



پیش‌بینی شدت درد ادراک شده بر اساس احساس کهنتری و سرسختی روان شناختی در بیماران بهبودیافته از کووید ۱۹ در استان قم

طاهره کلا^۱، محمدصادق شجاعی^۲، نادیا سرقلی^۳

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی مثبت گرا دانشگاه هدی قم

۲- استادیار جامعه المصطفی، دکتری روانشناسی

۳- طلبه سطح سه جامعه الزهرا (س) و دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی مثبت گرا دانشکده هدی قم

Email; psy.kala2020@gmail.com

چکیده

این پژوهش با هدف پیش‌بینی شدت درد ادراک شده بر اساس احساس کهنتری و سرسختی روان شناختی در بیماران بهبودیافته از کووید ۱۹ در استان قم بود. روش پژوهش همبستگی و جامعه آماری کلیه بیماران بهبودیافته از کووید ۱۹ در شهر قم بودند که نمونه‌ای به حجم ۱۰۰ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. به منظور جمع آوری داده‌ها از پرسشنامه سرسختی روانشناختی اهواز، پرسشنامه باور و ادراک‌های درد محمدعلی اصغری و پرسشنامه احساس کهنتری آقا یوسفی، استفاده شد. داده‌ها با استفاده از روش همبستگی و تحلیل رگرسیون تحلیل شدند. یافته‌ها نشان داد، بین سرسختی با احساس درد همبستگی مثبت و معنادار ($r=0/26$) وجود دارد ولی متغیر کهنتری نتوانسته کارآیی لازم را در زمینه پیش‌بینی متغیر وابسته داشته باشد. با توجه به اینکه سرسختی روانشناختی نقش مهمی در شکل‌گیری شدت احساس درد بیماران کووید ۱۹ دارد توجه به عوامل روان شناختی می‌تواند در احساس درد کمتر و تسریع بهبودی تاثیر داشته باشد.

واژگان کلیدی: احساس کهنتری، سرسختی روانشناختی، ادراک درد، کووید ۱۹

مقدمه و بیان مساله

درد ناشی از بیماری کووید ۱۹ به عنوان یک تجربه ناخوشایند و تنش‌زا با دامنه‌های مختلف در حیطه‌های جسمانی، عاطفی، شناختی و رفتاری زندگی افراد را تحت تاثیر قرار می‌دهد و از کسب معلومات و چگونگی پردازش داده‌ها گرفته تا انگیزه‌ها و نگرش‌ها را متاثر می‌سازد (کیمپ^۱ و همکاران ۲۰۲۰). شواهد نشان می‌دهد که کووید ۱۹ به دلیل ویژگی‌های خاصی که دارد، با نوعی ترس و نگرانی در همه افراد به همراه است (براون^۲، ۲۰۲۰). از مهم‌ترین نشانه‌های این بیماری علائم حاد تنفسی است که در دو درصد موارد منجر به مرگ بیمار می‌شود. با توجه به قدرت شیوع و انتقال بیماری، سازمان بهداشت جهانی در ۴ فوریه وضعیت اضطراری اعلام و توصیه نمود تا کشورها انتقال فرد به فرد این بیماری را از طریق کاهش تماس افراد به خصوص افراد مبتلا و کارکنان بخش‌های مراقبتی و درمانی بیماران کاهش داده و گسترش جهانی آن را کنترل نمایند (بیانیه سازمان بهداشت

¹ - Kemp, H

² - Brown R

³ - Brown RJ, Skelly N, Chew-Graham CA.



جهانی ژانویه ۲۰۲۰). متاسفانه این روش به تنهایی کارساز نبود و تعداد فزاینده مبتلایان نشان داد که علاوه بر بیماران، تعداد زیادی از ناقلان بدون علامت نیز در جامعه حضور دارند. این امر موجب شد تا برخی مناطق مجبور به انجام قرنطینه کامل (مانند چین و ایتالیا) و یا اجرای مراقبت‌های پیشگیری در سطح کلان و ملی (مانند ایران امارات کره جنوبی) شدند. اجرای این سیاست‌های بهداشتی علیرغم پیامدهای مثبت موجب بروز اثرات منفی روانشناختی در سطح جامعه شده است. ترس از بیماری، ترس از مرگ، انتشار اخبار غلط و شایعات، تداخل در فعالیت‌های روزمره، مقررات منع یا محدودیت عبور و مرور، کاهش روابط اجتماعی (همکاران دوستان خانواده) بروز مشکلات شغلی و مالی و ده‌ها پیامد دیگر این شرایط، سلامت روانی افراد جامعه را تهدید می‌کند (شهبابی و همکاران، ۲۰۲۰؛ اینی^۱ و همکاران ۲۰۲۰).

یکی از شکایت‌های اصلی بیماران مبتلا به کرونا احساس درد است (کیمپ و همکاران ۲۰۲۰). براساس تعریف انجمن بین المللی مطالعه درد، درد یک احساس ناخوشایند و تجربه ذهنی است که با آسیب بالقوه یا واقعی بافتی ارتباط پیدا می‌کند (معماریان، ۱۳۹۰، ص ۳۷۴). درد ممکن است منشأ جسمی یا ذهنی، عضوی یا کارکردی و طبیی یا روانی داشته باشد. بنابراین، ادراک درد در افراد مبتلا به کووید ۱۹ به جز خود بیماری، تحت تاثیر عوامل دیگری هم‌چون فرهنگ، باورها و اعتقادات، ویژگی‌های شخصیتی و تجربه‌های قبلی فرد می‌باشد. برای مثال، افرادی که درد و بیماری را نوعی آزمون الهی و وسیله‌ای برای رشد و تکامل فرد یا نتیجه اعمال خود وی می‌دانند، برخورد متفاوتی با درد و بیماری خواهند داشت. در منابع اسلامی درد و بیماری وسیله‌ای برای ابتلا و آزمایش (بقره، ۱۵۵)، مصلحت الهی (بقره، ۲۱۶)، کفاره و تطهیر گناهان (کلینی، ۱۴۰۵، ج ۳، ص ۲)، رشد و کمال (آل عمران، ۱۵۴)، تنبیه و تادیب (اعراف، ۹۴) معرفی شده است.

پژوهشگران تاثیر عوامل مختلف را روی احساس درد مورد بررسی قرار داده‌اند. در برخی پژوهش‌ها روی عوامل و فرایندهای شناختی تاکید شده است. برای مثال، موزلی^۲ و همکاران (۲۰۰۳) در پژوهشی نشان دادند که پیش‌بینی پذیری محرک دردناک ممکن است بر عملکرد سیستم عصبی مرکزی و در نتیجه احساس درد اثرگذار باشد. از نظر کارلسون^۳ (۲۰۰۶) غیر قابل پیش‌بینی دانستن محرک دردناک منجر به افزایش هوشیاری و توجه مستمر یا گوش به زنگی زیاد می‌شود. تحقیقات ناتاسا^۵ و همکاران (۲۰۰۹) نشان داد شیوه‌های شناختی مقابله با درد مدت زمان تحمل آن را افزایش می‌دهد ولی هیچ تاثیری بر میزان شدت درد ندارد. کریسون و کیف (۱۹۸۸)^۷ نیز دریافتند که اسناد بیماری به عوامل بیرونی مانند شانس در شیوه‌های مقابله کارایی ندارد و ممکن است چنین افرادی زجر روانی بیشتری نسبت به افرادی که این نوع جهت‌گیری را ندارند، تجربه کنند.

