

Examining the relationship between quality of life and dimensions of mental health with resilience and pain perception in patients after heart surgery at Shahid Madani Hospital in Tabriz

Asgar fouladi¹, Elmira Pourkhalil², Masoud Fazlalipour Miyandoab³

¹ Assistant Professor, Department of Psychology, Payame Noor University (PNU), Tehran, Iran

² Master's Student, Medical Sciences Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran

³ Assistant Professor, Department of Statistics, Payame Noor University, Tehran, Iran

Abstract

Background: The aim of the present study was to investigate the relationship between quality of life and mental health dimensions in the resilience and pain perception of patients after heart surgery in Shahid Madani Hospital, Tabriz.

Materials and methods: The current research was an applied research in terms of its purpose, and it was a descriptive-correlation research in terms of its nature. The statistical population of the present study consisted of all heart patients after surgery in Shahid Madani Hospital of Tabriz city, which is approximately 460 people during three months. The statistical sample of this research was 210 cardiac patients after surgery in Shahid Madani Hospital of Tabriz, which was obtained by using Morgan's table and available sampling method. To collect data, a revised pain questionnaire was used. Gil (SF-MPQ-2), Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC), short-form 36-question quality of life questionnaires -36SF- and Keys Mental Health Questionnaire (2002) were used. Data analysis was done with the statistical method of multiple regression.

Results: The quality of life subscales (physical function, physical role, emotional role, mental health, and general health) had the ability to predict resilience, and as these quality of life components increase, resilience also increases, and the subscale Quality of life factors had the ability to predict pain perception negatively, and as these quality of life components increase, pain perception also decreases. The results of multiple regression showed that mental health subscales (emotional well-being and mental well-being) had the ability to positively predict resilience, and as emotional well-being and mental well-being increase, resilience also increases. The sub-scales of mental health had the ability to predict the perception of pain in a negative way, and as emotional well-being, social well-being and psychological well-being increase, pain perception also decreases.

Conclusion: The quality of life subscales has the ability to predict resilience and pain, and as these quality of life components increase, resilience also increases.

Keywords: *Quality of life, Mental health, Resilience, Pain, Heart disease.*

Cited as: Fouladi A, Pourkhalil E, Fazlalipour Miyandoab M. Examining the relationship between quality of life and dimensions of mental health with resilience and pain perception in patients after heart surgery at Shahid Madani Hospital in Tabriz. Medical Science Journal of Islamic Azad University, Tehran Medical Branch 2026; 36(1): 77-89.

Correspondence to: Masoud Fazlalipour Miyandoab

Tel: +98 9144820538

E-mail: mesud.fq@pnu.ac.ir

ORCID ID: 0000-0001-9425-5159

Received: 11 Jun 2025; **Accepted:** 27 Aug 2025

بررسی رابطه کیفیت زندگی و ابعاد سلامت روانی با تاب آوری و ادراک درد بیماران بعد از جراحی قلب بیمارستان شهید مدنی تبریز

اصغر فولادی^۱، المیرا پورخلیل^۲، مسعود فضلعلی پورمیانندوآب^۳

^۱ استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

^۲ دانشجوی کارشناسی ارشد، واحد علوم پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران

^۳ استادیار گروه آمار، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

چکیده

سابقه و هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه کیفیت زندگی و ابعاد سلامت روانی در تاب آوری و ادراک درد بیماران بعد از جراحی قلب بیمارستان شهید مدنی تبریز بود.

روش بررسی: در این پژوهش کاربردی از نوع تحقیقات توصیفی-همبستگی، از همه افرادی که جراحی قلب در بیمارستان شهید مدنی تبریز داشتند (در طول سه ماه=۴۶۰ نفر)، ۲۱۰ نفر با استفاده از جدول مورگان و روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه تجدید نظر شده درد مک‌گیل (SF-MPQ-2)، مقیاس تاب آوری کانر-دیویدسون (CD-RISC)، پرسشنامه‌های کیفیت زندگی فرم کوتاه ۳۶ سوالی SF-۳۶ و پرسشنامه سلامت روانی کیز (۲۰۰۲) استفاده شد. تحلیل داده‌ها با روش آماری رگرسیون چندگانه انجام شد.

یافته‌ها: زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی توانایی پیش بینی تاب آوری را داشتند و هر اندازه مولفه‌های کیفیت زندگی افزایش می‌یافت، تاب آوری نیز افزایش پیدا می‌کرد. همچنین زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی توانایی پیش بینی ادراک درد به صورت منفی را داشت و هر اندازه مولفه‌های کیفیت زندگی افزایش می‌یافت، ادراک درد نیز کاهش پیدا می‌کرد. نتایج رگرسیون چندگانه نشان داد که از زیرمقیاس‌های سلامت روانی، بهزیستی هیجانی و بهزیستی روانی توانایی پیش بینی تاب آوری به صورت مثبت را دارند و هر اندازه بهزیستی هیجانی و بهزیستی روانی افزایش پیدا کند تاب آوری نیز افزایش پیدا می‌کند. زیر مقیاس‌های سلامت روان توانایی پیش بینی ادراک درد به صورت منفی را داشتند و هر اندازه بهزیستی هیجانی، بهزیستی اجتماعی و بهزیستی روانی افزایش پیدا می‌کرد، ادراک درد نیز کاهش پیدا می‌کرد.

نتیجه‌گیری: زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی، توانایی پیش بینی تاب آوری و ادراک درد را دارند و هر اندازه بهزیستی هیجانی و بهزیستی روانی افزایش پیدا کند، تاب آوری نیز افزایش پیدا می‌کند.

واژگان کلیدی: کیفیت زندگی، سلامت روان، تاب آوری، درد، بیماری قلبی.

مقدمه

مزمّن است. بیماری‌هایی مانند مشکلات قلبی به‌ویژه فشارخون، نه تنها درمان قطعی ندارند، بلکه بر ذهن و رفتار و سبک زندگی بیماران اثرات قابل ملاحظه‌ای می‌گذارند (۱). آنچه به صورت واقعی در دنیای کنونی در حوزه سلامت به صورت عیان خود را نشان می‌دهد بیماری‌های قلبی و عروقی است که در رأس آن‌ها سکتة قلبی به وضوح زندگی انسان را تحت تأثیر خود قرار داده، به طوری که تحقیقات در این حوزه برای کم کردن آلام انسان‌ها هرروز گسترش می‌یابد. تبعات ناشی از آنچه از نظر روحی و روانی

امروزه مهم‌ترین معضل سلامتی در همه کشورهای جهان از جمله کشور ما ایران، تغییر الگوی مرگ و میر بیماری به بیماری‌های

آدرس نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه پیام نور، دانشکده علوم، گروه آمار، مسعود فضلعلی پور میانندوآب

(email: mesud.fq@pnu.ac.ir)

ORCID ID: 0000-0001-9425-5159

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۴/۳/۲۱

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۶/۵

حساسیت، تمرکز بر درد، ملال و عدم اشتغال به فعالیت‌های روزمره، درد را افزایش می‌دهند (۷). دیدگاه توسعه یافته زیستی-روانی اجتماعی نه فقط شکایات درد و یافته‌های جسمی همراه آن را مورد توجه قرار می‌دهد، بلکه بسیاری از "علائم روان‌شناختی" را که می‌توانند در پیشرفت حالت درد مزمن، تداوم نشانگان درد و پاسخ به درمان پزشکی نقش داشته باشند، را نیز مورد توجه قرار می‌دهد و یکی از متغیرهای آسیب‌زای درد که در عدم سازگاری درد تأثیر دارد علائم روان‌شناختی می‌باشد و پژوهش‌های انجام گرفته نیز بر تأثیر عوامل روان‌شناختی بر کاهش درد تأکید کرده اند (۸).

