Journal of
Babol University of Medical Sciences
مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بابل
e-ISSN: 2251-7170 p-ISSN: 1561-4107

The Effectiveness of Well-Being Therapy on Coping Strategies and Self-Efficacy of Patients with Chronic Neuropathic Pain

F. Dehestani (PhD)[1], B. Mirzaian (PhD)[*1], R. Hassanzadeh (PhD)[1], P. Saadat (MD)[2]

1.Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, I.R.Iran.

2.Mobility Impairment Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, I.R.Iran.

Article Type

Research Paper

Received:
May 19th 2022
Revised:
Aug 21st 2022
Accepted:
Oct 4th 2022

ABSTRACT

Background and Objective: Neuropathic diseases are neurodegenerative conditions and a wide and difficult group of peripheral nerve diseases in humans. Since well-being therapy emphasizes the high levels of six domains of psychological well-being, this study was conducted to investigate the effectiveness of well-being therapy on pain coping strategies and self-efficacy of patients with chronic neuropathic pain.

Methods: This clinical trial was conducted on 30 chronic neuropathic patients referred to Ayatollah Rouhani hospital in Babol and a neurologist's private office in two groups of experimental and control (n=15). Well-being therapy was performed in 8 sessions of 120 minutes, once a week for the experimental group, while the control group received the routine treatment. After the follow-up period, the control group also underwent psychotherapy. Both groups completed questionnaires of pain coping strategies (Rosenstiel and Keefe, 1985) and pain self-efficacy (Nicholas, 1989) in the pre-test, post-test and follow-up (two months after the post-test) and were compared.

Findings: The results showed that there was a statistically significant difference between the two experimental and control groups in the score of the subscales of pain coping strategies in distraction from pain (23.13±3.88 versus 11.47±7.34) ($p<0.001$), reinterpretation of pain (17.33±5.56 versus 13.0±8.65) ($p=0.114$), catastrophizing (10.0±6.24 versus 16.33±5.4) ($p<0.001$), ignoring pain (24.4±6.67 versus 12.6±5.11) ($p<0.001$), hoping/praying (29.13±9.97 versus 22.4±5.7) ($p=0.031$), self-talk (25±4.03 versus 21.2±4.79) ($p=0.026$), behavioral activation (20.47±4.43 versus 11.20±4.94) ($p<0.001$) and pain self-efficacy (43.2±9.45 versus 33.33±13.34) ($p=0.027$). These results were maintained in the follow-up period.

Conclusion: The present study showed that wellness therapy can be an effective intervention in improving pain coping strategies and increasing pain self-efficacy in chronic neuropathic patients.

Keywords: *Coping Strategies, Self-Efficacy, Neuropathic, Chronic Pain.*

Cite this article: Dehestani F, Mirzaian B, Hassanzadeh R, Saadat P. The Effectiveness of Well-Being Therapy on Coping Strategies and Self-Efficacy of Patients with Chronic Neuropathic Pain. *Journal of Babol University of Medical Sciences*. 2023; 25(1): 177-87.

© The Author(S).
Publisher: Babol University of Medical Sciences

[*]Corresponding Author: B. Mirzaian (PhD)
Address: Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, I.R.Iran.
Tel: +98 (11) 33032891. **E-mail:** bahrammirzaian@gmail.com

[DOI: 10.22088/jbums.25.1.177]

Journal of
Babol University of Medical Sciences
مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بابل
e-ISSN: 2251-7170 p-ISSN: 1561-4107

اثربخشی بهزیستی درمانی بر راهبردهای مقابله‌ای و خودکارآمدی بیماران مبتلا به درد نوروپاتیک مزمن

فرزانه دهستانی (PhD)[۱]، بهرام میرزائیان (PhD)[۱*]، رمضان حسن زاده (PhD)[۱]، پیام سعادت (MD)[۲]

۱. گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران
۲. مرکز تحقیقات اختلال حرکت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران

نوع مقاله
مقاله پژوهشی

دریافت:
۱۴۰۱/۲/۲۹
اصلاح:
۱۴۰۱/۵/۳۰
پذیرش:
۱۴۰۱/۷/۱۲

چکیده

سابقه و هدف: بیماری‌های نوروپاتیک، وضعیت‌های تحلیل برنده عصبی و یک گروه وسیع و سخت از بیماری‌های اعصاب محیطی در انسان می‌باشد. از آنجائیکه بهزیستی درمانی بر سطوح بالای شش حیطه بهزیستی روانشناختی تأکید دارد، لذا این مطالعه به منظور بررسی اثر بخشی بهزیستی درمانی بر راهبردهای مقابله با درد و خودکارآمدی درد بیماران مبتلا به درد نوروپاتیک مزمن انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه کارآزمایی بالینی بر روی ۳۰ نفر از بیماران نوروپاتیک مزمن مراجعه کننده به بیمارستان آیت اله روحانی بابل و مطب شخصی متخصص مغز و اعصاب در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل، انجام گرفت. بهزیستی درمانی در ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک بار برای گروه آزمایش اجرا شد، در حالیکه گروه کنترل، درمان روتین را دریافت کردند. پس از دوره پیگیری، گروه کنترل هم تحت روان درمانی قرار گرفتند. هر دو گروه پرسشنامه‌های راهبردهای مقابله با درد (Rosenstiel و Keefe، ۱۹۸۵) و خودکارآمدی درد (Nicholas، ۱۹۸۹) را در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (دو ماه بعد از پس‌آزمون) تکمیل کردند و مقایسه شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه آزمایش و کنترل در نمره خرده مقیاس‌های راهبردهای مقابله با درد در توجه برگردانی (۳/۸۸±۲۳/۱۳ در مقابل ۷/۳۴±۱۱/۴۷) (p<۰/۰۰۱)، تفسیر مجدد از درد (۵/۵۶±۱۷/۳۳ در مقابل ۸/۶۵±۱۳/۰) (p=۰/۱۱۴)، فاجعه آفرینی (۶/۲۴±۱۰/۰ در مقابل ۵/۴±۱۶/۳۳) (p<۰/۰۰۱)، نادیده انگاشتن درد (۶/۶۷±۲۴/۴ در مقابل ۵/۱۱±۱۲/۶) (p<۰/۰۰۱)، امیدواری- دعا (۹/۹۷±۲۹/۱۳ در مقابل ۵/۷±۲۲/۴) (p=۰/۰۳۱)، گفتگو با خود (۴/۰۳±۲۵ در مقابل ۴/۷۹±۲۱/۲) (p=۰/۰۲۶)، افزایش فعالیت (۴/۴۳±۲۰/۴۷ در مقابل ۴/۹۴±۱۱/۲۰) (p<۰/۰۰۱) و نیز خودکارآمدی درد (۹/۴۵±۴۳/۲ در مقابل ۱۳/۳۴±۳۳/۳۳) (p=۰/۰۲۷) وجود دارد. این نتایج در دوره پیگیری نیز حفظ شد.