یک‌سری پژوهش‌ها نقش عوامل شخصیتی را در پیش‌بینی احساس درد مورد بررسی قرار داده‌اند. برای مثال نیکولاجسن^۸ و همکاران (۱۹۹۹) در پژوهشی روی ۵۶ بیمار به بررسی نقش فرایندهای شناختی و رفتاری روی احساس درد پرداختند. از آنها خواستند که شدت درد قبل از عمل جراحی را بخاطر بیاورند. نتایج نشان داد که حالت‌ها و ویژگی‌های شخصیتی افراد روی احساس درد تاثیر می‌گذارد و طول درمان ممکن است تا سه ماه افزایش پیدا کند. مک دوویل^۹ (۲۰۱۳) در پژوهشی به بررسی نقش احساس کهنتری در شدت درد پرداخته و به این نتیجه دست یافته است که احساس کهنتری باعث شدت احساس درد می‌شود. احساس کهنتری به نگرش منفی و انتقاد آمیز نسبت به خود و هر نوع احساس بی‌کفایتی و خود نازلزنده سازی

¹ - Eyni, S

² - Moseley, G.

³ - Carlsson K

⁴ - Carlsson K, Andersson J, Petrovic P, Petersson KM, Öhman A, Ingvar M.

⁵ - Natasa J

⁶ - Natasa J, Dragutin I, Dragana M.

⁷ - Crisson JE1, Keefe FJ.

⁸ - Nikolajsen, L.

⁹ - McDowell, J. (2013).

¹⁰ - McDowell, J. (2013).



شخصی اشاره دارد (پور افکاری، ۱۳۷۳، ص ۷۰). احساس کهنتری با ویژگی‌هایی چون بدبینی، کم رویی، کناره گیری و برخی رگه‌های خلقی منفی شناخته می‌شود (رشید پور، ۱۳۷، ص ۷۷). در پژوهشی که توسط کلا (۱۳۹۹) روی بیماران بهبود یافته از کرونا انجام شد نیز نتایج نشان داد که احساس کهنتری با شدت احساس درد و طول درمان رابطه دارد.

یکی دیگر از عامل‌ها و متغیرهای شخصیتی که احساس درد را تحت تاثیر قرار می‌دهد، سرسختی روان شناختی است. (کوباسا و همکاران ۲۰۰۰) سرسختی را ترکیبی از باورها در باره خود و جهان تعریف کرده‌اند که از سه مولفه تعهد، کنترل و چالش پذیری تشکیل شده است. افرادی با سرسختی بالا در پیدا کردن راه‌های تبدیل تجربه‌های ناخوشایند درد و بیماری به اموری جالب و مهم و درگیر شدن در تجربه‌ها به جای کناره‌گیری از آن‌ها به خود متکی هستند. از سوی دیگر، افرادی که در کنترل قوی هستند بر این باورند از طریق تلاش می‌توانند اغلب اوقات بر جریان رویدادهای زندگی تاثیرگذار باشند. بنابراین، خود را قربانی منفعل شرایط نمی‌دانند. یکی دیگر از مولفه‌های سرسختی، چالش است. بر اساس تحقیقات انجام شده افرادی که در به چالش کشیدن موقعیت‌های استرس زا قدرتمند هستند معتقدند، شکوفایی در رشد مداوم خردمندی از طریق آنچه که از تجربه آموخته می‌شود حاصل می‌گردد (هاشمی و احمدی، ۱۳۹۴).

(کوباسا ۱۹۷۹) بر این باور است که تعهد به عنوان یکی از مولفه‌های سرسختی روان شناختی، اساسی‌ترین عامل حفظ سلامتی است. در نظریه کوباسا تعهد به توانایی شناخت ارزش‌ها، اهداف و اولویت‌های ویژه یک فرد، ارزیابی دقیق نسبت به تهدیدی که یک موقعیت خاص زندگی ایجاد می‌کند و برای برخورد مناسب با آن ضروری است، اشاره دارد (معین و همکاران، ۱۳۹۰). مؤلفه کنترل در سرسختی به مفهوم "مرکز کنترل" که نخستین بار در سال ۱۹۶۰ به وسیله راتر به کار برده شد، نزدیک است. از نظر راتر به نقل از (جمهری، ۲۰۰۲)، افراد دارای منبع کنترل درونی مطمئن هستند که می‌توانند در دگرگونی محیط اطراف خویش اثرگذار باشند. در حالی که افراد باورمند به منبع کنترل بیرونی بر این باورند که در تغییر محیط بی تأثیر یا دارای اثر ناچیز می‌باشند. از نظر سازگاری، احساس کنترل منتهی به کارهایی می‌شود که هدفشان تغییر وقایع به چیزی است که با نقشه‌های در حال اجرای زندگی مطابقت داشته و مغایرت کمتری با آن‌ها دارد. کنترل همانند مقاومت در برابر استرس، مسئول ارابه و بسط پاسخ‌ها و واکنش‌های زیاد و متنوعی در برابر استرس است که حتی در خطرناک‌ترین موقعیت‌ها نیز می‌توان به آن متکی بود (معین و همکاران، ۱۳۹۰). از سوی دیگر، متغیر کنترل منعکس کننده نگرشی است که فرد احساس می‌کند بر عوامل فشارزا تسلط دارد. افرادی که در مؤلفه کنترل قوی هستند، رویدادهای زندگی را قابل پیش‌بینی می‌دانند و بر این باورند که قادرند با تلاش، آنچه را در اطرافشان رخ می‌دهد، تحت تأثیر قرار دهند (شکوهی فرد و همکاران، ۱۳۹۲). چالش طلبی در سرسختی روان شناختی به این امر اشاره دارد که تغییر و تحول، اساساً جنبه مثبتی از زندگی است. لذا افراد سرسخت، تغییرات زندگی را مخاطره‌ای برای امنیت تلقی نمی‌کنند، بلکه این افراد اعتقاد دارند که پایداری در زندگی غیرطبیعی است و باید انتظار تغییرات را داشت (حسن زاده و خادم لو، ۲۰۱۴). چالش طلبی با تقویت انعطاف پذیری و پذیرا بودن موجب می‌شود که حتی رویدادهای بسیار ناخوشایند با رویدادهای طبیعی زندگی فرد تلفیق شوند و به گونه‌ای مطلوب مورد ارزشیابی قرارگیرند (شکوهی فرد و همکاران، ۱۳۹۲). افرادی که در ویژگی چالش طلبی در سطح بالایی قرار دارند، به جای اتکا بر جنبه‌های ثابت زندگی بر انجام تغییرات و تطابق با شرایط تمرکز دارند (غفوری و همکاران، ۲۰۰۸). در این خصوص در ایران تحقیقات همسوی انجام شده که به آن اشاره می‌شود "پیش‌بینی سلامت روان بر اساس اضطراب و همبستگی اجتماعی ناشی از بیماری کرونا (علیزاده فرد، صفاری نیا، ۱۳۹۸). در همین راستا با توجه به اهمیت ویژگی‌های شخصیتی به ویژه احساس کهنتری و سرسختی روان شناختی بررسی نقش احساس درد در بیماران بهبود یافته از کوید ۱۹ ضروری به نظر می‌رسد. بنابراین، مساله اصلی پژوهش حاضر این است که آیا احساس کهنتری و سرسختی روان شناختی با احساس درد در بیماران بهبود یافته از کوید ۱۹ رابطه دارد؟ و آیا می‌توان بر اساس احساس کهنتری و سرسختی روان شناختی شدت درد ادراک شده را در بیماران بهبود یافته از کوید ۱۹ پیش‌بینی کرد؟