در همین راستا، از جمله عواملی که می‌تواند در میزان تاب آوری و ادراک درد بیماران نقش داشته باشد، کیفیت زندگی (quality of life) آنهاست. کیفیت زندگی به وضعیت عمومی فیزیکی، روانی و اجتماعی یک فرد اشاره دارد. بیماران پس از عمل جراحی قلب ممکن است با محدودیت‌های فیزیکی مواجه شوند و در برخی موارد نیاز به تغییر در سبک زندگی خود داشته باشند. در این موارد، کیفیت زندگی می‌تواند تأثیر مستقیمی بر تاب آوری و ادراک درد بیماران داشته باشد. به طور کلی، بیمارانی که کیفیت زندگی بهتری دارند، معمولاً تاب آوری بیشتری نشان می‌دهند و ادراک کمتری از درد پس از عمل جراحی قلب دارند. همچنین، به دلیل آنکه این بیماری با پیش آگاهی ضعیف، بی‌ثباتی بالینی، بالاترین میزان بستری، کاهش کیفیت زندگی و هزینه‌های مراقبتی قابل توجهی همراه است. از طرف دیگر، بیماران با نارسایی قلبی اغلب محدودیت‌هایی در فعالیت‌هایشان دارند و کاهش کیفیت زندگی آن‌ها از خستگی و تنگی نفس ناشی می‌شود. در حقیقت نارسایی قلبی یکی از بیماری‌های مزمن است که کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. از طرف دیگر، بازگشت مجدد بیماری و بستری شدن بیماران فهم این موضوع را که چگونه کیفیت زندگی این افراد بدتر می‌شود را آسان می‌کند. به همین دلیل، بیشترین مطالعاتی که بر روی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی صورت می‌گیرد، در مورد کیفیت زندگی است (۹). در همین رابطه، ادل، گوس، انتونی و مارگارت (۲۰۱۷) در پژوهشی که با بیماران قلبی انجام دادند به این نتیجه رسیدند که کیفیت زندگی بیمارانی سازگارتر بود که تاب‌آوری بیشتری داشتند. در واقع افراد با تاب‌آوری بالا با وقایع آسیب‌زا موثرتر از افراد با تاب‌آوری پایین مقابله می‌کنند (۱۰).

همچنین یکی دیگر از عواملی که می‌تواند در میزان تاب آوری و ادراک از بیماری بیماران قلبی رابطه داشته باشد، سلامت روانی است. سلامت روانی شامل عواملی مانند بهزیستی هیجانی، بهزیستی روانی، بهزیستی اجتماعی، سطح استرس، اضطراب،

همچون از نظر مالی هزینه‌های زیادی را تحمیل نموده است و اهمیت کنترل این بیماری یکی از دغدغه‌های مهم نظام‌های بهداشتی درمانی محسوب می‌شود با این وجود، بیماری‌های قلبی عروقی، شایع‌ترین علل مرگ و میر هستند که ۳۵٪ از همه مرگ و میرها را به خود اختصاص داده‌اند. به دلیل شیوع بسیار بالای بیماری‌های قلبی عروقی حدود ۸۰ میلیون بیمار قلبی که حدود ۳۵٪ از کل بیماری‌ها را در برمی‌گیرد در دنیا تشخیص داده شده است (۲).

یکی از عواملی که در بیماران قلبی عروقی می‌تواند موثر باشد، تاب آوری (resilience) آنهاست. تاب آوری توانایی افراد برای مقابله با ریسک‌ها و خطرهای موجود در محیط است. در واقع تاب آوری نوعی انعطاف پذیری افراد در مقابل مشکلات محیطی بوده و می‌تواند باعث شود فرد پیروزمندانه از رویدادهای ناگوار بگذرد و علیرغم قرارگرفتن در معرض تنش‌های شدید ارتقا یابد (۳). تاب آوری در بیماران موجب انعطاف پذیری بیشتر می‌شود که شامل کمک بیشتر به بهبود بیماران و خودمراقبتی است و همچنین براساس مطالعات می‌توان گفت افراد با تاب آوری بالا سطح کمتری از اجتناب را نشان می‌دهند و با درد ناشی از بیماریشان کنار می‌آیند و نگرش فاجعه‌آمیزی نسبت به درد ندارند (۴). جولائی‌ها، پولادی، لک، نوربالا و صفاری‌نیا (۵) در پژوهشی به بررسی نقش تاب‌آوری و سن در سازگاری با علائم و نشانه‌های بیماری درد مزمن پرداختند و نتایج ضریب همبستگی نشان داد که تاب‌آوری با اضطراب، افسردگی، تنیدگی و ناتوانی جسمانی رابطه منفی معناداری داشت و سن با ناتوانی جسمانی رابطه مثبت معنادار داشت. همچنین نشان داد که تاب‌آوری به صورت منفی اضطراب، افسردگی، تنیدگی و ناتوانی جسمانی را پیش‌بینی می‌کند. آلچورا، کوبین، کاتز، انده (۶) در تحقیقات خود به این نتیجه رسیدند که تاب آوری نقش مهمی در سلامت روان فرد از جمله (اضطراب، افسردگی شکایات جسمانی و کارکرد اجتماعی) بازی می‌کند ولی افرادی که با درد ناشی از بیماری دست و پنجه نرم می‌کنند سطح تاب آوری به مرور کاهش پیدا می‌کند و آسیب پذیری این افراد در برابر درد ممکن است افزایش پیدا کند.

یکی دیگر از عواملی که می‌تواند در بیماران قلبی تأثیرگذار باشد، ادراک درد (pain perception) است. بر طبق نظریه رَسَنزویگ شدت و ماهیت درد را تابعی از سازوکارهای حسی، عاطفی، و شناختی می‌دانستند، نقش فرایندهای روانی در تجربه درد و کنترل آن مشخص شد. بدین معنی که اگر علائم درد توسط مراکز عالی‌تر شناختی تفسیر نشوند، درد ممکن است به حداقل برسد. برعکس شرایطی مانند اضطراب، نگرانی، تنش، افسردگی،

مقیاس حساسی درد، ادراک عاطفی درد، ادراک ارزیابی درد، و دردهای متنوع و گوناگون بود. ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۷، ۰/۸۳ و ۰/۸۶ گزارش شده است. این پرسشنامه در ایران مورد بررسی قرار گرفته و روایی و پایایی آن مطلوب گزارش شده است. برای نمونه خسروی، صمنبر، علمداری و زنده دل (۱۳۹۱) در پژوهش خود آلفای کرونباخ کلی این پرسشنامه را ۰/۸۵ و آلفای کرونباخ هر چهار مؤلفه آن را بالای ۰/۸۰ گزارش نمودند در این پژوهش پایایی آزمون به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ بدست آمده است (۱۳).