نتیجه‌گیری: مطالعه حاضر نشان داد که بهزیستی درمانی می‌تواند به عنوان یک مداخله اثربخش بر بهبود راهبردهای مقابله با درد و افزایش خودکارآمدی درد بیماران نوروپاتیک مزمن باشد.

واژه‌های کلیدی: راهبردهای مقابله‌ای، خودکارآمدی، نوروپاتیک، درد مزمن.

استناد: فرزانه دهستانی، بهرام میرزائیان، رمضان حسن زاده، پیام سعادت. اثربخشی بهزیستی درمانی بر راهبردهای مقابله‌ای و خودکارآمدی بیماران مبتلا به درد نوروپاتیک مزمن. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بابل، ۱۴۰۲؛ ۲۵(۱): ۸۷-۱۷۷.

© The Author(S).
Publisher: Babol University of Medical Sciences

[DOI: 10.22088/jbums.25.1.177]

▣ این مقاله مستخرج از پایان نامه فرزانه دهستانی دانشجوی رشته روانشناسی و طرح تحقیقاتی به شماره ۲۰۸۴۸۲۰۹۱۹۳۱۷۴۸۱۴۰۰۱۶۲۵۳۷۱۹۱ دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری می‌باشد.

* مسئول مقاله: دکتر بهرام میرزائیان
آدرس: ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساری، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، گروه روانشناسی. تلفن: ۳۳۰۳۲۸۹۱-۰۱۱ رایانامه: bahrammirzaian@gmail.com

مقدمه

اگر چه درد معمولاً یک تجربه گذرا می‌باشد، اما برای برخی از مردم درد از گذشته‌ها دوام یافته تا جائیکه از واکنش سازگارانه به یک آسیب حاد فراتر می‌رود و منجر به آشفتگی هیجانی و افزایش استفاده از منابع موجود در سیستم‌های‌مراقبت بهداشتی می‌گردد (۱). مطالعات گزارش دادند که یک پنجم جمعیت عمومی اروپا و آمریکا تحت تأثیر درد مزمن قرار دارند (۲). در میان جمعیت ایرانی، درد پدیده‌ای شایع بوده و به عنوان یک مشکل قابل توجه در این جامعه است (۳). درد معمولاً به عنوان تجربه‌ای حسی و هیجانی تعریف می‌شود که با آسیب بافتی واقعی یا بالقوه همراه است (۱). درد مزمن دردی است که در ۶ ماه، حداقل ۳ ماه هر روز یا تقریباً هر روز وجود داشته باشد. این درد ممکن است از ۳ ماه تا ۳۰ سال به طول انجامد (۲).

داده‌های جدید نشان دادند که درد طولانی مدت با تغییرات عملکردی و ساختاری مغز ارتباط دارد (۴). درد نوروپاتیک (Neuropathic pain) یک اختلال نورولوژیک است که از آسیب گیرنده و فرستنده درد ایجاد می‌شود (۱). درد نوروپاتیک وضعیت‌های تحلیل برنده عصبی هستند که با شرح حال و معاینه عصبی مناسب تشخیص داده می‌شوند (۵) و یکی از مهم‌ترین انواع دردهای مزمن است که با وجود پیشرفت‌های روزافزون علم پزشکی، درمان آن با مشکلات زیادی همراه می‌باشد (۶). علاوه بر این، به هنگام تجربه درد، افراد ممکن است از راهبردهای مقابله‌ای متفاوتی استفاده کنند (۷). تعریف مقابله بر طبق الگوی مفهومی استرس چنین است: تلاش‌های دائم التغییر و پویایی شناختی و رفتاری به منظور کنترل (اداره) مقتضیات درونی یا بیرونی که معضل شناخته شده یا حل آن‌ها از منابع و امکانات موجود فرد فراتر است (۳).

مطالعات نشان داده‌اند که راهبردهای مقابله‌ای فعال دارای نتایج انطباقی هستند و راهبردهای مقابله‌ای غیرفعال با درد شدیدتر و افسردگی همبستگی دارند (۸). درد مزمن با محدود ساختن فعالیت‌های روزمره زندگی، اختلال در روابط خانوادگی، اجتماعی و ایجاد فشارهای اقتصادی، کیفیت زندگی را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد (۹) و این نهایتاً باعث احساس خودکارآمدی پایین در مدیریت درد می‌شود (۱۰). مفهوم خودکارآمدی باور شخص به توانایی‌اش در انجام فعالیت‌ها است. در مطالعاتی که با بیماران درد مزمن انجام شده است، باورهای خودکارآمدی توانسته است بسیاری از رفتارهای خاص و تجربه درد را در میان مبتلایان به درد مزمن تبیین کند و بر طبق نظریه بندورا انتظار کارآمدی، تعیین‌کننده میزان مقاومت افراد در برابر موانع و تجربیات ناخوشایند است (۳). بهزیستی درمانی (Well-Being Therapy= WBT) یک برنامه درمانی کوتاه مدت (هشت جلسه‌ای)، سازمان یافته، رهنمودی و مشکل مدار است که بر مبنای الگوی شناختی بهزیستی روانشناختی ریف قرار دارد (۱۱) که در آن از خودنگری‌ها، خاطره نویسی منظم و تعاملات درمانجو و درمانگر برای افزایش بهزیستی روانشناختی درمانجو استفاده می‌شود (۱۲).

الگوی بهزیستی روانشناختی ریف دارای شش بُعد است. هدف درمانگران از به کار بردن بهزیستی درمانی، کمک به درمانجویان است تا از سطوح پایین کارکرد، در شش حیطه مورد نظر بهزیستی روانشناختی (۱۳) یعنی پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، استقلال، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند، رشد شخصی به سطوح بالای آن برسند (۱۴). پژوهش‌هایی که تاکنون درباره بهزیستی درمانی انجام شده بر افسردگی، اضطراب تعمیم یافته و ادوارخویی تمرکز داشته‌اند، اما درمان دردهای مزمن مثالی از بیماری‌هایی است که بالقوه می‌شود توسط رویکرد بهزیستی درمانی در حیطه بیماری‌های طبی یا روان‌تنی انجام داد (۱۵).

