گری موفق، بهتر آماده کنند (لوتاتز، ۲۰۱۲).

هرچند هنوز تحقیقات مرتبطی با درد مزمن در این زمینه انجام نشده است. اما طبق این یافته می‌توان گفت درمان شناختی - رفتاری مثبت‌نگر که تلفیقی از روی آوردهای مختلف از جمله (درمان شناختی - رفتاری و روان‌درمان‌گری مثبت‌نگر) می‌باشد، هم بر تغییر افکار و باورهای معیوب فرد و هم بر توانمندی‌های فرد تأکید دارد. از طرفی خودکارآمدی بنیادی‌ترین سازوکار انسان برای اداره و کنترل حوادث تأثیرگذار بر زندگی و سلامت افراد و همچنین به عنوان بخش مهمی از سیستم خود به توانایی ادراک شده فرد در انجام یک تکلیف یا کنار آمدن با موقعیت‌های خاص اطلاق می‌شود که در عملکرد مناسب افراد نقش اساسی ایفا می‌کند (ویلنت، ۲۰۰۳). همچنین وول‌فوک (۲۰۰۴) گزارش کرده است که اگر افراد باور داشته باشند که با تلاش قابل قبول می‌توانند یاد بگیرند، تلاش بیشتری کرده و در مواجهه با مشکلات هم پافشاری بیشتری می‌کنند، همچنین خود را بر مشکل متمرکز کرده و احساس آرامش و خوشبختی بیشتری می‌کنند و از راهبردهای مؤثرتری بهره می‌گیرند. افزون بر این، خودکارآمدی مفهومی است که به واسطه آن تجربیات، توانایی و تفکر افراد در یک مسیر ادغام می‌شود. در مجموع می‌توان گفت خودکارآمدی درد از مهمترین عوامل در تحول ذهنی و زندگی بیماران مبتلا به درد مزمن می‌باشد. که افراد را قادر می‌سازد تا با فشارهای طولانی مدت مقابله کند، خودپنداشت آنها را تقویت می‌کند که به موجب آن احساس کارآمدی آنها ارتقاء می‌یابد. تا بتوانند با توجه و آگاهی هدف‌مندانه بر جسم و ذهن خود، عملکرد مثبتی در زندگی خود داشته باشند و در طول زمان با تجربه موفقیت‌های بیشتر، زندگی را لذت‌بخش نمایند (خلیلی شورینی، ۱۳۷۲). از محدودیت‌های پژوهش فاصله مکانی افراد شرکت‌کننده تا محل آموزش بود که انتظار داشتند جلسات با فاصله طولانی‌تری برگزار شود ولی برنامه زمانی تحقیق و فضای آموزشی بیمارستان ایجاب نمی‌کرد. همچنین نداشتن تحصیلات مناسب در بعضی از اعضای نمونه مورد مطالعه که

- متمركز بر خود و باورهای خود کارآمدی اجتماعی. *مجله روشها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۳(۱۱)، ۸۲-۶۷.
- Anderson, M.A. (2006). *The relationship among resilience, forgiveness, and anger expression in adolescents*. Available from: URL; <http://digitalcommons.library.umaine.edu/etd/416>.
- Archer, K., Coronado, R.A., Ehde, D., Vanston, S., Koyama, T., Phillips, S., Mcgirt, M.J., Spengler, D., Aaronson, OS., Cheng, J.S., & Devin, C.J. (2017). fear of Movement and Pain Self-Efficacy Mediate Outcomes Following a Targeted Rehabilitation Intervention After Spine Surgery: opl4. *journal of Orthopaedic & Sports Physical*, 47(1), A3-4.
- Asghari, A., & Nicholas, M.K. (2001). Pain self-efficacy beliefs and pain behaviour. A prospective study. *Journal of Pain*, 94(1), 85-100.
- Asghari, A, Nicholas, M. (2009). An Investigation of Pain Self-Efficacy Beliefs in Iranian Chronic Pain Patients: A Preliminary Validation of a Translated English-Language Scale. *Pain*, 10(4), 619-632.
- Bannink, F.P. (2014). Positive CBT: From reducing distress to building success. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 44(4), 18-36.
- Bandura, A. (1999). A Social Cognitive Analysis of substance abuse: An agentic perspective. *Journal of Psychology sci*, 214-217.
- Bandura, A., & Locke, E.A. (2003). Negative self- efficacy and goal revisited. *Journal of Applied psychology*, 88(1), 87-89.
- Campbell-sills, L., Cohen, Sh.L., & Stein, M.B. (2006). Relationship or resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behav Res Ther*, 44(9), 585-99.
- Fava, G.A., & Tomba, E. (2009). Increasing psychological wellbeing and resilience by psychotherapeutic methods. *Journal Pers*, 77(6), 1903-1934.