مقیاس تاب آوری کانر - دیویدسون (CD-RISC): این پرسشنامه را کونور و دیویدسون (۲۰۰۳) با مرور منابع پژوهشی ۱۹۹۱-۱۹۷۹ حوزه تاب آوری تهیه کردند. تهیه کنندگان این مقیاس بر این باورند که این پرسشنامه به خوبی قادر به تفکیک افراد تاب آور از غیرتاب آور در گروه های بالینی و غیربالینی بوده و می تواند در موقعیت های پژوهشی و بالینی مورد استفاده قرار گیرد. پرسشنامه تاب آوری کونور و دیویدسون ۲۵ عبارت دارد که در یک مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا پنج (همیشه درست) نمره گذاری می شود. بنابراین طیف نمرات آزمون بین ۰ تا ۱۰۰ قرار دارد. نمرات بالاتر بیانگر تاب آوری بیشتر آزمودنی است. نتایج تحلیل عاملی حاکی از آنند که این آزمون دارای ۵ عامل: تصور شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی، تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، کنترل و تأثیرات معنوی است. کونور و دیویدسون (۲۰۰۳) ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تاب آوری را ۰/۸۹ گزارش کرده اند (۱۴). همچنین ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی در یک فاصله ۴ هفته ای ۰/۸۷ بوده است. این مقیاس در ایران توسط محمدی (۱۳۸۴) هنجاریابی شده است. وی برای تعیین پایایی مقیاس تاب آوری کونور و دیویدسون از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته و ضریب پایایی ۰/۸۹ را گزارش کرده است در این پژوهش پایایی آزمون به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمده است (۱۵).

پرسشنامه کیفیت زندگی فرم کوتاه ۳۶ سوالی SF-۳۶: پرسشنامه کیفیت زندگی یک پرسشنامه معتبر است و به طور گسترده برای ارزیابی کیفیت زندگی، به کار برده می شود و دارای ۸ زیر مقیاس (کارکرد جسمانی، نقش جسمانی، نقش هیجان، سرزندگی، بهزیستی هیجانی، کارکرد اجتماعی، بهبود درد جسمانی و بهزیستی عمومی) است. در ایران این فرم توسط منتظری و همکاران (۱۳۸۵) با روش ترجمه مجدد به فارسی برگردانده شده و روی ۴۱۶۳ نفر در رده سنی ۱۵ سال به بالا (میانگین سنی ۳۵/۱ سال)، که ۵۲ درصد آنها زن بودند، هنجاریابی شده است. ضریب پایایی گزارش شده برای خرده

افسردگی و رضایتمندی زندگی است. در کل سلامت روانی یک مفهوم گسترده است که از چند بعد مورد مطالعه قرار می گیرد. بیماران پس از عمل جراحی قلب ممکن است با استرس و اضطراب مرتبط با عمل جراحی و تغییراتی که در زندگی شان رخ می دهد، مواجه شوند که باتوجه به میزان مهارت های سلامت روان، ادراک درد را تحت تأثیر قرار دهند. برعکس، سطح رضایتمندی و آرامش روانی می تواند به تاب آوری بیماران کمک کند و از افزایش ادراک درد پس از عمل جراحی جلوگیری کند. مطالعات نشان داده اند که بیماران با سلامت روانی بهتر، اغلب تاب آوری بیشتری نشان می دهند و ادراک کمتری از درد بعد از عمل جراحی قلب دارند (۱۱).

با توجه به مطالب ذکر شده پژوهش حاضر به بررسی رابطه کیفیت زندگی و ابعاد سلامت روانی با تاب آوری و ادراک درد بیماران بعد از عمل جراحی باز قلب است. لذا در این تحقیق به دنبال پاسخ این سؤال هستیم که آیا بین کیفیت زندگی و ابعاد سلامت روانی با تاب آوری و ادراک درد بیماران بعد از عمل جراحی باز قلب رابطه وجود دارد؟

مواد و روشها

پژوهش حاضر از نظر هدف از نوع تحقیقات کاربردی است و از نظر ماهیت از نوع تحقیقات توصیفی-همبستگی می باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر متشکل از همه افرادی که جراحی قلب در بیمارستان شهید مدنی تبریز داشته اند که بصورت تقریبی در طول سه ماه تعداد آنها ۴۶۰ نفر بود. نمونه آماری تحقیق حاضر، تعداد ۲۱۰ نفر از بیماران قلبی بعد از جراحی بیمارستان شهید مدنی تبریز بود که با استفاده از جدول مورگان و روش نمونه-گیری در دسترس به دست آمد.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه درد مک گیل (McGill Pain Questionnaire: MPQ): پرسشنامه دارای ۲۰ مجموعه عبارت است و هدف آن سنجش درک افراد از درد از ابعاد مختلف) چهار بعد ادراک (حسی درد، ادراک عاطفی درد، ادراک ارزیابی درد، و دردهای متنوع و گوناگون) است (۱۲). پرسشنامه درد مک گیل از برجسته ترین ابزارهای اندازه گیری درد است که برای اولین توسط ملزاک و بر روی ۲۹۷ بیمار که از انواع مختلف دردها رنج می بردند مورد استفاده قرار گرفت (۱۲). روایی و پایایی این پرسشنامه در سال ۲۰۰۹ توسط دورکین و همکاران مورد بررسی قرار گرفت (۱۳). یافته های این پژوهش پایایی و روایی بالایی را برای این پرسشنامه نشان دادند. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی حاکی از وجود چهار خرده

یافته‌ها

برای اطلاع از میانگین عملکرد نمونه در متغیرهای پژوهش، شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرها در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

P-value	میانگین \pm انحراف معیار	ابعاد کیفیت زندگی
۰/۰۵۸	۲۹/۵۹ \pm ۳/۸۴	کارکرد جسمانی
۰/۰۶۴	۸/۵۷ \pm ۲/۴۱	نقش جسمانی
۰/۰۵۳	۶/۶۳ \pm ۱/۹۶	نقش هیجان
۰/۰۶۳	۸/۸۸ \pm ۲/۲۴	سرزندگی
۰/۰۶۸	۱۱/۹۷ \pm ۲/۷۱	بهبودی هیجانی
۰/۰۵۲	۴/۰۲ \pm ۱/۷۱	کارکرد اجتماعی
۰/۰۱۴	۶/۱۵ \pm ۱/۷۵	بهبود درد جسمانی
۰/۰۵۱	۱۱/۸۹ \pm ۲/۲۳	بهبودی عمومی
سلامت روان		
۰/۰۵۸	۶/۳۹ \pm ۲/۰۴	بهبودی هیجانی
۰/۰۵۶	۱۱/۵۱ \pm ۳/۶۴	بهبودی روانی
۰/۰۵۹	۸/۵۲ \pm ۲/۷۲	بهبودی اجتماعی
۰/۰۵۸	۵۹/۴۳ \pm ۶/۸۷	ادراک درد
۰/۰۵۹	۶/۱۵ \pm ۷/۸۲	تاب آوری

در ادامه جهت بررسی رابطه کیفیت زندگی و تاب آوری از رگرسیون چندگانه استفاده شده است که به نتایج آنها اشاره شده است.

جدول ۲. پیش فرض‌های آزمون‌های آماراستنباطی

هم خطی متغیرهای مستقل		نرمال بودن		
vif	Tolerance	sig	K-S	sig SH-W
کیفیت زندگی				
---	---	۰/۳۴۱	۰/۱۷۵	۰/۲۴۱
ابعاد سلامت روانی				
---	---	۰/۲۶۷	۰/۲۰۲	۰/۱۵۴
تاب آوری				
۶/۰۹۶	۰/۱۶۴	۰/۳۴۱	۰/۱۶۷	۰/۲۶۳
ادراک درد				
۵/۰۶۱	۰/۱۹۸	۰/۲۹۴	۰/۲۴۳	۰/۱۶۷

نتایج جدول ۲ آماره‌های آزمون شاپیروویک و کولموگروف اسیرنوف جهت بررسی نرمال بودن متغیرهای ملاک و پیش بین را نشان می‌دهد. همان‌طور که ملاحظه می‌شود، سطح معنی‌داری آماره‌های به دست آمده برای متغیرهای مورد

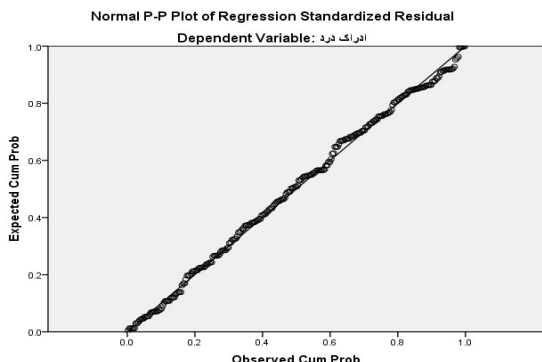
مقیاس‌ها از ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ به غیر از خرده‌مقیاس سرزندگی که ۶۵٪ بوده است. در مجموع یافته‌ها نشان داده‌اند که نسخه ایرانی این پرسشنامه ابزاری مناسب برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی است در این پژوهش پایایی آزمون به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ بدست آمده است (۱۶).