Yang و همکاران در مطالعه‌ای نشان دادند که بهزیستی درمانی باعث کاهش افسردگی در بیماران می‌شود (۱۶). Weiss و همکاران در یک بررسی عنوان کردند که آموزش بهزیستی نقش مؤثری در افزایش بهزیستی روانشناختی دارد (۱۷). Karimi Rahjerdi و همکاران در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که بهزیستی درمانی بر کاهش افسردگی و بهبود رضایت جنسی و کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع ۲ اثر بخش است (۱۸). Khazaei و همکاران در یک بررسی تأثیر بهزیستی درمانی بر رضایت زناشویی و بهزیستی روانشناختی زنان خانه‌دار را گزارش کردند (۱۹). Pirnia و همکاران در مطالعه‌ای اظهار نمودند که بهزیستی درمانی منجر به کاهش اضطراب در مصرف‌کنندگان مواد می‌گردد (۲۰).

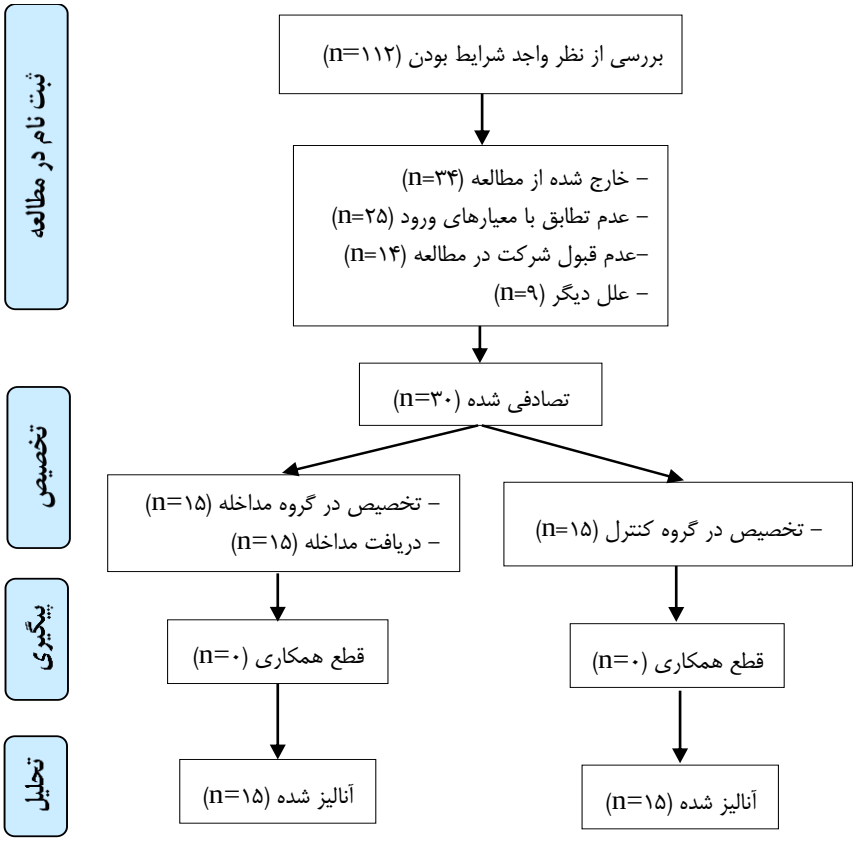
بر اساس آنچه مطرح شد، شیوع بالای درد مزمن و مشکلات درد نوروپاتیک مزمن هشدار دهنده است. با توجه به اینکه درد پدیده‌ای زیستی- روانی- اجتماعی است و ادغام درمان‌های دارویی با مداخلات روانشناسی موثر می‌باشد؛ همچنین با عنایت به نتایج رضایت بخش بهزیستی درمانی در کار بالینی و غیربالینی و با توجه به اینکه پژوهشی در مورد اثربخشی بهزیستی درمانی در بیماران مبتلا به درد نوروپاتیک مزمن صورت نگرفته، لذا این مطالعه به منظور بررسی اثربخشی بهزیستی درمانی بر راهبردهای مقابله‌ای و خودکارآمدی بیماران مبتلا به درد نوروپاتیک مزمن انجام شد.

[DOI: 10.22088/jbums.25.1.177]

مواد و روش ها

این مطالعه کارآزمایی بالینی از نوع نیمه تجربی پس از کسب مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری با کد IR.IAU.SARI.REC.1400.114 و شماره ثبت کارآزمایی بالینی با کد IRCT20180607040001N2 بر روی ۳۰ نفر از بیماران نوروپاتیک مزمن مراجعه‌کننده به کلینیک تخصصی مغز و اعصاب بیمارستان آیت اله روحانی بابل و مطب شخصی متخصص مغز و اعصاب مجری طرح، در شهر بابل، سال ۱۴۰۰ انجام شد. تعداد این افراد ۱۱۲ نفر بود که بعد از تماس تلفنی ۷۸ نفر به تلفن پاسخ دادند؛ از این افراد جهت شرکت در مطالعه دعوت به عمل آمد. ۶۱ نفر جهت شرکت در جلسات اعلام آمادگی کردند که پس از مراجعه، از آن‌ها مصاحبه اولیه انجام گرفت و پس از تکمیل پرسشنامه‌ها و کسب نمره لازم، ۳۰ نفر به صورت غیرتصادفی هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی ساده (قرعه‌کشی) به دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل تقسیم شدند (شکل ۱). گروه کنترل در لیست انتظار (WL) قرار گرفتند تا پس از دوره پیگیری برای آن‌ها پروتکل بهزیستی درمانی اجرا شود.