مواد و روش‌ها



ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر



جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه بیماران بهبود یافته از کووید ۱۹ در شهر قم از ابتدای ورود این بیماری به ایران تا اردیبهشت ۱۴۰۰ بود. از این جامعه با استفاده از فرمول پیشنهادی تاباچنیک و فیدل (۲۰۰۷) استفاده شد. که بر اساس فرمول پیشنهادی آنها، حداقل حجم نمونه در مطالعات همبستگی از فرمول $N \geq 50 + 8M$ محاسبه می‌شود. در این فرمول N حجم نمونه و M تعداد متغیرهای مستقل است. در این پژوهش ۲ متغیر مستقل وجود دارد، اما برای اطمینان از حجم نمونه ۱۰۰ نفر به صورت در دسترس انتخاب شدند و لینک پرسشنامه‌ها از طریق فضای مجازی برای آن‌ها ارسال گردید و به صورت برخط پاسخگویی انجام شد. پژوهش حاضر کمی و روش آن همبستگی می‌باشد. برای بررسی پیش‌بینی از رگرسیون استفاده می‌شود.

ابزار سنجش

به منظور جمع آوری داده‌های مورد نیاز این پژوهش از سه ابزار اندازه‌گیری به این شرح استفاده شد:

الف) پرسشنامه سرسختی روانشناختی اهواز (AHI): پرسشنامه سرسختی روانشناختی اهواز را کیامرثی، نجاریان و مهرابی زاده هنرمند با هدف تهیه مقیاسی برای سنجش "سرسختی روان شناختی" با تحلیل عوامل روی نمونه‌ای به حجم ۵۲۳ دانشجوی دختر و پسر در دانشگاه شهید چمران اهواز ساخته‌اند. نمره گذاری پرسشنامه سرسختی روانشناختی، پرسشنامه سرسختی روانشناختی دارای ۲۷ ماده است و هر ماده دارای چهار گزینه «هرگز»، «به ندرت»، «گاهی اوقات» و «بیشتر اوقات» است. در نمره گذاری برای هر ماده به ترتیب مقادیر ۰، ۱، ۲، ۳ در نظر گرفته شده است. به استثنای عبارات ۶، ۷، ۱۰، ۱۳، ۱۷، ۲۱ که دارای بار عاملی منفی هستند و به شیوه معکوس نمره گذاری می‌شوند. دامنه نمره در پرسشنامه سرسختی روانشناختی عدد ۰ تا ۸۱ است. کسب نمره بالا در پرسشنامه سرسختی روانشناختی نشان دهنده سرسختی روان شناختی بالا در فرد است. اعتبار و روایی پرسشنامه سرسختی روانشناختی در پژوهش (کیامرثی و همکاران ۱۳۷۷) برای سنجش همسانی درونی پرسشنامه سرسختی روانشناختی اهواز، ضریب آلفای کرونباخ به کار برده شد و بر پایه یافته‌ها ضرایب آلفا برای کل نمونه، آزمودنی‌های پسر و آزمودنی‌های دختر به ترتیب، ۰/۷۶، ۰/۷۶ و ۰/۷۴ بدست آمد. برای سنجش پایایی "مقیاس سرسختی اهواز" این آزمون دوباره پس از شش هفته به ۱۱۹ دانشجو (۵۳ پسر و ۶۶ دختر) ارائه شد. ضرایب همبستگی بین نمره‌های آزمودنی‌ها در دو نوبت یعنی پیش آزمون و پس آزمون دوباره برای کل آزمودنی‌ها ۰/۸۴، آزمودنی‌های پسر ۰/۸۴ و آزمودنی‌های دختر ۰/۸۵ به دست آمد. (غفوری ورنو سفادرائی، کمالی و نوری ۱۳۸۷) روایی این آزمون را به روش روایی همزمان با سه ملاک، مقیاس اضطراب عمومی، پرسشنامه افسردگی و خودشکوفایی مزلو محاسبه کردند. ضرایب بدست آمده به ترتیب ۰/۶۵، ۰/۶۷ و ۰/۶۲ بود که کلیه ضرایب در سطح (۰/۰۰۱) معنادار بودند. در ضمن روایی همزمان با تعریف سازه‌ی "سرسختی روانشناختی" نیز محاسبه شد که روایی بدست آمده رضایت بخش بود.

ب) پرسشنامه احساس کهنتری آقای یوسفی: این پرسشنامه با توجه به نظریه آلفرد آدلر و برای سنجش احساس کهنتری خواسته شده و شامل ۱۲ ماده است که ضریب اعتبار مقیاس احساس کهنتری بر اساس آلفای هماهنگی درونی سوالات کرونباخ ۰/۶۹ در نمونه دانشجویان است ضریب همبستگی مقیاس احساس که داری با مقیاس کیفیت زندگی QLS برابر با ۰/۳۶ و ضریب خطای ۰/۱۰۰۰ می‌باشد، همچنین ضریب همبستگی این مقیاس با پرسشنامه افسردگی بک BDI برابر با ۰/۶۳ و ضریب خطای ۰/۱۰۰۰ می‌باشد. همچنین ضریب اعتبار این مقیاس برابر بر اساس آلفای هماهنگی درون سوالات (کرونباخ) در نمونه دانش آموزی ۰/۶۶ و ضریب همبستگی آن با فرم کوتاه پرسشنامه سبک در همین گروه برابر با ۰/۳۶ و با ضریب خطای ۰/۱۰۰۰ می‌باشد.

ج) پرسشنامه ادراک و باورهای درد محمد علی اصغری: پرسشنامه ادراک و باورهای درد شامل ۱۵ گویه است و بر اساس یافته‌های استرانگ و همکاران (۲۸) چهار عامل را می‌سنجد. این چهار عامل عبارتند از اسرارآمیز بدون درد ۴ ماده، سرزنش کردن خود ۳ ماده، باور به نیات درد در زمان حال ۴ ماده و باور به استمرار درد در آینده ۴ ماده، هر ماده با استفاده از مقیاس لیکرت ۴ درجه ای از کاملاً موافقت = ۲ تا کاملاً مخالفت = ۱ درجه بندی می‌شود. پرسشنامه مذکور به طور گسترده‌ای به منظور شناسایی



باورهای مرتبط به درد مزمن در افراد به کار می رود (۲۸، ۲۹) نمره بالاتر بیاد بیانگر باور عمیق تر فرد به موضوع مورد نظر است پژوهش های متعدد ویژگی های روان سنجی مطلوبی را برای پرسشنامه مذکور گزارش کرده اند (۲۸_۳۰). در پژوهش حاضر آلفا کرونباخ برای خرده مقیاس ها بین ۰.۷۷_۰.۷ بدست آمد که حاکی از همسانی درونی قابل قبول مقیاس است. روش اجرا: اجرای پرسشنامه ادراک و باورهای درد محمد علی اصغری به صورت فردی، یا گروهی صورت گیرد، دستورالعمل اجرا در پرسشنامه ای که به آزمودنی داده می شود آمده است. بدیهی است آزمون بایستی در محیطی آرام و همراه با سایر شرایط لازم برای اجرای پرسشنامه که آرامش آزمودنی را ایجاد نماید اجرا شود. مشخصات فردی آزمودنی توسط خود آزمودنی در بالای پاسخنامه درج می شود.