پرسشنامه سلامت روانی کیز (۲۰۰۲): پرسشنامه استاندارد سلامت روانی کیز (۲۰۰۲)، از فرم بلند پیوستار سلامت روان مشتق شد و شامل ۱۴ سوالات و ۳ مولفه (بهبودی هیجانی، بهبودی روانی و بهبودی اجتماعی) است. نمره گذاری این پرسشنامه بر اساس طیف شش‌گزینه‌ای لیکرت ((کاملاً مخالفم، مخالفم، بی تفاوت، موافقم و کاملاً موافقم) تنظیم شده است. در این پرسشنامه ۳ مقیاس (خوشحالی، علاقمندی به زندگی و رضایت) برای نشان دادن احساسات و هیجانات (بهبودی هیجانی)، ۶ آیتم (پذیرش خود، چیرگی بر مسئولیت‌ها در محیط، روابط مثبت با دیگران، رشد شخصی، خودمختاری، هدفمندی در زندگی) برای سنجیدن سلامت روانی و ۵ آیتم (مشارکت و کمک در اجتماع، انسجام با جامعه شکوفایی اجتماعی، پذیرش اجتماعی و توجه و درک اجتماعی) جهت نشان دادن سلامت اجتماعی انتخاب شدند. روایی پرسشنامه در پژوهش (۱۷) سنجیده شده است و در پژوهش حاضر با استفاده از نظر اساتید رشته روانشناسی روایی همگرا ۰/۸۴ محاسبه شده است. پایایی این پرسشنامه توسط خلیلی ورنکشی (۱۳۹۴) و سرمد و همکاران (۱۳۹۰) با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده و به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۸۶ به دست آمده است در پژوهش حاضر نیز پایایی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده است. مولفه‌های ابعاد سلامت روان به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۹ و ۰/۷۷ به دست آمده است که نشان دهنده آن است در این تحقیق پایایی آزمون به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آمده است.

روش تحلیل داده‌ها

جهت تحلیل اطلاعات، از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. بدین صورت که بعد از استخراج داده‌های پرسشنامه، ابتدا جهت بررسی‌های جمعیت‌شناختی از روش‌های توصیفی در مورد متغیرهای مورد مطالعه استفاده و سپس برای پاسخگویی به سوالات پژوهش از آمار استنباطی بهره گرفته شد. در آمار توصیفی، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در پژوهش در قالب فراوانی، درصد فراوانی و میانگین و انحراف معیار تجزیه و تحلیل شد و در آمار استنباطی به منظور تحلیل فرضیه‌های پژوهش از آزمون همبستگی پیرسون در نرم افزار SPSS برای فرضیه‌های پژوهش استفاده شد.

خط رگرسیون قرار دارند، می‌توان گفت پیش فرض نرمال بودن متغیر وابسته محقق شده است.



نمودار ۲. نمودار باقیمانده استاندارد متغیر وابسته ادراک درد

نمودار ۲ نرمال بودن باقیمانده استاندارد متغیر وابسته (ادراک درد) را نشان می‌دهد. با توجه به اینکه اکثر نقاط روی خط رگرسیون قرار دارند، می‌توان گفت پیش فرض نرمال بودن متغیر وابسته محقق شده است.

جدول ۴. خلاصه نتایج مقدار واریانس تبیین شده و معنی‌داری مدل

شاخص	R	R ²	تعدیل شده R ²	خطای استاندارد برآورد
۱	۰/۸۵	۰/۷۳	۰/۷۱	۰/۲۵۳

جدول ۵. نتایج جدول تحلیل واریانس

شاخص	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	p-value
رگرسیون	۳۴/۱۴	۸	۴/۲۷	۶۶/۵۵	۰/۰۰۱
باقی مانده کل	۱۲/۰۲	۲۰۱	۰/۰۶۴		
	۴۶/۱۶	۲۰۹			

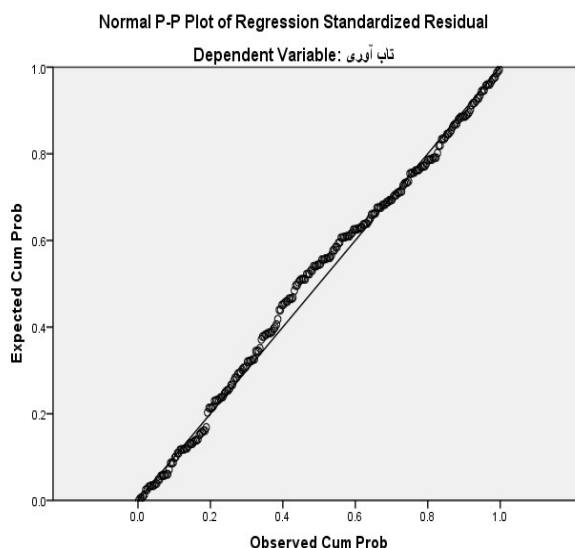
نسبت F و سطح معنی‌داری آن بیانگر اثر معنی‌دار متغیرها در معادله رگرسیون است. در این مرحله اثر رگرسیون $F=۶۶/۵۵$ بدست آمد که در سطح $۰/۰۰۱$ با درجه آزادی (۲۰۱ و ۸) معنی‌دار است و R^2 محاسبه شده براساس مولفه‌های هشت گانه کیفیت زندگی $۰/۷۳$ است، یعنی این هشت مولفه باهم ۷۳% از واریانس متغیر تاب آوری را تبیین می‌کنند (جدول‌های ۴ و ۵).

مطالعه بزرگ‌تر از $۰/۰۵$ است؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که توزیع متغیرهای مورد مطالعه نرمال هستند همچنین برای بررسی هم خطی متغیرهای مستقل (Collinearity Statistics) مدل پیش بینی از آماره‌های ضریب تحمل (Tolerance) و عامل تورم واریانس که به اختصار VIF استفاده شده نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که مسئله همخطی بودن متغیرهای مستقل نیز در رگرسیون چند گانه رخ نداده است. زیرا که ارزش‌های عامل تورم واریانس برای همه متغیرهای پیشین کوچکتر از ۱۰ و ضرایب تحمل هر یک از آنها بالاتر از $۰/۰۱$ بود (۱۸).

جدول ۳. هم خطی متغیرهای مستقل

مدل	R	R ²	خطای استاندارد	آزمون دوربین-واتسون
تاب آوری	۰/۷۶۹	۰/۵۹۱	۶/۴۷۶	۱/۷۰۹
ادراک درد	۰/۵۹۰	۰/۳۴۸	۲/۵۹۴	۱/۶۵۵

براساس نتایج جدول ۳ مقدار آماره دوربین-واتسون برای هر یک از متغیرهای وابسته برابر با $۱/۷۰۹$ و $۱/۶۵۵$ است. بر اساس نظر فایلد (۲۰۰۹) اگر مقدار آن در فاصله $۱/۵$ تا $۲/۵$ قرار بگیرد می‌توان گفت پیش فرض استقلال باقی مانده‌ها رعایت شده است.