حجم نمونه با استفاده از فرمول حجم نمونه برای مقایسه میانگین‌ها و طبق مطالعات قبلی (۲۲و۲۱) برابر با ۱۵ نفر می‌باشد. افراد در صورت ابتلا به درد نوروپاتیک مزمن با تشخیص پزشک متخصص مغز و اعصاب بر اساس معاینه بالینی، نوارعصب- عضله، MRI ستون فقرات که حداقل ۳ ماه این درد را تجربه می‌کنند و عدم ابتلا به بیماری روانپزشکی شدید مانند سایکوتیک و نظیر آن با تأیید روانپزشک و بیماری صعب العلاج جسمی، دامنه سنی ۵۰-۲۵ سال، عدم مصرف داوری اعصاب و روان در طول سه ماهه گذشته، سطح تحصیلات دیپلم و بالاتر، عدم شرکت در کلاس‌های آموزشی و درمانی دیگر به طور همزمان، داشتن رضایت آگاهانه، وارد مطالعه شدند و در صورت ابتلا به اختلالات روانی و بیماری‌های جسمی شدید، مصرف داروی اعصاب و روان در طول ۳ ماهه گذشته و عدم تمایل به ادامه شرکت در پژوهش، از مطالعه خارج شدند. قبل از آغاز جلسات اصلی درمان، جلسه‌ای برای گروه آزمایش تشکیل شد و در این جلسه تمام قواعد ضروری توضیح داده شد. بهزیستی درمانی در ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک بار برای گروه آزمایش در یک مطب خصوصی توسط ۲ نفر (یک متخصص روانشناسی و یک نفر دانشجوی دکتری روانشناسی) اجرا شد (۱۵) (جدول ۱). گروه‌های آزمایش و کنترل در ابتدا (پیش‌آزمون)، بعد از پایان جلسات درمانی گروه آزمایش (پس‌آزمون) و ۲ ماه بعد از اتمام جلسات درمانی (پیگیری)، پرسشنامه‌های راهبردهای مقابله با درد و خودکارآمدی درد را تکمیل کردند (۳).



شکل ۱. مراحل تصادفی‌سازی

[DOI: 10.22088/jbums.25.1.177]

جدول ۱. پروتکل بهزیستی درمانی (Fava، 2016)

ردیف	اهداف جلسه
جلسه اول	آشنایی اعضا با یکدیگر، شرح قوانین گروه، دریافت اطلاعات مربوط به احساسات و پریشانی فعلی و قبلی و همچنین سابقه درمانی بیمار، ارائه اطلاعات درباره ساختار و محتوای بهزیستی درمانی، بنا نهادن پایه‌های اتحاد درمانی، معرفی مفهوم خود درمانی، ارائه اولین تکالیف (روزنگار بهزیستی)
جلسه دوم	بررسی هفته گذشته، مرور روزنگار بهزیستی و مشکلات مرتبط با تکمیل آن، معرفی مفهوم تجربه‌های بهینه، معرفی نظارت بر افکار و رفتارهایی که مخل بهزیستی هستند. ارائه تکالیف برای جلسه آینده (روزنگار بهزیستی)
جلسه سوم	بررسی هفته گذشته، مرور روزنگار بهزیستی و مشکلات مربوط به تکمیل آن، شروع به درک اینکه کدام افکار و یا رفتارها منجر به مختل شدن نابهنگام بهزیستی می‌شوند. معرفی ستون ناظر به جدول روزنگار بهزیستی، ادامه کار با تکالیف خانگی (روزنگار بهزیستی، ترغیب و برنامه ریزی فعالیت‌ها)
جلسه چهارم	بررسی فاصله بین جلسات، مرور روزنگار بهزیستی و مشکلات مربوط به تکمیل آن، شروع کار بازسازی شناختی افکار و یا رفتارهایی که منجر به مختل شدن نابهنگام بهزیستی شده‌اند، از جمله نوشتن در ستون ناظر، معرفی یک یا دو بُعد روانشناختی بهزیستی
جلسه پنجم	بررسی فاصله بین جلسات، مرور روزنگار بهزیستی و مشکلات مربوط به تکمیل آن، ادامه بازسازی شناختی افکار و یا رفتارهایی که منجر به مختل شدن نابهنگام بهزیستی شده‌اند، معرفی سایر ابعاد روانشناختی بهزیستی و بحث درباره چگونگی تعدیل این ابعاد، ادامه کار با تکالیف خانگی (روزنگار بهزیستی، ترغیب و برنامه ریزی فعالیت‌ها، تکالیف درجه بندی شده)
جلسه ششم	بررسی وضعیت کلی بیمار، مرور روزنگار بهزیستی، مرور بازسازی شناختی و مقابله با افکارخودآیند در زندگی واقعی، معرفی یا بحث بیشتر درباره ابعاد ناکارآمد بهزیستی روانشناختی، ادامه کار با تکالیف خانگی (روزنگار بهزیستی، ترغیب و برنامه ریزی فعالیت‌ها، تکالیف درجه بندی شده)
جلسه هفتم	بررسی وضعیت کلی بیمار و احساسش نسبت به پایان درمان، مرور روزنگار بهزیستی، مرور بازسازی شناختی و مقابله با افکار خودآیند در زندگی واقعی، تقویت راهبردهای مورد استفاده برای بهبود بهزیستی روانشناختی، ادامه کار با تکالیف خانگی (روزنگار بهزیستی، مواجهه، برنامه ریزی فعالیت‌ها)، تقویت تمایل مراجع به تداوم کار(خود درمانی) بعد از اتمام درمان
جلسه هشتم	بررسی احساس بیمار نسبت به پایان درمان، مرور روزنگار بهزیستی، توجه به بهبودهایی که در حوزه‌های مختلف بهزیستی و در میزان پریشانی رخ داده است. گفتگو درباره مشکلاتی که خود درمانی با WBT را مختل می‌کنند. تأکید بر اهمیت ادامه به درمان بعد از پایان جلسات (خود درمانی)، تأکید بر در دسترس بودن جلسات «تقویتی» در آینده، تعیین زمان پیگیری، قرار دادن تجربه بهزیستی درمانی در تاریخچه درمان بیمار، اشاره به چشم انداز بالقوه سایر درمان‌ها

پرسشنامه راهبردهای مقابله (Coping Strategies Questionnaire= CSQ) (1985, Keefe and Rosenstiel): این پرسشنامه دارای ۴۲ عبارت و ۷ خرده مقیاس است و در واقع شش راهبرد مقابله شناختی (توجه برگردانی، تفسیر مجدد درد، گفتگو با خود، نادیده انگاشتن درد، فاجعه آفرینی، دعا- امیدواری) و یک راهبرد مقابله رفتاری (افزایش فعالیت رفتاری) را می‌سنجد. هر یک از خرده مقیاس‌ها (راهبردها) از ۶ عبارت تشکیل شده است. حداقل و حداکثر نمره قابل کسب در هر کدام از این راهبردها از صفر تا ۳۶ است. نمره بالاتر در هر یک از این خرده مقیاس‌های راهبردهای مقابله با درد، نشان دهنده استفاده بیشتر از آن می‌باشد (۳).

