Journal of Anesthesiology and Pain Winter 2020, Vol 10, NO 4

Mediating role, openness to experience in the relationship between the factors of pain self-efficacy, pain management strategies and resilience with perceived pain in chronic pain patients

Rouhollah Latifian[1], Buick Tajeri[2*], Mehdi Shah Nazari[3], Farahnaz Meschi[4], Ahmad Baseri[5]

1. *PhD Student of Health Psychology, Department of Health Psychology, Karaj Branch, IslamicAzad University, Karaj, Iran.*
2. *Assistant Professor of Health Psychology, Department of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.*
3. *Assistant Professor of Health Psychology, Department of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.*
4. *Assistant Professor of Health Psychology, Department of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.*
5. *Assistant Professor of Psychology, Faculty of Social and Cultural Sciences, Imam HosseinUniversity, Tehran, Iran.*

ABSTRACT

Aims and background: Recognizing the variable mediating role of openness to experience in the relationship between pain self-efficacy predictors variables, pain management strategies and resiliency with variables of pain perception criteria in chronic pain patients.

Materials and methods: In this fundamental and descriptive-correlational study, 340 chronic pain patients were hospitalized in all hospitals in Tehran, including public and private hospitals, general and specialized centers and clinics, as well as medical centers provided by the sampling method of access available. The tools used in the Big Five Personality Examination, NEO-PI R, Pain Self-Efficacy Test, Pain Management Strategies Test, Resiliency Test, Chest Pain Perception Test, West Yon Yale. The data obtained using the least squared structural equation Minority and path analysis were analyzed in the smart PLS software.

Findings: The results of the study, openness to experience, have a full mediator role in the relationship between self-efficacy and perception of pain. Openness to experience has a mediator role in the relationship between pain management and pain perception. Openness to experience has a partial mediator role in the relationship between resilience and pain perception. The strongest mediator role in the above model relates to the role of mediating openness to experience in the relationship between self-efficacy and perception of pain.

Conclusion: The openness of the experience, the strong mediator of pain self efficay, the pain management strategy, persistence with the perception of pain in chronic patients. Openness to experience in a person with chronic pain affects perception of a person's pain.

Keywords: openness to experience, pain self-efficacy, pain management strategies, resiliency, perception of pain, chronic pain patients

▶ Please cite this paper as:

Latifian R, Tajeri B, Shah Nazari M, Meschi F, Baseri A[Mediating role, openness to experience in the relationship between the factors of pain self-efficacy, pain management strategies and resilience with perceived pain in chronic pain patients(Persian)]. J Anesth Pain 2020;10(4):19-35.

Corresponding Author: Buick Tajeri, Assistant Professor of Health Psychology, Department of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.
Email: btajeri@yahoo.com

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2025-08-25]

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۱۰، شماره ۴، زمستان ۱۳۹۸

نقش میانجی بازبودن به تجربه در رابطه بین عوامل خودکارآمدی درد، راهبردهای مقابله با درد،تاب آوری با ادراک درد افراد دچار درد مزمن

روح اله لطیفیان[۱]، بیوک تاجری*[۲]، مهدی شاه نظری[۳]، فرحناز مسچی[۴]، احمد باصری[۵]

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی،کرج، ایران
۲. استادیار گروه روانشناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی،کرج، ایران
۳. استادیار گروه روانشناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی،کرج، ایران
۴. استادیار گروه روانشناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی،کرج، ایران
۵. استادیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم اجتماعی و فرهنگی، دانشگاه جامع امام حسین(ع)، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۲/۳۰ تاریخ بازبینی: ۱۳۹۸/۷/۱۶ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۷/۲۲

چکیده

زمینـــه و هـــدف: شناسـایی نقـش میانجـی متغیـر بازبـودن بـه تجربـه در رابطـه بیـن متغیرهـای پیش‌بیـن خودکارامـدی درد، راهبردهـای مدیریـت درد و تـاب‌آوری بـا متغیـر مـلاک ادراک درد در افـراد مبتـلا بـه درد مزمـن

مـواد و روش‌هـا: در ایـن مطالعـه بنیـادی و توصیفـی- همبسـتگی،۳۴۰ نفـر از افـراد دارای درد مزمـن در کلیـه مراکـز درمانـی شـهرتهران کـه شـامل بیمارسـتان‌های دولتـی و خصوصـی، مراکـز و کلینیک‌هـای عمومـی و تخصصـی و نیـز مراکـز بسـتری کـه خدمـات پزشـکی می‌دهنـد بـه روش نمونه‌گیـری در دسـترس انتخـاب شـدند. ابزارهـای مـورد اسـتفاده آزمـون پنـج عامـل بـزرگ شـخصیت NEO-PI R، آزمـون خودکارآمـدی درد، آزمـون راهبردهـای مدیریـت درد، آزمـون تـاب‌آوری، آزمـون ادراک درد مزمـن وسـت هـاون ییـل می‌باشـد. داده‌هـای بـه دسـت آمـده بـا اسـتفاده از روش معـادلات سـاختاری بـا حداقـل مربعـات جزیـی و تحلیـل مسـیر در نرم‌افـزار smart PLS مـورد تجزیـه و تحلیـل قـرار گرفـت.

یافته‌هـا: نتایـج بـه دسـت آمـده از پژوهـش، بازبـودن بـه تجربـه دارای نقـش میانجـی کامـل در رابطـه بیـن خودکارامـدی و ادراک درد اسـت. بازبـودن بـه تجربـه دارای نقـش میانجـی جزئـی در رابطـه بیـن مدیریـت درد و ادراک درد اسـت. بازبـودن بـه تجربـه دارای نقـش میانجـی جزئـی در رابطـه بیـن تـاب‌آوری و ادراک درد اسـت. قوی‌تریـن نقـش میانجـی در مـدل فـوق، مربـوط بـه نقـش میانجـی بازبـودن بـه تجربـه در رابطـه میـان خودکارامـدی بـا ادراک درد می‌باشـد.

نتیجه‌گیـری: بـاز بـودن تجربـه، میانجـی قـوی درخودکارآمـدی درد، راهبـرد مدیریـت درد، تـاب‌آوری بـا ادراک درد بیمـاران مزمـن می‌باشـد. بـاز بـودن بـه تجربـه در فـرد مبتـلا بـه درد مزمـن بـر روی ادراک درد فـرد تاثیـر گذاشـته اسـت.

واژه‌هـای کلیـدی: بازبـودن بـه تجربـه، خودکارامـدی درد، راهبردهـای مدیریـت درد، تـاب‌آوری، ادراک درد، افـراد مبتـلا بـه درد مزمـن

مقدمه

درد، بزرگتریـن عامـل مربـوط بـه سـلامت را در جامعـه ایجـاد می‌کنـد و عامـل اصلـی ناتوانـی طولانـی مـدت در جهـان اسـت بـا وجـود چنـد دهـه تحقیـق در مـورد درد، درمان‌هـای مؤثـر بـرای درد مزمـن وجـود دارد[۱]. درد اغلـب بـه عنـوان تهدیـد شـناخته می‌شـود. اجـزای تجربـه درد (شـدت

نویسنده مسئول: بیوک تاجری، استادیار گروه روانشناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی،کرج، ایران.
پست الکترونیک: btajeri@yahoo.com

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2025-08-25]

درد، ناراحتی و رنج) می‌تواند استرس را فعال کند سیستم‌های پاسخ برای مقابله با درد بطور ناخودآگاه در وضعیت آماده‌سازی قرار می‌گیرند[۳]. در واقع، تقریبا هر یکی از ما به راحتی می‌تواند قسمت‌های دردناک قبلی را به یاد داشته باشد، حتی اگر سالها یا دهه‌ها قبل اتفاق افتاده باشد[۳]. خاطرات مربوط به درد تنها به اطلاعات حسی- تبعیضی مانند نوع و مدت زمان درد، همچنین شامل پاسخ‌های عاطفی و همچنین اطلاعات مربوط به کل است[۴].

به عقیده فلور و ترک (۲۰۱۱) این تعریف برخلاف تعریف‌های قبلی که کاملاً جنبه زیستی طبی دارند عناصر روانشناختی تجربه درد را مورد توجه قرار داده است[۵]. همچنین تعریف فوق توضیح داده است که اگرچه اسیب بافتی ممکن است بخشی از تجربه درد باشد اما ضرورتاً به ان بستگی ندارد. بعلاوه در این تعریف بخش هیجانی قسمت جدایی ناپذیری از تجربه درد است و نه به عنوان بخش مجزا و واکنش ثانوی به درد. در کنار خصوصیات متمایز و پیشرفته تعریف انجمن بین‌المللی مطالعه درد از درد، این تعریف به اعتقاد فلور و ترک (۲۰۱۱) محدودیت‌هایی هم دارد[۶].

