

Research Article

The mediating role of conscientiousness in self-efficacy, resilience and pain management with pain perception in individuals with chronic pain

R. Latifian¹, B. Tajeri^{1*}, M. Shah Nazari¹, F. Meschi¹ & A. Baseri²

1. Department of Health Psychology, Faculty of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran
2. Department of Psychology, Faculty of Social and Cultural Sciences, Imam Hossein University, Tehran, Iran

Abstract

Aim: The purpose of the study was to determine the mediating role of conscientiousness in self-efficacy, resilience and pain management with chronic pain perception. **Method:** The research method was correlation and statistical population was all 2141 patients suffering from chronic pain in Medical Sciences of Shahid Beheshti University, Shohadaye Tajrish Hospitals, Lohmane Hakim, Modarres Hospital and Medical Sciences of Tehran University, 16 Azar Clinic and Royan Pain and Stress Clinic in autumn and winter of 2018-2019. Sample size was selected by convenience sampling method using Cochran formula with probability of loss of 410 patients. Tools were The Five-Factor model of Personality Inventory by Costa and McCrae (1998), pain self-efficacy questionnaire by Nicholas 1989, Pain Management Strategies Scale by Rosenstiel & Keefe (1983), Resilience Scale by Connor & Davidson (2003), The West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory by Kerns, Turk, Rudy (1985). After data collection, 70 confused questionnaires were deleted. Data from 340 questionnaires were analyzed using structural equations with partial least squares method in Smart PIs software. **Results:** The results showed that self-efficacy with conscientiousness ($\beta = 0.0269$, $P = 0.0001$) & with pain perception ($\beta = 0.159$, $P = 0.0001$), pain management with conscientiousness ($\beta = 0.130$, $P = 0.043$) & with pain perception ($\beta = 0.311$, $P = 0.0001$), conscientiousness ($\beta = 0.39$, $P = 0.0001$), resiliency with pain perception ($\beta = 0.316$, $P = 0.0001$) and being conscientiousness with pain perception ($\beta = 0.2278$, $P = 0.0001$) are related and conscientiousness played a mediating role in pain self-efficacy, pain management, resilience with pain perception. **Conclusion:** Along with medical treatments, psychotherapists can change the perception of chronic pain by using conscientiousness, self-efficacy, pain management, and resilience factors.

Key words: chronic pain, conscientiousness, pain management, resilience, self-efficacy

Citation: Latifian, R., Tajeri, B., Shah Nazari, M., Meschi, F., & Baseri, A. (2020). The mediating role of conscientiousness in self-efficacy, resilience and pain management with pain perception in individuals with chronic pain. *Quarterly of Applied Psychology*, 13(4): 549-575.

Available Online:
20 November 2019

Received: 15 June 2019
Accepted: 19 November 2019

Corresponding Author:
Bt.k.tajeri@kia.u.ac.ir

نقش میانجیگر وجدان در خودکارآمدی، تاب آوری و مدیریت درد با ادراک درد در افراد دچار درد مزمن

روح اله لطیفیان^۱، بیوک تاجری^{۱*}، مهدی شاه نظری^۱، فرحناز مسچی^۱ و احمد باصری^۲

۱. گروه روان‌شناسی سلامت، دانشکده روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

۲. گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی و فرهنگی، دانشگاه جامع امام حسین (ع)، تهران، ایران

چکیده

هدف: هدف پژوهش تعیین نقش میانجیگر وجدانگرایی در خودکارآمدی، تاب آوری و مدیریت درد با ادراک درد مزمن بود. **روش:** روش پژوهش همبستگی و جامعه آماری تمام افراد دچار درد مزمن مراکز درمانی زیر نظر دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، بیمارستان‌های شهدای تجریش، لقمان حکیم، مدرس و دانشگاه علوم پزشکی تهران، کلینیک ۱۶ آذر و کلینیک درد و استرس رویان در پاییز و زمستان سال ۱۳۹۷ به تعداد ۲۱۴۱ نفر بود. حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران با احتمال ریزش تعداد ۴۱۰ نفر تعیین و به روش در دسترس انتخاب شد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های پنج عامل بزرگ شخصیت کاستا و مک کرا (۱۹۹۸)، خودکارآمدی درد نیکولاس ۱۹۸۹، راهبردهای مدیریت درد روزنشتایل و کیف (۱۹۸۳)، آزمون تاب آوری کانر و دیویسون (۲۰۰۳) و ادراک درد مزمن کرنز، تورک، رودی (۱۹۸۵)، جمع آوری و بعد از حذف ۷۰ پرسشنامه مخدوش، داده‌های ۳۴۰ بیمار دچار درد مزمن با استفاده از معادلات ساختاری به روش حداقل مربعات جزئی در نرم افزار اسمارت پلاس تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که خودکارآمدی با باوجدان بودن ($\beta = ۰/۲۶۹$ ، $P = ۰/۰۰۰۱$) و با ادراک درد ($\beta = ۰/۱۵۹$ ، $P = ۰/۰۰۰۱$)، مدیریت درد با باوجدان بودن ($\beta = ۰/۱۳۰$ ، $P = ۰/۰۴۳$) و با ادراک درد ($\beta = ۰/۳۱۱$ ، $P = ۰/۰۰۰۱$)، تاب آوری با باوجدان بودن ($\beta = ۰/۳۹$ ، $P = ۰/۰۰۰۱$) و با ادراک درد ($\beta = ۰/۳۱۶$ ، $P = ۰/۰۰۰۱$) و باوجدان بودن با ادراک درد ($\beta = ۰/۲۷۸$ ، $P = ۰/۰۰۰۱$) رابطه دارند و باوجدان بودن نقش میانجی را در خودکارآمدی درد، مدیریت درد، تاب آوری با ادراک درد ایفا می‌کند. **نتیجه‌گیری:** در کنار درمان‌های پزشکی، روان‌درمانگران می‌توانند که ادراک درد مزمن را با استفاده از عوامل وجدانگرایی، خودکارآمدی، مدیریت درد و تاب آوری تغییر دهند.

انتشار:

۹۸/۰۸/۲۹

دریافت مقاله:

۹۸/۰۸/۲۸ پذیرش مقاله:

نویسنده مسئول:

Biuk.tajeri@kiauo.ac.ir

کلیدواژه‌ها: تاب آوری، خودکارآمدی، درد مزمن، مدیریت درد، وجدان

استناد به این مقاله: لطیفیان، روح اله، تاجری، بیوک، شاه نظری، مهدی، مسچی، فرحناز، و باصری، احمد. (۱۳۹۸). نقش میانجیگر وجدان در خودکارآمدی، تاب آوری و مدیریت درد با ادراک درد در افراد دچار درد مزمن. فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، ۱۳ (۴ پیاپی ۵۲): ۵۴۹-۵۷۵.

مقدمه

درد تجربه مرسوم و منحصر به فرد با عناصر احساسی قوی است (گالوز، ریوز، دوسچک، ۲۰۱۸). درد اغلب به‌عنوان تهدید شناخته می‌شود. اجزای تجربه درد شامل شدت درد، ناراحتی و رنج می‌تواند استرس را فعال کند و نظام‌های پاسخ برای مقابله با درد را ناخودآگاه در وضعیت آماده‌سازی قرار دهد (سی بیل، لانگایی، بورکلی، گنگ، گلاور، کینگ، فلینگیام، ۲۰۱۲). یکی از تعاریفی که به‌طور گسترده و عمومی پذیرفته شده تعریف انجمن بین‌المللی مطالعه درد^۱ ۲۰۱۱ است که "درد" را تجربه حسی و هیجانی ناخوشایند و مرتبط با آسیب بافتی واقعی یا بالقوه و یا توصیف شده بر حسب چنین آسیبی تعریف (میرسکی، ۲۰۱۲؛ هازینسکی، ۲۰۱۳) و جمله "درد همیشه ذهنی است" را نیز به‌عنوان توضیح فراتر به تعریف درد مزمن اضافه می‌کند (فلور و ترک، ۲۰۱۱). درد مزمن دردی است که بیشتر از زمان لازم برای بهبود یا آسیب ایجاد شده باقی بماند. بنا بر معیارهای انجمن بین‌المللی درد ۲۰۱۱، این زمان برای اهداف پژوهشی حداقل ۳ ماه و برای اهداف بالینی حداقل ۶ ماه تعیین شده است (انو، شیباتا، نینومیا، لواکی، کاواتا و ساواماتو، ۲۰۱۵). درد مزمن مشکل عمده‌ای است و مدیریت آن نیز می‌تواند مشکل باشد. در بهترین شرایط هنگامی که فرد با درد مزمن برای یک دوره و گاهی سال‌ها رنج می‌برد؛ از روش‌های بسیاری برای از بین بردن آن استفاده می‌کند (شاهید، ماهر، ویلیامز، دی، مک لاجین، ۲۰۱۶). در بررسی گسترده مقاله‌ها در زمینه درمان دارویی و یا غیر دارویی برای تسکین درد مزمن، میزان ناراحتی و ناخوشی افراد دچار درد مزمن زیاد است (چان و پنگ، ۲۰۱۱).

در ایران درد مزمن در جمعیت بزرگسال ۱۸ تا ۶۵ سال از ۹ تا ۲۱ درصد (اصغری مقدم، ۱۳۹۰) و شیوع درد مزمن در میان جمعیت ۶۰ تا ۹۰ سال حدود ۶۷ درصد است (داوودی، زرگر، مظفری پورسی سخت، نرگسی، مولا، ۱۳۹۱). در ایالات متحده بیش از ۱۰۰ میلیون نفر دچار درد مزمن هستند (گارلند، هاروارد، زوبیتا، فرویلینگر، ۲۰۱۷). درد مزمن یکی از سخت‌ترین دردها و مشکل گسترده و پرهزینه و علت اصلی ناتوانی و غیبت در محل کار است (اصغری مقدم، ۱۳۸۹). الگوی زیستی-روانی-اجتماعی، تعامل پویا بین عوامل زیست‌شناختی، روان‌شناختی و اجتماعی را در نظر می‌گیرد؛ یافته‌های الگوی یاد شده نشان می‌دهد که شدت درد و ادراک آن در بیماران قابل پیش‌بینی است (کوپینگ، کوپر، اسکیدمور و مورفی، ۲۰۱۵). درد مزمن تجربه چند وجهی است که می‌تواند از لحاظ ابعاد حس‌های جسمانی، عاطفی و شناختی، هریک با علائم مرتبط و نشانه‌های عصبی درک شود (شیلوار کار، وویوتی، داویس و چانگ، ۲۰۱۸). در تجربه ادراکی درد از لحظه انتقال حسی محرک دردآور از نظام عصبی پیرامونی به نظام عصبی مرکزی فرایندهای روان‌شناختی

توجه، تعبیر و تفسیر، راهبردهای مقابله و رفتار درد درگیر هستند و هریک از این فرایندهای روان‌شناختی تحت تأثیر یادگیری‌های قبلی، شناخت‌ها، هیجان‌ها، عوامل محیطی، پیامدهای مثبت و منفی، فرهنگ و خانواده منجر به پردازش‌ها و رفتار درد متفاوتی می‌شوند (بریسما، کارستاند، شودرستاند و لینتون، ۲۰۱۴).

خودکارآمدی یکی از عوامل شناختی-اجتماعی اثرگذار بر میزان تجربه درد فرد است و خودکارآمدی درد عبارت از میزان اطمینان فرد به توانایی‌اش برای حفظ عملکرد به‌رغم وجود درد است که نقش آن در ناتوانایی‌های مربوط به درد در پژوهش‌های متعدد مشخص شده است (میلر، جونز، نیومن و مکفان، ۲۰۱۲). افراد دارای خودکارآمدی پایین به جای برخورد با موانع از آن‌ها اجتناب می‌کنند؛ دست از تلاش برمی‌دارند؛ مقاومت و پایداری چندانی از خود نشان نمی‌دهند و در برخورد با مسائل و مشکلات واقع‌بینانه برخورد نمی‌کنند (کمپل، جردن و دان، ۲۰۱۲). یکی از راهکارهای رفتاری و شناختی افراد دچار درد مزمن در مواجهه با درد سعی در مدیریت کردن درد است. باید توجه داشت که مدیریت درد فراتر از کاهش درد است؛ چون علاوه بر بهبود کیفیت زندگی، توانایی برای اشتغال و مولد بودن را نیز دربردارد (گوردن، لویسر، تابن، رو، استوجز و دورنبوس، ۲۰۱۴).