Rosenstiel و همکاران پرسشنامه راهبردهای مقابله را هنجاریابی کردند و ضریب همسانی درونی ۷ خرده مقیاس آن بین ۰/۷۱ تا ۰/۸۵ گزارش شد (۲۳). Asghari Moghaddam و همکاران ویژگی‌های روانسنجی این پرسشنامه را در جمعیت ایرانی بررسی کرده ضرایب همسانی درونی هفت خرده مقیاس آن را بین ۰/۷۴ تا ۰/۳۸ گزارش کرده‌اند. ضرایب همسانی درونی برای راهبردهای مقابله توجه برگردانی، فاجعه آفرینی، نادیده انگاشتن درد، دعا- امیدواری، گفتگو با خود، تفسیر مجدد درد و افزایش فعالیت رفتاری به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۸۰، ۰/۸۳، ۰/۷۴، ۰/۸۲، ۰/۷۷ و ۰/۷۵ می‌باشد (۲۴). در مطالعه حاضر پایایی کل به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد.

پرسشنامه خودکارآمدی درد (Pain Self – Efficacy Questionnaire) (1989, Nicholas): ۱۰ عبارت تشکیل دهنده این پرسشنامه قدرت و دایره تعمیم باور بیمار را به توانایی‌اش برای انجام پاره‌ای از امور، علی‌رغم وجود درد را می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره قابل کسب از پرسشنامه

[DOI: 10.22088/jbums.25.1.177]

خودکارآمدی درد بین صفر تا۶۰ است. نمره‌هایی را که شرکت کنندگان دور آن‌ها در هر یک از ۱۰ عبارت پرسشنامه خط کشیده‌اند با یکدیگر جمع می‌شوند تا نمره خودکارآمدی به دست آید. نمره بالاتر به منزله خودکارآمدی بالاتر است (۳).

Nicholas در پژوهشی روایی محتوایی را تأیید و ضریب همسانی درونی مقیاس با روش آلفای کرونباخ را برابر با ۰/۸۶ گزارش نموده است (۲۵). Asghari و همکاران ساختار عاملی نسخه فارسی پرسشنامه خودکارآمدی درد را با استفاده از روش تحلیل عامل تأییدی بررسی کردند، ضریب همسانی درونی عبارات این پرسشنامه ۰/۹۲ بود (۲۶). Asghari و همکاران روایی سازه آن را تأیید و پایانی را با استفاده از روش آلفای کرونباخ، روش تنصیف و روش بازآزمایی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۸ و ۰/۷۷ به‌دست آوردند که بیانگر پایانی مطلوب و رضایت‌بخش آزمون است (۲۷). در مطالعه حاضر پایایی کل به روش آلفای‌کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمد.

داده‌های پژوهش با استفاده از آزمون‌های آماری کای اسکوئر، تی تست مستقل، تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی توکی تجزیه و تحلیل شدند و $p<۰/۰۵$ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

در این تحقیق در گروه آزمایش ۱۵ نفر (۱۰۰٪) و در گروه کنترل ۱۴ نفر (۹۳/۳٪) زن بودند.۱۰ نفر (۶۶/۷٪) در گروه آزمایش و ۹ نفر (۶۰٪) در گروه کنترل دارای تحصیلات دیپلم بودند. در گروه آزمایش ۶ نفر (۴۰٪) و در گروه کنترل ۷ نفر (۵۶/۷٪) شاغل بودند. همچنین میانگین سن در گروه آزمایش ۱/۳۸±۴۱ سال و در گروه کنترل ۷/۹۵±۴۱ سال به دست آمد. میانگین مدت ابتلا در گروه آزمایش ۵/۴۲±۸/۴ سال و در گروه کنترل ۴/۱۷±۸/۴ سال محاسبه گردید. متغیرهای جنس، تحصیلات، شغل، سن و مدت ابتلا در دو گروه مورد مطالعه اختلاف معنی‌داری نداشتند (جدول ۲).

جدول ۲. وضعیت مشخصات دموگرافیک و زمینه‌ای نمونه‌ها به تفکیک در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر / گروه	آزمایش تعداد(درصد) یا Mean±SD	کنترل تعداد(درصد) یا Mean±SD	p-value
جنس			
زن	۱۵(۱۰۰)	۱۴(۹۳/۳)	۰/۹۹*
مرد	۰(۰)	۱(۶/۷)	
تحصیلات			
دیپلم	۱۰(۶۶/۷)	۹(۶۰)	۰/۹۹*
فوق دیپلم	۱(۶/۷)	۰(۰)	
لیسانس	۴(۲۶/۷)	۵(۳۳/۳)	
فوق لیسانس	۰(۰)	۱(۶/۷)	
شغل			
شاغل	۶(۴۰)	۷(۵۶/۷)	۰/۷۱۳*
خانه‌دار	۹(۶۰)	۸(۵۳/۳)	
سن (سال)	۴۱±۱/۳۸	۴۱±۷/۹۵	۰/۹۹**
مدت ابتلا (سال)	۸/۴±۵/۴۲	۸/۴±۴/۱۷	۰/۹۹**

*آزمون کای اسکوئر، **آزمون تی تست مستقل

در بررسی متغیرهای توجه برگردانی اثر نوع مداخله ($F=۸۸/۹۵$، $p<۰/۰۰۱$) با اندازه اثر ۷۶/۷٪، تفسیر مجدد از درد اثر نوع مداخله ($F=۷۲/۶۴$، $p<۰/۰۰۱$) با اندازه اثر ۷۲/۹٪، نادیده انگاشتن درد اثر نوع مداخله ($F=۱۷/۱۱$، $p<۰/۰۰۱$) با اندازه اثر ۸۱/۸٪، امیدواری- دعا اثر نوع مداخله ($F=۴۴/۵۷$، $p<۰/۰۰۱$) با اندازه اثر ۶۲/۳٪، گفتگو با خود اثر نوع مداخله ($F=۴۵/۰۱$، $p<۰/۰۰۱$) با اندازه اثر ۶۲/۵٪، افزایش فعالیت اثر نوع مداخله ($F=۲۰/۸۲$، $p<۰/۰۰۱$) با اندازه

[DOI: 10.22088/jbums.25.1.177]

اثر ۷۰/۹٪ با اختلاف معنی‌داری همراه بوده و نشان داد که در گروه آزمایش این میزان بیشتر از گروه کنترل می‌باشد. همچنین در متغیر فاجعه آفرینی اثر نوع مداخله (p<۰/۰۰۱، F=۳۸/۸۳) با اندازه اثر ۵۹/۰٪ با اختلاف معنی‌داری همراه بوده و نشان داد که در گروه آزمایش این میزان کمتر از گروه کنترل می‌باشد (جدول ۳).