برای مثال تعریف فوق ابعاد رفتاری درد را در نظر نگرفته است. درد پاسخی مانند پس کشیدن یا حمله کردن را برمی‌انگیزد که این بستگی به بازتابی بودن پاسخ، پیش‌بینی کردن آن و نیز زمینه محیطی دارد. درد مزمن دردی است که بیشتر از زمان لازم برای بهبود یا آسیب ایجاد شده باقی بماند. بنابر معیارهای انجمن بین‌المللی درد، این زمان برای اهداف پژوهشی، حداقل۳ ماه و برای اهداف بالینی، حداقل ۶ ماه تعیین شده است[۷]. درد مزمن یک مشکل عمده است و مدیریت آن نیز می‌تواند مشکل باشد در بهترین شرایط هنگامی که یک فرد با درد مزمن برای یک دوره زمان و گاهی اوقات سال‌ها رنج می‌برد و از روش‌های بسیاری برای از بین بردن آنها استفاده می‌کنند[۸]. ناراحتی، یا حداقل نگه داشتن آن در این خلال، از طریق دارو درمانی و یا درمان‌های غیردارویی در بررسی گسترده‌ای از مقالات را نشان می‌دهد که جنبه‌های مختلف تسکین را توصیف می‌کنند[۹]. درد مزمن یک مشکل مهم مراقبت بهداشتی است که دارای تاثیر قابل توجهی بر رنج انسان و دارای پیامدهای عظیم اقتصادی برای جامعه است محققان در مطالعات درد، شیوع آنرا بین ۱۱ تا ۵۵٪ گزارش کرده‌اند[۷]. در ایران درد مزمن در جمعیت بزرگسال ۱۸تا۶۵ سال از ۹ تا ۲۱ درصد[۱۰] و گزارش شیوع درد مزمن در میان جمعیت ۶۰ تا ۹۰سال حدود ۶۷ درصد بوده است[۱۱]. در ایران یافته‌های دو پژوهش نشان داده است که ۷۲ درصد افراد مورد مطالعه در طول عمر خود دستکم یکبار دردی را تجربه کرده بودند که یا به دلیل آن به پزشک مراجعه کرده بودند یا برای رهایی از آندارو مصرف کرده بودند[۱۲][۱۳]. در کنار عوامل زیستی می‌توان به اهمیت عامل‌های شناختی، رفتاری، اجتماعی هم اشاره نمود نقش مهم خودکارآمدی درد بر درد شدت و یادآوری دقیق درد برجسته است[۱۴]. افرادی که دارای خودکارآمدی درد بیشتر هستند بیشتر احتمال دارد درد خود را کمتر گزارش نمایند. ارائه دهندگان خدمات بهداشتی و مراقبین باید خود کارآمدی درد بیماران را در نظر بگیرند در تفسیر گزارش‌های درد، به ویژه هنگامی که این گزارش‌ها از درد گذشته یاد می‌شود را بدست آورند[۱۵]. از دیگرعوامل رفتاری، شناختی و هیجانی می‌توان به مدیریت درد اشاره نمود که مدیریت درد تنها به معنی استفاده از اقدامات دارویی و غیر دارویی به منظور کنترل درد بیمار نیست، در واقع مدیریت درد فراتر از کاهش درد بوده، به صورتی که شامل بهبود کیفیت زندگی و توانایی برای اشتغال و مولد بودن جهت لذت از زندگی است[۱۶].

پژوهشگران بر این باورند که راهبردهای مقابله‌ای، ادراک افراد از شدت درد و همچنین توانایی آنها برای کنترل و تحمل درد و نیز استمرار فعالیت روزمره را تحت تاثیر قرار می‌دهد[۱۷]. مطالعات انجام شده با بیماران مبتلا به درد نشان داده در حالیکه استفاده از راهبردهای مقابله فعال (مانند تلاش برای انجام وظایف با وجود درد، عدم توجه

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2025-08-25]

به درد، استفاده از آرامش عضلانی) دارای نتایج انطباقی است، استفاده از راهبردهای مقابله غیرفعال (فاجعه آفرینی وابستگی و محدود کردن فعالیت) با درد بیشتر، ناتوانی جسمی شدیدتر، ترس زیاد، اضطراب، نگرانی و احتمال افسردگی همراه است[۱۸]. تاب‌آوری یکی از عوامل مهم شناختی، شخصیتی که اهمیت زیادی در مدل ادراک درد می‌تواند داشته باشد و در شرایط سخت و استرسزا اثر مثبتی دارد هماهنگونه که اشاره شد تاریخچه‌ی مطالعات تاب‌آوری را می‌توان با تاریخچه مطالعات مربوط به استرس و پیامدهای ناشی از آن مربوط دانست. به طور قطع هیچ کس در اثرات ناگوار بدنی و روان‌شناختی استرس شکی ندارد و این موضوع هم مدنظر پزشکان و هم روانشناسان بوده است. از سوی دیگر، آشکار شده است که همه‌ی افرادی که حوادث استرس‌زا را تجربه می‌کنند، لزوماً دچار اسیب نمی‌شوند[۱۹]. تاب‌آوری در رابطه با ویژگی‌های عملیاتی‌اش به عنوان سازه‌ای چند بعدی تعریف شده است و یک متغیر کلیدی در پیش‌بینی پیامدهای مثبت در مواجه شدن با سختی‌ها به شمار می‌رود[۲۰]. به عامل‌های زیستی، شناختی، رفتاری واجتماعی در ادراک درد در پژوهش‌های مختلف پرداخته شده است اما متغیرهای شخصیتی بواسطه ثبات و پایداری بیشتر درافراد اهمیت بیشتری دارند که از دید پژوهشگران مخفی مانده‌اند. یکی از مهم‌ترین متغیرهای شخصیتی باز بودن به تجربه است. باز بودن به تجربه یک ویژگی وسیع و پیچیده است در طی سالها نام‌های بسیاری از قبیل عقل، فرهنگ، تصور و خلاقیت و سزاوارتر داشته است[۲۱][۲۲]. با توجه به وسعت و پیچیدگی این صفت، محققان دو جنبه باز بودن برای تجربه را مشخص کرده‌اند: باز بودن برای تجربه (برای وضوح، در ادامه به عنوان تجربه کردن، جنبه تجربی برای تمجید از آن مشخص شده است زیبایی شناسی، باز بودن به احساسات و احساسات، جذب در فانتزی و تعامل با اطلاعات ادراکی و حسی جنبه‌های دیگر روشنفکری، لذت بردن از فلسفه مشخص می‌شود کنجکاوی و تعامل با انتزاعی و معنایی است[۲۳]. باز بودن برای تجربه بهتر است به عنوان یک ویژگی شخصیت چند منظوره که طیف وسیعی از تمایلات رفتاری را پوشش می‌دهد، نگرش‌ها و منافع مرتبط با جستجوی جدید و تنوع. باز بودن و ویژگی‌های باریک آن (به عنوان مثال، عقل، فرهنگ) به طور معناداری مرتبط با هوش، دستاوردهای علمی، خلاقیت، نگرش‌های اجتماعی/ سیاسی، مذهبی. معنویت، رفاه ذهنی و روحی، و نتایج کار، که به طور دقیق مورد بحث قرار می‌گیرند[۲۴][۲۵]. مک کری (۱۹۹۲) [۲۶]یک بار اشاره کرد که باز بودن مشخصه مربوط به موضوع مذهب بیشتر به نظر می‌رسد. به طور کلی، باز بودن و جنبه‌های آن به نظر می‌رسد با دینداری و معنویت متفاوت و گاهی در تضاد است[۲۷].

باز بودن به تجربه یک ویژگی پیچیده است، هرچند به جنبه‌های تجربی و عقلانی می‌پردازد اما بسیار گسترده است و اندازه‌گیری در برخی جنبه‌های آن کاری مشکل است[۲۸]. برخی از محققان ادعا کرده‌اند باز بودن به تجربه یک شمشیر دو طرفه است افرادی که دارای احساسات مثبت و منفی شدید هستند بیشتر به تجربه حالت‌های عاطفی مثبت و منفی گرایش دارند[۲۹]. متغیر شخصیتی باز بودن به تجربه اهمیت زیادی در زندگی افراد دارد و این متغیر با متغیرهای زیستی، شناختی، رفتاری و اجتماعی می‌تواند پیش بین ادراک درد باشد وحتی نقش مهم‌تری از متغیرهای دیگر داشته باشد. با توجه به اینکه تاکنون متغیر شخصیتی بازبودن به تجربه در الگوی درد مزمن بکار نرفته است این پژوهش حائز اهمیت می‌باشد.