مدیریت درد شامل مجموعه‌ای از ارتباطات و فرایندهای پیچیده است که با مشارکت گروهی و تداوم در ارائه مراقبت‌ها حاصل می‌شود (گوردن و همکاران، ۲۰۱۴). اقدام‌های انجام شده در مدیریت درد باید مبتنی بر شواهد باشد و به‌صورت فرایندی استاندارد و مبتنی بر نیازهای بیمار ارائه شود (هایز و گوردن، ۲۰۱۵). راهبردهای مقابله‌ای زیادی برای سازگاری با درد وجود دارد که از آن‌ها فعالانه استفاده می‌شود. به‌عنوان مثال حواسپرتی موقت از درد یکی از آن‌ها است (کاباک، دابروسکا، تروسزینجسکا، روگالیا، لاپروس و توماسزیسکی، ۲۰۱۵). رویکردهای مختلفی به موضوع درد مزمن پرداخته‌اند. رویکرد جامع به درد مزمن زنان مهاجر رویکرد خانواده محور است که به نقش عوامل بین فردی و اجتماعی می‌پردازد (مان، لیفورت و واندرکورخوف، ۲۰۱۳).

از دیگر عوامل مؤثر در مدیریت درد مزمن تاب آوری است که برای اولین بار در دهه ۱۹۷۰ معرفی شد. نظریه پردازان مثبت‌گرا، سازگاری موفقیت‌آمیز در مواجهه با مصیبت‌ها را به خصوصیات مثبت نسبتاً ماندگار مرتبط می‌دانستند؛ اما با گذشت زمان مفهوم تاب آوری از حالت نسبتاً ثابت و درونی به یک فرایند بیرونی و پویا تغییر کرد (کسل، ۲۰۱۳). تاریخچه پژوهش‌های مربوط به تاب آوری را می‌توان با تاریخچه پژوهش‌های مربوط به استرس و پیامدهای ناشی از آن مرتبط دانست. از سوی دیگر، آشکار شده است که همه افرادی که حوادث استرس‌زا را تجربه می‌کنند؛ لزوماً دچار آسیب نمی‌شوند (میلر، جونز، نیومن و مکفان، ۲۰۱۲). تعریف گسترده‌تری از تاب آوری عبارت از مهارت‌ها، ویژگی‌ها و توانایی‌هایی است که افراد را قادر می‌سازد که با شرایط

سخت و دشوار و چالش‌ها سازگار شوند (گرین، کنور، گارتلند و رابرت، ۲۰۱۶). افزون بر این، تاب‌آوری به‌عنوان "توانایی فرد برای بهبودی یا سازگاری موفقیت‌آمیز با سختی و توسعه کفایت اجتماعی، هیجانی و تحصیلی به‌رغم مواجهه با مشکلات زندگی" تعریف شده است (ویلایمز، ۲۰۱۱). از سوی دیگر، حمایت اجتماعی با سبک‌های مقابله و با تاب‌آوری در ارتباط است (خباز، بهجتی و ناصری، ۱۳۹۰).

از دیگر عوامل بسیار مهم و مغفول مانده در اختلال درد مزمن که به آن پرداخته نشده است وجدان‌گرایی یا وظیفه‌شناسی است. نقش متغیرهای شخصیتی در الگوهای درد مزمن به دلیل پیچیدگی موضوع مورد غفلت واقع شده است. تأثیر باوجدان بودن در زمینه‌های مختلف زندگی و مسائل مربوط به آن اهمیت زیادی دارد (میک، هاریس، برت و جکسون، ۲۰۱۵). افراد دارای وظیفه‌شناسی بالا به لحاظ اجتماعی احتمالاً پایبندی بیشتری به رعایت هنجارها و قواعد تجویز شده و تمایل به هدایت را دارند (گرین و همکاران، ۲۰۱۶) و با برنامه‌ریزی و نظم و همچنین ایجاد و پیوستن به برنامه‌ها و استفاده از فهرست‌ها در طول روز به اجرای برنامه‌های سازمان‌یافته خود می‌پردازند (جکسون، وود، بوگ، والتن، هارمز و روبرت، ۲۰۱۰). در واقع وظیفه‌شناسی به فرد میزان سخت‌کوشی و همچنین میزان توانایی فرد برای استقامت و تلاش برای موفقیت اشاره دارد. به منظور انجام یک کار کامل و برای پایان دادن به آن کار افراد وظیفه‌شناس ساعت‌های بیشتری کار می‌کنند (مایک، جکسون و اولتمانز، ۲۰۱۴).

افراد دارای وظیفه‌شناسی پایین هنگام برخورد با مشکلات به راحتی از کارکردن اجتناب می‌کنند یا آن را به تعویق می‌اندازند (لیتلفیلد، شر و وود، ۲۰۱۰). وجدان‌گرایی با موفقیت در حوزه‌هایی مانند دانشگاه، مشاغل و غیره ارتباط بالایی دارد (بلیدرن، ۲۰۱۲). اقدام‌های زیادی برای بررسی ابعاد وظیفه‌شناسی و ارزیابی آن انجام گرفته است که همگی سازه‌ای بزرگ‌تر از ابعاد اختصاصی پنج عامل بزرگ شخصیت دارند که این برحسب زمان‌های مختلف و نیاز پژوهشگر متفاوت خواهد بود (هیل و الیمند، ۲۰۱۲). هرچند که در الگوی چند بُعدی زیستی-روانی-اجتماعی به عوامل مهم و تأثیرگذار در درد مزمن از جمله مباحث زیستی درد و عوامل شناختی رفتاری درد و عوامل اجتماعی فرد پرداخته‌اند؛ اما متغیرهای شخصیتی مثل باوجدان بودن هیچگاه در این الگو بررسی نشده است. متغیر شخصیتی وجدان‌گرایی اهمیت زیادی در زندگی افراد دارد و این متغیر با متغیرهای زیستی، شناختی، رفتاری و اجتماعی می‌تواند پیش‌بینی‌کننده ادراک درد باشد و حتی نقش مهم‌تری از متغیرهای دیگر داشته باشد.

با توجه به اینکه تاکنون متغیرهای شخصیتی در الگوی درد مزمن در نظر گرفته نشده‌اند؛ انجام پژوهش حاضر که با نگاه جدیدی از الگوی چند بُعدی و با هدف تعیین نقش میانجیگر وجدان‌گرایی

- در رابطه با متغیرهای شناختی، رفتاری و اجتماعی در الگوی ادراک درد مزمن برای پاسخگویی به سؤال‌های زیر اجرا شد حائز اهمیت است.
۱. آیا با وجدان بودن نقش میانجی را در عوامل خودکارآمدی درد، راهبردهای مدیریت درد و تاب آوری با ادراک درد مزمن ایفا می‌کند؟
 ۲. با وجدان بودن در کدام یک از متغیرهای خودکارآمدی درد، مدیریت درد، تاب آوری با ادراک درد نقش میانجیگر کامل یا جزئی دارد؟
 ۳. آیا خودکارآمدی درد، مدیریت درد، تاب آوری با ادراک درد در الگوی درد مزمن رابطه دارد؟

روش

پژوهش حاضر از نظر هدف جزو پژوهش‌های بنیادی و از نظر شیوه گردآوری داده‌ها از نوع الگوی توصیفی-همبستگی و جامعه آماری تمام افراد دچار درد مزمن در مراکز درمانی زیر نظر دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی شامل بیمارستان‌های شهدای تجریش، لقمان حکیم، مدرس، دانشگاه علوم پزشکی تهران، کلینیک ۱۶ آذر و کلینیک درد و استرس رویان به تعداد ۲۱۴۱ نفر در شهر تهران در پاییز و زمستان ۱۳۹۷ بود. حجم نمونه با توجه به فرمول کوکران ۳۲۶ نفر و با احتمال ریزش تعداد ۴۱۰ نفر تعیین و به روش در دسترس از میان مراکز یاد شده انتخاب شد. ملاک‌های ورود به پژوهش داشتن درد مزمن اسکلتی-عضلانی، سردردهای میگرنی و غیر میگرنی، دردهای ناشی از جراحات‌ها، شکستگی و جز آن حداقل ۳ تا ۶ ماه، توانایی پاسخ به سؤال‌ها، داوطلب همکاری و شرکت در پژوهش و رضایت آگاهانه و ملاک‌های خروج از پژوهش بیماری‌های شدید روانی نظیر اسکیزوفرنی، دو قطبی، افسردگی حاد، اختلال‌های رشدی، سوء مصرف مواد مخدر یا محرک بود.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه خودکارآمدی درد! این پرسشنامه خودگزارشی ۱۰ عبارتی توسط نیکولاس در سال ۱۹۸۹ ساخته شد و هر عبارت آن میزان توانایی بیمار را برای انجام گروهی از فعالیت‌ها با وجود درد بر اساس مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای اصلاً نمی‌توانم = ۰ تا کاملاً می‌توانم = ۶ و در دامنه ۰ الی ۶۰ ارزیابی می‌کند. نمره بالاتر بیانگر احساس خودکارآمدی بالاتر در مواجهه با درد مزمن است (اصغری، نیکولاس، ۲۰۰۱). این پرسشنامه در ایران توسط اصغری و نیکولاس (۲۰۰۱) هنجاریابی و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۸۱، ضریب پایایی حاصل از دو نیمه آن ۰/۸۷ و ضریب

پایایی حاصل از روش باز آزمایی در فاصله ۹ روزه ۰/۷۷ گزارش شده است. در پژوهش حاضر نیز میزان ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ محاسبه شد.

۲. **مقیاس راهبردهای مدیریت درد**^۱. این مقیاس ۴۲ عبارتی توسط روزنشتایل و کیف (۱۹۸۳) ساخته شد و شش راهبرد مقابله‌ای شامل توجه برگردانی را با سؤال‌های ۱، ۲، ۱۲، ۱۶، ۲۱، ۲۶ و ۴۲، تفسیر مجدد درد را با سؤال‌های ۴، ۱۳، ۲۳، ۳۱، ۳۳، ۳۴ و ۳۸، گفتگو با خود را با سؤال‌های ۱، ۳، ۶، ۸، ۱۸ و ۲۳، نادیده انگاشتن درد را با سؤال‌های ۱، ۱۱، ۲۱، ۲۴، ۲۸، ۳۵ و ۴۱، فاجعه آفرینی را با سؤال‌های ۵، ۱۱، ۱۳، ۲۵، ۳۱، ۳۲ و ۳۳ و دعا و امیدواری را با سؤال‌های ۱۴، ۱۵، ۲۱، ۲۲، ۳۱، ۳۶ و ۴۳ می‌سنجد. هریک از راهبردهای مقابله از هفت عبارت تشکیل شده است و از آزمودنی خواسته می‌شود تا هر عبارت را به دقت بخواند و با استفاده از مقیاس ۷ درجه‌ای ۰ = هیچ تا ۶ = همیشه مشخص کند که هنگام مواجهه با درد تا چه میزان از هریک از راهبردهای مذکور استفاده می‌کند. نمره‌های ۷ عبارت با یکدیگر جمع می‌شود و یک نمره ترکیبی برای هر راهبرد مقابله به دست می‌آید که بین ۰ تا ۴۲ می‌تواند متغیر باشد. نمره‌های بالاتر در هر مقیاس نشان از استفاده بیشتر از آن راهبرد در مواجهه با درد مزمن است. پایایی این آزمون و ضرایب همسانی درونی آن به روش آلفای کرونباخ برای عوامل اصلی به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۷۷، ۰/۸۲، ۰/۸۳، ۰/۸۰، ۰/۷۴ و آلفای کرونباخ کل ۰/۹۲۶ گزارش شده است (اصغری مقدم و گلک، ۱۳۸۴). در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ به ترتیب خرده مقیاس‌ها برابر با ۰/۸۳، ۰/۶۱، ۰/۸۵، ۰/۷۰، ۰/۶۲، ۰/۷۷ و آلفای کرونباخ کل آن ۰/۹۵ محاسبه شد.

۳. **مقیاس تاب آوری کانر و دیویدسون**^۲. این مقیاس ۲۵ ماده‌ای توسط کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) تهیه شد و در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملاً نادرست = ۰، به ندرت نادرست = ۱، گاهی درست = ۲، اغلب درست = ۳ و همیشه درست = ۴ نمره‌گذاری می‌شود. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس توسط سامانی، جوکار، صحراگرد (۱۳۸۶) برابر ۰/۸۷ و روایی سازه آن نیز از طریق تحلیل عاملی که بیانگر یک عامل عمومی بود و مقدار کفایت نمونه برداری^۳ آن برابر ۰/۸۹ و مقدار ارزش ویژه آن برای این عامل عمومی برابر ۶/۶۴ گزارش شد که این عامل ۲۶ درصد از واریانس کل مقیاس را تبیین می‌کند. در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۳ محاسبه شد.