جدول ۳. مقایسه میانگین راهبردهای مقابله با درد و خرده مقیاس‌های آن در طی زمان در گروه‌های مورد مطالعه

متغیر و گروه	راهبردهای مقابله با درد			p-value**	اندازه اثر (Eta Squared)
	قبل از مداخله Mean±SD	پیگیری اول Mean±SD	پیگیری دوم Mean±SD		
توجه برگردانی					
آزمایش	۱۶/۲±۳/۴۴[a]	۲۳/۱۳±۳/۸۸[b]	۲۵±۴/۲[b]	<۰/۰۰۱	۰/۷۶۷
کنترل	۱۶/۵۳±۸/۸۳[a]	۱۱/۴۷±۷/۳۴[b]	۱۱/۲±۵/۹۳[b]	<۰/۰۰۱	
p-value*	۰/۸۹۳	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱		
تفسیر مجدد از درد					
آزمایش	۱۱/۸±۶/۲۲[a]	۱۷/۳۳±۵/۵۶[b]	۱۹/۶±۶/۳۴[b]	<۰/۰۰۱	۰/۷۲۹
کنترل	۱۹/۴۷±۶/۰۵[a]	۱۳/۰±۸/۶۵[b]	۱۲/۸±۷/۲۴[b]	<۰/۰۰۱	
p-value*	۰/۰۰۲	۰/۱۱۴	۰/۰۱۱		
فاجعه آفرینی					
آزمایش	۱۴/۸±۷/۵۱[a]	۱۰/۰±۶/۲۴[b]	۸/۳۳±۵/۵۷[b]	<۰/۰۰۱	۰/۵۹
کنترل	۱۲/۷۳±۷/۰[a]	۱۶/۳۳±۵/۴[b]	۱۶/۵۳±۴/۵[b]	<۰/۰۰۱	
p-value*	۰/۴۴۲	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱		
نادیده انگاشتن درد					
آزمایش	۱۷/۵۳±۷/۵۳[a]	۲۴/۴±۶/۶۷[b]	۲۶/۴±۶/۱۲[b]	<۰/۰۰۱	۰/۸۱۸
کنترل	۱۶/۸±۷/۰۸[a]	۱۲/۶±۵/۱۱[b]	۱۲/۳۳±۴/۱۸[b]	<۰/۰۰۱	
p-value*	۰/۷۸۶	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱		
امیدواری- دعا					
آزمایش	۲۲/۸±۹/۲۲[a]	۲۹/۱۳±۹/۹۷[b]	۳۰±۹/۵۵[b]	<۰/۰۰۱	۰/۶۲۳
کنترل	۲۵/۰۷±۶/۳۹[a]	۲۲/۴±۵/۷[b]	۲۲/۱۳±۵/۹۹[b]	<۰/۰۰۱	
p-value*	۰/۴۴۱	۰/۰۳۱	۰/۰۱۲		
گفتگو با خود					
آزمایش	۲۱/۶۷±۴/۰۴[a]	۲۵±۴/۰۳[b]	۲۶/۹۳±۳/۸[b]	<۰/۰۰۱	۰/۶۲۵
کنترل	۲۵±۴/۰۵[a]	۲۱/۲±۴/۷۹[b]	۲۰/۹۳±۳/۶۹[b]	<۰/۰۰۱	
p-value*	۰/۰۳۲	۰/۰۲۶	<۰/۰۰۱		
افزایش فعالیت					
آزمایش	۱۵/۲۷±۴/۷۵[a]	۲۰/۴۷±۴/۴۳[b]	۲۲/۴±۴/۸۹[b]	<۰/۰۰۱	۰/۷۰۹
کنترل	۱۴/۱۳±۴/۶۷[a]	۱۱/۲۰±۴/۹۴[b]	۱۰/۸۷±۴/۷۷[b]	<۰/۰۰۱	
p-value*	۰/۵۱۶	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱		

حروف مشابه نشان‌دهنده عدم معنی‌داری در سطح ۰/۰۵ می‌باشد.

***آزمون تی‌تست مستقل، ****آزمون آنالیز واریانس با داده‌های تکراری**

[DOI: 10.22088/jbums.25.1.177]

در بررسی متغیر خودکارآمدی درد در دو گروه مورد مطالعه با استفاده از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر مشخص گردید که برای این متغیر اثر نوع مداخله (p<۰/۰۰۱، F=۴۱/۴۴) با اندازه اثر ۶۰/۶٪ با اختلاف معنی‌داری همراه بوده و نشان داد که در گروه آزمایش در طی زمان این میزان افزایش و در گروه کنترل این میزان کاهش را در پی داشت (جدول ۴).

جدول ٤. مقایسه میانگین خودکارآمدی درد در طی زمان در گروه‌های مورد مطالعه

گروه / زمان	خودکارآمدی درد		p-value**	اندازه اثر (Eta Squared)
	آزمایش Mean±SD	کنترل Mean±SD		
قبل از مداخله	۳۱/۸۷±۱۳/۵۵[a]	۴۰/۳۳±۹/۵۳[a]	۰/۰۵۸	۰/۶۰۶
پیگیری اول	۴۳/۲±۹/۴۵[b]	۳۳/۳۳±۱۳/۳۴[b]	۰/۰۲۷	
پیگیری دوم	۴۵/۵۳±۸/۰۲[b]	۳۲/۸۷±۱۲/۶۷[b]	۰/۰۰۳	
p-value*	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	–	–

حروف مشابه نشان‌دهنده عدم معنی‌داری در سطح ۰/۰۵ می‌باشد.