پژوهش حاضر با نگاه جدیدی از الگوی چند بعدی برای پاسخگویی به سؤال زیر اجرا شد. هدف پژوهش تعیین نقش میانجی‌گر بازبودن به تجربه در رابطه متغیرهای شناختی رفتاری اجتماعی در الگوی ادراک دردمزمن می‌باشد. حال این سؤال مطرح می‌شود که: آیا بازبودن به تجربه نقش میانجی در عوامل خودکارآمدی درد، راهبردهای مدیریت درد و تاب آوری با ادراک درد

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2025-08-25]

مزمـن را دارد؟

مواد و روش

پژوهـش حاضـر از نظـر هـدف جـزو پژوهش‌هـای بنیـادی و از نظـر شـیوه گـردآوری داده‌هـا از نـوع الگـوی توصیفـی- همبسـتگی می‌باشـد. جامعـه آمـاری ایـن پژوهـش تمـام افـراد دچـار درد مزمـن بـه تعـداد ۲۱۴۱ نفـر در شـهر تهـران در پاییـز و زمسـتان ۱۳۹۷ از میـان مراکـز درمانـی زیـر نظـر دانشـگاه علـوم پزشـکی شـهید بهشـتی شـامل بیمارسـتان‌های شـهدای تجریـش، لقمـان حکیـم، مـدرس و دانشـگاه علـوم پزشـکی تهـران، کلینیـک ۱۶ آذر و کلینیـک درد و اسـترس رویـان انتخـاب و حجـم نمونـه بـا توجـه بـه فرمـول تعـداد معیـن کوکـران ۳۲۶ نفـر و بـا احتمـال ریـزش تعـداد ۴۱۰ نفـر و بـه روش در دسـترس تعییـن شـد. ملاک‌هـای ورود بـه پژوهـش داشـتن دردمزمـن حداقـل ۶ مـاه شـامل دردهـای اسـکلتی - عضلانـی، سـردردهای میگرنـی و غیرمیگرنـی، دردهـای ناشـی از جراحـات و شکسـتگی و ...، توانایـی پاسـخ بـه سـؤالات، داوطلـب همـکاری بـا گـروه پژوهشـی، تأییـد فـرم رضایـت آگاهانـه و ملاک‌هـای خـروج از گـروه داشـتن سـوابق بیماری‌هـای شـدید روانـی نظیـر دوقطبـی و افسـردگی حـاد ...، داشـتن سـوابق سـو مصـرف مـواد یـا مصـرف دارو بـدون تجویـز پزشـک، داشـتن دوره روان درمانـی، عـدم رضایـت اخلاقـی افـراد در هـر زمـان جهـت همـکاری بـود. پـس از دریافـت کـد اخـلاق و پـس از دریافـت معرفی‌نامـه بـه دانشـگاه علـوم پزشـکی شـهید بهشـتی و دانشـگاه تهـران مراجعـه شـد و پـس از هماهنگـی و دسـتورات لازم بـر رعایـت کلیـه شـرایط اخلاقـی بـا فـرم رضایـت آگاهانـه از میـان کلیـه مراکـز درمانـی زیـر نظـر دانشـگاه‌های مـورد نظـر بـه روش هدفمنـد بیمارسـتان‌هایی کـه مرتبـط بـا پژوهـش درد مزمـن بودنـد انتخـاب گردیـد و پـس از هماهنگـی بـا مدیـر بخش‌هـا وکلینیـک بـه ارائـه پرسشـنامه بـه آزمودنـی پـس از توضیـح کامـل در مـورد طـرح و مـوارد اخلاقـی در فـرم رضایـت آگاهانـه و نیـز اطمینـان از محرمانـه مانـدن اطلاعـات شـخصی و نیـز تبعـات شـرکت در طـرح و تعهـد خسـارات ناشـی از طـرح و نیـز پیگیری‌هـای قانونـی آزمودنـی و گرفتـن رضایـت نامـه کتبـی و در اختیـار قـرار دادن شـماره تمـاس خـود و آدرس دانشـگاه بـرای تمـاس گرفتـن، پرسشـنامه‌های لازم را در اختیـار آن‌هـا قـرار داده وپـس از زمـان لازم پاسـخگویی ایـن پرسشـنامه‌ها جمـع‌آوری شـد. توضیحـات لازم جهـت پـر نمـودن و نحـوه تکمیـل و میـزان صداقـت آزمودنـی بـرای پرنمـودن پرسشـنامه یـادآوری شـد. پـس از تقدیـر و تشـکر از همـکاری در پژوهـش ایـن اطمینـان داده شـد کـه در هـر زمـان کـه آن‌هـا بخواهنـد می‌تواننـد از شـرکت در پژوهـش انصـراف بدهنـد و اطلاعـات آن‌هـا محرمانـه خواهـد مانـد. پـس از تکمیـل پرسشـنامه اقـدام بـه جمـع‌آوری اطلاعـات نمـوده و سـپس ۷۰ عـدد پرسشـنامه‌های ناصحیـح و ناقـص و بـدون امضـا فـرم رضایـت آگاهانـه را حـذف نمـوده و بـا ۳۴۰ نفـر آزمودنـی، داده‌هـا از معـادلات سـاختاری بـه روش حداقـل مربعـات جزیـی در نرم‌افـزار اسـمارت پـلاس تحلیـل شـد و تمـام پرسشـنامه‌ها بایگانـی شـد. داده‌هـا بـا اسـتفاده از مقیاس‌هـای پنـج عامـل بـزرگ شـخصیت کاسـتا و مک‌کـرا ۱۹۹۸، آزمـون خودکارآمـدی درد نیکـولاس ۱۹۸۹، آزمـون راهبردهـای مدیریـت درد روزنشـتایل، کیـف۱۹۸۳، آزمـون تـاب‌آوری کانـر و دیویسـون۲۰۰۳، آزمـون ادراک درد مزمـن کنـز و همـکاران ۱۹۸۵ جمـع‌آوری و داده‌هـا از معـادلات سـاختاری بـه روش حداقـل مربعـات جزیـی در نرم‌افـزار اسـمارت پـلاس تحلیـل شـد.

ابزار پژوهش

آزمون خودکارآمدی درد:

پرسشـنامه خـود کارآمـدی درد در سـال ۱۹۸۹ بـه منظـور ارزیابـی خودکارآمـدی درد بیمـاران مبتـلا بـه دردهـای مزمـن توسـط نیکـولاس سـاخته شـد. ایـن پرسشـنامه بـر پایـه مفهومـی کـه بنـدورا از خودکارآمـدی مطـرح کـرده اسـت قـرار دارد. پرسشـنامه خودکارآمـدی درد یـک ابـزار

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2025-08-25]

خودگزارشی و دارای ۱۰ عبارت است و هر عبارت میزان ارزیابی بیمار از توانایی وی را برای انجام گروهی از فعالیتها با وجود درد بر اساس یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای (اصلا نمی‌توانم =۰ تا کاملا می‌توانم=۶) مورد پرسش قرار می‌دهد. نمره بیمار در این مقیاس بین ۰ الی ۶ تغییر میکند و نمره بالاتر بیان کننده احساس خودکارآمدی بالاتر در مواجهه با درد مزمن است. این پرسشنامه در ایران توسط اصغری مقدم (۱۳۸۹) هنجاریابی شده است و ضریب الفای کرونباخ پرسشنامه خودکارآمدی درد را ۰,۸۱، ضریب پایایی حاصل از دو نیمه را ۰,۸۷ و ضریب پایای حاصل از روش بازآزمایی را در یک فاصله ۹روزه ۰,۷۷ گزارش کرده است.[۳۰][۱۲] در پژوهش حاضر نیز میزان ضریب آلفای کرونباخ ۹۳/۰ بود.

آزمون راهبرد مقابله‌ای با دردهای مزمن:

این مقیاس برای سنجش فراوانی راهبردهایی که افراد مورد مطالعه ار آن برای مقابله با درد استفاده می‌کنند از پرسشنامه راهبردهای مقابله کیف و روزنشتایل (۱۹۸۳)[۳۱] استفاده می‌شود. این پرسشنامه از ۴۲ عبارت و شش راهبرد مقابله‌ای (توجه برگردانی، تفسیر مجدد درد، گفتگو با خود، نادیده انگاشتن درد، فاجعه آفرینی و دعا و امیدواری) و یک راهبرد مقابله‌ای مقابله رفتاری را می‌سنجد. هریک از راهبردهای مقابله گانه از شش عبارت تشکیل شده است. از آزمودنی خواسته می‌شود تا هر عبارت را به دقت خوانده و با استفاده از یک مقیاس ۷ درجه‌ای (۰تا ۶) مشخص نماید که به هنگام مواجهه با درد تا چه میزان از هریک از راهبردهای راهبردهای مذکور استفاده کرد (صفر= هیچ و شش= همیشه) نمره‌های ۶ عبارت با یکدیگر جمع می‌شود و یک نمره ترکیبی برای هر راهبرد مقابله بدست می‌اید که بین ۰ تا ۳۶ می‌تواند متغییر باشد نمره‌های بالاتر در هر مقیاس نشان از استفاده بیشتر از راهبرد مذکور در مواجهه با درد مزمن است. پایایی این آزمون با آفای کرونباخ ۰,۹۲۶ گزارش شده است[۳۲].

در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ به ترتیب خرده مقیاس برابر با ۰/۸۳، ۰/۶۱، ۰/۸۵، ۰/۷۰، ۰/۶۲، ۰/۷۷، و آلفای کرونباخ کل ۰/۹۵ بود.

مقیاس تاب آوری کانر و دیویدسون

مقیاس تاب‌آوری توسط کانر و دیویدسون (۲۰۰۳)[۳۳] جهت اندازه‌گیری قدرت مقابله با فشار و تهدید تهیه شده است و دارای ۲۵ ماده است در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (۰تا۴) نمره‌گذاری می‌شود. بدین صورت که به گزینه کاملا نادرست نمره ۰، گزینه بندرت نادرست گزینه ۱ گزینه گاهی درست نمره ۲، گزینه اغلب درست نمره ۳، و گزینه همیشه درست گزینه ۴ تعلق می‌گیرد و جمع نمرات نمره کل مقیاس را تشکیل می‌دهد. کمترین نمره صفر و بیشترین نمره ۱۰۰ می‌باشد. سامانی، جوکار، صحراگرد(۱۳۸۶)[۳۴] ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را برابر ۰,۸۷ گزارش نموده‌اند همچنین روایی سازه مقیاس را نیز از طریق تحلیل عاملی بیانگر یک عامل عمومی و مقدار kmo برابر ۰,۸۹ و مقدار ارزش ویژه برای این عامل عمومی ۶,۶۴ بوده است. همچنین این عامل ۲۶ درصد از واریانس کل مقیاس را تبیین می‌کند[۳۴]. در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ برابر با۹۳/۰ بود.