۴. **پرسشنامه پنج عامل بزرگ شخصیت**^۴. نسخه اصلی این پرسشنامه ۲۴۰ سوالی که در ۵ مقیاس جداگانه ۴۸ سوالی توسط مک کرا و کاستا در سال ۱۹۹۲ برای جمعیت بهنجار تهیه و

1. Pain Management Strategies Scale
2. Connor & Davidson Resilience Scale
3. Kaiser-Mayer-Olkin (KMO)
4. NEO-Five Factor Inventory PI-R

برای سنجش الگوی پنج عاملی شخصیت شامل روان رنجورخویی، برونگرایی، گشودگی، موافق بودن و وجدانگرایی تنظیم و ضریب آلفا توسط آن‌ها برای پنج عامل یاد شده به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۷۲، ۰/۶۸، ۰/۶۹ و ۰/۷۹ گزارش و اعتبار دراز مدت این مقیاس نیز ارزیابی شد که ضریب‌های اعتبار دو عامل A و C به فاصله ۳ سال ۰/۷۹ و ۰/۶۳ بود. نمره‌های ۱ تا ۱۱۲ بسیار پایین، ۱۱۳ تا ۱۲۹ پایین، ۱۳۰ تا ۱۴۳ متوسط، ۱۴۴ تا ۱۵۸ بالا و نمره‌های ۱۵۹ تا ۱۷۹ خیلی بالا است. خرده مقیاس‌های شایستگی با سؤال‌های ۵، ۳۵، ۶۵، ۹۵، ۱۲۵، ۱۵۵، ۱۸۵ و ۲۱۵، نظم و ترتیب با سؤال‌های ۱۰، ۴۰، ۷۰، ۱۰۰، ۱۳۰، ۱۶۰، ۱۹۰ و ۲۲۰، وظیفه شناسی با سؤال‌های ۱۵، ۴۵، ۷۵، ۱۰۵، ۱۳۵، ۱۶۵، ۱۹۵ و ۲۲۵، تلاش موفقیت با سؤال‌های ۲۰، ۵۰، ۸۰، ۱۱۰، ۱۴۰، ۱۷۰، ۲۰۰ و ۲۳۰، نظم درونی با سؤال‌های ۲۵، ۵۵، ۸۵، ۱۱۵، ۱۴۵، ۱۷۵، ۲۰۵ و ۲۳۵، محتاط در تصمیم‌گیری با سؤال‌های ۳۰، ۶۰، ۹۰، ۱۲۰، ۱۵۰، ۱۸۰، ۲۱۰ و ۲۴۰ ارزیابی می‌شود. در ایران نیز حق شناس در سال ۱۳۷۸ ساختار ۵ عاملی این پرسشنامه را به صورت کلی تأیید و ضرایب همسانی درونی آن را به روش آلفای کرونباخ برای عوامل اصلی به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۷۳، ۰/۵۶، ۰/۶۸ و ۰/۸۷ گزارش کرده است (گروسی فرشی، مهریار و قاضی طباطبایی، ۱۳۸۰). در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ خرده مقیاس با وجدان بودن برای هر یک از عوامل به ترتیب برابر با ۰/۷۲، ۰/۵۰، ۰/۷۳، ۰/۶۲، ۰/۷۴، ۰/۷۸ و آلفای کرونباخ کل ۰/۹۲ محاسبه شد.

۵. پرسشنامه چند بُعدی درد وست هاون-ییل^۱. این پرسشنامه ۵۲ سؤالیه دارای سه بخش مجزای ۱۴، ۱۸ و ۲۰ سوالی است توسط کنز، ترک و رودی در سال ۱۹۸۵ در دانشگاه وست هاون-ییل ساخته و در ایران توسط میرزمانی، صفری، حلی ساز، سدیدی (۱۳۸۶) ترجمه و اعتبار یابی شد. این پرسشنامه دارای ۴۸ عنوان و دارای ۱۲ مقیاس شامل مقیاس‌هایی به شرح زیر است. بخش اول مداخله با سؤال‌های ۲، ۳، ۴، ۸، ۹، ۱۳، ۱۴، ۱۷ و ۱۹، حمایت با سؤال‌های ۵، ۱۰ و ۱۵، شدت درد با سؤال‌های ۱، ۷ و ۱۲، کنترل زندگی با سؤال‌های ۱۱ و ۱۶، پریشانی عاطفی با سؤال‌های ۶، ۱۸ و ۲۰ و در بخش دوم واکنش‌های تنبیهی با سؤال‌های ۱، ۴، ۷ و ۱۰، دلواپسی دیگران با سؤال‌های ۲، ۵، ۸، ۱۱، ۱۳ و ۱۴، پریشانی و گیجی دیگران با سؤال‌های ۳، ۷، ۱۱ و ۱۵ و در بخش سوم کارهای خانگی با سؤال‌های ۱، ۵، ۹، ۱۳ و ۱۷، کار خارج از خانه با سؤال‌های ۲، ۶، ۱۰، ۱۴ و ۱۸، فعالیت دور از خانه با سؤال‌های ۳، ۷، ۱۱ و ۱۵ و فعالیت اجتماعی با سؤال‌های ۴، ۸، ۱۲ و ۱۶ ارزیابی می‌شود و فعالیت کلی از طریق جمع کل بخش سوم تقسیم بر ۱۸ به دست می‌آید. این ابزار برای سنجش دامنه واکنش همسر و دیگر افراد مهم زندگی بیمار مانند برداشت و ادراک آن‌ها از ناتوانی بیمار نیز استفاده می‌شود. روایی و اعتبار این پرسشنامه توسط میرزمانی

و همکاران (۱۳۸۶) در بخش‌های مختلف بررسی و ضریب پایایی آن با روش باز آزمایی برابر ۰/۹۵ و پایایی بخش اول با آزمون آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۶، بخش دوم برابر ۰/۷۸ و بخش سوم آزمون برابر ۰/۷۵ گزارش شد. در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ برای هریک از ۳ بخش برابر با ۰/۸۵، ۰/۸۳ و ۰/۷۹ و آلفای کرونباخ هریک از خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۷۱، ۰/۷۷، ۰/۴۵، ۰/۸۳، ۰/۷۲، ۰/۸۶، ۰/۷۹، ۰/۶۷، ۰/۷۰، ۰/۶۵ و آلفای کرونباخ کل ۰/۸۸ محاسبه شد.

شیوه اجرا. پس از دریافت معرفی‌نامه، به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و دانشگاه تهران مراجعه و به روش در دسترس از میان کلیه مراکز درمانی دانشگاه‌های یاد شده بیمارستان‌های مرتبط با پژوهش و سپس آزمودنی‌های واجد شرایط انتخاب شد. در آذرماه سال ۱۳۹۷ با مدیر بخش و سرپرستار مراکز درمانی هماهنگی به عمل آمد و سپس به آزمودنی‌ها در اتاق‌های مناسب بیمارستان‌ها و کلینیک‌های یادشده که شرایط و فضای روان‌شناختی را داشت؛ توضیحات کامل در مورد طرح پژوهش، رعایت موارد اخلاقی مندرج در برگه رضایت آگاهانه، محرمانه ماندن اطلاعات شخصی، تبعات شرکت در طرح، تعهد پرداخت خسارات ناشی از طرح و نیز پیگیری‌های قانونی داده شد و پرسشنامه‌ها در اختیار آن‌ها قرار گرفت. در بهمن ماه سال ۱۳۹۷ جمع‌آوری ۴۱۰ پرسشنامه به پایان رسید. پس از حذف ۷۰ پرسشنامه ناقص داده‌های ۳۴۰ آزمودنی با استفاده از معادلات ساختاری به روش حداقل مربعات جزئی در نرم افزار اسمارت پلاس تحلیل شد.

یافته‌ها

۲۰۲ نفر (۵۹/۴ درصد) از آزمودنی‌ها مرد و ۱۳۷ نفر (۴۰/۳ درصد) زن بودند. ۱ نفر نیز (۰/۳ درصد) نیز جنس خود را مشخص نکرده بود. میانگین و انحراف معیار سنی مردان برابر ۴۲/۲۶ و ۱۷/۳۳ سال و زنان برابر ۴۲/۰۳ و ۱۴/۲۲ بود. ۱۱۸ نفر (۵۸/۴ درصد) از مردان متأهل و ۷۴ نفر (۳۶/۶ درصد) از آن‌ها مجرد و ۸۹ نفر (۶۵ درصد) زنان متأهل، ۴۱ نفر آن‌ها (۲۹/۹ درصد) مجرد، ۳ نفر (۲/۲ درصد) مطلقه و ۱ نفر نیز (۰/۷ درصد) بیوه بودند. از نظر شغلی ۱۹ نفر (۹/۴ درصد) از مردان بیکار، ۲۲ نفر (۱۰/۹ درصد) کارمند، ۱۵ نفر (۷/۴ درصد) کارگر، ۷۴ نفر (۳۶/۶ درصد) شغل آزاد، ۱۵ نفر (۷/۴ درصد) بازنشسته، ۲۴ نفر (۱۱/۹ درصد) متخصص، ۱۵ نفر (۷/۴ درصد) دارای سایر مشاغل بودند و مشاغل آزاد با فراوانی ۷۴ نفر (۳۶/۶ درصد) بیشترین فراوانی شغلی را در میان مردان داشت. در مورد زنان ۵۴ نفر (۳۹/۴ درصد) خانه دار، ۱۴ نفر (۱۰/۲ درصد) کارمند، ۴ نفر (۲/۹ درصد) کارگر، ۱۷ نفر (۱۲/۴ درصد) آزاد، ۱ نفر (۰/۷ درصد) بازنشسته، ۲۲ نفر (۱۶/۱ درصد) متخصص، ۹ نفر (۶/۶ درصد) دارای سایر مشاغل بودند و بیشترین فراوانی شغلی زنان مربوط به خانه داری با فراوانی ۵۴ نفر (۳۹/۴ درصد) بود. فراوانی تحصیلات در مردان ۳۶ نفر

۱۷/۸) درصد) ابتدایی، ۲۷ نفر (۱۳/۴ درصد) سیکل، ۶۴ نفر (۳۱/۷ درصد) دیپلم، ۱۴ نفر (۶/۶ درصد) فوق دیپلم، ۴۲ نفر (۲۰/۸ درصد) کارشناسی، ۱۲ نفر (۵/۹ درصد) کارشناسی ارشد، ۵ نفر (۲/۵ درصد) دکتری، ۱ نفر (۰/۵ درصد) حوزوی و بیشترین فراوانی تحصیلات در مردان مربوط به دیپلم با فراوانی ۶۴ نفر و ۳۱/۷ درصد بود. فراوانی تحصیلات در زنان ۲۵ نفر (۱۸/۳ درصد) ابتدایی، ۸ نفر (۵/۸ درصد) سیکل، ۴۹ نفر (۳۵/۸ درصد) دیپلم، ۱۴ نفر (۱۰/۲ درصد) فوق دیپلم، ۳۲ نفر (۲۳/۴ درصد) کارشناسی، ۵ نفر (۳/۶ درصد) کارشناسی ارشد، ۳ نفر (۲/۲ درصد) دکتری و بیشترین فراوانی تحصیلات در زنان مربوط به دیپلم با فراوانی ۴۹ نفر و ۳۵/۸ درصد بود.