***آزمون آنالیز واریانس با داده‌های تکراری، ****آزمون تی‌تست مستقل**

بحث و نتیجه گیری

نتایج این تحقیق نشان داد که بهزیستی درمانی اثر معنی‌داری بر راهبردهای مقابله با درد و خودکارآمدی درد در بیماران نوروپاتیک مزمن دارد. به دلیل اینکه پیشینه پژوهشی در رابطه با اثربخشی بهزیستی درمانی بر راهبردهای مقابله‌ای و خودکارآمدی درد بیماران مبتلا به درد نوروپاتیک مزمن وجود نداشت لذا مقایسه با سایر حیطه‌ها انجام گرفت. نتایج این مطالعه همخوان با پژوهش Rotterman و همکاران است که در مطالعه‌ای اظهار نمودند بهزیستی درمانی، بر کاهش شدت افسردگی و درد مزمن تأثیر دارد، علی‌رغم اینکه در مطالعه ما، راهبردهای مقابله‌ای و خودکارآمدی درد بیماران مبتلا به درد نوروپاتیک مزمن بررسی شد (۲۸). Xu و همکاران در پژوهشی گزارش کردند که پنج هفته بهزیستی درمانی باعث بهبود سازگاری و بهزیستی روانشناختی و کاهش علائم اضطراب و افسردگی در دانشجویان جدید الورود پزشکی می‌شود در حالیکه در مطالعه ما، اضطراب و افسردگی بررسی نگردید و ۸ جلسه درمانی اجرا شد (۲۹). Fooladi و همکاران در مطالعه‌ای نشان دادند که بهزیستی درمانی باعث کاهش قند خون ناشتا و افسردگی و افزایش شادکامی و خوش‌بینی در بیماران دیابتی پس از ابتلا به ویروس کرونا شد. در این پژوهش روی قند خون، افسردگی، شادکامی و خوش‌بینی کار شد و بر راهبردهای مقابله‌ای و خودکارآمدی درد کار نکردند (۳۰). Bani Hashemi و همکاران در یک بررسی عنوان کردند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبردهای مقابله‌ای، کیفیت زندگی و سلامت عمومی مراقبین بیماران مزمن اثربخش است (۳۱). در این مطالعه مشابه پژوهش ما، متغیر راهبردهای مقابله‌ای بررسی شد با این تفاوت که این متغیر در مراقبین بیماران مزمن بررسی گردید و به جای بهزیستی درمانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اجرا شد. Kiani و همکاران در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی درد افراد مبتلا به درد مزمن مؤثر است (۳۲). در این پژوهش همانند مطالعه ما، خودکارآمدی درد در بیماران مبتلا به درد مزمن بررسی شد امّا برخلاف پژوهش ما، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اجرا گردید.

در تبیین اینکه بهزیستی درمانی بر راهبردهای مقابله با درد موثر است باید اشاره کرد که در بهزیستی درمانی از بیمار خواسته می‌شود جدول روزنگار بهزیستی را پر کند یعنی موقعیت‌هایی که در آن احساس بهزیستی می‌کند را یاداشت نموده و به آن از صفر تا صد نمره دهد. افکار یا رفتارهایی که باعث مختل شدن نابهنگام موارد بهزیستی می‌شوند (افکار یا رفتارهای مداخله‌گر) را بنویسد و در ستون ناظر باید یادداشت کند که یک ناظر بیرونی یعنی کسی که از موقعیت فاصله دارد احتمالاً درباره این شرایط چه فکری خواهد کرد. درمانگر با بیمار جدول روزنگار بهزیستی را بررسی می‌کند و به این طریق بیمار یاد می‌گیرد که افکار و یا رفتارهای مداخله‌گر را که باعث مختل شدن بهزیستی می‌شود، بازسازی کند. از آنجایی که راهبردهای مقابله با درد با باورها و اِسناد بیمار درباره درد، رابطه تنگاتنگی دارد، بنابراین راهبردهای مقابله‌ای فعال، افزایش و راهبردهای مقابله‌ای غیرفعال، کاهش پیدا می‌کند. زمانی که در بهزیستی درمانی، ابعاد روانشناختی بهزیستی معرفی می‌شود، در بعد پذیرش خود، سطح مختل، سطح متعادل و سطح افراطی آن بررسی می‌شود و هدف، رسیدن بیمار به سطح متعادل پذیرش خود یعنی سطحی که شخص ویژگی‌های خوب و بد خود را می‌پذیرد و نسبت به گذشته خود احساس مثبتی دارد، بنابراین بیمار با تکیه بر منابع و امکانات خود، برای مواجهه با درد تلاش می‌کند و احساس ناامیدی، بیچارگی و اتکا بر دیگران برای مواجهه و کنترل درد را کنار می‌گذارد و این به معنای

[DOI: 10.22088/jbums.25.1.177]

افزایش استفاده از راهبردهای مقابله‌ای فعال و کاهش استفاده از راهبردهای مقابله‌ای غیرفعال می‌باشد. در بهزیستی درمانی، واضحاً راهبردهای مورد استفاده برای بهبود بهزیستی روانشناختی تقویت می‌شود که این به معنای تقویت راهبردهای مقابله‌ای فعال می‌باشد. بنابراین راهبردهای مقابله‌ای فعال افزایش و راهبردهای مقابله‌ای غیرفعال کاهش می‌یابد.

در تبیین تأثیر معنی‌دار بهزیستی درمانی بر خودکارآمدی درد باید اشاره کرد که در بهزیستی درمانی، زمانی که مؤلفه تسلط بر محیط مطرح می‌شود، سطح مختل، سطح متعادل و سطح افراطی آن بررسی می‌شود و هدف، رسیدن بیمار به سطح متعادل آن است، یعنی سطحی که شخص در مدیریت محیط خود احساس شایستگی دارد، از فرصت‌های محیط به خوبی استفاده می‌کند، قادر است آنچه را که با نیاز شخصی‌اش متناسب است برگزیند. در معرفی مؤلفه رشد شخصی هم سطح مختل، سطح متعادل و سطح افراطی آن بررسی می‌شود و هدف، رسیدن بیمار به سطح متعادل رشد شخصی است یعنی سطحی که شخص حس رشد مداوم دارد، خودش را در حال رشد و پیشرفت می‌بیند، به تجربیات تازه گشوده است و در معرفی مؤلفه خودمختاری (استقلال) هم، سطح مختل، سطح متعادل و سطح افراطی آن بررسی می‌شود و هدف رسیدن بیمار به سطح متعادل خودمختاری است یعنی سطحی که شخص مستقل است، قادر است در برابر فشار اجتماعی مقاومت کند، رفتار و خویشتن را طبق معیارهای شخصی تنظیم کند. بنابراین پذیرفتنی است که بهزیستی منجر به افزایش خودکارآمدی درد شود.

به طور کلی نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بهزیستی درمانی در بیماران مبتلا به درد نوروپاتیک مزمن می‌تواند راهبردهای مقابله‌ای فعال را افزایش، راهبرد مقابله‌ای غیرفعال را کاهش و نیز خودکار آمدی درد را افزایش دهد و پیشنهاد می‌شود که متخصصان حوزه سلامت در کنار درمان‌های دارویی افراد مبتلا به درد نوروپاتیک مزمن، به روش‌های درمان غیردارویی از جمله بهزیستی درمانی توجه ویژه نمایند. این پژوهش مانند هر پژوهش دیگر محدودیت‌هایی از جمله محدودیت در روایی بیرونی داشت، بنابراین پیشنهاد می‌شود که این پژوهش در جوامع دیگر بررسی شود.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از معاونت پژوهش و فناوری دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری، واحد توسعه و تحقیقات بالینی بیمارستان آیت اله روحانی بابل و شرکت کنندگانی که ما را در انجام این پژوهش یاری دادند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

[DOI: 10.22088/jbums.25.1.177]

References

1.Otis JD. Managing Chronic Pain: A Cognitive-Behavioral Therapy Approach [Translated by: Mohammadi F, Alibeigi N], 2nd ed. Tehran, Iran: Arjmand; 2007. p. 11-2. [In Persian]

2.Hamid N, Ramezan Sa'atchi L, Mehrabizadeh Honarmand M. Effect of cognitive-behavioral therapy on pain severity and mental health of women with chronic low back pain. Clin Psychol Stud. 2013;3(10):96-113.[In Persian]

3.Asghari Moghaddam MA. Pain and it's measurement: Study of new approach to pain psychology. Tehran, Iran: Roshd; 2012. p. 21-210. [In Persian]

4.Carayannopoulos A. Comprehensive pain management in the rehabilitation patient. Springer; 2017. p. 1-2.