یافته های پژوهش

۱. آمار توصیفی

اطلاعات توصیفی شرکت کنندگان نشان می دهد، نمونه این پژوهش از ۱۰۰ نفر تشکیل شده است که در دامنه سنی ۱۱ تا ۶۰ سال قرار داشتند. میانگین سنی افراد نمونه ۳۳/۷۲ سال و انحراف معیار آن ۹/۳۲۷ سال بود. از بین افراد شرکت کننده ۷۸ نفر زن (۷۸ درصد) و ۲۲ نفر زن (۲ درصد) بود که ۲۵ نفر از آنها مجرد (۲۵ درصد)، و ۷۵ نفر متأهل (۷۵ درصد) بودند. سطح تحصیلات ۶ نفر (۶ درصد) زیر دیپلم، ۲۰ نفر (۲۰ درصد) دیپلم، ۱۲ نفر (۱۲ درصد) کارشناسی، ۳۲ نفر کارشناسی ارشد (۳۲ درصد)، ۱۹ نفر (۱۹ درصد) دکتری، و ۱۱ نفر (۱۱ درصد) تحصیلات حوزوی می باشد. پارامترهای استنباطی متغیرها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی به روش گام به گام، تحلیل گردید و نتایج آن در جدول های ۱.۲ و ۳.۴ ارائه شده است. به منظور تحلیل یافته های پژوهش متغیرهای وارد شده در تحلیل شامل متغیر احساس درد به عنوان متغیر وابسته پژوهش و متغیرهای کهرتری و سرسختی به عنوان متغیرهای مستقل پژوهش معرفی می گردد. همچنین شایان ذکر است که روش رگرسیون گام به گام در تحلیل پیش رو به صورت stepwise در نرم افزار spss انتخاب شده است که در ادامه به بیان یافته ها پرداخته می شود.

۲. آمار استنباطی

جدول ۱- یافته های پژوهش

ردیف	متغیر	R	B	T	SIG	F	Sig(F)	R ²
۱	سرسختی	^a ۰,۲۶۳	۰,۲۶۱	۲,۶۹	۰,۰۰۸	۷,۲۶	۰,۰۰۸	۰,۰۶۹

بر مبنای یافته های مندرج در جدول شماره ۱ همانگونه که مشاهده می گردد؛ تحلیل رگرسیون با استناد به این مطلب که تعداد متغیرهای پژوهش محدود بوده، بر مبنای روش تحلیل stepwise متغیر مستقلی را که به صورت پیش بین نسبت به متغیر وابسته (احساس درد) عمل می کند را در تحلیل نگه داشته و مابقی متغیرها را از چرخه تحلیل حذف نموده است. بر این اساس در این پژوهش با عنایت به نتایج مندرج در جدول فوق متغیر سرسختی نسبت به متغیر احساس کهرتری در زمینه پیش بینی متغیر وابسته کارایی بیشتری داشته است. همچنین با عنایت به نتایج جدول فوق مقدار R متغیر سرسختی برابر ۰,۲۶ و مقدار ضریب بتا این متغیر در این تحلیل ۰,۲۶۱ بوده است. از آنجا که مقدار آماره T محاسبه شده ۲,۶۹ بوده است و با عنایت به مقدار SIG برآورد شده که کمتر از ۰,۰۵ می باشد (SIG = ۰,۰۰۸) می توان بیان داشت که تحلیل معنی دار بوده است. همچنین در این تحلیل مقدار آماره F برابر ۷,۲۶ بوده است که با عنایت به مقدار SIG (۰,۰۰۸) که کمتر از ۰,۰۵ می باشد، معنی دار بوده است. در نهایت مربع ضریب R نیز برابر ۰,۰۶۹ حاصل شده است. با توجه به مطالب بیان شده در فوق در ادامه به تشریح نتایج به دست آمده از تحیل رگرسیون پرداخته می گردد.



ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر



جدول ۲- معرفی متغیر های مدل رگرسیون گام به گام

Variables Entered/Removed ^a			
گام	متغیر وارد شده	متغیر حذف شده	روش
1	سرسختی	.	Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= 0.050, Probability of F to remove >= 1.000)

متغیر وابسته : احساس درد

در جدول فوق متغیر مستقل وارد شده و نیز حذف شده از مدل مشاهده می‌گردد: با توجه به مندرجات جدول فوق مشاهده می‌گردد که متغیر سرسختی در مدل نگه داشته شده و سایر متغیرها حذف شده‌اند هم‌چنین متد مورد استفاده در این پژوهش stepwise و متغیر وابسته احساس درد بوده است.

جدول ۳- ضرایب رگرسیون

Model Summary				
مدل	R	مربع R	مربع R تعدیل شده	خطای انحراف
1	۰,۲۶۳ a	۰,۰۶۹	۰,۰۵۹	۰,۳۳۳

متغیر وابسته : احساس درد

در جدول فوق مقادیر ضریب R و مربع آن و نیز ضریب R تعدیل شده نشان داده شده است بر این اساس با عنایت به مندرجات جدول فوق مقدار ضریب R برابر ۰,۲۶۳ می‌باشد که مربع آن ۰,۰۶۹ و مربع تعدیل شده آن ۰,۰۵۹ بدست آمده است. هم‌چنین مقدار خطای انحراف نیز ۰,۳۳۳ بوده است .

جدول ۴- Anova

ANOVA ^a					
مدل	مجموع مربعات	Df	میانگین مربعات	F	Sig.
1	رگرسیون	۱	۰,۸۰۶	۷,۲۶۰	۰,۰۰۸b
	باقی مانده	۹۸	۰,۱۱۱		
	کل	۹۹			

متغیر وابسته : احساس درد

متغیر پیش بین : سرسختی



در جدول فوق (ANOVA) معنی داری آزمون مشخص شده است بر این اساس یا عنایت به مقدار sig به دست آمده که برابر ۰,۰۰۸ می باشد با عنایه به این موضوع که مقدار فوق کمتر از ۰,۰۵ بوده است با سطح اطمینان ۹۵٪ آزمون معنی دار بوده است.

جدول ۴- ضرایب استاندارد و غیر استاندارد

Coefficients ^a					
Sig.	T	ضرایب استاندارد شده		ضرایب غیر استاندارد	
		Beta	Std. Error	B	
۰,۰۰۰	۱۱,۲۵۴		۰,۲۸۸	۳,۲۳۵	(Constant)
۰,۰۰۸	۲,۶۹۴	۰,۲۶۳	۰,۰۹۷	۰,۲۶۱	فرزند پروری

متغیر وابسته : احساس درد

در جدول فوق مقادیری شامل ضرایب غیر استاندارد شده ، مقادیر استاندارد شده ، مقدار t ضریب بتا و ... قابل مشاهده است که با عنایت به مقادیر sig معنی داری این ضرایب محرز و مسلم می باشد.

جدول ۵- متغیر های حذف شده

Excluded Variables ^a					
مدل	کهرتی	Beta In	t	Sig.	همبستگی نسبی
1		۰,۰۲۸b	۰,۳۶۴	۰,۷۱۷	۰,۰۳۷

متغیر وابسته : احساس درد
متغیر پیش بین : سرسختی

در جدول فوق نیز که جدول پایانی تحلیل می باشد متغیر حذف شده کهرتی مشاهده می گردد که از مدل حذف شده است با عنایت به مقدار Sig به دست آمده در این بخش که برابر ۰,۷۱۷ بوده است و از مقدار ۰,۰۵ بیشتر می باشد لذا معنی این متغیر رد می گردد و بنابر این از مدل حذف شده است.