جدول ۱. چولگی و کشیدگی، ضریب تحمل و تورم و اتسون متغیرهای باوجدان بودن،

ادراک درد

مؤلفه	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشیدگی	ضریب تحمل	تورم و اتسون	دوربین و اتسون
باوجدان بودن							
شایستگی	۱۹/۲۴	۵/۳۶	۰/۶۲	-۰/۰۵	متغیر ملاک	متغیر ملاک	-
نظم و ترتیب	۱۸/۲۱	۴/۰۷	۰/۳۴	-۰/۳۰	متغیر ملاک	متغیر ملاک	-
وظیفه شناسی	۲۰/۷۱	۵/۶۵	۰/۰۹	-۰/۹۰	متغیر ملاک	متغیر ملاک	-
تلاش برای موفقیت	۱۹/۲۲	۴/۸۴	۰/۳۷	-۰/۲۶	متغیر ملاک	متغیر ملاک	-
نظم درونی	۱۹/۱۶	۵/۴۷	۰/۵۹	-۰/۰۷	متغیر ملاک	متغیر ملاک	-
محتاط در تصمیم گیری	۱۸/۰۰	۵/۹۷	۰/۳۳	۰/۸۷	متغیر ملاک	متغیر ملاک	-
باوجدان بودن	۱۱۴/۵۵	۲۵/۹۳	۰/۹۶	۰/۲۴	۰/۶۰	۱/۶۷	۲/۰۲
ادراک درد							
تداخل	۳/۳۷	۱/۱۸	-۰/۴۶	-۰/۱۳	متغیر ملاک	متغیر ملاک	-
حمایت	۳/۹۵	۱/۳۵	-۰/۵۱	۰/۱۳	متغیر ملاک	متغیر ملاک	-
شدت درد	۳/۸۰	۱/۳۹	-۰/۶۴	۰/۱۱	متغیر ملاک	متغیر ملاک	-
کنترل زندگی	۳/۶۴	۱/۲۷	-۰/۱۶	-۰/۰۶	متغیر ملاک	متغیر ملاک	-
پریشانی عاطفی	۳/۱۵	۱/۱۶	۰/۰۳	-۰/۱۵	متغیر ملاک	متغیر ملاک	-
واکنش های تنبیهی	۲/۰۶	۱/۴۰	۰/۴۹	-۰/۳۳	متغیر ملاک	متغیر ملاک	-
دلواپسی دیگران	۳/۶۴	۱/۴۷	-۰/۱۳	-۰/۶۷	متغیر ملاک	متغیر ملاک	-
پریشانی و گنجی دیگران	۳/۲۰	۱/۴۹	-۰/۱۲	-۰/۴۴	متغیر ملاک	متغیر ملاک	-
کارهای خانگی	۲/۶۱	۱/۳۴	۰/۴۱	-۰/۲۸	متغیر ملاک	متغیر ملاک	-
کار خارج از خانه	۱/۹۹	۱/۳۰	۰/۷۱	-۰/۱۳	متغیر ملاک	متغیر ملاک	-
فعالیت های دور از خانه	۲/۹۵	۱/۳۳	۰/۲۶	-۰/۳۱	متغیر ملاک	متغیر ملاک	-
فعالیت های اجتماعی	۲/۹۴	۱/۴۲	-۰/۰۷	-۰/۴۷	متغیر ملاک	متغیر ملاک	-
فعالیت کلی	۲/۵۹	۱/۱۳	۰/۶۸	۰/۵۱	متغیر ملاک	متغیر ملاک	-
ادراک درد	۳/۱۱	۰/۶۱	۰/۲۶	-۰/۲۳	متغیر ملاک	متغیر ملاک	۲/۰۲

نتایج جدول ۱ نشان می دهد که مقادیر چولگی و کشیدگی برای متغیر وجدانگرایی و ادراک درد در فاصله ۲- تا ۲+ قرار دارد؛ بنابراین توزیع داده های تک متغیری طبیعی و مفروضه هم خطی

بودن نیز برقرار است. زمانی که بیشتر از دو متغیر بررسی شوند؛ از پارامتر تحمل استفاده می‌شود و دامنه مقادیر پارامتر تحمل از صفر تا ۱ است. اندازه‌های پایین‌تر پارامتر تحمل نشان می‌دهد که بین متغیرهای پیش بین روابط قوی‌تری وجود دارد. مقدار آماره دوربین واتسون نیز حاکی از برقراری مفروضه استقلال خطاها در بین متغیرهای پیش بین پژوهش است.

جدول ۲. چولگی و کشیدگی، ضریب تحمل و تورم و دوربین واتسون متغیرهای خودکارامدی

درد، تاب آوری و مدیریت درد							
متغیر	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشیدگی	ضریب تحمل	تورم واریانس	دوربین واتسون
خودکارامدی درد	۳۳/۷۵	۱۳/۴۷	-۰/۱۸	-۰/۴۵	۰/۵۳	۱/۹۰	۲/۰۲
تاب آوری	۶۳/۲۷	۱۷/۰۶	۰/۰۳	۰/۱۱	۰/۶۶	۱/۵۲	۲/۰۲
مدیریت درد	۳/۱۵	۰/۸۰	۰/۳۸	۰/۳۷	۰/۵۶	۱/۷۸	۲/۰۲
توجه برگردانی	۳/۰۵	۱/۱۲	-۰/۰۱	-۰/۲۷	-	-	-
تفسیر مجدد درد	۲/۸۲	۱/۱۳	-۰/۳۹	-۰/۰۶	-	-	-
گفتگو با خود	۳/۳۶	۱/۲۲	۰/۰۵	-۰/۰۴	-	-	-
نادیده انگاشتن درد	۳/۰۸	۱/۱۵	۰/۰۷	۰/۰۵	-	-	-
فاجعه آفرینی	۳/۳۹	۱/۲۰	-۰/۳۶	-۰/۲۶	-	-	-
دعا و امیدواری	۳/۵۹	۱/۲۴	-۰/۰۴	-۰/۲۴	-	-	-
رفتاری	۳/۰۷	۱/۲۱	۰/۱۰	۰/۰۳	-	-	-
کنترل درد	۳/۱۷	۱/۶۱	۰/۰۱	-۰/۵۱	-	-	-
کاهش درد	۳/۰۹	۱/۵۸	۰/۲۱	-۰/۵۱	-	-	-

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که مقادیر چولگی و کشیدگی برای خودکارامدی درد، مدیریت درد، تاب آوری در فاصله ۲- تا ۲+ قرار دارد؛ بنابراین توزیع داده‌های تک متغیری طبیعی و مفروضه هم‌خطی بودن نیز برقرار است. مقدار آماره دوربین واتسون نیز حاکی از برقراری مفروضه استقلال خطاها در بین متغیرهای پیش بین پژوهش است. شاخص ضریب تحمل و عامل تورم واریانس‌های متغیرهای پژوهش بزرگتر از ۰/۱ و حاکی از این است که پدیده هم‌خطی بودن در متغیرهای پژوهش رخ نداده است. با توجه به اینکه اکثر مؤلفه‌های پژوهش توزیع طبیعی نداشتند؛ لذا استفاده از معادلات ساختاری کوواریانس محور مناسب نبود و از روش حداقل مربعات جزئی که روشی واریانس محور است استفاده شد. یکی از محاسن روش حداقل مربعات جزئی این است که می‌تواند با متغیرهایی که تنها شامل یک معرف سؤال باشند؛ کار کند (محسنین و اسفیدانی، ۱۳۹۳). تعداد متغیرهای پژوهش حاضر حدود ۲۳۰ متغیر بود که ۲۲۷ متغیر آن به‌طور مستقیم در معادلات ساختاری وارد شدند و برخی از متغیرهای مکنون مانند کنترل درد و کاهش درد تنها یک معرف سؤال داشتند که با استفاده از روش حداقل مربعات جزئی وارد معادلات ساختاری شدند

تلاش برای موفقیت، خویشتنداری و محتاط در تصمیم‌گیری همگی بسیار مطلوب است. رابطه متغیر مدیریت درد با عامل‌های توجه برگردانی، تفسیر مجدد درد، نادیده انگاشتن درد، فاجعه آفرینی، دعا و امیدواری، کنترل رفتاری، کنترل درد و کاهش درد به غیر از فاجعه آفرینی همگی بسیار مطلوب است. رابطه متغیر ادراک درد با عامل‌های تداخل، حمایت، شدت درد، کنترل زندگی، پریشانی عاطفی، واکنش‌های تنبیهی، دلواپسی دیگران، پریشانی دیگران، کارهای خانگی، کارهای خارج از خانه، فعالیت دور از خانه و فعالیت‌های اجتماعی همگی قابل قبول هستند. قدرت رابطه بین عامل‌ها به‌عنوان متغیر پنهان و متغیر قابل مشاهده به وسیله بار عاملی نشان داده می‌شود.

جدول ۴. یافته‌های الگوی اثر خودکارآمدی درد، مدیریت درد، تاب آوری، باوجدان بودن بر

ادراک درد افراد دچار درد مزمن

شاخص‌های روابط	ضریب مسیر	انحراف استاندارد	مقدار t	نتیجه	اندازه اثر
خودکارآمدی	۰/۵۴۴	۰/۰۴۰	۱۳/۷۱۳**	تأیید رابطه	۰/۴۲۱
مدیریت درد	۰/۵۸۲	۰/۰۶۰	۹/۷۷۵**	تأیید رابطه	۰/۵۱۲
تاب آوری	۰/۵۷۱	۰/۰۴۲	۱۳/۷۰۷**	تأیید رابطه	۰/۴۸۴
با وجدان بودن	۰/۵۹۴	۰/۰۴۴	۱۳/۴۱۳**	تأیید رابطه	۰/۵۴۵

$$*P < 0.05 \quad **P < 0.01$$

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که روابط بین متغیرهای خودکارآمدی، مدیریت درد، تاب آوری و باوجدان بودن با ادراک درد معنادار و این روابط مورد تأیید هستند ($P = 0.001$). از آنجا که اندازه اثر متغیرهای خودکارآمدی درد، مدیریت درد، تاب آوری و با وجدان بودن بر ادراک درد قوی است؛ بنابراین می‌تواند بر ادراک درد افراد دچار درد مزمن تأثیرگذار باشد.

جدول ۵. نتایج حاصل از نقش میانجی با وجدان بودن

شاخص روابط	اثر مستقیم مقدار β	اثر غیر مستقیم مقدار β	اثر کل مقدار β	واریانس اختصاص داده شده
خودکارآمدی	۰/۲۶۹**	-	۰/۲۶۹**	
خودکارآمدی	۰/۰۸۴	۰/۰۷۵**	۰/۱۵۹**	۰/۴۷۱
مدیریت درد	۰/۱۳۰*	-	۰/۱۳۰*	
مدیریت درد	۰/۲۷۵**	۰/۰۳۶*	۰/۳۱۱**	
تاب آوری	۰/۳۹۳**	-	۰/۳۹۳**	۰/۱۱۶
تاب آوری	۰/۲۰۷**	۰/۱۰۹**	۰/۳۱۶**	
وجدانگرایی	۰/۲۷۸**	-	۰/۲۷۸**	۰/۳۴۵

$$*P < 0.05 \quad **P < 0.01$$

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که خودکارآمدی با باوجدان بودن، مدیریت درد با ادراک درد، تاب آوری با باوجدان بودن، تاب آوری با ادراک درد، باوجدان بودن با ادراک درد ($P= ۰/۰۰۰۱$) و مدیریت درد با باوجدان بودن ($P= ۰/۰۴۳$) رابطه دارند؛ ولی خودکارآمدی با ادراک درد رابطه معنادار ندارد ($P= ۰/۱۲۰$). لذا باوجدان بودن دارای نقش میانجیگر کاملی را در رابطه بین خودکارآمدی و ادراک درد، باوجدان بودن نقش میانجیگر جزئی را در رابطه بین مدیریت درد و تاب آوری با ادراک درد ایفا می‌کند. از طرف دیگر با توجه به نتایج واریانس اختصاص داده شده، قوی‌ترین میانجیگر در الگوی پژوهش مربوط به متغیر باوجدان بودن در رابطه میان خودکارآمدی با ادراک درد است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که باوجدان بودن نقش میانجیگر کامل در رابطه بین خودکارآمدی درد و ادراک درد دارد. این نتایج با یافته‌های گرین و همکاران (۲۰۱۶)، اصغری مقدم، محرابیان، پاکنژاد و ساعد (۱۳۸۹)، میردریگوند، شیرازی و سپهوندی (۲۰۱۷) و مایک، جکسون و اولتمانز (۲۰۱۴)، اصغری مقدم، رحمتی و شعیری (۱۳۹۱) و محمدزاده، فقیه زاده، باغستانی، اسدی لاری، واعظ مهدوی و همکاران (۱۳۹۲) همسو و هماهنگ است که به نقش خودکارآمدی درد با ادراک درد و نیز ویژگی‌های شخصیتی و تاثیر آن بر ادراک درد مزمن و رابطه متغیرهای شناختی رفتاری با ادراک درد پرداخته بودند. در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت که افراد دارای وجدانگرایی بالاتر احتمال بیشتری دارد که به لحاظ اجتماعی به هنجارها و قواعد تجویز شده پایبند باشند؛ تمایل بیشتری به هدایت دارند؛ سازماندهی شده عمل می‌کنند و پیگیری موضوعات را به تأخیر نمی‌اندازند (گرین و همکاران، ۲۰۱۶). فرد با وجدان، هدفمند، با اراده و مصمم است. افراد موفق، موسیقیدانان بزرگ و ورزشکاران مشهور این صفت‌ها را در حد بالا دارند. افراد با نمره بالا در این سنخ دارای دقت زیاد، خوش قول و مطمئن هستند (مایک و همکاران، ۲۰۱۴). به‌طور کلی باوجدان بودن با صفات شایستگی، نظم و ترتیب، وظیفه شناسی، کوشش برای پیشرفت، نظم درونی، خویشتنداری و تأمل همراه است. احتمالاً آن دسته از افراد گروه نمونه دچار درد مزمن در این پژوهش که در وجدانی بودن نمره بالایی کسب کرده بودند؛ به‌واسطه وظیفه شناسی بالا، احساس شایستگی و نظم و کمک به دیگران بیشتر به دنبال راه‌های تازه و حل مسائل به شیوه‌های جدید هستند تا از این طریق ضمن عمل به وظایفی که برای خود قائلند؛ به خود و دیگران کمک کنند و این امر باعث می‌شود که فرد احساس خودکارآمدی بالاتری نسبت به مشکلات پیش آمده داشته باشد؛ زیرا افراد باوجدان سعی می‌کنند که وظایف خود و امور محوله به آن‌ها را به نحو احسن اجرا کنند؛ در نتیجه موفقیت و پیگیری در کارها باعث افزایش اعتماد به نفس و احساس