پرسشنامه NEO PI-R

پرسشنامه توسط مک کرا و کاستا[۲۶] در اصل برای جمعیت بهنجار تهیه شد. نسخه اصلی آن در سال ۱۹۹۲ توسط کاستا و مک کرا[۲۶] برای سنجش الگوی پنج عاملی شخصیت (روان رنجورخویی، برون‌گرایی، گشودگی، موافق بودن و با وجدان بودن) تنظیم شد. ضریب آلفای گزارش شده توسط آنان در روان آزرده‌گرایی ۰/۸۵، در برون‌گرایی ۰/۷۲، باز بودن به تجربه ۰/۶۸، برای موافق بودن ۰/۶۹ و برای با وظیفه شناسی ۰/۷۹ بوده است. اعتبار دراز مدت تست NEO

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2025-08-25]

PI-R نیز مورد ارزیابی قرار گرفته است. یک مطالعه طولی ۶ ساله روی مقیاس‌های O,E,N ضریب‌های اعتبار ۰/۶۸ تا ۰/۸۳ را نشان داده است. ضریب‌های اعتبار دو عامل C و A به فاصله ۳ سال ۰/۷۹ و ۰/۶۳ بوده است. در یک مطالعه طولی ۷ ساله از ارزیابی‌های همسالان که در آن کل تست به کار رفته بود ضرایب اعتبار بین ۰/۸۲تا ۰/۵۱ برای ۱۸ صفت فرعی O,E,N و ۰/۶۳ تا ۰/۸۱برای عوامل اصلی ۵ گانه در مردان و زنان به دست آمده است. در ایران نیزگروسی فرشی در سال ۱۳۷۸ ساختار ۵ عاملی این پرسشنامه را به صورت کلی تایید کرده و ضرایب همسانی درونی آن را به روش آلفای کرونباخ برای عوامل اصلی به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۷۳، ۰/۵۶، ۰/۶۸، ۰/۸۷ گزارش کرده است[۳۵]. در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ بازبودن به تجربه ۰/۹۲ بود.

پرسشنامه چندبعدی درد وست هاون-ییل

این پرسشنامه در سال ۱۹۸۵ توسط کنز، ترک، رودی[۳۶] در دانشگاه وست هاون-ییل بکار رفت و در ایران توسط میرزمانی و همکاران ترجمه و اعتباریابی گردید این پرسشنامه شامل مقیاس‌هایی به شرح زیر است: مداخله، حمایت، شدت درد، کنترل زندگی، پریشانی عاطفی، پاسخ‌های افراد مهم زندگی بیمار به درد، برداشت و ادراک فرد به ناتوانی او در موقعیت مربوط به خانه، کار و اجتماع. این ابزار برای سنجش دامنه واکنش همسر و دیگر افراد مهم زندگی بیمار مانند برداشت و ادراک انها از ناتوانی بیمار سودمند است.

همچنین برای مدیریت چگونگی پیشرفت درمان در موارد پریشانی عاطفی مورد استفاده قرار می‌گیرد. به لحاظ سودمندی و کارایی ان می‌توان ابزار بیمارانی با سطح بالایی از احساس ناتوانی، پریشانی عاطفی و انهایی که مستعد بزرگنمایی درد می‌باشند، را شناسایی کرد. همچنین این ابزار جهت استفاده در مدیریت درد به منظور بررسی خط سیر تغییرات در خلال دوره درمان و براورد نتایج درمان استفاده گردد. خصوصیت ویژه این ازمون ارزیابی ادراک و برداشت بیمار از پاسخ‌های افراد نزدیک و مهم زندگی فرد است. این ازمون دارای ۴۸ عنوان و دارای ۱۲ مقیاس است. روایی و اعتبار پرسشنامه مورد نظر در بخش‌های مختلف مورد بررسی قرار گرفت که در هر بخش توضیح داده شده است. نتایج این مرحله نشان داد که ضریب پایایی این پرسشنامه با روش بازازمایی معادل ۰,۹۵ به دست امد. جهت سنجش روایی سازه، پس از درجه بندی سؤالات به روش لیکرت یک نفر از متخصصین روانشناسی تک تک سؤالها را مورد سنجش قرار داد و میزان تناسب سؤالات را با علایم بهصورت وزنی نمره‌گذاری نمود[۳۷]. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ادراک درد ۸۸/۰ بود.

یافته‌ها

توصیف داده‌های جمعیت شناختی (مشخصات عمومی پاسخ‌گویان)

از میان پاسخ‌گویانی که جنسیت خود را مشخص کرده‌اند، ۲۰۲ نفر (۵۹,۴ درصد) مرد و ۱۳۷ نفر (۴۰,۳ درصد) زن می‌باشند. ۱ نفر (۰,۳ درصد) نیز جنسیت خود را مشخص نکرده است. از این افراد ۲۰۷ نفر (۶۰,۹ درصد) متاهل، ۱۱۵ نفر (۳۳,۸ درصد) مجرد. ۵ نفر (۱,۵ درصد) مطلقه و ۴ نفر (۱,۲ درصد) شوهر خود را از دست داده‌اند. ۹ نفر (۲,۶ درصد) نیز وضعیت تأهل خود را مشخص نکرده‌اند. از نمونه مورد بررسی، ۲۴۳ نفر (۷۱,۵ درصد) در حال حاضر شاغل و ۸۶ نفر (۲۵,۳ درصد) غیرشاغل (بازنشسته، بیکار، ...) هستند. ۱۱ نفر (۳,۲ درصد) نیز وضعیت اشتغال خود را مشخص نکرده‌اند. از میان پاسخ‌گویانی که نوع شغل خود را مشخص کرده‌اند، بیشترین تعداد (۹۱ نفر، ۲۶,۸ درصد) دارای شغل آزاد و کمترین تعداد (۱۶ نفر، ۴,۷) بازنشسته هستند. همچنین کمترین تعداد در میان شاغلین مربوط به کارگران (۱۹ نفر، ۵,۶ درصد) است.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2025-08-25]

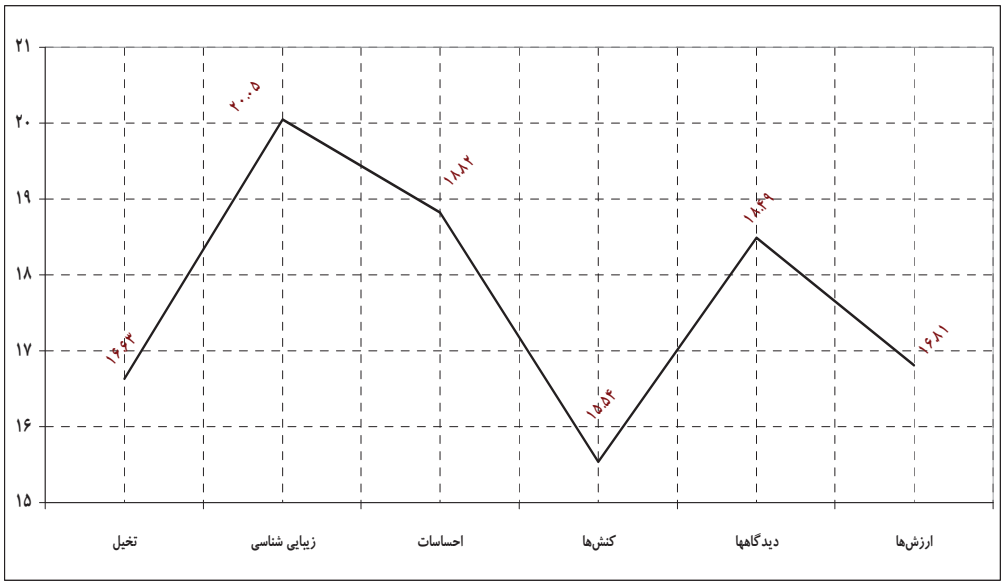
نتایج مربوط به میانگین مولفه‌های متغیر باز بودن به تجربه

نتایج مربوط به میانگین مولفه‌های متغیر باز بودن به تجربه در جدول ۱ و نمودار۱ نشان داده شده است.

جدول۱: نتایج حاصل از میانگین مولفه‌های متغیر باز بودن به تجربه

آماره / مولفه	تخیل	زیبایی‌شناسی	احساسات	کنش‌ها	دیدگاه‌ها	ارزش‌ها	بازبودن نسبت به تجربه
میانگین	۱۶,۶۳	۲۰,۰۵	۱۸,۸۲	۱۵,۵۴	۱۸,۴۹	۱۶,۸۱	۱۰۶,۳۴
انحراف معیار	۵,۴۳	۵,۲۸	۵,۵۱	۴,۳۴	۵,۶۵	۴,۴۷	۲۲,۷۵
کمترین	۲,۰۰	۹,۰۰	۶,۰۰	۲,۰۰	۷,۰۰	۸,۰۰	۶۸,۰۰
بیشترین	۳۲,۰۰	۳۲,۰۰	۳۲,۰۰	۲۷,۰۰	۳۲,۰۰	۳۱,۰۰	۱۷۸,۰۰

نتایج جدول۱ نشان می‌دهد که در میان مولفه‌های متغیر باز بودن به تجربه، مولفه زیبایی‌شناسی دارای بزرگترین میانگین (۲۰,۰۵ با انحراف معیار ۵,۲۸) و مولفه کنش‌ها دارای کوچکترین میانگین (۱۵,۵۴ با انحراف معیار ۴,۳۴) است. همچنین میانگین کل متغیر باز بودن به تجربه ۱۰۶,۳۴ (با انحراف معیار ۲۲,۷۵) می‌باشد.