با توجه به مطالب بیان شده در فوق به طور کلی این معنی به دست می آید که در تحلیل صورت گرفته، متغیر سرسختی به عنوان متغیر پیش بین در رابطه با احساس درد معرفی می گردد و بیشترین میزان اثر را در زمینه پیش بینی متغیر وابسته دارد. در حالی که متغیر کهرتی این ویژگی را ندارد و در این زمینه تأثیر قابل توجهی ندارد. هرچه متغیر مستقل (سرسختی) افزایش می یابد تأثیر آن در متغیر وابسته (احساس درد) کاهش می یابد. به عبارت دیگر هر چه میزان درد بیشتر می شود میزان سرسختی کاهش می یابد و بالعکس می باشد.

نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر، پیش بینی شدت درد ادراک شده بر اساس احساس کهرتی و سرسختی روان شناختی در بیماران بهبود یافته از کوید ۱۹ بود. در این راستا، به دو پرسش اصلی تحقیق پاسخ داده شد، مساله اصلی پژوهش حاضر این است که آیا احساس کهرتی و سرسختی روان شناختی با احساس درد در بیماران بهبود یافته از کوید ۱۹ رابطه دارد؟ و آیا می توان بر اساس احساس کهرتی و سرسختی روان شناختی شدت درد ادراک شده را در بیماران بهبود یافته از کوید ۱۹ پیش بینی کرد؟ یافته ها نشان می دهد در تحلیل صورت گرفته، متغیر سرسختی به عنوان متغیر پیش بین در رابطه با احساس درد معرفی می گردد و بیشترین میزان اثر را در زمینه پیش بینی متغیر وابسته دارد. در حالی که متغیر کهرتی این ویژگی را ندارد و در این



زمینه تاثیر قابل توجهی ندارد. با توجه به اینکه سرسختی روانشناختی نقش مهمی در شکل‌گیری شدت احساس درد بیماران کووید ۱۹ دارد، توجه به عوامل روان شناختی می‌تواند در احساس درد کمتر و تسریع بهبودی تاثیر داشته باشد.

نتایج این پژوهش که در گروهی از بیماران بهبود یافته از کووید ۱۹ شهر قم انجام شد نشان می‌دهد؛ متغیر احساس کهنتری وارد شده در مدل، به علت ضعف در پیش‌بینی متغیر وابسته حذف و از مدل خارج شد. این روابط از لحاظ شدت و جهت ناهمسو با یافته‌های پیشین بود چرا که در این پژوهش به بررسی نقش احساس کهنتری در شدت درد پرداخته و به این نتیجه دست یافته است که احساس کهنتری باعث شدت احساس درد می‌شود. احساس کهنتری به نگرش منفی و انتقاد آمیز نسبت به خود و هر نوع احساس بی‌کفایتی و خود نازرنده سازی شخصی اشاره دارد (پور افکاری، ۱۳۷۳: ص ۷۰) احساس کهنتری را بر خلاف نتایج پژوهش ما همبستگی بالا با احساس درد دانسته‌اند. با توجه به هدف پژوهش که مطالعه‌ی اثربخشی روان درمانی آدلری بر کاهش احساس کهنتری و بهبود بهزیستی اجتماعی زنان خیانت دیده بود، نتایج داده‌های این پژوهش در مورد متغیر احساس کهنتری نشان داده است که روان‌درمانی آدلری بر کاهش احساس کهنتری اثربخشی معنادار داشته است. بدین صورت که این مداخله، سبب کاهش احساس کهنتری گروه آزمایش شده است. لذا نتایج این پژوهش در این متغیر، با نتایج محققان دیگر (باتچر، ۲۰۱۲؛ کانگ، پارک و هان، ۲۰۱۲؛ باهملن و دینتر، ۲۰۰۱؛ خواجوی، ۱۳۹۲؛ علیزاده، نصیری فرد و کرمی، ۱۳۸۹؛ صداقت پور، ۱۳۸۷) همسو است. در تبیین اثربخشی روان‌درمانی آدلری بر کاهش احساس کهنتری زنان خیانت دیده در این پژوهش، این نکته قابل توجه است که آدلری‌ها معتقدند که تمام مشکلات انسان ماهیت اجتماعی و تعاملی بوده و «گروه درمانی» نقطه اتکا است، به این صورت که در عمل و عکس‌العملی که درون گروه اتفاق می‌افتد، افراد اهداف، احساس تعلق، مقاصد و پیوندهای اجتماعی خود را بروز می‌دهند (سانستگارد و همکاران، ۱۳۹۳). در واقع روان‌درمانی آدلری فرصتی را برای زنان خیانت دیده‌ای که از احساس کهنتری رنج می‌برند فراهم ساخته است که بتوانند فضایی برای مشارکت، همکاری و ابرازگری سالم داشته باشند. همان‌طور که آدلر احساس کهنتری را بیانگر احساس ناتوانی و به معنای دقیق کلمه متعلق نبودن به خانواده، گروه و جامعه به عنوان یک کل توصیف می‌کند (اکستین، ۱۳۸۸).

هم‌چنین به نظر می‌رسد عوامل محیطی از جمله دیگر اعضای خانواده، اقتصاد، تغذیه و شرایط زیستی و همچنین تحولات جهانی از شیوع بتواند تاثیرات احساس کهنتری بر احساس درد بهبودیافته‌گان کرونایی را متفاوت کند. دیگر یافته‌های این پژوهش نشان داد؛ متغیر سرسختی روانشناختی پیش‌بین موثرتری می‌باشد و همبستگی بیشتری از خود نشان می‌دهد. در خصوص متغیر وابسته سرسختی روانشناختی در سایر پژوهش‌های همسو، این حس یک جهت‌گیری شخصی نسبت به زندگی می‌باشد (پایکا، ننتونولاکی، پاپایانوو و هیفانتیس ۲۰۱۷). افراد با حس انسجام قوی می‌توانند محیط را برای داشتن یک رفتار یا عمل معنادار و مناسب درک و کنترل نماید (لیندبلاد، ساندلین، پترسون، روحانی و النگوییز -کلوف، ۲۰۱۶) که این از طریق سه مفهوم اساسی قابل درک بودن، قابل مدیریت بودن و معنادار بودن رویدادها از نظر شخص امکان می‌یابد (چیتنم، لیندستروم، بابر اپانی و اسپنر، ۲۰۱۵). پژوهش‌ها نشان داده است در بررسی علت‌شناسی و مکانیسم درد دیدگاه‌های متعددی مطرح شده است. رشد و گسترش نظریه تعامل حسی که وجود تقویت‌کننده و تضعیف‌کننده عبور درد را مطرح نمود، اساس نظریه دروازه کنترل درد را فراهم کرد (ملزاک و وال، ۱۹۸۲). نظریه‌های جدید، اختصاصی شدن فیزیولوژی، الگوی تجمع مرکزی و تعدیل درون داده‌های درد از طریق عوامل روانشناختی را در مدل جدیدی که بخش عمده روان‌شناختی فعلی درد را تشکیل می‌دهد ترکیب نمود. این مدل از درد یکپارچگی تحریکات پیرامونی با متغیرهای کورتیکال مثل اضطراب و خلق را در ادراک درد مورد تاکید قرار داده و اساس فیزیولوژیکی را برای نقش عوامل روان‌شناختی درد مزمن فراهم کرده است. هم‌چنین این نظریه نقش بسیار مهمی را در فراخوانی بیشتر تحقیقات در مورد علل پایه‌ای مکانیسم‌های درد بر عهده داشته است و نیز موجب شکل‌گیری گروهی از روش‌های درمانی مبتنی بر اصول نوروفیزیولوژی، روش‌های تحریک نورونی اعصاب پیرامونی و فرآیندهای هم‌طرفی در ستون پشتی نخاعی پیشرفت‌های تحریک دارویی درمان‌های رفتاری و درمان‌هایی که بر تغییر در فرآیندهای ادراکی و توجه تمرکز دارند گردیده است (ترک و گچل، ۱۹۹۹).



ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر



در باره عوامل ایجاد درد نیز تحقیقاتی انجام شده است. یافته‌ها نشان داده است تجربه درد تحت تاثیر عوامل مختلف فرهنگی، اجتماعی و روانی قرار می‌گیرند و علی‌القائده حفظ سلامتی و تندرستی فرد نیز مستلزم توجه به نقش این عوامل در زندگی فرد است. در برخی پژوهش‌ها به طور اختصاصی به اثرات درد ناشی از کرونا پرداخته شده است. برای مثال (امیرفخرایی و همکاران ۱۳۹۹) در پژوهشی به پیش‌بینی اضطراب کرونا و ویروس بر اساس نگرانی سلامتی، سرسختی روانشناختی و فراهیجان مثبت در بیماران دیابتی پرداخته‌اند.

در این شرایط آگاهی نسبت به عوامل موثر در احساس درد ناشی از کووید ۱۹ موضوع بسیار مهم و حیاتی محسوب می‌شود. این عوامل می‌توانند مجموعه‌ای از نشانه‌ها تا اختلالات بالینی جدی را به وجود آورند. افزایش احساس تنهایی کاهش حمایت اجتماعی، کاهش امید به زندگی (شیگمورا، لورسانو، مورگانستین، کوراساوا، بندیک ؛ ۲۰۲۰) و از احساس ترس و نگرانی تا استرس و اضطراب بالینی، وسواس فکری و عملی مرتبط با بیماری (رایین و ویسیلی؛ ۲۰۲۰).

از محدودیت‌های این مطالعه استفاده از روش همبستگی است. لذا روابط کشف شده را نمی‌توان به عنوان روابط علی فرض کرد. شاید این روابط ناشی از اثر سایر متغیرها باشد. از محدودیت‌های دیگر عدم همکاری و بی‌حوصلگی بیماران بهبود یافته برای پر کردن پرسش‌نامه‌ها است که روند انجام کار پژوهش را سخت تر و زمان بر می‌کند. دیگر محدودیت بومی بودن، که روند تکمیل پرسشنامه را به تعویق می‌انداخت. به نظر می‌رسد با توجه به مشخص شدن ضرورت پژوهش و فضای در دسترس، انجام پژوهش‌ها و بررسی‌های بیشتر، در خصوص سرسختی روانشناختی بیماران بهبود یافته کرونا در کل جهان به دلیل تاثیر در روند بهبود لازم و ضروری است.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از کلیه بیماران بهبودیافته کرونایی و همه عزیزانی که ما را در تهیه این پژوهش همیاری نمودند کمال تشکر و امتنان را دارد.

فهرست منابع

۱. قرآن کریم
۲. خسروشاهی، جعفر (۱۳۹۰). رابطه امیدواری و تاب آوری با بهزیستی روان شناختی در دانشجویان. انتشارات اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی-دوره ۶، ش ۲۲، ص ۱۴ تا ۲۲
۳. مشتاقی، سعید؛ مویدفر، همام (۱۳۹۶). نقش مؤلفه های سرمایه روانشناختی (امید، خوشبینی، تابآوری و خودکارآمدی) و جهت گیری اهداف پیشرفت در پیش بینی اهمال کاری تحصیلی دانشجویان. فصلنامه راهبردهای شناختی در یادگیری-سال ۵، ش ۸، ص ۴۴ تا ۵۲
۴. موسوی، آزاد (۱۳۹۳). رابطه‌ی بین شیوه‌های فرزندپروری، سبک‌های دلبستگی و جو خانوادگی دو نسل والدین و فرزندان. فصلنامه خانواده پژوهی، ش ۱۰، ص ۹۷ تا ۷۹
۵. لوتانز، فرد؛ همکاران (۱۳۹۲). سرمایه روانشناختی سازمان، ترجمه: جمشیدیان، فروهر، تهران: انتشارات آبیژ
۶. علیزاده فرد، سوسن، صفاری نیا، مجید (۱۳۹۸). پژوهش های روانشناسی اجتماعی، دوره نهم شماره ۳۶ علمی پژوهشی ISC، ص ۴۸ تا ۵۵
۷. بدایق، الهه؛ علی پور، فرشید؛ بدقی، مظاهر؛ نوری، ربابه؛ پیمان، نوشین و سعید پور، صابر (۱۳۹۵). نقش معنویت و حمایت اجتماعی در نشانه های اضطراب، افسردگی و استرس زنان باردار سلامت جامعه، ش ۱۰، ص ۷۲ تا ۸۲
۸. پیرنیا، بیژن (۱۳۹۳). اثر بخشی بهزیستی درمانی بر شادکامی، خوش بینی، امید، سلامت روان، آسیب و بهزیستی روان شناختی در مردان مصرف کننده مت آمفتامین. پایان نامه تحصیلی کارشناسی ارشد. دانشگاه سمنان، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی



۹. سلیمی، عظیمه؛ جو کار، بهرام و نیک پور، روشنگ (۱۳۸۸). ارتباطات اینترنتی در زندگی: بررسی نقش ادراک حمایت اجتماعی و احساس تنهایی در استفاده از اینترنت. مطالعات روان شناختی، ش ۵، ص ۸۱ تا ۱۰۲
۱۰. شادمهر، مرضیه؛ رامک، ناهید؛ و سنگانی، علیرضا (۱۳۹۹). بررسی نقش میزان فشار روانی ادراک شده در سلامت افراد مشکوک به بیماری کووید - ۱۹. طب نظامی، ش ۲۲، ص ۱۲۱ تا ۱۱۵
۱۱. شهیداد، شیماء؛ محمدی، محمد تقی (۱۳۹۹). آثار روان شناختی گسترش بیماری کووید - ۱۹ بر وضعیت سلامت روان افراد جامعه: مطالعه مروری. مجله طب نظامی، ش ۲۲، ص ۱۹۲ تا ۱۸۴
۱۲. شیوندی، کامران؛ حسونند، فضل الله (۱۳۹۹). تدوین مدل پیامدهای روان شناختی اضطراب ناشی از اپیدمی کروناویروس و بررسی نقش میانجی گری سلامت معنوی، فرهنگ مشاوره و روان درمانی خانواده، ش ۱۱، ص ۱ تا ۳۶
۱۳. علی پور، احمد؛ قدمی، ابوالفضل؛ علیپور، زهرا و عبدالله زاده، حسن (۱۳۹۸). اعتباریابی مقدماتی مقیاس اضطراب بیماری کرونا (CDAS) در نمونه ایرانی، روان شناسی سلامت، ش ۸، ص ۱۷۵ تا ۱۶۳
۱۴. عزیززاده فرد، سوسن و صفاری نیا، مجید (۱۳۹۸). پیش بینی سلامت روان بر اساس اضطراب و همبستگی اجتماعی ناشی از بیماری کرونا. پژوهش های روان شناختی اجتماعی، ش ۳۶، ص ۱۴۱ تا ۱۲۹. قربان پور، امیر؛ یاقوتی، مرتضی؛ و رضایی، سجاد (۱۳۹۸). نقش میانجیگرانه حمایت اجتماعی در رابطه بین سرسختی روانی و احساس انسجام با کیفیت زندگی در کارکنان بیمارستان های شهر قوچان. پژوهش های روان شناختی اجتماعی، ش ۳۴، ص ۱۱۹ تا ۱۳۹
۱۵. محمدی، مسعود؛ جزایری، علیرضا؛ رفیعی، امیر حسن؛ جو کار، بهرام و پورشههز، عباس (۱۳۸۵). بررسی عوامل تاب آور در افراد در معرض خطر سو مصرف مواد مخدر، پژوهش های نوین روان شناختی، ش ۱، ص ۲۲۴ تا ۲۰۳
۱۶. نریمانی، محمد و عینی، ساناز (۱۳۹۸). ارتباط معنای زندگی، خوددلسوزی و حس انسجام با میزان استرس ادراک شده بیماران مبتلا به سرطان. نشریه مراقبت سرطان، ش ۱، ص ۱ تا ۱۰
۱۷. نصیرزاده، زیبا؛ رضایی، علی محمد و محمدی فر، محمدعلی (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش تاب آوری بر کاهش احساس تنهایی و اضطراب دانش آموزان دختر دبیرستان. روان شناسی بالینی، ش ۱۰، ص ۲۹ تا ۴۰
۱۸. هاشمی، زهره؛ عینی، ساناز (۱۳۸۹). استرس ادراک شده ی سالمندان: نقش پیش بین بهزیستی معنوی، راهبردهای مقابله ای و حس انسجام. فصلنامه ی سبک زندگی اسلامی با محوریت سلامتی، ش ۳، ص ۵۴ تا ۶۸
۱۹. وو و مک کودکان؛ دونگ، ونگ، تاو، سو، لی، لیو، ژانو و ژنگ، والرومورنو، لاکومبا، ترژوکاسانا گرانل (۲۰۲۰).
۲۰. جان بزرگی، مسعود؛ گلچین، ندا؛ علی پور، احمد؛ آگاه هربس، مژگان (۱۳۹۲). روان شناسی، نشریه روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، علمی- پژوهشی/ISC، ش ۲، ص ۱۰۲ تا ۱۰۸
۲۱. صفاری نیا، مجید؛ آقاییوسفی، علیرضا؛ حسینیان، سیمین؛ مهمان نوزان، اشرف (۱۳۹۶). روانشناسی، نشریه پژوهش های روان شناسی اجتماعی، علمی- پژوهشی/ISC، دوره هفتم، ش ۲۶، ص ۹۷ تا ۱۱۸
۲۲. آفتاب، رویا؛ شمس، امیر (۱۳۹۴). تربیت بدنی، نشریه مطالعات روان شناسی ورزشی، علمی- پژوهشی/ISC، ش ۳۲، ص ۲۰۶ تا ۲۲۵
۲۳. فرتام، علیرضا؛ ارفعی، اصغر؛ نوحی، سیما؛ آذر، ماهیار؛ شفیعی کندجانی، علیرضا؛ ایمانی، شهین؛ کریم زاده شهانقی، آیدا (۱۳۸۷). روانشناسی، نشریه علوم رفتاری، علمی- پژوهشی/ISC، ش ۲، ص ۱۴۳ تا ۱۴۸
۲۴. اکستین، دنیل (۱۳۸۸). ارزیابی و درمان سبک زندگی. مترجم: عزیززاده، سیفی و کرمی، اهواز: نشر رسش.
۲۵. برجعلی، محمود؛ بگیان کوله مرز، محمدجواد؛ بختی، مجتبی؛ عباسی، مسلم (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش دلگرمی مبتنی بر رویکرد آدلری بر بهبود بهزیستی هیجانی و اجتماعی دانش آموزان مدارس شبانه روزی. فصلنامه خانواده و پژوهش، شماره ۲۱، ص ۸۱ تا ۹۹



ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر



۲۶. سپهرمنش، زهراء احمدوند، افشین یاورى، پروین؛ ساعى، رضوان (۱۳۸۳). سلامت روان نوجوانان دبیرستانی شهر کاشان در سال ۱۳۸۳. مجله اپیدمیولوژى، دوره، شماره ۲، ص ۴۹ تا ۴۳
۲۷. سانستگارد، منفورد؛ رابرت پیتز، جیمز؛ پلونیس، پگی (۱۳۹۳). مشاوره و درمان گروهى گام به گام آدلری، کیانوش زهراکار، زهرا اخوین تمرین، محمد پورسینا (مترجمان). تهران: نشر دانژه
۲۸. خدادادى، مجتبی؛ بهرامى، معصومه (۱۳۹۱). پرسشنامه احساس حقارت. تهران: مؤسسه تحقیقات علوم رفتارى، شناختى سینا.
۲۹. خواجوی، موسى (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش گروهى روش تغییر شیوه زندگى با رویکرد روان شناسى فردى آدلر بر صمیمیت و الگوهای ارتباطی زوجین. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه تهران، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی. شماره ثبت: ۵۹۴۰۴
۳۰. صفاری نیا، مجید. (۱۳۹۴). آزمون های روان شناسی اجتماعى و شخصیت. چاپ دوم. تهران: انتشارات ارجمند، کتاب ماه علوم و فنون تیر ۱۳۷۸، شماره ۱۵، ص ۱۹ تا ۴۴
۳۱. صفاری نیا، مجید؛ تدریس تبریزی، معصومه؛ محتشمی، طیبیه؛ حسن زاده، پرستو (۱۳۹۳). تأثیر مؤلفه های شخصیت جامعه پسند و خودشیفتگی بر بهزیستی اجتماعى در ساکنان شهر تهران. مجله دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردى، سال پانزدهم، شماره ۳، (پیاپی ۵۷)، ص ۴۴ تا ۳۵.
۳۱. صداقت پور، سمیه (۱۳۸۷). اثربخشی آموزش دلگرم سازی شوانکر بر سلامت روانی و رضایت زناشویی همسران جانبازان شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبائی، دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی تابستان ۱۳۹۴ - شماره ۶۰ علمی-پژوهشی، ۹ ISC، ص ۸۴ تا ۹۲
۳۲. علیزاده، حمید؛ نصیری فرد، نفیسه؛ کرمی، ابوالفضل (۱۳۸۹). تأثیر آموزش دلگرمی مبتنی بر رویکرد آدلر بر روی خودکارآمدی، عزت نفس دختران نوجوان. مجله مطالعات اجتماعى روان شناختی زنان. ص ۱۴۳-۱۶۸.
۳۳. علیزاده، حمید (۱۳۸۳). آدلر، پیشگام روانکاوی جامعه نگر. چاپ اول. تهران: نشر دانژه
۳۴. علی اکبری دهکردی، مهناز؛ علیپور، احمد؛ مهمان نوازان، اشرف (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش خود دلگرم سازی بر بهزیستی اجتماعى و روان شناختی زنان معتاد. فصلنامه پژوهشهای روان شناختی اجتماعى، دوره ۶ شماره ۳، ص ۱۶ تا ۲۳
۳۵. فولادى، عزت الله؛ خجسته، شهلا (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش مهارت های سبک زندگى بر افزایش میزان صمیمیت عاطفی در دانشجویان متأهل شهر تهران. فصلنامه پژوهشنامه تربیتی سال دهم. شماره ۴۱. ص ۱۱۹ تا ۱۳۲.
۳۶. قاضی نژاد، مریم؛ عباسیان، ماریا؛ (۱۳۹۰). مطالعه کیفی عوامل اجتماعى همسر کشی. فصلنامه زن در توسعه و سیاست (پژوهش زنان). دوره ۹، شماره ۲، ص ۱۱۶ تا ۸۱.
۳۷. قوام، ابوالقاسم؛ قبول، احسان (۱۳۸۵). بررسی عقده حقارت در شخصیت بو سهل زوزنی بر اساس روایت بیهقی. فصلنامه ادب پژوهشی. شماره اول. ص ۶۷ تا ۴۹
۳۸. کرمانشاهی، فاطمه؛ شفیع آبادی، عبدالله (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی درمان آدلری بر بهبود الگوهای ارتباطی زنان ناباور. فصلنامه پژوهشنامه تربیتی. سال نهم، شماره ۴۰ کرمی، جهانگیر؛ زکی یی، علی محمدی، امید؛ حق شناس، شریفه (۱۳۹۴). نقش عوامل روانی و اجتماعى در پیش بینی نگرش به روابط خارج از چهارچوب زناشویی در زنان متأهل و ارائه یک مدل بر اساس
۳۹. کاوه، سعید (۱۳۸۷). همسران و بی وفایی و خیانت. چاپ اول. تهران: عوامل مرتبط. فصلنامه مطالعات اجتماعى - روان شناختی زنان، نشر سخن. شماره ۴۴. ص ۱۲۹-۱۵۲.
۴۰. گلدینگ، ساموئل (۱۳۸۶). خانواده درمانی (تاریخچه، نظریه، کاربرد). ترجمه فرشاد بهاری و همکاران، تهران: نشر تزکیه. فرهنگ مشاوره و روان درمانی « پاییز ۱۳۹۵ - شماره ۲۷ علمی-پژوهشی (16 ISC) ص ۵۱ تا ۶۶