نمودار ۱. نمودار باقیمانده استاندارد متغیر وابسته تاب آوری

نمودار ۱ نرمال بودن باقیمانده استاندارد متغیر وابسته (تاب آوری) را نشان می‌دهد با توجه به اینکه اکثر نقاط روی

جدول ۶. ضرایب حاصل از رگرسیون همزمان متغیرهای پیش بینی کننده تاب آوری

مدل	ضرایب غیراستاندارد	ضرایب استاندارد شده	
	B	Beta	t
ثابت	۰/۹۷۰		۷/۷۶
کارکرد جسمانی	۰/۱۱۱	۰/۲۳۰	۵/۰۷
نقش جسمانی	۰/۱۶۲	۰/۳۴۰	۷/۴۲
نقش هیجان	۰/۰۹۰	۰/۱۹۴	۴/۸۳
سرزندگی	۰/۰۴۰	۰/۲۳۹	۲/۲۲۳
بهبودی هیجانی	۰/۰۶۵	۰/۱۳۰	۳/۲۹
کارکرد اجتماعی	۰/۰۶۸	۰/۰۷۹	۳/۰۷۴
بهبود درد جسمانی	۰/۰۸۸	۰/۱۵۵	۵/۲۷
بهبودی عمومی	۰/۵۷۵	۰/۲۱۸	۲/۶۳

جدول ۷. خلاصه نتایج مقدار واریانس تبیین شده ادراک درد

شاخص	R	R ²	تعدیل شده R ²	خطای استاندارد برآورد
۱	۰/۸۴	۰/۷۱	۰/۷۰	۰/۲۵۴

جدول ۸. نتایج جدول تحلیل واریانس

شاخص	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی داری
رگرسیون	۳۲/۵۹	۸	۴/۰۷۵	۶۲/۸۶	<۰/۰۰۰۱
باقی مانده	۱۳/۰۲	۲۰۱	۴۱/۰۶۵		
کل	۴۵/۶۲	۲۰۹			

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که از زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی کارکرد جسمانی، نقش جسمانی، نقش هیجان، بهزیستی روانی و بهبود درد جسمانی توانایی پیش بینی ادراک درد به صورت منفی را دارند و هر اندازه این مولفه‌های کیفیت زندگی افزایش یابد ادراک درد نیز کاهش پیدا می‌کند.

همچنین جهت بررسی رابطه ابعاد سلامت روانی با تاب آوری نیز از رگرسیون چندگانه بهره گرفته شد که در ادامه به نتایج آنها اشاره می‌شود.

نسبت F و سطح معنی داری آن بیانگر اثر معنی دار متغیرها در معادله رگرسیون است. در این مرحله اثر رگرسیون $F = ۷۴/۳۴۰$ به دست آمد که در سطح $۰/۰۰۱$ با درجه آزادی (۳ و ۲۰۶) معنادار است و R² محاسبه شده براساس مولفه‌های سه گانه سلامت روانی $۰/۵۲$ است، یعنی این سه مولفه با هم ۵۲% از واریانس متغیر تاب آوری را تبیین می‌کنند.

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که از زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی کارکرد جسمانی، نقش جسمانی، نقش هیجان، بهزیستی روانی و بهزیستی عمومی توانایی پیش بینی تاب آوری را دارند و نقش جسمانی با ضریب $۰/۳۴$ بیشتر نقش و کارکرد اجتماعی کمترین نقش را در پیش بینی تاب آوری ایفا می‌کنند.

در ادامه جهت بررسی رابطه کیفیت زندگی و ادراک درد رگرسیون چندگانه بهره گرفته شد که نتایج آن در ادامه آمده است.

نسبت F و سطح معنی داری آن بیانگر اثر معنی دار متغیرها در معادله رگرسیون است. در این مرحله اثر رگرسیون $F = ۶۲/۸۶$ به دست آمد که در سطح $۰/۰۰۱$ با درجه آزادی (۸ و ۲۰۱) معنی دار است و R² محاسبه شده براساس مولفه‌های هشت گانه کیفیت زندگی $۰/۷۱$ است؛ یعنی این هشت مولفه با هم ۷۱% از واریانس متغیر ادراک درد را تبیین می‌کنند (جدول‌های ۷ و ۸).

جدول ۹. ضرایب حاصل از رگرسیون به روش ورود همزمان متغیرهای پیش بینی کننده ادراک درد

مدل	ضرایب استاندارد نشده	ضرایب استاندارد شده	سطح معناداری
	B	Beta	t
ثابت	۰/۶۳۱		۳/۸۴
کارکرد جسمانی	-۰/۰۶۳	-۰/۱۵۱	-۳/۶۳
نقش جسمانی	-۰/۱۶۶	-۰/۳۳۷	-۶/۷۶
نقش هیجان	-۰/۰۵۹	-۰/۱۶۱	-۳/۹۶
سرزندگی	۰/۱۲۷	۰/۲۵۴	۵/۲۹
بهبودی روانی	-۰/۰۹۶	-۰/۲۲۵	-۵/۱۶
کارکرد اجتماعی	۰/۱۲۲	۰/۱۹۶	۴/۶۲
بهبود درد جسمانی	-۰/۰۹۰	-۰/۱۲۷	-۳/۰۹
بهبودی عمومی	-۰/۰۸۱	-۰/۱۸۹	-۴/۲۶

جدول ۱۰. خلاصه نتایج مقدار واریانس تبیین شده تاب آوری

شاخص	R	R ²	تعدیل شده R ²	خطای استاندارد برآورد
۱	۰/۷۲	۰/۵۲	۰/۵۱	۰/۳۲۶

جدول ۱۱. نتایج جدول تحلیل واریانس

شاخص	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
رگرسیون	۲۳/۷۲	۳	۷/۹۰	۷۴/۳۴۰	<۰/۰۰۰۱
باقی مانده	۲۱/۹۰	۲۰۶	۰/۱۰۶		
کل	۱۲۷۶۹/۳۴	۲۰۹			

جدول ۱۲. ضرایب حاصل از رگرسیون به روش ورود همزمان متغیرهای پیش بینی کننده تاب آوری

مدل	ضرایب استاندارد نشده	ضرایب استاندارد شده	سطح معنی داری
	B	Beta	t
ثابت	۲/۱۳		۲۰/۴۵۶
بهبودی هیجانی	۰/۱۰۸	۰/۲۵۹	۵/۲۹
بهبودی روانی	۰/۱۹۸	۰/۴۰۳	۶/۷۴
بهبودی اجتماعی	۰/۱۳۲	۰/۳۱۰	۵/۱۴

نسبت F و سطح معنی داری آن بیانگر اثر معنی دار متغیرها در معادله رگرسیون است. در این مرحله اثر رگرسیون $F = ۸۶/۳۰$ به دست آمد که در سطح $۰/۰۰۱$ با درجه آزادی (۳ و ۲۰۶) معنی دار است و R^2 محاسبه شده براساس مولفه های سه گانه سلامت روانی $۰/۵۶$ است، یعنی این سه مولفه با هم ۱۴% از واریانس متغیر ادراک درد را تبیین می کنند (جدول های ۱۰ تا ۱۴).

نتایج جدول ۹ نشان می دهد که از زیرمقیاس های سلامت روانی بهبودی هیجانی و بهبودی روانی توانایی پیش بینی تاب آوری به صورت مثبت را دارند و هر اندازه این بهبودی هیجانی و بهبودی روانی افزایش پیدا کند تاب آوری نیز افزایش پیدا می کند.