نمودار۱: نتایج حاصل از میانگین مولفه‌های متغیر باز بودن به تجربه

تمامی مولفه‌ها و همچنین خود متغیر باز بودن به تجربه دارای سطح معناداری کمتر از ۰,۰۵ هستند. لذا توزیع داده‌ها در این متغیر و مولفه‌های آن نرمال نبوده و در موارد مقتضی لازم است از آماره‌های ناپارامتریک استفاده نمود.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2025-08-25]

جدول ۲: نتایج حاصل از آزمون کالموگروف اسمیرنف جهت بررسی تطابق توزیع متغیرهای تحقیق

متغیر	مولفه	میانگین	انحراف معیار	مقدار Z	سطح معناداری
باز بودن به تجربه	تخیل	۱۶,۶۳	۵,۴۳	۲,۰۰	۰,۰۰۱
	زیبایی‌شناسی	۲۰,۰۵	۵,۲۸	۲,۰۰	۰,۰۰۱
	احساسات	۱۸,۸۲	۵,۵۱	۲,۲۸	۰,۰۰۰
	کنش‌ها	۱۵,۵۴	۴,۳۴	۲,۳۶	۰,۰۰۰
	دیدگاه‌ها	۱۸,۴۹	۵,۶۵	۲,۳۲	۰,۰۰۰
	ارزشها	۱۶,۸۱	۴,۴۷	۲,۶۷	۰,۰۰۰
بازبودن به تجربه		۱۰۶,۳۴	۲۲,۷۵	۲,۹۳	۰,۰۰۰
ادراک درد	تداخل	۳,۳۷	۱,۱۸	۱,۶۱	۰,۰۱۱
	حمایت	۳,۹۵	۱,۳۵	۱,۵۹	۰,۰۱۳
	شدت درد	۳,۸۰	۱,۳۹	۱,۹۵	۰,۰۰۱
	کنترل زندگی	۳,۶۴	۱,۲۷	۱,۷۷	۰,۰۰۴
	پریشانی عاطفی	۳,۱۵	۱,۱۶	۱,۴۸	۰,۰۲۵
	واکنش‌های تنبیهی	۲,۰۶	۱,۴۰	۱,۵۹	۰,۰۱۳
	دلواپسی دیگران	۳,۶۴	۱,۴۷	۱,۰۰	۰,۲۶۸
	پریشانی و گیجی دیگران	۳,۲۰	۱,۴۹	۱,۰۸	۰,۱۹۸
	کارهای خانگی	۲,۶۱	۱,۳۴	۱,۵۷	۰,۰۱۵
	کار خارج از خانه	۱,۹۹	۱,۳۰	۲,۳۷	۰,۰۰۰
	فعالیت‌های دور از خانه	۲,۹۵	۱,۳۳	۱,۵۴	۰,۰۱۷
	فعالیت‌های اجتماعی	۲,۹۴	۱,۴۲	۱,۵۳	۰,۰۱۸
	فعالیت کلی	۲,۵۹	۱,۱۳	۱,۹۱	۰,۰۰۱
خودکارامدی درد		۳۳,۷۵	۱۳,۴۷	۰,۸۳	۰,۴۹۶

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2025-08-25]

متغیر	مولفه	میانگین	انحراف معیار	مقدار Z	سطح معناداری
تاب آوری		۶۳,۲۷	۱۷,۰۶	۰,۹۰	۰,۳۹۰
مدیریت درد	توجه برگردانی	۳,۰۵	۱,۱۲	۰,۹۷	۰,۳۰۲
	تفسیر مجدد درد	۲,۸۲	۱,۱۳	۱,۲۸	۰,۰۷۷
	گفتگو با خود	۳,۳۶	۱,۲۲	۱,۳۹	۰,۰۴۳
	نادیده انگاشتن درد	۳,۰۸	۱,۱۵	۰,۹۵	۰,۳۲۷
	فاجعه آفرینی	۳,۳۹	۱,۲۰	۱,۵۵	۰,۰۱۷
	دعا و امیدواری	۳,۵۹	۱,۲۴	۰,۹۱	۰,۳۷۹
	رفتاری	۳,۰۷	۱,۲۱	۱,۵۰	۰,۰۲۲
	کنترل درد	۳,۱۷	۱,۶۱	۲,۶۶	۰,۰۰۰
	کاهش درد	۳,۰۹	۱,۵۸	۲,۹۳	۰,۰۰۰
مدیریت درد		۳,۱۵	۰,۸۰	۱,۲۲	۰,۱۰۳
ادراک درد		۳,۱۱	۰,۶۱	۰,۹۶	۰,۳۱۲

با توجه به نتایج جدول ۲ و اینکه فرضیات این پژوهش در قالب معادلات ساختاری مورد آزمون قرار خواهند گرفت و از طرف دیگر، اکثر مؤلفه‌ها دارای توزیع غیر نرمال هستند؛ لذا استفاده از معادلات ساختاری کوواریانس محور مناسب نبوده و لازم است از روش حداقل مربعات جزئی (که یک روش واریانس محور است) استفاده نمود. همان‌گونه که در بررسی تطابق توزیع نمونه مورد بررسی با توزیع نرمال مشخص شد؛ اغلب متغیرهای پژوهش حاضر دارای توزیع غیرنرمال هستند. درحالی‌که نرمالیته جزء مفروضات روش‌های کوواریانس محور معادلات ساختاری (لیزرل، آموس و...) است؛ زیرا مبنای محاسبه در این رویکردها، روش حداکثر درست‌نمایی است. در روش‌های مبتنی بر کوواریانس، باز به دلیل استفاده از روش حداکثر درست‌نمایی، احتیاج به حجم نمونه مناسبی از داده‌هاست. بهترین حداقل تعداد نمونه در این رویکرد ۲۰۰ نمونه است؛ ولی برای الگوی‌هایی با متغیرهای مشاهده‌پذیر زیاد به ازای هر متغیر اندازه‌گیری (سؤال پرسشنامه) ۵ الی ۱۵ نمونه توصیه شده است. با توجه به اینکه تعداد متغیرهای پژوهش حاضر حدود ۲۳۰ متغیر است که ۲۲۷ متغیر به‌طور مستقیم در معادلات ساختاری حضور دارند؛ نمونه ۳۴۰ نفری پژوهش برای اجرای الگوهای کوواریانس محور مکفی نیست. الگوی پژوهش حاضر، الگویی پیچیده است که سازه‌های مرتبه بالاتر در آن حضور دارند. قدرت روش‌های کوواریانس محور با اضافه شدن لایه دوم متغیرهای پنهان به‌شدت کاهش می‌یابد. اصولاً روش‌های کوواریانس محور با الگوهای دارای پیچیدگی کم تا متوسط کار می‌کنند. درحالی‌که الگوی حاضر الگویی

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2025-08-25]

پیچیده است. برخی از متغیرهای مکنون پژوهش حاضر مانند کنترل درد و کاهش درد، تنها شامل یک معرف (سؤال) هستند و یکی از محاسن روش حداقل مربعات جزئی این است که با اینگونه متغیرها هم می‌تواند؛ کار کند؛ در صورتی که روش‌های کوواریانس محور برای هر متغیر مکنون احتیاج به حداقل سه سؤال دارند[۳۸].

نتایج مربوط به میانگین مؤلفه‌های متغیر بازبودن به تجربه در جدول۳ نشان داده شده است.

جدول۳: نتایج حاصل از نقش میانجی باز بودن به تجربه

روابط		شاخص‌ها	اثر مستقیم		اثر غیرمستقیم		اثر کل		VAF
			مقدار	P	مقدار	P	مقدار	P	
خودکارامدی	--->	باز بودن به تجربه	۰,۳۲۴	۰,۰۰۰	-	-	۰,۳۲۴	۰,۰۰۰	۰,۵۷۴
خودکارامدی	--->	ادراک درد	۰,۰۶۸	۰,۲۳۱	۰,۰۹۲	۰,۰۰۰	۰,۱۶۰	۰,۰۰۴	
باز بودن به تجربه	--->	ادراک درد	۰,۲۸۳	۰,۰۰۰	-	-	۰,۲۸۳	۰,۰۰۰	
مدیریت درد	--->	باز بودن به تجربه	۰,۱۷۱	۰,۰۱۲	-	-	۰,۱۷۱	۰,۰۱۲	۰,۱۵۷
مدیریت درد	--->	ادراک درد	۰,۲۶۰	۰,۰۰۰	۰,۰۴۸	۰,۰۲۲	۰,۳۰۸	۰,۰۰۰	
تاب‌آوری	--->	باز بودن به تجربه	۰,۲۳۰	۰,۰۰۱	-	-	۰,۲۳۰	۰,۰۰۱	۰,۲۰۴
تاب‌آوری	--->	ادراک درد	۰,۲۵۴	۰,۰۰۰	۰,۰۶۵	۰,۰۰۴	۰,۳۱۹	۰,۰۰۰	

نتایج جدول۳ نشان می‌دهد که:

الف- اثر خودکارامدی بر باز بودن به تجربه (۰,۳۲۴ با سطح معناداری کمتر از ۰,۰۰۰۱) و اثر باز بودن به تجربه بر ادراک درد (۰,۲۸۳ با سطح معناداری کمتر از ۰,۰۰۰۱) معنادار است ولی اثر خودکارامدی بر ادراک درد (۰,۰۶۸ با سطح معناداری ۰,۲۳۱) معنادار نیست. لذا باز بودن به تجربه دارای نقش میانجی کامل در رابطه بین خودکارامدی و ادراک درد است.