پیروزی در کارها می‌شود و به خودکارآمدی بالاتر در افراد می‌انجامد این افراد در مواجهه با موقعیت‌های مختلف با تلاش بیشتر سعی در حل آن مشکل دارند؛ یکی از این موضوعات داشتن درد مزمن است که فرد با توجه به داشتن وجدانگرایی بالاتر احساس خودکارآمدی بیشتری نسبت به کنترل و سازگاری با درد دارد. افراد با وجدان به دلیل تأمل و خویشتنداری بالاتر در مواجهه با سختی‌ها و بیماری‌ها دچار استرس و اضطراب کمتری می‌شوند و با موقعیت به وجود آمده راحت‌تر سازگار می‌شوند؛ این خود باعث موفقیت و احساس خودکارآمدی بیشتر می‌شود. هرچند در پژوهش‌های مختلف به اثر خودکارآمدی درد بر ادراک درد مزمن اشاره شده است؛ اما هیچ پژوهشی که نقش متغیرهای شخصیتی را در این الگو بررسی کرده باشد؛ دیده نشده است. از نتایج دیگر پژوهش حاضر می‌توان نشان داد که با وجدان بودن دارای نقش میانجیگر جزئی در رابطه مدیریت درد و ادراک درد است؛ این نتایج با یافته‌های جکسون و همکاران (۲۰۱۰)، اکبری، علی پور، زارع و شیخی (۱۳۹۳) و کاباک و همکاران (۲۰۱۵) همسو و هماهنگ است که در پژوهش خود به نقش روابط متغیر شخصیتی روان رنجوری و مدیریت درد و رابطه متغیرهای شناختی رفتاری با راهبردهای مدیریت درد و نیز رابطه راهبردهای مدیریت درد با ادراک درد اشاره کردند.

در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت که تأثیر با وجدان بودن در زمینه‌های مختلف زندگی و مسائل مربوط به آن اهمیت زیادی دارد (مایک، هریس، برنت و جکسون، ۲۰۱۵). راهبردهای مقابله با درد عنصر مهمی در ادراک درد مزمن است و مدیریت درد به تلاش‌های شناختی و رفتاری برای مهار بیرونی و درونی درد مزمن می‌انجامد و دعا و امیدواری و نادیده گرفتن درد و افزایش فعالیت رفتاری در افراد با وجدان به دلیل کفایت و نظم و ترتیب و مسئولیت پذیری بیشتر در قبال بیماری خود (کاباک و همکاران، ۲۰۱۵) و راهکارهای مقابله‌ای با درد بیشتر و کامل‌تر پیگیری می‌شود (سلینگرو، لیوسی، ۲۰۰۹).

به‌طور کلی وجدانگراها به‌نوعی مسئولیت بیماری خود را بر عهده می‌گیرند و همین امر سازگاری آن‌ها را با درد مزمن افزایش می‌دهد. آن‌ها به دلیل احساس وظیفه و به حکم وجدان و آرمان‌های خاص دوران نوجوانی و تفکر انتزاعی خود نمی‌توانند نسبت به مسائل پیرامون خود بی‌تفاوت باشند؛ لذا برای حل مشکلات خود و دیگران و همچنین حرکت رو به جلو برای رسیدن هرچه زودتر و موفقیت آمیزتر به اهداف تعیین شده‌ای که نسبت به آن‌ها احساس مسئولیت می‌کنند؛ از پا نمی‌نشینند؛ ناامید نمی‌شوند و به دنبال راهکارهای جدید و مؤثرند. نتایج دیگر پژوهش حاضر نشان داد که با وجدان بودن میانجیگر جزئی در رابطه تاب‌آوری و ادراک درد است. این نتایج با یافته‌های میلر و همکاران (۲۰۱۲)، آونگ، زوترا و رید (۲۰۱۵)، بلیدرن (۲۰۱۲)، لیتفیلد، شر و وود (۲۰۱۰) و بشارت، کوچی، دهقانی، فراهانی و مؤمن زاده (۱۳۹۱) همسو و هماهنگ است که

در پژوهش‌های خود به نقش متغیر تاب آوری با ادراک درد و نیز رابطه وجدانگرایی با تاب آوری اشاره کرده‌اند.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که تجربه درد به تنهایی عامل اصلی ایجاد علائم چند وجهی درد در بیماران دچار به درد مزمن نیست؛ بلکه عوامل روان‌شناختی، اجتماعی و بافتاری به‌ویژه نظام باورهای بیمار و نگرش‌های غیرمنطقی آن‌ها در مورد درد و مهار آن بیش از عوامل جسمی با بروز درد و تداوم آن مرتبط است (میلر و همکاران، ۲۰۱۲). تاب آوری به الگوهای سازگاری مثبت در طول ناملایمات و مخاطرات زیاد اشاره دارد که تهدید جدی ایجاد کند اما پیامد مفیدی داشته باشد (آونگ و همکاران، ۲۰۱۲). افراد با وجدان بالا به دلیل ویژگی شخصیتی و توانایی ذاتی در مواجهه با مشکلات مثل درد مزمن در مواجهه با تهدید درد به دنبال حل مساله، ایستادگی، پایداری و خوش بینی در حل مشکل هستند؛ به همین دلیل در پژوهش حاضر وجدانگرایی میانجیگر جزئی تاب آوری و ادراک درد بود؛ چون تاب آوری خود از ویژگی‌های شخصیتی و ذاتی افراد است و در کنار وجدانگرایی می‌تواند شدت ادراک درد را کاهش دهد.

در یک جمع‌بندی به نظر می‌رسد که صفت شخصیتی وجدانگرایی می‌تواند میانجیگر کامل یا جزئی برای خودکارآمدی درد، راهبردهای مدیریت درد و تاب آوری با ادراک درد مزمن باشد. با وجدان بودن به دلیل شایستگی و نظم و تلاش برای موفقیت و محتاط بودن در تصمیم‌گیری و وظیفه‌شناسی می‌تواند منجر به افزایش میزان خودکارآمدی و استفاده از راهبردهای مدیریت درد و افزایش تاب آوری افراد دچار درد مزمن شود. از نظر بالینی نیز متغیر وجدانگرایی با توجه به اینکه میانجیگر خودکارآمدی و مدیریت درد و تاب آوری است؛ در ادراک درد مزمن می‌تواند اثربخش باشد و پژوهشگران و درمانگران می‌توانند برای ادراک درد و مهار درد مزمن از برنامه‌های آموزشی و طرح‌های درمانی که شامل متغیر وجدانگرایی است؛ استفاده کنند و این امر با افزایش خودکارآمدی و مدیریت درد و تاب آوری می‌تواند بر ادراک و یا سازگاری با درد مزمن موثر باشد.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی رو به رو بود؛ از جمله اینکه مطالعه در شهر تهران صورت گرفت و بنابراین با توجه به بافت افراد ممکن است که نتایج دیگر و متفاوتی در شهرهای دیگر به دست آید. به دلیل پراکنده بودن جامعه از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی استفاده نشد و با روش در دسترس آزمودنی‌های داوطلب انتخاب و پرسشنامه‌ها در چند مرکز درمانی تکمیل شد که این محدودیت‌ها ممکن است تعمیم‌پذیری نتایج پژوهش را کاهش دهد. پیشنهاد می‌شود که مطالعه مشابهی در شهرهای دیگر، با نمونه‌گیری تصادفی، مصاحبه و مشاهده بالینی علاوه بر پرسشنامه‌ها، با متغیرهای شخصیتی دیگر و با توجه به فرهنگ مناطق مختلف با متغیرهای کنترل بیشتری مانند طبقه اجتماعی انجام و نتایج آن‌ها با نتایج این پژوهش مقایسه و الگوی کامل‌تری بیان شود. همچنین پیشنهاد می‌شود که آموزش‌های لازم برای ارتقا متغیر با وجدان بودن برگزار شود.

موازن اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

در این طرح موازن اخلاقی در شروع پژوهش و همچنین در مورد اصالت و استفاده بهینه از منابع، صداقت، بی طرفی، امانتداری، دقت در تدوین گزارش جهت حفظ حقوق مادی و معنوی مجریان و آزمودنی‌ها، حفظ حریم خصوصی افراد، رازداری، ناشناخته ماندن آزمودنی‌ها، سلامت و آسایش آن‌ها در حین و پس از شرکت در طرح و دقت در ارائه نتایج و اطلاعات بدون تحریف و یا دستکاری و بدون اقتباس از دیگر نویسندگان، ارجاع و استناد به منابع معتبر مطابق با استانداردهای علمی رعایت شده است. آزمودنی‌ها رضایت آگاهانه و آزادی کامل در شرکت و یا خاتمه همکاری داشتند. این پژوهش با رعایت منشور و موازن اخلاق پژوهش با تدوین کمیته اخلاق معاونت پژوهش وزارت علوم تحقیقات و فناوری مصوب ۱۳۹۰ انجام شد.

سیاسگزاری

از معاون محترم درمان آموزش پزشکی شهید بهشتی و واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان‌های شهدای تجریش، لقمان حکیم، کلینیک دانشگاه تهران و کلینیک درد و استرس رویان و نیز آزمودنی‌ها جهت پشتیبانی و همکاری در طول دوره مطالعه تقدیر و تشکر می‌شود.

مشارکت نویسندگان

این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روان‌شناسی سلامت با کد اخلاق به شماره IR.IAU.REC.1397.047 از شورای پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج است و همه نویسندگان این مقاله نقش یکسانی در طراحی، مفهوم سازی، روش شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری، پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی سازی نوشته داشتند.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- اصغری مقدم، محمدعلی. (۱۳۸۹). هزینه‌های بیماری درد مزمن. دهمین همایش سالیانه انجمن بررسی و مطالعه درد در ایران، مرکز همایش‌های بین‌المللی رایزن اردیبهشت ماه. [پیوند]
- اصغری مقدم، محمدعلی. (۱۳۹۰). درد و سنجش آن. تهران: انتشارات رشد. ۲۱۲-۲۱۹. [پیوند]

اصغری مقدم، محمدعلی، رحمتی، نرجس، و شعیری، محمدرضا. (۱۳۹۱). نقش واسطه‌ای خودکارآمدی درد و ترس از حرکت در تبیین رابطه بین درد مزمن و ناتوانی. *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۲(۲): ۱۶۸-۱۴۱. [پیوند]

اصغری مقدم، محمدعلی، گلک، ناصر. (۱۳۸۴). نقش راهبردهای مقابله با درد مزمن. دانشور رفتار، ۱۰(۳)، ۲۲-۱. [پیوند]

اصغری مقدم، محمدعلی، محرابیان، نرگس، پاک‌نژاد، محسن، و ساعد، فؤاد. (۱۳۸۹). خصوصیات روانسنجی مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران درد مزمن. *مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران*، ۴۰(۱): ۴۲-۱۳. [پیوند]

اکبری، مهرداد، علی پور، احمد، زارع، حسین، و شیخی، عبدالکریم. (۱۳۹۳). اثربخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و میزان درد در بیماران دچار سرطان پستان. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۸(۱): ۲۸-۷. [پیوند]

بشارت، محمدعلی، کوچی، صدیقه، دهقانی، محسن، فراهانی، حجت اله، و مؤمن زاده، سیروس. (۱۳۹۱). بررسی نقش تعدیل‌کننده عاطفه مثبت و منفی بر رابطه بین ناگویی هیجانی و شدت درد در بیماران مبتلا به درد مزمن. *دانشور رفتار*، ۱۹(۷): ۱۱۳-۱۰۳. [پیوند]

خباز، محمود، بهجتی، زهرا، و ناصری، محمد. (۱۳۹۰). رابطه حمایت اجتماعی و سبک‌های مقابله با تاب آوری در پسران نوجوان. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۵(۴): ۱۲۳-۱۰۸. [پیوند]

داوودی، ایران، زرگر، یدالله، مظفری پورسی سخت، الهام، نرگسی، فریده، و مولا، کریم. (۱۳۹۱). رابطه فاجعه سازی درد، اضطراب درد، روان رنجورخویی، حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله با ناتوانی عملکردی در بیماران روماتیسمی. *روان‌شناسی سلامت*، ۱۱(۱): ۴۷-۵۹. [پیوند]

سامانی، سیامک، جوکار، بهرام، و صحراگرد، نرگس. (۱۳۸۶). تاب آوری، سلامت روانی و رضایتمندی از زندگی. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۳(۳): ۲۹۵-۲۹۰. [پیوند]