جدول ۱۳. خلاصه نتایج رگرسیون ادراک درد با سلامت روانی

شاخص	R	R ²	تعدیل شده R ²	خطای استاندارد برآورد
۱	۰/۷۵	۰/۵۶	۰/۵۵	۰/۳۱

جدول ۱۴. نتایج جدول تحلیل واریانس

شاخص	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
رگرسیون	۲۶/۱۹	۳	۸/۷۳	۸۶/۳۰	<۰/۰۰۰۱
باقی مانده	۲۰/۸۴	۲۰۶	۰/۱۰۱		
کل	۴۷/۰۲	۲۰۹			

جدول ۱۵. ضرایب حاصل از رگرسیون به روش ورود همزمان متغیرهای پیش بینی کننده ادراک درد

مدل	ضرایب استاندارد نشده	ضرایب استاندارد شده	خطای استاندارد	B	t	سطح معنی داری
ثابت	۱/۷۵	۰/۱۱۱	۰/۱۱۱	۱۵/۷۵	<۰/۰۰۰۱	
بهبودی هیجانی	-۰/۱۱۹	-۰/۲۵	۰/۰۲۴	-۹/۸۹	<۰/۰۰۰۱	
بهبودی روانی	-۰/۲۲۴	-۰/۲۷	۰/۰۲۸	-۲/۴۳	<۰/۰۰۰۱	
بهبودی اجتماعی	-۰/۱۳	-۰/۲۸	-۰/۰۲۹	-۵/۵۰	<۰/۰۰۰۱	

نتایج جدول ۱۵ نشان می‌دهد که از زیرمقیاس‌های سلامت روانی بهبودی هیجانی، بهبودی روانی و بهبودی اجتماعی توانایی پیش بینی ادراک درد به صورت منفی را دارند و هر اندازه این بهبودی هیجانی، بهبودی اجتماعی و بهبودی روانی افزایش پیدا کند ادراک درد نیز کاهش پیدا می‌کند.

بحث

نتایج رگرسیون چند گانه نشان داد که از زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی کارکرد جسمانی، نقش جسمانی، نقش هیجان، بهبودی روانی و بهبودی عمومی توانایی پیش بینی تاب آوری را دارند و هر اندازه این مولفه‌های کیفیت زندگی افزایش یابد تاب آوری نیز افزایش پیدا می‌کند.

این یافته با یافته‌های پژوهش ریچارد و همکارانش (۱۹)، آکور (۲۰)، جعفری، اسکندری، سهرابی و دلاور (۲۱) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت بیمارانی که دارای کیفیت زندگی بالا هستند، به توانمندی‌ها و قابلیت‌های خود باور دارند و این باور در آنها باعث افزایش تاب آوری و تحمل در شرایط سخت می‌شود. کیفیت زندگی و باور داشتن به توانایی‌ها و ظرفیت‌های خود گامی اساسی در مقابله با بیماری است و این باور می‌تواند بر سایر ابعاد زندگی بیمار مؤثر واقع شود. وقتی کیفیت زندگی در بیمار بالا باشد، یعنی بیمار دارای نگرش

مثبت توان استرس زدایی و توان تصمیم‌گیری در مورد خود و بیماری‌اش است. صدوقی و همکارانش (۲۲) در پژوهشی نشان دادند که بین کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان با افسردگی، اضطراب و تاب آوری معنی‌داری وجود داشت و تاب آوری نقش تعدیل کننده در رابطه میان اضطراب و افسردگی با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان ایفا می‌کرد.

پس می‌توان گفت که تاب آوری ویژه شرایط سخت و ناگوار است که برای مقابله با چنین شرایطی تاب آوری ضرورت پیدا می‌کند و بیماری‌ها از جمله بیماری قلبی شرایط سخت برای افراد به وجود می‌آورند بنابراین میزان بالای سرسختی و تاب و تحمل در این بیماران بر سایر ابعاد زندگی مانند بعد اجتماعی، عاطفی و فیزیکی که ابعاد کیفیت زندگی هستند تأثیر مستقیم و اثرگذاری دارد. وقتی فرد از کیفیت زندگی بالایی برخوردار باشد، از تاب آوری بالایی برخوردار بوده و شخصیت بیمارگونه در وی کاهش می‌یابد. در شخصیت بیمارگونه فرد آمادگی دریافت استرس و هیجانهای منفی را دارد و می‌تواند در برابر موانع و مشکلات به طور موفقیت آمیزی مقابله کند و در نتیجه کیفیت زندگی از این نوع مقابله و موفقیت متأثر است. همچنین نتایج رگرسیون چند گانه نشان داد که از زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی کارکرد جسمانی، نقش جسمانی، نقش هیجان، سلامت روانی و بهبود درد جسمانی

احساس خوشایندی و تاب آوری به کاهش شدت درد در آنها منجر خواهد شد.

در واقع کیفیت زندگی یک مفهوم با دامنه وسیع و ابعاد متعدد است که به شکل پیچیده تحت تاثیر سلامت جسمی وضعیت روانشناختی روابط اجتماعی و رابطه با محیط پیرامون قرار دارد و وجود استرس و تجربه آن در بلند مدت و عدم حس کنترل درونی در مقابله موثر با موقعیت استرس زا با به همراه داشتن پیامدهای منفی متعدد در ابعاد مختلف زندگی در نهایت منجر به کاهش کیفیت زندگی می‌شود (۳۰). همچنین می‌توان به اثرات منفی استرس بر سلامت جسمی و به ویژه سیستم قلبی عروقی اشاره کرد که خود می‌تواند بستر مناسبی برای افت سطح کیفیت زندگی در افراد باشد. برخی از مطالعات بر این دلالت دارند که حالات روانشناختی مثبت مثل خندیدن و شادی می‌توانند پیامد مثبت سلامتی را به دنبال داشته باشند و از سوی دیگر استرس با پیامدها و عوارض جسمی مختلف همراه است. به طور مثال یافته‌های برخی از مطالعات نشان دهنده این است که تجربه استرس در درازمدت می‌تواند با کاهش عملکرد سیستم ایمنی همراه باشد (۳۱) و برخی دیگر از ارتباط علی بین استرس و بدعملکردی سیستم قلبی عروقی و ایجاد عوارضی همچون پرفشاری خون، افزایش ضربان قلب، اختلال جریان خون عروق کرونری و سایر پیامدهای قلبی در پی تجربه سطوح بالای استرس در بلندمدت گزارش می‌دهند (۳۲).

همچنین نتایج رگرسیون چند گانه نشان داد که از زیرمقیاس‌های سلامت روانی بهزیستی هیجانی، بهزیستی روانی و بهزیستی اجتماعی توانایی پیش بینی ادراک درد به صورت منفی را دارند و هر اندازه این بهزیستی هیجانی، بهزیستی اجتماعی و بهزیستی روانی افزایش پیدا کند، ادراک درد نیز کاهش پیدا می‌کند. این یافته با یافته‌های نصیرزاده و همکارانش (۲۷)، جولانیا و همکاران (۵)، بوکینگام و ریچاردسون (۳۲)، همسو بوده است. به نظر می‌رسد اضطراب بر ادراک درد بیماران مؤثر است. اضطرابی که احساس منتشر بسیار ناخوشایند است که اغلب با علائم دستگاه اتونوم (مثلاً اسهال، احساس سرگیجه و سبکی در سر، تعلیق مفرط، تشدید رفلکس‌ها، بالا رفتن فشارخون، اتساع مردمک، بیقراری، لرزش، آشفتگی معده، کندی دفع ادرار) همراه می‌شود. وانکورف و همکارانش (۳۳) در پژوهش خویش گزارش کردند که از میان اختلالات اضطرابی اختلال اضطراب فراگیر ارتباط قویتری با کمر درد مزمن دارد. اغلب افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر از درد رنج می‌برند و به نظر می‌رسد که به دلیل

توانایی پیش بینی ادراک درد به صورت منفی را دارند و هر اندازه این مولفه‌های کیفیت زندگی افزایش یابد، ادراک درد نیز کاهش پیدا می‌کند. این یافته با یافته‌های بخشایی و همکارانش (۲۳)، آرونسون (۲۴)، قادری و شاکناری (۲۵) همسو است.