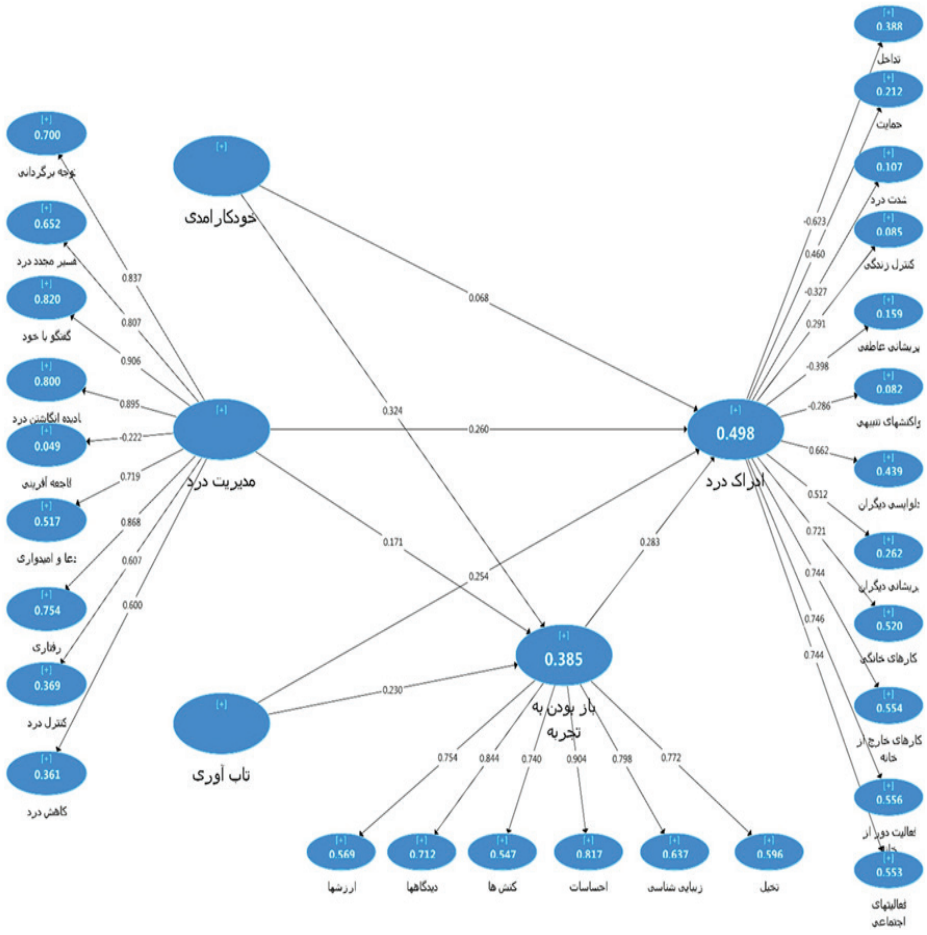
ب- اثر مدیریت درد بر باز بودن به تجربه (۰,۱۷۱ با سطح معناداری ۰,۰۱۲) و اثر مدیریت درد بر ادراک درد (۰,۲۶۰ با سطح معناداری کمتر از ۰,۰۰۰۱) و اثر باز بودن به تجربه بر ادراک درد (۰,۲۸۳ با سطح معناداری کمتر از ۰,۰۰۰۱) معنادار است. لذا باز بودن به تجربه دارای نقش میانجی جزئی در رابطه بین مدیریت درد و ادراک درد است.

ج- اثر تاب‌آوری بر باز بودن به تجربه (۰,۲۳۰ با سطح معناداری ۰,۰۰۱) و اثر تاب‌آوری بر ادراک درد (۰,۲۵۴ با سطح معناداری کمتر از ۰,۰۰۰۱) و اثر باز بودن به تجربه بر ادراک درد (۰,۲۸۳ با سطح معناداری کمتر از ۰,۰۰۰۱) معنادار است. لذا باز بودن به تجربه دارای نقش میانجی جزئی در رابطه بین تاب‌آوری و ادراک درد است.

با توجه به آنچه در سطور فوق گفته شد در مدل، متغیر باز بودن به تجربه دارای نقش میانجی در رابطه بین متغیرهای پیش بین خودکارامدی، مدیریت درد و تاب‌آوری با متغیر ملاک ادراک درد است.

از طرف دیگر با توجه به نتایج VAF، قوی‌ترین نقش میانجی در مدل فوق، مربوط به نقش میانجی باز بودن به تجربه در رابطه میان خودکارامدی با ادراک درد می‌باشد.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2025-08-25]



تصویر۱: مدل اثر باز بودن به تجربه دررابطه بین عوامل خودکارآمدی درد، راهبردهای مقابله با درد، تاب آوری با ادراک درد افراد مبتلا به درد مزمن

در تصویر ۱، روابط متغیرهای خودکارامدی درد، راهبردهای مدیریت درد و تاب‌آوری به‌طور مستقیم و غیرمستقیم با حضور میانجی بازبودن به تجربه را نشان می‌دهد.

بررسی مدل

جدول۴: یافته‌های مدل اثر باز بودن به تجربه بر ادراک درد افراد مبتلا به درد مزمن

روابط	شاخص‌ها		ضریب مسیر	انحراف استاندارد	مقدار t	سطح معناداری	نتیجه	اندازه اثر
باز بودن به تجربه	<---	ادراک درد	۰,۵۸۰	۰,۰۴۵	۱۲,۸۷۲	کمتر از ۰,۰۰۱	تایید رابطه	۰,۵۰۸

نتایج جدول۴ نشان می‌دهد که مقدار ضریب مسیر باز بودن به تجربه به ادراک درد ۰,۵۸۰ است که در سطح کمتر از ۰,۰۰۱ معنادار است. لذا می‌توان گفت: باز بودن به تجربه در فرد مبتلا به درد مزمن، میزان ادراک وی از درد را تحت تأثیر قرار داده است. مقدار اندازه اثر نیز نشان می‌دهد که شدت این رابطه ۰,۵۰۸ بوده است.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2025-08-25]

به عبارت دیگر، اثر وارد شده از طرف باز بودن به تجربه بر ادراک درد یک اثر بزرگ و قوی به شمار می‌آید.

تحلیل و تبیین

با توجه به اینکه اشخاص با ویژگی بازبودن به تجربه، هم درباره دنیای بیرونی و هم درباره دنیای درونی کنجکاو هستند و زندگانی انها از لحاظ تجربه غنی است[۳۹]. انها مایل به پذیرش عقاید جدید و ارزش‌های غیرمتعارف بوده و بیشتر و عمیق‌تر از اشخاص غیر انعطاف‌پذیر، هیجان‌های مثبت و منفی را تجربه می‌کنند[۴۰].