۴۱. میرزاحسین، حسین (۱۳۸۶). تبیین مدل پیش بینی ذهنی و روان شناختی در بین مبتلایان به فوبیای اجتماعی. پایان نامه دکتری دانشگاه آزاد واحد علوم و تحقیقات ص ۸۵ تا ۷۱

۴۲. منصور، محمود (۱۳۹۲). احساس کهنتری، به انضمام بررسیهای بالینی آدلر، نظرهای بنیادی، تک بررسیهای بالینی. چاپ چهارم. تهران: انتشارات دانشگاه تهران. ص ۳۹ تا ۳۳

43. Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). Manual for the ASEBA school age: Form & profiles. Burlington, VT: Research Center for Children, Youth, & Families.
44. Brown KW, Ryan RM. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *J Pers Soc Psychol.* 84 (4): 822-848.
45. Corona virus information, (2020). Coronavirus en Belgique: l'infographie reprenant tous les symptômes, infos utiles ET gestes essentiels. Belgique: <https://www.rtbf.be/info/societe/detai>
46. Kang, H. W., Park, M., & Wallace Hernandez, J.P. www.noormags.ir/24
47. El Hasnaoui A, Doble A, Gaudin AF. Tools for assessing patient perception of the impact of migraine. *CNS Drugs.* 2006; 20 Spec no. 1:24-36
48. Seymour Diamond, MD. laterality of pain in migraine with comorbid anipolar depression and biopolar-1 disorder. 2000.
49. Hollon SD, Stewart MO, Strunk D. Enduring effects for cognitive-behavior therapy in the treatment of depression and anxiety. *Rev Psychol.* 2006; 57:285-315.
50. Gilson M, Freeman A, Yates MJ, Freeman SM. Overcoming depression. London: Oxford University Press; 2009.
51. Clark D, Beck AT. Cognitive therapy of anxiety disorders. New York: London; 2010
52. Pool JJ, Ostelo RWJG, Koke AJ, Bouter LM, de Vet HCW. Comparison of the effectiveness of a behavioral graded activity program and manual therapy in patients with sub-acute neck pain: Design of a randomized clinical trial. *Manual Ther.* 2006; 11:297305.
53. International Association for the Study of Pain, Subcommittee on Taxonomy. Classification of chronic pain: Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. *Pain.* 1986; 27(3):S1-226.
54. Ostelo RW, Koke AJ, Beurskens AJ, de Vet HC, Kerckhoffs MR, Vlaeyen JW, et al. Behavioral-graded activity compared with usual care after first-time disk surgery: Considerations of the design of a randomized clinical trial. *J Manipulative Physiol Ther.* 2000; 23:312-9.
55. Linton SJ, Ryberg M. A cognitive-behavioral group intervention as prevention for persistent neck and back pain in a non-patient population: A randomized controlled trial. *Pain.* 2001; 90(1-2):83-90.
56. John OP, Gross JJ. Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life span development. *J Pers.* 2004; 72:1301-33.
57. van Emmerik AAP, Kamphuis JH, Emmelkamp PMG. Treating acute stress disorder and posttraumatic stress disorder with cognitive behavioral therapy or structured writing therapy: A randomized controlled trial. *Psychother Psychosom.* 2008; 77:93-100.
58. Gatchel RJ, Fuchs PN, Peters ML, BoPeng Y. The Biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions. *Psychol Bull.* 2007; 133(4):581-624.
59. Hollon SD, Stewart MO, Strunk D. Enduring effects for cognitive-behavior therapy in the treatment of depression and anxiety. *Rev Psychol.* 2006; 57:285-315.
60. Beck AT, Greenberg RL. Cognitive therapy of panic disorder. In: Hales RE, Frances AJ, editors. Review of psychiatry. Washington DC: American Psychiatric Press; 1988. Vol 7. p. 571-83.
61. Free M. Cognitive therapy in groups: Guidelines and resources for practice. (Translated by Janbozorgi M.) 2nd ed. Ghom: Howze and Daneshgah; 2007. (Persian)
62. Juline prieto prees, Mario Fernando. Depression in chronic Migrain. *Arg Neuropsiquiatr.* 2005; 63(2-A):217-220



63. Fumal A, Magis D, Schoenen J. 2006. Medication overuse headache Rev Med Liege. 2006 Apr;61(4):217-22
64. Online health research and health anxiety: A review and conceptual integration. *Clinical psychology: Science and practice*. 2020;27(2):e12299.
65. Analysis of Psychological Experiences of Iranian Elite Athletes in Home Quarantine Quaid-19: Phenomenological Study. *Sport Psychology Studies*, 9(32), 161-184.
66. Corona Anxiety in Nurses: The Predictive Role of Perceived Social Support and Sense of Coherence. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 26(3), 320-331.
67. The application of the concepts and theories of nursing. Tehran; The office of scientific publishing; P. 374.
68. The threat of predictable and unpredictable pain: Differential effects on central nervous system processing? *Australian Journal of Physiotherapy*. 2003; 49 (4):263–267.
69. Predictability modulates the affective and sensorydiscriminative neural processing of pain. *NeuroImage*.2006;32(4):1804-1814.
70. Effects of cognitive pain coping strategies and locus of control on perception of cold pressor pain in healthy individuals: Experimental study. 2009;11(4):113–120.
71. The relationship of locus of control to pain coping strategies and psychological distress in chronic pain patients. 1988; 35(2):147-54.
72. The influence of preamputation pain on postamputation stump and phantom pain. *Pain*, 72(3), 393-405.
73. Intentionality and inferiority in Wittgenstein. In *Meaning Scepticism* (pp. 148-169). de Gruyter.
47. Intentionality and inferiority in Wittgenstein. In *Meaning Scepticism* (pp. 148-169). de Gruyter.