- Fenwick, J., Gamble, J., Creedy, D.K., Buist, A., Turkstra, E., Sneddon, A. (2013). Study protocol for reducing childbirth fear: a midwife-led psycho education intervention. *BMC Pregnancy Childbirth*, 13(4), 172-190.
- Fitzgerald, J., & Thomas, J. (2012). A report: Couples with medical conditions, attachment theoretical perspectives and evidence for emotionally-focused couple's therapy. *Contemporary Family Therapy*, 34(2), 277-81.
- Frei, A., Svarin, A., Steurer-Stey, C., & Puhan, M. (2009). Self-efficacy instruments for patients with chronic diseases suffer from methodological limitations-a systematic review. *Health Qual Life Outcomes*, 26, 77-86.
- Gatchel, J.R., & Turk, CD. (2002). *Psychological approaches to pain management*. 1st Edition, The Guilford Press: New York: The Guilford Press.
- Guntzville, L.M., King, A.J., Jensen, JD., & Davis, L.A. (2017). Selfefficacy, health literacy, and nutrition and exercise behaviors in a low-income, Hispanic population. *Journal of immigrant and minority health*, 19(2), 489-493.
- Hayes, S.C., Levin, M.E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, JL., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behav Ther*, 44(2), 180-198.
- Hazinski, M.F. (2013). Analgesia, sedation, and neuromuscular blockade. 3rd ed. Chapter 5: Nursing care of the critically ill child. *Elsevier Mosby*, 78.
- Hiratzka, J., Rastegar, F., Contag, A.G., Norvell, D.C., Anderson, P.A., & Hart, R.A. (2015). Adverse Event Recording and Reporting in Clinical Trials Comparing Lumbar Disk Replacement with Lumbar Fusion: A Systematic Review. *Global Spine J*, 5(6), 486-95.
- Jolaeha, S. (2006). *The Investigation of self efficacy anger perception on chronic pain adjustment*. Tehran: Shahed University. [Persian]
- Kuyken, W., Padesky, C.A, & Dudley, R. (2009). *Collaborative case conceptualization*. New York: Guilford, ISBN 978 1462504480, 366 p.
- Luthans, F. (2012). Psychological capital: Implications for HRD, retrosp analysis, and future directions. *Human Resource Development Quarterly*, 22(4), 1-8.
- Martel, M.E., & Lafontaine, M.F., Thériault, A., & Balbinotti, M. (2016). Chronic pain self efficacy as a mediator of the link between romantic attachment insecurity, individual functioning and couple satisfaction: a preliminary study. *Revista Prâksis*, 2(1), 19-36.
- Masuda, A., Hayes, S.C., Sackett, C.F., & Twohig, M.P. (2004). Cognitive defusion and self-relevant negative thoughts: Examining the impact of a ninety-year-old technique. *Behaviour Research and Therapy*, 42(4), 477-485.
- Nicholas, M.K. (2007). The pain self-efficacy questionnaire: Taking pain into account. *European journal of pain*, 11(2), 153-163.
- Prevedini, A.B., Presti, G., Rabitti, E., Miselli, G., & Moderato, P. (2011). Acceptance and commitment therapy (ACT): the foundation of the therapeutic model and an overview of its contribution to the treatment of patients with chronic physical diseases. *G Ital Med Lav Ergon*, 33(1), 53-63.
- Ruiz-Parraga, G.T., & Lopez-Martínez, A.E. (2015). The role of experiential avoidance, resilience and pain acceptance in the adjustment of chronic back pain patients who have experienced a traumatic event: a path analysis. *Annual Behavior Medicine*, 49(2), 247-257.
- Saleebey, D. (2007). *The Strengths Perspective in Social Work Practice*. Boston: Allyn & Bacon, ISBN 9780205408177, 312 p.
- Turner, JA., Anderson, M.L., Balderson, BH., Cook, AJ., Sherman, KJ., & Cherkin, DC. (2016). 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 Journal*, 157(11), 2434-2444.
- Villant, G.E. (2003). Mental health. *American Journal of psychiatry*, 16(4), 1374-1384.
- Vowles, K.E., & McCracken, L.M. (2010). Acceptance and Values-Based Action in Chronic Pain: A Study of Treatment Effectiveness and Process. *Journal of Consult & Clin Psychol*, 76(7), 397-407.
- Wicksell, R.K., Dahl, J., Magnusson, B., & Olsson, G.L. (2008). Using acceptance and commitment therapy in the rehabilitation of an adolescent female with chronic pain: A case example. *Orig Res Article Cogn and Behav Pract*, 67(12), 415-423.
- Wicksell, R.K., Olsson, G.L., & Hayes, S.C. (2011). Mediators of change in acceptance and commitment therapy for pediatric chronic pain. *Pain*, 152(12), 2792-801.
- Woolfolk, A. (2004). *What do teachers need to know about self-efficacy?*. Paper presented at the annual meeting of the American Educational Research Association, San Diego, CA.