بر این اساس نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بازبودن به تجربه دارای نقش میانجی کامل در رابطه خودکارامدی درد، مدیریت درد و تاب‌آوری با ادراک درد است. این نتایج با یافته‌های اوسالبهان وهاوارد وهوگز در سال ۲۰۱۸[۴۱]، مگیار و همکاران در سال ۲۰۱۷[۴۲]، نایب، زاچب در سال ۲۰۱۵[۴۳]، دیانگ و همکاران در سال ۲۰۱۴[۴۴] و[۴۵]، ویلیامسز و همکاران در سال ۲۰۱۱[۴۶]، ساروگلو و مونز گاریکا در سال ۲۰۰۸[۴۷] همسو می‌باشد. در تبیین یافته‌های پژوهش می‌توان گفت که افراد با باز بودن به تجربه بیشتر احتمال بالاتری دارد که از تخیل و احساسات و ارزشهای خودشان برای مقابله با درد مزمن استفاده نمایند. همانطور که گفتیم بازبودن به تجربه به میزان تمایلات افراد برای کنجکاوی، عشق به هنر، هنرمندی، انعطاف‌پذیری و خردورزی اطلاق می‌شود[۴۸]. این موضوع باعث می‌شود افراد بازبه تجربه نسبت به راهکارهای جدید برای مقابله با دردمزمن با انعطاف و دیدگاه بازتری به این راهکارها نگاه نمایند و عمل کنند. افراد باز به تجربه به دلیل فعال بودن و کنشگر بودن به جای انفعال و اجتناب در مقابله با درد مزمن از راهبردهای مقابله‌ای استفاده می‌نمایند و حتی به دلیل خلاقیت بالا می‌توانند راهبرهای مقابله را برای خود تغیر و آنچه مفیدتر است را بکار ببرند. باز بودن به تجربه یک ویژگی وسیع و پیچیده است در طی سالها نام‌های بسیاری از قبیل عقل، فرهنگ، تصور و خلاقیت و سزاوارتر داشته است[۴۹]. با توجه به وسعت و پیچیدگی این صفت، محققان دو جنبه باز بودن برای تجربه را مشخص کرده‌اند: باز بودن برای تجربه (برای وضوح، در ادامه به عنوان تجربه کردن، جنبه تجربی برای تمجید از آن مشخص شده است زیبایی‌شناسی، باز بودن به احساسات و احساسات، جذب در فانتزی و تعامل با اطلاعات ادراکی و حسی جنبه‌های دیگر روشنفکری، لذت بردن از فلسفه مشخص می‌شود کنجکاوی و تعامل با انتزاعی و معنایی است[۵۰]. بیان احساسات و دیدگاه‌های افراد باز به تجربه می‌تواند در افراد دچار دردمزمن نیز از شدت و ادراک درد مزمن بکاهد. افراد باز به تجربه درد و تجربه آن را به عنوان یک تجربه جدید و ابراز احساسات در مورد این مشکل را به راحتی بیان می‌نمایند. باز بودن برای تجربه بهتر است به عنوان یک ویژگی شخصیت چند منظوره که طیف وسیعی از تمایلات رفتاری را پوشش می‌دهد، نگرش‌ها و منافع مرتبط با جستجوی جدید و تنوع باز بودن و ویژگی‌های باریک آن (به عنوان مثال، عقل، فرهنگ) به طور معناداری مرتبط با هوش، دستاوردهای علمی، خلاقیت، نگرش‌های اجتماعی/ سیاسی، مذهبی. معنویت، رفاه ذهنی و روحی، و نتایج کار، که به طور دقیق مورد بحث قرار می‌گیرند[۲۵]. افراد دچار درد مزمن که به تجربیات جدید باز هستند با توجه به بکارگیری معنویت و فلسفه ذهنی و نیز کنشگر و فعال بودن در قبال دردمزمن و استفاده از تجربیات گذشته دارای خودکارآمدی بالاتری از دیگران خواهند بود. باز بودن یک ساختار گسترده و چند بعدی است که به طور معمول با محرک‌ها به شیوه جدید روبرو می‌شوند. ویژگی‌های باز بودن الگوهای رفتاری خاصی را توصیف می‌کند که چگونه مردم به دنبال، پردازش و دستکاری محرک‌های جدید می‌روند. محرک‌ها می‌توانند در هر دو صورت ظاهر شود فرم "پردازش شده" (به عنوان مثال، نمادها و معادلات استفاده شده در نظریه‌ها علمی و مدل‌ها) یا "خام"، پیش پردازش شده (به عنوان مثال، شکل‌ها، رنگ‌ها، سلیقه‌ها و مردم) قرار می‌گیرد[۵۱]. علاوه بر این، باز بودن به نظر می‌رسد با واکنش فیزیولوژیکی کمتر و سازگاری فیزیولوژیک بالاتر، با اندازه‌گیری ضربان قلب، فشار خون، و تغییرات ریتم تنفسی، به استرس ارزیابی اجتماعی عادی

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2025-08-25]

مرتبط است، نشان می‌دهد که باز بودن ممکن است یک عامل محافظ در برابر اثرات مضر استرس باشد. رابطه باز بودن بالاتر بادردهای میگرن‌های نیز به انعطاف‌پذیر بودن و خلاقیت در رویکرد خود را برای مدیریت وضعیت مرتبط است که به نوبه خود تاثیر میگرن را کاهش می‌دهد در زندگی روزانه خود، و همچنین در عملکرد در شرایط بحرانی بهتر عمل می‌کند و این اثر به ویژه در همراهی افسردگی و میگرن اهمیت دارد[۵۲]. یکی از ویژگی‌های کلیدی باز بودن، تمایل اکتشافی در سطح انتزاعی، انگیزشی و شناختی است و سیستم دوپامینرژیک، محرک‌های مثبت پاداش و تقویت مثبت را که هر دو جنبه‌های انگیزشی و شناختی باز بودن را تنظیم می‌کند[۵۱]. و همین امر می‌تواند میانجی بودن بازبودن به تجربه میان متغیرهای خودکارآمدی و مدیریت درد و تاب‌آوری بر ادراک درد را به درستی تبیین نماید. از نظر بالینی متغیر بازبودن به تجربه در کنترل درد اثربخش است و پژوهشگران می‌توانند برای کنترل درد مزمن از برنامه‌های آموزشی که شامل متغیر بازبودن به تجربه است؛ استفاده نماید. پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی روبه‌رو بود از جمله اینکه مطالعه در شهر تهران در چند مرکز درمانی صورت گرفته و این مساله با توجه به بافت افراد ممکن است؛ در شهرهای دیگر متفاوت باشد. به دلیل اینکه تعداد جامعه نامعین و پراکنده بود؛ نتوانستیم از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی استفاده نماییم و روش در دسترس را انتخاب نمودیم و در نهایت در چند مرکز درمانی اجرا شد و این دو موضوع باعث کاهش تعمیم‌پذیری تحقیق است. پیشنهاد می‌شود؛ متغیرهای شخصیتی دیگر و متغیرهای کنترل بیشتری مانند طبقه اجتماعی افراد به پژوهش اضافه شود تا الگوی کامل‌تری بیان شود و آموزش‌های لازم در خصوص متغیر بازبودن به تجربه برای ارتقا آن دیده شود. با توجه به فرهنگ مناطق مختلف می‌توان پژوهش و ابزارهای مناسب‌تری به کار برد.

موازین اخلاقی

پژوهشگران این طرح در هنگام پژوهش اصالت و استفاده بهینه از منابع، صداقت، بی‌طرفی، امانت‌داری، دقت در تدوین گزارش به‌طوری‌که ضامن حقوق مادی و معنوی مجریان و آزمودنی‌ها باشد شروع پژوهش با رعایت قوانین اخلاقی در معرفی خود و توضیح پژوهش، رضایت آگاهانه و آزادانه در شرکت و یا خاتمه همکاری، 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 در صحت کامل اطلاعات بدون هیچ تحریف و یا دستکاری و بدون اقتباس از دیگر نویسندگان، ارجاع و استناد به منابع معتبر مطابق با استانداردهای علمی را رعایت کردند. این پژوهش با رعایت منشور و موازین اخلاق پژوهش با تدوین کمیته اخلاق معاونت پژوهش وزارت علوم تحقیقات و فناوری ۱۳۹۰ انجام گرفت.

سپاسگزاری

نویسندگان مراتب تقدیر و تشکر خود را از معاون محترم درمان آموزش پزشکی شهید بهشتی و واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان‌های شهدای تجریش، لقمان حکیم، کلینیک دانشگاه تهران جهت پشتیبانی و همکاری در طول دوره مطالعه اعلام می‌دارند.

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، مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری، پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی‌سازی نوشته داشتند.

تعارض منافع

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

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2025-08-25]

References

1. Seminowicz, D. A., & Moayedi, M. The Dorsolateral Prefrontal Cortex in Acute and Chronic Pain. The journal of pain: official journal of the American Pain Society, 2017;18(9), 1027–1035.
2. Sibille, K. T., Langaee, T., Burkley, B., Gong, Y., Glover, T. L., King, C., ... Fillingim, R. B. Chronic pain, perceived stress, and cellular aging: an exploratory study. Molecular pain, 2012; 8, 12. doi:10.1186/1744-8069-8-12.
3. Elsenbruch S and Wolf OT,. Could Stress Contribute to Pain-Related Fear in Chronic Pain? Front. Behav. Neurosci. 2015; 9:340. doi: 10.3389/fnbeh.2015.00340.
4. Lumley, Cohen, J.L., Borszcz, G.S., Cano, A., Radcliffe, A.M., Porter, L.S. Painandemotion: abiopsy chosocial review of recent research. J. Clin. Psychol. 2011 67, 942–968.
5. Flor, H. and Turk, D. C.Chronic Pain: An Integrated Biobehavioral Approach. IASP Press, SEATTLE. 2011; 547 pp.
6. Flor, H. & Turk, D.C. Chronic back pain and rheumatoid arthritis: predicting pain and disability from cognitive variables. Journal of Behavioral Medicine, 1988; 11,251-265.
7. Anno K, Shibata M, Ninomiya T, Lwaki R, Kawta H, Sawamoto R,et al. Paternal and maternal bonding styles in childhood are associated with the prevalence of chronic pain in a general adult population: the hisayama study. BMC. Psychitry. BMC Psychiatry. 2015; 31;15:181.
8. Shaheed, C.A., Maher, C.G., Williams, K.A., Day, R., McLachlan, A.J., Efficacy, tolerability, and dose-dependent effects of opioid analgesics for low back pain:a systematic review and meta-analysis. JAMA Intern. Med. 2016; 176, 958–968.
9. Chan, C., Peng, P.,. Failed back surgery syndrome. Pain Med. 2011 12, 577–606,
10. Asghari Moghadam, Mohammad Ali, Rahmati Narjes, Shaeeri Mohammad Reza [The role of self-efficacy mediators of pain and fear of movement in explaining the relationship between chronic pain and disability(persian)]. Clinical Psychology Studies, 2012;Volume 2, Issue 6.
11. Davoudi, Iran, Zargar, Yadollah, Mozaffari Poursi, Khalil Elham, Nargsy, Farideh, Mola, Karim [Relation between pain disaster, pain anxiety, neuroticism, social support, and strategies for coping with functional disability in rheumatic patients(persian)]. Health Psychology 2012; Volume 1, Issue 1, pp. 7 to 59.
12. Asghari Moghaddam, Mohammad Ali, Mehrabian, Narges, Paknejad, Mohsen, Saed, Foad [Psychometric Properties of Depression, Anxiety and Stress Scales in Patients with Chronic Pain(persian)]. Journal of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, 2010; Volume 40, Issue 1. From page 12 to 42.
13. Mohammadzadeh, Fatemeh, Faghihzadeh, Socrates, Baghestani, Ahmad Reza, Asadi Lari, Mohsen, Vaez Mahdavi Jalil, Mohammad Reza Khurdadam Arabi, et al. [The epidemiology of chronic pain in Tehran and its small regional estimates of its prevalence in Tehran's neighborhoods,Using the Bayesian approach(persian)]. Journal of Epidemiology, 2013;Volume 9, Issue 3, p. 3.
14. Bandura A. Self-Efficacy: The Exercise of Control. New York, NY:1997;WH Freeman
15. Ruben, Mollie. Jodoin, Adriana N. Hall, Judith A. Hartigan Danielle. The impact of acute pain self-fficacy on pain intensity and the accurate recall of pain. health psychology report • 2018; volume 6(2).
16. van Hecke, O., Torrance, N., & Smith, B. H. Chronic pain epidemiology - where do lifestyle factors fit in?. British journal of pain, 2013; 7(4), 209–217.
17. Turner J, Jensen MP, Romano J.Do beliefs, coping and catastrophizing independency predict functioning in patients with chronic pain? Pain 2000; 85: 115-25.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2025-08-25]