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که افراد تاب آور در تنظیم تجارب هیجانی منفی مانند افسردگی تمایل به استفاده از استراتژی‌های مقابله‌ای دارند که باعث فراخوانده شدن عواطف مثبت می‌شود؛ مانند ارزیابی مجدد مثبت و یافتن فواید شوخ طبعی و القای معنی مثبت به اتفاقات روزانه و یا مقابله مسأله مدار و هدفمند جهت تنظیم هیجان‌ات منفی. به همین خاطر افرادی که از تاب آوری بالا برخوردارند، کمتر دچار اضطراب و افسردگی می‌شوند و در نتیجه با کاهش افسردگی ادراک درد نیز کاهش می‌یابد (۲۶). همچنین در تبیین این یافته می‌توان گفت که افزایش سطح کیفیت زندگی باعث مقابله با استرس در بیماری و نگاه و نگرش مثبت به بیماری و توان تصمیمات منطقی برای درمان و کنترل بیماری می‌شود و از این طریق امکان تعامل سازنده فرد بیمار با محیط و جامعه اطراف اطرافش و ادراک هیجانی و عاطفی بیمار از دیگران و سازگاری فیزیکی که بیماری در او به وجود می‌آید فراهم می‌شود و موجب بهبود ادراک درد در بیمار می‌شود.

همچنین نتایج رگرسیون چندگانه نشان داد که از زیرمقیاس‌های سلامت روانی بهزیستی هیجانی و بهزیستی روانی توانایی پیش بینی تاب آوری به صورت مثبت را دارند و هر اندازه این بهزیستی هیجانی و بهزیستی روانی افزایش پیدا کند تاب آوری نیز افزایش پیدا می‌کند. در رابطه با یافته حاضر تاکنون پژوهشی انجام نیافته است، اما به شکل مرتبط با یافته‌های پژوهشگرانی از جمله نصیرزاده و همکارانش (۲۷)، جولانیا و همکارانش (۲۷) و بوکینگام و ریچاردسون (۲۸) همسو است. بوکینگام و ریچاردسون (۲۸) در پژوهشی نشان داد که تاب آوری با خوشبینی رابطه مثبت دارد. ریستوسکا - دیمیتروسکا و همکاران (۲۹) در پژوهشی نشان داد همبستگی منفی و معنی‌دار بین افسردگی و تاب آوری وجود دارد.

در تبیین نتیجه حاضر می‌توان گفت که نبود سلامت روانی در بیماران سبب کاهش تاب آوری آنان می‌شود، در حالی که سلامت روانی و بهزیستی روانی سبب افزایش تاب آوری بیماران می‌شود. در واقع افرادی که در مقابل استرس‌ها تحت تاثیر این عامل شناختی تاب آوری قرار گرفته باشند، ارزیابی مثبتی از یک موقعیت استرس زا داشته و سازگاری‌شان با موقعیت مذکور افزایش می‌یابد و در نتیجه در بیماران این

که بی تعادلی به طور واقعی یا تصویری به وجود می آید. ترس از بیماری رنج و ناراحتی ناامیدی و همراه با درد و محدودیت در فعالیت‌های فیزیکی از حالت‌های هیجانی هستند که سطح استرس افراد مبتلا به درد مزمن را افزایش می‌دهند و می‌توانند در افزایش احساس درد مؤثر باشند و حملات بیماری را طولانی‌تر و شدت بیماری را بیشتر کنند (۳۷).

با توجه به این که تحقیق حاضر در بین بیماران قلبی بیمارستان شهید مدنی صورت گرفته است، باید از تعمیم یافته‌های پژوهش حاضر به سایر دانش‌آموزان و مدارس دیگر احتیاط کرد. همچنین استفاده از ابزارهای خودگزارش دهی به خاطر شرایط بیماران نیز از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود این پژوهش در بیمارستان‌های دیگر نیز انجام شود و با نتایج پژوهش حاضر مقایسه شود. همچنین از سایر روش‌های پژوهشی مانند مصاحبه و مشاهده برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شود و یافته‌های آن با نتایج پژوهش حاضر مقایسه گردد. همچنین پیشنهاد می‌شود کیفیت زندگی و سلامت روان بیماران نیز در درمان بیماران قلبی مورد نظر قرار بگیرد.

قدردانی و تشکر

این مقاله بخشی از یافته‌های مستخرج از رساله کارشناسی ارشد رشته روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی تبریز بوده و دارای مجوز کد اخلاق به شماره IR.IAU.TABRIZ.REC.1403.047 از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی تبریز است. از همه عزیزانی که در اجرای این پژوهش ما را یاری رساندند صمیمانه سپاسگزاریم.

همبندی بالای اختلال اضطراب فراگیر با اختلال درد مزمن، مدل‌های پیش بین اختلال اضطراب فراگیر بتوانند ادراک درد را در مبتلایان به درد مزمن تبیین کنند. همچنین مطالعات نشان داده شده است که سطوح بالای اضطراب موجب عدم سازش موفقیت آمیز با درد می‌شود (۳۴).

علاوه بر اضطراب به نظر می‌رسد افسردگی نیز بر ادراک درد مؤثر باشد. افسردگی اختلال روانی متعارف است که با نشانه‌های خلقی از دست دادن لذت و خوشی کاهش انرژی احساس گناه یا کاهش خودارزشمندی اختلال در خواب و اشتها و تمرکز کم ظاهر می‌شود. افسردگی اغلب با نشانه‌هایی از اضطراب می‌آید؛ این مشکلات ممکن است مزمن یا عودکننده باشند که منجر به نقض اساسی در توانایی‌های فردی و مسئولیت‌های روزمره می‌گردند. طبق پژوهش‌های انجام شده به طور متوسط ۵۲ درصد از بیماران مبتلا به درد مزمن دچار افسردگی هستند (۳۵). مشاهدات بالینی و پژوهش‌های انجام شده نشان می‌دهد درد مزمن پیامدهای روانشناختی و رفتاری زیان باری از جمله افسردگی، اضطراب، کاهش عملکرد شغلی و مصرف دارو را به دنبال دارد. پژوهش‌های مختلف در ایران و سایر کشورها نشان داده است که درد مزمن در بسیاری از اوقات با علائم روانشناختی به خصوص اضطراب و افسردگی توأم است و نتایج تحقیقات نشان داده است افسردگی و شاخص‌های اختلالات روانپزشکی همبستگی بالایی با دردهای مزمن دارند (۳۶).