گروسی فرشی، میر تقی، مهریار، امیر هوشنگ، و قاضی طباطبایی، سید محمود. (۱۳۸۰). کاربرد آزمون جدید شخصیتی نئو و بررسی تحلیل ویژگی‌ها و ساختار عاملی آن در بین دانشجویان دانشگاه‌های ایران. *مجله علوم انسانی الزهراء*، ۱۱(۳): ۱۹۸-۱۷۳. [پیوند]

محسنین، شهریار، و اسفیدانی، محمدرحیم. (۱۳۹۳). معادلات ساختاری مبتنی بر رویکرد حداقل مربعات جزئی به کمک نرم‌افزار *Smart - PLS* (آموزشی و کاربردی). تهران: کتاب مهربان. [پیوند]

محمد زاده، فاطمه، فقیه زاده، سقراط، باغستانی، احمدرضا، اسدی لاری، محسن، واعظ مهدوی، جلیل، خردمند عرب، محمدرضا، نوربالا، احمد علی، گل‌مکانی، محمد مهدی، حائری مهریزی، علی اصغر، و کردی، رامین. (۱۳۹۲). اپیدمیولوژی درد مزمن در شهر تهران و برآورد کوچک

ناحیه‌ای شیوع آن در محله‌های تهران، با استفاده از رویکرد بیزی. / *اپیدمیولوژی ایران*، ۹(۳): ۱۳-۳. [پیوند]

میر زمانی، سید محمود، صفری، اکبر، حلی ساز، محمد تقی، و سدید، احمد. (۱۳۸۶). ارزیابی اعتبار پرسشنامه چند بعدی درد وست هاون-ییل در بین بیماران مبتلا به درد مزمن. *مجله دانش علوم پزشکی قم*، ۱۱(۳): ۱۳-۲۵. [پیوند]

References

- Anno, K., Shibata, M., Ninomiya, T., Lwaki, R., Kawta, H., & Sawamoto, R. (2015). Paternal and maternal bonding styles in childhood are associated with the prevalence of chronic pain in a general adult population: the hisayama study. *BMC. Psychiatry*, 31(15): 181. [Link]
- Asghari, A., & Nicholas, M.K. (2001). Pain self-efficacy beliefs and pain behavior. A prospective study. *Pain*, 94: 85-100. [Link]
- Bleidorn, W., (2012). Hitting the road to adulthood: Short-term personality development during a major life transition. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 38(12): 1594-1608. [Link]
- Boersma, K., Carstens-Söderstrand, J., & Linton, S. J. (2014). *From acute pain to chronic disability: Psychosocial processes in the development of chronic musculoskeletal pain and disability*. Handbooks in Health, Work, and Disability. Springer Science+Business Media New York. 205-217. [Link]
- Cabak, A., Dąbrowska-Zimakowska, A., Truszczyńska, A., Rogala, P., Laprus, K., & Tomaszewski, W. (2015). Strategies for coping with chronic lower back pain in patients with long physiotherapy wait time. *Medical Science Monitor. International Medical Journal of Experimental and Clinical Research*, 21: 3913-3920. [Link]
- Campbell, P., Jordan, KP. & Dunn KM. (2012). The role of relationship quality and perceived partner responses with pain and disability in those with back pain. *Pain Med.*, 13(2): 204-14. [Link]
- Chan, C., & Peng, P., (2011). Failed back surgery syndrome. *Pain Med.* 12: 577-606. [Link]
- Connor, K, & Davidson, j. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*. 18: 76-82. [Link]
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). Four ways five factors are basic. *Personality and Individual Differences*, 13(6): 653-665. [Link]
- Flor, H. & Turk, D. C. (2011). *Chronic pain: An integrated biobehavioral approach*. IASP Press, SEATTLE. [Link]
- Galvez-Sánchez, C.M., Reyes Del Paso, G.A., & Duschek, S. (2018). Cognitive impairments in fibromyalgia syndrome: Associations with positive and negative affect, alexithymia, pain catastrophizing and self-esteem. *Frontiers in Psychology*, 22(9): 377. [Link]
- Garland, E.L., Howard, M.O., Zubieta, J.-K., & Froeliger, B. (2017). Restructuring hedonic dysregulation in chronic pain and prescription opioid misuse: Effects

- of Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement on responsiveness to drug cues and natural rewards. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 86(2): 111–112. [Link]
- Gordon, D. B., Loeser, J. D., Tauben, D., Rue, T., Stogicza, A., & Doorenbos, A. (2014). Development of the know pain-12 pain management knowledge survey. *The Clinical Journal of Pain*, 30(6): 521–527. [Link]
- Green, J.A. O'Connor, D.B. Gartland, N., & Roberts, B.W. (2016). The chernyshenko conscientiousness scales: A new facet measure of conscientiousness. *Assessment*, 23(3): 374-385. [Link]
- Hayes, K., & Gordon, D.B. (2015). Delivering quality pain management: The challenge for nurses. *AORN Journal*, 101(3): 327-37. [Link]
- Hazinski, M. F. (2013). *Nursing Care of the Critically Ill Child 3rd Edition*. Elsevier Mosby. [Link]
- Hill, P.L., & Allemand, M., (2012). Explaining the link between conscientiousness and forgiveness. *Journal of Research in Personality*, 46: 497–503. [Link]
- Jackson, J.J., Wood, D., Bogg, T., Walton, K.E., Harms, P.D., & Roberts, B.W., (2010). What do conscientious people do? Development and validation of the behavioral indicators of conscientiousness (BIC). *Journal of Research in Personality*, 44(4): 501–511. [Link]
- Kerns, R.D., Turk, D.C., Rudy, T.E. (1985). The west haven-yale multidimensional pain inventory (WHYMPI). *Pain*. 23: 345-356. [Link]
- Kessel, G. V. (2013). The ability of older people to overcome adversity: A review of the resilience concept. *Geriatric Nursing*, 34(2): 122-127. [Link]
- Koenig, A., Kupper, A., Skidmore, J., & Murph, K. (2015). Pain self-efficacy mediates the relationship between depressive symptoms and pain severity clin. *Pain*, 31(2): 137-144. [Link]
- Littlefield, A.K., Sher, K.J., & Wood, P.K., (2010). A personality-based description of maturing out of alcohol problems: Extension with a five-factor model and robustness to modeling challenges. *Addictive Behaviors* 35: 948–954. [Link]
- Mann, E. G., Lefort, S., & Vandenberg, E.G. (2013) Self-management interventions for chronic pain. *Pain Manag*, 3(3): 211–220. [Link]
- Mealer, M., Jones, J., Newman, J., & McFann, K. K. (2012). The presence of resilience is associated with a healthier psychological profile in intensive care unit (ICU) nurses: Results of a national survey. *International Journal of Nursing Studies*, 49(3): 292-299. [Link]
- Merskey, H. (2012) *IASP task force on taxonomy*. Pain terms: A current list with definitions and notes on usage. [Link]
- Mike, A., Harris, K., Brent, R., & Jackson, J. (2015). Conscientiousness. *Journal of Research in Personality*, 52: 68–77. [Link]
- Mike, A., Jackson, J.J., & Oltmanns, T.F. (2014). The conscientious retiree: The relationship between conscientiousness, retirement, and volunteering. *Journal of Research in Personality*, 52: 68–77. [Link]
- Mirdrikvand, F., Shirazi, A., & Sepahvandi, MA. (2017). The structural model of relationships between pain vulnerability, catastrophizing, fear and pain

- adjustment in patients with chronic musculoskeletal pain. *Journal of Isfahan Medical School*, 34(413): 1595-606. [Link]
- Ong, A. D., Zautra, A. J., & Reid, M. C. (2015). Chronic pain and the adaptive significance of positive emotions. *American Psychologist*, 70(3): 283-284. [Link]
- Rosenstiel, A.K., & Keef, F.J. (1983). The use of coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain*, 17: 33-44. [Link]
- Shaheed, C.A., Maher, C.G., Williams, K., Day, R., & McLachlan, A. J., (2016). Efficacy, tolerability, and dose-dependent effects of opioid analgesics for low back pain: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*. 176(7): 958-968. [Link]
- Shirvalkar P, Veuthey TL, Dawes HE & Chang EF (2018) Closed-Loop Deep Brain Stimulation for Refractory Chronic Pain. *Frontiers in Computational Neuroscience*, 12: 18. [Link]
- Sibille, K. T., Langae, T., Burkley, B., Gong, Y., Glover, T. L., King, C., & Fillingim, R. B. (2012). Chronic pain, perceived stress, and cellular aging: An exploratory study. *Molecular Pain*, 8: 12. [Link]
- Snelgrove, S., & Lioffi, C. (2009). An interpretative phenomenological analysis of living with chronic low back pain. *British Journal of Health Psychology*, 14: 735-749. [Link]
- Williams, J. M. (2011). *Home, school, and community factors that contribute to the educational resilience of urban, African American high school graduates from low-income, single-parent families*. Unpublished dissertation. University of Iowa. [Link]

پرسشنامه خودکارآمدی درد

خودکارآمدی	علم خودکارآمدی	سؤال					
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۱. می‌توانم به‌رغم وجود درد از امور مختلف لذت ببرم.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۲. علی‌رغم وجود درد می‌توانم کارهای مختلف روزمره مانند تمیزکاری، شستشوی ظروف و موارد مشابه را انجام دهم.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۳. علی‌رغم وجود درد کنونی در بدنم همانند سابق با دوستانم یا اعضای خانواده‌ام باشم.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۴. می‌توانم باوجود درد در بدنم در بسیاری از مواقع کنار بیایم.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۵. علی‌رغم وجود درد، می‌توانم برخی از کارها را مانند خانه‌داری و کارهای سخت یا راحت دیگر روزمره‌ام را انجام دهم.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۶. علی‌رغم وجود درد، هنوز می‌توانم بسیاری از اموری که برایم لذت‌بخش است مانند سرگرمی‌ها و فعالیت‌های مورد علاقه‌ام را انجام دهم.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۷. می‌توانم بدون نیاز به دارو با درد کنار بیایم.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۸. به‌رغم وجود درد، هنوز می‌توانم به اهدافم در زندگی برسیم.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۹. به‌رغم وجود درد در بدنم، می‌توانم سبک زندگی طبیعی خودم را داشته باشم.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۱۰. به‌رغم وجود درد در بدنم، می‌توانم به‌تدریج فعالیت‌هایم را بیشتر کنم.