18. Sharma P, Sandhu JS, Shenoy S. Variation in response to pain between athletes and non-athletes. Ibnosina journal medicine and biomedical sciences; 2011;3(5): 165-71.
19. Mealer, M., Jones, J., Newman, J. & McFann, K. K.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, 2012;49(3), 292-299.
20. Annalakshmi, N.The resilience individual–A Personality Analyises. Academy of Applied Psychology, Journal of Indian, 2008; 34,110-118.
21. Goldberg, L. R. Language and individual differences: The search for universals in personality lexicons. Review of Personality and Social Psychology, 1981;2(1), 141–165.
22. Johnson, J. Clarification of factor five with the help of the AB5C model. European Journal of personality 1994 ; 8(4), 311–334.
23. Christensen, A. P., Kenett,N., Aste, T., Silvia, P. J., & Kwapil, T. R. Network structure of the Wisconsin Schizotypy Scales-Short Forms: Examining psychometric filtering approaches. 2018; Behavior Research Methods.
24. Vowles,E. McCracken,M. O'Brien,J. Acceptance and values-based action in chronic pain: A three-year follow-up analysis of treatment effectiveness and process,Behaviour Research and Therapy, 2011;Volume 49, Issue 11,
25. Woo, S.E., Chernyshenko, O.Longley, A.Zhang,Z. Chiu, C.Stark, S. Openness to experience: its lower-level structure, measurement, and cross-cultural equivalence. Journal of Personality Assessment 2014; 96 (1), 29–45.
26. Costa, P. T., & McCrae, R. R.Four ways five factors are basic. Personality and Individual Differences, 1992; 13(6), 653–665.
27. Williamson, P., Hood Jr., R., Ahmada, A., Sadiqcand, M., Hill, P.,. The intratextual fundamentalism scale: cross-cultural application, validity evidence, and relationship with religious orientation and the Big 5 factor markers. Mental Health,Religion & Culture 2010; 13 (7–8), 721–747.
28. Costantini, G., Epskamp, S., Borsboom, D., Perugini, M., M~ottus, R.,Waldorp, L. J., & Cramer, A. O. J. State of the aRt personality research: A tutorial on network analysis of personality data in R. Journal Of Research in Personality, 2015; 54, 13–29.
29. Ligthart, L., & Boomsma, D. Causes of Comorbidity: Pleiotropy or Causality? Shared Genetic and Environmental Influences on Migraine and Neuroticism. Twin Research and Human Genetics, 2012;15(2), 158-165.
30. Asghari A, Nicholas MK. Pain self-efficacy beliefs and pain behavior. A prospective study. Pain 2001;94: 85-100.
31. Rosenstile AK, Keef Fj. The use of coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patient characteristics and current adjustment.pain 1983; 17:33-44.
32. Asghari Moghadam, M, Golak, N.[Strategic role of pain management in adaptation to chronic pain(persian)]. Daneshvar Journal of Behavior, 2005; Twelve Days Volume New, 12-1.
33. Connor, Kathryn & Davidson, Jonathan. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Depression and anxiety. 2003; 18. 76-82. 10.1002/da.10113.
34. Samani S, Jokar B, Sahragard N. Effects of Resilience on Mental Health and Life satisfaction. IJPCP 2007; 13 (3) :290-295
35. Grossi-Farshi Mordaghi, Mehriar Amirhoshang, Ghazi Tabatabaei, Seyed Mohammad [Application of New Neo Personality Test (NEO) and analysis of its characteristics and its factor structure among Iranian university students(persian)]. Journal of Al-Zahra Human Sciences: Autumn, 2001, Volume 11, Number 39; From page 173 to page 198.
36. Kerns, R, D,. Turk, D, c,. Rudy, T, e.The West Haven-

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2025-08-25]

Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI). Pain1985; 23,345e356.

37. Mirzamani, Seyyed Mahmoud, Sefri, Akbar. Holi Mus, Mohammad Taghi, Zadidi, Ahmad.[Validity assessment of West Midon-Yale multidimensional questionnaire among patients with chronic pain(persian)]. Qom Medical Science Journal. 2007; First issue, No. 3.
38. Esfidani,M. Mohsenin,Sh. Structural Equations Based on the Partial Least Squares Approach Using Smart-PLS Software: Educational and Practical (Persian). Mehraban nashr. 2015; 20-36
39. Bogg, T., & Vo, P. T. Openness, neuroticism, conscientiousness, and family health and aging concerns interact in the prediction of health-related Internet searches in a representative U.S. sample. Frontiers in Psychology, 2014; 5, 370.
40. Shi, B., Dai, D. Y., & Lu, Y.Openness to Experience as a Moderator of the Relationship between Intelligence and Creative Thinking: A Study of Chinese Children in Urban and Rural Areas. Frontiers in psychology, 2016 ; 7, 641.
41. O'Súilleabháin, P. S., Howard, S., & Hughes, B. M. Openness to experience and stress responsivity: An examination of cardiovascular and underlying hemodynamic trajectories within an acute stress exposure. PLoS ONE, 2018;13(6), e0199221.
42. Magyar, M., Gonda, X., Pap, D., Edes, A., Galambos, A., Baksa, D., ... Juhasz, G. Decreased Openness to Experience Is Associated with Migraine-Type Headaches in Subjects with Lifetime Depression. Frontiers in Neurology, 2017; 8, 270.
43. Nieß, C., & Zacher, H. Openness to Experience as a Predictor and Outcome of Upward Job Changes into Managerial and Professional Positions. PLoS ONE, 2015; 10(6), e0131115.
44. DeYoung, C.G., Quilty, L.C., Peterson, J.B., Gray, J., Openness to experience,intellect, and cognitive ability. Journal of Personality Assessment 2014;96 (1), 46 –52.
45. DeYoung, C. G. Openness/intellect: A dimension of personality reflecting cognitive exploration. In M. Mikulincer, P. R. Shaver, M. L. Cooper, & R. J. Larsen (Eds.), APA handbooks in psychology. APA handbook of personality and social psychology, Vol. 4. Personality processes and individual differences 2015 ;(pp. 369-399). Washington, DC, US: American Psychological Association.
46. Williams, J. M.Home, school, and community factors that contribute to the educational resilience of urban, African American high school graduates from lowincome, single-parent families. 2011; unpublished dissertation. University of Iowa.
47. Saroglou, V., Munoz-Garcia, A., Individual differences in religion and spirituality:an issue of personality traits and/or values. Journal for the Scientific Study of Religion 2008;47, 83–101.
48. Goldberg, Lewis R. An Alternative "Description of Personality": The Big-Five Factor Structure, Journal of Personality and Social Psychologs 1990; VoL 59, No. 6, 1216-1229.
49. Christensen, A. Alexander, P. Katherine, N. Cotter & Paul J. Silvia.Reopening Openness to Experience: A network Analysis of Four Openness to Experience Inventories, Journal of Personality Assessmen 2018; 13(2)38-5.
50. Connelly, B., Ones, D., Davies, S., Birkland, A., Opening up openness: a theoretical sort following critical incidents methodology and a meta-analytic investigation of the trait family measures. Journal of Personality Assessment 2014; 96 (1), 17–28.
51. Chan JK, Consedine NS. Negative affectivity, emotion regulation, and coping in migraine and probable migraine: a New Zealand case-control study. Int J Behav Med 2014;21:851–60.10.
52. Peterson, J. B., & DeYoung, C. G. Openness to Experience and Intellect differentially predict creative achievement in the arts and sciences. Journal of Personality 2016; 84(2), 248–258.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2025-08-25]