5.Udeagha CC. Neuropathic Pain. Croatia: InTech; 2012. p. 1-4.

6.Banafsheh H, Mesdaghinia A, Honarkar-Ramezani M, Noorani- Arani M, Banitaba-Bidgoli SM, Hamidi GA. Effect of Lithium on neuropathic pain induced by partial ligation of rat sciatic nerve. Feyz. 2011;15(4):294-301. [In Persian]

7.Hosseini A, Zahrakar K, Davarnia R, Shakarami M. Prediction of Vulnerability to Stress Based on Social Support, Resiliency, Coping Strategies and Personality Traits among University Students. Res Cogn Behav Sci. 2016;6(2):27-42. [In Persian]

8.Turk DC, Gatchel RJ. Psychological approaches to pain management: a practitioner's handbook, 3rd ed. New York: The Guilford Press; 2018. p. 201-21.

9.Evans RW. Diagnostic testing for migraine and other primary headaches. Neurol Clin. 2019;37(4):707-25.

10.Warren JM. The impact of social cognitive theory and rational emotive behavior therapy interventions on beliefs, emotions, and performance of teachers. Raleigh, North Carolina: North Carolina State University; 2010. p. 57-65.

11.Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. J Pers Soc Psychol. 1989;57(6):1069-81.

12.Peterson C, Seligman ME. Character strengths and virtues: A handbook and classification. American Psychological Association & Oxford University Press; 2004. p. 35-8.

13.Fava GA, Tomba E. Increasing Psychological well-being and resilience by psychotherapeutic methods. J Pers. 2009;77(6):1903-34.

14.Dastjerdi R, Farzad V, Kadivar P. The role of five big personality factors in predicting psychological well-being. J Birjand Univ Med Sci. 2011;18(2):126-33. [In Persian]

15.Fava GA. Well-Being Therapy: Treatment Manual and Clinical Applications. New York: Karger; 2016. p. 9-88.

16.Yang C, Qu Y, Abe M, Nozawa D, Chaki S, Hashimoto K. (R)-Ketamine Shows Greater Potency and Longer Lasting Antidepressant Effects Than Its Metabolite (2R,6R)-Hydroxynorketamine. Biol Psychiatry. 2017;82(5):e43-4.

17.Weiss LA, Westerhof GJ, Bohlmeijer ET. Can we increase psychological well-being? Thee effects of interventions on psychological well-being: A meta- analysis of randomized controlled trials. PLoS One. 2016;11(6):e0158092.

18.Karimi Rahjerdi M, Sodani M, Gholamzade Jofre M, Asgari P. Effectiveness of well-being therapy on depression, Sexual satisfaction and quality of life in type 2 diabetic patients. Quarter J Health Psychol. 2021;9(4):119-32. [In Persian]

19.Khazaei A, Shamsipour H, Davazdah Emamy MH. The effectiveness of Group well-being Therapy on marital satisfaction and psychological well- being among housewives. Shenakht J Psychol Psychiatry. 2018;5(5):43-52. [In Persian]

[DOI: 10.22088/jbums.25.1.177]

20.Pirnia B, Mansour S, Najafi E, Reyhani R. Effectiveness of well-being therapy on symptoms of anxiety, stress and depression in men on therapeutic- community. Community Health J. 2017;10(4):47-56. [In Persian]
21.Delavar A, Kooshki Sh. Mixed Research Method. Tehran, Iran: Virayesh; 2017. p. 158-64. [In Persian]
22.Farokhi H, Ansari Shahidi M, Rezai Jamaleoi H, Abrahemi A, Arabkheradmand J. Comparing the effectiveness of schema therapy, acceptance and commitment therapy on pain acceptance, pain self- efficacy in spinal column surgery patients. J Anesth Pain 2020;10(4):89-96. [In Persian]
23.Rosenstiel AK, Keefe FJ. The use of coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patient characteristics and current adjustment. Pain. 1983;17(1):33-44.
24.Asghari Moghaddam MA, Golak N. The Roles of Pain Coping Strategies in Adjustment to Chronic Pain. J Clin Psychol Pers (Daneshvar-e-Raftar). 2005;12(10):1-23. [In Persian] Available from: http://cpap.shahed.ac.ir/article_2584.html?lang=en
25.Nicholas LJ. The response of South African professional psychology associations to apartheid. J Hist Behav Sci. 1990;26(1):58-63.
26.Asghari A, Nicholas MK. Pain self-efficacy beliefs and pain behavior: A prospective study. Pain. 2001;94(1):85-100.
27.Asghari A, Nicholas 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(4):619-32.
28.Rotterman E, Wright JH. Well-being therapy for recurrent depression and chronic pain. Psychother Psychosom. 2019;88(6):378-9.
29.Xu YY, Wu T, Yu YJ, Li M. A randomized controlled trial of well-being therapy to promote adaptation and alleviate emotional distress among medical freshmen. BMC Med Educ. 2019;19(1):182.
30.Fooladi A, Hemati M, Molaei M, Ghorbani M. The effectiveness of well-being therapy on fasting blood sugar, depression, happiness, and optimism in diabetic patients rescued from coronavirus. Community Health J. 2021;15(3):54-64. [In Persian]
31.Bani Hashemi S, Hatami M, Hasani J, Sahebi A. Comparing Effectiveness of the Cognitive-behavioral Therapy, Reality Therapy, and Acceptance and Commitment Therapy on Quality of Life, General Health, and Coping Strategies of Chronic Patient's Caregivers. J Clin Psychol. 2020;12(1):63-76. [In Persian]
32.Kiani S, Sabahi P, Makvand Hoseini S, Rafienia P, Alebouyeh M. 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. J Psychol Sci. 2020; 19(89): 567-78. [In Persian]

[DOI: 10.22088/jbums.25.1.177]