پرسشنامه پنج عامل بزرگ شخصیت

کاملاً مخالفم	مخالفت	نظری ندارم	موافقم	کاملاً موافقم	عبارت‌ها
۴	۳	۲	۱	۰	۱. خیال‌پردازی من بسیار قوی است.
۴	۳	۲	۱	۰	۲. دیگران مرا فردی عاقل و محتاط می‌شناسند.
۴	۳	۲	۱	۰	۳. جنبه‌های هنری و زیبایی‌شناسی برای من زیاد اهمیت ندارند.
۴	۳	۲	۱	۰	۴. ترجیح می‌دهم در طی هر کاری آزادی انتخاب داشته باشم تا اینکه هر کاری را با نقشه از پیش تعیین‌شده انجام دهم.
۴	۳	۲	۱	۰	۵. زندگی بدون عواطف و هیجانات قوی برایم جالب نیست.
۴	۳	۲	۱	۰	۶. سعی می‌کنم که همه کارهایم را با احساس مسئولیت انجام دهم.
۴	۳	۲	۱	۰	۷. بر اموراتم مسلط هستم.
۴	۳	۲	۱	۰	۸. سخت‌گیر نیستم و مسائل را جدی نمی‌گیرم.
۴	۳	۲	۱	۰	۹. اغلب از کلنجار رفتن با نظریه‌ها با مفاهیم انتزاعی (ذهنی) لذت می‌برم.
۴	۳	۲	۱	۰	۱۰. به خوبی می‌توانم کارهایم را طوری تنظیم کنم که درست سر زمان تعیین‌شده انجام شوند.
۴	۳	۲	۱	۰	۱۱. فکر می‌کنم آموزش مطالب متناقض به دانشجویان فقط به سردرگمی و گمراهی آن‌ها منجر خواهد شد.
۴	۳	۲	۱	۰	۱۲. در طول سال‌های گذشته بعضی وقت‌های دست‌به‌کارهای احمقانه‌ای زده‌ام.
۴	۳	۲	۱	۰	۱۳. سعی می‌کنم کلیه افکارم را در جهات واقع‌بینانه هدایت کنم و از تخیل و رؤیاپردازی اجتناب نمایم.
۴	۳	۲	۱	۰	۱۴. من کارهای اجتماعی همچون رأی دادن را جدی نمی‌گیرم.
۴	۳	۲	۱	۰	۱۵. گاهی کاملاً جذب (محو) موسیقی می‌شوم که به آن گوش می‌دهم.
۴	۳	۲	۱	۰	۱۶. وسایل متعلق به خود را تمیز و مرتب نگه می‌دارم.
۴	۳	۲	۱	۰	۱۷. به‌ندرت هیجانات و عواطف قوی در خود احساس می‌کنم.
۴	۳	۲	۱	۰	۱۸. گاهی آن‌طور که باید و شاید قابل اتکا و اعتماد نیستم.
۴	۳	۲	۱	۰	۱۹. فکر می‌کنم یادگرفتن سرگرمی جدید و مهارت پیدا کردن در انجام آن کار جالبی است.
۴	۳	۲	۱	۰	۲۰. دارای اهداف روشنی هستم و برای رسیدن به آن‌ها طبق برنامه کار می‌کنم.
۴	۳	۲	۱	۰	۲۱. بحث‌های فلسفی برایم خسته‌کننده است.
۴	۳	۲	۱	۰	۲۲. قبل از شروع هر کاری وقت زیادی را تلف می‌کنم.
۴	۳	۲	۱	۰	۲۳. فکر می‌کنم که قوانین و سیاست‌های اجتماعی بایستی مطابق با نیازهای زمان که در حال تغییر است، تحول پیدا کنند.
۴	۳	۲	۱	۰	۲۴. قبل از اینکه تصمیم بگیرم به همه جوانب کار فکر می‌کنم.
۴	۳	۲	۱	۰	۲۵. من زندگی تخیلی فعالی دارم.
۴	۳	۲	۱	۰	۲۶. سعی می‌کنم از آنچه اتفاق می‌افتد مطلع باشم و معمولاً تصمیم‌های مؤثر و دقیق بگیرم.
۴	۳	۲	۱	۰	۲۷. تماشای باله و رقص‌های مدرن برایم خسته‌کننده است (گوش دادن به موسیقی سنتی یا کلاسیک برایم خسته‌کننده است).
۴	۳	۲	۱	۰	۲۸. فرد بسیار منظمی نیستم.
۴	۳	۲	۱	۰	۲۹. اینکه راجع به موضوعات چه احساسی دارم برایم مهم است.
۴	۳	۲	۱	۰	۳۰. بدهکاری‌هایم را سر موقع و کامل پرداخت می‌کنم.
۴	۳	۲	۱	۰	۳۱. هنگامی که راه درست انجام کاری را پیدا می‌کنم آن روش را همواره در آن مورد ادامه می‌دهم.
۴	۳	۲	۱	۰	۳۲. وقتی برنامه‌ای را برای بهبودی وضعیت خود شروع می‌کنم معمولاً بعد از چند روز آن را کنار می‌گذارم.
۴	۳	۲	۱	۰	۳۳. از حل جدول و معما لذت می‌برم.
۴	۳	۲	۱	۰	۳۴. فرد فعال (مولدی) هستم که همیشه کارم را کامل انجام می‌دهم.
۴	۳	۲	۱	۰	۳۵. معتقدم که هنگام تصمیم‌گیری در مسائل اخلاقی باید پیرو مراجع مذهبی‌مان باشیم.
۴	۳	۲	۱	۰	۳۶. گاهی اول عمل می‌کنم بعد می‌اندیشم.
۴	۳	۲	۱	۰	۳۷. دوست ندارم وقتم را با خیال‌پردازی تلف کنم.
۴	۳	۲	۱	۰	۳۸. غالب وقت‌ها بدون آمادگی کافی درگیر کارها می‌شوم.
۴	۳	۲	۱	۰	۳۹. نقش‌های موجود در طبیعت مرا مبهوت می‌کنند.
۴	۳	۲	۱	۰	۴۰. برای اینکه بدانم چی کیجاست ترجیح می‌دهم هر چیزی را در جای خودش قرار دهم.
۴	۳	۲	۱	۰	۴۱. بندرت به احساسات آنی خود توجه می‌کنم.

۴۲. گاهی در بازی‌های تک نفره (با خودم) تقلب می‌کنم.
۴۳. من اغلب غذاهای جدید و ناآشنا را امتحان می‌کنم.
۴۴. برای دستیابی به اهدافم جدیت می‌کنم.
۴۵. گاهی هنگامی که دیگران درباره موضوعات بسیار انتزاعی (ذهنی) و نظری صحبت می‌کنند حوصله‌ام سر می‌رود.
۴۶. برایم مشکل است خودم را مجبور به انجام وظایفم کنم.
۴۷. معتقدم که هر جامعه‌داری باورهای درست و غلط خاص خود است که برای آن جامعه دارای اعتبار و ارزش است.
۴۸. همیشه قبل از دست زدن به عملی، پیامدهای آن را در نظر می‌گیرم.
۴۹. از تمرکز بر یک موضوع خیالی و بررسی تمام احتمالات ممکن و شاخ و برگ دادن به آن لذت می‌برم.
۵۰. به قضاوت‌های صحیح و دقیق به خود افتخار می‌کنم.
۵۱. شعر تقریباً اثری روی من ندارد.
۵۲. فکر نمی‌کنم که هیچ‌وقت بتوانم آدم منظمی بشوم.
۵۳. تجارب هیجانی و احساسی گسترده و گوناگونی به من دست می‌دهند.
۵۴. وقتی من تعهدی می‌دهم همیشه آن را اجرا می‌کنم.
۵۵. ترجیح می‌دهم که وقتی در محیط‌های آشنا صرف کنم.
۵۶. احساس نمی‌کنم که با فشار دیگران به پیش روم.
۵۷. از حل کردن معماهای پیچیده لذت می‌برم.
۵۸. وقتی کاری را به دست می‌گیرم تقریباً همیشه آن را به پایان می‌رسانم.
۵۹. معتقدم که وفاداری به اصول و ایده‌آل‌های شخصی (داشتن تعصب خاص) بسیار مهم‌تر از آزاداندیشی و نداشتن تعصب است.
۶۰. غالباً کارهایم را بدون برنامه‌ریزی انجام می‌دهم.
۶۱. اگر احساس کنم که ذهنم به سمت خیال‌پردازی کشیده می‌شود معمولاً خود را مشغول کرده و ذهن خود را بر روی کاری فعالیت‌متمرکز می‌کنم.
۶۲. به نظر نمی‌رسد که در هیچ کاری کاملاً موفق باشم.
۶۳. بعضی از انواع موسیقی برایم بسیار جذاب و پر کشش است.
۶۴. تا حدی مشکل‌پسند و دقیق هستم.
۶۵. بندرت متوجه احساسات و عواطف حاصل از وضعیت مختلف می‌شوم.
۶۶. من به‌شدت باینده اصول اخلاقی خود هستم.
۶۷. گاهی فقط به‌منظور ایجاد تنوع در زندگی تغییراتی در محل اقامت یا خانه ایجاد می‌کنم.
۶۸. تلاش می‌کنم آنچه را که می‌خواهم به دست آورم.
۶۹. علاقه به تأمل و تفکر جدی درباره سرنوشت و ماهیت انسان ندارم.
۷۰. وقتی کاری بسیار مشکل می‌شود، تمایل پیدا می‌کنم که کار جدیدی را شروع کنم.
۷۱. خودم را روشن‌فکر می‌دانم (دارای سعه‌صدر هستم) و به نحوه زندگی دیگران، هراندازه که متفاوت باشد احترام می‌گذارم.
۷۲. بندرت عجولانه تصمیم می‌گیرم.
۷۳. در کودکی بندرت از بازی‌های که جنبه نمایشی و تخیلی داشتند خوشم می‌آمد.
۷۴. شخص بسیار قادر و توانایی هستم.
۷۵. بعضی‌وقت‌ها وقتی شعری را می‌خوانم یا یک هنری را تماشا می‌کنم یک احساس لرزش و یک تکان هیجانی را حس می‌کنم.
۷۶. من در رابطه با تمیزی وسواس ندارم.
۷۷. هم‌حسی با دیگران برایم آسان است آنچه را که دیگران حس می‌کنند من هم حس می‌کنم.
۷۸. برای جلوگیری از دوباره‌کاری سعی می‌کنم کارهایم را با دقت انجام دهم.
۷۹. برای مرخصی ترجیح می‌دهم به محل‌های آشنا بروم.
۸۰. تلاش می‌کنم که هر کاری را به نحو احسن انجام دهم.
۸۱. من کنجکاوی‌های روشنفکرانه فراوانی دارم.
۸۲. آنقدر کارهای ریز و کوچک برای انجام دادن دارم که گاهی تمام آن‌ها را نادیده می‌گیرم.
۸۳. فکر می‌کنم اگر فردی در سن ۲۵ سالگی‌اش نداند که به چه چیزی معتقد است؛ دارای مشکل است.
۸۴. وقتی می‌خواهم به یک سفر کوتاه بروم، از قبل با دقت در رابطه با آن برنامه‌ریزی می‌کنم.
۸۵. برایم مشکل است که به‌آسانی به ذهن یا فکرم اجازه دهم تا بدون کنترل یا هدایت به هر جهتی که خواست برود.
۸۶. در کارم، شخصی کارا و مؤثرم.
۸۷. از خواندن اشعار حاوی احساسات و تصورات بیشتر از داستان لذت می‌برم.

۸۸. وقت زیادی را برای پیدا کردن چیزهایی که در سر جایشان نگذاشته‌ام صرف می‌کنم.
۸۹. چیزهای غریبی مثل بوهای خاص و یا نام مکان‌های دور، می‌تواند در من حالات احساسی شدیدی به وجود بیاورد.
۹۰. فقط در شرایطی که واقعاً بیمار باشم کارم را تعطیل می‌کنم.
۹۱. برای رفتن به محلی، همیشه از مسیر یکسانی استفاده می‌کنم.
۹۲. من فردی معتاد به کار هستم.
۹۳. دارای طیف وسیعی از علایق ذهنی (فکری) هستم.
۹۴. شخص بسیار منطقی و مرتبی هستم.
۹۵. معتقدم نظام اخلاقی جدیدی که آسان‌گیری (تساهل) در انجام امور را توصیه می‌کند اصلاً اخلاق حساب نمی‌شود.
۹۶. همیشه قبل از پاسخ دادن به هر سؤال به‌دقت درباره آن فکر می‌کنم.

پرسشنامه راهبردهای مدیریت درد

همیشه	بسیار	گاهی	کمی	عبارت			
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۱. وقتی که درد دارم تلاش می‌کنم تا احساس کنم از درد فاصله‌دارم، گویی شخص دیگری به درد مبتلاست نه من.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۲. وقتی که درد دارم منزل را ترک می‌کنم و کاری انجام می‌دهم، مثلاً به سینما می‌روم و یا خرید می‌کنم.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۳. وقتی که درد دارم سعی می‌کنم در مورد چیز خوش‌آیندی فکر کنم.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۴. وقتی که درد دارم سعی می‌کنم آن را نه به‌عنوان درد بلکه به‌عنوان یک حس گنگ و مطبوع تلقی کنم.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۵. وقتی که درد دارم فکر می‌کنم درد بسیار وحشتناک است و هرگز بهتر نخواهد شد.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۶. وقتی که درد دارم به خودم می‌گویم شجاع باش و باوجود درد جلو برو (ادامه بده)
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۷. وقتی که درد دارم مطالعه می‌کنم.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۸. وقتی که درد دارم به خودم می‌گویم می‌توانم بر دردم پیروز شوم.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۹. وقتی که درد دارم به شمارش اعداد در ذهنم می‌پردازم یا تصنیفی را در ذهنم زمزمه می‌کنم.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۱۰. وقتی که درد دارم می‌کوشم تا آن را به‌عنوان احساس دیگری جز درد (مثل کرختی یا بی‌حسی) تلقی کنم.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۱۱. وقتی که درد دارم می‌ترسم و حس می‌کنم که مرا درخواهم شکست.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۱۲. وقتی که درد دارم در ذهنم به بازی‌های فکری می‌پردازم تا ذهنم را از درد منحرف کنم.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۱۳. وقتی که درد دارم احساس می‌کنم زندگی ارزش ادامه دادن ندارد.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۱۴. وقتی که درد دارم به خودم می‌گویم روزی کسی پیدا خواهد شد و به من کمک خواهد کرد و درد برای مدتی از بین خواهد رفت.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۱۵. وقتی درد دارم به درگاه خداوند دعا می‌کنم زیاد طول نکشد.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۱۶. وقتی که درد دارم فکر می‌کنم که درد در بدن من نیست و چیزی جدای از من است.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۱۷. وقتی که درد دارم درباره آن فکر نمی‌کنم.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۱۸. وقتی که درد دارم سعی می‌کنم به سال‌هایی که پیش رودارم و به اوضاع‌واحوال بعد از اینکه توانستم از درد خلاص شوم فکر کنم.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۱۹. وقتی که درد دارم به خودم می‌گویم دردی ندارم.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۲۰. وقتی که درد دارم به خودم می‌گویم نمی‌توانم به درد اجازه دهم تا مانع انجام کارهای شود.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۲۱. وقتی که درد دارم هیچ‌گونه توجهی به آن نمی‌کنم.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۲۲. وقتی که درد دارم به دکترهایم اعتقاد دارم و می‌دانم که روزی برای درمان درد من روشی پیدا خواهند کرد.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۲۳. وقتی که درد دارم مهم نیست که تا چقدر بدتر شود، می‌دانم که می‌توانم آن را کنترل کنم.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۲۴. وقتی که درد دارم وانمود می‌کنم که دردی وجود ندارد.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۲۵. وقتی که درد دارم همیشه نگرانم که آیا تمام می‌شود.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۲۶. وقتی که درد دارم تجربیات خوش‌آیند مربوط به گذشته را به خاطر می‌آورم.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۲۷. وقتی که درد دارم به افرادی فکر می‌کنم که از انجام کاری با آن‌ها لذت می‌برم.