علاوه بر اضطراب و افسردگی به نظر می‌رسد استرس نیز بر ادراک درد مؤثر باشد. استرس حالتی است که در اثر یک تغییر محیطی که به عنوان آسیب، چالش یا تهدیدی برای تعادل و پویایی فرد تلقی می‌شود ایجاد شده و در این حالت بین توانایی فرد برای رفع نیازها و تقاضاهای موقعیت جدیدی

REFERENCES

1. Kaplan H, Sadook VA, Sadook B, eds. Summary of Psychiatry. Rezaee F, translator. 4th ed. Tehran: Arjmand Publication; 2007. [In Persian]
2. Mobasher, Z, Bagheri N, Abbasi M, Tanha Z. Comparing the effectiveness of cognitive behavioral therapy and integrated therapy on self-compassion and emotional self-regulation in heart patients. Journal of Modern Medical Information 2017; 4: 33-43. [In Persian]
3. Al-Hosseini N, Baranj Abadi H. Developing a driving behavior model based on personality traits, mental health, aggression and reaction time in accident-causing and non-accident drivers, doctoral thesis. Bakhtran Medical School Journal 2017;11:87-102. [In Persian]
4. Viggers LC, Caltabiano ML. Factors affecting the psychological functioning of Australian adults with chronic pain. Nurs Health Sci; Study in Chronic Pain Patients. Health Psychology 2019; 26: 253-260.
5. Julaiha S, Poladi A, Norabola A, Safarinia Majid. The role of resilience and age in adapting to symptoms of chronic pain. Daneshvar Pezeshki 2016; 24:124: 13-22. [In Persian]
6. Alchora WJ, Koyn MJ, Katz YW, Andeh GI. Toward Public Health Wellness: Psychosocial & Physical Health in the Community. Int J Environ Res Public Health 2016; 19: 5188.

7. DiMatteo MR, Martin LR, eds. Health psychology. 1st ed. Boston: Allyn & Baco; 2001.
8. Suso C, Guerrero L, Osmá, J, Gallardo-Pujol D. Strongly Associated with Improved Physical Functioning in Frustration Tolerant Individuals: A Longitudinal Moderation Study in Chronic Pain Patients. *Health Psychology* 2019; 26: 253-260.
9. Omid N, Hassani F, Kouchak R. Comparing the effectiveness of emotion-focused therapy and cognitive behavioral therapy on quality of life in obese women with polycystic ovary syndrome. *Mashhad Journal of Medical Sciences* 2012; 64: 335-356. [In Persian]
10. Adel SY, Gos HL, Antoni, Y Margart K. Relations among Pain, Pain Beliefs, and Psychological Well-Being in Patients with Chronic Pain. *Pain Manag Nursing* 2017;12:1-8.
11. Bekelman DB, Havlena J, Emanuel EJ. The role of quality of care in estimating population-based spending differences in cancer care. *Med Care* 2013; 51: 519-527.
12. Melzak AD. Chronic pain and the adaptive significance of positive emotions. *American Psychologist* 1997; 70: 283-284.
13. Dorkin JY, Wang F, Nathan H, Lam M, Grimes S, Bourke M. The cardiac anesthesia risk evaluation score: a clinically useful predictor of mortality and morbidity after cardiac surgery. *Anesthesiology* 2009; 94: 194- 204.
14. Connor KM, Davidson JRT. Development of a New Resilience Scale: The Connor- Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Journal of Depression and Anxiety* 2003;18: 76- 82.
15. Mohammadi B. The relationship between psychological hardiness and self-resilience with mental health in youth and adult survivors of the Bam earthquake. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* 2005;14: 62-70.
16. Montazeri A, Gashtasbi A, Vahdani MS. Translation, determination of reliability and validity of the Persian version of the SF-36 questionnaire. *Monitoring* 2006;56-49.
17. Keyes CL. The Mental Health Continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior* 2002; 43: 207-222.
18. Meyers L, Gamsett G, Garino J, eds. *Applied Multivariate Research (Design and Interpretation)*. Pasha Sharifi H, Farzad V, Rezakhani S, Hassanabadi H, Izanloo B, Habibi M, translators. Tehran: Roshd; 2006. [In Persian]
19. Richard M, Cooper L, Zubek J. personal resilience, cognitive appraisals and coping: an integrative model of adjustment to abortion. *Journal of Personality and Social Psychology* 2002;74:735-52.
20. Akour NO, Khader YS, Shatnawi NJ. Quality of life of life and associated factors among Jordanian adolescents with type diabetes mellitus. *Journal of Diabetes and its Complications* 2010; 6: 24-43.
21. Jafari I, Eskandari H, Sohrabi F, Delavar Ali. The effectiveness of coping skills training based on the Marlatt model in preventing relapse and increasing resilience in substance-dependent individuals. *Journal of Clinical Psychology* 2009; 1: 77-87. [In Persian]
22. Sadooghi M, Salehi M. The relationship between anxiety and depression with the quality of life of women with breast cancer referred to Seyed Al-Shohdai Hospital in Isfahan in 2016, the role of resilience modulating university. *Journal Rafsanjan Medical Sciences* 2016; 16: 395- 408. [In Persian]
23. Bakhshani NM, Khosravi M, Ragheei M. The status of cognitive function of patients with MS. *Congress of the Iranian Neuropsychological Association*. Tehran, Iran; 2019.
24. Aarnoson NK. Quality of life: what is it? How should it be measured? *Oncology* 1988; 2: 69-76.
25. Ghadari M, Shakenari M. Comparison of primary maladaptive schemas in male criminals with personality disorders with other criminals. *Scientific Journal of Forensic Medicine* 2005;3: 283-289.
26. Becona E. Resilience and drug consumption: a review. *Adicciones* 2007; 19: 89-101.
27. Nasirzadeh Z, Rezaei AM, Mohammadifar MA. The effectiveness of resilience training on reducing loneliness and anxiety in students. *Journal of Clinical Psychology* 2018; 10: 29-40. [In Persian]
28. Buckingham A, Richardson E. The Relationship Between Psychological Resilience and Pain Threshold and Tolerance: Optimism and Grit as Moderators. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* 2020; 28: 518-28.
29. Ristevska-Dimitrovska G, Filov I, Rajchanovska D, Dejanova B. Resilience and Quality of Life in Breast Cancer Patients. *Maced J Med Sci* 2015; 3: 727-31.
30. Bishop-Fitzpatrick L, Mazefsky CA, Eack SM. The combined impact of social support and perceived stress on quality of life in adults with autism spectrum disorder and without intellectual disability. *Autism* 2018; 22: 703-711.

31. Kurd BJ, Shoaib M, Malik L, Aijaz Z, Asif I. Relationship between stress and coronary heart disease. *Asian Cardiovascular and Thoracic Annals* 2014; 22: 142-47.
32. Uchino BN, Cronan S, Scott E, Landvatter J, Papadakis M. Social support and stress, depression, and cardiovascular disease. In: Uchino BN, Cronan S, Scott E, Landvatter J, Papadakis M, eds. *Cardiovascular Implications of Stress and Depression*. London: Academic Press; 2020. P. 211-23.
33. Von Korff M, Crane P, Lane M, Miglioretti DL, Simon, G., Suanders, K., & et al. Chronic spinal pain and physical-mental comorbidity in the United States: results from the national comorbidity survey replication. *Pain* 2005; 9: 115-31.
34. Lohnberg JA. An examination of the psychosocial profile of individuals with complex regional pain syndrome[Dissertation]. USA: The University of Lowas Institutional Repository; 2011
35. Bair MJ, Robinson RL, Katon W, Kroenke K. Depression and pain comorbidity: a literature review. *Arch Intern Med* 2003;163: 24-33.
36. Farid M, Rahimi C, Mohammadi, N. Pain prediction based on personality traits, anxiety and depression in patients with chronic pain. *Yefat Journal* 2018; 20: 76-85. [In Persian]
37. Bahrami M, Rafizi Z. Predicting pain acceptance based on perceived stress and coping strategies in people with rheumatoid arthritis. *Health Psychology* 2018; 28: 151-66. [In Persian]