۲۸. وقتی که درد دارم برای توقف آن دعا می‌کنم.
۲۹. وقتی که درد دارم تصور می‌کنم که درد خارج از بدن من است.
۳۰. وقتی که درد دارم طوری به کارم ادامه می‌دهم که انگار هیچ اتفاقی نیفتاده است.
۳۱. وقتی که درد دارم آن را به‌عنوان یک مبارزه تلقی می‌کنم و اجازه نمی‌دهم که مزاحم من شود.
۳۲. وقتی که درد دارم اگرچه آزارم می‌دهد اما به کار خود ادامه می‌دهم.
۳۳. وقتی که درد دارم احساس می‌کنم که بیش از این نمی‌توانم آن را تحمل کنم.
۳۴. وقتی که درد دارم سعی می‌کنم در جمع افراد دیگر باشم.
۳۵. وقتی که درد دارم آن را نادیده می‌گیرم.
۳۶. وقتی که درد دارم به ایمانم به خداوند تکیه می‌کنم.
۳۷. وقتی که درد دارم احساس می‌کنم مثل اینکه دیگر نمی‌توانم به کارم ادامه دهم.
۳۸. وقتی که درد دارم به کارهایی فکر می‌کنم که از انجام آن‌ها لذت می‌برم.
۳۹. وقتی که درد دارم برای این که ذهنم را از درد منحرف کنم هر کاری انجام می‌دهم.
۴۰. وقتی که درد دارم کاری را که از انجام آن لذت می‌برم انجام دهم؛ مثلاً نگاه کردن به تلویزیون یا گوش دادن به موسیقی
۴۱. وقتی که درد دارم وانمود می‌کنم که درد بخشی از وجود نیست.
۴۲. وقتی که درد دارم به فعالیت می‌پردازم (برای مثال انجام کارهای مربوط به منزل یا انجام کاری بر اساس نقشه قبلی)

بر اساس تمام کارهایی که برای مقابله و یا کنار آمدن با درد انجام می‌دهید، در یک روز عادی، احساس می‌کنید تا چه میزان بر درد خود کنترل دارید؟ لطفاً در مقیاس زیر به دور عدد مناسب دایره‌ای بکشید. توجه داشته باشید که می‌توانید به دور هر عدد در مقیاس زیر دایره بکشید.

اصلاحی توانم آن را کنترل کنم	تا حدی می‌توانم آن را کنترل کنم	کاملاً می‌توانم آن را کنترل کنم
۰	۱	۲
۳	۴	۵
۶		

بر اساس تمام کارهایی که برای مقابله و یا کنار آمدن با درد انجام می‌دهید، در یک روز عادی، احساس می‌کنید تا چه میزان می‌توانید درد خود را کاهش دهید؟ لطفاً در مقیاس زیر به دور عدد مناسب دایره‌ای بکشید. توجه داشته باشید که می‌توانید به دور هر عدد در مقیاس زیر دایره بکشید.

می‌توانم آن را کاهش دهم	تا حدی می‌توانم آن را کاهش دهم	کاملاً می‌توانم آن را کاهش دهم
۰	۱	۲
۳	۴	۵
۶		

پرسشنامه تاب آوری

کاملاً نادرست	بندرت درست	گاهی درست	اغلب درست	همیشه درست	گویه‌ها
۰	۱	۲	۳	۴	۱. وقتی تغییری رخ می‌دهد می‌توانم خودم را با آن سازگار کنم.
۰	۱	۲	۳	۴	۲. حداقل یک نفر هست که رابطه صمیمی‌ام با او در زمان استرس به من کمک می‌کند.
۰	۱	۲	۳	۴	۳. وقتی که راه‌حل روشنی برای مشکلاتم وجود ندارد، گاهی خدا یا تقدیر می‌تواند کمک کند.
۰	۱	۲	۳	۴	۴. می‌توانم برای هر چیزی که سر راهم قرار می‌گیرد، چاره‌ای بیندیشم.
۰	۱	۲	۳	۴	۵. موفقیت‌هایی که در گذشته داشته‌ام چنان اطمینانی در من ایجاد کرده‌اند که می‌توانم با چالش‌ها و مشکلات پیش رو برخورد کنم.
۰	۱	۲	۳	۴	۶. وقتی با مشکلات مواجه می‌شوم سعی می‌کنم جنبه خنده‌دار آن‌ها را هم ببینم.
۰	۱	۲	۳	۴	۷. لزوم کنار آمدن با استرس موجب قوی‌تر شدنم می‌گردد.

۸. معمولاً پس از بیماری، حادثه و سایر سختی‌ها به حالت اولم بازمی‌گردم.
۹. معتقدم در هر اتفاق خوب یا بدی مصلحتی هست.
۱۰. در هر کاری بیشترین تلاشم را می‌کنم و به نتیجه هم کاری ندارم.
۱۱. معتقدم که علیرغم وجود موانع، می‌توانم به اهدافم برسیم.
۱۲. حتی وقتی که امور ناامیدکننده می‌شوند، مأیوس نمی‌شوم.
۱۳. در لحظات بحران و استرس، می‌دانم که برای کمک گرفتن به کجا مراجعه کنم.
۱۴. وقتی که تحت فشار هستم تمرکز را از دست نم‌دهم و درست فکر می‌کنم.
۱۵. ترجیح می‌دهم خودم مشکلاتم را حل کنم تا این که دیگران تمامی تصمیم‌ها را بگیرند.
۱۶. اگر شکست بخورم به راحتی دلسرد نمی‌شوم.
۱۷. وقتی با چالش‌ها و مشکلات زندگی درگیر هستم، خود را فردی توانا می‌دانم.
۱۸. در صورت لزوم می‌توانم تصمیم‌های دشوار و غیرمنتظره‌ای را بگیرم که دیگران را تحت تأثیر قرار دهد.
۱۹. می‌توانم احساسات ناخوشایندی چون غم ترس و خشم را کنترل کنم.
۲۰. در برخورد با مشکلات زندگی گاهی لازم می‌شود که صرفاً بر اساس حدس و گمان عمل کنم.
۲۱. در زندگی یک حس نیرومند هدافتمندی دارم.
۲۲. حس می‌کنم بر زندگی خود کنترل دارم.
۲۳. چالش‌های زندگی را دوست دارم.
۲۴. بدون در نظر گرفتن موانع پیش رو، برای رسیدن به اهدافم تلاش می‌کنم.
۲۵. به خاطر پیشرفت‌هایم به خودم می‌بالم.

برسشنامه چندوجهی ادراک درد وست هاون ییل

ردیف	سؤال	۱	۲	۳	۴	۵
۱.	سطح دردتان را در حال حاضر درجه‌بندی کنید.	۱	۲	۳	۴	۵
۲.	در کل، چقدر مشکل دردتان در فعالیتهای روزمره‌تان تداخل ایجاد می‌کند؟	۱	۲	۳	۴	۵
۳.	از زمانی که مشکل درد پیدا کرده‌اید، چقدر درتان توانایی کار کردنتان را تغییر داده است؟	۱	۲	۳	۴	۵
۴.	چقدر درتان میزان رضایت یا لذت شما را برای شرکت در فعالیتهای اجتماعی و تفریحی تغییر داده است؟	۱	۲	۳	۴	۵
۵.	همسر (شخص مهم) شما چقدر در رابطه با دردتان حامی یا کمک‌کننده شماست؟	۱	۲	۳	۴	۵
۶.	خلق کلی‌تان را در طول هفته گذشته درجه‌بندی کنید.	۱	۲	۳	۴	۵
۷.	به‌طور متوسط دردتان در طول هفته گذشته چقدر شدید بوده است؟	۱	۲	۳	۴	۵
۸.	چقدر دردتان توانایی شما را برای شرکت در فعالیتهای تفریحی و اجتماعی تغییر داده است؟	۱	۲	۳	۴	۵
۹.	چقدر دردتان میزان رضایتی که از فعالیت‌های خانوادگی-فامیلی دریافت می‌کند تغییر داده است؟	۱	۲	۳	۴	۵
۱۰.	همسر (شخص مهم) چقدر در مورد مشکل دردتان نگران است؟	۱	۲	۳	۴	۵
۱۱.	در طول هفته گذشته، احساس کردید که چقدر کنترل بر روی زندگی خودتان دارید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۱۲.	چقدر به خاطر دردتان رنج می‌کشید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۱۳.	چقدر دردتان، ازدواجتان و روابط خانوادگی دیگران را تغییر داده است؟	۱	۲	۳	۴	۵
۱۴.	چقدر دردتان، میزان رضایت یا لذتی که از کارتان به دست می‌آورد تغییر داده است؟	۱	۲	۳	۴	۵
۱۵.	چقدر همسر (شخص مهم) به مشکل دردتان توجه می‌کند؟	۱	۲	۳	۴	۵
۱۶.	در طول هفته گذشته، چقدر احساس کرده‌اید که می‌توانید با مشکلات کنار بیایید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۱۷.	چقدر دردتان، توانایی شما را برای انجام کارهای خانه تغییر داده است.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۸.	در طول هفته گذشته، چقدر عصبی یا مضطرب بوده‌اید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۱۹.	چقدر دردتان، روابطتان با افراد دیگر غیر از خانواده‌تان را تغییر داده است؟	۱	۲	۳	۴	۵
۲۰.	در طول هفته گذشته، چقدر عصبی یا مضطرب بوده‌اید؟	۱	۲	۳	۴	۵

در این بخش علاقه مندییم بدانیم که چطور شخص مهم زندگی‌تان (همان شخصی که در اول ذکر کردید) وقتی می‌داند که درد دارید به شما پاسخ می‌دهد. در مقیاسی که زیر هر سؤال آمده است، دور عددی که نشان می‌دهد بیشتر وقت‌ها شخص مهم زندگی‌تان به‌طور کلی چطور زمانی که درد دارید به روش خاص خودش به شما پاسخ می‌دهد، دایره بکشید.

بیشتر وقت‌ها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	سؤال
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۱. مرا نادیده می‌گیرد.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۲. از من می‌پرسد که چه کمکی می‌تواند بکند.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۳. برایم چیزی می‌خواند
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۴. ناراحتش را از من ابراز می‌کند.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۵. کارها یا وظایفم را به عهده می‌گیرد.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۶. با من در مورد چیز دیگری صحبت می‌کند تا ذهنم را از درد دور کند
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۷. نا امیدش را از من ابراز می‌کند.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۸. تلاش می‌کند تا به من آرامش دهد.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۹. تلاش می‌کند مرا درگیر برخی فعالیت‌ها کند.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۱۰. خشمش را به من ابراز می‌کند.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۱۱. برایم داروی درد می‌آورد
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۱۲. تشویق می‌کند که خود را سرگرم کنم.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۱۳. چیزی برای خوردن یا نوشیدنم می‌آورد.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۱۴. تلویزیون را روشن می‌کند تا ذهنم را از دردم دور می‌کند.

در زیر ۱۸ فعالیت متداول روزانه فهرست شده است. لطفاً با کشیدن دایره دور عدد مقیاس جلوی هر فعالیت، نشان دهید که بیشتر وقت‌ها چقدر از این فعالیت‌ها را انجام می‌دهید. لطفاً تمام ۱۸ سؤال را پاسخ دهید.

بیشتر وقت‌ها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	فعالیت متداول روزانه
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۱. شستن ظرف‌ها.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۲. زدن چمن‌ها
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۳. بیرون غذا خوردن
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۴. بازی کردن
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۵. خرید خواربار
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۶. رفتن به سینما
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۷. ملاقات با دوستان
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۸. کمک به تمیز کردن خانه.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۹. کار کردن روی ماشین.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۱۰. سوار ماشین شدن.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۱۱. دیدن فامیل.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۱۲. آماده کردن غذا.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۱۳. کار کردن در باغ
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۱۴. شستن ماشین
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۱۵. رفتن به سفر
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۱۶. رفتن به پارک یا ساحل
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۱۷. شستن لباس‌ها
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۱۸. کار در خانه‌ای که نیاز به تعمیر دارد.
